

# Sešit 1

# Plánování evaluací

© Světová zdravotnická organizace, 2000



WHO  
World Health Organization  
Světová zdravotnická organizace



UNDCP  
United Nations International Drug Control Programme  
Program pro kontrolu drog při Organizaci spojených národů



EMCDDA  
European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction  
Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti

Tento dokument není oficiální publikací WHO, nicméně tato organizace si vyhrazuje veškerá práva. Přesto může být celý tento dokument nebo jeho části volně reprodukován, šířen a překládán, nikoli ovšem za účelem prodeje nebo v souvislosti s komerčními účely. Za názory vyjádřené v dokumentech jsou plně odpovědní uvedení autoři.

# Poděkování

Světová zdravotnická organizace by chtěla poděkovat mnoha spolupracovníkům, kteří se podíleli na přípravě této řady pracovních sešitů, a také mnoha odborníkům za neocenitelné připomínky během jejich přípravy pro Odbor zneužívání psychoaktivních látek pod vedením Dr. Mary Jansen. Finanční pomoc poskytli UNDCP/EMCDDA/Švýcarské federální ministerstvo zdravotnictví. Původní text pro tento sešit sepsali Brian Rush (Kanada) a Cam Wild (Kanada), přičemž Brian Rush (Kanada) redigoval tuto řadu sešitů v přípravných fázích. Textové a redakční úpravy celé série provedla JoAnne Epping-Jordan (Švýcarsko). Na redakčních úpravách se v pozdějších fázích podílely také Munira Lalji (Světová zdravotnická organizace, Odbor zneužívání psychoaktivních látek) a Jennifer Hillebrand (Světová zdravotnická organizace, Odbor zneu-

žívání psychoaktivních látek). První případovou studii pro tento sešit zpracovala Cindy Smythe (Kanada) za redakční spolupráce Ginette Goulet (Kanada). Druhou případovou studii sepsali John Marsden, Michael Gossop, Duncan Stewart, David Best, Michael Farrell, Petra Lehmann, Carolyn Edwards a John Strong. Redakční úpravu provedla Maristela Monteiro. Maristela Monteiro (Světová zdravotnická organizace, Odbor zneužívání psychoaktivních látek), rovněž přispívala redakčními zásahy po celou dobu tvorby tohoto sešitu.

Části materiálu uvedeného v tomto sešitu byly v upravené formě převzaty z publikace vydané NIDA, nazvané „Jak dobrý je váš program léčby drogových závislostí? Průvodce evaluací.“ Za toto přispění chceme rovněž vyjádřit svůj vřelý dík.



# Obsah

Přehled sešitů	6
Úvod	7
Osm kroků při plánování evaluací	8
Krok 1. Rozhodněte, kdo se bude na evaluaci podílet	10
Krok 2. Posuďte prostředky, které máte pro evaluaci k dispozici	12
Krok 3. Popište svůj program evaluace	14
Krok 4. Stanovte jednotlivé potřeby evaluace a míru jejich důležitosti	18
Krok 5. Definujte své evaluační otázky	20
Krok 6. Určete si měřítko výzkumu	22
Krok 7. Připravte plán sběru dat	42
Krok 8. Přesvědčete se, že máte dostatečné prostředky k provádění svého výzkumu	48
Příloha 1. Metoda ohniskových skupin	50
Příloha 2. Ukázky dotazníků	54
Systém hodnocení EUROQOL EQ-5D	64
WHOQOL-BREF	65
Poznámky k případovým studiím	78
Případová studie plánování evaluace	79
Případová studie provádění evaluace	93

# Přehled sešitů

Tento sešit je součástí řady, jejímž záměrem je vzdělávat tvůrce plánů programů, vedoucí pracovníky, personál či další, kteří se podílejí na rozhodování v souvislosti s evaluací služeb a systémů v rámci léčby závislosti na psychoaktivních látkách. Cílem této řady je zlepšit jejich schopnost provádět činnosti související s evaluací. Širším cílem těchto sešitů je zlepšit efektivitu léčby a efektivitu nákladů s použitím

dat vyplývajících z daných evaluačních aktivit.

Tento sešit (Sešit 1) popisuje podrobně krok za krokem metody používané při plánování evaluací. V jednotlivých krocích je popsán celý proces od rozhodnutí, kdo se bude na evaluaci podílet, přes definování vašich evaluačních otázek až po určení vašich metod sběru dat.



## Úvodní sešit

### Rámcový sešit



## Základní sešity

### Sešit 1: Plánování evaluací

### Sešit 2: Provádění evaluací



## Specializované sešity

### Sešit 3: Evaluace formou analýzy potřeb

### Sešit 4: Evaluace procesu

### Sešit 5: Evaluace nákladů

### Sešit 6: Evaluace spokojenosti klientů

### Sešit 7: Evaluace výsledku

### Sešit 8: Ekonomická evaluace

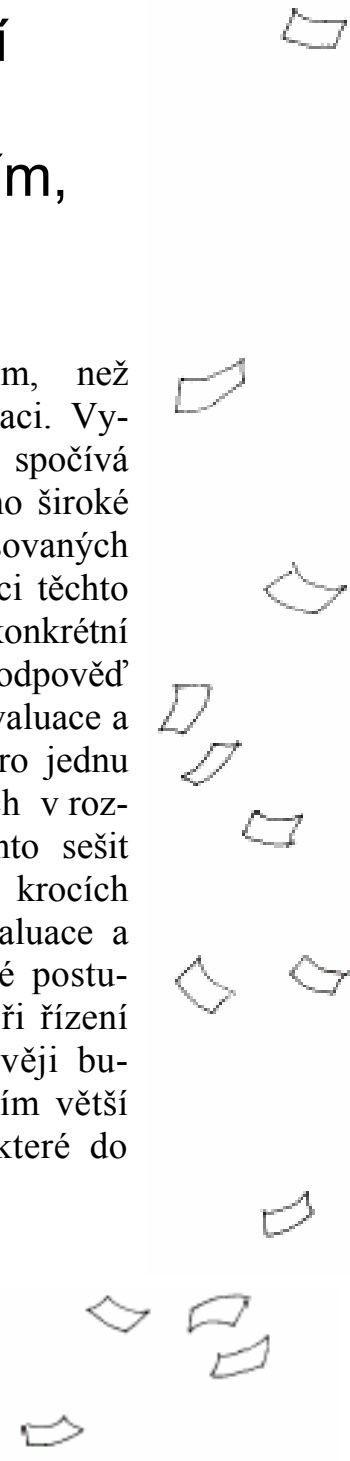
# Úvod

Jak zajistíme, aby prostředky vynaložené na evaluaci nepřišly nazmar a aby její výsledky byly užitečné? Řešením je vypracování podrobného plánu předtím, než přistoupíme k vlastní evaluaci.

Prostředky na léčbu závislostí na psychoaktivních látkách jsou v mnoha zemích omezené. V důsledku konkurenčního boje o tyto prostředky se zvýšila potřeba hodnocení léčebných programů. Bez ohledu na zásadní potřebu evaluace si samotný proces evaluace žádá čas a prostředky. Je proto důležité, aby byly prostředky dostupné pro evaluaci efektivně využity a aby bylo možné dosažené výsledky účinně použít při rozhodování o programech či léčebných systémech.

Jak zajistíme, aby prostředky vynaložené na evaluaci nepřišly nazmar a aby její výsledky byly užitečné? Řešením je vypracování

podrobného plánu předtím, než přistoupíme k vlastní evaluaci. Vytvoření takového plánu spočívá v diskusi, do níž je zapojeno široké spektrum osob zainteresovaných v určitém programu. V rámci těchto diskusí jsou vytipovány konkrétní otázky, na něž poskytnou odpověď informace získané během evaluace a které budou mít význam pro jednu nebo více skupin účastných v rozhodovacích procesech. Tento sešit pojednává o jednotlivých krocích obsažených v plánování evaluace a nabízí praktické strategické postupy, které mohou pomoci při řízení tohoto procesu. Čím pečlivěji budete v této fázi plánovat, tím větší plody vám přinese úsilí, které do evaluace vložíte.



# Osm kroků při plánování evaluací

Jak je popsáno v rámcové příručce, během této fáze plánování evaluace musíte absolvovat osm různých kroků:

1. Rozhodněte, kdo se bude na evaluaci podílet.
2. Posudte prostředky, které máte pro evaluaci k dispozici.
3. Popište svůj program evaluace.
4. Stanovte jednotlivé potřeby evaluace a míru jejich důležitosti.
5. Definujte své evaluační otázky.
6. Určete si evaluační nástroje.
7. Stanovte si evaluační model.
8. Přesvědčete se, že máte dostatečné prostředky k provádění evaluace. Pokud ne, vraťte se zpět ke Kroku 4.

Na následujících stránkách je popsán každý z uvedených kroků. V rámci pojednání o jednotlivých krocích je rovněž uveden jeden fiktivní příklad skupiny lidí plánujících hodnocení svého detoxifikačního programu pro závislé na opioidech a několik cvičení, s kterými můžete dále pracovat. Na základě uvedeného fiktivního případu si uděláte představu o klíčových krocích absolvovaných

skupinou lidí, kteří hodnotí svůj detoxifikační program pro závislé na opioidech. Na příkladu uvidíte, jak se dají uvedené kroky převést na konkrétní opatření. Mějte na paměti, že příklad ukazuje ideální způsob realizování jednotlivých kroků. Cvičení vám pomohou porozumět danému materiálu a aplikovat jej na vaše konkrétní podmínky .

## Z uvedených informací vytěžíte co nejvíce, budete-li pracovat se základními i specializovanými sešity současně.

V sešitech 1 a 2 jsou uvedeny základní informace o provádění evaluací, zatímco ve specializovaných sešitech (Sešity 3 až 8) jsou uvedeny podrobné informace o různých typech evaluací. Pokud již víte, jaký typ evaluace budete provádět, měli byste si prostudovat

příslušný sešit. Z uvedených informací vytěžíte co nejvíce, budete-li pracovat se základními i specializovanými sešity **současně**. Pokud nevíte, jaký typ evaluace budete provádět, počkejte se studiem specializovaného sešitu do doby, než budete mít vypracovány evaluační otázky (Krok 5).

Provádíte-li...	... prostudujte si...
Evaluaci formou analýzy potřeb	Sešit 3
Evaluaci procesu	Sešit 4
Evaluaci nákladů	Sešit 5
Evaluaci spokojenosti klientů	Sešit 6
Evaluaci výsledků	Sešit 7
Ekonomickou evaluaci	Sešit 8

# Krok 1

## Rozhodněte, kdo se bude na evaluaci podílet



V rámci prvního důležitého kroku vytipujete „spolupracovníky“, s kterými budete evaluaci plánovat, a osobně se s nimi seznámíte, pokud jste tak ještě neučinili. V závislosti na vaší konkrétní situaci mohou mezi tyto spolupracovníky patřit:

- terapeuti a kliničtí pracovníci,
- organizátoři či ředitelé programů,
- výzkumní pracovníci,
- vládní představitelé,
- pacienti, kteří mají zájem se zúčastnit.

Na plánování evaluace by se měli úzce podílet všichni spolupracovníci. Každý spolupracovník disponuje jedinečnými zkušenostmi a specifickými úhly pohledu, což může obohatit bázi znalostí skupiny a pozitivně přispět k celkovému výsledku evaluace. Mezi další pozitiva patří:

- různé úhly pohledu na plánování,
- větší odhodlání všech zúčastněných k využití zjištěných skutečností,
- posílení důvěryhodnosti procesu.



## Konkrétní opatření

Fiktivní příklad, který zde uvádíme, se týká skupiny lidí, kteří plánují a provádějí evaluaci ve svém detoxifikačním středisku pro závislé na heroínu o kapacitě 25 lůžek. Tento rezidenční detoxifikační program je určen pro klienty se závislostí na opioidech. Klienti pobývají v zařízení po dobu 21 dnů. Potřeby každého jedince jsou uspokojovány prostřednictvím individuální i skupinové terapie realizované v průběhu třítydenního strukturovaného programu, jehož součástí je mj. prevence relapsu, zvládání zátěžových situací a vzdělávací programy se zaměřením na zdraví a AIDS. Na plánování a provádění evaluace se podílejí tyto pracovníci:

**Zuzana R.:** Psychiatr: pravidelně se

s pacienty vidá, zná problémy, s nimiž se klienti během detoxifikace potýkají, a dokáže dobře odhadnout, které typy evaluace budou/nebudou fungovat v prostředí daného programu; vychází dobře s ostatními.

**Adam S.:** Vědecký pracovník; Ví hodně o statistice, výpočetní technice a evaluaci, umí provádět analýzu dat, může pohlídat „vědeckou“ stránku našeho evaluačního plánu; má smysl pro humor.

**Kryštof C.:** Protidrogový pracovník: dělá prvotní posouzení klientů před léčbou, individuální poradenství a skupinová sezení; umí koordinovat a vést interview s klienty.

**Marie M.:** Tajemnice programu: velmi systematická. Má na starosti vkládání formulářů klientů o nastoupení a ukončení léčby do centrální databáze.

Dalšími lidmi, kteří se budou na jejich evaluaci podílet, jsou zástupci financujících subjektů, další protidrogoví pracovníci a klienti využívající tuto 21-denní léčebnou službu.

## Nyní je řada na vás (1A)

- 1** Nejprve si pořídte jmenný seznam spolupracovníků podílejících se na činnosti plánování evaluace. Potom vypište specifické schopnosti, kterými každá osoba přispívá do této skupiny.
- 2** Pohovořte si o tom, jak by se daly schopnosti jednotlivých zúčastněných osob využít k dosažení co nejlepších výsledků v rámci procesu plánování evaluace.
- 3** Každý zvlášť si vypište tři věci, které si od projektu evaluace slibujete, a následně tři věci, kterých se obáváte. Až s tím budou všichni hotovi, podívejte se, co uvedli ostatní, a veďte na toto téma diskusi. Vytvořte si plán jak naplnit naděje, které do projektu vkládáte, a jak se vyhnout věcem, kterých se obáváte.

V jakékoli dané situaci se na evaluaci

může eventuálně podílet celá řada dalších osob, jako např.:

- další terapeuti nebo kliničtí pracovníci,
- nadřízení pracovníci nebo, představitelé vedení programu,
- zřizovatelé programu nebo členové správní rady,
- další výzkumní pracovníci,
- představitelé vlády nebo jiných subjektů poskytujících finanční prostředky.

Můžete společně s vašimi kolegy zvážit možnost vytvoření širšího evaluačního výboru, v němž by byly zastoupeny všechny tyto skupiny, včetně klientů/pacientů. Další možností je shromáždit během plánovací fáze od těchto osob informace a vymezit tak typy otázek, na něž budou chtít znát odpověď, a rozhodnutí, o nichž předpokládají, že budou muset být z jejich strany přijata.

## Nyní je řada na vás (1B)

- 1** Pořídte seznam VŠECH skupin osob podílejících se na vašem léčebném programu, případně síti programů. Tento seznam bude odrážet vaši konkrétní situaci, avšak mohou v něm být obsaženi např.:
  - pacienti/klienti,
  - rodinní příslušníci,
  - zřizovatelé,
  - členové správní rady,
  - personál (terapeuti/kliničtí pracovníci),
  - výzkumní pracovníci,
  - poskytovatelé finančních prostředků,
  - představitelé jiných programů nebo systému služeb ve vašem okolí,
  - lidé žijící ve vašem okolí.

- 2** Rozhodněte se pro nejlepší způsob spolupráce ze strany představitelů každé z těchto rozdílných skupin. Je velmi pravděpodobné, že některé skupiny budou úzce spolupracovat po celou dobu evaluace léčby, zatímco jiné se budou účastnit jen v omezené míře. Můžete vytvořit evaluační výbor, v němž by byly zastoupeny tyto skupiny, včetně klientů/pacientů, případně byste od nich mohli během této plánovací fáze shromáždit informace, a vymezit tak typy otázek, na něž budou chtít znát odpověď, a rozhodnutí, o nichž předpokládají, že budou muset být z jejich strany učiněna.

Napište, jakým způsobem zapojíte každou z těchto skupin.

# Krok 2



## Posud'te prostředky, které máte pro evaluaci k dispozici



Evaluace vyžaduje prostředky. Konkrétně jsou k evaluaci zapotřebí finanční/materiální prostředky, odbornost a čas. Je důležité, abyste si zhodnotili míru vaší „připravenosti na evaluaci“ s přihlédnutím ke každému z těchto rozměrů a na základě toho našli rovnováhu mezi prostředky, které máte k dispozici, a typem projektu, který chcete realizovat.

Nezapomínejte, že vysoce kvalitní evaluace SE DAJÍ provádět i s velmi omezenými prostředky. Rozhodující je,

abyste svou situaci realisticky zhodnotili a vybrali tak projekt, který je realizovatelný s ohledem na prostředky, které mu můžete věnovat.

V případové studii evaluace z detoxifikačního centra v Timmins uvedené v tomto sešitu zhodnotily osoby plánující evaluaci své prostředky a rozhodly se na základě toho najmout konzultanta specializujícího se na evaluaci programů. I když takový dodatečný výdaj nemusí být možný u všech evaluací, stojí za zmínku, že při této evaluaci to bylo přínosem.



## Konkrétní opatření

Náš fiktivní evaluační tým probral své prostředky s ohledem na následující měřítka:

### Finanční/materiální prostředky

Zuzana R. informuje ostatní o tom, že na projekt evaluace není možno uvolnit žádné interní finanční prostředky, nicméně že místní objednavatel zdravotních služeb se rozhodl věnovat na jejich projekt částku 300 000 USD. Díky těmto penězům bude zařízení moci pro účely evaluace zaměstnat na částečný úvazek jednu osobu (Adam S.), a to během fáze plánování evaluace a po shromáždění dat, kdy se mají data analyzovat.

Pro účely uchovávání, vkládání a analyzování dat bude vymezena jedna kancelář pro jednoho pracovníka vybavená počítačem.

Další vybavení, jako např. kopírka nebo skříňové kartotéky, bude k dispozici v kanceláři tajemnice programu.

### Odbornost

Zuzana R. se zúčastnila jednodenního semináře na téma evaluace a své poznatky předá dalším členům týmu. Kryštof C. se podílí na dalších výzkumných studiích. Je obeznámen s problematikou sběru informací, např. s prováděním standardizovaných interview. Adam S. bude pomáhat při plánování a analýze dat potřebných k evaluaci. Mezi pracovní povinnosti Marie M. patřilo v posledních dvou letech zanášení formulářů o nastoupení a

ukončení léčby vyplňovaných u všech klientů. Je obeznámena se zadáváním dat a s tím souvisejícím programovým vybavením.

### Časové prostředky

Stávající členové personálu souhlasili s tím, že budou pomáhat při sběru dat. Budou muset věnovat 2 hodiny na klienta navíc za účelem sběru výchozích dat a údajů reflektujících jeho následný

vývoj. Adam S. bude pracovat na částečný úvazek (20 hodin týdně) po dobu přibližně jednoho měsíce a asi tři měsíce poté, co bude dokončen sběr dat. Zuzana R. věnuje projektu 3 hodiny týdně navíc. Čas, který na projektu stráví, bude záviset na míře náročnosti evaluace. Marie M. nebude muset projektu věnovat žádný čas navíc, jelikož zanášení záznamů již patří do popisu její práce ve středisku.



## Nyní je řada na vás

Vyhodnoťte své prostředky na základě následujících měřítek:

### Finanční/materiální prostředky

- 1 Dají se na daný evaluační projekt uvolnit finance z interních prostředků organizace? Pokud ano, v jakém množství?
- 2 Dá se počítat s externími dotačními subjekty, které by poskytly projektu finanční pomoc? Pokud ano, jaká by byla výše poskytnuté částky?
- 3 Můžete si dovolit najmout pracovníky, kteří by evaluaci prováděli, nebo budou evaluaci provádět stávající členové personálu (např. pracovníci léčebného zařízení).
- 4 Máte pro účely zanášení a analyzování dat k dispozici počítač (a příslušný software)? (Pozn.: Ne u všech evaluací jsou počítače nutné).
- 5 Máte k dispozici kopírku pro rozmnožování materiálů týkajících se výzkumu apod.?

### Odbornostní prostředky

- 1 Prováděl již někdo z lidí účastnících se na projektu v minulosti evaluaci léčby? Pokud ano, jakou funkci zastával?

- 2 Pracoval již někdo z lidí účastnících se na projektu v minulosti s počítačem, konkrétně při zanášení dat a analyzování dat?

- 3 Máte přístup k odborným „konzultantům“, kteří vám mohou poskytnout rady ohledně provádění evaluace, příp. analýzy dat?

### Časové prostředky

- 1 Kolik času bude moci každá osoba týdně věnovat projektu evaluace?
- 2 Pokud se při sběru, případně analýze dat budete spoléhat na stávající pracovníky, kolik času tomu budou muset každý týden věnovat?

Vaše odpovědi na tyto otázky by vám měly pomoci určit typ evaluace, který by se měl realizovat. Pokud například nemáte přístup k počítačům nebo je neumíte správně využívat, bude pro vás pravděpodobně lepší, když budete sbírat data, která bude možno zaznamenávat a vyhodnocovat manuálně. Později budete mít možnost se přesvědčit, že projekt, pro který jste se rozhodli, dobře koresponduje s prostředky, které máte k dispozici. Pro tuto chvíli úplně postačí, budete-li znát na tyto otázky odpověď.

# Krok 3

## Popište svůj program určený k evaluaci



Každá zdravotnická nebo sociální služba se dá popsat na základě následující struktury:

- prostředky, které jsou organizovány za nějakým společným účelem,
- činnosti, které jsou naplánovány a provedeny,
- bezprostřední výsledky, kterých se má dosáhnout,
- zamýšlené dlouhodobější výsledky,
- další pozitivní či negativní důsledky, příp. vedlejší účinky.



## Konkrétní opatření

V našem fiktivním příkladě představují **prostředky** věnované na provoz detoxifikační jednotky zařízení o 25 lůžkách, 16 členů personálu a roční rozpočet 480 000 USD. Mezi **činnosti** v rámci programu patří zvládání abstinčních příznaků, lékařská vyšetření, doporučování dalších typů služeb, individuální a skupinová terapie, osvěta v oblasti zdraví a AIDS a celková podpora zaměřená na fyzickou i emocionální stabilizaci daných osob. **Bezprostředními výsledky** jsou bezpečné vysazení opioidů a zvýšená motivace k vyhledání další léčby. **Dlouhodobějšími výsledky** jsou zvýšená účast na léčbě, nižší míra užívání psychoaktivních látek a vysokorizikového chování, zlepšení zdravotního stavu i sociální situace, nižší míra využití nemocničních rezidenčních zařízení a snížení nemocničních nákladů.

Pozitivními nepředpokládanými **vedlejšími účinky** zavedení detoxifikační jednotky pro závislé na opioidech může být nižší míra kriminality a nezaměstnanosti. Informace o dané léčebné jednotce se dají graficky znázornit následujícím způsobem:

### Prostředky programu

- 480 000 USD ročně
- 16 členů personálu

### Činnosti v rámci programu

- zvládání abstinčních příznaků,
- individuální a skupinová terapie,
- motivační pohovory,
- doporučování dlouhodobé léčby,
- osvěta ohledně zdraví a AIDS.

### Bezprostřední výsledky programu

- bezpečné vysazení drogy,
- větší povědomí o AIDS,
- zvýšení motivace k další léčbě.

### Dlouhodobější výsledky programu

- zvýšená účast na léčbě,
- nižší míra užívání nedovolených látek,
- nižší míra vysokorizikového chování,
- zlepšení zdravotního stavu.

### (Vedlejší účinky)

Je užitečné si váš program takto přehledně rozepsat, abyste viděli logiku či logický základ, z kterého váš program vychází, případně spojnice mezi činnostmi v rámci vašeho programu a krátkodobými a dlouhodobými výsledky. Vytvoření takového „logického modelu programu“ vám pomůže při plánování vaší evaluace. Proč? Vedle toho, že vás bude stimulovat k obhajobě a možná i k vytřídění logického základu, na němž

váš program spočívá, si během procesu formulování cílů také uvědomíte, jak je důležité, aby byly tyto cíle jasně a konkrétně stanoveny. Čím jasnější cíle si zvolíte, tím snazší bude se ve fázi plánování evaluace rozhodnout, jak měřit vaši úspěšnost při dosahování těchto cílů.

Ze zkušeností navíc vyplývá, že existence logického modelu, na němž se vzájemně shodnou jednotliví klíčoví spolupracovníci, slouží jako silná základna pro plánování a stanovení priorit v souvislosti s evaluačními činnostmi. Je to jeden z nejkonkrétnějších kroků, které můžete na cestě k plánu úspěšné evaluace učinit.

V popisu případu evaluace detoxifikačního zařízení v Timmins, který v tomto sešitu přinášíme, se uvádí, jak se všichni spolupracovníci podíleli na vytváření logického modelu svého programu. Jejich společné úsilí jim pomohlo při určování specifických otázek evaluace.



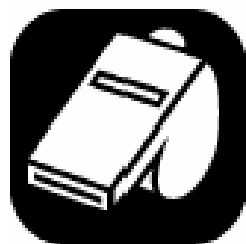
## Nyní je řada na vás (3A)

Popište svůj vlastní léčebný program. Jako vodítko použijte výše uvedený příklad. Při určování činností v rámci vašeho programu vám pomůže, když si položíte tuto otázku: „Co hlavně děláme pro to, abychom dosáhli našich cílů?“

- **Prostředky programu**
- **Činnosti v rámci programu**
- **Bezprostřední výsledky programu**
- **Dlouhodobější výsledky programu**
- **(Vedlejší účinky)**

Někdy je užitečné, když váš program budete dále charakterizovat tím, že budete rozlišovat mezi procesními cíli a konečnými cíli.

- **Procesní cíle:** plánované činnosti a služby.
- **Konečné cíle:** očekávané změny, které nastanou.



## Konkrétní opatření

Příklady procesních a konečných výsledků u fiktivního detoxifikačního programu pro závislé na heroinu:

### Procesní cíle

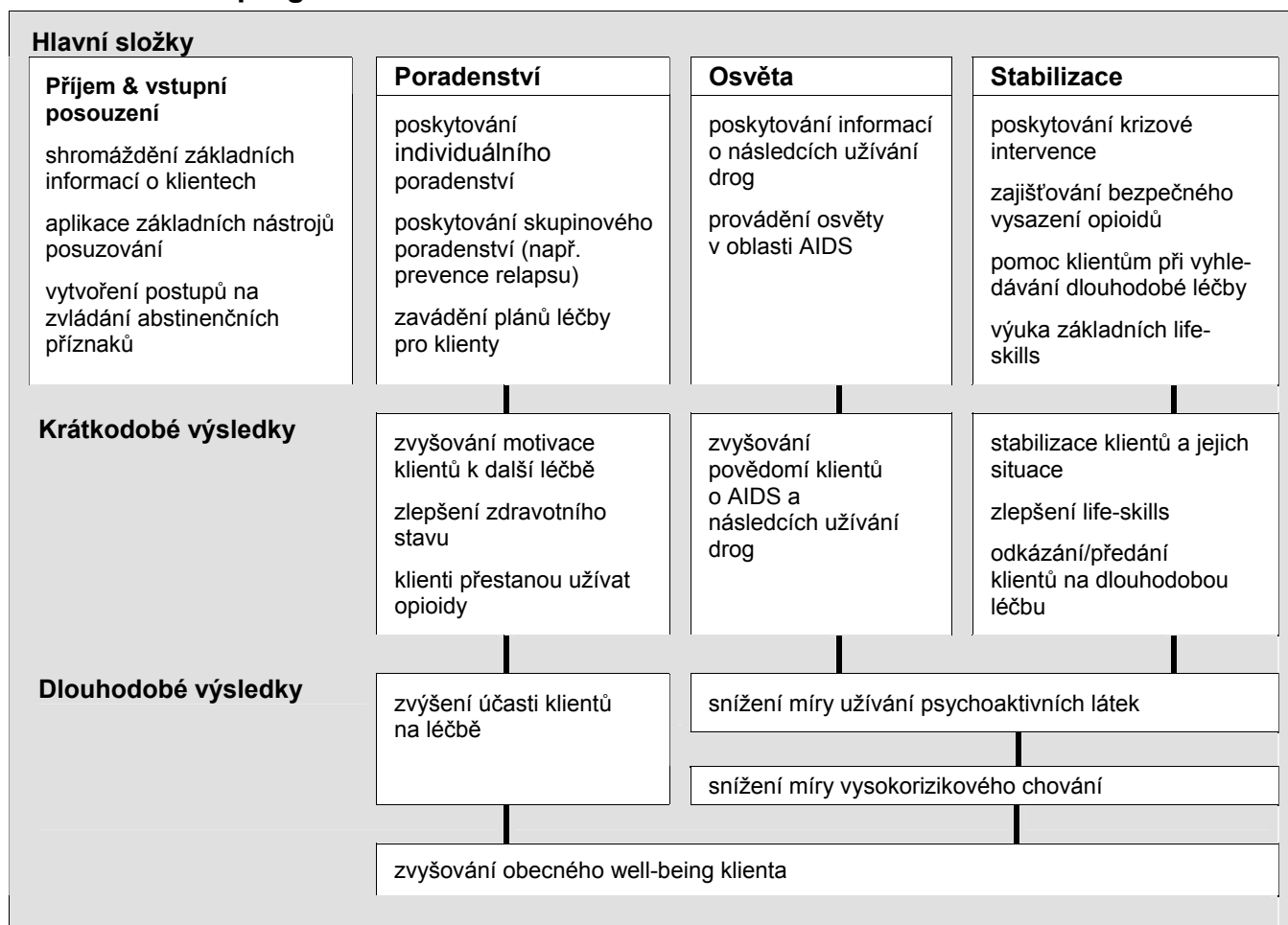
- **aplikovat** standardizované nástroje posuzování,
- **poskytovat** individuální a skupinové terapie,
- **pomáhat** klientům při nástupu na dlouhodobou léčbu,
- **poskytovat** informace o následcích užívání psychoaktivních látek a AIDS.

### Příklad konečného cíle

- **pomáhat** klientům při vysazení opioidů,
- **zlepšit** jejich zdravotní stav,
- **snížit** míru užívání psychoaktivních látek,
- **zlepšit** life-skills a povědomí o AIDS a následcích užívání psychoaktivních látek,
- **snížit** míru vysokorizikového chování.

Procesní a konečné cíle od sebe obvykle rozeznáte podle slovesa obsaženého ve větě. V případě procesních cílů se užívá sloves, která vyjadřují činnosti, zatímco u konečných cílů se vyskytují slovesa, která odrážejí určitou změnu. Příklady procesních a konečných cílů (použitých v rámci komplexního logického modelu programu) jsou uvedeny v následující tabulce.

### Rezidenční detoxifikační služba pro závislé na opioidech – logický model programu





## Nyní je řada na vás (3B)

Ke každé z činností programu, kterou jste sepsali v rámci předchozího cvičení, nyní uveďte výčet různých procesních cílů, které korespondují s příslušnou složkou. Na každou činnost obvykle připadá více procesních cílů.

Totéž proveďte se svými konečnými cíli.

Některé z nich jsou dosažitelné během krátké doby, zatímco jiné jsou dlouhodobější povahy a dají se splnit pouze tehdy, pokud bylo dosaženo cílů, které jim předcházely. Mezi konečnými cíli by mělo existovat vnitřní uspořádání či odůvodnitelné souvislosti. Načrtněte tyto logické souvztažnosti.

### Hlavní složky

(např. vstupní posouzení, detoxifikace, následná léčba)

### Prováděcí cíle

(např. stanovení správné diagnózy, poskytování dovedností napomáhajících odolávat droze, monitorování zdravotního stavu)

### Plánované krátkodobé konečné cíle

(např. zvýšení motivace k další léčbě, snížení pravděpodobnosti relapsu)

### Plánované dlouhodobé konečné cíle

(např. snížení míry zneužívání drog, zvýšení kvality života)


# Krok 4



## Stanovte jednotlivé potřeby evaluace a míru jejich důležitosti

Různé skupiny budou mít různé názory na to, co evaluovat. Ředitele a organizátory bude například nejvíce zajímat efektivita vynaložených nákladů, zatímco kliničtí pracovníci se třeba budou zajímat o výhody konkrétní nové léčby.

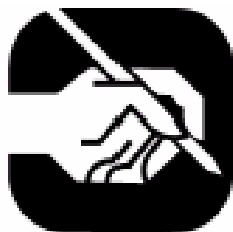
Je důležité, abyste předtím, než učiníte rozhodnutí o komplexních potřebách evaluace, byli dobře obeznámeni s názory a prioritami svých spolupracovníků a všech klíčových skupin.



## Konkrétní opatření

Evaluační tým léčebné jednotky pro závislé na opioidech prodiskutoval své názory ohledně toho, co a proč je důležité v rámci jejich programu evaluovat. Dohodli se, že je zajímavá efektivita jejich osvětového programu zaměřeného na AIDS, který byl před několika měsíci začleněn do programu léčby. Dále je zajímavá, zdali se v rámci tohoto programu dosáhlo očekávaných výsledků, co se týče počtů lidí absolvujících celou léčbu, doporučování dlouhodobé léčby, počtů lidí, jimž byla doporučena daná služba jiným subjektem, a možných změn

v charakteristikách klientů navštěvujících tuto službu. Posledně jmenované by posloužilo jako zdroj informací, pokud by služba musela práci s klientem přizpůsobit změnám v jeho charakteristice. Informace o počtech lidí absolvujících celou léčbu, počtech lidí, jimž byla daná služba doporučena jiným subjektem a jimž daná služba doporučila následně dlouhodobou léčbu, mohou sponzorům léčby poskytnout důkazy o tom, že poskytnuté prostředky jsou využívány dle očekávání.



## Nyní je řada na vás

- 1 Každý zvlášť sepište, co a proč je podle vás v rámci vašeho programu či léčebné sítě důležité evaluovat. Poté si bez dlouhého přemýšlení vypište evaluační otázky, k nimž byste rádi získali zpětnou vazbu.
- 2 Vaše nápady prodiskutujte s kolegy. Hlediska vašich kolegů si nechte podrobně zdůvodnit. Diskutujte o podobnostech a odlišnostech vašich nápadů.
- 3 Snažte se získat co nejvíce vstupních informací od dalších klíčových osob. Je to možné provést formou osobních rozhovorů, telefonicky, příp. formou krátkého samonaváděcího dotazníku.
  - pacienti/klienti,
  - rodinní příslušníci,
  - nejvyšší vedení,
  - členové správních rad,
  - personál (terapeuti/kliničtí pracovníci),
  - dobrovolníci,
  - subjekty poskytující finanční prostředky,
  - představitelé jiných programů nebo systémů služeb,
  - lidé žijící ve vašem okolí.

Tato úvodní cvičení vám pomohou odhalit celé spektrum možností, které se pro vaši evaluaci nabízejí. Mohou vám rovněž pomoci odhalit určité společné myšlenkové trendy.

# Krok 5

## Definujte své evaluační otázky



V této fázi svého plánování evaluace jste si jasně určili osoby, kteří s vámi na procesu evaluace budou spolupracovat, a smysluplně jste do plánování zapojili také další osoby. Vyhodnotili jste rovněž své prostředky a začali jste určovat potřeby evaluace a míru jejich důležitosti. V neposlední řadě jste definovali a posoudili strukturu a logiku programu, případně sítě programů, které mají být předmětem evaluace. Nyní je nutné se zaměřit na přesné otázky, jež mají být zodpovězeny.

Otázky se mohou vztahovat ke kterékoli části struktury, logiky nebo procesu programu. Logický model programu je užitečným nástrojem, který vám pomůže

formulovat tyto otázky a zúžit zaměření evaluace. Tato část poskytuje formát pro přechod od vašeho logického modelu k podrobnějšímu naplánování evaluace.

Zásadní bude, aby se ten, příp. ti, kdo budou výsledky evaluace dále využívat, podíleli na procesu stanovení evaluačních otázek. Během práce na následujícím cvičení se vám může stát, že budete mít nakonec víc evaluačních otázek, než na kolik je možné odpovědět s ohledem na čas a prostředky, které jsou k dispozici. Pokud se tak stane, je nutné, aby se ten, příp. ti, kdo budou informace získané na základě evaluace dále využívat, podíleli na diskusích o zredukování otázek na rozumné množství.



### Konkrétní opatření

Následují příklady možných evaluačních otázek vypracovaných evaluačním

týmem v detoxifikačním zařízení pro závislé na opioidech.

#### Otázky týkající se charakteristiky klienta

- Zvýšil se ve srovnání s předchozím rokem počet klientů, jimž byla tato služba doporučena jiným subjektem?
- Snížil se ve srovnání s předchozím rokem počet lidí, kteří sami odstoupili z léčby?
- Podobají se charakteristiky klientů typu klientů zohledněných v cílech programu a charakteristikám klientů v předchozím roce?

## Otázky týkající se spokojenosti klientů

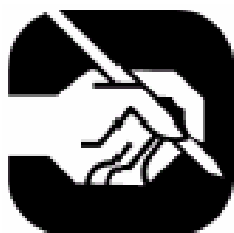
- Zdály se typy obsahu programu klientům užitečné?
- Jaká byla spokojenost klientů navštěvujících detoxifikaci?

## Otázky týkající se vlastní aplikace programu

- Kolik hodin poradenské služby bylo každému klientovi věnováno individuálně a ve skupinách?
- Jaká část této doby připadla na přímý kontakt s klientem ve srovnání s množstvím hodin věnovaných v souvislosti s daným klientem kontaktu s jinými osobami?

## Otázky týkající se konečného výsledku

- Došlo u klientů ke změně postojů ve prospěch nízkorizikových praktik v souvislosti s HIV?
  - Zvýšila se míra povědomí a znalostí klientů ohledně vysokorizikových situací v souvislosti s HIV?
  - Snížila se u klientů, kteří absolvovali celý program, míra užívání psychoaktivních látek?
  - Zvýšil se v důsledku poradenské činnosti počet klientů, kteří přijali dlouhodobou léčbu?
- Nezapomeňte, že toto jsou jen PŘÍKLADY evaluačních otázek.
- Vaše otázky mohou být zcela odlišné. V případové studii evaluace z detoxifikačního centra v Timmins uvedené na konci tohoto sešitu byly formulovány otázky z celé řady oblastí: povědomí o službě, vstupní posuzování, krizová intervence, zvládání abstinčních příznaků, follow-up péče a dobrovolníci. Jednotlivé oblasti v tomto případě představovaly různé funkce daného detoxifikačního programu.



## Nyní je řada na vás

- 1 Použijte jako vodítko logický model programu, který jste vytvořili v rámci kroku 4, a vypište pod něj možné evaluační otázky. V této fázi sepište co nejvíce otázek. Dbejte na to, aby měl každý ze spolupracovníků možnost přispět nějakými otázkami.
- 2 Ke každé otázce, kterou jste takto formulovali, uveďte výhody, případně nevýhody, zkoumání TĚCHTO konkrétních evaluačních otázek. Při zvažování výhod a nevýhod se zamyslete nad prostředky (Krok 2), které máte k dispozici.
- 3 Proberte jednotlivé možnosti s vašimi spolupracovníky. Jako skupina zvolte ty nejlepší evaluační otázky.
- 4 Prodiskutujte vámi zvolené otázky s tím, příp. těmi, kdo budou výsledky evaluace dle předpokladů dále využívat. Zjistěte, zda-li s vaším výběrem souhlasí. Podle situace otázky změňte.

# Krok 6

## Určete si měřítka výzkumu

### Proč by vám mělo na měřících výzkumu záležet?



Co se stane, když během evaluace nebudete brát otázky spojené s měřením výzkumu vážně? Jednoduše řečeno, jakákoli vaše tvrzení týkající se daného programu budou vždy vystavena kritice. Vždycky se najde někdo, kdo může říct: „To je všechno pěkné, ale jak vlastně víte, že svým programem dosahujete právě těchto výsledků?“ Když budete používat dobré nástroje měření a techniky sběru dat, budete schopni na takovou otázku lépe odpovědět. Z tohoto důvodu je **systematické měření v rámci evaluace programu nejlepším prostředkem k tomu, jak lidi přesvědčit o náplni vašeho programu, jak jim vysvětlit jeho fungování, jakých výsledků dosahuje a jaké kroky byly podniknuty k jeho zdokonalení.**

V této kapitole (Krok 6) najdete nezbytné základní informace, které vám umožní rozhodnout se pro správné nástroje měření vašeho výzkumu. Pokud je členem vašeho týmu pro plánování evaluace výzkumný pracovník, měl by si

materiál uvedený v této části prostudovat a následně vysvětlit příslušné klíčové pojmy zbytku skupiny. Přestože se některé z těchto informací mohou zdát příliš „abstraktní“, je důležité, aby byli všichni spolupracovníci v základu obeznámeni s tím, co je zde uvedeno, přičemž alespoň jeden ze spolupracovníků by měl být s danou problematikou obeznámen detailně. Váš tým bude mít v takovém případě lepší výchozí pozici k provádění vysoce kvalitní evaluace.

Pokud budete potřebovat podrobnější informace či výcvik týkající se způsobů sběru validních, reliabilních a aktuálních dat o prevalenci, trendech a vzorcích užívání drog a kvalitativních a kvantitativních metodách sběru a analýzy dat, můžete za tímto účelem sáhnout po některé z množství dostupných publikací z oblasti drogové epidemiologie. Také v rámci protidrogového programu WHO byl připraven obsáhlý Průvodce drogovou epidemiologií (Guide to Drug Abuse Epidemiology), který je na požádání k dispozici (WHO/MSA/PSA/97.14).



### Nyní je řada na vás (6A)

Ze svého týmu plánujícího evaluaci si zvolte nejvhodnější osobu, která si pročte následující část **Úvod do problema-**

**tiky měření** a následně seznámí zbytek týmu se základními pojmy.

# Úvod do problematiky měření

Na následujících stránkách se máte možnost seznámit s informacemi, které jsou zásadní při volbě konkrétních nástrojů měření. Takže si dopřejte pohodlí a čas a pozorně si následující informace přečtěte. V rámci této části budete mít možnost si postupně vyzkoušet, do jaké míry jste obeznámeni s informacemi zde uvedenými a konkrétně je uplatnit ve svém vlastním evaluačním projektu.

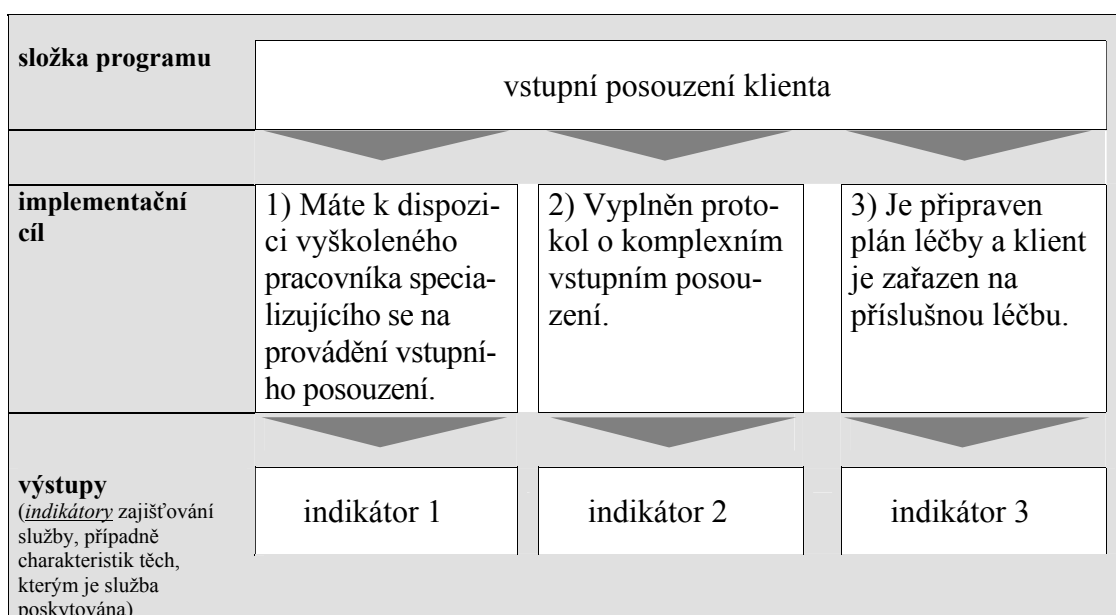
## 1. Co jsou to „indikátory“?

Indikátory jako proměnné jsou měřitelné informace, které ukazují, zdali program naplňuje určitý cíl. O logických modelech programu již něco víte. Logický model znázorňuje očekávané činnosti a služby, které se mají poskytovat (tzn. procesní cíle), a změny, které se očekávají jako důsledek těchto činností a služeb (tzn. konečné cíle). Při svém plánování evaluace použijete tento model při vytvoření indikátorů, jejichž prostřednictvím se posuzuje splnění určitého cíle. Každý cíl vaší léčebné služby nebo systému má odpovídající výstupy, přičemž k těmto výstupům se vztahuje jeden nebo více indikátorů. Tento vztah je znázorněn v níže uvedené tabulce.

Jak do této situace zapadá měření?

**Každý z implementačních cílů v rámci programu má nějaký výstup a každý výstup má nějaký indikátor zajišťování služby, případně charakteristik těch, kterým je služba poskytována. Každý indikátor je nástrojem měření výstupů, které určitý program produkuje v jednotlivých fázích léčebného procesu.**

Každý program by měl mít jasně definovány své komponenty a implementační cíle. *U každého cíle byste se měli pokusit přijít s nějakým indikátorem nebo nástrojem měření, který vám řekne, zdali byl daný cíl splněn.* Systematickým zaznamenáváním všech indikátorů souvisejících s jednotlivými cíli či konečnými výsledky zároveň systematicky měříte, jak dobře program funguje.



## 2. Proč si přidělovat práci s indikátory?

**Prostřednictvím systematického sběru indikátorů programu můžeme s větší přesností měřit (nikoli pouze odhadovat), zda-li jsou cíle naplňovány.**

Proč si vůbec přidělovat práci s používáním indikátorů? Nemůžeme se prostě jen podívat na určitou službu nebo léčebný systém a říct, jestli cíle jsou nebo nejsou splněny? Na tuto otázku existuje jednoduchá odpověď: NE! Lidé v této oblasti jsou pověstní svými nesprávnými „intuitivními úsudky“. Jednotlivé osoby mají například ve zvyku pamatovat si události, které potvrzují to, k čemu by mělo dojít. Na věci, které jsou v rozporu s tím, co by se mělo stát, mají tendenci zapomínat. Lidé mají také často tendenci přehnaně zobecňovat, když jeden nebo dva výrazné případy vnímají jako obraz celkové situace. Nejlepším způsobem, jak se vyhnout těmto zkreslením, je systematický pravidelně uskutečňovaný sběr informací.

Prostřednictvím systematického sběru indikátorů programu můžeme s větší přesností měřit (nikoli pouze odhadovat), zdali jsou cíle naplňovány. Ještě důležitější je, že pokud máme k dispozici dobré indikátory vypovídající o našem programu, **můžeme si být více jisti** tím, co o daném programu tvrdíme. Projděte si příklady uvedené na této stránce.

V tomto příkladu jde o totéž tvrzení ze strany ředitele programu: „Náš program na zvyšování povědomí o psychoaktivních látkách je efektivní.“ *Avšak míra našeho přesvědčení o tomto tvrzení se liší přímo úměrně s kvalitou indikátorů (měřítek), jimiž je toto tvrzení doloženo.*

Tvrzení	Míra jistoty	Indikátor
„Náš program na zvyšování povědomí o psychoaktivních látkách je efektivní.“	velmi nízká	Říká se to.
„Náš program na zvyšování povědomí o psychoaktivních látkách je efektivní.“	nízká	Mluvil jsem s Johnem, který se ho zúčastnil, a on říkal, že to u něj zabralo.
„Náš program na zvyšování povědomí o psychoaktivních látkách je efektivní.“	průměrná	40 z 50 lidí účastnících se programu zaškrtlo při vyplňování dotazníku zjišťujícího jejich spokojenost na konci programu „efektivní“ nebo „vysoce efektivní“.
„Náš program na zvyšování povědomí o psychoaktivních látkách je efektivní.“	vysoká	Ve srovnání s dosaženými výsledky v pre-testu se výsledky testu na informovanost o alkoholu zlepšily v průměru o dva body.
„Náš program na zvyšování povědomí o psychoaktivních látkách je efektivní.“	maximální	Ve srovnání s kontrolní skupinou sestávající z lidí, kteří nebyli daným programem nijak dotčeni, došlo u účastníků programu ke zlepšení výsledků u sedmi z celkem osmi měřítek povědomí o psychoaktivních látkách.

O tomto tvrzení bychom například měli velké pochybnosti, pokud by ředitel nemohl uvést nic jiného, než že „se to říká“. Na druhé straně spektra bychom v toto tvrzení měli velkou důvěru, pokud by nám ředitel mohl ukázat, že ve srovnání se skupinou lidí, kteří nebyli dotčeni daným programem, došlo u účastníků programu ke zlepšení dosažených výsledků u sedmi z celkových osmi měřítek povědomí o psychoaktivních látkách. Indikátor v prvním případě je chabý. V druhém případě se jedná o velmi dobrý indikátor. Pokud tedy budete mít v rámci evaluace svého programu k dispozici kvalitní indikátory,

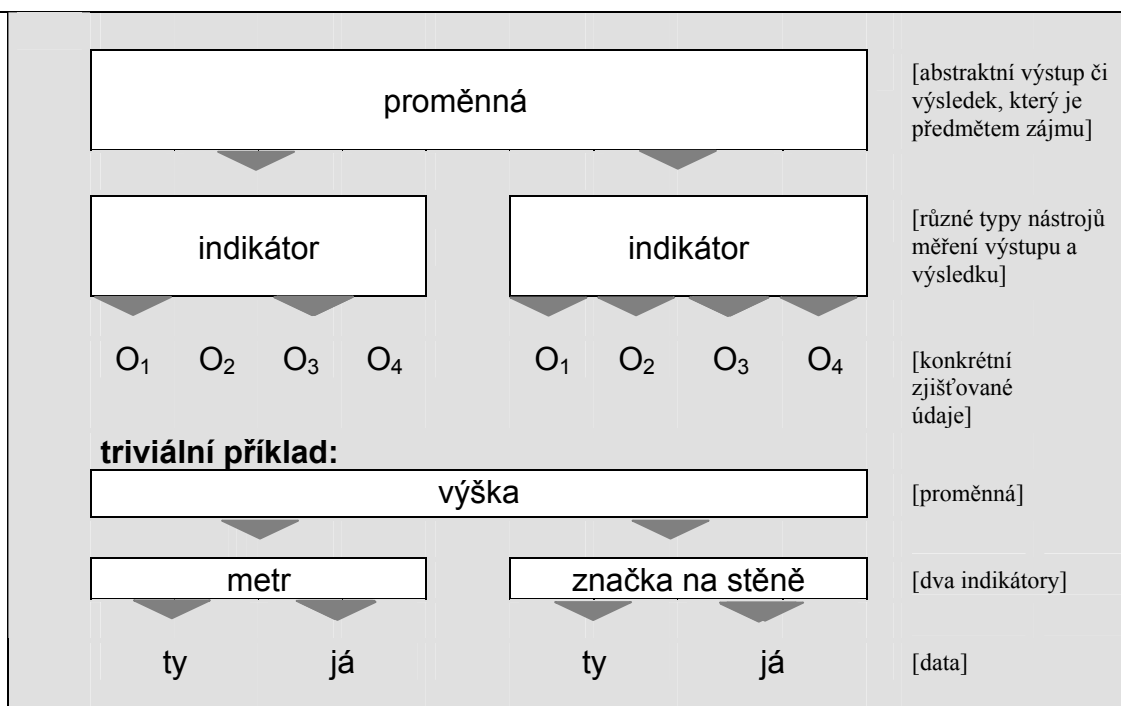
podstatně se tím zvýší míra jistoty, s níž budete v souvislosti se svým programem něco tvrdit.

Jakmile jste si ke svým výzkumným otázkám zvolili příslušné indikátory, musíte se rozhodnout pro konkrétní metodu, jejímž prostřednictvím je budete měřit. Protože různé metody sběru dat představují různé zdroje informací, předtím, než si vyberete určitou metodu, musíte mít jasno v tom, co se chcete dovědět. Jak jsme již měli možnost poznat, většina indikátorů se dá měřit více způsoby.

### 3. Jazyk měření

Definujme si některé základní pojmy. Sběr dat spočívá v procesu hledání a vytváření dobrých indikátorů k cílům programu a v systematickém shromažďování informací k těmto indikátorům. Se sběrem dat se pojí tři základní pojmy. *Proměnnými* rozumíme abstraktní výstupy nebo výsledky, které nás zajímají, jako jsou např. problémy s užíváním psychoaktivních látek nebo deprese. Jako *indikátory* označujeme spe-

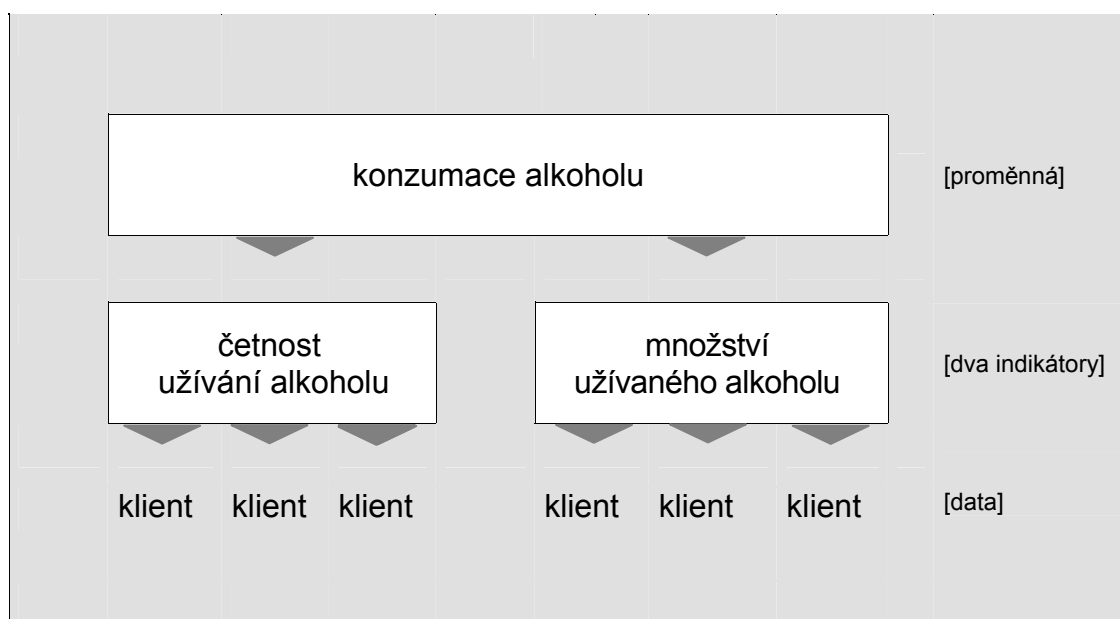
cifické způsoby měření proměnných, které nás zajímají, jako je klientem hlášená míra alkoholických nápojů denně nebo standardizovaný dotazník na symptomy deprese. *Data* představují konkrétní zjištěná fakta, která získáváte s ohledem na jednotlivé indikátory, jinými slovy, specifické odpovědi od zúčastněných subjektů. Vzájemné vztahy mezi proměnnými, indikátory a daty jsou patrné z následující tabulky.



Vztahy mezi proměnnými, indikátory a daty si můžeme jednoduše ilustrovat na příkladu měření **výšky**. Výška jako proměnná je abstraktní pojem, který je možno měřit prostřednictvím alespoň dvou různých indikátorů: metru a značky na zdi. Ke každému indikátoru bychom mohli přijít s daty týkajícími se tvé výšky a mé výšky. Výsledky, ke kterým u tebe i u mě dospějeme (centimetry, použijeme-li jako indikátor metr, a značky na zdi, použijeme-li jako indikátor tužku), představují naše data pro danou proměnnou, tj. výšku.

Léčebné služby a systémy jsou plně proměnných. Háček bude v tom, abyste našli nebo sami vytvořili dobré indikátory pro každou z proměnných, které jsou obsaženy ve vašem logickém modelu programu a evaluačních otázkách. Musíte tedy systematicky shromažďovat data (zjišťované skutečnosti) ke každému indikátoru. Není to bohužel tak snadné, jak se zdá. U mnohých proměnných v rámci programů se indikátory nenabízejí tak snadno jako v případě „měření výšky“.

Následující tabulka například znázorňuje složitější proměnnou – užívání alkoholu. Na základě jakých indikátorů bychom mohli zjistit, jestli u lidí došlo ke změně v souvislosti s užíváním alkoholu poté, co se zúčastnili léčebného programu? Dvěma indikátory, které by se zde daly použít, jsou dotazníkové položky zjišťující četnost užívání alkoholu a dále nějaký další test, jehož pomocí se měří množství konzumovaného alkoholu. V tomto případě máme jednu proměnnou (konzumace alkoholu) a dva indikátory s ní související (četnost a množství). Pokud bychom chtěli shromáždit data, z nichž by bylo patrné, zdali náš program splnil svůj účel, tj. jestli přispěl k snížení konzumace alkoholu, mohli bychom tyto dva indikátory uplatnit na klientech před léčbou a po jejím skončení. Tyto zjištěné údaje představují data, která sbíráme v souvislosti s konzumací alkoholu jako proměnnou pomocí těchto dvou indikátorů.



## Konkrétní opatření

Po formulování možných evaluačních otázek se evaluační tým rozhodl, že bude svou evaluaci směřovat na pokrytí na úrovni aktivit a na efektivitu své osvěty v oblasti AIDS. Evaluace vztahující se na pokrytí na úrovni aktivit poskytuje odpovědi na to, zda jejich program dosáhl toho, čeho dosáhnout měl, např. zda byla klientům, poté co prošli detoxifikací, doporučena dlouhodobá léčba. Evaluace účinnosti jejich osvěty v oblasti AIDS poskytuje

odpověď na otázku, zda tato akce naplňuje své cíle. Např. jestli se po této akci zvýšila informovanost klientů o AIDS. Tato akce spočívá v pěti šedesátiminutových skupinových sezeních, během nichž se mohou klienti něco dozvědět o viru lidské imunodeficiency (HIV), způsobu jeho přenosu, prevenci, symptomech a testování HIV pozitivitu, přičemž se zaměřuje na individuální susceptibilitu a situační analýzu.

### Hlavní výzkumné otázky a jejich indikátory

Otázky	Indikátory
<b>1</b> Zvýšil se v porovnání s loňským rokem počet klientů, jimž byla daná služba doporučena jiným subjektem?	Přezkoumání záznamů.
<b>2</b> Změnily se v porovnání s klienty z loňského roku charakteristiky letošních klientů?	Přezkoumání archivovaných formulářů vyplňovaných při zahájení léčby.
<b>3</b> Zvýšil se v porovnání s loňským rokem počet klientů, kteří z vlastní vůle ustoupili od léčby?	Přezkoumání archivovaných formulářů vyplňovaných při ukončení léčby.
<b>4</b> Zvýšil se oproti loňskému roku počet klientů, jimž byla doporučena dlouhodobá léčba?	Přezkoumání archivovaných formulářů vyplňovaných při ukončení léčby.
<b>5</b> Došlo u klientů ke změně postojů ve prospěch nízkorizikových praktik v souvislosti s HIV?	Dotazník zjišťující postoje klientů k AIDS vyplňovaný před akcí/po akci.
<b>6</b> Došlo u klientů po skončení léčby k posunu od rizikového chování v souvislosti s HIV ve prospěch nízkorizikových praktik?	Dotazník zjišťující riziková chování vyplňovaný před akcí/po akci.
<b>7</b> Zvýšila se u klientů informovanost o AIDS po realizaci příslušného osvětového programu?	Dotazník hodnotící informovanost o AIDS vyplňovaný před akcí/po akci.
<b>8</b> Začali klienti sami v narůstající míře uplatňovat svou schopnost využívat dovedností k dodržování chování směřujícího ke snížení škod ve spojitosti s AIDS?	Dotazník hodnotící samostatné uplatňování těchto dovedností vyplňovaný před akcí/po akci.



## Nyní je řada na vás (6B)

- 1 Ověřte si vaše znalosti. Vysvětlete vašim kolegům následující termíny:
  - proměnná,
  - indikátor,
  - data.

Ke každému z nich uveďte příklad ze svého protidrogového programu nebo ze své léčebné sítě.
- 2 Zvolte indikátory k jednotlivým výzkumným otázkám, které si vaše skupina vybrala (Viz Krok 5). V tomto bodě se nezapomívejte exaktními nástroji měření. Výběrem exaktních nástrojů se budeme zabývat později. Prozatím jen jednoduchým jazykem sepište přiměřené indikátory, které se pojí k vašim výzkumným otázkám.

## 4. Kvantitativní a kvalitativní měření

**Kvantitativní přístup k indikátorům uplatňujete vždy tehdy, když se měření proměnné provádí prostřednictvím čísel.**

**Kvalitativní přístup k indikátorům uplatňujete vždy tehdy, když proměnnou měříte pomocí slov.**

V předešlé kapitole jsme provedli rozdělení na proměnné, indikátory a data. Zjišťujeme, že u mnoha aspektů protidrogových služeb a systémů (na rozdíl od fyzických vlastností jako je výška nebo hmotnost) se setkáváme s proměnnými velmi složité povahy. Proměnné jako např. povědomí o psychoaktivních látkách, omezení pití, důsledky užívání psychoaktivních látek, self-esteem, motivace, well-being a další cíle programu je možno měřit různými způsoby. Dalším krokem bude kriticky se zamyslet nad různými **typy** dostupných **indikátorů**, jejichž pomocí budete moci během vaší evaluace měřit složité proměnné tohoto typu.

V oblasti měření se obvykle pracuje s jednou ze dvou odlišných strategií v závislosti na tom, jestli jsou indikátory čísla nebo slova. **Kvantitativní přístup** k indikátorům uplatňujete vždy tehdy, když se měření proměnné provádí prostřednictvím **čísel**. Vraťme se k dříve uvedenému příkladu. Pokud by jedním cílem našeho programu bylo zajistit, aby byl k dispozici pracovník specializovaný na úvodní posuzování, mohli bychom sami vytvořit kvantitativní indikátor tohoto cíle tím, že bychom vypočítali procento pracovních dní v měsíci, během

nichž byl daný pracovník k dispozici. V ideálním případě by se tato procentuální hodnota rovnala 100 a poskytovala by číslo sumarizující informace pro danou proměnnou. Dalším kvantitativním indikátorem by mohl být počet dní, po který musí určitá osoba čekat na své posouzení. Kvantitativní indikátory jsou užitečné, protože:

- vhodným způsobem sumarizují velké množství dat odrážejících klíčové cíle programu,
- dají se snadno převést do grafů, které zobrazují výsledky evaluace,
- dají se analyzovat pomocí statistických technik.

Při evaluaci programu je možno použít také kvalitativní indikátory. Kvalitativní přístup k indikátorům uplatňujete vždy tehdy, když proměnnou měříte pomocí slov. Jednou výraznou výhodou kvalitativního přístupu je, že se při něm dá zachovat specifické hledisko osob, jež jsou předmětem studia. Když nás například zajímá proměnná „well-being“ jako konečný výsledek našeho programu, může se stát, že nebudeme mít k dispozici dobrý kvantitativní indikátor well-being.

Kvalitativní alternativou by bylo zeptat se klientů na konci programu na jejich celkový stav a pocity. Mohli bychom to učinit prostřednictvím otázek na jejich fyzické a duševní zdraví a jejich schopnost řešit stresové situace v každodenním životě. Jejich odpovědi bychom mohli nahrát na magnetofon a označit témata, která vypovídají o „well-being“, a postřehy naznačující, že k příslušné změně došlo v důsledku účasti na programu. V tomto případě poskytuje indikátory pro danou proměnnou, příp. proměnné, které jsou předmětem našeho zájmu, jazyk (nikoli čísla). Z toho důvodu, že kvalitativní přístup spočívá v rozhodující míře na slovech, zahrnuje v sobě

charakteristické hledisko osoby, příp. osob, které hovoří. O well-being či celkovém zdravotním a duševním stavu mohou různými způsoby diskutovat různí lidé a kulturní skupiny.

Podívejte se na tento příklad: Při evaluaci detoxifikačního zařízení v Timmins popisované na konci tohoto sešitu se pracovalo jak s kvantitativními, tak kvalitativními indikátory. Úvahy, které osoby plánující evaluaci vedly k tomu, že se u jednotlivých proměnných rozhodly pro kvalitativní, případně kvantitativní, indikátory, jsou v této případové studii dobře popsány.



## Nyní je řada na vás (6C)

Proveďte si vaše znalosti. Rozhodněte, zda jsou následující proměnné kvantitativní nebo kvalitativní povahy:

- 1 Počet alkoholických nápojů vypitých za posledních 7 dní.
- 2 Celkové vyhodnocení míry deprese na základě z vlastní iniciativy vyplňovaného dotazníku zaměřeného na symptomy deprese.
- 3 Pacientův popis okolností, které provázely jeho první užití drogy.
- 4 Věk pacientů.
- 5 Pohlaví pacientů.
- 6 Počet různých typů psychoaktivních látek, které pacient za posledních 90 dní užil.
- 7 Pacientův popis jeho zkušeností s vaším protidrogovým léčebným programem.
- 8 Hodnocení v rámci desetistupňové škály, jejímž prostřednictvím pacienti vyjadřují svou spokojenost s vaším protidrogovým léčebným programem.
- 9 Zprávy klinických pracovníků o pozitivních změnách, které byly během programu u pacientů zaznamenány.
- 10 Hodnocení prováděné klinickými pracovníky za použití pětistupňové škály vypovídající o pozitivních změnách, které byly během programu u pacientů zaznamenány.

(Správné odpovědi: kvantitativní - 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10 / kvalitativní – 3, 7, 9)

## 5. Kvantitativní indikátory: rozhodněte, které škály měření budete potřebovat

V závislosti na tom, jaké evaluační otázky jste si formulovali, se kvantitativní data dají získávat z celé řady zdrojů. Patří sem například pozorování, dotazníky, interview a přezkoumávání záznamů (podrobněji viz dále v bodě 8). Bez ohledu na způsob, jakým kvantitativní indikátory získáváte, pokud v rámci evaluace usilujete o zajištění **číselných hodnot** pro klíčové proměnné svého programu, bude třeba, abyste určili příslušné druhy kvantitativních škál, kterých by mělo být ke sběru dat použito. Jednoduše řečeno, škála je klasifikačním systémem, který slouží k popsání povahy skutečností, které zjišťujete. Rozlišují se čtyři základní typy kvantitativních škál. V rámci kvantitativní evaluace programu je budete pravděpodobně užívat kombinovaně.

**Nominální škály** opatřují shromážděvaná data určitým označením. Jednoduchým příkladem by mohlo být přiřazení různých čísel k jednotlivým barvám vlasů: rezavé, černé, blond, hnědé atd. Pomocí nominální škály se dají v rámci evaluace označit mnohé proměnné. Pokud chcete například sledovat počet mužů a žen ve vašem programu v určitém časovém období, mohli byste mužům přiřadit číslo 1 a ženám číslo 2. U nominálních škál je důležité si uvědomit, že **se navzájem vylučují**, tj. nemůžete být **zároveň** mužem a ženou, mít **zároveň** blond i rezavé vlasy apod.

**Ordinální škály** jsou sestaveny na základě určitého kvalitativního rozdílu (např. málo – mnoho, špatný – dobrý). Jedna ordinální škála, která se při evaluaci programů běžně využívá, je sociálně ekonomické postavení. Na jedné škále mohou být lidé z nižší sociálně ekonomické třídy označeni hodnotou 1,

střední třída jako 2 a vyšší třída jako 3. Rozdíly hodnot na dané škále nelze počítat ani odčítat.

**Intervalové škály** poskytují numerická označení odrážející **velikost** rozdílů. Je možné však počítat a odčítat pouze rozdíly hodnot na dané škále. Prostřednictvím intervalových škál se často měří postoje a mínění. Můžete například požádat členy vašeho personálu, aby na škále s rozpětím od 1 (rozhodně nesouhlasím) do 9 (rozhodně souhlasím) uvedli, do jaké míry souhlasí s výrokem: „Měli by být lidé usvědčeni z řízení pod vlivem alkoholu nebo drog donuceni k nastoupení léčby?“ Dalším běžným příkladem je hodnocení spokojenosti s programem ze strany klientů: (1) velmi nespokojen, (2) nespokojen, (3) nevím, (4) spokojen a (5) velmi spokojen. Dalším příkladem může být zjištění počtu oblastí klientova života, které byly negativně zasaženy užíváním psychoaktivních látek. Klient uvádějící tři problémové oblasti (např. fyzická stránka, sociální vztahy a práce) vykazuje o dvě problémové oblasti víc než jiný klient, který uvádí následky pouze v jedné oblasti (např. duševní zdraví).

Náš výčet končí **poměrovými škálami** poskytujícími numerické charakteristiky, které obtočí v jakékoli matematické rovnici a obsahují faktický nulový bod. Na poměrových škálách se například vyjadřuje hmotnost a vzdálenost. Víme, že 10 kilometrů představuje dvakrát větší vzdálenost než 5 kilometrů. Tabulka 8 nabízí souhrnný přehled všech čtyř úrovní kvantitativního měření. Tabulka rovněž obsahuje užitečné poznámky, které vám připomenou typy informací, které je možné z uplatnění těchto indikátorů vyvodit.

## Čtyři typy škál

Úroveň měření	Typ informací									
nominální	<p><b>dvě nebo více neuspořádaných kategorií</b></p> <p>např. Ovlivnil váš životní partner vaše rozhodnutí nastoupit léčbu?</p> <p><input type="checkbox"/> ANO      <input type="checkbox"/> NE</p>									
ordinální	<p><b>dvě nebo více uspořádaných kategorií</b></p> <p>např. pořadí motivačních zdrojů k nástupu léčby podle důležitosti (např. rodina, zaměstnavatel, soud atd.)</p> <p><input type="checkbox"/> 1      <input type="checkbox"/> 2      <input type="checkbox"/> 3</p>									
intervalová	<p><b>numerická označení odrážející velikost rozdílů</b></p> <p>např. 1 = rozhodně nesouhlasím / 9 = rozhodně souhlasím</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
poměrová	<p><b>souvislá škála, faktický nulový bod</b></p> <p>např. Kolik alkoholických nápojů jste za minulý týden vypil(a)?</p> <p><input type="text"/> nápojů</p>									

## 6. Kdy byste měli používat kvalitativní a kdy kvantitativní měření?

Jednou z otázek, která při evaluaci programu vyvstává, je určit, kdy je jednotlivé strategie měření správné aplikovat. Otázka zní: kdy použít čísla (kvantitativní přístup) a kdy použít jazyk (kvalitativní přístup). Jedno praxí ověřené pravidlo říká, že kvantitativní indikátory je dobré použít vždy tehdy, když už máte promyšleno, jak budete měřit výstup či konečný výsledek, který vás zajímá s ohledem na evaluaci vašeho programu. Dá se to provést několika způsoby. Asi nejlepším způsobem je využít předchozí práce někoho jiného a použít pro daný výstup nebo výsledek jeho škálu či indikátor. V sešitech, které jsou součástí této řady, jsou poskytnuty rady ohledně nástrojů kvantitativního měření, které je možno použít k měření charakteristik klienta, léčebného procesu, spokojenosti klientů a konečných výsledků. Pokud budete věnovat dostatek prostoru teoretické přípravě a studiu odborných materiálů, měli byste být schopni najít nějaké standardizované měřítko či škálu, kterou budete moci v rámci vaší evaluace uplatnit. Je však důležité dávat si pozor na skutečnost, že nástroje měření, které jsou považovány za užitečné v určité kultuře, nemusí být platné nebo použitelné v jiných kulturách. Pokud nebudete schopni najít žádné vhodné měřítko pro vaše prostředí,

budete zřejmě v takovém případě muset vytvořit nějaké nové. O této eventualitě pojednáme v tomto sešitu později.

Co když nemáte promyšleno, jak výstup či výsledek kvantitativně měřit? V takovém případě vám mohou pomoci kvalitativní metody. Pokud jste například při svém pátrání nenarazili na žádnou literaturu, ve které byste našli kulturně odpovídající kvantitativní měřítko vztahující se k „užívání psychoaktivních látek“, můžete se na problém měření zkusit podívat z kvalitativního hlediska. Dá se to provést tak, že se v souvislosti s touto proměnnou vede s účastníky programu interview. Výhoda tohoto přístupu spočívá v tom, že není předem zřejmé, co respondenti rozumí pod „konzumací psychoaktivních látek“. Umožňuje jim to uvádět své vlastní specifické interpretace této proměnné, což může lépe odrážet jedinečnost jejich situace a kultury.

Mezi další faktory, které mají vliv na to, zda-li v rámci své evaluace programu uplatníte kvantitativní nebo kvalitativní metody, patří (a) míra vašich odborných znalostí, příp. teoretické a praktické přípravy ohledně jednotlivých metod, a (b) prostředky (čas, personál), které máte k dispozici.

## 7. Reliabilita a validita

**Reliabilitou se myslí to, zdali má určitý indikátor konzistentní výpovědní hodnotu v různé době a z pohledu různých pozorovatelů.**

Jak již bylo dříve řečeno, jistota, s níž tvrdíte určité skutečnosti o vašem programu, se zvyšuje s rostoucí kvalitou indikátorů a dat, jejichž prostřednictvím se měří proměnné programu. Jak však určíme naši důvěru v použité nástroje měření? Bez ohledu na to, zdali jste se v rámci evaluace svého programu rozhodli pro kvantitativní nebo kvalitativní strategii měření, prostředky měření, které při sběru dat v souvislosti se svými evaluacními otázkami používáte, musí být spolehlivé, **reliabilní**, a zároveň platné, **validní**.

### Reliabilita

Myslí se tím zde to, zda-li má určitý indikátor **konzistentní výpovědní hodnotu v různé době a z pohledu různých pozorovatelů**. Jako příklad nám může posloužit teploměr. Reliabilní teploměr, pokud ho ponoříme do vařící vody, by měl ukazovat hodnotu 100 stupňů Celsia. Pokud je navíc daný nástroj skutečně reliabilní, měl by ukazovat stejnou hodnotu pokaždé, když ho do vařící vody ponoříme, bez ohledu na to, kdo se na stupnici dívá. Je zřejmé, že naše

důvěra v daný indikátor (teploměr) bude klesat, pokud dostaneme různé výsledky pokaždé, když s ním budeme měřit teplotu stále téže vody. Stejná situace nastává u vašich indikátorů určených k tomu, aby vám odpověděly na vaše evaluační otázky. U některých indikátorů, jako jsou např. věk, příjem nebo vzdělání, nemůže být reliabilita měření ohrožena. Znamená to, že pokud respondenti nelžou nebo špatně nepochopí otázku, můžete si být relativně jisti, že data shromážděná v souvislosti s těmito indikátory jsou reliabilní. Reliabilita se však nedá tak snadno stanovit u složitějších proměnných, jako je snížení míry užívání alkoholu, self-esteem, povědomí o psychoaktivních látkách a kvalita života. Výhodou použití existujících indikátorů (např. kvantitativní škály, záznamové archy o vedení kvalitativních interview) je, že jejich reliabilita byla pravděpodobně již dříve otestována.

Při způsobech měření těch nejsubjektivnějších a nejobjektivnějších výsledků by měl daný jedinec odpovědět na otázky stejně, pokud je mu příslušná otázka položena v průběhu krátkého časového období více než jednou. Hovoříme v této souvislosti o **testové retestové reliabilitě**. Pokud taková situace nenastane u většiny pozorovaných skutečností, jedná se pravděpodobně o nereliabilní indikátor. Jako součást pilotního testu vaší evaluace můžete zkusit provést studii uplatňující princip opakované zkoušky, při níž budete pracovat s malým počtem lidí, kteří budou podobní těm, od nichž budete získávat odpovědi v průběhu vlastní evaluace. Na základě tohoto přístupu zjistíte konzistenci jejich odpovědí.

V případě kvalitativních dat by analýzu informací měly provádět dva různí lidé, přičemž se bude zjišťovat, zda rozpoznali tatáž témata. Klientka mohla být například požádána, aby popsala, jak si myslí, že léčba poznamenala její život. Jestliže budou přepis interview analyzovat dvě osoby a obě identifikují téma „ztráty přátel po skončení léčby“, bude výsledek reliabilní. Toto pojetí reliability se označuje jako **reliabilita na základě vzájemné shody hodnotitelů** a rozumí se jím schopnost nezávislých hodnotitelů dospět ke shodě ohledně měření

získaných prostřednictvím indikátorů.

Můžete rovněž zkusit zpracovat nástroje pro ověřování reliability/konzistence do dotazníku. Dá se to udělat tak, že do něj včleníte několik otázek, na které by lidi podle všeho měli odpovědět stejně. Nějaký nástroj měření spokojenosti klientů by například mohl po respondentech chtít, aby uvedli, jak byli s programem spokojeni, jak moc se jim program líbil a které oblasti programu vidí jako problematické. Vysoká míra rozcházejících se hodnocení těchto aspektů bude naznačovat, že tyto položky dotazníku nejsou reliabilní. Toto pojetí reliability označujeme jako **vnitřní konzistenci**.

## Validita

Indikátor může být reliabilní a přitom nemít vůbec žádnou validitu. Vraťme se k příkladu s teploměrem. Pokud teploměr důsledně ukazuje teplotu 110 stupňů celsia pokaždé, když ho ponoříme do vroucí vody, bude reliabilní, to ano, avšak nikoli validní (neboť voda vaří při 100 stupních, nikoli 110 stupních). **Validita se týká toho, do jaké míry ve skutečnosti měříte to, co máte v úmyslu v rámci své evaluace programu měřit.** Ještě jeden příklad. Interview jako vaše forma (kvalitativního) indikátoru self-esteem by měl nízkou validitu, pokud by měřilo pouze míru sympatií respondenta vůči pracovníkovi, který interview vede. Jako v případě reliability platí, že čím větší platnost vaše indikátory mají, tím více můžete věřit datům, která v souvislosti s těmito proměnnými byla shromážděna.

U indikátorů používaných při evaluaci programu je možno rozlišit několik druhů validity. O **zdánlivé validitě** mluvíme v souvislosti s tím, zda obsah konkrétních otázek či nástrojů měření odráží to, co *má* daný indikátor měřit. Například otázka typu „Jak se vám líbili ostatní klienti účastníci se programem?“ by měla slabou zdánlivou validitu, pokud

**Validita se týká toho, do jaké míry ve skutečnosti měříte to, co máte v úmyslu v rámci své evaluace programu měřit.**

by měl tento indikátor ve skutečnosti měřit self-esteem klientů.

Platnost určitého indikátoru je rovněž možno ověřit tak, že ho porovnáme s již známým měřítkem téže proměnné. Daný výsledek se označuje jako **souběžná validita**.

Validita kvalitativních indikátorů se dá ustanovit tak, že (a) se uvedou konkrétní příklady témat identifikovaných v písemných materiálech, (b) prokáže se, že lidé odpovídající během interview se nepokoušeli lhát nebo podvádět, a příslušná identifikovaná témata se uvedou do spojitosti s **jinými indikátory**, které zvýší důvěru ve vaši interpretaci daných materiálů.

Závěrem můžeme říci, že když budete věnovat zvýšenou pozornost reliabilitě a validitě svých indikátorů, může to výrazně posílit důvěru v jakákoli tvrzení formulovaná v průběhu evaluace programu. Když budete pracovat s reliabilními a validními indikátory, lidé budou vašim závěrům přikládat mnohem větší váhu, než kdybyste používali indikátory s nízkou mírou reliability a validity. Reliabilitu a validitu můžete také často zvýšit tím, že použijete existující nástroje, které již byly odzkoušeny a propracovány. Pokud se vám taková alternativa nabízí, je obecně lepší sáhnout po existujících indikátorech (např. škály, záznamové archy o vedení interview), než se snažit vytvářet nové nástroje.



## Nyní je řada na vás (6D)

1 Popište reliabilitu a validitu vašim spolupracovníkům podílejícím se na evaluaci. Vysvětlete, proč jsou obě tato hlediska při výběru nástrojů měření důležitá.

2 Jako skupina vypracujte následující cvičení:

Policie zastaví řidiče pro podezření z řízení pod vlivem alkoholu. Co z následujících měřítek je reliabilním, resp. validním, indikátorem míry řidičovy podnapilosti?

Měřítko	reliabilní	validní
Řidičovo sdělení o počtu alkoholických nápojů, které ten večer vypil		
Výsledek testu koordinace pohybů		
Hladina alkoholu v krvi		
Barva očí		

3 Zkuste vymyslet alespoň dva další reliabilní a validní nástroje měření intoxikace psychoaktivní látkou.

Odpovědi na otázku 2

Měřítko	reliabilní	validní
Řidičovo sdělení o počtu alkoholických nápojů, které ten večer vypil	ano	ne
Výsledek testu koordinace pohybů	ano	ano
Hladina alkoholu v krvi	ano	ano
Barva očí	ano	ne

## Typy nástrojů měření

Poslední oblast související s měřením se týká různých typů nástrojů měření, které můžete při výzkumu použít. Každá meto-

da má své výhody a nevýhody (viz dále). Různé nástroje měření mohou být u různých studií více či méně vhodné.

**Pozorování je postup, při němž se shromažďují informace prostřednictvím pozorného sledování a zapisování chování jedinců či průběhu událostí.**

### • Pozorování

Pozorování je postup, při němž se shromažďují informace prostřednictvím pozorného sledování a zapisování chování jedinců či průběhu událostí. Výzkumní pracovníci si zvolí čas a místo pozorování, aby měli dobrou příležitost vidět lidi a chování, které si přejí sledovat. Je obvyklé, že lidi a skupiny jsou předmětem opakovaného pozorování, aby se zajistila celistvost a přesnost pozorování. Pozorovatelé mohou zaznamenávat všechno, co vidí, nebo mohou zaznamenávat pouze určité proměnné jako např. počet vypitých alkoholických nápojů.

Aby pozorování splnilo při evaluaci svůj účel, je nutné, aby členové personálu používali k jeho zaznamenávání standardní protokoly. Dají se k tomu použít hodnotící formuláře vyplňované před léčbou a v různých fázích během léčby a po jejím skončení. Personál musí být řádně proškolen, aby bylo zajištěno, že všichni uplatňují při pozorování stejné postupy. Znamená to, že pokud několik členů personálu dělá interview s tímž klientem ve stejný den a vyplní o tom formulář

o pozorování, budete chtít mít jistotu, že jejich pozorování či hodnocení vykazují vysokou míru reliability na základě vzájemné shody hodnotitelů. Jinak budou vaše zjištění nereliabilní. Někteří poradci považují například „zainteresovanost či podíl na procesu léčby“ za užitečný indikátor klientových pokroků v léčbě a za prediktor relapsu. Mohl by se tudíž vytvořit nějaký nástroj na hodnocení průběžného klientova zapojení. Pokud by byl tento nástroj reliabilní a validní, dané výsledky by se následně uváděly do souvislosti s informacemi o relapsu či snížení konzumace alkoholu a ověřila by se tak hypotéza, že z klientova aktivního zapojení je možno předvídat výsledek.

Pozorování představuje dobrý způsob, jak ověřovat platnost informací získaných prostřednictvím dotazníků nebo interview. Na základě pozorování chování jste schopni tyto údaje potvrdit. Na druhou stranu je pozorování časově náročné a neumožňuje vám poznat myšlenky a pocity klientů.

**Dotazníky jsou účelné tehdy, když chcete shromáždit nízký počet jasně definovaných faktů od velkého množství lidí.**

### • Dotazníky

Dotazník je písemný soubor otázek, na které účastník odpovídá tak, že vepíše příslušné údaje do kolonek na stejném listu papíru. Dotazníky jsou často samonaváděcí. Znamená to, že účastník výzkumu si přečte pokyny a s malou pomocí výzkumníka dotazník vyplní.

Dotazníky mohou obsahovat *uzavřené otázky*, u nichž si účastníci musí vybrat z výčtu možných odpovědí, případně *otevřené otázky*, u nichž není uvedena

žádná konkrétní odpověď a lidé mohou odpovídat podle vlastní volby. Uzavřené otázky jsou obvykle kvantitativní povahy, zatímco otevřené otázky jsou zpravidla povahy kvalitativní.

Dotazníky jsou účelné tehdy, když chcete shromáždit nízký počet jasně definovaných faktů od velkého množství lidí. Je dobré se pro ně rozhodnout v situacích, kdy chcete shromáždit informace o nějakém citlivém tématu, např. sexuálním

chování. Pro některé lidi bude příjemnější, když budou odpovídat na písemnou otázku, než kdyby měli hovořit s výzkumníkem tvář v tvář.

Hlavní nevýhodou dotazníků je to, že jsou použitelné pouze u lidí, kteří umí číst a psát. Pokud víte nebo tušíte, že řada klientů má problémy se čtením, nepoužívejte samonaváděcí dotazníky. Věnujte pozornost signálům

### • Interview

Interview spočívá v tom, že se subjekt výzkumu tvář v tvář setká s osobou vedoucí interview, která mu klade konkrétní otázky a zaznamenává jeho odpovědi. Otázky mohou být otevřené nebo uzavřené.

Osobní rozhovory nabízejí několik výhod. Eliminují problémy související se špatnou schopností číst. Umožňují vám odhalovat řadu detailních informací a dle potřeby vést otázky příslušným směrem. Pokud určitá položka nefunguje tak, jak má, může tazatel rozpoznat problém, který by nevyplýval ze samonaváděcích nástrojů. Tazatel se může přesvědčit o tom, že rozpoznávací údaj, který spojuje jeden nástroj s druhým – například spojitost mezi průzkumem klientovy spokojenosti a záznamy o době, kterou klient v programu strávil – je vyplněn úplně a přesně.

U interview může docházet ze strany respondentů k týmž zkreslením jako u samonaváděcích dotazníků. Tendence k pohybování se v kruhu týchž odpovědí a k dávání společensky žádoucích odpovědí se může vyskytnout u interview i v případě samonaváděcích dotazníků. Mezi další úskalí patří nedostatek objektivitu ze strany tazatele a nesprávně vedený interview. Z těchto důvodů je nutné, aby byly osoby provádějící interview řádně vyškoleny. Z hlediska nákladů je rovněž nutné uvažovat čas věnovaný na vedení interview. Nejvíce nákladné jsou osobní interview, o něco méně

vypovídajícím o tom, že klient může mít problémy s porozuměním danému nástroji. Buďte takovým klientů připraveni pomoci tím, že někdo z personálu jim otázky přečte. Další nevýhodou je, že účastníci mohou ulpět v *kruhu odpovědí* – tzn. mohou na řadu určitých otázek odpovědět stejně, aniž by se nad každou z nich řádně zamysleli.

telefonická interview a relativně finančně nenáročná jsou skupinová interview.

Interview vedená osobně obvykle přinášejí o něco vyšší respondenci než telefonická interview, ale jsou nákladnější. Telefonická interview, byť méně nákladná, mají dva potenciální problémy: všichni klienti nemusí mít telefon a může být obtížné zajistit soukromí a důvěrný ráz interview. Klienti se mohou zdráhat mluvit nebo dávat upřímné odpovědi, pokud jsou během jejich telefonického rozhovoru nablízku jejich příbuzní nebo spolupracovníci. Typické telefonické interview je také kratší než osobní interview.

Skupinová interview se mohou provádět tak, že tazatel předčítá otázky ze samonaváděcího formuláře, přičemž klienti své odpovědi zaznamenávají do svého vlastního formuláře. Tímto praktickým způsobem se dá zvýšit response a řešit snížená gramotnost, aniž se vynaloží čas a náklady na osobní interview.

Pokud budou interview vést členové personálu pracující v daném programu, měli by být řádně proškoleni. Měli by být obeznámeni s takovými technikami vedení interview, jako je např. zajištění diskretnosti vůči respondentovi, objektivní přístup, kladení otázek přesně tak, jak jsou formulovány, řádné a čitelné zaznamenávání odpovědí, sondování, navození přátelské atmosféry, citlivý přístup ke kulturním hodnotám respondentů apod.

### • Diskuse v rámci ohniskové skupiny

Jinou formou interview, kterou je možno použít, je ohnisková skupina, která obnáší obecnou diskusi mezi 7 – 8 osobami na zvolené téma. Ohniskové skupiny obvykle trvají jednu až dvě hodiny. Vede je školený

moderátor, jehož funkcí je řídit diskusi. Obecným cílem interview v rámci ohniskové skupiny je pokusit se pochopit myšlenkové pochody a pocity účastníků během toho, jak rozebírají určitý problém

**Osobní rozhovory nabízejí několik výhod.**

**Na ohniskové skupiny je nejlépe nahlížet jako na způsob pojmenování problémů a vyjasnění pojmů.**

(např. některý z aspektů vašeho programu). Na ohniskové skupiny je nejlépe nahlížet jako na způsob pojmenování problémů a vyjasnění pojmů. Přepisy ohniskových skupin by se mohly použít jako doplněk evaluací programů, neboť poskytují podrobný přehled o reakcích účastníků na určitý problém. Nebylo by moudré spoléhat na ohniskové skupiny jako na jediný zdroj zjišťovaných údajů pro vaši evaluaci programu, protože ohniskové skupiny jsou založeny na otevřených otázkách a mohou poskytnout informace

o množství různých proměnných, z nichž ne všechny jsou z hlediska vaší evaluace podstatné. Je rovněž obtížné stanovit reliabilitu a validitu dat z ohniskové skupiny. Z těchto důvodů jsou ohniskové skupiny při jistých typech evaluačních aktivit (např. plánování evaluace, analýza potřeb) účelnější než při jiných (např. evaluace výsledku, příp. ekonomické stránky).

Konkrétní pokyny pro práci s metodou ohniskové skupinou jsou uvedeny v Příloze 1 tohoto sešitu.

## • Zkoumání běžných záznamů

**Při evaluaci je levnější používat již existující data pocházející od jiných subjektů než data získaná přímo od klientů prostřednictvím údajů, které o sobě sami sdělí, nebo ve formě interview**

Užitečné podklady pro měření procesů a konečných výsledků v rámci programu můžete získat v kartotéce vašeho programu. Stále častěji jsou tyto informace dostupné prostřednictvím počítačových informačních systémů. Relevantní informace se dají rovněž získat z jiných léčebných programů, kterými někteří z vašich klientů mohli projít, např. ze školních zdravotních záznamů, z kartotéky sociálního zabezpečení nebo z policejních či soudních záznamů. Také mohou být k dispozici informace, které se ze všech léčebných subjektů ve vaší působnosti automaticky předávají vládním orgánům.

Při evaluaci programu se používají tři typy nástrojů běžně uplatňovaných v rámci protidrogových léčebných programů, tj. vstupní záznamy, záznamy o pacientovi a formuláře o ukončení léčby. *Vstupní data* mohou obsahovat krátký přehled o dosavadní klientově léčbě či statistický formulář, posouzení obecné charakteristiky a behaviorální anamnézy. Může sem rovněž patřit obsáhlejší korpus diagnostického rozboru. Tato data za normálních okolností shromažďuje pracovník zodpovědný za příjem pacientů, léčebný poradce nebo referent zodpovědný za vedení záznamů během jednoho nebo více sezení ve formě pohovorů. *Záznamy o pacientovi* mohou obsahovat informace určené k dokumentování toho, jak se klient přizpůsobil nové situaci a do jaké míry změnil své chování. Tyto záznamy mohou rovněž obsahovat informace získávané ve stanovených intervalech, jejímž účelem je posoudit jednotlivé domény léčebného procesu a klientovy průběžné pokroky.

*Formulář o ukončení léčby* obsahuje dobu a důvody klientova propuštění.

Při evaluaci je levnější používat již existující data pocházející od jiných subjektů než data získaná přímo od klientů prostřednictvím údajů, které o sobě sami sdělí, nebo ve formě interview. Důvodem je to, že tyto informace jsou již pohromadě. Jelikož však tato data byla shromážděna za jiným účelem, mohou obsahovat zkreslení, které není snadné odhalit. Pokud požádáte jiné organizace o přístup k jejich záznamům, musíte být velice konkrétní v tom, jaké informace potřebujete, jaký typ analýzy se bude uskutečňovat a jak bude zajištěna ochrana osobních dat, s nimiž se bude pracovat. Musíte rovněž uvést, komu budou oznamovány výsledky.

Formální žádost o přístup k záznamům je pouze částí tohoto procesu. Je dobré si před podáním písemné žádosti domluvit neformální schůzku s vedením příslušných organizací. Nabídněte jim, že se setkáte s pracovníky organizace a domluvíte se na postupech předání dat, které jim budou co nejméně komplikovat práci. Požádejte o jméno kontaktní osoby, která bude schopna zodpovědět vaše budoucí otázky týkající se způsobu interpretování dat, a začněte s touto osobou co nejdříve spolupracovat. Spolupráci ze strany dané organizace budete potřebovat. Shromažďování dat často trvá několik měsíců a nějakou dobu také může trvat, než se je naučíte používat. O přístup k záznamům či archivním materiálům si zažádejte dřív, než tato data budete ve skutečnosti potřebovat.



## Konkrétní opatření

Evaluační tým zvažil v souvislosti se svými výzkumnými otázkami následující typy měření.

- 1 Zvýšil se v porovnání s loňským rokem počet klientů, jimž byla doporučena daná služba?
- 2 Změnily se v porovnání s klienty z loňského roku charakteristiky letošních klientů?
- 3 Zvýšil se v porovnání s loňským rokem počet klientů, kteří z vlastní vůle ustoupily od léčby?
- 4 Zvýšil se oproti loňskému roku počet klientů, kteří byli posláni na dlouhodobou léčbu?

*Typ měření:* Na otázky 1 – 4 by tým odpověděl za použití svých vstupních záznamů a formulářů o ukončení léčby. Jejich vstupní data obsahují o každém klientovi informace týkající se věku, pohlaví, rodinného stavu, vzdělání, kdo ho do daného zařízení doporučil, jeho záznamů v zdravotnickém a právním systému, jeho celkového fyzického a duševního zdraví a jeho individuální drogové anamnézy, včetně neblahých důsledků jeho užívání psychoaktivních látek a rizikového chování. Ve formuláři o ukončení léčby se uvádí doba a důvod klientova propuštění a zdali mu byla doporučena nějaká dlouhodobá léčba.

- 5 Došlo u klientů ke změně postojů ve prospěch nízkorizikových praktik v souvislosti s HIV?

*Typ měření:* Tým se dohodl na použití postojové škály (dotazníku) vyhodnocující vnímanou náchylnost vůči AIDS, pozitiva snižování rizik, postoje vůči sklouznutí k užívání drog a rizikovému sexuálnímu chování. Zvolené škály jsou škály poměrové. Klient musí vyznačit míru

svého souhlasu s výroky o AIDS na škále s rozpětím od 1 (rozhodně nesouhlasím) do 4 (rozhodně souhlasím).

- 6 Došlo u klientů po skončení léčby k posunu od rizikového chování v souvislosti s HIV ve prospěch nízkorizikových praktik?

*Typ měření:* Tým se rozhodl vyhodnocovat rizikové chování v souvislosti s HIV prostřednictvím dotazníku zjišťujícího riziková chování spojená s užíváním a aplikací drog a s rizikovým sexuálním chováním (viz ukázka dotazníku na rizikové chování v Příloze 2). Úroveň měření bude nominální, např. Sdílel jste za svůj život někdy s někým jehlu, stříkačku/lžičku/vařič nebo bavlnku/filtr? a intervalová, např. Kolik dní jste si během posledních 90 dní vpíchnul nějakou psychoaktivní látku?

- 7 Zvýšila se u klientů informovanost o AIDS po realizaci příslušného osvětového programu?

*Typ měření:* Vědomostní škály vyhodnocující povědomí o způsobech přenosu HIV, o metodách prevence přenosu a informovanost o testu na přítomnost HIV protilátek. Úroveň měření u této škály bude nominální. Bude zaznamenán počet správných odpovědí na položky typu Ano/Ne (0-15).

- 8 Začali klienti sami v narůstající míře uplatňovat svou schopnost využívat dovedností k dodržování chování směřujícího ke snížení škod ve spojitosti s AIDS?

*Typ měření:* Škály vyhodnocující samostatné uplatňování dovedností ohledně čištění injekčního náčiní desinfekčním prostředkem a užívání kondomů. Úroveň měření bude nominální. Klienti budou muset uvést míru své jistoty (1=vůbec si nejsem jist/á – 4=jsem si naprosto jist/á) v souvislosti s pěti typy chování.

## Nyní je řada na vás (6E)

Ve vaší skupině společně diskutujte o tom, jaké typy měření (např. dotazníky, přezkoumání záznamů) a proč byste použili u každé z následujících výzkumných otázek:

- 1 Bylo u pacientů, kteří uvedli, že byli v minulosti pohlavně zneužíváni, zaznamenáno častější ukončení programu než u těch, kteří žádné zneužívání neuvedli?
- 2 Došlo u pacientů, kteří absolvovali celý program, ke snížení míry jejich užívání psychoaktivních látek?
- 3 Jak o našem léčebném programu smýšlejí lidé z okolní komunity?

**A co teď??** Zhluboka se nadechněte. Právě jste absolvovali úvod do problematiky měření! Nyní je čas pokročit s důležitým úkolem výběru či přípravy nástroje sběru dat.

**Volba či příprava nástroje sběru dat.** Je důležité si uvědomit, že váš nástroj sběru dat může obsahovat kombinace kvalitativních a kvantitativních hodnot získaných z již existujících škál, indikátorů získaných z jiných zdrojů, nově vytvořených nástrojů měření a otázek z interview. Několik dotazníků vztahujících se k problematice užívání psychoaktivních látek je obsaženo v Příloze 2 na konci tohoto sešitu. Zde je jeden velice jednoduchý nástroj sběru dat.

### Jednoduchý nástroj sběru dat (validita ani reliabilita neověřena)

#### Kvantitativní indikátory

(pro 6 proměnných)

	detoxifikační	rezidenční
1 Program	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
2 Věk klienta	<input type="text"/>	(nejvyšší dosažené)
3 Vzdělání klienta	<input type="text"/>	
4 Počet dní zaměstnanosti za posledních šest měsíců	<input type="text"/>	
5 Hodnota self-esteem podle Rosenbergovy škály	<input type="text"/>	
6 Škálová hodnota závislosti na alkoholu	<input type="text"/>	

#### Kvalitativní indikátory

(pro 2 proměnné)

7 Aspekt programu, který se klientovi nejvíce líbil:

8 Aspekt programu, který se klientovi nejméně líbil:

Jak je z této tabulky zřejmé, tento nástroj obsahuje dvě hlavní části. V jedné části se zaznamenávají data k šesti kvantitativním proměnným (program, věk klienta,

pohlaví klienta, vzdělání klienta, počet dní v zaměstnání, míra self-esteem a míra závislosti na alkoholu).

Všimněte si, že některé z indikátorů jsou relativně jednoduché (věk, pohlaví), zatímco ostatní indikátory v této části sestávají z reliabilních a validních nástrojů měření, které byly použity v dřívějším výzkumu (např. hodnota self-esteem podle Rosenberga, hodnota na škále alkoholové závislosti). Druhá část tohoto nástroje sběru dat je tvořena odpověďmi klientů na otázky týkající se aspektů léčebného programu, které se jim nejvíce a nejméně líbily. Na formuláři je ponecháno volné místo, kam se zaznamená, jakými slovy klient tyto proměnné charakterizoval. Tato část nástroje sběru dat měří kvantitativní informace.

### Tipy na vypracování otázek k vašim nástrojům sběru dat

Někdy se při vytváření svého nástroje sběru dat nemůžete spolehnout na stávající nástroje, škály, formuláře či záznamové archy o vedení interview. Tato část vám nabízí tipy na vypracování otázek, které je možno použít při sběru buď kvantitativních nebo kvalitativních dat. Stojí za zopakování, že práce s existujícími nástroji, jejichž reliabilita a validita již byly prokázány, má řadu výhod. Přesvědčete se však, že shromažďují data, která potřebujete, a že se dají uplatnit v rámci vaší kultury, resp. prostředí. Mějte také na paměti, že jakékoli úpravy, které na existujících nástrojích provedete, ať už něco přeformulujete, vypustíte, přidáte nebo jinak uspořádáte, mohou snížit validitu a reliabilitu zavedeného nástroje. Pokud musíte vypracovat nový indikátor nebo otázku, zde je několik tipů, jak si při tom počínat:

- Ujistěte se, že daná otázka je zdrojem dat týkajících se hodnot potřebných k vašim evaluačním otázkám.
- Pokud se při měření průběžných změn pracuje s položkami pre-testu a post-testu, měřte položky, které jsou citlivé na změny. Položky, u nichž je pravděpodobné, že na ně různí klienti odpoví různě, měřte také raději před léčbou než po skončení léčby. Ptejte se například raději *Kolik dní jste v minulém měsíci užíval(a) kokain?* než *Užil(a) jste někdy kokain?*
- Rozdělte otázky, v nichž jsou současně obsaženy dva nebo více odlišných nebo protichůdných pojmů. V opačném případě nebudou mít odpovědi náležitou výpovědní hodnotu, protože někteří respondenti odpoví na jednu otázku zatímco ostatní na druhou. Například:  
  
(Vyhněte se následující otázce) *Jak hodnotíte **prostředí** a **praktičnost** setkání v rámci skupinové terapie?*  
  
(Místo toho použijte dvě otázky): *Jak hodnotíte **prostředí**, v němž probíhala setkání v rámci skupinové terapie? Jak hodnotíte **praktičnost** termínů, na kdy jsou skupiny plánovány?*
- Použijte kategorii „jiné“, pokud není praktické nabídnout respondentům vyčerpávající výčet kategorií odpovídajících jednotlivým odpovědím. Když budete chtít například znát pracovní zařazení členů personálu, uveďte pouze výčet běžně vykonávaných funkcí a těm, kteří do daných kategorií nezapadají, umožněte specifikovat jejich pozice. Pokud je při analýze kategorie „jiné“ zaznamenáno větší množství společných odpovědí, každé z nich je možno pro účely analýzy přiřadit určitý kód. Další možnost představuje poznámka pod čarou, v níž by byly uvedeny příklady pracovních pozic spadajících do kategorie „jiné“.
- Interpretace, klasifikace a kódování otevřených otázek vyžaduje značné množství času, a proto s nimi šetřete. (Otevřená otázka neobsahuje kategorie odpovědí typu Ano/Ne nebo výčet odpovědí, z nichž si může respondent vybrat.) Je to spíše široce pojatá otázka, na niž lze dát nejrůznější odpovědi – například: *Co vás motivovalo k nástupu léčby?*
- Bude-li to možné, vždy se vyhněte systému přeskakování, protože někteří respondenty to mate a jiní nebudou věnovat pozornost pokynům a odpoví nesprávně. „Systémem přeskakování“ máme na mysli pokyny k přeskočení určitých otázek, které se na respondenta nevztahují. Například přijímací formulář obsahující otázky směřované na užívání

drog a graviditu obvykle obsahuje pokyny pro klienty z řad mužů a ženy, které nikdy nebyly těhotné, aby přeskočili na další otázky. Pokud je použití systému přeskakování podle všeho náležitě ospravedlněno, protože dané položky se vztahují pouze na část výběru respondentů, formulujte pokyny tak, aby byly zcela jasné.

- Přizpůsobte používaný jazyk čtenářským schopnostem respondentů. Pokud se schopnost čtení u respondentů výrazně liší, musí být položky formulovány tak, aby na ně byly schopny odpovědět osoby, jejichž dovednosti jsou na různé úrovni.
- Dbejte na to, aby formulace jednotlivých položek z hlediska jejich interpretace respektovaly rozdíly v pohlaví, věku, národnosti a kultuře.
- Nejdůležitější je pamatovat na to, že vaše měření dat by mělo zůstat co nejjednodušší. Nesbírejte informace, které nepotřebujete.

V druhé případové studii uvedené na konci tohoto sešitu je popsáno vytvoření nového nástroje sběru dat: Maudsleyova profilu závislosti (MAP). Evaluátoři vytvořili MAP pro využití při evaluaci výsledků léčby. Slouží k posouzení několika domén, jako např. užívání drog, rizikové chování a plnění sociálních funkcí.

V následující tabulce jsou shrnuty některé klíčové body, které je zapotřebí mít na paměti, pokud se v rámci kvalitativní či kvantitativní evaluace programu rozhodnete pro sepsání svých vlastních otázek.

### **Vypracování dobrých otázek: pomocný přehled**

- 1 Je použitý jazyk prostý, jednoznačný a všem srozumitelný?
- 2 Je otázka co nejjasnější a nejkonkrétnější?
- 3 Nejedná se o dvojitou otázku?
- 4 Neobsahuje otázka dvojitý zápor?
- 5 Není otázka příliš náročná?
- 6 Nejsou otázky zavádějící nebo předpojaté?
- 7 Vztahuje se otázka na všechny respondenty?
- 8 Není otázka problematická?
- 9 Nebudou odpovědi poznamenány různými způsoby reakcí?
- 10 Vyčerpali jste všechny možnosti odpovědí?



## **Nyní je řada na vás (6F)**

- 1 S pomocí indikátorů, které budete potřebovat, vytvořte v rámci své skupiny nástroj sběru dat. Při svém rozhodování se řiďte informacemi z úvodu do problematiky měření a výše uvedeným pomocným přehledem. Během přípravy nástroje se rozhodněte pro metodu, příp. metody, které budete při sběru dat uplatňovat (např. interview, dotazník, přezkoumání záznamů apod.).
- 2 Prověřte svůj nástroj sběru dat ve světle svých původních výzkumných otázek. Kladete správné otázky?
- 3 Přezkoumejte svůj nástroj sběru dat s těmi, kdo budou výsledky výzkumu dle předpokladů využívat. Podle potřeby jej upravte.

# Krok 7

## Připravte plán sběru dat



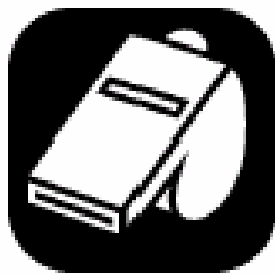
Až si zvolíte nástroje měření, budete si rovněž potřebovat vypracovat příslušný evaluační model. Evaluační model je souborem instrukcí týkajících se toho, kdy a od koho data sbírat. Evaluační model by měl být důkladný, abyste si mohli být jisti závěry, které z výsledků svého výzkumu vyvozujete. Dobrý model například zvýší jistotu v to, že

vaši pacienti dělají pokroky, případně že daný program jako takový vykazuje výsledky.

V sešitech 3 až 8 jsou uvedeny podrobné informace o tom, jak provádět různé typy výzkumu. Měli byste si vždy prostudovat příslušný sešit, který se vztahuje k vašemu projektu.

Provádíte-li...	... prostudujte si...
Evaluaci formou analýzy potřeb	Sešit 3
Evaluaci procesu	Sešit 4
Evaluaci nákladů	Sešit 5
Evaluaci spokojenosti klientů	Sešit 6
Evaluaci výsledků	Sešit 7
Ekonomickou evaluaci	Sešit 8

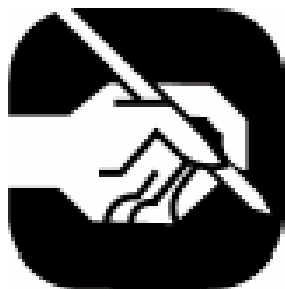
**Pokud si nejste jisti typem evaluace, kterou provádíte, vraťte se zpět k Rámcovému sešitu a jeho pomocí stanovte daný typ.**



## Konkrétní opatření

Poté, co se členové týmu rozhodli pro své nástroje měření, diskutovali o příslušném modelu evaluace. Výzkumný pracovník Adam S. vysvětlil ostatním členům týmu, že si potřebují promyslet soubor pokynů týkajících se toho, kdy a od koho data sbírat. Vysvětlil jim, že vzhledem k evaluačním otázkám plánují evaluaci procesu a evaluaci výsledku. Jejich otázky v rámci evaluace procesu se týkaly pokrytí na úrovni aktivit dané služby. Chtěli například vědět, jaké množství klientů úspěšně dokončilo detoxifikaci. Evaluace výsledků se vztahuje k otázkám ohledně efektivity jejich osvěty v oblasti AIDS. Adam S. vysvětlil,

že nejlepší variantou jak vyhodnotit efektivitu této akce by z hlediska modelu byl randomizovaný řízený pokus. Jedna skupina klientů by byla nahodile zařazena do osvětové akce s tematikou AIDS a druhá skupina klientů by se této akce neúčastnila. S ohledem na dostupné zdroje by se tým musel rozhodnout pro model typu „pre-post“, kdy by klienti navštěvující program byli posuzováni před a po celém absolvování akce. Toto řešení neposkytuje klíč k protichůdným vysvětlením změn v rizikových chováních s ohledem na AIDS, nicméně dá se jeho pomocí určit, zdali byly splněny cíle této akce.



## Nyní je řada na vás (7A)

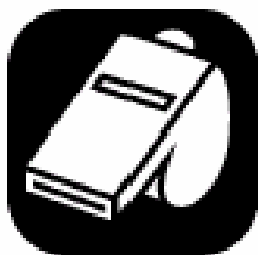
- 1 Určete typ evaluace (např. analýza potřeb, spokojenost klientů), kterou realizujete.
- 2 Pokud jste tak ještě neučinili, sáhněte po příslušném speciálně zaměřeném sešitě a s jeho pomocí si zvolte nástroje měření pro svůj výzkum a vypracujte plán sběru dat.

## Stanovte si časový rámec pro sběr dat

**Je důležité, abyste si na sběr dat nechali dostatečně dlouhou dobu.**

Jako součást celé své evaluace si musíte určit časový úsek pro sběr dat. Je důležité, abyste si na sběr dat nechali dostatečně dlouhou dobu. Jak by toto období mělo dlouho trvat, to bude záviset na několika faktorech. Musíte se zamyslet nad tím, jaký typ změny chcete měřit. Při evaluaci procesu bude 6-12 měsíců dostatečně dlouhou dobou na měření provozních úkonů v rámci programu, ale zároveň dostatečně krátkou dobou na to, abyste v rozumném termínu odpověděli na své evaluační otázky. U monitorování výsledků by se měl plánovat

alespoň šestiměsíční follow-up. Často jsou nutné větší časové rámce, protože některé změny v chování klientů se projevují až za dlouho. Ještě delší období je nutné tehdy, když chceme určit, zdali změna v chování není pouze dočasná povahy. Doba evaluace výsledků se běžně pohybuje od dvou do pěti let. Jednou z možností je naplánovat si počáteční evaluační období, během něhož budete shromažďovat data (např. 6 nebo 12 měsíců), a po analýze výsledků vypracovat plán na prodloužení doby sběru dat.



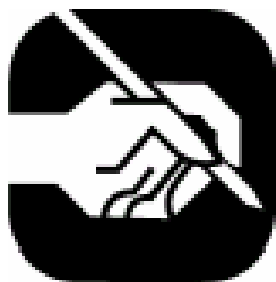
## Konkrétní opatření

Tým se rozhodl pro realizaci evaluace procesu a evaluace výsledku. Další krok bude spočívat v definování období pro sběr dat u každé evaluace.

U evaluace procesu tým předpokládá dobu 4 měsíců. Do konce roku bude mít tajemnice všechny přijímací formuláře a formuláře o ukončení léčby zaneseny do centrální databáze. V následujících třech měsících by pak Adam S. vypočítával množství případů, kdy bylo klientovi zařízení doporučeno jiným subjektem, počet případů předčasného ukončení léčby a doporučení různých druhů dlouhodo-

bé léčby a střední hodnoty týkající se klientovy charakteristiky za stávající rok a za předcházející rok, aby bylo možné provést porovnání.

V případě evaluace výsledku si tým naplánoval jednoleté období pro sběr dat. V průběhu tohoto roku budou s klienty účastnicími se osvětové akce se zaměřením na AIDS probíhat v druhý den jejich detoxifikace interview, zjišťující jejich informovanost, vysokoriziková chování a postoje ve vztahu k AIDS (výchozí interview  $T_0$ ). Provede se jeden follow-up interview, a to šest měsíců po prvním kontaktu s klientem ( $T_1$ ).



## Nyní je řada na vás (7B)

1 Použijte jako vodítko příslušný specializovaný sešit a zvolte si časový rámec pro sběr dat.

Proveďte si svůj časový rámec pro sběr dat ve světle svých původních výzkumných otázek. Koresponduje časový rámec adekvátně s vašimi otázkami?

2 Svůj časový rámec přezkoumejte společně s těmi, kdo budou výsledky výzkumu dle předpokladů využívat. Podle potřeby jej upravte.

## Určete si výběrový soubor, s kterým budete pracovat.

**S ohledem na omezené prostředky budete muset při svých závěrech o daném programu vycházet z podmnožiny všech eventálních výstupů a výsledků, které je během sběru dat možné měřit.**

Poté, co jste si stanovili odpovídající lhůtu na sběr dat, bude dalším krokem určit si způsob, jakým se bude nástroj sběru dat používat. Mělo by být zřejmé, že žádný sběr dat nemůže probíhat donekonečna. Ve skutečnosti je každá evaluace programu omezena časem a prostředky. S ohledem na omezené prostředky budete muset při svých závěrech o daném programu vycházet z **podmnožiny** všech eventálních výstupů a výsledků, které je během sběru dat možné měřit. Z omezených prostředků a dalších praktických faktorů dále vyplývá, že budete sbírat informace pouze z určité podmnožiny

lidí, kteří se na programu podílejí, vaše klienty nevyjímaje. Pomohou vám zde tyto základní statistické pojmy. *Populace a výběrové soubory:* **Populací** jako základním souborem se rozumí všechny proměnné, které jsou z hlediska konkrétní evaluační otázky předmětem zájmu. Základní soubor sebevražd ve vašem regionu se váže na všechny sebevraždy, ke kterým došlo – bez výjimky. Dalším příkladem by mohl být základní soubor relapsů, které se vyskytly u lidí, kteří navštěvovali váš program. Daný soubor se zde opět vztahuje na každý měřitelný relaps. Jakýkoli souhrn

**kvantitativních** informací získaných k celkovému základnímu souboru výstupů a výsledků se označuje jako **parametr**. Jakýkoli kvalitativní informační souhrn, který v souvislosti se základním souborem získáváme, se označuje jako **ideální typ**. Kdybychom například měli přístup k hodnotám self-esteem u všech klientů, kteří kdy prošli naším programem, mohli bychom dospět k průměrné hodnotě self-esteem v rámci základního souboru/populace klientů, kteří využili služeb našeho programu: tj. k parametru. Ideální typ na druhé straně představuje alternativu, kdy provedeme sumarizaci nějakého jednotného tématu uvedeného celou populací klientů.

Jelikož za normálních okolností nemáme dostatek času ani prostředků

k tomu, abychom měřili všechny zjišťované skutečnosti, označujeme ty jednotlivé proměnné, které jsou během sběru dat **fakticky zkoumány**, jako **výběrový soubor**. Protože například nemáme dostatek finančních prostředků k tomu, abychom u svého programu měřili základní soubor výsledků (tj. každého klienta, který překročil práh našeho zařízení), pracujeme s výběrovým souborem klientů – např. se všemi klienty, kteří program opouštějí po šesti měsících. V tomto případě musíme při veškerých svých závěrech a tvrzeních o výsledcích klienta **v rámci daného základního souboru** vycházet pouze z dat posbíraných za těchto šest měsíců **v našem výběru**. Pokud máme k dispozici **reprezentativní** výběrový soubor, tj. soubor měřených výstupů a výsledků, který věrně odráží širší populaci, naše jistota v data, která máme, narůstá.

### Šest různých způsobů pořizování výběrových souborů z populace:

<b>NAHODILÝ</b>	Metoda „lidi z ulice“ – nejslabší metoda s mnoha možnostmi zkreslení.
<b>REPUTAČNÍ</b>	Výběr záleží na něčím úsudku ohledně toho, kdo je a kdo není „typickým“ představitelem určité populace (např. průzkum mezi vedoucími pracovníky určitého subjektu o jejich organizaci).
<b>NÁHODNÝ</b>	Každý výstup nebo výsledek má stejnou šanci na to být vybrán a zahrnut do výběrového souboru. Při volbě klientů se postupuje namátkově.
<b>STRATIFIKOVANÝ</b>	Pokud se chcete ujistit, že nebyly určité podskupiny opomenuty, provádějte výběr uvnitř každé skupiny (např. při analýze potřeb organizace se ujistěte, že jste zahrnuli personál programu, administrativní pracovníky, sekretariát apod.).
<b>KLASTROVÝ</b>	Používá se při velkém objemu populace za účelem omezení nákladů, pokud se pracuje s osobními interview (např. namátkově vyberete dva programy a provádíte průzkum pouze v těchto dvou).
<b>KVÓTNÍ</b>	Používá se někdy, když máte omezené prostředky, ale chcete populaci „rychle zmapovat“ (např. řekněme, že populaci klientů tvoří 70% mužů a 30% žen. Dal by se sestavit výběrový soubor 100 lidí – 70/30).

## Velikost výběrového souboru a síla vaší studie

V málokteré studii je zmínka o tom, jakým způsobem se rozhodlo o počtu pacientů, kteří se studie zúčastnili. Zdá se, že často se k tomuto číslu dospělo na základě určité administrativní praktičnosti. Nicméně použití příliš velkého počtu pacientů bude vždy plýtváním časem a penězi. Příliš malý počet bude mít na druhé straně za následek nedostatečnou sílu studie. Abychom pochopili význam síly, musíme být obeznámeni s následujícími statistickými termíny:

U každé ze statistických analýz jsou ve hře dvě hypotézy:

**Nulová hypotéza** předpokládá, že zkoumaná proměnná nemá žádný účinek (např. že léčebná intervence nebude mít účinek na množství a četnost konzumace alkoholu) a že data, která sbíráte, mají možnost tento předpoklad napadnout. Pokud jste schopni nulovou hypotézu vyvrátit, bude tím přijata vaše **výzkumná hypotéza** (např. léčebná intervence vede ke snížení konzumace alkoholu), která je důvodem k tomu, že výzkumníci studii prováděli. Základní obecný princip spočívá v tom, že výzkumná hypotéza je považována za mylnou, dokud se v rozumné míře neprokáže, že platí. To, co se zde chápe „rozumnou“ mírou, se označuje jako **chyba alfa** nebo **hladina významnosti**. Podle zvyklostí ve vědeckém výzkumu se chyba alfa nebo úroveň přetrvávající míry pochybnosti rovná hodnotě buď pod 5% nebo 1%.

Chyba při odmítání **výzkumné hypotézy**, když platí, se označuje jako chyba beta. Tato hodnota by měla být co nejnižší. Hodnota 1-beta se nazývá silou a naším přáním je, aby byla tato hodnota co největší. **Síla** je pravděpodobnost získání významného výsledku (tzn. odmítnutí nulové hypotézy) za předpokladu, že vaše výzkumná hypotéza platí. Síla je jinými slovy schopnost studie citlivě reagovat na klinicky důležité rozdíly a účinky.

Výzkumní pracovníci umí velmi dobře řešit metodologické a procedurální otázky

vyvstávající během jejich výzkumu. Velmi často však nevěnují dostatek pozornost síle a velikosti výběrového souboru. Předpokládáme-li, že výzkumná hypotéza platí, je nezbytné, aby výzkumníci určili potřebnou velikost výběrového souboru tak, aby byla dostatečně velká šance, že se prokáže platnost této hypotézy. Analýza síly našeho plánovaného výzkumu poskytne výzkumníkovi informace o počtu subjektů (N) potřebných k dosažení požadované síly studie, případně předběžný odhad síly studie, pokud byla velikost výběrového souboru již dána. K vypočtení N či síly potřebujete znát následující komponenty:

- 1 Velikost výběrového souboru určeného k vaší studii.
- 2 Potenciál nebo možnost, že budete přímými svědky účinku léčby.
- 3 **Kritická velikost účinku:** Tímto způsobem měříme, jakou minimální sílu musí určitá teorie mít, aby byla „společensky důležitá“. Bližší určení tohoto měřítka vychází z vašeho modelu výzkumu a z vašich charakteristik zkoumané populace. Toto měřítko vám pomůže blíže určit statistik.
- 4 Chyba alfa (resp. hladina významnosti) nebo možnost, že pozorovaný výsledek je dílem náhody.

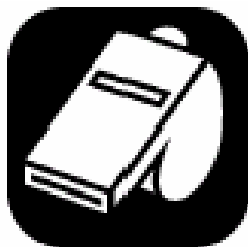
Pokud známe hodnoty kterýchkoli tří těchto komponentů, je možné vypočítat hodnotu čtvrtého. Můžete například chtít určit rozumnou velikost výběrového souboru pro svou studii. Statistik vám bude schopen vypočítat sílu nebo velikost výběrového souboru vaší studie, pokud mu dodáte informace o těchto komponentech, které je nutné uvažovat již před zahájením vlastní studie. Budou záviset na vašem modelu výzkumu a na statistické analýze, kterou máte v plánu provést. Statistik vám rovněž pomůže s odhadem komponentů (např. míra účinku), pokud mu vysvětlíte svůj model.

Chcete-li získat lepší představu o tom, jaké informace jsou zapotřebí k vypočítání síly studie, představte si následující scénář. Chcete zjistit, zda skupina klientů metadonového udržovacího programu konzumuje v průměru podstatně méně jednotek alkoholu poté, co klienti absolvovali určitou léčbu (např. motivační pohovory), ve srovnání se skupinou klientů metadonového udržovacího programu, kteří motivačními pohovory neprošli. Statistik bude potřebovat vědět:

- Úroveň alfa = 0,05. Chcete mít 95% jistotu, že vámi pozorovaný rozdíl není dílem náhody.
- Míra účinku = 0,833
- Velikost výběrového souboru na skupinu, např.  $N = 5$

Na základě této informace vám statistik řekne, že máte pouze 42% šanci na zjištění

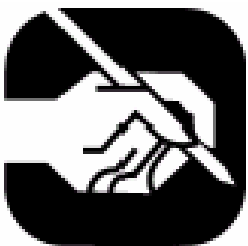
klinicky důležitého rozdílu, pokud předpokládáme, že existuje (= síla vaší studie). Praxí sociálního výzkumu prověřené pravidlo však říká, že statistická síla, kterou byste potřebovali, činí minimálně 80%. Znamená to tedy, že vaším cílem je mít šanci alespoň 80 ze 100, že nějaký účinek odhalíte, pakliže existuje. Veškeré faktory zmíněné v tomto příkladu jsou vzájemně provázány se silou. Změny v kterémkoli z těchto faktorů budou mít za následek změny v síle. Můžete rovněž vypočítat, jakou velikost výběrového souboru budete potřebovat, abyste dosáhli 80% síly. V našem příkladě byste 82% sílu docílili, pokud by se počet klientů na skupinu zvýšil na 20. Při vypočítávání velikosti výběrového souboru pro svou studii byste se měli opět obrátit s žádostí o pomoc na statistika. Analýzu síly je také možno provést prostřednictvím specializovaného softwaru (např. nQuery Advisor 2.0).



## Konkrétní opatření

Dalším krokem bylo určit výběrový soubor a velikost výběrového souboru u dvou evaluačních projektů. Počet klientů pro procesní evaluaci by se stanovil na základě počtu klientů, kteří nastoupili na léčbu za letošní a předchozí rok. U všech klientů, kteří nastupují léčbu, se vyplňuje přijímací formulář a formulář o ukončení léčby a tato data se zanášejí do hlavní databáze programu. Počet klientů pro evaluaci výsledku by se určil na základě počtu klientů, kteří během roku, kdy byla sbírána data, absolvovali osvětovou akci ohledně AIDS a u nichž

by bylo možné provést follow-up průzkum po uplynutí doby 6 měsíců. Osvětové akce se zaměřením na AIDS se musí zúčastnit všichni klienti, kteří nastoupí léčbu. Tuto službu vyhledá každoročně přibližně 430 klientů. Pokud se bude vycházet z předpokladu, že pouze 60% klientů bude schopno po uplynutí 6 měsíců absolvovat follow-up, předpokládá se, že se evaluace výsledku zúčastní 270 klientů. Adam S. provedl analýzu síly, z níž vyplynulo, že při předpokládaném výběrovém souboru této velikosti, by studie měla 80% sílu.



## Nyní je řada na vás (7C)

- 1 Použijte jako vodítko příslušný specializovaný sešit a určete výběrovou strategii, kterou uplatníte při sběru svých dat.
- 2 Prověřte svou výběrovou strategii ve světle svých původních výzkumných otázek.

Koresponduje adekvátně s vašimi otázkami?

- 3 Vaši výběrovou strategii přezkoumejte společně s těmi, kdo budou výsledky výzkumu dle předpokladů využívat. Podle potřeby ji upravte.

# Krok 8

## Přesvědčete se, že máte dostatečné prostředky k provádění svého výzkumu



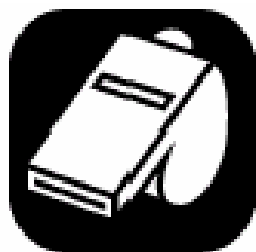
Nad otázkami materiálních, odbornostních a časových prostředků jste se již zamýšleli. V rámci tohoto posledního úkolu bude nutné si tyto otázky shrnout a učinit konečná rozhodnutí. Bude rovněž nutné tato rozhodnutí zaznamenat do písemného evaluačního plánu, který je rovněž souhrnem dalších klíčových prvků vašeho procesu plánování.

S ohledem na sběr, analýzu a vykazování dat bude nutné rozhodnout o následujícím:

- potřebný personál, včetně využití konzultantů, a potřebné dovednosti a odbornosti,

- honoráře, platy apod. pro konzultanty a dodatečný personál,
- nemzdové náklady, jako např. tisk dotazníků a standardních formulářů, zanášení dat, zpracovávání a vydávání zpráv,
- nezbytný čas a odbornost.

Položte si tuto otázku: Je váš výzkumný projekt realistický? Máte dostatek nezbytných prostředků k tomu, abyste uspěli? Pokud ne, budete možná muset své plány přehodnotit.



## Konkrétní opatření

V rámci posledního kroku vedlí členové týmu diskusi o prostředcích, které mají na výzkum k dispozici. S ohledem na sběr, analýzu a vykazování dat potřebovali následující prostředky:

### 1 Potřebný personál

Plánování evaluace (evaluační tým):  
Zuzana R.: psychiatr,  
Adam S.: vědecký pracovník,  
Kryštof C.: protidrogový pracovník.

Sběr dat:

Tajemnice programu, jejímž úkolem je zanášet záznamy o přijetí a o ukončení léčby.

Výchozí interview za účelem evaluace osvětové akce se zaměřením na AIDS:  
Provádí kliničtí pracovníci (protidrogoví pracovníci).

Follow-up interview:  
Provádí kliničtí pracovníci (protidrogoví pracovníci).

Dohled nad interview:  
Kryštof C.: protidrogový pracovník.

Zanášení dat pro evaluaci výsledku:  
Adam S.: vědecký pracovník.

Analýza dat:  
Adam S.: vědecký pracovník.

Dohled nad prováděním evaluace  
výsledku:  
Zuzana R.: psychiatr.

## 2 Platy

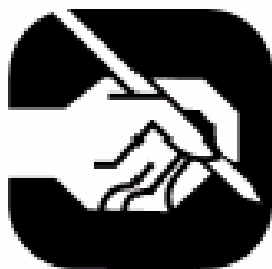
Adam S. bude za svou pomoc při  
evaluaci pobírat plat.

## 3 Nemzdové náklady

Náklady na tisk dotazníků, telefo-  
nická follow-up interview, příprava a  
tisk zpráv.

## 4 Čas

K naplánování a provedení evalu-  
ace procesu i evaluace výsledku  
bude zapotřebí doba 18 měsíců.



## Nyní je řada na vás

- 1 Vraťte se k následujícím rubrikám „Nyní je řada na vás“ z tohoto sešitu:
  - Krok 2
  - Krok 3
  - Krok 4 (A)
  - Krok 4 (B)
  - Krok 5
  - Krok 6 (B)
  - Krok 6 (F)
  - Krok 7 (B)
  - Krok 7 (C)
- 2 Věnujte zvláštní pozornost předpokládané době, nákladům a odborností, které budou zapotřebí k uskutečnění vaší evaluace. Jsou vaše prostředky (Krok 2) dostatečné? Pokud ne, vraťte se ke Kroku 4 a přeformulujte své plány.

Tato cvičení představují objem práce týkající se plánování, kterou jste doposud vykonali. Dejte všechna tato cvičení k sobě a krok za krokem si je opět projděte. Položte si otázku: Tvoří přijatelný, dobře uspořádaný plán?

# Příloha 1

## Metoda ohniskové skupiny

Ohnisková skupina je metoda sběru dat týkajících se konkrétní skupiny či populace. Dá se použít:

- k posouzení situace,
- k stanovení potřeb a postojů příslušné populace,
- k plánování odpovídajících zásahů a reakcí. Snadno se organizuje a může poskytnout rychlé a relevantní odpovědi na konkrétní otázky.

Ohniskovou skupinu tvoří malá skupinka účastníků, nejlépe 6 - 10 osob. Koordinuje ji facilitátor, který může předkládat otevřené otázky na zvolené téma (např. kouření tabáku, nitrožilní užívání drog – další návrhy viz níže v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek). Tyto diskuse tedy mohou sloužit jako základ pro rozvíjení ústředního motivu konkrétního tématu vztahujícího se k určité cílové skupině (např. uživatelé psychoaktivních látek z řad mladistvých) nebo pro rozhodování o určitém zdravotnickém stanovisku.

Tento ústřední motiv by měl zahrnovat některé z problémů a možných řešení vnesených ze strany skupiny. Dá se pak uplatnit při vypracování vzdělávacích materiálů využívajících celé řady různých technik, jak je o tom řeč v mnoha oddílech tohoto průvodce.

V závislosti na plánované činnosti (např. televizní reklama nebo hra) bude nezbytné uspořádat více ohniskových skupin, aby se podařilo získat požadované informace, někdy za použití téže skupiny účastníků diskutujících jiné otázky v rámci téhož tématu a jindy s jinými skupinami účastníků diskutujících o různých pohledech na totéž téma.

### Rozhodněte se, co chcete vědět

Před svoláním ohniskové skupiny musí daná organizace (například škola, komunitní centrum, nestátní organizace nebo zdravotnické zařízení) ve spolupráci s facilitátorem stanovit povahu a rozsah informací, které požaduje.

Měly by být připraveny seznamy s otázkami a okruhy problémů, kterým je třeba věnovat pozornost. Facilitátor bude tento seznam používat během diskuse, aby neopomněl žádný aspekt, který je zapotřebí probrat.

V tomto bodě je dobré se poradit s několika lidmi, které již znáte a kteří patří do cílové populace, s níž budete pracovat. Ukažte jim svůj plán a seznam otázek a zeptejte se jich, zdali jsou podle nich tyto otázky relevantní a vhodné.

## Určete účastníky

Účast na diskusi ohniskové skupiny by měla být dobrovolná. Jeden z dobrých způsobů, jak zajistit pestré složení účastníků ohniskové skupiny představuje technika zvaná „sněhová koule“. Požádejte dvě nebo tři osoby, které již znáte, aby vás představily některým svým přátelům. Pak tyto nové účastníky požádejte, aby vás seznámili s dalšími dětmi, s kterými se nezná první skupina.

S ohledem na cíle vaší činnosti a otázky, o nichž budete diskutovat, by měly být ohniskové skupiny zvlášť pro děvčata a zvlášť pro chlapce.

Vámi zvolený typ účastníka určí mnohé další aspekty ohniskové skupiny. Facilitátor bude muset být například mnohem aktivnější a omezit počet otázek, pokud budou mezi pozvanými účastníky osoby, které pravidelně užívají psychoaktivní látky.

Můžete pouvažovat, zda nenabídnout nějaký stimul, kterým byste lidi navnadili k účasti na diskusi. Mohli byste například během sezení nebo po jeho skončení nabízet jídlo. Může to být dobrý nápad, ale také nemusí. Bude záležet na tom, co skupina očekává, a na jakýchkoli dalších aktivitách, které plánujete.

## Facilitátor

Facilitátor by měl mít určité zkušenosti se skupinovými aktivitami, měl by mít příslušný výcvik a být rovněž obeznámen s problémy souvisejícími s užíváním psychoaktivních látek, zejména co se týče cílové skupiny či komunity, s níž pracuje. Facilitátor musí znát dialekt či slang příslušné skupiny.

Je rovněž důležité, aby členové ohniskové skupiny měli pocit, že facilitátorovi na nich a na jejich problémech záleží. Mezi hlavní úkoly facilitátora patří:

- vytvářet atmosféru bezpečí,
- pomáhat skupině koncentrovat svou energii na daný úkol tím, že navrhuje příslušné metody a postupy,
- dbát na to, aby měli všichni členové skupiny možnost účastnit se diskuse,
- pomáhat účastníkům prezentovat skupině jejich názory,
- chránit členy skupiny před osobními útoky, pokořujícími poznámkami a kritikou.

V závislosti na činnosti, kterou plánujete, a na charakteristikách skupiny můžete pouvažovat, zda nepracovat s dvěma facilitátory, pokud je ve skupině osm nebo více účastníků.

## Výběr osoby zapisovatele

Budete potřebovat zapisovatele, který bude pořizovat záznam z diskuse skupiny. Tato osoba by měla vždy:

- požádat skupinu o svolení s pořizováním záznamu diskuse a všech dalších informací,
- pořizovat věrný záznam diskuse (zapisovat, příp. nahrávat, fotografovat, filmovat apod.) a zachovávat jeho důvěrný charakter,
- dávat pozor na to, aby záznam neovlivňovala svými názory,
- být obeznámena s dialekty a slangem, který se ve skupině užívá,
- pozorovat a zaznamenávat neverbální informace vyplývající z diskuse skupiny (například emoční tón diskuse, významná gesta rukou, neobvyklé typy chování apod.).

## Potvrzení účasti a následných setkání

Facilitátor by měl:

- být ve styku s klienty až do chvíle, kdy bude moci potvrdit jejich účast,
- zvolit vhodné místo setkání, datum a čas,
- zařídit veškeré materiály nezbytné pro diskusi, včetně těch, které se konkrétně vážou ke kreativnímu workshopu,
- informovat účastníky o době a místě veškerých následných setkání.

## Vedení diskuse ohniskové skupiny

Facilitátor by měl:

- dostavit se na místo s předstihem, zkontrolovat, zdali je vše v pořádku, včetně magnetofonů, baterií, případně dalšího vybavení a potřeb,
- přivítat účastníky,
- představit se (případně další osoby, které mu pomáhají) a vysvětlit, co se bude dít a kdo bude o průběhu setkání pořizovat záznam (zároveň v této souvislosti požádat o jejich svolení),
- zorganizovat úvodní aktivitu, jejímž prostřednictvím se účastníci budou moci seznámit a uvolnit se předtím, než se začne diskutovat o vlastním tématu. Mohla by to být píseň, modlitba, krátká hra, v jejímž rámci by lidé měli možnost se navzájem představit,

- zahájit diskusi tím, že oznámí obecný účel této aktivity a hlavní téma ohniskové skupiny,
- vysvětlit, jakým způsobem se bude při diskusi postupovat,
- zeptat se, zda někdo ze skupiny nemá nějaký dotaz nebo návrh ohledně toho, co od práce skupiny očekává,
- zahájit diskusi nějakou obecnou otevřenou otázkou týkající se daného tématu.

## Napomáhání dialogu

Facilitátor musí věnovat pozornost průběhu i obsahu diskuse. Mezi otázky, které se pojí s průběhem diskuse patří:

- 1 kdo mluví a kdo nikoli,
- 2 kterým tématům se skupina vyhýbá,
- 3 které problémy skupinu deprimují,
- 4 zdali je tempo diskuse pomalé nebo rychlé a,
- 5 jak na sebe účastníci a facilitátor vzájemně reagují.

Facilitátor by rovněž měl:

- podněcovat účastníky k tomu, aby se s ostatními podělili o co nejvíce informací a vlastních názorů a zkušeností,
- snažit se udržovat atmosféru, v níž se lidé berou navzájem vážně, ale kdy humor je vždy vítaným prvkem, a pomáhat vytvářet situaci, v níž se mohou lidé bezpečně svěřit s pocity, které doprovázejí jejich názory,
- dávat najevo upřímný zájem o vše, co je řečeno, a komentovat výrazné příspěvky jednotlivých členů a výsledky práce celé skupiny,

- taktně reagovat na nepodstatné informace,
- podněcovat skupinu k vyjádření různých stanovisek; čím důležitější rozhodnutí, tím důležitější je mít k dispozici všechna relevantní fakta, pocity a názory,
- dbát na to, aby neposuzoval odpovědi ani nečinil dlouhé komentáře,
- usměrňovat nadměrně výřečné členy skupiny a žádat o názor ty, kteří se moc neprojevují,
- klást různé typy otázek, aby zvýšil účast a zájem, hledat všechny možné odpovědi na daný problém tím, že bude měnit hledisko diskuse,
- dbát, aby se diskuse neodchýlila od svého tématu,
- v krátkých intervalech provádět shrnutí dosavadního průběhu diskuse,
- snažit se udržovat pozornost účastníků přestávkami, krátkými tělesnými cvičeními, výměnou míst, vtipnými poznámkami nebo krátkými hrami,
- odložit naplánovanou přestávku, pokud je skupina zabrána do práce,
- tlumit osobní slovní střety mezi členy skupiny,
- udržovat emoční atmosféru diskuse v hladině, která je pro všechny účastníky snesitelná. Pokud by se kdokoli z členů skupiny příliš rozrušil, měl by zvážit, zda se jejich pocity ihned zabývat, nebo vyhlásit pro celou skupinu přestávku,
- v průběhu diskuse ověřovat, zda byly všechny problémové okruhy ze seznamu řádně probrány,

## Ukončení diskuse ohniskové skupiny

Ke konci setkání by měl facilitátor znovu připomenout cíle diskuse a snažit se shrnout hlavní myšlenky a připomínky účastníků.

Facilitátor by rovněž měl:

- zeptat se účastníků, zda nebyly při diskusi opomenuty nějaké důležité problémy či otázky,
- upřímně ocenit pozornost, čas a příspěvky ze strany účastníků,
- informovat účastníky o případných dalších aktivitách v budoucnu,
- zakončit ohniskovou skupinu tak, aby se její účastníci rozešli s pocitem sounáležitosti – zazpívat si, podat si ruce nebo něco podobného, co stvrzuje pocit sounáležitosti a symbolizuje závěr společně stráveného času.

# Příloha 2

## Ukázky dotazníků

Následující stránky obsahují několik málo vzorových ukázek nástrojů sběru dat, které je možno uplatnit při evaluaci související s užíváním psychoaktivních látek, a také diagnostická kritéria pro poruchy související s užíváním drog podle MKN-10 Světové zdravotnické organizace.

EuropASI je zde otištěno se souhlasem Dr. Anny Kokkevi z Univerzitního institutu pro výzkum duševního zdraví (UHMRI) v řeckých Aténách. Více informací o tomto nástroji viz Kokkevi, A. a Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1:208-210. (EuropASI: Evropská verze vícerozměrového posuzování drogové a alkoholové závislosti. Evropský výzkum závislosti).

AUDIT, vypracovaný Světovou zdravotnickou organizací, se hojně využívá k vyhodnocování vzorců užívání alkoholu.

Stručné nástroje pro měření užívání psychoaktivních látek, rizikového chování a využívání zdravotnických a nápravných služeb a motivace klientů jsou v upravené podobě převzaty z protokolu o sběru dat pro monitorování procesů a výsledků léčby

### Diagnostická kritéria pro poruchy související s užíváním drog podle MKN-10

Konzumace psychoaktivních látek může vést k celé řadě problémů, které mají vliv na zdravotní stav a sociální situaci uživatele. Mnohé z těchto problémů jsou definovány v desátém vydání **Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, MKN-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10)**. Poruchy podle MKN-10 nejsou řazeny na základě závažnosti a navzájem se nevyklučují. Jinými

vyvinutého Nadací pro výzkum závislosti, Ontario, Kanada. Informace o tomto nástroji je možno získat na adrese Addiction Research Foundation, 100 Collip Circle, Suite 200, London, Ontario, Canada, N6G 4X8. Tato měřítka jsou uváděna pouze jako příklady. Údaje o reliabilitě a validitě nejsou k dispozici. S ohledem na své klienty a kulturní prostředí se musíte rozhodnout, jsou-li pro vás vhodné a snadno dostupné. Vedle zvážení těchto nástrojů rozhodně doporučujeme projít si Přehled měřítek výsledků (Outcome Measures Directory) vydaný výše uvedenou Nadací pro výzkum závislosti (bez uvedení data). Tento Přehled obsahuje celou řadu potenciálně užitečných nástrojů pro evaluaci procesu a zabývá se reliabilitou, validitou a praktickými otázkami spojenými s aplikací těchto nástrojů.

V této příloze rovněž naleznete ukázkou formuláře o udělení souhlasu, exempláře EuroQol EQ-5D, WHOQOL-BREF a pokyny k vyhodnocování jakož i tři příklady dotazníků, které se dají použít k posouzení spokojenosti klientů. Nezapomínejte, že je na vás, abyste se rozhodli pro nástroj, příp. nástroje, které budou nejvíce vyhovovat vaší evaluaci.

slovy, uživatel drog může podle MKN-10 vykazovat více než jednu poruchu, přičemž závislost není nutně nejzávažnější diagnózou.

#### Akutní intoxikace

Zjevný důkaz toho, že osoba užila krátce předtím psychoaktivní látku v dostatečně vysoké dávce, která svou mírou odpovídá intoxikaci.

Symptomy či příznaky intoxikace jsou sluchitelné se známými účinky konkrétní látky a jsou natolik silné, že mají za následek klinicky významné změny na úrovni vědomí, kognitivní složky emocí, vnímání, afektivní složky emocí nebo chování.

Nepočítají se sem zdravotní poruchy nesouvisející s užíváním drog a neměly by se sem počítat rovněž jiné mentální nebo behaviorální poruchy.

### Užívání se škodlivými účinky

Zřejmý důkaz toho, že užívání drog má za následek poškození tělesného i duševního zdraví (nebo podstatnou měrou přispělo k takovému poškození), jako je např. oslabená soudnost nebo dysfunkční chování, které může vést k invaliditě nebo může mít neblahé důsledky pro mezilidské vztahy.

Charakter poškození je jasně identifikovatelný.

Vzorec užívání drog přetrvává po dobu alespoň 1 měsíce a vyskytuje se opakovaně v průběhu 12-měsíčního období.

Porucha nesplňuje kritéria pro žádnou jinou mentální nebo behaviorální poruchu vztahující se k téže látce v témž časovém období (s výjimkou akutní intoxikace).

### Užívání psychoaktivních látek

## Závislost

Alespoň 3 z níže uvedených symptomů:

- silná touha nebo nutkání vzít drogu,
- snížená schopnost ovládat chování spojené s užíváním drogy ohledně zahájení, skončení a míry užívání,
- fyziologické abstinenci příznaky při omezení nebo vysazení drogy,
- průkazná tolerance vůči účinkům drogy,
- nadměrné zaujetí užíváním drogy,
- přetrvávající užívání drogy přes zjevné důkazy o škodlivosti následků,
- vzorec užívání drog přetrvává po dobu alespoň 1 měsíce a vyskytuje se opakovaně v průběhu 12-měsíčního období,
- příznaky se objevily v průběhu téhož období.

Látka	Užité průměrné denní množství za posledních 90 dnů*	Užití za posledních 12 měsíců (1=ano/2=Ne)	Počet dní užití za posledních 90 (dní)	Je v současnosti užívání problémem? (1=ano/2=Ne)
Alkohol (pivo, lihoviny, víno)				
Kokain/crack/koks				
Amfetaminy/jiné stimulanty				
Konopí (hašiš, tráva, marihuana)				
Benzodiazepiny				
Barbituráty				
Heroin/opium				
Opioidy na předpis				
Volně prodejné přípravky na bázi kodeinu				
Halucinogeny				
Lepidla/jiné těkavé látky				
Tabák				
Jiné psychoaktivní látky				

\* Kvantitativně vyjádřit přesné množství určité látky může být obtížné. Nepřímé odhady je možno učinit podle toho, kolikrát denně si osoba látku různým způsobem aplikovala (vpichnutí, inhalování, šňupání, kouření).

## Rizikové chování

**1** V souvislosti se svým užíváním psychoaktivních látek uveďte:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nikdy jsem si nic nepíchl(a)                  | <input type="checkbox"/> píchl(a) jsem si něco, ale je to už více než rok |
| <input type="checkbox"/> píchl(a) jsem si něco za posledních 12 měsíců | <input type="checkbox"/> není mi známo                                    |

Pokud jste si někdy něco píchl(a), odpovězte na následující otázky:

i) Během kolika dnů jste si za posledních 90 dní vpíchl(a) nějaký druh psychoaktivní látky?  dní

ii) Sdílel(a) jste za svůj život někdy s někým jehlu, stříkačku/lžičku/vaříč nebo bavlnku/filtr?

<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> bez odpovědi
------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

Pokud **ano**, během kolika dnů jste za posledních 90 dní s někým sdílel(a) jehlu, stříkačku/lžičku/ vaříč nebo bavlnku/filtr?  dní

S kolika lidmi jste sdílel náčiní za posledních 90 dní?  lidí

**2** Jak často používáte se svým sexuálním partnerem, příp. partnery, kondom?

<input type="checkbox"/> nikdy	<input type="checkbox"/> někdy	<input type="checkbox"/> vždy
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Kolikrát jste měl(a) za posledních 90 dní nechráněný pohlavní styk?  krát

**3** Během kolika dní jste za posledních devadesát dnů řídil(a) motorové vozidlo nebo ovládal(a) stroj na pracovišti pod vlivem alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky?  dní

## Využívání zdravotnických a nápravných služeb

**1** V souvislosti s vašimi fyzickými zdravotními problémy, za posledních 90 dnů:

- Kolikrát jste musel(a) jít na pohotovost?  krát
- Kolik celkem nocí jste strávil(a) v nemocnici?  nocí
- Kolikrát jste podstoupil(a) ambulantní lékařský zákrok?  krát
- Kolikrát jste navštívil(a) lékaře v ordinaci nebo na poliklinice?  krát

**2** a) V souvislosti s vašimi psychickými zdravotními problémy, za posledních 90 dnů:

- Kolikrát jste musel(a) jít na pohotovost?  krát
- Kolik celkem nocí jste strávil(a) v nemocnici?  nocí
- Kolikrát jste navštívil(a) lékaře v ordinaci nebo na poliklinice?  krát

b) Podstupujete v současnosti nějaký typ léčby nebo navštěvujete nějakou poradnu v souvislosti s duševními nebo citovými problémy?

ano

ne

bez  
odpovědi

**3** Během kolika dní jste za posledních 90 dnů absolvoval(a) léčení v souvislosti s užíváním alkoholu nebo drog v následujících místech?:

- noc strávená v nemocnici z důvodu abstinenčních nebo souvisejících problémů  dní
- rezidenční zařízení pro léčbu uživatelů drog (3-90 dní)  dní
- dlouhodobý (3 až 12-měsíční) rezidenční program nebo terapeutická komunita pro léčbu poruch spojených s užíváním drog  dní
- metadonový léčebný program, příp. programy využívající jiné opioidy  dní
- diagnostické nebo ambulantní zařízení pro léčbu uživatelů drog  sezení
- psychiatrické středisko nebo zařízení na ambulantní bázi  sezení
- program na pomoc zaměstnancům  sezení
- poradna pro rodinu, příp. manželská poradna  sezení
- pohotovost  dní
- soukromá ordinace  návštěv
- věznice, příp. vazební věznice  dní
- nějaké jiné místo (uveďte prosím jaké \_\_\_\_\_)  dní

**4** a) Kolika schůzek svépomocných organizací (např. AA, NA, ACOA) jste se v souvislosti se svým problémem s užíváním drog za posledních 90 dnů zúčastnil(a)?  schůzek

b) Kolika schůzek svépomocných organizací jste se za posledních 90 dnů zúčastnil(a) z jiných důvodů než v souvislosti se svým problémem s užíváním drog?  schůzek

**5** a) Kolik dní za posledních 90 dní jste byl podmíněčně odsouzen, propuštěn na podmínku, uvězněn či vzat do vazby?

- podmíněčné odsouzení  dní
- podmíněčné propuštění  dní
- vězení/vazba  dní
- volná vazba  dní

b) Kolikrát proti vám byla za posledních 90 dní vznesena obvinění z porušení zákona (neuvádějte prosím méně závažné dopravní přestupky)  krát

Byl(a) jste obviněn(a) z:	Pokud ano, zaškrtněte	Počet obvinění v posledních 90 dnech
• řízení pod vlivem alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• opilosti či jiného porušení zákona o alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• držení, distribuce či prodej nelegálních drog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sexuálního deliktu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• krádeže (včetně vloupání)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• násilí proti rodinným příslušníkům nebo jiným osobám	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• závažného trestného činu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• z jiného trestného činu (specifikujte prosím _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Motivace klienta

### POKYNY:

Uveďte, prosím, zda souhlasíte či nesouhlasíte s jednotlivými níže uvedenými výroky tím způsobem, že do připravených prázdných kolonek vepíšete číslo, které nejlépe odráží váš osobní názor. Vezměte na vědomí, že neexistuje žádná správná nebo špatná odpověď a že vaše odpovědi jsou zcela důvěrné

Dotazník při nástupu na léčbu		rozhodně nesouhlasím	rozhodně souhlasím
Pomocí následující škály proveďte své hodnocení			
<b>1</b>	Pokud v léčbě vytrvám, bude to pravděpodobně proto, že cítím, že je to nejlepší způsob, jak si pomoci.	<input type="checkbox"/>	
<b>2</b>	Mám v plánu absolvovat léčebný program, protože se budu ne-návidět, pokud se mi můj návyk nepodaří dostat pod kontrolu.	<input type="checkbox"/>	
<b>3</b>	Souhlasil(a) jsem s tím, že podstoupím léčebný program, protože jsem byl(a) na léčení poslán soudní cestou.	<input type="checkbox"/>	
<b>4</b>	Mám v plánu absolvovat léčebný program, protože naučit se žít bez zneužívání psychoaktivních látek je pro mě výzva.	<input type="checkbox"/>	
<b>5</b>	Mám v plánu absolvovat léčebný program, protože v opačném případě mě moji přátelé a příbuzní nebudou uznávat.	<input type="checkbox"/>	
<b>6</b>	Účast na programu je pro mě způsob, jak se vyhnout trestu za své chování.	<input type="checkbox"/>	
<b>7</b>	Rozhodl(a) jsem se k účasti na programu, protože jsem chtěl(a), aby se mi dostalo pomoci.	<input type="checkbox"/>	
<b>8</b>	Rozhodl(a) jsem se k účasti na programu, protože se nebudu mít moc rád(a), pokud můj problém s užíváním drog nebude pod kontrolou.	<input type="checkbox"/>	
<b>9</b>	Ohledně nastoupení léčebného programu jsem neměl(a) na výběr.	<input type="checkbox"/>	
<b>10</b>	Mám v plánu absolvovat léčebný program, protože můj problém s užíváním drog mi znemožňuje dělat věci, které mám rád(a).	<input type="checkbox"/>	

- |   |               |
|---|---------------|
| <b>11</b> Má rodina se postarala o to, abych program nastoupil(a).  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>12</b> Pokud v léčbě vytrvám, bude to pravděpodobně proto, že v opačném případě by se na mě druzí zlobili.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>13</b> Rozhodl(a) jsem se k účasti na programu, protože chci hodně věcí ve svém životě změnit.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>14</b> Souhlasil(a) jsem s tím, že podstoupím léčebný program, protože chci, aby ostatní viděli, že se opravdu snažím se svým návykem něco dělat.                              | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>15</b> Mám v plánu absolvovat léčebný program, protože v opačném případě se za sebe budu stydět.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>16</b> Rozhodl(a) jsem se k účasti na programu, protože sám/sama sebe mohu změnit jedině já sám/sama a nikdo jiný.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>17</b> Na léčení jsem z toho důvodu, že na mě ostatní vyvíjeli nátlak, abych sem nastoupil(a).   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>18</b> Pokud v léčbě vytrvám, bude to pravděpodobně proto, že v opačném případě to budu vnímat jako své selhání.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>19</b> Mám v plánu absolvovat léčebný program, protože pokud v léčbě nevytrvám, dostanu se do konfliktu se zákonem.  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>20</b> Mám v plánu absolvovat léčebný program, protože jsem se k účasti na něm svobodně rozhodl(a).  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>21</b> Pokud v léčbě vytrvám, bude to pravděpodobně proto, že v opačném případě by si lidé mysleli, že jsem slaboch.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>22</b> Rozhodl(a) jsem se k účasti na programu, protože je pro mě osobně důležité, abych se vypořádal(a) se svým problémem ohledně užívání drog.                               | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>23</b> Souhlasil(a) jsem s tím, že podstoupím léčebný program, protože bych se dostal(a) do konfliktu se svými přáteli a příbuznými, pokud bych nedodržel(a) všechna pravidla. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>24</b> Mám v plánu absolvovat léčebný program, protože se chci skutečně rozhodnout pro skoncování s problémy, které mi drogy způsobují.  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>25</b> Moji přátelé na mě vyvíjeli silný nátlak, abych program nastoupil(a).   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>26</b> Pokud v léčbě vytrvám, bude to pravděpodobně proto, že v opačném případě o sobě budu mít velmi špatné mínění.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>27</b> Souhlasil(a) jsem s tím, že podstoupím jednotlivé procedury léčebného programu, protože vyřešení tohoto svého problému považuji za osobní výzvu.                        | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>28</b> Souhlasil(a) jsem s tím, že podstoupím léčebný program, protože na mě v této souvislosti byl vyvíjen nátlak.  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>29</b> Rozhodl(a) jsem se k účasti na programu, protože lidé mě budou mít raději, když se svého návyku zbavím.   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| <b>30</b> K účasti na programu jsem byl(a) v podstatě donucen(a).   | 1 2 3 4 5 6 7 |

## Formulář o udělení souhlasu - ukázka

TENTO DOKUMENT SI POZORNĚ PROČTĚTE A JEDEN PODEPSANÝ VÝTISK ODEVZDEJTE SVÉMU PORADCI. DRUHÝ VÝTISK SI PROSÍM PONECHEJTE.

Obsahem tohoto formuláře je váš souhlas s účastí na follow-up studii prováděné \_\_\_\_\_

Účelem této studie je pomoc při evaluaci služeb poskytovaných v rámci programu.

*POKUD JE VÁM 16 NEBO MÉNĚ LET*, máte rovněž možnost dát tento formulář přečíst svým rodičům, příp. opatrovníkům, a získat jejich písemný souhlas. Pokud budou mít v souvislosti s touto studií jakékoli dotazy, mohou se bez váhání obrátit na pracovníky daného programu na adrese ..., telefonním čísle ... během řádné pracovní doby.

Svým souhlasem s účastí na studii beru na vědomí následující:

- 1** Přibližně za 6 měsíců mě bude poštou nebo telefonicky kontaktovat follow-up pracovník a domluví se mnou osobní interview.
  - 2** V rámci tohoto interview mi budou kladeny otázky týkající se mého užívání psychoaktivních látek a dalšího chování během posledních šesti měsíců.
  - 3** V případě, že mě follow-up pracovník nebude moci zastihnout na níže uvedeném telefonním čísle a adrese, bude se v souvislosti se zjištěním místa mého momentálního pobytu moci obrátit na následující osoby pod podmínkou, že jim nesdělí nic o mé účasti na studii, ani neuvede důvody, proč se chce se mnou spojit.
- | Jméno kontaktní osoby | směrové číslo & telefonní číslo | vztah k dané osobě |
|-----------------------|---------------------------------|--------------------|
| 1. _____              | _____                           | _____              |
| 2. _____              | _____                           | _____              |
- 4** S informacemi sdělenými follow-up pracovníkovi bude zacházeno jako s informacemi důvěrnými. Nebude k nim mít přístup pracovník zodpovědný za mé posuzování, žádné osoby z programu ani žádné jiné organizace.
  - 5** Moje totožnost nebude prozrazena v žádných zprávách, přičemž veškeré publikované zprávy vycházející z této studie se budou odvolávat pouze na tříděná data.
  - 6** Vyhrazuji si právo interview odmítnout, případně, pokud s ním budu souhlasit, možnost neodpovědět na některé specifické otázky, nebo kdykoli interview ukončit.
  - 7** Beru rovněž na vědomí, že má účast na studii mi v rámci léčby nezaručuje žádný prospěch. Pokud svou účast na studii odmítnu nebo od ní později ustoupím, nijak to nepoznamená služby, kterých se mi od personálu programu dostává.

Já, (podpis), (datum) tímto souhlasím s účastí na follow-up studii dle výše uvedených podmínek.

Vyplňte, prosím, tiskacím písmem:

\_\_\_\_\_ jméno klienta \_\_\_\_\_ adresa

\_\_\_\_\_ jméno svědka \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_ podpis

**RODIČ NEBO OPATROVNÍK:**

Stvrzuji svým podpisem, (datum) že jsem si přečetl tento formulář a uděluji souhlas k tomu, aby se moje dítě/dítě svěřené do mého opatrovnictví mohlo účastnit follow-up studie v závislosti na výše uvedených podmínkách.

\_\_\_\_\_ jméno svědka \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_ podpis

## PŘÍKLADY 1-3: Zdroj: Nadace pro výzkum závislosti

### Příklad 1

Příklady 2-4 jsou v upravené podobě převzaty z protokolu o sběru dat pro monitorování procesů a výsledků léčby vyvinutého Nadací pro výzkum závislosti, Ontario, Kanada. Informace o tomto nástroji je možno získat na adrese Addiction Research Foundation, 100 Collip Circle, Suite 200, London, Ontario, Canada, N6G 4X8.

U těchto nástrojů nejsou k dispozici údaje týkající se reliability a validity. Mohou nicméně posloužit jako inspirace při vytváření dotazníku, který bude odrážet vaše specifické potřeby. S ohledem na své klienty a kulturní prostředí se musíte rozhodnout, jsou-li pro vás vhodné a snadno dostupné.

Vedle zvážení těchto nástrojů rozhodně doporučujeme projít si Přehled měřítek výsledků (Outcome Measures Directory) vydaný výše uvedenou Nadací pro výzkum závislosti (bez uvedení data). Tento Přehled obsahuje celou řadu potenciálně užitečných nástrojů pro evaluaci procesu a zabývá se reliabilitou, validitou a praktickými otázkami spojenými s aplikací těchto nástrojů.

U každé otázky zaškrtněte kolonku, která nejlépe vyjadřuje vaše dojmy z detoxifikace

	nikdy	málokdy	někdy	často	vždycky	nehodící se
1 Členové personálu se snažili mým problémům porozumět	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Informace a rady, které mi členové personálu poskytli, byly užitečné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Členové personálu mi při odvykání psychicky pomáhali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 S informacemi o mé osobě bylo nakládáno diskrétně.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Byl(a) jsem spokojen(a) s tím, jak se ke mně členové personálu chovali.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Během dne mi byli členové personálu dle potřeby k dispozici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 V noci a o víkendu mi byli členové personálu dle potřeby k dispozici.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Strava byla uspokojující.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Na detoxifikační jednotce bylo zajištěno pohodlí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Na detoxifikační jednotce bylo čisto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Na detoxifikační jednotce jsem se cítil(a) bezpečně.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Členové personálu ke mně přistupovali s úctou a respektem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Členové personálu byli přátelští a ochotni pomoci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Měl(a) jsem dostatek příležitostí být sám/sama nebo mluvit s personálem o samotě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Byla mi poskytnuta pomoc, kterou jsem hledal(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Členové personálu dobře řešili situace, kdy musel být někdo poslán do nemocnice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Členové personálu dobře řešili situace, kdy došlo k nějaké hádce nebo potyčce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Členové personálu byli vůči mně vstřícní.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Příklad 2**

Otázky ohledně uspokojení potřeb klienta. Otázky ohledně uspokojení potřeb klienta v detoxifikačním středisku.

**1** Jaké byly vaše potřeby při přijetí? Byly tyto potřeby uspokojeny?

	ne	ano		ne	částečně	ano
• strava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pokud ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• přístřeší	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pokud ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• osobní bezpečnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pokud ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• podpora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pokud ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lékařská péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pokud ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sprcha/koupel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pokud ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• jiné _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pokud ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2** Zaškrtněte, prosím, jednu nebo více odpovědí a vyplňte řádek vedle otázky.

Nejužitečnější informace, které jsem dostal(a), se týkaly:

- mých pocitů \_\_\_\_\_
- rodinných nebo sexuálních problémů \_\_\_\_\_
- mých problémů s užíváním drog \_\_\_\_\_
- bydlení \_\_\_\_\_
- možností léčby \_\_\_\_\_
- sociální sítě \_\_\_\_\_
- poradenské činnosti \_\_\_\_\_
- zdravotních problémů \_\_\_\_\_
- ničeho z výše uvedených možností \_\_\_\_\_

## Zpětné hodnocení užitečnosti komponentů programu

Uvědomujeme si, že v průběhu dvouleté follow-up fáze mohla lidi potkat řada věcí, které neměly nic společného s léčbou. Následující otázky se z větší části vztahují k účinkům, které na vás měly konkrétní rysy léčby.

Odpovězte, prosím, tak, abyste popsali účinky, které na vás léčba měla, bez ohledu na události, k nimž ve vašem životě mohlo dojít.

### Příklad 3

Prostřednictvím uvedené 4-stupňové škály ohodnoťte každý z následujících rysů léčby

	neuži- tečný	žádný názor	uži- tečný	velmi uži- tečný
<b>1</b> Vstupní posouzení.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> Terapeut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> Písemné materiály (dva letáky).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> Úkoly na doma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b> Přístup založený na řešení problémů (rozpoznávání spouštěčů a následků, vyhodnocování možností, uplatňování akčních plánů).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b> Důraz na samostatnost jednání (uplatňování vlastních předností a prostředků).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b> Samostatná volba cílů ohledně užívání drog.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b> Dostupnost další léčby v případě zájmu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b> Kontakty v rámci follow-up fáze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b> Follow-up pracovník.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# System hodnocení EUROQOL EQ-5D

ODPOČET	
0,081	Konstantní odpočet (při jakémkoli dysfunkčním stavu)
0,269	N3 (bude-li třetí stupeň figurovat v rámci alespoň jedné dimenze)
<b>Pohyblivost</b>	
0	Bez problémů
0,069	Určité problémy s chůzí
0,314	Upoutání na lůžko
<b>Schopnost postarat se o sebe</b>	
0	Bez problémů
0,104	Určité problémy s chůzí a oblékáním
0,214	Osoba není schopna se sama umýt a obléci
<b>Běžné činnosti</b>	
0	Bez problémů
0,036	Určité problémy s vykonáváním běžných činností
0,094	Osoba není schopna vykonávat běžné činnosti
<b>Bolesti/potíže</b>	
0	Žádné bolesti nebo potíže
0,123	Mírné bolesti nebo potíže
0,386	Silné bolesti nebo potíže
<b>Úzkost/deprese</b>	
0	Žádné úzkostné stavy nebo deprese
0,071	Mírné úzkostné stavy nebo deprese
0,236	Silné úzkostné stavy nebo deprese

Hodnoty EuroQol se vypočítávají tak, že se od hodnoty 1,000 odčítají příslušné koeficienty. **Konstantní** člen se používá při zaznamenání jakékoli dysfunkce. Člen **N3** se užívá tehdy, pokud je u jakékoli dimenze zaznamenán 3. stupeň.

Vezměme si pro příklad osobu, která v souvislosti s jednotlivými dimenzemi odpoví 1,1,2,2,3.

1,000	Dobrý zdravotní stav
-0,081	Konstantní člen (při jakékoli dysfunkci)
- 0	Pohyblivost (1. stupeň)
- 0	Schopnost postarat se o sebe (1. stupeň)
-0,036	Běžné činnosti (2. stupeň)
-0,123	Bolesti či potíže (2. stupeň)
-0,236	Úzkost či deprese (3. stupeň)
-0,269	N3 (3. stupeň v rámci alespoň jedné dimenze)
= 0,255	<b>Míra přizpůsobivosti za rok (Total Quality Adjusted Life Year, QALY)</b>



# QOL-BREF

## Zavádění, provádění, vyhodnocování a obecná verze tohoto typu posuzování

Návrh této příručky vypracovala za skupinu WHOQOL Alison Harper. Skupinu WHOQOL tvoří koordinační skupina, spolupracující výzkumníci z jednotlivých terénních středisek a komise konzultantů. Ředitelem projektu je Dr. J. Orley. Nápomocní jsou mu při tom profesor M. Power, dr. W. Kuyken, profesor N. Sartorius, Dr. M. Bullinger a Dr. A. Harper. Na počáteční pilotní fázi WHOQOL se podílela tato odborná terénní střediska: Melbournská univerzita, Austrálie, jmenovitě profesor H. Herrman, dr. H. Schofield a paní B. Murphy, Ústav pro cukrovku a endokrinní a metabolické choroby a katedra psychologie Filozofické fakulty Záhřebské univerzity, Chorvatsko, jmenovitě profesor Z. Metelko, profesor S. Szabo a paní M. Pibernik-Okanovic, INSERM, Paříž, Francie, jmenovitě Dr. N. Quemada a Dr. A. Carla, Lékařská fakulta Madras, Indie, jmenovitě Dr. S. Rajkumar a paní Shuba Kumar, Indický národní institut lékařských věd, New Delhi, Indie, jmenovitě Dr. S. Saxena a Dr. K. Chandiramani, Ben-Gurionova Negevská univerzita, BeerSheeva, Izrael, jmenovitě Dr. M. Amir a Dr. D. Bar-On, katedra přírodních věd Tokijské přírodovědecké univerzity, Japonsko, jmenovitě Dr. Miyako Tazaki, a katedra ošetřovatelství Vyšší zdravotnické školy Sv. Lukáše, Japonsko, jmenovitě Dr. Ariko Noji, Tilburgská univerzita, Nizozemí, jmenovitě Dr. G. van Heck a paní J. de Vries, Panamská univerzita, Panama, jmenovitě profesor J. Arroyo Sucre a profesor L. Piccard-Ami, Bechtěrevův psychoneurologický výzkumný institut, Petrohrad, Rusko, jmenovitě profesor M. Kabanov, dr. A. Lomašenkova a Dr. G. Burkovskij, Barcelonská univerzita, Španělsko, jmenovitě Dr. R. Lucas Carrasco, Institut duševního zdraví,

Bangkok, Thajsko, jmenovitě Dr. Yooth Bodharamik a pan Kitikom Meesapya, Univerzita v Bath, Spojené království, jmenovitě Dr. S. Skevington, Washingtonská univerzita, Seattle, USA, jmenovitě profesor D. Patrick, paní M. Martinand, paní D. Wild a Zimbabwská univerzita, Harare, Zimbabwe, jmenovitě profesor W. Acuda a Dr. J. Mutambirwa.

S terénní verzí WHOQOL-100 pracují tato nová střediska: argentinské FUNDOCAR, Fundacion Oncologica Argentina, jmenovitě Dr. S. Bonicato, University of Victoria, Kanada, jmenovitě Dr. A.E. Molzahn, Nemocnice sv. Vincenta, Victoria, Austrálie, jmenovitě Dr. G. Yongping, Quebecká univerzita v Rimouski, Kanada, jmenovitě Dr. G. Page, Sun Yat-Senova přírodovědná univerzita, Čínská lidová republika, jmenovitě profesor J. Fang, Univerzita státu Rio Grande de Sul, Brazílie, jmenovitě Dr. M. Fleck, Universitätsklinikum Klinik a Polyklinik für Psychiatrie, Lipsko, Německo, jmenovitě profesor M.C. Angermeyer a Dr. R. Kilian, Nemocnice Královny Alžběty, Kowloon, Hong Kong, jmenovitě pan L. Kwokfai, Bergenská univerzita, Norsko, jmenovitě Dr. B.R. Hanestad, Všeobecná nemocnice v Rawalpindi, Pákistán, jmenovitě Dr. M.H. Mubbashar, Semelweisova lékařská univerzita v Budapešti, jmenovitě Dr. J. Harangozo & budapešťský Národní institut pro duševní rehabilitaci, jmenovitě Dr. L. Kullman, Maďarsko, Ekonomika zdraví & kvalita života, Astra Hassle AB, Švédsko, jmenovitě profesor I. Wiklund, Dětská nemocnice Dr. Behçeta Uze, Balçova/Izmir, Turecko, jmenovitě Dr. C. Fidaner, Servizio Salute Mentale USL 27, Itálie, jmenovitě Dr. G. de Girolamo, Všeobecná nemocnice ve Frederiksborgu, Dánsko, jmenovitě profesor P. Bech, Howardova univerzita, Fakulta farmacie a farmaceutických věd, Washington, DC, USA, jmenovitě Dr. R.S. Pippalla, a Škola lékařských věd, Kelantan, Malajsie, jmenovitě Dr. H. Che Ismail.

**Verze pro odzkoušení v terénu, prosinec 1996.**

**Další informace je možno získat na následující adrese:**  
Dr. John Orley  
Programme on Mental Health  
World Health Organization  
(Program pro duševní zdraví,  
Světová zdravotnická organizace)  
CH-1211 Geneva 27,  
Switzerland.

Tento dokument není vydáván pro širokou veřejnost a Světová zdravotnická organizace (WHO) si vyhrazuje veškerá práva. Tento dokument, ani jeho části, nesmí být bez předchozího písemného souhlasu WHO recenzován, citován, reprodukován a překládán. Žádná z částí tohoto dokumentu nesmí být zanášena do jakéhokoli rešeršního systému nebo šířena v jakékoli at' už elektronické, mechanické nebo jiné formě bez předchozího písemného povolení WHO. The WHOQOL Group, Programme on Mental Health, WHO, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.

## Úvod

Nástroj hodnocení kvality života WHOQOL-100 byl vypracován Skupinou WHOQOL za současné spolupráce patnácti mezinárodních terénních středisek s cílem vytvořit nástroj posuzování kvality života, který by bylo možno aplikovat napříč různými kulturami. Vlastní vývoj WHOQOL-100 je podrobně popsán v jiných publikacích (mj. Orley&Kuyken, 1994; Szabo, 1996; WHOQOL Group 1994a, 1994b, 1995). Tento dokument poskytuje pojmový rámec definice kvality života podle WHOQOL a popisuje vývoj WHOQOL-BREF, což je zkrácená verze WHOQOL-100. Obsahem tohoto dokumentu je rovněž obecná verze WHOQOL-BREF, pokyny k provádění a vyhodnocování a návrhy užití tohoto zkráceného formuláře WHOQOL.

## Důvody pro vypracování WHOQOL-100

Iniciativa WHO k vytvoření nástroje posuzování kvality života vznikla z řady důvodů. V posledních letech se stále více klade důraz na to, aby se v souvislosti s měřením zdraví vedle tradičních zdravotnických ukazatelů, jako je mortalita a morbidita (např. Světová banka, 1993; WHO, 1991), zavedla měřítka dopadu nemoci a zdravotních problémů na každodenní činnosti a chování (např. Sickness Impact Profile (Profil dopadu onemocnění); Bergner, Bobbit, Carter et al, 1981), měřítka vnímaného zdravotního stavu (např. Nottingham Health Profile (Nottinghamský profil zdraví); Hunt, Mc Kenna a Mc Ewan, 1989) a měřítka stavu zdravotního postižení/funkčnosti (např. MOS SF-36, Ware et al, 1993). Přestože tato měřítka začínají vykazovat míry dopadu nemoci, neposuzují samotnou kvalitu života, která byla trefně charakterizována jako „chybějící zdravotnický údaj“ (Fallowfield, 1990). Za druhé, většina nástrojů měření zdravotního stavu byla vyvinuta v Severní Americe nebo ve Spojeném království, přičemž adaptace těchto nástrojů k použití v jiných prostředích je časově náročná a z řady důvodů nevyhovující (Sertorius a Kuyken, 1994; Kuyken, Orley, Hudelson a Sartorius, 1994). Za třetí, stále silící mechanistický model lékařství soustředící se pouze na likvidaci choroby a symptomů ještě více zesiluje potřebu zavedení humánních prvků do zdravotnické péče. V důsledku volání po posuzování kvality života bude tomuto aspektu

zdraví věnována pozornost a následné zásahy budou ve větší míře orientovány na toto hledisko well-being u pacientů. Iniciativa WHO na vypracování nástroje posuzování kvality života vychází z potřeby skutečně mezinárodního nástroje měření kvality života a z odhodlání prosazovat postupně holistický přístup ke zdraví a zdravotní péči.

## Fáze vývoje WHOQOL-100

Proces vývoje WHOQOL-100 sestával z několika etap, které jsou v tomto dokumentu stručně popsány. Podrobnější vysvětlení mohou čtenáři najít v připravovaném textu WHOQOL Group (1994a, 1994b). V první fázi byly vyjasněny jednotlivé pojmy, což obnášelo ustavení dohodnuté definice kvality života a přístupu k posuzování kvality života v mezinárodním měřítku.

Kvalita života je definována jako pohled člověka na svou vlastní životní situaci v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a obavám.

Tato definice odráží hledisko, podle něhož odpovídá kvalita života subjektivnímu hodnocení, které je zakotveno v kulturním, sociálním a environmentálním kontextu. Jelikož se tato definice kvality života zaměřuje na respondentem „vnímanou“ kvalitu života, nepředpokládá se, že poskytne prostředek pro jakkoli podrobné měření symptomů, nemocí či stavů, ale spíše účinků choroby a vlivu zdraví na kvalitu života. Jako takovou nelze kvalitu života jednoduše stavět na roveň s termíny jako jsou „zdravotní stav“, „životní styl“, „uspokojení z života“, „duševní stav“ nebo „well-being“. Struktura WHOQOL-100 odráží poznání, že kvalita života má více rozměrů.

V rámci druhé etapy vývoje bylo prováděno další zkoumání konstruktů kvality života v 15 kulturně rozmanitých odborných terénních střediscích, jehož cílem bylo vypracovat soupis oblastí/aspektů, které zúčastněná střediska považovala z hlediska posuzování kvality života za relevantní. Tento proces obnášel řadu setkání ohniskových skupin, jejichž členy byli odborníci, pacienti i subjekty netrpící žádnými zdravotními problémy. Každá z ohniskových skupin v jednotlivých střediscích přišla s maximálně šesti konkrétními body, jejichž

prostřednictvím by se daly dále zkoumat jednotlivé navržené aspekty. Aby se zajistilo, že daná spolupráce bude skutečně mezinárodní, bylo těchto 15 terénních středisek vybráno po celém světě tak, aby byly zohledněny rozdíly v míře industrializace, dostupnosti zdravotnických služeb a v dalších ukazatelích, které hrají podstatnou úlohu při měření kvality života (např. role rodiny, vnímání času, vnímání sama sebe, převládající náboženství apod.).

V rámci třetí fáze vývoje byly otázky z každého střediska shromážděny do jednoho ústředního korpusu. Po sdružení sémanticky ekvivalentních otázek bylo do konečné verze posouzení zahrnuto 236 položek vztahujících se k 29 aspektům. Pilotní práce spočívala v předložení tohoto standardizovaného nástroje posouzení nejméně 300 respondentům v rámci každého střediska.

Poté, co v těchto 15 střediscích proběhlo terénní otestování, bylo vybráno 100 položek, které byly zahrnuty do Verze WHOQOL-100

pro odzkoušení v terénu (WHOQOL-100 Field Trial Version). Byly mezi nimi čtyři položky pro každý z 24 aspektů kvality života a čtyři položky týkající se aspektu „celkové kvality života a celkového zdravotního stavu“ (viz Tabulka 1). Metoda použitá k výběru těchto 100 položek je kompletně popsána v jiné publikaci (materiál WHOQOL Group, připravuje se). Verze WHOQOL-100 pro odzkoušení v terénu je v současnosti testována v nových střediscích po celém světě (přehled těchto středisek je uveden v tomto dokumentu na straně 6). Na základě výchozího pojmového rámce pro WHOQOL-100 bylo navrženo, že příslušných 24 aspektů vztahujících se ke kvalitě života by mělo být sdruženo do 6 domén. Nedávná analýza dostupných dat prováděná za použití modelování strukturálních rovnic ukázala jako vhodnější řešení o čtyřech doménách. Podrobnější vysvětlení této problematiky najdou čtenáři v materiálu The WHOQOL Group (připravuje se). WHOQOL-BREF je tedy založen na struktuře o čtyřech doménách (viz Tabulka 1).

**Tabulka 1: Domény WHOQOL-BREF**

Doména	Aspekty zařazené do jednotlivých domén
<b>1 Tělesné zdraví</b>	Činnosti každodenního života Závislost na léčivých látkách a zdravotnických pomůckách Energie a únava Mobilita Bolesti a potíže Spánek a odpočinek Pracovní schopnost
<b>2 Psychická</b>	Dojem a fyzický vzhled Negativní pocity Pozitivní pocity Self-esteem Duchovnost/náboženské vyznání/osobní přesvědčení Myšlení, schopnost přijímat nové informace, paměť a soustředění
<b>3 Sociální vztahy</b>	Osobní vztahy Sociální podpora Pohlavní aktivita
<b>4 Prostředí</b>	Finanční prostředky Svoboda, fyzická bezpečnost a ochrana Zdravotní a sociální péče, její dostupnost a kvalita Domácí prostředí Příležitosti k získávání nových informací a dovedností Účast na rekreačních a zájmových aktivitách a příležitost zapojovat se do takových aktivit Životní prostředí (znečištění / hluk / doprava / podnebí) Doprava

## Vývoj WHOQOL-BREF

Nástroj WHOQOL-100 umožňuje detailní posouzení všech jednotlivých aspektů týkajících se kvality života. V některých případech však WHOQOL-100 může být pro praktické použití příliš zdlouhavý. Z toho důvodu byla vyvinuta Verze WHOQOL-BREF pro odzkoušení v terénu jako zkrácená forma nástroje posouzení kvality života, která se zaměřuje na profily úrovní jednotlivých domén prostřednictvím dat z pilotního posuzování na základě WHOQOL

a všech dostupných dat z Verze WHOQOL-100 pro odzkoušení v terénu. Dvacet terénních středisek z osmnácti zemí světa dodalo za tímto účelem data (viz Tabulka 2). WHOQOL-BREF obsahuje celkem 26 otázek. Ze všech 24 aspektů obsažených v WHOQOL-100 byla zařazena vždy jedna položka, aby bylo zajištěno všestranné a komplexní posouzení. Zařazeny byly rovněž dvě položky z aspektu „Celková kvalita života a celkový zdravotní stav“.

**Tabulka 2: Střediska zapojená do vývoje WHOQOL-BREF**

<b>Střediska podílející se na pilotní verzi WHOQOL</b>	<b>Střediska podílející se na terénním odzkoušení WHOQOL-100</b>
Bangkok, Thajsko Beer Sheva, Izrael Madras, Indie Melbourne, Austrálie New Delhi, Indie Panama City, Panama Seattle, USA Tilburg, Nizozemí Zagreb, Chorvatsko Tokyo, Japonsko Harare, Zimbabwe Barcelona, Španělsko Bath, UK Petrohrad, Rusko Paříž, Francie	Bangkok, Thajsko Beer Sheva, Izrael Madras, Indie Melbourne, Austrálie New Delhi, Indie Panama City, Panama Seattle, USA Tilburg, Nizozemí Zagreb, Chorvatsko Tokyo, Japonsko Harare, Zimbabwe Barcelona, Španělsko Bath, UK Kowloon, Hong Kong Lipsko, Německo Mannheim, Německo La Plata, Argentina Porto Alegre, Brazílie

WHOQOL-BREF je k dispozici v 19 různých jazycích. Příslušnou jazykovou verzi a povolení k jejímu užívání je možno získat na adrese The WHOQOL Group, Programme on Mental Health, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland. Bez předchozí konzultace se Skupinou WHOQOL by se nástroj WHOQOL-BREF neměl v žádném případě používat. Pro nová střediska, která měla v úmyslu vypracovat další jazykové verze nástrojů WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF, byla vytvořena příslušná metodika. Je možno ji získat na adrese The WHOQOL Group, Programme on Mental Health, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.

Otázky by měly být uváděny v pořadí, v jakém jsou uváděny v příkladu WHOQOL-BREF prezentovaném v rámci tohoto dokumentu, bez změn v pokynech nebo záhlaví. Otázky jsou sdruženy podle formátu odpovědí. Kvůli snazšímu porovnávání odpovědí vztahujících se k položkám v obou daných verzích je v ukázkové verzi WHOQOL-BREF uvedeno ekvivalentní číslování otázek obsažených v WHOQOL-BREF i v WHOQOL-100. V rámci terénního testování WHOQOL-100 bylo jednotlivým střediskům dovoleno, aby do něj zařadily specifické národní položky nebo aspekty, které byly podle nich důležité pro posouzení kvality života.

Další specifické národní položky nebo moduly, které by si střediska případně přála zahrnout do WHOQOL-BREF, by měly být uvedeny na zvláštním papíře a neměly by se míchat mezi stávajících 26 položek. Existují pro to tři důvody:

- 1) Hlídní účinků řazení položek, které mohou někdy vést ke změně významu položky.
- 2) WHOQOL-BREF představuje dohodnuté jádro souboru mezinárodních položek.
- 3) WHOQOL-BREF se bude s největší pravděpodobností užívat v případech, kdy kvalita života bude jedním z několika posuzovaných parametrů. Další specificky národní informace je proto možné získat tak, že se do posouzení zahrnou další moduly a měřítka.

## Vlastní provádění posouzení prostřednictvím WHOQOL-BREF

Všechna nová střediska, která se předtím nepodílela na vývoji nebo terénním testování WHOQOL-100, by měla při terénním testování WHOQOL-BREF uplatnit stejný postup, který použila při terénním testování WHOQOL-100. Nástroj by měl být v pilotní fázi odzkoušen na nejméně 300 lidech. Toto číslo vychází z požadovaného počtu respondentů potřebného k analýze pilotních dat. Výběrový soubor respondentů, kterým bude nástroj posouzení předložen, by měli tvořit dospělí, přičemž definice „dospělosti“ bude vycházet z dané kultury. Přestože stratifikace výběru není zásadní, poměrné kvóty výběru by měly odpovídat následujícím hodnotám:

- věk (50% = <45 let, 50% = 45 a více let)
- pohlaví (50% = muži, 50% = ženy)
- zdravotní stav (250 osob trpících nějakou chorobou nebo zdravotními problémy; 50 zdravých lidí)

S ohledem na lidi trpící nějakou chorobou nebo zdravotními problémy by měla tato skupina představovat průřez lidí s různou kvalitou života. Jedním ze způsobů, jak se o to pokusit, je zahrnout do ní lidi s dosti těžkými, chronickými onemocněními s vážnějšími trvalými následky, lidi, kteří jsou v kontaktu se zdravotnickými zařízeními z důvodu krátkodobějších zdravotních obtíží, případně ty,

kteří navštěvují praktického lékaře, a další, kteří vyhledávají zdravotnické služby z důvodů, které pravděpodobně nebudou mít výraznější dopad na jejich kvalitu života. Pokud budete provádět výběr pacientů napříč zařízeními primární péče, nemocnicemi a zařízeními komunitní péče, je možné toho s největší pravděpodobností docílit.

WHOQOL-BREF by měl být aplikován jako samonaváděcí dotazník, pokud toho budou respondenti dostatečně schopni. V opačném případě by mělo posouzení proběhnout formou interview, a to buď tak, že tazatel poskytne pomoc při vyplnění formuláře, nebo jej vyplní sám. V případě vypracování dotazníku s pomocí tazatele by měly být respondentovi nahlas přečteny standardizované pokyny uvedené na druhé straně ukázky nástroje posuzování WHOQOL-BREF.

Také u středisek, které se již dříve podílely na vývoji a terénním testování WHOQOL-100, se dává přednost výše uvedené alternativě testování, avšak není striktně vyžadována v případě, že jsou plánovány specifické studie skupin pacientů.

## Systém vztahů a časový rámec

Pro danou metodu posuzování se uvádí časový rámec dvou týdnů. Počítá se s tím, že pro konkrétní užití nástroje v následných etapách práce mohou být zapotřebí časové rámce jiného rozsahu. Například při posuzování kvality života u chronického stavu, např. artritidy, může být vhodnější pracovat s delším, např. čtyřtýdenním, časovým obdobím. Změna časové škály může být navíc na místě i proto, že vnímání času se může lišit v závislosti na kulturním prostředí.

## Návrh na použití WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF

Předpokládá se, že nástroje posuzování WHOQOL se budou používat při mnoha různých příležitostech. Výrazné uplatnění naleznou v rámci klinických testů, při stanovování výchozích hodnot v řadě oblastí a při sledování změn kvality života v průběhu různých intervencí. Předpokládá se, že nástroje posuzování WHOQOL budou mít rovněž význam tam, kde z prognózy nemoci bude vyplývat možnost pouze částečného uzdravení či dočasného ústupu jejich příznaků a kdy léčba bude mít spíše paliativní či kurativní funkci.

V případě epidemiologického výzkumu umožní posuzování formou WHOQOL sběr podrobných dat o kvalitě života u konkrétní populace a pomůže tak k lepšímu poznání chorob a vývoji léčebných metod. Mezinárodní epidemiologické studie, které nástroje typu WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF umožní, dovolí provádět výzkum kvality života za účasti více různých středisek a porovnávat tak výsledky, kterých bylo v jednotlivých střediscích dosaženo. Takový výzkum je významným přínosem, protože umožňuje zabývat se otázkami, které by při studiích realizovaných na jednom místě nevyvstaly (Sartorius a Helmchen, 1981). Například pro srovnávací studii prováděnou ve dvou nebo více zemích v souvislosti se vztahem mezi zabezpečením zdravotní péče a kvalitou života je potřeba provést posouzení, jehož prostřednictvím získáme hodnoty, které je možno srovnávat napříč různými kulturami. U nahromadění určitých případů při studiích zaměřených na kvalitu života, zejména při studiu vzácných poruch, občas pomůže, sbíráme-li data v různých prostředích. Studie prováděné za spolupráce více středisek mohou rovněž vést k souběžnému vícenásobnému opakování téhož zjištění, což výrazně přispívá k důvěře, s níž mohou být určitá zjištění akceptována.

V klinické praxi budou nástroje WHOQOL pomáhat klinickým pracovníkům rozpoznávat, v kterých oblastech je pacient nejvíce chorobou poznamenán, a rozhodovat se o způsobu léčby. V některých rozvojových zemích, kde mohou být prostředky na zdravotní péči omezeny, mohou být paliativní formy léčby zaměřené na zlepšování kvality života efektivní a zároveň finančně nenáročná (Olweny, 1992). Společně s dalšími prostředky umožní WHOQOL-BREF odborníkům v oblasti zdravotnictví posuzovat změny kvality života v průběhu léčby.

Předpokládá se, že WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF se v budoucnu osvědčí ve výzkumu zdravotnických koncepcí a stanou se důležitou součástí běžného prověřování zdravotnických a sociálních služeb. Jelikož se na vývoji tohoto nástroje podíleli lidé z různých kultur, poskytovatelé zdravotnické péče, zřizovatelé a zákonodárci v zemích, kde zatím neexistují žádné ověřené nástroje pro měření kvality života, si mohou být jisti, že data získaná na základě práce s nástroji WHOQOL budou věrně odrážet situaci v jejich prostředí.

## Vyhodnocování WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF (Verze pro odzkoušení v terénu) poskytuje profil kvality života. V jeho rámci je

možné odvodit čtyři hodnoty jednotlivých domén. Jsou tu rovněž dvě položky, které se zkoumají zvlášť: 1. otázka se ptá na to, jak určitá osoba celkově vnímá svou kvalitu života, a 2. otázka se ptá na to, jak určitá osoba celkově vnímá svůj zdravotní stav. Čtyři hodnoty jednotlivých domén vypovídají o tom, jak daná osoba vnímá kvalitu života v každé konkrétní oblasti. Výsledné hodnoty domén jsou řazeny v kladném směru (tzn. vyšší hodnoty značí vyšší kvalitu života). K výpočtu výsledné hodnoty domény se používá střední hodnota položek. Střední výsledné hodnoty se pak násobí 4, aby bylo možné porovnat výsledné hodnoty domén s hodnotami použitými v WHOQOL-100. Přesné pokyny pro kontrolu a čištění dat a pro výpočet výsledných hodnot domén jsou uvedeny v Tabulce 3. Metoda pro ruční výpočet jednotlivých hodnot je uvedena na první straně hodnotícího formuláře WHOQOL-BREF. Metoda pro převod hrubých výsledných hodnot na transformované hodnoty je uvedena v Tabulce 4, na straně 11 těchto pokynů. Pomocí první transformační metody se hodnoty převádějí do rozpětí od 4 do 20 porovnatelného s WHOQOL-100. Na základě druhé transformační metody se hodnoty za jednotlivé domény převádějí na škálu s rozmezím 0-100.

Posouzení by mělo být vyřazeno ze zpracování, pokud v dotazníku chybí více než 20% údajů (viz Krok 4 v Tabulce 3). Pokud chybí nějaká položka, nahradí se střední hodnotou jiných položek v příslušné doméně. Pokud chybí v nějaké doméně více než dvě položky, výsledná hodnota takové domény by se neměla vypočítávat (výjimku tvoří doména 3, kdy by se měla doména počítat, pouze pokud chybí < 1 položka).

Veškeré specifické národní položky by měly být vyhodnocovány odděleně od 26 položek jádra BREF. Během této analýzy se bude zkoumat uplatnění veškerých specifických národních položek z hlediska jejich eventuálního použití v modifikovaných národních studiích. V této fázi terénního testování nesmí během vlastního provádění posouzení ani během vyhodnocování BREF docházet ke směšování národních a vzájemně dohodnutých položek.

SPSS syntaktický soubor, který automaticky kontroluje, překóduje data a vypočítává výsledné hodnoty jednotlivých domén, je možno získat od profesora Micka Powera, na adrese Department

of Psychiatry, Royal Edinburgh Hospital, Morningside Park, Edinburgh, EH105HF (email: [mj@srv2.med.ed.ac.uk](mailto:mj@srv2.med.ed.ac.uk); fax: +131 447 6860).

**Tabulka 3: Kroky pro kontrolu a čištění dat a výpočet výsledných hodnot jednotlivých domén**  
Kroky

Syntax SPSS	k provádění kontroly, čištění a výpočtu celkových hodnot
<b>1. Ověřte, zda je všech 26 položek hodnocení v rozmezí 1-5.</b>	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (Tímto se překódují veškerá data, která jsou mimo rozsah 1-5, na chybějící v systému.)
<b>2. Převraťte 3 záporně formulované položky.</b>	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (Tímto se záporně koncipované otázky transformují na kladně koncipované otázky.)
<b>3. Vypočítejte hodnoty pro jednotlivé domény.</b>	COMPUTE DOM1=MEAN.6(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18)*4 COMPUTE DOM2=MEAN.5(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26)*4 COMPUTE DOM3=MEAN.2(Q20, Q21, Q22)*4 COMPUTE DOM4=MEAN.6(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25)*4 (Pomocí těchto rovnic se vypočítávají hodnoty domén. Všechny hodnoty se násobí 4, aby se daly přímo porovnávat s hodnotami odvozenými z WHOQOL-100. „6“ ve „střední hodnotě 6“ znamená, že pro výpočet příslušné výsledné hodnoty domény musí být vykázáno 6 položek.)
<b>4. Vymažte případy s &gt; 20% chybějících dat.</b>	COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5). (Tímto příkazem se vytvoří nový sloupeček „celkem“. „Celkem“ obsahuje součet položek WHOQOL-100 s hodnotami 1-5, které jednotlivé subjekty vykázaly. „Q1 TO Q26“ znamená, že jsou ve výpočtu zahrnuty po sobě jdoucí sloupečky od první položky „Q1“ po poslední položku „Q26“. Předpokládá se tudíž, že data jsou zadávána v pořadí uvedeném na dotazníku). FILTER OFF USE ALL SELECT IF (TOTAL>=21) EXECUTE (Prostřednictvím tohoto druhého příkazu se vybírají pouze ty případy, kde je „celkem“, celkový počet vyplněných položek, větší nebo roven 80%. Zbývající případy se tím z datového souboru vymažou.)
<b>5. Zkontrolujte hodnoty domén.</b>	DESCRIPTIVES VARIABLES=DOM1 DOM2 DOW DOW /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX (Spuštěním „descriptives“ by se měly znázornit hodnoty všech výsledků pro jednotlivé domény v rozmezí 4-20.)
<b>6. Datový soubor uložte.</b>	Uložte datový korpus do souboru s novým názvem, aby se původní verze uchovala neporušena.

**Tabulka 4: Metoda pro převádění hrubých výsledných hodnot na transformované hodnoty**

1. DOMÉNA			2. DOMÉNA			3. DOMÉNA			4. DOMÉNA		
Hrubé hodnoty	Transformované hodnoty		Hrubé hodnoty	Transformované hodnoty		Hrubé hodnoty	Transformované hodnoty		Hrubé hodnoty	Transformované hodnoty	
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

## Literatura

- Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B. et al. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care*. Souvenir Press.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P. a McEwan, J. (1989). *The Nottingham Health Profile. Users Manual*, upravené vydání.
- Kuyken, W., Orley, J., Hudelson, P. a Sartorius, N. (1994). Quality of life assessment across cultures. *International Journal of Mental Health*, 23 (2), 5-27.
- Olweny, C. L. M. (1992). Quality of life in developing countries. *Journal of Palliative Care*, 8, 25-30.
- Sartorius, N. a Helmchen, H. (1981). Aims and implementation of multi-centre studies. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 16, 1-8.
- Sartorius, N. a Kuyken, W. (1994). Translation of health status instruments. In: J. Orley a W. Kuyken (Eds.). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Szabo, S. (1996). *The World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument*. In *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2. vydání redigované B. Spilkerem). Lippincott-Raven Publishers, Filadelfie, New York.
- The WHOQOL Group. *The World Health Organisation Quality of Life assessment (WHOQOL)*. *Soc. Sci. Med.*, 41, 1403, 1995.
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. a Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. New England Medical Center, MA, USA.
- World Bank. (1993). *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1991). *World Health Statistics Annual*. Ženeva: WHO.
- The WHOQOL Group. (1994a). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56
- The WHOQOL Group. (1994b). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley a W. Kuyken (Eds) *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- The WHOQOL Group. (připravuje se). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties*.

## WHOQOL-BREF

Pouze pro  
úřední účely

	Rovnice pro výpočet výsledných hodnot pro jednotlivé domény	Hrubé hodnoty	Transformované hodnoty*	
			4-20	0-100
<b>1. doména</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> =			
<b>2. doména</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> =			
<b>3. doména</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> =			
<b>4. doména</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> =			

\*Převádění hrubých hodnot na transformované hodnoty viz Tabulka 4 na straně 72 této příručky.

### ÚDAJE O VÁS

Identifikační číslo

Předtím, než začnete, bychom vám rádi položili několik obecných otázek týkajících se vaší osoby: zakroužkujte správnou odpověď nebo zaškrtněte příslušné políčko

Jakého jste pohlaví?

mužského  ženského

Jaké je vaše datum narození?

/  /  den / měsíc / rok

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

žádné  základní  střední  vyšší

Jaký je váš rodinný stav?

svobodný/(á)  v odluce  ženatý/vdaná  
 rozvedený/(á)  vdovec/vdova  druh/družka

Trpíte v současnosti nějakou nemocí?

ano  ne

Pokud se necítíte zdrav, co si myslíte, že vám je?

nemoc /  problém

## Pokyny

V rámci tohoto posuzování jsou vám kladeny otázky ohledně toho, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví, případně další oblasti svého života. *Odpovězte, prosím, na všechny otázky. Pokud jste na pochybách, pro kterou odpověď na určitou otázku se rozhodnout, vyberte, prosím, tu, která se jeví jako nejvhodnější. Často to může být vaše první odpověď.*

Mějte, prosím, na mysli své standardy, naděje, radosti a obavy. Chceme po vás, abyste se zamysleli nad svým životem za poslední dva týdny. V souvislosti s posledními dvěma týdny budete mít například zodpovědět tuto otázku:

	vůbec ne	málo	středně	hodně	zcela
Dostává se vám od druhých podpory, kterou potřebujete?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Měli byste zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá míře podpory, které se vám od druhých v průběhu posledních dvou týdnů dostalo. Pokud se vám dostalo ze strany druhých lidí hodně podpory, zakroužkovali byste takto číslo 4.

	vůbec ne	málo	středně	hodně	zcela
Dostává se vám od druhých té podpory, kterou potřebujete?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Pokud se vám od druhých nedostalo za poslední dva týdny žádné takové podpory, kterou jste potřebovali, zakroužkovali byste číslo 1.

Přečtěte si, prosím, každou otázku, zamyslete se nad svými pocity a na stupnici u každé otázky zakroužkujte číslo, které podle vás udává nejlepší odpověď.

	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
<b>1</b> (G1) Jak byste ohodnotili svou kvalitu života?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

	velmi nesp.	nespo- kojení	ani spokojeni ani nespokojeni	spokojeni	velmi spokojeni
<b>2</b> (G4) Jak jste spokojeni se svým zdravím?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

V dalších otázkách jste tázáni na míru svých zkušeností s určitými věcmi či pocity v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	trochu	středně	značně	maxi- málně
<b>3</b> (F1.4) Do jaké míry máte pocit, že vám fyzická bolest brání v činnostech, které potřebujete vykonávat.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

<b>4</b> (F11.3) Jakou míru jakékoli lékařské péče potřebujete k tomu, abyste mohli fungovat ve svém každodenním životě?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
--	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

<b>5</b> (F4.1) Jak moc vás baví život?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

<b>6</b> (F24.2) Do jaké míry má váš život podle vás smysl?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

	<b>vůbec ne</b>	<b>trochu</b>	<b>středně</b>	<b>značně</b>	<b>maxi- málně</b>
<b>7</b> (F5.3) Jak dobře jste schopni se soustředit?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>8</b> (F16.1) Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>9</b> (F22.1) Žijete ve zdravém prostředí?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

V následujících otázkách jste dotazováni na to, jak celkově vnímáte některé situace a jak jste byli za poslední dva týdny schopni vykonávat určité činnosti.

	<b>vůbec ne</b>	<b>trochu</b>	<b>středně</b>	<b>většinou</b>	<b>zcela</b>
<b>10</b> (F2.1) Máte dostatek energie ke každodennímu životu?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>11</b> (F7.1) Jste schopni akceptovat svůj fyzický vzhled?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>12</b> (F18.1) Máte dostatek peněz k zabezpečení svých potřeb?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>13</b> (F20.1) Máte přístup k informacím, které potřebujete ke svému každodennímu životu?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>14</b> (F21.1) Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení zájmových činností?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
	<b>velmi špatná</b>	<b>špatná</b>	<b>ani špatná ani dobrá</b>	<b>dobrá</b>	<b>velmi dobrá</b>
<b>15</b> (F9.1) Jak dobře jste schopni se pohybovat mimo domov?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

V následujících otázkách jste dotazováni na svou spokojenost v souvislosti s různými aspekty svého života v průběhu posledních dvou týdnů.

	<b>velmi nesp.</b>	<b>nespokojeni</b>	<b>ani spokojeni ani nespokojeni</b>	<b>spokojeni</b>	<b>velmi spokojeni</b>
<b>16</b> (F3.3) Jak jste spokojeni se svým spánkem?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>17</b> (F10.3) Jak jste spokojeni se svými schopnostmi vykonávat činnosti související s každodenním životem?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>18</b> (F12.4) Jak jste spokojeni se svou práce schopností.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

	velmi nesp.	nespo- kojeni	ani spoko- jeni ani nespoko- jeni	spokojeni	velmi spokojeni
<b>19</b> (F6.3) Jak jste spokojeni sami se sebou?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>20</b> (F13.3) Jak jste spokojeni se svými osobními vztahy?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>21</b> (F15.3) Jak jste spokojeni se svým pohlavním životem?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>22</b> (F14.4) Jak jste spokojeni s podporou, které se vám dostává od vašich přátel?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>23</b> (F17.3) Jak jste spokojeni s podmínkami, v nichž žijete?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>24</b> (F19.3) Jak jste spokojeni se svým přístupem k zdravotnickým službám?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
<b>25</b> (F23.3) Jak jste spokojeni se svou dopravou?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Následující otázky se týkají toho, jak často jste za poslední dva týdny vnímali nebo prožívali určité věci?

	nikdy	zřídka	dost často	velmi často	vždy
<b>26</b> (F8.1) Jak často míváte negativní pocity jako např. smutnou náladu, pocit zoufalství, úzkost, depresi?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

Pomáhal vám někdo s vyplněním tohoto formuláře?

Jak dlouho trvalo vyplnění tohoto formuláře?

Máte v souvislosti s posuzováním nějaké připomínky?

DĚKUJEME VÁM ZA POMOC

# Poznámky k případovým studiím

Přestože se obě dvě případové studie obsažené v tomto sešitu v mnohém liší, ukazují, jak může (a mělo by) být plánování evaluace přesně nastaveno tak, aby řešilo specifické potřeby dané situace.

První případ popisuje proces plánování evaluace pro novou mobilní službu krizové intervence a pomoci při zvládnání abstinčních příznaků, situovanou na severokanadském venkově. Evaluace bylo zapotřebí k určení přesného charakteru poskytovaných služeb a k vyhodnocení toho, do jaké míry služba splňuje své cíle. Autor této zprávy popisuje jednotlivé kroky, které lidé podílející se na evaluaci absolvovali v rámci svého plánování evaluace: sestavení evaluačního týmu, vytvoření logického modelu programu, vypracování přehledu evaluačních otázek a volbu evaluačních měřítek a dalších strategií pro sběr dat. Celá evaluace byla rozsáhlá. Vztahovala se

na všechny komponenty služby a zahrnovala také follow-up data. Evaluátoři však poněkud snížili náročnost tohoto pojetí ve vztahu k prostředkům tím, že v co největší míře využívali informace ze standardních klinických formulářů. Jiné služby s omezenějšími prostředky se mohou rozhodnout pro užší pojetí evaluace. Nicméně vždy budou platit tytéž základní principy jejího plánování.

Druhý případ popisuje vývoj nového nástroje sběru dat: Maudsleyova profilu závislosti (MAP). V tomto případě se evaluátoři rozhodli, že potřebují nástroj, který by vyhodnocoval široké spektrum užívání drog a byl zároveň časově nenáročný a dal by se jednoduše vyhodnotit. Jakmile bude MAP vypracován, bude se dát v budoucnu používat k evaluaci léčebných programů. Podobné kroky by mohli uplatnit další evaluátoři, kteří mají zájem o vytvoření nástrojů reagujících na jejich specifické potřeby.

# Případová studie plánování evaluace



## Domácí detoxifikační služba Timmins - Implementační evaluace

Za názory vyjádřené  
v této případové  
studii zodpovídá  
pouze autor.

Vypracovala:  
Cindy Smythe  
evaluační konzultantka

Addiction Research Foundation Social Evaluation and Research Department  
(Nadace pro výzkum závislostí, odbor sociálních evaluací a výzkumu)  
The Godron J. Mogenson Bldg.  
100 Collip Circle, Suite 200  
U.W.O. Research Park  
London, Ontario N6G 4X8 CANADA

### Kdo kladl otázky a proč chtěl mít takové informace k dispozici?

Detoxifikační jednotka Timmins Home Detox Service (THDS) je mobilní služba krizové intervence a pomoci při zvládnání abstinčních příznaků působící v kanadském Timmins, městě v Severním Ontariu s přibližně 30 000 obyvateli. Služba vznikla jako reakce na Víceletý plán služeb pro závislé vypracovaný pro Okresní zdravotní výbor ve městě Cochrane. Okresní zdravotní výbor provedl analýzu potřeb, jež poukázala na problematický přístup obyvatel města Timmins k regionálním detoxifikačním službám. V době, kdy tato zpráva vznikala, se obyvatelům Timmins vyžadujícím detoxifikační služby mohlo dostat příslušné péče pouze v Detoxifikačním středisku okresu Cochrane v Smooth Rock Falls, vzdáleném 110 kilometrů. Nejenže bylo méně pravděpodobné, že nějaký klient z Timmins vyhledá léčbu, ale bylo rovněž nákladné dopravit klienta do detoxifikačního střediska a zpět.

THDS poskytuje v Timmins pomoc lidem, kteří mají problémy s užíváním drog. Prostřednictvím mobilních týmů vyškolených odborníků a dobrovolníků nabízí zařízení krizovou intervencí a konzultantskou podporu, pomoc při zvládnání abstinčních příznaků a poradenství související s otázkami závislosti všem, kdo se potýkají s příslušnými problémy, jejich příbuzným a dalším osobám a subjektům poskytujícím jim podporu, včetně zaměstnavatelů. Podle potřeby klientů je pomoc poskytována u klienta doma, v nemocnici, v Detoxifikačním středisku okresu Cochrane a na dalších bezpečných místech, jako např. doma u některého z dobrovolníků nebo přátel.

THDS bylo zřízeno Detoxifikačním střediskem okresu Cochrane, ale bylo plánováno a vytvářeno ve spolupráci s komunitním sdružením koordinovaným timminskou obchodní komorou. Jednotlivé podvýbory připravují a realizují programové schéma, získávají dobrovolníky, obstarávají finanční prostředky a zajišťují službě publicitu. Podrobnější popis modelu, kterým se tato služba

řídila při svém rozvoji, najdete v materiálu *A Guide for Planning Withdrawal Management Services in Rural And Remote Areas and Small Urban Centres of Ontario* – Pokyny k plánování služeb poskytujících pomoc při zvládání abstinčních příznaků na venkově, v odlehlých oblastech a v malých městských střediscích státu Ontario (Addiction Research Foundation, 1994).

Nadace pro výzkum závislostí nabídla své prostředky při koncipování programu a při integraci výzkumu a plánování pro účely komunitního rozvoje. Ředitelka Detoxifikačního střediska okresu Cochrane, jež je zároveň ředitelkou THDS, po celou dobu projektu a ve všech jeho fázích úzce spolupracovala s místním programovým konzultantem Nadace pro výzkum závislostí (ARF) a s předsedou plánovacího výboru služby.

Evaluace měla dva hlavní účely. Za prvé, THDS představovalo v Ontariu nový způsob přístupu k zvládání abstinčních příznaků a sloužilo jako model pro další občanské komunity, které by si mohly přát zřídit takové služby. (V době provádění evaluace byla většina detoxifikací v dané správní oblasti poskytována některým z 29 rezidenčních nemedicínských detoxifikačních jednotek financovaných ministerstvem zdravotnictví.) Bylo proto nutné zmonitorovat a zdokumentovat způsob práce THDS, aby bylo možné zpracovat informace a vzdělávací produkty pro další obce a regiony. Na druhém místě stál zájem různých na programu zainteresovaných subjektů o to, dozvědět se, do jaké míry se službě daří plnit své cíle. Mezi tyto zainteresované subjekty patřili ředitelka THDS, předseda spolku dobrovolníků, vedoucí pracovník zodpovědný za klinickou stránku služby, dobrovolníci, Nadace pro výzkum závislostí, komunitní sdružení a vládní poskytovatel finančních prostředků (ministerstvo zdravotnictví). Jelikož služba byla nová a stále se vyvíjela, měli jsme v plánu zaměřit se spíše na procesní či implementační evaluaci než na výsledky klientů.

V tutéž dobu, kdy byl zaváděn tento nový

způsob poskytování detoxifikačních služeb, probíhal v provincii Ontario proces racionalizace celého systému léčby závislostí. Jinými slovy, ministerstvo zdravotnictví hledalo způsoby, jak poskytovat klientům dobré nebo lepší služby s vyšší efektivitou. Jedním z ministerských prováděcích doporučení bylo, aby byla nerezidenční detoxifikace zohledněna v jakémkoli regionálním plánu léčby. Přestože byly provedeny výzkumy v jiných zemích, např. v Austrálii, Anglii, Skotsku a Spojených Státech (viz například Stockwell et al, 1991; Stinnet, 1982; Hayashida, 1989), z nichž jednoznačně vyplývá bezpečnost a účinnost ambulantních a domácích detoxifikací, v Ontariu doposud nebyla evaluace domácí detoxifikace provedena. Ministerstvo mělo z tohoto důvodu velký zájem o data a výsledky této evaluace, neboť chtělo mít k dispozici nějaké údaje, jimiž by mohlo zaštitit svá doporučení.

## 1. Komponent – povědomí o službě

Jedním z důvodů pro vytvoření timminské služby pomoci při zvládání abstinčních příznaků byla reakce na analýzu potřeb provedenou v rámci dané občanské komunity. V komunitě byla odhalena potřeba lepší dostupnosti této služby pro potenciální cílové skupiny, než jakou poskytovaly tradiční rezidenční skupinové detoxifikační modely. Byly identifikovány čtyři cílové populace, u nichž je obzvláště velká pravděpodobnost, že se dostanou k doma poskytované službě: původní obyvatelé, ženy, senioři a mládež. Byl rovněž získán pocit, že určité skupiny subjektů doporučujících klientům léčbu by se mohly ve vzrůstající míře orientovat na tuto službu, pokud by se v jejím rámci klientovi nabízel tento domácí prvek. Jednalo se o zdravotnické, psychiatrické a represivní subjekty a služby pro původní domorodé obyvatelstvo. Cílem práce v rámci tohoto komponentu bylo zajistit, že jakákoli osoba nebo organizace, která může služby timminské domácí detoxifikační jednotky potřebovat, ví o její existenci a ví také, jak se k této službě dostat. V této souvislosti byly poskytnuty organizacím, které byly vytipovány jako možné zdroje

klientů, propagační materiály a prezentace. Z hlediska evaluace jsme chtěli vědět, které druhy propagačních materiálů se nejlépe osvědčily u jednotlivých subjektů doporučujících klientům různé druhy zařízení. Byla nastolena otázka, zda je například třeba, aby služba vytvářela pro praktické lékaře odlišné materiály než pro jiné poskytovatele služeb, např. psychiatrické pracovníky?

**Otázky:** Jaké propagační materiály byly vytvořeny? Jak byly tyto materiály šířeny? Do jaké míry byly tyto materiály vhodné pro zamýšlenou skupinu subjektů doporučujících klientům další zařízení? Kolika klientům z daných cílových skupin, tj. původní domorodé obyvatelstvo, ženy, senioři, mládež, byly doporučeny jednotlivé alternativy detoxifikace (rezidenční nebo domácí)? Kolik doporučení k jednotlivým alternativám detoxifikace přišlo z příslušných cílových sektorů, tj. ze zdravotnických, psychiatrických a represivních subjektů a služeb pro původní domorodé obyvatelstvo?

## 2. Komponent - vstupní posuzování

Hlavní práce v rámci tohoto komponentu spočívala v posouzení a vytipování klientů, kteří potřebují buď okamžitou krizovou intervenci nebo doporučení služeb poskytujících pomoc při zvládnání abstinčních příznaků a zařízení přepravy klientů na co nejméně rušivé místo, které bude odpovídat jejich potřebám. Každému klientovi, který byl k tomu shledán vhodným a který žije ve městě Timmins, byla nabídnuta netradiční alternativa, tzn. některá z forem domácí detoxifikace. Z hlediska evaluace jsme chtěli vědět, u kolika lidí se provádí vstupní posouzení, kolika z nich je doporučována specializovaná péče, tzn. jaký počet klientů má konkrétní zdravotní či jiné potřeby, které musí být nejdříve řešeny, kolika z nich byla doporučena domácí detoxifikace a kolika detoxifikační středisko.

**Otázky:** U kolika klientů se provádí vstupní posouzení? Jaké byly demografické charakteristiky posuzovaných klientů? Kolika klientům byla doporučena (1) krizová intervence, (2) pomoc při zvládnání abstinčních příznaků nebo

(3) něco jiného? Na základě jakých kritérií bylo klientům doporučeno určité místo?

## 3. Komponent – krizová intervence

Práce v rámci tohoto komponentu spočívala v provedení zásahu u klientů, kteří byli v krizi a potřebovali okamžitou pomoc. (Klienti, kteří nejsou v krizi a volají s tím, že by chtěli podstoupit odvykací kúru s pomocí při zvládnání abstinčních příznaků, se rozhodují pro určité datum, ke kterému chtějí s tímto procesem začít.) Tvůrci tohoto komponentu doufali, že by byl klientům prostřednictvím služby krizové intervence představen systém léčby závislostí, ke kterému běžně nemají přístup, a že by po překonání krize pokračovali odvykacím procesem s pomocí při zvládnání abstinčních příznaků. Uvědomovali si však, že někteří klienti budou využívat dané služby jen po krátkou dobu, po dobu, kdy jsou v krizi, tedy obvykle 24 hodin. Pro tyto klienty bylo THDS schopno zajistit krizovou intervenci v domovské komunitě klientů, čímž se ušetřily náklady na převoz klientů do 110 kilometrů vzdáleného místa kvůli krátkému pobytu.

Z hlediska evaluace nás zajímalo, kdo se k této službě dostal, tzn. jaké byly demografické údaje těchto klientů, a zda by klienti, kteří absolvovali krizovou intervenci, měli jinak přístup k danému systému. Zajímali jsme se také o to, zda se klienti následně řídili doporučeními k odvykání s pomocí při zvládnání abstinčních příznaků nebo k jiným formám další péče.

**Otázky:** Kde by klienti vyhledávali pomoc, pokud by neexistovala nabídka krizové intervence? Vrací se klienti, kterým byla doporučena specializovaná pomoc, zpět k programu, aby v jeho rámci absolvovali odvykací kúru s pomocí při zvládnání abstinčních příznaků? Jaké jsou demografické charakteristiky klientů absolvujících krizovou intervenci? Jaké jsou demografické charakteristiky klientů, kteří zůstávají v programu, aby po překonání krize podstoupili odvykací kúru s pomocí při zvládnání abstinčních příznaků? Jsou klienti se službou spokojeni?

#### 4. Komponent – pomoc při zvládnání abstinenčních příznaků

Práce v rámci tohoto komponentu spočívala ve vlastním vysazení drogy a stabilizaci klientova stavu. Vyškolený personál sledoval klienty u nich doma během celého procesu a podle potřeby zajišťoval zdravotnické služby. Je důležité poznamenat, že klienti mohli vstoupit do komponentu zvládnání abstinenčních příznaků přímo po vstupním posouzení, nebo mohli do tohoto komponentu vstoupit až po absolvování krizové intervence. Při první návštěvě u klienta doma byl vyplněn formulář o posouzení domácího prostředí (Home Environment Assessment Form – Cooper, 1994), aby bylo zaručeno, že domácí detoxifikace je pro klienta vhodná, a aby se určila míra podpory, kterou má klient k dispozici. Míra podpory dostupná ze strany rodiny a přátel pomůže stanovit počet a frekvenci kontaktů ze strany služby. Při první návštěvě klienti rovněž vyplňují přehled intenzity příznaků (Symptom Severity Checklist – SSC) (Cooper, 1994), jehož kratší formu pak vyplňují každý den. Podle svého fyzického a psychického stavu vyplnil klient druhý nebo třetí den také dotazník o míře závislosti na alkoholu – Severity of Alcohol Dependence Questionnaire, SADO (Stockwell, Murphy a Hodgson, 1983). Na základě monitorování výsledků z těchto měřítek rozhodoval personál služby o tom, zda klient potřebuje nějaký lékařský zásah. Služba rovněž dala klientům a osobám poskytujícím jim zázemí telefonní číslo, na němž je možno službu neprodleně kontaktovat.

##### Otázky:

**1** První soubor otázek, které jsme chtěli vznést, se týkaly demografických rozdílů mezi klienty, kteří si pro detoxifikaci zvolili netradiční či domácí alternativu, a těmi, kteří dali přednost klasickému detoxifikačnímu středisku: Jaké byly demografické charakteristiky klientů z hlediska jejich volby odvykacích programů s pomocí při zvládnání abstinenčních příznaků? Proč se klienti pro jednotlivé alternativy rozhodli?

**2** Další skupina otázek se týkala samotného procesu pomoci při zvládnání abstinenčních příznaků a jeho dopadu na klienta a členy jeho rodiny: Jaká je frekvence, délka trvání a charakter osobních a telefonických kontaktů s klientem ze strany personálu/dobrovolníků pracujících pro dané zařízení? Je rozsah a povaha kontaktů adekvátní? Může uspokojivě absolvovat odvykání klient, který žije sám? Jaký má domácí odvykací kúra s pomocí při zvládnání abstinenčních příznaků dopad na rodinné příslušníky? Jakou hrají členové rodiny roli? V jakém prostředí je pravděpodobnější, že klienti odvykací kúru úspěšně absolvují? Postrádají klienti, kteří absolvují odvykání doma, společnost dalších osob přítomných v detoxifikačním středisku?

#### 5. Komponent – podpora další péče

Práce v rámci tohoto komponentu spočívala v zajištění toho, aby byli klienti po vysazení drogy a stabilizaci předmětem další péče. Po odvykací kúře je všem klientům, jak z domácího detoxifikačního programu, tak z detoxifikačního střediska, doporučena jedna ze dvou organizací v okrese, jež se zabývají posuzováním závislostí a doporučováním příslušné další péče (Středisko pro posouzení závislostí a doporučení další léčby), a některá ze svépomocných organizací (např. AA, NA apod.). Daný detoxifikační program se dohodl se Střediskem pro posouzení závislostí a doporučení další léčby v tom smyslu, že detoxifikační jednotka bude vyrozuměna o tom, zda se jednotliví klienti skutečně obrátili na službu, která jim byla doporučena. V jedné z částí formuláře o klientově souhlasu je klient žádán o svolení k dokumentování těchto údajů. Vzhledem k těmto vztahům mezi detoxifikační službou a středisky pro posuzování a doporučování další léčby budeme schopni pracovat s tímto důležitým měřítkem výsledku, přestože se evaluace v zásadě zaměřuje na vlastní provádění služby.

**Otázky:** Jaké jsou charakteristiky klientů, kteří pokračují, a těch, kteří nepokračují v další léčbě? Ovlivňuje typ absolvované detoxifikace, tj. domácí nebo rezidenční, záměr pokračovat v léčbě?

## 6. Komponent – dobrovolníci

Jelikož dané službě ve velké míře záleželo na náboru, školení, motivaci a supervizi dobrovolníků, rozhodli jsme se tento komponent zahrnout do evaluace. Proškolení dobrovolníci pracující ve dvojicích pod dohledem odborného personálu monitorují klienty absolvující odvykací kúru doma. Chtěli jsme zejména zjistit, jak můžeme uspokojit poptávku po službě prostřednictvím vhodné kombinace profesionálů a dobrovolníků. Je důležité, aby fond dobrovolníků nebyl větší než je nezbytně nutné, protože organizování dobrovolnických programů zabírá personálu čas, který by mohl být využit pro poskytování vlastní služby.

**Otázky:** Kolik dobrovolníků k profesionálnímu personálu je třeba na pokrytí poptávky? Kolik dobrovolníků je třeba mít v zásobě vzhledem k potenciální poptávce? Na jak dlouhou dobu by měli být dobrovolníci získáváni? Jaké dovednosti by měli dobrovolníci mít?

### Jakých prostředků bylo zapotřebí ke sběru a interpretaci informací?

Jelikož byla tato evaluace vnímána jako rozsáhlá a složitá, všech fází plánování a provádění evaluace se účastnil evaluační konzultant z Nadace pro výzkum závislostí, který měl zároveň na starost koordinaci sběru veškerých dat. Pokud by však služba prováděla evaluaci bez cizí pomoci, nebylo by nutné uskutečňovat tak rozsáhlou evaluaci najednou. Evaluace by se dala provádět po etapách, přičemž by se po určité časové období zaměřovala na konkrétní otázky. V takovém případě je možné se obejít bez evaluačního konzultanta, případně využívat jeho služeb jen příležitostně.

V rámci naší evaluace jsme se spoléhali na skutečnost, že detoxifikační středisko již mělo o klientech shromážděné informace, které byly uchovávány v počítačové databázi střediska. Středisko bylo s to poskytnout statistické údaje o využívání služby a o profilech klientů. Naplánovali jsme si proto, že služba sama bude mít na starost sběr všech dat nutných pro evaluaci. Měli jsme v plánu, že služba vypracuje většinu statistických údajů pro evaluační zprávu prostřednictvím své běžné evidenční počítačové databáze. U většiny statistických dat, která jsme shromáždili, však nebylo nezbytně nutné pracovat s počítačem, byť využití počítače práci usnadňovalo. Hodně statistických údajů týkajících se využívání služby se dalo zpracovat v ruce s pomocí kalkulátoru.

### Jak se sbírala data?

Před zahájením evaluace jsme si vypracovali logický model programu (viz graf níže). První verzi logického modelu pro tento program vypracovala ředitelka THDS ve spolupráci s programovým konzultantem z timminské pobočky Nadace pro výzkum závislostí. Tento model byl dopracován a vyčištěn s přispěním evaluačního konzultanta. Se všemi verzemi modelu byli seznámeni představitelé komunitního sdružení. Jakmile všechny zainteresované strany odsouhlasily konečnou verzi modelu, byly v rámci podobného procesu vypracovány a doladěny evaluační otázky. Otázky byly formulovány na závěr celodenního setkání, jehož se účastnila ředitelka detoxifikační jednotky, programový konzultant z ARF a evaluační konzultant. Otázky byly následně předloženy sdružení a byly rovněž zaslány k vyjádření předsedovi Asociace předsedů detoxifikačních služeb provincie Ontario. Byla vůle k tomu, aby se dle potřeby zohlednily všechny podněty.

Práce s logickým modelem programu se ukázala jako velmi užitečná při dosahování konsenzu ohledně náplně služby a očekávaného dopadu poskytovaných služeb na klienta. Je třeba poznamenat, že většina zainteresovaných stran toho o evaluaci programu příliš nevěděla. Nebyl jim jasný vztah mezi cíli uvedenými v logickém modelu a konečnými evaluačními otázkami, s nimiž jsme přišli. Proto bylo nutné v rámci výše zmíněných kontrolních schůzek vymezit čas na seznámení zainteresovaných stran s danou problematikou. Evaluátor si připravil učební materiály a cvičně procházel se zbytkem skupiny jednoduchý logický plán, aby měli všichni možnost seznámit se s příslušnými pojmy.

Plánovaná doba evaluace byla určena na dvanáct měsíců. Doufali jsme, že během této doby stačíme prověřit všechny klienty, kteří nastoupili jak domácí detoxifikační program, tak program realizovaný v detoxifikačním středisku, a zdokumentovat tak demografické údaje o klientech a subjektech doporučujících klientům různé typy léčby, absolvovanou službu a spokojenost klientů. Měli jsme také v plánu provést evaluaci dobrovolnického komponentu služby.

### 1. Komponent – povědomí o službě

Když jsme se rozmýšleli, jak budeme shromažďovat informace nezbytné k zodpovězení našich evaluačních otázek, snažili jsme se maximálně využít co nejvíce běžných evidenčních formulářů a materiálů, s kterými se již v rámci služby pracovalo. Sběr informací pro účely evaluace by se tak pro danou organizaci, jejíž hlavní funkcí je poskytovat služby svým klientům, nestal takovou zátěží.

Abychom byli schopni zodpovědět své otázky ohledně propagačních materiálů, rozhodli jsme se, že se bude evidovat, jakým způsobem byly materiály šířeny, tzn. jak byly brožury distribuovány, pořádání informačních schůzek apod. K zaznamenávání těchto informací byl vytvořen jednoduchý formulář. Pak jsme měli naplánováno uskutečnit průzkum mezi subjekty, které doporučují klientům různé typy léčby, abychom posoudili, jak jsou spokojeny s materiály, příp. s prezentacemi, které navštívily. Vzhledem k dobrovolnickému komponentu v rámci

THDS jsme naplánovali, že dobrovolníci budou mít za úkol se telefonicky spojit s těmito referenčními organizacemi poté, co obdrží příslušné materiály. Dobrovolníci při tom použijí jednoduchý dotazník, který jsme vytvořili.

Abychom byli schopni zodpovědět své otázky ohledně využívání služby a směrování klientů ze strany vytipovaných referenčních organizací, rozhodli jsme se, že k zaznamenávání těchto informací budou použity běžné evidenční údaje z klientova registru. V Ontariu je každá státem financovaná organizace zabývající se léčením závislostí napojena na Informační systém léčby alkoholových a drogových závislostí (DATIS). Registrační formulář vedený u každého klienta v rámci systému DATIS obsahuje jméno a profesi osoby, resp. organizaci, která klientovi příslušnou službu doporučila, věk, pohlaví a etnickou charakteristiku každého klienta, včetně dalších demografických údajů a informací týkajících se užívání drog. Měli jsme v plánu porovnat demografická data klientů ze systému DATIS se stávajícími informacemi získanými v rámci analýzy potřeb a zjistit, jestli profily klientů odpovídaly těm, kteří byli vytipováni v souvislosti s potřebou lepšího přístupu k detoxifikačním službám. Byli bychom také schopni porovnat demografická data klientů a subjektů, které klientům příslušnou službu doporučily, v souvislosti s využíváním a doporučováním domácích a rezidenčních detoxifikačních služeb.

Veškeré organizace a osoby, které klientům službu doporučily, včetně případů, kdy klient službu kontaktoval z vlastní iniciativy, budou v rámci běžného formuláře pro vstupní posouzení, který se u každého klienta vyplňuje, rovněž dotázány na to, jak se o službě dozvěděly a jak by bývaly postupovaly, pokud by služba nebyla k dispozici.

V neposlední řadě jsme měli v plánu provést průzkum mezi subjekty doporučujícími klientům danou službu a posoudit jejich spokojenost se službou a důvody, které je vedou k tomu, že konkrétním klientům doporučují tuto službu. Opět jsme měli v plánu pro tento účel využít dobrovolníky, kteří by buď tyto referenční organizace kontaktovali telefonicky, nebo poštou zosledali krátké dotazníky.

**Kvantitativní a kvalitativní přístupy:** Jako vždy při sběru dat bude důležité zvážit, jakou formu by měly informace mít, tzn. chceme-li čísla (kvantitativní data) nebo slova a popisy (kvalitativní data). Věděli jsme, že informace ohledně využívání služby budou v tomto případě kvantitativní, tj. chtěli jsme znát počty lidí z různých demografických kategorií, kteří službu využívají. Kvantitativní informace jsme rovněž chtěli u kategorií, které představují jednotlivé subjekty doporučující klientům služby. Avšak v souvislosti s hodnocením materiálů a spokojenosti se službou jsme se rozhodli použít kombinaci kvantitativních a kvalitativních přístupů. Kvalitativní přístupy budou zejména užitečné v průběhu tvorby propagačních materiálů. Naplánovali jsme si například, že rozešleme předběžný návrh určité brožury skupině lidí reprezentujících potenciální organizace směřující klienty na službu a uspořádáme ohniskovou skupinu, v jejímž rámci budou lidé reagovat na danou brožuru a navrhopvat, co by se na ní dalo vylepšit. Na základě těchto informací pak bude brožura případně přepracována.

Při posuzování spokojenosti referenčních organizací se službou bude uplatněna kombinace kvalitativních i kvantitativních metod. Naplánovali jsme vytvoření nějaké pětistupňové škály nebo přehledu, v němž by příslušné organizace mohly vyjádřit svou spokojenost s jednotlivými aspekty služby, jako je snadná dostupnost, pohotovost služby apod. Také jsme se ovšem chtěli formou několika otevřených otázek zeptat, co se těmto organizacím na službě líbilo nejvíce, příp. nejméně.

Porovnávání a interpretování kvalitativních dat je ve srovnání s kvantitativními daty obecně mnohem časově náročnější. Pokud máte přístup k počítači nebo kalkulačce a zvládáte základní početní operace, můžete kvantitativní data dostatečně účinně organizovat a analyzovat. Žádný rychlý způsob organizace kvalitativních dat neexistuje. Mohou nám však na druhou stranu poskytnout velmi bohaté informace a osvědčují se zejména ve fázi vývoje určitého produktu nebo programu.

## 2. Komponent - vstupní posuzování

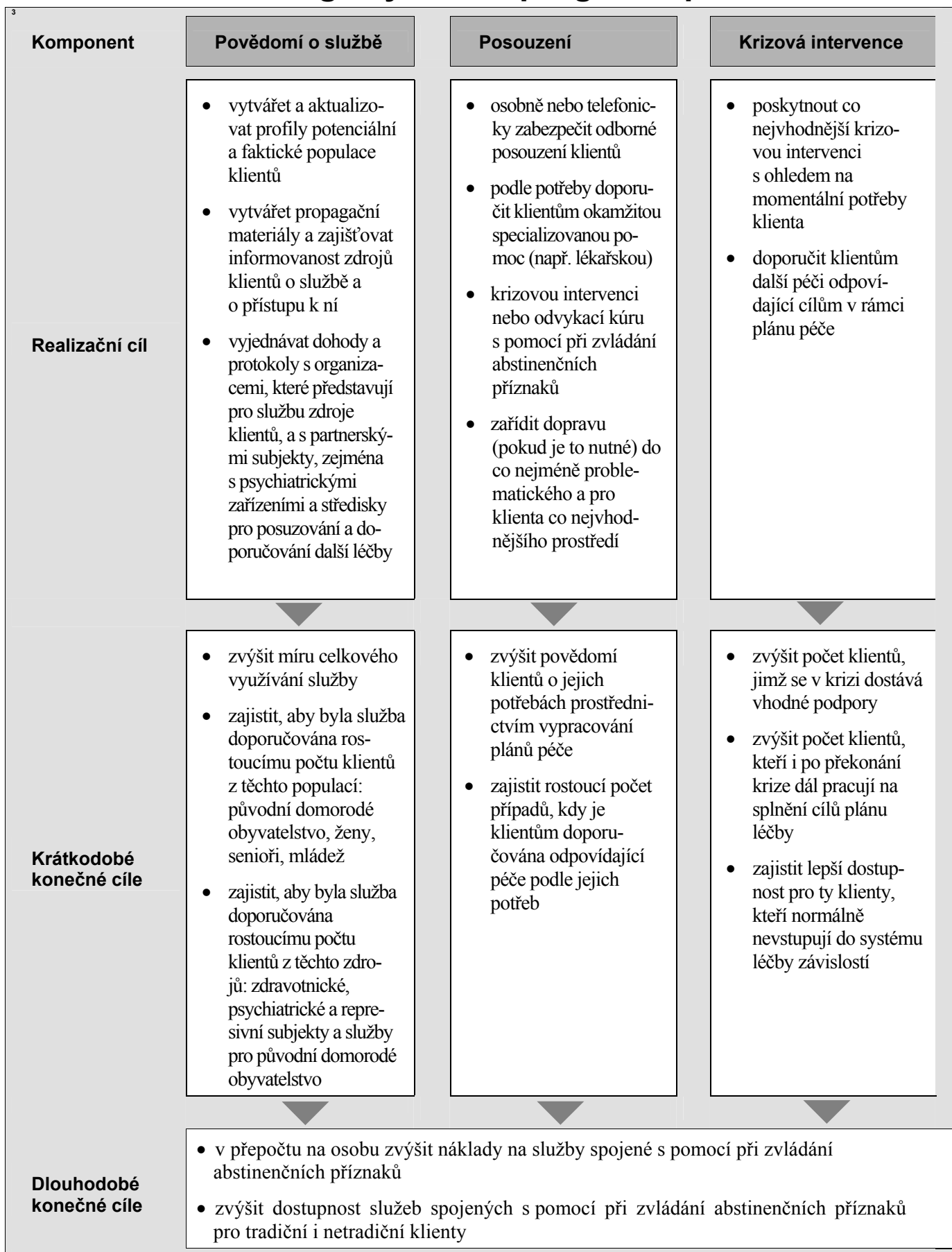
Opět jsme byli schopni dokumentovat většinu těchto informací pomocí běžných evidenčních formulářů. Měli jsme v plánu použít jeden formulář na každého posuzovaného klienta obsahující demografické informace, o nichž byla řeč v rámci prvního komponentu (DATIS), a místo, kam byl klient na službu odkázán (formulář o vstupním posouzení). Informace o klientově stavu z formuláře o vstupním posouzení (tj. užívané drogy a poslední užití, míra klientovy intoxikace, suicidální ideace, abstinenci příznaky a abstinenci anamnéza) by se porovnály s informacemi, na jejichž základě byla klientovi služba doporučena, a určilo by se, jak se o doporučení příslušné služby klientovi rozhodovalo.

## 3. Komponent - krizová intervence

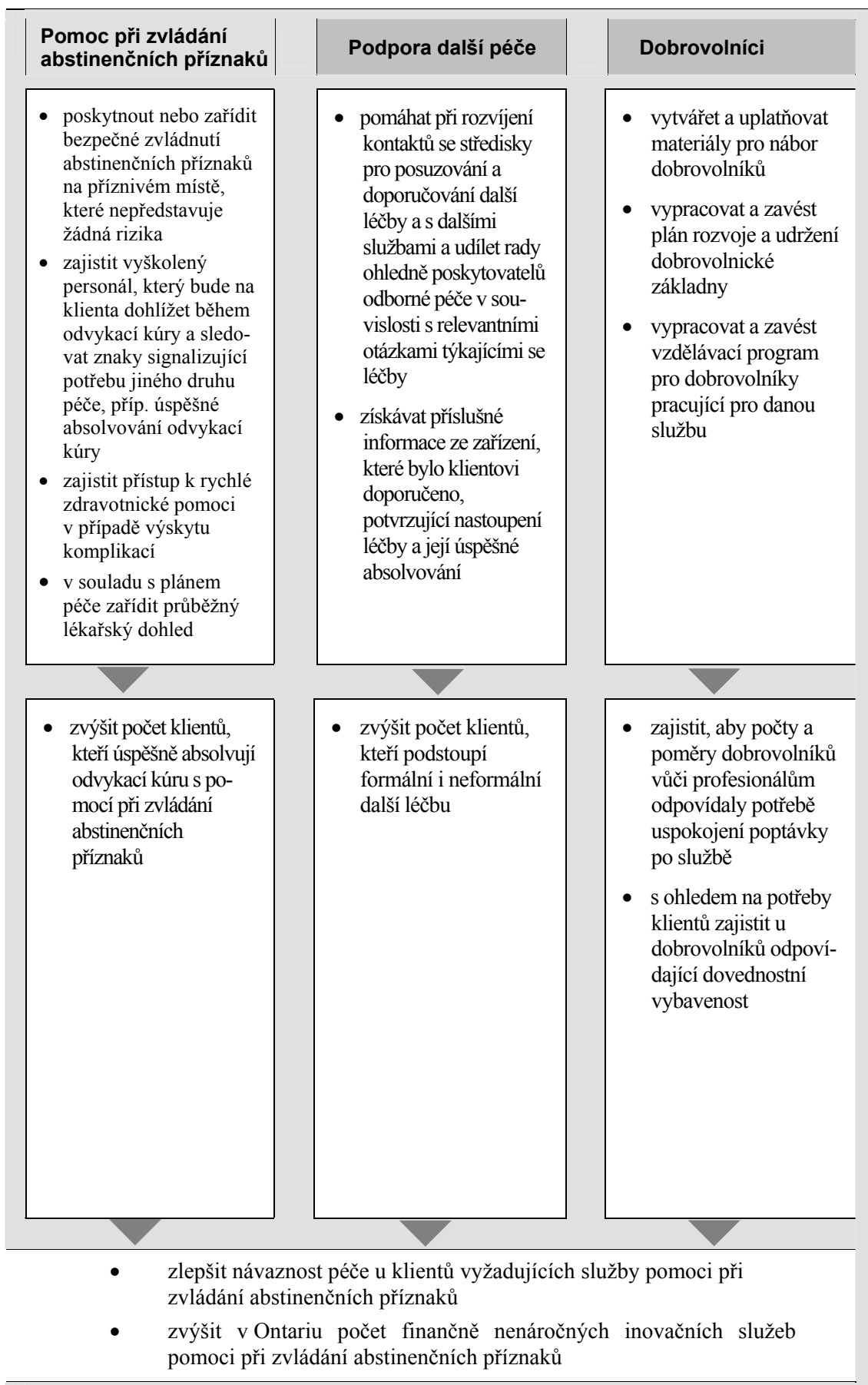
Opět jsme byli schopni dokumentovat většinu těchto informací pomocí běžných evidenčních formulářů. Pracovalo se s jedním formulářem na každého posuzovaného klienta obsahujícím demografické informace, o nichž byla řeč v rámci prvního komponentu (DATIS), jakož i místo, kam byl klient poslán, a zdali klienti, kterým byly doporučeny jiné služby, po absolvování specializované léčby znovu kontaktovali domácí detoxifikační službu.

Pro určení spokojenosti klientů s léčbou jsme se rozhodli použít osmibodovou verzi dotazníku určeného ke zjišťování spokojenosti klientů (Client Satisfaction Questionnaire – CSQ-8, Larsen et al., 1979), vyplněného klienty předtím, než opustí program. Informace o CSQ-8, jakož i informace o dalších způsobech měření výsledků klientů, je možno najít v *Přehledu nástrojů měření výsledků klientů (Directory of Client Outcome Measures, Graham et al., 1993)*. Tento dotazník byl doplněn o otázku, jejímž prostřednictvím byli klienti dotazováni, jakou službu by bývali použili, kdyby nevěděli o THDS. Zaškrtnout mohli tyto alternativy: nemocnice, praktický lékař, věznice/policie, venku na ulici, zůstat doma a jiné.

## SCHÉMA: Logický model programu pro timminskou



## službu pomoci při zvládnání abstinenčních příznaků



#### 4. Komponent – pomoc při zvládání abstinenčních příznaků

Tyto informace jsme byli opět schopni dokumentovat pomocí běžných evidenčních formulářů tak, jak o tom byla řeč u předchozích komponentů. Klienti byli navíc dotazováni na informace o důvodech, které je vedly k volbě místa, kde chtějí podstoupit odvykací kúru, na příslušné alternativy a také na to, zdali podle nich byla jejich rozhodnutí správná. Pokud si klienti zvolili netradiční alternativu, zajímalo nás, zdali by se bývali ozvali, pokud by volba detoxifikačního centra představovala jedinou možnost. O tyto otázky jsme doplnili dotazník na zjišťování spokojenosti klientů, o kterém ještě bude řeč.

Pomocí běžných evidenčních formulářů jsme byli opět schopni dokumentovat veškeré informace o kontaktu s klientem, jako např. počet, typ a délku kontaktů. Bylo toho dosaženo za použití Registru služeb, který je součástí výše zmíněného systému DATIS, s kterým pracují všechny programy na léčbu závislosti v Ontariu. Tato funkce registru služeb nám umožnila zaznamenávat každý kontakt s klientem ze strany programu personálu, ať už osobní nebo telefonický. Byli jsme rovněž schopni kódově vyjádřit, co se během kontaktu událo, např. že „klientova manželka si chtěla promluvit o svých obavách“. Pokud by nebyl k dispozici takto propracovaný systém, tato informace by mohla být kódována manuálně a vyhodnocována u určitého výběrového souboru klientů. Díky tomuto systému jsme byli schopni vést si přehled o četnosti a délce trvání kontaktů s jednotlivými klienty po dobu jednoho roku trvání studie.

K posuzování spokojenosti klientů a jejich rodin jsme použili upravené verze formulářů, které jsme našli v knize Davida Coopera *Domácí detoxifikace závislých na alkoholu a jejich posuzování* (Alcohol Home Detoxification and Assessment, 1994). K používání těchto formulářů jsme obdrželi povolení od vydavatele knihy. Tyto formuláře mapující spokojenost jsme doplnili o otázky ohledně role, kterou

sehráli rodinní příslušníci, příp. přátelé. Rovněž jsme se klientů zeptali, zda nepostrádali společenství jiných lidí v podobné situaci, které by bývali našli v detoxifikačním středisku.

#### 5. Komponent – podpora další péče

Jelikož v severním Ontariu není mnoho programů na léčbu závislosti, vedoucí pracovníci z jednotlivých služeb byli velmi kolegiální a již předtím spolupracovali při mapování svých klientů. Chtěli jsme nicméně zajistit, aby klienti věděli, že jsou součástí studie. Byli tedy o evaluaci informováni a požádáni o vyplnění tiskopisu o souhlasu klienta, kterým nám dali svolení k tomu, abychom mohli do studie zapracovat jejich záznamy. Ubezpečili jsme je, že nikde nebude figurovat jejich jméno, ale pouze identifikační číslo. Byli jsme pak schopni doplnit informace o tom, zda klienti skutečně kontaktovali středisko pro posuzování a doporučování další léčby. Další sledování klientů po fázi kontaktování střediska pro posuzování a doporučování další léčby, na jehož základě by se zjistilo, zda podstoupili následnou léčbu, již přesahovalo rámec této evaluace.

#### 6. Komponent – dobrovolníci

Jak jsme se již zmínili, byli jsme prostřednictvím registrů služeb systému DATIS schopni dokumentovat čas, který profesionálové i dobrovolníci strávili na jednotlivých částech služby. Tyto kvantitativní informace pak mohly být konfrontovány s kvalitativními informacemi získanými od profesionálního personálu a dobrovolníků ohledně jejich subjektivních dojmů a také se spokojeností klientů a osob poskytujících jim podporu se službou, které se jim dostalo. Rozhodli jsme se formou interview od personálu a dobrovolníků zjistit názory na jejich pracovní vytížení. Doufali jsme, že na základě těchto údajů se budeme schopni vyjádřit k nejvhodnějšímu složení personálu.

Důležitá byla otázka počtu dobrovolníků, kteří by měli být v určitý moment najednou k dispozici, protože organizování rozsáhlého fondu dobrovolníků je časově náročné a padá na úkor jiných aktivit v rámci služby. Rozhodli jsme se, že budeme sledovat využití dobrovolnických rezerv a dokumentovat tak poptávku po nich v průběhu roku.

Měli jsme také zájem provést s dobrovolníky interview a zjišťovat, jaký měli pocit ze své aktivní práce v rámci programu ve srovnání s tím, kdy jsou k dispozici, ale povolání jen zřídka.

## Jak probíhala analýza dat?

Ředitelka detoxifikační služby a evaluátor rozhodli, že veškerá data potřebná k evaluaci programu budou shromážděna pracovníky služby a zanášena běžným způsobem do databáze služby administrativními pracovníky služby. Jakmile budou data v počítači služby, vypracuje služba obvyklým způsobem základní popisnou statistiku. Veškeré analýzy prováděné pro účely evaluace budou svou povahou popisné, což znamená, že budeme dokumentovat provoz služby, jak o tom bylo pojednáno výše. Pomocí srovnávacích tabulek jsme měli v plánu provést porovnání mezi klienty v detoxifikačním středisku a klienty v netradičním prostředí. Klienti měli být monitorováni po dobu jednoho roku od zahájení sběru dat. Každý komponent modelu měl být popsán zvlášť.

Veškerá data měla být vzájemně propojena pomocí specifického identifikačního údaje systému DATIS pro každého klienta. Dotazníky mapující spokojenost klientů a jejich rodin, příp. osob poskytujících jim zázemí, měly být detoxifikační službou překódovány. Aby byla klientům zajištěna diskrétnost, pracovníci detoxifikační jednotky měli doručit dotazníky společně s obálkami a požádat klienty, aby vyplněné dotazníky odevzdali v zalepených obálkách. S dotazníky přijdou do styku pouze administrativní pracovníci zodpovědní za zanášení dat a ti nebudou znát jméno klienta ani osoby poskytující klientovi podporu.

Na konci evaluace jsme měli být schopní popsat jak klienty, kteří prošli detoxifikační službou, tak ty, jimž byla poskytnuta pomoc při překonávání krize, subjekty doporučující klientům jednotlivé služby a příslušné služby, které tyto

subjekty doporučily, délku pobytu v rámci dané služby a počet a délku trvání kontaktů u domácí detoxifikace, spokojenost se službami a počet a popis klientů, kteří ve skutečnosti kontaktují střediska pro posuzování a doporučování další léčby. Měli jsme být také schopni vyjádřit se k využívání dobrovolníků v rámci naší služby.

## Plán evaluace

V tomto bodě jsme potřebovali vypracovat písemný evaluační plán. Písemný plán byl důležitý, protože jsme v něm mohli formulovat různé okruhy problémů, o kterých bylo pojednáno v rámci této případové studie, jako například co k evaluaci vedlo nebo proč se prováděla, kdo představoval jednotlivé zainteresované strany, logický model programu, evaluační otázky, jaké byly organizační principy (tzn. jaké hlavní principy a procesy se měly při evaluaci uplatňovat). V našem případě usilujeme o participační proces a o směřování evaluace na vlastní proces, na způsob vykazování a využívání výsledků a konečně na náklady.

Rozhodli jsme se, že plán sepíše evaluátor po poradě s ředitelkou služby, konzultantem z ARF a předsedou komunitního sdružení. O všech složkách plánu jsme měli diskutovat a konečná verze návrhu plánu měla být rozšířena mezi členy personálu služby a členy sdružení. Toto rozdělení úkolů se zdálo být spravedlivé z ohledem na skutečnost, že služba na sebe brala odpovědnost za veškeré zanášení dat a vypracovávání statistických zpráv. Evaluátor měl mít rovněž na starost vypracování závěrečné evaluační zprávy. Průběžné zprávy měla na starost ředitelka služby a programový konzultant z ARF ve spolupráci s evaluátorem. Výsledky evaluace měly být k dispozici všem výše uvedeným zainteresovaným stranám. Doufali jsme, že pracovníci detoxifikační služby využijí výsledky k tomu, aby dle potřeby program upravili a vylepšili. Předpokládali jsme, že ministerstvo zdravotnictví uplatní veškeré pozitivní výsledky při propagaci koncepce domácí detoxifikace v dané provincii.

## Náklady

Jak již bylo uvedeno, měli jsme v plánu evaluovat program po dobu jednoho roku od zahájení sběru dat. Ředitelka detoxifikační jednotky se pro evaluaci natolik nadchla, že sama navrhla, aby administrativní pracovnice služby zanášela veškerá nashromážděná data do počítače v rámci svých běžných pracovních povinností. Měli jsme rovněž v plánu využít při sběru některých dat pomoc dobrovolníků, které měla služba k dispozici. Konečně jsme se také při evaluaci snažili v maximální možné míře používat běžné formuláře pro sběr dat, s kterými služba pracuje, abychom ulehčili práci personálu služby, který je má za povinnost vyplňovat. Z těchto důvodů jsme doufali, že se nám podaří minimalizovat náklady na evaluaci. Služby evaluátora a programového konzultanta z Nadace pro výzkum závislostí byly programu poskytnuty bezplatně. ARF je financováno ze stejných vládních zdrojů, z kterých jdou peníze na organizace zaměřující se na léčbu závislostí, přičemž mezi úkoly ARF patří poskytování podpory těmto subjektům. Tyto náklady, byť se neodrazily ve faktickém přesunu

finančních prostředků, by se samozřejmě daly vypočítat: například evaluátor věnoval projektu za rok 20% svého času, programový konzultant ARF 30% svého času, administrativní pracovnice služby 15% svého času apod. Největší částky skutečně vynaložených peněz představovaly cestovní výlohy evaluátora, který na své schůzky s personálem služby a na setkání sdružení musel do Timmins létat 800 km. Část těchto cestovních nákladů byla uhrazena ze sbírek iniciovaných dobrovolníky služby a členy sdružení.

Jak jsme již také poznamenali, pro službu nebylo nutné absolvovat procesní evaluaci všech komponentů služby najednou, jak to bylo naplánováno v tomto případě. Služba pracující bez cizí pomoci se může rozhodnout provádět evaluaci vždy pouze jednoho komponentu a shromažďovat data k tomuto komponentu v průběhu kratšího časového období, než jak jsme to plánovali v tomto případě, například po dobu tří měsíců. Postupně bude možné provést evaluaci všech komponentů, které službu zajímají, přičemž rozsah vynaložených nákladů a prostředků bude ve všech jednotlivých případech menší.

## Bibliografie k případové studii

- Addiction Research Foundation *A Guide for Planning Withdrawal Management Services in Rural and Remote Areas and Small Urban Centres of Ontario*, 1994.
- Cooper, David B. *Alcohol Home Detoxification and Assessment*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
- Graham, K., Price, B., Brett, P., Baker, A., Bois, C., Boyle, B., Chapman, L., Eliany, M., Gaskin, J., Martin, G., Sobell, L.C., a Thompson, J. *A Directory of client outcome measures for addiction treatment programs*. Toronto: The Addiction Research Foundation, 1993.
- Hayashida, M., Alterman, A., McLellan, A., O'Brien, C., Purtill, J., Volpicelli, J., Raphaelson, A. a Hall, C. Comparative Effectiveness and cost of inpatient and outpatient detoxification of patients with mid-to-moderate alcohol withdrawal syndrom. *The New England Journal of Medicine*, 1989, 320:358-365.
- Larsen, D., Attkinson, C., Hargreaves, W. a Nguyen, T. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 1979, 2: 197-207.
- Stinnett, J.L. Outpatient detoxification of the alcoholic. *The International Journal of the Addictions*, 1982, 17: 1031-1046.
- Stockwell, T., Bolt, L., Milner, I., Russell, G., Bolderston, H., a Pugh, P. Home Detoxification from Alcohol: its safety and efficacy in comparison with inpatient care. *Alcohol and Alcoholism*, 1991, 26: 645-650.
- Stockwell, T., Murphy, D. a Hodgson, R. The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 1983, 78(2): 145-155.



## Nyní je řada na vás

Jaké jsou silné a slabé stránky uvedené případové studie? Uveďte tři kladné stránky a tři záporné stránky:

### Silné stránky případové studie:

1 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Slabé stránky případové studie:

1 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Případová studie provádění evaluace



## Vytváření Maudsleyova profilu závislosti (MAP)

Marsden J, Gossop M, Steward D, Best D, Farrell M, Edwards C, Lehmann P & Strang J. (1998). The Maudsley Addiction Profile: A brief instrument for assessing treatment outcome (Maudsleyův profil závislosti: praktický nástroj k posuzování výsledků léčby). *Addiction* 93, 1857-1868.

Národní centrum pro závislosti

Maudsleyova nemocnice/Psychiatrický institut

4, Windsor Walk, Londýn, SE5 8AF, Spojené království

Dr. John Marsden

National Addiciton Centre

Maudsley Hospital/Institute of Psychiatry

4, Windsor Walk, London, SE5 8AF, UK.

Tel.: ++ 171 919 3830

E-mail: J. [Marsden@iop.kcl.ac.uk](mailto:Marsden@iop.kcl.ac.uk)

### Kdo kladl otázky a proč chtěl mít takové informace k dispozici?

Tato případová studie v přehledu popisuje tvorbu Maudsleyova profilu závislosti (MAP). MAP je stručný dotazník určený k vyplnění v rámci interview s pomocí tazatele pro využití při práci s problémovými uživateli drog (UD) a alkoholu (UA). Byl vypracován týmem výzkumných pracovníků ve spolupráci s klinickým personálem Maudsleyovy nemocnice/Psychiatrického institutu v Londýně. MAP je určen k využití při zkoumání výsledků léčby a k běžnému užívání v rámci evaluace léčebných programů.

Jednotlivé položky byly vybrány tak, aby byly schopny reagovat na různé změny, přičemž nástroj se dá aplikovat v jednom či více bodech během léčby nebo po jejím skončení.

Během naší vývojové studie jsme formulovali nároky, které by MAP měl splňovat: (i) dobrý obsah a zdánlivá validita, (ii) časově nenáročná aplikace, (iii) jednoduché vyhodnocování s jasnou a jednoznačnou interpretací a (iv) přijatelná míra testové retestové validity. První fáze spočívala v prostudování příslušné literatury a debatách s britskými i zahraničními odborníky z oblasti výzkumu i klinické praxe ohledně relevantních domén posuzování v souvislosti s touto populací klientů (Marsden, 1994).

Za názory vyjádřené v této případové studii zodpovídá pouze autor.

Dospělo se ke čtyřem doménám představujícím klíčové komponenty dotazníku mapujícího výsledky: (a) konzumace drog a alkoholu, (b) rizikové chování z hlediska zdraví, (c) zdravotní problémy a (d) plnění osobních/sociálních funkcí (přičemž sociální aspekt obvykle obnáší problémy ohledně vztahů k druhým lidem, zaměstnání a kriminální činnost) (McLellan et al. 1980; Babor et al. 1994; Simpson & Chatham 1995). V souvislosti s první doménou je třeba poznamenat, že jsme se rozhodli posuzovat typické množství užívané látky. Vzhledem k tomu, že si uvědomujeme problematičnost přesnosti údajů týkajících se dávek drogy, které klienti sami uvádějí, domnívali jsme se, že se jedná o žádoucí klinické a výzkumné měřítko.

Tvorba měřítek v rámci každé z těchto domén vycházela z existujících stručných souhrnných nástrojů evaluace výsledků – Index míry závislosti (Addiction Severity Index, ASI, McLellan et al. 1980; McLellan et al. 1992a) a Index léčby závislosti na opiátech (Opiate Treatment Index, OTI, Darke et al., 1992). Příslušné informace jsme rovněž získali při své práci na vývoji nástrojů měření a při spolupráci s poskytovateli léčebných programů během plánovací fáze britské výzkumné studie o celonárodních výsledcích léčebných programů (podrobnější informace viz Gossop, Marsden & Stewart, 1998). Na základě této studijní fáze jsme vypracovali následující strukturu MAP:

### Struktura Maudsleyova profilu závislosti (MAP)

Doména	Měřítko	Proměnná (chování za posledních 30 dní)			
<b>Užívání drog</b>	Spotřeba	<ul style="list-style-type: none"> <li>počet dnů, během nichž byla droga užitá</li> <li>obvyklé množství užitá během těchto dnů</li> <li>obvyklá forma aplikace (orální, intranazální, inhalační, intravenózní)</li> </ul>			
	<b>Rizikové chování</b>	<table border="1"> <tr> <td>Nitrožilní užívání</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>počet dnů, během nichž byla droga užitá nitrožilně, a kolikrát denně během těchto dnů</li> <li>kolikrát došlo ke sdílení jehly/stříkačky</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Sexuální</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>počet sexuálních partnerů (bez použití kondomu)</li> <li>počet pohlavních styků bez použití kondomu</li> </ul> </td> </tr> </table>	Nitrožilní užívání	<ul style="list-style-type: none"> <li>počet dnů, během nichž byla droga užitá nitrožilně, a kolikrát denně během těchto dnů</li> <li>kolikrát došlo ke sdílení jehly/stříkačky</li> </ul>	Sexuální
Nitrožilní užívání	<ul style="list-style-type: none"> <li>počet dnů, během nichž byla droga užitá nitrožilně, a kolikrát denně během těchto dnů</li> <li>kolikrát došlo ke sdílení jehly/stříkačky</li> </ul>				
Sexuální	<ul style="list-style-type: none"> <li>počet sexuálních partnerů (bez použití kondomu)</li> <li>počet pohlavních styků bez použití kondomu</li> </ul>				
<b>Zdraví</b>	Tělesné	<ul style="list-style-type: none"> <li>frekvence vážných příznaků (celkové, trávicí ústrojí, neurologické, pohybové ústrojí, kardiorepirační)</li> </ul>			
	Duševní	<ul style="list-style-type: none"> <li>frekvence vážných příznaků (úzkost a deprese)</li> </ul>			
<b>Plnění sociálních funkcí</b>	Zaměstnání	<ul style="list-style-type: none"> <li>počet dní v placeném zaměstnání/nezaměstnanost</li> <li>neomluvená absence v zaměstnání</li> </ul>			
	Osobní vztahy	<ul style="list-style-type: none"> <li>počet dní kontaktu s partnerem/příbuznými/přáteli</li> <li>počet dní, během nichž došlo ke konfliktu s partnerem/příbuznými/přáteli</li> </ul>			
	Trestná činnost	<ul style="list-style-type: none"> <li>počet dní, během nichž osoba prodávala drogy</li> <li>počet dní, kdy se osoba dopustila drobných krádeží nebo jiných trestných činů</li> </ul>			

Součástí MAP je úvodní část a ve verzi používané pro terénní testování obsahuje tento nástroj celkem 60 položek. Užije se sledované období posledních 30 dnů před nástupem na léčbu. Vzhledem k účelu nástroje v něm nejsou zahrnuty žádná celoživotní nebo dlouhodobější měřítka. Na začátku interview se klientovi vysvětlí účel a struktura MAP, včetně záležitostí týkajících se ochrany osobních dat, a zaznamená se jeho věk, pohlaví a etnická příslušnost.

## Užívání drog

První oddíl má 22 položek. Ve verzi pro terénní testování byly uvedeny tyto látky: nelegální heroin, předepsaný a nepředepsaný metadon, předepsané a nepředepsané benzodiazepiny (běžně známé jako diazepam a temazepam), kokainová báze (crack), hydrochlorid kokainu a alkohol. Klientovu paměť je možno stimulovat tak, že jsou mu ukázány odpovědní karty, na nichž je uvedeno sedm vzorců běžné frekvence (od jedenkrát týdně po každý den). Zaznamená se tak nejprve celkový počet dní v měsíci před nástupem, kdy došlo k užití jednotlivých látek. Intenzita (či množství) užití se pak zaznamená na základě toho, co klient doslovně sdělí ohledně množství spotřebovaného během typického dne za poslední měsíc, kdy nějakou látku užil. V případech, kdy se množství lišilo, je klient požádán, aby si vybavil množství, které užil během dvou tří posledních dnů v rámci sledovaného období, kdy došlo k užití látky. Užití množství za každý takový den je zaznamenáno a později zprůměrováno. S výjimkou alkoholu se u každé látky rovněž zaznamená obvyklý způsob, příp. způsoby, aplikace látky během sledovaného období za použití těchto kategorií: orální, intranazální, inhalační, intravenózní.

## Rizikové chování v souvislosti s nitrožilním užíváním a sexuálními praktikami

Druhá doména má pět měřítek. Zaznamenává se počet dní, během kterých si klient nitrožilně aplikoval látku, společně s počtem takových aplikací během typického

dne. Pokud bylo nitrožilní užití epizodické, je zaznamenáno prostřednictvím téhož postupu pro četnost epizodického užívání drog. Klient je rovněž dotázán, kolikrát si něco píchl za použití jehly/stříkačky, kterou podle něj již předtím použil někdo jiný (naše definice sdílení jehel/stříkaček). Na rizikové sexuální chování v poslední době se nepřímo zeptáme tak, že požádáme klienta, aby odhadl s kolika lidmi a celkem kolikrát měl penetrační pohlavní styk bez použití kondomu.

## Tělesné a duševní zdraví

Třetí doména má 20 položek. Na tělesné zdraví byla použita desetipoložková symptomová škála převzatá v upravené formě z 51-položkového přehledu vypracovaného Darkeem a jeho kolegy pro Index léčby závislosti na opiátech (Darke *et al.* 1991). Pětistupňová likertovská škála byla uplatněna za účelem posouzení frekvence registrování jednotlivých symptomů (nikdy, zřídka, někdy, často, vždy (bodováno 0-4) s ohledem na maximalizaci citlivosti vůči změnám. Škála se jednoduše vyhodnocuje úhrnem hodnot napříč jednotlivými položkami (rozpětí od 0 do 40). 10-položková škála k posouzení obecných emočních problémů byla odvozena a v upravené podobě přejata z 6-položkových podškál úzkostných a depresivních vztahů Stručného přehledu symptomů (BSI, Derogatis 1975). Škála se jednoduše vyhodnocuje úhrnem hodnot napříč jednotlivými položkami (rozpětí od 0 do 40). Je rovněž možné vypočítávat různé hodnoty pro úzkostné a depresivní ideace.

## Plnění sociálních funkcí

Čtvrtá doména má devět položek ve třech pododdílech:

(i) Konflikt ve vztahu. Údaj o vážném konfliktu, který klient prožil, je zaznamenán na základě uvedení počtu dní, během nichž byl klient v kontaktu se svým obvyklým sexuálním partnerem, příbuzným(i) a přáteli, a počtem dní, během nichž došlo k vážnému konfliktu mezi klientem a těmito lidmi nebo jejich skupinou. Tyto hodnoty vycházely z nástrojů měření rodinného konfliktu vypracovaného pro Index míry závislosti

(McLellan *et al.*, 1992a). Pokud klient nebyl s nikým v žádném osobním vztahu nebo neměl žádné příbuzné nebo přátele, uvede se nulová hodnota. Tyto hodnoty jsou následně vyjádřeny jako procento dnů, kdy došlo ke konfliktu, vzhledem k počtu dnů, kdy byl klient s příslušnými osobami v kontaktu.

(ii) Zaměstnaní. V souvislosti se zaměstnáním se měří tři údaje: počet dnů oficiální nezaměstnanosti, počet dnů, kdy klient vykonával placenou práci, a počet pracovních dnů, během nichž se klient nedostavil do práce z důvodu nemoci nebo neomluvené absence.

(iii) Trestná činnost. V tomto posledním oddílu se zaznamenávají tři kategorie trestné činnosti: prodej drog, drobné krádeže v obchodech a jiná kriminalita. Do poslední kategorie spadají společně následující trestné činy: zcizení majetku, okradení osoby, vykradení vozidla a podvod/padělání. Klient je požádán, aby si vybavil četnost dní, během nichž byl příslušný typ trestného činu za poslední měsíc spáchán. V rámci měření intenzity účasti na trestné činnosti je respondent nakonec požádán, aby odhadl, kolikrát byl příslušný typ trestné činnosti během typického dne spáchán.

## Jakých prostředků bylo zapotřebí ke sběru a interpretaci informací?

K vypracování dotazníku MAP a jeho počátečnímu psychometrickému hodnocení bylo použito interního výzkumu a klinických prostředků. Výzkumný tým, vedený prvně jmenovaným autorem, tvořili dva muži a dvě ženy. Ve všech případech se jednalo o zkušené členy Jednotky pro výzkum závislostí, absolventy bakalářského, magisterského nebo doktorandského studia v oboru psychologie nebo sociologie. Dva kliničtí ošetřovatelé a dvě klinické ošetřovatelky se zúčastnili jako tazatelé při

interview pod vedením pátého z autorů (konzultant z oboru psychiatrie). Všichni byli zkušenými členy našich klinických služeb s kvalifikací pro všeobecné ošetřovatelství nebo psychiatrii se specializací na závislosti. Náš interní výzkum a klinické prostředky byly doplněny o výzkumný grant, poskytnutý anglickým ministerstvem zdravotnictví na podporu projektu. Na podporu projektu jsme rovněž připravili podrobný protokol a soubor pokynů a formou jednoho dvouhodinového školení jsme osoby k tomu určené zasvětili do provádění interview. V průběhu terénního testování byla pořádána pravidelná setkání, na kterých se probíraly a řešily různé problémy, na něž se během interview s klienty narazilo.

## Jak se sbírala data?

V našich komunitních a rezidenčních službách v rámci Maudsleyovy nemocnice v Londýně jsme provedli studie na základě terénního testování s použitím výběrového souboru UD a UA. Detailnější popis prvotního psychometrického hodnocení viz Marsden *et al* (odevzdáno k publikování). Tohoto terénního testování se zúčastnily dva víceoborové komunitní programy: služba pro uživatele drog nabízející opioidovou substituci a detoxifikaci a služba pro UA nabízející posouzení, krátkou intervenci a detoxifikaci. Zúčastnily se také dva rezidenční programy: služba pro UD nabízející 30-denní detoxifikaci a prevenci relapsu a 10-denní diagnostická a detoxifikační služba. Účelem těchto studií bylo zhodnotit několik aspektů psychometrické funkce MAPu. Za účelem posouzení na základě testové retestové a souběžné validace bylo vybráno 240 klientů (160 mužů a 80 žen) ze čtyř léčebných programů získaných metodou kvótního výběru. Každý z osmi tazatelů vedl interview s 30 klienty (20 UD a 10 UA). Účast na terénním testování byla dobrovolná a nikomu z klientů nebylo za čas strávený na testování zapláceno.

## Jak probíhala analýza dat?

Za použití intra-class korelačního koeficientu (ICC) pro intervalová měření a Cohenova koeficientu kappa pro kategoriální měření byla posouzena psychometrická vyhodnocení testové retestové validity.

## Co se zjistilo?

Bylo zjištěno, že položky MAPu jsou v maximální míře přijatelné pro většinu klientů. Průměrná doba potřebná k provedení zkušební interview byla 11,7 minut (rozpětí = 6-27 minut). Uspokojivých výsledků bylo dosaženo prostřednictvím posouzení klientem hlášených výsledků testů moči, souběžně validity škál u srovnatelných měření a třídní testové retestové reliability na základě vzájemné shody tazatelů.

## Jak byly výsledky využity?

Výsledky prvotního terénního testování MAPu dosáhly uspokojivých parametrů z hlediska vývojových cílů, které jsme pro daný nástroj stanovili, přičemž během fází studie obnášejících sestavení a terénní testování bylo prokázáno jejich dosažení. Z těchto výsledků vyplývá několik závěrů pro praxi výzkumu výsledků. Osm látek uvedených ve verzi MAPu pro terénní testování bude zapotřebí rozšířit o další látky s ohledem na průběžně se měnící převládající vzorce užívání v závislosti na době a místě. Je rovněž možné pracovat s jiným sledovaným obdobím: buď posledních 60 dnů (dva měsíce), posledních 90 dnů (tři měsíce) nebo dokonce posledních 180 dnů (šest měsíců).

Pokud se MAP široce využívá jako běžná součást klinické praxe, je výhodné jej začlenit mezi stávající záznamy a postupy uplatňované v rámci klinického posuzování. Tento přístup jsme zvolili i v našich službách. Doporučujeme přijetí modulárního přístupu k výzkumu výsledků, v rámci něhož je nejprve zaznamenán primární soubor měřítek výsledků, přičemž další měření výsledků jsou doplněny dle potřeby. Zjevně nutná jsou rovněž měřítka léčby jako takové a k dispozici je několik nástrojů, které zaznamenávají různé aspekty léčebných procesů a prostředí programů (Simpson&Chatham, 1995; Moos 1988b; McLellan et al., 1992b). Minimálně by mělo být zaznamenáno prostředí, metoda a trvání léčby. V rámci komplexnější evaluace výsledků by se rovněž dalo pracovat s dalšími měřítky klientovy volby léčebných cílů, s mírou služeb poskytnutých v rámci programu, se stavem klientů po propuštění z léčby a dalšími nestandardními typy poskytnuté léčby. Nedávno jsme rovněž vytvořili dotazník zjišťující, jak léčbu vnímají klienti (Treatment Perceptions Questionnaire, TPQ). Jedná se o 10-stupňovou škálu spokojenosti s léčbou závislostí, kterou je možno použít jako doplněk kvantitativního posuzování výsledku (Marsden et al., v tisku).

Na závěr je možno říci, že vývojová studie MAPu prokázala, že sběr korpusu kvantitativních měřítek problémů, s kterými se klienti setkávají, by neměl pro léčebný nebo výzkumný personál představovat výraznější administrativní zátěž. Proto doufáme, že může podnítit rozvoj výzkumných aktivit ze strany poskytovatelů léčby.

## Bibliografie k případové studii

- Babor, T.F., Longabaugh, R., Zweben, A., Fuller, R., Stout, R., Anton, R.F. & Randall, C.L. Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol*, 1994, 12 (Dodatek): 101-111.
- Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N. & Ward, J. Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *British Journal of Addiction*, 1992, 87:733-742.
- Derogatis, L.R., *Brief Symptom Inventory* (Stručný přehled symptomů). (Baltimore, Clinical Psychometric Research), 1975.
- Gossop, M., Marsden, J. & Stewart, D. *NTORS at one-year: Changes in substance use, health and criminal behaviour one year after intake*. London. Department of Health, 1998.
- Marsden, J. *Treating drug and alcohol problems: A review of assessment domains, outcome measures and instruments*. London. Department of Health, 1994.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, F., Lehmann, P., Edwards, C. & Strang, J. (1998) The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 93, 1857-1868.
- Marsden, J., Steward, D., Gossop, G., Rolfe, A., Bacchus, L., Griffiths, P., Clarke, K. & Strang, J. (v tisku) Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). *Addiction Research*
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. & Woody, G.E. An improved evaluation instrument for substance abuse patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1980, 68: 26-33.
- McLellan, A.T., Alterman, A.I., Cacciola, J., Metzger, D., & O'Brien, C.P. A new measure of substance abuse treatment: initial studies of the Treatment Services Review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1992b, 180:101-110.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grisson, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1992a, 9:199-213.
- Moos, R.H. *Community-Oriented Programs Environment Scale manual: Second Edition*. Palo Alto, Kal., Consulting Psychologists Press), 1988b.
- Simpson, D.D. & Chatham, L.R. *TCU/DATAR Forms Manual*. Improving Drug Abuse Treatment, Assessment, and Research (DATAR) Project. Fort Worth, Texas: Institute of Behavioural Research, Texas Christian University, 1995.



## Nyní je řada na vás

Jaké jsou silné a slabé stránky uvedené případové studie? Uveďte tři kladné stránky a tři záporné stránky:

### Silné stránky případové studie:

1 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Slabé stránky případové studie:

1 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_