

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Sanja Stopernik

Potrebe ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«

Diplomsko delo

Ljubljana 2016

Podatki o diplomskem delu

Ime in priimek: Sanja Stopernik

Naslov: Potrebe ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«

Kraj: Ljubljana

Leto: 2016

Št. strani: 111

Št. tabel: 73

Št. virov: 54

Št. prilog: 4

Mentorica: doc. dr. Vera Grebenc

Ključne besede: duševno zdravje, zasvojenost, »dvojna diagnoza«, stigmatizacija, potrebe, vsakodnevno življenje, socialno delo

Povzetek: V diplomskem delu je prikazana problematika vsakdanjega življenja ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«. Težave, s katerimi se soočajo na vseh področjih življenja, so prikazane tako z vidika njih samih kot tudi z vidika strokovnih delavcev. Njihove potrebe se kažejo predvsem na področju zdravja, socialnih stikov in reintegracije nazaj v okolje. Uporabniki se po pomoč obračajo na različne zdravstvene, socialne in nevladne službe, in sicer z namenom, da bi jim zagotovile storitve, ki jih potrebujejo za neodvisno in samostojno življenje. Cilj raziskave je vpogled v situacijo, na katerih področjih je treba izboljšati kakovost življenja oseb in omogočiti načrtovanje storitev glede na potrebe uporabnikov. Skozi vsakdanje realnosti ljudi prepoznamo situacije, ki so ključnega pomena za socialno delo pri iskanju novih načinov dela v skupnosti.

Title: The needs of people, who are marked with label of "dual diagnosis"

Key words: mental health, addiction, "dual diagnosis", stigmatization, needs, everyday life, social work

Abstract: The thesis shows everyday life problems of people, who are marked with label of "dual diagnosis". Problems which they encounter in all spheres of life are shown from their own perspective as well as from the professional point of view. Their needs are particularly reflected in the field of health, social interactions and reintegration back into the community. Users turn for help to various health, social and non- governmental institutions in order they would provide them with services they need for an independent and autonomous life. The intention of this thesis is to get insight of the situation in which areas it is necessary to improve the quality of life of persons and facilitate the planning of services according to user needs. Through the everyday reality of people we recognize situations that are crucial for social work in finding new ways of working in the community.

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Sanja Stopernik

Potrebe ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Vera Grebenc

Ljubljana 2016

PREDGOVOR

Z Društvom projekt človek sem stik prvič navezala v okviru opravljanja študijske prakse. V tem času sem spoznala delovanje društva, hkrati pa sem vzpostavila pristen stik z uporabniki. Prav s to interakcijo sem postopoma začela spoznavati njihove življenjske zgodbe in se začela zavedati potreb in problemov, s katerimi se vsakodnevno soočajo uporabniki. Ta izkušnja pa me je pripeljala do tega, da sem se začela zanimati za področje zasvojenosti in duševnega zdravja, ki sta tudi glavni temi mojega diplomskega dela.

Razumevanje in zagotavljanje človekovih potreb sta pomembni nalogi strokovnih delavcev. Raziskovanje potreb uporabnikov ter ocena pristopov in metod socialnega dela omogočata razvijanje znanj in spretnosti strokovnih delavcev. Konkretno izkušnje iz vsakdanjega življenja uporabnikov, in zaznavanje njihovih razpoložljivih virov in moči pa pripomorejo k načrtovanju in izboljšanju storitev. Zato je namen diplomskega dela raziskati probleme in potrebe ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze« ter spoznati, kako poteka njihovo vsakdanje življenje. Zanima me, s kakšnimi stiskami se ljudje zaradi postavljene diagnoze soočajo, kam se obrnejo po pomoč in kakšne storitve bi bilo treba razvijati za zadovoljitev njihovih potreb in želja. Hkrati pa me zanima, na kakšen način strokovnjaki odgovarjajo na potrebe uporabnikov ter kakšne metode in pristope pri tem uporabljajo.

Ljudje, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«, v besedilu zamenjajo tudi izrazi, kot so: ljudje, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, ali ljudje, ki imajo poleg težav z zasvojenostjo še pridružene težave v duševnem zdravju. Z uporabo te terminologije sem se poskušala izogniti označevanju ter v osredje postaviti osebo in ne njegovega dejanja.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Veri Grebenc za vso strokovno pomoč in nasvete med nastajanjem diplomskega dela.

Janiju, za vso podporo in razumevanje skozi celoten študij ter za vso spodbudo v trenutkih, ko sem jo potrebovala.

Prav tako pa se za sodelovanje zahvaljujem strokovnim delavcem Društva projekt človek, ter uporabnikom, ki so bili z mano pripravljeni deliti svoje življenjske zgodbe.

KAZALO VSEBINE

1	TEORETIČNI UVOD	1
1.1	ZASVOJENOST IN ODVISNOST	1
1.2	DUŠEVNO ZDRAVJE IN »DUŠEVNA BOLEZEN«	3
1.3	»DVOJNA DIAGNOZA«	5
1.3.1	Stigmatizacija	7
1.3.2	Potrebe v socialnem delu	9
1.4	RAZLIČNI PRISTOPI IN METODE DELA	12
1.4.1	Medicinski model	12
1.4.2	Skupnostni model	13
1.4.3	Individualni pristop	14
1.5	KONCEPTI SOCIALNEGA DELA	16
1.5.1	Normalizacija.....	16
1.5.2	Družbeno vrednotene vloge.....	17
1.5.3	Krepitev moči	18
1.5.4	Perspektiva moči	19
1.5.5	Okrevanje.....	20
2	PROBLEM.....	21
3	METODOLOGIJA.....	22
3.1	VRSTA RAZISKAVE IN SPREMENLJIVKE	22
3.2	MERSKI INSTRUMENT IN VIRI PODATKOV	22
3.3	POPULACIJA IN VZOREC	23
3.4	ZBIRANJE PODATKOV.....	23
3.5	OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV	23
4	REZULTATI IN RAZPRAVA	25
4.1	OCENA SOCIALNEGA KONTEKSTA	25
4.2	OCENA ZDRAVJA	36
4.3	OCENA TVEGANJ.....	43
4.4	OCENA SLUŽB	45
4.5	ŽELJE IN POTREBE	48
4.6	POZNAVANJE VSAKDANJEGA ŽIVLJENJA UPORABNIKOV.....	51
4.7	PRISTOPI IN METODE DELA ZA VKLJUČEVANJE UPORABNIKOV	53
4.8	POTREBE UPORABNIKOV GLEDE RAZVOJA PROGRAMA.....	55
4.9	SODELOVANJE Z DRUGIMI SLUŽBAMI.....	56
4.10	ODNOSI IN STALIŠČA DO UPORABNIKOV	56
5	SKLEPI	59

5.1	VIDIK UPORABNIKOV	59
5.2	VIDIK STROKOVNIH DELAVCEV	61
5.3	KATALOG POTREB.....	63
6	PREDLOGI.....	65
7	UPORABLJENA LITERATURA	67
8	PRILOGE.....	71
8.1	VPRAŠALNIK ZA UPORABNIKE	71
8.2	VPRAŠALNIK ZA STROKOVNE DELAVCE	72
8.3	ODPRTO KODIRANJE	73
8.4	OSNO KODIRANJE	96
9	POVZETEK	110

KAZALO TABEL

Tabela 4.1: Podatki uporabnikov.....	25
Tabela 4.10.1: Spretnosti strokovnih delavcev.....	57
Tabela 8.3.1: Odprto kodiranje – uporabniki	73
Tabela 8.3.2: Odprto kodiranje – strokovni delavci.....	91
Tabela 8.4.1: Potek dneva.....	96
Tabela 8.4.3: Hobiji in telesna aktivnost	96
Tabela 8.4.4: Bi radi kaj počeli, pa nimate možnosti?	96
Tabela 8.4.5: Ovire pri uresničitvi teh želja	97
Tabela 8.4.6: Dohodek.....	97
Tabela 8.4.7: Zadoščanje dohodka za življenje.....	97
Tabela 8.4.8: Spremembe ob povečanju dohodka.....	97
Tabela 8.4.9: Stanovanjske razmere	97
Tabela 8.4.10: Zadovoljstvo s stanovanjem	97
Tabela 8.4.11: Pomembni ljudje v življenju.....	98
Tabela 8.4.12: Stiki z družino.....	98
Tabela 8.4.13: Ocena stikov z družino	98
Tabela 8.4.14: Status	98
Tabela 8.4.15: Odnos s partnerjem.....	98
Tabela 8.4.16: Otroci	98
Tabela 8.4.17: Odnos z otroki	99
Tabela 8.4.18: Odnosi s prijatelji	99
Tabela 8.4.19: Spolno življenje	99
Tabela 8.4.20: Potreba po drugih ljudeh.....	99
Tabela 8.4.21: Shajanje z drugimi ljudmi	99
Tabela 8.4.22: Želje po spremembah v odnosih z drugimi	99
Tabela 8.4.23: Neprijetno počutje v družbi	100
Tabela 8.4.24: Kateri dogodki iz preteklosti so vplivali na vaše življenje?	100
Tabela 8.4.25: Vpliv dogodka na življenje.....	100
Tabela 8.4.26: Ocena lastnega zdravja	100
Tabela 8.4.27: Osebni zdravnik.....	101
Tabela 8.4.28: Zadovoljstvo z osebnim zdravnikom.....	101
Tabela 8.4.29: Diagnoza.....	101
Tabela 8.4.30: Razlaga diagnoze.....	101
Tabela 8.4.31: Vpliv bolezni na življenje.....	101
Tabela 8.4.32: Kaj bi morali narediti za svoje zdravje?	101
Tabela 8.4.33: Kakšne zdravstvene storitve bi potrebovali?	102
Tabela 8.4.34: Informacije o zdravju.....	102
Tabela 8.4.35: Informacije o zdravilih	102
Tabela 8.4.36: Možnost izbire zdravil	102
Tabela 8.4.37: Uživanje drog	102
Tabela 8.4.38: Uživanje alkohola.....	103
Tabela 8.4.39: Sočasno jemanje zdravil z drogami in alkoholom.....	103

Tabela 8.4.40: Tveganja, povezana z uživanjem.....	103
Tabela 8.4.41: Pomoč v stiski.....	103
Tabela 8.4.42: Razmišljanje o samomoru	103
Tabela 8.4.43: Kaj sproži misel na samomor?	104
Tabela 8.4.44: Varnost v okolju, kjer živite	104
Tabela 8.4.45: Osebna izkušnja nasilja	104
Tabela 8.4.46: Povzročitelji nasilja	104
Tabela 8.4.47: Izvajanje nasilja nad drugimi.....	104
Tabela 8.4.48: Kako ste nasilni in žrtve nasilja?	104
Tabela 8.4.49: Odnosi s strokovnjaki	105
Tabela 8.4.50: Stiki z zdravstvenimi storitvami	105
Tabela 8.4.51: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami	105
Tabela 8.4.52: Iskanje pomoči v zvezi z zdravjem.....	105
Tabela 8.4.53: Nameščenost v instituciji.....	105
Tabela 8.4.54: Obravnava v institucijah.....	106
Tabela 8.4.55: Pomembnosti v življenju	106
Tabela 8.4.56: Pogled na prihodnost	106
Tabela 8.4.57: Možnosti za ureditev zaposlitve	106
Tabela 8.4.58: Potrebe v tem trenutku za boljše življenje.....	107
Tabela 8.4.59: Kaj cenite pri drugih?	107
Tabela 8.4.60: Spremembe v okolju za večji občutek sprejetosti	107
Tabela 8.4.61: Opredelitev uporabnikov z »dvojno diagnozo«	107
Tabela 8.4.62: Problemi in potrebe ljudi z »dvojno diagnozo«.....	107
Tabela 8.4.63: Problemi in potrebe uporabnikov, s katerimi se obračajo na delavce	108
Tabela 8.4.64: Problemi in potrebe, pri katerih jim delavci lahko pomagajo	108
Tabela 8.4.65: Primeri, v katerih se uporabniki ponovno vračajo po pomoč.....	108
Tabela 8.4.66: Problemi in potrebe, pri katerih jim delavci ne morejo pomagati	108
Tabela 8.4.67: Rešitve za probleme in potrebe, ki presegajo storitve	108
Tabela 8.4.68: Sodelovanje z drugimi službami.....	109
Tabela 8.4.69: Odnosi z uporabniki.....	109

1 TEORETIČNI UVOD

1.1 ZASVOJENOST IN ODVISNOST

Konceptov in razlag zasvojenosti, odvisnosti in omamljanja je zelo veliko. Med strokovnimi pristopi je najstarejši in najbolj razvit biološko-medicinski koncept, ki ima pred očmi predvsem človekov organizem, lahko pa je tudi bolj celosten v smislu opredelitve zdravja kot celostne telesne, duševne in socialne blaginje (Ramovš in Ramovš 2007: 55). Tominec (2015: 21) navaja, da medicinski model gleda na razvoj zasvojenosti kot na naravno zgodbo sosledja bioloških faz, ki so posameznika privedle v zasvojenost. Na področju sociologije pa se zasvojenost razlaga kot eden od pojavov družbene odklonskosti.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 1994: 6) zasvojenost definira kot bolezen: »Zasvojenost je neko stanje občasne ali kronične zastrupitve, nastale zaradi neprekinjenega uživanja droge.« Njene značilnosti so nepremagljiva želja po nadaljevanju uživanja substanc, težnja po večanju količine ter fizična in psihična zasvojenost v odnosu do učinkov substance, škodljivih učinkov na posameznika ter družbo (Tominec 2015: 33).

»Zasvojenost je umetno škodljiva potreba po omamni snovi, omamnem doživljanju ali vedenju« (Ramovš in Ramovš 2007: 56–57). Avtorja v nadaljevanju menita, da je to opredelitev zasvojenosti z vidika celotne antropološke podobe človeka. Uporabna je za raziskovanje, za psihosocialno delo pri preprečevanju zasvojenosti, pri socialnem urejanju zasvojencev in njihovega socialnega okolja ter pri zmanjševanju škode pri neozdravljivih zasvojencih. Zasvojenost opredeljuje kot potrebo, ki se razvije postopoma, bolj ali manj s privajanjem na določeno psihoaktivno snov, obliko vedenja ali doživljanje resničnosti. Ko je zasvojenost vzpostavljena, pri človeku deluje kot relativna nuja. Podobna je torej naravnim telesnim, duševnim, socialnim in drugim človekovim potrebam.

Zasvojenost je umetna potreba po nečem, kar človeku po naravi ni potrebno, ampak je zanj tujek, na katerega se morajo njegov organizem, duševnost in druge razsežnosti prilagoditi. Neopazno se začne razvijati nova potreba, ki izpodriva zaznavanje in zadovoljevanje pristnih človekovih potreb v vseh njegovih razsežnostih. Na koncu razvoja zasvojenosti je novotvorba vladar nad človekovimi potrebami, tako da večina socialnih, duševnih, razvojnih in bivanjskih povsem zakrni (Ramovš in Ramovš 2007: 58).

Zasvojenost in odvisnost lahko nastopata kot povsem sinonimna in zamenljiva izraza, vendar ju lahko uporabljamo tudi kot sorodna, a potem moramo natančno določiti njuna različna pomena. Zasvojenost pomeni uzrto in artikulirano odvisnost, ki jo spremlja hrepenenje po drogi

in jasno prepoznavanje abstinenčne krize. Pri odvisnosti pa je zveza med abstinenčnimi težavami in hrepenenjem zamegljena in ne povsem prepoznavna (Flaker 2002 a: 16).

Lindersmith (1969, v Flaker 2002 a: 21–22) je iskal splošno definicijo zasvojenosti in ugotovil, da je telesna odvisnost preohlapen in hkrati nezadosten pogoj za definiranje fenomena zasvojenosti. Taka definicija namreč izključuje tiste, ki so zasvojeni, pa v tistem trenutku niso v stanju telesne odvisnosti. Človek postane zasvojen, ko doživi abstinenčne težave, jih kot take konceptualno prepozna, se tako nauči hrepeneti po drogi in s ponavljanjem te izkušnje pridobi stališča in vedenje zasvojenca. Zasvojenost je torej konceptualen proces, ki je družbeno posredovan. Odvisnost in zasvojenost nista eden in isti fenomen.

Ramovš in Ramovš (2007: 72) odvisnost definirata kot drugo besedo za človekove potrebe. Kot vsaka človeška sposobnost lahko tudi potrebe in s tem odvisnosti obolijo, da ne delujejo smotno na razvoj, ampak povzročajo človekovo životarjenje in celo propadanje. Te odvisnosti so dvojne:

- preveliko zadovoljevanje ali zanemarjanje katerekoli človeške potrebe – posledici sta zanemarjanje drugih potreb in direktna škoda od pretiravanja v tej potrebi,
- uvedba umetne škodljive potrebe po omamni snovi, po škodljivem vedenju ali po škodljivem doživljanju – človek postane odvisen od zadovoljevanja te nove umetne škodljive potrebe.

Obe navedeni odvisnosti povzročata škodo v vseh človekovih razsežnostih, če tega nereda v delovanju potreb oziroma življenjske odvisnosti ne uredi, pripeljeta do njegovega socialnega, osebnostnega in telesnega propada.

Beseda odvisnost torej izraža temeljno človekovo sistemsko povezanost z biološkim in socialnim okoljem. Tisti, ki uporabljajo besedo odvisnost za poimenovanje umetne škodljive povezave človeka z drogami, mislijo na bolezensko odvisnost človeka od teh nepotrebnih snovi ali na bolezenski nered v zadovoljevanju naravnih potreb. Za strokovno besedo bolezenske odvisnosti pa je primerna beseda zasvojenost, ki v vsakdanji praksi nima takega posebnega področja, ki bi ga oškodovali s tem, da jo uporabljamo za strokovni pojem. Odvisnost je le del interdisciplinarne strokovne razprave o primerni terminologiji na tem področju (Ramovš in Ramovš 2007: 73–75).

1.2 DUŠEVNO ZDRAVJE IN »DUŠEVNA BOLEZEN«

Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS, št. 77/2008) opredeljuje duševno zdravje kot »stanje posameznika, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja«. Duševna motnja pa je definirana kot »začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo«.

S teoretičnega zornega kota je pojem »duševna bolezen« pretirana posplošitev pojma bolezen. Bolezen namreč pomeni spremembo v telesu, ki oteži njegovo delovanje in ki jo določimo z uporabo medicinske tehnologije (Lamovec 2006: 18–19). Področje duševnega zdravja najbolj obvladuje medicina, ki človeka dojema predvsem kot fizično bitje. Hkrati pa se moramo zavedati, da je človek tudi socialno bitje, da ni samo produkt, temveč tudi akter v okolju, da v vsakdanjem življenju vstopa v različne odnose z drugimi posamezniki in da pri tem opravlja različne družbene vloge (Grebenc in Kvaternik 2008: 129–130). Lamovec (1998: 16) pravi, da je pri prevajanju medicinskega diskurza v socialni pomembno, da psihosocialni prijem ne uporablja medicinskih diagnoz, temveč kontekstualizirane opise problemov in stisk.

Sociološki vidik razlaga koncept zdravja na drugačen način v primerjavi z drugimi znanostmi. V središče postavi družbenega akterja s svojimi fizičnimi in psihičnimi zmožnostmi ter z njegovim zdravstvenim stanjem, v splošnem so to izkušnje bolezni v različnih povezavah družbenega življenja. Socialna vizija medicine premakne pozornost na družbene, kulturne, politične in ekonomske dejavnike zdravja, kjer je v središču človek (Tominec 2015: 40).

Flaker (1997: 3–5) omenja, da poimenovanje neke določene bolezni ali bolezni nasploh spremeni neko osebo v predmet psihiatrične obravnave (torej hkrati tudi izločanja in izključevanja), ki ga potem prikažejo v družbeni vlogi duševnega bolnika, kateri je težno uiti. Zato avtor za opis težav v duševnem zdravju priporoča uporabo »terminološkega trojčka«, in sicer: duševne stiske (kot subjektivnega, orientacijskega in izhodiščnega pojma), duševne krize (kot transformativnega pojma, ki lahko prepreči negativne zapise) in dolgotrajne psihosocialne stiske (kot nadomestnega pojma).

Pojem »duševne diagnoze« je v okviru psihosocialnega prijema nepotreben in škodljiv za dosego ciljev, za katere si prizadeva. Posameznik ni več obravnavan kot človek z določenimi težavami, temveč le še kot prispevek svoje diagnoze. Izraz »kriza« je primernejši, ker pomeni začasno nezmožnost posameznika, da bi opravljal svoje naloge oziroma skrbel zase. Izraz

»duševna bolezen« daje vtis trajne nezmožnosti. Tako jo tudi pojmuje splošna javnost, kar ustvarja nevzdržne stereotipe (Lamovec 1998: 15–16).

»Duševna bolezen je v spoznavnoteoretskem smislu zaenkrat le domneva. Ne moremo je dokazati, niti je ne moremo ovreči. Domneva o bolezni škodi osebam, ki so tako označene. Vodi v življenjsko stigmatizacijo, ki deluje kot samouresničujoča se prerokba« (Lamovec 1998: 15). Torej zaznamovanost z »duševno boleznijo« ni malenkost. Spremenilo bo vsak delček našega življenja, naše odnose z ljudmi, ki jih poznamo od prej, pa tudi s tistimi, ki jih bomo še spoznali. Spremenil pa se bo tudi naš položaj na trgu delovne sile (Lamovec 2006: 18).

Szasz (1972, v Lamovec 2006: 22) meni, da pojem »duševna bolezen« prikrije vsakdanjo resnico, da je življenje večine ljudi nenehna borba, pa ne za biološki obstoj, temveč za mesto pod soncem, za duševni mir ali kako drugo vrednoto ali smisel. »Duševna bolezen« deluje predvsem kot pretveza. Odvrta pozornost od nasprotujočih si človeških potreb, vrednot in interesov ter ponuja neosebno razlago, bolezen, ki naj bi bila onkraj moralnosti, a kljub temu s seboj nosi težke moralne in pravne posledice.

Odnos med boleznijo in zdravjem se spreminja skozi čas. Razlikuje se glede na kulturne okoliščine, pomen in razlagalne prakse. To, kar imamo za bolezensko oziroma zdravo stanje, ni stalno v različnih obdobjih (Tominec 2015: 44). Tudi Zaviršek (1995: 108) meni, da kultura določa »normalnost« in »nenormalnost«, vpliva na podobo določenih vedenj in stanj, na njihovo pojavnost ter na načine prepoznavanja bolezni, njenega etiketiranja in celotne obravnave.

1.3 »DVOJNA DIAGNOZA«

Za opis soobstoja duševne motnje in motnje povezane z zlorabo substanc se v strokovni literaturi uporablja več različnih terminov. Literatura s področja medicine pogosto uporablja izraz »komorbidnost«, področje psihologije in družbenih ved pa večinoma govori o terminu »dvojne diagnoze« (R. Watkins et al. 2001: 3). Grebenc in Kvaternik (2008: 135) navajata, da obstaja tudi skupina strokovnjakov, ki se skušajo pojmu »dvojna diagnoza« izogibati in uporabljajo izraze, kot so »ljudje s kombiniranimi potrebami, bolj zahtevni uporabniki, ljudje s kompleksnimi težavami, ljudje, ki potrebujejo medinstitucionalno obravnavo, ljudje, ki potrebujejo interdisciplinarni pristop itd.«

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (DSM-IV 1994: 3) dvojno diagnozo definira na naslednji način: »Kategorična diagnostična ureditev, ki označuje soobstoj ene psihiatrične motnje in ene bolezenske zasvojenosti v isti osebi v danem trenutku.« Hkrati DSM-IV (1994: 175) »dvojno diagnozo« uvršča v splošno kategorijo »motnje, povezane z uživanjem substanc«, ki so podvržene zlorabi (vključno z alkoholom), s sekundarnimi učinki zdravil in z izpostavljenostjo strupenim učinkovinam. V priročniku »dvojna diagnoza« ni jasno opredeljena, je pa termin pogosto vključen pri definicijah različnih diagnoz.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 1994: 36) je to motnjo opredelila kot splošni termin, ki se nanaša na komorbidnost oziroma na soobstoj motnje zaradi uživanja psihoaktivnih substanc in druge psihiatrične motnje pri istem posamezniku. Manj pogosto se termin nanaša na soobstoj dveh psihiatričnih motenj, ki ne vključuje uživanja psihoaktivnih snovi, ali v primeru, ko je posameznik odvisen od več različnih substanc hkrati. Uporaba termina »dvojne diagnoze« ne opredeljuje narave odnosov med diagnozami ali kakršnih koli vzročnih povezavah med njimi.

V literaturi ugotovimo, da ne obstaja poenotena definicija »dvojnih diagnoz«. Večina avtorjev govori o kombiniranih zdravstvenih problemih (hkratno zaznavanje tako telesnih kot duševnih bolezni) ali pa o kombinaciji duševne motnje in zasvojenosti z drogo ali alkoholom. Nekateri avtorji menijo, da so v definicijo »dvojnih diagnoz« vključeni tudi posamezniki, ki imajo dve neodvisni telesni bolezni. Obstajajo pa tudi teze, da so to osebe, ki jih zdravijo različni strokovnjaki, iz vsaj dveh različnih področij (Bah et al. 2011: 5).

First in Gladis (1993, v Tominec 2015: 245) motnje »dvojne diagnoze« razvrščata v tri razrede:

- primarna psihiatrična motnja in sekundarna zasvojenost,
- primarna motnja uživanja substance in sekundarna psihiatrična motnja,

- primarna psihiatrična motnja s primarno zasvojenostjo.

Podobno je različne tipe »dvojnih diagnoz« definiral Mueser (1995, v Dobnik 2000: 7):

- model sekundarne zasvojenosti (duševna stiska poveča posameznikovo ranljivost za uživanje substanc),
- model sekundarne duševne stiske (duševna stiska se je razvila kot posledica zasvojenosti),
- model skupnih vzrokov (družinski faktorji lahko neodvisno vplivajo na razvoj duševne stiske ali zasvojenosti),
- model dvosmernosti (duševna stiska in zasvojenost sta prepleteni tako, da lahko katerakoli izmed motenj vpliva druga na drugo).

Krausz (1996, v Bah et al. 2011: 3) predlaga štiri kategorije »dvojnih diagnoz«:

- primarna diagnoza duševne motnje z nadaljnjo (sekundarno diagnozo) zlorabo snovi, ki negativno vpliva na duševno zdravje,
- primarna diagnoza odvisnosti od drog s psihiatričnimi zapleti, ki vodijo do duševne motnje,
- soobstoj motnje zaradi zlorabe snovi in druge psihiatrične motnje,
- travmatična izkušnja (na primer motnja zaradi posttravmatskega stresa) je temelj za zlorabo snovi in razpoloženske motnje.

Tominec (2015: 17) pravi, da takšne definicije napeljujejo na diskusijo o vzroku za nastanek bolezni – zlorabe substanc/zasvojenosti. Uživanje je lahko vzrok in hkrati rezultat težav v duševnem zdravju. Pogosto je težko razločiti, ali je težave v duševnem zdravju povzročila zloraba drog ali so te v osebi obstajale že pred razvojem zasvojenosti.

Delitev na primarno in sekundarno nalepko nas lahko pripelje do tega, da namesto da bi se ukvarjali z uporabnikovimi potrebami, se ukvarjamo z vprašanjem, katera služba je bolj primerna, da bi se ukvarjala s takšnim uporabnikom. Posledica tega je, da uporabnika postavimo na stranski tir – nekam vmes med službe, ki so namenjene zdravljenju zasvojenosti in službe, ki so namenjene zdravljenju duševnih bolezni (Grebenc in Kvaternik 2008: 132).

Tominec (2009: 94–95) pravi, da problem »dvojne diagnoze« odpira vprašanje pravega sodelovanja med službami za zasvojenost in psihiatrijo. Na podlagi strokovnih praktičnih izkušenj nekateri avtorji razlikujejo tri modele zdravljenja oseb z »dvojno diagnozo«:

- Sekvenčni (zaporedni) model: najprej zdravimo najbolj akutno in hudo motnjo, šele potem pozornost posvetimo manj očitni motnji. Kot posledica tega lahko nastane problem, da ena služba uporabnika odpusti ali ga zavrne;
- Paralelni (vzporedni) model: dve ločeni ekipi (za zdravljenje zasvojenosti in za duševno zdravje) osebo sočasno zdravita, oblikujeta dve različni in ločeni zdravljenji, osredotočeni na motnje, ki so v pristojnosti vsake od ustanov posebej. Pri tem modelu pogosto pride do problemov zaradi slabega sporazumevanja med dvema ekipama in različnosti v izobrazbi;
- Integrirani (povezovalni) model: osebo z »dvojno diagnozo« zdravi strokovna (specializirana) ekipa, ki je pristojna tako za motnje zasvojenosti kot za duševne motnje. V tem primeru uporabnik dobi povezana pojasnila in terapevtske napotke o svoji problematiki.

Soobstoj dveh motenj ne predpostavlja nujno potrebe po dvojni pomoči ali pomoči dveh različnih ustanov, ki osebo s tovrstno problematiko prevzemata na zdravljenje. Kar pomeni, da vseh zasvojenih uživalcev, ki imajo še en psihopatološki simptom, ne opredeljujemo za uporabnike z »dvojno diagnozo« (Tominec 2009: 94). Grebenc in Kvaternik (2008: 130) menita, da ko je posameznik enkrat označen z »dvojno diagnozo«, se te nalepke težko znebi. Te uporabnike storitev socialnega in zdravstvenega varstva zaradi različnih težav obravnavajo različni strokovnjaki. S tem pogosto postanejo dolgotrajni uporabniki različnih služb (pojav vrtljivih vrat) in imajo veliko težav v vsakdanjem življenju.

Flaker (v Tominec 2015: 13) navaja, da so »dvojne diagnoze« rezultat življenjskih naključij, kar kaže na to, da ne gre toliko za duševno stisko, temveč za socialno stisko, družbeni položaj, v katerem se je človek znašel. Gre torej za pomanjkanje družbene moči (denarja, statusa, ugleda in zaveznikov), ki nas na eni strani spravlja v stisko, na drugi pa onemogoča, da bi se etiketiranju ubranili in izognili.

1.3.1 Stigmatizacija

»Stigma je označevanje določenih ljudi za drugačne in manjvredne spoštovanja, kot so drugi. Je sramotno znamenje, ki označuje nezadovoljstvo s stigmatiziranimi in njihovo nevrednost. Posledica stigme je izgon ali izogibanje« (Švab 2009: 9–13).

Večina posameznikov skriva svojo diagnozo in bolezen, ki jo spremljajo občutki sramu in krivde. V strahu pred zasmehovanjem se stigmatizirani ljudje umikajo od drugih in postajajo

vse bolj osamljeni. Skrivati diagnozo in težave je vir nepretrganega stresa in tesnobe. Nekateri se odločijo za razkritje, ker je prikrivanje preveč obremenjujoče ter tvegajo posledice, ki niso vedno predvidljive (Švab 2009: 23–24). Goffman (2008: 25) meni, da to razhajanje med posameznikovo navidezno in dejansko identiteto pokvari njegovo socialno identiteto. Posledica tega je, da je odrezan od družbe in od samega sebe, tako da postane diskreditirana oseba, ki se srečuje s svetom, ki je ne sprejema. Avtor (2008: 62) v nadaljevanju omeni tudi, da razkritje ne vpliva škodljivo samo na trenutni socialni položaj, ampak tudi na že ustaljene odnose in podobo, ki jo bodo imeli v prihodnosti. Stigma in prizadevanje, da bi jo prekril ali popravil, postaneta sestavni del posameznikove identitete.

Ljudje z dolgotrajnimi stiskami imajo telesne negotovosti (glede bolezni, poškodb), materialne (izpad dohodka, nezmožnost zaslužka) in socialne (stiki, prijateljstva, starševstvo). Poleg tega imajo osebne (glede formalnega in neformalnega statusa, samopodobe) in doživljajske negotovosti (glede zaznav, čustev). Ljudje se bojijo, da jih bodo drugi zaradi novega statusa obsojali. Bojijo se, da bodo zaradi bolezni nesposobni za delo, bojijo se izgube socialne mreže, samozavesti, zaupanja vase (Flaker et al. 2008: 71–75).

Stigmatizirani te procese po eni strani doživlja kot krivico, saj se mu njegova posebnost ne zdi tako vseobsegajoča, po drugi strani pa tudi sam prevzema tak pogled nase. Vsak stigmatizirani ima svojo kariero, v kateri se mora naučiti ravnati s stigmo. Če je stigma opazna in očitna, se mora naučiti uravnnavati napetosti, ki izhajajo iz interakcij z drugimi, če ni opazna in ga ne diskreditira avtomatično, pa se mora ukvarjati z vprašanjem, ali stigmo pokazati ali jo prikriti in kako jo prikriti (Flaker 2002 a: 99).

Goffman (2008: 35–38) navaja, da pri učenju življenja s stigmo oseba spozna in vključi stališče normalnih oseb, s čimer prevzame identitetna prepričanja širše družbe in splošno predstavo o tem, kako bi bilo imeti določeno stigmo. Naslednja faza je tista, v kateri posameznik ugotovi, da ima neko stigmo in, tokrat natančno spozna, kakšne so posledice tega. Lamovec (2006: 37–38) prikazuje faze, ki jih lahko predvidimo pri učenju življenja s stigmo. Tisti, ki se že rodijo s stigmo, se prvi poučijo, kako drugi gledajo nanje. Psihiatrični uporabnik postane stigmatiziran pozneje v življenju, z zornega kota »normalnih« je razvrednoten. V naslednji fazi se morajo naučiti, kako se odzivati na vedenje ljudi, v očeh katerih so razvrednoteni. Še poznejša faza pa vključuje učenje, kako se delati »normalnega«. Druga strategija je, da svojo stigmo prikaže tako, kakor da pripada kakšni drugi, manj zaznamovani skupini. Po tretji strategiji lahko svoj svet razdeli na dva dela – na manjšo skupino, ki ji pove vse, in na večjo, ki ji ne pove ničesar. Zadnje, kar nam omogoči, da opustimo vse ostale strategije, je, da namerno

razkrijemo, kako je z nami, in s tem spremenimo svoj položaj. Ta faza je najbolj zrela, vendar je mnogi ne dosežejo.

Ko človek dobi nalepko, njegovi temeljni problemi niso toliko medicinske narave, temveč so problemi vključevanja v družbi, ponovnega oblikovanja ustrezne samopodobe, medosebnih odnosov, pri čemer so se še posebno pomembni odnosi v družini (Lamovec 1999: 145).

»Nalepka, ki jo družba nalepi ljudem, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, jih spremlja in določa družbeno vlogo na način, da jim onemogoča vključevanje in jih stigmatizira« (Flaker et al. 2008: 335). Institucionalno kariero uporabnikov dolgotrajne oskrbe zaznamujejo tudi dejavniki, kot so življenje pod vplivom zdravil, nenehna povezanost s formalnimi oblikami pomoči, prehajanje iz ene institucionalne obravnave v drugo, odsotnost posameznikove življenjske zgodbe in nezmožnost prejemanja različnih družbenih vlog. Uporabniku, ki je vpleten v delovanje ustanove, le-ta določa njegov civilni status, njegov urnik in krog ljudi, s katerimi se druží (Flaker et al. 2008: 344).

»Diagnoza posameznike trajno zaznamuje in jim tako onemogoči vrnitev v stanje pred boleznijo. V vsakdanjem življenju [...] te nalepke stigmatizirajo, saj se osredotočajo na primanjkljaj in odklon in ne na kompetence in moč« (Grebenc in Kvaternik 2008: 130). Avtorici (2008: 141) navedeta tudi, da »se službe, ki delujejo na področju socialnega dela, lahko izognejo etiketiranju uporabnikov. Poudarek je lahko na tistih točkah v vsakdanjem življenju ljudi, ki jim predstavljajo stisko, ne glede na to, kakšno oznako so jim pripisale druge službe.«

Pomembna je tudi kvaliteta odnosa osebja, ki je odvisna od znanja in spretnosti osebja, ki mu omogočijo, da dejansko sliši uporabnike, se pogovarja v uporabniku razumljivem jeziku, zna spoštovati izkušnje uporabnikov in se nauči z njimi živeti. Doseganje teh sprememb v institucionalni obravnavi uporabnikov ni mogoče brez upoštevanja potreb strokovnih delavcev. Te se nanašajo na usposabljanje, zagotavljanje oblik razbremenjevanja in preprečevanje izgorevanja (Flaker et al. 2008: 343–344).

1.3.2 Potrebe v socialnem delu

»Kakovost človeškega življenja je odvisna od tega, koliko in v kakšni medsebojni skladnosti so zadovoljenje vse njegove potrebe« (Ramovš 2007: 46). Teorije, ki govorijo o potrebah, se opirajo na vprašanja fizičnih in družbenih pogojev, ki ljudem omogočajo življenje in preživetje, nanašajo pa se tudi na vprašanja človekovih pravic in pravičnosti, dolžnosti, moralne recipročnosti (Flaker et al. 2008: 9).

Grebenc (2005: 60) navaja, da se potrebe kot koncept socialnega varstva pojavljajo v definicijah socialnega dela, še posebej v točkah, kjer se pojasnjuje, kakšna je vloga in namen socialnega dela. Organizacija združenih narodov (1987, v Milošević Arnold in Poštrak 2003: 16) socialno delo definira kot »organizirano dejavnost, ki je usmerjena k vzajemnemu prilagajanju posameznika in njegovega socialnega okolja. Pri tem socialno delo uporablja posebne tehnike in metode dela, s katerimi posameznikom, skupinam in skupnostim omogoča soočenje z njihovimi potrebami in reševanje problemov [...].«

Potrebe so omenjene tudi v Mednarodni federaciji socialnih delavcev (1976, v Milošević Arnold in Poštrak 2003: 17): »Socialni delavci morajo delovati za blaginjo ljudi in pri tem uporabljati: znanstvena spoznanja o človeku in družbi, vse razpoložljive vire za zadovoljevanje potreb, upoštevati socialno pravičnost na vseh ravneh - na nacionalni, mednarodni, skupinski in individualni.« Socialno delo je nedvomno izrazito praktična dejavnost, v kateri so osebne kvalitete delavca skoraj tako pomembne kot njegovo znanje.

»Socialno delo spodbuja družbene spremembe, reševanje problemov v medčloveških odnosih, krepitev moči in osvoboditev ljudi, s čimer pripomore k njihovi blaginji. Načela človekovih pravic in socialna pravičnost so temeljna za socialno delo« (IFSW 2012). Čačinovič Vogrinčič (2006: 13) navaja, da potrebe ljudi, socialna krepitev, pomoč, dostojanstvo raziščejo, soustvarijo skupaj uporabniki in socialni delavci, ki to omogočijo.

Socialno delo ne more mimo pogojev za svoje delo, ki jih postavlja država. Osnovna načela in izhodišča socialne varnosti v Sloveniji so:

- Posameznik mora socialno varnost zase in za svojo družino zagotoviti sam (naloge države je, da za to ustvari ustrezne pogoje);
- Država v okviru proračuna in celote javnofinančnih sredstev oblikuje državni socialni program, ki vsebuje denarne prejemke, storitve in ustrezno institucionalno mrežo (Ur. l. RS, 31/2000).

V skladu z našim zakonom je socialno varstvo »preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva« (Ur. l. RS, 3/2007). Cilj socialnega varstva je pomagati ljudem, da uspešno živijo in opravljajo pričakovane socialne vloge v svojem družabnem okolju. To pomeni, da pri socialnem varstvu ne gre zgolj za zagotavljanje temeljnih življenjskih potreb, ki so nujne za preživetje, temveč tudi za zadovoljevanje vseh tistih potreb, ki so pomembne za dobro počutje in za družbeno ustvarjalnost ljudi (Milošević Arnold in Poštrak 2003: 19).

Ocenjevanje potreb je eno temeljnih dejanj v socialnem varstvu, na katerem se utemeljuje izvajanje storitev. Pri oblikovanju pojmov potrebe, kakovost življenja in socialna pravičnost so pomembne osebne izkušnje družbenega zatiranja in izključevanja posameznikov in skupin. Socialna izključenost se povezuje s konceptom kakovosti življenja, saj izhaja iz nadzora nad viri, s katerimi posamezniki zadovoljujejo svoje potrebe na različnih področjih (Flaker et al. 2008: 13–14). Škerjanc (2010: 57) navaja, da slab nadzor ali odsotnost nadzora nad viri povzroči omejen dostop do različnih virov, institucij in mehanizmov, zaradi česar posameznik svojih potreb ne more zadovoljiti.

Obstoj potreb je zlasti posledica načina organiziranosti družbe in delovanja skupnosti. Več kot je v njih ovir, ki posameznikom preprečujejo organizirati in izboljšati kakovost svojega življenja, večji bo obseg intervencij, ki jih bo morala skupnost izvesti za odpravljanje posledic. Ključ do kakovostnega življenja ljudi, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, ni v ocenjevanju njihovih potreb, temveč v odstranjevanju ovir, ki jim preprečujejo dostop do storitev. Pri tem so pomembne tudi oblike pomoči in podpore, ki jih posameznik potrebuje za sledenje svojim ciljem, za izboljšanje kakovosti življenja (Flaker et al. 2008: 27–29).

Vera Grebenc (2013: 34) na Slovenski konferenci o komorbidnosti – obravnavi oseb z duševnimi motnjami in boleznijo odvisnosti (»dvojnimi diagnozami«) pravi, da vloga socialnega dela odpira vrsto vprašanj in dilem, kakšne specifične metode uporabiti na tem področju. Odgovore na potrebe ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«, je potrebno načrtovati skozi dialog z uporabniki, s tem bi »zagotovili spremembe v njihovem življenju in promovirali spretnosti, s katerimi bi uspešneje upravljali svoje življenje, tako bi imeli več participacije, več moči in vpliva.«

RAZLIČNI PRISTOPI IN METODE DELA

Modelov na splošno ne moremo razdeliti na boljše in slabše, razen morda po stopnji izdelanosti. Pomembno je, da izberemo tistega, ki nam najbolj pomaga, da se približamo zastavljenemu cilju. Če je naš cilj, da se čim hitreje znebimo simptomov, potem je medicinski model najprimernejši. Če pa je naš cilj čim boljša vključitev prizadetega v družbo in zagotovitev najvišje možne kvalitete njegovega življenja, bomo izbrali skupnostni model. Model torej pomeni način gledanja na pojav s točno določenega zornega kota, zato je vsak model pomanjkljiv in enostranski. S tem, ko model obrne pozornost na nekatere dejavnike, zanemari druge. Zaradi tega je treba poznati tudi druge modele, ki obravnavajo pojav, saj nam lahko odprejo nove poglede in smeri delovanja (Lamovec 2006: 39–40).

1.3.3 Medicinski model

Medicinski model obravnave se ukvarja s tem, kaj je s človekom narobe, kaj ne deluje. Vzroke za izključenost pripisuje posameznikovim psihofizičnim lastnostim, ki odstopajo od normale, ter prepisuje posege za blažitev ali odpravo teh razlik. Z medicinskimi metodami strokovnjaki postavljajo diagnoze ter razvrščajo ljudi po določenem simptomu. Takšna usmerjenost na pomanjkljivosti ali disfunkcije ničesar ne pove o posamezniku in njegovi zgodovini, o njegovih osebnih izkušnjah, niti o težavah, s katerimi se sooča (Škerjanc 2010: 74–75).

Medicinski model pozornost usmeri izključno na izoliranega posameznika in pri njem išče razloge za neprimerno vedenje. Tako uporabniku vsili novo družbeno realnost, ki jo mora sprejeti, če želi preživeti. Njegovo vsakdanje življenje in problemi niso več taki, kakor jih je opredelil sam, temveč so zdaj opisani v novem jeziku – jeziku »duševne bolezni« (Lamovec 2006: 228).

Vzpostavljanje storitev poteka na osnovi splošnih ocen »od zgoraj navzdol«, kjer strokovne ali politične avtoritete v družbi zaznajo določen pojav in predvidijo odgovore nanj. Ta pogled ne zajema posameznikovih nuj, hotenj, stisk in prioritet, saj prinaša vnaprejšnje odgovore na potrebe prebivalstva po pomoči in prezre izvedenstvo uporabnikov za svoje življenje. Vnaprej določeni programi lahko le delno podprejo uporabnika pri organiziranju življenja, in ne v celoti. Po drugi strani vsebujejo storitve, ki jih uporabnik ne želi, ne potrebuje ali noče prejeti, vendar nima druge izbire (Škerjanc 2010: 130–132).

Človeku, ki pride po pomoč, pogosto postrežejo z medicinskim pristopom, z ustvarjanjem nalepk, represijo in zapiranjem v totalne institucije. Do pomoči so bolj upravičeni le tisti, ki so

v zameno zanjo pripravljeni izgubiti sebe. Človek postane problem, ki ga drugi izključijo in odrinejo na rob, zato da lahko družba funkcionira (Flaker 2012: 111).

Medtem ko medicina diagnosticira kompleksne situacije ljudi, ki pridejo k njej po pomoč in glede na to diagnozo postavi odgovore (recept, navodila za ravnanje), se socialno delo z isto situacijo spopada na način, ki upošteva nepredvidljivost – želje posameznika, odzive okolja, razpoložljive vire v skupnosti (Grebenc in Kvaternik 2008: 137).

1.3.4 Skupnostni model

Skupnostni model se predstavi v novi luči – človekovo delovanje in vloge določata njegovo družbeno in ekonomsko okolje, v katerem živi, in je organizirano tako, da zadovoljuje potrebe tistih, ki imajo moč. Osredotočanje na telesne in druge psihofizične lastnosti in sposobnosti ne omogoča prepoznavanja vzrokov za ta pojav in hkrati ne prispeva jasnih smernic za načrtovanje učinkovitih ukrepov. Namesto tega se zavzema za prepoznavanje ovir, ki posameznikom preprečujejo polno življenje in participiranje v družbi – vstop v glavne tokove družbe, možnost izobraževanja, zaposlitve, ustvarjanje družine in dejavno sodelovanje v širšem družbenem dogajanju (Škerjanc 2010: 76–78).

Oblikovanje socialnovarstvenih storitev je po principu »od spodaj navzgor«, izhaja iz ocene posameznika o potrebni podpori za sledenje osebnim ciljem. S prejetimi storitvami uporabnik izboljšuje kakovost življenja, saj mu omogoči oblikovanje podpore in pomoči v obliki storitev, kakršne uporabnik potrebuje. Uporabnik prevzame vpliv nad storitvami, posledično pa tudi nad svojim življenjem – prinaša informacije o potrebah po določenih storitvah za učinkovitejše načrtovanje odgovorov v skupnosti (Škerjanc 2010: 132).

Ključno načelo tega modela je, da človeka ne smemo izločiti iz njegovega vsakdanjega okolja, temveč mu moramo omogočiti še več družabnih stikov. Cilj pomoči je, da človek znova prevzame sprejemljivo družbeno vlogo. Pri tem je veliko poudarka na izgrajevanju pozitivne samopodobe in na pridobivanju socialnih spretnosti (Lamovec 2006: 46).

Morda niti ni tako pomembno, kako si razlagamo nastanek duševne stiske, vsekakor je bolj pomembno, kako dejansko delamo s človekom v stiski – ali ga v stiski odstranimo iz njegovega okolja, kje to naredimo in kakšna sredstva pri tem uporabimo. Seveda se razni vidiki modeliranja stiske med seboj prepletajo, drug drugega vzajemno oblikujejo in dopolnjujejo. Tako je za uveljavljanje skupnostnega modela pomemben prav etnični vidik, ki govori, da ima človek pravico do takega življenja z drugimi, kakršnega si izbere sam (Flaker 2012: 265).

1.3.5 Individualni pristop

»Individualiziran pristop pri prepoznavanju posameznikove situacije omogoča uporabnikom ohranjanje vpliva nad odločitvami v vsakdanjem življenju« (Zaviršek et al. 2002: 31).

Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev Škerjanc (2010: 103–105) opredeli kot metodo v socialnem delu, ki omogoča oblikovanje pomoči posamezniku za njegov boljši jutri. Uporabnik ima v celotnem procesu oblikovanja pomoči vpliv in zadnjo besedo nad prejeta pomočjo. Proces poteka v treh fazah: načrtovanje, delovanje in ocena ter novo načrtovanje. Uporabnik in strokovni delavec raziskujeta poti k posameznemu cilju, vrsto podpore, ki jo potrebuje in želi uporabnik na tej poti, in katere naloge bo opravil strokovni delavec. Tudi Flaker et al. (2008: 15) navajajo, da je posameznik izhodišče za načrtovanje, vzpostavljanje, izvedbo ocenitev storitve in tudi upravljaivec tega procesa. To omogoči oblikovanje storitev in ukrepov, s katerimi uporabnik organizira svoje življenje in sam izboljšuje kakovost svojega življenja.

Skupno načrtovanje storitev omogoča učinkovitost strokovnega dela, saj je uporabnik podprt na tistem področju in na način, kot sam želi. Tako ustvarimo nove storitve, ki jih načrtujejo uporabniki sami. Individualiziran pristop zagotovi:

- da uporabniki dobijo izkušnjo, da so njihove individualne potrebe in želje pomembne,
- prevzemanje nadzora nad svojim življenjem,
- razvijanje uporabnikove edinstvenosti,
- razvijanje relevantnih znanj pri posamezniku in pridobivanje izkušenj za čim večjo samostojnost,
- uresničitev ciljev, ki jih zastavi uporabnik,
- večji občutek lastne vrednosti,
- partnerski odnos s strokovnim delavcem in delavko,
- osebno rast in razvoj (Zaviršek et al. 2002: 31–32).

Pri individualnem načrtovanju so torej socialnovarstvene storitve sredstvo za preseganje ovir v skupnosti in zato tudi sredstvo za izenačevanje možnosti pri dostopu do virov v skupnosti. Ti so zlasti zaposlitev, izobraževanje, nastanitev, kakovostno preživljanje prostega časa in delovanje v skupnosti (Škerjanc 2007: 96).

Po mnenju Jelke Škerjanc (2010: 84) individualne obravnave v socialnem varstvu še ne pomenijo, da bo uporabnik prejel ustrezno podporo socialnovarstvenih storitev za boljše

življenje. Za nastanek ustrezne podpore je ključnega pomena obseg vpliva, ki ga ima posameznik na načrtovanje, izvedbo, plačilo in ocenitev prejetih storitev. Avtorica (2010: 113) navaja: »Če individualnega načrta ne podprejo možnosti v sistemu, se uresničevanje ciljev omeji zgolj na tiste, ki jih je mogoče podpreti z obstoječimi sredstvi in storitvami.« Tako se uporabnik vrti v začaranem krogu, saj svojih ciljev, ki jih ponuja socialno varstvo, ne more uresničiti. Posledično se strokovni delavci pri svojem delu vsakodnevno srečujejo z omejitvami sistema, zaradi česar uporabnik ne prejme ustrezne, potrebne in želene pomoči.

1.4 KONCEPTI SOCIALNEGA DELA

Koncepti pomoči v socialnem delu zajemajo vprašanja o tem, kako se je pomoč definirala v posameznih obdobjih, kako so se definirali cilji ravnanja v socialnem delu na ravni predvidenih družbenih ukrepov in institucij, na ravni družbenih vrednot, znanj in zaželenih družbenih izidov. Hkrati pa so osredotočeni na vprašanje, kako je v socialnem delu definiran proces pomoči, kako se vzpostavlja, vzdržuje, kakšne metode, tehnike in spretnosti je socialno delo izoblikovalo. Pri tem je pomembno, kako se v procesu pomoči spreminjata vlogi strokovnjaka in uporabnika (Čačinovič Vogrinčič 2006: 11).

»S tem, ko uporabniki sodelujejo pri oblikovanju vsebin pomoči, storitev in ukrepov, s svojim izvedenstvom v dialoškem procesu sooblikujejo koncepte in prakso socialnega dela« (Škerjanc 2010: 158).

1.4.1 Normalizacija

»Načelo normalizacije izhaja iz individualnih potreb uporabnika, delo se načrtuje skupaj z uporabnikom, prav tako se načrtujejo same socialne službe« (Zaviršek et al. 2002: 30).

Pojem normalizacije je pogosto povezan s področjem duševnega zdravja in vključenostjo ljudi v skupnost. Izraz normalizacija se uporablja še danes in ponuja smernice, kako naj bodo službe organizirane. Normalizacija je namreč proces, v katerem skušamo ustvariti enake vzorce in razmere za življenje vsakega posameznika – tako za tiste, ki imajo težave v duševnem zdravju kot tudi za tiste, ki ga nimajo. Gre za posameznikovo pravico, da lahko ne glede na stanje telesa ali duševno počutje živi kot vsi državljani (Videmšek 2013: 84).

Flaker (1983: 43–44) meni, da je pojem normalizacije naredil dva pomembna obrata. Prvi je, da je fokus svojega zanimanja prenesel s posameznika na situacijo, drugi pa, da gre za vključevanje posameznika v družbene tokove. »Prvega zaznamo kot produkcijo posameznika in prilagajanje posameznika nedosegljivemu idealu norme, v nadzor nad telesi, v izključevanje ljudi in zapiranje ljudi v totalne ustanove« (Škerjanc 2010: 69). Cilj druge normalizacije pa je prav nasproten – njegova vključenost in vrednotenje njegove družbene vloge.

Oliver (1996, v Škerjanc 2010: 70) navaja, da je pri normalizaciji organiziranje posameznikovega življenja potekalo po dveh vidnejših načelih: življenje naj bo organizirano tako, da bo čim bolj podobno življenju ljudi v njihovem novem okolju, v novem okolju bodo ljudje prevzemali vrednotene socialne vloge. Od njega se pričakuje, da bo živel življenje, ki je čim bolj podobno normalnemu. Avtor meni, da »dokler bodo okolje tvorile socialne vloge, ki

bodo veljale za normalne in jih nekateri ljudje ne bodo mogli prevzemati, jih bo to spravljalo v neenakovreden položaj.«

Normalizacija je bila v Skandinaviji osredotočena na področje zadovoljevanja človekovih pravic, med katere je Nirje (1969, v Videmšek 2013: 84) uvrstil: pravico do normalnega dnevnega ritma, pravico do normalnega ritma življenja (normalen razvoj življenjskega cikla), pravico do izbire in pravico do spolnega življenja. Prizadeval si je za razmere, v katerih bi bila oseba deležna spoštovanja. Gre torej za odpravljanje izločevalnega in obravnavanja ljudi, ki odstopajo od norme.

V kontekstu krepitev moči za uporabnika normalizacija pomeni v rešitev usmerjen pristop, ki posamezniku zagotavlja najboljši način življenja in pomeni izhajanje iz posameznikovega referenčnega okvirja. Ne glede na povedano je koncept normalizacije doživel nekaj kritik. Največja je, da se mora spreminjati posameznik, namesto da bi se spreminjala in prilagajala družbena merila. V družbi, kjer so kulturna pričakovanja vezana na vrednote, kot so samostojnost, samozavest in družinsko življenje, so ljudje, ki kakorkoli odstopajo od omenjenih vrednot, izključeni iz družbenih tokov. Ker koncept normalizacije ni presegel te kulturne norme, se je razvil koncept družbeno vrednotenih vlog (Videmšek 2013: 85).

1.4.2 Družbeno vrednotene vloge

Wolfensberger je koncept družbeno vrednotenih vlog opredelil kot končni cilj normalizacije, ki temelji na spreminjanju družbe, kajti prav družba mora nekaj narediti za spremembo položaja izključenih ljudi (Videmšek 2013: 85–86). Avtor (v Brandon 1993: 20) je poudarjal, da bi bilo zaželeno razširiti krog vrednot, hkrati pa čim bolj zmanjšati negativne razlike. Spoznal je, da je zmeda z »normalnim« moteča, zato je termin spremenil v nekam bolj tehničnega: »ovrednotenje družbene vloge«. Lamovec (2006: 178) navaja, da so po Wolfensbergerju vloge nekaterih skupin v družbi razvrednotene. Zavzemal se je za integracijo ljudi v skupnost na področju izobraževanja, preživljanja prostega časa, dela, stanovanja in podobno. Avtor svojo zamisel razlaga tako, da naj bi z uporabo simbolov, predstav in drugih sredstev, ki ima v kulturi veliko vrednost, omogočili »prizadetim« ljudem, ki imajo težave v duševnem zdravju, da živijo življenje, kakršno družba ceni. Na ta način bi pripadniki teh skupin v novi družbi postali bolj pozitivno vrednoteni.

Koncept družbeno vrednotenih vlog je za stroko socialnega dela pomemben, saj opozarja na načela strokovnega dela, ki temelji na vključevanju posameznikov in spodbuja razvoj skupnostnih oblik podpore. David in Althea (1998, v Videmšek 2013: 86–87) sta konceptom

družbeno vrednotenih vlog dodala pet načel za vsakdanje običajno življenje, ki so hkrati tudi temeljne vrednote za načrtovanje in vzpostavljanje socialnih služb. Mednje sodijo dobri odnosi, resnične izbire, večje sodelovanje, osebni razvoj in druženje »prizadetih« in »neprizadetih« ljudi. Upoštevanje teh načel uporabnikom omogoča storitev udeležbe v pogovoru o njih samih. Z upoštevanjem omenjenih načel bi se odstopanja ljudi z izkušnjo duševne stiske precej zmanjšala.

Videmšek (2013: 87) v nadaljevanju meni, da prepoznavanje teh potreb obsega različne vrste podpore, od osebne pomoči in medicinskega zdravljenja do prilagoditev v bivanjskem okolju. K temu je pripomogel premik od medicinskega modela obravnave k skupnostnemu, ki v središče postavlja posameznika in ne skupino, temelji na zdravljenju okoliščin in se ne pogloblja v posameznikovo življenjsko situacijo. To pomeni, da so težave z duševnim zdravjem začeli razumevati skupaj s socialnimi situacijami, v katerih posameznik živi.

1.4.3 Krepitev moči

V naši literaturi je izraz krepitev moči pogosto preveden kot »opolnomočenje«, kar je preozko. Značilnost »opolnomočenja« je redistribucija virov moči z enega akterja na drugega, kar je le eden od možnih načinov krepitev moči, ni pa ne edini ne najpogostejši (Dragoš 2008: 38). Čačinovič Vogrinčič (2006: 58) besedo krepitev moči [*empowerment*] opredeljuje kot »socialno krepitev ljudi, ki imajo malo socialne moči v medsebojnih odnosih, in tudi akcije ozaveščanja, podpore in spreminjanja«.

Glavno vprašanje pri konceptu krepitev moči je, kako prepoznati obstoječe vire in kako delovati na njih, da sprožimo premik potencialne moči v dejanski vpliv uporabnika (Dragoš 2008: 39). Škerjanc (1996: 287) pravi, da »opolnomočenje« pomeni možnost odločanja o treh bistvenih življenjskih vprašanjih:

- Kje bom živel(a)?
- Kaj bom delal(a)?
- Kdo me bo pri tem podpiral(a)?

Pomemben sestavni del »opolnomočenja« je torej možnost izbire glede na temeljna življenjska vprašanja. Tretje vprašanje je treba razumeti v širšem smislu in vključuje možnosti vpliva na ustanavljanje služb, ki bodo svoje uporabnike podpirale pri uresničevanju samostojnega življenja. Šele potem, ko je »opolnomočenje« doseženo, so ustvarjeni pogoji za razprave o tem, kako te službe izboljšati (Lamovec 1998: 18–19).

Krepitev moči na individualni ravni izhaja iz tega, da posameznik ponovno pridobi zaupanje vase in si okrepi lastne vire moči. Med ključne elemente krepitev moči na individualni ravni Lamovec (1998, v Videmšek 2008: 214) uvrsti ozaveščanje (sprožanje vprašanj in ne svetovanje), učenje spretnosti (posameznik se nauči izražati čustva in jih začne sprejemati) in poseganje v okolje (vzpostavitev dialoga s svojci in ustanovo).

V procesu krepitev moči si vsak posameznik zastavlja cilje, ki jih želi doseči zase. Hkrati pa se tudi odloči, koliko in na kakšen način želi sodelovati pri doseganju skupnih ciljev. Pri tem ustvarimo pogoje, v katerih bo lahko vsakdo razvijal in produktivno uporabljal svoje sposobnosti in se po svojih močeh enakovredno vključil v družbo. Proces »opolnomočenja« vključuje dva vidika: po eni stani se morajo uporabniki osvoboditi različnih oblik zatiranja – pretirana odvisnost od strokovnjakov, zdravil, svojcev ali lastne lagodnosti; druga stran »opolnomočenja« pa je angažiranost za doseg osebni in skupni ciljev (Lamovec 1998: 21–22).

»Krepitev moči pomeni tudi vključevanje uporabnikov v izobraževanje strokovnjakov, evalvacijo, načrtovanje, upravljanje in izvajanje storitev« (Flaker 2012: 249). Videmšek (2013: 98) navaja, da je koncept krepitev moči povezan s številnimi drugimi koncepti, ki so vplivali na sooblikovanje sodobne teorije socialnega dela in skupaj pomenijo premik v odnosu med udeleženi v procesu ravnanja v socialnem delu.

1.4.4 Perspektiva moči

Ključnega pomena je prepoznavanje razlike med pojmom krepitev moči in perspektive moči. Perspektiva moči pomeni, da se kot strokovni delavci usmerimo k iskanju rešitev in se ne osredotočamo na probleme (Videmšek 2013: 98). Osnovno težišče ravnanja je usmerjeno k iskanju novih možnosti, kot navaja Čačinovič Vogrinčič (2006: 20): »Premik k perspektivi moči nas usmeri, da v prispevku uporabnikov spoštljivo iščemo njihove vire, moči, sprašujemo po zelenih razpletih, po dobrih izidih, po sanjah in upanju, po virih in opori v skupnosti, po dobrih izkušnjah iz preteklosti.« Avtorica (2006: 57) pove, da tako po eni strani delamo v socialni mreži in institucijah, kjer je le tam mogoče doseči spremembe, po drugi strani pa v delovnem odnosu sprašujemo po tem, kaj uporabniki zmorejo, kje so njihove močne strani in tam zastavimo pomoč.

V pristopu perspektive moči v središču pozornosti niso več težave, temveč je pozornost usmerjena v oživljanje virov osebni moči, moči v družini in skupnosti, da se bo uporabnik lahko izvil iz problema in se pomaknil naprej (Škerjanc 2010: 150). Tudi Smonker (2007: 49)

navaja, da perspektiva moči »aktivira proces krepite moči uporabnika v njem samem, tako da se nauči umestiti problem v kontekst vsakdanjega življenja in z njim živeti.«

Pojem krepite moči je tako del perspektive moči. V okviru krepite moči se moč in spretnosti posameznika povečujejo zato, da si pridobi ustrezno samozavest, krepijo se njegovi potenciali, njegove pozitivne strani, da bi kompetentno odločal o svojem življenju. Perspektiva moči pa pomeni, da na odnose pogledamo s perspektive posameznika, da izboljšamo in povečamo posameznikov vpliv (Videmšek 2013: 100).

Flaker (2012, v Videmšek 2013: 100) navaja, da to, kar v socialnem delu imenujemo perspektiva moči, ni samo podpora posamezniku, oznanjanje človekovih vrlin, temveč tudi podpora ureditvam, ki dejansko krepijo moč človeka, le tako bo zares postal močnejši.

1.4.5 Okrevanje

Videmšek (2013: 101) navaja, da koncept okrevanja izhaja iz perspektive uporabnika in se osredotoča na njegove potrebe. Zato ga razvijajo predvsem ljudje z osebnimi izkušnjami duševne stiske. Avtorica v okviru uporabniške perspektive okrevanje opredeli kot »ponovno dobivanje moči v življenju posameznika, čeprav težave z duševnim zdravjem še vedno obstajajo.« Čačinovič Vogrinčič (2006: 58) meni, da v medicini to pomeni, da ima človek na razpolago notranji sistem podpore, ki deluje, in sicer neodvisno od zunanjih vplivov zdravljenja. Za socialno delo je to nov izziv – spoznati, da ima človek notranjo modrost, da prepozna, kaj je zanj dobro.

Smonker (2007: 51) koncept okrevanja razlaga kot prepoznavanje dolgotrajnih težav v duševnem zdravju in ravnanje za izboljšanje kvalitete življenja (skrb za osebno urejenost, poznavanje ravnanj ob krizi, vzdrževanje zdravega načina življenja). To uporabniku omogoči vzpostaviti boljši stik s samim seboj in spoznati možnosti ponovnega okrevanja in obnove osebnostnih in telesnih zmogljivosti.

Okrevanje je torej treba razumeti kot proces, ki temelji na spoznanju, da ljudje lahko premagujejo različne življenjske situacije, si opomorejo od teh dogodkov in prepoznajo, kaj je zanje dobro in da zmorejo. Posamezniki morajo namreč okrevati ne samo po »duševni bolezni«, temveč tudi po učinkih, ki jih oznaka prinaša. V stroki socialnega dela in tudi v drugih poklicih, ki se ukvarjajo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, je potrebno zavedanje kompleksnosti situacij, s katerimi se posamezniki spopadajo (Videmšek 2013: 102).

2 PROBLEM

V okviru prostovoljnega dela sem bila vključena v Društvo projekt človek, tako sem imela možnost pridobiti izkušnje s področja zasvojenosti in spoznati delovanje programa za ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«. Diagnoza posameznike zaznamuje na vseh področjih človekovega življenja, zato jim mora socialno delo omogočiti pomoč in podporo na tistih točkah v vsakdanjem življenju, ki jim predstavljajo stisko.

S svojim diplomskim delom želim podrobneje raziskati vsakdanje življenje teh ljudi, o tem, kako živijo in kako se soočajo s težavami, ki jih prinaša postavljena diagnoza, hkrati pa pridobiti informacije o virih in močeh, ki jih imajo na razpolago za zadovoljevanje teh potreb in želja. Raziskati želim tudi, kakšna je kvaliteta in ustreznost pomoči strokovnih delavcev pri iskanju rešitev na njihove probleme in potrebe.

Skozi življenjske zgodbe ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«, dobimo oceno storitev, s katerimi pridejo v stik tekom zdravljenja. Rezultati raziskave ponudijo vpogled v situacijo, na katerih področjih je treba izboljšati kakovost njihovega življenja, kaj potrebujejo v procesu okrevanja in reintegraciji nazaj v okolje.

V raziskavi želim odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšno je vsakdanje življenje ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«?
- S kakšnimi problemi in potrebami se srečujejo ljudje, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«?
- Na kakšen način strokovnjaki odgovarjajo na potrebe uporabnikov, ki jih označijo kot ljudi z »dvojno diagnozo«?
- Kakšne so metode in odnos dela strokovnjakov do ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«?

3 METODOLOGIJA

3.1 VRSTA RAZISKAVE IN SPREMENLJIVKE

Raziskava je kvalitativna, saj sem s pomočjo standardiziranih intervjujev zbirala besedne opise. Vrsta raziskave glede na stopnjo v procesu spoznavanja je eksplorativna ali poizvedovalna, saj gre za spoznavanje osnovnih značilnosti področja problematike (Mesec 1997: 37–40).

3.2 MERSKI INSTRUMENT IN VIRI PODATKOV

Smernice za intervju z uporabniki temeljijo na vprašalniku, ki so ga na Fakulteti za socialno delo razvili za potrebe raziskave na temo »dvojne diagnoze« (Bah et al. 2011), ki sem jih nekoliko priredila glede na namen raziskave. Raziskovalna vprašanja za uporabnike vsebujejo naslednje vsebinske sklope:

- ocena socialnega konteksta (dnevne aktivnosti, vpliv dohodka na življenje, stanovanjske razmere, vpliv na življenje, socialne mreže, spremembe v statusih),
- ocena zdravja (informiranost o zdravstvenem stanju in zdravilih, vpliv bolezni na vsakdanje življenje, uporaba dovoljenih in nedovoljenih drog, strategije premagovanja stisk in kriz),
- ocena tveganj (varnost v okolju, nasilje),
- ocena služb (odnos strokovnjakov, stiki z zdravstvenimi službami, institucionalna obravnava, potrebe uporabnikov glede služb),
- želje in potrebe (želje in potrebe za prihodnost, možnosti zaposlitve, vrednote).

Tudi za strokovne delavce sem uporabila standardiziran intervju, kjer so bile teme pogovora in vprašanja določeni vnaprej (Mesec 1997: 126). Raziskovalna vprašanja za strokovne delavce vsebujejo naslednje vsebinske skope:

- poznavanje vsakdanjega življenja uporabnikov (opredelitev uporabnikov z »dvojno diagnozo«, zaznavanje njihovih problemov in potreb),
- pristopi in metode dela za vključevanje uporabnikov (problemi in potrebe, s katerimi se uporabniki obračajo na delavce in pri katerih jim delavci lahko pomagajo),
- potrebe uporabnikov glede razvoja programov (problemi in potrebe, na katere jim delavci ne morejo pomagati in na kakšen način iščejo rešitve),
- sodelovanje z drugimi službami,
- odnosi in stališča do uporabnikov.

3.3 POPULACIJA IN VZOREC

Populacija, ki sem jo zajela v raziskavi, so uporabniki in strokovni delavci, ki so bili v času dogovarjanja glede izvajanja intervjujev vključeni v program Društva projekt človek.

Vzorec je neslučajnostni in priročen. Gre za vzorec populacije, ki je raziskovalcem najbolj dostopen (Mesec 1997: 81). V tem primeru so to uporabniki in strokovni delavci, ki so bili v maju 2016 vključeni v Dnevni center za uporabnike z »dvojnimi diagnozami«. V raziskavi je sodelovalo osem oseb (pet uporabnikov in trije strokovni delavci).

3.4 ZBIRANJE PODATKOV

Predhodno sem se obrnila na vodjo programov Društva projekt človek. Prestavila sem ji namen raziskave in jo podrobneje seznaniła z vprašalnikom za uporabnike. Z uporabniki in strokovnimi delavci, ki so sodelovali v raziskavi, sem se za izvedbo intervjujev dogovorila osebno. Zbiranje intervjujev je potekalo od 4. 5. 2016 do 18. 5. 2016. Izvajala sem jih v prostorih Dnevnega centra za uporabnike z »dvojnimi diagnozami«, kjer sem tako vsem udeležnim kot tudi sebi zagotovila varen prostor za pogovor. Razložila sem jim, kaj je tema diplomskega dela ter jim podrobneje predstavila vprašanja. Vsi sodelujoči so privolili v snemanje intervjujev. Pred začetkom vsakega intervjuja sem jih seznaniła o varstvu in anonimnosti njihovih podatkov. Nekatera vprašanja so lahko bila za posameznike neprijetna, zato sem se trudila spoštovati njihove meje.

Kot prostovoljka sem z določenimi intervjuvanci stike navezala že prej, zato so intervjuji potekali bolj sproščeno. Intervjuji z uporabniki so trajali dve uri ali več, s strokovnimi delavci pa približno pol ure. Z vsemi posamezniki sem intervjuje opravila enkrat, v enem primeru pa sem se z uporabnico zaradi obsežnosti intervjuja dobila dvakrat. Na željo uporabnikov sem prepisane intervjuje dala tudi njim. Na koncu sem je jim zahvalila, ker so bili z mano pripravljeni podeliti svoje življenjske zgodbe.

3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Podatke sem obdelala na kvalitativen način, iz zvočnih zapisov sem najprej naredila pisne. Transkripti so na voljo v osebni arhivu avtorice. V nadaljevanju sem besedila parafrazirala. Relevantne izjave iz intervjujev sem podčrtala in označila ter tako določila enote kodiranja. Nadaljevala sem z odprtim kodiranjem, kjer sem enotam kodiranja določila pojme in jih uredila v kategorije. Sledilo je še osno kodiranje, pri čemer sem izpisala vse kategorije in jim pripisala

pojme, ki sodijo v isti vsebinski sklop. Celoten postopek odprtega in osnega kodiranja je prikazan v poglavju Priloge.

4 REZULTATI IN RAZPRAVA

V raziskavi je bilo vključenih pet ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«.

Tabela 4.1: Podatki uporabnikov

	Program	Čas vključenosti
Uporabnik A	Dnevni DID	9 mesecev
Uporabnik B	DID	1 leto in 3 mesece
Uporabnik C	Stanovanjski PRIUS	3 mesece
Uporabnik D	DID	1 leto in 9 mesecev
Uporabnik E	Reintegracija	2 leti

Zaradi večje preglednosti bom v nadaljevanju na kratko opredelila faze programa Društva projekt človek, v katere so vključeni uporabniki. Glede na čas vključenosti so vidne tudi razlike v sami strukturi in namenu programa, kar prikazuje tudi analiza intervjujev. Te razlike se kažejo predvsem pri odgovorih med uporabnikom, ki je v fazi reintegracije, in ostalimi uporabniki.

Program Prius je prva faza programa, ki posamezniku abstinentu omogoča pripravo ter usmerjanje v zanj ustrezen program pomoči glede na zastavljene cilje in individualni načrt. Program poteka v dnevni ali stanovanjski obliki. Dnevni center – DID omogoča posameznikom, ki imajo poleg težav z zasvojenostjo še pridružene težave v duševnem zdravju, poglobiti abstinenco ter osebno delo v obliki individualnega programa. Uporabniki se lahko vključijo v dnevno ali stanovanjsko obliko programa. Center za reintegracijo predstavlja zaključni del programa. Namenjen je težavam, ki se pojavljajo ob ponovni vključitvi v šolo, pri iskanju zaposlitve, v partnerstvu, družini in prijateljskih stikih (Društvo projekt človek 2016).

4.1 OCENA SOCIALNEGA KONTEKSTA

4.1.1 Potek dneva

Vse intervjuvane osebe pravijo, da njihov dan poteka po urniku, ki ga imajo v programu. Urnik ima točno določene odmore za kajenje, prosti čas in delo. Prosti čas imajo zvečer in konec tedna, kot pove uporabnik: *»Prosti čas imaš pa itak vsak dan zvečer, po večerji. Ali pa petek popoldne, sobota, nedelja popoldne.«* Dva uporabnika navajata, da je dan preveč strukturiran in da je premalo prostega časa: *»Toliko je natrpan urnik, da dejansko prostega časa ni.«* V okviru dela imajo delovne skupine, ki so razdeljene na sektor kuhinje, sektor higiene in vzdrževanje hiše. Vsak dan je treba pisati tudi dnevnik o počutju. V programu so vse terapije ter druge športne in družabne aktivnosti obvezne: *»... tukaj pa na skupinsko dejavnost moraš*

iti, je obvezna.» Urnik uporabnikov se razlikuje glede na čas vključenosti v program. Uporabnik, ki je v fazi reintegracije, lahko sodeluje pri planiranju urnika. V njegov potek dneva je vključeno prostovoljstvo in mentorstvo v prejšnji fazi programa.

Urniki v programu je prilagojen običajnemu poteku dneva in jim pomaga pri reintegraciji nazaj v okolje. Na začetku programa je urnik bolj strukturiran, skozi faze napredovanja uporabnikov pa postaja vedno bolj ohlapen. Urniki predstavljajo red v poteku dneva. So orodje, ki človeku daje možnost načrtovanja, zato krepijo občutek predvidljivosti in strukturiranosti. Določajo vsakodnevne rutine, ki jih potrebujemo za spoprijemanje z negotovo prihodnostjo in z njo povezanimi strahovi (Grebenc in Šabić 2013: 97). »Vsakdanje rutine in potek dneva nam dajejo socialni občutek življenjskega ritma, samega sebe in pripadanja okolju, v katerem živimo« (Flaker et al. 2008: 191).

4.1.2 Hobiji in telesna aktivnost

V okviru urnika se vsi uporabniki udeležujejo športnih dejavnosti, ki so obvezne: *»V bistvu imamo v strukturi na urniku športne aktivnosti v torek in petek.*« V prostem času, ki ga imajo na razpolago, navajajo celo paleto aktivnosti in hobijev, s katerimi se ukvarjajo: šah, ustvarjanje za otroke, izdelovanje stvari iz lesa in gline, ples, kuhanje, odbojka, košarka, tek, telovadba, branje, sprehodi in fitnes. Ena oseba navaja, da ji hobiji omogočajo boljše počutje: *»Ko je prosti čas, pa zelo rada igram kitaro, na tak način dajem ven svojo to tesnobo.*« Eden izmed uporabnikov je v društvu samo čez dan in pove, da vsak dan pride s kolesom: *»Vsako jutro pridem sem s kolesom in grem domov s kolesom.*« Uporabnik, ki je pred kratkim napredoval v fazo reintegracije, trenutno dela na tem, da si poišče nove hobije.

»Pozitivno bi prosti čas definirali kot dejavnosti, ki jih sami izberemo in imajo pomen za nas same po sebi« (Flaker et al. 2008: 216). Iz pripovedi uporabnikov sklepam, da organizacija prostega časa poteka v okrilju društva, preko obveznih dnevnih aktivnosti, ali pa je prepuščena uporabnikom samim, kar jim omogoča, da lahko počnejo stvari, v katerih so dobri.

4.1.3 Bi radi kaj počeli, pa nimate možnosti oz. se pojavljajo ovire pri uresničitvi teh želja?

Omenjena želja s strani dveh uporabnikov je bila večja aktivnost pri športu: *»Da bi lahko recimo bolj aktivno nogomet ali pa rokomet igral.*« Dve osebi si želita, da bi se lahko več udeleževali na kulturnih dogodkih: *»... da bi šel v kakšno dramo, gledališče ali kaj podobnega.*« Ovire pri njihovih željah so predvsem telesna in finančna nezmožnost. Ena oseba kot problem navaja prometno nesrečo: *»... zaradi prometne nesreče pred trinajstimi leti imam*

določene ovire, poškodbe, ko mi ni ne vem kakšen užitek.» Želja enega uporabnika je zmožnost samostojnih izletov, vendar mu to zaradi bolezni in finančne odvisnosti od staršev ni omogočeno. Oseba, ki je v centru za reintegracijo, pa si trenutno ne želi nobenih sprememb.

Iz pripovedi uporabnikov sklepam, da jim glavni problem v življenju predstavlja njihova bolezen in pomanjkanje denarja. Flaker et al. (2008: 224–225) navajajo, da se morajo ljudje zaradi bolezni ali oviranosti odpovedati vrsti aktivnosti, ki so jih prej radi počeli. Hkrati pa je za večino dejavnosti prostega časa potreben denar. Tudi najbolj preproste prostočasne dejavnosti nekaj stanejo. Velik problem predstavlja tudi finančna odvisnost od staršev, kar še dodatno okrepi njihovo odvisnost in osamosvajanje.

4.1.4 Dohodek in zadoščanje dohodka za življenje

V dveh primerih osebi prejemata socialno pomoč, ena od njiju tudi najemnino. Pomoč od staršev prejemata dve osebi, en uporabnik pa prejema invalidsko pokojnino.

Dve osebi pravita, da jima dohodek zadošča za najnujnejše stvari: *»Glede na to, da sem tukaj, da rabiš za plačilo programa pa za osebni fond, v bistvu komaj prideš skozi s socialno podporo.*» Trije uporabniki menijo, da je potrebno pravilno razpolaganje z denarjem, drugače lahko že pred koncem meseca ostaneš brez denarja: *»Ja, moral sem zdaj te prigrizke dati stran, ker nisem nič več prihranil.*» Eden izmed uporabnikov izpostavi tudi problem dodatnih stroškov, ki jih imajo v društvu: *»Marsikaj je tukaj v programu, pridejo zadeve, gremo na izlet, bo 20 € recimo.*» Dve osebi izrazita željo po večjem dohodku ter ena oseba željo po večji finančni pomoči staršev.

Osebe z dolgotrajnimi stiskami s količino denarja večino niso zadovoljne, saj so njihovi dohodki izredno majhni. Večinoma prejemajo socialno pomoč ali živijo od pokojnine. Življenje zgolj s socialno pomočjo je težko in vsekakor ne omogoči samostojnega življenja (Flaker et al. 2008: 167). *»Socialno pomoč kot obliko za premagovanja ekonomske stiske danes ljudje doživljajo kot najskerajnjo možnost, postala je simbol revščine, grožnja izgube prihodnosti, ki ustvarja večgeneracijsko spiralo revščine*» (Grebenc in Šabić 2013: 158).

4.1.5 Bi se razmere spremenile, če bi se dohodek povečal?

Povečanje dohodka bi dvema uporabnikoma omogočilo vračilo dolgov: *»Glede na osebni fond mi ostane samo 5 do 10 €, tako da to lahko dam na stran za povračilo dolgov.*» Dve osebi izrazita željo po varčevanju, ki pa glede na trenutno stanje ni mogoče: *»S socialno podporo ne*

bi mogel nekaj privarčevati ...» Dva uporabnika bi ob povečanju dohodka uresničila svoje želje in si privoščila stvari, ki si jih do zdaj nista mogla: »... bi bilo dobrodošlo, ker si mislim kupit prenosni računalnik.« Ena oseba pa pove, da bi si privoščila predvsem več kulturnih dogodkov.

Ugotavljam, da večina ljudi z dolgotrajnimi stiskami živi skromno življenje, saj so prisiljeni potrebe prilagoditi svojim finančnim zmožnostim. Pomanjkanje denarja, kot vidimo na vseh točkah vsakdanjega življenja (prosti čas, stanovanje, druženje), vpliva na nizko kvaliteto življenja in ustvarja začaran krog marginalizacije in stigmatizacije ter velik del ljudi drži v revščini ali na njenem pragu (Flaker et al. 2008: 172–173). Hkrati pa jih dolgovi iz preteklosti spravljajo v stisko, kar jim še dodatno oteži njihovo življenje. Zato bi povečanje dohodka pomembno vplivalo na zadovoljitev njihovih ciljev in želja, ki si jih drugače ne morejo privoščiti.

4.1.6. Stanovanjske razmere in zadovoljstvo s stanovanjem

a) Stanovanjske razmere v društvu

Vsi štirje intervjuvani uporabniki so zadovoljni s stanovanjskimi pogoji v društvu. Uporabnica pove: *»Ja, tukaj mi je pa fajn, je majhna sobica, ampak sem se navadila tako.«* Hkrati osebe povedo, da sobivajo z drugimi uporabniki, in sicer: *»Tukaj v sobi ni pogojev, da bi bil sam ali pa, da bi bila dva, najmanj trije.«* V nadaljevanju navajajo tudi, da jim družba ustreza: *»Jaz sem zdaj trenutno še s tremi v sobi, mi paše družba.«* En uporabnik pove, da nobeden ne sili vanj in da ima v svoji sobi zasebnost.

b) Stanovanjske razmere doma

Glede stanovanjskih pogojev doma štirje uporabniki izrazijo zadovoljstvo. Dve osebi imata svoje stanovanje, tri osebe pa sobivajo z družino. Sogovornik pove, da je njegovo stanovanje dovolj prostorno, vendar je nanj čakal zelo dolgo: *»Dobil sem socialno stanovanje, za enega je dovolj veliko. Na njega sem čakal dve leti pa pol.«* Eden izmed uporabnikov, ki živi z družino, navaja, da ima doma zasebnost: *»Ko sem v svoji sobi, imam občutek, da sem na svojem.«* Le ena oseba s svojim stanovanjem ni zadovoljna in se v njem počuti ogroženo. Navaja osnovne stanovanjske pogoje: *»Zdaj, ko sem dala v najem odvisnikom, sem šla prejšnji teden domov in je stanovanje čisto v razsulu. Veliko stvari manjka, pokradli so mi od vozičkov za otroke do knjig, ni niti posteljnine.«* Hkrati pove, da je njeno stanovanje majhno in izrazi željo po novem stanovanju. En uporabnik navede tudi problem visokih stroškov stanovanja: *»Vse skupaj, telefon, televizija, stanovanje, elektrika, voda, z 250 pa morem preživet.«*

Stanovanje je osnovna človekova potreba in nima le funkcije zavetja, temveč opravlja tudi vrsto socialnih funkcij. »[...] je prostor za druženje, za ustvarjanje družine, organiziranje identitete in prostor, ki nam omogoča varnost in zasebnost« (Flaker et al. 2008: 111). Avtorji menijo, da iz vsakdanje izkušnje vemo, da dostop do stanovanja še zdaleč ni lahek. Visoke cene stanovanj, pomanjkanje socialnih in neprofitnih stanovanj in dolge čakalne vrste na listah so le nekateri izmed razlogov, ki otežujejo dostop.

Flaker et al. (2008: 122–125) menijo, da je zasebnost vse bolj pomembna vrednota vsakdanjega življenja. Ljudje, ki bivajo z drugimi, želijo imeti prostor, kamor se lahko umaknejo in si zagotovijo zasebnost, ko jo želijo. Po drugi strani pa se morajo ljudje, ki živijo skupaj, ukvarjati s problemi, ki jih prinaša skupno življenje. Prilagajanje na skupno življenje je lahko tudi dobra popotnica za nadaljnje življenje – učenje sporazumevanja z drugimi sostanovalci, sodelovanje z njimi, učenje samostojnosti in avtonomije.

4.1.7 Pomembni ljudje v življenju

Osebe, ki imajo pomembno funkcijo v življenju uporabnikov, delimo na dve skupini, in sicer na družino in socialno mrežo. V okviru družine največ uporabnikov navede pomembnost staršev in brata/sestre. Eni osebi največ v življenju pomenijo otroci. Eden izmed njih izpostavi tudi babico, ki je pokojna. Dve osebi v svoji socialni mreži največ pomena dajeta osebama v društvu: »*Druga družina mi je pa Projekt človek.*« Hkrati pa dva sogovornika izpostavita pomembnost redkih prijateljev: »*Bližnji prijatelji, ki pa so itak bolj redki.*« En uporabnik kot pomembno osebo v svojem življenju navede nekdanjo partnerko.

Iz pripovedi uporabnikov sklepam, da je v njihovem življenju najpomembnejša družina, v okviru socialne mreže pa redki prijatelji ter strokovni delavci in drugi uporabniki v društvu. Švab (2009: 38) pove, da imajo ljudje z dolgotrajnimi stiskami manjše socialne mreže kot drugi ljudje, so močnejše povezani z družinami kot s prijatelji in so bolj odvisni od drugih kot drugi ljudje. Tudi Flaker et al. (2008: 264) ugotavlja, da so »mreže uporabnikov pogosto zaprte in omejene na družinski krog.«

4.1.8 Stiki z družino in ocena stikov z družino

Dve intervjuvani osebi nimata stikov z družino, ena trenutno doživlja ločitev od družine, ker je šele na začetku programa, ostale tri osebe pa imajo stike z družino.

a) Dobri odnosi z družino

Tri osebe navajajo, da imajo dobre odnose z družino. Dve osebi poudarita dober odnos in redne stike z materjo: »... *z mami imam zdaj redne stike, prihaja na obisk.*« Druga oseba oceni, da ima dobre odnose s celotno družino: »*Zdaj pa se dobro razumemo, tako z mamo in z očetom, tudi s sorodniki.*«

b) Slabi odnosi z družino

Kot slabe odnose v družini ocenjujejo trije uporabniki. Eden navaja podporo matere v njegovem zasvojenem vedenju: »... *ona me je pa podpirala v tem mojem nekem zasvojenem vedenju. Recimo iz Tunizije mi je prinesla vodno pipo.*« Pove, da tudi z bratom nima stikov zaradi njegovih težav z zasvojenostjo: »*Brat mi je odvisnik, je tudi tam nekje bolj ob strani.*« Hkrati meni, da je imel vedno občutek nerazumevanja s strani družine. Dve osebi ocenjujeta, da imata slab odnos z bratom: »*Z bratom trenutno nimava nekega odnosa, ne podpira ta moja zdravljenja ven in not.*« Eden izmed sogovornikov navaja tudi službeno odsotnost očeta: »*Nekak nisem imel figure očeta, bil je več ali manj cele dneve v službi.*« Ena oseba pa svoj odnos z materjo oceni kot slab: »*Mati pa je glede na njene probleme iz otroštva vsiljevala ljubezen in bližino.*«

c) Želja po izboljšanju odnosov

Štiri intervjuvane osebe imajo željo po spremembi odnosov v družini. Dve osebi si želita izboljšati odnos z bratom: »*Z bratom tudi delava na temu, je tudi bolj vzkipljiv, tako da paziva, da se ustavljava ...*« Ena oseba želi boljši odnos s starši: »... *potem začnem gradit nov odnos, ker prejšnji je bil napačen.*« Eden izmed sogovornikov izrazi tudi željo po kontroli izbruhov jeze in s tem izboljšanje odnosov v družini.

Ugotavljam, da večina sogovornikov želi izboljšati odnose v družini, zato je »vključitev družine v zdravljenje nujno potrebna zaradi urejanja družine same kot celote« (Ramovš 1983: 93). Tudi Čačinovič Vogrinčič (2008: 26–27) navaja, da včasih kot vir podpore in moči potrebujemo sodelovanje družine. Družina je kontekst, v katerem se raziskujejo oblike pomoči za raziskovanje dobrih izidov za vse udeležene v problemu. Cilj je odkrivanje boljših pogojev za življenje posameznika v družini ali zunaj nje oziroma za podporo družini, da se kot skupnost ohrani, preoblikuje ali razide.

4.1.9 Partnerstvo in odnos s partnerjem

Ena oseba je razvezana, vse ostale pa so trenutno samske.

En uporabnik navaja, da z nekdanjo ženo nima stikov. Druga oseba pove, da je nekdanja partnerka v zaporu in z njo ne želi stikov: *»Takrat, ko sem šel jaz v program, je šla ona v zapor. Meni niti ni, da bi bil z njo.«* Ena izmed sogovornic pove, da ima glede svojih partnerskih odnosov velike težave: *»Jaz sem imela ful probleme z odnosi. V vsakem zdravljenju sem se neki zapletla s tipi.«* Omeni tudi nasilje s strani partnerja: *»Ko sem prišla iz komune, sem šla takoj v en odnos, ki je bil katastrofalen. Bila sem zaprta šest mesecev v kleti, tri leta me posiljeval, snemal me, silil, da to gledam.«* Sogovornica pove, da je bila zaradi nosečnosti kljub agresivnemu partnerju še vedno v zvezi. Kot problem navede tudi nespoštovanje v partnerski zvezi, ker ji je partner pustil, da se ukvarja s prostitucijo: *»Že to, da se mi je pustil prodajat, kakšna ljubezen je to, pa spoštovanje.«* Hkrati pa pove za zvezo, v kateri je lahko manipulirala s partnerjem: *»Dalo se ga je vodit, kot daljinec.«*

Zaviršek (1994: 75) ugotavlja, da je bilo za nekatere ženske nasilje v partnerskem odnosu nadaljevanje nasilja, ki so ga doživljale v otroštvu. Nekatere pa so poznale izkušnje nasilja iz preteklih partnerskih odnosov. Avtorica (1994: 71) nadaljuje, da je za njihovo življenje v nasilnem odnosu značilno *»dejavno preživetje«*, ki je posledica spoznanja, da tudi obnašanje, ki je kar se da prilagojeno zahtevam povzročitelja, ne more preprečiti nasilja. Zato je delovanje posameznic usmerjeno le še v iskanje poti za preživetje.

4.1.10 Otroci in odnos z njimi

Dva uporabnika imata otroke, in sicer vsak ima po dva otroka. Drugi sogovorniki nimajo otrok.

Težavo, ki jo vidi eden od uporabnikov, je zasvojenost pri starejšem sinu, kar mu daje občutek ogroženosti: *»... bi šel do njega, ampak se ustavim, ker zdaj ni varno zame.«* Hkrati pa pove, da mlajši sin želi imeti stike z njim. Druga oseba pove, da so otroci v rejništvu: *»Dala sem jih v rejo, ker sem sama videla, da nočem tako živeti z njima.«* Sogovornica ima zdaj z njima stike tudi po telefonu. Obe osebi povesta, da sta prekiniti stike z otroki zaradi težav v zasvojenosti: *»Na začetku sem imela z njim še stike, pa sem isto hodila zadeta in sem sama prekinila.«* Druga oseba s sinom že dolgo nima stikov: *»... 6 ali 7 let je bil star, ko sem ga zapustil.«* Zdaj pa si oba želita ponovno vzpostaviti stike z njimi.

Ugotavljam, da si osebe želijo imeti več stikov s svojimi otroki oziroma ponovno vzpostaviti stike z njimi. Lamovec (1998: 357) navaja, da se *»le redkim posreči obdržati družino, velika večina družin se razide.«* To, da te osebe ne morejo izpolnjevati vloge staršev, ki jo kulturne norme visoko vrednotijo, je hud udarec za njihovo samospoštovanje. Tudi Flaker et al. (2008:

306) menijo, da odnosi z otroki spravljajo osebe z dolgotrajnimi duševnimi stiskami ali osebe z različnimi ovirami v veliko stisko, saj zaradi svoje situacije neredko izgubijo skrbništvo nad otroki ali imajo z njimi le redke stike.

4.1.11 Stiki s prijatelji in odnosi z njimi

Tri osebe navedejo, da imajo prijatelje v društvu: *»... če imaš kakšno stisko, da o tem govoriš v skupini, skupina ti je podpora.«* Dve osebi pa povesta, da zunaj programa nimata prijateljev: *»Socialne mreže v bistvu nimam. Sem v bistvu sam, vse, ki poznam, so sami zasvojenici.«* Dva sogovornika s strani prijateljev vedno dobita pomoč v primeru težav: *»On je tisti, ki se mu lahko zaupam, če imam problem. Že od otroštva se pozna.«* Omenita tudi, da njuni prijateljski odnosi temeljijo na zaupanju. Ena oseba pove, da ima prijateljski odnos z nekdanjo terapevtko: *»Ona je bila terapevka tam, sva se zelo navezali in mi zdaj že pet let stoji ob strani. Vem, da jo lahko kadarkoli pokličem, pelje me z enega zdravljenja na drugega, ni obupala.«*

Dve osebi navajata spremembe v odnosih s prijatelji, in sicer prekinitev stikov zaradi droge: *»... 99 % prijateljev morem odmislit in prekiniti stike.«* Izrazita tudi željo po vzpostavljanju novih stikov: *»Prijatelji se menjajo, ker se jaz spreminjam.«* Druga oseba želi izboljšati odnos z najboljšim prijateljem: *»Tako rabim počasi prit do točke, kjer sva bila včasih, ko sva si zaupala in povedala vse.«*

»Zgodbe ljudi s potrebo po dolgotrajni oskrbi nam govorijo, da so njihove socialne mreže v večini primerov zelo majhne in omejene na ozek krog ljudi, zlasti družinskih članov, drugih uporabnikov in redkih prijateljev« (Flaker et al. 2008: 305). Ljudje prijatelje izgubijo zaradi spremembe življenjskega sloga. Nekateri si stikov s prijatelji iz preteklosti niti ne želijo, ker jih preveč spominjajo na prejšnje življenje. Odločitev za prekinitev stikov s prijatelji je lahko posledica obžalovanja sedanjega statusa, lahko pa je tudi želja po »začeti znova«, brez spominov na preteklost (Flaker et al. 2008: 282–283).

4.1.12 Spolno življenje

Vse intervjuvane osebe povejo, da je spolnost v programu prepovedana. Hkrati omenijo, da so v primeru kršitve pravil tudi sankcije. Ena oseba navede, da je imela prepovedano razmerje z uporabnikom in sta oba dobila ukrep društva. Eden izmed uporabnikov meni, da bi partnerska zveza zavirala osebnostno rast posameznika: *»Če se tukaj parčkaš, potem si bolj fokusiran na drugega in ne moreš toliko delati na sebi.«* Druga oseba izpostavi, da so nepriporočljivi že telesni stiki, kar mu predstavlja težko obdobje: *»Že objemi niso najbolj priporočljivi, je malo*

težko vse skupaj.» Dve osebi izrazita željo po spolnosti, saj sta že celotno zdravljenje brez spolnih odnosov: *»... zdaj sem dve leti brez kakršnihkoli spolnih odnosov.*» Uporabnik, ki je trenutno v fazi reintegracije, pove, da so partnerski odnosi tam dovoljeni.

V internem pravilniku hišnega reda Društva projekt človek je zapisano, da je spolno življenje v programu prepovedano. Izkušnje kažejo, da takšne zveze velikokrat služijo kot nadomestek za droge in omamo. Posameznika, ki sta v partnerskem odnosu, ne moreta prispevati k osebni rasti niti sebe niti drugega. Iz pripovedi oseb sklepam, da so partnerski odnosi dovoljeni le v centru za reintegracijo, ki je zaključna faza programa. Flaker et al. (2008: 280) ugotavljajo, da *»živeti v vlogi bolnika pomeni pogrešati partnerstvo in spolnost.*« Švab (2009: 44) meni, da prepovedani spolni odnosi pomenijo kršitev osnovnih človekovih pravic.

4.1.13 Potreba po drugih ljudeh

Vsi uporabniki menijo, da v svojem življenju potrebujejo druge ljudi. En uporabnik pove, da se doma počuti osamljenega, zato je čez dan v društvu: *»Ja, družba mi manjka, zato tudi hodim sem, da se mi neki dogaja čez dan.*« Dve osebi navedeta potrebo po prijateljih: *»... rabim nekoga, da mu lahko povem, kaj me teži, je lažje.*« Ena oseba izrazi željo po novih prijateljih: *»Sčasoma pa ne vem, se včlaniš v neke krožke in spoznaš nove prijatelje.*« Eden izmed uporabnikov pa poudari pomembnost podpore in razumevanja s strani strokovnih delavcev: *»V bistvu terapevtka naj bi bila tvoj najboljši prijatelj, da lahko res poveš vse, kar se dotakne, moreš dat ven iz sebe.*«

Flaker et al. (2008: 281–286) menijo, da je osamljenost včasih glavna stiska, ki jo občutijo ljudje s potrebo po dolgotrajni oskrbi. Lahko je posledica izgube prijateljev, pomanjkanja sredstev, dogodkov, ki so jih osamili. Švab (2009: 38) navaja, da je osamljenost rizični dejavnik za slabo okrevanje in za ponovitev bolezni. *»Zato je krepitev družabnosti gotovo pomembna ali celo nujna na področju organiziranja pomoči in podpore ljudem z dolgotrajnimi stiskami*« (Flaker et al. 2008: 307).

4.1.14 Shajanje z drugimi ljudmi

Osebe v večini ocenjujejo, da imajo dobre medsebojne odnose z drugimi ljudmi. Dva uporabnika povesta, da jih drugi spoštujejo: *»Tukaj me jemljejo kar resno, me spoštujejo ...*« Eden izmed uporabnikov meni, da ima z ostalimi uporabniki zaupen odnos: *»Tako, da imam tukaj enega ali dva, ko se jima lahko res zaupam in odprem, da vem, da bo to ostalo pri njih.*« Sogovornik pove tudi, da je v odnosih z drugimi zelo prilagodljiv in z vzpostavljanjem novih

stikov nima težav. Ena oseba poudari, da se pri drugih trudi videti samo dobre lastnosti: *»Načeloma poskusim v vsakemu videt tisto, kar je dobro.«* Le ena oseba pa izpostavi negativne medsebojne odnose, in sicer pogoste konflikte z drugimi zaradi svojega vedenja: *»Velikokrat s svojim vedenjem vzbujam jezo pri drugih, ker sem glasna, energična, hitro povem nazaj.«*

Iz pripovedi uporabnikov sklepam, da dobro shajajo z drugimi souporabniki v programu. V večini imajo spoštljive ter zaupne medsebojne odnose. Flaker (2002 a: 152) poudarja pomembnost »prijateljskih mrež, kjer dobimo spodbudo, samopotrditev, občutek pripadnosti, stvarno podporo, informacije in potrditev svojih vrednost, stališč.«

4.1.15 Želje po spremembah v odnosih z drugimi

a) Osebnostne spremembe

Pri željah na področju osebnostnih sprememb dve osebi omenita večjo samozavest pri izražanju lastnega mnenja: *»Ja, tukaj, spet bi rad bil bolj kritičen, ker tukaj imaš razna soočanja ...«* Hkrati druga oseba navede, da moraš znati postaviti meje: *»... če se ne postaviš zase, lahko začnejo po tebi hodit, potem pa ni več prijetno.«* Ena izmed sprememb, ki si jo želita dve osebi, je kontrola jeze: *»Tukaj je stresno in včasih impulzivno odreagiram, to bi rada spremenila pri sebi v odnosih do drugih. Tudi druga oseba pove: »Rad bi te izbruhe jeze, ki jih imam po očetu, začel kontrolirat.«*

b) Spremembe v odnosih

Glede sprememb v odnosih z drugimi pa si dve osebi želita več stikov z otroki. Izrazi se tudi želja po večjem zaupanju s strani družine: *»Moram gradit zaupanje, da mi začnejo spet zaupat, ampak gre na boljše tudi to, in pri bratu in pri mami.«* Oseba si želi tudi več podpore s strani brata: *»Želim si tudi, da bi me brat bolj podpiral pri zdravljenju, bil bolj razumevajoč.«* Dva uporabnika izrazita željo po izboljšanju družinskih odnosov: *»Edino družinski odnos, da se še bolj povežemo.«* Ena oseba želi izboljšati odnos s prijatelji: *»Tista dva, trije, ko so pa tako pravi prijatelji, pa v bistvu samo še nadgradit, pa še kakšno novo skupno zanimanje poiskat.«* Eden izmed uporabnikov pa izpostavi strah pred vplivom bolezni na njegove odnose z drugimi: *»Rad bi, da ta moj občutek ogroženosti ne vpliva na odnose z drugimi ljudmi, na moje dnevno doživljanje.«*

Ugotavljam, da si sogovorniki v večini želijo več zaupanja in podpore s strani družine ter izboljšati medsebojne odnose. »Ljudje s potrebo po dolgotrajni oskrbi potrebujejo pomoč pri

navezovanju stikov, pri njihovem vzdrževanju in ohranjanju. Pomoč in podporo potrebujejo tudi pri obnavljanju stikov s svojci in drugimi« (Flaker et al. 2008: 307).

4.1.16 Neprijetno počutje v družbi

Eden izmed uporabnikov pove, da občuti nelagodje ob izražanju čustev: *»... zdaj sem pač v fazi, ko sem v velikem stiku s svojimi emocijami in mi je včasih nerodno, ko preveč pokažem te svoje emocije. Imam večkrat kar solze v očeh, ker meni se je v teh letih nakopičilo ogromno ene žalosti.«* Ena oseba navede, da kadar pride do neupoštevanja s strani souporabnika, dobi občutek manjvrednosti in nesprijetosti. Razlog za neprijetno počutje v družbi oseba navede nespoštovanje zaradi prostitucije: *»Zunaj pa, če sem se prodajala, me pa itak noben ni spoštoval.«* Eden od razlogov, ki ga navaja uporabnik, je tudi posmehovanje v družbi: *»Zaradi tega, ker sem sam tak, včasih ekscentričen, samosvoj in takim ljudem se lahko ljudje smejiijo in so se mi celo življenje tako po malem smejali.«* Ena oseba pove, da je na neprijetnost v družbi vplivala njegova bolezen: *»... sem imel tudi zaradi tega paranojo in vse. Sem mislil, da se mi posmehujejo.«*

Ugotavljam, da bolezen velikokrat vpliva na neprijetno počutje posameznikov v družbi. Ljudje na njih gledajo drugače. Njihova bolezen je obtežena s predsodki, ki jo neizogibno spremljajo občutki krivde in sramu (Švab 2009: 23). Lamovec (1999: 145) pravi, da oseba dobi dosmrtno etiketo, kar jim onemogoča vključevanje v družbo in jih stigmatizira.

4.1.17 Dogodki iz preteklosti, ki so vplivali na življenje in kakšen vpliv so imeli na življenje

a) Dogodek iz preteklosti

Večina oseb pove, da ti dogodki izhajajo predvsem iz družinskih razmer. Ena oseba navede nasilje v družini: *»Tako veliko vpitja, razbijanja in agresij od brata in očeta.«* Navede tudi odhod matere in brata: *»Mami je šla, ko sem bila stara 13 let. Potem je šel še brat, tako da sem bila sama v hiši.«* Oseba kot pomembna dogodka, ki sta vplivala na življenje, navede smrt očeta ter rojstvo hčerke: *»Potem pri 19-ih je še ati umrl. Počutila sem se ful krivo, ker ga nisem znala oživljat in nisem šla poklicat rešilca, ko mu nisem verjela, da umira. Tudi ko sem dobila hčerko, vse to je potem vplivalo, da sem sploh se odločila, da ne bom več tako živela.«* En sogovornik izpostavi alkoholizem v družini: *»Moja babica je bila težek alkoholik, najhujše sorte.«* Kot ključna dogodka v življenju eden izmed uporabnikov navede ločitev staršev ter preselitev k materi. So pa še tudi drugi dogodki, ki so vplivali na življenje oseb, in sicer kaznivo dejanje prijatelja: *»... ko je moj najboljši prijatelj ubil enega, leto mlajšega, in me je ta dogodek zelo*

prizadel. « Eden izmed dogodkov, ki je definiral življenje uporabnika, je prometna nesreča: »... prometna nesreča 13 let nazaj, z motorjem. V bistvu je bil z mano na motorju še prijatelj, ampak on je imel na srečo čelado na glavi, tako da nekaj malega nezvesti, ampak je bil potem v redu. « Eden izmed sogovornikov pove tudi za prostitucijo nekdanje partnerke: »Definiralo me je tudi to, ko sem z Nino že hodil in mi je mati pribila, če ji je njen fant uredil, da je ona stranke sprejemala. «

b) Vpliv dogodka na življenje

V treh primerih so ti dogodki vplivali na začetek kariere uživanja drog, ena oseba pove: *»Ko je mami šla, sem začela hodit ven, ful bluzit in bežat od doma. «* Druga oseba navede odhod v vzgojni zavod: *»Jaz sem takrat sam zaprosil za oddajo v vzgojni zavod in sem potem šel v vzgojni zavod Slivnica pri Mariboru. «* Oseba, ki je imela prometno nesrečo, pove, da so posledice vidne v njegovih zdravstvenih težavah: *»Tako da so posledice od glave, slaba koncentracija, spomin, malo slabše ravnotežje. Noga tudi dosti trpi od takrat naprej. Imel sem ene 5 ali 6 operacij do zdaj. «* Oseba kot posledice tega navede nezmožnost rekreacije, slabe možnosti šolanja in slabo samopodobo. En sogovornik zaradi prostitucije nekdanje partnerke nima zaupanja do žensk: *»... to mi je počasi ustvarilo, da se vse ženske prodajajo, če se pa ne, se pa bodo. «* Kot posledico alkoholizma v družini pa uporabnik navede poslabšanje odnosov v družini: *»In je to moja mati čisto uničilo. In potem je to seveda na mene in brata prenesla. «*

Ugotavljam, da so dogodki iz preteklosti bistveno vplivali na življenje oseb, kar v treh primerih je bil to razlog za začetek uživanja drog. Flaker (2002 a: 171–172) navaja, da ljudje začnejo uživati droge zaradi različnih razlogov. Med najbolj pogoste uvršča radovednost, dolgčas, junaštvo, zglede med vrstniki, družabnost, zelo redko pa osebne probleme in priložnosti za zaslužek. Intervjuvane osebe kot glavni povod za uživanje drog izpostavijo spremembe v družini, predvsem izgube bližnjih, nasilje in ločitev staršev.

4.2 OCENA ZDRAVJA

4.2.1 Ocena lastnega zdravja

Trije uporabniki svoje zdravje ocenjujejo kot slabo, eden pa kot dobro. Večinoma osebe izrazijo željo po izboljšanju zdravstvenega stanja. Osebe navedejo tudi različne zdravstvene težave, s katerimi se trenutno soočajo. Ena oseba navede pljučne težave: *»Ja, samo 20 % pljuč mi dela. «* Dve osebi izpostavita hepatitis: *»Imam hepatitis C. Sem se pa okužila s trojko, ne vem, kje, ne vem, kdaj, res katastrofa. «* Ista oseba pove tudi za težave z želodcem in krčnimi žilami: *»Imam*

tudi zamaščena jetra pa rano na želodcu pa krčne žile, pa ne vem kaj vse še ...» Eden izmed uporabnikov pove, da se fizično počuti zdravega, ima pa težave v duševnem zdravju: »Veš kaj, jaz fizično nimam ene bolezni. Ampak psihično pa po mojem ni duševne bolezni, ko jaz ne bi imel nastavka.«

Iz pripovedi oseb sklepam, da ima večina izmed njih slabo zdravstveno stanje in se sooča z različnimi zdravstvenimi težavami. Flaker (2002 b: 14–19) meni, da so najpogostejše zdravstvene grožnje slovenskih uživalcev hepatitis, poškodbe žil in predoziranje. Hepatitis predstavlja realno nevarnost v vsakdanjiku intravenoznih uživalcev in je še vedno precej bolj razširjen od aidsa.

4.2.2 Osebni zdravnik in zadovoljstvo z njim

Vse intervjuvane osebe imajo zdravnika in so zadovoljne z njim. Dve osebi izpostavita tudi, da jima je zdravnik vedno na razpolago.

4.2.3 Diagnoza in razlaga diagnoze

Le ena oseba pozna razlago svoje diagnoze, vse ostale osebe ne vedo, kakšna je njihova diagnoza. Ena izmed oseb nima opredeljene diagnoze s strani zdravnikov.

Ena oseba ima organsko motnjo neopredeljenega tipa in pove, da ne pozna razlage svoje diagnoze: »... ampak ne vem, kaj to pomeni, mi niso razložili.« Druga oseba pove, da nima opredeljene diagnoze od zdravnika, ampak je to ocena delavcev zaradi kompleksnosti njenega primera: »Jaz nimam 'dvojne diagnoze' od zdravnika. Sem en tak primer, ko so imeli ful neuspeh zdravljenj za sabo.« Tretja oseba ima depresijo in psihozo. Pove, da se ne spomni točne razlage svoje diagnoze: »Ne vem, kako bi temu drugače rekel ...« Četrta oseba ima socialne fobije in prisilne misli: »Kako bi ti rekel, jaz bi šel stran od tebe, potem bi pa slišal tvoj glas v glavi, pa ne tako prav slišal.« Sogovornik pove, da pozna razlago svoje diagnoze. Peta oseba ima paranojo in pove, da se trenutno ne spomni razlage svoje diagnoze: »Zdaj bi mogel pogledat na papirje, ko jih imam zgoraj, ne vem zdaj točno.«

V večini primerov posamezniki sploh ne vedo, kakšno diagnozo imajo. »Diagnoze se namreč velikokrat spreminjajo, so nezanesljive in imajo zelo majhno moč predikcije. Dostikrat ljudje z njimi niso zadovoljni, ker vplivajo na potek njihovega življenja« (Flaker et al. 2008: 317–318).

4.2.4 Vpliv bolezni na življenje

a) Vpliv na življenje

Ena oseba pove, da se je sprijaznila s svojim zdravstvenim stanjem: *»... za dobrih 20 let, se ne more zdaj vse rešit. Sem se pač sprijaznila s tem.«* Enemu uporabniku bolezen povzroča misel na samomor: *»... želja po samomoru pa brezup, tesnobe ...«* Dva uporabnika povesta, da je življenje z boleznijo zelo oteženo. Eden tudi navaja, da se zaradi bolezni počuti stigmatiziranega: *»Že ena zadnja tri leta sem hodil s stigmo, ker sem bil od teh tablet odvisen in mi je bilo že zelo moreče.«*

b) Vpliv na mobilnost

Dva uporabnika menita, da bolezen vpliva na nezmožnost rekreacije in izrazita željo po večji telesni aktivnosti: *»Športne aktivnosti, da bi bil bolj udeležen.«*

c) Vpliv na socialne stike

Dve osebi kot posledico bolezni navedeta izogibanje socialnim stikom: *»Zaradi teh socialnih fobij sploh nisem mogel hodit med ljudi.«* Tudi drugi pove: *»... nesposobnost za druženje s komerkoli.«* Druga omenjena posledica pa je osamitev zaradi strahu: *»Ko sem bil majhen, sem v knjigah živel do enega 20. leta.«*

d) Vpliv na zdravje

Ena oseba izpostavi problem diete: *»... imam dieto in jem vsega skupaj nič. Grem vsak dan lačna spat.«* Dva uporabnika povesta, da morata zaradi bolezni redno jemati zdravila: *»V bistvu, če bi nehal jemati zdravila, lahko spanje odmislim.«* Povesta tudi, da bi se jima stanje brez zdravil poslabšalo: *»... če bi nehal jest antidepressive, bi se v roku nekega časa stanje še poslabšalo.«* En uporabnik pa pove, da so zdravila v preteklosti negativno vplivala nanj, kot posledico navede nezmožnost komuniciranja zaradi tablet: *»Nisem mogel komunicirati zaradi tablet, ki sem jih dobil.«*

Ugotavljam, da bolezen bistveno vpliva na vsakdanje življenje ljudi. V večini primerov osebam največjo stisko predstavlja stigma zaradi bolezni, ki je bistveni razlog za preoblikovanje odnosov in je razlog, da se človek umakne oziroma pretrga stike (Flaker et al. 2008: 264). Njihovo življenje je oteženo zaradi težav pri socialnih stikih in mobilnosti ter zaradi stanskih učinkov jemanja zdravil.

4.2.5 Kaj bi morali narediti za svoje zdravje?

a) Potrebe glede zdravja

Ena oseba pove, da je kandidat za presaditev pljuč. Meni tudi, da je potrebno zdravljenje hepatitisa: »*Ampak prej morem hepatitis ozdravit, tako da bom šel zdaj prvo na to zdravljenje ...*« Ima tudi željo pa prenehanju kajenja: »*... bom pa nehal kadit. To z nehanjem kajenja ni cilj, ampak novih pljuč ne bodo dali enemu, ko kadi. Kadim že 35 let.*« Dva uporabnika si želita zmanjšati odmerke zdravil: »*Sem v postopku zmanjševanja antipsihotikov, tako da sem v zadnjih 10 mesecih dozo razpolovil.*« Eden si želi popolnoma ukiniti zdravila: »*Mislim, da sem na pravem mestu tudi za to odločitev, da ukinem zdravila.*« Ena oseba izpostavi tudi pomembnost nadaljevanja z zdravljenjem. Uporabnik, ki je v fazi reintegracije, trenutno nima nobene potrebe po kakršnikoli spremembi glede zdravja.

b) Vrste zdravstvenih storitev

Uporabniki izrazijo predvsem potrebo po individualni obliki zdravljenja. Ena oseba navede redne preglede pri zdravniku: »*Vse urejam sproti, tudi pri svoji zdravnici. Ful enih pregledov imam ...*« Eden omeni tudi redne pogovore s psihiatrom: »*... da lahko grem k psihiatru, kadarkoli so na razpolago.*« Ena oseba pove, da potrebuje tudi pogovore pri terapevtki: »*Če sem na dva tedna imel individualni pogovor, je bilo malo manj pa malo manj.*«

Sklepam, da si večina oseb v prihodnosti želi zmanjšati količine zdravil, ki jih jemljejo ali pa izrazijo željo po ukinitvi le-teh. »Po eni strani imajo uporabniki vtis, da jim zdravila pomagajo, po drugi pa niso prepričani v njihove učinke« (Flaker et al. 2008: 336).

4.2.6 Informiranost o zdravju, o zdravilih in možnost izbire zdravil

a) Informiranost o zdravju

Vse intervjuvane osebe imajo jasne informacije glede svojega zdravja, razen ene osebe, ki ima pomanjkljive informacije.

b) Informiranost o zdravilih

Ena oseba je seznanjena z zdravili, ki jih prejema. Dve navedeta, da zaupata strokovnemu mnenju: »*Rekli so, da imam bolezen, da se da zdraviti. In sem pač zaupal, vem, da so šolani ljudje, da vejo, kaj delajo.*« En uporabnik pove, da tudi v preteklosti ni bil seznanjen z zdravili, ki jih je prejemal: »*Prej sem imel druge tablete, še sam ne vem, katere sem imel, takrat sem imel dosti tablet.*« Eden tudi pove, da trenutno ne jemlje zdravil: »*Zdravil ne prejemam več.*

Včeraj sem končno po štirih vikendih brez pomoči benzodiazepinov.« Osebe povedo, da v večini jemljejo antidepresive in antipsihotike. Omenijo pa tudi stabilizatorje razpoloženja in zdravila za pljuča.

c) Možnost izbire zdravil

Ena oseba ima možnost izbire zdravil, dve osebi nimata izbire in ena oseba je trenutno brez zdravil. Dva uporabnika navedeta, da je to zdravnikova izbira: *»Jaz sem hotela obratno, tega za spat, da imam pa antidepresive, neham jemati. Pa so rekli, da ne, dokler se zdravim za hepatitis.*« Uporabnik iz reintegracije pove, da le v psihiatrični bolnišnici ni imel izbire glede zdravil: *»Izbire nisem imel, sem jim rekel, da ne bi, pa mi je rekla, da bi bil hospitaliziran.*« En sogovornik pove, da se z zdravnikom dogovarja glede zmanjšanja zdravil: *»Zdaj pa delam na tem, da zmanjšam čim bolj, kar je možno.*« Eden izmed uporabnikov trenutno ne prejema zdravil: *»Zdravil ne prejmem več. Včeraj sem končno po štirih vikendih brez pomoči benzodiazepinov.*«

Ugotavljam, da osebe izražajo nezadovoljstvo s tem, kako jih informirajo o zdravilih. Nekateri zdravnikom zaupajo, saj vedo, kaj je za njih najboljše in izbiro prepustijo zdravniku. Flaker et al. (2008: 317) poudarjajo, da se *»še vedno zgodi, da so uporabniki (v psihiatričnih službah) neinformirani o zdravilih in njihovih stranskih učinkih.*« Lamovec (1998: 259–260) meni, da psihiatrična zdravila ničesar ne zdravijo, pač pa zmanjšajo splošno stopnjo vznburjenja živčnega sistema in tako človeka naredijo manj motečega za okolico. Osebe morajo točno vedeti, katere preparate jemljejo in kateri jim pomagajo. Zdravila imajo številne škodljive stranske učinke, ki se razlikujejo od človeka do človeka. Zato je zelo pomembno, da osebe dobijo zdravila, ki ji lahko prenašajo.

4.2.7 Uporaba dovoljenih in nedovoljenih drog

a) Uživanje drog

Vsi uporabniki so uživali vrsto različnih drog, ki jih delimo na štiri kategorije; depresorje, stimulanse in marihuano so uživale vse osebe, halucinogene droge pa tri osebe. Pri depresorjih so osebe uživale heroin, metadon, »substitol«, tablete, bencin in lepilo. Izmed halucinogenih drog so uživali »trip« in gobice. Pri stimulansih pa so sogovorniki omenjali plesne droge, amfetamin, metamfetamin, »speed«, »ekstazi«, »sladoled« in kokain (Policija 2016).

b) Uživanje alkohola

Štirje sogovorniki so v preteklosti vsakodnevno uživali alkohol, in sicer ena izmed oseb pove: *»... ko sem ven hodila in ko sem bežala od doma, sem bila pijana vsak dan.«* Druga oseba navede: *»Ena skupina prijateljev je alkohol uživala cele dneve in sem ga imel vedno pri roki.«* Tretja oseba pove: *»Tako v povprečju, po mojem, da sem spil ene tri piva na dan.«* Četrta oseba navede: *»Alkohola je bilo dosti, sem iz štajerskega konca.«* Le en sogovornik je alkohol užival samo občasno: *»Ker prej, ko sem bil v programu, ko si me ti videla na zadnjič, nisem bil iskren in sem tu pa tam kaj spil.«* Dva uporabnika kot posledico uživanja alkohola navedeta ogrožanje življenja: *»Že pri 13-ih sem šla na izpiranje želodca. V 7. razredu sem spila liter vodke in sem skoraj umrla.«* Tudi drugi pove: *»... nisem imel nikoli meje, kadar sem pil, sem pil na smrt, do kome.«*

c) Sočasno jemanje zdravil z drogami in alkoholom

Trije uporabniki so sočasno uživali alkohol in zdravila, kot navaja ena oseba: *»Da bi pa pomirjevala pa alkohol skupaj, pa občasno.«* Dva uporabnika sta sočasno uživala droge in zdravila: *»Bolj sem kombinirala skunk, metadon, substitol pa kakšna tableta.«* Osebe omenijo tudi sočasno uživanje drog in alkohola: *»Alkohol z metadonom, da ga je potenciral.«*

d) Tveganja, povezana z uživanjem

Dva uporabnika sta se zavedala posledic uživanja drog, ampak sta kljub temu nadaljevala z uživanjem: *»Zavedal sem se posledic, od sredine osnovne šole, so mi starši povedali, da to ni dobro in zakaj ne. Ampak sem nekako hotel sam sebi in njim dokazat, da meni se to ne more zgoditi, da bi zapadel v heroin in da bi moral it v komuno in imeti probleme. Potem pa odvisnost, razočaral sem sebe, družino in še marsikoga.«* En uporabnik kot posledico izpostavi samomorilske misli: *»Zaveš se samomorilnih misli, čim je bil alkohol zraven.«* Ena oseba omeni poslabšanje stanja zaradi uživanja drog: *»Pri drogah pa itak imaš par minut evforije, potem si pa še slabši, ko prej.«* Eden izmed sogovornikov meni, da se je zaradi uživanja drog pojavila depresija: *»Sumim, da se mi je depresija pojavila zaradi zlorabe droge, ker so bile take nenormalne spremembe razpoloženja.«* Spet drugi uporabnik pa meni, da je zasvojenost posledica uživanja drog: *»... problem je pri psihičnih motnjah, takrat ko sem droge jemal, me vsaj niso mučile, samo spet ni nikakršno življenje.«* Ena oseba kot posledico navede tudi izgubo spomina: *»Naslednji dan se nisem spomnil, kaj sem delal, čisto me je dol zbil.«*

Uživanje substanc je lahko hkrati tako posledica kot tudi vzrok psihopatoloških simptomov. Pri uporabnikih s primarno psihiatrično motnjo lahko uživanje substanc pomeni odgovor na

psihiatrično motnjo. V tem primeru imajo substance samoterapevtsko vlogo, in sicer lajšajo duševno stisko. Lahko pa se zgodi, da oseba s primarno motnjo uživanja substanc razvije sekundarne psihiatrične simptome v času zastrupitve ali odtegnitve (Tominec 2009: 92). Tudi Flaker (2002 b: 17) meni, da med zdravstvene posledice po prenehanju uživanja lahko pogojno štejemo tudi depresijo. To praviloma niso »klinične« depresije, temveč trenutna počutja.

4.2.8 Pomoč v stiski

a) Pomoč drugih oseb

Večina uporabnikov izpostavi podporo in pomoč skupine: *»Predvsem govoril sem o tem, tukaj, na skupinah. Tukaj je skupinsko zdravljenje, skupina ti je kot podpora.«* Hkrati sogovorniki poudarijo pomembnost pogovorov s terapevtko: *»Pogovori vsekakor, tukaj, z individualnimi pogovori recimo ...«* Ena oseba pove tudi, da se lahko zaupa prijateljem v društvu: *»V društvu imam kar nekaj takih oseb okoli sebe, ko jim lahko zaupam.«* Eden omeni tudi pomoč strokovnih delavcev: *»Ko sem imel željo, da bi šel domov, so bili vsi pripravljeni za pogovor, da rešimo situacijo. Tako da so pripravljeni pomagati tudi v takih primerih.«*

b) Aktivnosti

Ena oseba navede, da ji v stiski pomaga igranje kitare in družabnih iger: *»Takrat, ko se slabo počutim, grem igrat kitaro. Tudi družabne igre mi pomagajo, ko sem slabe volje.«* Omeni tudi branje knjig: *»Pa knjige, ful rada imam domišljjske knjige, za sprostitve, da malo odklopim.«* Drugemu uporabniku pa pomagajo razne športne aktivnosti: *»Grem vadit, telovadba in sprehod po gozdu, tek po gozdu.«*

c) Preusmerjanje misli

Ena izmed strategij, ki jo uporabljajo uporabniki, je preusmerjanje misli. Ena oseba navaja, da misli preusmeri na otroke: *»Pa slike od otrok imam na steni in v škatlici, ko mi veliko pomenijo.«* En uporabnik misli preusmeri na nekdanjo terapevtko, ki mu veliko pomeni: *»... vseč mi je moja bivša terapevтка, če se slabo počutim in imam neke slabe misli, vzamem njeno sliko ali pa na telefonu imam nek sms od nje posnet, samo da slišim njen glas ali karkoli je z njo povezano.«*

d) Spremembe v socialnih stikih

Glede socialnih stikov en uporabnik izrazi potrebo po umiku: *»Ko je kriza, se najraje se odmaknem, da igram sama. Se bolj sproščeno počutim, ko pa, če me en gleda zraven.«*

Ugotavljam, da so osebe skozi življenje razvile različne strategije premagovanja stisk. Ena od strategij je pomoč drugih oseb, predvsem v obliki pogovora. V času krize jim pomagajo tudi aktivnosti in preusmerjanje misli na osebe, ki jim veliko pomenijo. Ena strategija je tudi sprememba v socialnih stikih, in sicer umik v samoto. Flaker et al. (2008: 219) velik pomen pripisujejo dejavnostim prostega časa, ki uporabnikom omogočijo »pobeg od tega, kar je vsakdanje, kar morajo delati glede na uradne scenarije, vloge in naloge.«

4.2.9 Razmišljanje o samomoru in kaj sproži misel na samomor

Vse osebe so že razmišljale o samomoru.

a) Kaj sproži misel na samomor?

Uporabniki navajajo različne razloge, ki sprožijo misel na samomor. Dva uporabnika kot razlog navedeta vpliv bolezni: *»Tako da je bilo kar tri leta poskusov samomorov s prekomerno dozo droge, ampak nekako ni uspelo.«* Omenita tudi vpliv drog: *»Meni oče pravi, da sem imel te misli o samomoru, da naj bi mu govoril o tem, jaz pa se tega ne spomnim.«* Misel na samomor pri enem uporabniku sproži tudi brezizhodnost: *»Neka brezizhodnost, itak samo trpim oziroma sem sam, take misli.«* Ena oseba navede kar nekaj različnih razlogov, in sicer najprej nasilje s strani partnerja: *»... ko me ta fant zelo tepel, da sem si šla žile rezat.«* Sogovornica meni, da je s samomorom iskala pozornost: *»Ni mi bilo do tega, da bi umrla, iskala sem pozornost.«* Kot razlog omeni tudi stisko zaradi prostitucije ter občutek krivde, da so otroci v rejništvu: *»Nabralo se mi je neke krivde pa vsega in nisem hotela več tako živeti.«*

Med uporabniki psihiatrije je veliko samomorov. Samomor je pogosto prav rezultat uvida v svoj dejanski položaj, spoznanja, da nimaš več nobene možnosti, da bi živel človeka vredno življenje. Ljudje spoznajo, da se razmere, v katerih so prisiljeni živeti in na katere ne morejo vplivati, ne bodo spremenile (Švab 1999: 32). Iz pripovedi oseb ugotavljam, da so razlogi, zaradi katerih se odločijo za smrt, predvsem vpliv bolezni in drog, nasilje ter občutek brezizhodnosti.

4.3 OCENA TVEGANJ

4.3.1 Varnost v okolju

a) Varnost v društvu

Vsi uporabniki se v društvu trenutno počutijo varno, so pa tudi izjeme. Dva uporabnika navajata, da se nista počutila varno, ko je eden izmed souporabnikov prinesel drogo v program: *»Pridejo tudi dnevi, mislim, kakšne izjeme, ko kdo kaj prinese, ampak se hitro opazi.«* Tudi druga oseba pove: *»Ker je bila droga v hiši, en uporabnik jo je prinesel iz izhoda, ko je šel pospravljat, jo je našel in se zadel.«* Dve osebi izpostavita tudi ogroženost v primeru agresivnih souporabnikov: *»Pa potem tukaj prejšnjič so bili nekateri malo preveč impulzivni, agresivni, sicer samo verbalno.«*

b) Varnost doma

V domačem okolju se dve osebi počutita varno: *»... nikoli v mojem stanovanju ni alkohola in sem noter varen.«* Tri osebe pa navajajo občutek ogroženosti. Ena oseba kot razlog omeni nasilne partnerje: *»Pač pri takih fantih, ko so bili ful ljubosumni in nasilni, pa sem mislila, da sem varna, pa nisem bila.«* Omeni tudi ogroženost v lastnem stanovanju zaradi zasvojenosti sosedu: *»Potem še ta sosed, ko se drogira, to meni ne daje občutka varnosti.«* Ena oseba se doma počuti ogroženo zaradi dolgov, ki so povezani z drogo. Dve osebi izrazita željo po menjavi okolja: *»Doma mi pa ni, ker je tam središče vsega, kjer sem se drogiral. Mi je bolj varno, da grem k očetu.«*

Ugotavljam, da se večina oseb v domačem okolju ne počuti varno in z menjavo okolja želi doseči dokončno prekinitev s preteklim življenjem. Selitev je lahko hkrati izguba in priložnost. Želimo si nov začetek, hkrati pa izgubimo tisto, kar je bil naš dom, ne moremo se vrniti v prostor, na katerega smo se navezali in je del naše identitete. V vsakem primeru pa selitev povzroči nujno delo z vzpostavljanjem novega prostora in naše udomačevanje v tem prostoru (Grebenc in Šabić 2013: 120).

4.3.2 Osebna izkušnja nasilja in izvajanje nasilja nad drugimi

a) Izkušnja nasilja in povzročitelji nasilja

Vsi uporabniki so bili v preteklosti žrtve nasilja. Vse osebe so nasilje doživele v družini, dve osebi pa tudi s strani preprodajalcev.

Ena oseba pove, da je nasilje doživljala v otroštvu, in sicer s strani očima. Druga oseba omeni nasilje s strani očeta: *»Oče, že od majhnega, sem ful klečala. Pa tudi dostikrat me je udaril, ful je bilo tudi psihičnega nasilja.«* Pa tudi s strani brata: *»Ko je mami šla, se je tudi bratu odpeljalo in me je začel pretepat.«* Sogovornica omeni tudi nasilne partnerje: *»Tudi fant me je, ampak je*

bila drugačna vrsta nasilja. Pri njemu sem imela občutek, da si zaslužim.» En uporabnik pove za nasilje s strani matere: »Mati se je drla, če temu rečem nasilje. Mati se celo življenje že dere neki, na mene, očeta, ampak pri njej si vedno vedel, pač dere se.« Dva sogovornika omenita nasilje s strani preprodajalcev: »Seveda sem imel neke posle z nasilneži, sem naletel na njih, so me razbili.« Tudi drugi pove: »Je bilo pa zaradi teh dolgov, s kakšnim dilerjem ...«

b) Kako ste bili nasilni in žrtve nasilja?

Dva izmed petih sogovornikov sta izvajala nasilje nad drugimi. Žrtve nasilja so bili drugi sovrstniki, partner in starši.

Ena oseba navaja fizično nasilje do drugih vrstnikov: *»Rad sem se tepel, ni se me bilo strah. Jaz pa še kolega sva naletela na enega Štajerca in kolega je malo ven padel in ga je na nos, jaz sem ga pa z nogo v glavo.«* Druga oseba pove za fizično in psihično nasilje do očeta: *»Ja, očetu sem potem vrnila. Takrat sem ga ful zbrcala, ful se mi je odpeljalo. Zjutraj pred prvim »jointom« sem imela ful izpade, kot da bi bil moja vreča. Bila sem tudi psihično nasilna do njega, ful sem ga žalila. Krivila sem ga za to, ker je mami šla.«* Sogovornica pove tudi za psihično nasilje do partnerja: *»Do drugega fanta sem bila tudi bolj psihično, žalitve pa grožnje.«* Omeni tudi psihično nasilje do matere: *»Pa do mami sem tudi bila psihično nasilna, ko nas je zapustila.«*

Ugotavljam, da so uporabniki pogostejše žrtve nasilja kot storilci. Vito Flaker (1993: 77) v raziskovalnem poročilu Droge in nasilje pravi, da so »večinoma uživalci vpleteni v situacije nasilja kot žrtve, v manjši meri pa tudi kot akterji oziroma vršilci nasilja.« Z nasiljem se vzdržuje razmerje moči, nasilje je oblika nadzora na ilegalnem trgu. Odjemalci nasilje in pretepanje vidijo kot način discipliniranja strank, kot nekaj upravičenega (Flaker 2002 b: 137).

4.4 OCENA SLUŽB

4.4.1 Odnosi s strokovnjaki

Vsi uporabniki so odnose s strokovnimi delavci v društvu ocenili kot dobre. Trije uporabniki izpostavijo zaupen odnos: *»Še mami nisem včasih toliko povedal, kot povem nje.«* Dva uporabnika omenita tudi podporo strokovnih delavcev glede usmerjanja: *»Tu sem dobil največ pomoči v zvezi z usmerjanjem ...«* Uporabnika povesta, da so strokovni delavci v primeru težav vedno na razpolago: *»... vedno so mi stali ob strani, videli so napredek.«* Ena oseba izrazi tudi zadovoljstvo s terapevtko. Eden izmed sogovornikov meni, da so delavci strokovno podkovani:

»Tukaj v projektu imajo dosti znanja ...« En uporabnik pove, da ima s terapevtko starševski odnos: »Ona mi je kot druga mama, ona me pozna že dve leti.« Omeni tudi, da strokovni delavci znajo prisluhniti: »Ko enkrat padeš v tako debato, marsikaj poveš, lažje je.«

Socialni delavci in delavke morajo biti osebno dostopni in delovati v vsakdanjih situacijah. Odnosi, ki presegajo zgolj delovne vloge, ne prispevajo le k boljšemu počutju in razumevanju med uporabniki in osebjem, temveč omogočijo tudi pomembne navezave, ki okrepijo posameznika in mu dajejo voljo za spopadanje s težavami (Flaker et al. 2008: 323–324). Rapoša Tajnšek (2007: 9) govori o partnerskem odnosu med socialnim delavcem in uporabnikom, ki predpostavlja sodelovanje, bolj aktivno vlogo in večji vpliv uporabnika pri soustvarjanju rešitev in upošteva znanje uporabnikov kot ekspertov življenja.

4.4.2 Stiki z zdravstvenimi organizacijami in zadovoljstvo z njimi

Vse osebe imajo osebne zdravnika in terapevtko v društvu. Štiri osebe imajo psihiatra, ena oseba pa ima tudi pulmologa. Vsi sogovorniki so zadovoljni z zdravstvenimi storitvami, s katerimi so trenutno v stiku.

4.4.3 Iskanje pomoči v zvezi z zdravljenjem

Dve osebi povesta, da v zvezi z zdravljenjem nista iskali pomoči, ampak sta si pomagali sami. Druge osebe pa so največ pomoči dobile od socialnih služb. Na drugem mestu so službe na področju medicine, nato pa nevladne organizacije.

a) Socialne službe

Ena oseba navaja materinski dom, varno hišo in center za socialno delo. Dve osebi sta pomoč iskali v centru za reintegracijo. Druga oseba pa omeni zavod za zaposlovanje in zaposlitveni center Zarja.

b) Službe na področju medicine

Ena oseba je pomoč iskala tudi v metadonskem centru. Druga oseba pa je pomoč poiskala pri psihiatru.

c) Nevladne organizacije

Ena izmed sogovornic pove, da je pomoč pri zdravljenju že večkrat iskala v društvu Pelikan.

Ugotavljam, da so sogovorniki pogosto vpleteni v kompleksno mrežo služb, kar Flaker et al. (2008: 339) opredeljujejo kot fenomen kukavičjega jajca, ki si ga podajajo različne službe in ima dve razsežnosti: lahko si ga podajajo službe v časovnem sosledju ali pa si ga podajajo v prostoru, ki ga različne službe oblikujejo okoli posameznika. Tako posamezniki »postanejo dolgotrajni uporabniki različnih služb (pojav vrtljivih vrat) in imajo veliko težav v vsakdanjem življenju« (Grebenc in Kvaternik 2008: 130).

4.4.4 Nameščenost v instituciji in obravnava

Tri osebe so bile nameščene v psihiatrično bolnišnico in v komuno. Dve osebi sta bili v centru za detoksikacijo. Osebe so omenile tudi zapor, kliniko Golnik, klinični center in rehabilitacijski inštitut Soča.

a) Obravnava v zaporu

Uporabnik pove, da v zaporu ni imel podpore strokovnih delavcev: *»In sem se v bistvu mogel na pol sam izolirat od okolice oziroma od droge, tako da mi je bilo malo težje.«*

b) Obravnava v psihiatrični bolnišnici

Oseba, ki je bila v psihiatrični bolnišnici, omeni dolgotrajno in večkratno hospitalizacijo: *»... vsega skupaj pa ne vem, od 8- do 10-krat. Nazadnje, ko sem bil tam, sem bil kar ene pol leta.«* En uporabnik pove, da v psihiatrični bolnišnici niso upoštevali njegovega mnenja. Imel je občutek, da mu zdravnik predpisuje prevelike količine zdravil: *»... ne toliko z zdravili, ker je res neprijetno. Si potem ko zombi tam, še sam za sebe nisem vedel.«* Navede tudi, da so bila zdravila kot kazen: *»Ko sem bil vesel ali pa kaj, so mi pa že povišali dozo.«*

c) Obravnava v komuni

Oseba, ki je bila v komuni, pove, da ni imela podpore strokovnih delavcev, ampak zgolj podporo nekdanjih odvisnikov: *»V komuni ni kakšnih strokovnih delavcev, so sami odvisniki in bivši odvisniki, da si dajejo podporo in nasvete pa karkoli. Odvisno je od tebe, kaj delaš in kako delaš.«* Dve osebi menita, da je preveč poudarka na delu: *»V komuni pa v bistvu samo to, delo te bo rešilo, če boš delal, ne boš razmišljal o traparijah, ne boš imel niti časa se zadevat.«* En uporabnik izrazi željo po bolj življenjskem urniku v komunah.

d) Obravnava v centru za detoksikacijo

Glede centra za detoksikacijo oseba pove, da je vedno dobila podporo s strani strokovnih delavcev: *»Od detoksa zelo, so mi res stali ob strani, vseh teh 5 ali 6 let, odkar hodim tja. Vsakič, ko je bila stiska, sem pobegnila, ampak sem vsakič prišla nazaj in so me spet sprejeli.«* Ena oseba pa izpostavi problem, da je zdravljenje v centru za detoksikacijo prekratko.

Iz pripovedi sklepam, da so imele osebe z zaporom, psihiatrično bolnišnico in komuno v večini slabe izkušnje, center za detoksikacijo pa opredelijo kot pozitivno izkušnjo. Cilj zaporov je kaznovanje in prevzgoja. Zdi se, da so zapori pri uživalcih drog bolj uspešni pri prvi nalogi, manj pa pri drugi (Flaker 2002 b: 234). Funkcija zdravil v psihiatričnih bolnišnicah je, da ljudi naredijo poslušne. Pretirane količine zdravil osebo omamijo, da začne izgubljati zavest in razsodnost, ki ji je še ostala. Od tod v veliki meri izvira občutek večine uporabnikov, da so *»zares«* znoreli šele v bolnišnici (Lamovec 1998: 30–31). Značilnost komun je, da nekdanjemu uživalcu zapolnijo čas in ga zaposlijo z delom. Ti terapevtski prijemi so trdi in neizprosni, zato večinoma ljudje vsaj deloma dojemajo komuno kot hudo izkušnjo (Flaker 2002 b: 198–199). Tudi Flaker (2002 b: 190–191) ugotavlja, da je *»osebje na detoksu dobro in da zelo dobro razume probleme uživalcev.«* Avtor pove, da je detoksikacijo v ozkem pomenu besede možno razumeti kot razstrupljanje ali pa kot detoksikacijo, ki je začetek življenja brez drog. V drugem se skriva moralizem, ki vse poskuse, ki niso kronani z abstinenco, obsoja kot neuspešne.

4.5 ŽELJE IN POTREBE

4.5.1 Pomembnosti v življenju

Trem osebam so najpomembnejši prijatelji: *»Da si razširim socialno mrežo, sam morem biti tudi socialno bolj aktiven.«* Uporabniki kot pomembne osebe v življenju navajajo partnerko, otroke in družino. Za eno osebo so pomembni hobiji in tudi abstinenca: *»Glavna želja je, da se znam upret zasvojenosti in kakršnemkoli stiku z drogo ali pa alkoholom.«* Eden izmed uporabnikov pa izrazi željo po vzpostavljanju novih odnosov.

Ustvarjanje novih stikov je hkrati spodbuda in ovira za boljše življenje. Vzpostavljanje stikov zunaj uživalskih krogov je nujni in težavni del rehabilitacije in začetka življenja brez droge. Stiki so koristni, če aktivno pomagajo vzdrževati abstinenco in uživalcem pomagajo v kriznih situacijah. Spremenjeni odnosi in spremenjeni življenjski slog prinesejo tudi nov pogled na prijatelje, odprejo nove možnosti za vzpostavljanje stikov in tudi za njihovo vzdrževanje (Flaker 2002 a: 159–160).

4.5.2 Pogled na prihodnost

Večina uporabnikov si v prihodnosti želi zaposlitve in stanovanja: *»Imet en normalen vir dohodkov, ne denar, vir dohodkov, da znaš nekaj delat.«* Dve osebi imata željo po novi socialni mreži: *»... glavni problem mi je to, kako bom v prihodnosti programa, da si ustvarim neko novo socialno mrežo, nove prijatelje.«* Osebe izrazijo željo po normalnem življenju, ljubezni, partnerki in družini. Ena oseba pove, da še naprej planira ostati v programu. En uporabnik želi začeti opravljati prostovoljno delo: *»Zanima me neko prostovoljno delo, ampak bi delal za vikend, da bi si zapolnil še te vikende.«* Dva uporabnika si želita dokončati šolanje: *»... ko imaš samostojne izhode, lahko začneš razmišljati tudi v tej smeri, da dokončaš šolo ali pa začeti kaj novega.«* Ena oseba si želi v prihodnosti delati z otroki: *»Veseli me tudi to ustvarjanje, da bi delala z otroki s posebnimi potrebami.«* Izražena želja s strani enega uporabnika je tudi izpit za avto.

Ugotavljam, da je večina sogovornikov na prvo mesto postavila potrebo po zaposlitvi, kar bi jim omogočilo najem stanovanja in povečanje dohodka. Flaker (2002 b: 246) meni, da je *»zaposlitev eden izmed pogojev vključevanja v normalno družbo.«* Tudi stiki z drugimi so v vsakdanjem življenju ljudi zelo pomembni. Potreba po druženju je ena od temeljnih človekovih potreb. Podobno kot stanovanjska stiska tudi stiska, povezana s potrebo po druženju, še povečuje njihovo osebno stisko (Flaker et al. 2008: 304).

4.5.3 Možnosti zaposlitve

Tri osebe možnosti zaposlitve ocenjujejo kot slabe, dve osebi pa kot dobre.

a) Dobre možnosti zaposlitve

Dva uporabnika povesta, da se lahko zaposlita pri bratu: *»Moj brat ima s. p., imam možnost pri njemu se v pisarni zaposlit, če končam ekonomsko šolo.«* Ena oseba kot rešitev glede zaposlitve navaja samozaposlitev: *»Jaz si bom našel nek samostojen poklic, samozaposlen bom. Glih zaradi tega so te zaposlitve idealne, zaradi mene lahko ve cela Slovenija, še zmeraj bodo oni rabili sliko ali pa črke sklesat.«* Eden izmed sogovornikov omeni tudi podporo očeta: *»V bistvu bom dobil zelo veliko podporo od očeta, on je policist, ampak pozna dosti ljudi.«*

b) Slabe možnosti zaposlitve

Ena oseba navaja nezmožnost za delo: *»... kaj fizičnega delat ne bo šlo več. Niti ne razmišljam ne več o tem. Sem pa to zelo težko sprejel, da nikoli več ne bom mogel delat.«* Druga oseba pa

omeni nezmožnost zaposlitve za polni delovni čas: »*Glede na to, da sem imel poškodbo glave, noge, ne vem, ali bom sposoben stat osem ur na nogah, to me otežuje pri iskanju poklica.*«

»Delo izboljšuje duševno zdravje, možnosti za nadzor nad življenjem in omogoči veljaven družbeni položaj. Večina ljudi z duševnimi motnjami želi delati« (Švab 2009: 45). Tudi Flaker et al. (2008: 143) navajajo, da je zaposlitev eden osnovnih statusov, ki nam daje pravice, ugled in mesto v družbi. V vsakdanjem življenju je delovno mesto tudi eno od osnovnih okolij, ki nam organizira življenje, pojmovanje o sebi in celotno življenjsko izkušnjo. Iz pripovedi ugotavljam, da osebe želijo delati in pridobiti izkušnje z delom. »Vendar obstoječi sistem pomoči ne spodbuja dejavnosti in zaposlovanja in ljudi z dolgotrajnimi stiskami potiska v začaran krog brezdelja« (Flaker et al. 2008: 143).

Delo zagotavlja trdnost v življenju, odsotnost dela pa nelagodja in stiske. Delo nam strukturira čas in ustvarja življenjski ritem, hkrati pa ustvarja krog prijateljev in daje občutek, da v življenju delamo kaj koristnega in smiselnega. Ljudje zaradi telesnih ali drugih nezmožnosti potrebujejo zelo raznovrstne možnosti zaposlitve tako po trajanju kot po zahtevnosti del. V večini so zmožni opravljati le enostavna in nezahtevna dela (Flaker et al. 2008: 148–153). Švab (2009: 47) meni, da te osebe potrebujejo prilagodljiv delovni čas in pomoč na delovnem mestu. Potrebna je torej organizacijska kultura, ki podpira duševno zdravje, spoštuje različnost in nudi oporo v procesu okrevanja.

4.5.4 Potrebe za boljše življenje

Ena oseba izpostavi potrebo po višjem dohodku. Dve osebi si želita novo socialno mrežo: »*Novo, trezno družbo. En krog zdrave družbe.*« Izrazi se tudi potreba po partnerki in po uspešnem zdravljenju. Ena oseba si želi tudi več stikov z družino. Dve osebi omenita potrebo po podpori strokovnih delavcev in souporabnikov. En uporabnik pa si trenutno želi tudi več prostega časa.

Flaker (2002 b: 236) navaja, da pri tem ne gre le za spremembe življenjskega standarda oseb, se pravi stanovanje, denar, zaposlenost, stiki z okoljem in smiselno porabo prostega časa, ampak za kariero in vlogo, ki sta pomembni, saj integrirata razne vidike človekovega bivanja v družbi. Pomembno je, da službe posamezniku omogočijo povečanje zmožnosti za prevzemanje večjega števila vlog, za napredovanje v karieri.

4.5.5 Kaj cenite pri drugih?

Osebam največ pomeni sočutje drugih in občutek sprejetosti ne glede na njihovo preteklost: *»Da te sprejmejo takega, kot si, z napakami, ne glede na preteklost.«* Kot pomembno navajajo tudi iskrenost in spoštovanje v odnosu z drugimi: *»Iskrenost, da se ne prekriva, da se pove v obraz, da ni opravljanja.«* Pove tudi: *»... čeprav sem se prodajala, se vseeno lahko do mene pokaže spoštovanje.«* Ena oseba ceni kritičnost skupine: *»Mogoče tudi ta kritičnost, da so me na skupini soočili s tem, zakaj ne pišem počutja, dnevnikov in tako dalje.«* Ena oseba ceni tudi podporo družine.

Iz pripovedi uporabnikov ugotavljam, da je spoštovanje in sprejetost njihove nalepke bistvena komponenta. Počutijo se odrinjene in zapostavljene, ker so bili po raznih zavodih in ustanovah (zlasti v psihiatričnih bolnišnicah). Velikokrat jih drugi vidijo kot bolnike, norce in zasvojence, včasih kljub temu, da so uradno ozdravljeni (Flaker et al. 2008: 335).

4.5.6 Spremembe v okolju za večji občutek sprejetosti

Dve osebi ne želita, da okolica izve za njuno stigmo: *»Nočem, da ljudje vedo, kakšne probleme sem imel. To je preteklost, to je del mene, ki bi ga rad pozabil.«* Ena oseba si želi večjo sprejetost s strani družine: *»Doma to, da bi brat sprejel, da odvisnost ni kar nekaj, da je ena motnja, bolezen ali kakorkoli.«* Omeni tudi, da se želi soočiti s svojo preteklostjo: *»... da bi dobila samospoštovanje in da bi sprejela preteklost.«* Izrazi se želja po stanovanju in zaposlitvi: *»... iskanje stanovanja in mogoče preko kakšne veze dobiti delovno mesto, če že ne drugega.«* Ena oseba pove, da ne želi nazaj v domače okolje: *»In se je težko vrniti nazaj in bit drugi človek.«* Dve osebi trenutno ne potrebujeta sprememb v okolju za večji občutek sprejetosti.

»Ko gre za »duševno bolezen« ali zdravljenje zasvojenosti, je odmikanje od prejšnjih rutin včasih nujno, saj le tako človek lahko opusti prejšnji način življenja in vzpostavlja trdne nadomestne rutine« (Grebenc in Šabić 2013: 128). Flaker et al. (2008: 71) menijo, da zapletene situacije negotovosti, stigmatizacije in obtoževanja vnašajo negotovost glede posameznikovega statusa. Ljudje se bojijo, da jih bodo drugi zaradi novega statusa obsojali. Bojijo se izgube socialne mreže, da bodo morali zapustiti dom, da bodo zaradi bolezni nesposobni za delo, bojijo se izgube samozavesti in zaupanja vase.

4.6 POZNAVANJE VSAKDANJEGA ŽIVLJENJA UPORABNIKOV

4.6.1 Opredelitev uporabnikov z »dvojno diagnozo«

Ena oseba pove, da imajo uporabniki diagnozo postavljeno že ob vstopu v program: »... *diagnozo postavljeno že nekje od prej ali pa so bili že prej v kakšni obravnavi.*« Dve osebi navajata, da je diagnoza opredeljena preko psihiatričnih izvidov: »... *imajo diagnozo od psihiatra oziroma so bili hospitalizirani.*« Ena oseba omeni tudi, da uporabniki s psihiatrije večinoma pridejo z zelo neoblikovano diagnozo. Kot problem izpostavi, da ne vedo, ali gre za primarno ali sekundarno motnjo: »Ali gre za *posledico drogiranja ali je primarna motnja, tukaj se vedno lovimo.*« Dve osebi povesta, da v programu nimajo vsi uporabniki »dvojne diagnoze«, včasih je to ocena delavcev: »... *opazuje, kako delujejo v skupini in se v tem času naredi usmerjena anamneza.*«

Postaviti točno diagnozo je izredno pomembno, vendar ni dovolj. S tem, ko »bolnika« umestimo v neko kategorijo, tvegamo, da zanemarimo pomembnost osebne izkušnje, osebno doživljanje, vlogo, ki jo imajo simptomi in odnos z okolico. Določitev diagnoze v procesu zdravljenja je po navadi odločilni trenutek, ki bistveno vpliva na spremembo samopodobe in s tem na nadaljnji potek kariere uživalca ter »bolnika« (Tominec 2015: 287).

4.6.2 Problemi in potrebe ljudi z »dvojno diagnozo«

a) Problemi

Ena oseba izpostavi problem večkratne obravnave: »*Veliko je takih, ko so tukaj že drugič ali celo tretjič.*« Druga oseba pove, da uporabniki ne poznajo ali ne sprejmejo svoje diagnoze: »*Nekateri težko sprejemajo to, da imajo duševno motnjo, ali sploh ne vedo, kaj to pomeni.*« Omeni se tudi problem težje zaposlitve: »... *niso zmožni enega običajnega osemurnega delavnika in tega, kar je s tem povezano.*«

b) Potrebe

Oseba kot potrebo izpostavi ločen program za ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«: »... *prenaporno, da bivajo skupaj z drugimi uporabniki, ki nimajo 'dvojne diagnoze'.* Čisto drugače strukturiran, ločene enote, drugačna struktura.« Dve osebi navedeta potrebo po zaposlenem psihiatru. Ena oseba izpostavi potrpežljivost pri delu z uporabniki. Vse tri osebe pa poudarijo individualno obravnavo: »*Z njimi delam še malo bolj počasi, glede na to, kaj v tistem trenutku zmorejo in česa ne zmorejo.*« Omenijo tudi dodatne prilagoditve pri delu z uporabniki: »... *druge prilagoditve v smislu teh pričakovanj in zahtevnosti. Imajo malo bolj ohlapno strukturo glede pravil, dogovorov, imajo več možnosti ponavljanja.*«

Sklepam, da je pri delu z uporabniki največkrat izražena potreba po individualiziranem pristopu. Tako ima uporabnik v celotnem procesu oblikovanja pomoči vpliv in zadnjo besedo nad prejeto pomočjo (Škerjanc 2010: 187). Flaker et al. (2008: 15) menijo, da »načrtovanje storitev v tem primeru izhaja iz posameznikove ocene potreb po storitvah, s katerimi bo uresničeval svoje življenjske cilje in izboljšal kakovost svojega življenja.«

4.7 PRISTOPI IN METODE DELA ZA VKLJUČEVANJE UPORABNIKOV

4.7.1 Problemi in potrebe uporabnikov, s katerimi se obračajo na delavce

a) Problemi

Ena oseba izpostavi, da se uporabniki obračajo na njih, kadar potrebujejo pomoč pri organizacijskih zadevah: *»... se obračajo z nekimi organizacijskimi zadevami, urejanje socialne podpore, finančnem planu, dolgovi.«* Omeni tudi, da je delo z njimi usmerjeno v prepoznavanje njihovih potreb. Ena oseba pove, da potrebujejo njihovo pomoč pri osebnostnih in družinskih problemih: *»... problemi na različnih nivojih, imajo osebnostne in družinske – nasilje v družini, občutek nevednosti, nezaupanje, v družini že zasvojene osebe.«*

b) Potrebe

Oseba izpostavi potrebo po večjem individualnem delu. Ena oseba omeni tudi potrebo po pozornosti, pomoč pri vsakodnevnom reševanju problemov in potrebo po usmerjanju. Poudari tudi potrebo po pogovoru: *»... potrebo po pogovoru, ko imajo težek dan, ko jim kaj ni jasno.«* Kot potrebo ena oseba navaja tudi učenje komunikacije: *»... kako se pogovarjati, neka osnovna komunikacija, ko si trezen.«* Na njih se obrnejo tudi, ko imajo željo po spremembi ali željo po normalnem življenju.

Ugotavljam, da si uporabniki s pomočjo strokovnih delavcev želijo izboljšati kakovost življenja. Rapoša Tajnšek (2007: 7) meni, da si uporabniki želijo različna sredstva in pripomočke, ki jih potrebujejo za samostojno življenje, zagotoviti si želijo nove in dopolnjene storitve, povečati si želijo vpliv in kontrolo nad lastnim življenjem.

4.7.2 Pri katerih problemih in potrebah jim delavci lahko pomagajo?

a) Problemi

Ena oseba izpostavi problem reintegracije nazaj v družbo.

b) Potrebe

Ena oseba poudari vzpostavljanje stikov: *»... vzpostavljanje stikov s svojci, vzpostavljanje zdravih odnosov.«* Dve osebi izpostavita potrebo po samostojnem življenju: *»... da oseba postane samostojna, odrasla in neodvisna.«* Ena oseba navede pomoč v stiski: *»... da se znajo obrnit na nas ali koga drugega, ko so v stiski.«* Pove tudi za redne obiske pri psihiatru. Ena oseba izpostavi tudi pomembnost načrta za prihodnost: *»... vrnitev nazaj v življenje, se pravi zaposlitveni načrt, pošiljanje prošenj, kje bodo živeli.«* Omeni se tudi potreba po usmerjanju: *»Mi ne delamo stvari namesto osebe, jih pa usmerjamo, kje si lahko poiščejo pomoč.«* Za druženje z njimi aktivirajo tudi prostovoljce. Oseba navede tudi potrebo po podpori: *»Mi jim damo podporo, da si oni sami potem to poskušajo urediti.«*

Ugotavljam, da so strokovni delavci in uporabniki fokusirani na konkretne načrte za prihodnost. Flaker et al. (2008: 351–357) navajajo, da ljudje z dolgotrajnimi stiskami, ki se želijo osamosvojiti in postaviti na noge, potrebujejo stanovanje in podporo pri samostojnem življenju, kar pomeni samostojnost pri odločanju in urejanju svojega življenja in s tem tudi osebno veljavo in manjšo stigmatizacijo.

Pomembno vlogo pri tem pa odigrajo tudi prostovoljci, ki so za uporabnika pomemben in v večini primerov cenjen stik (Flaker et al. 2008: 307). *»Iz tega izhaja, da so prostovoljci velikokrat bolj uspešni, ker imajo bolj poglobljen odnos in vidijo posamične ljudi in ne tipov«* (Flaker 2002 b: 240).

4.7.3 V katerih primerih se uporabniki ponovno vračajo po pomoč?

Vse tri osebe povedo, da se uporabniki v program ponovno vrnejo v primeru zdrsa/recidiva. Dve osebi izpostavita, da se vrnejo, kadar potrebujejo podporo in svetovanje: *»Lahko ima pogovore, pa samo s pomočjo pogovorov razrešuje situacije in dobi podporo za naprej.«* Vrnejo se tudi zaradi želje po individualnih pogovorih. Ena oseba navede, da se v program ponovno vrnejo takrat, ko se znajdejo v stiski in potrebujejo pomoč. Omenijo pa tudi problem nerazčiščenih tem: *»Razlogi so mogoče neke čisto nerazčiščene teme, ko jih niso predelali, ali z družino ali partnerski odnosi ali odnos do alkohola.«*

Ugotavljam, da ko ljudje zaključijo zdravljenje, potrebujejo še nadaljnjo pomoč pri vzdrževanju abstinence. Tudi Flaker (2002 a: 233) omeni pomembnost ljudi, ki ti stojijo ob strani in različne dejavnosti, ki uživalcu zapolnijo čas, vzbudijo interese, krepijo samozavest, omogočijo stike z

drugimi ljudmi in razne družbene vloge. Tako posamezniku omogočajo, da postane še marsikaj drugega in prebrodi prepad med uživalcem in neuživalcem.

4.8 POTREBE UPORABNIKOV GLEDE RAZVOJA PROGRAMA

4.8.1 Problemi in potrebe, pri katerih jim v društvu ne morejo pomagati

a) Problemi

Dve osebi kot problem izpostavita pojav »vrtljivih vrat«: *»Enega fanta smo preusmerili nazaj na psihiatrijo, ker je bila njegova problematika zelo težka.«* Ena oseba omeni tudi problem nemotiviranosti in neiskrenosti uporabnikov: *»... nekdo v osnovi ni dovolj motiviran ali ne dela iskreno, nima smisla, ker mu ne moremo pomagati.«* Problem pri reintegraciji nazaj v okolje jim predstavlja problem stanovanja, dohodka, službe in socialne mreže: *»... ampak si morajo oni sami poiskati prijatelje, mi jim ne moremo uredit socialne mreže.«*

b) Potrebe

Potreba, ki jo navede ena oseba, je želja po neprofitnem stanovanju za osebe, ki so dolgotrajno nezaposljive: *»Prizadevamo si, da bi dobili tukaj od stanovanjskega sklada eno neprofitno stanovanje, kjer bi lahko bivale osebe, ki so dolgotrajno nezaposljive. Ampak mi nimamo nič takšnega.«*

Ugotavljam, da največji problem predstavlja reintegracija nazaj v okolje, kjer je odločilna kvaliteta in ustreznost pomoči, ki so je uporabniki deležni. Treba je delati na razvijanju in krepitvi sposobnosti in virov, s katerimi oseba razpolaga. Pomembna je tudi skrbno organizirana pomoč pri iskanju zaposlitve in pri reševanju stanovanjskega vprašanja. V primerih z zapletenimi zdravstvenimi in psihosocialnimi problematikami ni vedno možno, da se doseže zadovoljiva samostojnost, kar bi predstavljalo pogoj za uspešno ponovno vključitev v družbo (Tominec 2015: 289–290).

Možnosti, da pride človek z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju sam do stanovanja, so praktično nične. Kar potrebujemo, je stanovanjski fond, ki bo namenjen ljudem s potrebami po dolgotrajni oskrbi, in olajšan dostop do stanovanja (na primer spremenjen sistem točkovanja za pridobitev socialnega stanovanja) (Flaker et al. 2008: 351–352).

4.8.2 Rešitve za probleme in potrebe, ki presegajo storitve

Vse osebe povedo, da ne morejo pokriti vseh področij, ker so za to specializirane tudi druge ustanove in jih potem usmerijo tja. Kot primer ena oseba navaja usmeritev v društvo Pelikan: *»Ena izmed možnosti je, da se jih usmerja v društvo Pelikan, ki imajo čisto ločen program za 'dvojne diagnoze', ki je manj naporen.«* Izpostavijo tudi pogovor z uporabnikom, timsko delo in sodelovanje s celotno družino, ki je ves čas vzporedno vključena.

Tominec (2015: 282) navaja, da nimamo posebnih ustanov ali programov zdravljenja, namenjenih obravnavi dvojne problematike. Osebe so večkrat vključene v razne programe zdravljenja zasvojenosti ali hospitalizirane na oddelkih za duševno zdravje in v obravnavi psihiatričnih služb. Izhod iz labirinta pomeni najti v danem trenutku za osebo najbolj ustrezen program zdravljenja.

4.9 SODELOVANJE Z DRUGIMI SLUŽBAMI

4.9.1 Sodelovanje z drugimi službami pri iskanju rešitev

Osebe povedo, da sodelujejo z zdravstvenimi ustanovami, socialnimi službami in različnimi nevladnimi ustanovami. V okviru zdravstva sodelujejo s psihiatri uporabnikov, psihiatrično bolnišnico, centrom za detoksikacijo in drugimi zdravstvenimi službami. Preko socialnih služb sodelujejo s centri za socialno delo, zavodi za zaposlovanje in centri za reintegracijo. Pri nevladnih organizacijah pa izpostavijo društvo Pelikan, društvo za nenasilno komunikacijo in druge organizacije, v katerih uporabniki opravljajo prostovoljno delo.

Zdravljenje in pomoč ljudem s kompleksno problematiko zahtevata sodelovanje različnih strok in različnih služb. Z vzpostavljanjem bolj tesnega sodelovanja med ustanovami za zdravljenje odvisnosti, socialnimi organizacijami in društvi, ki uporabnika spremljajo ter odpirajo pri samem procesu ponovnega vključevanja nazaj v družbo, smo na poti do večjih možnosti za boljše rezultate (Tominec 2015: 290).

4.10 ODNOSI IN STALIŠČA DO UPORABNIKOV

4.10.1 Odnosi z uporabniki

a) Pozitivni vidiki odnosa

Strokovni delavci imajo dobre odnose z uporabniki. Dve osebi navajata, da so strokovni delavci velikokrat v vlogi staršev: *»Vedno sta dve vlogi, podobno kot pri starševstvu.«* Osebi omenita tudi vlogo vzgojitelja: *»Na eni strani je, ko usmerjaš in postavljaš meje, ko si v vlogi vzgojitelja.«* Ena oseba izpostavi človeški odnos in dostopnost: *»... po drugi strani pa, da si*

dovolj dostopen, da se lahko pogovarjaš o ozadih, kaj pa dejansko doživlja.» Omeni tudi, da imajo uporabniki možnost, da izrazijo jezo in nezadovoljstvo: »*Pomembno je, da imajo možnost tudi povedati, da so jezni in da znajo ravnati s svojo impulzivnostjo.*» Ena oseba pove tudi, da so kot družina, odnos temelji na iskrenosti in odgovornosti delavcev: »*Pri konfliktih in sporih se mi zdi predvsem pomembno, da mi kot delavci zmoremo s tem, da prevzamemo svoj del odgovornosti.*» Izpostavijo, da gre za profesionalen terapevtski odnos, kjer vlada obojestransko spoštovanje.

b) Negativni vidiki odnosa

Ena oseba izpostavi občasne konflikte in manipulacije s strani uporabnikov: »*Zelo pa je odvisno od posameznika, ker imajo ene osebe pogosto vedenje, da radi manipulirajo, da pridejo do svoje volje.*»

Ugotavljam, da imajo strokovni delavci z uporabniki poglobljen odnos, ki temelji na zaupanju, iskrenosti in spoštovanju. Strokovnjaki so uporabnikom vedno na razpolago, znajo prisluhniti, jih razumejo in so do njih strpni. Kot ugotavlja Flaker (2002 b: 251), si uporabniki želijo, da bi bili strokovnjaki »človeško prijazni in topli, pri tem bi jim dajali spodbude za spremembe in podporo pri spoznavanju sebe.« Rezultate raziskave sem primerjala z ugotovitvami Flakerja, kar je prikazano v spodnji tabeli (Tabela 4.10.1).

Tabela 4.10.1: Spretnosti strokovnih delavcev

Spretnosti strokovnih delavcev glede na raziskavo	Spretnosti strokovnih delavcev po Flakerju (2002 b: 139–149)
Zaupen odnos in podpora glede usmerjanja	Zaupanje in podpora
Strokovni delavci v primeru težav vedno na razpolago	Sprejemanje in dostopnost
Strokovni delavci znajo prisluhniti	Poslušanje brez predsodkov
Človeški odnos, ki temelji na iskrenosti in odgovornosti delavcev	Odnos temelji na človeških vrednotah
Uporabniki imajo možnost izraziti jezo in nezadovoljstvo	Tolerantnost
Profesionalen terapevtski odnos – obojestransko spoštovanje	Konkretna pomoč, nemoraliziranje
Strokovni delavci v vlogi staršev in vzgojitelja	Spodbujanje in podpora
Strokovna podkovanost	Celostna obravnava

»Strokovni delavec spoštuje uporabnika in njegovo stisko. Prispeva vire, ki so mu kot strokovnemu delavcu dostopni v sistemu socialnega varstva in širše družbe. V sodelovanje prinese svoje znanje, vrednote, izkušnje in spretnosti« (Škerjanc 2010: 107). Čačinovič Vogrinčič (2008: 17) odnos med socialno delavko in uporabnico definira kot »delovni odnos, ki je opora socialni delavki, da vzpostavi pogovor, ki omogoči raziskovanje in sooblikovanje dobrih izidov.« Rapoša Tajnšek (2007: 13) meni, da vse, kar uporabnik prinese v interakcijo socialnega dela, uporabimo v smislu krepitev njegove moči, kar pomeni, da skupaj z njim raziskujemo njegove potenciale oziroma njegove pozitivne, močne plati. Skozi perspektivo moči odkrivamo, dodajamo in krepimo vire v njegovem svetu. »Če hoče posameznik ohraniti možnost odločanja, učinkovito spremeniti življenjske okoliščine in tok svojega življenja, ne sme biti samo partner, temveč tudi glavni ustvarjalec rešitev« (Flaker 2015: 38).

5 SKLEPI

5.1 VIDIK UPORABNIKOV

Ocena socialnega konteksta

- Urnik v programu je prilagojen običajnemu poteku dneva in uporabnikom pomaga pri reintegraciji nazaj v okolje.
- Na začetku programa je urnik bolj strukturiran, skozi faze napredovanja uporabnikov pa postaja vedno bolj ohlapen.
- Organizacija prostega časa poteka v okrilju društva, preko obveznih dnevnih aktivnosti, ali pa je prepuščena uporabnikom samim.
- Zaradi telesne in finančne nezmožnosti (bolezni, odvisnost od staršev) so uporabniki prikrajšani za aktivnosti pri športu in druge dejavnosti prostega časa.
- Uporabniki niso zaposleni, večinoma prejemajo socialno podporo, invalidsko pokojnino in pomoč staršev.
- Uporabniki imajo zelo nizke dohodke, ki jim zadoščajo za najnujnejše stroške. Pomanjkanje denarja vpliva na njihovo nizko kvaliteto življenja, jih vodi v stisko ter posledično onemogoča samostojno življenje.
- Večina uporabnikov je zadovoljnih s stanovanjskimi razmerami v programu in domačem okolju (dve osebi imata svoje stanovanje, druge sobivajo z družino). Dostop do socialnih stanovanj jim otežujejo dolge čakalne vrste in visoki stroški stanovanja.
- Pomembni ljudje v njihovem življenju so družina, redki prijatelji zunaj programa ter strokovni delavci in drugi uporabniki v društvu.
- Večina uporabnikov si želi izboljšati družinske odnose (več stikov z družino, več zaupanja, podpore in sprejetosti s strani družine), zato je vključitev družine v zdravljenje nujno potrebna.
- Vsi uporabniki so trenutno samski, le en uporabnik je razvezan in z nekdanjo partnerko nima stikov.
- Odnosi z otroki uporabnikom predstavljajo veliko stisko, želijo si imeti več stikov s svojimi otroki oziroma ponovno vzpostaviti stike z njimi.
- Večina uporabnikov ima zelo majhne socialne mreže, ki jih sestavljajo drugi uporabniki in redki prijatelji. Nekateri zunaj programa nimajo prijateljev, ker so z njimi zaradi droge prekinili stike. Ljudje potrebujejo pomoč pri navezovanju stikov in širjenju socialne mreže.

- Spolno življenje v programu je prepovedano, partnerski odnosi so dovoljeni le v centru za reintegracijo, ki je zaključna faza programa.
- Ena izmed glavnih stisk, ki jo občutijo uporabniki, je osamljenost, zato izrazijo potrebo po družbi, prijateljih in podpori s strani strokovnih delavcev.
- Uporabniki dobro shajajo z drugimi souporabniki v programu, v večini imajo spoštljive ter zaupne medsebojne odnose.

Ocena zdravja

- Večina uporabnikov ima slabo zdravstveno stanje in se sooča z različnimi zdravstvenimi težavami, ki jih prinaša njihova bolezen ali pa so posledica uživanja drog.
- V večini primerov uporabniki ne vedo, kakšna je njihova diagnoza. Ena uporabnica diagnoze nima opredeljene s strani zdravnikov, ampak je diagnoza ocena strokovnih delavcev v društvu.
- Bolezen bistveno vpliva na vsakdanje življenje ljudi, največjo stisko jim predstavlja stigma zaradi bolezni. Uporabniki imajo življenje oteženo tudi zaradi težav pri socialnih stikih in mobilnosti ter zaradi stanskih učinkov jemanja zdravil.
- Uporabniki izrazijo nezadovoljstvo glede informiranja o zdravilih, v večini zaupajo strokovnemu mnenju in izbiro zdravil prepustijo zdravniku.
- Uporabniki se zavedajo tveganj, povezanih z uživanjem drog. Pri enem uporabniku so se težave v duševnem zdravju razvile zaradi uživanja drog, spet drugi pa si je z drogami lajšal duševno stisko.
- Uporabniki kot glavni povod za uživanje drog izpostavijo spremembe v družini, predvsem izgube bližnjih, nasilje in ločitev staršev.
- Skozi življenje so uporabniki razvili različne strategije premagovanja stisk (pomoč drugih oseb v obliki pogovora, aktivnosti prostega časa, preusmerjanje misli na osebe, ki jim veliko pomenijo, in umik v samoto).
- Vsi uporabniki so že razmišljali o samomoru, razlogi so predvsem vpliv bolezni in drog, nasilje ter občutek brezizhodnosti.

Ocena tveganj

- Nekateri uporabniki se v domačem okolju ne počutijo varno (zaradi nasilnih partnerjev, dolgov, zasvojenosti) in želijo z menjavo okolja doseči dokončno prekinitev s preteklim življenjem.

- Vsi uporabniki so bili v preteklosti žrtve nasilja (vse osebe so nasilje doživele v družini, dve osebi pa tudi s strani preprodajalcev). Uporabniki so pogostejše žrtve nasilja kot storilci.

Ocena služb

- Odnos med uporabniki in strokovni delavci v programu temelji na zaupanju in spoštovanju (strokovni delavci so vedno na razpolago, znajo prisluhniti in uporabnike podpirajo pri usmerjanju).
- Uporabniki so v zvezi z zdravljenjem pogosto vpleteni v kompleksno mrežo služb, pomoč so iskali v socialnih službah, službah na področju medicine in v nevladnih organizacijah.
- Uporabniki so imeli z zaporom, psihiatrično bolnišnico in komuno slabe izkušnje, center za detoksikacijo pa opredelijo kot pozitivno izkušnjo.

Želje in potrebe

- Pomembnosti v življenju ljudi so prijatelji (širjenje socialne mreže zunaj uživalskih krogov), družina, otroci, partnerka, hobiji in abstinenca.
- Večina uporabnikov na prvo mesto postavi potrebo po zaposlitvi, kar bi jim omogočilo najem stanovanja in povečanje dohodka.
- Uporabniki zaradi telesnih ali drugih nezmožnosti potrebujejo prilagodljiv delovni čas in so zmožni opravljati le enostavna dela. Nekateri uporabniki rešitev vidijo v samozaposlitvi ali zaposlitvi pri družinskem članu, ki ima samostojno podjetje.
- Za uporabnike je spoštovanje in sprejetost njihove nalepke bistvenega pomena. Večina si želi, da okolica ne izve za njihovo stigmo, saj se bojijo, da jih bodo drugi zaradi novega statusa obsojali.

5.2 VIDIK STROKOVNIH DELAVCEV

Poznavanje vsakdanjega življenja uporabnikov

- Uporabniki imajo diagnozo postavljeno že pred vstopom v program, in sicer na podlagi psihiatričnih izvidov.
- Uporabniki s psihiatrije večinoma pridejo z zelo neoblikovano diagnozo. Strokovni delavci velikokrat ne vedo, ali gre za primarno ali sekundarno motnjo.
- V programu nimajo vsi uporabniki opredeljene »dvojne diagnoze« s strani zdravnikov, včasih je to ocena delavcev v društvu.

- Strokovni delavci izpostavijo potrebo po ločenem programu za ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze in potrebo po zaposlenem psihiatru.
- Poudarijo pomembnost individualne obravnave uporabnikov, potrpežljivost pri delu ter dodatne prilagoditve glede pričakovanj in zahtevnosti.

Pristopi in metode dela za vključevanje uporabnikov

- Uporabniki se obračajo na strokovne delavce, kadar potrebujejo pomoč pri organizacijskih zadevah ali v primeru, kadar imajo željo po spremembi ali željo po normalnem življenju.
- Uporabniki potrebujejo pomoč pri osebnostnih in družinskih problemih ter pri vsakodnevnem reševanju problemov.
- Strokovni delavci izpostavijo potrebo po individualnem delu, potrebo po usmerjanju in učenju komunikacije.
- Strokovni delavci in uporabniki so fokusirani na konkretne načrte za prihodnost (vrnitev nazaj v življenje, zaposlitveni načrt, pošiljanje prošenj, iskanje stanovanja).
- Za druženje z uporabniki aktivirajo tudi prostovoljce, ki so za uporabnika pomemben in cenjen stik.
- Uporabniki se v program ponovno vrnejo v primeru zdrsa/recidiva, ali kadar se znajdejo v stiski in potrebujejo pogovor, podporo in svetovanje. Nekateri uporabniki, ko zaključijo program, potrebujejo še nadaljnjo pomoč pri vzdrževanju abstinence.

Potrebe uporabnikov glede razvoja programa

- Uporabnikom pri reintegraciji nazaj v okolje problem predstavlja stanovanje, dohodek, zaposlitev in socialna mreža. Strokovni delavci jih pri tem usmerjajo, nobene od teh stvari pa uporabnikom ne morejo urediti, ker nimajo teh možnosti.
- Strokovni delavci izrazijo potrebo po neprofitnem stanovanju za osebe, ki so dolgotrajno nezaposljive.
- Kadar potrebe uporabnikov presegajo ponujene storitve, jih strokovni delavci usmerijo v druge ustanove. Rešitve iščejo s pomočjo timskega dela in s sodelovanjem celotne družine, ki je ves čas vzporedno vključena.

Sodelovanje z drugimi službami

- Zdravljenje in pomoč ljudem s kompleksno problematiko zahteva sodelovanje različnih strok in različnih služb.

- Strokovni delavci sodelujejo z zdravstvenimi ustanovami (psihiatri uporabnikov, psihiatrično bolnišnico, centrom za detoksikacijo in drugimi zdravstvenimi službami), socialnimi službami (centri za socialno delo, zavodi za zaposlovanje in centri za reintegracijo) in različnimi nevladnimi ustanovami (društvo Pelikan, društvo za nenasilno komunikacijo in druge organizacije, v katerih uporabniki opravljajo prostovoljno delo).

Odnosi in stališča do uporabnikov

- Strokovni delavci imajo z uporabniki poglobljen odnos, ki temelji na človeških vrednotah, zaupanju in obojestranskem spoštovanju.
- Strokovni delavci so velikokrat v vlogi staršev in v vlogi vzgojitelja, ki jih usmerja in jim postavlja meje.
- Včasih pride med strokovnimi delavci in uporabniki do občasnih konfliktov in manipulacij s strani uporabnikov.

5.3 KATALOG POTREB

Področje	Vrsta potrebe	Ideje, predlogi
Prihodek	Finančna neodvisnost Dostojno življenje Možnost priložnosti dejavnosti	Univerzalni temeljni prihodek Dodatni finančni viri
Socialna mreža	Vključevanje v družbo Vzpostavljanje novih stikov Druženje Izboljšanje družinskih odnosov Vključitev družine v zdravljenje	Pogovor Prostovoljstvo Krepitev obstoječih socialnih mrež Organizacija dogodkov in prireditev Svetovanje in podpora družini Izobraževanja in delavnice za uporabnike in njihove svojce Skupine za samopomoč
Stanovanje	Manjši stroški Boljša dostopnost	Več neprofitnih stanovanj za osebe, ki so dolgotrajno nezaposljive
Zaposlitev	Prilagoditve na delovnem mestu	Izobraževanja in ozaveščanja delovnega okolja o problematiki ljudi, ki imajo nalepko »dvojne diagnoze«
Samostojnost	Želja po samostojnosti Vpliv nad potekom prihodnosti	Pomoč in podpora pri organizaciji življenja Konkretni načrti za prihodnost

Zdravje	Večja informiranost o diagnozi in zdravlilih	V program vključen psihiater Medsebojno sodelovanje strokovnjakov
Službe/storitve	Dostop do kvalitetnih in hitrih storitev	Ločen in prilagojen program za ljudi, ki imajo nalepko »dvojne diagnoze« Usposabljanje strokovnih delavcev Individualno načrtovanje storitev in pomoči

6 PREDLOGI

- Ljudem, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«, je treba omogočiti finančno neodvisnost in dostojno življenje, vključno s kvalitetnim preživljanjem prostega časa. To bi lahko dosegli z univerzalnim temeljnim dohodkom, ki bi ga prejemal vsak državljan, in sicer ne glede na status ali kakšen drug kriterij.
- Stiki z drugimi so v vsakdanjem življenju ljudi zelo pomembni, zato je treba uporabnikom krepiti in vzdrževati njihove obstoječe socialne mreže. Pomoč je mogoča z navezovanjem stikov s prostovoljci, pa tudi preko prostovoljstva, ki ga osebe opravljajo v drugih društvih. Hkrati pa bi se morali organizirati različni dogodki in prireditve, ki osebam omogočajo stike.
- Nujno potrebna je vključitev družine v celoten proces zdravljenja, tako svojci dobijo pomoč in podporo pri reševanju medsebojnih konfliktov ter pri ponovni vzpostavitvi stikov. Predlagam različna izobraževanja, delavnice in skupine za samopomoč za uporabnike in njihove svojce, in sicer o tem, kako sprejemati uporabnike in njihovo stigmo.
- Nekateri se po končanem zdravljenju zaradi svoje preteklosti ne morejo vrniti v domače okolje. Poleg tega jim pomanjkanje stanovanj in težja dostopnost onemogoča samostojno in neodvisno življenje. Zato bi bilo potrebno, da bi društvo iz stanovanjskega sklada dobilo eno neprofitno stanovanje, kjer bi lahko bivale osebe, ki so dolgotrajno nezaposljive.
- Ko ljudje zaključijo zdravljenje, potrebujejo še nadaljnjo pomoč pri vzdrževanju abstinence. Pomembno je, da program oblike pomoči omogoča tudi po končanem zdravljenju, da se lahko uporabniki obrnejo na strokovne delavce, kadar so v stiski in s pomočjo pogovorov razrešujejo situacije ter dobijo podporo za naprej, pri ohranjanju abstinenčnega življenja in pri reševanju problemov z zdravjem.
- Zaposlitev je ena od temeljnih potreb, ki ljudem zagotovi sredstva za preživetje in življenje. Nekateri potrebujejo skrajšan delovni čas, prilagojen urnik in manj zahtevna dela, zato je treba delovna mesta prilagoditi njihovim potrebam. Predlagam izobraževanja in ozaveščanja delovnega okolja glede problematike ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«.
- Ljudje, ki se želijo osamosvojiti, potrebujejo strokovno pomoč in podporo pri organizaciji življenja. Strokovni delavci in uporabniki morajo biti fokusirani na konkretne načrte za prihodnost oziroma v pripravo osebnega načrta glede vrnitve nazaj v življenje, iskanja zaposlitve in stanovanja.

- Psihiatri morajo uporabnikom zagotoviti varen prostor za pogovor, mu razložiti postavljeno diagnozo in ga informirati o zdravilih. Predlagam, da bi bil v program stalno vključen psihiater, ki bi z njimi sodeloval, vendar v društvu ne bi bil zaposlen. To bi uporabnikom omogočalo reden in hiter dostop do psihiatrične pomoči.
- V službah na področju pomoči ljudem z nalepko »dvojne diagnoze« bi morali uporabnikom zagotoviti kvalitetne in hitre storitve, k temu bi lahko v društvu pripomogel ločen in prilagojen program za ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«. Program bi imel bolj ohlapno strukturo glede pravil in dogovorov ter tudi druge prilagoditve v smislu pričakovanj in zahtevnosti.
- Treba je upoštevati tudi potrebe strokovnih delavcev in investirati v njihovo rast, to bi bilo mogoče v okviru interdisciplinarnega izobraževanja, izmenjave izkušenj in znanj. Ustanove na področju zasvojenosti, duševnega zdravja in psihiatrije bi morale biti čim bolj povezane, tako bi pripomogle k boljšemu razumevanju potreb uporabnikov in izboljšanju kompetenc strokovnih delavcev za reševanje težav na uporabnikom primeren način.

7 UPORABLJENA LITERATURA

Bah, B., Cigoj, N., Flaker, V., Grebenc, V., Kvaternik, I., Podgornik, N., Urek, M. (2011), *Dual diagnosis training: manual*. Ljubljana: Faculty of social work.

Brandon, D. (1993), Veselje in žalost pri normalizaciji. *Socialno delo*, 32, 1/2: 19–25.

Čačinovič Vogrinčič, G. (2006), *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Dobnik, B. (2000), *Dvojne diagnoze*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (diplomska naloga).

Dragoš, S. (2008), Moč - navodila za uporabo. V: Lešnik, B. (ur.) *Krepitev moči*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (10–47).

Društvo projekt človek. Dostopno na <http://www.projektclovek.si/> (6. junij 2016).

DSM-IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1994), Washington, DC: American Psychiatric Association.

Flaker, V. (1983), Kdor je z majhnim zadovoljen, ne zasluži velikega - teze k normalizaciji. V: Dekleva, B., (ur.) *Življenje v zavodu in potrebe otrok (normalizacija)*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti (42–48).

Flaker, V. (1994), *Droge in nasilje*. Ljubljana: Mirovni inštitut

Flaker, V. (1997), Preoblikovanje jezika duševnega zdravja. *Altra*, 2, 1: 3–5.

Flaker, V. (2002 a), *Živeti s heroinom I.: Družbena konstrukcija uživalca drog v Sloveniji*. Ljubljana: Založba*cf.

Flaker, V. (2002 b), *Živeti s heroinom II.: K zmanjševanju škode*. Ljubljana: Založba*cf.

Flaker, V. (2012), *Direktno socialno delo*. Ljubljana: Založba*cf.

Flaker, V. (2015), *Prispevki k taksonomiji socialnega dela in varstva. Del 1*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., Urek, M. (2008). *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovor nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

- Goffman, E. (2008), *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
- Grebenc, V. (2005), *Ocena potreb in raziskovanje lokalnih vednosti kot izhodišče za delovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (doktorska disertacija).
- Grebenc, V. (2013), Socialno delo na področju »dvojnih diagnoz«: potreba po odgovorih na kompleksne življenjske situacije. V: *Slovenska konferenca o komorbidnosti - obravnavi oseb z duševnimi motnjami in boleznijo odvisnosti (dvojnimi diagnozami)*. Ljubljana, Cankarjev dom, 30. in 31. januar. Ljubljana: Prohealth (34).
- Grebenc, V., Kvaternik, I. (2008), Vrzeli med medicino in socialnim delom: primer »dvojnih diagnoz«. *Teorija in praksa*, 45, 1/2: 129–143.
- Grebenc, V., Šabić, A. (2013), *Ljubljanske zgodbe: biografije navadnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- IFSW (2012), *Statement of Ethical Principles*. Dostopno na <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/> (24. maj 2016).
- Lamovec, T. (1998), *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (1999), *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Optima.
- Lamovec, T. (2006), *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mesec, B. (1997), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu I*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Milošević Arnold, V., Postrak, M. (2003), *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Študentska založba.
- Nacionalni program socialnega varstva do leta 2005 (2000), Ur. l. RS, 31/2000: 3777–3787.
- Policija (2016), *Klasifikacija prepovedanih drog*. Dostopno na <http://www.policija.si/index.php/preventiva-/preventiva/428-klasifikacija-prepovedanih-drog?lang> (6. junij 2016)
- R. Watkins, T., Lewellen, A., C. Barrett, M. (2001), *Dual dianosis: an integrated approach to treatment*. Thousand Oaks, California: Sage publications.

Ramovš, J. (1983), *Boj za življenje družine*. Celje: Mohorjeva družba.

Ramovš, J., Ramovš, K. (2007), *Pitje mladih*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Rapoša Tajnšek, P. (2007), Raziskovanje življenjskega sveta uporabnika v širšem kontekstu socialnega dela. V: Lešnik, B. (ur.) *Življenjski svet uporabnika: raziskovanje, ocenjevanje in načrtovanje uporabe virov za doseganje zelenih razpletov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (7–24).

Smonker, T. (2007), Perspektiva moči na področju duševnega zdravja v skupnosti. *Socialno delo*, 46, 1/2: 47–55.

Škerjanc, J. (1996), Zgodba o ekologiji in moči. *Socialno delo*, 35, 4: 283–288.

Škerjanc, J. (2007), Individualizacija pri zagotavljanju socialnih storitev. V: Lešnik, B. (ur.) *Življenjski svet uporabnika: raziskovanje, ocenjevanje in načrtovanje uporabe virov za doseganje zelenih razpletov*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (79–101).

Škerjanc, J. (2010), *Individualizacija storitev socialnega varstva*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Švab, V. (2009). *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje.

Tominec, N. (2009), *Mrežni portret dvojne diagnoze v italijanskem prostoru*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (specialistično delo).

Tominec, N. (2015), *Sem zasvojen, nisem nor: dvojna diagnoza – zasvojenost in duševna stiska*. Celje: Mohorjeva družba.

Videmšek, P. (2008), Krepitev moči kot temeljno orodje socialnega dela. *Socialno delo*, 47, 3/6: 209–217, 391, 399.

Videmšek, P. (2013), *Iz institucij v skupnost: Stanovanjske skupine nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

World Health Organization (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization.

Zakon o duševnem zdravju (2008), Ur. l. RS, 77/2008: 11097–11110.

Zakon o socialnem varstvu (2007), Ur. l. RS, 3/2007: 282.

Zaviršek, D. (1994), *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Zaviršek, D. (1995), Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno manifestacijo. V: *Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju republike Slovenije*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo (končno poročilo) (108–145).

Zaviršek, D., Zorn, J., Videmšek, P. (2002), *Inovativne metode v socialnem delu: opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba.

8 PRILOGE

8.1 VPRAŠALNIK ZA UPORABNIKE

Ocena socialnega konteksta

1. Kaj radi počnete čez dan? Kako izgleda vaš običajen dan?
2. Imate kakšne hobije? Kaj pa telesna aktivnost?
3. Se vam zdi, da bi radi nekaj počeli, pa nimate možnosti (mogoče zaradi diagnoze, financ)? Kaj vas ovira?
4. S čim se preživljate? Od česa živite?
5. Ali vam ta dohodek zadošča za življenje? Ste z dohodkom zadovoljni?
6. Bi se vaše razmere spremenile, če bi se vaš dohodek povečal? Kaj mislite, da bi spremenilo?
7. Kje živite? S kom živite? Ste zadovoljni s stanovanjem? Menite, da je dovolj prostora v stanovanju? Kakšne so stanovanjske razmere?
8. Kdo so za vas pomembni ljudje v vašem življenju?
9. Ali imate stike z družino? Kako ocenjujete vaše stike z družino?
10. Ali imate partnerja/partnerko, ste poročeni?
11. Ali imate otroke? Kako vam gre z njimi? Kakšne odnose imate z otroki?
12. Imate prijatelja, prijateljico? Se lahko zanesete na njih, ko imate težave? Se je odnos med vami in prijatelji kaj spremenil?
13. Kako ocenjujete svoje spolno življenje?
14. Ali se vam zdi, da ste oseba, ki potrebuje druge ljudi?
15. Kako shajate z drugimi ljudmi? Kako gledajo drugi na vas?
16. Bi radi, da se v odnosih, ki jih imate z drugimi ljudmi kaj spremeni?
17. Se kdaj počutite neprijetno v družbi? Ali ste kdaj doživeli kakšno neprijetno situacijo, kjer so se ljudje iz vaše okolice nespoštljivo obnašali do vas?
18. Ali so bili v vaši preteklosti kakšni dogodki, ki so po vašem mnenju vplivali na vaše življenje? Kateri so bili ti dogodki? Kako so ti dogodki vplivali na vaše življenje?

Ocena zdravja

19. Kako ocenjujete lastno zdravje?
20. Ali imate osebnega zdravnika? Ste zadovoljni z njim?
21. Kaj so vam rekli zdravniki, da imate, kakšna je vaša diagnoza?
22. Kako vaša bolezen vpliva na vaše vsakdanje življenje?
23. Kaj bi morali narediti po vašem mnenju v zvezi z zdravjem? Se vam zdi, da bi mogoče potrebovali kakšno zdravljenje v tem trenutku? Kakšno zdravljenje/katere zdravstvene storitve bi potrebovali?
24. Ali imate jasne informacije o svojem zdravju? O zdravilih, ki jih prejimate? Ali imate možnost izbire zdravil?
25. Ali ste uživali kakšne droge? Katere droge in kako pogosto? Ali ocenjujete, da imate zaradi uživanja drog težave?
26. Ali ste uživali alkohol? Kako pogosto? Ali ocenjujete, da imate zaradi pitja alkohola težave?
27. Ali ste kdaj sočasno jemali zdravila, ki vam jih predpisal zdravnik v kombinaciji z drogami in alkoholom? Kakšna so po vašem mnenju tveganja povezana s tem?
28. Kako si pomagata v stiski (ko ste žalostni, v krizi)?

29. Ali ste kdaj razmišljali o samomoru? Kaj sproži misel na samomor?

Ocena tveganj

30. Ali se v okolju, kjer živite počutite varno?

31. Ali ste kdaj doživeli nasilje? Kdo je bil nasilen do vas? Ali nasilje še traja?

32. Ali ste sami kdaj nasilni? Kdaj? Kako ste nasilni? Ali mislite, da bi lahko ogrožali življenja drugih?

Ocena služb

33. Kako ocenjujete odnos strokovnjakov do vas? S katerimi strokovnjaki imate dober/slab odnos?

34. S katerimi zdravstvenimi storitvami ste v stiku? Ali ste zadovoljni z njimi?

35. Kdo vam je v preteklosti nudil pomoč v zvezi z zdravjem (zdravnik, specialist, nevladne organizacije, socialne službe...)?

36. Ali ste bili kdaj nameščeni v kakšni instituciji (zavod, zapor, bolnica...)? Kako so vas obravnavali?

Želje in potrebe

37. Kaj je za vas v življenju pomembno?

38. Kako vidite svojo prihodnost? Kako si želite, da bi vam življenje potekalo v prihodnosti?

39. Kakšne so po vaši oceni možnosti, da si v prihodnosti uredite zaposlitev? Kje mislite, da bi se lahko zaposlili? Kakšno pomoč pri iskanju službe bi potrebovali?

40. Kaj potrebujete ta trenutek v svojem življenju, da bi bolje živeli?

41. Kaj cenite pri drugih? Zakaj?

42. Kaj bi se moralo v okolju spremeniti, da bi se vi počutili bolj sprejeti? Kakšno pomoč bi si pri tem želeli?

8.2 VPRAŠALNIK ZA STROKOVNE DELAVCE

Poznavanje vsakdanjega življenja uporabnikov

1. Kako v vaši organizaciji opredelite, kdo so uporabniki, ki imajo »dvojno diagnozo«?

2. Kakšne potrebe zaznavate pri delu z ljudmi, ki imajo »dvojne diagnoze«?

Pristopi in metode dela za vključevanje uporabnikov

3. S kakšnimi problemi in potrebami se vaši uporabniki obračajo na vas?

4. Pri katerih problemih in potrebah jim lahko pomagata (zaposlitev, stanovanje, dohodek, socialna mreža, zdravje, interesi...)?

5. Ali se uporabniki ponovno vračajo po pomoč k vam, potem ko zapustijo program? V katerih primerih se to zgodi?

Potrebe uporabnikov glede razvoja programov

6. So problemi in potrebe, na katere jim v društvu ne morete pomagati?

7. Kako iščete rešitve za probleme in potrebe, ki presegajo vaše storitve?

Sodelovanje z drugimi službami

8. Kako sodelujete z drugimi službami pri iskanju rešitev za probleme in potrebe vaših uporabnikov?

Odnosi in stališča do uporabnikov

9. Kako bi opisali vaše odnose z uporabniki?

8.3 ODPERTO KODIRANJE

8.3.1 Odprto kodiranje intervjujev z uporabniki

Tabela 8.3.1: Odprto kodiranje - uporabniki

Št. izjave	Oseba	Izjava	Koda
Ocena socialnega konteksta			
		DNEVNE AKTIVNOSTI	
1	A	<i>Tu imamo določen urnik, tudi odmori so točno določeni.</i>	Urniki
2	A	<i>Potem napišem še tisto, ko moreš dnevno pisat počutje.</i>	Dnevnik o počutju
3	A	<i>Toliko je natrpan urnik, da dejansko prostega časa ni.</i>	Preveč strukturiran dan
4	A	<i>...tukaj pa na skupinsko dejavnost moraš iti, je obvezna.</i>	Obvezna skupinska dejavnost
5	B	<i>Potem pa odvisno kak je urnik, pač kaj imamo na sporedu...</i>	Urniki
6	B	<i>...včeraj smo imeli recimo šport.</i>	Športne aktivnosti
7	B	<i>Zjutraj so ob torkih pa četrkih terapevtske skupine.</i>	Terapevtske skupine
8	B	<i>...se zjutraj vpišeš pa imaš potem pogovor s terapevtko.</i>	Pogovor s terapevtko
9	B	<i>Danes bomo imeli družabne igre.</i>	Družabne aktivnosti
10	C	<i>V bistvu imamo urnik.</i>	Urniki
11	C	<i>Sektor kuhinje, ko pripravim zajtrk, kosilo, večerjo.</i>	Sektor kuhinje
12	C	<i>Potem sektor higiene, ki poskrbijo za higieno v WC-jih, hodnikih in ostalo.</i>	Sektor higiene
13	C	<i>Pa pol zunaj vrt in okolica hiše.</i>	Vzdrževanje hiše
14	C	<i>Prosti čas imaš pa itak vsak dan zvečer, po večerji. Ali pa petek popoldne, sobota, nedelja popoldne.</i>	Prosti čas
15	C	<i>Ne moreš it popoldne ven na kavo, telefona nimaš pri sebi cel dan, sploh ga nimaš v bistvu, ni računalnika, ni interneta.</i>	Preveč strukturiran dan
16	D	<i>Zdaj je po urniku delo.</i>	Urniki
17	D	<i>Pa kakšen cigaret vmes.</i>	Odmori za kajenje
18	D	<i>Med vikendi in zvečer imamo prosti čas...</i>	Prosti čas
19	E	<i>Čez dan se ukvarjam s prostovoljstvom. Hodim na prostovoljstvo v Sonček v Šiški.</i>	Prostovoljstvo
20	E	<i>...pa kot mentor hodim na Malenškovo.</i>	Mentorstvo
21	E	<i>Tukaj je določen urnik, ki se ga moram držat.</i>	Urniki
22	E	<i>Lahko ga tudi sam splaniram, ni tako strogo kot na Malenškovi.</i>	Sodelovanje pri planiranju urnika
		HOBIJI IN TELESNA AKTIVNOST	
23	A	<i>Vsako jutro pridem sem s kolesom in grem domov s kolesom.</i>	Kolesarjenje
24	A	<i>...pa 2x na teden je tukaj v okviru urnika tudi šport.</i>	Športne aktivnosti v društvu
25	A	<i>Zdaj pa šah, tako ena partija vzame slabo uro.</i>	Šah

26	B	<i>Ko je prosti čas pa zelo rada igram kitaro, na tak način dajem ven svojo to tesnobo.</i>	Igranje kitare
27	B	<i>Tudi za svoja dva otročička, ki sta v reji zelo rada ustvarjam.</i>	Ustvarjanje za otroka
28	B	<i>Nisem neka umetnica za risanje, ampak izdelujem stvari iz lesa in gline.</i>	Izdelovanje stvari iz lesa in gline
29	B	<i>Zelo rada plešem, meni je tudi to ene vrste šport.</i>	Ples
30	C	<i>Drugače čez dan mi je najboljše kuhinja, mi je kot meditacija.</i>	Kuhanje
31	C	<i>... odbojka,...</i>	Odbojka
32	C	<i>...košarka.</i>	Košarka
33	C	<i>V bistvu imamo v strukturi na urniku športne aktivnosti v torek in petek.</i>	Športne aktivnosti v društvu
34	D	<i>Šport, je pa poleti tek od aprila do oktobra je tek.</i>	Tek
35	D	<i>Zdaj pozimi od oktobra do aprila, grem pa dol v garažo, trebušnjaki, počepi, pa z utežmi vaje.</i>	Telovadba
36	D	<i>...potem zvečer pa berem, če najdem kaj pametnega za brat, se zmeraj kaj najde.</i>	Branje
37	D	<i>Sprehodi, če kdo pride.</i>	Sprehodi
38	E	<i>...bom si pa še poiskal druge hobije...</i>	Želja po drugih hobijih
39	E	<i>Bom pa začel hodit v fitnes.</i>	Fitnes
40	E	<i>V Terapevtki skupnosti pa smo igrali nogomet, sem bil kar aktiven.</i>	Športne aktivnosti v društvu
		BI RADI KAJ POČELI, PA NIMATE MOŽNOSTI?	
41	A	<i>...da bi šel v kakšno dramo, gledališče ali kaj podobnega.</i>	Kulturni dogodki
42	A	<i>V društvu predvsem pri športu ne morem biti toliko aktiven.</i>	Večja aktivnost pri športu
43	B	<i>Edino to, da bi bilo več teh kulturnih aktivnosti.</i>	Kulturni dogodki
44	C	<i>Da bi lahko recimo bolj aktivno nogomet ali pa rokomet igral.</i>	Večja aktivnost pri športu
45	D	<i>...da bom lahko šel na morje ali v gore, če bom hotel.</i>	Samostojni izleti
46	E	<i>Zaenkrat je vse v redu.</i>	Brez sprememb
		KAJ VAS OVIRA?	
47	A	<i>...kar pa je izven mojih finančnih možnosti.</i>	Finančna nezmožnost
48	A	<i>Ne vem če veš, sem invalid prve kategorije.</i>	Telesna nezmožnost
49	B	<i>Edino potem glede financ je potem problem, moram res gledat na to.</i>	Finančna nezmožnost
50	C	<i>...zaradi prometne nesreče pred trinajstimi leti, imam določene ovire, poškodbe, ko mi ni ne vem kakšen užitek.</i>	Prometna nesreča
51	C	<i>...imam malo probleme s tekom, sem nekak rahlo omejen pri rekreaciji.</i>	Telesna nezmožnost
52	D	<i>Ta moj temeljni občutek ogroženosti in strah je bil doma tako močen, teh par vikendov, da meni sploh ni bilo jasno kaj se dogaja.</i>	Bolezen
53	D	<i>Zato pa delam na svojem viru dohodkov.</i>	Finančna odvisnost od staršev
		DOHODEK	
54	A	<i>Sem v invalidskem pokoju, dobim 500€ na mesec, to je to.</i>	Invalidska pokojnina
55	B	<i>Ja socialno podporo imam.</i>	Socialna pomoč
56	B	<i>...če ne bi imela tega denarja od najemnine ne vem kako bi šlo skozi.</i>	Najemnina
57	C	<i>Trenutno socialna podpora.</i>	Socialna pomoč

58	D	<i>Plačujejo starši, zaradi tega, da ne bi potem državi bil dolžan.</i>	Pomoč staršev
59	E	<i>Socialna podpora.</i>	Socialna pomoč
60	E	<i>...pa mama mi nekaj prispeva.</i>	Pomoč staršev
		ZADOŠČANJE DOHODKA ZA ŽIVLJENJE	
61	A	<i>...imam zelo majhne dohodke.</i>	Želja po večjem dohodku
62	A	<i>...zdaj sem se navadil, prej do novega leta mi res ni šlo.</i>	Zadošča za najnujnejše stvari
63	B	<i>Ne vem kako bo šlo s temi samostojnimi izhodi, bom mogla še bolj stisnit.</i>	Pravilno razpolaganje z denarjem
64	B	<i>Bilo bi fajn, če bi bila malo večja socialna pomoč.</i>	Želja po večjem dohodku
65	B	<i>...pa poceni kupim, da ni zdaj ne vem kakšna znamka.</i>	Pravilno razpolaganje z denarjem
66	C	<i>...je komaj za sproti. Glede na to, da sem tukaj, da rabiš za plačilo programa pa za osebni fond, v bistvu komaj prideš skozi s socialno podporo.</i>	Zadošča za najnujnejše stvari
67	D	<i>Ja, moral sem zdaj te prigrizke, dati stran, ker nisem nič več prihranil.</i>	Pravilno razpolaganje z denarjem
68	D	<i>Marsikaj je tukaj v programu, pridejo zadeve, gremo na izlet bo 20€ recimo.</i>	Dodatni stroški v društvu
69	E	<i>...zdaj si pa kupujem cigarete pa sem malo več zapravil. Pa kozmetika pa razni priboljški, ki si jih lahko privoščiš, bomo videli ali bom prišel skozi mesec.</i>	Pravilno razpolaganje z denarjem
70	E	<i>Od očeta tudi dobivam, ampak ni pripravljen toliko plačevati.</i>	Želja po večji finančni pomoči staršev
		BI SE RAZMERE SPREMENILE, ČE BI SE DOHODEK POVEČAL?	
71	A	<i>V bistvu bi si lahko malo več privoščil nekaterih stvari.</i>	Uresničitev želja
72	A	<i>Sem bil dolžen za najemnino...</i>	Vračilo dolgov
73	B	<i>Privoščila bi si predvsem več teh kulturnih dogodkov.</i>	Več kulturnih dogodkov
74	C	<i>S socialno podporo ne bi mogel nekaj privarčevati...</i>	Želja po varčevanju
75	C	<i>Glede na osebni fond mi samo ostane 5-10€ tako, da to lahko dam na stran za povračilo dolgov.</i>	Vračilo dolgov
76	D	<i>Ampak zdaj pa nimam nič, ker so ti prigrizki ravno toliko, da sploh nič nisem dal v šparovec.</i>	Želja po varčevanju
77	E	<i>...bi bilo dobrodošlo, ker si mislim kupit prenosni računalnik.</i>	Nakup računalnika
		STANOVANJSKE RAZMERE	
78	A	<i>Dobil sem socialno stanovanje. Na njega sem čakal 2 leti pa pol.</i>	Doma – Socialno stanovanje
79	A	<i>...za enega je dovolj veliko.</i>	Doma – prostorno stanovanje
80	A	<i>Vse skupaj, telefon, televizija, stanovanje, elektrika, voda, z 250 pa morem preživeti.</i>	Doma – visoki stroški
81	A	<i>V stanovanju se počutim domače, sem si ga sam tako uredil. Oprema je bila že noter, ampak take stvari, kakšna slika, stolp, računalnik.</i>	Doma – dobri stanovanjski pogoji
82	B	<i>Zdaj imam zelo majhno stanovanje, 20 kvadratov, je pa moja.</i>	Doma – Majhno stanovanje
83	B	<i>Zdaj, ko sem dala v najem odvisnikom, sem šla prejšnji teden domov in je stanovanje čisto v razsulu. Veliko stvari manjka, pokradli so mi od vozičkov za otroke do knjig, ni niti posteljnine.</i>	Doma – osnovni stanovanjski pogoji
84	B	<i>...zelo rizično, ker nasproti hodnika doma en narkoman.</i>	Doma – občutek ogroženosti

85	B	<i>...ne bom več v temu stanovanju živel.</i>	Doma – želja po novem stanovanju
86	B	<i>Ja tukaj mi je pa fajn, je majhna sobica, ampak sem se navadila tako.</i>	V društvu – dobri stanovanjski pogoji
87	C	<i>Drugače stalno prebivališče imam doma pri starših.</i>	Doma – sobivanje z družino
88	C	<i>...nič nam ne manjka tukaj.</i>	V društvu – dobri stanovanjski pogoji
89	C	<i>Jaz sem zdaj trenutno še z tremi v sobi, mi paše družba.</i>	V društvu – sobivanje z uporabniki
90	D	<i>Brat, mati, oče, bratranca, teta, mi smo skupaj v hiši.</i>	Doma – sobivanje z družino
91	D	<i>Ko sem v svoji sobi imam občutek, da sem na svojem.</i>	Doma – zasebnost
92	D	<i>Tukaj v sobi ni pogojev, da bi bil sam ali pa da bi bila dva, najmanj trije.</i>	V društvu – sobivanje z uporabniki
93	D	<i>Nobeden ne sme silit v tebe...</i>	V društvu – zasebnost
94	E	<i>...skupaj imamo sobo, fantje posebej, dekleta posebej, trije smo skupaj.</i>	V društvu – sobivanje z uporabniki
95	E	<i>V redu mi je, sem bil v Terapevtski skupnosti sam v sobi, pa mi je boljši v družbi.</i>	V društvu – dobri stanovanjski pogoji
ZADOVOLJSTVO S STANOVANJEM			
96	A	<i>...ampak vseeno, sem zadovoljen.</i>	Zadovoljstvo
97	B	<i>Nisem zadovoljna s stanovanjem.</i>	Nezadovoljstvo
98	C	<i>Sem zadovoljen...</i>	Zadovoljstvo
99	D	<i>Sem zadovoljen, nič ne bi spremenil.</i>	Zadovoljstvo
100	E	<i>...sem zelo zadovoljen</i>	Zadovoljstvo
POMEMBNI LJUDJE V ŽIVLJENJU			
101	A	<i>Zdaj so zame pomembni ljudje, recimo v projektu.</i>	Osebe v društvu
102	B	<i>Otroci.</i>	Otroci
103	C	<i>... oče, mama, ...</i>	Starši
104	C	<i>...brat, sestra.</i>	Brat/sestra
105	C	<i>Bližnji prijatelji, ki pa so itak bolj redki.</i>	Prijatelji
106	D	<i>Ja mati, oče...</i>	Starši
107	D	<i>...brat...</i>	Brat/sestra
108	D	<i>Ta ženska, Nina je dosti vplivala na mene.</i>	Nekdanja partnerka
119	D	<i>Babica, ki je pokojna.</i>	Babica
110	E	<i>...starši...</i>	Starši
111	E	<i>...brat...</i>	Brat/sestra
112	E	<i>Druga družina mi je pa Projekt človek.</i>	Osebe v društvu
113	E	<i>Pa enega prejšnjega treznega prijatelja, sem tudi poklical.</i>	Prijatelji
ALI IMATE STIKE Z DRUŽINO?			
114	A	<i>...nimam stikov z družino...</i>	Nima stikov
115	B	<i>Ja.</i>	Ima stike
116	C	<i>Za enkrat imam še v bistvu separacijo...</i>	Nima stikov
117	D	<i>Ja imam.</i>	Ima stike
118	E	<i>Imam stike z družino.</i>	Ima stike
KAKO OCENJUJETE VAŠE STIKE Z DRUŽINO?			
119	A	<i>...ona me je pa podpirala v tem mojem nekem zasvojenem vedenju. Recimo iz Tunizije mi je prinesla vodno pipo.</i>	Podpiranje matere v zasvojenem vedenju
120	A	<i>Brat mi je odvisnik, je tudi tam nekje bolj ob strani.</i>	Zasvojenost pri bratu
121	A	<i>Jaz nisem nikoli razlagal svojih zadev doma, ker če bi pač to razlago, mislim da ne bi bili razumljivi.</i>	Nerazumevanje s strani družine
122	B	<i>...z mami imam zdaj redne stike, prihaja na obisk.</i>	Redni obiski matere

123	B	<i>Z bratom trenutno nimava nekega odnosa, ne podpira ta moja zdravljenja ven in not.</i>	Slab odnos z bratom
124	B	<i>Zdaj bom začela delat tudi na tem odnosu.</i>	Želja po izboljšanju odnosa z bratom
125	C	<i>...potem začnem gradit nov odnos, ker prejšnji je bil napačen.</i>	Želja po izboljšanju odnosa s starši
126	C	<i>Nekak nisem imel figure očeta, bil je več ali manj cele dneve v službi.</i>	Službena odsotnost očeta
127	C	<i>Mati pa je glede na njene probleme iz otroštva, vsiljevala ljubezen in bližino.</i>	Slab odnos z materjo
128	C	<i>Včasih sem delal stvari in se dokazoval z alkoholom, drogo, kriminalom, da pač nisem mamin sinček, sem se hotel nekako odlepit stran.</i>	Želja po neodvisnosti od staršev
129	D	<i>Morem jih ocenit kot dobri, sploh z materjo...</i>	Dobri odnosi z materjo
130	D	<i>...zdaj ko se drživa pri najinih izbruhih.</i>	Kontrola izbruhov jeze
131	D	<i>Z bratom tudi delava na temu, je tudi bolj vzkipljiv, tako da paziva, da se ustavljava...</i>	Želja po izboljšanju odnosa z bratom
132	D	<i>Zdaj, me je doma definiralo, da pri bratu, nisva mogla imet normalnih pogovorov.</i>	Slab odnos z bratom
133	E	<i>Zdaj pa se dobro razumemo, tako z mamo in z očetom, tudi s sorodniki.</i>	Dober odnos z družino
		ALI IMATE PARTNERJA/KO, STE POROČENI?	
134	A	<i>Z ženo sva se ločila, dolgo časa nazaj.</i>	Ločen
135	B	<i>Zdaj ne.</i>	Samski stan
136	C	<i>Trenutno nimam.</i>	Samski stan
137	D	<i>Tako da, trenutno nimam partnerke.</i>	Samski stan
138	E	<i>Ne.</i>	Samski stan
		ODNOS S PARTNERJEM/KO	
139	A	<i>...sva se videla, drugače pa nimava stikov.</i>	Nima stikov z nekdanjo ženo
140	B	<i>Jaz sem imela ful probleme z odnosi. V vsakem zdravljenju sem se neki zapletla s tipi.</i>	Problemi v partnerskih odnosih
141	B	<i>Ko sem prišla iz komune, sem šla takoj v en odnos, ki je bil katastrofalen. Bila sem zaprta 6 mesecev v kleti, 3 leta me posiljeval, snemal me, silil da to gledam.</i>	Nasilje s strani partnerja
142	B	<i>In potem sem bila še z njim v odnosu, ker sem bila noseča.</i>	Zveza s partnerjem zaradi nosečnosti
143	B	<i>Dalo se ga je vodit, kot daljinec.</i>	Manipulacija
144	B	<i>...je bil tudi agresiven do mene.</i>	Agresiven partner
145	B	<i>Že to, da se mi je pustil prodajat, kakšna ljubezen je to, pa spoštovanje.</i>	Nespoštovanje
146	D	<i>Takrat, ko sem šel jaz v program, je šla ona v zapor.</i>	Nekdanja partnerka v zaporu
147	D	<i>...ampak meni niti ni, da bi bil z njo.</i>	Ne želi stikov z nekdanjo partnerko
		ALI IMATE OTROKE?	
148	A	<i>Imam dva otroka.</i>	Dva otroka
149	B	<i>Ja imam, Lara in Žiga.</i>	Dva otroka
150	C	<i>Ne.</i>	Nima otrok
151	D	<i>Ne.</i>	Nima otrok
152	E	<i>Ne.</i>	Nima otrok
		ODNOS Z OTROKI	
153	A	<i>Zdaj delam na tem, sem že ene 2x pisal mlajšemu sinu.</i>	Ponovno vzpostavljanje stikov
154	A	<i>...starejši je zasvojenec.</i>	Zasvojenost pri starejšemu sinu

155	A	<i>...bi šel do njega, ampak se ustavim, ker zdaj ni varno zame.</i>	Ogroženost zaradi zasvojenosti sina
156	A	<i>Za mlajšega pa ne vem, pa noče imeti stikov z mano.</i>	Mlajši sin noče stikov
157	A	<i>...6-7 let je bil star, ko sem ga zapustil.</i>	Prekinitev stikov z otroki zaradi zasvojenosti
158	B	<i>Dala sem jih v rejo, ker sem sama videla, da nočem tako živeti z njima.</i>	Otroci v rejništvu
159	B	<i>Na začetku sem imela z njim še stike, pa sem isto hodila zadeta in sem sama prekinila.</i>	Prekinitev stikov z otroki zaradi zasvojenosti
160	B	<i>...ko sem bila tukaj dva mesca, so mi odobril stik.</i>	Ponovno vzpostavljajanje stikov
161	B	<i>Zdaj imam z njo po telefonu ful lepe stike.</i>	Stiki po telefonu
		ODNOSI S PRIJATELJI	
162	A	<i>Socialne mreže v bistvu nimam. Sem v bistvu sam, vse ko poznam so sami zasvojeneci.</i>	Zunaj programa brez prijateljev
163	A	<i>...če imaš kakšno stisko, da o tem govoriš v skupini, skupina ti je »support«.</i>	Prijatelji v društvu
164	B	<i>Ona je bila terapevtka tam, sva se zelo navezali in mi zdaj že 5 let stoji ob strani.</i>	Podpora nekdanje terapevtke
165	B	<i>Vem, da jo lahko kadarkoli pokličem, pelje me iz enega zdravljenega na drugega, ni obupala.</i>	Pomoč v primeru težav
166	B	<i>...nimam nobene zdrave družbe.</i>	Zunaj programa brez prijateljev
167	C	<i>...99% prijateljev morem odmisli in prekiniti stike.</i>	Prekinitev stikov zaradi droge
168	C	<i>Tako rabim počasi prit do točke, kjer sva bila včasih, ko sva si zaupala in povedala vse.</i>	Vzpostavljajanje novih odnosov
169	D	<i>...tako da zdaj se ne bomo mogli več družiti.</i>	Prekinitev stikov zaradi droge
170	D	<i>Prijatelji se menjajo, ker se jaz spreminjam.</i>	Vzpostavljajanje novih odnosov
171	D	<i>Tukaj v projektu sem si ustvaril prijatelje.</i>	Prijatelji v društvu
172	D	<i>Tukaj mam cel kup ljudi, ko jim lahko vse zaupam.</i>	Zaupanje
173	E	<i>On je tisti, ki se mu lahko zaupam, če imam problem.</i>	Pomoč v primeru težav
174	E	<i>...zaupam mu že od otroštva.</i>	Zaupanje
175	E	<i>Vsi tukaj v Centru za integracijo, na njih se lahko obrnem pa vse povem.</i>	Prijatelji v društvu
		SPOLNO ŽIVLJENJE	
176	A	<i>Tukaj ni zaželeno oziroma je prepovedano.</i>	Prepovedana spolnost
177	A	<i>Če se tukaj parčkaš, potem si bolj fokusiran na drugega in ne moreš toliko delati na sebi.</i>	Zaviranje osebnostne rasti
178	A	<i>...tako ukrep, razmislek doma, razmislek v hiši.</i>	Ukrep društva
179	B	<i>Tukaj je prepovedano imeti stike.</i>	Prepovedana spolnost
180	B	<i>Tudi tukaj v društvu sem se zapletla z enim...</i>	Prepovedano razmerje z uporabnikom
181	B	<i>...oba sva dobila razmislek.</i>	Ukrep društva
182	C	<i>Tukaj itak ne smemo.</i>	Prepovedana spolnost
183	C	<i>Če bi imel intimne odnose s komerkoli si direktno izključen.</i>	Ukrep društva
184	C	<i>Že objemi niso najbolj priporočljivi, je malo težko vse skupaj.</i>	Nepriporočljivi telesni stiki
185	D	<i>Tukaj v društvu je itak prepovedano.</i>	Prepovedana spolnost
186	D	<i>Seveda, da pogrešam, zdaj ne ves čas, takrat ko pač.</i>	Želja po spolnosti

187	E	<i>...zdaj sem dve leti brez kakršnihkoli spolnih odnosov.</i>	Želja po spolnosti
188	E	<i>Tu ni omejitve, kolikor vem jih lahko imaš.</i>	Dovoljeno
		STE OSEBA, KI POTREBUJE DRUGE? KOGA?	
189	A	<i>Ja, družba mi manjka, zato tudi hodim sem, da se mi neki dogaja čez dan.</i>	Potreba po drugih
190	B	<i>Rajši sem v družbi.</i>	Potreba po drugih
191	C	<i>...rabim nekoga, da mu lahko povem kaj me teži, je lažje.</i>	Prijatelji
192	C	<i>V bistvu terapevtka naj bi bila tvoj najboljši prijatelj, da lahko res poveš vse kar se dotakne, moreš dat ven iz sebe.</i>	Terapevtka
193	C	<i>...mam kar podporo in razumevanje tudi s strani delavcev.</i>	Zaposleni v društvu
194	D	<i>Sčasoma pa ne vem, se včlaniš v neke krožke in spoznaš nove prijatelje.</i>	Prijatelji
195	E	<i>Seveda, sem rajši v družbi.</i>	Potreba po drugih
		KAKO SHAJATE Z DRUGIMI LJUDMI?	
196	A	<i>Dobro.</i>	Dobri odnosi
197	A	<i>Tukaj me jemljejo kar resno, me spoštujejo...</i>	Spoštljiv odnos
198	B	<i>Velikokrat s svojim vedenjem vzbujam jezo pri drugih, ker sem glasna, energična, hitro povem nazaj.</i>	Pogosti konflikti
199	B	<i>Sej me imajo vsi radi, to sem danes dojela.</i>	Dobri odnosi
200	C	<i>Tukaj v društvu se razumemo.</i>	Dobri odnosi
201	C	<i>Tako, da imam tukaj enega ali dva, ko se jima lahko res zaupam in odprem, da vem da bo to ostalo pri njih.</i>	Zaupen odnos
202	C	<i>Jaz sem zelo prilagodljiv...</i>	Prilagodljivost
203	C	<i>...nimam problemov z vključevanjem v družbo.</i>	Navezovanje novih stikov
204	D	<i>Načeloma poskusim v vsakemu videt tisto, kar je dobro.</i>	Poudarek na dobrih lastnostih
205	D	<i>...če odmislim ostalo, pa dobro shajam z drugimi ljudmi.</i>	Dobri odnosi
206	D	<i>...se trudim bit spoštljiv, da je vsaj spoštljiv odnos.</i>	Spoštljiv odnos
207	E	<i>Tukaj dobro shajam, saj se že od prej poznamo.</i>	Dobri odnosi
		BI RADI, DA SE V ODNOSIH, KI JIH IMATE Z DRUGIMI LJUDMI KAJ SPREMEMI?	
208	A	<i>Ja tukaj, spet bi rad bil bolj kritičen, ker tukaj imaš razna soočanja...</i>	Večja samozavest pri izražanju lastnega mnenja
209	A	<i>...no pa to s sinom morem uredit.</i>	Več stikov z otroki
210	B	<i>Več stikov z otroki.</i>	Več stikov z otroki
211	B	<i>Moram gradit zaupanje, da mi začnejo spet zaupat, ampak gre na boljše tudi to in pri bratu in pri mamici.</i>	Več zaupanja s strani družine
212	B	<i>Tukaj je stresno in včasih impulzivno odreagiram, to bi rada spremenila pri sebi v odnosih do drugih.</i>	Kontrola jeze
213	B	<i>Želim si tudi, da bi me brat bolj podpiral pri zdravljenju, bil bolj razumevajoč.</i>	Več podpore s strani brata
214	C	<i>Glede na to, da so načrti it na svoje, mislim, da se bodo tudi odnosi spremenili.</i>	Izboljšanje družinskih odnosov
215	C	<i>Tista dva, trije, ko so pa tako pravi prijatelji pa v bistvu samo še nadgradit, pa še kakšno novo skupno zanimanje poiskat.</i>	Izboljšanje prijateljskih odnosov
216	C	<i>Meni se jeza hitro spremeni v žalost...</i>	Kontrola jeze
217	C	<i>...če se ne postaviš zase, lahko začnejo po tebi hodit, potem pa ni več prijetno.</i>	Večja samozavest pri izražanju lastnega mnenja

218	D	<i>Rad bi, da ta moj občutek ogroženosti ne vpliva na odnose z drugimi ljudmi, na moje dnevno doživljanje.</i>	Vpliv bolezni na odnose z drugimi
219	D	<i>Jaz sem včasih ven padel po 5x na dan in sem mislil, da se to ne bo nikoli nehalo.</i>	Kontrola jeze
220	E	<i>Edino družinski odnos, da se še bolj povežemo.</i>	Izboljšanje družinskih odnosov
221	E	<i>Rad bi te izbruhe jeze, ki jih imam po očetu, začel kontrolirat.</i>	Kontrola jeze
		SE KDAJ V DRUŽBI POČUTITE NEPRIJETNO?	
222	A	<i>...zdaj sem pač v fazi, ko sem v velikem stiku s svojimi emocijami in mi je včasih nerodo, ko preveč pokažem te svoje emocije. Imam večkrat kar solze v očeh, ker meni se je v teh letih nakopičilo ogromno ene žalosti.</i>	Nelagodje ob izražanju čustev
223	B	<i>Zunaj pa, če sem se prodajala me pa itak noben ni spoštoval.</i>	Nespoštovanje zaradi prostitucije
224	C	<i>Včasih se zgodi, da gre kakšen čez mejo...</i>	Nespoštovanje s strani souporabnikov
225	C	<i>...in pripelje do tega, da se počutiš manj vrednega ali pa nespreglednega.</i>	Občutek manjvrednosti in nespreglednosti
226	D	<i>Zaradi tega, ker sem sam tak, včasih ekscentričen, samosvoj in takim ljudem se lahko ljudje smeji in so se mi celo življenje tako po malem smejali.</i>	Posmehovanje
227	E	<i>...sem imel tudi zaradi tega paranojo in vse. Sem mislil, da se mi posmehujejo.</i>	Vpliv bolezni
		DOGODKI IZ PRETEKLOSTI, KI SO VPLIVALI NA VAŠE ŽIVLJENJE? KATERI?	
228	A	<i>...ko moj najboljši prijatelj ubil enega, leto mlajšega in me je ta dogodek zelo prizadel.</i>	Kaznivo dejanje prijatelja
229	B	<i>Tako veliko vpitja, razbijanja in agresij od brata in očeta.</i>	Nasilje v družini
230	B	<i>Mami je šla, ko sem bila stara 13 let...</i>	Odhod matere
231	B	<i>Potem pri 19-ih je še ati umrl. Počutila sem se ful krivo, ker ga nisem znala oživljat in nisem šla poklicat rešilca klicat, ko mu nisem verjela, da umira.</i>	Smrt očeta
232	B	<i>Potem je šel še brat, tako da sem bila sama v hiši.</i>	Odhod brata
233	B	<i>Tudi, ko sem dobila hčerko, vse to je potem vplivalo, da sem sploh se odločila, da ne bom več tako živila.</i>	Rojstvo hčerke
234	C	<i>...prometna nesreča 13 let nazaj, z motorjem. V bistvu je bil z mano na motorju še prijatelj, ampak on je imel na srečo čelado na glavi, tako da nekaj malega nezvesti, ampak je bil potem v redu.</i>	Prometna nesreča
235	D	<i>Definiralo me je tudi to, ko sem z Nino že hodil in mi je mati pribila, če ji je njen fant uredil, da je ona stranke sprejemala.</i>	Prostitucija nekdanje partnerke
236	D	<i>Moja babica je bila težek alkoholik, najhujše sorte.</i>	Alkoholizem v družini
237	E	<i>Ja, ločitev staršev.</i>	Ločitev staršev
238	E	<i>Potem pa sem prišel v Maribor, se preselil k mami.</i>	Preselitev k materi
		KAKO SO TI DOGODKI VPLIVALI NA VAŠE ŽIVLJENJE?	
239	A	<i>Jaz sem takrat sam zaprosil za oddajo v vzgojni zavod in sem potem šel v vzgojni zavod Slivnica pri Mariboru.</i>	Odhod v vzgojni zavod
240	A	<i>No tu, v Mariboru pa se je začela moja kariera.</i>	Začetek kariere uživanja drog

241	B	<i>Ko je šla, se začela hodit ven, ful bluzit in bežat od doma.</i>	Začetek kariere uživanja drog
242	C	<i>Tako, da so posledice od glave, slaba koncentracija, spomin, malo slabše ravnotežje. Noga tudi dosti trpi od takrat naprej. Imel sem ene 5-6 operacij do zdaj.</i>	Zdravstvene težave
243	C	<i>Več ali manj pri vseh športih, ko moraš stat na nogah...</i>	Nezmožnost rekreacije
244	C	<i>...mogoče tudi za učenje, če bi hotel it kaj naprej študirat, koncentracija in spomin.</i>	Slabe možnosti šolanja
245	C	<i>Pa mogoče malo tudi na samopodobi, da se nekako ne počutim enakovrednega drugim.</i>	Slaba samopodoba
246	D	<i>... to mi je počasi ustvarilo, da se vse ženske prodajajo, če se pa ne, se pa bodo.</i>	Nezaupanje do žensk
247	D	<i>In je to moja mati čisto uničilo. In potem je to seveda na mene in brata prenesla.</i>	Slabi družinski odnosi
248	E	<i>V bistvu sem se zaradi tega tudi začel drogirat.</i>	Začetek kariere uživanja drog
Ocena zdravja			
OCENA LASTNEGA ZDRAVJA			
249	A	<i>To pa slabo.</i>	Slabo zdravstveno stanje
250	A	<i>Ja samo 20% pljuč mi dela.</i>	Pljučne težave
251	A	<i>Pa hepatitis sem imel.</i>	Hepatitis
252	B	<i>Stanje ni najbolj rožnato, ampak mi gre zdaj na boljši.</i>	Želja po izboljšanju zdravstvenega stanja
253	B	<i>Imam hepatitis C. Sem se pa okužila s trojko, ne vem kje, ne vem kdaj, res katastrofa.</i>	Hepatitis
254	B	<i>Imam tudi zamaščena jetra pa rano na želodcu.</i>	Želodčne težave
255	B	<i>...pa krčne žile, pa ne vem kaj vse še...</i>	Krčne žile
256	C	<i>Slabo, zaradi nesreče.</i>	Slabo zdravstveno stanje
257	C	<i>Ampak upanje je, da bo boljši.</i>	Želja po izboljšanju zdravstvenega stanja
258	D	<i>Veš kaj, jaz fizično nimam ene bolezni.</i>	Fizično zdrav
259	D	<i>Ampak psihično, pa po mojem ni duševne bolezni, ko jaz ne bi imel nastavka.</i>	Težave v duševnem zdravju
260	D	<i>Tako, da to me kar skrbi, ker to nekako ne izginja.</i>	Želja po izboljšanju zdravstvenega stanja
261	D	<i>Samo me pa spet mučijo, bi lahko govoril o svojih psihičnih mukah 10 ur.</i>	Slabo zdravstveno stanje
262	E	<i>Ja, v redu. Nimam nobene bolezni, ali pa kaj.</i>	Dobro zdravstveno stanje
OSEBNI ZDRAVNIK			
263	A	<i>Ja.</i>	Ima osebnega zdravnika
264	B	<i>Ja.</i>	Ima osebnega zdravnika
265	C	<i>Imam ja.</i>	Ima osebnega zdravnika
266	D	<i>Ja imam.</i>	Ima osebnega zdravnika
267	E	<i>Ja...</i>	Ima osebnega zdravnika
ZADOVOLJSTVO Z OSEBNIM ZDRAVNIKOM			
268	A	<i>Vedno se lahko obrnem nanjo.</i>	Dostopnost
269	A	<i>Sem zadovoljen...</i>	Zadovoljstvo
270	B	<i>...zelo je v redu.</i>	Zadovoljstvo
271	C	<i>...je zelo v redu.</i>	Zadovoljstvo
272	D	<i>Ona je v redu, sem zadovoljen.</i>	Zadovoljstvo
273	D	<i>Nikoli ni bilo problema, pa tudi takoj sem bil sprejet.</i>	Dostopnost
274	E	<i>Drugače pa sem zadovoljen...</i>	Zadovoljstvo
DIAGNOZA			

275	A	...organska motnja neopredeljenega tipa.	Organska motnja neopredeljenega tipa
276	B	Jaz nimam »dvojne diagnoze« od zdravnika.	Ocena delavcev
277	C	...pa potem depresija...	Depresija
278	C	...in psihoze.	Psihoza
279	D	...tako da sem imel veliko različnih zdravil, za socialne fobije...	Socialne fobije
280	D	...za neke prisilne misli, kot neke nastavke za psihotično shizofrenijo, vse možno.	Prisilne misli
281	E	To, da sem imel paranojo, najbolj od marihuane.	Paranoja
		RAZLAGA DIAGNOZE	
282	A	...ampak ne vem kaj to pomeni...	Nepoznavanje diagnoze
283	A	...mi niso razložili.	Brez razlage diagnoze
284	C	Ne vem kako bi temu drugače rekel...	Se ne spomni razlage diagnoze
285	E	Zdaj bi mogel pogledat na papirje, ko jih imam zgoraj, ne vem zdaj točno.	Se ne spomni razlage diagnoze
		VPLIV BOLEZNI NA ŽIVLJENJE	
286	A	Predvsem glede rekreacije.	Nezmožnost rekreacije
287	B	...imam dieto in jem vsega skupaj nič. Grem vsak dan lačna spat.	Dieta
288	B	...za dobrih 20 let, se ne more zdaj v enem letu vse rešit, sem se pač sprijaznila s tem.	Vdanost v usodo
289	C	Športne aktivnosti, da bi bil bolj udeležen.	Nezmožnost rekreacije
290	C	V bistvu, če bi nehal jemati zdravila, lahko spanje odmislim.	Redno jemanje zdravil
291	C	...če bi nehal jest antidepressive bi se v roku nekega časa stanje še poslabšalo.	Poslabšanje stanja brez zdravil
292	C	...nesposobnost za druženje s komerkoli.	Izogibanje socialnim stikom
293	C	...želja po samomoru pa brezup, tesnobe...	Misel na samomor
294	D	Zaradi teh socialnih fobij sploh nisem mogel hodit med ljudi.	Izogibanje socialnim stikom
295	D	...večino časa je mučno.	Oteženo življenje
296	D	Že ena zadnja 3 leta sem hodil s stigmo...	Stigma
297	D	Ko sem bil majhen sem v knjigah živel do enega 20-ega leta.	Osamitev zaradi strahu
298	D	Narkotiki so mi pa končno dali, da sem lahko bil med ljudmi pri 24 letu.	Redno jemanje zdravil
299	E	Težka obdobja sem imel.	Oteženo življenje
300	E	So pa lajšale to paranojo.	Poslabšanje stanja brez zdravil
301	E	Nisem mogel komunicirati zaradi tablet, ki sem jih dobil.	Nezmožnost komuniciranja zaradi tablet
		KAJ BI MORALI NAREDITI ZA SVOJE ZDRAVJE?	
302	A	Lej, sem kandidat za presaditev pljuč...	Presaditev pljuč
303	A	Ampak prej morem hepatitis ozdravit, tako da bom šel zdaj prvo na to zdravljenje hepatitisa,	Zdravljenje hepatitisa
304	A	...bom pa nehal kaditi. To z nehanjem kajenja ni cilj, ampak novih pljuč ne bodo dali enemu ko kadi, kadim že 35 let.	Prenehanje kajenja
305	B	...ene dve leti nazaj sem ga imela 1200, zdaj ga imam 25, to je minimalna doza.	Zmanjšanje zdravil
306	B	Vse urejam sproti, tudi pri svoji zdravnici. Ful enih pregledom imam...	Redni pregledi pri zdravniku
307	C	Sem v postopku zmanjševanja antipsihotikov, tako da sem v zadnjih 10-ih mesecih dozo razpolovil.	Zmanjšanje zdravil

308	C	Mislim, da sem na pravem mestu tudi za to odločitev, da ukinem zdravila.	Ukinitev zdravil
309	D	Edino to, da moram še vztrajati kakšno leto.	Nadaljevati z zdravljenjem
310	D	...da lahko grem k psihiatru, kadarkoli so na razpolago.	Redni pogovori s psihiatrom
311	D	Če sem na dva tedna imel individualni pogovor je bilo malo manj pa malo manj.	Pogovori s terapevtko
312	E	Ne, zdaj je v redu tako kot je.	Brez sprememb
		INFORMACIJE O ZDRAVJU	
313	A	Ja, to mam.	Jasne informacije
314	B	Ja, imam.	Jasne informacije
315	C	Nekako, ne.	Pomanjkljive informacije
316	D	...o svojem zdravljenju pa imam jasne informacije.	Jasne informacije
317	E	Ja, imam.	Jasne informacije
		INFORMACIJE O ZDRAVILIH	
318	A	Tudi ta psihiatrična zdravila maš pod zdravniškim nadzorstvom, ker sem sam neki pa ni bilo v redu.	Zaupanje strokovnemu mnenju
319	A	Jemljem antidepresive.	Antidepresivi
320	A	...pa stabilizatorje razpoloženja...	Stabilizatorji razpoloženja
321	A	...pa zdravila za pljuča.	Zdravila za pljuča
322	B	Ja, vem za zdravila...	Seznanjenost z zdravili
323	B	Od zdravil jemljem antidepresive, zaradi tega samomora.	Antidepresivi
324	B	Mam pa tudi kventiax, za spanje, antipsihotik.	Antipsihotiki
325	C	Rekli so, da imam bolezen, da se da zdraviti. In sem pač zaupal, vem da so šolani ljudje, da vejo kaj delajo.	Zaupanje strokovnemu mnenju
326	C	Trenutno samo zvečer jemljem antidepresiv seroxat 30mg.	Antidepresivi
327	C	...pa kvelux 100mg, antipsihotik.	Antipsihotiki
328	D	Zdravil ne prejemam več. Včeraj sem končno po štirih vikendih brez pomoči benzodiazepinov.	Trenutno brez zdravil
329	D	Jaz sem psihiatrična zdravila jemal od 24-tega do 30-tega, malo po potrebi.	Jemanje zdravil po potrebi
330	E	...prejemam zdravila, ta zjutraj pa je antidepresiv.	Antidepresivi
331	E	...zvečer pa Zolrix za spanje.	Antipsihotiki
332	E	Prej sem imel druge tablete, še sam ne vem katere sem imel, takrat sem imel dosti tablet, ampak sem znižal.	Neseznanjenost z zdravili
		MOŽNOST IZBIRE ZDRAVIL	
333	A	...da potem če sem se že metadona rešil, bi se kar najraje vsega.	Želja po ukinitvi zdravil
334	A	Zdravnik je rekel, da moram, zdaj je boljši ko jih.	Zdravnikova izbira
335	B	Imam namen to čisto vse pustiti.	Želja po ukinitvi zdravil
336	B	Ja, pri kventiaxu imam izbiro, pač to ko imam za spat pa me je strah.	Možnost izbire zdravil
337	B	Jaz sem hotela obratno, tega za spat, da imam pa antidepresive neham jemati. Pa so rekli da ne, dokler se zdravim za hepatitis.	Zdravnikova izbira
338	C	Zdaj pa delam na tem, da zmanjšam čim bolj kar je možno.	Želja po zmanjšanju zdravil
339	E	Izbire nisem imel, sem jim rekel da ne bi, pa mi je rekla, da bi bil hospitaliziran.	Brez možnosti izbire zdravil
		UŽIVANJE DROG	
340	A	Cel koktajl, heroin...	Heroin
341	A	...kokain...	Kokain
342	A	...trava.	Marihuana
343	A	Začel sem s tableti.	Zloraba tablet

344	B	<i>Travo sem začela kaditi pri 13-tih letih.</i>	Marihuana
345	B	<i>Potem sem pa plesne droge začela pri 15-ih, ko sem srednjo šolo pustila.</i>	Plesne droge
346	B	<i>Imela sem obdobja, tako da sem si kupovala apaurine, nikoli pa tako da bi jih redno jemala.</i>	Zloraba tablet
347	B	<i>...sem »tripe« jedla, ful veliko.</i>	»Trip«
348	B	<i>Potem sem ful »ekstazije« začela jest.</i>	»Ekstazi«
349	B	<i>Pa »speed« je bil vmes,</i>	»Speed«
350	B	<i>...ta amfetamin, po 3-4 grame na noč</i>	Amfetamin
351	B	<i>Heroin sem poskusila pri 13-ih.</i>	Heroin
352	B	<i>Potem sem šla na metadon, ker nisem več zdržala teh kriz...</i>	Metadon
353	B	<i>...še »substitole« sem si začela injicirati.</i>	»Substitol«
354	C	<i>V osnovni šoli zadevanje z bencinom in z lepilom.</i>	Bencin in lepilo
355	C	<i>Potem od 6. Razreda naprej marihuana.</i>	Marihuana
356	C	<i>Potem za vikende ekstazi...</i>	»Ekstazi«
357	C	<i>...in »speed«.</i>	»Speed«
358	C	<i>Potem je bil kokain pol leta...</i>	Kokain
359	C	<i>...heroin pol leta...</i>	Heroin
360	C	<i>...na koncu pa bolj metamfetamin.</i>	Metamfetamin
361	C	<i>...»sladoled«...</i>	»Sladoled«
362	D	<i>Ja, te benzodiazepini so bili temelj. Apaurini, Lexaurin, ko mi ga je psihiater predpisoval tako ne vem 2, 3mg naenkrat, dvakrat na dan.</i>	Zloraba tablet
363	D	<i>Potem metadon 2x na teden.</i>	Metadon
364	D	<i>Trava ene 4x na teden.</i>	Marihuana
365	D	<i>Potem »sladoled«...</i>	»Sladoled«
366	D	<i>...ali pa kokain 1x na 14 dni v povprečju.</i>	Kokain
367	D	<i>...potem pa kakšne gobice bi rekel na 3 mesece.</i>	Gobice
368	E	<i>Sem imel kar obdobje, marihuana...</i>	Marihuana
369	E	<i>...»speed«...</i>	»Speed«
370	E	<i>...pa »tripi«,...</i>	»Trip«
371	E	<i>...ekstazi.</i>	»Ekstazi«
		UŽIVANJE ALKOHOLA	
372	A	<i>Ker prej, ko sem bil v programu, ko si me ti videla na zadnjič, nisem bil iskren in sem tu pa tam kaj spil.</i>	Občasno uživanje alkohola
373	B	<i>Že pri 13-ih sem šla na izpiranje želodca. V 7. Razredu sem spila liter vodke in sem skoraj umrla.</i>	Ogrožanje življenja
374	B	<i>...ko sem ven hodila in ko sem bežala od doma, sem bila pijana vsak dan.</i>	Vsakodnevno uživanje alkohola
375	C	<i>Ena skupina prijateljev je alkohol uživala cele dneve, in sem ga imel vedno pri roki.</i>	Vsakodnevno uživanje alkohola
376	C	<i>...nisem imel nikoli meje, kadar sem pil, sem pil na smrt, do kome.</i>	Ogrožanje življenja
377	D	<i>Tako v povprečju po mojem, da sem spil ene tri piva na dan.</i>	Vsakodnevno uživanje alkohola
378	E	<i>Alkohola je bilo dosti, sem iz štajerskega konca.</i>	Vsakodnevno uživanje alkohola
		SOČASNO JEMANJE ZDRAVIL Z DROGAMI IN ALKOHOLOM	
379	A	<i>Tablete pa alkohol...</i>	Sočasno uživanje alkohola in zdravil
380	B	<i>Bolj sem kombinirala skunk, metadon, »substitol« pa kakšna tableta.</i>	Sočasno uživanje drog in zdravil
381	C	<i>Tako, da nisem upal droge pa zdravil mešat razen glede marihuane.</i>	Sočasno uživanje drog in zdravil
382	C	<i>...to mi ni bilo problem, pa alkohol in zdravila.</i>	Sočasno uživanje alkohola in zdravil

383	D	<i>Alkohol z metadonom, da ga je potenciral.</i>	Sočasno uživanje drog in alkohola
384	D	<i>Da bi pa pomirjevala pa alkohol skupaj pa občasno.</i>	Sočasno uživanje alkohola in zdravil
385	E	<i>Droge pa alkohol to pa ja.</i>	Sočasno uživanje drog in alkohola
		TVEGANJA POVEZANA S TEM	
386	A	<i>Zaveš se samomorilnih misli, čim je bil alkohol zraven.</i>	Samomorilske misli
387	A	<i>Pri drogah pa itak imaš par minut evforije potem si pa še slabši ko prej.</i>	Poslabšanje stanja
388	C	<i>Zavedal sem se posledic od sredine osnovne šole, so mi starši povedali, da to ni dobro in zakaj ne.</i>	Zavedanje posledic
389	C	<i>Sumim, da se mi je depresija pojavila zaradi zlorabe droge, ker so bile take nenormalne spremembe razpoloženja.</i>	Depresija kot posledica uživanja drog
390	D	<i>Za »overdose« sem se zavedal, sem pazil zelo.</i>	Zavedanje posledic
391	D	<i>Zaradi tega sem bil potem toliko odvisen, ker sem v bistvu in narkotike in Lexaurine, potem Sanvale, takrat so bili zelo poceni.</i>	Stopnjevanje zasvojenosti
392	D	<i>...problem je pri psihičnih motnjah, takrat, ko sem droge jemal, me vsaj niso mučile, samo spet ni nikakršno življenje.</i>	Zasvojenost kot posledica bolezni
393	E	<i>Naslednji dan se nisem spomnil kaj sem delal, čisto me je dol zbil.</i>	Izguba spomina
		POMOČ V STISKI	
394	A	<i>...všeč mi je moja bivša terapevtka, če se slabo počutim in imam neke slabe misli, vzamem njeno sliko, ali pa na telefonu imam nek sms od nje posnet, samo da slišim njen glas ali karkoli je z njo povezano.</i>	Nekdanja terapevtka
395	A	<i>Predvsem govoril sem o tem tukaj na skupinah. Tukaj je skupinsko zdravljenje, skupina ti je kot »support«.</i>	Pogovor in podpora skupine
396	B	<i>Ja zdaj grem do terapevta pa se pogovorim.</i>	Pogovor s terapevtom
397	B	<i>V društvu imam kar nekaj takih oseb okoli sebe, ko jim lahko zaupam.</i>	Prijatelji v društvu
398	B	<i>Takrat, ko se slabo počutim, grem igrat kitaro.</i>	Igranje kitare
399	B	<i>Ko je kriza se najraje se odmaknem, da igram sama. Se bolj sproščeno počutim, ko pa če me en gleda zraven.</i>	Umik
400	B	<i>Pa slike od otrok imam na steni in v škatlici, ko mi veliko pomenijo.</i>	Slike otrok
401	B	<i>Tudi družabne igre mi pomagajo, ko sem slabe volje.</i>	Družabne igre
402	B	<i>Pa knjige, ful rada imam domišljjske knjige, za sprostitev, da malo odklopim.</i>	Branje knjig
403	C	<i>Najraje s pogovorom...</i>	Pogovor in podpora skupine
404	C	<i>Ko sem imel željo, da bi šel domov so bili vsi pripravljeni za pogovor, da rešimo situacijo. Tako, da so pripravljeni pomagati tudi v takih primerih.</i>	Pomoč strokovnih delavcev
405	D	<i>Grem, vadit, telovadba.</i>	Telovadba
406	D	<i>Sprehod po gozdu, tek po gozdu.</i>	Sprehod
407	D	<i>Pogovori vsekakor, tukaj z individualnimi pogovori recimo...</i>	Pogovor s terapevtom
408	D	<i>...med delom enostavno začnem človeku govorit.</i>	Pogovor in podpora skupine
409	E	<i>...če pa imam pa govorim o tem na individualnem pogovoru.</i>	Pogovor s terapevtom
		RAZMIŠLJANJE O SAMOMORU	

410	A	<i>To se je že večkrat zgodilo.</i>	Ja
411	B	<i>Enkrat sem.</i>	Ja
412	C	<i>Veliko sem razmišljal o tem...</i>	Ja
413	D	<i>Takrat pa sem po mojem ene 50x pomisli, da se ne zbudim.</i>	Ja
414	E	<i>Ja, je bil enkratni dogodek.</i>	Ja
		KAJ SPROŽI MISEL NA SAMOMOR?	
415	A	<i>Neka brezizhodnost, itak samo trpim oziroma sem sam, take misli.</i>	Brezizhodnost
416	A	<i>To sem bil pod vplivom.</i>	Vpliv drog
417	B	<i>...ko me ta fant zelo tepel, da sem si šla žile rezat.</i>	Nasilje s strani partnerja
418	B	<i>Ni mi bilo do tega, da bi umrla, iskala sem pozornost.</i>	Iskanje pozornosti
419	B	<i>Imela sem tudi poskus samomora, ko sem bila ful v stiski</i>	Stiska
420	B	<i>Otroci v reji...</i>	Otroci v reji
421	B	<i>...jaz se prodajam.</i>	Prostitucija
422	B	<i>Nabralo se mi je neke krivde ene krivde pa vsega in nisem hotela več tako živeti.</i>	Občutek krivde
423	C	<i>... pač depresija.</i>	Bolezen
424	C	<i>Tako da, je bilo kar 3 leta poskusov samomorov s prekomerno dozo droge, ampak nekako ni uspelo.</i>	Vpliv drog
425	D	<i>Tista štiri leta pa res nisem mogel biti med ljudmi.</i>	Bolezen
426	E	<i>Meni oče pravi, da sem imel te misli o samomoru, da naj bi mu govoril o tem, jaz pa se tega ne spomnim.</i>	Vpliv drog
Ocena tveganj			
		VARNOST V OKOLJU, KJER ŽIVITE	
427	A	<i>...nikoli v mojem stanovanju ni alkohola in sem noter varen.</i>	Varnost – domače okolje
428	A	<i>Varno okolje je tudi tu v društvu.</i>	Varnost – društvo
429	A	<i>Pridejo tudi dnevi, mislim kakšne izjeme, ko kdo kaj prinese, ampak se hitro opazi.</i>	Ogroženost – droga v društvu
430	B	<i>Pač pri takih fantih, ko so bili ful ljubosumni in nasilni pa sem mislila, da sem varna, pa nisem bila.</i>	Ogroženost – nasilni partnerji
431	B	<i>Potem še ta sosed, ko se drogira, to meni ne daje občutka varnosti.</i>	Ogroženost – lastno stanovanje
432	B	<i>...pa bom jaz šla nekam drugam, da čisto zamenjam okolje.</i>	Ogroženost – menjava domačega okolja
433	B	<i>Ker je bila droga v hiši, en uporabnik jo je prinesel iz izhoda, ko je šel pospravljat jo je našel in se zadel.</i>	Ogroženost – droga v društvu
434	B	<i>Zdaj je počutim varno, tudi iz vidika, če naredim kaj narobe.</i>	Varnost – društvo
435	C	<i>Pred programom, od zunaj zaradi dolgov, ki so bili povezani z drogo.</i>	Ogroženost – dolgovi od zunaj
436	C	<i>Pa potem tukaj, prejšnjič so bili nekateri malo preveč impulzivni, agresivni, sicer samo verbalno.</i>	Ogroženost – agresivni uporabniki
437	C	<i>Zdaj mi je v redu ja.</i>	Varnost – društvo
438	D	<i>Čeprav pridejo kakšni agresivci, so me tudi že napadli...</i>	Ogroženost – agresivni uporabniki
439	D	<i>Tukaj se počutim varno.</i>	Varnost – društvo
440	D	<i>Doma pa tudi, se počutim varno.</i>	Varnost – domače okolje
441	E	<i>Doma mi pa ni, ker je tam središče vsega, kjer sem se drogiral. Mi je bolj varno, da grem k očetu.</i>	Ogroženost – menjava domačega okolja
442	E	<i>Ja, tu se varno počutim, v Ljubljani sploh.</i>	Varnost – društvo
		STE KDAJ DOŽIVELI NASILJE?	

443	A	Ja.	Ja
444	B	Ja veliko...	Ja
445	C	...sem bil deležen nasilja ja.	Ja
446	D	...ja celo življenje...	Ja
447	E	Ja...	Ja
		KDO JE BIL NASILEN DO VAS?	
448	A	Ja nasilje sem doživel v otroštvu, s strani očima.	Očim
449	B	Oče že od majhnega, sem ful klečala. Pa tudi dostikrat me je udaril, ful je bilo tudi psihičnega nasilja.	Oče
450	B	Ko je mami šla, se je tudi bratu odpeljalo in me je začel pretepat.	Brat
451	B	Tudi fant me je...	Partner
452	C	Je bilo pa zaradi teh dolgov, s kakšnim dilerjem...	Dilerji
453	D	Mati se je drla, če temu rečem nasilje. Mati se celo življenje že dere neki, na mene, očeta, ampak pri njej si vedno vedel pač dere se.	Mati
454	D	Seveda sem imel neke posle z nasilneži, sem naletel na njih, so me razbili.	Dilerji
455	E	Ja oče, ko sem bil otrok me je dostikrat pretepel.	Oče
		STE BILI KDAJ SAMI NASILNI?	
456	A	Ja itak, da sem bil kot mlad nasilen.	Ja
457	B	Ja, velikokrat...	Ja
458	C	Drugače pa ne, ker nisem konflikten človek.	Ne
459	D	Ne, nisem.	Ne
460	E	Drugače nisem tak, da bi bil nasilen človek.	Ne
		KAKO STE BILI NASILNI IN ŽRTVE NASILJA	
461	A	Rad sem se tepel, ni se me bilo strah. Jaz pa še kolega sva naletela na enega Štajerca in kolega je malo ven padel in ga je na nos, jaz sem ga pa z nogo v glavo.	Fizično nasilje - nad drugimi vrstniki
462	B	Ja, očetu sem potem vrnila. Takrat sem ga ful zbrcala, ful se mi je odpeljalo. Zjutraj pred prvim »jointom« sem imela ful izpade, kot da bi bil moja vreča.	Fizično nasilje - nad očetom
463	B	Bila sem tudi psihično nasilna do njega, ful sem ga žalila. Krivila sem ga zato, ker je mami šla.	Psihično nasilje - nad očetom
464	B	Do drugega fanta sem bila tudi bolj psihično, žalitve pa grožnje.	Psihično nasilje - nad partnerjem
465	B	Pa do mami sem tudi bila psihično nasilna, ko nas je zapustila.	Psihično nasilje - nad materjo
Ocena služb			
		ODNOSI S STROKOVNJAKI	
466	A	Ja, tukaj v društvu imam odličen odnos z delavci in terapevti.	Dobri odnosi
467	A	...vedno na nekem zaupanju.	Zaupen odnos
468	B	Zmeraj sem dobila veliko podpore od njih...	Podpora strokovnih delavcev
469	B	...vedno so mi stali ob strani, videli so napredek.	Dosegljivost v primeru težav
470	B	Zdaj sem zelo zadovoljna tukaj, sploh s svojo terapevtko.	Zadovoljstvo s terapevtko
471	C	Nimam slabih odnosov z delavci tukaj.	Dobri odnosi
472	C	Tu sem dobil največ pomoči v zvezi z usmerjanjem...	Podpora strokovnih delavcev
473	C	...sem jim uspel zaupat, da so me vodili tako kot je treba.	Zaupen odnos
474	C	...če sam nebi opazil spremembe, na slabši ali boljši, lahko vprašam druge za mnenje.	Dosegljivost v primeru težav

475	D	<i>Tukaj v projektu imajo dosti znanja, pa na detoksu tudi.</i>	Strokovna podkovanost
476	D	<i>Imamo dobre odnose.</i>	Dobri odnosi
477	E	<i>Ona mi je kot druga mama, ona me pozna že dve leti.</i>	Vloga staršev
478	E	<i>Še mami nisem včasih toliko povedal, kot povem nje.</i>	Zaupen odnos
479	E	<i>Ko enkrat padeš v tako debato, marsikaj poveš, lažje je.</i>	Poslušanje brez predsodkov
480	E	<i>V redu odnos imam z vsemi.</i>	Dobri odnosi
		S KATERIMI ZDRAVSTVENIMI STORITVAMI STE V STIKU?	
481	A	<i>...pregledi pri zdravniku.</i>	Osební zdravnik
482	A	<i>...vsake toliko časa moram v bolnico za pljučne bolezni na pregled.</i>	Pulmolog
483	A	<i>...v bistvu pa še najbolj s kakšnimi psihiatri.</i>	Psihiater
484	A	<i>Tudi tukaj v društvo imaš enkrat na teden pogovor s svojim terapevtom.</i>	Terapevtka v društvu
485	B	<i>Pogovore s terapevtom imam tu in tam.</i>	Terapevtka v društvu
486	B	<i>...tudi osebni zdravnik...</i>	Osební zdravnik
487	C	<i>Hodim redno na pogovore k psihiatru.</i>	Psihiater
488	C	<i>...pogovor s terapevtko.</i>	Terapevtka v društvu
489	C	<i>Po potrebi osebni zdravnik.</i>	Osební zdravnik
490	D	<i>...pogovori s terapevtko,...</i>	Terapevtka v društvu
491	D	<i>...obisk splošnega zdravnika po potrebi.</i>	Osební zdravnik
492	E	<i>...osebnega zdravnika bom moral zdaj menjat...</i>	Osební zdravnik
493	E	<i>...terapevtko v Terapevtski skupnosti.</i>	Terapevtka v društvu
494	E	<i>Psihiater...</i>	Psihiater
		ZADOVOLJSTVO Z NJIMI	
495	A	<i>Sem zadovoljen.</i>	Zadovoljstvo
496	B	<i>...sem zadovoljna.</i>	Zadovoljstvo
497	C	<i>...imam v redu odnose.</i>	Zadovoljstvo
498	D	<i>Sem zadovoljen z njim.</i>	Zadovoljstvo
499	E	<i>Sem zadovoljen.</i>	Zadovoljstvo
		KJE STE V PRETEKLOSTI NAŠLI POMOČ V ZVEZI Z ZDRAVJEM	
500	A	<i>To ti bodo 3 črke vse odgovorile, sam.</i>	Samopomoč
501	B	<i>Potem, ko pa sem imela tega fanta, ki se je izživil nad mano, sem pa šla v varno hišo.</i>	Varna hiša
502	B	<i>Tudi na metadonsko sem se vpisala...</i>	Metadonski center
503	B	<i>Potem sem šla v materinski dom in cel kup enih ustanov.</i>	Materinski dom
504	B	<i>...pa sedaj tudi CSD.</i>	Center za socialno delo
505	B	<i>Iz Jesenic sem šla na reintegracijo v Tržič.</i>	Center za reintegracijo
506	B	<i>...3x Pelikan.</i>	Društvo Pelikan
507	C	<i>Bil sem preko zavoda za zaposlovanje...</i>	Zavod za zaposlovanje
508	C	<i>...za zaposlitveno rehabilitacijo Zarja Kranj.</i>	Zaposlitveni center Zarja
509	C	<i>Preden sem prišel sem, sem bil v društvu za reintegracijo Vincenc Draksler.</i>	Center za reintegracijo
510	D	<i>Primož je bil pa psihiater me je nagovarjal za zdravljenje, ampak sem bil še čisto v tej mentaliteti, da ni problema.</i>	Psihiater
511	E	<i>Noben mi ni pomagal.</i>	Samopomoč
		STE BILI KDAJ NAMEŠČENI V KAKŠNI INSTITUCIJI?	
512	A	<i>Večkrat v Polju...</i>	Psihiatrična bolnišnica
513	A	<i>Tudi v zaporu sem bil, 15 mesecev sem sedel.</i>	Zapor
514	A	<i>Pa Golnik, sem bil hospitaliziran.</i>	Klinika Golnik

515	B	<i>V zavodu Predvdor sem bila 2 meseca...</i>	Zavod
516	B	<i>Potem sem bila v komuni v Retu, v Španiji.</i>	Komuna
517	B	<i>...7x detoks...</i>	Center za detoksikacijo
518	B	<i>Pa bila sem v Begunjah na psihiatriji, pa v Polju sem bila 7 dni...</i>	Psihiatrična bolnišnica
519	C	<i>Bil sem v komuni pred desetimi leti, 3 leta in pol.</i>	Komuna
520	C	<i>Potem sem bil v kliničnem centru.</i>	Klinični center
521	C	<i>...Soča zavod za rehabilitacijo.</i>	Rehabilitacijski inštitut Soča
522	D	<i>To je bilo tako, jaz sem šel v Pierino...</i>	Komuna
523	D	<i>Potem pa sem šel takoj v detoks.</i>	Center za detoksikacijo
524	E	<i>V bolnici sem bil samo takrat...</i>	Klinični center
525	E	<i>Ko nisem več videl poti, nisem mogel več biti na drogah, sem šel na psihiatrijo.</i>	Psihiatrična bolnišnica
KAKO SO VAS OBRAVNAVALI?			
526	A	<i>In sem se v bistvu mogel na pol sam izolirat od okolice oziroma od droge, tako da mi je bilo malo težje.</i>	Zapor – brez podpore strokovnih delavcev
527	A	<i>...vsega skupaj pa ne vem, od 8 do 10 krat.</i>	Psihiatrija – večkratna obravnava
528	A	<i>...nazadnje ko sem bil tam, sem bil kar ene pol leta.</i>	Psihiatrija – dolgotrajna hospitalizacija
529	B	<i>Od detoksa zelo, so mi res stali ob strani, vseh teh 5-6 let odkar hodim tja.</i>	Detoksikacija – podpora strokovnih delavcev
530	B	<i>Vsakič, ko je bila stiska sem pobegnila, ampak sem vsakič prišla nazaj in so me spet sprejeli.</i>	Detoksikacija – občutek sprejetosti
531	C	<i>V komuni ni kakšnih strokovnih delavcev, so sami odvisniki in bivši odvisniki, da si dajejo podporo in nasvete pa karkoli. Odvisno je od tebe kaj delaš in kako delaš.</i>	Komuna – brez podpore strokovnih delavcev
532	C	<i>V komuni pa v bistvu samo to »delo te bo rešilo«, če boš delal ne boš razmišljal o traparijah, ne boš imel niti časa se zadevat.</i>	Komuna – preveč poudarka na delu
533	D	<i>...ko sem šel na detoks, me je tudi zmotilo, ker sem prvo videl, da je premalo časa, samo 3 mesece.</i>	Detoksikacija – premalo časa za zdravljenje
534	D	<i>...pa prosti čas in nekako to ni čisto življenjsko.</i>	Komuna – želja po bolj življenjskem urniku
535	D	<i>...malo te Pierinovske delovne mentalitete, kmečke mislim tako čisto preproste, delaj pa bo.</i>	Komuna – preveč poudarka na delu
536	E	<i>Delal sem tako, kot oni hočejo.</i>	Psihiatrija – neupoštevanje s strani zdravnika
537	E	<i>Ko sem bil vesel ali pa kaj, so mi pa že povišali dozo.</i>	Psihiatrija – zdravila kot kazen
538	E	<i>...ne toliko z zdravili, ker je res neprijetno. Si potem, ko zombi tam, še sam za sebe nisem vedel.</i>	Psihiatrija – prevelike količine zdravil
Želje in potrebe			
POMEMBNOSTI V ŽIVLJENJU			
539	A	<i>...definitivno ne mislim biti sam, tako v smislu najdit si partnerja.</i>	Partnerka
540	A	<i>Da si razširim socialno mrežo, sam morem bit tudi socialno bolj aktiven.</i>	Prijatelji
541	A	<i>Zdaj bom v bistvu kar po nekem času spet vzpostavil stik z njim.</i>	Vzpostavljanje novih odnosov
542	B	<i>Otroci.</i>	Otroci
543	C	<i>...družina.</i>	Družina
544	C	<i>Druženje s prijatelji, to mi je pomembno.</i>	Prijatelji
545	C	<i>Hobiji, zame motor, še vedno.</i>	Hobiji
546	C	<i>Glavna želja je, da se znam upret zasvojenosti in kakršnekoli stiku z drogo ali pa alkoholom.</i>	Abstinenca

547	D	...partnerka.	Partnerka
548	D	Prijateljstvo, da imam dosti prijateljev...	Prijatelji
549	E	Pomembno je, da bom držal še dalje abstinenco.	Abstinenca
		POGLED NA PRIHODNOST	
550	A	Ja kot sem že povedal, neka partnerka.	Želja po partnerki
551	A	Dokler si ne razširim neke socialne mreže, itak mislim sem hodit.	Želja po novi socialni mreži
552	A	...bom sigurno ostal v programu	Ostati v programu
553	A	Zanima me neko prostovoljno delo, ampak bi delal za vikend, da bi si zapolnil še te vikende.	Prostovoljno delo
554	B	...imam namen dokončat šolo, manjka mi en letnik ekonomske.	Dokončanje šole
555	B	Veseli me tudi to ustvarjanje, da bi delala z otroki s posebnimi potrebami.	Delo z otroki
556	C	Ljubezen...	Želja po ljubezni
557	C	Služba, brez nje ne gre.	Želja po zaposlitvi
558	C	...ko imaš samostojne izhode, lahko začneš razmišljati tudi v tej smeri, da dokončaš šolo ali pa začeti kaj novega.	Dokončanje šole
559	C	Kasneje punca...	Želja po partnerki
560	C	...imam v bistvu namen, načrt, željo, da grem po programu grem na svoje.	Želja po stanovanju
561	D	Imet en normalen vir dohodkov, ne denar, vir dohodkov, da znaš nekaj delat.	Želja po zaposlitvi
562	D	S katerokoli deklico ob moji strani.	Želja po partnerki
563	D	...glavni problem mi je to, kako bom v prihodnosti programa, da si ustvarim neko novo socialno mrežo, nove prijatelje.	Želja po novi socialni mreži
564	E	Čisto neko normalno splošno življenje...	Želja po normalnem življenju
565	E	...da si ustvarim tudi družino, da zaživim.	Želja po družini
566	E	Čez čas si bom začel iskat stanovanje...	Želja po stanovanju
567	E	Da dobim neko službo, pa da se še dodatno izobražujem.	Želja po zaposlitvi
568	E	Da naredim izpit za avto.	Izpit za avto
		MOŽNOSTI ZA UREDITEV ZAPOSLOTITVE	
569	A	...kaj fizičnega delat ne bo šlo več. Niti ne razmišljam ne več o tem. Sem pa to zelo težko sprejel, da nikoli več ne bom mogel delat.	Nezmožnost za delo
570	B	Moj brat ima s.p., imam možnost pri njemu se v pisarni zaposlit, če končam ekonomsko šolo.	Zaposlitev pri bratu
571	C	Možnosti so bolj slabe že za nekako normalnega človeka.	Slabe možnosti zaposlitve
572	C	Glede na to, da sem imel poškodbo glave, noge, ne vem ali bom sposoben stat 8 ur na nogah, to me otežuje pri iskanju poklica.	Nezmožnost polnega delovnega časa
573	D	Zdaj ima itak že brat s.p., tako da lahko delam preko njega.	Zaposlitev pri bratu
574	D	...ampak teh opcij sploh ni veliko	Slabe možnosti zaposlitve
575	D	Jaz si bom našel nek samostojen poklic, samozaposlen bom. Glih zaradi tega so te zaposlitve idealne, zaradi mene lahko ve cela Slovenija, še zmeraj bodo oni rabili sliko, ali pa črke sklesat.	Samozaposlitev
576	E	Kar dobre možnosti so.	Dobre možnosti zaposlitve
577	E	V bistvu to bom dobil zelo veliko podporo od očeta, on je policist ampak pozna dosti ljudi.	Podpora očeta
		KAJ POTREBUJETE ZA BOLJŠE ŽIVLJENJE?	

578	A	<i>Tisto, ko vsi denar.</i>	Večji dohodek
579	A	<i>Razen ta socialna mreža, da se razširi.</i>	Socialna mreža
580	A	<i>Partnerko, da spoznam, neki v tem stilu.</i>	Partnerka
581	B	<i>Stike z otroci in z družino.</i>	Več stikov z družino
582	B	<i>Jaz nimam nobene izkušnje kako biti zunaj normalna, ves čas sem bila zadeta.</i>	Podpora strokovnih delavcev
583	C	<i>...ozdravitev zasvojenosti.</i>	Uspešno zdravljenje
584	C	<i>Mogoče kak dan več prostega časa...</i>	Več prostega časa
585	D	<i>...pomoč psihoterapevtov,...</i>	Podpora strokovnih delavcev
586	D	<i>...podpora souporabnikov.</i>	Podpora souporabnikov
587	E	<i>Novo trezno, družbo. En krog zdrave družbe.</i>	Socialna mreža
		KAJ CENITE PRI DRUGIH?	
588	A	<i>Cenim sočutje, to mi je ful ena taka vrlina postala.</i>	Sočutje drugih
589	A	<i>...odkritost...</i>	Iskrenost
590	A	<i>Mogoče tudi ta kritičnost, da so me na skupini soočili s tem, zakaj ne pišem počutja, dnevnikov in tako dalje.</i>	Kritičnost
591	B	<i>Ja, najbolj to, da jim je mar z druge.</i>	Sočutje drugih
592	B	<i>Da čeprav sem se prodajala, še vseeno lahko do mene pokaže spoštovanje.</i>	Spoštovanje
593	B	<i>Da te sprejmejo takega kot si, z napakami, ne glede na preteklost.</i>	Občutek sprejetosti ne glede na preteklost
594	B	<i>Iskrenost, da se ne prekriva ,da se pove v obraz, da ni opravljanja.</i>	Iskrenost
595	C	<i>Razumevanje in sprejemanje, vsakega posebej tak kot je.</i>	Občutek sprejetosti ne glede na preteklost
596	C	<i>...da se trudijo spoštovati in ceniti človeka, tudi mene med drugimi.</i>	Spoštovanje
597	D	<i>V osnovi, ljudi gledam tako, ali je človek dober po srcu in da se trudi iz srca živet.</i>	Sočutje drugih
598	D	<i>...da ni žaljiv, da ni nespoštljiv.</i>	Spoštovanje
599	E	<i>Cenim pri družini najbolj to, da me podpira.</i>	Podpora družine
600	E	<i>V društvu cenim to, da se počutim sprejetega.</i>	Občutek sprejetosti ne glede na preteklost
		SPREMEMBE V OKOLJU, DA BI SE POČUTILI BOLJ SPREJETI?	
601	A	<i>Nočem, da ljudje vedo kakšne probleme sem imel, to je preteklost, to je del mene, ki bi ga rad pozabil.</i>	Prikrivanje stigme
602	B	<i>Doma to, da bi brat sprejel, da odvisnost ni kar nekaj, da je ena motnja, bolezen ali kakorkoli.</i>	Sprejetost s strani družine
603	B	<i>...da bi dobila samospoštovanje in da bi sprejela preteklost.</i>	Soočenje s preteklostjo
604	C	<i>...da imaš čim več podatkov, za prosta stanovanja</i>	Stanovanje
605	C	<i>Mogoče preko kakšne veze dobiti delovno mesto, če že ne drugega.</i>	Zaposlitev
606	C	<i>In se je težko vrnit nazaj in bit drugi človek.</i>	Prikrivanje stigme
607	C	<i>Sem odločen, da ne grem nazaj v isto okolje, čim dalje stran.</i>	Menjava okolja
608	D	<i>Ne, se čutim zelo sprejetega.</i>	Brez sprememb
609	E	<i>Ne, tako je v redu.</i>	Brez sprememb

8.3.2 Odprto kodiranje intervjujev s strokovni delavci

Tabela 8.3.2: Odprto kodiranje - strokovni delavci

Št. izjave	Oseba	Izjava	Koda
------------	-------	--------	------

Poznavanje vsakdanjega življenja uporabnikov			
		OPREDELITEV UPORABNIKOV Z »DVOJNO DIAGNOZO«	
1	F	<i>Ob vstopu v program se dobi te podatke.</i>	Ob vstopu v program
2	F	<i>...diagnozo postavljeno že nekje od prej ali pa so bili že prej v kakšni obravnavi.</i>	Že prej postavljena diagnoza
3	F	<i>...s psihiatrije pridejo z neko diagnozo, večino zelo neoblikovano.</i>	Neoblikovana diagnoza
4	F	<i>...posledica drogiranja, ali je primarna motnja.</i>	Primarna ali sekundarna motnja
5	F	<i>...opazuje kako delujejo v skupini in se v tem času naredi usmerjena anamneza.</i>	Ocena delavcev
6	F	<i>...niso vsi z dvojno diagnozo oziroma nimajo vsi postavljene diagnoze.</i>	Brez diagnoze
7	G	<i>Preko psihiatričnih izvidov, ki jih dobimo.</i>	Psihiatrični izvidi
8	G	<i>Dejansko imajo vsi neke pridružene duševne motnje...</i>	Pridružene duševne motnje
9	H	<i>...imajo diagnozo od psihiatra oziroma so bili hospitalizirani.</i>	Psihiatrični izvidi
10	H	<i>...mi ocenimo, da ne bo zmogla klasičnega programa.</i>	Ocena delavcev
		PROBLEMI IN POTREBE LJUDI Z »DVOJNO DIAGNOZO«	
11	F	<i>...prenaporno, da bivajo skupaj z drugimi uporabniki, ki nimajo »dvojne diagnoze«.</i>	Potreba - ločen program za »dvojne diagnoze«
12	F	<i>...potreba tudi, da bil zaposlen psihiater...</i>	Potreba - zaposlen psihiater
13	F	<i>...čisto drugače strukturiran, ločene enote, drugačna struktura.</i>	Potreba - ločen program za »dvojne diagnoze«
14	G	<i>...potrebno več potrpežljivosti.</i>	Potreba - potrpežljivost
15	G	<i>...da imamo notranjega psihiatra, s katerim sodelujemo.</i>	Potreba - zaposlen psihiater
16	G	<i>Z njimi delam še malo bolj počasi, glede na to kaj v tistem trenutku zmorejo in česa ne zmorejo.</i>	Potreba - individualna obravnava
17	G	<i>Veliko je takih, ko so tukaj že drugič ali celo tretjič.</i>	Problem - večkratna obravnava
18	H	<i>Nekateri težko sprejemajo to, da imajo duševno motnjo...</i>	Problem - nesprejemanje diagnoze
19	H	<i>...ali sploh ne vedo kaj to pomeni.</i>	Problem - nepoznavanje diagnoze
20	H	<i>...niso zmožni enega običajnega osemurnega delavnika in tega kar je s tem povezano.</i>	Problem - težja zaposlitev
21	H	<i>...potrebna individualna obravnava...</i>	Potreba - individualna obravnava
22	H	<i>...druge prilagoditve v smislu teh pričakovanj in zahtevnosti - imajo malo bolj ohlapno strukturo glede pravil, dogovorov, imajo več možnosti ponavljanja.</i>	Potreba – dodatne prilagoditve
23	H	<i>...še posebej pogledati kaj so oni zmožni glede na to pridruženo duševno motnjo.</i>	Potreba - individualna obravnava
Pristopi in metode dela za vključevanje uporabnikov			
		PROBLEMI IN POTREBE UPORABNIKOV S KATERIMI SE OBRAČAJO NA DELAVCE	

24	F	<i>Več individualnega dela.</i>	Potreba - individualno delo
25	F	<i>...pozornost...</i>	Potreba - pozornost
26	F	<i>...pomoč pri reševanju vsakodnevnih problemov.</i>	Potreba - pomoč
27	F	<i>... rabijo veliko usmerjanja.</i>	Potreba - usmerjanje
28	G	<i>...se obračajo z nekimi organizacijskimi zadevami, urejanje socialne podpore, finančnem planu, dolgovih.</i>	Problem - organizacijske zadeve
29	G	<i>...potrebo po pogovoru, ko imajo težek dan, ko jim kaj ni jasno.</i>	Potreba - pogovor
30	G	<i>...delo z njimi zelo v usmerjanju, da sploh prepoznajo potrebe.</i>	Problem - prepoznavanje potreb
31	H	<i>...željo po neki spremembi...</i>	Potreba - želja po spremembi
32	H	<i>...problemi na različnih nivojih, imajo osebnostne in družinske - nasilje v družini, občutek nevednosti, nezaupanje, v družini že zasvojene osebe.</i>	Problem - osebnostni in družinski problemi
33	H	<i>...živeli normalno življenje, samo oni tega ne znajo.</i>	Potreba - želja po normalnem življenju
34	H	<i>...kako se pogovarjati, neka osnovna komunikacija, ko si trezen.</i>	Problem - komunikacija
		PRI KATERIH PROBLEMIH IN POTREBAH JIM DELAVCI LAHKO POMAGAJO	
35	F	<i>...kako se vključiti nazaj v družbo.</i>	Problem - reintegracija nazaj v družbo
36	F	<i>...vzpostavljanje stikov s svojci, vzpostavljanje zdravih odnosov</i>	Potreba - vzpostavljanje stikov
37	F	<i>...postaviti se na svoje noge, se osamosvojit.</i>	Potreba - samostojno življenje
38	F	<i>...da se znajo obrniti na nas ali koga drugega, ko so v stiski.</i>	Potreba - pomoč v stiski
39	G	<i>Potem, da redno obiskujejo psihiatra.</i>	Potreba - obiski psihiatra
40	G	<i>...vrnitev nazaj v življenje, se pravi zaposlitveni načrt, pošiljanje prošenj, kje bodo živeli.</i>	Potreba - načrt za prihodnost
41	H	<i>...da oseba postane samostojna, odrasla in neodvisna.</i>	Potreba-samostojno življenje
42	H	<i>Mi ne delamo stvari namesto osebe, jih pa usmerjamo kje si lahko poiščejo pomoč.</i>	Potreba - usmerjanje
43	H	<i>Za neko druženje aktiviramo prostovoljce.</i>	Potreba - prostovoljstvo
44	H	<i>Mi jim damo podporo, da si oni sami potem to poskušajo urediti.</i>	Potreba - podpora
		V KATERIH PRIMERIH SE UPORABNIKI PONOVO VRAČAJO PO POMOČ	
45	F	<i>...takrat ko se znajdejo v kaki stiski.</i>	Stiska
46	F	<i>Če imajo zdrs/recidiv.</i>	Zdrs/recidiv
47	F	<i>...rabijo pomoč pri reševanju problemov.</i>	Pomoč
48	F	<i>Lahko ima pogovore, pa samo s pomočjo pogovorov razrešuje situacije in dobi podporo za naprej.</i>	Podpora in svetovanje
49	G	<i>Veliko imamo povratnikov, tistih ki recidirajo in ponovno pridejo k nam.</i>	Zdrs/recidiv
50	G	<i>...še naprej individualne pogovore, ki se zavedajo, da še rabijo to podporo.</i>	Individualni pogovori
51	G	<i>Razlogi so mogoče neke čisto nerazčiščene teme, ko jih niso predelali, ali z družino, ali partnerski odnosi, ali odnos do alkohola.</i>	Nerazčiščene teme
52	H	<i>...rabijo še podporo ali svetovanje glede določenih življenjskih področij.</i>	Podpora in svetovanje

53	H	<i>...niso uspeli ohraniti abstinence in gredo v recidiv in ponovno spet v program.</i>	Zdrs/recidiv
Potrebe uporabnikov glede razvoja programa			
		PROBLEME IN POTREBE NA KATERE JIM DELAVCI NE MOREJO POMAGATI	
54	F	<i>Enega fanta smo preusmerili nazaj na psihiatrijo, ker je bila njegova problematika zelo težka.</i>	Problem - pojav »vrtljivih vrat«
55	G	<i>Če ugotovimo, da je kakšen uporabnik preveč depresiven, ga usmerimo na psihiatrijo, za določen čas.</i>	Problem - pojav »vrtljivih vrat«
56	G	<i>...nekdo v osnovi ni dovolj motiviran ali ne dela iskreno, nima smisla, ker mu ne moremo pomagati.</i>	Problem - nemotiviranost, neiskrenost
57	H	<i>Ne moremo jim urediti stanovanja...</i>	Problem - stanovanje
58	H	<i>...in dohodka...</i>	Problem - dohodek
59	H	<i>...da bi mu dali službo, pa ni mogoče.</i>	Problem - služba
60	H	<i>...ampak si morajo oni sami poiskati prijatelje, mi jim ne moremo urediti socialne mreže.</i>	Problem - socialna mreža
61	H	<i>...eno neprofitno stanovanje, kjer bi lahko bivale osebe, ki so dolgotrajno nezaposljive.</i>	Potreba - želja po neprofitnem stanovanju
		REŠITVE ZA PROBLEME IN POTREBE, KI PRESEGAJO STORITVE	
62	F	<i>Ena izmed možnosti je, da se jih usmerja v društvo Pelikan, ki imajo čisto ločen program za »dvoje diagnoze«, ki je manj naporen.</i>	Usmeritev v druge ustanove
63	F	<i>Naprej se pogovarjamo z uporabniki.</i>	Pogovor z uporabnikom
64	F	<i>...potem se pogovarjamo v timu.</i>	Timsko delo
65	F	<i>...s starši in svojci, ki so ves čas vključeni.</i>	Sodelovanje z družino
66	G	<i>...vedno podamo neko možnost kaj mi menimo, da bi bilo primerno, da se ga usmeri.</i>	Usmeritev v druge ustanove
67	G	<i>Vedno pa delamo timsko, ali tim v določeni enoti ali pa strokovni svet.</i>	Timsko delo
68	H	<i>Mi ne moremo pokritih vseh področij, ker so zato tudi druge ustanove specializirane, njih lahko potem usmerimo...</i>	Usmeritev v druge ustanove
Sodelovanje z drugimi službami			
		SODELOVANJE Z DRUGIMI SLUŽBAMI	
69	F	<i>...se dogovorimo za pogovor, spremljamo uporabnike na pogovor.</i>	Pogovor pri psihiatru
70	F	<i>Sodelujemo s psihiatrično bolnico Idrija, Ormož.</i>	Psihiatrična bolnišnica
71	F	<i>Potem DTO, odvisno od kje pridejo ali pa jih mi usmerimo.</i>	Center za detoksikacijo
72	F	<i>Pa še centri za socialno delo...</i>	Centri za socialno delo
73	F	<i>...zavod za zaposlovanje.</i>	Zavod za zaposlovanje
74	F	<i>Pelikan smo tudi že kontaktirali.</i>	Društvo Pelikan
75	F	<i>...center za reintegracijo Tržič, teh se trenutno spomnim.</i>	Centri za reintegracijo
76	G	<i>Sodelujemo s psihiatrijo.</i>	Psihiatrična bolnišnica
77	G	<i>...s CSD-ji...</i>	Centri za socialno delo
78	G	<i>tudi z zavodi za zaposlovanje, glede kariernega svetovanja.</i>	Zavodi za zaposlovanje
79	G	<i>Spremljamo jih k psihiatru, če bi bilo kakšno akutno stanje.</i>	Pogovor pri psihiatru

80	H	<i>Sodelujemo s CSD-ji.</i>	Centri za socialno delo
81	H	<i>...s kakšnimi drugimi zdravstvenimi ustanovami.</i>	Druge zdravstvene ustanove
82	H	<i>Z drugimi društvi bolj sodelujemo v smislu, kjer naši uporabniki prostovoljno delajo...</i>	Prostovoljno delo
83	H	<i>Sodelujemo potem še z bolj specializiranimi ustanovami, recimo Društvo za nenasilno komunikacijo.</i>	Društvo za nenasilno komunikacijo
84	H	<i>Sodelujemo tudi z nevladnimi organizacijami, ki so prav specializirane prav za neko določeno področje obravnave.</i>	Druge nevladne organizacije
Odnosi in stališča do uporabnikov			
ODNOSI Z UPORABNIKI			
85	F	<i>Vedno sta dve vlogi, podobno kot pri starševstvu.</i>	Vloga staršev
86	F	<i>Na eni strani je, ko usmerjaš in postavljaš meje, ko si v vlogi vzgojitelja.</i>	Vloga vzgojitelja
87	F	<i>...da smo tudi človeške notranjosti.</i>	Človeški odnos
88	F	<i>Na eni strani varnost, z mejami...</i>	Varnost
89	F	<i>...po drugi strani pa, da si dovolj dostopen, da se lahko pogovarjaš o ozadih kaj pa dejansko doživlja.</i>	Dostopnost
90	F	<i>Po mojem imamo dober stik.</i>	Dober odnos
91	F	<i>Pomembno je, da imajo možnost tudi povedati, da so jezni in da znajo ravnati s svojo impulzivnostjo.</i>	Možnost izraziti jezo
92	G	<i>Z eno besedo bi rekla družina.</i>	Družina
93	G	<i>Velikokrat segamo v vlogo mam in očetov...</i>	Vloga staršev
94	G	<i>...za njih čutim skrb, tudi ljubezen</i>	Človeški odnos
95	G	<i>Poskušan bi zelo iskrena z njimi.</i>	Iskrenost
96	G	<i>Seveda prihaja do konfliktov, kot tudi v družinah.</i>	Konflikti
97	G	<i>Pri konfliktih in sporih se mi zdi predvsem pomembno, da mi kot delavci zmoremo s tem, da prevzamemo svoj del odgovornosti.</i>	Odgovornost delavcev
98	H	<i>Odnos z uporabniki je profesionalen terapevtski odnos.</i>	Profesionalen terapevtski odnos
99	H	<i>Vlada neko osnovno spoštovanje, kar obojestransko.</i>	Spoštovanje
100	H	<i>Ta odnos je tudi zelo zaupen...</i>	Zaupen odnos
101	H	<i>Zelo pa je odvisno od posameznika, ker imajo ene osebe pogosto vedenje, da radi manipulirajo, da pridejo do svoje volje.</i>	Manipulacija
102	H	<i>...si vzgojni delavec...</i>	Vloga vzgojitelja

8.4 OSNO KODIRANJE

8.4.1 Osno kodiranje intervjujev z uporabniki

OCENA SOCIALNEGA KONTEKSTA

Tabela 8.4.1: Potek dneva

Potek dneva
Urn timer (A1, B5, C10, D16, E21)
Dnevnik o počutju (A2)
Prosti čas (C14, D18)
Odmori za kajenje (D17)
Preveč strukturiran dan (A3, C15)
Prostovoljstvo (E19)
Mentorstvo (E20)
Sodelovanje pri planiranju urnika (E22)
Terapevtske in druge aktivnosti
Obvezna skupinska dejavnost (A4)
Terapevtske skupine (B7)
Pogovor s terapevtko (B8)
Športne aktivnosti (B6)
Družabne aktivnosti (B9)
Delovne skupine
Sektor kuhinje (C11)
Sektor higijene (C12)
Vzdrževanje hiše (C13)

Tabela 8.4.2: Hobiji in telesna aktivnost

Hobiji in telesna aktivnost
Kolesarjenje (A23)
Športne aktivnosti v društvu (A24, C33, E40)
Šah (A25)
Igranje kitare (B26)
Ustvarjanje za otroka (B27)
Izdelovanje stvari iz lesa in gline (B28)
Ples (B29)
Kuhanje (C30)
Odbojka (C31)
Košarka (C32)
Tek (D34)
Telovadba (D35)
Branje (D36)
Sprehodi (D37)
Želja po drugih hobijih (E38)
Fitness (E39)

Tabela 8.4.3: Bi radi kaj počeli pa nimate možnosti

Bi radi kaj počeli pa nimate možnosti
Kulturni dogodki (A41, B43)
Večja aktivnost pri športu (A42, C44)
Samostojni izleti (D45)
Brez sprememb (E46)

Tabela 8.4.4: Ovire pri uresničitvi teh želja

Ovire pri uresničitvi teh želja
Finančna nezmožnost (A47, B49)
Telesna nezmožnost (A48, C51)
Prometna nesreča (C50)
Bolezen (D52)
Finančna odvisnost od staršev (D53)

Tabela 8.4.5: Dohodek

Dohodek
Invalidska pokojnina (A54)
Socialna pomoč (B55, C57, E59)
Najemnina (B56)
Pomoč staršev (D58, E60)

Tabela 8.4.6: Zadoščanje dohodka za življenje

Zadoščanje dohodka za življenje
Želja po večjem dohodku (A61, B64)
Zadošča za najnujnejše stvari (A62, C66)
Pravilno razpolaganje z denarjem (B63, B65, D67, E69)
Dodatni stroški v društvu (D68)
Želja po večji finančni pomoči od staršev (E70)

Tabela 8.4.7: Spremembe ob povečanju dohodka

Spremembe ob povečanju dohodka
Uresničitev želja (A71)
Vračilo dolgov (A72, C75)
Več kulturnih dogodkov (B73)
Želja po varčevanju (C74, D76)
Nakup računalnika (E77)

Tabela 8.4.8: Stanovanjske razmere

Stanovanjske razmere	
Doma	Društvo
Dobri stanovanjski pogoji	Dobri stanovanjski pogoji
Socialno stanovanje (A78)	Dobri stanovanjski pogoji (B86, C88, E95)
Prostorno stanovanje (A79)	Sobivanje z uporabniki (C89, D92, E94)
Dobri stanovanjski pogoji (A81)	Zasebnost (D93)
Sobivanje z družino (C87, D90)	
Zasebnost (D91)	
Slabi stanovanjski pogoji	
Visoki stroški (A80)	
Majhno stanovanje (B82)	
Osnovni stanovanjski pogoji (B83)	
Občutek ogroženosti (B84)	
Želja po novem stanovanju (B85)	

Tabela 8.4.9: Zadovoljstvo s stanovanjem

Zadovoljstvo s stanovanjem
Zadovoljstvo (A96, C98, D99, E100)
Nezadovoljstvo (B97)

Tabela 8.4.10: Pomembni ljudje v življenju

Pomembni ljudje v življenju	
Družina	Socialna mreža
Otroci (B112)	Osebe v društvu (A101, E112)
Starši (C103, D106, E110)	Prijatelji (C105, E113)
Brat/sestra (C104, D107, E111)	Nekdanja partnerka (D108)
Babica (D119)	

Tabela 8.4.11: Stiki z družino

Stiki z družino
Nima stikov z družino (A114, C116)
Ima stike z družino (B115, D117, E118)

Tabela 8.4.12: Ocena stikov z družino

Ocena stikov z družino
Dobri odnosi
Redni obiski matere (B122)
Dobri odnosi z materjo (B129, D)
Dober odnos z družino (E133)
Slabi odnosi
Podpiranje matere v zasvojenem vedenju (A119)
Zasvojenost pri bratu (A120)
Nerazumevanje s strani družine (A121)
Slab odnos z bratom (B123, D132)
Službena odsotnost očeta (C126)
Slab odnos z materjo (C127)
Želja po izboljšanju odnosov
Želja po izboljšanju odnosa z bratom (B124, D131)
Želja po izboljšanju odnosa s starši (C125)
Želja po neodvisnosti od staršev (C128)
Kontrola izbruhov jeze (D130)

Tabela 8.4.13: Status

Status
Ločen (A134)
Samski stan (B135, C136, D137, E138)

Tabela 8.4.14: Odnos s partnerjem

Odnos s partnerjem	
Stiki s partnerjem	Težave v odnosih
Nima stikov z nekdanjo ženo (A139)	Problemi v partnerskih odnosih (B140)
Nekdanja partnerka v zaporu (D146)	Nasilje s strani partnerja (B141)
Ne želi stikov z nekdanjo partnerko (D147)	Zveza s partnerjem zaradi nosečnosti (B142)
	Manipulacija (B143)
	Agresiven partner (B144)
	Nespoštovanje (B145)

Tabela 8.4.15: Otroci

Otroci
Dva otroka (A148, B149)
Nima otrok (C150, D151, E152)

Tabela 8.4.16: Odnos z otroki

Odnos z otroki	
Težave v odnosih	Spremembe v odnosih
Zasvojenost pri starejšemu sinu (A154)	Ponovno vzpostavljanje stikov (A153, B160)
Ogroženost zaradi zasvojenosti sina (A155)	Prekinitev stikov zaradi zasvojenosti (A157, B159)
Mlajši sin noče stikov (A156)	
Otroci v rejništvu (B158)	
Stiki po telefonu (B161)	

Tabela 8.4.17: Odnosi s prijatelji

Odnosi s prijatelji
Stiki s prijatelji
Zunaj programa brez prijateljev (A162, B166)
Prijatelji v društvu (A163, D171, E175)
Pomoč prijateljev
Podpora nekdanje terapevtke (B164)
Pomoč v primeru težav (B165, E173)
Zaupanje (D172, E174)
Spremembe v odnosih s prijatelji
Prekinitev stikov zaradi droge (C167, D169)
Vzpostavljanje novih odnosov (C168, D170)

Tabela 8.4.18: Spolno življenje

Spolno življenje
Prepovedana spolnost (A176, B179, C182, D185)
Zaviranje osebne rasti (A177)
Ukrep društva (A178, B181, C183)
Prepovedano razmerje z uporabnikom (B180)
Nepriporočljivi telesni stiki (C184)
Želja po spolnosti (D186, E187)
Dovoljena spolnost (E188)

Tabela 8.4.19: Potreba po drugih ljudeh

Potreba po drugih ljudeh
Potreba po drugih (A189, B190, E195)
Prijatelji (C191, D194)
Terapevtka (C192)
Zaposleni v društvu (C193)

Tabela 8.4.20: Shajanje z drugimi ljudmi

Shajanje z drugimi ljudmi	
Pozitivni medsebojni odnosi	Negativni medsebojni odnosi
Dobri odnosi (A196, B199, C200, D205, E207)	Pogosti konflikti (B198)
Spoštljiv odnos (A197, D206)	
Zaupen odnos (C201)	
Prilagodljivost (C202)	
Navezovanje novih stikov (C203)	
Poudarek na dobrih lastnostih (D204)	

Tabela 8.4.21: Želje po spremembah v odnosih z drugimi

Želje po spremembah v odnosih z drugimi
Osebnostne spremembe
Večja samozavest pri izražanju lastnega mnenja (A208, C217)

Kontrola jeze (B212, C216, D219, E221)
Spremembe v odnosih
Več stikov z otroki (A209, B210)
Več zaupanja s strani družine (B211)
Več podpore s strani brata (B213)
Izboljšanje družinskih odnosov (C214, E220)
Izboljšanje prijateljskih odnosov (C215)
Vpliv bolezni na odnose z drugimi (D218)

Tabela 8.4.22: Neprijetno počutje v družbi

Neprijetno počutje v družbi
Nelagodje ob izražanju čustev (A222)
Občutek manjvrednosti (C225)
Nespoštovanje zaradi prostitucije (B223)
Nespoštovanje s strani souporabnikov (C224)
Posmehovanje (D226)
Vpliv bolezni (227)

Tabela 8.4.23: Kateri dogodki iz preteklosti so vplivali na vaše življenje

Kateri dogodki iz preteklosti so vplivali na vaše življenje?	
Družinske razmere	Drugi razlogi
Nasilje v družini (B229)	Kaznivo dejanje prijatelja (A228)
Odhod matere (B230)	Prometna nesreča (C234)
Smrt očeta (B231)	Prostitucija nekdanje partnerke (D235)
Odhod brata (B232)	
Rojstvo hčerke (B233)	
Alkoholizem v družini (D236)	
Ločitev staršev (E237)	
Preselitev k materi (E238)	

Tabela 8.4.24: Vpliv dogodka na življenje

Vpliv dogodka na življenje
Odhod v vzgojni zavod (A239)
Začetek kariere uživanja drog (A240, B241, E248)
Zdravstvene težave (C242)
Nezmožnost rekreacije (C243)
Slabe možnosti šolanja (C244)
Slaba samopodoba (C245)
Nezaupanje do žensk (D246)
Slabi družinski odnosi (D247)

OCENA ZDRAVJA

Tabela 8.4.25: Ocena lastnega zdravja

Ocena lastnega zdravja
Slabo zdravstveno stanje (A249, C256, D261)
Dobro zdravstveno stanje (E262)
Želja po izboljšanju zdravstvenega stanja (B252, C257, D260)
Zdravstvene težave
Pljučne težave (A250)
Hepatitis (A251, B253)
Želodčne težave (B254)
Krčne žile (B255)
Fizično zdrav (D258)
Težave v duševnem zdravju (D259)

Tabela 8.4.26: Osebni zdravnik

Osebni zdravnik
Ima osebnega zdravnika (A263, B264, C265, D266, E267)

Tabela 8.4.27: Zadovoljstvo z osebnim zdravnikom

Zadovoljstvo z osebnim zdravnikom
Zadovoljstvo (A269, B270, C271, D272, E274)
Dostopnost (A268, D273)

Tabela 8.4.28: Diagnoza

Diagnoza
Organska motnja neopredeljenega tipa (A275)
Ocena delavcev (B276)
Depresija (C277)
Psihoza (C278)
Socialne fobije (D279)
Prisilne misli (D280)
Paranoja (E281)

Tabela 8.4.29: Razlaga diagnoze

Razlaga diagnoze
Nepoznavanje diagnoze (A282)
Brez razlage diagnoze (A283)
Se ne spomni razlage diagnoze (C284, E285)

Tabela 8.4.30: Vpliv bolezni na življenje

Vpliv bolezni na življenje
Vpliv na življenje
Vdanost v usodo (B288)
Misel na samomor (C293)
Oteženo življenje (D295, E299)
Stigma (D296)
Vpliv na mobilnost
Nezmožnost rekreacije (A286, C289)
Vpliv na socialne stike
Izogibanje socialnim stikom (C292, D294)
Osamitev zaradi strahu (D297)
Vpliv na zdravje
Dieta (B287)
Redno jemanje zdravil (C290, D298)
Poslabšanje stanja brez zdravil (C291, E300)
Nezmožnost komuniciranja zaradi zdravil (E301)

Tabela 8.4.31: Kaj bi morali narediti za svoje zdravje

Kaj bi morali narediti za svoje zdravje
Presaditev pljuč (A302)
Zdravljenje hepatitisa (A303)
Prenehanje kajenja (A304)
Zmanjšanje zdravil (B305, C307)
Ukinitev zdravil (C308)
Nadaljevanje z zdravljenjem (D309)
Brez sprememb (E312)

Tabela 8.4.32: Kakšne zdravstvene storitve bi potrebovali

Kakšne zdravstvene storitve bi potrebovali
Redni pregledi pri zdravniku (B306)
Redni pogovori s psihiatrom (D310)
Pogovori s terapevtko (D311)

Tabela 8.4.33: Informacije o zdravju

Informacije o zdravju
Jasne informacije (A313, B314, D316, E317)
Pomanjkljive informacije (C315)

Tabela 8.4.34: Informacije o zdravlilih

Informacije o zdravlilih
Informiranost o zdravlilih
Seznanjenost z zdravili (B322)
Neinformiranost o zdravlilih
Zaupanje strokovnemu mnenju (A318, C325)
Neseznanjenost z zdravili (E332)
Vrste zdravil
Stabilizatorji razpoloženja (A320)
Antidepresivi (A319, B323, C326, E330)
Zdravila za pljuča (A321)
Antipsihotiki (B324, C327, E331)
Trenutno brez zdravil (D328)
Jemanje zdravil po potrebi (D329)

Tabela 8.4.35: Možnost izbire zdravil

Možnost izbire zdravil
Izbira zdravil
Možnost izbire zdravil (B336)
Ni izbire zdravil
Zdravnikova izbira (A334, B337)
Brez možnosti izbire (E339)
Želje
Želja po ukinitvi zdravil (A333, B335)
Želja po zmanjšanju (C338)

Tabela 8.4.36: Uživanje drog

Uživanje drog
Depresorji
Heroin (A340, B351, C359)
Metadon (B352, D363)
»Substitol« (B353)
Bencin in lepilo (C354)
Zloraba tablet (A343, B346, D362)
Halucinogeni
»Trip« (B347, E370)
Gobice (D367)
Stimulanti
Plesne droge (B345)
Amfetamin (B50)
Metamfetamin (C360)
»Speed« (B349, C357, E369)
»Ekstazi« (B348, C356, E371)

»Sladoled« (C361, D365)
Kokain (A341, C358, D366)
Kanabis
Marihuana (A342, B344, C355, D364, E368)

Tabela 8.4.37: Uživanje alkohola

Uživanje alkohola
Pogostost uživanja alkohola
Občasno uživanje alkohola (A372)
Vsakodnevno uživanje alkohola (B374, C375, D377, E378)
Posledice
Ogrožanje življenja (B373, C376)

Tabela 8.4.38: Sočasno jemanje zdravil z drogami in alkoholom

Sočasno jemanje zdravil z drogami in alkoholom
Sočasno uživanje alkohola in zdravil (A379, C382, D384)
Sočasno uživanje drog in zdravil (B380, C381)
Sočasno uživanje drog in alkohola (D383, E385)

Tabela 8.4.39: Tveganja povezana z uživanjem

Tveganja povezana z uživanjem
Samomorilske misli (A386)
Poslabšanje stanja (A387)
Zavedanje posledic (C388, D390)
Depresija kot posledica uživanja drog (C389)
Stopnjevanje zasvojenosti (D391)
Zasvojenost kot posledica bolezni (D392)
Izguba spomina (E393)

Tabela 8.4.40: Pomoč v stiski

Pomoč v stiski
Pomoč drugih oseb
Pogovor in podpora skupine (A395, C403, D408)
Pogovor s terapevtom (B396, D407, E409)
Prijatelji v društvu (B397)
Pomoč strokovnih delavcev (C404)
Aktivnosti
Igranje kitare (B398)
Družabne igre (B401)
Branje knjig (B402)
Telovadba (D405)
Sprehod (D406)
Preusmerjanje misli
Slike otrok (B400)
Nekdanja terapevtka (A394)
Spremembe v socialnih stikih
Umik (B399)

Tabela 8.4.41: Razmišljanje o samomoru

Razmišljanje o samomoru
Misel na samomor (A410, B411, C412, D413, E414)

Tabela 8.4.42: Kaj sproži misel na samomor

Kaj sproži misel na samomor?
Brezizhodnost (A415)
Vpliv drog (A416, C424, E426)
Nasilje s strani partnerja (B417)
Iskanje pozornosti (B418)
Stiska (B419)
Otroci v reji (B420)
Prostitucija (B421)
Občutek krivde (B422)
Bolezen (C423, D425)

OCENA TVEGANJ

Tabela 8.4.43: Varnost v okolju, kjer živite

Varnost v okolju, kjer živite	
Društvo	Doma
Ogroženost	Ogroženost
Droga v društvu (A429, B433)	Nasilni partnerji (B430)
Agresivni uporabniki (C436, D438)	Lastno stanovanje (B431)
Varnost	Menjava domačega okolja (B432, E441)
Društvo (A428, B434, C437, D439, E442)	Dolgovi od zunaj (C435)
	Varnost
	Domače okolje (A427, D440)

Tabela 8.4.44: Osebna izkušnja nasilja

Osebna izkušnja nasilja
Doživetje nasilne situacije (A443, B444, C445, D446, E447)

Tabela 8.4.45: Povzročitelji nasilja

Povzročitelji nasilja	
Družina	Preprodajalci
Očim (A448)	Dilerji (C452, D454)
Oče (B449, E455)	
Brat (B450)	
Partner (B451)	
Mati (D453)	

Tabela 8.4.46: Izvajanje nasilja nad drugimi

Izvajanje nasilja nad drugimi	
Da (A456, B457)	Ne (C458, D459, E460)

Tabela 8.4.47: Kako ste nasilni in žrtve nasilja

Kako ste nasilni in žrtve nasilja	
Fizično nasilje	Psihično nasilje
Nad drugimi vrstniki (A461)	Nad očetom (B463)
Nad očetom (B462)	Nad partnerjem (B464)
	Nad materjo (B465)

OCENA SLUŽB

Tabela 8.4.48: Odnosi s strokovnjaki

Odnosi s strokovnjaki
Dobri odnosi (A466, C471, D476, E480)
Zaupen odnos (A467, C473, E478)
Podpora strokovnih delavcev (B468, C472)
Dosegljivost v primeru težav (B469, C474)
Zadovoljstvo s terapevtko (B470)
Strokovna podkovanost (D475)
Vloga staršev (E477)
Poslušanje brez predsodkov (E479)

Tabela 8.4.49: Stiki z zdravstvenimi storitvami

Stiki z zdravstvenimi storitvami
Osební zdravnik (A481, B486, C489, D491, E492)
Pulmolog (A482)
Psihiater (A483, C487, E494)
Terapevтка v društvu (A484, B485, C488, D490, E593)

Tabela 8.4.50: Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami

Zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami
Zadovoljstvo (A495, B496, C497, D498, E499)

Tabela 8.4.51: Iskanje pomoči v zvezi z zdravjem

Iskanje pomoči v zvezi z zdravjem
Socialne službe
Varna hiša (B501)
Materinski dom (B503)
Center za socialno delo (B504)
Center za reintegracijo (B505, C509)
Zavod za zaposlovanje (C507)
Zaposlitveni center Zarja (C508)
Službe na področju medicine
Metadonski center (B502)
Psihiater (D510)
Nevladne organizacije
Društvo Pelikan (B506)
Drugo
Samopomoč (A500, E511)

Tabela 8.4.52: Nameščenost v instituciji

Nameščenost v instituciji
Psihiatrična bolnišnica (A512, B518, E525)
Zapor (A513)
Klinika Golnik (A514)
Zavod (B515)
Komuna (B516, C519, D522)
Center za detoksikacijo (B517, D523)
Klinični center (C520, E524)
Rehabilitacijski inštitut Soča (C521)

Tabela 8.4.53: Obravnava v institucijah

Obravnava v institucijah
Zapor
Brez podpore strokovnih delavcev (A526)
Psihiatrična bolnišnica
Večkratna obravnava (A527)
Dolgotrajna hospitalizacija (A528)
Neupoštevanje s strani zdravnika (E536)
Zdravilo kot kazen (E537)
Prevelike količine zdravil (E538)
Center za detoksikacijo
Podpora strokovnih delavcev (B529)
Občutek sprejetosti (B530)
Premalo časa za zdravljenje (D533)
Komuna
Brez podpore strokovnih delavcev (C531)
Preveč poudarka na delu (C532, D535)
Želja po bolj življenjskem urniku (D534)

ŽELJE IN POTREBE

Tabela 8.4.54: Pomembnosti v življenju

Pomembnosti v življenju
Partnerka (A539, D547)
Prijatelji (A540, C544, D548)
Vzpostavljane novih odnosov (A541)
Otroci (B542)
Družina (C543)
Hobiji (C545)
Abstinenca (C546, E549)

Tabela 8.4.55: Pogled na prihodnost

Pogled na prihodnost
Želja po partnerki (A550, C559, D562)
Želja po novi socialni mreži (A551, D563)
Ostati v programu (A552)
Prostovoljno delo (A553)
Dokončanje šole (B554, C558)
Delo z otroki (B555)
Želja po ljubezni (C556)
Želja po zaposlitvi (C557, D561, E567)
Želja po stanovanju (C560, E566)
Želja po normalnem življenju (E564)
Želja po družini (E565)
Izpit za avto (E568)

Tabela 8.4.56: Možnosti za ureditev zaposlitve

Možnosti za ureditev zaposlitve	
Dobre možnosti zaposlitve	Slabe možnosti zaposlitve
Dobre možnosti (E576)	Slabe možnosti (C571, D574)
Zaposlitev pri bratu (B570, D573)	Nezmožnost za delo (A569)
Samozaposlitev (D575)	Nezmožnost polnega delovnega časa (C572)
Podpora očeta (E577)	

Tabela 8.4.57: Potrebe v tem trenutku za boljše življenje

Potrebe v tem trenutku za boljše življenje
Večji dohodek (A578)
Socialna mreža (A579, E587)
Partnerka (A580)
Več stikov z družino (B581)
Podpora strokovnih delavcev (B582, D585)
Uspešno zdravljenje (C583)
Več prostega časa (C584)
Podpora sodelavcev (D586)

Tabela 8.4.58: Kaj cenite pri drugih

Kaj cenite pri drugih
Sočutje drugih (A588, B591, D597)
Iskrenost (A589, B594)
Kritičnost (A590)
Spoštovanje (B592, C596, D598)
Občutek sprejetosti ne glede na preteklost (B593, C595, E600)
Podpora družine (E599)

Tabela 8.4.59: Spremembe v okolju za večji občutek sprejetosti

Spremembe v okolju za večji občutek sprejetosti
Prikrivanje stigme (A601, C606)
Sprejetost s strani družine (B602)
Soočanje s preteklostjo (B603)
Stanovanje (C604)
Zaposlitev (C605)
Menjava okolja (C607)
Brez sprememb (D608, E609)

8.4.2 Osnovno kodiranje intervjujev s strokovni delavci

POZNAVANJE VSAKDANJEGA ŽIVLJENJA UPORABNIKOV

Tabela 8.4.60: Opredelitev uporabnikov z »dvojno diagnozo«

Opredelitev uporabnikov z »dvojno diagnozo«
Ob vstopu v program (F1)
Že prej postavljena diagnoza (F2)
Neoblikovana diagnoza (F3)
Primarna ali sekundarna motnja (F4)
Ocena delavcev (F5, H10)
Brez diagnoze (F6)
Psihiatrični izvidi (G7, H9)
Pridružene duševne motnje (G8)

Tabela 8.4.61: Problemi in potrebe ljudi z »dvojno diagnozo«

Problemi in potrebe ljudi z »dvojno diagnozo«	
Problemi	Potrebe
Večkratna obravnava (G17)	Ločen program za »dvojne diagnoze« (F11, F13)
Nesprejemanje diagnoze (H18)	Zaposlen psihiater (F12, G15)
Nepoznavanje diagnoze (H19)	Potrpežljivost (G14)
Težja zaposlitev (H20)	Individualna obravnava (G16, H21, H23)
	Dodatne prilagoditve (H22)

PRISTOPI IN METODE DELA ZA VKLJUČEVANJE UPORABNIKOV

Tabela 8.4.62: Problemi in potrebe uporabnikov s katerimi se obračajo na delavce

Problemi in potrebe uporabnikov s katerimi se obračajo na delavce	
Problemi	Potrebe
Organizacijske zadeve (G28)	Individualno delo (F24)
Prepoznavanje potreb (G30)	Pozornost (F25)
Osebnostni in družinski problemi (H32)	Pomoč (F26)
Komunikacija (H34)	Usmerjanje (F27)
	Pogovor (G29)
	Želja po spremembi (H31)
	Želja po normalnem življenju (H33)

Tabela 8.4.63: Problemi in potrebe pri katerih jim delavci lahko pomagajo

Problemi in potrebe pri katerih jim delavci lahko pomagajo	
Problemi	Potrebe
Reintegracija nazaj v družbo (F35)	Vzpostavljanje stikov (F36)
	Samostojno življenje (F37, H41)
	Pomoč v stiski (F38)
	Obiski psihiatra (G39)
	Načrt za prihodnost (G40)
	Usmerjanje (H42)
	Prostovoljstvo (H43)
	Podpora (H44)

Tabela 8.4.64: Primeri v katerih se uporabniki ponovno vračajo po pomoč

Primeri v katerih se uporabniki ponovno vračajo po pomoč, potem ko zapustijo program
Stiska (F45)
Zdrs/recidiv (F46, G49, H53)
Pomoč (F47)
Podpora in svetovanje (F48, H52)
Individualni pogovori (G50)
Nerazčiščene teme (G51)

POTREBE UPORABNIKOV GLEDE RAZVOJA PROGRAMA

Tabela 8.4.65: Problemi in potrebe pri katerih jim delavci ne morejo pomagati

Problemi in potrebe pri katerih jim delavci ne morejo pomagati	
Problemi	Potrebe
Pojav »vrtljivih vrat« (F54, G55)	Želja po neprofitnem stanovanju (H61)
Nemotiviranost, neiskrenost (G56)	
Stanovanje (H57)	
Dohodek (H58)	
Služba (H59)	
Socialna mreža (H60)	

Tabela 8.4.66: Rešitve za probleme in potrebe, ki presegajo storitve

Rešitve za probleme in potrebe, ki presegajo storitve
Usmeritev v druge ustanove (F62, G66, H68)
Pogovor z uporabnikom (F63)
Timsko delo (F64, G67)
Sodelovanje z družino (F65)

SODELOVANJE Z DRUGIMI SLUŽBAMI

Tabela 8.4.67: Sodelovanje z drugimi službami

Sodelovanje z drugimi službami pri iskanju rešitev za probleme in potrebe uporabnikov
Zdravstvene službe
Pogovor pri psihiatru (F69, G79)
Psihiatrična bolnišnica (F70, G76)
Center za detoksikacijo (F71)
Druge zdravstvene ustanove (H81)
Socialne službe
Centri za socialno delo (F72, G77, H80)
Zavod za zaposlovanje (F73, G78)
Centri za reintegracijo (F75)
Nevladne organizacije
Društvo Pelikan (F74)
Prostovoljno delo (H82)
Društvo za nenasilno komunikacijo (H83)
Druge nevladne organizacije (H84)

ODNOSI IN STALIŠČA DO UPORABNIKOV

Tabela 8.4.68: Odnosi z uporabniki

Odnosi z uporabniki	
Pozitivni vidiki odnosa	Negativni vidiki odnosa
Vloga staršev (F85, G93)	Konflikti (G96)
Vloga vzgojitelja (F86, H102)	Manipulacija (H101)
Človeški odnos (F87, G94)	
Varnost (F88)	
Dostopnost (F89)	
Dober odnos (F90)	
Možnost izraziti jezo (F91)	
Družina (G92)	
Iskrenost (G95)	
Odgovornost delavcev (G97)	
Profesionalen terapevtski odnos (H98)	
Spoštovanje (H99)	
Zaupen odnos (H100)	

9 POVZETEK

V teoretičnem delu so opisani ključni pojmi, ki nam omogočijo lažje razumevanje razlik med zasvojenostjo in odvisnostjo, duševnim zdravjem in »duševno boleznijo«. Ugotovim, da poenotene definicije, ki bi opisala termin »dvojnih diagnoz«, stroka ne ponuja, zato primerjam definicije različnih avtorjev, za kar se da celostno opredelitev koncepta. Predstavim tudi, s kakšnimi težavami se soočajo ljudje, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«, kjer se osredotočim še na posledice stigmatizacije, ki predstavljajo eno izmed glavnih ovir v vsakdanjem življenju oseb. S pomočjo različnih definicij raziščem, kako socialno delo razume potrebe ljudi in kako se ta načela izvajajo v praksi. Pomembni so tudi pristopi in metode dela, kjer predstavim tri modele obravnave in jih povežem z različnimi pristopi oblikovanja socialnovarstvenih storitev. Osredotočila sem se tudi na različne koncepte socialnega dela, kjer je pomembno razumevanje procesa pomoči, skozi katerega se spreminja vloga uporabnika.

Z raziskavo sem želela dobiti vpogled v vsakdanje življenje ljudi, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«. Zanimalo me je, s kakšnimi težavami se osebe soočajo zaradi postavljene diagnoze, ter kakšne vire in moči imajo na razpolago za zadovoljevanje svojih potreb in želja. Za lažje razumevanje potreb uporabnikov sem raziskala naslednja področja: socialni in zdravstveni kontekst, vrste tveganj, s katerimi se soočajo, ter ocena obstoječih storitev, s katerimi so v stiku. Hkrati me je zanimalo, kako probleme in potrebe uporabnikov zaznavajo strokovni delavci, kakšne metode in pristope dela uporabljajo pri delu z njimi ter na kakšen način iščejo rešitve, ki presegajo njihove storitve.

Na podlagi rezultatov raziskave sem ugotovila, da se ljudje, ki so označeni z nalepko »dvojne diagnoze«, soočajo s težavami na vseh področjih človekovega življenja. Na področju dohodka, stanovanja in zaposlitve ugotovim, da imajo osebe zelo nizke dohodke, ki jim zadoščajo za najnujnejše stroške. V večini ljudje niso zaposleni, prejemajo socialno podporo ali pomoč staršev. Ljudem dostop do stanovanj otežujejo dolge čakalne vrste in visoki stroški stanovanja. To jih vodi v stisko ter posledično onemogoča samostojno in neodvisno življenje. Zaposlitev bi ljudem omogočila najem stanovanja, povečanje dohodka in zadovoljitev njihovih potreb in želja. Na področju socialnih stikov ugotovim, da imajo ljudje zelo majhne socialne mreže, ki jih sestavljajo le redki prijatelji. Ena izmed glavnih stisk, ki jo občutijo ljudje, je osamljenost, zato je pomembna krepitev družabnosti in pomoč pri navezovanju stikov. Rezultati raziskave pokažejo, da si večina ljudi želi izboljšati družinske odnose. S strani družine si želijo pridobiti več zaupanja, podpore in sprejetosti, zato je vključenost družine v zdravljenje bistvenega

pomena. Rezultati raziskave kažejo na potrebo po večji informiranosti o njihovi diagnozi in zdravljenju, ki jih prejema ter potrebo po kvalitetnih in hitrih storitvah, s katerimi so v stiku med zdravljenjem.

Na podlagi intervjujev s strokovnimi delavci ugotovim, da je pomembna individualna obravnava uporabnikov. Uporabniki potrebujejo pomoč pri osebnih in družinskih problemih, pri vsakodnevem reševanju problemov in vzpostavljanju stikov s svojci. Pri reintegraciji nazaj v okolje jim problem predstavljajo stanovanje, dohodek, zaposlitev in socialna mreža. Rezultati pokažejo, da strokovni delavci lahko pomagajo uporabnikom na način, da jim dajejo podporo pri samostojnem življenju in jih usmerjajo, nobene od teh stvari pa uporabnikom ne morejo urediti, ker nimajo teh možnosti. Kadar potrebe uporabnikov presegajo njihove storitve, jih strokovni delavci usmerijo v druge zdravstvene in socialne ustanove ter različne nevladne organizacije. Rešitve iščejo tudi s pomočjo timskega dela in s sodelovanjem celotne družine.

Rezultati raziskave ponudijo vpogled v situacijo, na katerih področjih je treba izboljšati kakovost življenja oseb in jim omogočiti oblikovanje storitev, ki izhajajo iz potreb uporabnikov in ne institucij.