

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Specifika práce s drogově závislými z pohledu  
sociálního pracovníka**

Bc. Simona Slaninová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. D. Urban, PH.D.

**Praha 2017**

**Prague College of Psychosocial Studies**

**Work specificity about the drug addicted out of the  
social worker view**

Bc. Simona Slaninová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. D. Urban, PH.D.

**Praha 2017**

## **Anotace**

Tématem této diplomové práce jsou Specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka. Diplomová práce se dělí na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část práce si klade za cíl popsat práci s drogově závislými a definovat specifika práce s drogově závislými. Výzkumná část shrnuje výsledky výzkumu a odpovídá na otázku, jaká jsou specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálních pracovníků v K centrech v Moravskoslezském kraji.

## **Klíčová slova**

drogy, závislost, K – centra, terénní práce, služby pro drogově závislé, sociální pracovník

## **Abstract**

The work specificities about the drug addicted people taken as the view of a social worker is the theme of this diploma work. The work is divided into the theoretical and the research section. The aim of the theoretical section is a description of the job with the drug addicted ones together with a definition of a job specification with dependent upon drugs. The research segment sums up results of the research and responds to a question what are the job specificities with those who are drug addicted out of the social worker view at the K centres in the Moravia – Silesian region.

## **Keywords**

drugs, addiction (dependence), K – centres, fieldwork, service for the drug addicted, social work

### **Čestné prohlášení**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Prohlašuji, že elektronická verze práce je shodná s verzí tištěnou.

.....

Bc. Simona Slaninová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu práce Doc. PhDr. D. Urbanovi, PH.D. za pomoc a cenné rady při vedení této diplomové práce.

# Obsah

<b>ÚVOD</b>	<b>7</b>
<b>1 Problematika drogové závislosti v kontextu sociální práce</b>	<b>9</b>
1.1 Faktory vzniku drogové závislosti.....	15
1.2 Důsledky užívání drog.....	17
<b>2 Specifika sociální práce s drogově závislými</b>	<b>22</b>
2.1 Teorie a modely sociální práce s drogově závislými.....	24
2.2 Cíle a principy práce s drogově závislými.....	28
2.3 Druhy služeb a zařízení pro drogově závislé.....	31
2.4 Metody a techniky sociální práce s drogově závislými.....	35
2.5 Osobnost sociálního pracovníka při práci s drogově závislými .....	46
2.6 Obtížné situace při práci s drogově závislými.....	50
<b>3 Shrnutí poznatků z teoretické části a náměty na vlastní výzkumné šetření</b>	<b>54</b>
<b>4 Výzkumná část</b>	<b>56</b>
4.1 Výzkumné otázky .....	56
4.2 Použité metody sběru a vyhodnocení dat .....	57
4.3 Výzkumný vzorek .....	57
4.3.1 K – centrum – terénní programy.....	58
4.3.2 K – centrum – činnost kontaktního centra.....	58
4.4 Presentace výsledků .....	59
4.5 Závěr výzkumné části a diskuze.....	73
<b>Závěr</b>	<b>78</b>
<b>Seznam použitých informačních zdrojů</b>	<b>80</b>
<b>Seznam obrázků</b>	<b>84</b>
<b>Seznam tabulek</b>	<b>85</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>86</b>

# ÚVOD

*„Jakákoliv závislost je špatná, ať už je drogou alkohol, morfin nebo idealismus.“  
(Carl Gustav Jung)*

Tématem této diplomové práce jsou Specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka. Sociální práce s drogově závislými probíhá na našem území již řadu let a za tu dobu došlo v této oblasti k velkému pokroku, přesto je stále co zlepšovat.

Drogy a drogová problematika jsou v naší společnosti alarmujícím problémem a v současnosti i problémem velmi rozšířeným. Závislost si v podstatě můžeme představit jako stav, kdy se nemůžeme bez určité látky, věci nebo aktivity obejít, velmi po ní toužíme a chceme ji stále víc a víc. Ve chvílích, kdy se nám dané látky, věci nebo aktivity nedostává, máme pocit psychického či fyzického vyčerpání a je nám velmi špatně. Už jen z popisu je patrné, že se jedná o stav, který je velmi těžké ovládat a pro člověka je velmi nepříjemný.

Musíme si ovšem uvědomit, že taková závislost - a v našem případě máme na mysli především tu drogovou, je problémem mnohem širším. Neovlivňuje jen jedince samotného, ale protože postupně ztrácí kontrolu nad svým chováním a působí tak škody svému širšímu okolí, mluvíme tady o závislosti patologické, celospolečenské.

A protože se drogová závislost řadí mezi chronická onemocnění centrální nervové soustavy, je možné ji nejen diagnostikovat a léčit, ale máme především tendenci a snahu jí předcházet.

Cílem této diplomové práce je definovat a popsat sociální práci s drogově závislými. Popsat její specifika prostřednictvím literatury k tématu a ve výzkumné části také prostřednictvím rozhovorů, přímo se sociálními pracovníky, kteří se s drogově závislým každodenně setkávají.

Diplomová práce se dělí na část teoretickou, která shrnuje a definuje základní poznatky z drogové problematiky a blíže se věnuje právě specifikům sociální práce s drogově závislými. Postupně jsou definovány teorie a modely sociální práce, které je možno využít při práci s drogově závislými, dále jsou blíže popsány cíle a principy této práce spolu se službami a zařízeními pro drogově závislé. V další části jsou popsány metody a techniky sociální práce, osobnost sociálního pracovníka a obtížné

situace, se kterými se pracovník může setkat při práci s drogově závislými.

Na teoretickou část navazuje část praktická. Jejím cílem bylo zjistit, jaká jsou specifika sociální práce s drogově závislými z pohledů sociálních pracovníků, kteří s drogově závislými pracují. Výzkum byl proveden mezi sociálními pracovníky K – center v Moravskoslezském kraji. Postupně byly stanoveny hlavní a dílčí výzkumné otázky. Pro výzkumnou část byl zvolen kvalitativní výzkum a to formou rozhovorů. Následně byl vytvořen závěr výzkumné části a to technikou zvanou „vyložení karet“.

Obsah teoretické i praktické části byl vytvořen tak, aby splňoval cíl stanovený na počátku celé práce, tedy definovat sociální práci s drogově závislými a popsat její specifika. Cíl této diplomové práce byl naplněn.

Poznatky, které byly v rámci výzkumu zjištěny, mohou sloužit nejen samotným sociálním pracovníkům, kteří s drogově závislým pracují, ale také jejich nadřízeným a organizacím, které se této problematice věnují. Zajímavé tyto výsledky mohou samozřejmě být i pro širší veřejnost. Získané poznatky mohou být také přínosem pro širší akademickou obec, neboť ji mohou seznámit s tím, jaká specifika vnímají sociální pracovníci na své práci.

Ve své práci jsem vycházela z odborné literatury, článků na toto téma a legislativy v této oblasti. Empirická část byla postavena na poznatcích, které byly získány rozhovory se sociálními pracovníky K – center v Moravskoslezském kraji.



# 1 Problematika drogové závislosti v kontextu sociální práce

Vzhledem k tomu, že cílem této práce je popsat práci s drogově závislými a definovat specifika sociální práce s drogově závislými klienty, tak si tato kapitola klade za cíl blíže definovat a popsat problematiku sociální práce s drogově závislými. Je nezbytné a velmi důležité si uvědomit, že problém drog a drogové závislosti není problém jen jednotlivce, ale celé společnosti. Je to bohužel staronový problém, který má mnoho kořenů v minulosti (HUBINKOVÁ, 2008, s. 226).

Pojem drogová závislost – toxikomanie je podle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969 definována jako duševní a někdy také tělesný stav, vyplývající ze vzájemné interakce mezi organismem a drogou, charakterizovaný změnami v chování a jinými reakcemi, které vždy v sobě zahrnují touhu brát drogu stále nebo opakovaně pro její účinky na psychiku a někdy také z obav před vznikem velice nepříjemných abstinenčních příznaků.

Pojem toxikomanie pochází z řeckého slova toxikon – jed a mania – šílenost, zuřivost, nadšení. Termín se v dnešní době nejčastěji užívá k označení fenoménu a osob, které zneužívají nealkoholové drogy. Oproti tomu narkomanie je pojem mnohem užší. Správné je jeho užití jen v souvislosti s narkotiky, to znamená s látkami, které tlumí bolest a mají uspávací a uklidňující účinky. Rozlišujeme monotoxikomanií – to je závislost na jedné droze nebo polytoxikomanií, to znamená závislost na více drogách najednou.

Sociální práce je v případě drogové problematiky její velmi důležitou součástí. Podle PAYNA (2006) neexistuje úplná shoda v tom, co je to sociální práce a často ani samotní sociální pracovníci nejsou schopni přesně vymezit, co je součástí jejich profese. Důležité ale je, aby lidé, kteří se stanou sociálními pracovníky nebo lidmi, kteří s nimi spolupracují, rozuměli tomu, co je obsahem a náplní jejich práce a jak to mohou využít.

MATOUŠEK (2013, s. 11) definuje sociální práci jako „*společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (...). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti*

*k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“*

MUSIL (in MATOUŠEK a KŘIŠŤAN, 2013, s. 512) za specifický cíl sociální práce považuje pomoc klientům zvládat jejich nesnáze v interakci se subjekty přímo v jejich sociální prostředí.

PAYNE (2006) sociální práci označuje jako službu a praxi, která užívá sociální a psychologické vědy v interpersonálních interakcích s lidmi, kteří zažívají praktické a emocionální obtíže v sociálních vztazích. Jako hlavní cíl sociální práce považuje hájení sociálního řádu, efektivní poskytování sociálních služeb, pomoc lidem dosáhnout osobního naplnění a moci nad jejich životy a stimulaci sociální změny. PAYNE (2006) ale hlavně uvádí, že sociální práce se od ostatních oborů liší hlavně tím, že se nezabývá pouze jedincem či skupinou a působením na subjekty v klientově sociální prostředí, ale především na sociální změnu.

V praxi se musí sociální pracovník orientovat v problematice drogové závislosti a musí umět rozlišit i druh závislosti. Patří zde závislost psychická (duševní) a závislost fyzická (tělesnou, somatickou). Přičemž psychická závislost je považována za nejsilnější faktor, který vede k nutkavé a opětovné konzumaci drogy. Oproti tomu fyzická závislost se projevuje po vysazení tělesnými a abstinenčními příznaky. Psychická závislost je spojena s prožitky, které jsou spojené s okolnostmi, jež užívání drogy doprovázely (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2015, s. 76 - 77). Psychická závislost je v podstatě v úvodní fázi. Psychická závislost by neměla způsobovat abstinenční příznaky, ale přesto se dostávají takzvané nepravé abstinenční příznaky, jak třes nebo pocení, které nám poukazují, jak je naše psychika propojena s tělesnou schránkou (HUBINKOVÁ, 2008, s. 226). Tato závislost je velmi závažná a to především v době dospívání. Je to velmi nebezpečná závislost, která souvisí s poškozením centrální nervové soustavy. *„Při opakovaném podávání drogy se mozek za pomoci adaptačních mechanismů přizpůsobuje narušování stálosti svého vnitřního prostředí – homeostázy (dochází ke změnám stavu i počtu receptorů na neuronech, hladin přenašečů nervových vzruchů – neurotransmiterů apod.). V důsledku toho se v mozku postupně nastoluje nová, patologická „homeostáza“, pro jejíž udržení je nutno drogu stále dodávat“* (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2015, s. 77).

Fyzická závislost (není to nutně pravidlem) se, až na výjimky, vyvíjí zpravidla díky dlouhodobému a častému užívání drogy. V podstatě působením adaptačních mechanismů dojde k aktivaci vegetativního nervového systému, což se projeví rozvojem celé řady změn, které jsou vyvolané drogou mimo centrální nervovou soustavu. Poškozováno je srdce, játra a další orgány. Navíc tělesné abstinенční příznaky mohou být velmi drastické a nebezpečné. Jakmile dojde k přerušení přísunu drogy, projeví se tedy nepříjemné abstinенční (odvykací) příznaky. Zejména tím, že dojde k porušení nově vytvořené rovnováhy. Těchto abstinенčních příznaků je velká řada. Patří zde pocení, třes, nechutenství, zácpa, průjem, změny krevního tlaku, touha po droze aj. Soubor abstinенčních příznaků je u každé drogy odlišný (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2015, s. 76 - 77).

Velmi dobrou definicí sociální práce, která z velké části vystihuje sociální práci s drogově závislými je definice Zastrowa. ZASTROW (in MATOUŠEK, 2013, s. 13 – 14) definuje cíle sociální práce (definováno podle Americké asociace sociálních pracovníků) jako podporu schopností klienta řešit problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se, jako zprostředkování klientovi kontakt s agenturami, které mu mohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti, jako napomáhání k tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně a samozřejmě také jako rozvoj a zlepšování sociální politiky.

Sociální prostředí v případě drogově závislého sehrává velkou roli. Jak uvádí NEŠPOR (in MATOUŠEK a KŘIŠŤAN, 2013, s. 382) velká spotřeba návykových látek způsobuje sociální problémy a problémy v rodinách a pracovním prostředí. Závislý klient má tak obrovské množství praktických životních problémů. Úloha sociálního pracovníka je pak v případě léčby a diagnostiky zásadní.

V souvislosti s pojmy drogy a drogová závislost je ještě vhodné zmínit pojmy „úzus“ a „abúzus“. Jedná se o slova latinského původu: úzus – užití či užívání a abúzus – zneužití či zneužívání. Rozlišujeme totiž abúzus bez návyku, to znamená, že si subjekt dokáže drogu kdykoli odepřít a abúzus s návykem, kdy subjekt drogu už nutně potřebuje a není schopen o ní svobodně rozhodovat. Abúzus tudíž nemusí bezpodmínečně vést k návyku, nicméně existuje reálné nebezpečí zvyšování dávek a vzniku závislosti (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2015, s. 77).

V podstatě existují dva vzorce zneužívání drog. Experimentální (na zkoušku),

kdy se jedná o zneužití sporadické, jen několikrát (cca 5x) za život a příležitostné (občasné) zneužívání. Které se dále dělí na rekreační, kdy subjekt drogu cíleně nekupuje, ale neodmítne ji, pokud je mu občas nabídnuta a na podmíněné konkrétními okolnostmi. V tomto případě, subjekt drogu kupuje, ale užívá ji jen za určitých okolností (např. zvládnutí zkoušky) (MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2015, s. 77).

Drogová závislost samozřejmě souvisí s pojmem droga. Slovo droga pochází z arabského slova durana, což je výraz pro léčivo. V minulosti se tento název používal pro každou surovinu rostlinného nebo živočišného původu, která se užívala jako léčivo. Občas i dnes se setkáme s užitím tohoto slova mezi lékárníky a farmaceuty, z širokého povědomí veřejnosti byl však již tento pojem v podstatě vytlačen. Již teď můžeme říci, že společným jmenovatelem všech drog je manipulace s mozkiem. A právě proto jsou drogy, jakožto látky ovlivňující nervovou soustavu a její funkce od roku 1971 v odborné terminologii označovány jako omamné a psychotropní látky (MAHDALÍČKOVÁ, 2014, s. 9).

PRESL (in MACHOVÁ, KUBÁTOVÁ, 2015, s. 76) definuje drogu, jako každou látku, ať už přírodní nebo syntetickou, jež splňuje dva základní požadavky. Za prvé má takzvaný psychotropní účinek, to znamená, že působí na psychiku (mění prožívání okolní reality i „vnitřní naladění“ člověka a za druhé může vyvolat závislost. Míra nebezpečí vzniku závislosti je však u různých drog odlišná. Může být vyšší nebo nižší, ale je přítomna vždy.

V běžném společenském kontextu chápeme drogy jako výhradně ty omamné a psychotropní látky, které jsou v našem státě zákonem zapovězeny, respektive je zakázána nejen jejich výroba, ale i distribuce – to znamená takzvané nelegální drogy.

Pojem droga, ale také často využíváme v přeneseném významu jako označení činnosti, která vyvolává nějakou formu závislosti. Takže jako drogu chápeme i gambling, workoholismus, závislost na televizi, počítači.

V této souvislosti se můžeme také setkat s pojmem psychedelikum jako výrazem pro stav, který je vyvolaný psychoaktivní látkami. Tento pojem navrhl v padesátých letech 20. století Humphry Osmond a pochází z řeckých slov psýché (duše) a deloun (ukázat, odkrýt) (MAHDALÍČKOVÁ, 2014, s. 10).

Podle slovníku spisovné češtiny je tedy droga omamující prostředek nebo dráždicí přípravek, jež je užíván proto, aby došlo ke změně nálady, vědomí,

povzbuzení nebo naopak k utlumení tělesných a duševních funkcí či k vyvolání netradičních prožitků – iluzí a halucinací.

Práce s drogově závislým je jistě práce náročná, ale je to tedy hlavně *„profesionální aktivita, která vytváří podmínky pro rozvoj a lepší využití zdrojů jednotlivce, skupin, komunit a společností využíváním prostředků analýzy a komunikace, profesionálním utvářením a usnadňováním vzájemné interakce (organizováním, vyjednáváním) a realizací a změnou legislativních a společenských podmínek, s cílem ochránit a posílit zejména znevýhodněné a ohrožené skupiny a jednotlivce ve společnosti“* (HAVRDOVÁ in BEDNÁŘOVÁ, 2010, s. 3).

V souvislosti se sociální prací můžeme hovořit o tzv. paradigmatech sociální práce. Tato paradigmata se odlišují jak svými filosofickými východisky, tak praktickými důsledky. Rozlišujeme tedy tři zásadní odlišné přístupy sociální práce (MATOUŠEK, 2012, s. 187 – 188).

**Sociální práce jako terapeutická pomoc** je založen na tom, že považuje za hlavní faktor duševní zdraví a pohodu člověka. V tomto přístupu je rozbor životní situace postaven na stavu osobnosti nebo psychiky a na zvládání požadavků prostředí. Sociální práce je chápána spíše jako forma individuální nebo skupinové terapie. Tento přístup je sice silně individualistický a nepřikládá významnější váhu širším sociálním okolnostem, ale přesto se dá využít při práci s drogově závislými (MATOUŠEK, 2012, s. 187 – 188). Tento přístup dokáže postihnout intrapsychické problémy drogově závislého, ale nedokáže už postihnout sociální aspekty celé situace závislého. NAVRÁTIL (in KALINA, 2003, s. 71) dodává, že předností tohoto přístupu orientovaného na klienta je pozornost věnována člověku jako individualitě a jeho zrání a růstu, bohužel však už nevěnuje prakticky žádnou pozornost sociálním okolnostem vzniku a posilování závislosti klienta a nespecifikuje problémy, které v této souvislosti klient může zažívat.

**Sociální práce jako reforma společenského prostředí** je opřena o představu společenské rovnosti v různých dimenzích společenského života. Cílem je nalézání a odstraňování strukturálních společenských příčin nerovnosti, které vedou k nerovnosti a diskriminaci. Pokud se jedná o problémy skupiny, tak je tento přístup adekvátní, pokud se ale jedná o problémy drogově závislých, tak je tento přístup diskutabilní. Drogově závislý je sice příslušníkem určité kulturní menšiny, ale i přesto by byl

individualizovanější pohled účinnější. V podstatě je cílem tohoto přístupu změnit společnost tak, aby její prostředí vytvářelo akceptující prostor i pro konzumenty drog. Tento přístup nevnímá problém drog jako problém, za problém spíše považuje společenskou netoleranci vůči konzumentům drog (MATOUŠEK, 2012, s. 187 – 188).

**Sociální práce jako sociálně právní pomoc** je postavena na tom, že sociální fungování je především podmíněno schopností zvládat problémy a přístupem k odpovídajícím informacím. V tomto pojetí se tedy sociální práce věnuje jak individualitě člověka, tak také potřebě zlepšovat systém sociálních institucí. V praxi je tento přístup založen na poskytování informací, poradenství nebo zprostředkování potřebných služeb. Cílem je postupné přizpůsobování společnosti a jejich institucí potřebám klienta. NAVRÁTIL (in KALINA, 2003, s. 73) uvádí, že *„úkolově orientovaný přístup klade důraz jak na individuální potřeby klienta a na jeho chápání vlastní životní situace, tak také na strukturální souvislosti problému a na požadavky společenského prostředí, ve kterém klient žije.“* Dodává, že nejspíš právě tento přístup je dobrým předpokladem úspěšné sociální práce s uživateli drog. Důležité v tomto přístupu je, že můžeme formulovat takové úkoly, které klient může splnit za předpokladu, že se seznámí s institucemi společnosti, pokusí se porozumět jejich požadavkům a bude se snažit oboustranně přijatelný způsob jejich zvládnutí. V rámci tohoto přístupu se mohou učit nejen klienti, ale také organizace, které jim poskytují služby. V rámci tohoto přístupu se sociální pracovník zaměřuje spíše na možná řešení životní situace klienta a jeho problémů. Předpokládá, že každý má schopnost měnit své vlastní jednání a že přitom není určován vnějšími ani vnitřními faktory (MATOUŠEK, 2012, s. 187 – 188).

Ani jeden z těchto přístupů není úplně ideální při práci s drogově závislým klientem, ale o tom, jak by taková sociální práce s tímto typem klientů měla vypadat, bude blíže popsáno v následující kapitole.

Syndrom závislosti je tedy soubor psychických a somatických změn, které se vyvinuly a rozvinuly v důsledku opakovaného užívání drog. Jednotlivé látky mají samozřejmě rozdílný účinek a závislost se tak rozvíjí ve specifických fázích s různou latencí. Jednoznačně můžeme říci, že sociální důsledky závislosti na drogách mají negativní dopad pro jedince a jeho okolí. Léčba s účastí odborníků je tedy více než nezbytná. Sociální práce si klade za cíl klientovi s touto problematikou pomoci

a provést jej při zvládnutí sociální a ekonomické pozice ve společnosti. Je tedy nezbytnou součástí celého procesu léčby klienta závislého na drogách. V následující části této práce budou blíže definovány faktory vzniku drogové závislosti a samozřejmě také důsledky drogové závislosti pro klienta s tímto problémem i pro společnost (MILLEROVÁ, 2011).

## **1.1 Faktory vzniku drogové závislosti**

Tato podkapitola si klade za cíl navázat na kapitolu předešlou a blíže definovat, jak vůbec u klientů drogová závislost vzniká. Jestli existuje nějaká predispozice, nebo se jedná o sled různých faktorů. I tato informace je pro sociálního pracovníka při práci s klientem velmi důležitá.

Zatím nelze přesně potvrdit, jaké jsou predispozice pro vznik závislosti. U někoho se tedy závislost rozvine na základě excesivního užívání drog pro psychologické problémy, u jiného se jedná o genetické, vrozené dispozice, či sociokulturní vazby na drogu a rituály. Nejčastěji jde však o kombinaci faktorů (MILLEROVÁ, 2011).

V současné době můžeme definovat několik faktorů, které mohou způsobit vznik drogové závislosti. V současné době se často setkáváme s tím, že selhávají i základní rodinné vazby a proto pak mají děti často tendenci hledat vzory ve vnějším světě, se kterými se mohou identifikovat. Přirozený vývoj v rodině je tak nahrazován uměle vytvářenými vazbami, které narušují dosavadní pravidla a nenabízejí žádnou jinou alternativu pro uspokojování potřeb sounáležitosti a bezpečí. A tak se vytváří podmínky pro vznik závislosti. V podstatě to, že se jedinec snaží najít si nezávislou cestu životem, se může změnit v závislost, která se stane určujícím faktorem. Tohle všechno je ještě navíc umocněno tím, že z počátku droga nemá buď vůbec, nebo jen velmi mírné negativní následky a převažují tak spíše pozitivní prožitky (MAHDALÍČKOVÁ, 2014, s. 29).

Můžeme v podstatě říci, že prostřednictvím drogy si člověk uspokojuje své potřeby, protože si je z různých důvodů není schopen uspokojit jinak. Často je to způsob, jak si ulevit od bolesti jak fyzické tak duševní nebo se jedná o útěk před realitou. Rovněž se jedná o způsob jak si uspokojit potřebu radosti. Je velmi důležité si tedy uvědomit, že vztahy s vrstevníky se mění spolu se změnou sociální

pozice. Postupně tedy může dojít k úplnému omezení kontaktů s lidmi jiného životního stylu a může tedy dojít až k úplné ztrátě vztahů s vrstevníky, kteří stojí mimo drogovou scénu. Zneužívatel drogy tak navazuje vztahy pouze za účelem zisku pro sebe, v opačném případě je člověk pro něj bezcenný (MAHDALÍČKOVÁ, 2014, s. 29).

Ke vzniku závislosti může také dojít v důsledku nesplnění očekávání společnosti a jedince samotného. Mladý člověk vstupuje do života s určitými představami, které bohužel nemusí být schopen třeba zrealizovat a jeho poctivé a usilovné snažení tak nemusí vést k vytouženému cíli. Dnešní společnost je orientovaná na úspěch, a to často bez ohledu na způsob jeho dosažení. Dosažení cíle tak sebou nese pocity vytížení, stresu a přetížení. Pracovní zařazení bývá nestabilní a vyžaduje pružnost. To všechno může být spouštěčem drogové závislosti (MAHDALÍČKOVÁ, 2014).

Můžeme zhruba definovat i rizikové jedince, ohrožené drogovou závislosti. Patří zde osobnosti akcentované (nápadný rozvoj některých rysů, bez výrazné odchylky od normy), osobnosti anomální (určitý výraz je výrazněji vyjádřen) a osobnosti psychopatické, které se vyznačují trvalou nevyváženou skladbou osobnosti.

I rodinné prostředí může být příčinnou vzniku závislosti. V současnosti je charakteristická pro rodinný život nízká vzájemná komunikace jejich členů, vytrácí se společné prožívání kladných zážitků a to vede k citové deprivaci. Dochází ke zploštění vztahů v rodině a širších komunitách a preferuje se především materiální pojetí života. V podstatě to můžeme definovat jako krizi hodnot. Člověk reaguje jen na opravdu silné podněty a nereaguje na projevy, které jsou málo vzrušující a tudíž nezajímavé a nevhodné pozornosti (FLEISCHMAN, 2006).

MAHDALÍČKOVÁ (2014, s. 30) definuje několik důvodů přitažlivosti drogy pro mladou generaci. Patří zde zvědavost, jak bude droga působit, je módní zkusit drogu, přizpůsobení se partě, odbourání ostychu nebo snížení stresu a relaxace, protest proti okolnímu světu, únik od problémů a zodpovědnosti, snaha o zvýšení koncentrace a výkonnosti a umocnění kladných prožitků.

Musíme si uvědomit, že to, že někdo sáhne po droze, vypovídá o tom, že tento člověk hledá a nenalézá své místo ve společnosti, v rodině či v blízkém okolí a neví, jak sám má tento problém vyřešit.

Vznik závislosti tedy závisí na mnoha okolnostech. Zejména na osobnosti člověka, na jeho momentálním psychickém i fyzickém stavu, ale také na typu drogy,



kteřá je poprvé zneužitá. Velmi důležitou roli hraje také věk, protože čím je člověk mladší, tím je vyšší riziko vzniku závislosti.

Jak již bylo zmíněno, drogová závislost ovlivňuje chování a vědomí člověka a souvisí s určitými biochemickými pochody v mozku. Pokud je droga užita opakovaně, tak dojde ke vzniku závislosti. Velmi jednoduše lze definovat závislost jako stav, při kterém je člověk nucen brát opět drogy. Droga se tak stává středem jeho života a on je schopen pro její získání udělat v podstatě cokoliv.

Ale abychom to úplně nezjednodušovali, cesta, která vede ke vzniku závislosti, je dlouhá a samozřejmě ne každý, kdo s drogami experimentuje, se nutně stane jejím pravidelným uživatelem nebo závislým. Je ale velmi důležité uvědomit si a zvážit rizika (MAHDALÍČKOVÁ, 2014, 30 – 31).

*„Drogová závislost je psychický a fyzický stav, který vyplývá ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují potřebu brát pravidelně drogu pro její psychické účinky anebo proto, aby se zabránilo nepříjemnostem při její nepřítomnosti v organismu“* (MAHDALÍČKOVÁ, 2014, s. 31).

Mezi příznaky závislosti patří silná touha užívat drogu, potíže při kontrole užívání látky, užívání drogy k odstranění tělesných odvykacích příznaků, zvyšující se tolerance (potřeba vyšších dávek k dosažení žádoucího stavu), zanedbávání jiných zájmů a pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání, jako jsou depresivní stavy či nákaza virovou žloutenkou.

Definitivní diagnóza by měla být stanovena, až v době, kdy během jednoho roku došlo nejméně ke třem z těchto projevů. Zajímavostí ale je, že drogově závislý může být uznán i ten, u něhož se neprojevují známky tolerance ani abstinenci příznaky, a to jestliže vykazuje nutkavou potřebu užívat určitou látku (psychická závislost) (MAHDALÍČKOVÁ, 2014, 30 – 31).

## **1.2 Důsledky užívání drog**

Sociální pracovník při práci s klientem musí pracovat nejen s tím, jaké byly faktory, které vedly k drogové závislosti u klienta, ale také by měl znát důsledky drogové závislosti a o těchto důsledcích hovořit nejen s klienty, ale s cílovými skupinami v rámci prevence (KALINA, 2015, s. 275).

Důsledky užívání drog mohou být nejen negativní, ale také pozitivní, a to v rámci tří typů (zdravotní, sociální, ekonomický) a tří úrovní (jednotlivec, obec, společnost) (KALINA, 2015, s. 275).

Jedním z důsledků jsou důsledky fyzické. Především u pacientů, kteří mají vyšší věk, se v důsledku užívání drog objevují problémy spojené s vysokým krevním tlakem, gastrointestinální obtíže, poruchy spánku, výpadky paměti, úbytky na váze, poranění a nehody, jež jsou spojené s drogami nebo alkoholem, kardiální obtíže, onemocnění jater a ledvin (ROTGERS, 1999). Mezi biologické následky tedy patří celkové chátrání organismu, vyhubnutí, špatné stravovací návyky (u žen ztráta menstruace), nedodržování hygienických návyků, zhoršená tělesná i zubní hygiena vede ke zkažení a ztrátě zubů a k přenosu například parazitů, k poškození jater, ledvin, zažívacího traktu, nervové soustavy, riziko infekčních chorob - hepatitidy, HIV - přenosných zejména společným sdílením injekčních stříkaček a jehel pro aplikaci drog, abscesy, záněty a poruchy žilního systému (SANANIM, 2013).

Psychické důsledky jsou jedním z dalších důsledky užívání drog. Souběh duševní choroby a užívání drog je velmi častý. I přesto se nejčastěji jedná o onemocnění méně vážná. Vyskytují se však i velmi vážná duševní onemocnění typu psychóz (SANANIM, 2009). Mezi psychické následky patří poruchy emocí, zvýšená dráždivost a labilita. Člověk na drogách má sklony k extrémním citovým prožitkům. Zhoršení koncentrace a poruchy paměti, které v důsledcích mohou vést až k demenci. U některých drog dochází ke vzniku organického psychosyndromu a těžkému poškození centrální nervové soustavy (zejména u inhalace organických rozpouštědel). Neschopnost aktivity nebo naopak extrémní nabuzení. Po užití drogy může nastat aktivita a stejně tak i útlum. Změna hierarchie hodnot, vymizení zájmů. Veškeré dosavadní zájmy jsou postupně vytěsněny drogou, která se dostane na nejvyšší příčku hodnotového žebříčku. Celková degenerace (úpadek až rozpad) osobnosti, úbytek schopností. Dochází ke ztrátě vůle k překonávání potíží i ke ztrátě sebeovládání, které je nutné k odepření dávky. Psychotické poruchy - halucinace, bludy, psychomotorické poruchy, nepřiměřené emoce (SANANIM, 2013).

Třetím dopadem užívání drog jsou sociální důsledky. Dle ROTGERSE (1999) tyto důsledky zahrnují především konflikty v mezilidských vztazích, v zaměstnání a rodině. V důsledku užívání drog dochází k odcizení v rámci partnerského vztahu,

zhoršení pracovního výkonu nebo dojde k selhání rodičovské role. Když to shrneme, tak můžeme říci, že mezi sociální důsledky patří: neplnění povinností, absence v zaměstnání nebo ve škole, pokles výkonu a schopností a následná ztráta zaměstnání, vyhazov ze školy, narušení a zpřetrhání sociálních kontaktů, ztráta přátel. Závislý člověk vymění své dosavadní kamarády za drogu a lidi na ní navázané - drogovou partu. Za své chování si obvykle vyslouží negativní hodnocení svých známých, dochází ke změně a ztrátě dosavadních vztahů. Devastace rodiny. Drogově závislý na rodině parazituje, často krade a prodává rodinný majetek, aby měl finance na drogu, lže a podvádí. Často rodinu rozbíjí. Vztah nedokáže udržet ani se stejně závislým partnerem, jediným společným zájmem je droga (SANANIM, 2013).

ROTGERS (1999) ještě dále definuje právní důsledky. Což zdůvodňuje tím, že právě v důsledku užívání drog často dochází ke konfliktům se zákonem. Nejčastěji to je prodej nebo držení nelegálních látek nebo nevhodné chování. Patří zde ale také nezákonné jednání v souvislosti s drogami – prodej, krádež, prostituce. Sexuální důsledky, které jsou spojené se sexuální viktimizací a zneužíváním. A finanční důsledky, jež jsou spojené především s obrovskými náklady na získání drogy samotné. Nejhorším důsledkem užívání drog je smrt.

Toto všechno nemá dopad pouze na jednotlivce, ale ovlivňuje to celou společnost. V naší společnosti je velmi časté drogově závislé odsoudit a stigmatizovat. Bohužel si však neuvědomujeme, že tato stigmatizace vede hlavně k tomu, že se jedinec více ztotožní s drogovou subkulturou, protože ve zbytku společnosti je odmítán a považován za nepřijatelného. Jedinec užívající drogy většinou ztratí zaměstnání, veškeré peníze investuje do získání drogy. Klesá tak jeho kvalifikace a schopnost vůbec nějakou práci soustavně vykonávat. Postupně se tak jedinec dostává do situace, kdy potřebuje peníze, protože potřeba drogy je silnější a vrhne se do víru prostituce. Drogy jsou natolik finančně náročné a zároveň natolik osobnostně devastující, že se v určité chvíli (když už není možné vydělávat prostitucí, protože by o dotyčného prostě nebyl zájem) stává kriminální činnost jediným způsobem, jak obstarat dostatečný objem financí. Kriminální chování a trestná činnost lidí na droze závislých jsou dalším velkým společenským problémem (SANANIM, 2013).

Psychoaktivní droga (nebo také psychotropní látka, omamná látka, droga nebo návyková látka) je v podstatě chemická látka, která působí primárně na centrální

nervovou soustavu a to tak, že mění mozkové funkce a způsobuje dočasné změny ve vnímání náladě, vědomí a chování. Jak již bylo výše uvedeno, za psychoaktivní látky jsou označeny takové látky, které ovlivňují psychickou činnost jedince. Přičemž na některé látky může vzniknout závislost. Drogu charakterizujeme jako látku – syntetickou i přírodní, která splňuje dvě základní kritéria. A to, že za prvé působí na psychickou činnost jedince, ovlivňuje jeho vnímání reality a smyslové vnímání (tzv. psychotropní účinek drogy) a za druhé vyvolává závislost (SANANIM, 2013).

Psychoaktivní drogy způsobují subjektivní změny v náladě a vědomí, které mohou být jednak příjemné (euforie) a jednak výhodné (zvýšená ostražitost), i přesto je mnoho z nich návykových. Často jsou tyto substance nazývané jako návykové látky, ale toto označení je nesprávné, neboť některé např. halucinogeny nebo kanabinoidy závislost nevyvolávají. Každopádně časté užívání psychoaktivních látek může vést k psychické či fyzické závislosti.

Státní moc se snaží omezovat produkci a obchodování s těmito substancemi. Podle míry restrikce můžeme hovořit o ilegálních a legálních drogách, mezi které nejčastěji patří alkohol, nikotin a kofein. Český právní řád nazývá psychotropní látky jako návykové látky (SANANIM, 2013).

Užívání psychoaktivních drog člověkem spadá hluboko do prehistorie. Archeologické nálezy dokonce dokazují jejich užívání až do doby před deseti tisíci lety. Nejstarší záznam pocházejí z doby před pěti tisíci lety. Tyto látky tak měli důležitou roli v lékařství, náboženství ale také jak rekreace. V 19. století bylo izolováno mnoho aktivních složek z různých psychoaktivních rostlin – např. morfin, kokain nebo mekalin. Ve 20. století se tyto látky užívaly rekreačně a výroba a obchod s těmito látkami byla ve většině světa kriminalizována. Postupně se objevovaly další drogy – amfetaminy nebo LSD. V dnešní době se výrobě drog věnuje především organizovaný zločin a v některých státech je dokonce povoleno užívání ilegálních drog a to především z náboženských důvodů. Existuje tedy velké množství důvodů pro užití psychotropních látek (SANANIM, 2013).

V praxi se stává, že uživatelé drog berou více než jeden typ psychoaktivních látek. Při práci s klientem musí sociální pracovník být schopen ovládat ještě další pojmy. Patří zde tedy **akutní intoxikace**, což je stav po aplikaci psychoaktivní látky, který vede k poruchám úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování,

nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením a časem zmizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví komplikace (trauma, vdechnutí zvratků, delirium, kóma, křeče atd.). Původ komplikací závisí na typu látky a způsobu použití. Řadíme zde akutní opilost – u alkoholismu, „špatné cesty“ (faux pas) u drog, opilost NS, patologická intoxikace a stavy transu a posedlosti při intoxikaci psychoaktivní látkou. Patří zde i **syndrom závislosti**, což je soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se vytváří po opakovaném užití látky a který zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Patří zde chronický alkoholismus, dipsomanie a toxikomanie. **Odvykací stav** tvoří skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, které se vyskytují při absolutním nebo relativním odvykání po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu látky a dávce, která byla užita těsně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být doprovázen křečemi. Další poruchou je takzvaná **psychotická porucha**, která se objevuje při použití psychoaktivních látek nebo po něm. Jedná se o soubor psychotických fenoménů, které nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací, a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi (typicky sluchovými), percepčními zkomoleními, bludy, psychomotorickými poruchami (vzrušení nebo stuporem) a abnormálním afektem. Vědomí je obvykle jasné, ale určitý stupeň zastření může být přítomen, nikoli však těžkých stav zmatenosti (SANANIM, 2013).

Tato kapitola si kladla za cíl shrnout všechny důležité poznatky pro práci sociálního pracovníka s drogově závislými klienty. Sociální pracovník si při práci s klienty musí dobře uvědomovat vše, co souvisí s drogovou závislostí a že se jedná o problém komplexní, který se netýká jen samotného problému užití drogy, ale často souvisí i s ostatními oblastmi klientova života. Následující kapitola se bude již blíže věnovat samotné sociální práci s klientem, který je závislý na drogách.

## 2 Specifika sociální práce s drogově závislými

Předešlá část této práce si kladla za cíl přiblížit sociální práci v kontextu drogové problematiky a shrnout tak základní informace, se kterými musí sociální pracovník v praxi nakládat. Tato část diplomové práce bude více popisovat přímou sociální práci s drogově závislými a její specifika, popíše služby, které jsou určeny drogově závislým, a neopomene se blíže věnovat sociálním pracovníkům.

Specifikum jako takové znamená nějakou zvláštnost, příznačnost či jedinečnost. Práce s drogově závislými je určitě v mnoha směrech zvláštní a jedinečná, právě kvůli tomu, jaká je cílová skupina a v jakém prostředí se pohybuje.

Obecně je problematika závislostí svou povahou jistě interdisciplinární. Práci s drogově závislými se věnují mnozí profesionálové s kvalifikací v různých pomáhajících profesích. Nemusí se jednat pouze o sociální pracovníky, ale patří zde také psychologové, psychiatři či například speciální pedagogové. Touto problematikou se ale zabývá i státní správa, veřejná správa nebo také nestátní neziskové organizace. (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 211).

Každá sociální práce s určitým typem klientů má svá specifika. Některá jsou více obecná a platí současně pro více klientů, jiná specifická pro určité oblasti a klienty. Obecně můžeme říci, že specifikem sociální práce jsou požadavky na osobnostní a profesní předpoklady sociálních pracovníků a to ať už se jedná sociální práci s bezdomovci nebo právě s drogově závislými. Rozhodně je třeba, aby sociální pracovník disponoval určitým souborem vlastností, dovedností, schopností a profesních předpokladů. Mezi ta konkrétnější specifika v práci s drogově závislými určitě patří Harm Reduction a kontaktní práce – streetwork přímo s klienty, ať už v terénu nebo přímo v kontaktních centrech a s tím spojená rizika. Práce s drogově závislými je právě tímto odlišná od jiného způsobu sociální práce s jiným typem klientů. Všechna tato specifika budou blíže popsána v následujících kapitolách.

Při práci s klientem, který je drogově závislý, je třeba celou situaci znovu promýšlet, hledat výhody i rizika sociální intervence do životní situace klienta. Aby toho sociální pracovník byl schopen, je důležité, aby uvážlivě přijal několik klíčových principů sociální práce s drogově závislými (NAVRÁTIL in KALINA, 2003, s. 74).

Principem je to, že jsou nezbytné systematické znalosti o závislosti. Sociální

pracovník musí vycházet z dobré znalosti (psychických, sociálních, fyziologických, noetických) souvislostí vzniku, vývoje a důsledků různých forem závislosti.

Dalším principem je systematická znalost o člověku a společnosti a jejich systémech. V podstatě můžeme říci, že pokud má být sociální pracovník schopen pomoci klientovi při řešení jeho problémů, musí být dobře obeznámen s širokým spektrem teorií, které vysvětlují „*individuální, institucionální, komunitní a organizační chování lidí ve společnosti*“ (NAVRÁTIL in KALINA, 2003, s. 74).

Rovněž je nezbytné systematické sebezpoznání. Osobnost je jeden z nejdůležitějších nástrojů, kterým sociální pracovník disponuje. V případě, že sociální pracovník pracuje s drogově závislými, měl by umět poznávat i sám sebe a hledat odpověď na otázku, zda i on není na něčem závislý a z jakých představ vychází v hodnocení počínání a situace klienta. Tento způsob sebereflexe zvyšuje schopnost sociálního pracovníka vnímat, respektovat a legitimně využívat osobitou realitu života klientů.

Dalším klíčovým principem je víra v hodnotu a důstojnost každého člověka a to právě bez ohledu na jeho závislosti, psychickou nebo tělesnou situaci, kulturní, národnostní, náboženskou, sociální, ekonomickou nebo jinou odlišnost.

Dále je důležité si uvědomit, že je možná adaptace metod a technik, které se běžně užívají v sociální práci, ale musí respektovat realitu závislosti. To znamená, že některé techniky jako například oční kontakt, neformální atmosféra nebo povzbuzování ve vyjadřování osobních potíže, mohou být pro drogově závislé v mnoha případech v rozporu s tím, co jsou schopni v dané situaci zvládnout.

V sociální práci je významný jak jednotlivec tak i systémové parametry jeho situace. To znamená, že se musí sociální pracovník zabývat nejen zjevnými problémy klienta, ale také širšími souvislostmi jeho situace. Což víceméně odpovídá úkolově orientovanému přístupu (NAVRÁTIL in KALINA, 2003, s. 74).

Poslední princip sociální práce upozorňuje na to, že terčem intervence musí být nejen klient, ale také jeho prostředí, protože sociální fungování je otázkou rovnováhy mezi tím, co požaduje prostředí a tím, co je člověk schopný zvládnout. V běžném životě chápeme požadavky vlastního prostředí za běžné a zvladatelné a proto, když se objeví někdo, kdo je zvládnout není schopen, považujeme jej za neschopného nebo líného. Sociální práce je postavena na tom, že drogově závislému, který se ocitl v situaci, kdy

není schopen zvládnout nároky své společnosti, pomůže nejprve tím, že sníží požadavky a poskytne asistenci, která klientovi pomůže nabýt zkušenost, získat informace a postupně se naučit zvládat očekávání prostředí samostatně (NAVRÁTIL in KALINA, 2003, s. 74).

Cílovou skupinou pro sociální pracovníky, která pracují v oblasti drogové závislosti, jsou klienti, kteří užívají drogy a to jakýmkoli způsobem. KALINA (2003, s. 17 – 18) uvádí, že míra závislosti člověka na droze se dá vyjádřit podle frekvence, intenzity a následků užívání a to v těchto pěti stupních.

První stupeň tvoří **experimentátoři**, což jsou osoby, které drogy pouze „zkouší“. Tedy občas a nepravidelně užívají různé typy drog a mohou, ale nemusí mít přítom problémy v jiných oblastech.

Druhým stupněm jsou **příležitostní a rekreační uživatelé**. V tomto případě se užívání drog stalo již součástí jejich životního stylu, ale není častější než jednou týdně a jeho důsledkem není nebo dosud není vznik závislosti a dalších problémů. Nejčastěji se jedná o užívání marihuany, LSD či extáze na tzv. Parties.

Třetím stupněm jsou **pravidelní uživatelé**, jež jsou cílovou skupinou, která užívá drogy častěji než 1x týdně, obvykle implikuje již nejen životní styl, ale jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce.

Čtvrtým stupněm jsou **problémoví uživatelé**, což jsou uživatelé, kteří užívají drogy již intravenózně, anebo dlouhodobě a pravidelně užívají opiáty, kokain a drogy amfetaminového typu. Neřadíme zde užívání extáze a konopí.

Pátým stupněm jsou **závislí**. Jsou to jedince, kteří splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti. Ne vždy se ale musí jednat zároveň o „problémové uživatele“.

Klienti, kteří patří do skupiny 1. a 2. většinou nevyhledávají odborníky. Sociální pracovníci a další pomáhající profesionálové spíše pracují s klienty, která spadají do 3. až 5. stupně užívání drog. To je tedy ta cílová skupina, již se týká tento text. Jedná se už o klienty, kteří užívají drogy škodlivě, problémové uživatele drog a lidé, kteří jsou na drogách už závislí. Samozřejmě sekundární cílovou skupinou jsou rodinní příslušníci těchto uživatelů drog (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 212).

## 2.1 Teorie a modely sociální práce s drogově závislými

V této kapitole budou blíže přiblíženy teorie a modely sociální práce, které jsou



využívány při práci s drogově závislými. Definovány budou teorie a modely, které se dle dostupné literatury jeví jako nejvíce vhodně pro práci terénních pracovníků s drogově závislými. Samozřejmě, že v praxi to může vypadat úplně jinak, ale terénní sociální pracovník musí svou práci s drogově závislým na něčem postavit a nějak uchopit. K tomu mu slouží právě tyto teorie a modely.

Prvními teoriemi je **humanistická a existenciální teorie**. Oba tyto modely jsou orientovány na člověka jako autonomní osobnost. Jsou zaměřeny hlavně na vnitřní svět člověka a na jeho bezprostřední chování. Velmi často si tyto teorie kladou otázku smyslu života či vztahu k transcendentálním kategoriím. Úkolem sociálního pracovníka je tedy pomáhat lidem v reflexi sebe sama, odhalovat významy, které pro ně prožívaná situace může mít a rovněž sociální pracovník pomáhá pochopit, jak na ně zpětně působí tato jejich interpretace světa. Dle NAVRÁTILA (2007, s. 231 – 237) jsou postoje, které nejsou klientem vnímány jako problém, znakem zdravého potenciálu klienta i možnosti žádoucí změny. V podstatě se malými změnami bude změna velká. S klientem se tedy jedná především partnersky, tedy jako s expertem na vlastní život. Obě tyto teorie uvádějí, že názory, postoje a interpretace každého jednotlivce jsou cenné a platné. Je zde velmi prosazováno subjektivní chápání než snaha o objektivizaci problému či situace. Už z této definice vyplývá, že právě tyto dvě teorie jsou velmi vhodné při práci s drogově závislými, kde právě takový přístup se jeví, jako nejvíc přínosný.

Co se týče **existenciální teorie**, tak ta je využívána v sociální práci k porozumění klientovy situace. Sociální pracovník se snaží rozlišit osudové faktory a svobodné postoje a jednání klienta. Při rozhovoru s klientem se soustředí především na jeho pozornost a na volné kapacity, které může ještě ve své situaci využít. Rozhovorem se snaží pracovník probudit v klientovi motivaci, aby sám hledal a našel způsob, jak může něčím pozitivním ke své situaci přispět. Existenciální teorii je vhodné použít při práci s drogově závislými, protože si všímá člověka celistvě v jeho prostředí. Jedná se o nazírání na člověka, jako na bytost, jehož životní naplnění vzniká činem, v němž si sám definuje své cíle a usiluje o jejich naplnění (MATOUŠEK, 2012, s. 201 - 204).

**Humanistická teorie** nebo přístup orientovaný na klienta je založen především na poradenské (terapeutické) činnosti. Jedná se o přístup, který ke klientovi přistupuje nedirektivně a nehodnotí jej, ba naopak aktivně mu naslouchá a nabízí mu autentické

přátelství. Tento přístup příliš nebere v potaz širší sociální okolnosti a proto je dobré ho využít při práci s drogově závislým, kdy užívání drog vzniklo v souvislosti s potřebou zvládat otázky svého sebepojetí a osobnostního růstu. Tento přístup se vůbec nezabývá řešením praktických problémů, ale věnuje se hlavně člověku jako individualitě, jeho zrání a růstu (MATOUŠEK, 2012, s. 201 - 204).

**Kognitivně – behaviorální teorie** může mít rovněž své opodstatnění při práci s klientem, který je drogově závislý. Často se v praxi pracovník může setkat s tím, že nevhodnějším řešením je právě změna klientova chování. Toto spojení behaviorální teorie a kognitivní vědy vytváří celistvou teorii o lidském chování, jež se vyznačuje orientací na empirickou průkaznost poznatků. V praxi to znamená, že při práci s klientem se zaměřujeme především na to, co je viditelné, empiricky přístupné, celkem přesně popsatelné. Jak jsou například kognitivní procesy, emocionální reakce, fyziologické projevy, motorické projevy a jejich důsledky (KAPPL in MATOUŠEK, 2013, s. 17). Tato teorie se více využívá především v oblasti psychoterapeutické péče o duševní zdraví, ale může být inspirací i pro sociální pracovníky. Při užití této teorie se zaměřujeme na konkrétní chování jednotlivce v kontextu jeho prostředí. Tato teorie se nezabývá vnitřními motivy chování, protože je podněcováno vlivy prostředí. V podstatě je základem teze, že všechno chování je naučeno v interakci s prostředím. A cílem této teorie změna chování, jež brání klientovi v úspěšném a samostatném fungování (NAVRÁTIL in MATOUŠEK, 2012, s. 226 – 231).

Další teorií je **přístup orientovaný na úkoly**. Jedná se o přístup, který je postaven na individuálních potřebách klienta, ale také na jeho chápání vlastní životní situace, dále na strukturální souvislosti problému a na požadavcích společenského prostředí, ve kterém jedinec žije. Tento přístup je velmi vhodný k práci s drogově závislými právě proto, že sociální pracovník je ochoten přijmout klientovo vidění a není ovlivněn tím, jak to vnímá on. Vytváří otevřený prostor pro otevřené vnímání klienta (NAVRÁTIL, 2003, s. 15). Tento přístup je založený na tom, že i malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu klienta a že pokud si klient zvolí cíl a úkol sám, tak se také více angažuje v jeho dosažení. K tomu je však třeba především vedení pracovníka. Základem tohoto přístupu je partnerství a posilování. V tomto případě není klient považován za objekt, který je třeba změnit nebo na něm pracovat, ale klient je sám vůdčí autoritou. Role klienta je velmi aktivní a podílí se na všem. Metoda se skládá ze

šesti kroků – příprava, explorace problému, dohoda o cílech, formulace a plnění úkolů a ukončení. Úkolově orientovaný přístup je také vhodný protože, skýtá prostor pro formulaci úkolů, které klient může splnit za předpokladu, že se seznámí s institucemi společnosti, pokusí se porozumět jejich požadavkům a najde oboustraně přijatelný způsob zvládnání těchto požadavků. Sociální pracovník se zaměřuje především na možná řešení aktuální životní situace klienta a jeho problémů (MATOUŠEK, 2012, s. 201 - 204).

Dalším přístupem je **Bio-psycho-sociální model**. Tento model sleduje u přímo konkrétního jedince dopad biologických aspektů na psychologické aspekty a zároveň jejich dopad na sociální aspekty. Mezi biologické aspekty řadíme geneticky dané vlastnosti, nitroděložní poškození, povahové nebo fyziologické rozdíly. Mezi psychologické a sociální faktory – spojeně psychosociální patří interakce daného jedince s rodinou, místní komunitou, školou, zaměstnáním, vrstevníky a sociálními faktory. Při práci s drogově závislým dochází k individuálnímu posouzení závislého, přičemž se jednotlivým příčinám přisuzuje různý podíl. To znamená, že některých závislých může například výrazná biologická složka a ostatní dvě mohou být v pozadí. V podstatě je tento model postaven na komplexním a individualizovaném pochopení příčiny závislosti u jednotlivých osob (MILLEROVÁ, 2011, s. 105). Někdo tento model rozšiřuje ještě o oblast spirituální – duchovní. Užívání drog má totiž vliv na duchovní stránku člověka a pokud člověk nadměrně užívání drogy může to vyvrcholit v pocit odcizení, izolaci, prázdnotu a ztrátu smyslu a účelu života. Následně nejistota a zmatek spolu s prohlubující se závislostí poznamenává poznatky o sobě samém, přesvědčení o osobních cílech a způsobech jejich dosažení. Problémem při využití tohoto modelu může být to, že se klade důraz pouze na jednu oblast, aniž by se blíže prozkoumaly ostatní tři oblasti. Dalším problémem je vůbec náročnost realizovat intervence, které by integrovaly všechny tři oblasti najednou. Třetí problém je v tom, že rizikové, projektivní a další faktory nelze změnit. I přesto se bio-psycho-sociální model užívá v praxi z důvodu jeho důrazu na skutečnost, že zrod a přetrvávání závislosti u člověka je podmíněno interakcí komplikujících faktorů (MATOUŠEK, 2012, s. 201 - 204).

Posledním přístupem využitelným v praxi s drogově závislými je **model minimalizace rizik – Harm Reduction**. Tento model má za cíl snižovat problémy, které souvisí s užíváním, nikoli s množstvím drog, které klient užívá. Přistupuje

k užívání drog jako k reálné skutečnosti. Staví na tom, že minimalizace rizik spojených s návykovým chováním je prospěšná jako danému jedinci, tak celé společnosti. Model vychází z principů ochrany veřejného zdraví, které se zaměřuje především na minimalizaci rizik. Nejčastěji je tento přístup doplněn motivačním rozhovorem. Sociální pracovník si s klientem stanoví cíle, jejichž splnění povede k řešení problémů spojených s užíváním návykových látek (MILLEROVÁ, 2011, s. 105).

## 2.2 Cíle a principy práce s drogově závislými

Řešení drogové problematiky a péče o drogově závislé jsou v západních zemích ovlivněny společensko-politickým naladěním, jehož výsledkem je pak protidrogová politika. Protidrogová politika v České republice vychází z represivního přístupu, který je doplněn o nabídku léčebných a preventivních programů. Východiska, principy a cíle protidrogové politiky jsou formulovány v **Národní strategii protidrogové politiky na období 2010 – 2018** (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010, s. 212 - 213).

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 navazuje na předchozí strategii na období 2005 až 2009 a je víceméně její aktualizací. Tato strategie byla vytvořena na základě závěrů hodnocení úspěšnosti předchozí strategie a zároveň sledují získané zkušenosti a současný stav vědy v oblasti užívání drog (ANON., 2015).

Tato strategie je připravena na 9 let a splňuje tím požadavek dlouhodobé kontinuity protidrogové politiky vlády. Národní strategie na toto období definuje základní východiska protidrogové politiky vlády, směry řešení problému užívání drog, principy a přístupy, na kterých protidrogová politika České republiky staví.

Strategie tak definuje čtyři základní cíle. Prvním cílem je snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi. Druhým cílem je snížení míry problémového a intenzivního užívání drog. Třetím cílem je snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost a čtvrtý cíl je snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi (ANON., 2015).

Když to zjednodušíme, tak současná protidrogová politika se soustředí na snižování poptávky, snižování rizik a snižování dostupnosti. Sociální práce se uplatňuje ve všech těchto oblastech. V oblasti snižování poptávky se jedná o léčbu

a resocializaci. V oblasti snižování rizik jde o přístup omezování škod – takzvaný Harm Reduction, což je založeno na principu snižování a minimalizaci poškození drogami u uživatelů, kteří nejsou motivováni k tomu, aby s užíváním přestali. Sociální práce se ale uplatňuje i v případě snižování dostupnosti, respektive v oblasti potlačování nabídky a také v oblasti represe (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 213).

S protidrogovou politikou úzce souvisí prevence drogové závislosti, což je další součást sociální práce. Cílem prevence je dle KALINY (2003, s. 17 – 18) především snížení zájmu o užívání drog. Poptávku je nejlépe snižovat prostřednictvím preventivních a edukačních programů, které mají donutit uživatele nebo budoucí uživatele od experimentování s ilegálními drogami anebo od jejich následného užívání. Můžeme tady ale zařadit také poradenské a léčebné programy, které mají za cíl dosáhnout a udržet abstinenci, snižovat frekvenci užívání nebo dávek drogy. Patří zde také programy, které nabízejí vzdělávání nebo léčbu, jako alternativu potrestání. Nesmíme ale opomenout ani sociální opatření ke zmírnění faktorů, které přispívají k užívání drog, jako je nezaměstnanost, bezdomovectví a záškoláctví.

Prevenci dělíme dle Světové zdravotnické organizace na primární prevenci, která je založena na předcházení užívání drogy u populace, která ještě s drogou v kontaktu není, nebo alespoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií. Dále zde patří sekundární prevence. Sekundární prevence se zaměřuje na předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislostí u osob, které již drogy užily, jsou jimi zasaženi a postiženi nebo se již staly závislými. Jedná se tedy o včasnou intervenci, poradenství a léčení. Třetím typem je terciární prevence a ta se zaměřuje na předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog. Patří zde sociální rehabilitace, doléčování, podpora v abstinenci, prevence zdravotních rizik u abstinujících klientů (KALINA, 2003, s. 17 – 18).

Aktéry prevence, tedy snižování poptávky jsou především sociální služby, které nejčastěji poskytují nestátní neziskové organizace.

Tyto subjekty se zaměřují především na tyto cílové skupiny. Obecnou populaci, která tvoří velmi důležitou cílovou skupinu zejména pro primární prevenci. A rizikové skupiny. Tedy skupiny dle určitého znaku (podle věku, profesí, zájmů, atd.), která je negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohrožena více, než zbytek populace.

V souvislosti s problematikou drog, můžeme za rizikovou skupinu považovat například celou věkovou kategorii od 13 do 18 let. Rizikové skupiny jsou cílovými skupinami ve specifické primární prevenci. Další skupinou jsou rizikové jednotlivci. Jejich individuální riziko zvyšují zejména psychické problémy a poruchy, poruchy učení a chování, genetické predispozice a dysfunkční primární rodina. Dále děti, sourozence a partnery uživatelů považujeme za osoby se zvýšeným rizikem. Poslední cílovou skupinou jsou rodiny a partneři uživatelů. Jedná se již o zanedbatelnou cílovou skupinu v sekundární a terciární prevenci (KALINA, 2003, s. 17 – 18).

KALINA (in MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 213) definuje funkční systém léčení drogových závislostí. Prvním principem, který definuje **co je účinné, musí být dostupné, co je dostupné, musí být účinné**. V podstatě to znamená, že je vhodné podporovat dosažitelnost účinných postupů a eliminovat – tlumit postupy, které účinné nejsou.

Druhým principem je **odstranit bariéry včasné pomoci a zabránit odloženému využívání služeb**. Což znamená, že je lepší včasná intervence než opožděné léčení. S klientem se dá pracovat vždy a nemá smysl čekat, až bude klient motivován k léčbě zdravotními, vztahovými nebo jinými problémy. To znamená, že klienta můžeme motivovat už ve fázi, kdy si dochází pouze měnit jehly a stříkačky. A svůj smysl určitě má i nedobrovolné léčení závislosti. V podstatě každé období, které klient prožije bez drogové závislosti, může být v jeho životě důležitý a může vést ke změně postoje k léčbě a droze.

Posledním principem je **zabránit fenoménu otáčivých dveří**. Nejvhodnějším řešením je dlouhodobá komplexní péče. Tento fenomén vzniká tehdy, pokud léčba není dotažena do konce a nenavazuje na ní následná péče a její součástí není prevence návratu k užívání drog po určité období abstinence. Návrat ke droze je obrovským problémem a může se dostavit v průběhu léčby i po jejím skončení. Proto je nezbytné se na tento problém v terapeutickém procesu aktivně zaměřit (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 214).

Jedním z univerzálních přístupů sociální práce s uživateli drogy, který je možno uplatnit v kterékoli fázi práce s touto klientelou je motivační rozhovor. Musíme, však velmi dobře rozpoznat v jaké fázi změny se klient zrovna nachází, protože každá tato fáze má své specifické úkoly a intervence. „*Motivační rozhovor je soubor*

*komunikačních strategií vedení rozhovoru, jenž je cíleně zaměřen na vyvolání změny v závislém chování“ (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 214).*

Sociální práce je provázána širokým spektrem činností s drogově závislým. Jak předchozí text ukázal, sociální práce nezačíná až ve chvíli, kdy klient přichází s tím, že je na pokraji sil a dostal se do velkých problémů, ale již dávno předtím a pokračuje hodně dlouho potom.

### **2.3 Druhy služeb a zařízení pro drogově závislé**

Při práci s drogově závislým je nutností také rozhodnout o tom, který druh terapie je pro něj nejlepší. Podle KALINY (in MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 214) je třeba vycházet nejen ze stupně závislosti, ale z dalších okolností, jako je například zdravotní stav klienta a jeho somatické komplikace závislosti, doprovodné psychologické a psychopatologické problémy, stupeň klientovy motivace a potřeby podpory, intenzitu příznaků závislosti – to znamená pravděpodobnost relapsu, výskyt abstinčních příznaků a schopnost je zvládat, nejbližší vztahy – tedy s rodinou a partnerem a sociální prostředí klienta. K tomuto můžeme ještě doplnit ohled na zaměstnání, případně vzdělávací dráhu klienta.

V České republice je v současnosti již relativně komplexní systém služeb a to od primární prevence, přes programy, jež pracují s klienty, kteří aktuálně užívají drogy, až po léčebná zařízení a doléčovací centra pro lidi po léčbě z drogové závislosti.

Hned v úvodu je důležité konstatovat, že léčba drogově závislých je dlouhodobá a obtížná. Navíc nikde není zaručeno, že jedinec po absolvování léčby bude trvale abstinovat. U každého jedince je druh léčby vždycky posuzován individuálně, protože záleží na typu návykové látky, stupni závislosti a motivaci jedince léčit se (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 214).

Jedním ze základních způsobů pomoci je primární prevence, která zahrnuje primárně preventivní programy, jejichž cílem je odradit od prvního užití drogy nebo aspoň odložit první kontakt s drogou. Je možno k tomuto využít masová média, vzdělávání široké veřejnosti, komunitně zaměřené iniciativy nebo programy ve školách zaměřené na většinu studentů a mladých lidí. Primární prevence se ale také může soustředit už na určité sociální skupiny, jako jsou například „děti z ulice“, záškoláci, mladiství vyloučení ze školy, mladiství delikventi nebo děti uživatelů drog. Primární

prevence tedy zahrnuje vytváření povědomí a informovanost o drogách a nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich užíváním, podporu protidrogových postojů a norem, posilování prosociálního chování v protikladu se zneužíváním drog, posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů a podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog.

**Kontaktní centra** a terénní programy jsou už určeny primárně pro jedince, kteří drogy užívají, ale zatím nejsou motivováni ke změně. Tyto služby jsou součástí takzvaného Harm Reduction (snižování rizik). Programy Harm Reduction jsou provozovány přímo v terénu – na ulici nebo místech, kde se uživatelé drog scházejí (terénní práce, streetwork) nebo v takzvaných nízkoprahových zařízeních (srov. SANANIM, 2013 a KALINA, 2015, s. 372). §59 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších doplňků definuje kontaktní centra jako nízkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Kontaktní centra v rámci Harm Reduction nabízejí podobné služby jako terénní programy, ale navíc mají ještě potravinový a hygienický servis. V těchto centrech jsou lepší podmínky pro cílenější a dlouhodobější práci s klientem. Sociální pracovník se tak může více zabývat klientovou motivací k léčbě. Tato centra mohou lépe hodnotit aktuální stav uživatele a vybírat pro něj nejvhodnější léčbu, případně mu léčbu zprostředkovat. (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 215). Kontaktní centra nabízí nejčastěji výměnný program, informace o „bezpečném“ užívání drog a základní zdravotní ošetření. Klient tak může využít služby kontaktního centra a hovořit s kontaktním pracovníkem, získat informace, dát si čaj nebo polévku, osprchovat se nebo vyprat si prádlo, pokud tyto služby kontaktní centrum nabízí. Dále kontaktní centra nabízí poradenství v případě sociálních potíží, zájmů o léčbu, motivační trénink před léčbou nebo zprostředkování léčby. Poradenství už zpravidla probíhá mimo služby „kontaktní místnosti“ a už nebývá ani anonymní (srov. SANANIM, 2013 a KALINA, 2015, s. 372).

**Terénní programy neboli streetwork** zajišťují obvykle výměnný program jehel a stříkaček. Myšleno je tím to, že klient, pokud donese použité jehly a stříkačky, dostane tento zdravotní materiál výměnou. Následně je vše odborně likvidováno. Snižuje



se tak riziko poranění z použitých zahozených jehel a stříkaček. Navíc nejsou tito jedince nuceni se o jehly a stříkačky dělit a snižuje se tak riziko přenosu nemocí. Streetworker poskytuje informace o „bezpečném“ užívání drog. V podstatě je tento způsob pomoci postaven na myšlence, že pokud už klient drogy bere, tak ať je bere aspoň bezpečně (SANANIM, 2013). KALINA (2015, s. 370) zdůrazňuje, že výrazným specifikem této služby je také to, že terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potenciální zájemce o tuto službu, a tudíž nečeká, až bude osloven. Tato služba je tak velmi flexibilní, časově i místně dostupná.

Součástí nabízené pomoci jsou i léčebné programy, které jsou charakteristické odbornou strukturovanou prací s klientem. Léčebný proces je směřován k abstinenci klienta. Tyto léčebné programy se podle typu rozlišují na ambulantní a rezidenční. Podle délky může být léčba krátkodobá, střednědobá nebo dlouhodobá. Na tento základní program by pak měla navazovat následná péče a doléčování.

**Ambulantní léčba** probíhá bez vyčlenění klienta z jeho původního prostředí. Klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka léčby a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit. Každopádně by to mělo být zakotveno v dohodě klienta se zařízením či terapeutem. Ambulantní léčba je vhodná především pro jedince, kteří mají sociální, rodinné zázemí, které je pro ně podporou nebo pro ně není tak ohrožující. Takový jedinec musí být také velmi motivovaný a být schopný vysoké sebekontroly. Za účinnou se považuje léčba až od délky 3 měsíců, s frekvencí kontaktů minimálně 2x až 3x týdně. U nás tuto ambulantní léčbu nabízejí nejčastěji ambulantní psychiatrická zařízení, která se zaměřují na alkoholové a drogové závislosti. Existují také ambulantní skupiny, které existují buď v rámci některého terapeutického zařízení nebo jako svépomocné (Anonymní alkoholici, Anonymní narkomani) (SANANIM, 2013). Ambulantní léčba klade na klienty již určité nároky. Na začátku léčby je s klientem vytvořen individuální plán léčby, jehož plnění je pravidelně kontrolováno. Někdy může být součástí i rodinná či párová terapie.

Do ambulantní léčby patří i **denní stacionáře**, kde klient dochází každý den do léčebného programu, který je od ranních do odpoledních hodin. Jedná se intenzivnější formu ambulantní léčby. Přičemž léčba se skládá z individuální, skupinové a rodinné terapie.

Patří zde i **detoxikační jednotky**, což je většinou nutností absolvovat

před nástupem na pobytovou léčbu. Cílem těchto jednotek je minimalizovat projevy odvykacích symptomů a zbavit klienta návykových látek a to i za pomoci medikace. Tato detoxikace většinou trvá tak cca 5 – 10 dní, ale může trvat i déle (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 215).

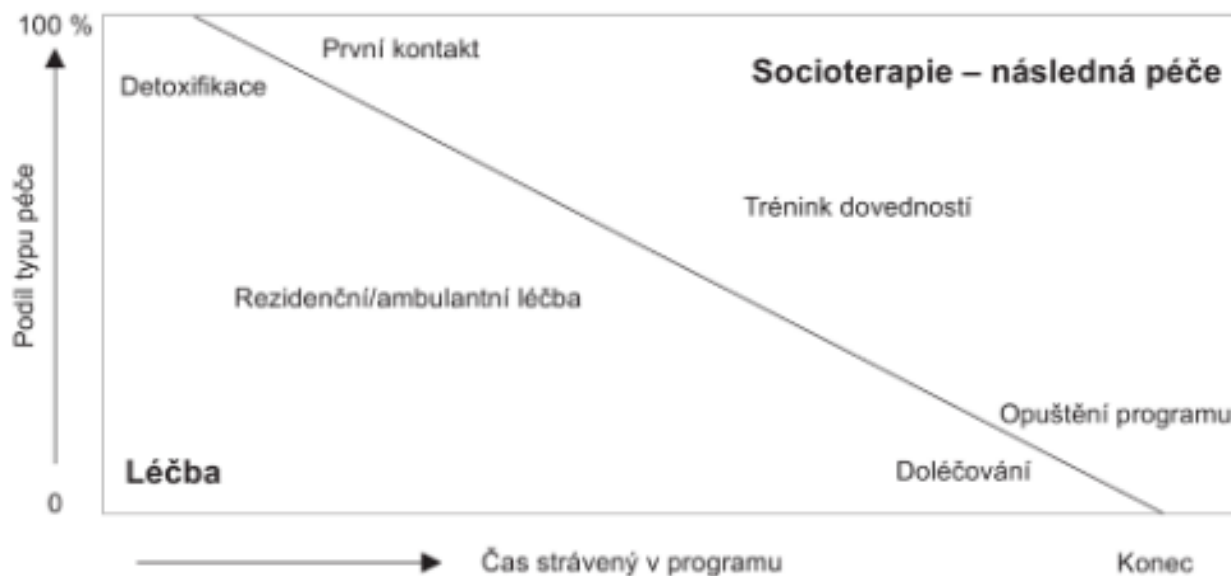
**Pobytová léčba** nebo také rezidenční léčba a ústavní léčebna. V tomto případě klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. Cílem této léčby je snaha vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří jasný režim a pravidla pobytu a využívá různých terapeutických metod, které mají klientovi pomoci v tom, aby si ujasnil svůj postoj k drogám, a které mu mají dále pomoci v řešení nejrůznějších problémů, které se týkají jeho dosavadního života a mají mu pomoci získat komunikační a sociální dovednosti. V rámci léčby jsou vytvářeny skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, klienti mají možnost se účastnit aktivit pro volný čas, využít poradenství. V rámci léčby se využívá spolupráce s rodinou a partnerem. Léčba může mít různou délku, od cca 2 měsíců až výjimečně do dvou let (SANANIM, 2013).

**Terapeutické komunity** nabízejí střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu v délce 6 – 18 měsíců. Jedná se strukturovanou a intenzivní léčbu, která se většinou dělí do čtyř fází. Klade se velký důraz na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Přičemž se využívá individuálního poradenství, skupinové, rodinné a pracovní terapie (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 215).

Součástí léčby je tedy i **následná péče a doléčování**. Jedná se o službu, která je klientovi poskytována po odchodu z léčby. Mohou to být jakékoli služby, které jedinec využije, od pracovního poradenství, přes chráněné bydlení až po psychoterapeutické programy. Cílem je samozřejmě udržení abstinence po léčbě (SANANIM, 2013).

KALINA (2015, s. 223) říká, že je nutné úzké propojení mezi léčbou samotnou a následnou léčbou. Je důležitá integrace některých intervencí, často odsouvaných až do následné péče, už v program základní léčby. Vše doplňuje tímto nákresem.

**Obrázek. č. 1:** Základní léčba a následná péče (KALINA, 2015, s. 223).



## 2.4 Metody a techniky sociální práce s drogově závislími

Již bylo zmíněno, že sociální pracovník může s drogově závislým pracovat v jakékoli fázi jeho závislosti. V případě práce s drogově závislým využíváme jak metody sociální práce s jednotlivcem – případovou studii, tak práci se skupinou.

ÚLEHLA (2005, s. 8) dokonce uvádí, že základním nástrojem sociálního pracovníka je rozhovor. Dodává, že schopnost používat tento nástroj je přímo závislá na tom, jak rozumí tomu, co se všechno v rozhovoru odehrává, jak se toho on sám účastní, protože všechno, co sám činí, činí v dialogu s někým, přinejmenším sám se sebou.

Práce se skupinou se nejčastěji využívám v rámci **terénní sociální práce – streetwork**. Terénní sociální práce je podle zákona o sociálních službách realizována prostřednictvím terénních forem sociálních služeb. Sociální služby jsou podle §3 a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definovány jako činnosti nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Sjednocujícím znakem je přitom jejich naplňování v přirozeném sociálním prostředí.

Terénní sociální práce navazuje kontakt s drogově závislými přímo v prostředí, kde se tato skupina přímo vyskytuje. Nejčastěji se drogově závislí setkávají

na veřejných místech – jako jsou náměstí, ulice, stanice městské hromadné dopravy, nádraží, restaurace, kavárny, kluby, diskotéky, herny a další. Drogově závislé najdeme i v prostředí škol, učňovských zařízení a na internátech. Některé drogově závislé můžeme najít i v neobydlených domech, na staveništích a bytech. „*Cílovou skupinou terénní sociální práce jsou obvykle uživatelé drog, v jejichž vnitřní bilanci zatím nepřevážily problémy spojené s užíváním drogy nad zisky*“ (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 217).

Pracovník v případě terénní sociální práce vychází cílové skupině vstříc, protože právě vstupuje do prostoru, kde se příslušníci dané cílové skupiny cítí ve „svém“ a proto mohou sociálního pracovníka vnímat jako vetřelce. Pracovník tedy podstupuje riziko nepřijetí či dokonce napadení ze strany klientů. Dělá to, ale proto, že by jinak nedocílil setkání s cílovou skupinou nebo by bylo příliš náročné motivovat drogově závislé k tomu, aby kontaktovali jiný typ služby. Terénní sociální pracovník, ale může nabídnout drogově závislým i takovou službu, která je pro ně v daném prostředí nedostupná.

Nejtěžší pro sociálního pracovníka je samozřejmě navázat kontakt s klienty. Kontakt je možné navazovat jak s jednotlivci tak se skupinami, ale je třeba k tomu velmi dobrá příprava. Součástí takové přípravy je klíčová informace o hierarchii uživatelské skupiny a o jejich nejvlivnějších členech. Na začátku je velmi důležité získat důvěru právě těchto lídrů. Postupně sociální pracovník síť kontaktů rozšiřuje, ale ve větších městech nemusí být skupiny uživatelů drog tak soudržné.

V praxi se osvědčilo, když důvěru uživatelů si získával člověk, který byl v minulosti rovněž uživatelem drog. Je tomu tak proto, že drogově závislí jej vnímají jako příslušníka vlastního kmene. Odborně se o nich mluví jako lidech indigenních drogové subkultury. Indigenní pracovník je pak schopen navštěvovat klienty v bytech, což se ostatním pracovníkům podařit vůbec nemusí (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 217 - 218).

Terénní program zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 69 vymezuje jako terénní služby, které jsou poskytovány osobám, jež vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba závazně obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Terénní sociální práce se dá velmi těžko organizovat a velmi složitě se i vykazuje. Vedoucí pracovník by měl terénnímu sociálnímu pracovníkovi určit, kolik času se má věnovat kterému druhu činnosti – kontakt s novými klienty, kontakt se známými klienty, záznamy a jiná administrativa (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 218). Měli bychom ale vycházet z toho, že terénní sociální práce je důležitou součástí prevence. Činnost terénního sociálního pracovníka se skládá z přímé práce, což je konkrétní činnost, která je vykonávána s cílovými skupinami přímo v terénu nebo v zařízení. Dále na nepřímou práci, která zahrnuje činnost spojenou se zajišťováním a plánováním veškeré činnosti sociálního pracovníka, prezentaci jeho práce, nezbytnou administrativu a jednání s příslušnými institucemi v zájmu cílových skupin. Přičemž poměr přímé a nepřímé práce by měl být vyvážen. Z počátku je většinou podíl přímé práce s klienty větší. Postupně s rozvojem profesionálních dovedností a délkou praxe roste podíl nepřímé práce, nikdy by však neměla převažovat. Pak zde patří práce přesahující neboli smíšená, což je kombinace obou předešlých prací. Pomocí této práce jsou řešeny konkrétní problémy, které vyplývají z přímé práce s drogově závislými. Patří zde metodické vedení, specifické profesní vzdělávání, supervize a intervize (BEDNÁŘOVÁ, PELECH in KOMÍNKOVÁ, 2006, s. 13).

U terénní sociální práce je velmi důležitá supervize, ale i tak je v případě této práce počítat s vysokou fluktuací pracovníků.

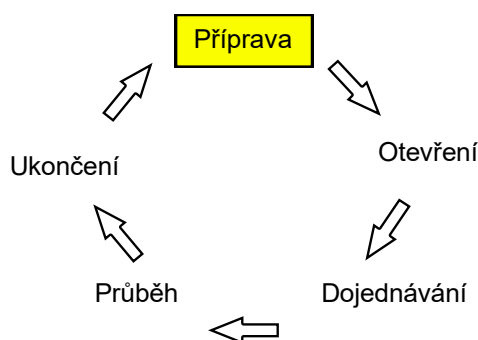
Terénní sociální pracovník se snaží nabídnout uživatelům drog řešení jejich problémů, ale to vždy jen do té úrovně, do které je to pro klienta přijatelné. *„Klienta je nutné považovat za autonomní osobu, která může nabízenou pomoc zcela odmítnout nebo definovat zakázku odlišně od pracovníkovy nabídky a pak s ním vyjednávat o možných modifikacích poskytované služby“* (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 218).

Terénní sociální práce se snaží poskytovat informace o rizicích spojených s aplikací drog a o možnostech omezování těchto rizik a to slovně nebo pomocí letáků či jinými formami přímo klientům a poskytovat sterilní stříkačky, jehly a další zdravotnický materiál, pokud možno výměnou za použitý materiál, případně sbírání a likvidace použitého materiálu z míst, kde jej klienti zanechali.

Sociální pracovník je při své práci omezen zákonem, zvyklostmi, tradicí, profesní etikou atd., ale při své práci potřebuje si věci umět vysvětlit a rozumět jim.

I k tomu mu slouží rozhovor. V rámci rozhovoru s klientem se sociální pracovník dozví mnoho informací, aby si mohl dobře vybrat, potřebuje rozumět tomu, co vlastně dělá, proč to dělá a k čemu je to dobré a k tomu slouží fáze přípravy (ÚLEHLA, 2005, s. 9).

**Obrázek č. 2:** Fáze systematické práce s klientem (ÚLEHLA, 2005, s. 9).



Terénní sociální práce se skládá z několika fází. Jedním z prvních úkolů sociálního pracovníka je vybrat si lokalitu, ve které bude pracovat. Výběr takové lokality je víceméně na osobním uvážení pracovníka, na jeho osobnosti, vidění možnosti práce a problémů určité cílové skupiny. V mnoha případech je volba lokality závislá na společenské potřebě řešit aktuální problém na daném místě. Jakmile je lokalita zvolena, tak nastává fáze mapování lokality, při které musí brát terénní sociální pracovník v úvahu několik skutečností. Za prvé je to charakter lokality, tedy jeho velikost, typ zástavby a dále například možnosti kulturního a sportovního vyžití, dále demografické podmínky, tedy počet obyvatel, věková struktura, zaměstnanost a jiné a podmínky a místa setkávání příslušníků cílové skupiny (BEDNÁŘOVÁ, PELECH in KOMÍNKOVÁ, 2006, s. 13 - 14).

Práce s drogově závislým probíhá strukturovaně v určitých krocích. Tím prvním krokem je **navázání kontaktu**. Existuje několik způsobů, jak navázat kontakt s potenciálními uživateli sociálních služeb. V úvodu je samozřejmě třeba vědět, zda zájem přišel přímo od zájemců o službu, nebo je iniciátorem někdo jiný. Pokud se jedná o nevyžádanou spolupráci, pak sociální pracovník musí vzít na vědomí, že se nejedná o aktivitu pomoci, ale o kontrolu, která má své opodstatnění pouze v zájmu ochrany zdraví či života zúčastněných osob, nebo ochrany práv a oprávněných zájmů nezletilých dětí. K samotnému prvnímu kontaktu může dojít za předpokladu, že zájemce

o sociální službu sám dospěje k tomu, že kontaktuje sociálního pracovníka nebo je zájemci terénní sociální služby doporučena jinou osobou (příbuzným, známým, bývalým uživatelem služby), nebo je zájemci služba doporučena neziskovou organizací, obecním úřadem nebo státní institucí. Nebo k prvnímu kontaktu dochází proto, že je sociální pracovník požádán jinou organizací nebo institucí k tomu, aby dané osobě či osobám službu nabídl anebo pracovník sám aktivně kontaktuje obyvatele v cílové lokalitě a nabídne jim dané služby. Pokud pracovník vstupuje do cílové lokality sám, aby sociální službu aktivně nabízel, je navázání spolupráce snazší pokud kontakt proběhne přes osobu, která již v lokalitě působí nebo působila (například bývalý terénní pracovník, zaměstnanec jiné neziskové organizace, zaměstnanec sociálního odboru), nebo pokud se podaří úspěšně vyřešit některé záležitosti jiného uživatele s pomocí terénní sociální práce (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 30 – 31). V této fázi má sociální pracovník za úkol navodit bezpečí, rozvíjet spolupráci, nabídnout pomoc a vytvářet příležitosti pro vyslovení objednávky (ÚLEHLA, 2005, s. 50). Ve chvíli, kdy se podařilo oslovit zájemce o služby, dochází k tomu, že formulujeme nabídku, to znamená, že zájemci poskytneme základní informace o sociální službě a možnostech spolupráce. Zájemce – drogově závislého informujeme nejen o službě samotné, ale také o povinnostech, které z případné spolupráce plynou. Všechny tyto informace jsou pro zájemce velmi důležité, neboť na základě toho se právě rozhodne, jestli službu využije a jsou pro něj podmínky přijatelné. *„Pracovník a organizace se musí přizpůsobovat zájemci o jeho možnostech jednat, nabídka proto odpovídá komunikačním schopnostem cílové skupiny uživatelů, zohledňuje jejich možnosti v míře složitosti textu, používání cizích slov a odborných výrazů, ve způsobu předání informací apod.“* (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 30 – 31). ÚLEHLA (2005, s. 16) dodává, že pomoc je užitečná, dále respektující a rozhodně příjemná a to proto, že je založená na spolupráci rovnocenných. Rozhodně to jde vždy lehčeji, když se spolupracuje, ale vyžaduje to mnoho času a vzájemného respektu. Pomoc je v podstatě nepřetržitým zvaním druhého k dialogu.

Dalším systematickým krokem je takzvané **mapování situace**, jehož účelem je zjistit, zda má dotyčný jedinec vůbec potřebu a zájem spolupracovat s terénním sociálním pracovníkem. Při jednání o samotném zahájení spolupráce vystupuje pracovník jako ten, kdo nabízí poskytování služby a jeho protějškem pak je buď osoba,

kteřá nabídku vyslechne, ale nemá zájem o spolupráci, nebo zájemce o poskytnutí služby, který se za určitých podmínek může stát anebo uživatelem, kterému je služba poskytována. K tomuto jednání dochází, pokud zájemce o službu neodmítl prvotní nabídku spolupráce nebo u něj nedochází ke kontrole. Pokud se k nám klient dostane, má sociální pracovník možnost mu danou situaci trochu usnadnit tím, že ocení všechno, co se mu, až doposud zdařilo a tím že mu potvrdí, že rozumí jeho těžkostem a bere jej vážně (ÚLEHLA, 2005, s. 68).

**Obrázek č. 3:** Mapování situace (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 32).



V úvodu práce se zájemce o službu není cílem hned stanovit cíle a úkoly spolupráce a zjistit, čeho chce zájemce prostřednictvím služby dosáhnout. Sociální pracovník vede zájemce k tomu, aby formuloval vlastními slovy svá přání, očekávání či potřeby, co si přeje za pomoc a jak má tato pomoc vypadat. V rámci vyjasňování – mapování klient obdrží informace o charakteru, pravidlech a bezplatnosti poskytovaných služeb. Tento proces je velmi důležitý neboť klient nemusí vědět, co může chtít a může mít zkrácené představy o možnostech organizace či pracovníka. V této fázi však nemusí být poskytování služeb definitivně dojednané a je zatím jen otevřené. Pokud pracovník v této fázi zjistí, že mu dané téma nebo pomoc nepřísluší, zprostředkuje klientovi kontakt na organizaci, která mu danou službu je schopen poskytnout. Zájemce ještě může službu odmítnout, ale poskytovatel může odmítnout zájemce pouze z důvodů, které stanovuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, což je, že poskytovatel neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá nebo nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou žádá. Dalším krokem



v této fázi je uzavření Dohody o poskytování služby (podle Standardů kvality sociálních služeb) nebo Smlouvy o poskytnutí služby (podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách říká, že při poskytování sociální služby terénní programy dle § 69 a sociální poradenství dle § 37 tohoto zákona není podle § 91 stanovena povinnost uzavřít písemnou smlouvu o poskytnutí služby. Naopak sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi dle § 65 je nutné ošetřit smlouvou o poskytnutí sociální služby v písemné formě, pokud alespoň jedna strana při jednání o uzavření smlouvy tuto formu navrhne. V případě dohody o poskytování služby by mělo být součástí vždy ujednání o osobním cíli, jehož naplnění se bude sledovat. Dohoda může být uzavřena buď ústně, nebo písemně. Písemně vždy v případě, kdy o to zájemce projeví zájem a časový prostor pro její uzavření přichází až po formulaci osobního cíle (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 31 - 33).

Třetím navazujícím krokem je **formulace zakázky**. ÚLEHLA (2005, s. 86) uvádí, že zakázka definuje dvě věci. Za první je to oblast spolupráce a za druhé je to cíl spolupráce. Dobrý pracovní vztah vždycky započne pouze na základě jasné zakázky, nikoli naopak. Přičemž objednávkou mohou být všechny „*poznámky, věty, slova, které klient vysloví a pracovník jim rozumí tak, že to jsou přání, očekávání a návrhy*“ (ÚLEHLA, 2005, s. 86). V podstatě to znamená, že pracovník musí nejprve klientovým slovům porozumět, pak to může brát jako objednávku. Důsledkem pak je, že různí pracovníci mohou v týchž klientových slovech vidět odlišné objednávky. Pokud pracovník objednávku rozliší, tak má několik možností, jak s tím naloží. Buď může nechat objednávku být, nebo ji odložit na později, může se začít doptávat, zda to, čemu v objednávce rozumí, také klient tak bere, také může rovnou odpovědět nabídkou, jak by mohl na základě objednávky konat anebo může navrhnout objednávku dle svých zkušeností a začít se domlouvat, zda by taková formulace byla klientovi užitečná. V případě vyjasňování zakázky je vhodné využívat užitečné otázky otevírací, které podporují klientovu aktivitu, potvrzení a ocenění, zplnomocnění a objasňování či nabídku. Přičemž objasnění nám slouží k tomu, abychom klientovi opravili jeho možná mylné představy o možnostech pracovníka, nebo jej navedli na to, co vlastně může chtít. Důležité je uvědomit si, že vyslovením objednávky a nabídky ještě není nic dojednané. Dojednávání zakázky je dovednost, kterou by měl pracovník rozvíjet. Cílem dojednávání je vytyčit smysluplný cíl společné práce, zapojit klienta do rozhodování

a volby společné činnosti, vytvořit společná měřítka k posouzení pokroku změn a zdolání úkolu a vytvořit prostor pro spolupráci. „*Aby dojednávání zakázky nebyla kontrola, musejí se pracovník a klient spolu dohodnout, že to, co nyní spolu udělají, oba chtějí, protože to považují za užitečné*“ (ÚLEHLA, 2005, s. 87). Dojednávání je tak již profesionální prací pracovníka. V praxi klienti nejsou zvyklí dojednávat takové dohody, a proto je pracovník musí vést. Je věcí profesionality a sebedefinice jedince a i povahy zařízení, v kterém pracuje, co je považováno za hranici mezitím, co je ještě třeba dojednat a co už je třeba brát za hotové bez dojednání. Při dojednávání zakázky musíme respektovat dva faktory. První je důsledné respektování práva klienta na svobodnou volbu a druhý faktor je čas. Musíme si uvědomit, že dojednávání je časově hodně náročné, ale musí to být respektující. Kontrola je samozřejmě časově úsporná, ale není příjemná. NEDĚLNÍKOVÁ (2008, s. 34) k tomu dodává, že když je objednávka definována hned na začátku, nemusí být definitivní a může se v průběhu spolupráce kdykoli přehodnotit. Rovněž nemusí být v průběhu dojednávání definován pouze jeden jediný osobní cíl. Práce s klientem tak může být rozdělena na dílčí zakázky, které sledují jednotlivé cíle. Každá nová zakázka musí obsahovat popis žádaného stavu a navrhovaný postup, jak k tomu cíli dojít. K definici cílů se mohou připojit blízcí či osoby ze širšího sociálního prostředí. „*Poskytování služeb vychází z individuálních potřeb a přání uživatele, z jeho osobních zájmů a cílů a je postaveno na jeho schopnostech a možnostech, nikoliv na omezeních a nedostatcích. Mnoho klientů má dostatek vnitřních prostředků pro dosažení cíle a potřebuje pouze podporu, zplnomocnění, jiní klienti naopak potřebují „vypomoci“ dovednostmi a znalostmi pracovníka*“ (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 34). Přičemž je na pracovníkovi, aby zhodnotil schopnosti a dovednosti klienta a zvolil tak správnou míru podílu pracovníka na úkolech tak, aby nepřebíral zodpovědnost a aktivitu za klienta více, než je nutné. Platí zde pravidlo, že míra aktivity pracovníka se s rozvojem dovedností klienta snižuje. Dobře zformulovaný osobní cíl musí být významný pro uživatele samotného, aby byl pro něj motivující a uživatel měl tak zájem investovat do jeho dosažení. Musí být malý a konkrétní. To znamená, že velké a dlouhodobé cíle je třeba rozdělit na malé cíle a jednotlivé kroky, kterých lze dosáhnout v blízkém časovém horizontu. Cíle a kroky musí být definovány zcela konkrétně. Cíl by měl jednoznačně směřovat k tomu, co klient chce a nikoliv k tomu, co nechce. Musí být tedy formulován pozitivně a musí

být realistický, to znamená, že by měl být reálně dosažitelný. Cíl musí být jednoznačně spojen s aktivitou uživatele. Dosažení cíle musí stát klienta úsilí, které je přiměřené jeho možnostem a schopnostem. Platí zde pravidlo, že cíl, který nevyžaduje úsilí, není motivující a ani neumožňuje klientovi zvýšit sebehodnocení tím, že tohoto cíle dosáhne. (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 34).

Dalším systematickým krokem je **plánování služeb**. To znamená, že klient s pracovníkem postupně plánují jednotlivé kroky a postupy, které je třeba učinit k tomu, abychom dosáhli stanoveného cíle/cílů. Součástí je i rozhodování, kdo bude za jednotlivé úkony zodpovědný, v jakých termínech a jaké zdroje je třeba využít. Jakmile jsou jednotlivé kroky naplánovány, tak vzniká osobní plán uživatele. Prostřednictvím tohoto plánu se klientovi i pracovníkovi lépe orientuje v tom, jak dobře se jim daří stanoveného cíle dosahovat. Přičemž tvorba plánu se vždycky odvíjí od cíle uživatele, charakteru zařízení a typu sociální služby. U nízkoprahových anebo krátkodobých služeb bude plánování v několika větách, u dlouhodobých služeb to bude kontinuální a časově náročnější proces.

Na tuto část navazuje **realizace plánu**. Jedná se o fázi, kdy už dochází přímo k poskytování služby, k průběžnému vyhodnocování dosavadního postupu a dílčích výsledků, případně k revizím a změnám v osobních cílech, osobním plánu či plánu služeb. V této fázi je také podstatné ujišťování, že spolupráce s klientem opravdu směřuje k naplnění klientova osobního cíle a zda tento cíl stále reflektuje jeho potřeby a přání. Je zde prostor pro promyšlení, zda klient chce i nadále spolupracovat nebo už v této spolupráci nevidí žádný smysl. Může se totiž stát, že klient již nepovažuje další spolupráci za svou prioritu nebo se problém klienta rozvinul do takové podoby, kdy mu pracovník již není schopen nabídnout žádné dostupné služby organizace anebo také může dojít k tomu, že klient opakovaně závažným způsobem porušuje smlouvu o poskytnutí služby nebo vnitřní pravidla organizace a to i přesto, že s nimi byl seznámen (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 34 - 35).

Předposlední fází celého procesu je **ukončení spolupráce a vyhodnocení výsledku s uživatelem**. V této fázi je vhodně s klientem zhodnotit průběh celé spolupráce a to včetně jejich výsledků. Musíme brát v potaz to, že cílem není jen naplnění osobního cíle klienta, ale také jeho porozumění, díky čemuž těchto změn dosáhl a jak nové schopnosti či dovednosti může využít, pokud se problém objeví znovu.

Pracovním může s klientem ještě vypracovat plán pomoci a orientovat ho na další a to především neformální zdroje pomoci (širší rodina a jiné). Pokud se ale problém nepodařilo vyřešit, například vzhledem k omezenosti sociálních služeb, je naplánován další postup – můžeme navrhnout například využití jiné sociální služby nebo navrhnout ústavní léčbu. Nezbytnou součástí je také zpětná vazba uživatele k práci terénního sociálního pracovníka a vyjádření jeho spokojenosti s poskytovanou službou (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 35 - 36). Sociální pracovník si v této fázi taky musí uvědomovat, že není cílem péče, aby klient neměl problém, ale aby s ním uměl zacházet a uměl volit vlastní cesty, že důležitější než zvládnutí problému podle představ pracovníka je klientova spokojenost s tím, jak to zvládá on sám a taky respekt k individuálním zvláštnostem a právům klienta, což pracovníkovi pomůže ovlivňovat normy, které má prosazovat (ÚLEHLA, 2005, s. 118).

Poslední fází je **evaluace**. Což je proces, při kterém jsou získávány informace, na základě kterých se rozhoduje, zda daná akce/aktivita přinesla očekávané výsledky. Evaluace v tomto případě probíhá ve dvou procesech. Prvním je evaluace výsledků, tedy měření, jak se uživatelé a jejich situace mění a zda poskytnutí služby bylo jedním z faktorů této změny. A pak to je evaluace spokojenosti uživatele, která se může zaměřit na přiměřenost služeb nebo na vůli poskytovatele uspokojovat potřeby klientů, na kvalitu vztahu s konkrétním pracovním, či na jeho důvěryhodnost a jiné (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 36).

*„Základem individuální sociální práce je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, komunitě, společnosti, kultuře a znalost těch sociálně-zdravotnických služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek“* (MATOUŠEK in ŠPILÁČKOVÁ, NEDOMOVÁ, 2013, s. 12).

Individuální sociální práce je závislá na motivaci klienta ke spolupráci a klient na takovou spolupráci přistoupí tehdy, pokud má pro něj taková spolupráce v rámci jeho životních zkušeností a konkrétní životní situace smysl.

Práce sociálního pracovníka, ale není jen terénní sociální práce, ale také k ní patří předléčebné poradenství a práce s klientovou motivací. Předléčebné poradenství je klientovi poskytované před nástupem intenzivní léčby a i toto je součástí práce v kontaktních centrech, příp. už terénních programů. Cílem tohoto poradenství je samozřejmě rozvoj a podpora klientovy motivace k léčbě. Ve fázi práce s klientovou

motivací se doporučuje podporovat jeho sebedůvěru a využívat všech technik aktivního naslouchání – zrcadlení, shrnování, parafrázování, potvrzení, otevřených otázek (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 223).

Sociální práce s drogově závislým v sobě zahrnuje i sociální práce v průběhu pobytové léčby, jež je poskytována v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách. Hlavním cílem léčby je vždy změna životního stylu a přijetí abstinence jako životní součást klienta. Nezbytnou součástí je i klientovo přijetí odpovědnosti za sebe sama a své jednání, nacházení alternativ k užívání drog, nácvik dovedností, zlepšování mezilidských vztahů, posilování sociální podpory, maximalizace stabilizace sociálních podmínek klienta a také samozřejmě prevence relapsu. Jak již bylo zmíněno, je důležitá klientova motivaci k léčbě, kterou může sociální pracovník podpořit již poradenstvím před nástupem léčby. V praxi jsou klienti motivováni spíše vnějšími motivačními činiteli, jako je hrozba trestního stíhání, ztráta rodinného zázemí a jiné. Výrazná vnitřní motivace se pak formuje, až spíše v průběhu samotné léčby. Na samotném počátku léčby musí sociální pracovník počítat s tím, že klient se může velmi těžce adaptovat na ústavní podmínky léčby a proto je cílem vytvořit úzký vztah terapeut – klient. Naopak v závěrečné fázi je vhodné tento úzký vztah více rozvolnit. V průběhu léčby jsou s klientem rovněž stanovovány dílčí cíle, které jsou v průběhu léčby vyhodnocovány a přizpůsobovány aktuální situaci. Sociální pracovník v této fázi napomáhá k tomu, aby klient hovořil otevřeně o svých problémech, sdílel je se skupinou a byl je schopen adekvátně zpracovat. Sociální pracovník má také za úkol klientovi pomoci s postupným obnovováním kontaktů s vnějším sociálním prostředím a zvyšováním míry a kvality jeho sociálního fungování. Nezbytnou součástí pomoci je obnovení vztahů s rodinou, například i pomocí rodinné terapie. V procesu obnovení sociálního fungování pomáhá sociální pracovník klientovi postupně řešit jeho problémy, které se mu po celou dobu užívání drog nasbíraly. V této fázi jsou důležité znalosti sociálního pracovníka a jeho umění podporovat klienta při řešení jeho problémů. Svou roli má sociální pracovník i v konečné fázi léčby, tedy při přípravě návratu do normálního života. Skvěle se osvědčilo s klientem vypracovat krátkodobé a dlouhodobé cíle po opuštění léčby. Rovněž je klient motivován k následné péči (MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 223).

Co se týče následné péče, tak tam je samozřejmě nejlepší, aby navazovala přímo

na léčbu. Cílem následné péče je stabilizace klientova životního stylu, posilování abstinence a postupně i rozvolňování vazby klienta na doléčovací program (KUDA in MATOUŠEK, KODYMOVÁ, KOLÁČKOVÁ, 2010. s. 223). Sociální práce v doléčovacích programech má spíše podpůrný charakter. Práce s klientem tak spíše spočívá v zřehlednění závazků a záležitostí, jež klient musí řešit, ve vytýčení priorit a v podpoře klientovy trpělivosti a vědomí, že je schopen své problémy postupně vyřešit.

Cílem této kapitoly bylo definovat specifika sociální práce s drogově závislým klientem. Jak z výše uvedeného vyplývá, jedná se o spolupráci velmi křehkou s nejistým výsledkem, jejíž základem je komunikace, vzájemná důvěra a spolupráce.

## **2.5 Osobnost sociálního pracovníka při práci s drogově závislými**

Následující kapitola si klade za cíl blíže popsat, jaké předpoklady by měl mít sociální pracovník pro výkon své profese. Etický kodex sociálního pracovníka blíže popisuje a charakterizuje „správné“ jednání terénního sociálního pracovníka vůči svému klientovi. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů říká v § 109, že sociální pracovník *„vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízení poskytujících služby sociální péče, sociální právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“*

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách dále uvádí, že sociální pracovník musí být plně svéprávný, bezúhonný, zdravotně způsobilý a odborně způsobilý podle tohoto zákona.

Odbornou způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka je vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost; vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném

na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu; absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených výše v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena ve výše; absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených výše v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách dále specifikuje další vzdělávání sociálního pracovníka. § 111 říká, že zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Mezi formy dalšího vzdělávání patří specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka, účast v kurzech s akreditovaným programem, odborné stáže, účast na školicích akcích a účast na konferencích.

Sociální pracovník má tedy za cíl zvyšovat si osobní kvalifikaci, rozvíjet se pomocí dalšího sebevzdělávání a věnovat se osobnímu rozvoji. Práce s klienty, kteří jsou drogově závislí, není jistě jednoduchá, a proto by měl sociální pracovník dobře znát i účinky a rizika jednotlivých drog a jak s takovými klienty jednat. Zkušený terénní pracovník je pak schopen v praxi poznat, kterou drogu klient užil a jaký vliv na něj má. S tím také souvisí to, že sociální pracovník by měl také ovládat techniky, jak zvládat rizikové a vůbec obtížné situace a zásady první pomoci. S dalším vzděláváním se ale pojí problém nedostatku peněz některých organizací. Pak přichází na řadu samostudium.

Co se týče etického kodexu, tak ten si připravuje většinou každá organizace

zvlášť, ale v případě problematiky drog, je zdůrazňována především zdrženlivost od jakýchkoliv nelegálních drog v pracovní době i mimo ni. KALINA (2015, s. 149 – 150) navíc dodává základní zásady, které by měly být pro každého sociálního pracovníka stejné. Patří zde odborné nasazení a rozvoj ve prospěch klienta; kultivace vlastní osobnosti – prevence vyhoření; nepoškozování klienta; nezneužívání klientů, zdrženlivost od mimopracovních vztahů s klienty; důvěrnost osobních údajů o klientovi a respektování práv pacienta či klienta.

K odborné způsobilosti, ale vždycky patří osobnostní předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka. Osobnostní kvality sociálního pracovníka jsou rozhodující, neboť určují, zda je člověk vůbec pro toto povolání vhodný. Hned na začátku je třeba zdůraznit, že jedním z předpokladů je duševní či psychická odolnost. Ta je obzvlášť důležitá při práci s drogově závislými neboť tam mohou být některá jednání opravdu vyhrocená. K tomu, aby tyto situace mohli sociální pracovníci lépe zvládat, slouží supervize. Supervize pomáhá sociálním pracovníkům také v získání profesionální jistoty a kompetence v práci s klienty. Sociální pracovník by měl v průběhu celé své praxe účastnit supervize a to bez ohledu na tom, jaké má vzdělání, výcvik či zkoušky. Supervize je vlastně činnost, při které supervizor podporuje, vede a posiluje jednotlivce, skupiny a i týmu v pomáhajících profesích k tomu, aby dosáhli určitých cílů – organizačních, profesionálních ale i osobních. *„Při supervizním sezení se reflektují jak prožitky a vztahy supervidovaného pracovníka k jeho sociálnímu prostředí (k rodině, dětem, partnerovi, klientovi, sobě samému, tak i prožitky klienta. Supervize je tedy metoda umožňující reflexi vlastního profesního konání“* (BEDNÁŘOVÁ, PELECH, 2003, s. 68).

KALINA (2003, s. 273) dodává, že mezi základní charakteristiky dobrého sociálního pracovníka je empatie. To znamená, že by sociální pracovník měl být schopen se vcítit do pocitů a jednání klienta. K tomuto, ale patří určité riziko. Nikdo totiž není natolik empatický, aby si mohl být jistý, že opravdu vnímá situace stejně jako klient nebo že vnímá emoci stejně jako klient. Proto, i když je sociální pracovník dostatečně empatický, měl by si své vnímání neustále ověřovat. Dalším rizikem nadměrné empatie je neschopnost vidět situaci s určitým nadhledem a s tím je spojená omezená schopnost vymezit hranice mezi společenskými možnostmi a klientovými představami. Proto je vhodné v tomto povolání chápat empatii *„spíš jako schopnost*



*přijímat klientovy potřeby, přání, strachy atd. jako významné, pokoušet se společně porozumět jejich zdrojům a neodmítat je jednoznačně jako nepatřičné“ (KALINA, 2003, s. 273).*

Dále by měl sociální pracovník být autentický, to znamená pravdivý, upřímný ve svém chování. I toto není úplně bez rizik a především u těch pracovníků, kteří zrovna začínají. Autentičnost je velmi důležitá, když se pracovník identifikuje se svou rolí a to jak vědomě, tak nevědomě. Zpočátku je ale spíše patrná pouhá stylizace, což může sklouznout do autoritářské pozice anebo do přílišného podřizování se potřebám klienta.

Sociální pracovník by měla ale také být akceptující, tedy schopný přijmout klienta takového, jaký ve skutečnosti je. Sociální pracovník by mu měl být také nápomocný často ve složité a mnohdy až neřešitelné situaci, měl by klientovi umět pomoci se v dané situaci orientovat a společně s ním hledat vhodné východisko. Neznamená to, že musí s klientovým životním stylem souhlasit.

KALINA (2003, s. 273) ještě dodává, že pokud budou dodrženy tyto charakteristiky, tak se sociální pracovník stane pro klienta důvěryhodným. Upozorňuje dále na to, že sociální pracovník musí být nezbytné znalosti o drogové problematice, musí znát sociální prostředí, ve kterém se klienti pohybují a musí také znát specifické konkrétní činnosti, které se jeho práce týkají.

Nesmíme ani opomenout, že sociální pracovník by měl být důvěryhodný a schopen zúčastněného naslouchání, protože klient musí cítit vřelost a zaujetím případem. Sociální pracovník by dále měl být cílevědomý, iniciativní, samostatný, měl by mít smysl pro poznání souvislostí, samostatné rozhodování, abstrakce a předvídavosti, měl by být nápaditý, sebekritický se smyslem pro humor, měl by být schopen vysoké motivace, odolnosti k neúspěchu, měl by být schopen nést riziko, být schopen projevit nedůvěru vůči autoritám, měl by umět odmítat stereotyp, zajímat se o informace, odmítat rychlé závěry, měl by umět participovat na řízení a potřebu komunikovat se spolupracovníky a měl by mít zájem o další odbornost. Nezbytným předpokladem je i schopnost dobré komunikativnosti. Pracovník musí umět vést s klientem dialog, který povede k vytvoření vztahu založeném na důvěře. A co se týče terénní sociální práce, je určitě na místě i jistá neformálnost a nekonvenčnost vzhledem k prostředí, ve kterém se pohybuje (GULOVÁ, 2011, s. 36).

## 2.6 Obtížné situace při práci s drogově závislími

Při práci s drogově závislími se můžeme často dostat do obtížných a vyhocených situací. V následujícím textu budou tyto situace popsány. Všechny rizikové situace vycházejí z metodických příruček pro terénní sociální pracovníky, kde jsou popsány rizikové situace a způsoby řešení a reakce.

Terénní sociální pracovník je při výkonu své práce v terénu jednoznačně vystaven zvýšené míře zátěže a rizik. Proto musí být schopen zhodnotit svou vlastní práci, její kontext, realisticky vyhodnotit své možnosti i potřeby, motivy, silné i slabé stránky, jež se do práce také promítají.

Terénní sociální pracovníci samozřejmě znají způsoby snižování rizik fyzického napadení či emocionálního poškození. Dokonce vědomě budují systémy podpory pro sebe, ale i pro ostatní kolegy.

Při výkonu své profese, tak číhají na sociální pracovníky rizika z vlastního výkonu náročné pomáhající profese a z nestandardních situací v terénu (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 50 - 51).

Mezi rizika z vlastního výkonu náročné pomáhající profese patří **zvýšená míra stresu**. Stres může na pracovníka padat nejen od klientů ale také přímo z organizace, a pokud nemá pracovník možnost případný stres uvolnit, může dojít, až k tělesným projevům (bolesti hlavy, trávicí potíže, nespavost a únava) či psychickým projevům (poruchy soustředění a obavy) nebo emoční projevy (rozladění, kolísavá úzkost, pocity nevraživosti vůči klientům (HAWKINS, SHOHET, 2004, s. 121). Přílišný stres pak vede k chybným výkonům a rozhodnutím, pracovním úrazům, psychosomatickým onemocnění i k závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Mezi základní opatření, které povedou ke snížení stresu na úrovni jednotlivce, patří prohlubování sebeuvědomění na tělesné i duševní úrovni, vytvoření kvalitních mezilidských vztahů, dobré vztahy na pracovišti, optimum informací a zvládnutí nutných pracovních dovedností, realistické nároky a dosažitelné cíle práce, odolnost proti stresu zvyšují záliby nesouvisející se zaměstnáním a umožňující regeneraci sil, umět zvládat negativní emoce jako hněv, strach nebo úzkost. Co se týče stresu na úrovni organizace, tak ten je možno snížit vyhovujícím pracovním prostředím, podporou odborných kontaktů, morálním oceněním, efektivní komunikací nadřízeného s podřízeným či finančním ohodnocením (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 50 - 51).

Dalším rizikem je **syndrom vyhoření**, což nemusí být vždycky totožné s pojmem stres. Lidé jsou všeobecně schopni pracovat ve vysokém stresu, ale za předpokladu, že jejich úsilí má smysl a zadostiučinění, podporuje jejich motivaci a zájem pokračovat. V případě syndromu vyhoření je tomu naopak. Dostávají se pocity bezmocnosti, ztráty smyslu, beznaděje a zbytečnosti. Pracovník se pak více uchyluje k rutinní práci, k automatickému výkonu, odsouvá svou práci s klienty ve prospěch administrativy a vyhýbá se mezilidskému kontaktu. K syndromu vyhoření může vést nejasnost profesní role, nesplnitelnost pracovních úkolů, neslučitelnost pracovních úkolů, nadměrné množství úkolů, neodpovídající finanční ohodnocení, úkoly, jež přesahují schopnosti nebo kvalifikaci jedince a kritika nebo absence ocenění. V případě prevence na úrovni jedince je třeba snížit nároky na sebe a připustit si svou nedokonalost, pracovat tvořivě, vyhýbat se rutině, oddělit soukromí a práci a mít odvalu a otevřenost svěřit se někomu kompetentnímu s potížemi, na které při práci narazil. Na úrovni organizace je pak třeba jasně definovat poslání organizace a metod práce, jasně definovat role pracovníka a jeho náplň, vytvořit programy osobního rozvoje a podporovat další vzdělávání, zavést průběžnou supervizi, omezit počty případů, se kterým je pracovník v kontaktu během určité doby, omezit administrativní zátěž a kombinovat přímou a nepřímou práci s klientem (MATOUŠEK, 2013, s. 55 – 58).

Co se týče nestandardních situace v terénu, tak tam je sociální pracovník ohrožen **rizikem pohybu na potenciálně nebezpečných místech**. Sociální pracovník v terénu pracuje v přímém kontaktu s rizikem. Vídá se s klienty na rizikových místech, v jejich domovech nebo různých klubech a jiných zařízeních. Základem je, že pokud pracovník důvodně posoudí, že se může ocitnout na místě, které je potencionálně nebezpečně, tak tuto návštěvu neuskuteční. Pokud však zjistí, až na místě, že může být jeho zdraví nebo život ohroženo, tak místo ihned opustí. Pokud však i přesto shledá užitečným toto místo navštívit nebo na něm setrvat, tak si zajistí účast jiného pracovníka. Nezbytné je také hlásit začátek a konec pracovní doby o samotě v terénu neprodleně svému nadřízenému (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 52 - 55).

Dalším rizikem je **kontakt pracovníka s trestnou činností klientů nebo dalších osob**. Při výkonu práce se může sociální pracovník setkat s trestnou činností svých klientů, případně jiných osob. Proto do jeho profesní výbavy patří i znalost těchto paragrafů - § 167 Nepřekážení trestného činu zákona č. 140/1961 Sb., trestního zákona,

ve znění pozdějších předpisů a § 168 Neoznámení trestného činu zákona téhož zákona. V praxi se pak sociální pracovník snaží sladit dodržování právních předpisů se zachováním důvěryhodnosti pro své klienty a to tak, že se záměrně vyhýbá tomu, aby vyslechl informace o případné trestné činnosti klientů a dalších osob a rovněž se vyhýbá i přítomnosti u takovýchto trestných činů. Když už ale dojde k tomu, že pracovník takovou situaci viděl, nebo ji vyslechnul, před oznámením je povinen klientovi vysvětlit, že se na něj vztahují paragrafy oznámení a nepřekažení trestného činu, nabídnout mu kontakt na právníka, dát klientovi na výběr, zda a jakým způsobem bude o dané skutečnosti mluvit a informovat klienta o tom, jakým způsobem dostojíme těmto paragrafům.

Dalším rizikem je **ohrožení bezpečí, zdraví či života klientů či pracovníka**. Může dojít k sebevražednému pokusu, vypuknutí psychózy, akutní krize, objevení závažného infekčního onemocnění, k otravě, úrazu, náhlému onemocnění, předávkování klienta, k agresi ze strany klienta k pracovníkovi nebo vůbec k násilí mezi klienty. Obecně v takovém případě ihned o nastalé situaci informujeme svého nadřízeného. Pokud je to možné, ihned můžeme poskytnout odbornou pomoc a celkovou událost a její důsledky řádně zdokumentujeme, dle postupů na základě vnitřních směrnic organizace. O vzniklé situaci je pak důležité hovořit na nejbližším setkání či poradě a vyvodit z ní důsledky (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 52 - 55).

Patří zde tedy **agrese vůči pracovníkovi**, ať už se jedná přímo o projev agrese či narušení práv, nebo k poškození majetku. V takovém případě se pracovník snaží realisticky odhadnout situaci, opustit uzavřený prostor, který s klientem sdílí, klidně a jasně komunikovat a vysvětlit klientovi konfliktní situace a čeho se v ní dopouští. V žádném případě klienta neobviňuje, nehrozí mu policií, snaží se chápat jeho agresi jako projev stížnosti a provede zápis o konfliktu a způsobu jeho řešení. Mezi další základní pravidla patří chránit sebe před násilím, ostatní osoby a také klienta, nenechat se vtáhnout do konfrontace, mít připravenou únikovou cestu, stát mimo dosah potencionálního útočníka, přistupovat vždy raději čelem a neotáčet se čelem (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 52 - 55).

Dále zde patří **krize**, kterou chápeme jako důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami nebo za pomoci ostatních zvládnout v přijatelném čase a obvyklým způsobem (VODÁČKOVÁ, 2012, s. 27). O krizi

mluvíme v případě, kdy trvá několik hodin až dní a objeví se následek krize – pozitivní nebo negativní. Terénní sociální pracovníci se setkávají s klienty v krizi například jako oběťmi či svědky traumatických událostí – znásilnění, zabití, hromadné neštěstí, ale také se může jednat o krizi v důsledku duševního onemocnění. V takovém případě sociální pracovník ošetří akutní rizika, která ze situace vyplývají a zajistí následnou službu.

Dalším rizikem je **násilí v terénu**. Pokud se sociální pracovník v terénu s takovou situací setká a vyhodnotí ji jako nebezpečnou, tak ji monitoruje a prioritně se stará o své bezpečí. Pokud však dojde k ohrožení života, je pracovník povinen zasáhnout. Zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje povinnost poskytnout nebo zprostředkovat nezbytnou pomoc osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky závažné poruchy zdraví. Vhodnou formou zásahu je poskytnutí první pomoci (NEDĚLNÍKOVÁ, 2008, s. 56).

Závěrem je třeba říct, že sociální pracovník při práci s drogově závislým volí vždy adekvátně vybavení a oděv, nenosí cennosti, nevhodné ošacení, jako jsou například boty na podpatku nebo oblečení, které není adekvátní vzhledem k cílové skupině. Vždy dbá na bezpečnostní pravidla a do nových lokalit chodí zásadně minimálně ve dvojici. Vždy při odchodu z kanceláře sdělí, kam odchází. Nosí v každém případě sebou mobilní telefon, je ostražitý. Sleduje, kam vstupuje, nepodceňuje zápach plynu či ohně a pobíhající zvířata. Při práci s klientem postupuje podle pravidel. V případě práce s klientem, který je pod vlivem omamných látek, přebjedná termín na jindy a nevstupuje zbytečně do rizika ohrožení. Pokud se dostane do rizikové situace, tak má promyšlenou ústupovou cestu, má přehled o všech nebezpečných předmětech v dosahu klienta a v případě stupňujícího se ohrožení schůzku přeruší.

### **3 Shrnutí poznatků z teoretické části a náměty na vlastní výzkumné šetření**

Teoretická část této diplomové práce si klade za cíl popsat práci s drogově závislými a blíže popsat specifika sociální práce s drogově závislými. Toto téma bylo zvoleno především proto, že je nezbytné a důležité si uvědomit, že se jedná o problém, který se netýká jen jednotlivce, ale především celé společnosti. Drogovou závislostí máme na mysli především tělesný a duševní stav, ovlivněný drogou, jež vede ke změně chování a reakcí a nutí jedince brát drogu opakovaně. Sociální pracovník při práci s drogově závislými musí podrobně znát tuto problematiku, musí rozumět tomu, co je obsahem a náplní jejich práce a jak toho mohou v praxi využít.

Teoretická část této práce se věnuje a vysvětluje pojmy a náležitosti k tématu drogové závislosti a to včetně faktorů, které ovlivňují vznik či důsledky, které drogová závislost způsobuje. V souvislosti s tímto tématem se teoretická část také zabývá podrobněji sociální práci s drogově závislými, jejími specifiky, službami a osobností sociálního pracovníka. Tím nejdůležitějším tématem této části a zároveň části praktické, jsou samozřejmě specifika sociální práce s drogově závislými. Specifikum jako takové znamená nějakou zvláštnost, příznačnost či jedinečnost. Práce s drogově závislými je určitě v mnoha směrech zvláštní a jedinečná, právě kvůli tomu, jaká je cílová skupina a v jakém prostředí se pohybuje.

Mezi specifika sociální práce můžeme, dle literatury, zařadit Harm Reduction a kontaktní práci – streetwork přímo s klienty, ať už v terénu nebo přímo v kontaktních centrech a s tímto spojená rizika. Dalším specifikem jsou požadavky na osobnostní a profesní předpoklady sociálních pracovníků, kteří v rámci kontaktních center pracují s drogově závislými klienty. Všechna tato specifika blíže rozepisují jednotlivé kapitoly. Výzkumná část této práce si však klade za cíl objasnit, zda jsou toto jediná specifika sociální práce s drogově závislými, nebo zda za specifikum této práce můžeme považovat ještě něco jiného. A jak tuto problematiku vnímají přímo sociální pracovníci.

Jak je vidět z teoretické části, literatura sama o sobě příliš nespecifikuje, co je vlastně tou odlišností. Ano je to Harm Reduction a kontaktní práce. Ale co přesně je na práci s drogově závislými specifické, odborná literatura neříká. Tyto dva pojmy jsou příliš obecné a každý z nás, obzvláště laik v tomto oboru, si k nim více nepřipojí.

Proto jsem výzkumnou částí této práce chtěla blíže specifikovat tyto odlišnosti. A aby tyto informace byly opravdu z praktického pohledu, obrátila jsem se na sociální pracovníky, kteří v tomto oboru pracují a jsou schopní přesně definovat, jaká jsou specifika sociální práce s drogově závislými.

Závěrem teoretické části je nutno říci, že při práci s klientem, který je drogově závislý, je třeba celou situaci znovu promýšlet, hledat výhody i rizika sociální intervence do životní situace klienta. Aby toho ale byl sociální pracovník schopen, je důležité, aby uvážlivě přijal několik klíčových principů sociální práce s drogově závislými.

## 4 Výzkumná část

V rámci teoretické části byl vymezen základní teoretický rámec této problematiky. Druhou částí diplomové práce je samotný výzkum v této oblasti. Na základě teoretické části můžeme již nyní konstatovat, že problematika drogové závislosti je téma velmi ožehavé a důležité zároveň. Že se jedná o téma, které je celospolečensky velmi diskutované. Práce s drogově závislými přímo v terénu a v kontaktních centrech je bezesporu náročná a velmi specifická. V rámci teoretické části byla nějaká specifika definována. Výzkumná část se bude tímto zabývat podrobněji z praktického hlediska přímo z pohledu pracovníků kontaktních center.

Cílem této výzkumné části je zjistit, **jaká jsou specifika sociální práce s drogově závislými z pohledů sociálních pracovníků, kteří s drogově závislými pracují.** Výzkum bude proveden mezi sociálními pracovníky K – center v Moravskoslezském kraji.

V následujících podkapitolách bude nejprve stanovena hlavní výzkumná otázka a zároveň také dílčí výzkumné otázky, budou definovány použité metody sběru dat, metody interpretace dat, výzkumný vzorek a popis organizací. Na tuto část, která se zabývá metodologií výzkumu, bude navazovat samotná interpretace dat spojená s odpovězením na stanovené hlavní a vedlejší výzkumné otázky.

### 4.1 Výzkumné otázky

V úvodu výzkumu je třeba si stanovit výzkumné otázky. Pro účely tohoto výzkumu byla hlavní výzkumná otázka (HVO) stanovena takto: **Jaká jsou specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka v K centrech v Moravskoslezském kraji?**

Protože je to téma široké, budou stanoveny ještě dílčí výzkumné otázky, které souvisí s jednotlivými specifiky, jež jsou uvedeny v teoretické části. Z těchto specifíků jsou definovány dílčí výzkumné otázky (DVO), které nám pomohou dosáhnout vytýčeného cíle práce.

**DVO1: Jaká jsou specifika práce s drogově závislými při terénní sociální práci?**

**DVO2: Jaká jsou specifika práce s drogově závislými v kontaktních**



centrech?

**DVO3: Jaká jsou specifika práce s drogově závislími v souvislosti s požadavky na vzdělání?**

**DVO4: Jaká jsou specifika práce s drogově závislími v souvislosti s požadavky na osobnostní předpoklady sociálního pracovníka?**

Abychom však v rámci výzkumné části zohlednili i pohled zaměstnanců, je stanovena ještě šestá dílčí výzkumná otázka:

**DVO5: Jaká jsou další specifika práce s drogově závislími z pohledu sociálního pracovníka v K centru?**

## **4.2 Použité metody sběru a vyhodnocení dat**

Pro výzkumnou část této diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Údaje pro výzkumnou část této diplomové práce byly získány polostrukturovanými rozhovory. Veškeré zvukové či obrazové nahrávání bylo provedeno se souhlasem hlavních aktérů. Získaná data byla přepsána do písemné podoby a poté byla uspořádána a analyzována pomocí otevřeného kódování. Následně byl vytvořen závěr výzkumné části a to technikou zvanou „vyložení karet“.

## **4.3 Výzkumný vzorek**

Při volbě výzkumného vzorku se vycházelo z počtu K – center v Moravskoslezském kraji. V tomto případě se výzkumný vzorek skládá z osmi respondentů. V prepise rozhovorů nejsou respondenti jmenováni, rozhovory jsou anonymní, ale jsou označeni jako respondent 1 – 8. Přepisy rozhovorů jsou součástí přílohy této práce.

Na počátku samotného výzkumu byla K – centra kontaktována dopředu mailem, či telefonem s informací o probíhajícím výzkumu a s žádostí o zapojení se do tohoto výzkumu. Následně byl domluven termín schůzky, na niž byl respondent blíže seznámen s obsahem a cílem tohoto výzkumu.

Výběr respondentů probíhal z počátku na základě kontaktů, které jsem v K – centrech měla a postupně mě pak pracovníci odkazovali na jiná pracoviště a já s nimi navazovala kontakt. Rozhovory probíhaly v prostředí K – center, tedy

v mateřském prostředí sociálních pracovníků. Počet rozhovorů se nakonec zastavil na osmi a to především proto, že již byly vyčerpány možnosti v tomto kraji k provedení rozhovorů, neboť další organizace již neměly zájem spolupracovat, ale také proto, že odpovědi se už víceméně opakovaly a rozhovory nepřinášely další nové informace do výzkumné části této diplomové práce.

#### **4.3.1 K – centrum – terénní programy**

Rozhovory byly provedeny jednak s pracovníky, kteří pracují přímo v terénu, tak s pracovníky, kteří pracují v kontaktním centru. Každá z těchto prací je postavena na trochu odlišných principech. Terénní sociální práce je považována za jeden z významných a účinných nástrojů, které pomáhají předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivců, rodin či celých sociálních skupin. Terénní programy jsou vymezeny zákonem o sociálních službách, který v §69 uvádí, že terénní služby jsou poskytovány osobám, které vedou rizikový způsob života anebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Tato služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových nebo omamných psychotropních látek, pro osoby bez přístřeší, pro osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a vůbec pro jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem těchto služeb je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Přičemž poskytování služeb klientům není omezeno pohlavím, etnickou či rasou příslušností, finanční či sociální situací. Služby jsou poskytovány anonymně a bezplatně.

Přímá terénní práce probíhá na veřejných běžně dostupných prostranstvích, jako jsou parky, nádraží, náměstí, ale také v oblastech, kde se drogově závislí zdržují – byty, squaty, rozpadlé domy aj.

Kontaktní místa jsou však vždycky vybírána s ohledem na drogovou scénu a to tak, aby byla bezpečná jak pro klienta, tak pro sociálního pracovníka.

Pokud se terénním pracovníkům podaří klienta přesvědčit o tom, že jeho problém se dá řešit, předávají jej do služeb kontaktního centra. Náplň takového centra bude vysvětlena v následující kapitole.

#### **4.3.2 K – centrum – činnost kontaktního centra**

Rozhovory byly rovněž vedeny s pracovníky, kteří pracují v kontaktních

centrech a jejich náplní není přímá terénní práce. Kontaktní centra jako taková mají za cíl napomoci řešit problém společnosti v oblasti zneužívání návykových látek. Kontaktní centra při své práci kladou velký důraz na samotné klienty. Snaží se o nízkoprahovost.

I zde platí, že všechny nabízené služby jsou bezplatné a ambulantní formou. Mezi základní služby, které kontaktní centra nabízejí patří: Harm Reduction – výměna injekčního materiálu; zdravotní servis, jako jsou různé testy, základní ošetření nebo zprostředkování kontaktu na zdravotnická zařízení; hygienický servis – sprcha, praní prádla; potravinový servis; právní a sociální servis – jsou nabízeny služby poradenské, zprostředkování kontaktů či pomoc při jednání s úřady; krizová intervence; individuální poradenství a zprostředkování detoxikace a léčby spolu s následnou podporou klientů při léčbě.

Tyto nabízené služby jsou vždy, pokud je to možné, poskytovány bez zbytečného odkladu, který by mohl vést ke zhoršení stavu klienta. Jsou nabízeny v souladu s filozofií Harm Reductionu a co je velmi důležité, abstinence v tomto případě není podmínkou pro využití služeb.

#### **4.4      Prezentace výsledků**

Následující část si klade za cíl shrnout získané údaje a odpovědět na hlavní výzkumnou otázku a to prostřednictvím provedených rozhovorů. Hlavní výzkumnou otázku jsme však schopni zodpovědět, až shrnutím poznatků z vedlejších výzkumných otázek. V této části budou postupně zodpovězeny vedlejší výzkumné otázky a poté i ta hlavní.

##### **První dílčí výzkumná otázka (DVO1) zní: *Jaká jsou specifika práce s drogově závislými při terénní sociální práci?***

V úvodu rozhovoru měli pracovníci přiblížit, co je náplní terénního pracovníka, tedy pracovníka, jehož náplní je přímý kontakt s klienty a to přímo v prostředí jim vlastním. Ty odpovědi se víceméně shodují s tím, co se uvádí v běžné teorii o terénní sociální práci. Často zdůrazňovali, že nějakou částí jejich práce je i administrativa: „*V terénu převažuje výměna zdravotního materiálu. Třetinu času mám na administrativu. Málokdy probíhá sociální práce nebo poradenství.*“ (Respondent

č. 4) Nejčastěji, ale pracovníci odpovídali takto: „*V rámci terénní práce (tzv. přímá práce) se pak jedná monitoring lokalit, kontaktování klientů v terénu, výměna injekčního materiálu, sběr nalezeného injekčního materiálu, intervenční činnost, aktivní oslovování nových potencionálních klientů, doprovodná činnost, krizová intervence.*“ (Respondent č. 2) „*Náplní v terénu je hlavně výměnný program injekčních stříkaček a poskytování informací o bezpečném brání drog a samozřejmě také o bezpečném sexu.*“ (Respondent č. 6)

Z výzkumu vyplynulo, že mezi specifika terénní sociální práce patří především malá šance k sociální práci nebo poradenství v terénu, nabídka služeb klientům, kteří o to stát nemusí, prostor vlastní klientům a respektování jejich pravidel, obezřetnost/bezpečnost při práci v terénu, rychlý kontakt a rychlou komunikaci, pocit ztráty anonymity, když se ukazují, počasí – povětrnostní vlivy, složité odhalování skryté populace uživatelů a získávání si důvěry uživatelů a dostupnost.

**Tabulka č. 1:** Specifika práce s drogově závislými při terénní sociální práci. (vlastní zpracování)

<b>Specifika práce s drogově závislými při terénní sociální práci.</b>		
malá šance k sociální práci nebo poradenství v terénu	nabídka služeb klientům, kteří o to stát nemusí	prostor vlastní klientům a respektování jejich pravidel
obezřetnost/bezpečnost při práci v terénu	rychlý kontakt a rychlá komunikaci	pocit ztráty anonymity, když se klienti ukazují na veřejnosti
počasí – povětrnostní vlivy	složité odhalování skryté populace uživatelů a získávání si důvěry uživatelů	dostupnost

Z výzkumu vyplynulo, že mezi specifika terénní sociální práce patří především

**malá šance k sociální práci nebo poradenství v terénu.** Terénní pracovníci v rozhovorech často zdůrazňovali, že se často jedná spíše o rychlý kontakt, výměnu materiálu, že je zde minimum šance k aktivní sociální práci nebo k poskytnutí poradenství. Že jsou sice vybavení letáčky a kontakty, ale málokdy se jim podaří klienta přesvědčit k návštěvě kontaktního centra, že se to děje třeba v případech dlouhodobější spolupráce. „*Není moc času na samotnou sociální práci, klienti většinou žádají výměnu injekčního materiálu a spěchají.*“ (Respondent č. 3) „*Navíc práce v terénu, je obecnější. Terénní pracovník prostě jde do terénu s batohem, ve kterém má nádobu na použité jehly, zásobu čistých jehel, informační letáky, lékárničku, ale taky například kontakty na různé instituce. Prochází mezi klienty, ptá se, jak se mají a snažím se je nalákat na to, co jim v kontaktním centru můžeme nabídnout. Někdy se podaří přivést někoho rovnou z terénu.*“ (Respondent č. 6)

Dalším specifikem terénní práce je **nabídka služeb klientům, kteří o to stát nemusí.** Je to jedno z hlavních specifík terénní práce. Většina drogově závislých nemá třeba vůbec zájem svou situaci řešit, chce jen výměnu materiálů a nemá zájem o další návazné služby, léčbu apod. Jak vyplynulo z rozhovoru cílem terénní práce je nabízet klientům především změnu a pokud je to možné dovézt je k tomu, že jejich problém řešení má. „*Komunikace s klientem je případ od případu odlišná, proto ji nelze paušalizovat. Možnosti blíže s ním probrat jeho situaci v terénu existují, záleží na přístupu obou stran – pracovníka i klienta.*“ (Respondent č. 2)

Jedním z dalších důležitých specifík terénní práce je to, že se jedná o **prostor vlastní klientům** a od terénních pracovníků se vyžaduje **respektování jejich pravidel.** „*No pokud to srovnám s kontaktním centrem, tak úskalí nebo to, co je jiného je to, že vstupuje do prostředí, které je vlastní těm klientům. Zatímco v tom kontaktním centru to není náš prostor, ani jejich prostor, je to náš společný prostor, ve kterém se spolu snažíme nějak koexistovat, partnersky vyjít. Tak pokud jdu dělat terénní práci do prostředí vlastního klientům, nebo na uzavřenou druhou scénu, jako jsou byty, squaty, komunity, tak prostě musím počítat s tím, že jsem na jejich hřišti (...).*“ (Respondent č. 5)

S tím také souvisí další specifikum a tím **obezřetnost/bezpečnost při práci v terénu.** Často se terénní pracovník dostává při své práci do zvláštních situací a míst. Je tedy na místě dbát o svou bezpečnost. Terénní pracovník je zaškolen, jak se má

chovat v určitých situacích. Odlišností terénní sociální práce od práce v kontaktním centru je jednoznačně prostor, ve kterém kontakt probíhá. Je to prostor, který je vlastní klientům a sociální pracovník do něj vstupuje jako host. Často to mohou být prostory nebezpečné svou povahou nebo vzhledem. „*Tím, že (...) klienta aktivně vyhledává v jeho přirozeném prostředí. Má trochu jinak definována pravidla. Při krizových situacích odpadá „starost o majetek organizace“, terénní pracovník řeší jen svou a kolegovu bezpečnost. Bez patřičného zázemí komplikuje hlubší a časově i materiálně náročnější práci na zakázkách klienta.*“ (Respondent č. 2) Z rozhovorů vyplynulo, že terénní pracovník musí neustále monitorovat a zná drogovou scénu, měl by vědět, kde se drogově závislí scházejí, ale měl by být také obezřetný a hlídat si svou bezpečnost. „*S nějakými nebezpečími se klient v terénu určitě setká. Naši pracovníci jsou poučení, že pokud objekt jeví známky vážného poškození, tak do něj vstupovat nemají, výměna by pak měla proběhnout venku. V bytech se pak doporučuje, co nejkratší návštěva. Pokud dojde k nějakému konfliktu, tak má terénní pracovník mobilní telefon a může si zavolat pomoc. Další technické zabezpečení nemáme.*“ (Respondent č. 8)

Terénní práce je specifická i tím, že klienti mají zájem o **rychlý kontakt a rychlou komunikaci** spojenou s výměnou materiálu. „*Komunikace probíhá většinou krátce. Záleží na klientovi a okolnostech, zda potřebuje něco řešit. Pomoc je mu nabídnuta pokaždé. Záleží, zda chce situaci řešit.*“ (Respondent č. 3) „*Většinou je kontakt rychlý. Výměna a max. krátký pokec. Občas je probrána situace a je doporučeno řešení.*“ (Respondent č. 4)

Klienti se neradi zdržují třeba na veřejnosti moc dlouho a mají **pocit ztráty anonymity, když se ukazují**. „*Spousta kontaktů v terénu trvá jen několik málo minut. Jedná se spíše o rychlou výměnu. Jsou situace, kdy je pracovník rád za to, že mu klient sdělí alespoň svůj kód. Ovšem i s takovým člověkem je potřeba individuálně plánovat a o klienta neztratit zájem, snažit se rozvíjet téma, doptávat se, být empatický.*“ (Respondent č. 1)

Mezi specifika terénní práce také patří **počasí – povětrnostní vlivy**. Terénní pracovník vychází do terénu v dešti, sněhu nebo v období veder. Ne vždy je to příjemné a vhodné prostředí pro tuhle práci, ale jsou klienti, kteří jsou zvyklí na práci terénních pracovníků. „*Ztížené pracovní podmínky toho pracovníky, povětrnostní podmínky atd.*“ (Respondent č. 8) „*V terénu jsou změny počasí.*“ (Respondent č. 4) „*Povětrnostní vlivy.*

(...)“ (Respondent č. 3)

Z rozhovorů také vyplynulo, že dalším specifikem je **složitě odhalování skryté populace uživatelů a získávání si důvěry uživatelů**. Terénní pracovník musí být velmi šikovný v odhalování potencionálních klientů a musí umět se do jejich komunity dostat a získat si jejich důvěru, pak je schopen s nimi adekvátně pracovat. „*Je potřeba neustále monitorovat a mít přehled o místní drogové scéně.*“ (Respondent č. 1) „(...) *V podstatě za ním přicházíme, že mu máme co nabídnout a že změna je možná. Někdy se nám to povede, jindy si klient pouze vymění injekční materiál a spolupráci nechce.* (...) *Naše práci spočívá hlavně v tom, že nabízíme služby, jako je výměna, aktivity, poradenství a to i lidem, kteří o to nemusí tak úplně stát. Ale cílem je nabízet především změnu, aby se klienti posunuli dál.*“ (Respondent č. 8) „*Základem je získat si důvěru uživatelů. Terénní sociální práce nemusí být ani tolik úspěšná. Nemusí se nám klienta v terénu povést namotivovat.*“ (Respondent č. 6)

Dalším specifikem je **dostupnost**. Některé lokality jsou vzdálené, a tudíž je samozřejmě omezená i donáška materiálu. „*Dostupnost, protože některé lokality jsou odlehlé. Naši pracovníci chodí většinou pěšky, tak je to někdy náročnější. Tím pádem je omezená i jejich mobilita donášky materiálů – nosí jej v batohu, ale samozřejmě v omezeném množství.*“ (Respondent č. 8) Většinou se ale respondenti shodují na tom, že terénní pracovník denně nachodí desítky kilometrů a měl by tudíž být odolný a zvládnout tuto zátěž a to i v horším terénu nebo při nepříznivých povětrnostních podmínkách. „*Důležitá je fyzická odolnost, vyhovující práci v terénu. Kurzy sebeobrany jsou doporučovány, někde možná povinnou součástí vzdělávání terénního pracovníka. Já jsem se s tím ovšem nesetkal.*“ (Respondent č. 2) „(...) *Na druhou stranu obranný slzný sprej v terénní brašně je nutnost.*“ (Respondent č. 1) Respondenti spíše zdůrazňovali jiné předpoklady než tělesné: „*Důležité je spíš, že musí umět číst situaci, předvídat, nepodceňovat, hlídat únikové cesty, vyhodnocovat situaci a pokud je dostatečně komunikativní a autentický, tak jej klienti budou přijímat.*“ (Respondent č. 5)

Z rozhovorů dále vyplývá, že sociální práce s klienty se neliší podle typu drog: „*Takže já to neumím dobře posoudit, ale když vezmu, že jeden bude perníkář a druhý heroinista a budou potřebovat bydlení, tak sociální práce bude stejná. Asi v terapeutické práci by to mohlo být jinak, protože ty drogy třeba fungují jinak.*“ (Respondent č. 5) Sociální práce se sice lišit příliš nebude, ale právě terapeutická práce

ano, nebo také výměna injekčního materiálu či styl komunikace: „Zcela určitě. (...) Každá droga má svá specifika, účinky a rizika. Akutní stav člověka, který je na opiátech, je zcela odlišný od stavu a prožitků uživatele pervitinu. Tomu je například potřeba přizpůsobit tempo rozhovoru apod.“ (Respondent č. 1) Dále z rozhovorů vyplývá, že neexistují nějaké speciální požadavky na tělesnou stavbu pracovníka, který pracuje v terénu nebo důležitost mít kurz sebeobrany. Všichni respondenti se shodli na tom, že jejich organizace toto neřeší a zvláštní požadavky nemá, ani, co se týče tělesné stavby, ani co se týče kurzu sebeobrany. Co se týče reflexe zážitků a problémů z terénu, tak se respondenti shodují v tom, že mají možnost takové reflexe a to prostřednictvím pravidelných porad a supervizí.

Další dílčí výzkumnou otázkou (DVO2) je otázka: **Jaká jsou specifika práce s drogově závislými v kontaktních centrech?** Respondenti měli v úvodu odpovědět na otázku, jaká je náplň pracovníka, který pracuje v kontaktním centru. Z uvedených odpovědí vyplývá, že ta náplň je mnohem širší než v případě terénních pracovníků. „(...) Zajišťuje nabídku dlouhodobé spolupráce s jednotlivými klienty na řešení jejich sociální situace na základě vzájemné dohody. Poskytuje informace v oblastech Harm-Reduction, zdravotní, sociální, trestně právní, dluhová problematika, možnosti léčby. Poskytuje poradenství a krizovou intervenci klientům KKC, jejich rodičům či osobám blízkým v oblasti drogové problematiky. Citlivě, s ohledem na aktuální stav, potřeby a možnosti klienta, nabízí další služby centra. (...) Spolupracuje s dalšími organizacemi ohledně klientů doporučených k poradenství ohledně závislosti. Citlivě, s ohledem na aktuální stav, potřeby a možnosti klienta, nabízí zprostředkování kontaktu s návaznými institucemi. Vytváří, vede a aktualizuje síť sociálních institucí. Dle potřeb organizace zajišťuje mediální kontakt, účastní se besed se školami v oblasti drogové problematiky.“ (Respondent č. 1)

Z výzkumu vyplynulo, že specifikem práce v kontaktním centru je samotný prostor kontaktního centra, soukromí, čas a individuální přístup, větší bezpečí pro pracovníka, větší prostor k motivaci klienta ke změně.



**Tabulka č. 2:** Specifika práce s drogově závislými v kontaktních centrech.  
(vlastní zpracování)

Specifika práce s drogově závislými v kontaktních centrech.		
prostor kontaktního centra	soukromí	čas a individuální přístup
větší bezpečí pro pracovníka	větší prostor k motivaci klienta ke změně	

Výzkum ukázal, že specifikem práce v kontaktním centru je samotný **prostor kontaktního centra**. Je tomu tak především proto, že se jedná o neutrální půdu, jak pro klienta, tak pro sociálního pracovníka. Jsou zde stanoveny jasná pravidla. Za porušení těchto pravidel jsou určeny sankce. „*V kontaktní místnosti jsou jasně daná pravidla, která musí každý z klientů dodržovat. Pokud je poruší – dostává sankci. Většinou stop stav na určitou dobu. Takovýto klient např. nemůže využívat kontaktní místnost nebo hygienický servis. Není mu však odepřeno poradenství či možnost vyměnit si čisté stříkačky a HR materiál – taková minimální péče.*“ (Respondent č. 1)

„(...) No a tady, klient přichází do tohoto zařízení, byť tady může být anonymní, nikdo se o něm nic nedozví, nicméně musí cítit nějaká pravidla, která jsou společná pro všechny a se kterými je seznámený. To znamená, aby tady mohl docházet a požívat výhody z toho plynoucí, musí se do nějakých velmi jednoduchých pravidel vejít.“ (Respondent č. 5)

Dalším specifikem je **soukromí**. Prostor kontaktního centra nabízí klientovi více soukromí na rozhovor, větší klid a anonymitu. Jeho původní prostředí mu v tomto směru ani zdaleka nenabídne takové zázemí. „*Výhodou práce v kontaktním centru je také možnost, „vzít si klienta stranou“, když je to potřeba. Mít soukromí na rozhovor (poradna kontaktních pracovníků, kde probíhá individuální poradenství, testy na HIV a hepatitidu typu C apod.)*.“ (Respondent č. 1) „*Ani to, že klient se dostaví přímo do centra, není záruka toho, že se půjde léčit. Někteří zde docházejí každý den, jiné vidíme jen jednou a to když si přišli vyměnit jehly.*“ (Respondent č. 7)

Dále je to **čas a individuální přístup**. „*Je více času na klienta.*“ (Respondent č. 4) V kontaktním centru má sociální pracovník více času na to, se klientovi věnovat,

komunikovat, motivovat jej a zároveň jeho přístup je silně individuální a reaguje na klientovy potřeby. Respondenti se dále v rozhovorech shodují, že se jim osvědčilo přistupovat ke klientům partnersky, rovnocenně a s individuálním přístupem. Že by pracovník měl být jasně čitelný a měl by umět klienta zaujmout a vybudovat si důvěru. „*Naším cílem je pracovat s tím klientem na nějakém zlepšení jeho životní situace a stabilizaci. Jde o to, aby se tím způsobem života, který vede, co nejméně poškozoval. A další rovinou naší práce je motivace ke změně. Vedeme klienty k tomu, že když už berou, tak aby neohrožovali svůj život, znali svůj zdravotní stav – takže se nechali testovat.*“ (Respondent č. 5) Sociální pracovníci se shodují, že některé klienty viděli jednou, s jinými pracují pravidelně. Že je to velmi individuální. S rozhovorů dále vyplynulo, že někteří pracovníci přistupují při práci s klienty k tykání a že se jim tato praxe velmi osvědčila. „*Snažíme se s klientem navázat rovnou přátelský vztah, domlouváme se na oslovování – většinou nemají problém s tykáním. Ta komunikace tedy probíhá v rovině tykání, což se osvědčuje, máme s tím dobrou praxi.*“ (Respondent č. 8) „*Snažíme se ke klientům přistupovat partnersky, rovnocenně, ale s individuálním přístupem. Zcela jistě bude odlišná práce s člověkem, který se snaží abstinovat od marihuany, kterou sice užívá pravidelně, ale prozatím neztratil sociální kontakt, má rodinu, má kde bydlet, chodí pravidelně do zaměstnání. Naopak odlišná práce zejména ve stanovení si cílů a zakázky bude u klienta užívajícího deset let nitrožilně pervitin.*“ (Respondent č. 1)

Jedním z důležitých specifík je **větší bezpečí pro pracovníka**. Oproti terénu je sociální pracovník v kontaktním centru v menším bezpečí a je méně ovlivněn klientovým prostředím a počasím. „*(...) A ta práce je tady asi bezpečnější. Je jiná v tom, že se setkáváme na nějakém jako společném prostoru. Není to ani moje, ani tvoje. Tady je to naše, takhle to tady funguje, a pokud s tím nemáš problém a jsi tady, tak taky počítej s tím, že čas od času ode mě přijde udička, abychom si dali kafe a probrali, jak to jde, nebo, co bychom mohli změnit, nebo jestli jsi spokojený. Takže čas od času je třeba se jim do života plést nebo se aspoň vyptávat. Zajímá mě klientův život, a jestli na něm můžeme něco změnit.*“ (Respondent č. 5)

Dalším specifíkem je **větší prostor k motivaci klienta ke změně**. Toto souvisí právě s prostředím, ve kterém se klienta sociální pracovník, s časem, který na sebe mají a s individuálním přístupem. Jedním z cílů práce v kontaktním centru je přimět

nebo navést klienta ke změně. Ne vždy to je ale cílem klienta, takže i takový stav sociální pracovník respektuje a s klientem pracuje. „*Snažíme se klienta přimět ke změně, dovést ho k léčbě. Ale respektujeme i to, když klient nechce a chodí se třeba pouze měnit injekce. Pokud klient zájem má, pomůžeme mu v dalším postupu. Jsme schopni mu vyřídit dávky, stabilizovat jeho aktuální situaci, pomoci mu začít řešit bydlení. Pracujeme s klienty tak, aby přišli na to, že změna je pro ně prospěšná.*“ (Respondent č. 7) „*(...) Mnozí jsou velmi podezíraví, nemají důvod nám zpočátku věřit. Proto je důležité, prostřednictvím kontaktní práce budovat vztah důvěry.*“ (Respondent č. 1)

Respondenti se v rozhovorech shodovali, že nejčastějšími uživateli, kteří jejich služby využívají, jsou uživatelé pervitinu a stimulantů a to především takoví, kteří tyto látky užívají dlouhodobě nebo rizikový způsobem – jedná se o takzvané problémové uživatele drog.

Bohužel většina kontaktních center je závislá především na tom, zda jim klienti přijdou sami a dobrovolně, nebo zda se podaří terénním pracovníkům někoho namotivovat k tomu, aby do kontaktního centra došel.

Třetí dílčí výzkumnou otázkou (DVO3) je otázka: **Jaká jsou specifika práce s drogově závislými v souvislosti s požadavky na vzdělání?** Zákon o sociálních službách přesně definuje, jaké vzdělání a požadavky musí sociální pracovník splňovat. Tato otázka je spíše zaměřená pro sociální pracovníky proto, abychom zjistila, zda je třeba ještě ovládat i jiné znalosti. Z rozhovorů vyplynulo, že jen základní vzdělání sociálního pracovníka nestačí. Že sociální pracovník musí mít mnohem širší znalosti o daném místě, nabídce služeb a charakteru svých klientů.

Co se týče specifík v oblasti vzdělání, tak z rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovník musí mít širší rozhled, musí mít znalost nabídky a také návaznosti služeb na území působnosti. Dalším specifikem je nedostatek času a financí na další vzdělávání. Domnívám se však, že tato tři specifika nejsou specifická pouze pro práci s drogově závislými, ale že jsou typická i pro ostatní sociální pracovníky, tedy ty, kteří pracují s jinými typy klientů.

**Tabulka č. 3:** Specifika práce s drogově závislými v souvislosti s požadavky na vzdělání. (vlastní zpracování)

Specifika práce s drogově závislými v souvislosti s požadavky na vzdělání.		
širší rozhled	znalost nabídky a také návaznosti služeb na území působnosti	nedostatek času a financí na další vzdělávání

Co se týče specifík v oblasti vzdělání, tak z rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovník musí mít **širší rozhled**, to znamená mít znalosti z různých odvětví, které by mohl využít při práci s touto klientelou. „*Základní přehled v oblasti sociálních a zdravotních služeb, základy poradenství a terapeutické práce s klientem, (...)*.“ (Respondent č. 1)

Respondenti se víceméně shodují v tom, že sociální pracovník musí mít znalosti, které se týkají právě této drogové problematiky a to napříč všem oblastem. „*Není na škodu mít alespoň minimální znalosti z oblasti právní (pomoc při sepsání odvolání, pracovní smlouvy), finanční (insolvence, splátkové kalendáře, zadluženost) a sociální problematiky (dávky sociálního zabezpečení, příspěvky na bydlení)*.“ (Respondent č. 1)

Případně musí být schopni tyto informace zjistit, nebo klienta odkázat na jinou organizaci či instituci. Z rozhovorů tedy vyplývá, že pro výkon sociálního pracovníka, nestačí pouze zákonné požadavky na vzdělání, že se jedná pouze o základní zákonné vymezení požadavků. „*Terénní pracovník by měl mít znalosti místní, velmi dobrou znalost drogové problematiky. Znalost návazných služeb, ideální je kurz krizové intervence. Alespoň minimální znalosti ze zdravotnictví*.“ (Respondent č. 2)

„*Zdravotnictví, finanční poradenství, právo, komunikace*.“ (Respondent č. 3)

Dalším specifíkem je **znalost nabídky a také návaznosti služeb na území působnosti**. Sociální pracovník tedy musí nejen vědět, jaké služby jsou na daném území, ale také, jak na sebe navazují, nebo čím jsou naopak vázány. Případně musí vědět, kam klienta odkázat, aby jeho požadavek byl splněn. „*Terénní pracovník by měl mít znalosti místní, velmi dobrou znalost drogové problematiky. Znalost návazných služeb, ideální je kurz krizové intervence. Alespoň minimální znalosti ze zdravotnictví*.“ (Respondent č. 2)

„*(...) Naše práce je mnohem širší a musíme vědět i věci z ostatních oblastí, nebo aspoň mít povědomí, kde klienta dále odkázat*.“ (Respondent č. 7)

Posledním specifíkem je **nedostatek času a financí** na další vzdělávání. Co se týče dalšího vzdělávání, tak se respondenti shodují v tom, že nabídka kurzů na trhu je široká, že se musí vzdělávat ve své oblasti působnosti, ale že je velmi často limituje čas a samozřejmě finance. „Nabídka kurzů, konferencí, vzdělávacích akcí je bohatá a vybírám si podle svých potřeb na další vzdělávání a samozřejmě finančních možností zaměstnavatele.“ (Respondent č. 2) „Nabídka dalších kurzů a vzdělávání je poměrně pestrá. Spíš to souvisí s časem a penězi. Ale možnosti jsou, na to si nemůžeme stěžovat.“ (Respondent č. 5) „(...) A samozřejmě by se měl neustále dále vzdělávat a získávat povědomí o dalších možnostech v tomto oboru. U nás v organizaci máme možnost se dále vzdělávat, vše je ale závislé na financích a čase. Nabídka na trhu je rozhodně široká.“ (Respondent č. 6) „Ta nabídka pro naši cílovou skupinu je celkem obsáhlá a občas nás limitují ekonomické podmínky.“ (Respondent č. 8)

Čtvrtou dílčí výzkumnou otázkou (DVO4), která byla ve výzkumu zodpovězena je otázka: **Jaká jsou specifika práce s drogově závislými v souvislosti s požadavky na osobnostní předpoklady sociálního pracovníka?**

Jako specifikum práce s drogově postiženým a v oblasti schopností a dovedností výzkum ukázal schopnost navázat kontakt s klientem, schopnost motivovat klienta, opravdovost a upřímnost.

**Tabulka č. 4:** Specifika práce s drogově závislými v souvislosti s požadavky na osobnostní předpoklady. (vlastní zpracování)

<b>Specifika práce s drogově závislými v souvislosti s požadavky na osobnostní předpoklad.</b>		
schopnost navázat kontakt s klientem	schopnost motivovat klienta	opravdovost a upřímnost

Jako specifikum práce s drogově postiženým a v oblasti schopností a dovedností výzkum ukázal **schopnost navázat kontakt s klientem**. V tomto případě bychom to jako specifikum mohli považovat. Drogově závislí nebývají často otevření lidé, a proto právě pro terénní pracovníky může být velmi těžké s nimi navázat kontakt

a dostat se k nim. Jinak tomu nebude ani v kontaktním centru. „*Fyzická a psychická odolnost vůči zátěži, stresu. Přirozená schopnost komunikace, empatie, schopnost individuální i týmové práce. Asertivita, schopnost sebereflexe, osobní vůle při udržování hranic. Spolehlivost, respektování klienta, individuální přístup. Trpělivost, partnerský přístup, otevřenost. Přirozená inteligence, „selský rozum“, instinkt.*“ (Respondent č. 2)  
„*Navázat kontakt a získat důvěru.*“ (Respondent č. 4)

S tím také souvisí **motivace klienta**. V případě drogově závislých i toto může být velmi složité. Zatímco v případě jiných služeb, kde klient přijde s konkrétním požadavkem a není třeba žádné motivace k tomu, aby došel, v případě drogově závislých je ta cesta složitější a spletitější. Je to dlouhodobý proces získat si důvěru a motivovat klienta ke změně. Dále respondenti definovali mezi osobnostní předpoklady empatii, dodržování osobních hranic, mít pochopení a neodsuzovat a sebevzdělávání. „*Empatie, schopnost navázat komunikaci, motivovat klienta, individuální i týmové práce. Dodržovat osobní hranice, otevřenost. Zodpovědnost a sebevzdělávání.*“ (Respondent č. 3)

S tím souvisí to nejdůležitější specifikum této práce a to je **opravdovost a upřímnost**. V případě drogově závislých se, dle zkušeností sociálních pracovníků, ani nic jiného nevyplácí. „*Specifikem práce s drogově závislým je právě to, že oni mají radar na opravdovost. Že se prostě nemůžu něco z paměti někde naučit, tohle prostě nefunguje. Také je důležité dělat klientovi spíš než učitele, tak parťáka. Takže ta opravdovost, upřímnost, to je důležité.*“ (Respondent č. 5) „*Já musím být hlavně čitelný. Musím udělat to, co říkám. Dále přistupuje ke každému stejně, k němu pořád stejně a s tím, že stojím na tom, co říkám.*“ (Respondent č. 5)

Rovněž se odpovědi shodují v tom, že by neměl aktivně užívat drogy. „*Rozhodně nesmí aktivně užívat drogy. Nutně se nevyklučuje, že by nemohl mít nějakou drogovou minulost, ale měl by mít toto období již za sebou a měl by mít už i pozitivní věci za sebou.*“ (Respondent č. 7)

Sociální pracovníci se v rozhovorech dále shodují v tom, že nejsou žádné speciální požadavky na tělesnou stavbu pracovníka a to ať už toho, který pracuje v kontaktním centru nebo přímo v terénu, každopádně u pracovníka v terénu zdůrazňovali, že by měl být fyzicky odolný vůči terénním podmínkám a povětrnostním vlivům.

Poslední dílčí výzkumnou otázkou (DVO5) je otázka: **Jaká jsou další specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka v K centru?** Mezi další specifika sociální práce s drogově závislým, podle sociálních pracovníků patří to, že se nesmí klást velké cíle, odlišnost jednotlivých dní, dostupnost svých klientů, nebezpečnost terénu, chybějící zpětnou vazbu, práce s injekčním materiálem a testování klientů.

**Tabulka č. 5:** Další specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka. (vlastní zpracování)

Další specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka.		
nesmí se klást velké cíle	odlišnost jednotlivých dní	dostupnost svých klientů
nebezpečnost terénu	chybějící zpětná vazba	práce s injekčním materiálem a testování klientů

Z rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci považují za další specifikum své práce především to, že si jako člověk, který pracuje s drogově závislými, **nesmí klást velké cíle.** „*Ve vztahu k naší cílové skupině je potřeba, aby si pracovník nekladl velké cíle. I to, že se klient naučí respektovat pravidla služby, že se naučí si bezpečněji aplikovat drogu – i to je považováno za úspěch. Umím si představit, že v jiných soc. službách mohou být na klienty kladeny větší nároky. U nás je to však specifikum nízkoprahové služby.*“ (Respondent č. 1)

Sociální pracovníci K – center považují jako další specifikum své práce **odlišnost jednotlivých dní.** Žádný den podle nich není stejný. Jiní klienti, jiné životní příběhy, problémy, situace, konflikty, výzvy a komunikace. „*Každý pracovní den je jiný.*“ (Respondent č. 4)

Za další důležité specifikum považují **dostupnost svých klientů.** Sociální pracovníci se shodují, že navázat kontakt a vůbec dostat se k některým drogově závislým je velmi náročné a je to práce i na několik týdnů, než si najdou cestu a získají důvěru. Do uzavřených squatů a bytů je pro ně často velmi těžké se dostat a cesta tam

vede pomalými postupnými krůčky. S tím také souvisí **nebezpečnost terénu**, ve kterém se pohybují. To již bylo několikrát zdůrazněno, jako velké specifikum především terénní práce. „Podle mne je. Naši klienti nejsou tak lehce dostupní a už vůbec není jednoduché je motivovat k tomu, aby svůj problém nebo situaci řešili. V terénu je k tomu minimum času a ne každý se rozhodne přijít, až přímo do centra.“ (Respondent č. 6)

Dále sociální pracovníci definovali jako specifikum své práce **chybějící zpětnou vazbu**. Vadí jim, že často nevidí výsledky své práce. Jejich práce se často zúží do procesu výměny injekčního materiálu. „Nebezpečím v terénu, náročností ve vyhledávání a motivaci klienta, většinou ani nedostáváme zpětnou vazbu, nevidíme často výsledky své práce.“ (Respondent č. 6) „Napadá mě hlavně, že nemáme odezvu. Každý si ve své práci potřebuje najít odezvu. Ale v této oblasti to je těžké a je ji velmi málo. Když už se nám podaří klientovi pomoci, tak má pro nás obrovskou hodnotu.“ (Respondent č. 7)

Poslední specifikum, které sociální pracovníci definovali je vůbec **práce s injekčním materiálem a testování klientů**. S čímž, lze souhlasit, neboť se s tímto u jiných sociálních služeb nesetkáváme. „Vychází to z povahy věci, z práce s tou cílovou skupinou, protože ta naše cílová skupina má určitá specifika, požadavky oproti jiným sociálním službám. Určitá specifika tedy existují, pracujeme se zdravotním materiálem, měníme jim jehly, testujeme na infekční nemoci, vyhodnocujeme, děláme různou diagnostiku. Takže v tomhle se to liší od jiné sociální práce.“ (Respondent č. 8)

Z výzkumu dále vyplynulo, že nejčastějšími přístupy, které sociální pracovníci užívají při práci s drogově závislými, patří Kognitivně-behaviorální přístup, přístup orientovaný na úkoly, Bio-psycho-sociální model a principy Harm Reduction.

Co se týče komunikace s drogově závislými, sociální pracovníci sázejí na poskytování pravdivých a především úplných informací. „Každý z klientů má právo na pravdivé a úplné informace. Je důležité, snažit se vyvracet mýty, které jsou s drogami spojené. A že jich není málo. Klienty neodsuzujeme, nehodnotíme, nesoudíme, nenálepkujeme.“ (Respondent č. 1) Rozhovory rovněž potvrdili, že většina sociálních pracovníků má jasně vymezenou hranici mezi osobním a pracovním životem. Že ne vždycky je to jednoduché, ale většinou se jim to daří. Pokud pak klienta potkají na veřejnosti mimo pracovní dobu a klient je pozdraví, na pozdrav reagují. Pokud je



však klient nepozdraví, nejčastěji, protože chce zůstat v anonymitě, tak to respektují. Svým klientům nedávají svá osobní čísla ani adresy.

#### **4.5 Závěr výzkumné části a diskuze**

Na základě zodpovězení dílčích výzkumných otázek jsme nyní schopni odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, která zní: **Jaká jsou specifika práce s drogově závislími z pohledu sociálního pracovníka v K centrech v Moravskoslezském kraji?** Sociální pracovníci při odpovídání na otázky měli celkem jasnou představu o tom, jakým způsobem je jejich práce odlišná, specifická. Hlavní výzkumná otázka se ptá na to, jaká jsou specifika práce s drogově závislími z pohledu sociálního pracovníka, který pracuje v K – centru. Je třeba ještě navíc zdůraznit, že K-centra nabízejí jak terénní služby, tak služby poskytované v K-centru.

Mezi specifika sociální práce můžeme, dle literatury, zařadit Harm Reduction a kontaktní práci – streetwork přímo s klienty, ať už v terénu nebo přímo v kontaktních centrech a s tímto spojená rizika. Dalším specifikem jsou požadavky na osobnostní a profesní předpoklady sociálních pracovníků, kteří v rámci kontaktních center pracují s drogově závislími klienty. Výzkumná část této práce si však klade za cíl objasnit, zda jsou toto jediná specifika sociální práce s drogově závislími nebo, zda za specifikum této práce můžeme považovat ještě něco jiného. A jak tuto problematiku vnímají přímo sociální pracovníci. Dílčí výzkumné otázky nám odhalily názory sociálních pracovníků, kteří pracují v kontaktních centrech a poukazují na to, jaká jsou podle nich specifika terénní práce s drogově závislým, jaká jsou specifika práce s drogově závislími v kontaktních centrech, jaká jsou specifika sociální práce s drogově závislími v oblasti vzdělání sociálních pracovníků a jejich schopností a dovedností a pak také, jaká specifika ještě navíc oni považují za typická pro výkonu jejich práce.

Ze všech získaných údajů, které byly postupně zpracovány, byly vypracována následující tabulka pro lepší přehlednost jednotlivých specifíků, dle odpovědí sociálních a terénních pracovníků K – center v Moravskoslezském kraji.

Výzkum tedy došel k závěru, že sociální pracovníci považují za odlišnosti své práce tato specifika.

**Tabulka č. 6:** Specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka. (vlastní zpracování)

<b>Specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka</b>		
<b>K – centra v Moravskoslezském kraji.</b>		
malá šance k sociální práci nebo poradenství v terénu	nabídka služeb klientům, kteří o to stát nemusí	v případě terénní práce se jedná o prostor vlastní klientům = respektování jejich pravidel
obezřetnost/bezpečnost při práci v terénu	rychlý kontakt a rychlá komunikace v terénu	pocit ztráty anonymity klienta, když se ukazuje na veřejnosti – stížení výkonu práce sociálního pracovníka
počasí – povětrnostní vlivy	složité odhalování skryté populace uživatelů a získávání si důvěry uživatelů	dostupnost klientů a schopnost s nimi navázat kontakt
oprávdovost a upřímnost	neklást si velké cíle	odlišnost jednotlivých dní
nebezpečnost terénu	chybějící zpětná vazba	práce s injekčním materiálem a testování klientů

Literatura uvádí, že jedním specifikem práce s drogově závislými klienty je určitě práce v terénu. To potvrdili sociální pracovníci, kteří tato specifika ještě blíže přiblížili: malá šance k sociální práci nebo poradenství v terénu; v případě terénní práce se jedná o prostor vlastní klientům = respektování jejich pravidel, obezřetnost/bezpečnost při práci v terénu; rychlý kontakt a rychlá komunikace v terénu; pocit ztráty anonymity klienta, když se ukazuje na veřejnosti – stížení výkonu práce sociálního pracovníka; počasí – povětrnostní vlivy; složité odhalování skryté populace

uživatelů a získávání si důvěry uživatelů; dostupnost klientů a schopnost s nimi navázat kontakt a nebezpečnost terénu. **Práce v terénu je tedy určitě specifická pro práci s drogově závislými a ve většině práce s ostatními cílovými skupinami se s ní neseťkáme.** Toto potvrzuje i literatura. RHODES (1999) to podtrhuje, když uvádí, že cílem terénní sociální práce je vyjít vstříc této cílové skupině. Většina jiných způsobů, jak těmto lidem pomoci totiž spadá pod nějakou instituci a jsou postaveny na tom, že tito jedinci pomoc vyhledají sami. Terénní sociální práce je však postavena na tom, že kontakt s cílovou skupinou probíhá prvně mimo prostředí nějaké instituce. Terénní sociální práce tak sama vyhledává klienty a nečeká na to, až si klienti vyhledají pomoci sami. ADAMEČEK (2006) například uvádí, že terénní práce vychází z aktuální situace a potřeb klienta. Dále dodává, že cílem je najít a oslovit cílovou skupinu, vytvořit prostředí vzájemné důvěry a nastavit podmínky potřebné k poskytnutí služby. Součástí této práce je i získávání údajů o místní drogové scéně a taky vůbec zmapování rizikového chování klienta. KLÍMA (2009) ještě dodává, že terénní práce vůbec nemá stabilní rámec samotného setkávání s klienty, co se týče délky a ani pravidelnosti. V podstatě rozsah a frekvenci určuje klient, na rozdíl od jiných programů. Rovněž v této oblasti musí sociální pracovník pracovat s danou situací a stavem klienta. Nemůže počítat s plnou soustředěností klienta nebo včasnou účastí. Musí vycházet z aktuálního stavu. Částečně se může sociální pracovník v terénu zaměřit i na blízkou budoucnost, ale musí brát v potaz klientovu perspektivu.

Dalším specifikum, vyplývající z literatury, jsou osobnostní a profesní předpoklady sociálních pracovníků. Z výzkumu vyplynulo, že zákon o sociálních službách přesně definuje požadavky na vzdělání pracovníky, který pracuje v sociálních službách tohoto typu. Dále se sociální pracovníci shodli na tom, že pracovník musí mít znalosti i z ostatních věd a oborů, včetně nabídky služeb v regionu. Toto lze ale považovat za požadavek, který není čistě specifický pro práci s drogově závislými, i v práci s jinými cílovými skupinami je potřebné mít přehled o těchto věcech. Naopak v osobnostních předpokladech sociální pracovníci zdůrazňovali, že důležitým specifikem práce s drogově závislými v oblasti osobnostních předpokladů je opravdovost a upřímnost a neklást si velké cíle. **Za specifikum, dle výzkumu mezi sociálními pracovníky, lze také považovat existenci určitých osobnostních rysů, které mají velkou roli při práci s drogově závislými.** Literatura například uvádí

aktivní naslouchání a pozorování a motivační rozhovor za dovednosti, kterými by měl sociální pracovník, jež pracuje s drogově závislými disponovat. Sociální pracovník by tedy měl umět dobře sledovat klienty, protože to mu umožňuje dobré naslouchání jejich verbálnímu i neverbálnímu projevu. Svým chování musí dát klientovi najevo, že jej zajímá, co mu sděluje (CULLEY, BOND, 2008). HAVRÁNKOVÁ (2013) dodává, že v pomáhajících profesích se vůbec klade velký důraz na aktivní naslouchání, protože to umožňuje klientovi dostatečnou zpětnou vazbu. MILLEROVÁ (2011) dodává, že předpokladem motivačního rozhovoru je spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem vedoucí k vyvolání změny v klientově nitru a samostatnosti ve vztahu k samotné změně. Mezi čtyři základní principy takového rozhovoru řadí empatii, rozpor, motivaci a odpor. Přičemž empatii považuje za velmi důležitou, protože dává základ pro samotnou změnu. Literatura tedy potvrzuje, že sociální pracovník, který pracuje s drogově závislými musí disponovat určitými osobnostními předpoklady.

Výzkum dále poukázal na další specifika práce s drogově závislými. Sociální pracovníci se shodli na tom, že specifikem této práce od práce s jinou klientelou je to, že **často nabízejí služby klientům, kteří o to vůbec nemusí stát, že jim chybí zpětná vazba v jejich práci, že pracují s injekčním materiálem a testují lidi na různé choroby a že každý jejich pracovní den je odlišný od těch předešlých.** Literatura toto shrnuje ve specifiku Harm Reduction, což znamená snižování či minimalizace poškození drogami u těch osob, které drogy užívají a nejsou ještě motivováni k tomu, aby je užívat přestali (ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2006). Harm Reduction se tedy v první řadě snaží o stabilizaci životního stylu klienta, vychází z potřeby klienta a dává mu možnost podílet se a rozhodnout se o tom, kdy a kde má být léčen. Cílem je samozřejmě snížit i dopad na celou společnost. S tím souvisí právě především výměnný program v rámci Harm Reduction. Jedná se o příjem použitého injekčního materiálu a výdej čistého. V rámci Harm Reduction zahrnujeme i mapování rizikového chování klienta, to znamená, že pokud klient využívá pouze výměnný program, snažíme se s ním navázat aspoň minimální konverzaci (ADAMEČEK, 2006). KALINA (2003) dodává, že kontakt v terénu probíhá většinou na ulici nebo v klubech a jedná se hlavně o formu Harm Reduction. Rizikem je to, že klienti bývají většinou pro případnou změnu nemotivováni a vůbec vůči druhému člověku velmi ostražití. Což se ještě umocní, když se klient setká s nepřiměřeným nátlakem nebo se známky konfrontace se svým

chováním. KALINA (2003, s. 271) ještě dodává, že cílem této činnosti by mělo být především „vytvořit pro klienta přijatelnou vazbu mezi světem drog, ve kterém žije a světem bezdrogovým, který do té doby obvykle vnímá jako ohrožující. Pokud je klient ochotný diskutovat o svém životě, případně o své nespokojenosti, pracovník by měl být především dobrým „naslouchačem“ a měl by umět přijatelnou formou nabídnout klientovi možnosti dalších aktivit.“

Tato část práce si kladla za cíl shrnout veškeré získané poznatky z rozhovorů a zodpovědět dílčí a hlavní výzkumnou otázku. Z výzkumu vyplynulo, jaká specifika práce s drogově závislými vnímají sociální pracovníci K – center v Moravskoslezském kraji. Vše bylo přehledně zpracováno v tomto textu.

## Závěr

Tato diplomová práce si kladla za cíl zjistit, jaká jsou specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka. Jak již bylo zmíněno, omamné a psychotropní látky jsou z největší pravděpodobností využívány už od počátku samotných dějin lidstva. V historických záznamech najdeme spoustu informací o tom, jak se tyto látky používaly při náboženských či jiných rituálech ve většině starověkých kultur. Tehdy však tyto látky podávali šamani, kněží nebo jiné osoby, ale vždy to byly osoby, které o dané látce měli povědomí a měli s ní zkušenosti. Podávání těchto psychoaktivních látek bylo tedy důležitou součástí tradice dané kultury. A problém závislosti nebo problémového užívání tehdy vůbec neznali. Problém se objevil, až ve chvíli, kdy se tyto látky přestaly užívat jen ve spojitosti s náboženskými nebo jinými rituály. Staly se tak součástí běžného života, staly se předmětem obchodu a slibovaly vysoké finanční zisky.

V současnosti je problém drogově závislosti velmi důležité téma. Práce s drogově závislými je určitě velmi náročná, už jen z podstaty samotné závislosti na drogách a nebezpečnosti prostředí, ve kterém se klient většinou zdržuje. Cílem této práce bylo nejen popsat, jak sociální pracovníci pracují s drogově závislými, ale především jaká specifika vidí ve své práci s drogově závislými.

Teoretická část postupně přiblížila všechny základní informace, vztahující se k tomuto tématu a zdůraznila důležitost tohoto problému. Snažila se o vytvoření teoretického základu pro následný výzkum. Byly k tomu využity všechny dostupné zdroje, literatura a články na toto téma.

Na teoretickou část pak navazuje část výzkumná. Ta si kladla za cíl zjistit, jaká jsou specifika sociální práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka. K získání těchto informací byl zvolen kvalitativní výzkum a to konkrétně rozhovory. Osloveny tedy byly K – centra Moravskoslezském kraji. Celkem se výzkumu zúčastnilo 8 respondentů – terénních a sociálních pracovníků, kteří postupně odpovídali na připravené otázky. Terénní a sociální pracovníci neměli problém mluvit o své práci a měli jasnou představu o tom, v čem je jejich práci jiná, specifická a důležitá. Poznatky získané tímto výzkumem pak byly shrnuty v závěru výzkumné části. Byly tedy definovány specifika sociální práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka K – centra v Moravskoslezském kraji.

Tato diplomová práce je specifická především tím, že se zaměřila přímo na názor sociálních pracovníků, kteří pracují s touto cílovou skupinou a mohou tak poskytnout informace o specifikách této práce přímo s terénu. Což nám umožňuje následné porovnání s tím, co víme z literatury a zároveň máme možnost získat podrobnější informace o tom, co se v terénu pracovníkům osvědčilo a co naopak není pro tuto práci vhodné.

Jak již bylo v teoretické části zmíněno, drogový problém s největší pravděpodobností souvisí se ztrátou tradičních hodnot, se ztrátou funkce rodiny a vůbec se změnami v celkovém uspořádání společnosti.

Musíme si tedy uvědomit, že více než sankční opatření, je důležité přistupovat k drogovému problému prostřednictvím prevence. A to na úrovni primární, sekundární i terciární.

*„V životě je nanejvýš užitečné, aby ničeho nebylo příliš.“ (Terentius)*

## Seznam použitých informačních zdrojů

### Monografie

ADAMEČEK, D., 2006. Seznam a definice výkonů drogových služeb. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 88 s. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3481-1

BEDNÁŘOVÁ, Jana, Bc. *Vybrané metody sociální práce: Učební a pracovní texty pro program: Sociální činnost v prostředí etnických minorit*. Praha: Evangelická akademie Vyšší odborná škola sociální práce a střední odborná škola, 2010.

BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk, 2003. Co, jak, proč? ISBN 80-723-9148-8.

CULLEY, S. a T. BOND, 2008. Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii: dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích. Vyd. 1. Praha: Portál, 222 s. Spektrum (Portál). ISBN 978-807-3674-526.

FLEISCHMANN, O. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2006. ISBN 80-704-4769-9.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.

HAVRÁNKOVÁ, O., 2013. Případová práce. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Portál, s. 85-100. ISBN 978-802-6202-134

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.

HUBINKOVÁ, Z. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3. aktualizované, doplněné a přepracované. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1593-3.



KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, K., 2003. Úvod do drogové politiky. In: KALINA, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-61

KLÍMA, P., 2009. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. [Praha: Česká asociace streetwork, 359 s. ISBN 978-80-254-4001-8.

KOMÍNKOVÁ, Hana. *TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG*. Brno, 2006. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce Mgr. Jan Kolář.

MAHDALÍČKOVÁ, J. *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MILLEROVÁ, Geri. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-807-2627-653.

NAVRÁTIL, P., 2007. Přístup orientovaný na úkoly. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 231-237. ISBN 978-807-3673-314

NAVRÁTIL, P., 2003, Sociální práce. In: KALINA, K. a kol., Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 15-24. ISBN 80-86734-05-61

NEDĚLNÍKOVÁ, Dana (ed.). *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008.

PAYNE, M. 2006. What is professional social work?. Bristol: The Policy Press

RHODES, T. Terénní práce s uživateli drog. Brno: Albert ve spolupráci se Sdružením Podané ruce, 1999. 70 s. ISBN 80-8583-471-5

ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-716-9836-9.

ŠPILÁČKOVÁ, Marie a Eva NEDOMOVÁ. *METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE S JEDNOTLIVCEM*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-434-4.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-864-2936-9.

ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2006. Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction. 1. vyd. v jazyce českém. Editor Ondřej Petroš. Praha: Úřad vlády České republiky, 48 s. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 8. ISBN 80-867-3476-5.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

### **Legislativní dokumenty**

Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

## Internetové zdroje

Konopné drogy. *Substituční-léčba.cz* [online]. 2016 [cit. 2016-10-04]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/konopne-drogy>

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018. *Drogy-info* [online]. 2015 [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/nms/o-nas/narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010-az-2018-1/>

Negativní důsledky drogové závislosti. *Drogy* [online]. 2013 [cit. 2016-10-02]. Dostupné z: <http://drogy1.webnode.cz/negativni-dusledky-drogove-zavislosti-/>

SANANIM, 2009. Psychická onemocnění a drogy. Drogová poradna [online]. [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/drogyanemoci/psychicka-onemocneni-a-drogy.html>

Typy drog. *Drugs.ie* [online]. 2015 [cit. 2016-10-04]. Dostupné z: [http://www.drugs.ie/cz/pochopeni\\_drog/typy\\_drog/](http://www.drugs.ie/cz/pochopeni_drog/typy_drog/)

## **Seznam obrázků**

<b>Obrázek č. 1:</b> Základní léčba a následná péče.....	<b>28</b>
<b>Obrázek č. 2:</b> Fáze systematické práce s klientem.....	<b>31</b>
<b>Obrázek č. 3:</b> Mapování situace.....	<b>33</b>

## **Seznam tabulek**

<b>Tabulka č. 1:</b> Specifika práce s drogově závislími při terénní sociální práci	<b>54</b>
<b>Tabulka č. 2:</b> Specifika práce s drogově závislími v kontaktních centrech	<b>59</b>
<b>Tabulka č. 3:</b> Specifika práce s drogově závislími v souvislosti s požadavky na vzdělání.	<b>62</b>
<b>Tabulka č. 4:</b> Specifika práce s drogově závislími v souvislosti s požadavky na osobnostní předpoklady	<b>63</b>
<b>Tabulka č. 5:</b> Další specifika práce s drogově závislími z pohledu sociálního pracovníka.	<b>65</b>
<b>Tabulka č. 6:</b> Specifika práce s drogově závislími z pohledu sociálního pracovníka.	<b>68</b>

## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1:** Přepis rozhovoru s respondentem č. 1

**Příloha č. 2:** Přepis rozhovoru s respondentem č. 2

**Příloha č. 3:** Přepis rozhovoru s respondentem č. 3

**Příloha č. 4:** Přepis rozhovoru s respondentem č. 4

**Příloha č. 5:** Přepis rozhovoru s respondentem č. 5

**Příloha č. 6:** Přepis rozhovoru s respondentem č. 6

**Příloha č. 7:** Přepis rozhovoru s respondentem č. 7

**Příloha č. 8:** Přepis rozhovoru s respondentem č. 8

## **Příloha č. I: Přepis rozhovoru s respondentem č. 1**

Muž, 42 let, 12 let praxe, terénní sociální pracovník

### **Definujte, prosím, náplň práce sociálního pracovníka v terénní sociální práci.**

*„Zabezpečuje provoz terénních aktivit KKC. Plní roli klíčového pracovníka. Zajišťuje nabídku dlouhodobé spolupráce s jednotlivými klienty na řešení jejich sociální situace na základě vzájemné dohody. Poskytuje informace oblastech Harm-Reduction, zdravotní, sociální, trestně právní, dluhová problematika, možnosti léčby. Poskytuje poradenství a krizovou intervenci klientům KKC v oblasti drogové problematiky. Citlivě, s ohledem na aktuální stav, potřeby a možnosti klienta, nabízí další služby centra. Vede dokumentaci o klientech v písemné podobě i v elektronické databázi. Zabezpečuje monitoring - mapování terénu, sledování trendů v cílové skupině, aktivní vyhledávání cílové skupiny, výměnný program injekčního a hygienického materiálu, sběr a likvidace použitých injekčních stříkaček na inkriminovaných místech.“*

### **Čím je terénní sociální práce odlišná od práce v kontaktních centrech?**

*„Zásadním rozdílem práce v terénu je práce v přirozeném prostředí dané cílové skupiny. Pracovník musí znát místa, kde se klienti objevují nebo schází. Je potřeba neustále monitorovat a mít přehled o místní drogové scéně. Terénní pracovník však musí být obezřetný. V kontaktní místnosti K-centra jsou jasně definovaná pravidla a sankce za jejich porušení. V terénu na otevřené drogové scéně tato pravidla neexistují.“*

### **Jaká jsou úskalí terénní sociální práce?**

*„Jak už jsem řekl před chvílí. I proto je pracovník častěji vystaven rizikovým situacím než v kontaktním centru.“*

### **Liší se sociální práce s klientem podle typu drogy, kterou užívá?**

*„Zcela určitě. Naše cílová skupina užívá zejména pervitin. Každá droga má svá specifika, účinky a rizika. Akutní stav člověka, který je na opiátech je zcela odlišný od stavu a prožitků uživatele pervitinu. Tomu je například potřeba přizpůsobit tempo rozhovoru apod.“*

**Existují nějaké požadavky na tělesnou stavbu sociálního pracovníka nebo jeho přípravu v sebeobraně, když pracuje v terénu?**

*„Zastávám názor, že téměř vše se dá vyřešit domluvou nebo útekem. Nemyslím si, že je nutné, aby pracovníci v terénu museli mít nutně kurz sebeobrany. Na druhou stranu obranný slzný sprej v terénní brašně je nutnost.“*

**Jak vypadá komunikace s klientem přímo v terénu? Máte možnost s ním blíže probrat jeho situaci, nabídnout mu pomoc?**

*„Spousta kontaktů v terénu trvá jen několik málo minut. Jedná se spíše o rychlou výměnu. Jsou situace, kdy je pracovník rád za to, že mu klient sdělí alespoň svůj kód. Ovšem i s takovým člověkem je potřeba individuálně plánovat a o klienta neztratit zájem, snažit se rozvíjet téma, doptávat se, být empatický. Najdou se chvíle, kdy s klienty probíráme „obyčejné věci“ spojené s jejich životem, mnohdy se ale jedná o poradenství či krizovou intervenci, která je na delší dobu.“*

**S jakými nebezpečími se můžete setkat přímo v terénu? Funguje nějaká bezpečnost nebo ochrana sociálních pracovníků v terénu?**

*„Nebezpečí může hrozit, pokud je pracovník nesprávně či neúplně zaškolen. Terénní pracovník musí umět předvídat, umět s klienty komunikovat a odhadnout rizikovou situaci. Dlouholetá praxe je samozřejmě výhodou. Pro jistotu je dobré nosit u sebe obranný slzný sprej.“*

**Vzhledem k typu práce, máte možnost nějakým způsobem reflektovat své zážitky, problémy či frustrace z terénu?**

*„Celý pracovní tým je pravidelně supervidován nezávislým odborníkem. Zaměstnanci mají možnost také individuální supervize.“*

**Popište, prosím, náplň práce sociálního pracovníka přímo v kontaktním centru.**

*„Zaměřuje se na oblast Harm-reduction v KKC. Plní roli klíčového pracovníka. Zajišťuje nabídku dlouhodobé spolupráce s jednotlivými klienty na řešení jejich sociální situace na základě vzájemné dohody. Poskytuje informace v oblastech Harm-Reduction, zdravotní, sociální, trestně právní, dluhová problematika, možnosti léčby. Poskytuje*



*poradenství a krizovou intervenci klientům KKC, jejich rodičům či osobám blízkým v oblasti drogové problematiky. Citlivě, s ohledem na aktuální stav, potřeby a možnosti klienta, nabízí další služby centra. Vede agendu ohledně provozu kontaktního centra. Vede dokumentaci o klientech v písemné podobě i v elektronické databázi. Zpracovává denní výkazy a statistické zprávy v KKC. Spolupracuje s dalšími organizacemi ohledně klientů doporučených k poradenství ohledně závislosti. Citlivě, s ohledem na aktuální stav, potřeby a možnosti klienta, nabízí zprostředkování kontaktu s návaznými institucemi. Vytváří, vede a aktualizuje síť sociálních institucí. Dle potřeb organizace zajišťuje mediální kontakt, účastní se besed se školami v oblasti drogové problematiky.“*

### **Jak je práce v kontaktním centru odlišná od práce v terénu?**

*„Práce v kontaktním centru má svá specifika zejména v prostoru, který nabízí. V kontaktní místnosti jsou jasně daná pravidla, která musí každý z klientů dodržovat. Pokud je poruší – dostává sankci. Většinou stop stav na určitou dobu. Takovýto klient např. nemůže využívat kontaktní místnost nebo hygienický servis. Není mu však odepřeno poradenství či možnost vyměnit si čisté stříkačky a HR materiál – taková minimální péče. Výhodou práce v kontaktním centru je také možnost, „vzít si klienta stranou“, když je to potřeba. Mít soukromí na rozhovor (poradna kontaktních pracovníků, kde probíhá individuální poradenství, testy na HIV a hepatitidu typu C apod.).“*

### **Jaká cílová skupina navštěvuje v K-centru a která droga je primárně nejčastěji užívána.**

*„Cílová skupina naší organizace je poměrně pestrá. Do kontaktní místnosti přicházejí zejména lidé užívající pervitin a stimulancia starší patnácti let, a to většinou taci, kteří užívají tyto látky dlouhodobě či rizikovým způsobem. Naprostou většinou klientů jsou tedy problémoví uživatelé drog.“*

### **Rozlišujete přístup ke klientům, podle typu drogy, kterou užívají?**

*„Snažíme se ke klientům přistupovat partnersky, rovnocenně, ale s individuálním přístupem. Zcela jistě bude odlišná práce s člověkem, který se snaží abstinovat od marihuany, kterou sice užívá pravidelně, ale prozatím neztratil sociální kontakt, má*

*rodinu, má kde bydlet, chodí pravidelně do zaměstnání. Naopak odlišná práce zejména ve stanovení si cílů a zakázky bude u klienta užívajícího deset let nitrožilně pervitin.“*

**Jak navazujete vztah s klientem a popište, prosím, co a jak se Vám osvědčuje při práci s drogově závislými v K centrech.**

*„Mně osobně se osvědčilo, být jasný, čitelný a snažit se daného člověka určitým způsobem zaujmout. Primární je minimalizovat klientovy obavy z nás jakožto pracovníků KKC a našeho zařízení. Mnozí jsou velmi podezíraví, nemají důvod nám zpočátku věřit. Proto je důležité, prostřednictvím kontaktní práce budovat vztah důvěry.“*

**Zákon o sociálních službách definuje vzdělání sociálního pracovníka, ale jaké jsou, podle Vás, další požadavky na znalosti sociálního pracovníka.**

*„Základní přehled v oblasti sociálních a zdravotních služeb, základy poradenství a terapeutické práce s klientem, schopnost pracovat v týmu i samostatně, bez předsudků vůči cílové skupině, přirozená schopnost navazovat vztahy a vést rozhovor, komunikační dovednosti a mnoho dalšího.“*

**Stačí sociálnímu pracovníkovi, který pracuje s drogově závislými, znalost příslušného zákona o sociálních službách a znalost dostupných služeb v okolí, nebo by měl mít znalosti ještě z jiných oblastí? Pokud ano, z jakých oblastí?**

*„Práce v kontaktním centru je natolik specifická, že problematika naší cílové skupiny může být a často je poměrně široká. Samozřejmě je nemožné, aby pracovník věděl a rozuměl všemu. Proto klienta odesíláme na jiné instituce, zařízení, občanské poradny a odborníky. Není na škodu mít alespoň minimální znalosti z oblasti právní (pomoc při sepsání odvolání, pracovní smlouvy), finanční (insolvence, splátkové kalendáře, zadluženost) a sociální problematiky (dávky sociálního zabezpečení, příspěvky na bydlení).“*

**Jaké máte možnosti v oblasti dalšího vzdělávání?**

*„Každý ze zaměstnanců má povinnost se pravidelně vzdělávat a prohlubovat své znalosti z oboru. Jednou za rok nadřizený sestavuje se zaměstnancem vzdělávací plán,*

*kdy společně konzultují, kam a jakým směrem se bude jeho další vzdělávání ubírat. “*

**Liší se nějak osobnostní předpoklady u sociálního pracovníka, který pracuje přímo v terénu a u sociálního pracovníka, který pracuje v kontaktním centru? Pokud ano, popište jak.**

*„Podle mě se nijak zvlášť neliší. Často se v organizacích stává, že pracovník pracuje v terénu i v kontaktní místnosti. Jako právě já. “*

**Čím dalším je, podle Vás, Vaše práce specifická, jiná, odlišná?**

*„Ve vztahu k naší cílové skupině je potřeba, aby si pracovník nekladal velké cíle. I to, že se klient naučí respektovat pravidla služby, že se naučí si bezpečněji aplikovat drogu – i to je považováno za úspěch. Umím si představit, že v jiných soc. službách mohou být na klienty kladeny větší nároky. U nás je to však specifikum nízkoprahové služby. “*

**Vychází Vaše práce s drogově závislými z nějakého teoretického přístupu?**

*„Nejčastěji používáme přístupy Kognitivně-behaviorální, přístup orientovaný na úkoly, Bio-psycho-sociální model a principy Harm Reduction. “*

**Je komunikace s drogově závislým v něčem jiná? Jaký způsob komunikace s klientem nejčastěji volíte? Rozlišujete o čem s klientem mluvit a o čem ne? Co mu říci a co mu naopak zamlčet?**

*„Každý z klientů má právo na pravdivé a úplné informace. Je důležité, snažit se vyvracet mýty, které jsou s drogami spojené. A že jich není málo. Klienty neodsuzujeme, nehodnotíme, nesoudíme, nenálepkujeme. “*

**Dokážete si vymezit hranici mezi prací a osobním životem? Pokud ano, tak prosím uveďte jak a pokud ne, tak zkuste se zamyslet nad tím, proč tomu tak je.**

*„Za tu dobu, po kterou v kontaktním centru působím, jsem si jasně stanovil hranice mezi prací a osobním životem. Práci si nenesu domů. Pokud je nějaký vážnější klientský případ, řeším jej v týmu či na supervizi. Snažím se aktivně podporovat smysluplné trávení svého volného času, abych co nejvíce snížil riziko vyhoření. “*

**Setkáváte se někdy se svými klienty i například ve svém volném čase? Například je potkáte na ulici, v parku... Komunikujete s nimi nebo si to necháváte na pracovní dobu. Jak se v takové chvíli zachováte?**

*„Vzhled k tomu, že pracuji na malém městě. Je téměř nemožné nepotkat své klienty ve svém volném čase. V týmu jsme se domluvili, že pokud je takový klient v doprovodu pro nás neznámého člověka, nezdravíme jej, pokud nás nepozdraví jako první. Je to zejména z toho důvodu, že respektujeme anonymitu našich klientů. Klienty ve svém volném čase nevyhledávám, a pokud na ně narazím, snažím se daný kontakt – směřovat na dobu, kdy jsem v KKC, popřípadě v terénu.“*

## **Příloha č. II: Přepis rozhovoru s respondentem č. 2**

Muž, 43 let, 11 let praxe, terénní pracovník

### **Definujte, prosím, náplň práce sociálního pracovníka v terénní sociální práci.**

*„V rámci administrativní práce (tzv. nepřímá práce) se jedná o vedení evidencí a statistik výkonů, tvorba podkladů pro závěrečné zprávy (MěU, kraj, RVKPP, MPSV apod.), tvorba letáků, příprava kampaní. Účast na poradách, supervizích. Účast na pracovních skupinách, propagačních akcích. Besedy na školách, komunikace s návaznými službami. V rámci terénní práce (tzv. přímá práce) se pak jedná monitoring lokalit, kontaktování klientů v terénu, výměna injekčního materiálu, sběr nalezeného injekčního materiálu, intervenční činnost, aktivní oslovování nových potencionálních klientů, doprovodná činnost, krizová intervence.“*

### **Čím je terénní sociální práce odlišná od práce v kontaktních centrech?**

*„Tím, že snižuje kontaktní práh, protože klienta aktivně vyhledává v jeho přirozeném prostředí. Má trochu jinak definována pravidla. Při krizových situacích odpadá „starost o majetek organizace“, terénní pracovník řeší jen svou a kolegovu bezpečnost. Bez patřičného zázemí komplikuje hlubší a časově i materiálně náročnější práci na zakázkách klienta.“*

### **Jaká jsou úskalí terénní sociální práce?**

*„Patří zde výkyvy počasí, nezájem klientů o kontakt, možná ztráta anonymity klienta při setkání na ulici.“*

### **Liší se sociální práce s klientem podle typu drogy, kterou užívá?**

*„Liší se nástroje Harm reduction, které používáme, proto i práce s klientem může být odlišná (např. konzumentovi marihuany nebo Extáze neměníme injekční materiál, jako v případě uživatele pervitinu a podobně).“*

### **Existují nějaké požadavky na tělesnou stavbu sociálního pracovníka nebo jeho přípravu v sebeobraně, když pracuje v terénu?**

*„Důležitá je fyzická odolnost, vyhovující práci v terénu. Kurzy sebeobrany jsou doporučovány, někde možná povinnou součástí vzdělávání terénního pracovníka. Já jsem se s tím ovšem nesešel.“*

### **Jak vypadá komunikace s klientem přímo v terénu? Máte možnost s ním blíže probrat jeho situaci, nabídnout mu pomoc?**

*„Komunikace s klientem je případ od případu odlišná, proto ji nelze paušalizovat. Možnosti blíže s ním probrat jeho situaci v terénu existují, záleží na přístupu obou stran – pracovníka i klienta.“*

**S jakými nebezpečími se můžete setkat přímo v terénu? Funguje nějaká bezpečnost nebo ochrana sociálních pracovníků v terénu?**

*„Určitě hrozí možnost verbálního nebo fyzického útoku ze strany klienta, napadení jeho psem nebo rvačka dvou klientů. Specifická je práce na nebezpečných místech (např. bytech). Každá organizace by měla mít operační manuál krizových situací, který by pracovník měl ovládat. Pracovník má obvykle možnost ze situace odejít nebo přivolat policii. Pokud jsou pracovníci dva, bývá to obvykle lepší (až na výjimky, kdy kolega ještě musí chránit slabšího kolegu nebo kolegyni).“*

**Vzhledem k typu práce, máte možnost nějakým způsobem reflektovat své zážitky, problémy či frustrace z terénu?**

*„Ano, máme. Pravidelně se účastníme týmových porad, intervizí, jsme pravidelně ošetřováni odbornou supervizí.“*

**Zákon o sociálních službách definuje vzdělání sociálního pracovníka, ale jaké jsou, podle Vás, další požadavky na znalosti sociálního pracovníka.**

*„Terénní pracovník by měl mít znalosti místní, velmi dobrou znalost drogové problematiky. Znalost návazných služeb, ideální je kurz krizové intervence. Alespoň minimální znalosti ze zdravotnictví.“*

**Jaké máte možnost v oblasti dalšího vzdělávání?**

*„Nabídka kurzů, konferencí, vzdělávacích akcí je bohatá a vybírám si podle svých potřeb na další vzdělávání a samozřejmě finančních možností zaměstnavatele.“*

**Popište prosím, jaké vlastnosti by měl mít sociální pracovník, který pracuje s drogově závislými.**

*„Fyzická a psychická odolnost vůči zátěži, stresu. Přirozená schopnost komunikace, empatie, schopnost individuální i týmové práce. Asertivita, schopnost sebereflexe, osobní vůle při udržování hranic. Spolehlivost, respektování klienta, individuální přístup. Trpělivost, partnerský přístup, otevřenost. Přirozená inteligence, „selský rozum“, instinkt.“*

### **Příloha č. III: Přepis rozhovoru s respondentem č. 3**

Muž, 34 let, 6 let praxe, terénní pracovník

#### **Definujte, prosím, náplň práce sociálního pracovníka v terénní sociální práci.**

*„Tak patří zde evidence klientů a výkonů, účast na pracovních skupinách, propagačních akcích, besedy na školách, komunikace s návaznými službami, sociální práce, kontaktování klientů v terénu, poradenství, aktivní oslovování nových potencionálních klientů.“*

#### **Čím je terénní sociální práce odlišná od práce v kontaktních centrech?**

*„Práce v terénu (bez zázemí kanceláře) je rozdílná. Administrativa se dělá až po návratu do kanceláře. Není moc času na samotnou sociální práci, klienti většinou žádají výměnu injekčního materiálu a spěchají.“*

#### **Jaká jsou úskalí terénní sociální práce?**

*„Povětrnostní vlivy. Složitě odhalování skryté populace uživatelů. Většinou krátké kontakty (výměna a odchod).“*

#### **Liší se sociální práce s klientem podle typu drogy, kterou užívá?**

*„Liší se pouze v distribuci materiálu.“*

#### **Existují nějaké požadavky na tělesnou stavbu sociálního pracovníka nebo jeho přípravu v sebeobraně, když pracuje v terénu?**

*„Z vlastní zkušenosti vím, že je náročná práce po stránce fyzické. Chůze v terénu je základ a nachodí se několik kilometrů při směně. Navíc v různém terénu. Nesetkal jsem se s napadením. Naše organizace nepožaduje přípravu v sebeobraně.“*

#### **Jak vypadá komunikace s klientem přímo v terénu? Máte možnost s ním blíže probrat jeho situaci, nabídnout mu pomoc?**

*„Komunikace probíhá většinou krátce. Záleží na klientovi a okolnostech, zda potřebuje něco řešit. Pomoc je mu nabídnuta pokaždé. Záleží, zda chce situaci řešit.“*

**S jakými nebezpečími se můžete setkat přímo v terénu? Funguje nějaká bezpečnost nebo ochrana sociálních pracovníků v terénu?**

*„Hrozí fyzické napadení, nebo hrozí poranění při pohybu v terénu. Jsem poučen o pravidlech bezpečnosti (napadení, nález injekčního materiálu atd...)“*

**Vzhledem k typu práce, máte možnost nějakým způsobem reflektovat své zážitky, problémy či frustrace z terénu?**

*„Ano při supervizích a poradách.“*

**Jaká jsou specifika práce s drogově závislými v kontaktních centrech?**

*„Nemohu posoudit. Jsem pouze terénní pracovník.“*

**Zákon o sociálních službách definuje vzdělání sociálního pracovníka, ale jaké jsou, podle Vás, další požadavky na znalosti sociálního pracovníka.**

*„Přehled o lokalitách, kurzy zaměřené na cílovou skupinu.“*

**Stačí sociálnímu pracovníkovi, který pracuje s drogově závislými, znalost příslušného zákona o sociálních službách a znalost dostupných služeb v okolí, nebo by měl mít znalosti ještě z jiných oblastí? Pokud ano, z jakých oblastí?**

*„Zdravotnictví, finanční poradenství, právo, komunikace.“*

**Jaké máte možnosti v oblasti dalšího vzdělávání?**

*„Speciální vzdělávání pro cílovou skupinu.“*

**Popište prosím, jaké vlastnosti by měl mít sociální pracovník, který pracuje s drogově závislými.**

*„Empatie, schopnost navázat komunikaci, motivovat klienta, individuální i týmové práce. Dodržovat osobní hranice, otevřenost. Zodpovědnost a sebevzdělávání.““*

**Co se týče tělesné stavby, jsou nějaké nutné předpoklady?**

*„Fyzická odolnost.“*



**Liší se nějak osobnostní předpoklady u sociálního pracovníka, který pracuje přímo v terénu a u sociálního pracovníka, který pracuje v kontaktním centru? Pokud ano, popište jak.**

*„Podle mého názoru se neliší.“*

#### **Příloha č. IV: Přepis rozhovoru s respondentem č. 4**

Muž, věk 31 let, 11 let praxe, sociální pracovník

#### **Definujte, prosím, náplň práce sociálního pracovníka v terénní sociální práci.**

*„Pracuji v terénu na půl úvazku a druhou půlku v káčku. V terénu převažuje výměna zdravotního materiálu. Třetinu času mám na administrativu. Málokdy probíhá sociální práce nebo poradenství.“*

#### **Čím je terénní sociální práce odlišná od práce v kontaktních centrech?**

*„V terénu je méně času na komunikaci. Většinou rychlý kontakt. V káčku je více prostoru na komunikaci a anonymní prostředí.“*

#### **Jaká jsou úskalí terénní sociální práce?**

*„V terénu jsou změny počasí.“*

#### **Liší se sociální práce s klientem podle typu drogy, kterou užívá?**

*„Rozdíl je v typu distribuce materiálu.“*

#### **Existují nějaké požadavky na tělesnou stavbu sociálního pracovníka nebo jeho přípravu v sebeobraně, když pracuje v terénu?**

*„Speciální požadavky mi nejsou známy. Měl by vydržet pohyb v lokalitách a v terénu.“*

#### **Jak vypadá komunikace s klientem přímo v terénu? Máte možnost s ním blíže probrat jeho situaci, nabídnout mu pomoc?**

*„Většinou je kontakt rychlý. Výměna a max. krátký pokec. Občas je probrána situace a je doporučeno řešení.“*

#### **S jakými nebezpečími se můžete setkat přímo v terénu? Funguje nějaká bezpečnost nebo ochrana sociálních pracovníků v terénu?**

*„Jsou zpracovány krizové situace a postup jak je řešit. Nebezpečí poranění v různých lokalitách (odhozené injekce, napadení, úraz).“*

**Vzhledem k typu práce, máte možnost nějakým způsobem reflektovat své zážitky, problémy či frustrace z terénu?**

*„Na poradách a supervizích ano.“*

**Popište, prosím, náplň práce sociálního pracovníka přímo v kontaktním centru.**

*„Služby pro klienty v rámci káčka. Sociální práce, výměna injekčního materiálu, hygienický servis.“*

**Jak je práce v kontaktním centru odlišná od práce v terénu?**

*„Je více času na klienta.“*

**V čem je, podle Vás, práce s drogově závislími v kontaktních centrech specifická?**

*„Každý klient vyžaduje individuální přístup. Záleží na míře závislosti a způsobených problémech.“*

**Jaká cílová skupina navštěvuje v K-centru a která droga je primárně nejčastěji užívána.**

*„Převážně uživatelé pervitinu.“*

**Rozlišujete přístup ke klientům, podle typu drogy, kterou užívají?**

*„Nerozlišujeme pouze při výměně materiálů.“*

**Jak navazujete vztah s klientem a popište, prosím, co a jak se Vám osvědčuje při práci s drogově závislími v K centrech.**

*„Snažím se otevřeně hovořit o problémech a nic klientovy netajím. Vše řešíme narovinu.“*

**Zákon o sociálních službách definuje vzdělání sociálního pracovníka, ale jaké jsou, podle Vás, další požadavky na znalosti sociálního pracovníka.**

*„Speciální vzdělávání pro cílovou skupinu (uživatelé).“*

**Stačí sociálnímu pracovníkovi, který pracuje s drogově závislými, znalost příslušného zákona o sociálních službách a znalost dostupných služeb v okolí, nebo by měl mít znalosti ještě z jiných oblastí? Pokud ano, z jakých oblastí?**

*„Znalost zákona nestačí. Jsou důležité i ostatní dovednosti (komunikace, empatie...), atd.“*

**Jaké máte možnost v oblasti dalšího vzdělávání?**

*„Vzdělávání zaměřené pro uživatele návykových látek.“*

**Popište prosím, jaké vlastnosti by měl mít sociální pracovník, který pracuje s drogově závislými.**

*„Umět komunikovat s klientem, mít pochopení, neodsuzovat.“*

**Definujte dovednosti, které by měl ovládat.**

*„Navázat kontakt a získat důvěru.“*

**Co se týče tělesné stavby, jsou nějaké nutné předpoklady?**

*„Nic speciálního není.“*

**Liší se nějak osobnostní předpoklady u sociálního pracovníka, který pracuje přímo v terénu a u sociálního pracovníka, který pracuje v kontaktním centru? Pokud ano, popište jak.**

*„Měly by být shodné.“*

**Čím dalším je, podle Vás, Vaše práce specifická, jiná, odlišná?**

*„Každý pracovní den je jiný.“*

**Je dostupnost klientů jedno z dalších specifíků Vaší práce? Pokud ano, tak v čem.**

*„Klienti se v terénní práci hůř kontaktují.“*

**Čím je práce s drogově závislými odlišná od práce s jiným typem klientu?**

*„Podle mě je dosti odlišná. Důvodem je závislost na návykových látkách.“*

**Vychází Vaše práce s drogově závislými z nějakého teoretického přístupu?**

*„Ano z publikovaných teoretických východisek, které naše organizace zapracovala do operačního manuálu.“*

**Je komunikace s drogově závislým v něčem jiná? Jaký způsob komunikace s klientem nejčastěji volíte? Rozlišujete o čem s klientem mluvit a o čem ne? Co mu říci a co mu naopak zamlčet?**

*„Mluvím s klientem otevřeně a narovinu, nic mu netajím.“*

**Dokážete si vymezit hranici mezi prací a osobním životem? Pokud ano, tak prosím uveďte jak a pokud ne, tak zkuste se zamyslet nad tím, proč tomu tak je.**

*„Nastavení hranic je důležité. Nedávám klientům soukromé číslo a adresu.“*

**Setkáváte se někdy se svými klienty i například ve svém volném čase? Například je potkáte na ulici, v parku... Komunikujete s nimi nebo si to necháváte na pracovní dobu. Jak se v takové chvíli zachováte?**

*„S klienty se nese setkávám. Stane se někdy, kdy se potkáme, ale jen se pozdravíme.“*

## **Příloha č. V: Přepis rozhovoru s respondentem č. 5**

muž, 45 let, praxe 18 let, terénní pracovník

### **Jaká jsou úskalí terénní sociální práce?**

*„No pokud to srovnám s kontaktním centrem, tak úskalí nebo to, co je jiného je to, že vstupuje do prostředí, které je vlastní těm klientům. Zatímco v tom kontaktním centru to není náš prostor, ani jejich prostor, je to náš společný prostor, ve kterém se spolu snažíme nějak koexistovat, partnersky vyjít. Tak pokud jdu dělat terénní práci do prostředí vlastního klientům, nebo na uzavřenou druhou scénu, jako jsou byty, squaty, komunity, tak prostě musím počítat s tím, že jsem na jejich hřišti. To je úskalí. Úskalím je bezpečnost. Tady máme nějaký zabezpečení, já nevím, nějaký pípáky. Navíc jsme tu dva. V terénu, když chodíme, jsme taky dva. Nebo většinou, pokud je terénní pracovník sám se vůbec nebudeme bavit o práci na bytech. To může maximálně projít, my máme takové kolečko pravidelné, kde klienti vědí, že v těch časech a místech toho tereňáka potkají. Takže bezpečí, to je to úskalí.“*

### **Liší se sociální práce s klientem podle typu drogy, kterou užívá?**

*„To nevím. U nás je 98 % našich klientů uživatelé pervitinu. Takže tak vypadá i ta práce, nejen sociální práci, ale i ta práci ve zdravotní oblasti. Harm reduction, v podstatě celý ten program je koncipován pro nitrožilní uživatele pervitinu, heroniisty, opiátové klienty tam máme, ale jen okrajově. Takže já to neumím dobře posoudit, ale když vezmu, že jeden bude perníkář a druhý heroinista a budou potřebovat bydlení, tak sociální práce bude stejná. Asi v terapeutické práci by to mohlo být jinak, protože ty drogy třeba fungují jinak.“*

### **Existují nějaké požadavky na tělesnou stavbu sociálního pracovníka nebo jeho přípravu v sebeobraně, když pracuje v terénu?**

*„U nás v našem zařízení. My se tímto nezabýváme a nemáme to za podstatné. Nemyslím si, že by pro terénní práci musel být vysportovaný, svalnatý kulturista. Nebo tak. Může to být i 40 kg tintítko. Důležité je spíš, že musí umět číst situaci, předvídat, nepodceňovat, hlídat únikové cesty, vyhodnocovat situaci a pokud je dostatečně komunikativní a autentický, tak jej klienti budou přijímat.“*

**S jakými nebezpečími se můžete setkat přímo v terénu? Funguje nějaká bezpečnost nebo ochrana sociálních pracovníků v terénu?**

*„Z nedávné historie, když jsem byl terénním pracovníkem, tak s čím jsem se setkal. Já jsem měl štěstí, že mi nikdo nikdy facku nedal. Někdy jsem měl pocit, že by mi ji už mohl někdo dát. Takže agrese to může být. Ať už mnou vyvolána nebo situačně. Co já jsem třeba vnímal jako nebezpečí, když jsem s kolegou pracoval na nějakých bytech, nebo na nějakých místech, kde ty naše komunitky žily, tak to jsem se bál těch pohozených stříkaček, jako, že se někde píchnu, nebo se můžu něčím nakazit. Taková ta hygienická obezřetnost. Pravda je, že bezpečnost se dá zajistit tak, že v době, kdy jsem chodil jako terénní pracovník, tak můj mobilní telefon měl tlačítko na dispečink Městské policie, to už dnes dávno není. S tím, že bylo domluveno, že policisté přijedou a v dané situaci mě pomohou, nikoli, že toho využijí k chycení někoho. Nikdy jsem tuto pojistku nevyužil. A nikdy se mi nic nestalo. Já bych ještě doplnil, že když máme ty klienty navázané, tak oni ví, že je to pro ně výhodné. Není to jen o tom, že jdu primárně ven a musím mít strach. Protože já jsem nositelem nějaké služby, něčeho, co je pro ty klienty výhodné. Něco jiného je, když půjdu poprvé na nějaký squat, tam musím mít prvně pozvánku a přijít třeba v doprovodu těch obyvatel. Nemohu tam přijít jen tak.“*

**A Vy jste nikdy jindy nepracoval s jinou skupinou, než jsou drogově závislí?**

*„Já jsem vždycky pracoval jen tady.“*

**Zkuste se jen zamyslet, v čem je tato práce jiná, specifická?**

*„My tady vlastně spolupracujeme v rámci komunitního plánování s Armádou spásy a s Azylovým domem. Takže znám ty jejich terénní pracovníky a v myšlenkách mohu srovnávat ty jejich terénní programy například pro bezdomovce. V podstatě mezi klienty bezdomovci a našimi klienty existuje nějaký průnik. V čem je naše práce specifická oproti té jejich nevím, protože jejich práci nedělám. My jsme Ti, kteří jim nabídnou nějakou pomoc, alternativu. Ale pořád to závisí na svobodné vůli toho klienta.“*

**Jak je práce v kontaktním centru odlišná od práce v terénu?**

*„Už jsem to zmiňoval, je to ta práce s tím terénem. Když jsem na území klienta, tak tomu samozřejmě musím přizpůsobit své chování. No a tady, klient přichází do tohoto*

zařízení, byť tady může být anonymní, nikdo se o něm nic nedozví, nicméně musí ctít nějaká pravidla, která jsou společná pro všechny a se kterými je seznámený. To znamená, aby tady mohl docházet a požívat výhody z toho plynoucí, musí se do nějakých velmi jednoduchých pravidel vejít. A ta práce je tady asi bezpečnější. Je jiná v tom, že se setkáváme na nějakém jako společném prostoru. Není to ani moje, ani tvoje. Tady je to naše, takhle to tady funguje, a pokud s tím nemáš problém a jsi tady, tak taky počítej s tím, že čas od času ode mě přijde udička, abychom si dali kafe a probrali, jak to jde, nebo, co bychom mohli změnit, nebo jestli jsi spokojený. Takže čas od času je třeba se jim do života plést nebo se aspoň vyptávat. Zajímá mě klientův život, a jestli na něm můžeme něco změnit.“

### **Popište, prosím, náplň práce sociálního pracovníka přímo v kontaktním centru.**

„Když přijde klient, tak záleží na tom, co chce. První rovinou je kontaktní práce, tedy navázání toho kontaktu, vytvoření toho bezpečného prostředí. Aby on neměl bariéru. Tedy kontakt navázat, udržet a pokud možno prohloubit. Pak už to přechází do té individuální práce, pokud ten klient chce. Protože může zůstat jen v té rovině, kdy se snažíme omezit rizika, která jsou spojená s užíváním drogy. Tj. výměnný program, testy na žloutenky, na HIV a to mu může úplně stačit. Všichni, kteří tady děláme, tak máme sanitářský kurz a základní zdravotní minimum. Může dostat informace o krvepřenosných chorobách, nějaké zdravotní poradenství o žloutenkách a tak. V té sociální oblasti to je u nás nejčastěji pomoc při získání zaměstnání a pomoc při získání bydlení. Máme tady společně internet a ten job servis, jak my tady tomu říkáme. Takže já tady klienta naučím určité počítačové gramotnosti, pokud ji nemá. Postupně se dostaneme k tomu sepsat si životopis, najít si potencionální možné zaměstnavatele, oslovovat je – to je pak z našich telefonů. A větší část našich klientů pracuje aspoň na těch příležitostných pracích. Co se týče toho bydlení, tak to je těžko řešitelný oříšek. Hlavně se potýkáme s těma kaucema. V kontaktním centru toto vůbec nemusí jít souběžně s odvykáním. Naším cílem je pracovat s tím klientem na nějakém zlepšení jeho životní situace a stabilizaci. Jde o to, aby se tím způsobem života, který vede, co nejméně poškozoval. A další rovinou naší práce je motivace ke změně. Vedeme klienty k tomu, že když už berou, tak aby neohrožovali svůj život, znali svůj zdravotní stav – takže se nechali testovat.“

### **Jak často přijede klient, který vyloženě chce odvykat?**



„Nevím úplně přesně, jak často. Není to každodenním chlebem, ale není to ani úplně, že by se to nedělo. Je to ve dvou rovinách. Klienti, kteří jsou s námi dlouhodobě v kontaktu a prochází si těma složitýma situacema a to naše vedení zafunguje. Ale stejně tak se mohou otevřít dveře a za nimi stojí člověk, kterého jsem nikdy neviděl a jeho první slova jsou: já se chci léčit, vyřid' mi komunitu. Pak se s tím klientem teprve seznamujeme, vyptáváme se a snažíme se najít nejlepší možný řešení pro něj. Ale taky se stává, že už jej pak nevidím, že mu zařídím nějaký ten vstupní filtr a odchází, ale to bych o něm asi ani neřekl, že je to můj klient. Málokdy máme zpětnou vazbu a u těchto lidí vůbec

**Zákon o sociálních službách definuje vzdělání sociálního pracovníka, ale jaké jsou, podle Vás, další požadavky na znalosti sociálního pracovníka.**

„Zákon definuje pozici sociálního pracovníka. Kdo chce být sociálním pracovníkem, musí literu zákona naplnit. Tím, že naplním literu a získám papír, tak jsem ještě nezískal dobrou kvalifikaci, to znamená, mám-li papír, tak to ještě neznamená, že budu dobrý, sociálním pracovníkem. Já si myslím, že je potřeba mít vztah k té cílové skupině, k těm lidem a musí být autentický. Specifikem práce s drogově závislým je právě to, že oni mají radar na opravdovost. Že se prostě nemůžu něco z paměti někde naučit, tohle prostě nefunguje. Také je důležité dělat klientovi spíš než učitele, tak partáka. Takže ta opravdovost, upřímnost, to je důležité. Dále komunikační dovednosti musí mít.“

**Jaké máte možnost v oblasti dalšího vzdělávání?**

„Ze zákona je to dáno. Teď zrovna máme takové interní vzdělávání, to si děláme taky, protože tady máme psychologa, adiktologa a nově děláme pro město poradnu pro patologické hráče. Těch možností je hodně. Nabídka dalších kurzů a vzdělávání je poměrně pestrá. Spíš to souvisí s časem a penězi. Ale možnosti jsou, na to si nemůžeme stěžovat.“

**Popište prosím, jaké vlastnosti by měl mít sociální pracovník, který pracuje s drogově závislými.**

„Tak já už jsem to nakouzl. Krom toho teoretického základu to je empatie, upřímnost a autenticita. To jsou ty tři, na kterých to stojí.“

**Je komunikace s drogově závislým v něčem jiná? Jaký způsob komunikace**

**s klientem nejčastěji volíte? Rozlišujete o čem s klientem mluvit a o čem ne? Co mu říci a co mu naopak zamlčet?**

*„Já musím být hlavně čitelný. Musím udělat to, co říkám. Dále přistupuje ke každému stejně, k němu pořád stejně a s tím, že stojím na tom, co říkám.“*

**Dokážete si vymezit hranici mezi prací a osobním životem? Pokud ano, tak prosím uveďte jak a pokud ne, tak zkuste se zamyslet nad tím, proč tomu tak je.**

*„První hranicí je to, že neberu drogy. To znamená, že se nevyskytuju na místech, kde se vyskytují mí klienti. Na malém městě je to ošidný. Když klienta potkám například v klubu na rockovém koncertě, tak se tam s ním ani nebavím. Pozdravím jej, a pokud něco chce, tak se mu omluvím s tím, že se můžeme vidět v pondělí. Ve svém soukromém čase se s nimi nebavím. Pamatuji si ale doby, kdy to bylo složitější ten telefon nezvednout, nebo řešení problému odložit v soukromém životě.“*

**Pracujete tady již skoro 20 let, co Vás na této práci ještě baví, co Vás tady nutí pořád zůstat?**

*„Mě baví dělat s těma lidma, jak jsem říkal, mě baví to, že to umím, a že když jdu z práce, tak nejsem naštvanej. Takový štěstí nemá každý.“*

## **Příloha č. VI: Přepis rozhovoru s respondentem č. 6**

muž, 33 let, 14 let praxe, terénní pracovník

### **Definujte, prosím, náplň práce sociálního pracovníka v terénní sociální práci.**

*„Náplní v terénu je hlavně výměnný program injekčních stříkaček a poskytování informací o bezpečném brání drog a samozřejmě také o bezpečném sexu. Pokud se nám podaří navázat s klientem nějaký vztah, tak jsme schopni mu nabídnout další služby. Například právě sociální služby. Takže třeba osobní nebo krizovou intervenci, pomoc při komunikaci s úřady, ale taky základní zdravotní ošetření nebo testy na infekční nemoci. Všechny služby klientům nabízíme bezplatně.“*

### **Čím je terénní sociální práce odlišná od práce v kontaktních centrech?**

*„Nehrozí při ní takové riziko. Neboť klient přichází na neutrální půdu, na kterém platí určitá pravidla a ta musí respektovat. Navíc práce v terénu, je obecnější. Terénní pracovník prostě jde do terénu s batohem, ve kterém má nádobu na použité jehly, zásobu čistých jehel, informační letáky, lékárníčku, ale taky například kontakty na různé instituce. Prochází mezi klienty, ptá se, jak se mají a snažím se je nalákat na to, co jim v kontaktním centru můžeme nabídnout. Někdy se podaří přivést někoho rovnou z terénu.“*

### **Jaká jsou úskalí terénní sociální práce?**

*„Terénní sociální práce může být nebezpečná, pokud se pouštíme do riskantních míst nebo vyvoláme třeba nějaký konflikt. Základem je získat si důvěru uživatelů. Terénní sociální práce nemusí být ani tolik úspěšná. Nemusí se nám klienta v terénu povést namotivovat.“*

### **Liší se sociální práce s klientem podle typu drogy, kterou užívá?**

*„Myslím, že sociální práce snad ani ne.“*

### **Existují nějaké požadavky na tělesnou stavbu sociálního pracovníka nebo jeho průpravu v sebeobraně, když pracuje v terénu?**

*„V naší organizaci se toto neřeší. Terénním sociálním pracovníkem by snad jen neměl být člověk se sklonem k drogám.“*

**Vzhledem k typu práce, máte možnost nějakým způsobem reflektovat své zážitky, problémy či frustrace z terénu?**

*„Tak většinou si své problémy probereme v rámci kolektivu. Dá se v podstatě všechno řešit.“*

**Popište, prosím, náplň práce sociálního pracovníka přímo v kontaktním centru.**

*„Klientům v kontaktním centru nabízíme především probrání jejich problémů, motivaci ke změně, poradenství v mnoha oblastech, zajištění detoxikace a léčby, testování a rovněž i poradenství pro rodinné příslušníky těchto lidí. Pracujeme s lidmi, kteří k nám přijdou sami, nebo je dovede terénní sociální pracovník. Některé vidíme jednou, u jiných se jedná o dlouhodobější spolupráci.“*

**Jak je práce v kontaktním centru odlišná od práce v terénu?**

*„Máme v kontaktním centru na klienta více času, můžeme se mu více individuálně věnovat.“*

**Rozlišujete přístup ke klientům, podle typu drogy, kterou užívají?**

*„V sociální práci to je asi jedno, při distribuci materiálu to roli hraje.“*

**Jak navazujete vztah s klientem a popište, prosím, co a jak se Vám osvědčuje při práci s drogově závislými v K centrech.**

*„Navázání kontaktu je odlišné v terénu a K centru. V terénu je nejtěžší uživatele vyhledat, dostat se k nim a nabídnout jim naše služby. V K centru jsme pak závislí na tom, zda nám terénní pracovníci klienty přivedou, nebo zda k nám dobrovolně přijdou. Osvědčilo se mi především být otevřený a upřímný.“*

**Zákon o sociálních službách definuje vzdělání sociálního pracovníka, ale jaké jsou, podle Vás, další požadavky na znalosti sociálního pracovníka.**

*„Pracovník, který pracuje s klienty, kteří jsou drogově závislí, by měl dokonale ovládat zákon, drogovou problematiku a práci spojenou s uživateli drog. Měl by mít širší znalosti i z ostatních odvětví – právo, psychologie, sociální služby aj. A samozřejmě by se měl neustále dále vzdělávat a získávat povědomí o dalších možnostech v tomto oboru. U nás v organizaci máme možnost se dále vzdělávat, vše je ale závislé na financích a čase. Nabídka na trhu je rozhodně široká.“*

**Popište prosím, jaké vlastnosti by měl mít sociální pracovník, který pracuje s drogově závislými.**

*„Podle mě by měl být empatický, komunikativní, přímý a otevřený. Měl by být bez předsudků vůči klientele a snažit se vždycky hledat nejlepší řešení pro klienta.“*

**Co se týče tělesné stavby, jsou nějaké nutné předpoklady?**

*„Tak pokud jde o terén, měl by být fyzicky zdatný. Jinak si myslím, že žádné další požadavky na tělesnou stavbu nejsou.“*

**Čím dalším je, podle Vás, Vaše práce specifická, jiná, odlišná?**

*„Nebezpečím v terénu, náročnosti ve vyhledávání a motivaci klienta, většinou ani nedostáváme zpětnou vazbu, nevidíme často výsledky své práce.“*

**Je dostupnost klientů jedno z dalších specifik Vaší práce? Pokud ano, tak v čem.**

*„Podle mne je. Naši klienti nejsou tak lehce dostupní a už vůbec není jednoduché je motivovat k tomu, aby svůj problém nebo situaci řešili. V terénu je k tomu minimum času a ne každý se rozhodne přijít, až přímo do centra.“*

**Je komunikace s drogově závislým v něčem jiná? Jaký způsob komunikace s klientem nejčastěji volíte? Rozlišujete o čem s klientem mluvit a o čem ne? Co mu říci a co mu naopak zamlčet?**

*„Myslím, že komunikace je v tomto případě založena na tom, že komunikujeme s člověkem, který má nějaký problém a my se snažíme jej pochopit a pomoci mu problém vyřešit.“*

**Dokážete si vymezit hranici mezi prací a osobním životem? Pokud ano, tak prosím uveďte jak a pokud ne, tak zkuste se zamyslet nad tím, proč tomu tak je.**

*„Někdy to asi není úplně jednoduché. Základem je klientovi nesdělovat nic o svém soukromém životě, adresu ani telefonní číslo. No a pokusit se odcházet z práci s tím, že klientovy problémy nechávám tam.“*

**Setkáváte se někdy se svými klienty i například ve svém volném čase? Například je**

**potkáte na ulici, v parku... Komunikujete s nimi nebo si to necháváte na pracovní dobu. Jak se v takové chvíli zachováte?**

*„Snažím se nekomunikovat o klientových problémech. Pokud se potkáme, klient zareaguje a pozdraví, pozdrav mu oplatím. Rozhodně se ve svém volném čase nevydávám do terénu, abych s nimi probíral jejich problémy.“*

## **Příloha č. VII: Přepis rozhovoru s respondentem č. 7**

muž, 29 let, 4 roky praxe, terénní pracovník

### **Definujte, prosím, náplň práce sociálního pracovníka v terénní sociální práci.**

*„Primárně je terénní sociální práce založena na tom, že nečekáme, až k nám klient dojde, ale vycházíme do terénu za ním. Jdeme tam, kde se aktuálně pohybuje. V podstatě za ním přicházíme, že mu máme co nabídnout a že změna je možná. Někdy se nám to povede, jindy si klient pouze vymění injekční materiál a spolupráci nechce. Při své práci se dostaneme i k práci s rodinami, tady je možno udělat taky velký kus práce. Naše práci spočívá hlavně v tom, že nabízíme služby, jako je výměna, aktivity, poradenství a to i lidem, kteří o to nemusí tak úplně stát. Ale cílem je nabízet především změnu, aby se klienti posunuli dál.“*

### **Čím je terénní sociální práce odlišná od práce v kontaktních centrech?**

*„Prostorem jednoznačně.“*

### **Jaká jsou úskalí terénní sociální práce?**

*„To, že vstupujeme do prostoru klienta.“*

### **Jak vypadá komunikace s klientem přímo v terénu? Máte možnost s ním blíže probrat jeho situaci, nabídnout mu pomoc?**

*„Někdy ta možnost je a my klienta navedeme k nám. A někdy je kontakt tak rychlý, že ani není možné s klientem něco probírat. Taky to záleží na tom, zda klient chce nebo ne od nás pomoc.“*

### **Vzhledem k typu práce, máte možnost nějakým způsobem reflektovat své zážitky, problémy či frustrace z terénu?**

*„Máme, na pravidelných poradách a supervizích.“*

### **Popište, prosím, náplň práce sociálního pracovníka přímo v kontaktním centru.**

*„Snažíme se klienta přimět ke změně, dovést ho k léčbě. Ale respektujeme i to, když*

*klient nechce a chodí se třeba pouze měnit injekce. Pokud klient zájem má, pomůžeme mu v dalším postupu. Jsme schopni mu vyřídít dávky, stabilizovat jeho aktuální situaci, pomoci mu začít řešit bydlení. Pracujeme s klienty tak, aby přišli na to, že změna je pro ně prospěšná.“*

**V čem je, podle Vás, práce s drogově závislými v kontaktních centrech specifická?**

*„Ani to, že klient se dostaví přímo do centra, není záruka toho, že se půjde léčit. Někteří zde docházejí každý den, jiné vidíme jen jednou a to když si přišli vyměnit jehly.“*

**Rozlišujete přístup ke klientům, podle typu drogy, kterou užívají?**

*„Přístup si myslím, že je stejný. Vždycky vyplývá z toho, co má klient za problém, s čím přichází a jak moc chce spolupracovat.“*

**Zákon o sociálních službách definuje vzdělání sociálního pracovníka, ale jaké jsou, podle Vás, další požadavky na znalosti sociálního pracovníka.**

*„Základem je podle mě, aby se hlavně pracovník i nadále vzdělával. Aby neusnul na vavřínech. Absolvoval další vzdělávací kurzy v této oblasti. Ono totiž nestačí jen dosáhnout vzdělání v oboru sociální pracovník. Naše práce je mnohem širší a musíme vědět i věci z ostatních oblastí, nebo aspoň mít povědomí, kde klienta dále odkázat.“*

**Popište prosím, jaké vlastnosti by měl mít sociální pracovník, který pracuje s drogově závislými.**

*„Rozhodně by neměl mít žádné výhrady vůči cílové skupině, se kterou pracuje. Měl by mít rád své klienty. Vstřícnost je tedy jeden z předpokladů. Rozhodně nesmí aktivně užívat drogy. Nutně se nevylučuje, že by nemohl mít nějakou drogovou minulost, ale měl by mít toto období již za sebou a měl by mít už i pozitivní věci za sebou. Komunikativnost, otevřenost, přímost a sebereflexi.“*

**Liší se nějak osobnostní předpoklady u sociálního pracovníka, který pracuje přímo v terénu a u sociálního pracovníka, který pracuje v kontaktním centru? Pokud ano, popište jak.**



*„Myslím, že nijak zásadně. Pořád pracujeme se stejnou cílovou skupinou.“*

**Čím dalším je, podle Vás, Vaše práce specifická, jiná, odlišná?**

*„Napadá mě hlavně, že nemáme odezvu. Každý si ve své práci potřebuje najít odezvu. Ale v této oblasti to je těžké a je ji velmi málo. Když už se nám podaří klientovi pomoci, tak má pro nás obrovskou hodnotu.“*

**Čím je práce s drogově závislými odlišná od práce s jiným typem klientu?**

*„Možná tím, že se jedná o patologický problém. Jedná se o návyk, který ovlivňuje člověka jako celek. Je mu jedno, co s ním je a bude.“*

**Je komunikace s drogově závislým v něčem jiná? Jaký způsob komunikace s klientem nejčastěji volíte? Rozlišujete o čem s klientem mluvit a o čem ne? Co mu říci a co mu naopak zamlčet?**

*„Já považuje za nejdůležitější navázání vztahu. Čili vytvoření vztahu, který bude založený na důvěře. Myslím si, že už to, že vytvoříme takový vztah, může být nástrojem ke změně. Hodně se mi i osvědčilo nevystupovat jako učitel nebo nějaký expert, ačkoli z mé pozice se to trochu nabízí. Dělán to hlavně proto, aby klient neměl pocit, že je tady proto, aby byl kárán, ale že má určitou hodnotu a vážnost. A komunikace, užití jazyka, s tím se dá hodně pracovat a otázky se dají klást mnoha způsoby a to hlavně tak, aby pro klienta byly lépe přijatelné a zpracovatelné.“*

**Dokážete si vymezit hranici mezi prací a osobním životem? Pokud ano, tak prosím uveďte jak a pokud ne, tak zkuste se zamyslet nad tím, proč tomu tak je.**

*„To si myslím, že se mi celkem slušně daří. Ve svém volném čase se s klienty nestýkám, a pokud se mi podaří je potkat a pozdraví, slušně jim odpovím. Nic víc.“*

## **Příloha č. VIII: Přepis rozhovoru s respondentem č. 8**

### **Rozhovor č. 8**

muž, 39 let, 12 let praxe, terénní sociální pracovník

#### **Definujte, prosím, náplň práce sociálního pracovníka v terénní sociální práci.**

*„Základní činností sociálního pracovníka, je dle mého názoru, výměna zdravotního materiálu a likvidace použitého, potencionálně infikovaného materiálu, který je donášen na kontaktním centru, kde se vozí k likvidaci. A další nezbytnou hlavní součástí je depistáž a vyzvedávání skrytých uživatelů a navazování kontaktu s nimi. Základní sociální práce není, dle mých zkušeností, v terénu zase tolik realizována.*

#### **Čím je terénní sociální práce odlišná od práce v kontaktních centrech?**

*„Základ je v tom, že to opravdu probíhá venku v terénu. V odpoledních, večerních hodinách. Někdy i přes den. A díky tomu se s tím klientem netráví, až tak tolik času. Cílem klienta je spíše rychle provést výměnu a nezdržovat se nikde na veřejných místech.“*

#### **Jaká jsou úskalí terénní sociální práce?**

*„Ztížené pracovní podmínky toho pracovníky, povětrnostní podmínky atd. Dostupnost, protože některé lokality jsou odlehlé. Naši pracovníci chodí většinou pěšky, tak je to někdy náročnější. Tím pádem je omezená i jejich mobilita donášky materiálů – nosí je v batohu, ale samozřejmě v omezeném množství.“*

#### **Liší se sociální práce s klientem podle typu drogy, kterou užívá?**

*„V terénním program se to moc neliší. Tady u nás jsou většinou uživatelé pervitinu.“*

#### **Existují nějaké požadavky na tělesnou stavbu sociálního pracovníka nebo jeho průpravu v sebeobraně, když pracuje v terénu?**

*„Nějaké speciální požadavky na tělesnou stavbu neexistují, ale je třeba si uvědomit, že ten terénní program probíhá venku, v různých lokalitách, některé jsou celkem hůře dostupné, tudíž by takový pracovník měl být zvyklý nachodit několik kilometrů denně.*

*Rovněž by se neměl bát pohybovat i v místech, které jsou hůře dostupné, nebo nějak poničené. Ani sebeobrana nevyplývá z nějakého předpisu.“*

**S jakými nebezpečími se můžete setkat přímo v terénu? Funguje nějaká bezpečnost nebo ochrana sociálních pracovníků v terénu?**

*„S nějakými nebezpečími se klient v terénu určitě setká. Naši pracovníci jsou poučení, že pokud objekt jeví známky vážného poškození, tak do něj vstupovat nemají, výměna by pak měla proběhnout venku. V bytech se pak doporučuje, co nejkratší návštěva. Pokud dojde k nějakému konfliktu, tak má terénní pracovník mobilní telefon a může si zavolat pomoc. Další technické zabezpečení nemáme.*

**Vzhledem k typu práce, máte možnost nějakým způsobem reflektovat své zážitky, problémy či frustrace z terénu?**

*„Každý pracovník má možnost sdělit své požadavky nebo postřehy na pravidelných poradách.“*

**Popište, prosím, náplň práce sociálního pracovníka přímo v kontaktním centru.**

*„V kontaktním centru ten sociální pracovník má v základní činnosti výměna zdravotního materiálu, poskytování sociálního poradenství, které je rozsáhlejší, je na něj více času, dále zajišťuje klientům podmínky pro hygienu a poskytuje informace o potravinovém servisu.“*

**Jak je práce v kontaktním centru odlišná od práce v terénu?**

*„Jak už jsem na začátku zmiňoval pro práci v kontaktním centru je mnohem více času a prostoru na práci samotnou s tím klientem a dochází tam k větší interakci mezi pracovníkem a klientem. A klient je dá se říct, pod větší motivací ke změně svého životního stylu, je tam více času na rozbor jeho dosavadního chování, jsou mu nabízeny alternativy ke změně, na možnosti detoxu, léčby atd. „*

**V čem je, podle Vás, práce s drogově závislými v kontaktních centrech specifická?**

*„Naše cílová skupina je specifická sama o sobě. Je tady větší prostor, klienti tady mají*

*zázemí, které mohou využít a svým způsobem se můžou někam posunout a je to pro ně přínosnější, než jenom práce v tom terénním programu.“*

**Jaká cílová skupina navštěvuje v K-centru a která droga je primárně nejčastěji užívána.**

*„My zde máme nejčastěji klienty užívající pervitin a medikamenty. Kombinují to nejčastěji s marihuanou a alkoholem. Běžný je tabák.“*

**Rozlišujete přístup ke klientům, podle typu drogy, kterou užívají?**

*„Podle typu, jakou drogu užívají, je nerozlišujeme. Všichni mají stejné podmínky, stejná práva, stejné možnosti. Maximálně se liší v té samostatné práci, přímo v té terapeutické, kdy ten klient je na medikamentech nebo stimulantech. Tam se to dá nějakým způsobem mírně rozlišit, ale zásadní rozdíl tam není.“*

**Jak navazujete vztah s klientem a popište, prosím, co a jak se Vám osvědčuje při práci s drogově závislými v K centrech.**

*„Vztah s klientem se navazuje postupně. Když přijde zcela nový klient, je prvně důležité mu vysvětlit služby našeho zařízení. Zjistit jakou má zakázku, co po našich pracovnících bude chtít, jakou smlouvu uzavřeme. Snažíme se s klientem navázat rovnou přátelský vztah, domlouváme se na oslovování – většinou nemají problém s tykáním. Ta komunikace tedy probíhá v rovině tykání, což se osvědčuje, máme s tím dobrou praxi.“*

**Zákon o sociálních službách definuje vzdělání sociálního pracovníka, ale jaké jsou, podle Vás, další požadavky na znalosti sociálního pracovníka.**

*„Je třeba doplnit ty znalosti o ty specifické vzdělávací kurzy pro tu cílovou skupinu. Je velmi důležité, aby ti pracovníci byli vzděláváni, aby předcházeli recidivě u klientů, kteří svým způsobem podstoupí léčbu. Tlačíme na pracovníky, aby se rozvíjeli profesně.“*

**Stačí sociálnímu pracovníkovi, který pracuje s drogově závislými, znalost příslušného zákona o sociálních službách a znalost dostupných služeb v okolí, nebo by měl mít znalosti ještě z jiných oblastí? Pokud ano, z jakých oblastí?**

*„Každá organizace našeho typu má zpracovaný manuál provozní, který nějakým způsobem popisuje kompletní služby, činnost a chod organizace a to je nezbytné, aby ten pracovník to znal. Na rozdíl od ostatních služeb, naše služby prochází certifikací, kde právě certifikační tým prověřuje znalost sociálních pracovníků. Co se týče znalostí z dalších oborů, měl by mít přehled ohledně nějakých finančních postupech řešení oddlužení, základní zdravotní, ale to opravdu všechno vychází z toho manuálu.“*

### **Jaké máte možnost v oblasti dalšího vzdělávání?**

*„Ta nabídka pro naši cílovou skupinu je celkem obsáhlá a občas nás limitují ekonomické podmínky.“*

### **Popište prosím, jaké vlastnosti by měl mít sociální pracovník, který pracuje s drogově závislými.**

*„To základní je nějaká empatie, aby se dokázal vcítit do té situace klienta, porozuměl ji, dokázal pracovat s tím klientem bez předsudků vůči klientovi.“*

### **Definujte dovednosti, které by měl ovládat.**

*„Tak to jsou hlavně komunikační, musí se umět přizpůsobit na komunikační úroveň klienta, musí umět vysvětlit. To je asi to nejdůležitější.“*

### **Co se týče tělesné stavby, jsou nějaké nutné předpoklady?**

*„U tělesné stavby pracovníka žádné předpoklady nejsou. U terénního pracovník je jeden z předpokladů fyzická zdatnost. V tom kontaktním centru žádné speciální požadavky nejsou.“*

### **Čím dalším je, podle Vás, Vaše práce specifická, jiná, odlišná?**

*„Vychází to z povahy věci, z práce s tou cílovou skupinou, protože ta naše cílová skupina má určitá specifika, požadavky oproti jiným sociálním službám. Určitá specifika tedy existují, pracujeme se zdravotním materiálem, měníme jim jehly, testujeme na infekční nemoci, vyhodnocujeme, děláme různou diagnostiku. Takže v tomhle se to liší od jiné sociální práce.“*

**Vychází Vaše práce s drogově závislými z nějakého teoretického přístupu?**

*„V té terénní práci jsme zjistili, že teoretické přístupy, které byly vytvořeny již v dávných letech se tak úplně neshodují s tím, jaký je vývoj v této oblasti nyní. Uživatelé drog se chovají jinak, je více rozšířené bezdomovectví, infekční onemocnění, ta práce se nějakým způsobem změnila.“*

**Je komunikace s drogově závislým v něčem jiná? Jaký způsob komunikace s klientem nejčastěji volíte? Rozlišujete o čem s klientem mluvit a o čem ne? Co mu říci a co mu naopak zamlčet?**

*„Je to jiné především v tom, že ten klient má nějaký závislostní problém. Je rozdíl, když přijde například po účinku nějaké návykové látky, v nějakém dojezdu, horším psychickém stavu. Většinou s klientem vedeme dialog, nutíme jej komunikovat, ptát se, vytvářet poptávku. S klientem mluvíme na rovinu, bavíme se o všem, pokud mu to ale není nepříjemné, pak to respektujeme a do ničeho jej nenutíme. Nic nezamlčujeme, není to dobré skrze té vzájemné důvěry.“*

**Dokážete si vymezit hranici mezi prací a osobním životem? Pokud ano, tak prosím uveďte jak a pokud ne, tak zkuste se zamyslet nad tím, proč tomu tak je.**

*„Snažíme se nějakým způsobem si tuto hranici nastavit. Snažíme se v soukromí debaty o práci eliminovat, ale někdy to bohužel nejde. Je to, ale ošetřeno i v tom manuálu. Klienti jsou poučeni, že nás nesmějí doma vyhledávat, na pracovní telefony nám nesmí volat mimo pracovní dobu, což je ale jiné u terénních pracovníků.“*

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Bc. Simona Slaninová

**Studijní program:** Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka

**Počet stran (bez příloh):** 78

**Celkový počet stran příloh:** 33

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 28

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 1

**Počet internetových odkazů:** 5

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. D. Urban, PH.D.

**Rok dokončení práce:** 2017

## Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne: 15. 4. 2017

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

<b>Jméno, příjmení</b>	<b>Adresa</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>





**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Simona Slaninová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka

Vedoucí/oponent práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 86

Počet stránek příloh: 34

Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Mohly být Vaše výsledky nějak/něčím zkresleny?
--


Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

<p>V předložené diplomové práci autorka reflektuje aktuální téma, kladně hodnotím především pak praktický přínos celé práce, kdy výsledky jsou použitelné pro sociální pracovníky a pracovníce v praxi, pracující s danou cílovou skupinou – autorka ve své práci přináší konkrétní náměty „dobré praxe“.</p> <p>Předložený text sleduje vnitřní linii, prezentované informace jsou přiléhavé k tématu práce, k čemuž napomáhají i jednotlivé úvody do (pod)kapitol, ve kterých autorka prezentaci daných informací odůvodňuje.</p> <p>V teoretické části práce si autorka zkoumaný problém nejprve teoreticky vymezuje – doporučil bych pouze zařadit např. některé zahraniční literární zdroje, zabývající se danou problematikou. V následující praktické části jsou přehledně prezentovány výsledky z vlastního výzkumného šetření – autorka popisuje jednotlivé oblasti a popis doplňuje o přímé výpovědi ze strany respondentů, což prezentovaný text jednak dobře ilustruje, a jednak přispívá k čtivosti textu.</p>
---

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~\*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 28.4.2017



\* nehodící se, škrtněte

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Simona Slaninová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Specifika práce s drogově závislými z pohledu sociálního pracovníka

Vedoucí/oponent\* práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

--	--	--	--	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

Na akom základe alebo aké hlavné kritéria boli pri výbere respondentov do výskumu teda sociálnych pracovníkov?  
Aké konkrétne odporúčania pre prax vychádzajú z Vašej výskumnej časti práce pre sociálnych pracovníkov, ktorí sa venujú tejto problematike?

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Diplomantka Simona Slaninová sa zaoberá vo svojej práci sociálnou problematikou konkrétne, špecifikami práce s drogovými závislými z pohľadu sociálneho pracovníka. Štruktúra práce je rozdelená na teoretickú a empirickú časť. V jednotlivých kapitolách a podkapitolách práca je vyvážená v rámci obsahu a odboru sociálna práca. V úvode autorka charakterizuje cieľ svojej práce, ktorú si stanovila pri písaní práce, ďalej poukazuje a popisuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách. Autorka pri písaní použila adekvátnu literatúru chýba zahraničný zdroj, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov. Záver práce je ukončený prílohami.

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku z pohľadu sociálnej práce a sociálneho pracovníka, absentuje mi prevencia v danej problematike. Kladne hodnotím formálne spracovanie, taktiež aj obsahovo ako autorka preukázala prepojenie skúmanej problematiky so sociálnou prácou. Popis kapitol a jednotlivých podkapitol alebo duch celej práce je z pohľadu sociálnej práce. Moje výhrady sú - v práci sú veľké pasáže opisov z kníh - citácie od jednotlivých autorov, kde nevieme kde začínajú a kde končia (chýbajú úvodzovky). V niektorých prípadoch má práca formu skladačku „lego“ ,kde autorka vyskladal z parafráz a citácií, a chýba komparácia daného textu alebo prieskum v rámci skúmanej problematiky. Ďalej napr. na s. 20, s. 23, s. 29, s. 30 sú už spomínané opísané state od jedného alebo dvoch autorov.

Empirická časť práce je veľmi dobre spracovaná, za čo autorke patrí pochvala, že sa pustila do tejto metódy. Bola použitá metóda pološtruktúrovaného rozhovoru. Chýba mi odporúčanie pre prax ktoré vychádzajú z výskumu pre oblasť sociálnej práce, preto sa pýtam v diskusii na túto oblasť.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/~~nedoporučuji~~\*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikácia:

- klasifikujem ju stupňom – 2 (veľmi dobre).

Datum, podpis: 05.05.2017



\* nehodící se, skrtněte