

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Neža Rupnik

RAZLIKE GLEDE NA SPOL MED UPORABNIKI
DRUŠTVA PROJEKT ČLOVEK

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Neža Rupnik

**Razlike glede na spol med uporabniki
Društva Projekt Človek**

Diplomsko delo

Mentor: doc. dr. Milko Poštrak

Ljubljana, 2016

Zahvala

Mentor, doc. dr. Milko Poštrak, me je navdušil z odzivnostjo, zato se mu iz srca zahvaljujem. Poleg tega sem mu dolžna zahvalo za korektno usmerjanje in strokovno pomoč pri izdelavi diplomske naloge.

Društvu Projekt Človek se zahvaljujem, da so mi omogočili dostop do podatkov za izdelavo diplomske naloge, še zlasti se za vsestransko pomoč zahvaljujem Sabini Grahek.

Zahvaljujem se tudi družini in mnogim drugim, ki so me podpirali in priganjali »k cilju«.

Neža Rupnik

POVZETEK

Zdi se, da so droge problem moderne družbe. V resnici pa so kot mamila vpletene v družabno življenje različnih kultur in tradicionalnih družb že od nekdaj. Bistvena razlika je, da se v tradicionalnih družbah mamila uživa kot del ritualov in je uživanje del kulture, v moderni družbi pa so droge postale pot k hitremu doseganju užitka in so se tako iz družabnega življenja umaknile v zasebno sfero.

Ker je problematično uživanje prepovedanih drog v večini v moški domeni, so se raziskave pojava v začetku osredotočale predvsem na moške, ženske pa so bile predstavljene kot marginalni problem in se njihovih potreb ni posebej raziskovalo. Tako so se programi za urejanje zasvojenosti razvijali na podlagi potreb moških. V nadaljnjih raziskavah, ki so podrobneje preučevale potrebe žensk, se je izkazalo, da se uporabniki in uporabnice spopadajo s podobnimi problemi, kar je posledica skupne izkušnje zasvojenosti, pokazale pa so se razlike v potrebah, ki jih izražajo, in v okoliščinah začetka zasvojenosti.

Uporabniki prepovedanih drog z uporabo kršijo družbene norme. Ženske pa z uporabo drog kršijo družbene norme in pričakovano spolno vlogo. Tako so ženske uporabnice dvakrat stigmatizirane.

Za podrobnejši pogled v problematiko smo opravili kvantitativno raziskavo med uporabniki Društva Projekt Človek (DPČ), kjer smo ugotavljali ali obstajajo razlike med moškimi in ženskami v starosti ob vključitvi v klasičen program DPČ, načinu in številu uporabe prepovedanih drog, podpori svojcev, izobrazbi in podobno.

V večini raziskovalnih vprašanj se razlike v tej raziskavi niso potrdile. Največja razlika se je pokazala v tem, da so imele oz. imajo ženske večkrat partnerja, ki je užival prepovedane droge, kot moški in da so imele ženske večkrat izkušnjo uporabe drog v družini. V povprečju so ženske ob vstopu v klasičen program DPČ mlajše in tudi mlajše prvič poskušajo urejati zasvojenost, z uporabo katerekoli prepovedane droge pa začnejo približno leto starejše kot moški.

Poleg razlik med moškimi in ženskami smo raziskovali tudi, ali obstajajo razlike med uporabniki, ki so uspešno zaključili klasičen program DPČ, in tistimi, ki ga niso. Kot najpomembnejši dejavnik se je izkazala podpora svojcev. Tako so imeli uporabniki, ki so uspešno zaključili program, vključeno večje število svojcev, ki so obiskovali družinska srečanja, in tudi večje število svojcev, ki so obiskovali izobraževanja za starše, ki jih organizira DPČ.

Ključne besede: spol, prepovedane droge, zasvojenost, urejanje zasvojenosti, visokoprazni program

ABSTRACT

TITLE: DIFFERENCES BETWEEN GENDERS IN CLASIC PROGRAM OF THERAPEUTIC COMMUNITY "DRUŠTVO PROJEKT ČLOVEK"

It seems that drugs are a problem of modern society. In fact, drugs were embedded in the social life of different cultures and traditional societies. The essential difference is that in traditional societies, drugs were consumed as part of the rituals and their consumption is embedded in the culture. In the modern society, drug consumption has become a quick and easy way of achieving pleasure, and the consumption is no longer a thing of community and social rituals, but it's transferred in the private sphere.

Since the problematic use of illicit drugs is mostly in male domain, researches of the phenomenon in the beginning focused primarily on men while women were presented as a marginal problem and their needs were not especially explored. That is why addiction treatment programs were developed based on needs of men. With further researches, which focused on the needs of women, it turned out that men and women users face similar problems as a result of their common experience of addiction problem, but the differences are shown in the needs expressed by men and women and in the circumstances of the beginning of addiction.

Illicit drug users violate social norms, by using drugs. But female drug users are suffering from twofold discrimination both as drug users and as women.

For a closer look at the issue, I conducted a quantitative survey among users of the therapeutic community "Društvo Projekt Človek". I was interested in differences between men and women in the age of entering the classical program DPC, the way they were using and the number of different illicit drugs they used, how their relatives support them and attend education on the matter and so on.

The biggest difference between genders is shown in the fact that many more women have or had partners who were using illicit drugs and that also more women experienced drug use in the family. On average, women are younger at entering to a classic program DPC and also younger at their first attempt of drug treatment. They are however about one year older than men in their first attempt of using any illicit drug.

In addition to the differences in gender I looked at the users who have successfully completed the DPČ classic program and those who did not. The most important factor that has been shown in the research is their relatives support. Users that have successfully completed the program have included a greater number of relatives which attended family gatherings and even larger number of relatives that attended education for relatives organized by the DPČ.

Key words: gender, illicit drugs, addiction, drug addiction treatment, high-threshold programs

Kazalo

1	UVOD.....	1
2	OPREDELITEV POJMOV	3
2.1	Droga	3
2.2	Zasvojenost – odvisnost.....	5
3	SPOL IN DROGE	8
3.1	Biološki vpliv	9
3.2	Družbeni vpliv.....	10
3.3	Statistični kazalci.....	13
4	POLITIKE NA PODROČJU DROG.....	16
5	UREJANJE ZASVOJENOSTI.....	18
5.1	Nizkopražni programi	19
5.2	Viskopražni programi.....	20
5.2.1	Terapevtska skupnost	21
6	PROJEKT ČLOVEK	23
7	PROBLEM.....	29
8	METODOLOGIJA.....	31
8.1	Vrsta raziskave.....	31
8.2	Spremenljivke.....	31
8.3	Merski instrumenti in viri podatkov.....	34
8.4	Populacija in vzorec	35
8.5	Zbiranje podatkov.....	36
8.6	Obdelava in analiza podatkov	36
9	REZULTATI.....	37
9.1	Splošni podatki.....	37
9.1.1	Struktura uporabnikov po spolu.....	37
9.1.2	Dokončana izobrazba po spolu	38
9.2	Poskusi urejanja zasvojenosti	39
9.2.1	Povprečna starost uporabnikov DPČ	39
9.2.2	Povprečno število poskusov urejanja zasvojenosti	40
9.2.3	Uspešen zaključek klasičnega programa DPČ	40
9.2.4	Starost ob uspešnem zaključku programa DPČ.....	41
9.2.5	Čas vključenosti v klasičen program DPČ.....	42
9.2.6	Povprečna starost ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti	42
9.2.7	Čas od prvega poskusa urejanja zasvojenosti do uspešnega zaključka	43
9.3	Ocena stanja uporabnika ob vstopu v DPČ	44

9.3.1	Ocena varne socialne mreže po spolu	44
9.3.2	Ocena skrbi za lastno zdravje	45
9.3.3	Uvid v problem, sprejetje problematike s strani svojcev	46
9.3.4	Uvid v problem, sprejetje problematike s strani uporabnika.....	47
9.4	Anamneza jemanja PAS	48
9.4.1	Starost ob prvi uporabi prepovedane droge	48
9.4.2	Redna uporaba alkohola	49
9.4.3	Število redno uporabljenih prepovedanih drog.....	50
9.4.4	Redna uporaba metadona.....	51
9.4.5	Redna zloraba zdravil.....	52
9.4.6	Ali so družinski člani ali partner kadarkoli jemali prepovedane droge?	53
9.4.7	Osnovna, največkrat uporabljena psihoaktivna snov	54
9.4.8	Osnovni, največkrat uporabljen način vnosa psihoaktivne substance	55
9.4.9	Sprejem v bolnišnico	56
9.5	Vključenost svojcev	57
9.5.1	Število vključenih svojcev	57
10	RAZPRAVA.....	58
11	SKLEPI.....	65
12	PREDLOGI.....	66
13	UPORABLJENA LITERATURA.....	67
14	PRILOGE	
	Priloga A Izračuni	
	Priloga B Zbrani podatki	
	Priloga C Vprašalniki	

KAZALO SLIK

SLIKA 6-1 SHEMA PROGRAMOV DPČ	24
SLIKA 9-1 STRUKTURA UPORABNIKOV PO SPOLU	37
SLIKA 9-2 ZAKLJUČENA STOPNJA IZOBRAZBE OB VSTOPU V DPČ	38
SLIKA 9-3 POVPREČNA STAROST UPORABNIKOV DPČ	39
SLIKA 9-4 POVPREČNO ŠTEVILO POSKUSOV UREJANJA ZASVOJENOSTI	40
SLIKA 9-5 USPEŠEN ZAKLJUČEK KLASIČNEGA PROGRAMA DPČ	40
SLIKA 9-6 STAROST OB USPEŠNEM ZAKLJUČKU KLASIČNEGA PROGRAMA DPČ	41
SLIKA 9-7 ČAS VKLJUČENOSTI V KLASIČEN PROGRAM DPČ	42
SLIKA 9-8 POVPREČNA STAROST OB PRVEM POSKUSU UREJANJA ZASVOJENOSTI	42
SLIKA 9-9 POVPREČEN ČAS OD PRVEGA POSKUSA UREJANJA ZASVOJENOSTI DO USPEŠNEGA ZAKLJUČKA KLASIČNEGA PROGRAMA DPČ	43
SLIKA 9-10 OCENA VARNE SOCIALNE MREŽE	44
SLIKA 9-11 OCENA SKRBI ZA LASTNO ZDRAVJE	45
SLIKA 9-12 UVID V PROBLEM, SPREJETJE PROBLEMATIKE S STRANI SVOJCEV ..	46
SLIKA 9-13 UVID V PROBLEM, SPREJETJE PROBLEMATIKE S STRANI UPORABNIKA	47
SLIKA 9-14 STAROST OB PRVI UPORABI PREPOVEDANE DROGE	48
SLIKA 9-15 REDNA UPORABA ALKOHOLA	49
SLIKA 9-16 POVPREČNO ŠTEVILO REDNO UŽIVANIH PREPOVEDANIH DROG	50
SLIKA 9-17 REDNA UPORABA METADONA	51
SLIKA 9-18 POVPREČNO ŠTEVILO REDNO UŽIVANIH SKUPIN ZDRAVIL	52
SLIKA 9-19 UPORABA PREPOVEDANIH DROG PRI DRUŽINSKIH ČLANIH OZ. PARTNERJU	53
SLIKA 9-20 OSNOVNA NAJVEČKRAT UPORABLJENA PAS	54
SLIKA 9-21 OSNOVNI, NAJVEČKRAT UPORABLJEN NAČIN VNOSA PAS	55
SLIKA 9-22 SPREJEM V BOLNIŠNICO GLEDE NA VZROK	56
SLIKA 9-23 ŠTEVILO VKLJUČENIH SVOJCEV V DRUŽINSKA SREČANJA OZ. IZOBRAŽEVANJA ZA SVOJCE	57
SLIKA 10-1 ŠTEVILO VKLJUČENIH SVOJCEV, KI OBISKUJEJO DRUŽINSKA SREČANJA OZ. IZOBRAŽEVANJA ZA STARŠE GLEDE NA USPEH	62
SLIKA 10-2 USPEŠEN ZAKLJUČEK KLASIČNEGA PROGRAMA DPČ GLEDE NA UPORABO DROG PRI PARTNERJU	63

Kazalo tabel

TABELA 8-1 IZBRANE SPREMENLJIVKE RAZISKAVE	31
--	----

1 UVOD

V tradicionalnih skupnostih je uživanje mamil del vsakdanjega življenja. Mamila uživajo kot del ritualov. V Indiji kadijo opij zgolj ob posebnih priložnostih, enkrat na mesec, in večina uživalcev ni zasvojenih. Priložnosti so lahko tudi povsem družabnega značaja, kot na primer kajenje hašiša na Bližnjem vzhodu, lahko so verske kot uporaba peyotla v Mehiki ali povezane s klimatskimi razmerami, na primer žvečenje kokinih listov v Andih. Čeprav te droge uporabljajo tudi v zdravilstvu in ob družabnih srečanjih, takšno uživanje večinoma ne sodi med rekreativno in medicinsko uporabo. Razlika je predvsem v tem, da je uživanje tradicionalno in vernakularno. Uživanje je tradicionalno ali vernakularno, ko se na droge gleda kot rastline, ki so pridelane doma, in ne kot na blago. Opojna sredstva in zelišča so bila tradicionalno vpeta v družbeno življenje, njihovo uživanje je bilo v večini predpisano z rituali, povezanimi z religijo, družabnim in delovnim življenjem ljudi v skupnosti. Mamila so poznale vse nekdanje civilizacije, droge pa so novodoben pojav industrijske družbe (Flaker 2002a: 42).

Čeprav so droge poznale že najstarejše civilizacije, je videti, kot da so le-te postale problem današnje dobe. Droge so bile nekoč vpletene v vsakdanje življenje, vendar je bila njihova uporaba vezana na rituale, v različnih družbenih konceptih pa so nekatere postale dovoljene, druge prepovedane. Statusne razlike med različnimi drogami, tako med prepovedanimi kot dovoljenimi, so posledica različnih kulturnih in političnih odločitev, kar se odraža v nacionalnih politikah na področju drog. Pomen in odnos do drog sta torej kontekstualno in zgodovinsko določena. Diferencialna družba je prva, ki ne zna živeti z drogami, saj je razkrojila tradicionalna socializacijska razmerja. To so na primer mit, ritual in magija (Kvaternik Jenko 2006: 7).

Opij, ki je bil del tradicionalne indijske družbe, je na Kitajskem postal blago, ki je rušilo ureditev. Opij kot blago je z opijskimi vojnami postal sredstvo za vzpostavljanje globalnega ekonomskega prostora (Flaker 2002a: 42).

Za uživanje drog so si različne kulture izoblikovale določena pravila in rituale, s katerimi so določile, katerim članom je dovoljeno uživati določene droge in ob

katerih priložnostih. Poleg tega pa tudi pravila, katerih drog ni dovoljeno uživati. Iz tega izhaja razdelitev na dovoljene in nedovoljene droge (Čebašek Travnik 2005: 99–100).

V starejših civilizacijah je bilo uživanje drog del nekega rituala, ki je vključeval celotno skupnost. Potrošniška logika poznega kapitalizma pa s težnjo po takojšni zadovoljitvi posameznika omogoči nakupovanje in pričara užitek z užitjem substance. Tako užitek postane stvar, reč. Torej je užitek nekaj, kar je mogoče kupiti na trgu, in ga ni treba ustvarjati skupaj v družbi z drugimi. Tako se užitek prenese s polja skupnega, družabnega na polje individualnosti (Flaker 2012: 128–129).

2 OPREDELITEV POJMOV

2.1 Droga

V strokovni in poljudni literaturi najdemo množico izrazov, ki označujejo snovi, ki vplivajo na vedenje in počutje posameznika: droge, mamila, psihoaktivne substance oz. snovi, psihotropne snovi, opojna sredstva itd. V zadnjem času je v strokovni literaturi v uporabi skorajda izključno izraz 'droga' (Hočevar 2005: 23).

Hočevar v zvezi z definicijo pojma 'droga' opozarja na nejasnosti in predvsem nedosledno rabo izrazoslovja. Navaja, da se z različnimi definicijami pojma srečamo ne le v strokovni literaturi, ampak definicijo dodatno zapletajo tudi dokumenti, ki urejajo področje drog (ibid.).

Po farmacevtski opredelitvi so droge snovi, ki niso hrana, njihove kemične in fizikalne značilnosti pa spreminjajo strukturo ali funkcijo v živem organizmu (Ray, 1978, v Schillt, 1991, v Hočevar 2005: 26).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO – World Health Organization) drogo medicinsko definira kot katerokoli snov s potencialom za preprečevanje ali zdravljenje bolezni ali izboljšanje telesne ali duševne blaginje, farmakološko pa kot katerokoli kemično snov, ki spremeni biokemične fiziološke procese tkiv ali organizmov. V vsakdanji rabi se izraz pogosto uporablja za področje prepovedanih drog in se nanaša na psihoaktivne snovi, za katere je značilna nemedicinska uporaba. Med droge tako sodijo tudi alkohol, nikotin, kofein, torej snovi, ki jih posameznik uporablja zato, ker je prepričan, da bo uporaba spremenila njegove fizične in psihološke funkcije (spletni vir: WHO).

Žigon (2000: 28) poudarja, da je pri nas običajno, da se alkaloidi, ki delujejo na živčni sistem (morfin, kokain, heroin ...), imenujejo droge, sicer pa ima sam izraz 'droge' širši pomen. Navadno beseda 'droga' lahko pomeni ali zdravilo ali nekaj, kar človek vzame (navadno prostovoljno), da bi dosegel začasen (navadno prijeten) duševni učinek. V zadnjem času se z izrazom 'droga' označujejo tudi nekatere rastlinske surovine, snovi, sintetična ali polisintetična zdravila in druge kemične snovi, ki spreminjajo človekovo duševno stanje, s tem pa tudi normalno delovanje in obnašanje ljudi.

Droge so snovi, ki zaradi svojevrstne kemične sestave povzročajo spremenjeno delovanje telesa ali duševnosti. Na naše zaznavanje ugodja imajo prijeten učinek. Torej je droga snov, ki vpliva na spremembo našega počutja, mišljenja in vedenja. Vendar imajo te značilnosti mnoge snovi, zato jih zakon deli na dovoljene in prepovedane. Zdravila, ki se uporabljajo po navodilih zdravnika, veljajo za zdravila. Če pa se te iste snovi uporablja po lastni presoji ali celo preprodaja, postanejo droge. Na spremembo našega počutja, mišljenja in vedenja prav tako vplivajo čisto vsakdanje snovi, kot so kava, tobak, pravi čaj (Kastelic in Mikulan 2004: 17).

Milčinski in sodelavci (1983: 11) pravijo: »Naziv droga ima prvotno smisel: surovina rastlinskega ali živalskega izvora, ki se uporablja v zdravilstvu. Šele v drugi vrsti se uporablja za označevanje snovi, ki delujejo na človeško duševnost.« Opozarjajo tudi, da sta izraza 'mamilo' in 'opojna snov' netočna, saj nimajo vse droge omamnega ali opojnega učinka.

»Droga je dobra ali slaba, učinkovita ali neučinkovita, zdravilna ali škodljiva, legalna ali ilegalna. In to je razlog, zakaj uporabljamo droge obenem kot medicinsko orodje boja proti določenim boleznim in kot grešnega kozla v boju za osebno varnost in politično stabilnost.« (Szasz 1992: 29)

Flaker (2002: 16) navaja, da nekateri poudarjajo, da je v zvezi z drogami potrebna poenotena terminologija, vendar se sam s tem ne strinja, saj meni, da je po navadi iz konteksta precej razumljivo, za kaj gre. Zato predlaga le natančno izražanje, s katerim se lahko izognemo nejasnostim. Meni tudi, da sta izraza 'droge' in 'mamila' skoraj sinonimna, saj opredeljujeta isto kategorijo snovi, le da ima izraz 'mamila' nekoliko arhaičen prizvok, zato v vsakdanjem pogovoru prevladuje izraz 'droge'.

Različni avtorji in organizacije pojem 'droga' različno definirajo. Predvsem je pomembno, s katerega stališča opredeljujemo pojem. S farmakološkega stališča so pomembni učinki na človekov organizem. Medicinski pristop se po večini usmerja na človekovo zdravje. Sociološki in družbeni pogledi pa so usmerjeni na interakcijo med posamezniki in družbo. Pojem droge je tako večdimenzionalen. Sestavljajo ga tri komponente: substanca, posameznik ter družbeno in socialno okolje (Klavora, in Tomšič 1995: 27–28).

Podobno zapiše tudi Becker (v Flaker 2002: 19), ki pravi, da je uživanje drog psihosocialen proces, saj se mora uživalec najprej naučiti uživati droge na način, da se vključi v določeno skupino in sprejme njeno kulturo. Od že izkušenih uživancev prejema nasvete, interpretacije posameznih dogodkov, občutij, izkušenj in pomoč pri samem uživanju, prav tako posnema izkušene uživalce in jih jemlje za vzor.

Kaj je droga, je torej težko enoznačno definirati, saj ni neke značilne lastnosti, po kateri bi posamezne substance uvrščali med droge. Splošen pogled na droge nam pokaže, da ni substanca tista, ki ustvari drogo, ampak partikularna družbena definicija. Droga je torej nekaj, kar je družba določila kot drogo (Barber 1967, Knipe 1995 v Hočevnar 2005: 29–30).

2.2 Zasvojenost – odvisnost

Tudi pojma 'zasvojenost' in 'odvisnost' nekateri avtorji uporabljajo kot sinonima, drugi pa ju natančno razmejujejo.

Tako Flaker (2002a: 16) pravi, da zasvojenost pomeni uzrto in artikulirano odvisnost, ki jo spremljata značilno hrepenenje po drogi in jasno prepoznavanje abstinenčne krize. Odvisnost pa povezuje med drogo, hrepenenjem po njej in abstinenčno krizo ne prepozna.

Auer (2001: 56) pravi: »Odvisnost je proces, ki se razvija in pogloblja.« Poleg tega navaja, da strokovna literatura govori o tako imenovanih kriterijih odvisnosti, ki so:

- pojav odtegnitvene (abstinenčne) krize, če organizem ostane brez droge,
- rast tolerance – za doseg zaželenega učinka so potrebne čedalje večje količine droge,
- okupiranost z drogo – zasvojeni porabi veliko časa in energije za to, da si drogo priskrbi (tako imenovano »tekanje za drogo«), za uživanje in za okrevanje od posledic,
- trajna želja, da bi jemanje prenehal – ne le da bi v tem uspel,
- pomembno popuščanje v šolskih, družinskih, poklicnih ali socialnih dejavnostih,
- nadaljevanje jemanja kljub velikim telesnim ali življenjskim težavam zaradi tega.

Svetova zdravstvena organizacija (WHO – World Health Organization) v definiciji iz leta 1969 pravi: »Odvisnost je duševno, včasih tudi telesno stanje, ki je posledica součinkovanja med živim organizmom in drogo z značilno spremembo v obnašanju in drugimi reakcijami, ki vedno vključujejo potrebo, da se droga jemlje trajno ali občasno, da se doseže njen duševni učinek ali da se človek izogne neprijetnostim, ki so posledica njenega jemanja« (WHO v Petek 2008: 30).

Odvisnost je neobvladljiva želja po uporabi droge v vse večjih odmerkih in vse pogostejše kljub resnim telesnim in duševnim stranskim učinkom in izredni porušeni uporabnikove samopodobe in njegovih odnosov do drugih oseb (Kavzlarič v Petek 2008: 30).

Kastelic in Mikulan (2004: 118) odvisnost opredelita kot motnjo, ki zajame tako telesno kot duševno blagostanje zasvojenca in njegove okolice. Poudarita tudi, da odvisnost ni le razvada ali stil življenja, ampak bolezen, ki dokazano spremeni strukturo in delovanje možganov zasvojenca.

Ameriško združenje za medicino zasvojenosti (ASAM) je leta 2011 objavilo novejšo definicijo zasvojenosti. Ne opisujejo je samo kot vedenjsko težavo, temveč tudi kot kronično motnjo v delovanju možganov, ki se pojavi ob prekomernem uživanju omamnih sredstev in določenih vedenj (spletni vir: ASAM). Za zasvojenost so po njihovi definiciji značilni nezmožnost dolgoročne abstinence, zmanjšana sposobnost nadzora vedenja, hlepenje, zmanjšana sposobnost prepoznav problemov v posameznikovem vedenju in medsebojnih odnosih ter neprimerni čustveni odzivi (spletni vir: Inštitut za zasvojenosti in travme).

Ramovš (2001: 61–62) opredeli odvisnost kot pojem, ki v alkoholologiji pomeni duševno ali telesno potrebo po pitju alkoholnih pijač. Odvisnost razmeji na telesno in duševno. Poudari, da izraz odvisnost sicer ni napačen, je pa dvoumen, saj lahko odvisnost predstavlja nekaj pozitivnega, na primer odvisnost otroka od matere, ali pa ima negativen pomen, kot na primer odvisnost sužnja od gospodarja. Predlaga uporabo izraza 'zasvojenost', ki je enoumen in nazornejši. Zasvojenost definira kot umetno in škodljivo potrebo, ki se razvija postopoma s privajanjem na določeno psihoaktivno snov, obliko vedenja ali doživljanje resničnosti. Zasvojenost biološko

zastrepja organizem, patološko spreminja duševno delovanje in vedenje, kvira medčloveške odnose in zavira človekov razvoj.

Nekateri avtorji natančno razmejuje odvisnost od zasvojenosti, nekateri pa izraza uporabljajo kot sinonima. Tisti, ki pojma ločujejo, predstavijo zasvojenost kot nadpomenko in primernejši izraz kot odvisnost.

3 SPOL IN DROGE

Izražanje človekovih stisk in trpljenja je kulturno določeno. V zahodni kulturi se kaže predvsem kot odvisnosti od legalnih in ilegalnih drog ter odvisnost od ljudi. Še več, odvisnosti niso določene le s kulturo, temveč tudi s spolom (Zaviršek 1994: 180).

Najpogostejša in najbolj groba delitev spola je na »sex« kot biološki spol in »gender« kot družbeni spol. Delitev se zdi preprosta in preko teh kategorij opredeljujemo sebe, naše odnose z drugimi in naš položaj v družbi. Z izrazom »sex« opredeljujemo biološke značilnosti, torej dele vrojenih anatomskih in fizioloških značilnosti, povezanih z reprodukcijo, in delimo spolna bitja na moške in ženske, z izrazom »gender« pa značilnosti, ki jih določena kultura pripiše ljudem glede na njihov biološki spol. Meja med izrazoma ni točno določena. Zato lahko prihaja do pretiranega poudarjanja enega ali drugega – bioloških razlik med spoloma ali razlike v družbenem pogledu glede na spol. Vemo, da družbeni in biološki spol vplivata eden na drugega, ni pa poznan obseg vpliva, saj ne moremo določiti meje, ki označuje konec biološkega in začetek družbenega spola (Furlan 2006: 26–28).

V frazi »Boys will be boys«, torej »Fantje bodo fantje«, lahko hitro opazimo tradicionalno družbeno sprejeto razumevanje spola, da obstajata le dva spola in vsi moški posedujejo moške lastnosti in vse ženske ženske lastnosti (Štular 1998: 442). Nasproti te fraze je Simone de Beauvoir (2000: 13) zapisala stavek: »Ženska se ne rodi: ženska to postane.« V njem poudari, da družbeni spol ni nekaj, s čimer se rodimo, ampak je odraz socializacije in drugih vplivov, ki nas pomembno označijo.

V družbi so posameznice, ki niso dovolj »ženstvene«, da bi zadovoljile zahteve socialne vloge ženske, in moški, ki niso dovolj »moški«. Medkulturne raziskave so ovrgle biološko determiniranost spolne identitete. Pokazale so, da ni absolutnih razlik v karakteristikah moških in žensk, ampak da se mnoge značilnosti, ki jih po navadi označimo kot moške ali ženske, razlikujejo tako med moškimi kot ženskami v različnih kulturah. Torej ni nobenega obnašanja ali vedenja, ki bi natančno ločevalo spola. Med socializacijo se posamezniki naučijo nabora stereotipov, ki jih predstavljata »ženskost« in »moškost« (Štular 1998: 442–444).

Meje med spoloma se vedno bolj zmanjšujejo, kljub temu pa ne moremo zanikati bioloških in psiholoških razlik, ki se še vedno kažejo med spoloma. Te razlike se

kažejo tudi v tem, kako se moško in žensko telo različno odzoveta na vnos drog in alkohola.

3.1 Biološki vpliv

Žensko telo ne razgrajuje alkohola tako hitro kot moško. V raziskavi »National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism« ugotavljajo, da ima ženska, ki v enakem času popije enako količino alkohola kot moški, višjo vsebnost alkohola v krvi kot moški. Tako ima že sama razlika v konstituciji telesa moških in žensk pomemben vpliv na hitrejši razvoj zasvojenosti žensk z alkoholom, kot to velja za moške, saj so ženske v povprečju manjše, lažje in imajo manjšo mišično in kostno maso (spletni vir: Futures of palm beach-a).

Podobno ugotavljajo tudi Hovnik in sodelavci (2012), ki kot razlog za to, da imajo ženske nižjo stopnjo tolerance za alkohol, navajajo predvsem razliko v razporeditvi vode in maščevja v telesu med moškimi in ženskami (ženske imajo več maščevja in manj vode v telesu kot moški) in razliko v presnovi.

Študija, objavljena v »Biological Psychiatry«, je pokazala, da se po pitju alkoholne pijače več dopamina sprošča v možgane moških kot žensk. Dopamin pa pomembno vpliva na občutek ugodja in zadovoljstva. Večina drog in alkohol prisilijo možgane, da proizvajajo večje količine dopamina in s tem ustvarjajo močno povezavo med substanco in ugodjem (spletni vir: Futures of palm beach-a).

V raziskavi, objavljeni v »Trends in Pharmacological Sciences«, so raziskovalci ugotovili, da so zaradi ženskega hormona estrogena receptorji za sprejem drog odzivnejši in tako sprožajo hitre in močne signale užitka ob užitju droge (spletni vir: Futures of palm beach-b).

Lovrečič in sodelavci (2004: 211–212) navajajo, da je več raziskav glede učinkov nekaterih drog, kot so kokain, nikotin, alkohol, amfetamini, kanabis in druge, pokazalo razlike med spoloma. Učinki so se razlikovali tako na subjektivni ravni zaznave učinka kot tudi glede občutljivosti na nevrotoksične učinke drog. Na primer učinkovina kanabisa, delta-9-tetrahidrokanabinol – THC, se bolje absorbira v maščobna tkiva in je tako v ženskem telesu prisotna dlje kot v moškem.

Poleg različnih učinkov drog na spola so ženske izpostavljene dodatnim zdravstvenim tveganjem, kot so manjša plodnost in motnje menstrualnega ciklusa

(amenorea, oligomenorea, polimenorea). V nosečnosti pa pogosto pride do zapletov, kot so splav, intrauterinalne smrti plodov, prezgodnji porodi, poškodbe plodu in podobno (ibid.).

Obrazne dlake, razporeditev maščevja in vode v telesu, globina glasu, velikost rok in več takšnih kazalcev nakazuje ločnice med moškimi in ženskami. V večini so za naštete razlike odločilni hormoni. Hormoni odločilno vplivajo na razvoj telesa, lahko pa vplivajo tudi na različne načine odzivanja in razmišljanja. Vendar na različno razmišljanje moških in žensk ne vplivajo samo hormoni, temveč lahko imajo specifična spolna pričakovanja, ki jih družba ustvarja do moških in žensk, močan vpliv na razmišljanje in odzive v določenih situacijah (spletni vir: Futures of palm beach - b).

3.2 Družbeni vpliv

Družba v svoji predstavi o »ženskosti« in »moškosti« gradi do žensk in moških določena pričakovanja, vzorce vedenja in zastopanje ustrezne družbene vloge. Z uporabo drog pa ženske kršijo tako družbene norme kot norme, ki so vezane na njihovo ženstvenost. Posledično so ženske z njihovo uporabo dvojno stigmatizirane. Problemi, s katerimi se srečujejo moški in ženske v zvezi z uporabo drog, so podobni, kar je posledica skupne izkušnje zasvojenosti. Med spoloma pa obstajajo velike razlike v potrebah, ki jih izražajo, in okoliščinah začetka zasvojenosti (Harding 2006: 18–21).

V moderni kulturi se od moških še vedno pričakuje, da se izkažejo kot dobri vodje, da so inovativni in pripravljeni na tveganje. Posledično moški hitreje sprejmejo ponudbo uporabe prepovedane droge kot ženske. Zaradi dokazovanja moči kot moške značilnosti tako vzamejo tudi večje odmerke in več različnih drog, s tem pa izkusijo tudi več negativnih posledic. V dokazovanju moškosti tudi večkrat ponovno posežejo po drogi (spletni vir: Futures of palm beach-b).

Zaviršek (1994: 180–182) pravi, da so ženske odvisnosti večkrat poimenovane kot »tihe odvisnosti«, saj si posameznice izberejo takšno drogo, ki jim omogoča, da odvisnost ostane dolgo prikrita. Razliko med spoloma v uporabi drog vidi v tem, da so ženske odvisnosti v glavnem neopazne in nemoteče, saj gre, če govorimo o

substancah, največkrat za uživanje legalnih drog, kot so tablete in alkohol. Ženske stiske medicina hitreje označi kot patološke in jih pogosteje medikalizira kot moške. Legalne droge, ki jih ženske pogosteje uživajo, so predvsem benzodiazepini – po ocenah jih ženske uporabljajo kar dvakrat pogosteje kot moški. Posameznice so torej pogosteje odvisne od legalnih drog, ki so družbeno sprejemljivejše in jim ne prinašajo deviantnega statusa.

Z uporabo ilegalnih drog postane njihova stigma dvojna. Stigmatizirane so, ker so zasvojene in ker kršijo norme, ki veljajo zanje, ker so ženske. Tako hkrati kršijo družbene norme in socialne predstave o ženskosti (Zaviršek 1992: 51–52).

Droge, ki moške stigmatizirajo kot zasvojenca in v simbolnem smislu kot okužene, stigmatizirajo ženske tudi kot tiste, ki prav zaradi svoje spolne vloge lahko s svojo nemoralnostjo kontaminirajo ne le svoje telo, temveč tudi otroke in okolico. Ženska zasvojenost tako postane ne le vprašanje legalnosti in medicinske sprejemljivosti, temveč tudi moralno vprašanje, ki proizvaja dvojno etiketiranje prizadetih (Zaviršek 1994: 183).

Zaviršek (1994: 181) navaja, da so ženske zaradi drugačne socializacije nagnjene k drugim odvisnostim kot moški. Tako utemelji štiri temeljne značilnosti, ki jih prinašajo ženski socializacijski vzorci. Navaja, da se ženska prepozna le preko telesnih odnosov z ostalimi ljudmi, svoje potrebe postavlja za potrebe ostalih, zaradi nizke samopodobe išče razloge za stvari, ki gredo narobe, v lastni notranjosti. Zaradi prepovedi izražanja jeze pa se v ženskah pojavijo dvom vase in občutki nesposobnosti.

Zasvojenost žensk je treba razumeti skupaj s socialno vlogo, ki jim je predpisana. Odmiki od družbeno priznanih norm, kamor spada tudi uživanje drog, so zaradi večje zahteve po normalnosti spolnih obnašanj in spolnih vlog pri ženskah tudi bolj sankcionirani (Zaviršek 1992: 51–52).

Razloge moških za pogostejše poseganje po drogah lahko pripisujemo večji ponotranjenosti čustev in stresov. Ženske po drogah posežejo manjkrat prav zaradi bojazni pred ožigostanjem in strahom pred kriminalnimi dejanji. Vzrok za ženske zasvojenosti je večkrat povezan s problemi v partnerski zvezi. Uporaba drog in razvoj zasvojenosti sta odgovor na stres, ki je povezan z odnosi in občutki napetosti (Lovrečič et al. 2004: 206).

Peršak (2006: 28) navaja, da je pri ženskah eden ključnih dejavnikov uživanja droge prav odnos s partnerjem. Ta ima ključno vlogo tako pri začetnem eksperimentiranju kot v nadaljnji karieri uživalke. Pri moških je odločilnejše mnenje prijateljev in vrstnikov, pri ženskah pa mnenje vrstnikov ni tako pomembno kot mnenje partnerja. Avtorica išče razloge za uporabo drog pri ženskah v samopodobi ženske, ki je v 21. stoletju še vedno močno vezana na mnenja vrstnikov, še posebej na mnenja partnerjev.

Podobno ugotavlja tudi Franke (1995: 80), ki opisuje moški lik oziroma, še pomembneje, odnos s fantom kot enega ključnih dejavnikov, ki vpliva na začetek uporabe drog pri ženskah. Ugotavlja, da ima pomembnejšo vlogo kot vrstniki. Ženske, ki uporabljajo drogo, imajo tudi večkrat kot moški partnerja, ki uporablja droge.

Peršak (2006: 29) omenja, da so dekleta veliko bolj informirana o škodljivosti drog in se le-te tudi bolj zavedajo. Vzrok, ki ga lahko opišemo z vidika širše družbe, so dvojna merila glede odklonskega ravnanja. Normativna merila za žensko so drugačna in tudi strožja od moških in pomembno vplivajo na to, kakšne odločitve ženske sprejemajo v svojem življenju. To lahko pomeni, da so njihove odločitve mnogo bolj premišljene kot pri moških.

Razlike se kažejo tudi pri načinu in času vstopa v programe urejanja zasvojenosti. Od moških se v skladu s tradicionalnimi spolnimi vlogami pričakuje, da se sami ukvarjajo s svojimi problemi in ne kažejo toliko čustev. Tako ženske, za katere se v skladu s predpisanimi načini vedenja čustveno izražanje ne šteje kot šibkost, več govorijo o svojih doživljanjih in probleme tudi lažje uzrejo in priznajo ter hitreje poiščejo pomoč. V programe urejanja zasvojenosti moške večkrat napotijo družbene institucije, kot so kazenskopravni sistemi (zapori), in nadrejeni, ženske pa se večkrat za urejanje odločijo zaradi pobude socialnih delavcev. Sklepamo lahko, da se moški odločijo za urejanje zasvojenosti, ker so po navadi v to nekako prisiljeni. Tako morajo večkrat ostati v programih urejanja zasvojenosti, da obdržijo službo ali se izognejo prestajanju kazni v zaporu, medtem ko žensk običajno ne motivira takšna zunanja prisila. Ravno nasprotno, ženske, ki se odločijo za urejanje zasvojenosti, programe večkrat predhodno zapustijo prav zaradi predpisanih spolnih vlog. Ženske v vlogah mater in skrbnic čutijo potrebe svojih družin in

obveznosti, skrb za družino, hišo, starše, otroke in se ob vztrajanju v programu počutijo, kot da s tem zanemarjajo bližnje, ljubljene osebe (spletni vir: Futures of palm beach-b, EMCDDA 2005,).

Podatki za Evropo kažejo, da ženske predstavljajo le okoli tretjino vseh uporabnikov (EMCDDA 2006, 2008, 2012). Zasvojenost žensk je velikokrat predstavljena kot manjši, ne pereč problem, saj je odstotek uporabnic drog majhen in je s stališča deleža uporabe drog pretežno moški problem (Franke 1995: 33). Večina raziskav na področju prepovedanih drog se je v devetdesetih letih osredotočala predvsem na uporabo drog pri mladih moških, žensko uporabo drog pa so ali spregledali ali označili kot marginalno. Posledično so večino metod in oblik dela, ki jih uporabljamo še danes, razvili moški za moške (Harding 2006: 18–19).

Zanimanje za raziskovanje razlik med spoloma na področju drog in oblikovanje ustreznih programov je vedno večje. Tako so opaznejše razlike med spoloma pri uporabi drog posledica zavedanja, da imajo ženske uporabnice drugačne potrebe kot moški. Kot specifika problematike, s katero so soočene ženske uporabnice, se kažejo predvsem štiri področja, in sicer nosečnost in materinstvo, prostitucija, spolne in psihične zlorabe ter potrebe v duševnem zdravju (Harding 2006: 19).

Tako je sedaj tudi v nacionalnem programu zapisana potreba po programih, ki so prilagojeni različnim skupinam. Resolucija o nacionalnem programu na področju drog Republike Slovenije 2014–2020 v členu »Zdravstvena in socialna obravnava uporabnikov drog« navaja, da mora obravnava vključevati vse skupine uporabnikov prepovedanih drog. V vseh programih, razen tistih, ki so posebej usmerjeni v določeno skupino prebivalstva, mora biti zagotovljena prilagojenost programa obema spoloma in različnim starostnim skupinam.

3.3 Statistični kazalci

V Sloveniji je največkrat uporabljena prepovedana droga marihuana, ki jo je že uporabilo kar 15,8 % prebivalcev, starih od 15 do 64 let. Heroin je v življenju uporabilo 0,5 % prebivalcev Slovenije, starih med 15 in 64 let. V programih za urejanje zasvojenosti (CPZOPD - center za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog) večina uporabnikov kot primarno drogo, zaradi katere iščejo

pomoč, še vedno navaja heroin; v letu 2014 kar 75,9 %, vseh, ki so prvič ali ponovno vstopili v programe urejanja zasvojenosti. Med uporabniki drog, ki prvič vstopajo v program urejanja zasvojenosti, se delež uživalcev opiatov manjša – od leta 2007, ko je dosegel 92,7 %, na 55,4 % v letu 2014. Kot primarna prepovedana droga, zaradi katere uporabniki CPZOPD iščejo pomoč je na drugem mestu marihuana; delež se je občutno povečal, predvsem pri prvih iskalcih pomoči. Leta 2007 je bilo prvih iskalcev pomoči, ki so kot primarno drogo navedeli marihuano 6,5 %, v letu 2014 že 36,4 %. Moški prevladujejo v deležu uporabnikov programov za urejanje zasvojenosti. V letu 2014 jih je bilo kar 79 %, žensk pa le 21 %. Podobno kažejo tudi podatki za Evropo (spletni vir: NIJZ-a).

Ženske v programe urejanja zasvojenosti prvič vstopajo približno dve leti mlajše – pri 21 letih, moški pa pri 23 letih. Ženske so v primerjavi z moškimi, ko prvič poskusijo primarno drogo, zaradi katere iščejo pomoč z urejanjem zasvojenosti, mlajše, in sicer so stare 18 let. Povprečna starost ob prvi uporabi katerekoli prepovedane droge je pri obeh spolih 16 let (Lovrečič et al. 2004: 209–211).

Ob prvem vbizgavanju droge so ženske v povprečju stare 19 let. Moški si drogo vbizgavajo eno leto kasneje in so ob prvem vbizgavanju droge v povprečju stari 20 let. Podatki za obdobje od leta 1991 do 2002 kažejo pri prvih obravnavah na višji delež žensk (70 %), ki si drogo vbizgavajo, v primerjavi z moškimi (67,3 %). Kadi/inhalira več moških kot žensk, v povprečju tudi njuha več moških (10,4 %) kot žensk (7,5 %). Vsak dan si v povprečju vbizgava drogo več moških kot žensk, medtem ko si 1-krat na teden ali 2–6 dni na teden drogo vbizgavajo pogostejše ženske kot moški (ibid.).

Moški še vedno močno prevladujejo tako v uporabi prepovedanih drog kot v uporabi programov urejanja zasvojenosti. To velja tako za Evropo kot za preostale dele sveta, variirajo le razmerja. Opaža pa se, da se razlike v številu moških in žensk zmanjšujejo predvsem pri mladih uživalcih v državah, kjer je uporaba drog bolj pereč, razširjen problem. Vendar se ta opažanja ne odražajo v vseh raziskavah, tako tema še naprej ostaja zanimivo polje raziskovanja. Vsekakor bi bilo zaskrbljujoče, če bi opazili, da ženske od moških prevzemajo vzorce uporabe prepovedanih drog, saj bi to pomenilo povečanje evropske problematike

zasvojenosti s prepovedanimi drogami in povečanje potrebe po programih urejanja zasvojenosti (EMCDDA 2006: 36).

4 POLITIKE NA PODROČJU DROG

Ameriška vojna proti drogam je kot glavno vodilo postavila »ničelno toleranco« z idejo, da je možno ustvariti svet brez drog. Kot protiutež tem neuspehim ukrepom se je v Evropi razvila strategija zmanjševanja škode. Ta temelji na pragmatiki. Ker vemo, da nikoli ne bodo vsi uživalci abstinirali, je s stališča socialnega varstva in javnega zdravstva bolj smiselno, da poskrbimo, da bodo uživalci bolje živeli in manj zbolevali (Flaker 2012: 132).

V nasprotju s klasičnimi prijemi, ki pri obravnavi uživalcev temeljijo na imperativu abstiniranja in ozdravitve, pri politiki pa na prepovedi in preganjanju, izhaja prijem zmanjševanja škode iz pragmatičnega spoznanja, da so droge pojav, ki obstaja v vseh civilizacijah in ureditvah in ga ni mogoče povsem odpraviti, po drugi strani pa iz etične opredelitve, da je uživanje drog osebna odločitev in pravica vsakega človeka, da počne s svojim telesom, kar hoče. Zmanjševanje škode je tako odgovor na neuspeh terapevtske in represivne politike do drog, javnozdravstveni odgovor na epidemijo aidsa, je nadaljevanje pragmatične in svobodomiselnosti, na družbenih gibanjih utemeljene politike do drog, oziroma strokovna artikulacija antiprohibicionističnih idej in gibanj iz osemdesetih let 20. stoletja (Flaker 2002b: 6–7).

V Sloveniji se je zmanjševanje škode uveljavilo razmeroma zgodaj, v začetku devetdesetih let 20. stoletja. Takrat je skupina uživalcev pod okriljem Odbora za družbeno zaščito norosti ustanovila Stigmo, ki je bila verjetno prvo društvo s programom za razdeljevanje igel v postsocialističnih državah (Flaker 2012: 123–148).

Koncept zmanjševanja škode je v principu nereduktiven in obsega veliko različnih metod in pristopov, žal pa je v praksi, vsaj v Sloveniji, omejen predvsem na zdravstvene intervencije. Glavni orodji zmanjševanja škode pri nas sta metadon in zamenjava igel. Med ostale prijeme in metode, ki bi jih lahko uporabljali, spadajo tudi varne sobe in »heroin« na recept. Na ravni zmanjševanja socialnih posledic se lahko poskrbi z različnimi oblikami podpore in pomoči, da ljudje obdržijo službo, se zaposlijo, se ne znajdejo na cesti, se pobotajo s sorodniki, se izognejo kaznivim dejanjem in podobno. Koncept zmanjševanja škode je prijem, ki temelji na realnih

situacijah uživalcev in išče najučinkovitejše in priročne rešitve, ki so uživalcem blizu in izhajajo iz njihovih definicij situacije in potreb. Zato so uživalci partnerji tako pri raziskovanju potreb kakor pri izvajanju storitev in služb, ki so jim namenjene. Zaradi pomembne etične komponente prijema pa je uživalec v prvi vrsti človek, ki zaradi uživanja prepovedanih drog in zasvojenosti ne sme biti prikrajšan za pravice in blaginjo, ki je sicer zagotovljena v družbi (ibid.).

V socialnem delu skladno s tem obstajata dve smeri: psiho-pedagoška in socialna ali socialnodelovna. Psiho-pedagoška je usmerjena v učenje in omogočanje, da ljudje prenehajo uživati droge, socialnodelovna pa je usmerjena v to, da ljudje živijo čim bolje, ne glede na to, ali droge uživajo ali ne. Na pogled sta si usmeritvi paradigmatško nasprotni, v bistvu pa se dopolnjujeta (ibid.).

Psiho-pedagoška smer izhaja iz pogleda na uživalca kot bolnika, ki ga je treba pozdraviti, in pogleda na uživanje drog kot osebnostnega primanjkljaja. Zato uporablja metode, ki temeljijo na psihoterapiji in svetovanju. V psihoterapijo in svetovanje vključuje tudi pomembne druge oz. svoje in se skupaj z drugimi socialnimi ukrepi modulira kot »socio-terapija« (ibid.).

Socialna ali socialnodelavna smer pa izhaja predvsem iz pravic in življenjske situacije uživalca. Prizadeva si zavarovati uživalca pred radikalnim zmanjševanjem kakovosti življenja in izboljšati njegovo življenjsko okolje, razmere in družbeni status (ibid.).

5 UREJANJE ZASVOJENOSTI

Svetovna zdravstvena organizacija je zasvojenost z drogami opredelila kot bolezen. Iz tega izhaja tudi pravica do zdravljenja in pomoči. Cilja zdravljenja nista le detoksikacija in opustitev drog, ampak tudi zmanjševanje zdravstvenih in socialnih posledic. Tako ločimo tri različne oblike zdravljenj:

- zdravljenje motenj v delovanju možganov,
- psihoterapevtsko zdravljenje,
- urejanje socialnih problemov (Petek 2008: 32).

S problematiko drog se ukvarjajo zdravstvo, šolstvo, socialno skrbstvo in policija. Poznamo torej različne pristope in modele, ki se glede na spreminjajoče poglede na zasvojenost nenehno dopolnjujejo. Iz tradicionalnega pristopa in bolj prohibicionistične obravnave prehajamo v mehkejše modele zmanjševanja škode (ibid.).

Za pomoč zasvojencem pri njihovi poti k spremembi so razvili različne programe. V grobem jih razdelimo na programe nizkega praga ali nizkopražne programe in programe visokega praga ali visokopražne. Ker imajo zasvojenci glede zdravljenja različne želje, je en sam način obravnave ali zdravljenja neustrezen. Med obravnavo mora obstajati možnost prestopanja pragov. Torej je bistveno omogočanje prehoda z manj zahtevnih, nizkopražnih programov, ki se ukvarjajo predvsem z zmanjševanjem škode, v zahtevnejše programe, kjer je cilj življenje brez droge (Auer 2001: 102–104).

V Sloveniji so se programi, ki se ukvarjajo s problematiko drog, v glavnem začeli razvijati šele v začetku devetdesetih let. V desetletnem obdobju se je preko delovanja društva Stigma, razdeljevanja metadona v Ljubljani in Kopru in delovanja Karitasa počasi razvila mreža služb in programov, ki se ukvarjajo s stiskami uživalcev, njihovih svojcev in širšega okolja. Tako sedaj poleg splošnih služb v zdravstvenih domovih, centrih za socialno delo in šolah v Sloveniji deluje okoli štirideset različnih programov (Flaker 2002b: 167–168).

5.1 Nizkopražni programi

Pojem 'nizek prag' pomeni večjo dostopnost programov in prenehanje pogojevanja nudenja pomoči z abstinenco (Kvaternik Jenko 2006: 108-109).

Sociološko-ekonomski izraz je 'zmanjševanje škode' (harm reduction), pri delu na področju zasvojenosti pa se uporablja izraz 'nizkopražni programi'. Cilj je pomoč človeku v zdravstvenih in psihosocialnih težavah, ob tem pa ohranjanje spoštljivega in dostojanstvenega ravnanja z uživalci (Ramovš, 2010 v Žiberna et al. 2011: 5).

Glavni namen nizkopražnih programov je zmanjševanje škode, ki jo povzroča uživanje drog. Glavni cilj programov je izboljšati zdravstveno stanje uživalca, omiliti socialne in psihološke stiske in zmanjšati število smrtnih primerov (Auer 2001: 166).

Ti programi ponujajo:

- dnevne centre – varne prostore, v katerih se odvisniki lahko zadržujejo, izmenjujejo izkušnje, se pogovorijo s svetovalcem glede stanovanja, zdravnika, mogoče zaposlitve in o drugih uradnih zadevah. V centrih lahko dobijo svež pribor za uporabo drog, kondome, hrano, obleke in poskrbijo za osnovno telesno higieno;
- spremljanje v kriznih situacijah;
- delo na terenu, razdeljevanje svežega pribora za uporabo drog in informiranje (Žiberna et al. 2011: 5).

Osnovno vodilo programov je stik z uživalci. Tako lahko preko terenskega dela dosežejo težje dostopno populacijo in spodbujajo varnejše načine rabe drog. Hkrati nizkopražni programi spodbujajo in motivirajo za trajno opustitev drog in spremembo življenjskega stila (Auer 2001: 166–167).

Predvsem programi nudijo varen prostor, kjer se uživalci lahko zadržujejo, pogovarjajo med seboj in s strokovnjaki. Cilja sta zajeti čim večje število dolgotrajnih zasvojencev in doseganje težko dostopne populacije. V centrih uživalcem nudijo praktično pomoč, zagotavljajo osnovno higieno, sterilni pribor za uživanje,

strokovnjaki jih spremljajo v kriznih trenutkih, jim pomagajo pri iskanju zaposlitve in stanovanj ter jih seznanjajo z zdravstvenimi tveganji (Auer 2001: 167).

Nizkopražni programi so učinkoviti z vidika zagotavljanja javnega reda in javnega zdravja ter tudi z vidika zmanjševanja socialnih in zdravstvenih tveganj. Torej pripomorejo k stabilizaciji uživalcev in urejanju njihovega vsakdanjega življenja (Kvaternik et al. 2008: 108-109).

5.2 Viskopražni programi

Viskopražni programi so zelo raznoliko organizirani in uvrščeni – od izvajanja programov v okviru neprofitnih civilnih sfer do izvajanja v profitnih oblikah. V nekaterih državah se izvajajo kot ena glavnih storitev za zasvojene v okviru javnega zdravstva, v drugih so zgolj dopolnilo javnim službam. Pestrost oblik in organiziranosti se kaže v več vidikih (Polajner 2006: 41–43).

Z vidika časa vključenosti ločimo kratkotrajne programe, ki trajajo od nekaj mesecev do približno enega leta in so zlasti namenjeni populaciji, ki z drogami eksperimentira. Dolgotrajni programi posameznike vključujejo za dobo približno od dveh do petih let. Pri nekaterih traja intenzivna, stanovanjska oblika bivanja v povprečju leto in pol. Ti programi so namenjeni večletnim uporabnikom drog (ibid.).

Z vidika notranje organiziranosti programe delimo na stanovanjske in nestanovanjske. Nestanovanjske nadalje razdelimo še na programe, v katere so uporabniki vključeni le nekaj ur na teden (ambulantni tip), in programe, v katere so uporabniki vključeni ves dan (dnevni centri). Stanovanjski programi uporabnike vključujejo daljše časovno obdobje, ki ga strnjeno preživijo v komuni ali terapevtski skupnosti. V praksi je najpogostejša kombinirana organiziranost programa, kjer se uporabniki v dnevni centrih pripravljajo na vključenost v terapevtsko skupnost in se nato ponovno reintegrirajo v družbo preko programov ambulantne oblike (ibid.).

Z vidika kadrovske zasedbe in doktrine delovanja so programi lahko laični, strokovni ali kombinirani. Laični programi so poznani kot komune, kjer je osnova medsebojna pomoč med uporabniki. Strokovni programi se praviloma izvajajo v javnih zdravstvenih mrežah, v okviru psihiatričnih bolnišnic, kjer zdravniki zdravijo paciente. Kombinirani programi pa se izvajajo večinoma kot terapevtske skupnosti,

kjer program izvajajo v timih – strokovni delavci, bivši zasvojenci in laični delavci. V Evropi se kaže porast števila uporabnikov terapevtskih skupnosti, medtem ko v laičnih in strokovnih programih njihovo število upada. Tak trend lahko zaznamo tudi v Sloveniji (ibid).

5.2.1 Terapevtska skupnost

Terapevtska skupnost je tradicionalno opredeljena kot okolje brez drog, v katerem organizirano in strukturirano sobivajo osebe, ki imajo težave z drogami (in druge težave), z namenom, da se spodbujajo socialne in psihološke spremembe. Uporabniki storitev se obravnavajo kot dejavni udeleženci pri zdravljenju sebe in drug drugega, odgovornost za dnevno upravljanje skupnosti pa si delijo uporabniki storitev in osebje (EMCDDA 2012: 33).

Programi visokega praga so namenjeni uporabnikom, ki si želijo popolno opustitev uživanja drog. Ločimo socioterapevtsko usmerjene programe, ki se ukvarjajo predvsem z vedenjem v skupnosti in konkretnih življenjskih situacijah, ter psihoterapevtsko usmerjene, ki pozornost posvečajo predvsem posameznikom in vzrokom, ki so jih pripeljali do zasvojenosti. Osnovni princip obeh vrst programov je sprememba življenjskih navad preko modela socialnega učenja, ki pospešuje spreminjanje zasvojenjskih vzorcev in osebnostnih sprememb nasploh. Pomembni mehanizmi za doseg tega so razvoj socialnih veščin, izobraževanje in vzgoja ter predvsem odprava protidružbenega vedenja. Z močno poudarjeno udeležbo v skupnostnih opravilih želijo odpraviti pasivnost in iskanje sreče s pomočjo drog. Temeljni element programov je razvoj zmožnosti pomagati samemu sebi (Auer 2001: 133–134).

Visokopražni programi torej niso namenjeni vsem podskupinam uživalcev, saj od uporabnikov že ob vstopu v program pričakujejo abstinenco. Zasvojenci, ki začetne abstinence niso pripravljeni vzpostaviti, v programe ne morejo vstopiti. Ker je pogoj za vstop abstinence, ti programi kažejo, da glavni cilj programov ni abstinence, je zgolj osnova za novo pot iz zasvojenosti, ki uporabniku omogoča, da spozna samega sebe, ugotovi, kaj želi v življenju doseči, kaj v resnici čuti, misli in doživlja. Cilji takšnih programov so celostni. Ne le abstinence, ampak predvsem »počlovečenje« abstinenta, delovne navade, uspešna reintegracija v družabno,

družinsko in službeno življenje, samostojno in pošteno življenje so nekateri glavnih končnih ciljev visokopražnih programov (Polajner 2006: 43).

Glede na vsebino in način dela nudijo visokopražni programi kakovostno terapevtsko obravnavo uporabnikov na vseh stopnjah vključitve v program. Zagotavljajo celostne informacije o problemu in reševanju zasvojenosti. V programe vključijo tudi bližnje svojce, ki jih z ustrezno strokovno podporo opolnomočijo za soočenje s stiskami, ki jih prinese zasvojenost, in jim nudijo pomoč pri reševanju težav. Nekateri programi imajo tudi fazo reintegracije, ki pomaga uporabnikom pri ponovni integraciji v življenje, premagovanju socialne izključenosti, iskanju zaposlitve ter jih usposablja za življenje brez strokovne pomoči (Žiberna et al. 2011: 6).

Slovenski uporabniki terapevtskih skupnosti, programov in komun kot pozitivne elemente navajajo omogočanje urejanja zasvojenosti, učenje spretnosti za vsakdanje življenje in programe za reintegracijo v zaključnih fazah nekaterih programov. Najbolj jih moti, da so programi plačljivi, močna verska usmerjenost nekaterih programov, premalo terapevtskega dela, ali pa se jim to ne zdi ustrezno, ter velika oddaljenost od okolja, kjer bodo uporabniki živeli po zaključku programa (Kvaternik et al. 2008: 102).

6 PROJEKT ČLOVEK

Društvo Projekt Človek (DPČ) izvaja programe za samopomoč, terapijo in socialno rehabilitacijo oseb z različnimi oblikami zasvojenosti. Ustanovljeno je bilo leta 1994, razvilo pa se je iz Sekcije za narkomanijo Socialnega foruma za zasvojenost in omame (spletni vir: DPČ-a).

Predstavlja eno največjih institucij, ki se ukvarja s problematiko zasvojenosti v Sloveniji, saj deluje v 6 regijah (Osrednjeslovenski, Koroški, Primorski, Gorenjski, Dolenjski in Podravske). Na leto pomoč v programu poišče okoli 1.000 oseb, tako zasvojenih kot njihovih ključnih bližnjih oseb, zanje pa poskrbi 37 redno zaposlenih delavcev različnih profilov in več kot 45 prostovoljcev. DPČ ima status društva v javnem interesu in status humanitarne organizacije. Program Projekt Človek je bil leta 2007 verificiran kot javni socialnovarstveni program in tvori mrežo javne službe na področju socialnega varstva (ibid.).

Istoimenski program ima svoje korenine v Italiji, od koder je bil prenešen, preoblikovan in prilagojen slovenskim razmeram. Ustanovitelj osnovnega modela »Progetto Uomo« je don Mario Picchi (ibid.).

Ustanovitelj programa »Projekt človek«, Mario Picchi, je program opisal kot razgibano ponudbo, ki se nenehno razvija kot človekovo življenje. Torej ne moremo govoriti samo o enem ali več terapevtskih ali vzgojnih programih. Zaradi boja proti vsakršni vrsti zasvojenosti, resničnega poznavanja samega sebe, odkrivanja vrednot v medčloveških odnosih in človeške solidarnosti je »Projekt Človek« šola za življenje. Ne vpliva samo na tako imenovane uporabnike, ampak tudi na vse tiste, ki z njimi prihajajo v stik iz osebnih, delovnih, študijskih ali informacijskih razlogov (Picchi 1995: 19).

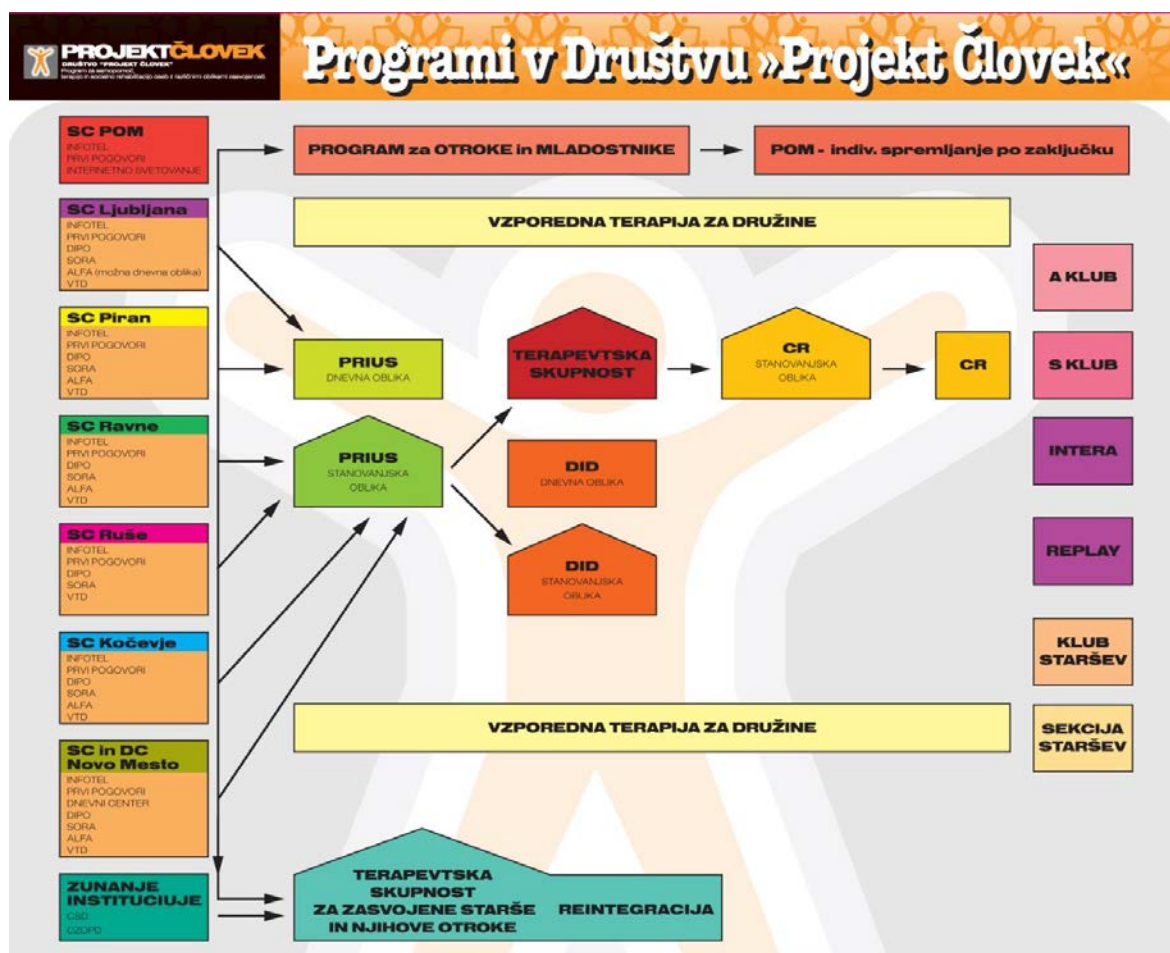
Visokopražni in nizkopražni programi naj bi med seboj sodelovali in delovali komplementarno, saj zajemajo povsem različne populacije uživalcev. Zato vse več organizacij hkrati razvija obe vrsti programov. Primer takšne organizacije v Sloveniji je »Projekt Človek« (Polajner 2006: 46).

Tako Društvo Projekt Človek (DPČ) ne zajema samo najbolj motiviranih zasvojencev, ki so že vzpostavili abstinenco, ampak tudi zasvojence, ki začasno še

niso sposobni vzpostaviti abstinence. Oblikovane imajo različne nizkopražne programe.

- Dipo je program individualne predterapevtske pomoči za aktivne zasvojence.
- Alfa je namenjen tistim, ki so vključeni v substitucijski program in želijo prenehati jemati droge, niso pa še dosegli popolne abstinence in znižujejo substitucijo.
- Šola za starše kot svetovanje staršem aktivnih zasvojencev.
- Sprejemni centri, kjer so »prvi pogovori« namenjeni aktivnim uživalcem.

Kompleksnost programov v Društvu Projekt Človek prikazuje spodnja shema (spletni vir: DPČ-b).



Slika 6-1 Shema programov DPČ

Prvi pogovori se začnejo v sprejemnih centrih po Sloveniji, kjer uporabnika usmerijo v zanj ustrezen program. Ker ta raziskava temelji na podatkih, pridobljenih od

uporabnikov visokopražnega klasičnega programa Društva Projekt Človek, bomo v nadaljevanju podrobneje predstavili potek in cilje klasičnega programa Projekt Človek (ibid.).

Klasični program »Projekt Človek« je namenjen posameznikom, ki so se odločili za trajno abstinenco. Organiziran je v treh fazah:

- program Prius,
- terapevtska skupnost in
- center za reintegracijo.

– Program Prius

V prvi fazi se uporabnik vključi v program Prius. Ta program je organiziran v dnevni obliki. Uporabniki iz oddaljenih krajev ali tisti, ki imajo doma neurejene razmere, se lahko vključijo v stanovanjsko obliko Priusa. Program je namenjen pripravi in usmerjanju na poglobljeno terapevtsko delo. Osnovni namen je vzdrževanje abstinence in vključenost celotne družine. V tej fazi uporabniki spoznajo delovanje programa, njegova pravila in način dela. Večina uporabnikov pride v program neprostovoljno, v času prve faze pa začnejo ugotavljati, da so v programu zaradi sebe in ne zaradi staršev ali koga drugega (spletni vir: DPČ-c).

Postopoma se jim viša notranja motivacija za urejanje zasvojenosti, pri čemer imajo pomembno vlogo tisti uporabniki, ki so že daljši čas vključeni v program. Cilj programa je, da uporabniki spoznajo probleme, ki izhajajo iz ozadja zasvojenosti in predstavljajo osnovo za odločitev o obliki pomoči, ki bo zanje v nadaljevanju najprimernejša. Uporabniki in zaposleni to odločitev sprejmejo skupaj (ibid.).

– Terapevtska skupnost

Sledi faza v terapevtski skupnosti. V program se vključijo posamezniki po opravljenih uvodnih pogovorih in uspešno zaključenem programu dnevnega centra. Ta faza je namenjena osebni rasti. Pri tem poleg intenzivnega terapevtskega dela uporabnikom nudijo tudi športne, delovne, kulturne in ustvarjalne aktivnosti. V terapevtski skupnosti je življenje organizirano tako, da uporabniki utrjujejo samostojnost, se učijo reševati probleme in preživljajo prosti čas na ustvarjalen

način. Urnik je popestren z izleti v hribe, različnimi športnimi aktivnostmi in ustvarjalnimi delavnicami. Poglavitni cilji terapevtske skupnosti so v pomoči uporabnikom programa pri:

- učenju vzdrževanja abstinence,
- utrjevanju delovnih navad, samostojnosti in odgovornosti,
- učenju reševanja problemov na socialno sprejemljiv način,
- učenju preživljanja prostega časa na ustvarjalen način,
- "pogledu na drogo" – to je v pogledu na razloge, ki so vplivali na posameznika, da je posegel po drogah, ter preseganje le-teh v varnem okolju terapevtske skupnosti.

V terapevtsko skupnost so vključena tako dekleta kot fantje. Bivanjski prostori so ločeni po spolu, skupaj pa fantje in dekleta uporabljajo kuhinjo, dnevni prostor, sobe za terapevtske aktivnosti, dvorano itd. Program terapevtske skupnosti traja približno 12 mesecev (program je prilagojen potrebam posameznika). Po uspešnem zaključku uporabniki nadaljujejo svojo pot urejanja še v centru za reintegracijo, ki je v Ljubljani (spletni vir: DPČ-d).

V terapevtski skupnosti, tako kot v drugih fazah in centrih Projekta Človek, izvajajo vzporedno terapevtsko delo s starši, partnerji, sorojenci in z drugimi bližnjimi osebami. Starši imajo ločene terapevtske skupine in seminarje, skupaj pa se srečajo na tako imenovanih enodružinskih in večdružinskih srečanjih (ibid.).

– Center za reintegracijo

Center za reintegracijo je zaključna faza v klasičnem programu Projekt Človek. V tem delu programa se postavljajo temelji za aktivno življenje brez drog, kjer se vsak posameznik preizkuša v vsakodnevnih bolj ali manj stresnih situacijah (spletni vir: DPČ-e).

Bistvo programa za reintegracijo je, da vsak posameznik v zunanjem okolju uveljavi svoje osebnostne in odnosne spremembe. Glavni cilj je pomoč uporabnikom programa pri vzdrževanju trajne abstinence in vključevanju v družbo. To zajema:

- sprejemanje družbene odgovornosti, aktivno vključevanje v družbeno življenje (šolanje, zaposlitev),

- krepitev socialne pripadnosti družbenim skupinam z zdravim življenjskim slogom,
- učenje učinkovitejšega spoprijemanja s stresnimi situacijami,
- oblikovanje novih vlog v družini,
- življenje v skladu z vrednotami, ki niso kompatibilne z zasvojenostjo.

Pomen programa reintegracije je v tem, da uporabniki preverijo, v kolikšni meri so usvojili cilje predhodnih faz in v kolikšni meri uspejo spremembe realizirati v vsakodnevnem življenju (ibid.).

Poseben poudarek je na preventivi recidiva, saj je šele življenje izven terapevtskega programa pravi pokazatelj uspešne abstinence. Zaradi nevarnosti, da se zasvojenost s prepovedanimi drogami nadomesti s kakšno drugo obliko zasvojenosti, je poudarek na problemu zlorabe alkohola, zdravem načinu življenja, vrednotah, ki niso kompatibilne z zasvojenostjo, aktivnem preživljanju prostega časa in razvijanju potencialov posameznika (ibid.).

Program reintegracije je od vseh programov klasičnega Projekta Človek najbolj individualno naravan, saj se uporabnik sam odloči, kaj bo dal na prvo mesto in na kakšen način se bo začela njegova reintegracija v družbo. Tako delavci kot uporabniki se zavedajo, da z zaključkom programa še ni konec vseh problemov. Učijo se, da so ti del življenja in je treba k njim aktivno pristopati ter jih reševati, ne pa bežati v omamo (ibid.).

Program centra za reintegracijo vključuje delovne, terapevtske, športne in kulturne aktivnosti. Uporabniki sledijo urniku programa v skladu s svojim individualnim urnikom. Urnik vsebuje terapevtske skupine, seminarje, trening socialnih veščin, tematske skupine, individualne pogovore, strukturo časa, evalvacije, družinska srečanja, biblioterapijo, delovne obveznosti, učenje, pisanje prošenj za zaposlitev, izvajanje drugih aktivnosti, povezanih z iskanjem zaposlitve, športne in kulturno-ustvarjalne aktivnosti (ibid.).

Program v centru za reintegracijo poteka približno 18 mesecev. Razdeljen je na 3 podfaze; prva je stanovanjskega tipa in poteka 24 ur na dan, druga in tretja pa sta ambulantnega tipa. Število aktivnosti v programu se zmanjšuje sorazmerno z večanjem obveznosti in odgovornosti v zunanjem okolju. Uporabniki programa

reintegracije pomagajo pri delu v drugih programih Projekta Človek. Pomembno je predvsem, da svojo izkušnjo prenašajo na mlajše uporabnike, da jih motivirajo in jim predstavljajo zgled, da se je zasvojenosti možno rešiti in zaživeti življenje, kot ga živijo vrstniki. Pomembno je, da uporabniki ne objokujejo zaradi zasvojenosti izgubljenega časa, pač pa delujejo v skladu z zastavljenimi cilji ter sprejmejo tudi to, da bodo nekatere stvari v življenju morda dosegli nekoliko kasneje kot njihovi vrstniki. V centru za reintegracijo tako kot v drugih fazah in centrih Projekta Človek izvajajo vzporedno terapijo za družine. Vzporedna terapija družin je v centru za reintegracijo še posebej pomembna zato, ker se uporabniki vračajo v svoje družine in starši ponovno prevzemajo starševsko vlogo, ki so jo med programom do neke mere prevzeli terapevti. Vloga, ki jo prevzamejo fantje in dekleta, ko se vrnejo v domače okolje, je ključna za nadaljnjo socializacijo (ibid.).

7 PROBLEM

Raziskavo smo opravili v Društvu Projekt Človek. Osredotočili smo se na uporabnike, ki so zasvojenost urejali v klasičnem programu. Ta je razdeljen na tri faze. V prvi fazi Prius, ki je organizirana v dnevni obliki, uporabnike pripravljajo na poglobljeno delo na sebi ter jim pomagajo in jih vzpodbujajo pri ohranjanju abstinence. Po zaključku prve faze, ki traja približno dva meseca, se uporabnik preseli v terapevtsko skupnost, ki je organizirana v bivanjski obliki. V varnem okolju uporabniki poleg intenzivnega terapevtskega dela in učenja vzdrževanja abstinence utrjujejo tudi delovne navade, se učijo konstruktivnega reševanja sporov, kvalitetnega preživljanja prostega časa, odgovornosti in samostojnosti. Po zaključni drugi fazi, ki traja približno 15 mesecev, uporabnik preide v zaključno fazo – reintegracijo. Program centra za reintegracijo je najprej organiziran v stanovanjski obliki, nato pa v ambulantni, in traja približno 18 mesecev. Bistvo programa za reintegracijo je pomoč uporabniku pri trajni abstinenci in ponovni vključitvi v družbo.

V Društvu Projekt Človek sem opravljala praktično delo v sklopu vsakoletne obvezne prakse. Ker sem bila z učno bazo zelo zadovoljna, sem se nanje spomnila in obrnila tudi ob pisanju diplomske naloge. Dali so mi proste roke za delo, podali pa tudi predloge, ki se zdijo zanimivi njim. Tako smo se v dogovoru odločili, da pogledam, kakšne so razlike med spoloma pri njihovih uporabnikih. Predlagali so, da poiščem podatke v njihovem arhivu, kjer imajo zbrano obsežno gradivo o uporabnikih, ki so zaključili urejanje zasvojenosti – nekateri uspešno, drugi pa neuspešno. Na podlagi vprašalnikov, ki jih izpolnjujejo od leta 2008 naprej, smo si zastavili 28 raziskovalnih vprašanj. Raziskovalna vprašanja lahko v grobem razdelimo na pet sklopov: splošni podatki, poskusi urejanja zasvojenosti, ocena stanja uporabnika ob vstopu v klasičen program DPČ, anamneza jemanja psihoaktivnih snovi in vključenost svojcev. Na podlagi raziskovalnih vprašanj smo postavili te predpostavke:

- Moški predstavljajo večji delež uporabnikov klasičnega programa DPČ.
- Ženske v povprečju dosegajo višjo stopnjo zaključene izobrazbe.
- Ženske so ob vstopu v klasičen program DPČ mlajše kot moški.
- Ženske imajo manj poskusov urejanja zasvojenosti.

- Več moških uspešno zaključi klasičen program DPČ.
- Ženske so ob uspešnem zaključku klasičnega programa DPČ mlajše kot moški.
- Ženske so manj časa vključene v poskus urejanja zasvojenosti v klasičnem programu DPČ.
- Ženske so ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti mlajše kot moški.
- Pri moških mine več let od prvega poskusa urejanja do uspešnega zaključka v klasičnem programu DPČ.
- Ženske imajo bolj zdravo socialno mrežo.
- Ženske dobijo boljšo oceno skrbi za lastno zdravje.
- Ženske imajo boljši uvid v problematiko ob vstopu v klasičen program DPČ.
- Svojci moških imajo boljši uvid v problematiko ob vstopu v klasičen program DPČ.
- Ženske so ob prvi uporabi prepovedane droge mlajše kot moški.
- Ženske pogosteje redno uživajo alkohol.
- Moški redno uživajo večje število prepovedanih drog kot ženske.
- Moški pogosteje uporabljajo metadon.
- Ženske pogosteje redno zlorabljajo večje število zdravil kot moški.
- Ženske imajo večkrat partnerja, ki uživa prepovedane droge.
- Ženske imajo večkrat družinske člane, ki uživajo prepovedane droge.
- Največkrat uporabljena prepovedana droga je pri obeh spolih heroin.
- Največkrat uporabljen način vnosa droge je pri obeh spolih intravenozno uživanje.
- Moški so večkrat sprejeti v bolnišnico zaradi hepatitisa B in C.
- Moški so večkrat sprejeti v bolnišnico zaradi predoziranja.
- Ženske so večkrat sprejete v bolnišnico zaradi abstinencijske krize.
- Ženske so večkrat sprejete v bolnišnico zaradi poskusa samomora.
- Ženske imajo v program DPČ vključenih več svojcev.
- Ženske imajo vključenih več svojcev, ki redno hodijo na družinska srečanja.
- Ženske imajo vključenih več svojcev, ki redno hodijo na izobraževanja za svojce.

8 METODOLOGIJA

8.1 Vrsta raziskave

Raziskava je kvantitativna. Osnovno gradivo so podatki, pridobljeni s standardiziranimi merskimi postopki. Te podatke, ki jih je mogoče izraziti v številkah, smo obdelali z matematičnimi in statističnimi metodami.

Raziskava je tudi uporabna oziroma aplikativna. Rezultate in spoznanja lahko uporabimo kot koristno vodilo za razmislek o možnih izboljšavah programa za nadaljnje delo.

8.2 Spremenljivke

Tabela 8-1Izbrane spremenljivke raziskave

KATEGORIJE	SPREMENLJIVKE	MODALITETA
Splošni podatki	Spol	Moški Ženska
	Zaključena stopnja izobrazbe	Nedokončana osnovna šola Dokončana osnovna šola 2- do 3-letna poklicna šola Splošna gimnazija, strokovna šola, štiriletna strokovna šola 2-letna višja šola Visoka šola, fakulteta ali več
Poskusi urejanja zasvojenosti	Starost ob vstopu v DPČ	Številka
	Št. poskusov urejanja zasvojenosti v različnih programih	Številka
	Uspešno zaključil klasičen program DPČ	Da Ne

se nadaljuje

KATEGORIJE	SPREMENLJIVKE	MODALITETA
Poskusi urejanja zasvojenosti	Starost ob uspešnem zaključku DPČ	Številka
	Koliko časa v klasičnem programu DPČ/ mesecev?	Številka
	Starost ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti?	Številka
	Koliko let je minilo od prvega poskusa urejanja do uspešnega zaključka v DPČ?	Številka
Ocena stanja uporabnika ob vstopu v DPČ	Ocena razširjenosti zdrave socialne mreže ob vstopu v klasičen program DPČ	Nezadostna Zadostna Dobra Prav dobra Odlična
	Ocena skrbi za lastno zdravje ob vstopu	Nezadostna Zadostna Dobra Prav dobra Odlična
	Uvid v problem, sprejetje problematike s strani svojcev	Nezadostna Zadostna Dobra Prav dobra Odlična
	Uvid v problem, sprejetje problematike s strani uporabnika	Nezadostna Zadostna Dobra Prav dobra Odlična

se nadaljuje

KATEGORIJE	SPREMENLJIVKE	MODALITETA
Anamneza jemanja PAS	Starost ob prvi uporabi prepovedane droge/psihoaktivne snovi	Številka
	Redno uživanje alkohola	Da Ne
	Redno uživanje različnih PAS:	Marihuana LSD STP Meskalin Ekstazi Speed Amfetamini GHB Opiati Kokain
	Redna uporaba metadona	Da Ne
	Redna zloraba zdravil	Benzodiazepini Barbiturati Antidepresivi Antipsihotiki Analgetiki
	Ali so straši ali drugi družinski člani kadarkoli jemali PAS?	Da Ne
	Ali je partner kadarkoli jemal PAS?	Da Ne
	Največkrat uporabljena PAS?	Navede eno izmed zgornjih PAS

se nadaljuje

KATEGORIJE	SPREMENLJIVKE	MODALITETA
Anamneza jemanja PAS	Najpogostejši način vnosa substance?	Intravenozno Kajenje Oralno Snifanje Podkožna uporaba Kajenje na foliji
	Sprejemi v bolnišnico kot posledica hepatitisa B, C	Številka
	Sprejemi v bolnišnico kot posledica predoziranja	Številka
	Sprejemi v bolnišnico kot posledica abstinencijske krize	Številka
	Sprejemi v bolnišnico kot posledica poskusa samomora	Številka
Vključenost svojcev	Vključenost svojcev	Številka
	Koliko svojcev hodi na družinska srečanja?	Številka
	Koliko svojcev hodi na izobraževanja?	Številka

8.3 Merski instrumenti in viri podatkov

Merski instrumenti, ki smo jih uporabili v raziskavi, so bili dva strukturirana vprašalnika (zbirnik in anamneza jemanja psihoaktivnih snovi) in podatki iz osebnih

map uporabnikov Društva Projekt Človek. Zbirnik so v času izbranega raziskovalnega obdobja nekoliko preoblikovali. Stari zbirnik je tako sestavljen iz 18 področij in 34 vprašanj, novi pa iz 16 področij in 37 vprašanj. Raziskovalna vprašanja smo si zastavili tako, da smo izbrali vprašanja, ki sta jih zajemala tako stari kot novi zbirnik. Anamneza jemanja psihoaktivnih snovi pa je sestavljena iz dveh področij in 37 vprašanj. Iz osebnih map uporabnikov DPČ smo poiskali odgovore, ki jih nismo mogli zajeti iz zbirnika in anamneze jemanja psihoaktivnih snovi.

Raziskava zajema izsledke devetindvajsetih vprašanj s petih področij:

- splošni podatki,
- poskusi urejanja zasvojenosti,
- ocena stanja uporabnikov ob vstopu v DPČ,
- anamneza jemanja PAS,
- vključenost svojcev.

8.4 Populacija in vzorec

V raziskavo so vključeni uporabniki Društva Projekt Človek, ki so bili od leta 2008 naprej najmanj en mesec vključeni v klasičen program in so program že zaključili (uspešno ali neuspešno), torej v času zbiranja podatkov niso bili aktivno vključeni v klasičen program Društva Projekt Človek. Vzorec zajema 68 uporabnikov, katerih osebne mape so bile v arhivu Društva Projekt Človek.

Pomemben vir podatkov predstavlja »Dokumentacija za uporabnike – zbirnik obstoječih podatkov iz spisov uporabnikov«, v nadaljevanju zbirnik, ki so ga začeli izpolnjevati leta 2008. Zato smo zbiranje podatkov začeli prav s to letnico in nadaljevali do najnovejših dostopnih map v arhivu. Zbiranje podatkov je v DPČ zasnovano tako, da se vprašalniki izpolnjujejo postopoma med uporabnikovo vključenostjo v program. Zato smo se omejili na uporabnike, ki so bili v klasičen program vključeni vsaj en mesec, saj sicer pri tistih s krajšo vključenostjo ne bi dobili večjega števila želenih podatkov. Od leta 2008 do sedaj se je obrazec za zbirnik nekoliko preoblikoval, zato smo pri zbiranju upoštevali le vprašanja, ki jih vsebujeta obe različici zbirnika. Zaradi manjkajočih ali ponekod nenatančno izpolnjenih

zbirnikov in anamneze nismo uspeli zbrati vseh podatkov posameznih uporabnikov, zajetih v našem vzorcu. Tako pri trinajstih uporabnikih v njihovi osebni mapi ni bilo zbirnika in pri teh nismo dobili odgovorov na štiri vprašanja. Pri enem uporabniku je manjkala anamneza jemanja psihoaktivnih substanc, tako pri tem nismo dobili odgovorov na trinajst vprašanj. Pri treh uporabnikih pri anamnezi ni bil izpolnjen sklop štirih vprašanj. Pri treh uporabnikih pa iz osebne mape nismo dobili iskanega podatka. Kljub manjkajočim odgovorom teh uporabnikov nismo izključili iz raziskave, saj bi tako izgubili velik del vzorca. Pri obdelavi podatkov zato sproti navajamo velikost vzorca za posamezno vprašanje.

8.5 Zbiranje podatkov

Del podatkov smo črpali iz dveh strukturiranih vprašalnikov in del iz osebne mape uporabnikov.

- Dokumentacija za uporabnike – zbirnik obstoječih podatkov iz spisov uporabnikov:
 - stari zbirnik je sestavljen iz 18 področij in 34 vprašanj,
 - novi zbirnik pa iz 16 področij in 37 vprašanj.
- Anamneza jemanja psihoaktivnih snovi, ki je sestavljena iz dveh področij in vsebuje 37 vprašanj.
- V osebni mapi smo poiskali še odgovore na štiri vprašanja.

Osebne mape uporabnikov skupaj z vprašalniki smo pridobili v arhivu Društva Projekt Človek.

8.6 Obdelava in analiza podatkov

Obravnavali smo 28 vprašanj (glej prilogo B). Vprašalniki so bili izpolnjeni ročno, kasneje smo podatke prenesli in obdelali v programih Microsoft Excel in SPSS (izračuni aritmetične sredine, standardni odkloni in statistične pomembnosti).

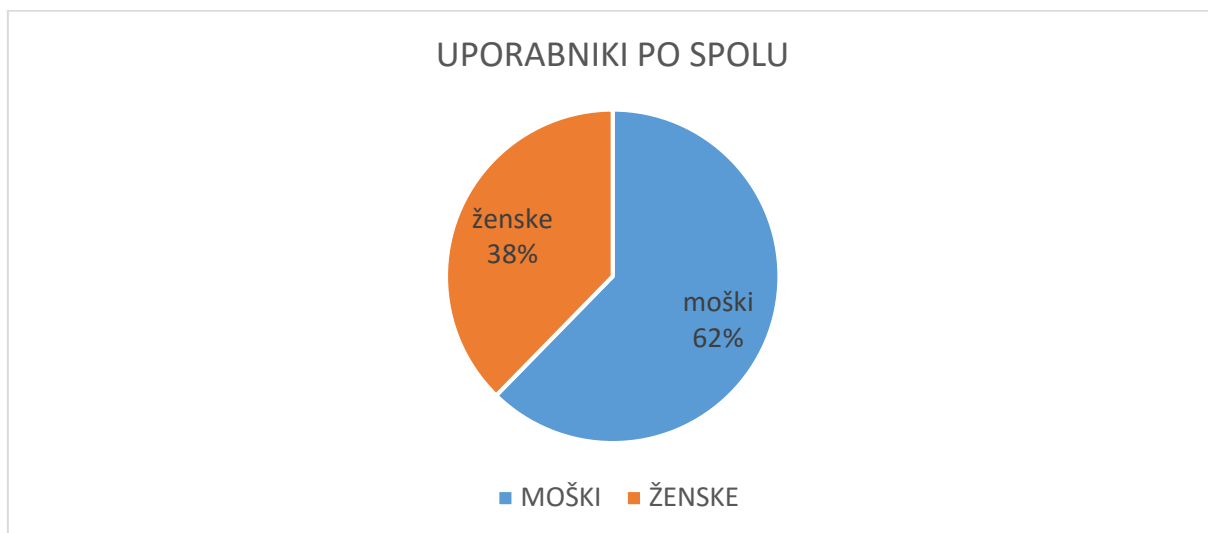
Pri nominalnih spremenljivkah smo razliko med spoloma ugotavljali s pomočjo kontingenčnih tabel in hi-kvadrat testov, pri številskih spremenljivkah pa s t-testom za neodvisna vzorca.

9 REZULTATI

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati raziskave, izračuni pa so v prilogah.

9.1 Splošni podatki

9.1.1 Struktura uporabnikov po spolu

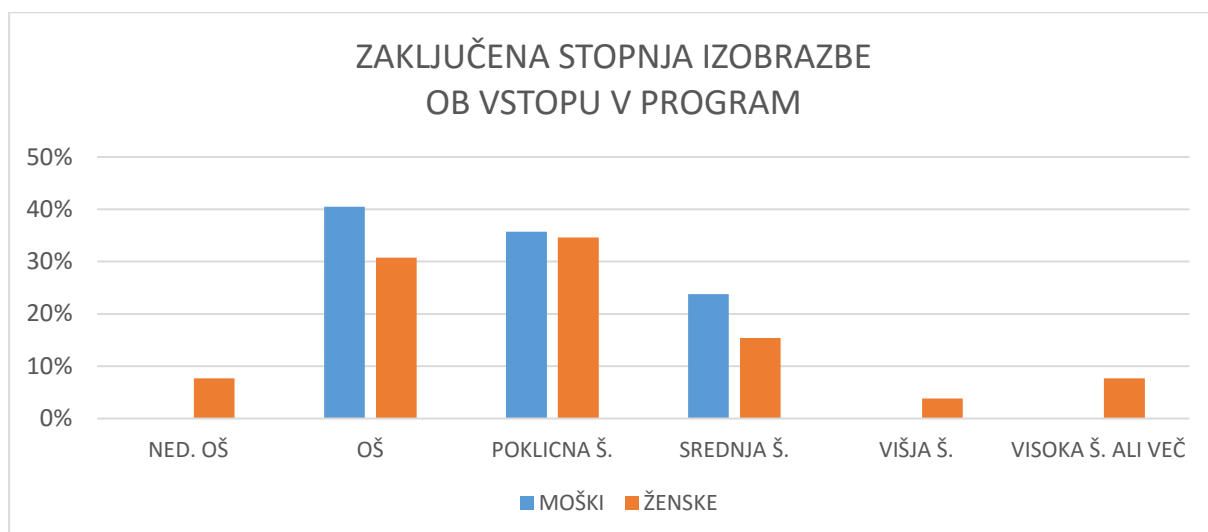


Slika 9-1 Struktura uporabnikov po spolu

Na vprašanje o spolu smo dobili 69 veljavnih odgovorov (0 manjkajočih).

V vzorcu je zajetih 69 uporabnikov, od teh je 43 oz. 62 % moških in 26 oz. 38 % žensk.

9.1.2 Dokončana izobrazba po spolu



Slika 9-2 Zaključena stopnja izobrazbe ob vstopu v DPČ

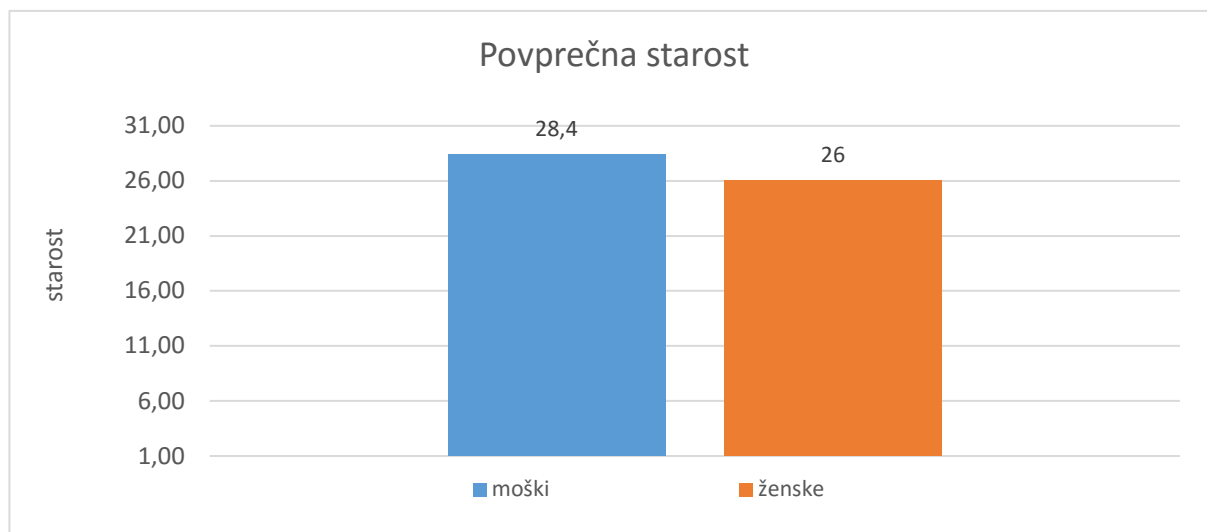
Na vprašanje o zaključeni stopnji izobrazbe ob vstopu v program smo dobili 68 veljavnih odgovorov, manjkal je 1 odgovor.

Na vprašanje, katero stopnjo izobrazbe ste dosegli ob vstopu v program, so anketiranci lahko odgovorili z: 1 – nedokončana osnovna šola, 2 – dokončana osnovna šola, 3 2- do 3-letna poklicna šola, 4 – splošna gimnazija, strokovna gimnazija, štiriletna poklicna šola, 5 – 2-letna višja (strokovna) šola, 6 – visoka šola, fakulteta ali več.

Rezultati kažejo, da so moški največkrat dokončali osnovno šolo, tj. 40,5 %, ženske pa imajo največkrat dokončano poklicno šolo, tj. 34,6 %. Kljub temu lahko na podlagi hi-kvadrat testa, ki je značilen pri $\alpha < 0,05$, zaključimo, da spremenljivki spol in zaključena stopnja izobrazbe nista povezani.

9.2 Poskusi urejanja zasvojenosti

9.2.1 Povprečna starost uporabnikov DPČ



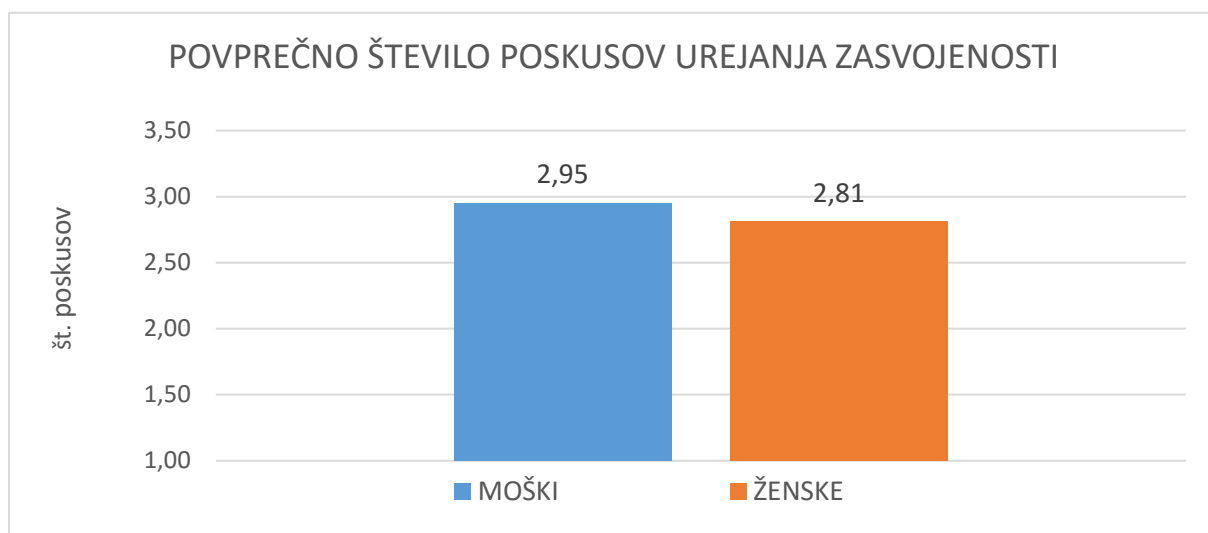
Slika 9-3 Povprečna starost uporabnikov DPČ

Na vprašanje o starosti uporabnika ob vstopu v DPČ smo dobili 69 veljavnih odgovorov, manjkajočih ni bilo.

Rezultati raziskave so pokazali, da so moški, vključeni v program, v povprečju stari 28,4 leta, in so tako v povprečju za 2,4 leta starejši od žensk, ki so povprečno stare 26 let.

Rezultati t-testa so pokazali, da je ta razlika statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.2.2 Povprečno število poskusov urejanja zasvojenosti

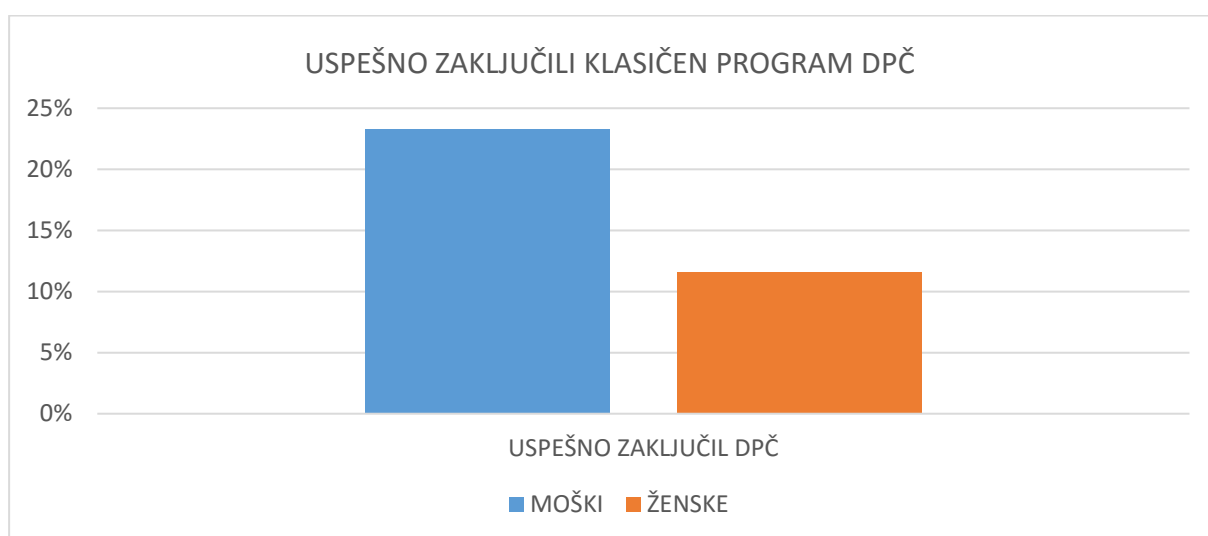


Slika 9-4 Povprečno število poskusov urejanja zasvojenosti

Na vprašanje o povprečnem številu poskusov urejanja zasvojenosti smo dobili 69 veljavnih odgovorov, manjkajočih ni bilo.

Rezultati raziskave so pokazali, da so moški poskušali urejati zasvojenost povprečno 2,95-krat, ženske pa 2,81-krat. Razlike v povprečnem številu urejanj zasvojenosti so zelo majhne. To so potrdili tudi rezultati t-testa, ki kažejo, da razlika ni statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.2.3 Uspešen zaključek klasičnega programa DPČ

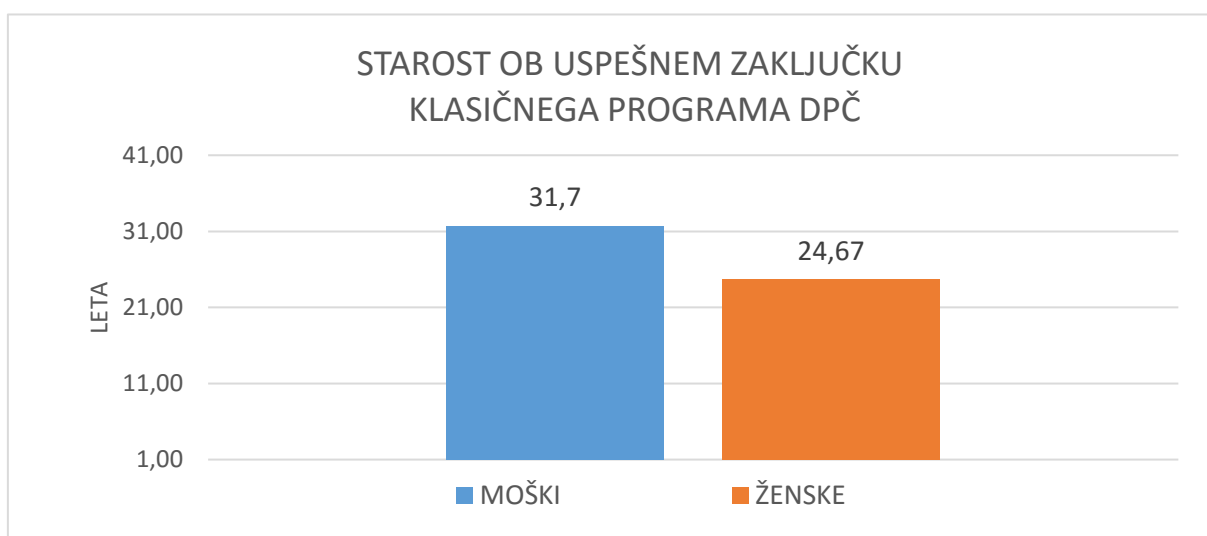


Slika 9-5 Uspešen zaključek klasičnega programa DPČ

Na vprašanje o uspešnem zaključku programa DPČ smo dobili 69 veljavnih odgovorov, manjkajočih ni bilo.

Rezultati raziskave so pokazali, da je program DPČ uspešno zaključilo 23,3 % moških (10) in 11,5 % (3) žensk. Kljub razlikam rezultati t-testa ne kažejo statistično značilne razlike pri $\alpha < 0,05$.

9.2.4 Starost ob uspešnem zaključku programa DPČ

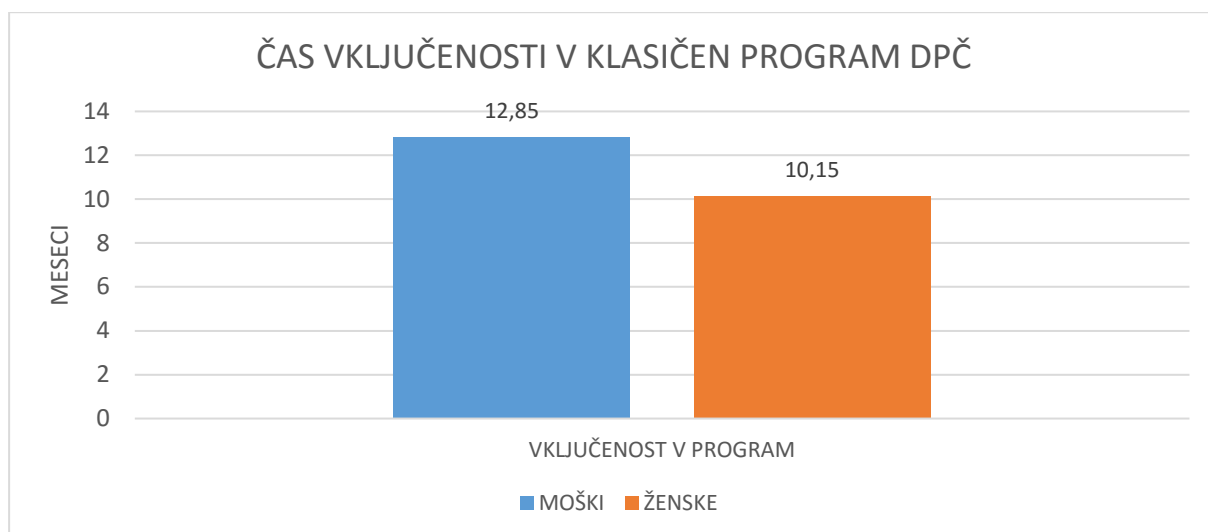


Slika 9-6 Starost ob uspešnem zaključku klasičnega programa DPČ

Na vprašanje o starosti ob uspešnem zaključku klasičnega programa DPČ smo dobili 13 veljavnih odgovorov, manjkalo jih je 56.

Rezultati raziskave so pokazali, da so moški v povprečju ob uspešnem zaključku klasičnega programa DPČ stari 31,7 leta, povprečna starost žensk pa je ob uspešnem zaključku klasičnega programa DPČ za 7,03 leta nižja, in sicer znaša 24,67 leta. Rezultati t-testa kažejo, da je razlika statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.2.5 Čas vključenosti v klasičen program DPČ

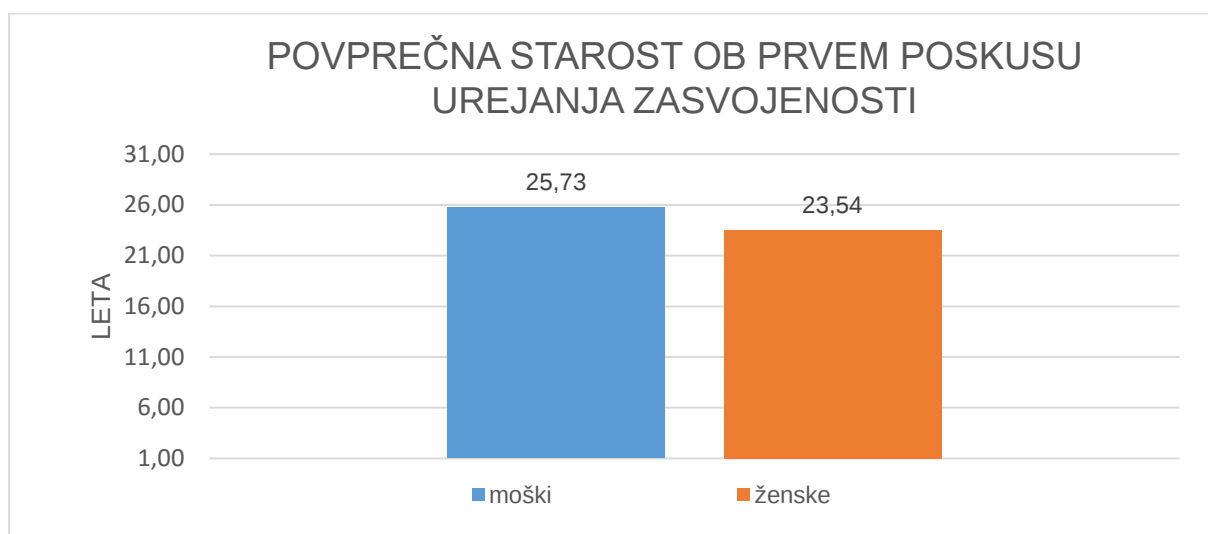


Slika 9-7 Čas vključenosti v klasičen program DPČ

Na vprašanje o času vključenosti v program smo dobili 13 veljavnih odgovorov, manjkalo jih je 56.

Rezultati, predstavljeni na grafu, kažejo, da so moški v program v povprečju vključeni dlje, in sicer 12,85 meseca, ženske pa program v povprečju zapustijo prej, povprečno po 10,15 meseca. Rezultati t-testa kažejo, da razlika ni statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.2.6 Povprečna starost ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti

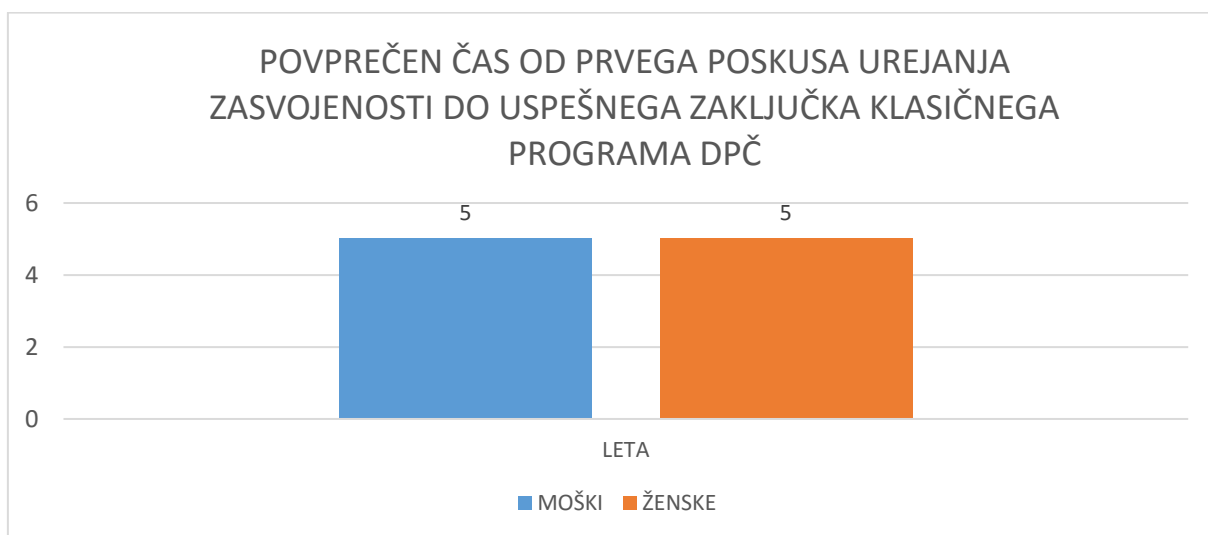


Slika 9-8 Povprečna starost ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti

Na postavljeno vprašanje o starosti ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti smo dobili 66 veljavnih odgovorov, manjkali so trije.

Rezultati v zgornjem grafu kažejo, da so ob prvem poskusu urejanja moški v povprečju stari 25,73 leta, ženske pa so za 2,19 leta mlajše, in sicer so v povprečju stare 23,54 leta. Rezultati t-testa so pokazali, da je ta razlika statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.2.7 Čas od prvega poskusa urejanja zasvojenosti do uspešnega zaključka



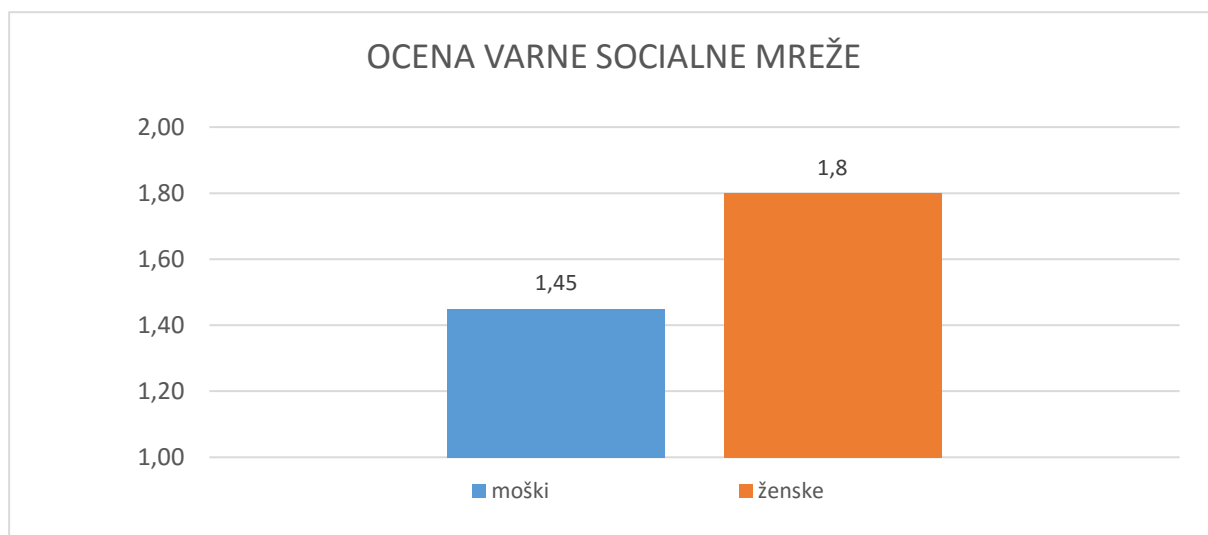
Slika 9-9 Povprečen čas od prvega poskusa urejanja zasvojenosti do uspešnega zaključka klasičnega programa DPČ

Na vprašanje o pretečenem času od prvega poskusa urejanja zasvojenosti do uspešno zaključenega klasičnega programa DPČ smo dobili 11 veljavnih odgovorov, manjkalo je 58 odgovorov.

Število dobljenih odgovorov je tako majhno, ker smo lahko upoštevali le uporabnike, ki so uspešno zaključili klasičen program DPČ. Med moškimi in ženskami se ni pokazala razlika v povprečnem času od prvega poskusa urejanja zasvojenosti do uspešnega zaključka klasičnega programa DPČ. Pri obojih je v povprečju minilo pet let. Rezultati t-testa kažejo, da razlika ni statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.3 Ocena stanja uporabnika ob vstopu v DPČ

9.3.1 Ocena varne socialne mreže po spolu



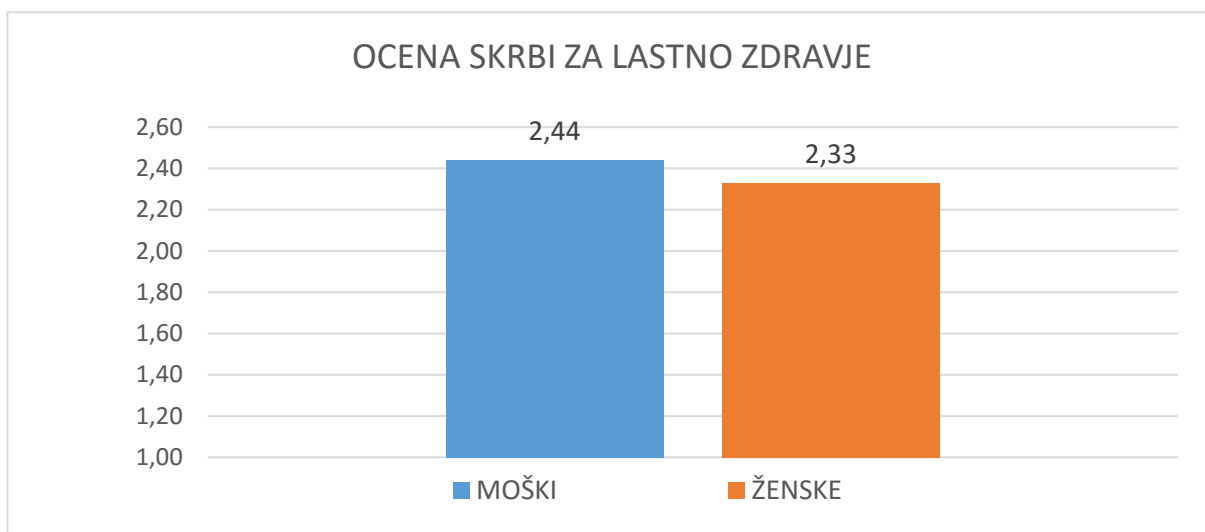
Slika 9-10 Ocena varne socialne mreže

Na vprašanje o oceni varne socialne mreže smo dobili 53 veljavnih odgovorov, manjkalo jih je 16.

Zaposleni na DPČ so ocenili uporabnikovo varnost socialne mreže ob vstopu v program z vidika razmerja med obsegom socialne mreže zasvojenih znancev in prijateljev ter socialne mreže nezasvojenih znancev in prijateljev. Ocenili so po lestvici: 1 – nezadostna, 2 – zadostna, 3 – dobra, 4 – prav dobra, 5 – odlična.

Rezultati v zgornjem grafu kažejo, da so v povprečni oceni varne socialne mreže moški dobili slabšo oceno, in sicer 1,45 točke, ženske pa le za 0,35 točke višjo oceno, in sicer 1,8 točke. Rezultati t-testa so potrdili, da razlika ni statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.3.2 Ocena skrbi za lastno zdravje



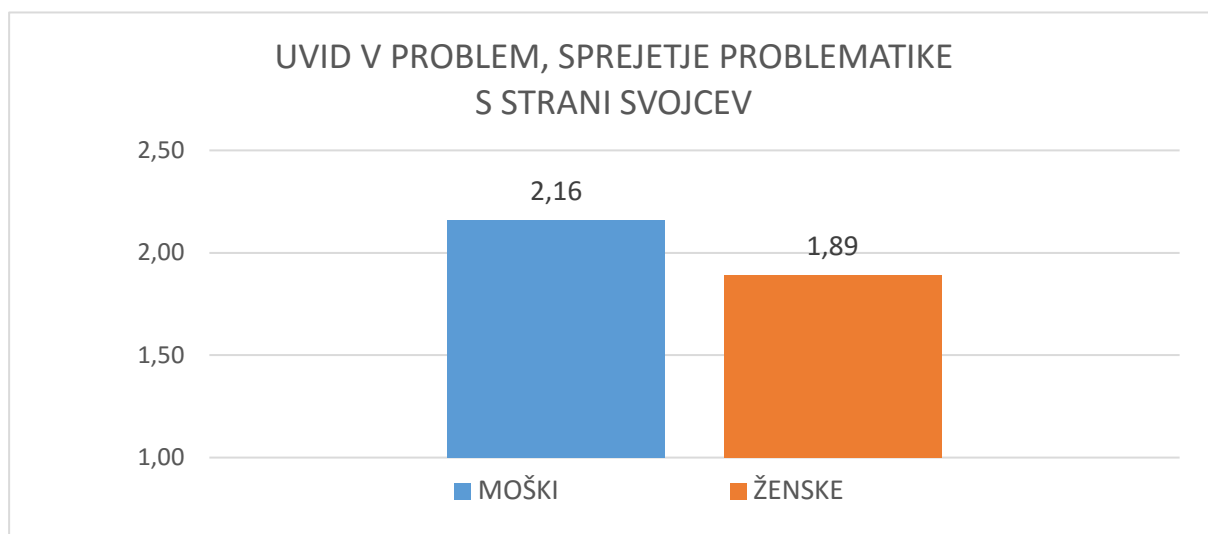
Slika 9-11 Ocena skrbi za lastno zdravje

Na vprašanje o oceni skrbi za lastno zdravje smo dobili 52 veljavnih odgovorov, manjkalo jih je 17.

Zaposleni na DPČ so ob vstopu v program ocenili uporabnikovo skrb za lastno zdravje ob upoštevanju več dejavnikov: vzdrževanje higiene, redni obiski zdravnika, redni obroki, uporaba zdravil, telesna aktivnost in bolezni. Ocenjevali so po lestvici: 1 – nezadostna, 2 – zadostna, 3 – dobra, 4 – prav dobra, 5 – odlična.

Primerjava rezultatov ocen med spoloma ne kaže velikih razlik v skrbi za lastno zdravje. Tako so moški povprečno dosegli oceno 2,44, ženske pa 2,33. To so potrdili tudi rezultati t-testa, ki so pokazali, da razlika ni statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.3.3 Uvid v problem, sprejetje problematike s strani svojcev

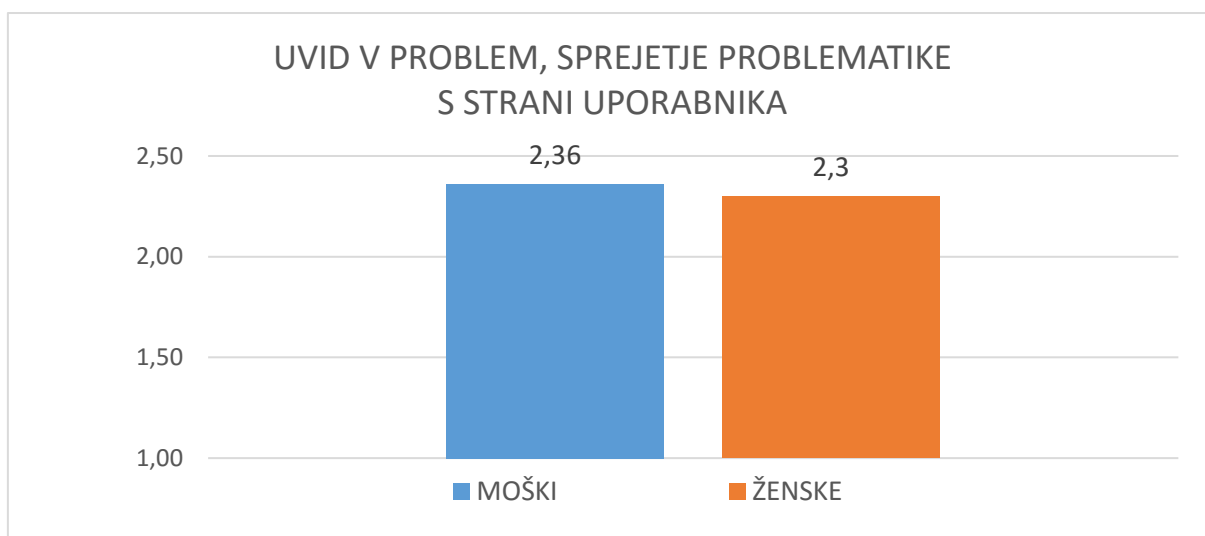


Slika 9-12 Uvid v problem, sprejetje problematike s strani svojcev

Na vprašanje o uvidu v problem, sprejetju problematike s strani svojcev smo dobili 51 veljavnih odgovorov, manjkalo jih je 18.

Zaposleni na DPČ so ob vstopu posameznika v program ocenili, kakšen uvid v problem imajo njegovi svojci in kako ga sprejemajo. Pri tem so upoštevali več dejavnikov: ali povedo, da imajo probleme, da so pripravljeni na spremembe, da se zavedajo, da ne zmorejo problema rešiti sami. Ocenjevali so s pomočjo lestvice: 1 – nezadostna, 2 – zadostna, 3 – dobra, 4 – prav dobra, 5 – odlična. Rezultati, prikazni v zgornjem grafu, kažejo, da imajo svojci moških uporabnikov v povprečju boljši uvid v problem, s povprečno oceno 2,16 točke, in si ne zatiskajo toliko oči pred problemom kot svojci uporabnic, ki so dosegli povprečno oceno 1,89 točke. Kljub razlikam pa rezultati t-testa ne kažejo statistično značilne razlike pri $\alpha < 0,05$.

9.3.4 Uvid v problem, sprejetje problematike s strani uporabnika



Slika 9-13 Uvid v problem, sprejetje problematike s strani uporabnika

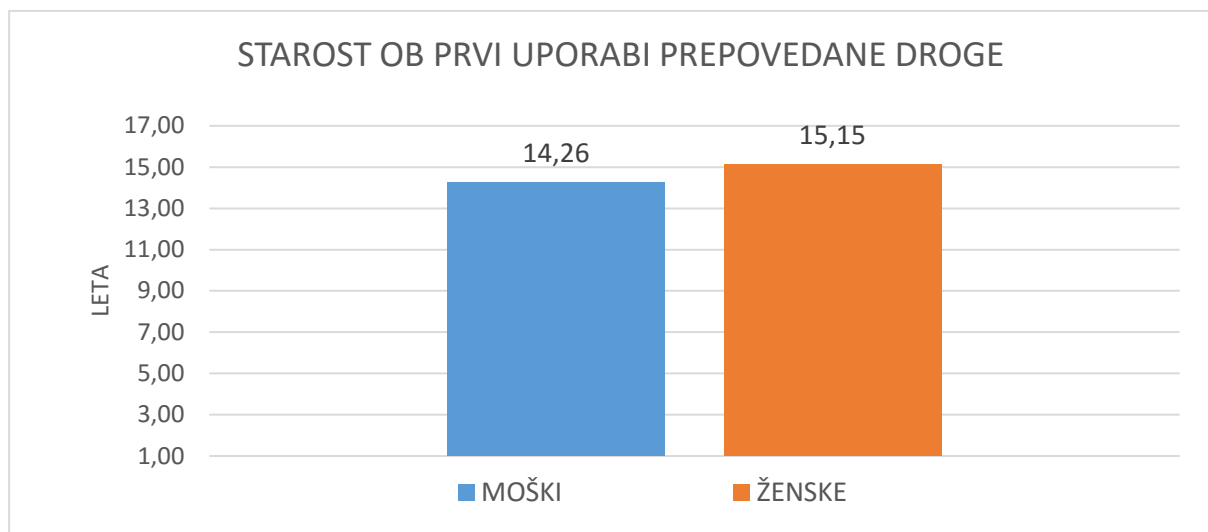
Na vprašanje o uvidu v problem, sprejetju problematike s strani uporabnika smo dobili 53 veljavnih odgovorov, manjkalo jih je 16.

Zaposleni na DPČ so ob vstopu uporabnika v program ocenili, kakšen uvid v problem ima in kako sprejema problematiko. Pri tem so upoštevali te dejavnike: pove, da ima probleme, da je pripravljen na spremembe, da se zaveda, da ne zmore problema rešiti sam. Ocenjevali so s pomočjo lestvice: 1 – nezadostna, 2 – zadostna, 3 – dobra, 4 – prav dobra, 5 – odlična.

Rezultati, prikazani v zgornjem grafu, kažejo povprečen uvid v problem pri moških in ženskah. Razlika je zanemarljiva. Moški so dosegli 2,36 točke, ženske pa 2,3 točke. Rezultati t-testa so potrdili, da razlika ni značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.4 Anamneza jemanja PAS

9.4.1 Starost ob prvi uporabi prepovedane droge

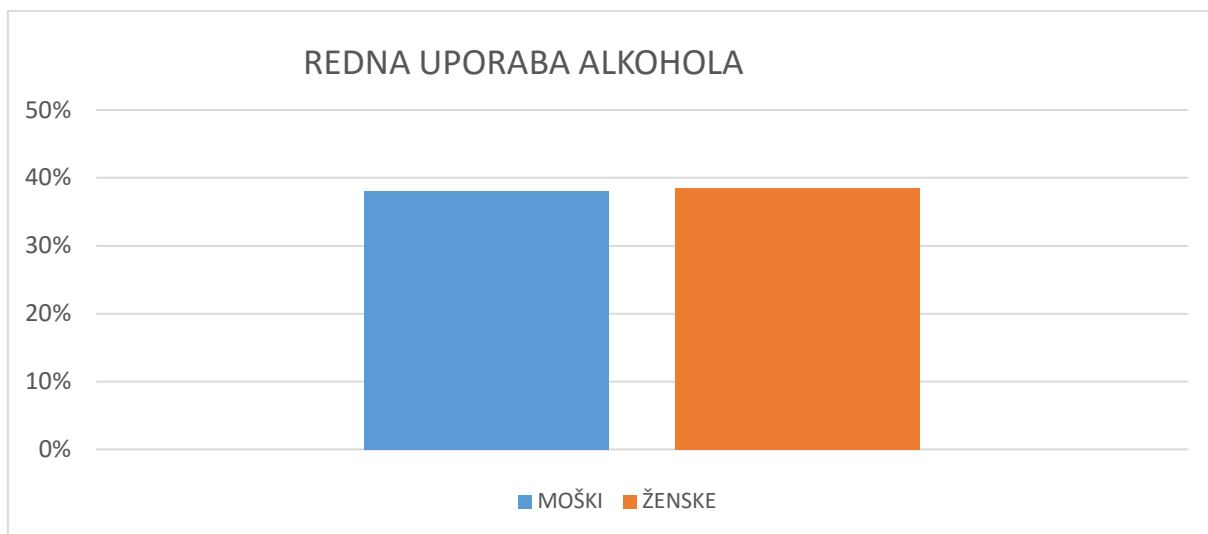


Slika 9-14 Starost ob prvi uporabi prepovedane droge

Na vprašanje o starosti uporabnika ob prvi uporabi prepovedane droge smo dobili 68 veljavnih odgovorov, manjkal je 1 odgovor.

Podatki kažejo, da so ženske pri prvi uporabi prepovedane droge v povprečju stare 15,15 leta, in so tako skoraj 1 leto starejše od moških, ki prvo prepovedano drogo poizkusijo pri 14,26 leta. Rezultati t-testa so pokazali, da je ta razlika značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.4.2 Redna uporaba alkohola

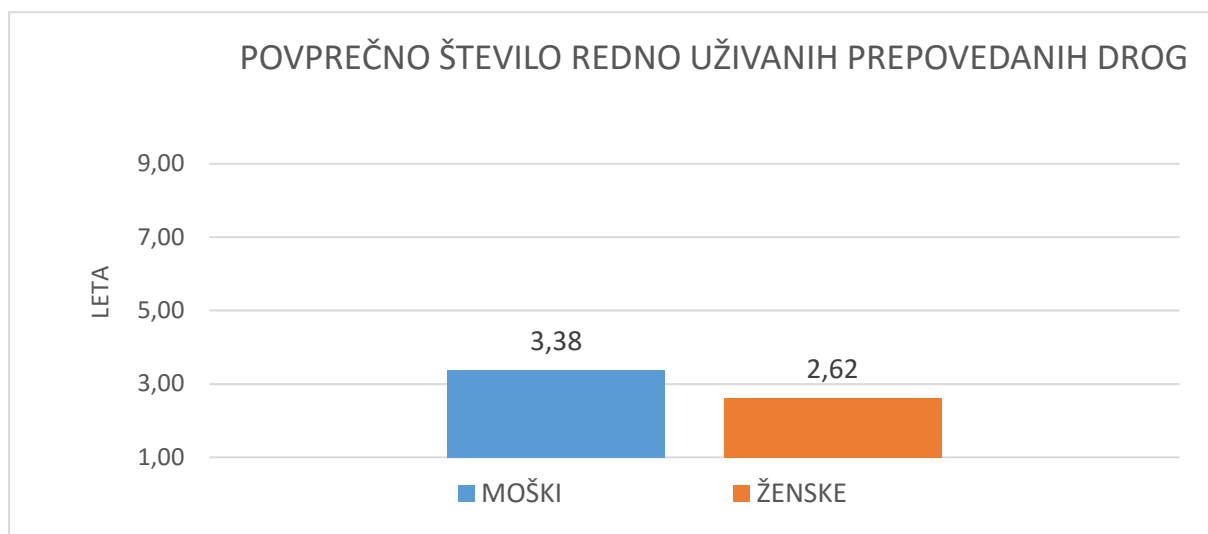


Slika 9-15 Redna uporaba alkohola

Na vprašanje, ali so kdaj redno uživali alkohol, smo dobili 68 veljavnih odgovorov, manjkal je 1 odgovor.

Pri vprašanju nas je zanimalo, ali so uporabniki v svoji karieri redno uživali tudi alkohol. V kontingenčni tabeli (glej prilogo A) so odgovori 'ne' označeni s številko 0, odgovori 'da' pa s številko 1. Raziskava je pokazala, da ni razlike med odstotkom moških, ki so redno uživali alkohol (38,1 %), in odstotkom žensk (38,5 %). Na podlagi hi-kvadrat testa, ki je značilen pri $\alpha < 0,05$, lahko trdimo, da med moškimi in ženskami glede rednega uživanja alkohola ni statistično značilne razlike.

9.4.3 Število redno uporabljenih prepovedanih drog

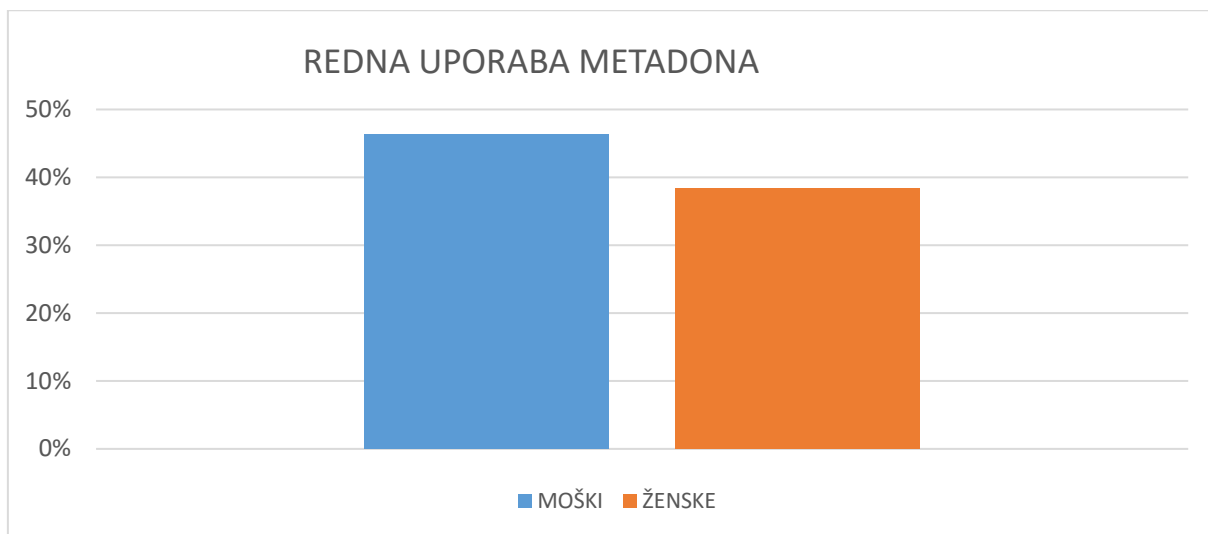


Slika 9-16 Povprečno število redno uživanih prepovedanih drog

Na postavljeno vprašanje smo dobili 68 veljavnih odgovorov, manjkal je 1 odgovor.

Pri vprašanju nas je zanimalo, koliko različnih prepovedanih drog so uporabniki redno jemali. Vprašalnik je nudil deset možnosti: marihuana, LSD, STP, meskalin, ekstazi, speed, amfetamini, GHB, opiat in kokain. Do rezultata pri posameznikih smo prišli tako, da smo prešteli, koliko so jih obkrožili. Rezultati so pokazali, da so moški povprečno redno uporabljali 3,38 različnih drog, ženske pa 2,62. Rezultati t-testa kažejo, da razlika ni statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.4.4 Redna uporaba metadona

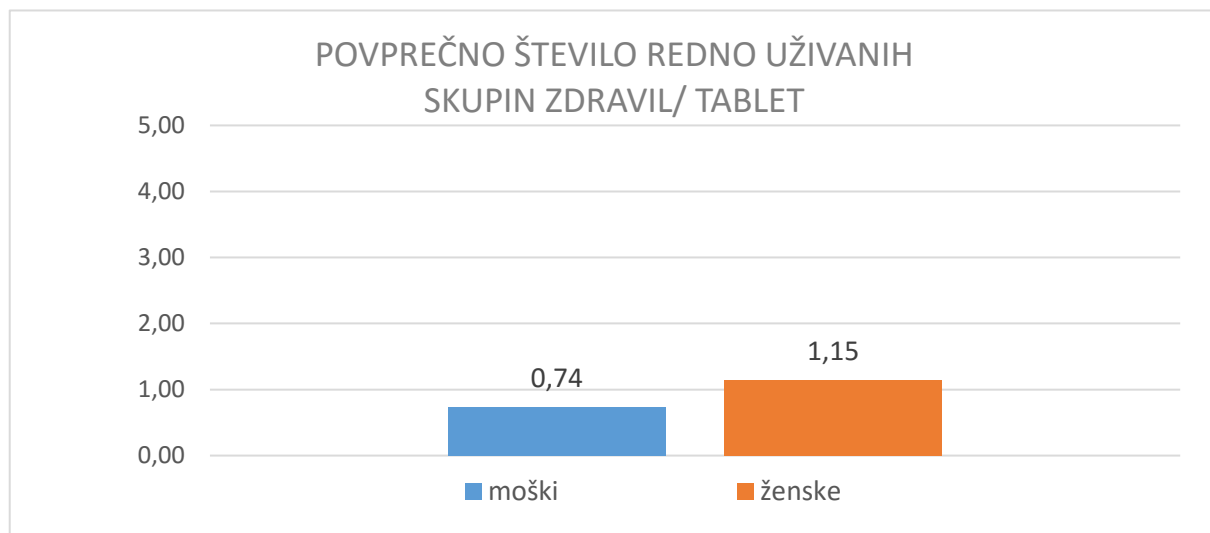


Slika 9-17 Redna uporaba metadona

Na vprašanje o redni uporabi metadona smo dobili 67 veljavnih odgovorov, manjkala sta 2.

Pri vprašanju nas je zanimalo, ali so uporabniki v svoji karieri kdaj redno uživali metadon. V kontingenčni tabeli (glej prilogo A) so odgovori 'ne' označeni s številko 0, odgovori 'da' pa s številko 1. Raziskava je pokazala, da je moških, ki so metadon redno uživali, 46,3 %, žensk pa 38,5 %. Na podlagi hi-kvadrat testa, ki je značilen pri $\alpha < 0,05$, lahko trdimo, da med moškimi in ženskami glede rednega uživanja metadona ni statistično značilne razlike.

9.4.5 Redna zloraba zdravil

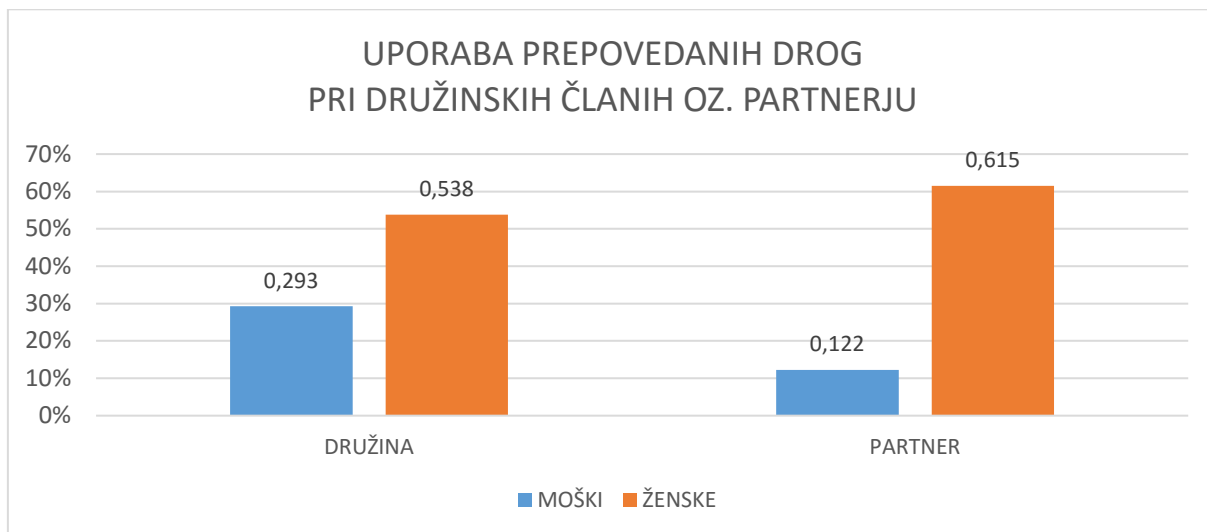


Slika 9-18 Povprečno število redno uživanih skupin zdravil

Na postavljeno vprašanje smo dobili 68 veljavnih odgovorov, manjkal je 1 odgovor.

Pri vprašanju nas je zanimalo, koliko različnih skupin zdravil so uporabniki zlorabljali in redno jemali. Našteti so bili pet skupin: benzodiazepini, barbiturati, antidepresivi, antipsihotiki in analgetiki. Pri posamezniku smo nato le prešteli izbrane pozitivne odgovore. Rezultati kažejo, da ženske nekoliko pogosteje posežejo po zdravilih – v povprečju redno zlorabljajo 1,15 skupin zdravil, medtem ko jih moški zlorabljajo 0,74, kar je za 0,41 skupin zdravil manj pogosto kot ženske. Rezultati t-testa kažejo, da razlika ni statistično značilna pri $\alpha < 0,05$.

9.4.6 Ali so družinski člani ali partner kadarkoli jemali prepovedane droge?

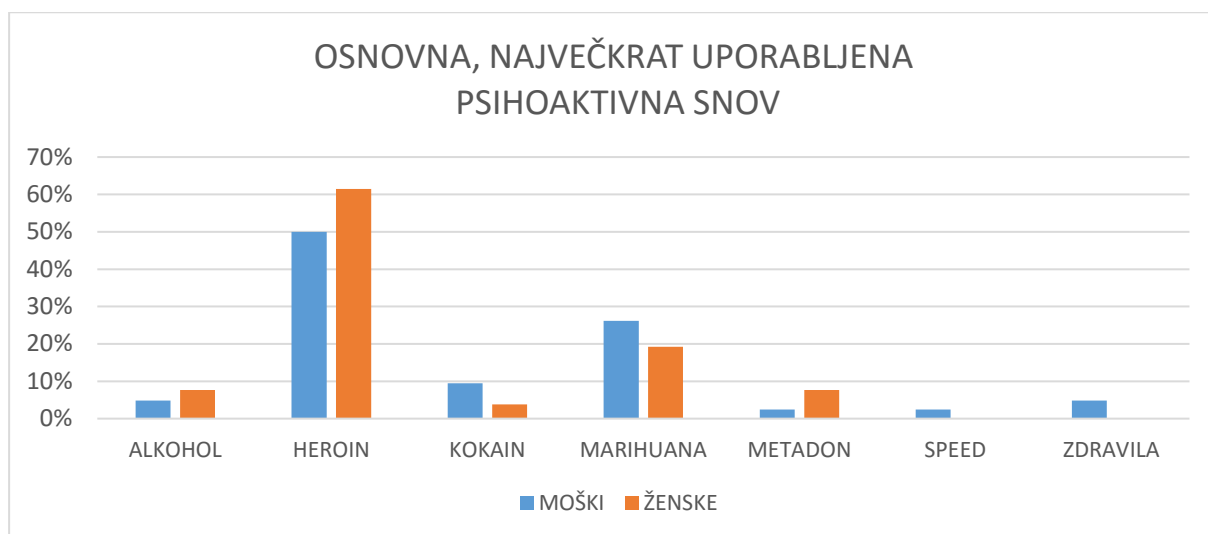


Slika 9-19 Uporaba prepovedanih drog pri družinskih članih oz. partnerju

Na obe vprašanji – ali so družinski člani in ali je partner kadarkoli jemal prepovedane droge – smo dobili 67 veljavnih odgovorov, manjkala sta po 2.

Rezultati so pokazali precej velike razlike med moškimi in ženskami. Iz grafa razberemo, da ima kar 53,8 % žensk izkušnjo uporabe prepovedanih drog v družini, medtem ko ima takšno izkušnjo 29,3 % moških. Kar 61,5 % žensk je imelo partnerja, ki je uporabljal prepovedane droge, medtem ko je le 12,2 % moških imelo partnerico, ki je uporabljala drogo. Iz kontingenčne tabele (glej prilogo A) razberemo, da so imele ženske v večjem številu izkušnje z uporabo prepovedanih drog v družini in pri partnerju kot moški. Na podlagi hi-kvadrat testa, ki je značilen pri $\alpha < 0,05$, lahko zaključimo, da so spremenljivke spol in uporaba drog v družini ter spol in partner, ki je uporabljal droge, povezane. Zelo močna povezanost je izražena med spolom in uporabo droge pri partnerju.

9.4.7 Osnovna, največkrat uporabljena psihoaktivna snov



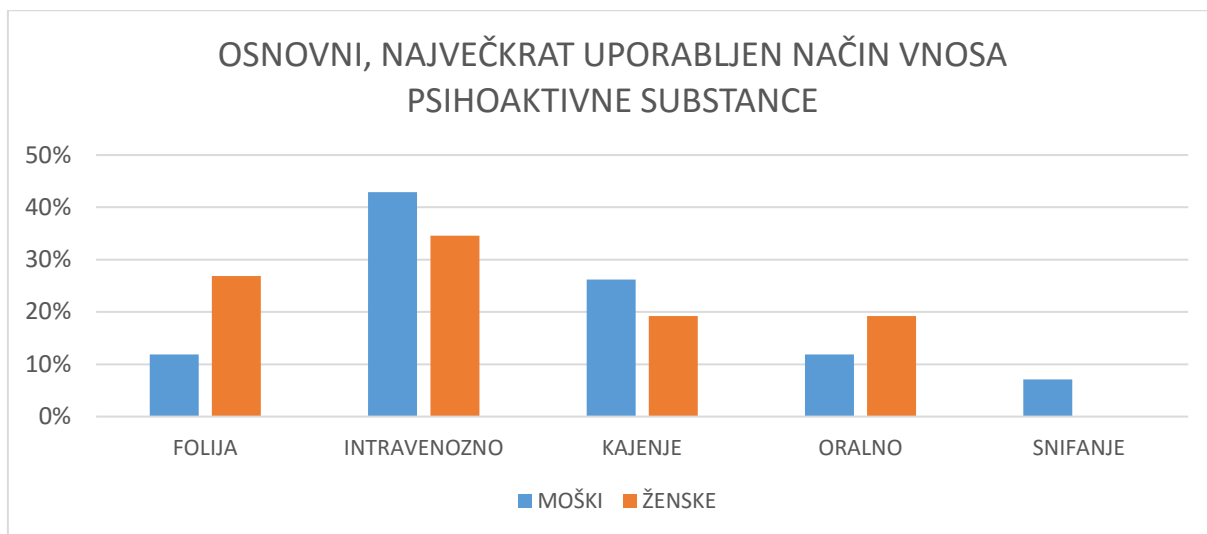
Slika 9-20 Osnovna največkrat uporabljena PAS

Na vprašanje o osnovni, največkrat uporabljeni psihoaktivni snovi smo dobili 68 veljavnih odgovorov, manjkal je 1 odgovor.

Rezultati v grafu kažejo, po kateri psihoaktivni snovi so uporabniki posegli največkrat. Tako moški kot ženske so največkrat posegali po heroinu, ženske v nekoliko večjem odstotku (61,5 %) kot moški (50 %). Na drugo mesto se po pogostosti uporabe uvrsti marihuana – pri moških v nekoliko večjem deležu (26,2 %) kot pri ženskah (19,2 %).

Na podlagi hi-kvadrat testa, ki je značilen pri $\alpha < 0,05$, lahko trdimo, da med moškimi in ženskami ni statistično značilne razlike pri osnovni, največkrat uporabljeni psihoaktivni substanci.

9.4.8 Osnovni, največkrat uporabljen način vnosa psihoaktivne substance

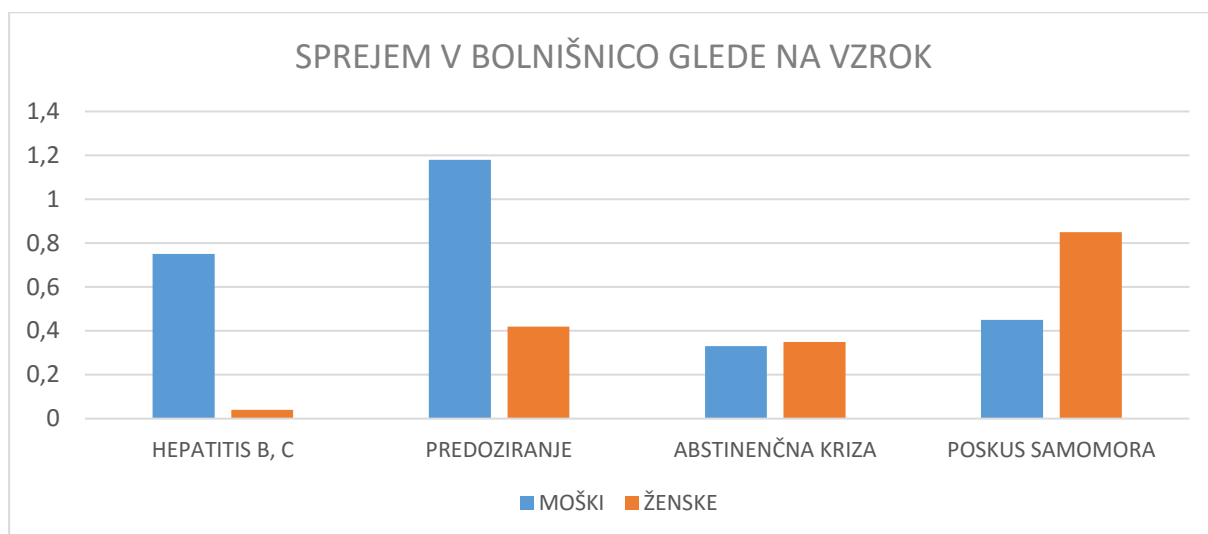


Slika 9-21 Osnovni, največkrat uporabljen način vnosa PAS

Na vprašanje o osnovnem, največkrat uporabljenem načinu vnosa psihoaktivne snovi smo dobili 68 veljavnih odgovorov, manjkal je 1 odgovor.

Rezultati na zgornjem grafu kažejo največkrat uporabljen način vnosa psihoaktivne snovi. Pri obeh spolih je najpogostejši način vnosa psihoaktivne snovi intravenozen, pri moških 42,9 %, pri ženskah pa 34,6 %. Na drugem mestu je pri moških največkrat uporabljen način vnosa kajenje (26,2 %), ta način pri ženskah zasede tretje mesto z 19,2 %. Na drugem mestu je pri ženskah kajenje preko folije (26,9 %), ta način uporabe pa je pri moških na tretjem mestu (11,9 %). Pri uporabi kajenja preko folije je zaznana tudi največja razlika med spoloma, in sicer 15 %. Kljub nekaterim razlikam, vidnim na grafu in v kontingenčnih tabelah, pa na podlagi izračuna hi-kvadrat testa ne moremo trditi, da obstajajo razlike, ki so značilne pri $\alpha < 0,05$.

9.4.9 Sprejem v bolnišnico



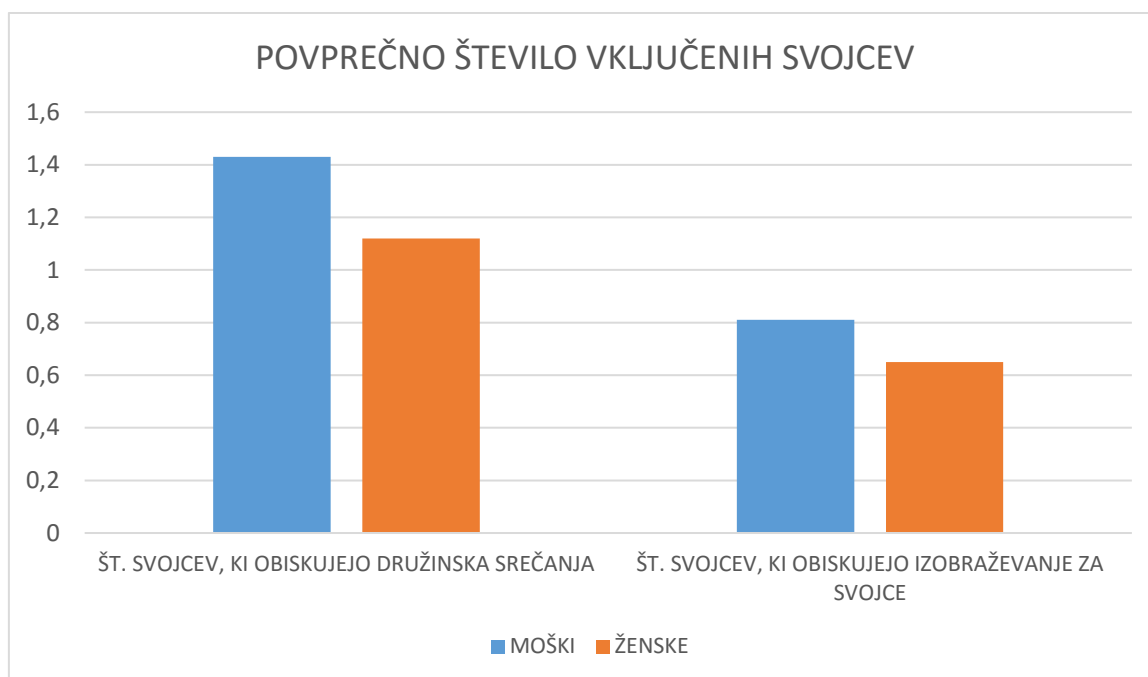
Slika 9-22 Sprejem v bolnišnico glede na vzrok

Na vprašanje o številu sprejemov v bolnišnico zaradi hepatitisa B ali C smo dobili 66 veljavnih odgovorov, manjkali so 3. Na vprašanje o številu sprejemov v bolnišnico zaradi predoziranja smo dobili 65 veljavnih odgovorov, manjkali so 4. Na vprašanje o številu sprejemov v bolnišnico zaradi abstinence krize smo dobili 65 veljavnih odgovorov, manjkali so 4. Na vprašanje o številu sprejemov v bolnišnico zaradi poskusa samomora smo dobili 66 veljavnih odgovorov, manjkali so 3.

Raziskava je pokazala, da so bili moški v povprečju večkrat, natančneje 0,75-krat, sprejeti v bolnišnico zaradi hepatitisa B ali C kot ženske, ki so bile zaradi tega vzroka v povprečju hospitalizirane 0,04-krat. Prav tako so bili moški v povprečju večkrat, natančneje 1,18-krat, sprejeti v bolnišnico zaradi predoziranja kot ženske (0,42-krat). Pri sprejemih v bolnišnico zaradi abstinence krize so razlike minimalne. Moški so bili zaradi tega vzroka sprejeti 0,33-krat, ženske pa 0,35-krat. Pri sprejemu v bolnišnico zaradi poskusa samomora so bile v povprečju ženske večkrat sprejete v bolnišnico, natančneje 0,85-krat, kot moški, ki so bili v povprečju sprejeti 0,45-krat. Kljub nekaterim razlikam v številu sprejemov pa izračuni t-testa pri nobenem vprašanju ne kažejo statistične značilnosti pri $\alpha < 0,05$.

9.5 Vključenost svojcev

9.5.1 Število vključenih svojcev



Slika 9-23 Število vključenih svojcev v družinska srečanja oz. izobraževanja za svojce

V osebnih mapah uporabnikov smo poiskali podatek, koliko svojcev sodeluje v programu posameznega uporabnika. Natančneje smo pogledali, koliko vključenih svojcev obiskuje družinska srečanja, kjer se srečajo uporabnik, svojci in terapevt ter skupaj obravnavajo teme pomembne za skupno razumevanje problematike, ter koliko jih obiskuje izobraževanja, ki so namenjena svojcem uporabnikov, da natančneje spoznajo problematiko zasvojenosti na splošno in izvedo, kako se spopasti z možnimi situacijami, ki jih lahko doletijo v zvezi z uporabnikom.

Rezultati kažejo, da so v obeh kategorijah svojci uporabnikov vključeni v program v povprečno večjem številu kot svojci uporabnic. Prikazana je tudi razlika v povprečnem številu svojcev, ki se programa udeležujejo samo na družinskih srečanjih, in v manjšem povprečnem številu svojcev, ki se programa udeležujejo tudi na izobraževanjih za svojce. Izračun t-testa ni pokazal statistične značilnosti pri $\alpha < 0,05$ za nobeno od zgornjih kategorij.

10 RAZPRAVA

V poglavju 'Rezultati' smo predstavili rezultate vseh zastavljenih raziskovalnih vprašanj. V tem poglavju se bomo osredotočili na rezultate, ki so se izkazali kot statistično značilni, in na tiste, kjer nas je izid močno presenetil oz. smo pričakovali povsem drugačnega. Poleg tega bomo predstavili nekaj izračunov, ki niso povsem v skladu z naslovom diplomske naloge, vendar so se izkazali kot statistično značilni in lahko koristijo Društvu Projekt Človek pri razvijanju programa.

V zgornji raziskavi smo statistično obdelali 28 spremenljivk, ki smo jih predstavili na 23 grafih. Po razlikah v spolu se je kot statistično značilnih izkazalo šest spremenljivk. Najizrazitejša statistična značilnost se je pokazala pri vprašanju »Ali je partner kdaj uporabljal prepovedane droge?«, kjer je 61,5 % žensk imelo izkušnjo partnerja, ki je uporabljal drogo, moških s to izkušnjo pa je bilo le 12,2 %. Sledi razlika v povprečni starosti ob vstopu v DPČ, kjer so ženske v povprečju mlajše, in sicer imajo 26 let, moški pa 28,4 leta. Na tretjem mestu je po statistični značilnosti povprečna starost ob uspešnem zaključku DPČ, kjer so ženske v povprečju mlajše, in sicer imajo 24,7 leta, moški pa 31,7 leta. Na četrtem mestu je vprašanje »Ali so starši ali drugi družinski člani kdaj uporabljali prepovedane droge?«, kjer se je izkazalo, da imajo ženske večkrat izkušnjo z drogo v družini, in sicer je takih 53,8 %, manj pa je moških s takšno izkušnjo (29,3 %). Statistično pomembna razlika se je pokazala tudi pri starosti ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti, kjer so ženske stare povprečno 23,54 leta, moški pa 25,73 leta, in so tako dobri dve leti starejši. Med statistično značilne se je za las uvrstila povprečna starost ob prvi uporabi prepovedane droge, kjer so moški stari povprečno 14,2 leta, ženske pa so dobro leto starejše – povprečno stare 15,3 leta.

V raziskavi se je kot statistično najbolj značilna razlika med spoloma pokazala razlika v deležu partnerjev, ki so uporabljali prepovedane droge. Ženske so imele partnerja, ki uporablja droge, v več kot polovici primerov, 61,5 %, medtem ko je le 12,2 % moških imelo partnerico, ki je prepovedane droge uporabljala tudi sama. Tako Peršak (2006) kot Franke (1995) navajata, da je moški oziroma partner eden ključnih dejavnikov, ki vpliva na začetno eksperimentiranje in nadaljnjo uporabo drog pri ženskah, kar se nedvomno odraža tudi v tej raziskavi.

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti (EMCDDA 2006) navaja, da ženske pogosteje živijo s partnerjem, ki uživa droge, in tudi, da jih veliko več živi z uporabniki drog, kot je to pri moških. Iz dostopnih podatkov sicer ni povsem jasno, kdo so ti uporabniki drog, s katerimi živijo (vrstniki, družinski člani ...), lahko pa morda povežemo vzporednico z rezultati naše raziskave, ki kažejo, da imajo ženske v družini večkrat uporabnike prepovedanih drog kot moški. V raziskavi se je pokazalo, da imajo v več kot polovici primerov (53,8 %) ženske uporabnice družinske člane, ki uporabljajo prepovedane droge, tako izkušnjo pa ima manj moških, 29,3 %.

Statistično pomembne razlike glede na spol so se pokazale tudi pri povprečni starosti uporabnikov ob vključitvi v program DPČ, ob prvi uporabi prepovedane droge, pri starosti ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti in starosti ob uspešnem zaključku programa DPČ.

Raziskava je pokazala, da so ženske pri prvi uporabi prepovedane droge v povprečju eno leto starejše, in sicer so povprečno stare 15,5 leta, moški pa 14,26 leta. V raziskavi EMCDDA (2006) so ugotovili, da med spoloma v povprečni starosti pri prvi uporabi prepovedane droge ni velikih razlik, v naši raziskavi pa se je pokazala manjša razlika.

Marihuana je najpogosteje uporabljena prepovedana droga v Sloveniji in je pri posameznikih v večini primerov prva uporabljena prepovedana droga. V raziskavi Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) o uporabi tobaka, alkohola in drugih uporabljenih drog v letih 2011 in 2012 (spletni vir: NIJZ-b) je povprečna starost ob prvi uporabi marihuane med prebivalci Slovenije 18 let. To kaže na nekoliko višjo starost ob prvi uporabi prepovedane droge, kot sledi iz naše raziskave, treba pa je upoštevati, da je navedena raziskava izvedena med splošno populacijo. Primerljivejše podatke kaže raziskava Inštituta za varovanje zdravja (sedaj NIJZ), ki je bila izvedena med uživalci drog, ki so iskali pomoč pri urejanju zasvojenosti. Tu je bila povprečna starost ob prvi uporabi katerekoli prepovedane droge 16 let – v večini primerov je bila to marihuana (Lovrečič et al. 2004: 209). Podobno starost kažejo tudi rezultati naše raziskave. Ocenjujemo, da lahko razliko med povprečno starostjo pri prvi uporabi droge pripišemo različnim vzorcem prebivalstva, ki so bili zajeti v omenjenih raziskavah. Tako je pri uporabnikih, ki iščejo pomoč pri urejanju

zasvojenosti, prva izkušnja z uporabo droge nastopila prej kot pri splošni populaciji prebivalcev Slovenije. Sklepamo, da uporabniki, ki so vključeni v programe urejanja zasvojenosti, kažejo več zanimanja za eksperimentiranje s prepovedanimi drogami že pri nižji starosti.

Kot statistično pomembna razlika med moškimi in ženskami se je pokazala tudi povprečna starost ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti. Ženske so prvič vstopile v program urejanja zasvojenosti pri povprečno 24 letih (23,54 leta), moški pa so bili v povprečju dve leti starejši – pri 26 letih (25,73 leta). Podoben vzorec opaža tudi raziskava EMCDDA (2006), ki ugotavlja, da se za urejanje zasvojenosti v povprečju ženske odločijo mlajše kot moški. Ker podatki kažejo, da je starost ob prvi uporabi prepovedane droge enaka ali malce višja pri ženskah kot pri moških in ženske v povprečju mlajše iščejo pomoč pri prvem urejanju zasvojenosti, lahko sklepamo, da ženske hitreje poiščejo pomoč pri urejanju zasvojenosti. Razlog, zakaj se ženske hitreje odločijo za urejanje zasvojenosti, še ni znan. Raziskovalci predvidevajo, da bi razloga lahko bila nosečnost in materinstvo, ki predstavljata velik vpliv na odločanje o urejanju zasvojenosti pri ženskah.

Velika razlika se je pokazala v povprečni starosti ob uspešno zaključenem programu DPČ, kje so bile ženske v povprečju stare 25 let (24,67 leta), moški pa kar sedem let več – 32 let (31,7 leta). Statistična razlika je v tem primeru le še za las značilna pri $\alpha < 0,05$. Rezultati so lahko zaradi velikosti vzorca (le 13 uporabnikov, od tega je bilo 10 moških in le tri ženske) zavajajoči. Bi pa takšno razliko pri povprečni starosti ob uspešnem zaključku spet lahko pripisali materinstvu. Ocenjujemo, da je za nevztrajanje žensk v programu ključno materinstvo, ki je verjetnejše pri starejših uporabnicah. Zanimivo je dejstvo, da je povprečna starost uporabnic DPČ ob vstopu 26 let, povprečna starost ob uspešnem zaključku pa kar leto manj, in sicer 25 let.

Velika razlika se kaže že v sami strukturi uporabnikov DPČ. Večina uporabnikov DPČ so moški, in sicer 62 %, žensk pa je 38 %. Tudi raziskave za Evropo in ostale dele sveta kažejo, da pri uporabi drog in vključevanju v programe za urejanje zasvojenosti prevladujejo moški. Ženske predstavljajo le od 10 % do 30 % vseh uporabnikov programov. Žal pa nekatere raziskave nakazujejo, da se delež žensk, ki imajo probleme s prepovedanimi drogami, povečuje – predvsem gre za mlajše ženske v državah, kjer so droge bolj razširjene. Kot specifična ovira žensk pri

urejanju zasvojenosti je največkrat omenjeno prav materinstvo, zaradi katerega se ženske težje vključujejo v visokopražne programe, ker se bojijo odvzema otrok, hkrati pa se še bolj izpostavijo kot matere, ki uporabljajo droge, in so tako dvojno etiketirane. V odgovor na ta problem se razvijajo programi, ki so specifično namenjeni zasvojenim staršem in njihovim otrokom. Prednost teh programov je, da so skupaj s starši vanje vključeni tudi otroci. Takšen program so kot prvi v Sloveniji vzpostavili prav pri DPČ.

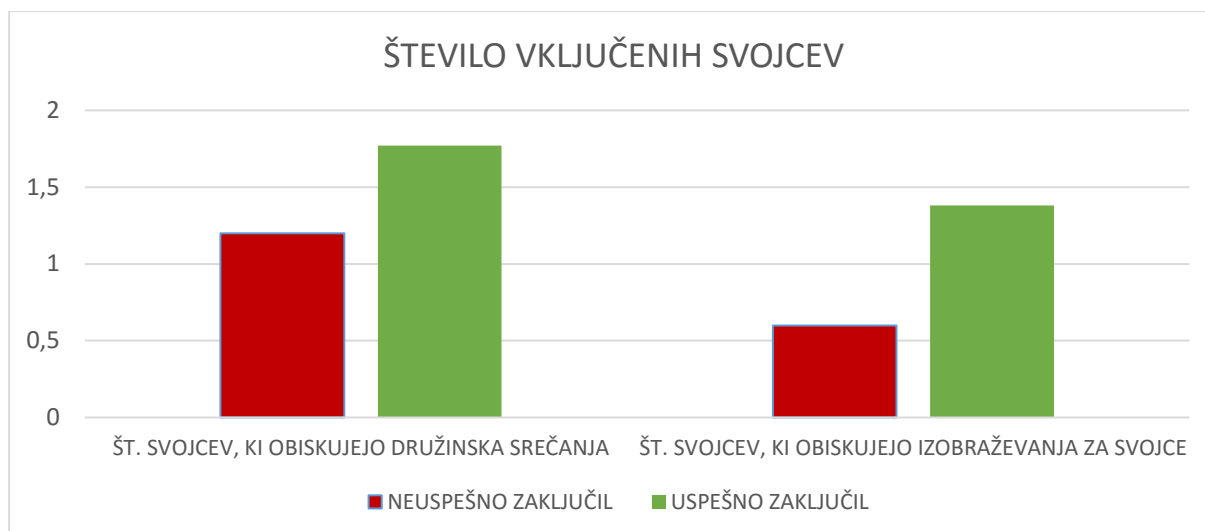
Pri raziskavi nas je najbolj presenetilo, da se ni izkazala povezanost med ženskami in zlorabo zdravil, saj Zaviršek (1994) opozori, da ženske skoraj dvakrat pogosteje uporabljajo benzodiazepine kot moški. Prav tako Cormier (2004) predstavi, da še posebej v Severni Ameriki in Evropi ženske veliko pogosteje zlorabljajo zdravila kot moški. V naši raziskavi se razlika ni izkazala kot statistično pomembna – z redno zlorabo zdravil pri ženskah v povprečju 1,15 skupin zdravil, pri moških pa v povprečju 0,74 skupin zdravil. Morda lahko rezultate pripišemo, kot pravi Zaviršek (1994), »tihim odvisnostim«, saj ženske takšna zdravila večkrat jemljejo prikrito in tajijo svoje probleme. Tako sploh ne pridejo v programe za urejanje zasvojenosti in takšne razlike z našo raziskavo zato ni bilo mogoče zaznati.

Ker na podlagi spola nismo ugotovili veliko razlik, smo podrobneje pregledali že zbrane podatke in preučili, kje se še kažejo kakšne značilnosti.

Tako smo pogledali, ali obstajajo kakšne značilne razlike med uporabniki, ki so uspešno zaključili program DPČ, in tistimi, ki jim programa ni uspelo zaključiti. Takšni izsledki lahko koristijo zaposlenim v DPČ in ostalih programih, ki se ukvarjajo z urejanjem zasvojenosti.

Največja povezanost se je pokazala pri vključevanju svojcev v program. Statistično značilna razlika se je tako pokazala med številom svojcev, ki so vključeni v program, in uporabnikovim uspešnim zaključkom programa. Bolj kot so bili svojci aktivni pri vključevanju, torej če so obiskovali tako družinska srečanja kot izobraževanje, bolj so bili uporabniki uspešni. V osebnih mapah uporabnikov smo poiskali podatek, koliko svojcev sodeluje pri programu, v katerega so vključeni posamezni uporabniki. Natančneje smo pogledali, koliko vključenih svojcev obiskuje družinska srečanja, kjer uporabnik, svojci in terapevt skupaj obravnavajo teme, pomembne za razumevanje problematike, in koliko jih obiskuje izobraževanja, namenjena svojcem

uporabnikov, da se natančneje seznanijo s problematiko zasvojenosti na splošno in izvedo, kako ukrepati v situacijah, s katerimi se bodo soočali v zvezi z uporabnikom v procesu rehabilitacije.



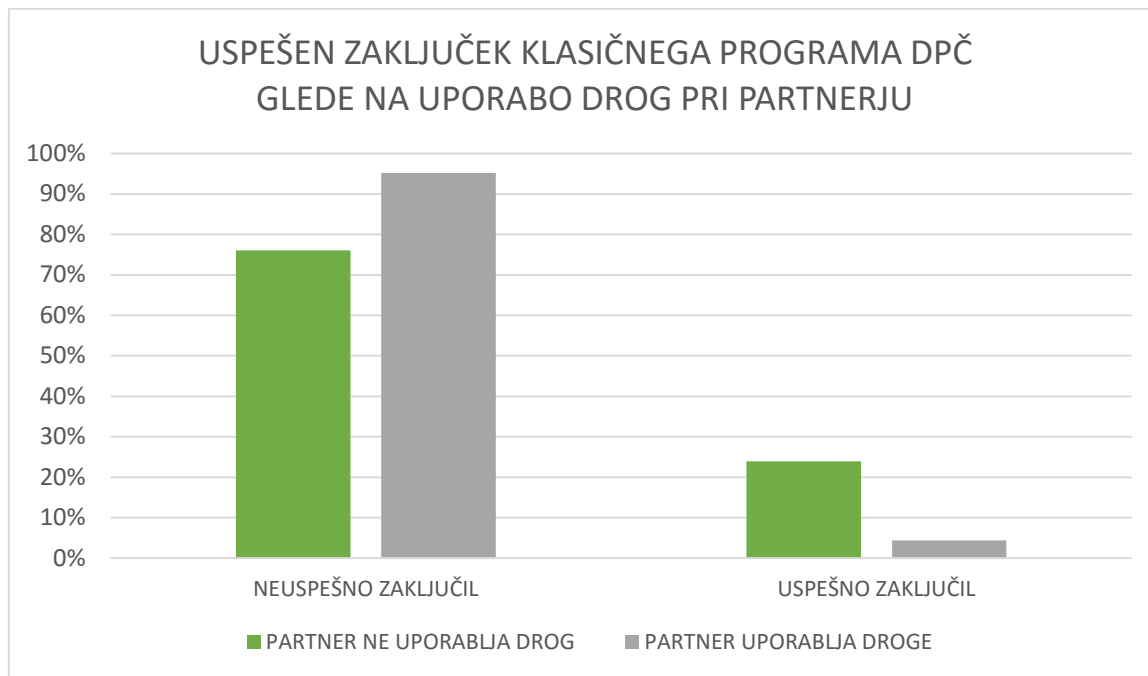
Slika 10-1 Število vključenih svojcev, ki obiskujejo družinska srečanja oz. izobraževanja za starše glede na uspeh

Zgornji graf prikazuje, da so imeli uporabniki, ki so uspešno zaključili klasičen program DPČ, tako več udeleženih svojcev pri družinskih srečanjih kot tudi mnogo več svojcev, ki so obiskovali izobraževanja za starše, ki jih organizirana DPČ. Razlika, ki je statistično značilna pri $\alpha < 0,05$, je povezanost potrdila pri obeh spremenljivkah. Največja povezanost se je pokazala med uspešnimi uporabniki in številom svojcev, ki so obiskovali izobraževanja za starše.

Na podlagi hi-kvadrat testa, ki je značilen pri $\alpha < 0,05$, lahko zaključimo, da sta spremenljivki število svojcev, ki obiskujejo družinska srečanja, in uspeh v programu, povezani. Iz kontingenčne tabele (glej prilogo A) lahko razberemo, da so posamezniki z večjim številom vključenih svojcev uspešnejši. Pri posameznikih brez vključenih svojcev oz. z vključenim enim svojcem je uspešnih 8,3 % oz. 4 %, pri tistih z vključenima dvema svojcema pa je uspešnih kar 37,9 %.

Največja povezanost se je pokazala med spremenljivkama število svojcev, ki se udeležujejo izobraževanj za starše, in uspešnim zaključkom programa. Pri posameznikih brez vključenih svojcev v izobraževanja je uspešnih 7,7 %, že pri vključenem enem svojcu v izobraževanja je uspešnih kar 46,2 %, enako so uspešni tudi uporabniki z vključenima dvema svojcema, kar 46,2 %.

Statistično značilna razlika med uspešnimi in neuspešnimi uporabniki DPČ se je pokazala tudi v povezavi s tem, ali so imeli partnerja, ki je uporabljal prepovedane droge, ali ne.



Slika 10-2 Uspešen zaključek klasičnega programa DPČ glede na uporabo drog pri partnerju

Na podlagi hi-kvadrat testa, ki je značilen pri $\alpha < 0,05$, lahko zaključimo, da sta spremenljivki uporaba drog pri partnerju in uspeh v programu povezani. Iz kontingenčne tabele (glej prilogo A) lahko razberemo, da posamezniki s partnerjem, ki uporablja droge, manjkrat uspešno zaključijo program DPČ.

Uporabniki, ki so imeli partnerja, ki uporablja droge, so program uspešno zaključili le v 4,8 % , uporabniki, ki niso imeli partnerja, ki uporablja droge, pa so program uspešno zaključili kar v 23,9 %.

Pri raziskovanju povezanosti uspešnosti dokončanja programa DPČ in ostalimi spremenljivkami, zajetimi v naših podatkih, nas je najbolj presenetilo, da med uporabniki, ki so uspešno zaključili klasičen program DPČ, in tistimi, ki niso bili uspešni, ni razlike pri oceni uvida v problem z njihove strani (s strani uporabnika). Ob vstopu v program so pri tistih, ki so uspešno zaključili klasičen program DPČ, njihov uvid v problematiko ocenili povprečno z 2,44 točke (na lestvici od 1 do 5, kjer 1 predstavlja nezadostno, 5 pa odlično), pri tistih, ki programa niso uspešno

zaključili, pa so ga ocenili povprečno z 2,32 točke. Razlika je precej majhna in statistično neznačilna pri $\alpha < 0,05$.

Kot drugo presenečenje se je izkazal izračun, da povezanost med oceno varne socialne mreže ob vstopu in uspešnim zaključkom programa ne obstaja. Tako so tistim, ki so program uspešno zaključili, ob vstopu varnost socialne mreže ocenili z 1,44 točke (na lestvici od 1 do 5, kjer 1 predstavlja nezadostno, 5 pa odlično), neuspešnim pa povprečno z 1,61 točke, kar je presenetljivo višja ocena. Zaradi poudarjanja, kako pomembno je, da po zaključku urejanja zasvojenosti uporabnik ne zaide nazaj v staro nezdravo družbo, in si zato med urejanjem zasvojenosti obnovi zdravo socialno mrežo, smo pričakovali, da bodo tisti, ki so že pred začetkom urejanja zasvojenosti imeli bolj zdravo socialno mrežo, tudi lažje uspeli v programu.

11 SKLEPI

Prva, najbolj opazna razlika pri uporabnikih Društva Projekt Človek je razlika v strukturi uporabnikov po spolu. Moški predstavljajo 62 %, ženske pa 38 %.

Vidimo, da imajo ženske uporabnice prepovedanih drog mnogo večkrat partnerja, ki uživa prepovedane droge kot moški partnerice, ki uporabljajo prepovedane droge. Pri uporabnicah klasičnega programa Društva Projekt Človek so ženske imele v več kot polovici, kar v 61,3 %, partnerja, ki je uporabljal prepovedane droge, pri moških pa je partnerica prepovedano drogo uživala v 12,2 %.

Ženske so imele tudi večkrat kot moški družinske člane, ki so uporabljali prepovedane droge. Več kot polovica (53,8 %) uporabnic klasičnega programa Društva Projekt Človek je imela družinskega člana, ki je uporabljal drogo. Takih moških je bilo 29,3 %.

Ženske so ob vstopu v klasičen program DPČ povprečno dve leti mlajše kot moški. Glede na starost ob prvi uporabi katerekoli prepovedane droge so ženske povprečno eno leto starejše kot moški. Pri prvem poskusu urejanja zasvojenosti pa so ženske približno dve leti mlajše kot moški. Torej so v povprečju njihove kariere uživanja krajše. V raziskavi se je pokazala velika razlika v starosti ob uspešnem zaključku klasičnega programa DPČ – ženske so v povprečju kar sedem let mlajše kot moški.

Pri ocenah stanja uporabnikov vstopu v DPČ, kot so skrb za lastno zdravje, ocena varne socialne mreže, uvid uporabnika v problem in uvid svojcev v problem, ni zaznati razlike med moškimi in ženskami. Statistično pomembne razlike se ne kažejo pri načinu uporabe prepovedanih drog ali izbiri primarno uporabljene droge. Razlik med spoloma tudi ni zaznati glede uporabe alkohola, metadona, števila redno uporabljenih prepovedanih drog in števila redno zlorabljenih skupin zdravil. Tako moški kot ženske imajo v Programu Projekt Človek podoben delež svojcev, ki se vključujejo v program pri družinskih srečanjih, in podoben delež svojcev, ki obiskujejo izobraževanja, ki jih DPČ organizira za podrobnejše poznavanje problematike.

Kot pomemben dejavnik pri uspešnem zaključku programa se je izkazala podpora svojcev. Več kot ima uporabnik svojcev, vključenih v vzporedni program za svojce,

večja je njegova uspešnost. Predvsem se uspešnost uporabnikov poveča ob večjem številu svojcev, ki se udeležujejo izobraževanj, ki jih organizira DPČ.

12 PREDLOGI

- Izvajalcem programa predlagamo, da raziščejo, zakaj so ženske pri prvem poskusu urejanja zasvojenosti v povprečju mlajše od moških. Dobljene rezultate in ugotovitve lahko morda koristno uporabijo pri zgodnejšem vključevanju moških v programe urejanja in tako tudi moškim skrajšajo kariero uživanja.
- Izvajalcem predlagamo, da poiščejo še več načinov, kako pritegniti svojce v vzporedni program za podporo uporabnikom. Predvsem naj poskušajo svojce pritegniti k pogostejšemu udeleževanju pri izobraževanjih o problematiki zasvojenosti.
- Izvajalcem predlagamo, da raziščejo vzroke za tako veliko razliko med moškimi in ženskami v povprečni starosti ob uspešnem zaključku klasičnega programa DPČ. Rezultate bodo morda lahko uporabili kot pomoč pri razvijanju programa s ciljem, da tudi moški uspešno zaključijo program mlajši. Lahko tudi raziščejo, kaj ovira starejše ženske, da pri zaključku programa niso tako uspešne kot mlajše.
- Izvajalcem programa predlagamo tudi, da začnejo podatke zbirati v elektronski obliki, saj zajamejo mnogo zanimivih podatkov o uporabnikih programov za pomoč urejanja zasvojenosti. Če bodo podatki zbrani v elektronski obliki, bodo lažje dostopni za obdelavo. Ugotovitve, ki izhajajo iz obdelave teh podatkov, nudijo možnost za izboljšavo programa in s tem uspešnost večjega števila posameznikov.

13 UPORABLJENA LITERATURA

- Auer, V. (2001), Droge in odvisnost. Ormož: Samozaložba Ibidem.
- ASAM - American Society of Addiction Medicine. Dostopno na <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction> (17. 4. 2016).
- Cormier, R. A., Dell, C. A. and Poole, N. (2004), 'Women and substance abuse problems', BMC Women's Health. Dostopno na <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-4-S1-S8> (2. 8. 2016).
- Čebašek - Travnik, Z. (2005), Raba, zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi. Zdravstveno varstvo, (44) 3, 99–108.
- De Beauvoir, S. (1999), Drugi spol. Ljubljana: Delta.
- Društvo Projekt Človek,
 - o DPČ-a, dostopno na <http://www.projektclovek.si/db/files/POSLOVNIK%20KAKOVOSTI%20DP%C4%8C-FINAL-512-13.pdf> (26.5.2016).
 - o DPČ-b, dotopno na <http://www.projektclovek.si/vec-o-programih.asp?stran=Programi&podstran=Sprejemni%20Centri> (26.5.2016).
 - o DPČ-c, dotopno na <http://www.projektclovek.si/vec-o-programih.asp?stran=Programi&podstran=Prius%20-%201.%20faza%20klasi%C4%8Dnega%20programa> (26.5.2016).
 - o DPČ-d, dotopno na <http://www.projektclovek.si/vec-o-programih.asp?stran=Programi&podstran=TS%20-%202.%20faza%20klasi%C4%8Dnega%20programa> (26.5.2016).
 - o DPČ-d, dotopno na <http://www.projektclovek.si/vec-o-programih.asp?stran=Programi&podstran=CR%20-%203.%20faza%20klasi%C4%8Dnega%20programa> (26.5.2016).
- EMCDDA (2005), Differences in patterns of drug use between women and men. Norveška.

- EMCDDA (2006), Annual report 2006; selected issue. Dostopno na http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/426/sel2006_2-en_69712.pdf (23. 4. 2016).
- EMCDDA (2008), Women voices; Experiences and perceptions women who face drug-related problems in Europe. Norveška.
- EMCDDA (2012), Letno poročilo 2012: Stanje na področju problematike drog v Evropi.
- Flaker, V. (2002a), Živeti s heroinom I.: Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji. Ljubljana: Založba *cf.
- Flaker, V. (2002b), Živeti s heroinom II.: K zmanjševanju škode. Ljubljana: Založba Cf.
- Flaker, V. (2012), *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba *cf.
- Franke, A. (1995), Drug dependence among women: Explanatory factors and possible means of prevention, V: Pompidou Group (ur.), *Symposium on women and drugs focus on prevention*, Proceedings, Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- Furlan, N. (2006), Manjkajoče rebro. Ženska, religija in spolni stereotipi. Koper: Univerza na Primorskem
- Futures Of palm beach,
 - o Futures of palm beach-a, pridobljeno na www.futuresofpalmbeach.com/addiction-treatment/treating-men-women (2.8.2016).
 - o Futures of palm beach-b, pridobljeno na www.futuresofpalmbeach.com/addiction-treatment/addictions/why-drug-addiction-differs-in-men-and-women/ (2.8.2016)
- Harding, T. (2006), Gender, Drugs and Policy. V Hughes, R., Lart, R., Higate, P., (ur.), *Drugs: policy in politics*. (str. 18–29). Maidenhead: Open University Press.

- Hočevar, A. (2005), *Preprečevanje rabe in zlorabe drog: starši med stroko in ideologijo*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Hovnik Keršmanc, M., Kastelic, A., Zorec Karlovšek, M. (2012), *Alkohol*, pridobljeno na <http://med.over.net/clanek/alkohol/#.UcGYZee8C2A> (14. 5. 2016).
- Inštitut za zasvojenosti in travme, pridobljeno na <http://www.petertopic.si/zasvojenosti/kaj-je-zasvojenost> (17.4.2016).
- Kastelic, A., Mikulan, M. (2004), *Mladostnik in droga*. Ljubljana: Prohealth d.o.o.
- Klavara, M., Tomšič, I. (1995), *Ilegalni promet z drogami*. V: Rogl, I. (ur.) *Odvisnost – družbeni problem včeraj, danes, jutri*. Maribor: Založba Obzorja (25–58).
- Kvaternik Jenko I. (2006), *Politika drog: pogledi uporabnikov in uporabnic*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Kvaternik, I., Grebenc, V., Rihter, L. (2008), *Droge med politiko in vsakdanjim življenjem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lovrečič, M., Drobne, M. in Vegnuti, M. (2004), *Ženske in prepovedane droge*. *Zdravstveno varstvo*, 43, 205–217.
- Milčinski, L., Tomori, M., Hočevar, F. (1983), *Droge v svetu in pri nas*. Ljubljana: Delavska enotnost.
- NIJZ- Nacionalni inštitut za javno zdravje
 - o NIJZ-a , Nacionalno poročilo o drogah 2015, dostopno na http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nacionalno_porocilo_o_drogah_2015_0.pdf (2.8.2016).
 - o NIJZ-b, Uporaba tobaka, alkohola in drugih uporabljenih drog v letih 2011 in 2012, dostopno na http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/anketa_o_uporabi_tobaka_alkohola_in_drugih_drog_2011_2012.pdf (2. 8. 2016).

- Peršak, N. (2006), Ženske, droge in zapor – interakcije in kontraindikacije. V Kanduč, Z. (ur.), Droge, zapori, ženske – postmoderna družba in njene zasvojenosti. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti.
- Petek, J. (2008), Odnos do telesa na poti iz odvisnosti. Ljubljana: Sonce.
- Picchi, M. (1995), Projekt človek. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno.
- Polajner, B. (2006), Programi visokega praga za abstinentne od drog v Sloveniji. V Problematika drog v Sloveniji 2005 (str. 41–57). Ljubljana: Državni svet Republike Slovenije.
- Ramovš, J. (2001), Slovar socialno alkohološkega izrazja. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Resolucija o nacionalnem programu na področju drog 2014–2020 (2014), Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.
- Szasz, T. (1992), Motivacije za prekinitev najdaljše vojne 20. stoletja: Vojne proti drogam. V Zorc, D. in Pribac, I. (ur.), Časopis za kritiko znanosti, (20)146–147, 29–36.
- Štular, T. (1998), Družbena konstrukcija spolne identitete. Teorija in praksa, letnik 35, številka 3, 441–454.
- Zaviršek, D. (1992), Ženske, odvisnost in problem dvojne stigme. V Zorc, D. in Pribac, I. (ur.), Časopis za kritiko znanosti, (20)146–147, 51–56.
- Zaviršek, D. (1994), Ženske in duševno zdravje. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Žiberna, V., Rihter, L., Jakob Krejan, P., Nagode, M., Smolej, S., Akerman, B. in Kobal Tomc, B. (2011), Poročilo o zunanji evalvaciji programov socialne rehabilitacije zasvojenih, pridobljeno na http://www.zmanjsevanje-skode.si/fileadmin/user_upload/Dokumenti/Izobrazevanja/Porocilo_zasvojenosti_Zunanje_evalvacije_javnih_socialnovarstvenih_programov_s_sklepi_anonimno.pdf (25. 4. 2016).
- Žigon, D. (2000), Kaj veš o drogah. Ljubljana: Center marketing international.
- WHO World health organisation, dostopno na http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/ (16. 4. 2016)

14 PRILOGE

A. IZRAČUNI

DOKONČANA IZOBRAZBA PO SPOLU

IZOB * SPOL

Crosstab

% within SPOL

	SPOL		Total
	m	ž	
1		7,7%	2,9%
2	40,5%	30,8%	36,8%
3	35,7%	34,6%	35,3%
4	23,8%	15,4%	20,6%
5		3,8%	1,5%
6		7,7%	2,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,048 ^a	5	,107
Likelihood Ratio	10,618	5	,060
N of Valid Cases	68		

POVPREČNA STAROST UPORABNIKOV DPČ

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
STAR	m	43	28,3953	5,10900	,77912
	ž	26	26,0000	5,81722	1,14085

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
STAR	Equal variances assumed	1,171	,283	1,791	67	,078	2,39535	1,33759	- ,27449	5,06518
	Equal variances not assumed			1,734	47,595	,089	2,39535	1,38151	- ,38297	5,17366

POVPREČNO ŠTEVILO POSKUSOV UREJANJA ZASVOJENOSTI

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
POSKUSI	m	43	2,9535	1,71760	,26193
	ž	26	2,8077	1,54969	,30392

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
POSKUSI	Equal variances assumed	,173	,679	,354	67	,724	,14580	,41163	- ,67583	,96742
	Equal variances not assumed			,363	57,160	,718	,14580	,40122	- ,65758	,94917

USPEŠEN ZAKLJUČEK KLASIČNEGA PROGRAMA DPČ

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
USPEH * SPOL	69	100,0%	0	0,0%	69	100,0%

USPEH * SPOL Crosstabulation

% within SPOL

		SPOL		Total
		m	ž	
USPEH	,00	76,7%	88,5%	81,2%
	1,00	23,3%	11,5%	18,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,455 ^a	1	,228		
Continuity Correction ^b	,789	1	,374		
Likelihood Ratio	1,540	1	,215		
Fisher's Exact Test				,343	,189
N of Valid Cases	69				

SATROST OB USPEŠNEM ZAKLJUČKU PROGRAMA DPČ

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
STAR_USP	m	10	31,70	5,794	1,832
	ž	3	24,67	4,163	2,404

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
STAR_USP	Equal variances assumed	,102	,756	1,931	11	,080	7,033	3,642	-,983	15,050
	Equal variances not assumed			2,327	4,650	,071	7,033	3,022	-,915	14,982

ČAS VKLJUČENOSTI V KLASIČEN PROGRAM DPČ

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
V_PROG	m	41	12,8537	15,74732	2,45932
	ž	26	10,1538	14,97382	2,93661

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
V_PROG	Equal variances assumed	,557	,458	,697	65	,488	2,69981	3,87446	-5,03802	10,43764
	Equal variances not assumed			,705	55,349	,484	2,69981	3,83039	-4,97538	10,37500

POVPREČNA STAROST OB PRVEM POSKUSU UREJANJA ZASVOJENOSTI

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
UREJA_PRV	m	40	25,7250	4,98710	,78853
	ž	26	23,5385	5,17092	1,01410

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
UREJA_PRV	Equal variances assumed	,530	,469	1,715	64	,091	2,18654	1,27462	-,35980	4,73288
	Equal variances not assumed			1,702	52,149	,095	2,18654	1,28459	-,39101	4,76409

ČAS OD PRVEGA POSKUSA UREJANJA ZASVOJENOSTI DO USPEŠNEGA ZAKLJUČKA

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CAS	m	9	5,00	2,000	,667
	ž	2	5,00	1,414	1,000

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
CAS	Equal variances assumed	,445	,522	,000	9	1,000	,000	1,519	-3,437	3,437
	Equal variances not assumed			,000	2,036	1,000	,000	1,202	-5,084	5,084

OCENA VARNE SOCIALNE MREŽE PO SPOLU

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
MREZA	m	33	1,4545	,66572	,11589
	ž	20	1,8000	,83351	,18638

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
MREZA	Equal variances assumed	2,130	,151	-1,664	51	,102	-,34545	,20764	-,76231	,07140
	Equal variances not assumed			-1,574	33,553	,125	-,34545	,21947	-,79169	,10078

OCENA SKRBI ZA LASTNO ZDRAVJE

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SKRB_ZDR	m	32	2,44	,914	,162
	ž	20	2,30	,865	,193

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SKRB_ZDR	Equal variances assumed	,193	,662	,539	50	,592	,138	,255	-,375	,650
	Equal variances not assumed			,546	42,185	,588	,138	,252	-,371	,646

UVID V PROBLEM, SPREJETJE PROBLEMATIKE S STRANI SVOJCEV

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
UVID_SVOJ	m	32	2,16	,677	,120
	ž	19	1,89	,875	,201

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
UVID_SVOJ	Equal variances assumed	1,130	,293	1,194	49	,238	,262	,219	-,179	,702
	Equal variances not assumed			1,119	30,811	,272	,262	,234	-,215	,738

UVID V PROBLEM, SPREJETJE PROBLEMATIKE S STRANI UPORABNIKA

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
UVID_ON	m	33	2,36	,859	,150
	ž	20	2,30	,801	,179

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
UVID_ON	Equal variances assumed	,600	,442	,268	51	,790	,064	,238	-,413	,541
	Equal variances not assumed			,273	42,471	,786	,064	,233	-,407	,535

STAROST OB PRVI UPORABI PREPOVEDANE DROGE

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PRVIC	m	42	14,2619	1,84866	,28525
	ž	26	15,1538	2,55644	,50136

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
PRVIC	Equal variances assumed	,284	,596	-1,667	66	,100	-,89194	,53512	-1,96035	,17646
	Equal variances not assumed			-1,546	41,175	,130	-,89194	,57683	-2,05672	,27284

REDNA UPORABA ALKOHOLA

Crosstab

% within SPOL

		SPOL		Total
		m	ž	
ALKO	,00	61,9%	61,5%	61,8%
	1,00	38,1%	38,5%	38,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,001 ^a	1	,976		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,001	1	,976		
Fisher's Exact Test				1,000	,588
N of Valid Cases	68				

ŠTEVILO REDNO UPORABLJENIH PREPOVEDANIH DROG

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ST_PAS	m	42	3,3810	2,12938	,32857
	ž	26	2,6154	1,76809	,34675

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ST_PAS	Equal variances assumed	1,752	,190	1,534	66	,130	,76557	,49914	-,23100	1,76213
	Equal variances not assumed			1,603	60,372	,114	,76557	,47770	-,18985	1,72098

REDNA UPORABA METADONA

Crosstab

% within SPOL

		SPOL		Total
		m	ž	
METADON	0	53,7%	61,5%	56,7%
	1	46,3%	38,5%	43,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,402 ^a	1	,526		
Continuity Correction ^b	,145	1	,703		
Likelihood Ratio	,404	1	,525		
Fisher's Exact Test				,616	,353
N of Valid Cases	67				

REDNA ZLORABA ZDRAVIL

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ZDRV_ZLO	m	42	,7381	1,03734	,16007
	ž	26	1,1538	1,15559	,22663

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ZDRV_ZLO	Equal variances assumed	,591	,445	-1,537	66	,129	-,41575	,27042	-,95565	,12415
	Equal variances not assumed			-1,498	48,764	,140	-,41575	,27746	-,97339	,14189

ALI SO DRUŽINSKI ČLANI ALI PARTNER KADARKOLI JEMAIL PREPOVEDANE DROGE

DRUŽINSKI ČLANI

Crosstab

% within SPOL

		SPOL		Total
		m	ž	
STARI_PAS	0	70,7%	46,2%	61,2%
	1	29,3%	53,8%	38,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,047 ^a	1	,044		
Continuity Correction ^b	3,078	1	,079		
Likelihood Ratio	4,033	1	,045		
Fisher's Exact Test				,071	,040
N of Valid Cases	67				

PARTNER

Crosstab

% within SPOL

		SPOL		Total
		m	ž	
PART_PAS	,00	87,8%	38,5%	68,7%
	1,00	12,2%	61,5%	31,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18,002 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	15,782	1	,000		
Likelihood Ratio	18,272	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
N of Valid Cases	67				

OSNOVNA, NAJVEČKRAT UPORABLJENA PSIHOAKTIVNA SNOV

Crosstab

% within SPOL

		SPOL		Total
		m	ž	
GLAVN_PAS	.	2,3%		1,4%
	alkhol	4,7%	7,7%	5,8%
	heroin	48,8%	61,5%	53,6%
	kokain	9,3%	3,8%	7,2%
	marihuan	25,6%	19,2%	23,2%
	metadon	2,3%	7,7%	4,3%
	speed	2,3%		1,4%
	zdravila	4,7%		2,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,185 ^a	7	,637
Likelihood Ratio	6,564	7	,476
N of Valid Cases	69		

OSNOVNI, NAJVEČKRAT UPORABLJEN NAČIN VNOSA PSIHOAKTIVNE SUBSTANCE

Crosstab

% within SPOL

		SPOL		Total
		m	ž	
VNOS_PAS	.	2,3%		1,4%
	folija	11,6%	26,9%	17,4%
	intervenozno	41,9%	34,6%	39,1%
	kajenje	25,6%	19,2%	23,2%
	oralno	11,6%	19,2%	14,5%
	snifanje	7,0%		4,3%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,744 ^a	5	,332
Likelihood Ratio	7,012	5	,220
N of Valid Cases	69		

SPREJEM V BOLNIŠNICO

HEPATITIS

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SPR_HEP	m	40	,7500	3,27970	,51857
	ž	26	,0385	,19612	,03846

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SPR_HEP	Equal variances assumed	4,402	,040	1,102	64	,275	,71154	,64570	-,57839	2,00147
	Equal variances not assumed			1,368	39,428	,179	,71154	,51999	-,33988	1,76295

PREDOZIRANJE

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SPR_OD	m	39	1,18	3,641	,583
	ž	26	,42	,857	,168

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SPR_OD	Equal variances assumed	4,013	,049	1,038	63	,303	,756	,729	-,700	2,213
	Equal variances not assumed			1,247	44,111	,219	,756	,607	-,466	1,979

ABSTINENČNA KRIZA

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SPR_ABST	m	39	,33	1,034	,166
	ž	26	,35	,892	,175

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SPR_ABST	Equal variances assumed	,004	,953	-,052	63	,959	-,013	,248	-,509	,483
	Equal variances not assumed			-,053	58,826	,958	-,013	,241	-,495	,469

POSKUS SAMOMORA

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SPR_SMMR	m	40	,4500	1,56811	,24794
	ž	26	,8462	1,22286	,23982

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SPR_SMMR	Equal variances assumed	,943	,335	-1,090	64	,280	-,39615	,36354	-1,12241	,33011
	Equal variances not assumed			-1,148	61,768	,255	-,39615	,34495	-1,08575	,29344

ŠTEVILO VKLJUČENIH SVOJCEV

DRUŽINSKA SREČANJA

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SVOJ_SRE	m	42	1,4286	,73726	,11376
	ž	26	1,1154	,86380	,16941

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SVOJ_SRE	Equal variances assumed	,178	,674	1,594	66	,116	,31319	,19654	-,07921	,70558
	Equal variances not assumed			1,535	46,826	,132	,31319	,20406	-,09737	,72374

IZOBRAŽEVANJA ZA SVOJCE

Group Statistics

	SPOL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SVOJ_IJOB	m	42	,8095	,74041	,11425
	ž	26	,6538	,68948	,13522

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SVOJ_IJOB	Equal variances assumed	,021	,886	,865	66	,390	,15568	,18005	- ,20381	,51517
	Equal variances not assumed			,879	56,025	,383	,15568	,17702	- ,19893	,51029

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SVOJ_IJOB * USPEH	68	98,6%	1	1,4%	69	100,0%

REZULTATI GLEDE NA USPEH

VKLJUČENOST SVOJCEV IN USPEH

DRUŽINSKA SREČANJA

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SVOJ_SRE * USPEH	66	100,0%	0	0,0%	66	100,0%

SVOJ_SRE * USPEH Crosstabulation

% within SVOJ_SRE

		USPEH		Total
		0	1	
SVOJ_SRE	0	91,7%	8,3%	100,0%
	1	96,0%	4,0%	100,0%
	2	62,1%	37,9%	100,0%
Total		80,3%	19,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,970 ^a	2	,004
Likelihood Ratio	11,717	2	,003
Linear-by-Linear Association	7,522	1	,006
N of Valid Cases	66		

IZOBRAŽEVANJA ZA SVOJCE

SVOJ_IJOB * USPEH Crosstabulation

% within USPEH

		USPEH		Total
		,00	1,00	
SVOJ_IJOB	,00	49,1%	7,7%	41,2%
	1,00	41,8%	46,2%	42,6%
	2,00	9,1%	46,2%	16,2%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,352 ^a	2	,001
Likelihood Ratio	13,002	2	,002
Linear-by-Linear Association	12,480	1	,000
N of Valid Cases	68		

UPORABA DROG PRI PARTNERJU IN USPEH

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PART_PAS * USPEH	67	97,1%	2	2,9%	69	100,0%

PART_PAS * USPEH Crosstabulation

% within PART_PAS

		USPEH		Total
		0	1	
PART_PAS	0	76,1%	23,9%	100,0%
	1	95,2%	4,8%	100,0%
Total		82,1%	17,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,597 ^a	1	,058	,086	,053
Continuity Correction ^b	2,412	1	,120		
Likelihood Ratio	4,337	1	,037		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,543	1	,060		
N of Valid Cases	67				

B. ZBRANI PODATKI

zaporedna številka	spol	starost ob vstopu v dpč	Št poskusov urejanja zasvojenosti v različnih programih	Zaključena stopnja izobrazbe ob vstopu v dpč	Ocena razširjenosti zdrave socialne mreže ob vstopu v program dpč.	Ocena skrbi za lastno zdravje ob vstopu	Uvid v problem, sprejetje problematike, s strani svojcev	Uvid v problem, sprejetje problematike s strani uporabnika	Uspešno zaključil program dpč?	Straost ob uspešnem zaključku dpč	koliko časa v programu dpč/ mesecev	Straost ob prvi uporabi prepovedane droge /psihoaktivne snovi?	redno uživanje alkohola?	Redno uživanje različnih pas? (število od 10)
1	m	30	5	2	2	4	4	4	0		1	14	0	7
2	m	26	2	2	1	3	3	2	0		1	14	1	6
3	m	21	2	2	1	1	1	3	0		18	14	1	6
4	m	30	1	2	1	1	1	3	0		12	13	1	3
5	ž	20	1	3	3	1	3	1	0		2	12	0	2
6	m	28	2	4	1	3	3	4	1	31	36	16	1	5
7	ž	27	1	2	1	3	3	2	0		5	16	0	2
8	ž	24	2	1	1	1	2	2	0		1	13	1	3
9	m	29	4	3	2	2	2	1	0		1	17	1	7
10	m	24	5	3	1	3	2	3	0		1	12	1	4
11	m	43	4	3	1	3	2	3	1	45	24	11	1	9
12	m	22	1	2	1	3	2	2	0		3	14	1	7
13	ž	31	2	5	3	2	1	2	0		12	17	0	2
14	ž	30	4	2	2	3	2	2	0		7	15	0	7
15	m	28	3	4	2	4	2	2	1	33	65	14	0	3
16	m	30	2	2	2	3	2	2	1		32	14	1	6
17	m	24	2	2	2	3	2	3	0		5	12	0	3
18	ž	18	3	3	3	3	4	1	0		6	14	0	1
19	m	25	2	3	3	3	2	2	1	28	25	15	0	3
20	m	30	1	3	3	3	2	2	1	34	25	15	1	2
21	ž	27	1	6	3	2			0		4	14	0	2
22	m	24	3	3	3	2	2	2	0		4	14	0	1
23	m	19	1	2	2				1	23	24	17	0	1
24	ž	24	2	3	3				0		36	15	0	1
25	m	19	2	2	2				0		2	13	1	5
26	m	29	2	4	4	4	3	3	1	33	48	15	0	2
27	m	39	3	4	4	4	3	3	0		5	16	0	2
28	m	32	4	3	3	2	2	2	0		15	10	1	1
29	ž	19	1	3	3				0		4	14	0	2
30	ž	16	1	2	1	2	1	2	1	20	48	12	0	3
31	ž	35	3	4	4				0		1	17	0	4
32	m	30	2	3	3				0		4	13	1	5
33	ž	19	1	2	2	2			0		4	13	0	2
34	ž	24	4	3	1	1	1	3	1	28	50	16	1	3

zaporedna številka														
	spol	starost ob vstopu v dpč	Št poskusov urejanja zasvojenosti v različnih programih	Zaključena stopnja izobrazbe ob vstopu v dpč	Ocena razširjenosti zdrave socialne mreže ob vstopu v program dpč.	Ocena skrbi za lastno zdravje ob vstopu	Uvid v problem, sprejetje problematike, s strani svojcev	Uvid v problem, sprejetje problematike s strani uporanika	Uspešno zaključil program dpč?	Straost ob uspešnem zaključku dpč	koliko časa v programu dpč/ mesecev	Straost ob prvi uporabi prepovedane droge /psihoaktivne snovi?	redno uživanje alkohola?	Redno uživanje različnih pas? (število od 10)
	m/ž	št.	št.						da / ne 1/0				da/ne 1/0	1-10
35	ž	25	4	1	1	1	1	2	0		2	13	0	2
36	m	29	5	4	2	2	2	2	0		3	14	0	1
37	m	26	2	2	2	3	2	2	0		1	12	0	2
38	m	27	3	2	2	3	2	2	0		3	16	0	5
39	m	27	1	3	3	3	1	1	1	30	43	14	0	1
40	m	23	3	4	3				0		24	14	0	2
41	m	33	4	2	1	1	2	1	0		11	16	1	2
42	ž	35	2	3	2	2	2	2	0		3	14	1	4
43	m	29	3	2	2	4	3	3	0		2	15	1	1
44	m	34	2	3	2	2	2	3	0		1	17	0	2
45	m	30	4	3	2	2	1	1	0		4	17	1	5
46	m	38	1	2	1	1	1	2	0			11	0	4
47	ž	33	1	3					0		2	18	0	1
48	ž	30	3	2	2	1	1	2	0		4	13	1	1
49	m	33	4	2	1	3	3	3	0		4	14	0	4
50	m	29	2	2	1	3	1	3	0		6	14	0	1
51	ž	25	4	4	1	3	3	4	0		1	15	1	6
52	ž	24	5	2	1	2	2	2	0		5	16	0	3
53	m	28	3	4	2	3	3	2	0		2	16	0	2
54	ž	33	5	6	3	3	3	3	0		6	15	1	0
55	m	22	2	4	1	1	2	2	0		7	13	0	3
56	m	31	3	4	4	3	3	3	0		2	17	0	4
57	m	33	10	3	1	3	3	3	0		4	13	0	7
58	m	30	2	2	1	1	2	1	0		2	15	0	4
59	m	25	4	3	1	2	2	2	0		4	12	0	3
60	m	22	4	2	3	3	3	4	0		1	18	1	0
61	ž	19	5	2	1	2	2	2	0		1	15	1	1
62	ž	30	5	4	1	3	2	2	0		1	16	1	4
63	m	32	6	3	1	1	2	3	0		1	13	0	3
64	ž	26	1	3	2	2	2	2	0		6	16	0	3
65	ž	22	5	4	2	3	2	4	0		1	13	1	6
66	ž	37	3	3	1	3	0	3	0		12	16	1	0
67	m	24	1	3	1	3	3	2	1	27	42	15	0	3
68	m	34	5	2	2	2	3	3	0		13	14	0	1
69	ž	23	4	2	2	3	3	3	1	26	40	15	0	3

zaporedna številka														
	Redna uporaba metadona	Redna zloraba zdravil? (število od 5)	Ali so straši ali drugi družinski člani kadarkoli jemali pas?	Ali je partner kadarkoli jemal pas?	Največkrat uporabljena pas?	Najpogostejši način vnosa substance?	Sprejemi v bolnišnico kot posledica hepatitisa B, C? število	Sprejemi v bolnišnico kot posledica predoziranja? št	Sprejemi v bolnišnico kot posledica abstinencijske krize	Sprejemi v bolnišnico kot posledica poskusa samomora?	Starost ob prvem poskusu urejanja zasvojenosti?	Koliko jih hodi na družinska srečanja?	Koliko jih hodi na izobraževanja?	Koliko let je minilo od prvega poskusa urejanja do uspešnega zaključka v dpč?
	da/ne	1-5	da/ne 1/0	da/ne 1/0			št.	št.	št.	št.				
1	1	1	0	0	heroin	intervenzno	1	0	0	0	15	2	0	
2	0	1	0	0	heroin	folija	0	2	0	1	19	1	1	
3	0	0	1	1	heroin	intervenzno	0	0	0	0	30	0	0	
4	0	2	1	1	heroin	folija	0	0	0	0	20	1	1	
5	0	2	0	1	heroin	intervenzno	0	0	0	0	26	2	2	6let
6	1	1	0	0	heroin	folija	0	0	0	2	27	1	1	
7	1	1	0	1	heroin	folija	0	0	0	2	21	0	0	
8	0	0	0	0	marhuana	kajenje	0	2	0	0	16	0	0	
9	1	3	0	0	heroin	folija	0	0	2	2	2	2	0	
10	1	4	1	0	zdravila	oralno	0	10	0	4	16	1	1	
11	1	1	1	0	heroin	intervenzno	0	6	0	1	38	0	0	8 let
12	1	0	0	0	heroin	intervenzno	0	0	0	0	22	2	2	
13	1	1	0	1	kokain	intervenzno	0	0	0	0	31	1	1	
14	0	0	0	0	heroin	intervenzno	0	1	1	0	28	3	2	
15	0	0	0	0	heroin	intervenzno	0	0	0	0	23	2	1	8let
16	1	3	0	0	alkohol	oralno	0	0	0	0	28	2	1	5let
17	0	0	0	0	kokain	intervenzno	0	0	0	0		2	1	
18	0	0	0	0	heroin	intervenzno	0	0	0	0	17	2	0	
19	1	0	0	0	heroin	intervenzno	2	0	0	0	24	2	2	4 leta
20	0	0	0	0	heroin	folija	0	0	0	0	30	2	1	4 leta
21	0	1	1	0	heroin	folija	0	0	0	1	27	2	0	
22	0	0	0	0	heroin	intervenzno	0	2	0	0	23	1	0	
23	0	0	0	0	kokain	snifanje	0	0	0	0	19	2	1	2 leti
24	1	0	1	1	metadon	oralno	0	0	0	0	24	1	1	
25	0	2	1	0	speed	snifanje	0	0	0	0	19	2	2	
26	1	0	0	0	marhuana	kajenje	0	0	0	0	29	2	2	4
27	1	0	0	0	heroin	intervenzno	1	0	0	0	32	1	1	
28	0	2	0	0	marhuana	kajenje	0	0	6	9	30	1	1	
29	0	0	1	1	heroin	folija	0	0	0	0	19	1	1	
30	0	1	1	0	marhuana	kajenje	0	1	0	0	16	2	2	4 leta
31	1	0	0	0	heroin	folija	0	0	0	0	34	0	0	
32	1	1	0	0	heroin	intervenzno	0	0	0	0	27	2	0	
33	0	0	1	1	marhuana	kajenje	0	0	0	1	19	2	1	
34	0	1	0	1	heroin	folija	0	0	0	0	22	2	1	6 let

zaporedna številka															
		Redna uporaba metadona	Redna zloraba zdravil? (število od 5)	Ali so straši ali drugi družinski člani kadarkoli jemali pas?	Ali je partner kadarkoli jemal pas?	Največkrat uporabljena pas?	Najpogostejši način vnosa substance?	Sprejemi v bolnišnico kot posledica hepatitis B, C? število	Sprejemi v bolnišnico kot posledica predoziranja? št	Sprejemi v bolnišnico kot posledica abstinencijske krize	Sprejemi v bolnišnico kot posledica poskusa sa momora?	Starost ob prvem poskusu urejanja za svojenosti?	Koliko jih hodi na družinska srečanja?	Koliko jih hodi na izobraževanja?	Koliko let je minilo od prvega poskusa urejanja do uspešnega zaključka v dpč?
	da/ne	1-5	da/ne 1/0	da/ne 1/0				št.	št.	št.	št.				
35	1	2	1	1	metadon	oralno	0	0	0	0	0	22	0	0	
36	1	0	0	0	marhuana	kajenje	0	0	0	0	0	25	3	0	
37	0	0	0	0	kokain	sníhanje	0	0	0	0	0	25	2	0	
38	1	0	1	0	kokain	intervenozno	0	0	0	1	0	24	2	0	
39	1	1	0	0	marhuana	kajenje	0	0	0	1	0	26	2	2	4 leta
40	0	0	0	0	heroin	intervenozno	0	0	0	1	0	22	1	1	
41	0	0	1	1	marhuana	kajenje	6	1	0	0	0	29	2	1	
42	1	0	1	1	heroin	intervenozno	0	0	0	0	0	19	2	2	
43	0	0	1	0	alkhol	oralno	0	0	0	0	0	28	2	1	
44	0	0	0	0	marhuana	kajenje	0	0	0	0	0	23	1	1	
45	0	0	0	1	marhuana	kajenje	0	0	0	0	0	27	0	0	
46	1	0	1	1	metadon	oralno	0	0	0	0	0	38	0	0	
47	0	3	0	1	heroin	oralno	1	3	1	2	2	33	2	0	
48	0	4	1	1	marhuana	kajenje	0	0	0	0	3	20	0	0	
49	1	2	0	0	heroin	intervenozno	0	0	0	0	0	31	1	0	
50	0	1	1	1	marhuana	kajenje	0	0	0	1	1	27	0	0	
51	1	2	1	0	heroin	intervenozno	0	2	4	2	2	24	0	0	
52	1	3	1	1	heroin	folija	0	0	0	0	0	18	1	1	
53	0	0	0	0	heroin	intervenozno	0	0	0	0	0	27	2	0	
54	0	2	1	0	alkhol	oralno	0	0	0	0	0	30	2	1	
55	0	0	1	0	marhuana	kajenje	0	3	0	0	0	21	1	1	
56	0	0	0	0	marhuana	kajenje	0	0	0	0	0	27	1	0	
57	1	2	1	0	heroin	intervenozno	20	20	1	0	0	26	1	1	
58	1	1	0	0	heroin	intervenozno	0	0	0	0	0	29	1	1	
59	0	0	0	0	marhuana	kajenje	0	0	0	0	0	24	2	2	
60	0	2	1	0	zdravila	oralno	0	2	1	0	0	19	1	0	
61	0	2	0	1	marhuana	kajenje	0	0	0	2	3	18	1	0	
62	0	1	0	1	heroin	intervenozno	0	0	0	0	0	30	1	0	
63	1	1	0	0	heroin	intervenozno	0	0	0	0	0	27	1	1	
64	0	2	1	1	heroin	intervenozno	0	0	2	2	2	24	0	0	
65	1	0	0	0	heroin	intervenozno	0	0	0	0	0	20	1	1	
66	0	2	1	1	alkhol	oralno	0	0	0	4	4	27	0	0	
67	1	2	0	0	heroin	folija	0	0	0	0	0	24	2	2	4 leta
68	0	0	0	0	heroin	folija	0	0	0	0	0	30	1	1	
69	1	0	1	0	heroin	intervenozno	0	2	1	0	0	22	1	1	5 let

C. VPRAŠALNIKI

• ZBIRNIK- STARI

Viskovski programi – DROGE

Verzija: april 2008

DROGE DOKUMENTACIJA ZA UPORABNIKE - ZBIRNIK OBSTOJEČIH PODATKOV IZ SPISOV UPORABNIKOV

OSNOVNI PODATKI:

1. Organizacija, enota: Društvo, Projekt Človek

1.1. Program: Jeromejska skupnost

2. Šifra uporabnika:

3. Starost uporabnika (dopolnjena leta):

4. Spol: M – moški Ž – ženski

5. Datum vstopa v program

6. Imena zaposlenih, ki so izpolnjevali dokumentacijo:

Mateja Jurčič
Mateja Logar

PROVATNIŠTVO

1. Navedite, v katere programe je bil uporabnik že predhodno vključen ter koliko časa (v mesecih) je trajala vključenost.

Naziv programa, v katerega je bil predhodno vključen	Trajanje vključitve v program
OCOPD	Priloge 6 tednov, drugič 2 tedna, 3. razlog (zaplet z uporabo)
OCOPD (Skupni) op	4 tedna, 12 tednov, 3 tedna.
OCOPD (Skupni) op	12.5.07 - 15.6.07

ŠOLANJE

1. Zaključena stopnja izobrazbe ob vstopu v program:

- 1 – nedokončana osnovna šola
- 2 – dokončana osnovna šola
- 3 – 2-3 letna poklicna šola
- 4 – splošna gimnazija, strokovna gimnazija, štiriletna strokovna šola
- 5 – 2-letna višja (strokovna) šola
- 6 – visoka šola, fakulteta ali več
- 8 – (ne vem)
- 9 – (brez odgovora)

2. Status glede šolanja ob vstopu v program:
1 – ni vpisan v šolo

2 – vpisan v šolo, vendar ne obiskuje pouka (dodajte podatke)

- naziv šole: _____

- smer: _____

- letnik: _____

3 – vpisan v šolo in obiskuje pouk (dodajte podatke)

- naziv šole: _____

- smer: _____

- letnik: _____

3. Spremembe statusa glede šolanja

Datum spremembe	Status (1 – se ne šola; 2 – vpisan in ne obiskuje pouka; 3 – vpisan in obiskuje pouk)	V primeru, da gre za status 2 ali 3, vnesite še naslednje podatke:		
		Naziv šole	Smer	Letnik

4. Zaključena stopnja izobrazbe ob izstopu iz programa:

1 – nedokončana osnovna šola

2 – dokončana osnovna šola

3 – 2-3 letna poklicna šola

4 – splošna gimnazija, strokovna gimnazija, štiriletna strokovna šola

5 – 2-letna višja (strokovna) šola

6 – visoka šola, fakulteta ali več

8 – (ne vem)

9 – (brez odgovora)

5. Status glede šolanja ob izstopu iz programa:

1 – ni vpisan v šolo

2 – vpisan v šolo, vendar ne obiskuje pouka (dodajte podatke)

- naziv šole: _____

- smer: _____

- letnik: _____

3 – vpisan v šolo in obiskuje pouk (dodajte podatke)

- naziv šole: _____

- smer: _____

- letnik: _____

ZAPOSILITEV

1. Prosim zabeležite zaposlitveni status uporabnika ob vstopu v program:

	da	ne	ne vem	bo
1.1 - opravlja plačano delo	1	2	98	99
1.2 - opravlja priložnostno plačano delo	1	2	98	99

1.3 - se šola	1	2	98	99
1.4 - je brezposeln(a)	1	2	98	99
1.5 - je delovno nezmožen(a)	1	2	98	99
1.6 - je upokojen(a)	1	2	98	99
1.7 - opravlja neplačana gospodinjstva dela, skrbni za otroke ali druge	1	2	98	99
1.8 - drugo (navedite)	1	2	98	99

2. Spremembe statusa glede zaposlitve

Datum spremembe	Status (vnesite šifro, kot je pri zagonjnih odgovorih)	Opmembe

3. Prosim zabeležite zaposlitveni status uporabnika ob izstopu iz programa:

3.1 - opravlja plačano delo	da	ne	ne vem	bo
3.2 - opravlja priložnostno plačano delo	1	2	98	99
3.3 - se šola	1	2	98	99
3.4 - je brezposeln(a)	1	2	98	99
3.5 - je delovno nezmožen(a)	1	2	98	99
3.6 - je upokojen(a)	1	2	98	99
3.7 - opravlja neplačana gospodinjstva dela, skrbni za otroke ali druge	1	2	98	99
3.8 - drugo (navedite)	1	2	98	99

KOMUNIKACIJA

1. Ocenite komunikacijo uporabnika ob vstopu v program z vidika jasnosti, direktnosti, mišnosti in komunikativnosti

TS: 1. nezadostna

2. zadostna

3. dobra

4. pravi dober

5. odlična

6. še pravi

7. pravi

8. pravi

9. pravi

10. pravi

11. pravi

12. pravi

13. pravi

14. pravi

15. pravi

16. pravi

17. pravi

18. pravi

19. pravi

20. pravi

21. pravi

22. pravi

23. pravi

24. pravi

25. pravi

26. pravi

27. pravi

28. pravi

29. pravi

30. pravi

31. pravi

32. pravi

Datum spremitve	Nova ocena (uporabljeno hito testirno kot zgoraj)	Kategorija za spremitveno oceno
20.10.2009	dobro	plavalna nova ocena je
23.11.2009	prav dobro	dobro, podoben
ločene ugotov	redno	prezračne, nista čisti

4. Ocenite komuniciraju upotreba ob izopu iz programi Z vidika jasnosti, direktnosti, jasnosti, komunikativnosti

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

5. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

VARNA, DOBRA SOCIJALNA MREŽA

1. Ocenite varnost socialne mreže uporabnika ob vstopu v program z vidika razmerja med obsegom socialne mreže, zasvojenih znancev in prijateljev ter socialne mreže nezasvojenih znancev in prijateljev!

TS: ①. nezađosina
P.F. ②. zađosina
③. dobra

4. prav dobra
5. odlična

2. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!
 IS: *pozitivni* *avtor* *iz* *razpisa*

h. "bezdravje druzice" let
družinska zdravstvena "bezdravje" Oče dobi
p.p.: zdravje bez. zdravje je družina.

3. Zabeležite spremembe v varnosti socialne mreže v času vključenosti v program!

Datum sprejembe	Nova ocena (uporabite isto lestvico kot zgoraj)	Razlogi za spremembo ocene
22.12.2009	3 - dober	Dobro pisan članek

da ni zbiranje, če potrebujemo
zaključni program, ki ne blestina
izstopi.

4. Očitne varnosti socialne mreže uporabnika ob izstopu iz programa z vilika razporeja obsegom socialne mreže zastvojenih znancev in prijateljev ter socialne mreže nezastvojenih znancev in prijateljev!

1. nezadostna
2. zidostna

3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

5. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

KONSTRUKTIVNO REŠEVANJE KONFLIKTOV

1. Ocenite konstruktivnost reševanja konfliktov uporabnika ob vslopu v program ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: da izraža pripravljenost za reševanje konfliktov, izrazi čustva, začne reševati konflikte!

1. nezadostna

3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

2. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

5. Delovanje društva pripadajućeg "proletariatu" u ovom smislu, možemo izmisliti na sledeći način:

Prvi: "Socijalno podizanje", koje se događa na izlazu iz prirode i menja je društvo i njegove članove.

le Chausse reghioral.

3. Zabeležite spremembe v načinu reševanja konfliktov v času vključenosti v program!

Datum spremanja	Nova oca (upamitko hito leštyco kot zgoraj)	Razlogi za spremanje oca
23. 11. 2009	3 - doba	Prispehno tebeve 12 povzeto tedu nida v vendar iste 5. merni - gasteris
lovesc uare	nezasloha	
Aras KO	preu doba	

4. Ocenite konstruktivnost reševanja konfliktov uporabljenih ob izstopu iz programa ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: da izražajo pripravljenost za reševanje konfliktov izrazi

- I. nezadosina*

5. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

SKRB ZA LASTNO ZDRAVJE

1. Ocenite uporabnikovo skrb za lastno zdravje ob vstopu v program ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: vzdrževanje higijene, redni obiski zdravnika, redni obroki, uporaba zdravil, telesna aktivnost, bolezn.

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

2. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

Dobra kakovost, brez zdravil, vseh obiskov, uporaba zdravil, telesna aktivnost, bolezn.

3. Zabeležite spremembe v skrbni za lastno zdravje v času vključenosti v program!

Datum spremembe	Nova ocena (uporabite isto lestvico kot zgoraj)	Razlogi za spremembo ocene

4. Ocenite uporabnikovo skrb za lastno zdravje ob izstopu iz programa ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: vzdrževanje higijene, redni obiski zdravnika, redni obroki, uporaba zdravil, telesna aktivnost, bolezn.

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

5. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

USTREZNOST RAVNANJA S FINANCIAMI

1. Ocenite ravnanje uporabnika s financami ob vstopu v program ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: izposoja denarja, vodi finančni dnevnik.

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

2. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

Zmanjšana den. izd. big, lea ni pravočasno poravnane

3. Zabeležite spremembe v ustreznosti ravnanja s financami v času vključenosti v program!

Datum spremembe	Nova ocena (uporabite isto lestvico kot zgoraj)	Razlogi za spremembo ocene
dec 2009	dobra	ne upravlja pravočasno
apr 2010	prav dobra	denar za pravočasno poravnane

4. Ocenite ravnanje uporabnika s financami ob izstopu iz programa ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: si ne izposoja denarja, vodi finančni dnevnik.

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

5. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

VID V PROBLEM, SPREJETJE PROBLEMATIKE S STRANI SVOJCEV

1. Ocenite, kakšen uvid v problem imajo in kako sprejemanje problematiko svoji uporabnika ob vstopu v program ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: koliko povedo, da imajo ob probleme, da so pripravljene na spremembe, da se zavedajo, da ne zmorejo problema rešiti sami.

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

2. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

ima bolj negativen problematiko kot ose, uvidar je, da se ne zavedajo problema, da se ne zavedajo problema, da se ne zavedajo problema

3. Zabeležite spremembe v uvidu v problem s strani svojcev v času vključenosti uporabnika v program!

Datum spremembe	Nova ocena (uporabite isto lestvico kot zgoraj)	Razlogi za spremembo ocene
apr 2010	dobra	uvidar, negativen, lastno
		problem, kot tudi uvidar
		za bolj, uvidar, (svojcev)
		denar, uvidar, (svojcev)
		in lastno, uvidar, (svojcev)

Ime:	DE	Klasa:	10. razred
Šifra:	10	Pravilnik:	Pravilnik

4. Ocenite, kakšen uvid v problem imajo in kako sprejemajo problematiko svoji uporabniki ob izstopu iz programa ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: koliko povedo, da imajo probleme, da so pripravljeni na spremembe, da se zavedajo, da ne zmorejo problema rešiti sami.

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

5. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

VID V PROBLEM, SPREJETJE PROBLEMATIKE S STRANI UPORABNIKA

1. Ocenite, kakšen uvid v problem ima in kako sprejema problematiko uporabnik ob vstopu v program ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: pove, da ima probleme, da je pripravljen na spremembe, da se zaveda, da ne zmore problema rešiti sami.

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

2. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

dejav da svoje nezadostnosti in da je povezano s tem v programu z odločitvami in drugimi.

3. Zabeležite spremembe v vidu v problem s strani uporabnika v času vključenosti v program!

Datum spremembe	Nova ocena (uporabite isto lestvico kot zgoraj)	Razlogi za spremembo ocene
dec 07	prav dobra	prejete informacije
mar 08	neizodostna	prejete informacije

4. Ocenite, kakšen uvid v problem ima in kako sprejema problematiko uporabnik ob vstopu v program ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: pove, da ima probleme, da je pripravljen na spremembe, da se zaveda, da ne zmore problema rešiti sami.

1. nezadostna
2. zadostna

3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

5. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

ODNOSI IN KLIMA V DRUŽINI

1. Ocenite odnose, klimo v družini in ustreznost vlog, ki jih ima uporabnik v družini ob vstopu v program oz. po krajšem času od vstopa v program (do 1 mesec) ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: ustreznost pravi v družini, komunikacija, razumevanje, podpora, kakšna je delitev vlog ipd.

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

2. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

Podpora je dobra, razumevanje delitev vlog, neizodostna, a vloga navede občasno.

3. Zabeležite spremembe s strani uporabnika v času vključenosti v program!

Datum spremembe	Nova ocena (uporabite isto lestvico kot zgoraj)	Razlogi za spremembo ocene
jan 2010	dobra	prejete informacije
mar 2010	ni sprejemljiva	prejete informacije
avgust	prav dobra	prejete informacije

4. Ocenite odnose, klimo v družini in ustreznost vlog, ki jih ima uporabnik v družini ob izstopu iz programa ob upoštevanju naslednjih dejavnikov: ustreznost pravi v družini, komunikacija, razumevanje, podpora, kakšna je delitev vlog ipd.

1. nezadostna
2. zadostna
3. dobra
4. prav dobra
5. odlična

5. Opisno navedite razloge, zaradi katerih ste podali zgornjo oceno!

UREDITEV STATUSA

1. Zabeležite potrdbe po ureditvi statusa (npr. zdravstvenega zavarovanja), pravice (npr. denarna socialna pomoč), navedite, kdaj so bile ugotovljene.

Potreba po ureditvi statusa/pravice za (navedite)	Datum izražene potrebe	Datum ureditve statusa/pravice	Opozorila (morebitne težave, značilni dogodki)	Status ugotovljen ob izstopu iz programa (1 – ne, 2 – da)

SPRETNOSTI, ZNANJA

1. Zabeležite, katera znanja in spretnosti (npr. vozniški izpiti, kuhanje, čiščenje, slikanje, tuji jeziki,...) želi uporabnik pridobiti in navedite, kdaj so bile pridobljene ter jih ocenite.

Potreba po pridobitvi spretnosti, znanja (navedite vrsto spretnosti, znanja)	Datum izražene potrebe	Datum ocene pridobljene spretnosti	Ocena pridobljene spretnosti (a- odlično, b- prav dobro, c- dobro, d- zadostno, e- nezadostno)	Opozorila (morebitne težave, značilni dogodki)	Ocena pridobljene spretnosti ob izstopu iz programa (a- odlično, b- prav dobro, c- dobro, d- zadostno, e- nezadostno)

SPODRSJAJI, POSKUSI SAMOMOROV, SAMOPOŠKODOVANJA, VRNITEV K DESTRUKTIVNIM RITUALOM, ODKLONSKI POJAVI, KOMPENZACIJE Z DRUGO OBLIKO ZASVOJENOSTI

1. Zabeležite vse dogodke poskusov samomorov, samomorov, dogodke samopoškodovanja.

Dogodek (1 - poskus samomora, 2 - samomor, 3 - samopoškodovanje - dodajte kakšno, 4 - spodrsjaj, destruktivni ritual - dodajte kakšen, 5 - kriminal, 6 - zapor, 7 - kompetenca z drugo obliko zasvojenosti - navedite, katero)	Datum dogodka	Kratek opis

ABSTINENCA

1. Urinski testi v času vključenosti v program:

Datum testa	Izid testa

ZASTAVLJANJE IN URESNICEVANJE CILJEV oz. DOGOVORJENI SPECIFIČNI CILJI Z UPORABNIKOM?

1. Navedite dogovorjene cilje ob vstopu v program:
- 1.1. *prenehanje odvisnosti*
- 1.2. *stabilna nevarnost*
- 1.3. *stabilna komunikacija*
- 1.4. *zdravstvena zbirka*

2. Ocenite doseganje dogovorjenih ciljev ob izstopu iz programa! Cilj je bil dosežen

Navedite dogovorjene cilje:	v celoti	skoraj v celoti	deloma	v mali meri	sploh ni bil dosežen	ne vem	bo
1.1.	5	4	3	2	1	98	99
2.1.	5	4	3	2	1	98	99
2.2.	5	4	3	2	1	98	99
2.3.	5	4	3	2	1	98	99
2.4.	5	4	3	2	1	98	99

DRUGE ZNAČILNOSTI, OKOLIŠČINE, STANJA, KI SO RELEVANTNE V PRIMERU KONKRETNEGA UPORABNIKA?

1. Identifikacija in ocena pogostosti drugih značilnosti, stanj in okoliščin, ki so relevantne v primeru uporabnika ob vstopu v program:

Navedite okoliščine, stanja:	Se pojavlja ves čas	zelo pogosto	občasno	redko	izjemoma	ne vem	bo
1.1.	5	4	3	2	1	98	99
1.2.	5	4	3	2	1	98	99
1.3.	5	4	3	2	1	98	99

2. To poglavje izpolnite v primeru, ko ste se z uporabnikom dogovorili še za kakšen specifičen cilj, ki ga ne moremo oceniti na podlagi že oboježenih kriterijev (npr. komunikacija s partnerjem, vzpostavitve družinskih stikov,...).

3. To poglavje izpolnite v primeru, če ste identificirali še kakšno okoliščino, ki ni zajeta v zgorajjih vrsticah (npr. fizične bolezni, strah, paranoja,...)

2. Identifikacija in ocena pogostosti drugih značilnosti, stanj in okoliščin, ki so relevantne v primeru uporabljenika ob izstopu iz programa:

Navedite okoliščine, stanja, ki ste jih opisali zgoraj; lahko dodate nove:	Se pojavlja ves čas	zelo pogosto	občasno	redko	izjemoma	ne vem	bo
2.1.	5	4	3	2	1	98	99
2.2.	5	4	3	2	1	98	99
2.3.	5	4	3	2	1	98	99

3. DATUM IZSTOPA IZ PROGRAMA: _____

RAZLOG IZSTOPA IZ PROGRAMA

3.1. Navedite razlog izstopa uporabljenika iz programa

01 - program je uspešno zaključil

02 - program je deloma uspešno zaključil

03 - iz programa je izstopil predčasno (dodajte razlog(e)): _____

PROJEKT CLOVEK

ORGANIZACIJA, ENOTA

ŠIFRA UPORABNIKA

ŠPOL

DATUM VSTOPA V PROGRAM

UREDETEV STATUSA

ZAKLJUČENA STOPNJA IZOBRAZBE uporabnika ob VSTOPU v program

☐ nedokončana osnovna šola
☐ dokončana osnovna šola
☐ 2-3 letna polna šola
☐ splošna ali strokovna gimnazija, štiriletna srednja šola
☐ dve letni višja (strokovna) šola
☐ visoka šola, fakulteta ali več

SPREMEMBA IZOBRAZBE uporabnika (zabeležite morebitno spremembo zaključene stopnje izobrazbe uporabnika z črasi, ki kažejo vključenost v program v skladu z zgornjimi možnostmi)

OPUŠČENO PROJEKT CLOVEK, Mavricheva 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: SI0739068, Matična št.: 5916437, TIN: 0010-005-07393.

Stran 2 / 40

PROJEKT CLOVEK

ZAPOSLOTVENI STATUS uporabnika ob VSTOPU v program

☐ opravlja plačano delo
☐ opravlja priložitnostno plačano delo
☐ se šola
☒ brezposeln
☐ delovno nezmožen
☐ upokojen
☐ invalidiško upokojen
☐ opravlja neplačano gospodinjinska dela, skrb za otroke ali druge osebe
☐ drugo (navedite):

SPREMEMBA ZAPOSLOTVENEGA STATUSA uporabnika (zabeležite morebitno spremembo zaposlitvenega statusa uporabnika v času njegove vključenosti v program v skladu z zgornjimi možnostmi)

ZAPOSLOTVENI STATUS uporabnika ob VSTOPU v programa

☐ opravlja plačano delo
☐ opravlja priložitnostno plačano delo
☐ se šola
☐ brezposeln
☐ delovno nezmožen
☐ upokojen
☐ invalidiško upokojen
☐ opravlja neplačano gospodinjinska dela, skrb za otroke ali druge osebe
☐ drugo (navedite):

UREJENOST DOKUMENTOV IN PRAVIC uporabnika ob VSTOPU v program (zabeležite katere dokumente in pravice ima uporabnik ob vstopu v program urejene):

☒ zdravstveno zavarovanje
☐ pokojninsko in invalidsko zavarovanje
☒ osebni dokument
☒ denarna socialna pomoč
☒ stalno prebivališče
☐ drugo (navedite):

SPREMEMBA UREJENOSTI DOKUMENTOV IN PRAVIC uporabnika (zabeležite morebitno spremembo glede urejenosti dokumentacije in pravic uporabnika v času njegove vključenosti v program v skladu z zgornjimi možnostmi)

OPUŠČENO PROJEKT CLOVEK, Mavricheva 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: SI0739068, Matična št.: 5916437, TIN: 0010-005-07393.

Stran 3 / 40



VARNOST SOCIALNE MREŽE UPORABNIKA

Ocenite varnost socialne mreže uporabnika z vidika razmerja med obsegom socialne mreže zapovojenih znancev in prijateljev ter socialne mreže nezasvojenih znancev in prijateljev.

Prosimo navedite oceno ob vstopu, po določenem času (ki je relevanten za vas – lahko v več zaporednih obdobjih) ter ob izstopu na podlagi naslednjih ocen: 1. nezadostno, 2. zadostno, 3. dobro, 4. prav dobro in 5. odlično. Če značilnosti ne morete oceniti, v okno vpišite številko 99 (ne morem oceniti).

Na kratko opišite tudi razloge za dano oceno (če imate razloge vodene v drugi dokumentaciji, tu navedite le vir, kjer so razlogi zabeleženi).

Datum ni nujno natančen datum dovolj je mesec in leto.

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob vstopu	maec 16	X	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno	pobude družbe Pivov						

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 1. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐

razlog za oceno

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 2. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐

razlog za oceno



	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 3. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 4. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐

razlog za oceno

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 5. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐

razlog za oceno

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 6. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐

razlog za oceno



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob izstopu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

VKLJUČENOST UPORABNIKA V AKTIVNOSTI IZVEN PROGRAMA

Ocenite vključenost uporabnika v aktivnosti izven programa.

Prosimo navedite oceno ob vstopu, po določenem času (ki je relevanten za vas – lahko v več zaporednih obdobjih) ter ob izstopu na podlagi naslednjih ocen: 1. nezadostno, 2. zadostno, 3. dobro, 4. prav dobro in 5. odlično. Če značilnosti ne morete oceniti, v okno vpisite številko 99 (ne morem oceniti).

Na kratko opišite tudi razloge za dano oceno (če imate razloge vodene v drugi dokumentaciji, tu navedite le vrh, kjer so razlogi zabeleženi). Datum ni nujno natančen datum dovolj je mesec in leto.

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob vstopu	☒	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno	v postavi črna prava jedrca, hoberg opusti					

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 1. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 2. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 3. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 4. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 5. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						



ocena ob 3. evalvaciji

razlog za oceno

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne more oceniti
1. 12. 2017						
1. 12. 2018						
1. 12. 2019						
1. 12. 2020						
1. 12. 2021						
1. 12. 2022						
1. 12. 2023						
1. 12. 2024						
1. 12. 2025						
1. 12. 2026						
1. 12. 2027						
1. 12. 2028						
1. 12. 2029						
1. 12. 2030						
1. 12. 2031						
1. 12. 2032						
1. 12. 2033						
1. 12. 2034						
1. 12. 2035						
1. 12. 2036						
1. 12. 2037						
1. 12. 2038						
1. 12. 2039						
1. 12. 2040						
1. 12. 2041						
1. 12. 2042						
1. 12. 2043						
1. 12. 2044						
1. 12. 2045						
1. 12. 2046						
1. 12. 2047						
1. 12. 2048						
1. 12. 2049						
1. 12. 2050						
1. 12. 2051						
1. 12. 2052						
1. 12. 2053						
1. 12. 2054						
1. 12. 2055						
1. 12. 2056						
1. 12. 2057						
1. 12. 2058						
1. 12. 2059						
1. 12. 2060						
1. 12. 2061						
1. 12. 2062						
1. 12. 2063						
1. 12. 2064						
1. 12. 2065						
1. 12. 2066						
1. 12. 2067						
1. 12. 2068						
1. 12. 2069						
1. 12. 2070						
1. 12. 2071						
1. 12. 2072						
1. 12. 2073						
1. 12. 2074						
1. 12. 2075						
1. 12. 2076						
1. 12. 2077						
1. 12. 2078						
1. 12. 2079						
1. 12. 2080						
1. 12. 2081						
1. 12. 2082						
1. 12. 2083						
1. 12. 2084						
1. 12. 2085						
1. 12. 2086						
1. 12. 2087						
1. 12. 2088						
1. 12. 2089						
1. 12. 2090						
1. 1						

ocena ob 4. evalvaciji

razlog za oceno

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne moren oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 5. evalvaciji

razlog za oceno

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne more oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	--------------------

ocena ob 6. evaluaciji

razlog za ocenu

Stran 11 / 40



ocena ob izstopu

razlog za oceno

Stron 12 / 40



KOMUNIKACIJA UPORABNIKA

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob vstopu	3/16	☐	☒	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno	dobro komunicirani, odprti						

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 1. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 2. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 3. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							



	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 4. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 5. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 6. evalvaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob izstopu		☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							

SKRB ZA LASTNO ZDRAVJE

Ocenite uporabnikovo skrb za lastno zdravje ob vstopu, po določenem času (ki je relevanten za vas – lahko v več zaporednih obdobjih) ter ob izstopu na podlagi naslednjih ocen: 1. nezadostno, 2. zadostno, 3. dobro, 4. prav dobro in 5. odlično. Če značilnosti ne morete oceniti, v okno vpišite številko 99 (ne morem oceniti).

Na kratko opišite tudi razloge za dano oceno (če imate razloge vodene v drugi dokumentaciji, tu navedite le vir, kjer so razlogi zabeleženi).

Datum ni nujno natančen datum dovolj je mesec in leto.

TELESNA AKTIVNOST

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob vstopu	3/16	X	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno	skrb za aktivnost in higieno					

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 1. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 2. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 3. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 4. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 5. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 6. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob izstopu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

SKRBJ ZA LASTNO ZDRAVLJE (vzdrževanje higiene, redni obiski zdravnikov, uporaba zdravil, boleznj)

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob vstopu	☐	☐	☐	☐	☐	☒
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 1. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						
DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 2. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 3. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 4. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 5. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						
DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 6. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						



DATUM OCENE nezadostno zadostno dobro prav dobro odlično ne morem oceniti

ocena ob izstopu

razlog za oceno

Stran 19 / 40

Društvo PROJEKT CLOVEK, Mahničarjeva 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: 68239068, Matična št.: 5916431, INR: 02010-0035412993.

DPC-03/03-2015 (Vir: www.irss.si)



ABSTINENCA

Urinski testi v času vključenosti v program:

Datum testa

Izvid testa

Mo CRPO

14.3.16 neg.

ZASTAVLJANJE IN URESNIČEVANJE CILJEV

DOGOVORJENI CILJI Z UPORABNIKOM: Navedite dogovorjene cilje uporabnika (ob vstopu in v času obiskovanja programa) in ocenite doseganje le-tih. Ob oceni navedite še datum (dovoli) je le mesec in leto), ko ste ocenili doseganje posameznega cilja.

cilj je bil dosežen...

navedba cilja

...v celoti

...skoraj v celoti

...deloma

...v majhni meri

cilj ni bil dosežen

ne morem oceniti

datum ocene

razlog za zgorajšo oceno:

...v celoti ...skoraj v celoti ...deloma ...v majhni meri cilj ni bil dosežen ne morem oceniti datum ocene

navedba cilja

...v celoti

...skoraj v celoti

...deloma

...v majhni meri

cilj ni bil dosežen

ne morem oceniti

datum ocene

razlog za zgorajšo oceno:

Stran 20 / 40

Društvo PROJEKT CLOVEK, Mahničarjeva 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: 68239068, Matična št.: 5916431, INR: 02010-0035412993.

DPC-03/03-2015 (Vir: www.irss.si)



cilj je bil dosežen...

navedba cilja ...v celoti ...skoraj v celoti ...deloma ...v majhni meri cilj ni bil dosežen ne morem oceniti datum ocene

razlog za zgornjo oceno:

navedba cilja ...v celoti ...skoraj v celoti ...deloma ...v majhni meri cilj ni bil dosežen ne morem oceniti datum ocene

razlog za zgornjo oceno:

navedba cilja ...v celoti ...skoraj v celoti ...deloma ...v majhni meri cilj ni bil dosežen ne morem oceniti datum ocene

razlog za zgornjo oceno:

navedba cilja ...v celoti ...skoraj v celoti ...deloma ...v majhni meri cilj ni bil dosežen ne morem oceniti datum ocene

razlog za zgornjo oceno:



UVID V PROBLEM IN SPREJETJE PROBLEMATIKE

Ocenite kakšen uvid v problem ima uporabnik in kako sprejema svojo problematiko ob vstopu, po določenem času (ki je relevanten za vas – lahko v več zaporednih obdobjih) ter ob izstopu na podlagi naslednjih ocen: 1 nezadostno, 2 zadostno, 3 dobro, 4 prav dobro in 5 odlično. Če značilnosti ne morete oceniti, v okno vpišite številko 99 (ne morem oceniti).

Na kratko opišite tudi razloge za dano oceno (če imate razloge vodene v drugi dokumentaciji, tu navedite le vir, kjer so razlogi zabeleženi).

Datum ni nujno natančen datum dovolj je mesec in leto.

UPORABNIK PRIZNA, DA IMA PROBLEME, JIH NAVEDE

DATUM OCENE nezadostno zadostno dobro prav dobro odlično ne morem oceniti

ocena ob vstopu

9/16 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒

razlog za oceno

ničeno in ni podatka o moji

DATUM OCENE nezadostno zadostno dobro prav dobro odlično ne morem oceniti

ocena ob 1. evalvaciji

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno

DATUM OCENE nezadostno zadostno dobro prav dobro odlično ne morem oceniti

ocena ob 2. evalvaciji

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 3. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 4. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 5. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 6. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

Stran 23 / 40

DRUŠTVO PROJEKT CLOVER, Mariborska 11, 1000 Ljubljana, ID na DDV: 66230908, Matična št.: 5916437, TRR: 02010-0036473933.

DPC 03/03 2015 (Vr: www.rssv.si)



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob izstopu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

Stran 24 / 40

DRUŠTVO PROJEKT CLOVER, Mariborska 11, 1000 Ljubljana, ID na DDV: 66230908, Matična št.: 5916437, TRR: 02010-0036473933.

DPC 03/03 2015 (Vr: www.rssv.si)



UPORABNIK JE PRIPRAVLJEN ZA SPREMEMBE

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob vstopu	3/16	☐	☒	☐	☐	☐
razlog za oceno	imam pripravljeno za dolo no zbir					

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 1. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 2. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 3. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

Stran 25 / 40

DRUŠTVO PROJEKT CLOVER, Mahometova 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: 66223006, Matična št.: 5916137, TRR: 002010035473933

DPC-03/03 2015 (Vir: www.issv.si)



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 4. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 5. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 6. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob izstopu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

Stran 26 / 40

DRUŠTVO PROJEKT CLOVER, Mahometova 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: 66223006, Matična št.: 5916137, TRR: 002010035473933

DPC-03/03 2015 (Vir: www.issv.si)



UPORABNIK SE ZAVEDA LASTNE (NE)IZMOŽNOSTI REŠEVANJA PROBLEMŲ

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob vstopu	☐	☒	☐	☐	☐	☐
-----------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno

3/4
ker ne morem in niti da ne
na to dovolj razumim

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 1. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 2. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 3. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno

Stran 27 / 40

Društvo PROJEKT CLOVEK, Maleškova 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: SI823068, Matična št.: 5916437, TRR: 02010-0035473933.

DPC-03/03-2015 (Vr: www.itsv.si)



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 4. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 5. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 6. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob izstopu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno

Stran 28 / 40

Društvo PROJEKT CLOVEK, Maleškova 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: SI823068, Matična št.: 5916437, TRR: 02010-0035473933.

DPC-03/03-2015 (Vr: www.itsv.si)



DATUM OCENE		nezadovolno	zadovolno	dobro	prav dobro	odlično	ne moram oceniti
ocena ob 1. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							

	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
DATUM OCENE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ocena ob 2. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 3. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐

razlog za oceno _____



ocena ob 4. evalvaciji	1	2	3	4	5
razlog za oceno					

ocena ob 5. evalvaciji					
razlog za oceno					

ocena ob 6. evaluaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

ocena ob izstopu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno						

IZBOJŠANJE, UREJANJE ODNOSOV V DRUŽINI

Ocenite odnose v družini uporabnika. Prosimo označite ali je OB VSTOPU V PROGRAM:

	DA	NE	ne vem	ne morem odgovoriti
...je uporabnik v resnih, hudih sporih s starši.	☒	☐	☐	☐
...je uporabnik v resnih, hudih sporih z brati/sestrami.	☒	☐	☐	☐
...je uporabnik v sporih s partnerjem.	☐	☐	☐	☒
...ima uporabnik težave v odnosih s člani družine.	☒	☐	☐	☐
...je uporabnik žrtev psihičnih zlorab.	☐	☐	☒	☐
...je uporabnik žrtev fizičnih zlorab.	☐	☐	☒	☐

Ocenite odnose v družini uporabnika. Prosimo označite ali je OB EVALUACIJI:

	DA	NE	ne vem	ne morem odgovoriti
...je uporabnik v resnih, hudih sporih s starši.	☐	☐	☐	☐
...je uporabnik v resnih, hudih sporih z brati/sestrami.	☐	☐	☐	☐
...je uporabnik v sporih s partnerjem.	☐	☐	☐	☐
...ima uporabnik težave v odnosih s člani družine.	☐	☐	☐	☐
...je uporabnik žrtev psihičnih zlorab.	☐	☐	☐	☐
...je uporabnik žrtev fizičnih zlorab.	☐	☐	☐	☐

Ocenite odnose v družini uporabnika. Prosimo označite ali je OB IZSTOPU IZ PROGRAMA:

	DA	NE	ne vem	ne morem odgovoriti
...je uporabnik v resnih, hudih sporih s starši.	☐	☐	☐	☐
...je uporabnik v resnih, hudih sporih z brati/sestrami.	☐	☐	☐	☐

	DA	NE	ne vem	ne morem odgovoriti
...je uporabnik v sporih s partnerjem.	☐	☐	☐	☐
...ima uporabnik težave v odnosih s člani družine.	☐	☐	☐	☐
...je uporabnik žrtev psihičnih zlorab.	☐	☐	☐	☐
...je uporabnik žrtev fizičnih zlorab.	☐	☐	☐	☐

OCENA ODNOSOV V DRUŽINI UPORABNIKA

Prosimo navedite oceno ob vstopu, po določenem času (ki je relevanten za vas – lahko v več zaporednih obdobjih) ter ob izstopu na podlagi naslednjih ocen: 1. nezadostno, 2. zadostno, 3. dobro, 4. prav dobro in 5. odlično. Če značilnosti ne morete oceniti, v okno vpišite število 99 (ne morem oceniti).

Na kratko opišite tudi razloge za dano oceno (če imate razloge vodene v drugi dokumentaciji, tu navedite le vir, kjer so razlogi zabeleženi).

Datum ni nujno natančen datum dovolj je mesec in leto.

KOMUNIKACIJA V DRUŽINI

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob vstopu	3/16	☐	☐	☐	☐	☐	☒
razlog za oceno	nima nob. info.						

	DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 1. evakuaciji		☐	☐	☐	☐	☐	☐
razlog za oceno							



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 2. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 3. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 4. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 5. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 6. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob izstopu ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____

DELITEV VLOG V DRUŽINI

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob vstopu 3/16 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒

razlog za oceno Avicenna vlog.

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 1. evalvaciji ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

razlog za oceno _____



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 2. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno						
-----------------	--	--	--	--	--	--

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 3. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno						
-----------------	--	--	--	--	--	--

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 4. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno						
-----------------	--	--	--	--	--	--

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 5. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno						
-----------------	--	--	--	--	--	--



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 6. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno						
-----------------	--	--	--	--	--	--

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob izstopu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno						
-----------------	--	--	--	--	--	--

PREVZEMANJE ODGOVORNOSTI V DRUŽINI

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob vstopu	☒	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno						
-----------------	--	--	--	--	--	--

DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
-------------	------------	----------	-------	------------	---------	------------------

ocena ob 1. evalvaciji	☐	☐	☐	☐	☐	☐
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

razlog za oceno						
-----------------	--	--	--	--	--	--



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 2. evalvaciji						
razlog za oceno						
DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 3. evalvaciji						
razlog za oceno						
DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 4. evalvaciji						
razlog za oceno						
DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 5. evalvaciji						
razlog za oceno						



DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob 6. evalvaciji						
razlog za oceno						
DATUM OCENE	nezadostno	zadostno	dobro	prav dobro	odlično	ne morem oceniti
ocena ob izstopu						
razlog za oceno						



SPODRSILAJI, VRNITEV K DESTRUKTIVNIM RITUALOM, ODKLONSKIM POLAVOM, KOMPENZACIJI Z DRUGO OBLIKO ZASVOJENOSTI

Prosimo zabeležite posamezne dogodke (samopoškodovanje, spodsilaji, destruktivni ritual, kriminal, zapor, kompenzacija z drugo obliko zasvojenosti (navedite katero), poskus samomora, samomor ipd.). Navedite datum dogodka in kratek opis. Datum ni nujno natančen datum dovolj je mesec in leto.

Naziv dogodka	Datum dogodka	Kratek opis dogodka



DATUMI IZSTOPA IZ PROGRAMA

RAZLOG IZSTOPA IZ PROGRAMA

- ☐ program je uspešno zaključil
- ☐ program je deloma uspešno zaključil
- ☐ iz programa je izstopil predčasno

Prosimo navedite razlog, zaradi katerega je uporabljen iz programa izstopil predčasno:

ANAMNEZA JEMANJA PSIHOAKTIVNIH SNOVI



ANAMNEZA JEMANJA PSIHOAKTIVNIH SNOVI

NAVODILO ZA IZPOLNJEVANJE VPRAŠALNIKA: v primeru, da trditev drži, označeno mesto označi s ključko.

KALENJE

Ali ste še oz. kdo drug v družini kadil?

da ☒ ne ☐

Odnos staršev/članov družine do kajenja:

a) sprejemajo ☒
b) odklanjajo ☐
c) neopredeljeni ☐

Ali kadite cigarete (tobak)?

da ☒ ne ☐

- kdaj si začel/-a? Pri 12 letih.
a) v družbi ☐
- Okoliščine: b) v šoli ☐
c) v družini ☐

- Če si kajenje opustil/-a: začel/-a pri letih.
prenehal/-a pri letih.

PSIHOAKTIVNE SNOVI

PAS	PRVIČ VZEL/-	NAČIN VNOSA	EKSPERIMENTI- RAL/A	NAČIN VNOSA	REDNO JEMAL/-A	NAČIN VNOSA
alkohol	pri <u>16</u> letih		od <u>16</u> do <u>20</u> let		od do let	
marjuana	pri <u>13</u> letih	K O	od <u>16</u> do <u>22</u> let	K O	od <u>16</u> do <u>22</u> let	K O
LSD	pri <u>15</u> letih	I K O S P	od <u>15</u> do <u>17</u> let	I K O S P	od <u>16</u> do <u>16</u> let	I K O S P
S	pri letih	I K O S P	od do let	I K O S P	od do let	I K O S P
meskalin	pri letih	I K O S P	od do let	I K O S P	od do let	I K O S P
ecstasy	pri letih	I K O S P	od do let	I K O S P	od do let	I K O S P
speed	pri letih	I K O S P	od do let	I K O S P	od do let	I K O S P
amfetamini	pri letih	I K O S P	od do let	I K O S P	od do let	I K O S P
GHB	pri letih	I K O S P	od do let	I K O S P	od do let	I K O S P
opiat	pri <u>18</u> letih	I K O S P F	od <u>18</u> do <u>22</u> let	I K O S P F	od <u>18</u> do <u>22</u> let	I K O S P F

anabon	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
leth	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
koban	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
leth	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
benzodiazepini	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
leth	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
barbiturati	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
leth	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
antidepresivi	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
leth	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
antipsihotiki	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
leth	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
analegetiki	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
leth	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
leth	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P
leth	pril. 1h	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P	od 1. do 2. le	I K O S P

NACIN VNOSA: Intravenozno, Kajeenje, Graho, Snaenje, Podkožna uporaba, Kajeenje na Eoliji (v tabeli obkroži način vnosa; v 5. in 7. stolpcu je možno označiti več načinov vnosa posamezne substance):

V kakšnih okoliščinah si prvič vzel/-a psihoaktivno snov?

a.) v družbi ☐

b.) v šoli ☐

c.) v družini ☐

Katero? ☐

Ali so starši oz. drugi družinski člani kadarkoli jemali katero izmed navedenih psihoaktivnih snovi? ☐

da ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

- Kdo? ☐

MSG-G3-2011

DRUŠTVO PROJEKT GLOVER, Malenkova 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: 68229068, Matična št.: 5916437, TRR: 02010-0035473933.

Stran 2 od 3

pr. cenjen v družbi, upor. proti staršem, laže prenašanje vsakdanjih nalog ipd.)

izjave oz. posledice, ki jih prislojaš uporabi droge:

(npr.: opustitev dela/šole, izguba prijateljev, stanovanja, denarja...)

Osnovna, največkrat uporabljena psihoaktivna snov:

Najvišja uporabljena doza:

Osnovni (najtraj) uporabljeni način vnosa:

Socialni okvir: najpogostejši prostor in situacija uporabe snovi:

Ali si postopno opušal/-a metadon: da ☐ ne ☐

Kdaj?

h. Kdaj je bil metadon uporabljen oz. je trajalo opuščanje?

Sprejeti v bolnišnico (ali obiski urgence) kot posledica:

hepatitis (B, C):

predoziranje:

abstinenčne krize:

poskusa samomora:

Podrobnejša anamneza oz. druge posebnosti jemanja psihoaktivnih snovi:

Uporabnik (ime):

Datum:

Podpis uporabnika:

MSG-G3-2011

DRUŠTVO PROJEKT GLOVER, Malenkova 11, 1000 Ljubljana, ID za DDV: 68229068, Matična št.: 5916437, TRR: 02010-0035473933.

Stran 3 od 3