



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Specifika sociální práce u klientů s drogovou závislostí

Vypracoval: Vendula Hanzalová

Vedoucí práce: PhDr. David Urban, Ph.D.

České Budějovice 2014

ABSTRAKT

Problematika uživatelů drog je v dnešní době poměrně rozšířená, ale lidé o ní příliš nemluví, jelikož téma drogy je tabu. V populaci stále roste počet osob, které užívají návykové látky a dostávají se do nepříznivé životní situace. S tím jsou spojeny i sociální, zdravotní a právní problémy, s kterými se musí uživatel drog vypořádat. V takovém případě může vyhledat pomoc v podobě nízkoprahového zařízení, kterým je kontaktní centrum, které slouží k minimalizaci rizik spojených s užíváním drog. Sociální pracovníci mu zde poskytnou prostor pro odpočinek, stravu, hygienu, ale také pomoc s vyřizováním dokladů, sociálních dávek a dalších věcí.

V teoretické části jsem se zaměřila na tři témata. Prvním z témat je drogová závislost, její vznik, důsledky, formy odborné pomoci. Vysvětlení těchto základních pojmů je důležité pro pochopení cílové skupiny drogově závislých. V práci se dále zabývám teoriemi, které jsou významné pro práci s drogově závislými, uvedla jsem pouze vybrané teorie a modely, které nejvíce odpovídají této cílové skupině. Při výběru jsem vycházela ze studia literatury o drogové problematice. Posledním tématem byla specifika sociální práce v kontaktním centru. Vybrala jsem jen stěžejní činnosti a techniky, které jsou specifické pro toto zařízení. Při výběru mi pomohla praxe absolvovaná v jednom z kontaktních center a konzultace s odborníkem.

Nejprve jsem si stanovila cíle práce. *Jaký teoretický přístup je nejlépe uplatňován sociálními pracovníky při práci s drogově závislými*, takto zněla i hlavní výzkumná otázka. A dále jsem zjišťovala, *jaké jsou příklady dobré praxe*. Tyto cíle jsem se snažila naplnit dílčími výzkumnými otázkami, které se vztahovaly ke specifikům práce v kontaktním centru. První z nich se týkala cílové skupiny drogově závislých, druhá zjišťovala specifika sociální práce s drogově závislými a poslední byla zaměřena na stěžejní činnosti kontaktního centra.

Pro výzkum byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který se zdál být nejvíce vhodný pro zvolenou problematiku. Zaměřila jsem se na kontaktní centra z Jihočeského kraje a rozhovory jsem uskutečnila se šesti sociálními pracovníky z těchto zařízení. Ti byli vybráni

pomocí prostého záměrného (účelového) výběru. Data jsem vyhodnocovala podle shodných pasáží v odpovědích.

Po vyhodnocení výsledků vyplynulo, že sociální pracovníci příliš nedokážou říct, zda pracují podle nějaké teorie. Většinou se jedná o eklekticismus, což znamená, že vybírají z různých směrů a to pak uplatňují při práci. Základ je pro ně bio-psycho-socio-spirituální model, který bere v potaz celistvé pojetí osobnosti, a filozofie Harm Reduction, což je hlavní bod kontaktní práce. Na základě zjištěných výsledků a studia literatury se domnívám, že nejlépe je uplatňována i humanistická a existenciální teorie pro svou pozornost věnovanou člověku jako individualitě. Dále také kognitivně-behaviorální teorie, jelikož mají spoustu klientů bez motivace, tudíž se jim osvědčuje pracovat u nich na motivaci ke změně chování. Další otázky byly směřovány k cíli, jaké jsou příklady dobré praxe. Z výsledků vyplynulo, že za vůbec nejdůležitější považují pracovníci brát v potaz aktuální stav klienta, respektovat ho a přistupovat ke každému klientovi individuálně. Největším úskalím je pro ně syndrom vyhoření a udržení si hranic při práci s klientem.

Výzkum přinesl techniky a přístupy, které se pracovníkům osvědčují. Dále také doporučení, jak s klienty pracovat, co na ně platí a čemu se popřípadě vyhnout. Výsledky mé práce přinášejí názory sociálních pracovníků, jejich doporučení a techniky, které se jim při práci osvědčily, následně úskalí jejich práce. Dle mého názoru by tato práce mohla posloužit jako přehled osvědčených technik pro nové pracovníky, kteří by chtěli pracovat s drogově závislými. Výsledky mohou být rovněž základem pro další studie a výzkumy v této oblasti. Pokud by se ve výzkumu pokračovalo, šla by práce rozšířit o kontaktní centra z jiných krajů a porovnávat rozdíly. Dále by bylo možné zpracovat i názory samotných klientů. Zde by se mohla zjišťovat spokojenost klientů kontaktních center se službami, které nabízejí, a spokojenost s přístupem pracovníků, který uplatňují při práci s klienty

Klíčová slova: drogová závislost, uživatel drog, sociální pracovník, kontaktní centrum, sociální práce, teorie a techniky

ABSTRACT

The problem of drug use is widespread nowadays, but people do not talk about it openly since the topic of drugs is taboo. The number of people in the population who use addictive substances and develop adverse life situations is still growing. This issue is also connected with social, health and legal problems with which the drug user must deal. In this case, those addicted can look for help to institutions such as a contact centre that is designed to minimise the risks associated with drug use. Social workers will provide them with space for relaxation, food and hygiene, but also help with the processing of documents, social benefits and other things.

The theoretical part is focused on three topics. The first describes the terms of drug addiction, its origin, consequences and forms of support. An explanation of these basic concepts is important for understanding the target group of drug addicts. The work deals with theories that are significant to the work. I have only selected theories and models that most fit this target group. My selection is based on drug issues literature. The last topic concerns the specifics of social work in a contact centre. There are selected core activities and techniques specific to this institution. Experience acquired in one of the contact centres and expert advice helped to make my selection.

At first I set the aim for this paper, *which was to answer the question of which theoretical approach is best applied by social workers working with drug addicts*. This also became the main research question. Furthermore I was finding out *which are the best examples of good practical training*. I tried to fulfil these objectives with the help of research questions relating to the specific work in the contact centre. The first question relates to the target group of drug addicts, the second to the specifics of social work with drug addicts and the last one focused on the core activities of the contact centre.

A qualitative research strategy was used. Data collection was realised using a semi-structured interview, which seemed to be the most suitable choice for the selected topic. I focused on the contact centre of the South Bohemian Region and interviews were held with six social workers from these institutions. They were selected according

to the intentional (purposeful) choice. Data were evaluated according to the same passages in the response.

The results after evaluation showed that social workers cannot tell whether they work according to particular theories. Usually there is eclecticism, which means that they collect different experiences and then apply them to the work. The basis for these is a bio-psycho-socio-spiritual model that takes into account the integral concept of personality and the philosophy of Harm Reduction which is the main point of contact work. Based on those results and the study of literature, I believe that the best choice is to apply humanistic and existential theory to the attention given to a person as an individual. Furthermore, cognitive-behavioural theory should be used as well as they have a lot of clients lacking motivation, so they work with them to provide the motivation to change behaviour. Other questions were directed towards the target, what are the examples of good practice. The results showed that all workers consider it most important to take into account the current state of the client, respect them and approach each client individually. The biggest stumbling block for them is the syndrome of burnout and maintaining boundaries when working with a client.

The research brought techniques, that were contributive for the social workers as well as recommendations on how to work with clients, what is helpful and what should be avoided. The results of my work bring the views of social workers, their recommendations, and techniques that are proven by them, and also describe the pitfalls of their work. In my opinion, this work could serve as a good summary of techniques for new workers who would like to work with drug addicts. My results can also be the basis for further studies and research in this area. If the research continues, it could be extended to the contact centres in other regions and the differences could be compared. Further it would also be possible to process the views of the clients themselves. There could also be detected the contact centre client satisfaction with the services offered to them and the client satisfaction with approach of contact centre employees towards them.

Key words: drug addiction, drug user, a social worker, contact centre, social work, theory and techniques

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2014

.....
Vendula Hanzalová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D. za cenné rady, připomínky a čas, který mi věnoval.

OBSAH

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Drogová závislost	11
1.1.1 Droga a drogová závislost	12
1.1.2 Faktory vzniku závislosti	13
1.1.3 Prevence a cílová skupina	14
1.1.4 Důsledky užívání drog	15
1.1.5 Formy odborné pomoci	16
1.2 Teorie a modely významné pro sociální práci	17
1.2.1 Humanistické a existenciální teorie	18
1.2.2 Kognitivně-behaviorální teorie	19
1.2.3 Přístup orientovaný na úkoly	20
1.2.4 Bio-psycho-sociální model	21
1.2.5 Model minimalizace rizik (Harm Reduction)	22
1.3 Specifika sociální práce s drogově závislými v kontaktním centru	23
1.3.1 Harm Reduction	23
1.3.2 Kontaktní práce	24
1.3.3 Sociální poradenství	25
1.3.4 Aktivní naslouchání a pozorování	27
1.3.5 Motivační rozhovor	28
1.3.6 Krizová intervence	29
2 Cíle práce a výzkumné otázky	31
3 Metodika	32
3.1 Metoda sběru dat	32
3.2 Analýza kvalitativních dat	33
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	33
3.4 Časový plán	34

4	Výsledky výzkumu.....	35
5	Diskuze.....	49
6	Závěr.....	53
7	Seznam použitých zdrojů.....	55
8	Klíčová slova	60
9	Přílohy	61

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá specifiky sociální práce u klientů s drogovou závislostí. V populaci stále roste počet osob, které užívají návykové látky a dostávají se do nepříznivé životní situace. S užíváním drog jsou spojeny i problémy sociálního, zdravotního či právního charakteru, s kterými se musí uživatel drog vypořádat. Nemusí v tom zůstat sám a může vyhledat pomoc v podobě nízkoprahového zařízení, kterým je kontaktní centrum. Sociální pracovníci mu zde poskytnou prostor pro odpočinek, hygienu, ale také pomoc s vyřizováním dokladů, sociálních dávek a dalších věcí. Cílem této práce je zjistit specifika práce s drogově závislými, jaké jsou příklady dobré praxe a jaký přístup je uplatňován pracovníky ve vztahu ke klientům.

Jedním z témat práce je drogová závislost, její vznik, důsledky, formy odborné pomoci. Vysvětlení těchto základních pojmů je důležité pro pochopení cílové skupiny. V práci se dále zabývám teoriemi, které jsou významné pro práci s drogově závislými, uvedla jsem pouze vybrané teorie a modely, které nejvíce odpovídají této cílové skupině. Jde o humanistické a existenciální teorie, kognitivně-behaviorální teorie, bio-psycho-socio-spirituální model a další. Při výběru jsem vycházela ze studia literatury týkající se drogové problematiky. Posledním tématem byla specifika sociální práce v kontaktním centru, vybrala jsem pouze ty stěžejní činnosti a techniky práce, které jsou specifické právě pro toto zařízení. Při výběru mi pomohla praxe absolvovaná v jednom z kontaktních center a konzultace s odborníkem, který pracuje s drogově závislými.

Ve výzkumné části bakalářské práce je použita forma kvalitativního výzkumu. Se sociálními pracovníky, pracujícími v kontaktních centrech Jihočeského kraje, byl proveden polostrukturovaný rozhovor. Tato forma rozhovoru je pro zvolený cíl práce vhodná, jelikož se zjišťovaly subjektivní názory respondentů. Pokud bude výzkum pokračovat, mohou do něj být zahrnuty i jiné kraje, tím pádem více sociálních pracovníků a může dojít k porovnání mezi kraji. Práce může posloužit jako přehled osvědčených technik a doporučení pro nové pracovníky, kteří se chystají pracovat s drogově závislými. Výsledky mohou být rovněž základem pro další studie a výzkumy v této oblasti.

1 SOUČASNÝ STAV

Látky, které mění vědomí, jsou přitažlivé a pro lidi velmi lákavé. Některé látky jsou ve společnosti legální, jejich užívání je obvyklé a jsou společensky přijatelné, např. alkohol, nikotin, kofein. Nelegální látky nejsou společensky přijatelné a jsou vysoce rizikové.

Konopné drogy včetně marihuany jsou u nás poměrně rozšířené a ukazuje se, že s těmito látkami přichází do styku mnoho mladých lidí. U marihuany je riziko vzniku závislosti velmi nízké, ale může vyvolat potencionálně závažné psychické potíže. Dále existují drogy s halucinogenním efektem, jako je LSD a látky přírodního původu, například psilobycin, který je obsažen v halucinogenních houbách lysohlávkách. Stimulační drogy a drogy s tlumivým účinkem jsou nebezpečné vzhledem k jejich možnému rozvoji závislosti a zdravotních rizik. Do této kategorie patří pervitin a kokain, na pomezí stimulačních drog a halucinogenů se řadí MDMA (extáze). K tlumivým drogám patří heroin a další opiáty. Závislost vzniká i na lécích, které jsou primárně určené proti bolesti nebo k substituční léčbě. Pro příklad se zmíním o zneužívání léku SUBUTEX, užívá se k substituční léčbě a kromě legálního užití (při heroinové závislosti) je rozšířený i na černém trhu. A nakonec je třeba zmínit se také o těkavých látkách, především rozpouštědlech (toluen), ta se řadí mezi nejnebezpečnější drogy a jsou legálně dostupná (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

1.1 Drogová závislost

Tato kapitola se zabývá vysvětlením základním pojmů, které k drogové závislosti patří, tzn. termín droga, drogová závislost, rozdělení závislostí. Dále se bude zabývat příčinami vzniku závislosti, ale i důsledky dlouhodobého užívání drog. Zmínka bude také o cílové skupině, prevenci a nabídce zařízení, která poskytují pomoc drogově závislým. Pro mou bakalářskou práci by mělo vysvětlení těchto základních pojmů a informací ohledně užívání drog postačit.

1.1.1 Droga a drogová závislost

Droga je látka přírodní či syntetická, která má dvě základní vlastnosti: ovlivňuje prožívání reality (psychotropní efekt) a může vyvolat závislost (Vokurka a Hugo, 2007, s. 198).

Drogová závislost představuje chorobný stav spojený s neovladatelnou touhou po opakovaném užití drogy, mnohdy s tendencí ke zvyšování dávek. Při nedostatku drogy může vzniknout abstinenční syndrom, daný existencí psychické či fyzické závislosti. Drogová závislost je spojena s negativními důsledky pro postiženého jedince či společnost (Vokurka a Hugo, 2007, s. 198).

Fyzická (tělesná) složka závislosti nutí uživatele dodržovat určitý časový odstup mezi jednotlivými užitími, aby nedošlo k rozvoji odvykacího stavu, ten je sice nepříjemný, ale odezní během několika dní. Velmi vážný odvykací stav vyvolávají spíše legálně získané látky – barbituráty a alkohol, nelze ho zvládnout bez hospitalizace postiženého. Psychická složka závislosti je hůře ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje pevnou vůli. Psychická závislost je důvodem, proč existují léčebná zařízení jako například terapeutické komunity. K zvládnutí této závislosti je třeba mnoha měsíců či let a je také příčinou recidiv i po několikaleté abstinenci (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007).

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

1. Růst tolerance (zvyšování dávek nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování).
2. Odvykací příznaky po vysazení látky
3. Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
4. Jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
5. Trávení většiny svého času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
6. Zanechání nebo omezení sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky.

7. Pokračování v užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým a tělesným problémům, o nichž člověk ví a jsou zhoršovány užíváním látky (Nešpor, 2007, s. 21-22).

1.1.2 Faktory vzniku závislosti

Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti, neznáme predisponovanou osobnost. U někoho se tedy rozvíjí závislost na základě excesivního užívání drog pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice, nebo sociokulturní vazby na drogu a rituály, spojené s užíváním návykových látek. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů, například fyziologické faktory se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vytvoření závislosti (Millerová, 2011).

Mezi příčiny vzniku závislosti se může řadit i samotná existence drogy. Problémem není pouhá existence samotné drogy, ale problémem se stává abúzus drog, což je společensky neakceptovatelné užívání drogy, a vytvoření syndromu závislosti. Mezi rizikové jedince můžeme řadit osobnosti akcentované (nápadný rozvoj některých rysů, bez výrazné odchylky od normy), osobnosti anomální (určitý rys je výrazněji vyjádřen) a osobnosti psychopatické, které se vyznačují trvalou nevyváženou skladbou osobnosti (Fleischmann a kol., 2006). Další příčina, která je podle mého názoru velice důležitá při prevenci užívání drog, je sociální prostředí jedince. Primární je především rodina, která má zastávat všechny funkce a učit jedince správným vzorcům chování. Jedince mohou ovlivňovat i vrstevníci a prostředí, v kterém vyrůstá, jestli jde o vesnici či velkoměsto, kde se člověk stává více anonymním.

Ovšem ve většině případů lidé berou drogy a stávají se na nich závislími hlavně pro jejich účinky, které napomáhají řešit jejich stávající stavy frustrace, apatie, pocitu odcizení, selhání, bezmoci, deprese, samoty, nejistoty a mnoho dalších. Na druhou stranu drogy můžou nabízet jedinci i něco, po čem touží jako je např. odvaha, únik, uvolnění, legrace, moc, sex, atd. Uživatelé může lákat i to, že drogy vyvolávají slast, zintenzivňují smyslové zážitky, zbavují člověka nepříjemného stavu a umožňují dosažení větší moci nad sebou samým či druhými lidmi (Frouzová, 2003).

1.1.3 Prevence a cílová skupina

U primární prevence jde o předcházení užívání drog u populace, která s ní ještě nepřišla do kontaktu. Předcházet se dá například formou osvětových akcí na školách či v klubech pro mládež, kde mohou probíhat přednášky o rizicích spojených s užíváním drog. U sekundární prevence jde o předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které se již s užíváním drogy setkali nebo se již stávají závislými. Pomoc se může uskutečňovat včasnou intervencí, poradenstvím a léčením. Terciární prevence je poslední stupeň, který se snaží předcházet trvalému zdravotnímu či sociálnímu poškození u užívání drog. Do této prevence patří zejména sociální rehabilitace, návštěva doléčovacího centra nebo podpora v abstinenci, která může probíhat formou odborné institucionální podpory nebo podpory od blízkých abstinujícího jedince (Kalina, 2003).

Cílové skupiny:

- Obecná populace, která je stěžejní pro primární prevenci.
- Rizikové skupiny, které jsou negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohroženy více než zbytek populace. Např. věková kategorie od 13 do 18 let je považována za vysoce rizikovou.
- Rizikovní jednotlivci, kteří mají poruchy psychiky, chování, genetické predispozice k závislostnímu chování, ale také jedinci s dysfunkční primární rodinou.
- Experimentátoři, kteří drogu pouze zkouší a nepravidelně užívají různé typy drog, nemusejí se u nich vyskytovat problémy v jiných oblastech života.
- Příležitostní a rekreační uživatelé mají užívání drogy jako součást svého života, ale užívání není časté a prozatím se u nich neprojevil vznik závislosti. Takové užívání je typické u marihuany a extáze.
- Pravidelní uživatelé berou drogy častěji než jednou do týdne. Začíná se hovořit o škodlivém užívání a člověk se stává závislým.
- Problémoví uživatelé jsou intravenózní uživatelé drog nebo dlouhodobě a pravidelně užívají opiáty, kokain a drogy amfetaminového typu.

- Závislí, kteří jsou ve většině případů zároveň i problémoví uživatelé.
- Rodiny a partneři uživatelů – V dnešní době jde o zanedbatelnou cílovou skupinu ve většině intervencí (Kalina, 2003, s. 17-18)

1.1.4 Důsledky užívání drog

Fyzické důsledky - zejména u pacientů vyššího věku se projevují fyzické důsledky dlouhodobého zneužívání drog, včetně vysokého krevního tlaku, gastrointestinálních obtíží, poruch spánku, „oken“, úbytku na váze, poranění a nehod ve spojitosti s drogami nebo alkoholem, kardiálních obtíží, onemocnění jater a ledvin (Rotgers, 1999).

Psychické důsledky – souběh duševní choroby a užívání drog je velmi častý. Ve většině případů se jedná o méně závažná onemocnění, ale mohou se vyskytovat i velmi vážná psychická onemocnění typu psychóz (SANANIM, 2009).

Sociální důsledky - tyto důsledky zahrnují zejména konflikty v mezilidských vztazích, v rodině nebo v zaměstnání. Uživatelé drog se často odcizují svým partnerům, jejich pracovní výkon se zhoršuje a dochází také k selhání rodičovské role. To vše může vyústit ve ztrátu manželství, práce a přátel (Rotgers, 1999).

Právní důsledky - užívání drog často vede ke konfliktům se zákonem. Jedná se např. o držení či prodej nelegálních látek, nevhodné chování a tak dále. Patří sem i nezákonné jednání v souvislosti s drogami (např. prodej, krádeže, prostituce), za které nebyl uživatel zadržen ani obviněn (Rotgers, 1999).

Zdravotní důsledky – užívání drog a především injekční užívání s sebou nese různé zdravotní dopady, jako jsou infekční onemocnění, mezi nejčastější patří virová hepatitida typu C a B, dále výskyt HIV/AIDS. Ovšem za nejvážnější negativní následek užívání drog je úmrtí (Lejčková a kol., 2004).

Sexuální důsledky - zneužívání drog může být spjato se sexuální viktimizací a zneužíváním. Otevřený rozhovor se zaměřením na sexualitu je často v diagnostice opomíjen i přesto, že v mnoha případech může být potencionální hybnou silou léčby (Rotgers, 1999).

Finanční důsledky – dobré je, aby se klient zamyslel nad tím, kolik peněz utratil v uplynulých letech za drogy. Spadají sem náklady na drogy samotné i náklady spojené

s jakýmikoliv důsledky. Mezi náklady na důsledky patří např. jízdné, platby obhájcům a ušlá mzda (Rotgers, 1999).

1.1.5 Formy odborné pomoci

Streetwork neboli terénní práce. Tato služba nabízí přístup ke klientům, kteří nejsou motivováni ke změně své dosavadní životní situace. Specifikem je vyhledávání klientů, kteří z různých důvodů sociální pracovníky nekontaktují, přestože mají řadu problémů. Náplní terénní práce je distribuce informačních materiálů o bezpečném užívání nebo výměna injekčního materiálu. Terénní sociální pracovník přichází za klienty přímo do jejich přirozeného prostředí a smyslem jeho práce je infiltrace do problémové skupiny a nabídnutí jiné životní alternativy jejím členům. Důležitou součástí je tedy nabídka strávení jejich času v přijatelnějším prostředí, například v nízkoprahových zařízeních (Gulová, 2011). Takovým zařízením je pro drogově závislé především kontaktní centrum.

Terapeutická komunita. Jde o intenzivní skupinovou psychoterapii, při které spolu klienti určitou dobu žijí, účastní se skupinového sezení a sdílejí společný pracovní program nebo jinou různorodou činnost. Takový model společnosti jim umožňuje promítání problémů ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že nejde jenom o projekci problému klienta, ale také o zpětné informace o chování klienta, dává mu náhled na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů. Tímto se podporuje u klientů nácvik vhodného adaptivního chování (Kalina, 2008).

Ambulantní služby a AT poradny. Řadu problémů se závislostí lze řešit jen docházkou k terapeutovi. V ČR existuje síť AT poraden, častěji se zde řeší problémy s alkoholovou závislostí. Terapeut by měl umět rozeznat, zda je stav klienta vhodný pro ambulanci nebo bude nutná hospitalizace. Ambulantní služba poskytuje individuální, skupinovou a rodinnou terapii. Zde už se ve větší míře pracuje i s blízkými uživateli drog, mohou probíhat společná rodinná sezení (Vodáčková a kol., 2012).

Doléčovací centra. Poskytují služby pro klienty, kteří prošli léčbou ústavní nebo v terapeutické komunitě. Jde o poradenství, skupinovou terapii, klubovou činnost, sociální rehabilitaci a chráněné bydlení (Vodáčková a kol., 2012).

Substituční terapie. Znamená léčbu osob závislých na opioidech takzvanými opioidními agonisty, což je stejně působící činitel, např. metadon a buprenorfin. Tyto látky lze užívat při detoxikační a udržovací terapii. Substituční terapie stabilizuje uživatele drog, narušuje jeho chaotický životní styl a zapojuje ho zpět do společnosti. Může také účinně snížit dobu užívání ilegálních opioidů a předcházet úmrtím v důsledku předávkování a šíření nákazy virem HIV (Úřad vlády České republiky, 2006).

Kontaktní centra. Uživatel zde získá informace o léčbě a zdravotních rizicích, může si zčásti anonymně měnit jehly. Kontaktní centra často evidují zájemce o léčbu v dalších zařízeních a zprostředkují jejich přijetí (Vodáčková a kol., 2012). Pro mou práci jsou nejdůležitější, jelikož se v praktické části zaměřím pouze na tato zařízení.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je kontaktní centrum charakterizováno jako nízkoprahové zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) Sociálně terapeutické činnosti
- b) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- c) Poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

1.2 Teorie a modely významné pro sociální práci

Tato kapitola je věnována vybraným teoriím a modelům sociální práce, které jsou používány při práci s uživateli drog. Byly vybrány takové teorie a modely, které se podle literatury jevíly nejlépe uchopitelné pro práci s drogově závislými. Ovšem

praxe může být zcela jiná, ale je vhodné, aby praktik z nějaké teoretické představy vycházel a reflektoval možnosti teorie. Zkušenost ukazuje, že nekvalifikovaná „pomoc“ může mít tragické následky.

1.2.1 Humanistické a existenciální teorie

Oba modely se soustřeďují na člověka jako na autonomní osobnost, jsou zaměřené spíše na jeho vnitřní svět než na bezprostřední chování a často si kladou otázku smyslu života či vztahu života k transcendentálním kategoriím. Úkolem sociálního pracovníka v takto orientované sociální práci je pomáhat lidem v reflexi sebe samých, v odhalování významů, které pro ně prožívaná situace může mít a v neposlední řadě sociální pracovník pomáhá v pochopení, jak na ně zpětně působí tato jejich interpretace světa. Postoje, které nejsou klientem vnímány jako problém, svědčí o zdravém potencionálu klienta i o možnosti žádoucí změny – malými změnami se buduje změna velká. S klientem se jedná partnersky, jako s expertem na jeho vlastní život (Navrátil, 2007).

Existenciální teorie

Sociální pracovník využije tuto teorii v první řadě pro porozumění klientově situaci, posouzení jeho životní situace. V rámci posouzení klientovy situace usiluje o rozlišení osudových faktorů a svobodného postoje či jednání. V rozhovoru pracovník zaměřuje klientovu pozornost na jeho volné kapacity, které ještě může ve své situaci využít. Rozhovorem může pracovník probouzet klientovu motivaci, aby sám našel způsob, jak může něčím pozitivním ke své situaci přispět. Hlavním úkolem je povzbudit klientovo vědomí svobody a odpovědnosti, jeho vůli ke smyslu. Franklovu ET lze dobře využít v kontextu sociální práce, jelikož si všímá člověka celistvě v jeho prostředí. Je charakteristické holistickým viděním člověka jako bytosti, jejíž životní naplnění vzniká tvůrčím aktem, v němž si své cíle definuje a usiluje o naplnění (Navrátil, 2013).

Humanismus v sociální práci

Přístup orientovaný na klienta – Carl R. Rogers je nejvýznamnějším humanistickým autorem, který ovlivnil sociální práci. Jeho vliv působí zejména tam, kde se součástí sociální práce stala poradenská (terapeutická) činnost. Tento přístup ke klientovi má být nedirektivní a nehodnotící, jeho součástí má být aktivní naslouchání a autentické

přátelství. Rogersovo pojetí práce s klientem je humanistické svojí orientací na klienta jako jednotlivce, důrazem na jeho hodnotu a přisuzováním účelnosti a racionality podstatě lidské bytosti. Typicky existenciální charakteristikou je pojetí práce s klientem, které si jako východisko pro řešení problémů bere vnitřní aktivitu klienta a zdůrazňuje prvek vztahu (Navrátil, 2007).

Východiska Rogersovy antropologie jsou úzce individualistická a nepřikládají významnější váhu širším sociálním okolnostem. Taková práce může přinášet pomoc tam, kde užívání drog vzniklo v souvislosti s potřebou zvládat otázky svého sebepojetí, (in)kongruence a osobnostního růstu. Tento přístup orientovaný na klienta ve své původní podobě nevěnuje prakticky žádnou pozornost sociálním okolnostem vzniku a posilování závislosti klienta a nespécifikuje problémy, které v této souvislosti klient může zažívat. Přístup se nezabývá řešením praktických problémů. Jeho předností je především pozornost věnovaná člověku jako individualitě a jeho zrání a růstu (Navrátil, 2003).

1.2.2 Kognitivně-behaviorální teorie

Tento teoretický přístup je důležitý zmínit a vybrala jsem ho z důvodu své důležitosti při práci s drogově závislým klientem. Pracovník se může setkat s různorodými situacemi a obtížemi klientů a mnohdy najdou řešení situace právě ve změně klientova chování.

Syntéza behaviorální teorie a kognitivní vědy představuje komplexní teorii o lidském chování, vyznačující se orientací na empirickou průkaznost poznatků. Příznivci této teorie se při práci s klienty zaměřují na to, co je viditelné, empiricky přístupné a relativně přesně popsatelné – na různé projevy chování, zahrnující kognitivní procesy, emocionální reakce, fyziologické projevy, motorické projevy i jeho důsledky (Kappl, 2013, s. 17).

Kognitivně-behaviorální teorie je koncept, který nachází své uplatnění zejména v oblasti psychoterapeutické péče o duševní zdraví, ale její základní doporučení pro práci na změně lidského chování jsou inspirativní i pro praxi sociálních pracovníků. Tato teorie obsahuje různé metody a techniky, které lze bez potíží užívat i v každodenní

praxi sociální práce. Při užívání je důležité dodržovat určité zásady a to orientace na budoucnost, orientace na chování, orientace na řešení, pozitivní orientace na silné stránky klienta, strategie krok za krokem, flexibilita pracovníků vůči osobnosti klienta (Kappl, 2013).

Behaviorální teorie se zaměřuje na konkrétní chování jednotlivce v kontextu jeho prostředí. Nezabývá se vnitřními motivy chování, jež je podněcováno vlivy prostředí. Chováním se rozumí všechny aktivity organismu, které na sebe mohou brát rozmarné podoby, jedná se o fyziologické projevy, emocionální reakce, kognitivní procesy (vnímání, očekávání) a motorické projevy (běh, gestikulace). Základní teze spočívá v přesvědčení, že všechno chování je naučeno v interakci s prostředím. Cílem behaviorální terapie je změna chování, které brání klientovi v úspěšném a samostatném fungování (Navrátil, 2007).

1.2.3 Přístup orientovaný na úkoly

Tento 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. Ochota přijímat klientovo vidění je dobrým předpokladem úspěšné sociální práce s konzumenty drog, jelikož umožňuje, aby sociální pracovník neřešil klientovy problémy, tak jak je vnímá on (sociální pracovník), nýbrž vytváří prostor pro otevřené vnímání potřeb klienta (Navrátil, 2003).

Přístup orientovaný na úkoly spočívá v myšlence, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu a také že se lidé více angažují v úkolech, které si sami zvolili. Sociální pracovník napomáhá klientovi rozhodnout, jaké úkoly chce plnit – co chce dělat. Základními rysy tohoto přístupu jsou partnerství a posilování. Partnerstvím se zde rozumí, že vůdčí autoritou při řešení klientových problémů je klient sám. Úspěch závisí na tom, jak dobře lidé porozumějí pomáhajícímu procesu a jak intenzivně na něm participují. Klient tedy není považován za objekt, který je potřeba „opracovat“, ale vždy se předpokládá, že jeho role je aktivní a že se podílí na všem, co se mezi sociálním pracovníkem a klientem odehrává. Přístup se snaží ovlivňovat problémy na individuální úrovni a předpokládá, že každý musí jednat individuálně a že je užitečnější zkušenost

vlastního rozhodnutí, než pasivní očekávání, jak se situace v budoucnu vyvine (Navrátil, 2007). Metoda se realizuje v šesti krocích, které směřují k dosažení klientových cílů - Příprava, explorace problému, dohoda o cílech, formulace a plnění úkolů a ukončení (Navrátil, 2001).

Z hlediska práce se závislymi klienty je dobré, že úkolově orientovaný přístup skýtá prostor pro formulaci úkolů, které klient může splnit za předpokladu, že se seznámí s institucemi společnosti, pokusí se porozumět jejich požadavkům a najít oboustranně přijatelný způsob jejich zvládnutí. Díky otevřenosti klientovu pohledu na věc a díky snaze posuzovat schopnost vyjít mu vstříc, se v procesu intervence mohou učit nejen klienti, ale také organizace, které jim poskytují služby. Sociální pracovník se nezajímá o historii klienta a o příčiny problému, které jsou v ní zakotveny. Zaměřuje se na možná řešení aktuální životní situace klienta a jeho problémů. Nezajímají ho ani možné nevědomé motivy klientova chování. Předpokládá se, že každý má schopnost měnit své vlastní jednání a že přitom není výrazně ovlivněn vnějšími ani vnitřními faktory. (Navrátil, 2003).

1.2.4 Bio-psycho-sociální model

Jde o holistický model v tom smyslu, že sleduje u konkrétního jedince dopad biologických aspektů na psychologické aspekty a zároveň jejich dopad na sociální aspekty. Biologická stránka zahrnuje geneticky dané vlastnosti, nitroděložní poškození a povahové nebo fyziologické rozdíly. Psychologické a sociální faktory jsou spojeny do psychosociálních, mezi které patří interakce daného jedince s rodinou, místní komunitou, školou, zaměstnáním, vrstevníky a sociálními faktory. Tento náhled pamatuje na faktory, které závislost komplikují a přispívají k jejímu vzniku. Proto dochází k individuálnímu posouzení závislého, při němž se jednotlivým příčinám přisuzuje různý podíl. U některých závislých osob může být například výrazná biologická složka a zbylé dvě oblasti jsou v pozadí. Tento model prosazuje komplexní a individualizované pochopení příčiny závislosti u jednotlivých osob (Millerová, 2011). V některých publikacích můžeme najít i tento model rozšířený o oblast spirituální (duchovní). Užívání drog má totiž vliv na duchovní stránku člověka a nadměrné užívání

může vyvrcholit v pocity odcizení, izolaci, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života. Nejistota a zmatek poznamenává s prohlubující se závislostí poznatky o sobě samém, přesvědčení o osobních cílech a způsobech jejich dosažení (Rotgers, 1999).

Tento model může vykazovat tři problematické oblasti. V první řadě se jedná o to, že hlavní důraz se běžně klade na jeden aspekt daného modelu, aniž by byly důkladně integrovány všechny tři stránky. Druhý problém souvisí s obtížností realizovat intervence, které by se vztahovaly ke všem aspektům současně. A třetí problém je v tom, že rizikové, projektivní a další faktory není možné změnit. I přes tyto námitky, využití bio-psycho-sociálního modelu v léčbě závislostí zůstává v platnosti z důvodu jeho důrazu na skutečnost, že zrod a přetrvávání závislosti u člověka je podmíněno interakcí komplikujících faktorů. Bio-psycho-sociální hledisko vyzývá k uplatňování holistického, personalizovaného přístupu k léčbě i následné péči (Millerová, 2011).

1.2.5 Model minimalizace rizik (Harm Reduction)

V rámci tohoto modelu se klade důraz na snižování problémů souvisejících s užíváním, než na množství drog, které určitá osoba užívá. Snaží se k užívání drog přistupovat jako k reálné skutečnosti. Minimalizace rizik spojených s návykovým chováním je prospěšná danému jedinci i celé společnosti. Tento model vychází z principů ochrany veřejného zdraví, které se místo odsuzujícího postoje zaměřují na praktickou stránku minimalizace rizik. Tento přístup se dobře doplňuje s motivačním rozhovorem, o němž bude zmínka v další kapitole. Poradce stanoví ve spolupráci s klientem cíle, jejichž splnění má vést k řešení problémů spojených s užíváním návykových látek (Millerová, 2011).

O Harm Reduction bude zmínka v další kapitole této práce, kde bude model popsán podrobněji a do hloubky, jak je využíván při práci s klienty v kontaktním centru.

1.3 Specifika sociální práce s drogově závislými v kontaktním centru

Tato kapitola se věnuje těm nejdůležitějším specifikům sociální práce s drogově závislými. Vybrala jsem jen ty, které jsou stěžejní pro práci s drogově závislými v kontaktních centrech. V této kapitole se práce zaměřuje na oblasti Harm Reduction a kontaktní práci, na které stojí práce kontaktních center. Dále bude zmínka o sociálním poradenství, které je z poměrně velké části využíváno drogově závislými. Velmi krátce bude popsáno aktivní naslouchání a reflektování, které by měl ovládat každý pracovník v pomáhajících profesích. Dále je teorie změřena na motivační rozhovor, který je účinný, pokud má klient alespoň malou motivaci ke změně své životní situace. Kapitola bude ukončena krizovou intervencí, jelikož klient se může ocitnout v obtížné situaci, kdy bude potřebovat krizovou pomoc, kterou kontaktní centra poskytují.

V krátkosti je potřeba popsat, co vlastně znamená sociální práce. Zejména usiluje v rámci určité organizační sítě institucí a zařízení o změnu jednání svých klientů a jejich širšího společenského zázemí. Snaží se o dosažení příznivějších životních podmínek v nepříznivých situacích a důraz se klade na sociální interakci a její změnu. Povaha a způsoby výkonu sociální práce jsou determinovány na jedné straně koncepcí státní sociální politiky a na straně druhé posláním organizace, která sociální práci vykonává (Řezníček, 2000, s. 21).

1.3.1 Harm Reduction

Pojem Harm Reduction znamená snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby s užíváním drog přestaly. Jde o minimalizaci, omezení, či zmírnění rizika infekcí ohrožujících život a zdraví. Tyto infekce se mohou šířit sdílením injekčního materiálu při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem (Úřad vlády České republiky, 2003).

Základní charakteristikou je pragmatičnost. Místo toho, aby pracovník usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší (Hrdina, 2003). Tento přístup akceptuje,

že řada uživatelů drog není schopná v krátkém čase s užíváním psychoaktivních látek úplně přestat. Cílem je pomoci uživatelům drog, aby vůbec nezačínali s injekčním užíváním, ukončili ho nebo alespoň snížili frekvenci injekční aplikace (Úřad vlády České republiky, 2006). Harm Reduction se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu klienta, vychází z jeho potřeb, dává klientům možnost podílet se na jejich tvorbě a možnost rozhodnout jak, kdy a kde mají být léčeni. Jde o snahu zlepšit kvalitu jejich života, zdravotní stav, tělesnou a duševní pohodu. Důraz je kladen také na ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání a souvisí se strategií ochrany veřejného zdraví (Public Health), která je zaměřena spíše na celou populaci než na jedince. Úsilí směřuje ke snížení poškození zdraví celé komunity a v tomto kontextu je problém jednotlivce chápán jako problém celku (Hrdina, 2003).

V kontaktních centrech je z oblasti Harm Reduction realizován hlavně výměnný program, který zajišťuje výdej čistého nebo příjem použitého injekčního materiálu. Součástí programu je nabídka standardního vybavení potřebného k bezpečné aplikaci. Podle potřeby může být vydáván i jiný Harm Reduction materiál. Množství přijatého a vydaného materiálu je evidováno. Součástí výměnného programu je také mapování rizikového chování klienta. Pokud klient využívá pouze výměnný program kontaktního centra, snaží se s ním pracovník navázat alespoň minimální kontaktní práci formou rozhovoru (Adameček, 2006).

1.3.2 Kontaktní práce

Jde o službu, která vychází z aktuální situace klienta a jeho potřeb. Cílem je oslovit cílovou skupinu, vytvoření vzájemné důvěry a podmínek potřebných k poskytnutí služby. Jsou hledány a upevňovány hranice komunikace s klientem a kultivovány jeho schopnosti vyjádřit své potřeby a naučit se využívat existující nabídky služeb. Součástí kontaktní práce je získávání údajů o místní drogové scéně a mapování rizikového chování klienta. Rozlišuje se práce v terénu a práce v kontaktní místnosti. Kontaktní místnost je chráněným prostředím, které má charakter blízký neformálnímu kavárenskému prostředí, ale zároveň jsou dána jasně definovaná a transparentní pravidla (Adameček, 2006).

Nízkoprahové programy nemají stabilní rámec setkání s klienty jak z hlediska délky pracovního setkání, tak z hlediska pravidelnosti. Rozsah a frekvenci setkávání určuje klient výrazněji, než jsme tomu zvyklí u jiných programů. V rámci nízkoprahového přístupu je nutné pracovat s danou situací a stavem klienta. Nelze očekávat, že klient bude na setkání s pracovníkem zcela připraven, že bude v bdělém a aktivním stavu. Pracovník se tedy snaží v rámci každého setkání vzít v potaz reálnou situaci a stav, ve kterém klient přišel. Samozřejmě i toto má své hranice, jelikož pokud přijde do kontaktního centra klient v akutní intoxikaci a toto zařízení má svůj minimální práh „nebýt v akutní intoxikaci“, nesplnil základní vstupní podmínku a bude požádán o návštěvu v jiném termínu. Kromě reálné situace se může pracovník zaměřit i na blízkou budoucnost, jelikož při práci s motivací by si měl uvědomit přiléhavost s ohledem na to, jaká je klientova perspektiva (Klíma, 2009).

Nízkoprahový přístup patří mezi hlavní principy kontaktních center a kontaktní centrum je nízkoprahové zařízení. Pro vysvětlení zde popíšeme, co je nízkoprahové zařízení obecně. Zaměřuje se na osoby, které nevyhledávají běžnou institucionalizovanou pomoc. Služba je poskytována co nejvíce v běžném (přirozeném) prostředí klienta a pro realizaci služby není třeba znát podrobné údaje o klientovi. Programy často vedou klienty pod kódem nebo se využívá evidence pod přezdívkou. Dále jsou odstraňovány psychologické, sociální a technické bariéry využití služby (Klíma, 2009).

1.3.3 Sociální poradenství

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Základní sociální poradenství poskytuje informace o nárocích, službách a možnostech, které mohou vyřešit obtížnou situaci člověka nebo ji alespoň zmírnit. Poskytované informace vyplývají ze systému sociální ochrany občana, k němuž patří pojištění, podpora, pomoc, nebo ze systému, který zajišťuje zaměstnanost. Součástí základního poradenství je i zprostředkování další potřebné odborné pomoci (Hartl, 2013).

Odborné sociální poradenství poskytuje přímou pomoc lidem při řešení jejich sociálních problémů. Odborná pomoc je zaměřena na konkrétní pomoc a praktické

řešení obtížné sociální situace člověka, v které se nachází. Nejčastěji se jedná o hmotnou nebo sociální nouzi, někdy souběh obojího. Součástí odborného poradenství mohou být i terapeutické činnosti pro oblast rodiny, manželských či partnerských vztahů, delikventní jedince, drogové závislosti a dalších (Hartl, 2013).

Poradenství může probíhat také individuální formou a zde se rozlišuje obecné, strukturované poradenství a garantský rozhovor. Při obecném poradenství se pracovník zaměřuje na řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetence klienta tyto problémy řešit. Ve strukturovaném poradenství je cílem pomoci klientovi efektivně jednat a dosahovat svých cílů. Probíhá na základě plánu, který je průběžně modifikován. Toto poradenství obsahuje prvky psychoterapie. Garantský rozhovor je vysoce strukturován a zaměřen na rozvoj konkrétních schopností a dovedností klienta (Adameček, 2006).

Cílem poradenství je pomoc k lepšímu vedení vlastního života a autonomie klienta. Jde o formu sociální či psychologické pomoci, nikoli kontroly. Poradenství můžeme rozlišit na psychologické, orientované na vnitřní a interpersonální problémy. Právní poradenství, které poskytuje informace o zákonných právech, povinnostech a nárocích a pomáhá jim při jejich naplňování. Zdravotní poradenství předává informace, které se týkají specifických chorob a postižení. Poslední je praktické životní poradenství, které řeší bytovou situaci klientů, jejich hospodaření, trávení volného času, vzdělávání, pracovní příležitosti a bezpečí (Broža, 2003)

Poradenství patří mezi nejčastější intervence především u uživatelů drog, kteří nejsou motivováni k léčbě. Základním předpokladem je vycházet z reálného a aktuálního stavu věci, ze subjektivního prožívání klienta a především z jeho možností a limitů, které mohou být dány zdravotním stavem, sociálním postavením, ale také psychikou. Nelze používat jeden přístup na různé klienty, jelikož každý klient prochází jiným stupněm závislosti a musí se brát v potaz především jedinečnost a individualita klienta. Základní cílovou skupinu tvoří uživatelé návykových látek v různém stupni experimentování či závislosti na návykových látkách (Broža, 2003).

1.3.4 Aktivní naslouchání a pozorování

Není možné klienty pouze sledovat nebo jim pouze naslouchat. Dobré sledování klientů umožňuje dobře naslouchat jejich verbálnímu i neverbálnímu sdělení. Sledování slouží jako základ pro naslouchání a pro pozorování klientů. Naše chování by mělo říkat, že se zajímáme o klienta a o to, co nám sděluje. Pokud bude pracovník klienty pečlivě pozorovat, pomůže mu to lépe jim porozumět, jelikož sledování nesrovnalostí mezi verbálním a neverbálním chováním klientů usnadňuje zkoumání. Klienti si nemusí vůbec uvědomovat to, co pociťují, ani význam svých pocitů (Culley a Bond, 2008).

V pomáhajících profesích se klade důraz na aktivní naslouchání, které klientovi poskytne dostatek zpětných vazeb od pracovníka (Havránková, 2013). Primární aktivita při aktivním naslouchání je prožívat aktivní a autentický zájem o osobu, která něco sděluje, a také dávat tento zájem jasně najevo. To znamená vnímat snahu o zkoumání perspektivy druhého člověka, mít zájem vnímat jeho vnitřní svět a snažit se mu porozumět (Motschnig a Nykl, 2011, s. 41). Sociální pracovník má poslouchat s nějakým cílem a zároveň sdělovat, že naslouchal. Poslouchat pozorně, s vědomím filtrů a problémů ve vlastním životě, je základem pro porozumění klientům. Naslouchání je důležité, ale klienti potřebují mnohdy více, aby věděli, že je pracovník vyslechl a že jim porozuměl, k tomu slouží reflektování, viz níže (Culley a Bond, 2008).

Při aktivním naslouchání je klient povzbuzován pomocí technik, jako je objasňování, parafrázování, reflektování a shrnování. Objasňování se děje prostřednictvím otázek, které umožňují přesnější pochopení toho, co klient říkal. Dovednost naslouchat znamená pochopení věcného obsahu a vnímání emoční stránky sdělení. Parafrázování jinými slovy převypráví informace obsažené v klientově hovoru. Reflektováním zrcadlíme pocity, které vyjádřil (Havránková, 2003). Což znamená, že klientovi předložíme vlastními slovy to, co právě řekl a k tomu slouží opakování, reformulace a shrnutí (Culley a Bond, 2008). Shrnování (sumarizace) rozšiřuje parafráze a reflexe na více témat, která se v klientově výpovědi objevila (Havránková, 2013).

1.3.5 Motivační rozhovor

Koncepce motivačního rozhovoru je duchem i stylem poradenství zároveň. Jde o kombinaci direktivních a na klienta zaměřených přístupů s důrazem na pomoc při dosažení změny v chování prostřednictvím rozebírání a řešení ambivalence. Poradce má na léčbu výrazný vliv tím, utváří ducha poradenství, atmosféru, která přispívá k uskutečnění změny. Jádrem motivačního rozhovoru je spolupráce mezi poradcem a klientem, vyvolání změny v klientově nitru a samostatnost ve vztahu ke změně. Čtyři základní principy motivačního rozhovoru tvoří – empatie, rozpor, motivace, odpor. Empatie je součástí celkového pojetí motivačního rozhovoru. Vytvořením atmosféry přijetí položí poradce důležitý základ pro iniciování změny. Vyjádření empatie spočívá především v reflektivním naslouchání a schopnosti zdržet se domněnek a udílení rad. Tento proces je charakteristická respektujícím přístupem, kdy se poradce snaží, aby si vyslechl klientům příběh a nepřepisoval jej na základě předsudků a stereotypů. Klient má tak upřímný pocit, že ho někdo poslouchá a respektuje. K rozvíjení klientovi motivace mohou poradci přispět zvýrazňováním rozporů mezi tím, co klient dělá, a co by si přál dělat, čili nesouladu mezi tím, kým klient je, a kým by chtěl být. Tento rozpor je třeba vhodně propojit s vnímanou sebeúčinností, důvěrou klienta v jeho vlastní schopnost změnu uskutečnit. Odpor je vnímán jako přirozená součást změny a funguje v rámci sezení jako signál, na jehož základě si poradce uvědomí, že je potřeba zvolit jiný způsob, jak klienta do procesu změny vtáhnout (Millerová, 2011).

Uživatel drog musí tedy nejprve přijmout závazek, že se chce změnit. Motivační rozhovor se vymezuje jako přístup, který klientům pomáhá přijmout závazek a dosáhnout tím požadované změny. Bylo také zjištěno, že rozhovor je přínosnější pro klienty s nižší výchozí motivací ke změně, než pro klienty s vyšší motivací. Motivační rozhovory nevedou k trvalému zlepšení výsledků a účinnost takových rozhovorů je velmi proměnlivá, jelikož závisí na poskytovateli motivačního rozhovoru, cílovými oblastmi problémů a prostředím, ve kterém se motivační rozhovor poskytuje. Jsou také méně účinné, pokud jsou realizovány na základě metodické příručky (Gossop, 2009).

Metoda motivačního rozhovoru se dá kombinovat s krátkou terapií, jelikož z atmosféry spolupráce v rámci pojetí, které je sice direktivní, ale zaměřené na klienta, může během krátkého časového období vzejít ta nejefektivnější terapie (Millerová, 2011). V tomto smyslu je velice výhodné, pokud pracuje v kontaktním centru alespoň jeden pracovník, který je sociální pracovník a zároveň i terapeut.

1.3.6 Krizová intervence

Užívání drogy je spojené s rizikovými situacemi. Nadměrná intoxikace s bezvědomím nebo poruchami vnímání, násilí navazující na intoxikaci, znásilnění, přepadení, sebevražedné tendence – to vše jsou doprovodné jevy užívání drog. Všechny mohou vést k potřebě vyhledat krizovou pomoc. Krizová intervence je odborná technika práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Tato intervence pomáhá strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonání konkrétních překážek (Vodáčková a kol., 2012).

Krize má individuální charakter a pro každého znamená něco jiného. Krizový stav je časově omezený, a pokud není vyřešen včas, snažíme se udržet životní rovnováhu pomocí jiných, méně produktivních podob. Hlavní těžiště práce s klientem tvoří řešení problému a odborná práce je šitá na míru člověku a jeho situaci. Jedním z cílů krizové intervence je posílit klientovu kompetenci natolik, aby v řešení své krizové situace zvládl co možná nejvíce svým vlastním přičiněním. Krizová intervence by měla zaujímat celý bio-psycho-sociálně-duchovní prostor, jelikož člověk v krizi přichází se všemi složkami osobnosti (Vodáčková a kol., 2012).

Na závěr si uvedeme shrnutí cílů poskytování krizové intervence. Na začátku je tedy dobré rozpoznat krizový podnět, který spouští krizi, pojmenovat příznaky a společně najít strategii řešení. Dále se může intervence zaměřit na posílení některých

potřebných dovedností. Přechází se k účelnému řešení problému, což nemusí znamenat odstranění symptomů. Snažíme se zabránit škodlivých a destruktivním obranným mechanismům. Postupně by se mělo dojít ke snížení chronické úzkosti a přijetí traumata jako součástí životní cesty (Kahoun a kol., 2007).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké jsou příklady praktické pomoci jednotlivých zařízení. Tudíž se ve své práci budu zabývat srovnáním názorů pracovníků na specifika práce s uživateli drog, v čem spatřují úskalí své práce, jak pohlíží na uživatele drog, které se jim osvědčují techniky při práci s drogově závislými. Dalšími výstupy mého výzkumu je zjistit, jaký teoretický přístup je nejlépe uplatňován sociálními pracovníky ve vztahu k drogově závislým klientům. Zda používají nějaký konkrétní přístup či nikoliv.

Pro výzkum jsem zvolila kontaktní centra v Jihočeském kraji, vzhledem k tomu, že jsem v jednom z nich absolvovala praxi, a také proto, že jsem chtěla zkoumat práci s drogově závislými na nejnižším prahu. Výzkum je zaměřen na sociální práci s klienty, kteří jsou závislí na nealkoholových drogách.

Hlavní výzkumné otázky:

- *Jaký teoretický přístup je nejlépe uplatňován sociálními pracovníky ve vztahu k drogově závislým klientům?*
- *Jaké jsou příklady dobré praxe?*

Okruhy:

- Cílová skupina drogově závislých
- Specifika sociální práce s drogově závislými
- Stěžejní činnosti kontaktních center

3 METODIKA

V sociálních vědách se uplatňují dvě základní formy výzkumu, kvantitativní a kvalitativní. V bakalářské práci byla použita forma kvalitativního výzkumu. Vzhledem k tématu *Specifika sociální práce u klientů s drogovou závislostí* a cílům práce považuji formu kvalitativního výzkumu za vhodnější, jelikož se díky němu mohu dostat více do hloubky zkoumaného problému.

Kvalitativní výzkum spočívá v hloubkovém studiu jednotlivých případů a nejrůznějších formách rozhovorů. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie. Takový výzkum nejčastěji probíhá v přirozených podmínkách sociálního prostředí a plán výzkumu má pružný charakter, může se tedy rozvíjet a měnit podle okolností (Hendl, 2005, s. 63).

3.1 Metoda sběru dat

Pro výzkum v mé práci byla vybrána základní metoda sběru dat pro kvalitativní výzkum, tj. polostrukturovaný rozhovor. Dle Miovskeho (2006) je výhodou takového rozhovoru možnost pokládat doplňující otázky i u odpovědí, které dává dotazovaný na pevně strukturované podněty. Tímto se může dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti, než při klasickém strukturovaném rozhovoru. Byly vytvořeny 3 okruhy a pod každý okruh seznam otázek, které bylo potřeba zodpovědět (příloha I). V prvním okruhu se rozhovor zaměřuje na obecnější informace o cílové skupině. Druhý okruh se věnuje nejdůležitějším otázkám týkajících se názorů respondentů, z kterých by měly vyplynout důležité výstupy pro cíle mé bakalářské práce. Poslední okruh je zaměřen opět na obecnější informace, kde není nutné do hloubky přemýšlet o otázkách. Okruhy byly pokládány v pořadí, které jsem stanovila. Otázky v okruhu byly pokládány podle toho, jak to vyplynulo z rozhovoru. Nebylo určené přesné pořadí ani jednotná formulace otázky. Pokud bylo potřeba, kladla jsem i doplňující otázky. Získané rozhovory bylo potřeba přepsat v kazuistiky (příloha II), jednalo se o nedoslovnou transkripci.

3.2 Analýza kvalitativních dat

Pro analýzu kvalitativních dat byla zvolena metoda vytváření trsů. Dle Miovského (2006) tato metoda slouží k seskupení určitých výroků do skupin, které by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Vyhodnocení výsledků bylo rozděleno na okruhy a ty dále na otázky, které v okruhu zazněly. U každé otázky došlo k rozdělení odpovědí respondentů podle shodných výroků a vzájemné podobnosti. Pokud respondenti odpověděli v něčem stejně, bylo zmíněno, o jaké respondenty šlo a jaký výrok řekli. Do výsledků byly zahrnuty také zbylé informace, které zazněly a nebyly shodné s výroky ostatních respondentů, přesto šlo o zajímavé informace. Jednotlivé otázky jsou podloženy doslovným výrokem jednoho či dvou respondentů. Každý okruh je zakončen shrnutím, kde je u všech otázek zmíněno, které odpovědi se nejčastěji objevovaly.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Dle Švaříčka a Šedové (2007) se výběr případů odvozuje od toho, jak je definován náš výzkumný problém a výzkumné otázky. Pro výběrový vzorek byla použita metoda prostého záměrného výběru podle Miovského (2006), kdy jsou cíleně vyhledáváni možní účastníci výzkumu podle určitých vlastností a kritérií. Výběr vzorku proběhl předem dané struktury a to oslovit sociální pracovníky z kontaktních center v Jihočeském kraji. Do vzorku bylo zahrnuto 6 sociálních pracovníků ze třech zařízení (A, B, C) s různou délkou jejich praxe s drogově závislými. V poměru 4 muži a 2 ženy. Průzkumné šetření bylo zaměřeno na názory a zkušenosti sociálních pracovníků při práci s drogově závislými v kontaktním centru. Především na práci s uživateli nealkoholových drog a na specifika práce s touto cílovou skupinou. Rozhovory (příloha II) jsem nahrála na diktafon, anonymitu respondentů a souhlas s audio záznamem jsem ošetřila formou slovního souhlasu, kdy mi respondenti souhlasili se zaznamenáváním na diktafon. Anonymitu jsem zajistila dále tím, že neuvádím konkrétní kontaktní centra

a z kazuistik (příloha II) není zjistitelné, zda se jednalo o ženu či muže. Tyto informace nebyly potřeba, jelikož pohled pracovníků na specifika práce, se nelišil v závislosti na pohlaví sociálního pracovníka. Sdělila jsem jim také, že zjištěné skutečnosti budou sloužit pouze k výzkumu pro mou bakalářskou práci.

Tabulka 1: Výzkumný vzorek

Pozice	Pohlaví	Věk	Praxe s drogově závislými (v letech)
Sociální pracovník	žena	38	15
Sociální pracovník	žena	28	1,5
Sociální pracovník	muž	30	6
Sociální pracovník	muž	35	15
Sociální pracovník	muž	42	9
Sociální pracovník	muž	28	2,5

Zdroj: vlastní šetření

3.4 Časový plán

Průzkumné šetření bylo potřeba naplánovat a rozdělit do jednotlivých etap. Hlavním úkolem bylo časové naplánování a tímto vznikl časový harmonogram:

- Říjen – prosinec - informační příprava průzkumného šetření (studium knih, článků, internetových zdrojů, výzkumných zpráv, konzultace s odborníky)
- Leden – příprava výzkumných metod (okruhy, otázky, formulace)
- Únor – pilotní průzkum v jedné z organizací + praxe v kontaktním centru
- Březen – sběr dat (rozhovory se sociálními pracovníky) a transkripce nahrávek
- Duben – analýza dat, psaní závěrečné zprávy z průzkumného šetření

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Okruhy (příloha I) jsem připravovala s ohledem na cíle mé bakalářské práce. První okruh zahrnoval informace jako je popis cílové skupiny drogově závislých, jaké drogy užívají, v jaké fázi závislosti se nacházejí, jak probíhá komunikace s klientem. Po tomto okruhu spíše odlehčujícím a vhodným na začátek jsem pokračovala nejdůležitějším tématem pro mou práci a to specifiky sociální práce v kontaktním centru, toto téma bylo stěžejní, umístila jsem ho tedy doprostřed rozhovoru. Zjišťovala jsem, jak vypadá práce s klientem, jaké se pracovníkům osvědčují techniky, zda vycházejí z nějakého teoretického přístupu, v čem spatřují úskalí práce s drogově závislými. Stěžejní bylo zjistit individuální názory pracovníků, jak vypadá praxe oproti teorii. Poslední část rozhovoru jsem zaměřila na základní činnosti kontaktního centra, které jsou nejvíce využívány klienty. Dále jsem se dotazovala, s jakými problémy klienti přichází, co chtějí řešit, v jaké jsou situaci. Pokud jsem se potřebovala na něco doptat, kladla jsem doplňující otázky. Pro přehlednost jsem na začátku každého okruhu umístila tabulku shrnující přesné znění otázky, cíl otázky a ilustrativní odpovědi, které byly mezi respondenty nejčastější.

Celkem proběhlo 6 rozhovorů (příloha II), ze kterých byly zpracovány následující výsledky.

Interpretace získaných dat z 1. okruhu

První okruh měl zjistit informace o cílové skupině, která navštěvuje kontaktní centrum. Na začátku uvádím tabulku shrnující výsledky z tohoto okruhu.

Tabulka 2: Shrnutí výsledků 1. okruhu

Otázky	Cíl	Ilustrativní odpovědi
Jaká cílová skupina navštěvuje kontaktní centrum?	Popis klientů, věkový průměr, fáze závislosti	Závislí a problémoví uživatelé návykových látek, průměrný věk 28 let
Jaká droga je primárně užívána?	Druhy drog, které klienti nejvíce užívají	Pervitin, opiáty, THC
Liší se váš přístup vzhledem k látce, kterou klient užívá?	Zjistit, jestli přistupují ke klientům rozdílně	Druh drogy neovlivňuje jejich přístup ke klientovi
Jak probíhá komunikace s klientem?	Co na klienty platí, jaká komunikace se jim osvědčuje	Odvíjí se od aktuálního stavu klienta

Zdroj: vlastní šetření

V rámci prvního okruhu jsem zjišťovala, **Jaká cílová skupina navštěvuje kontaktní centrum.** Výpovědi byly velice podobné a příliš se od sebe nelišily, až na jednu výjimku. Cílovou skupinu mi popsali respondenti s tím, že jde o osoby užívající návykové látky, především se jedná o injekční uživatele nealkoholových drog a věkový průměr kolem 28 let. U věku se jednalo pouze o odhad, respondenti zmiňovali věk 26-30 let.

„Jsou to osoby ohrožené závislostí, respektive užívající návykové látky a převážně jsou to injekční uživatelé nealkoholových drog. Průměrný věk máme kolem 26 let, počítáme to každý rok a většinou je to neměnné. Chodí sem klienti, kteří jsou velmi mladí kolem 18 let, ale na druhou stranu sem chodí také uživatelé, kterým je přes 40 let.“ (respondent 5)

Výjimku, o které jsem se zmiňovala, tvořili cílová skupina rodinní příslušníci uživatelů. 4 respondenti a to ze zařízení A a B mi popsali i tuto cílovou skupinu s tím,

že jde o menší procento cílové skupiny. Jde většinou o rodiče uživatelů, kteří se přicházejí poradit ohledně situace svých dětí. Respondenti to zdůvodňují tím, že v malých městech není síť služeb tak bohatá, proto se věnují i této cílové skupině. Podle respondenta 3 se služby musí reflektovat na potřeby města, a proto jsou více otevřeny rodinám uživatelů.

„Další část klientů, která začala více chodit, jsou rodiče uživatelů. Tito klienti s sebou často přivádějí svoje děti, kteří experimentují a to nejčastěji s pervitinem a THC.“ (respondent 3)

„Zhruba 10% tvoří cílovou skupinu rodinní příslušníci přicházející na poradenství ohledně situace svých dětí.“ (respondent 1)

Klienti se podle všech respondentů nacházejí v různých fázích závislosti, ale nejčastěji se jedná už o závislé a problémové uživatele. Pár uživatelů zařazují mezi experimentátory a víkendové uživatele. Dle respondenta 6 jde většinou o každodenní problémové uživatele a ve výjimkách o experimentátory a příležitostné uživatele.

Na otázku **Jaká droga je primárně užívána**, se výpovědi všech 6 respondentů shodují. Za nejčastější drogu označili pervitin, dále opiáty, nejvíce je zneužíván Subutex, občas Vendal a léky opiátového typu. Okrajově se respondenti zmiňují, že samozřejmostí je THC.

„Klienti užívají pervitin, ten vede na plné čáře, a většina z nich jsou nitrožilní uživatelé. Druhá nejčastější skupina jsou uživatelé Subutexu, popřípadě Vendalu a jiných opiátových léků. Opium je sezónní záležitost, když jsou maková pole. A většina klientů užívá THC.“ (respondent 2)

Zda se liší jejich přístup ke klientovi vzhledem k látce, kterou užívá. Všichni respondenti shodně odpověděli, že jejich přístup se neliší. Nezáleží na tom, jakou jejich klienti užívají. Respondent 6 tvrdí, že jeho přístup ke klientům se neliší a dodává, že by se neměl lišit ani u ostatních pracovníků. Respondent 3 zdůrazňuje potřebu pracovat s každým klientem individuálně. Z této otázky vyplynulo, že u všech 6 respondentů se přístup neliší, ale každý to zdůvodnil jiným způsobem. Respondenti 1, 2, 4 se shodují, že je důležitý aktuální stav klienta, nikoliv droga. Respondenti 3 a 6

zdůrazňují individuální přístup a osobnost klienta. Respondent 5 pouze konstatuje, že jeho přístup je stejný, ať už se jedná o uživatele pervitinu či opiátu.

„Nastavení je takové, že přístup má vycházet z aktuálního stavu klienta, takže se přizpůsobujeme tomu, v jakém stavu chodí a jaké služby chtějí využívat. Spíše se uzpůsobujeme tempu a stavu klienta, než abychom používali nějakou metodu, kterou bychom aplikovali.“ (respondent 4)

„Jednání klientů je velice podobné, takže nemáme nějaký extra jiný přístup vzhledem k látce, kterou klienti užívají. Uvedu vám to na příkladu, jsou dva klienti na pervitinu, ale každý potřebuje jiný přístup, i přes to, že užívají stejnou látku. Jelikož mají jiný sociální zázemí, jinou osobnostní a fyzickou výbavu, jiný metabolismus, jinou regeneraci těla. Proto je potřeba s každým klientem pracovat individuálně.“ (respondent 3)

Od problematiky přístupu se rozhovor snadno přesunul k otázce, **Jak probíhá komunikace pracovníka s klientem.** Odpovědi respondentů byly vcelku různorodé, ale jednu věc zmínilo všech 6 respondentů a to, že komunikace se podle nich odvíjí od aktuálního stavu klienta, zda je intoxikovaný a v jakém je rozpoložení. Respondent 3 navíc zdůrazňuje, že při komunikaci je důležitý vztah pracovník-klient a motivace pracovníka i klienta jít do kontaktu a do komunikace. Podle něj se také komunikace liší na základě toho, zda je klient ve službě poprvé nebo už dochází delší dobu. Dva respondenti se navíc zmiňují o tom, že je důležité respektovat klienta při komunikaci a reflektovat či objasňovat mu, co sám říká. Respondent 6 se vyjádřil ke komunikaci hodně a dokázal pěkně vysvětlit, co na klienty platí, proto zde dávám přepsaný záznam z rozhovoru s ním.

„Komunikace by měla být odproštěna od mentorování, poučování, škatulkování, výčitek a skrytých významů. Měla by být jasná, zřetelná, zrcadlit klientovo počínání a objasňovat možné dopady jeho jednání. Pokud je příliš intoxikovaný klient, je komunikace těžká, jelikož jeho myšlenky jsou roztržité, nesouvislé. Nemá smysl s nimi cokoli řešit. Klienti na opiátu mají tendenci usínat, takže na ně platí klidný přístup, víckrát opakovat informaci, lépe a více nahlas artikulovat. A na klienty perniku

se osvědčuje je verbálně brzdit, upozornit je, že povídají hodně věcí najednou, říct jim, aby se soustředili na to, co chtějí, proč kontaktní centrum navštívili. “ (respondent 6)

„Komunikace se neliší, pokud tedy není klient v aktuální intoxikaci. V takovém případě komunikace příliš nejde. Služby už nemohou být poskytnuty v takové kvalitě a domlouvá se setkání na jiný den, ...“ (respondent 5)

Shrnutí 1. okruhu

Cílová skupina je stejná ve všech zařízeních a to jsou tedy uživatelé návykových látek a injekční uživatelé nealkoholových drog. Výjimku tvoří dvě zařízení, kde je cílovou skupinou i rodina uživatelů. Nejvíce užívanou látkou je pervitin a opiáty. Klienti jsou většinou závislí a problémoví uživatelé, v menší míře se vyskytují také experimentátoři a příležitostní uživatelé. Přístup ke klientům nezáleží na tom, jakou drogu užívají, bere se v potaz hlavně aktuální stav a osobnost klienta. Při komunikaci je nejdůležitější aktuální stav klienta. Nejhůře probíhá komunikace s hodně intoxikovaným klientem.

Interpretace získaných dat z 2. okruhu

Druhý okruh byl zaměřený na specifika sociální práce s drogově závislými klienty. Tento okruh byl hodně zaměřen na osobnost sociálního pracovníka, musel se zamyslet nad otázkami a vyjádřit svůj názor. Odpovědi jsem rozdělila podle shodných pasáží ve výpovědích a přiřadila k nim i konkrétní respondenty. Jelikož jde o subjektivní otázky, některé výroky se neopakovaly, každý respondent měl jiný názor.

Tabulka 3: Shrnutí výsledků 2. okruhu

Otázky	Cíl	Ilustrativní odpovědi
V čem spatřujete specifika práce s drogově závislými?	Zjistit subjektivní názory pracovníků, v čem je tato práce specifická vzhledem k cílové skupině	Respekt ke klientovi, aktuální stav, nemotivovanost a anonymita klientů
Co se Vám osvědčuje při práci?	Zjistit, které techniky a přístupy ke klientovi se pracovníkovi osvědčily	Respekt, individuální přístup, nedělat věci za klienta, rovný přístup, objasňování, motivační rozhovor, kontaktní práce, naslouchání, otevřenost
Vycházíte z nějakého teoretického přístupu?	Zjistit, jestli vychází z nějaké popsané teorie, jaká to je teorie,	Pravidla a principy organizace či kontaktní práce, Bio-psycho-socio-spirituální model, Harm Reduction
Jaký by měl být sociální pracovník v kontaktním centru?	Osobnost pracovníka	Schopný sebereflexe, umět naslouchat, trpělivost, ztotožněn s principy a cíli práce, naučený žít sám se sebou,
Jaká spatřujete úskalí práce s drogově závislými	V čem vidí rizika práce, problémy, negativní stránka této práce	Syndrom vyhoření, hranice při práci s klientem, bezpečnost, nemotivovanost

Zdroj: vlastní šetření

Zjišťovala jsem, **V čem spatřují specifika této práce s drogově závislími.** To už bylo téma k zamyšlení a každý respondent o tom přemýšlel. Jelikož je to subjektivní otázka, odpovědi byly odlišné. Rozdělila jsem je podle shodných pasáží ve výpovědích.

Respondent 1 a 2 se shodovali v tom, že oba zmínili respekt ke klientovi, k jeho situaci. Respondent 1 ještě bere ohled na závislostní poruchu osobnosti u klientů. „*Respektujeme to, co nám chtějí říct, nic z nich netaháme.*“ (respondent 2)

Pro respondenty 1 a 3 je důležité pracovat s aktuální situací klienta, neustále mapovat situaci, jelikož se mění ze dne na den. Respondent 3 a 6 se rozpovídali o velké nemotivovanosti klientů, a pokud chce klient něco změnit, musí se s ním hodně pracovat na motivaci.

„*Specifikum je ve věku klientů, nejsou ani příliš mladí ani staří. Pracujeme většinou s klientem, který není motivovaný ke změně. Napadá mě otázka trpělivosti u pracovníků, jelikož vidina možné změny, která je zpravidla pomalá, nemusí být tak vidět. Specifikum je i selektivní paměť, pokud pracovník řekne jednu informaci, nemusí počítat s tím, že ta informace byla předána a zapamatována. Musí se to opakovat klientovi. U těchto klientů se situace může ze dne na den hodně změnit, takže je specifické neustálé mapování situace.*“ (respondent 3)

Specifikem pro respondenty 2, 4 a 5 je udržení anonymity klientů. Pro jednoho z nich je práce specifická i v poskytování služby bezplatně a kdykoliv v rámci provozní doby. Respondent 2 spatřuje specifikum v důvěře, mlčenlivosti, pohledu veřejnosti na službu, který je spíše negativní a zmiňuje se také o nejasnosti zakázek.

„*Musíme dost často pracovat s agresivitou mezi klienty. Specifická je v téhle cílové skupině manipulace ze strany klientů. Důležité je vymezovat hranice mezi pracovníkem a klientem. Specifikum je také dodržování anonymity služby, spoustu klientů neznáme jejich pravými jmény.*“ (respondent 5)

Dále se rozhovor zaměřil na to, **Co se sociálním pracovníkům osvědčuje při práci s touto cílovou skupinou.** Odpovědi jsem rozdělila podle informací, které byly opakovány a podle respondentů, kteří podali stejnou informaci. Dále uvedu i odpovědi, které se lišily a nebyly shodné s výrokem dalšího respondenta.

Individuální přístup ke klientovi a respektovat klienta a jeho rozhodnutí se osvědčuje respondentovi 1 a 3. Jeden navíc uvádí, že je důležité klienta vnímat v jeho situaci „tady a teď“. Respondentovi 3 se osvědčuje také přirozenost a zájem o klienta.

Respondent 1 a 5 odpověděli stejně v tom, že je důležité nedělat věci za klienta. Konkrétně respondent 1 říká: „*Je důležité vnímat sebe jako průvodce a ne strůjce dalšího osudu klientů.*“

Rovný přístup ke klientovi zdůrazňují respondenti 2, 4, 5 a 6. „*Snažím se s nimi bavit jako se sobě rovnými, inteligentními bytostmi*“, uvádí respondent 6. Respondentovi 2 se ještě osvědčuje autentický zájem, intuice, humor, reflektování a zrcadlení klientova psychologického rozpoložení.

Respondentovi 3 a 6 se při práci s touto cílovou skupinou osvědčuje objasňování toho, co klient říkal a také důsledků užívání. Dále se oběma respondentům osvědčuje technika motivačního rozhovoru nebo alespoň použití pár prvků z motivačního rozhovoru, což uvádí také respondent 2. Respondent 6 udává ještě pozorování a vedení rozhovoru.

Respondent 3 a 5 poznamenali, že používají kontaktní práci, snaží se dostat do kontaktu s klientem. A dále se jim osvědčuje naslouchání klientovi a dát mu prostor pro vyjádření svých myšlenek. Otevřenost ke klientovi zmínil respondent 4 a 5.

„Osvědčuje se nám otevřenost v tom, že jim narovinu říkáme, jak služby fungují, co chceme po nich. Na co hodně slyší je to, že k nim přistupujeme jako ke komukoliv jinému. Neděláme rozdíl mezi uživatelem a neuživitelem. Myslím, že jsme jedna z institucí, kde se klienti můžou cítit bezpečně a otevírat zde svá témata.“ (respondent 4)

Na otázku, **Zda vycházejí z nějakého teoretického přístupu**, respondenti shodně odpověděli, že z konkrétního přístupu nevycházejí nebo ho nedokáží pojmenovat. Pokud už z teoretického přístupu vycházejí je to bio-psycho-socio-spirituální model nebo filozofie Harm Reduction. Respondenti uváděli, že konkrétní přístup ne, je spíše důležité se řídit pravidly a principy organizace či kontaktní práce a dodržovat etický kodex. Pro pracovníky je těžké pojmenovat nějaký směr či přístup, jelikož z každého si něco vezmou a to používají v praxi.

Respondenti 1 a 2 z konkrétní teorie nevycházejí. Respondent 1 tvrdí, že je důležitější se neustále informovat, vzdělávat a držet se základních pravidel, principů a etického kodexu. Respondent 2 zmiňuje pravidla a principy kontaktní práce.

„Určitě vycházíme, ale nedokážu ho pojmenovat...“ (respondent 2)

Respondent 3 říká, že si z každé teorie něco vezme a to používá v praxi. Jsou to teoretické přístupy a koncepty, které mu jsou blízké a vyhovují mu. Doplnuje to informacemi, co se mu osvědčuje, což už bylo řečeno výše. Pro příklad uvádí od Rogerse – umění mlčet a dát prostor klientovi.

Polovina respondentů odpověděla, že pro ně je základ bio-psycho-socio-spirituální model. Šlo o respondenty 4, 5 a 6. Odůvodňují to tím, že takový model je vhodný, jelikož jsou v něm zahrnuty všechny složky osobnosti. Respondent 5 a 6 se zmiňují ještě o konceptu Harm Reduction, což je základní filozofie kontaktního centra.

„Vycházíme z bio-psycho-socio-spirituálního modelu, i když už to může být takové klišé, ale pravda je, že klienti řeší různé oblasti a jejich problémy souvisejí se skupinou věcí, které nezáleží jenom na nich.“ (respondent 4)

Další okruh otázek zahrnoval to, **Jaký by měl být podle respondenta sociální pracovník s drogově závislími v kontaktním centru**. Odpovědi respondentů se hodně lišily, jelikož je to velice subjektivní a každý na to má jiný pohled. Ovšem v některých výrocích se respondenti shodovali.

Respondent 1 a 3 se shodují v tom, že takový pracovník by měl být schopný sebereflexe. Měl by se koukat na to, co dělá a přemýšlet o tom.

„Pracovník by měl být vnímavý, vstřícný, otevřený, schopný sebereflexe a znalý svých vlastních limitů a hranic...“ (respondent 1)

Pro respondenta 1 a 4 je důležité dodržovat základní věci, které jsou specifické pro práci s klienty osobně a pracovník by měl být ztotožněný s principy a cíli práce. Respondent 2 a 5 odpověděli, že sociální pracovník by se neměl dostat do fáze, kdy bude procházet syndromem vyhoření.

„Musí ke klientovi přistupovat s respektem a mít schopnost rozpoznat, v jaké fázi klient je. Umět klientovi naslouchat a samozřejmě nebýt vyhořelý, jelikož klienti jsou hodně všímaví a vycítí to.“ (respondent 2)

Respondent 2 a 4 zmínili umění naslouchat. Souvisí s tím vnímání klienta a poslouchat ho, co nám sděluje. Důraz na velkou trpělivost kladou respondenti 3 a 5. Zdůvodňují to tím, že by pracovník neměl dělat věci za klienta. Respondent 5 říká, že by neměl být pracovník zaměřený na výkon, jak zachrání klienta a podobně, jelikož výsledky nejsou tolik vidět a velká snaha a nasazení by mohlo pracovníka dovést k syndromu vyhoření.

Respondent 4 a 6 tvrdí, že sociální pracovník by měl mít rád především sám sebe a být naučený žít sám se sebou. Respondent 4 dále říká, že by neměl do práce promítat své předsudky a představy, jak by se měl člověk chovat. Měl by klást konstruktivní otázky a přizpůsobit se klientovi. Pro respondenta 6 je důležité, aby si uměl vytvořit vztah s klientem, a tvrdí, že osobnost pracovníka je důležitější, než vzdělání. A je prý nutné mít silné zdroje mimo práci, které ho nabíjejí, jelikož přiznává, že tato práce je hodně náročná.

Tento okruh je zakončen otázkou - **V čem spatřují respondenti úskalí této práce.** Vesměs všichni respondenti uváděli během rozhovoru, že je práce s drogově závislými hodně náročná, především když jde o nízkoprahové zařízení, jakým je kontaktní centrum. Změny a pokroky k lepšímu se u klientů dějí zřídka, a pokud ano, tak velice pomalu. Výsledky jsou vidět, až za dlouhou dobu a s tím musí sociální pracovník počítat. Proto pracovníci často zmiňují syndrom vyhoření a jak mu předcházet. Důležité je, aby měl pracovník dostatek odpočinku, měl by umět relaxovat a pečovat o svou osobu. Tím vším podle respondenta 1 a 5 předchází syndromu vyhoření, které považují za úskalí své práce. Respondent 1 navíc vnímá jako úskalí přebírání odpovědnosti za klienta a míru sebereflexe pracovníka.

Respondent 4 říká: „Práce je náročná v tom, v čem pracovník vidí úspěchy. S výrazným zlepšením a změnami nemůže pracovník počítat a ani by neměl.“

Polovina respondentů považuje za úskalí práce hranice při práci s klientem a její vymezení. Respondent 2 říká, že jelikož se jedná o nízkoprahovou službu, mají s klienty blízký vztah a těžko se potom udržují hranice.

Bezpečnost je pro respondenta 2 a 3 úskalí, ať už z pohledu agresivity klienta pod vlivem, nebo infekčního prostředí. Pro respondenta 3 je úskalím i to, jak na službu negativně pohlíží veřejnost. Nejsou vnímáni jako profesionální služba.

Respondent 6 vidí úskalí v obrovské nemotivovanosti klientů, kterou také označil výše mezi specifika práce.

„Vidím to opět v nemotivovanosti klientů a v tom, že při práci nevidím pokroky. Je to o nastavení nízkoprahovosti, lidi v podstatě mají hrozně moc práv a málo povinností. Je to náročné v tom, že člověk s nimi pracuje od začátku a oni z toho vypadnou, buď to odjedou, něco se stane nebo se jim jenom nechce. Takže pracovník si může říkat, že s klientem pracoval úplně zbytečně. To je moje úskalí, že nevidím motivaci a snahu od klientů něco změnit.“ (respondent 6)

Shrnutí 2. okruhu

U specifík práce s drogově závislými se odpovědi lišily, ale často respondenti zmiňovali respekt, anonymitu, nemotivovanost klientů a důležitost brát ohled při práci na aktuální stav klienta. Při práci se respondentům nejvíce osvědčuje individuální a rovný přístup. Nedělat věci za klienta, být otevřený, umět naslouchat, objasňovat. Dále používají motivační rozhovor a kontaktní práci. Teoretický přístup příliš neumějí pojmenovat, ale řídí se hlavně pravidly a principy kontaktní práce. Také vycházejí z Harm Reduction a bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Kontaktní pracovník by podle nich měl být schopen sebereflexe, ztotožněný s principy a cíli práce, nebýt vyhořelý. Důležitá je trpělivost, umění naslouchat a umět žít sám se sebou. Úskalí práce nejvíce spatřují v syndromu vyhoření, řešení vidí v odpočinku a péči o vlastní osobu. Dále je pro ně úskalím nastavení hranic při práci s klienty, bezpečnost a velká nemotivovanost klientů.

Interpretace získaných dat z 3. okruhu

V tomto okruhu jsem potřebovala zjistit stěžejní činnosti kontaktního centra, navíc mě zajímaly základní činnosti kontaktního centra. Které služby klienti nejvíce využívají a s tím spojené problémy, které chtějí klienti řešit. Chtěla jsem přibližně zjistit, v jaké jsou klienti životní či sociální situaci z pohledu sociálních pracovníků.

Tabulka 4: Shrnutí výsledků 3. okruh

Otázky	Cíl	Ilustrativní odpovědi
Jaké jsou stěžejní činnosti kontaktního centra?	Jaké služby klienti nejčastěji využívají	Výměnný program, testování, kontaktní místnost, hygienický a potravinový servis, poradenství
S jakými problémy klienti nejčastěji přicházejí za sociálními pracovníky?	Zjistit problematické oblasti drogově závislých, s čím potřebují pomoci	Sociální problémy (bydlení, doklady, dávky), zdravotní problémy (infekční onemocnění), právní problémy (dluhy, kriminální činnost)

Zdroj: vlastní šetření

Na základní činnosti kontaktního centra jsem se ptala pouze prvního respondenta, jsou totiž snadno zjistitelné na webových stránkách, proto jsem tomu nevěnovala takový prostor a navíc by se informace opakovaly. Respondent 1 mi služby rozdělil na nízkoprahové a strukturované. Do nízkoprahových zahrnul výměnný program, kontaktní práci, testování na infekční onemocnění, poradenství v oblasti Harm Reduction, hygienický servis. Dále poskytují doplňkové služby, které jsou vázané na kontaktní místnost, zahrnují potravinový servis a možnost využít internet. Mezi strukturované patří sociální a individuální poradenství, zdravotní ošetření, asistence, motivační trénink, krizová intervence, sociální práce, atd.

Především mě zajímalo - **Jaké služby jsou nejvíce využívány klienty**. Všech 6 respondentů označilo za nejvíce využívané služby výměnný program, testování na infekční onemocnění, poradenství v sociální oblasti, ohledně Harm Reduction, drogové poradenství atd. Dále je hodně využívána kontaktní místnost a s tím spojený

hygienický a potravinový servis. Respondenti 3 a 4 ze zařízení B uvádějí, že hygienický a potravinový servis u nich není příliš využíván. Zdůvodňují to tím, že komunita uživatelů je v tomto městě propojena přátelskými vazbami, tudíž si vzájemně vypomůžou a postarají se o sebe. Respondenti 1, 2, 3, 4 ze zařízení A a B poznamenali, že poskytují navíc poradenství pro rodiče uživatelů, v zařízení C toto neposkytují, odkazují rodiče do jiných služeb, které jsou k tomu zřízeny. Poskytován je ve velké míře i informační servis, kontaktní práce, sociální práce. Občasné jsou i krizové intervence a zprostředkování zdravotní péče.

„Nejvíce je využíván výměnný program a distribuce dalšího Harm Reduction materiálu. Potom si myslím, že další je informační servis, následně poradenství, kontaktní práce, testy na nemoci nebo drogy, v menší míře hygienický servis.“
(respondent 3)

„Výměnný program je stěžejní bod tohoto zařízení. Kontaktní práce, hygienický servis, ostatní služby na to nasedají. Prvotně sem klient přichází na výměnu a potom je na pracovníkovi, aby s klientem navázali kontakt a získali jeho důvěru. Z toho vyplývá sociální práce a individuální poradenství.“ (respondent 5)

Dále mě zajímalo - **S jakými problémy klienti přicházejí do kontaktního centra** a v jaké situaci se nacházejí. Respondenti se shodovali v tom, že klienti jsou většinou bez práce nebo jsou registrovaní na úřadu práce. Dále přibližně polovina klientů má stabilní zázemí a bydlení a druhá část nemá stabilní bydlení, ale bez domova také nejsou. Ohledně bydlení je toto typické především pro zařízení A a B, jelikož respondenti uváděli, že mají jen minimum klientů, kteří by byli úplně bez domova. Zdůvodňují to tím, že se jedná o menší město a uživatelé drog si mezi sebou více vypomůžou, tudíž bydlí ve společných bytech a podobně. Jeden z respondentů konstatuje: *„V tomto městě je většina klientů stabilizovaná, má nějakou práci, bydlení, ...“*. Do zařízení C přichází velké množství klientů, kteří jsou bez domova, žijí buď to na ulici, nebo po squatech.

Hodně klientů přichází bez větších problémů, chtějí se jenom vypovídat nebo využít služeb kontaktní místnosti za účelem dát si kávu či sprchu. Pokud už přicházejí s problémy, jedná se většinou o sociální, právní nebo zdravotní oblast. V tomto

se všichni respondenti shodují. Sociální problémy zahrnují pomoc při hledání bydlení, vyřizování dokladů, jednání s úřady, vyřízení dávky hmotné nouze či příspěvku na bydlení, zprostředkování léčby. Vyskytnou se i klienti, kteří potřebují poskytnout krizovou intervenci, např. přestávají zvládat svoji aktuální situaci, závislost. Mezi zdravotní problémy se řadí obavy z infekčního onemocnění nebo problémy s žilami. Právní problémy mohou být v oblasti zadlužení, neplacení pojištění, kriminální činnosti.

„Pokud přichází s většími problémy, tak nejčastěji řeší svoji aktuální situaci za účelem poskytnutí pomoci v případě, že klient vysloví zájem. Jde o oblast sociální, právní a zdravotní.“ (respondent 1)

Shrnutí 3. okruhu

Všechna tři zařízení poskytují převážně stejné služby, výjimku tvoří pouze poradenství pro rodiče uživatelů, které poskytují v zařízení A a B. Nejvíce využíván je výměnný program a kontaktní místnost, s kterou je spojen hygienický a potravinový servis. Tyto dvě služby nejsou příliš využívány v zařízení B, jelikož si klienti vypomáhají sami mezi sebou. Samozřejmostí je kontaktní práce, která se poskytuje kdykoliv, tedy i při pouhé výměně materiálu. Dále je poskytován často informační servis a poradenství v různých oblastech. Na to navazují problémy, s kterými klienti přicházejí, a ty jsou sociální, zdravotní a právní. Klienti mají ve většině případů alespoň nějaké zázemí a bydlení, pouze do zařízení C dochází vcelku hodně klientů, kteří jsou bez domova a žijí na ulici nebo ve squatech.

5 DISKUZE

K dosažení cílů bakalářské práce mi sloužily okruhy (příloha I), které jsem použila při rozhovorech s respondenty. Jelikož se jednalo o kvalitativní výzkum, dostala jsem velké množství subjektivních názorů a pohledů pracovníků na specifika sociální práce s drogově závislými klienty, které je možné dát do souvislosti s odbornou literaturou.

Jsem si vědoma toho, že do výzkumného vzorku mohlo být zahrnuto více respondentů, práce mohla zahrnout i jiné kraje a došlo by tím k porovnání mezi kraji a názory více sociálních pracovníků. Bylo by tedy vhodné v takovém výzkumu pokračovat a dále ho prohlubovat. Také jsem si vědoma, že sesbíraná data nemusí platit obecně, jelikož velké množství otázek bylo subjektivního charakteru a záleželo na osobnosti pracovníka. Co se týká zkrácení výzkumu, mohlo k němu dojít v případech, kdy se některým respondentům nechtělo příliš přemýšlet do hloubky a odpovídali stručně první myšlenkou, která je napadla. V kazuistikách (příloha II) chybí informace, a jaké šlo kontaktní centrum a zda šlo o muže či ženu, jelikož jsem chtěla zajistit anonymitu. Ovšem v mém výzkumu se nepotvrdily rozdíly v názorech, tudíž ke zkrácení nedošlo. Mohlo by k němu dojít, pokud by bylo do výzkumu zahrnuto větší množství respondentů. Během samotného výzkumu jsem zjistila, že velký problém dělá pracovníkům terminologie, jelikož bývá často nejednotná, což může také zkracovat výzkum. Pracovníci mohou vnímat pod pojmem přístup, metoda, technika něco jiného. Proto si myslím, že rozhovor byla nejvhodnější forma pro tuto práci, neboť jsem jim mohla vysvětlit, co kterou otázkou myslím. Konkrétně dělal pracovníkům problém termín metoda a technika. Zjišťovala jsem techniky, respondenti mi odpovídali techniky, ale někteří je nazývali metodou. Přitom dle Matouška a kol. (2013a) existují metody pouze 4 a to případová práce, skupinová práce, práce s rodinou a komunitní práce, což jsem nezjišťovala. Jeden z respondentů to okomentoval: „*Jsmo praktici, ne moc teoretici*“.

V prvním okruhu týkajícím se **cílové skupiny** mi respondenti odpovídali shodně, pouze dvě zařízení se lišila tím, že kromě uživatelů drog je další jejich cílová skupina i rodina uživatele. Je to tím, že se jedná o menší města, kde není tak bohatá síť

navazujících služeb, kam by mohli rodiče odkázat. Nejčastěji uváděli, že jde o závislé a zároveň i problémové uživatele. Tuto spojitost popisuje i Kalina (2003, s. 17), který označuje závislé uživatele jako: „*Uživatelé splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti – často, ale ne vždy jde zároveň o problémové uživatele.*“ **Nejčastější užívanou drogou** je podle respondentů pervitin, opiáty a THC. Což potvrzuje i výroční zpráva s titulem *Situace ve věcech drog v České republice v roce 2011*, ve které vyšlo, že nejčastější drogou je THC a druhá nejčastější droga vyšla pervitin (Chomynová a Grolmusová, 2012). Na otázku **Zda se liší přístup pracovníků ke klientovi vzhledem k látce, kterou užívá**, mi respondenti odpověděli shodně, že jejich přístup se neliší v závislosti na užívané látce, neboť s každým jednají individuálně. Rozdíly mezi klienty nejsou v zásadě ovlivněny typem drogy, důležitější je brát zřetel na aktuální stav klienta a jeho osobnost. Jelikož to, jak se klient aktuálně cítí, zásadně ovlivňuje podobu setkání pracovníka s klientem, což konstatuje Klíma (2009). S tímto souvisela i další otázka a to, **Jak probíhá komunikace s klienty**. Dá se říci, že se tato dvě témata prolínala a u komunikace všichni respondenti označili opět aktuální stav klienta za nejdůležitější. Pokud je klient hodně intoxikovaný, je s ním komunikace obtížná. Jeden z respondentů mi popsal i komunikaci v závislosti na tom, jakou drogu klient užívá: „*Klienti na opiátu mají tendenci usínat, takže na ně platí klidný přístup, víckrát opakovat informaci, lépe a více nahlas artikulovat. A na klienty perníku se osvědčuje je verbálně brzdít, upozornit je, že povídají hodně věcí najednou, říct jim, aby se soustředili na to, co chtějí, proč kontaktní centrum navštívili.*“ Z prvního okruhu vyplývá hypotéza H1: Komunikace s klienty se odvíjí od jejich aktuálního stavu.

Druhý okruh byl zaměřen na subjektivnější otázky, proto odpovědi respondentů byly rozdílné. Každý sociální pracovník je jiný, a právě proto jsem zjistila zajímavé pohledy a názory na danou problematiku (příloha II). Mezi **specifika práce s drogově závislými** označili opět aktuální stav klienta, respekt ke klientovi, anonymitu a motivaci. Z toho vyplývá, že vše se odvíjí od aktuálního stavu klienta, který respondenti neustále zmiňují. Udržení anonymity je důležité z hlediska toho, že jde o hlavní princip kontaktního centra a klienti jsou citliví na anonymitu, jelikož většina z nich se za svou závislost může stydět. Tito klienti jsou extrémně nemotivovaní, tudíž

pokud chtějí změnit svoji životní situaci, musí se hodně pracovat na motivaci a s tím spojenou změnu chování. Práce s motivací je dobrým základem pro intervence, které vedou u klientů s problémy užívání drog ke změnám chování, prožívání a myšlení, jak uvádí Dobiášová a Broža (2003). Respekt ke klientovi se objevil i v odpovědích na další část okruhu, **Co se pracovníkům osvědčuje při práci s klienty**, jaký přístup a techniky práce. Osvědčuje se jim individuální a otevřený přístup, rovnocennost, nedělat věci za klienta, což respondent okomentoval: „*Je důležité vnímat sebe jako průvodce a ne strůjce dalšího osudu klientů.*“. Dále se jim osvědčuje naslouchání, objasňování, motivační rozhovor a kontaktní práce. Naslouchání a objasňování je provázané a pro práci s klienty nezbytné. Více k tomu dodávají Havránková (2013), Culley a Bond (2008), Motschnig a Nykl (2011). Dle Havránkové (2013) se v pomáhajících profesích klade důraz na aktivní naslouchání, které klientovi poskytuje dostatek zpětných vazeb od pracovníka. Kontaktní práce byla řečena, jelikož je to základ v kontaktních centrech, důraz je kladen na to, aby se pracovník dostal do kontaktu s klientem. Motivační rozhovor nebo jeho prvky se respondentům osvědčují při práci z toho důvodu, že motivace klientů je mizivá. Motivační rozhovor dobře popisuje Millerová (2011) a Gossop (2009). Otázka, **zda vycházejí z nějakého teoretického přístupu**, dělala respondentům problém, jelikož z konkrétního přístupu nevycházejí. Většina říkala, že si z každého směru vezmou, co je jim blízké a s tím poté pracují. Toto vystihuje eklecticismus, což znamená vybírání z různých myšlenkových směrů. Také se řídí principy a cíli organizace kontaktní práce. Mimo jiné vycházejí z bio-psycho-socio-spirituálního modelu, protože je důležité brát v potaz všechny dimenze osobnosti (biologická, psychologická, sociální a spirituální), o těchto dimenzích pojednává ve své publikaci Rotgers (1999). O holistickém (celistvém) pojetí člověka pojednává také Jankovský (2003) a Kudrle (2003), který tento model spojuje s prevencí. Dále vycházejí z filozofie Harm Reduction, která je pro kontaktní centra typická. Při otázce, **Jaký by měl být sociální pracovník**, se mi dostala spousta rozdílných odpovědí. Podle respondentů by měl být ztotožněn s principy a cíli práce, schopný sebereflexe, umět naslouchat, být trpělivý a naučený žít sám se sebou. **Za úskalí práce** označili syndrom vyhoření, hranice při práci, bezpečnost a opět se zde

objevila nemotivovanost klientů. Pro jednoho respondenta je nemotivovanost klientů hlavním úskalím a spatřuje v tom náročnost této práce. Podle Matouška a Hartla (2013) patří syndrom vyhoření nevyhnutelně k pomáhajícím profesím a definuje ho změnou chování pracovníka. Mezi nejnáročnější práce řadí i ty, kde nejsou klienti dostatečně motivováni (Matoušek a Hartl, 2013). O motivaci hovořila většina respondentů, klienti kontaktního centra jsou podle nich většinou bez motivace. Dle výpovědí respondentů mohu konstatovat, že sociální pracovníci v kontaktním centru vycházejí také z Humanistické a existenciální teorie pro svou pozornost věnovanou člověku jako individualitě, či z kognitivně-behaviorální teorie. O těchto teoriích se můžeme dočíst v jedné publikaci od Navrátila (2001) a ve dvou publikacích od Matouška a kol. (2007, 2013b). Z tohoto okruhu vyplývá hypotéza H2: Sociální pracovníci používají individuální přístup ke klientovi.

U posledního okruhu jsem u prvního respondenta zjišťovala poskytované služby a základní činnosti. U dalších respondentů už jsem tuto informaci nezjišťovala, jelikož by se informace opakovaly. Zajímaly mě především **Stěžejní činnosti kontaktního centra**, jaké služby klienti nejvíce využívají. Primárně je využíván výměnný program, což potvrzuje i výroční zpráva s titulem *Situace ve věcech drog v České republice v roce 2011*, ze které vyšlo, že nejvyužívanější službou v nízkoprahových programech je výměna injekčního materiálu (Chomynová a Grolmusová, 2012). Dále je využíváné testování na infekční onemocnění, kontaktní místnost a s ní spojený hygienický a potravinový servis. Poradenství je klienty také poměrně využíváné, o základním a odborném poradenství pojednává Hartl (2013). Broža (2003) popisuje poradenství konkrétněji a to u uživatelů drog. Na stěžejní činnosti jsem navázala **Problémy, s kterými klienti přicházejí za pracovníky**, co chtějí nejčastěji řešit. Jedná se o problémy sociální, zdravotní a právní. Nejčastěji dochází klienti se sociálními problémy, kdy chtějí řešit např. bydlení, vyřízení dokladů, dávky pomoci v hmotné nouzi. Ohledně dávek je důležité, aby měl pracovník nastudované prameny a to zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Nezbytnou součástí je pro sociální pracovníky také zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Z posledního okruhu vyplynula hypotéza H3: Klienty je primárně využíván výměnný program.

6 ZÁVĚR

Problematika uživatelů drog je v dnešní době hodně rozšířená, ale lidé o ní nemluví, jelikož téma drogy je v populaci tabu. Myslím, že lidé ani netuší, kolik kolem nich žije osob, kteří jsou závislí na návykových látkách. Proto mnohdy ani nemají ponětí, že existuje zařízení, jako je např. kontaktní centrum, které slouží k minimalizaci rizik spojených s užíváním návykové látky. Na začátku psaní této práce jsem chtěla výzkum uskutečnit ve více typech zařízení, od nízkoprahového centra až po samotnou léčbu. Během práce na teoretické části jsem se rozhodla pouze pro kontaktní centra, jelikož práce v jednotlivých zařízeních je natolik odlišná, že by bylo velmi složité vyhodnocovat taková data. Kontaktní centrum jsem si vybrala také z důvodu, že je to ten nejnižší práh, kam může osoba ohrožená závislostí přijít a využívat služby a to vše anonymně. Výzkum proběhl ve třech zařízeních v Jihočeském kraji.

Na začátku jsem si stanovila cíle práce. *Jaký teoretický přístup je nejlépe uplatňován sociálními pracovníky při práci s drogově závislými*, takto zněla i hlavní výzkumná otázka. A dále jsem zjišťovala, *jaké jsou příklady dobré praxe*. Tyto cíle jsem se snažila naplnit dílčími výzkumnými otázkami, které se vztahovaly ke specifikám práce s drogově závislými v kontaktním centru. Hlavním zjištěním bylo to, že sociální pracovníci příliš nedokázali říct, zda pracují podle nějaké teorie. Většinou se jedná o eklecticismus, vybírají z různých směrů a to pak uplatňují při své práci. Výsledkem je, že základ tvoří bio-psycho-socio-spirituální model, který bere v potaz celistvé pojetí osobnosti, a filozofie Harm Reduction, což je hlavní prostředek kontaktní práce. Na základě zjištěných výsledků je možné konstatovat, že nejčastěji je uplatňována Humanistická a existenciální teorie pro svou pozornost věnovanou člověku jako individualitě. Dále také kognitivně-behaviorální teorie, jelikož mají spoustu klientů bez motivace, tudíž se jim osvědčuje pracovat u nich na motivaci ke změně chování.

Další otázky byly směřovány k cíli, *jaké jsou příklady dobré praxe*. Ve výsledcích vyšlo, co se pracovníkům osvědčuje, jak vypadá komunikace s klientem, úskalí práce s drogově závislými. Některé výpovědi byly shodné, ale v mnoha věcech se názory

pracovníků lišily. Výsledky mé práce přinášejí názory sociálních pracovníků, jejich doporučení a techniky, které se jim při práci osvědčily, následně úskalí jejich práce. Výsledkem tedy je, že za vůbec nejdůležitější považují pracovníci brát v potaz aktuální stav klienta, respekt vůči němu a individuální přístup ke každému klientovi. Největším úskalím je pro ně syndrom vyhoření a udržení si hranic při práci s klientem.

Myslím, že práci by bylo možné rozšířit o činnost kontaktních center z jiného kraje a porovnávat rozdíly. Dále by bylo možné zpracovat i názory samotných klientů. Zde by se mohla zjišťovat spokojenost klientů kontaktních center se službami, které nabízejí, a spokojenost s přístupem pracovníků, který uplatňují při práci s klienty.

Práce může posloužit jako přehled osvědčených technik, přístupů a doporučení pro nové pracovníky, kteří se chystají pracovat s drogově závislými. Výsledky mohou být rovněž základem pro další studie a výzkumy v této oblasti.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. 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
2. BROŽA, J., 2003. Poradenství u uživatelů drog. **In:** KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 269-273. ISBN 80-86734-05-61.
3. 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.
4. ČESKO. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění zákona č. 206/2009 Sb.*
5. ČESKO. *Zákon č. 111 ze dne 14. března 2006 o pomoci v hmotné nouzi ve znění zákona č. 111/2006 Sb.*
6. DOBIÁŠOVÁ, D. a J. BROŽA, 2003. Motivační trénink. **In:** KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 283-289. ISBN 80-86734-05-61.
7. FLEISCHMANN, O., 2006. Drogy a závislost na drogách. **In:** FLEISCHMANN, O. a kol. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, s. 67-89. ISBN 80-7044-769-9.
8. FROUZOVÁ, M., 2003. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. **In:** KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 124-128. ISBN 80-86734-05-61.
9. GOSSOP, M., 2009. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. 1. vyd. V jazyce českém. Editor Roman Pešek, Viktor Mravčík. Překlad David Fuchs. Praha: Úřad vlády České republiky, 104 s. Monografie, no 14. ISBN 978-808-7041-819

10. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Vyd. 1. Praha, 208 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4733-791.
11. HARTL, P., 2013. Poradenství. **In:** MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Portál, s. 101-134. ISBN 978-802-6202-134
12. 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
13. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 407 s. ISBN 978-802-6202-196
14. HRDINA, P., 2003. Harm Reduction – snižování poškození drogami. **In:** KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 263-267. ISBN 80-86734-05-61.
15. CHOMYNOVÁ, P. a L. GROLMUSOVÁ., 2012. *Zaostřeno na drogy 8: Souhrn výroční zprávy*. Praha: Úřad vlády České republiky, roč. 10, č. 6. ISSN 1214-1089.
16. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 223 s. ISBN 80-725-4329-6
17. KAHOUN, V. a kol., 2007. *Vybrané kapitoly k sociální práci: sociální práce II*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-807-3870-645
18. KALINA, K., 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 394 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4724-492.
19. 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
20. KAPPL, M., 2013. Kognitivně-behaviorální teorie a kognitivně-behaviorální terapie (KBT). **In:** MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 17-19. ISBN 978-80-262-0366-7.
21. KLÍMA, P., 2009. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. [Praha: Česká asociace streetwork, 359 s. ISBN 978-80-254-4001-8.
22. KUDRLE, S., 2003. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. **In:** KALINA, K. a kol.

- Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 145-149. ISBN 80-86734-05-61.
23. LEJČKOVÁ, P., V. MRAVČÍK a J. RADIMECKÝ, 2004. *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 94 s. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3414-5.
24. MATOUŠEK, O. a P. HARTL., 2013. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. **In:** MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Portál, s. 49-57. ISBN 978-802-6202-134
25. MATOUŠEK, O. a kol., 2013b. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Editor Alois Křišťan. Praha: Portál, 570 s. ISBN 978-802-6203-667.
26. MATOUŠEK, O. a kol., 2013a. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Portál, 395 s. ISBN 978-802-6202-134.
27. MATOUŠEK, O. a kol., 2007. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 309 s. ISBN 978-807-3673-314
28. MILLEROVÁ, G., 2011. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Překlad Jiří Bareš. Praha: Galén. ISBN 978-807-2627-653.
29. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
30. MOTSCHNIG, R. a L. NYKL, 2011. *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. Vyd. 1. Překlad Jana Bílková. Praha: Grada, 172 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4736-129.
31. NAVRÁTIL, P., 2013. Existenciální teorie. **In:** MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 21-26. ISBN 978-80-262-0366-7.
32. NAVRÁTIL, P., 2007. Humanistické a existenciální teorie. **In:** MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 201-216. ISBN 978-807-3673-314
33. NAVRÁTIL, P., 2007. Kognitivně-behaviorální teorie. **In:** MATOUŠEK, O a kol. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 226-231. ISBN 978-807-3673-314

34. 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
35. NAVRÁTIL, P., 2003. Sociální práce. **In:** KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 70-75. ISBN 80-86734-05-62.
36. NAVRÁTIL, P., 2001. *Teorie a metody sociální práce*. 1. knižní vyd. Brno: Zeman, 168 s. ISBN 80-903-0700-0
37. NEŠPOR, K., 2007. *Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy léčby]*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 170 s. ISBN 978-807-3672-676
38. ROTGERS, F., 1999. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Překlad Martin Hajný, Magdalena Sláchalová. Praha: Grada, 260 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9836-9
39. ŘEZNÍČEK, I., 2000. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Dotisk 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 80 s. ISBN 80-858-5000-1
40. Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007. *Drogy: otázky a odpovědi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 198 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
41. SANANIM, 2009. Psychická onemocnění a drogy. *Drogová poradna* [online]. [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/drogy-anemoci/psychicka-onemocneni-a-drogy.html>
42. ŠVARÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
43. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2003. Harm Reduction. *Drogy-info.cz* [online]., aktualizováno 18.10.2010 [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/h/harm_reduction
44. 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.

45. VODÁČKOVÁ, D. a kol., 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 543 s.
ISBN 978-80-262-0212-7
46. VOKURKA, M. a J. HUGO, 2007. *Velký lékařský slovník*. 7., aktualiz. vyd. Praha:
Maxdorf, xv, 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Drogová závislost

Uživatel drog

Sociální pracovník

Kontaktní centrum

Sociální práce

Teorie a techniky

9 PŘÍLOHY

Příloha I - Okruhy a otázky k rozhovoru

Příloha II - Kazuistiky

Příloha I – Okruhy a otázky k rozhovoru

Okruh	Otázka
Cílová skupina drogově závislých	Jaká cílová skupina navštěvuje kontaktní centrum?
	Jaká droga je nejvíce užívána?
	Liší se Váš přístup vzhledem k látce, kterou klient užívá?
	Jak probíhá komunikace s klientem?
Specifika sociální práce s drogově závislými	V čem spatřujete specifika práce s drogově závislými
	Co se vám osvědčuje při práci?
	Vycházíte z nějakého teoretického přístupu?
	Jaký by měl být sociální pracovník v kontaktním centru?
	Jaká spatřujete úskalí práce s drogově závislými?
Stěžejní činnosti kontaktního centra	Jaké jsou stěžejní činnosti kontaktního centra?
	S jakými problémy klienti nejčastěji přicházejí za sociálními pracovníky?

Příloha II – Kazuistiky

Kazuistika č. 1

Respondent 1, zařízení A

V prvním okruhu mě zajímala charakteristika cílové skupiny, která navštěvuje kontaktní centrum a komunikace pracovníků s touto skupinou. Respondent mi popsal cílovou skupinu jako aktivní uživatele návykových látek všeho druhu, převážně se jedná o pervitin, opiáty a jejich substituce – zneužívání subutexu, léků opiátového typu, benzodiazepiny, THC, popřípadě kombinací více látek. Průměrný věk klientů se pohybuje kolem 26 let. Respondent se také zmiňuje, že malé procento cílové skupiny tvoří i rodinní příslušníci přicházející na poradenství ohledně situace jejich dětí. Přístup pracovníků ke klientovi vzhledem k látce, kterou užívá, se neliší. Nezáleží, jakou drogu klient užívá, ale spíše se liší přístup ke klientovi podle toho, v jaké se nachází aktuální situaci a zda zvažuje změnu ve svém rizikovém chování. Ohledně komunikace s drogově závislým se mi respondent vyjádřil obdobně, že jejich komunikace se odvíjí od aktuálního stavu klienta, což znamená míry intoxikace, stavu jeho rozpoložení a nálady. Velký důraz je kladen na respekt ke klientovi a reflektování aktuální situace.

V druhé okruhu mě zajímala specifika práce v kontaktním centru, co se pracovníkům osvědčuje a v čem spatřují úskalí. Pro respondenta je specifikem to, jaký bere ohled na závislostní poruchu osobnosti, důraz na respekt a aktuální situaci klienta. Při práci se mu osvědčuje individuální přístup a je pro něj stěžejní vnímat klienta v jeho situaci v širokém kontextu dalších vazeb a vztahů. Říká, že nemusí věřit tomu, co klient říká, ale musí mu věřit jako takovému v situaci tady a teď, respektovat jeho rozhodnutí a především vnímat sebe spíše jako „průvodce“ a ne strůjce dalšího osudu klientů. Respondent nevychází z konkrétního teoretického přístupu či modelu a tvrdí, že neexistuje žádný zaručený směr ani škola. Považuje za důležité neustále se informovat, vzdělávat a držet se základních pravidel, což jsou principy práce a etický kodex. Podle respondenta by měl být sociální pracovník v této službě vnímavý, vstřícný, schopný sebereflexe a otevřenosti. Měl by znát své vlastní limity a hranice,

v zásadě prý jde o dodržování základních věcí, které jsou specifické pro práci s klienty obecně. Při tématu úskalí práce se na chvíli zamyslel a první věc, která ho napadla, byla hranice při práci s klienty a její vymezení. Dále spatřuje riziko u přebírání odpovědnosti za klienta a velmi důležitá je míra sebereflexe samotného pracovníka. Ten by měl být schopen odpočinku a dostatečné péče o vlastní osobu.

U třetího okruhu jsem se prvního respondenta ptala na služby a základní činnosti kontaktního centra. Dále mě zajímaly stěžejní činnosti kontaktního centra a s jakými problémy klienti přicházejí. Základní činnosti jsou zjistitelné na webové stránce, nebylo tedy nutné, aby byly vyjmenované všechny. Respondent rozdělil základní činnosti na nízkoprahové, především jde o výměnný program, testování na injekční onemocnění, drogové poradenství a informace o Harm Reduction. Dále mají doplňkové služby, které jsou vázané na službu kontaktní místnost, zahrnující hygienický a potravinový servis, k dispozici je i internet. Poskytují sociální a individuální poradenství, zdravotní ošetření, asistenci, poradenství pro rodiče, zprostředkování léčby, podporu při abstinenci, motivační trénink, krizovou intervenci a další. Z toho nejčastěji klienti využívají výměnný program, testování na infekční onemocnění, kontaktní místnost a s tím spojené doplňkové služby, což je tedy hygienický a potravinový servis. S tím jsou spojené i problémy, s jakými chodí do kontaktního centra. U výměnného programu chodí za účelem snížení minimalizace rizik při užívání tím, že vyměňují použitý injekční materiál za nový. Většina klientů se potřebuje jen vypovídat, k čemuž slouží kontaktní místnost a nezávazně vedené rozhovory. Nejčastěji řeší svou aktuální situaci ať už je sociální, právní, či zdravotní. Pokud klient projeví zájem, je mu v této oblasti poskytnuta pomoc ze strany pracovníků. Sociální situace klientů je taková, že jsou bez práce nebo registrovaní na úřadu práce a pobírající sociální dávky. Polovina klientů má zázemí a bydlení, druhou část tvoří klienti bez bydlení a se špatným nebo žádným zázemím. Často jsou klienti s podmíněným trestem odnětí svobody, mají vysoké dluhy, neplatí pojištění, někdy i provozující kriminální činnosti.

Kazuistika č. 2

Respondent 2, zařízení A

První okruh jsme začali popisem cílové skupiny kontaktního centra. První skupina jsou uživatelé drog, druhá cílová skupina lidé bez přístřeší a třetí skupina je rodina a příbuzní uživatele drog. Průměrný věk u uživatelů je kolem 30 let. Nejčastěji berou pervitin a převažuje nitrožilní užívání, další skupina jsou uživatelé subutexu a jiných opiátových léků, většina klientů kouří také marihuanu. Respondent konstatuje, že se klienti nachází ve fázi závislý nebo problémový uživatel, experimentátoři a víkendoví uživatelé se vyskytují ve výjimečných případech, jelikož zatím necítí potřebu využívat služby. To jakou látku užívají, nemá velký význam pro pracovníka a jeho přístupu ke klientovi. Jejich přístup se liší jen v případě intoxikovaný a neintoxikovaný klient, tudíž význam má aktuální stav klienta. Respondent mi to ukázal na příkladu, když jsou opiátoví klienti v abstinenci fázi, chovají se jinak, nemá cenu je zdráždit a něco po nich chtít. Tímto jsme rovnou navázali na komunikaci s klientem, která probíhá zcela běžně jako s kýmkoliv jiným. Respondent měl ze začátku obavy, jak s nimi bude komunikovat, ale po čase zjistil, že nejde používat nějaká specifická komunikace, než kterou používá v běžném životě. Pokud jsou příliš intoxikovaní, nerozumí klientům, co chtějí sdělit, ale není to tak časté.

Velkou část rozhovoru jsem zaměřila na specifika této práce. Bylo potřeba, aby se respondent nad tímto tématem zamyslel, což také proběhlo. Specifika práce spatřuje respondent v tom, že jsou klienti citliví na anonymitu a důvěru. Uživatel se často stydí za to, že se stal drogově závislým. Snaží se hrát s pracovníky hru, že mění pro kamarády a podobně. Specifikum tedy vidí v tom, že s nimi tu hru hrají, netlačí na ně, respektují to, co jim klient chce říct, netahají z něj něco, o čem klient nechce mluvit. Pracovník si musí dávat velký pozor, na co se ptát, zda je klient nastavený odpovídat na otázky. Respondent se také zmiňuje, že je potřeba dávat si velký pozor na mlčenlivost. Specifikem je pro něj i to, že téma drogy je velmi citlivé a tabu. Překvapivé je, jak na tuto službu pohlíží veřejnost, která se k tomu staví dost negativně. Nechápu potřebu služeb pro drogově závislé. Dále se vyskytuje u některých klientů

nejasnost zakázek, což u jiných služeb nepozoruje. Odůvodňuje to tím, že je to nejspíš formou nastavení nízkoprahu. Na otázku co se respondentovi osvědčuje, jak pracuje s klienty, mi bylo odpovězeno, že se mu osvědčuje být autentický, nedržet se jen nějakých postupů, ale poslouchat svou intuici. Osvědčuje se mu humor s klientem, přijmout klienta takový, jaký je. Používá motivační rozhovor a zrcadlení jejich psychologického rozpoložení, ale také reflektuje to, co říkají. Důležitý je rovný přístup ke klientovi a naladit se na klienta. Nesnažit se jeho přetáhnout na svoji stranu, ale přizpůsobit se klientovi. Respondent konstatuje, že podle konkrétního teoretického přístupu nepostupuje, řídí se hlavně pravidly a principy kontaktní práce. Podle respondenta by měl sociální pracovník přistupovat ke klientovi s respektem. Měl by to být člověk se schopností brát lidi takový, jací jsou a neodsuzovat je. Pracovník nesmí klientem pohrdat a měl by mít intuici a schopnost rozpoznat v jaké fázi klient je, vycítit jeho motivaci ke změně. Neměl by být vyhořelý, což zdůvodňuje tím, že klienti to dokážou vycítit a jsou hodně všímaví. Dále jsem směřovala rozhovor k úskalí této práce a to respondent spatřuje především v nastavení hranic. Tím, že se jedná o nízkoprahovou službu, má pracovník s klientem hodně blízký vztah, těžko se potom drží hranice, musí si na to dávat pozor. Zmiňuje také bezpečnostní úskalí, ať už jde o riziko agresivity nebo infekčního prostředí, většina klientů má žloutenku typu C.

Poslední okruh byl věnován činnostem a službám, které jsou nejvíce využívány. Služby a základní činnosti poskytují dle zákona č. 108/2006, o sociálních službách. Všechny činnosti kontaktního centra jsou k dispozici na webové stránce, neptala jsem se tedy znova na tuto informaci. Zaměřila jsem rozhovor na nejvíce využívané služby a to je kontaktní místnost, která slouží k jakési stabilizaci klienta, mohou si zde dát kávu, popovídat si nebo použít hygienický servis. Dále je nejvíce využíván výměnný program, který slouží ke snižování rizik spojených s užíváním drog. Probíhají zde testy na drogy a na infekce. Časté jsou individuální konzultace jak s klienty, tak s rodinnými příslušníky klientů. Vcelku časté je i poskytování krizové intervence. Součástí kontaktního centra je také terénní práce a s tím spojená výměna injekčního materiálu. Velký důraz respondent kladl na poměrně využívané sociální poradenství, dále doprovod na úřady, sociální práci, kdy pracovník pomáhá klientovi hledat práci,

ubytování, informuje ho a pomáhá mu ohledně sociálních dávek. Tím jsme se rovnou dostali k problémům uživatelů a jejich životní situaci. Respondent konstatoval, že klienti navštěvují kontaktní centrum v situacích, kdy přestávají zvládat svoji závislost, mají zdravotní problémy nebo si chtějí jenom ulevit, sednout si, hodinu se vyprávět a to jim pomůže. Zmínil se také o sociálních problémech, jako jsou ztráta práce, bydlení, infekční obavy. Většina klientů nemá stálý domov, ale bez domova také nejsou. Žijí ve společných bytech, po kamarádech apod.

Kazuistika č. 3

Respondent 3, zařízení B

Cílovou skupinu, která navštěvuje kontaktní centrum, tvoří uživatelé drog, nejvíce jde o klienty pervitinu a opiátů, často se jedná o kombinaci obojího. S užíváním opiátů je spojené i zneužívání léků. Chodí prý více mužů než žen a věkové rozmezí je kolem 30 let. Další část klientů jsou rodiče uživatelů pervitinu a THC, přicházejí většinou se svými dětmi, kteří jsou ve fázi experimentování s drogou. Respondent konstatuje, že na malých městech není síť služeb tak bohatá, proto jsou více otevření rodinám uživatelů. Na otázku, v jaké fázi užívání se klienti nacházejí, mi respondent odpovídá, že se jedná o pár experimentátorů a víkendových uživatelů, to je u těch mladších uživatelů. Většina klientů jsou problémoví a závislí na droze. Přístup ke klientovi vzhledem k látce, kterou užívá, se neliší. Jednání klientů je velice podobné. Uvádí mi to na příkladu dvou klientů pervitinu. Na každého je potřeba jiný přístup, protože jde o rozdílné osobnosti, mohou mít jiné sociální zázemí, jiný metabolismus, mentální výbavu, regeneraci těla. Respondent zdůrazňuje potřebu pracovat s každým klientem individuálně. Na to navazuje rozhovor o komunikaci s klientem, ta se odvíjí od vztahu, který má pracovník s klientem. Odvíjí se také od toho, jestli chce klient do komunikace jít, což závisí na aktuálním stavu a naladění klienta. Motivace pracovníka je také důležitá, měl by chtít jít do komunikace a do kontaktu. Zmiňuje se, že komunikace se liší od toho, jestli je tam klient poprvé nebo už tam dochází dlouhou dobu. Komunikace nasedá na potřeby klienta a na jeho aktuální stav.

Pro respondenta je práce s drogově závislými specifická v tom, že jde o klienty v produktivním věku a nejsou motivováni ke změně. Otázka trpělivosti u pracovníka je vidina možné změny, která je zpravidla pomalá, nemusí být tak vidět. Uvědomění si toho, že pár malých kroků ke změně, znamená pokrok, ale pracovník musí počítat i s tím, že se klient může vrátit na začátek. Řada věcí se děje ve vlnách a pracovník musí být trpělivý, i když klient spadne zpátky do problémového užívání. Další specifikum spatřuje v selektivní paměti klientů, nesmí počítat s tím, že klient si bude vše pamatovat, musí mu informace opakovat a připomínat. Klade důraz na mapování situace, jelikož se ze dne na den může situace klienta změnit. Konstatuje, že stálost je ohrožená jejich závislostí. Respondentovi se osvědčuje při práci přirozenost, zájem o klienta a respekt. Být člověkem a ne direktivním pracovníkem. Používá motivační rozhovor, buď to vědomě, nebo se při komunikaci používají jen některé prvky z motivačního rozhovoru. Důležitá je kontaktní práce, která je typická pro kontaktní centra. Vychází se hlavně z individuálního přístupu ke klientovi. Respondent tvrdí, že teoretické přístupy jsou vesměs jedno a to samé, ale každý směřuje trochu jinak. Občas používá Rogerse, umění mlčet a dát prostor klientovi. Doplnuje to informací, že někteří klienti mají nižší sebevědomí a potřebují čas na to, aby se projevili. Používá doptávání a objasňování, jestli dobře rozuměl tomu, co klient říkal. Podle respondenta si pracovník z každé teorie něco vezme a používá to v praxi, ale nejde si říct, ano vycházím z této teorie atd. Vybírá si přístupy a koncepty, které jsou jemu blízké a v kontaktu s klientem si zkouší, co mu vyhovuje. Úskalí práce spatřuje ve vymezení hranic, jelikož klienti chtějí získat nějakou výhodu např. kamarádství, ale to mu pracovník nabídnout nemůže. Klient pod vlivem je také úskalí, pokud jde o bezpečnost a konflikty mezi klienty. Pracovník si musí ochránit svoje území. Dále zmiňuje kontakt s policií, občas požadují více informací, než kolik jim může kontaktní centrum dát. Úskalí může být i to, že veřejnost tuto službu chápe zvláštním způsobem, buď že pracovníci jsou bývalí uživatelé drog nebo současní nadšenci. Nejsou vnímáni jako profesionální služba. Respondent říká, že by měl být kontaktní pracovník trpělivý, přirozený, zdravě sebevědomý a upřímný. Být schopný reflexe, koukat se na to, co dělá

a přemýšlet o tom. Měl by umět říct kritiku i pochvalu jak ve vztahu ke klientovi tak k ostatním pracovníkům.

V posledním okruhu jsme se dostali ke službám, které jsou klienty primárně využívané. Jsou to služby výměnného programu, zejména výměna injekčního materiálu. Dále informační servis a následně poradenství s testy na nemoci a drogy. Využíván je i hygienický servis a kontaktní práce, kdy dochází ke kontaktu pracovník-klient. Nejčastěji chodí klienti bez nějakého velkého problému, chtějí využít jenom služeb Harm Reduction, což je výměna materiálu. Pokud chodí s problémem, jsou to zdravotní problémy (žíly), sociální problémy spojené s bydlením, prací, nedostatkem peněz, léčbou žloutenky, léčbou z drog. Jednou za čas přichází klienti se žádostí o krizovou intervenci, kdy se nachází v akutním stavu a jsou na tom špatně. Respondent konstatuje, že většina klientů ve městě je stabilizovaná po sociální stránce. Zájem o léčbu je, ale velmi malý. Typické je, že se setkávají s klienty ze všech vrstev společnosti, od lidí bez domova až po lidi, kteří jsou na tom dobře. Dodává, že klienti na ulici jsou spíše výjimkou v tomto městě.

Kazuistika č. 4

Respondent 4, zařízení B

Cílovou skupinu mi respondent popsal jako injekční uživatele drog, ostatní uživatelé a rodiče uživatelů. U aktivních uživatelů se věkový průměr pohybuje kolem 28 let. Nejčastěji užívaná droga mezi klienty je pervitin a stimulanty. Podle respondenta je polovina klientů závislých a druhá polovina jsou problémoví uživatelé. Na otázku, zda se liší jeho přístup vzhledem k droze, kterou klient užívá, mi odpovídá, že to nemají rozdělené. Přístup má vycházet z aktuálního stavu klienta a ze služeb, které chce v tu chvíli využívat. Pracovník musí jenom přeladit na jejich rozpoložení, jelikož lidé na pervitinu jsou akčnější a rozlitanější, než klienti na stimulantech. Důležité je tedy uzpůsobení tempu a stavu klienta. Komunikace probíhá podle aktuálního stavu a služeb, které chtějí využívat. Pokud někdo chodí jenom na výměnu injekčního materiálu, snaží se s ním navázat větší komunikaci a vtáhnout ho do využívání více služeb.

V dalším okruhu jsem chtěla, aby se respondent zamyslel nad specifiky, které spatřuje v této práci. Spatřoval je v tom, že služby jsou poskytovány anonymně, bezplatně a kdykoliv v rámci provozní doby. Alespoň ten základ jako je poradenství, výměnný program, testování, odkazy na jiné služby se může poskytovat kdykoliv. Respondentovi se osvědčuje otevřenost směrem ke klientovi, narovinu jim sděluje, jaké služby poskytují a co chtějí po klientovi. Přistupuje k nim jako ke komukoliv jinému, nedělají rozdíl mezi uživatelem, neuživitelem. Jedna z mála institucí, kde se klienti cítí alespoň trochu bezpečně a kde je pracovníci berou tací, jací jsou. Respondent se zmiňuje o tom, že vychází z bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Uvádí to na příkladu, kdy lidé řeší různé oblasti problémů a důvody, proč berou, souvisejí s mnoha věcmi, které nezáleží jenom na nich, proto se zkoumají všechny roviny. Podle respondenta by práci s drogově závislými měl dělat člověk, který je naučený žít sám se sebou. Do práce by měl promítat v minimálním množství své představy, předsudky, verze, jak by se měl člověk chovat. Měl by umět naslouchat a klást konstruktivní otázky. Schopný se přizpůsobit tempu klientů a měl by mít srovnaný v hlavě to, jak to má s drogami. Dále musí být pracovník ztotožněný s principy a cíli práce, to je pro něj důležité. Na otázku jestli má práce s drogově závislými nějaká úskalí, respondent tvrdí, že je to náročné v tom, v čem člověk vidí úspěchy. Na téhle úrovni jde práce pořád dokola, ve stejné úrovni a nedochází k výrazným zlepšením a změnám u klientů.

U posledního okruhu jsme přešli ke službám, které chtějí klienti využívat. Služby jsou zde nízkoprahové a strukturované. Nejvíce jsou využívány nízkoprahové služby a to výměnný program. Dále základní drogové poradenství pro klienty i pro rodiny a testování na nemoci. Občas pracovníci chodí do terénu v rámci oslovovacích akcí, lákají potencionální klienty do služby. Respondent mi oznamuje, že výjimečně jsou klienti bez domova, většinou mají alespoň nějaké zázemí a možnost bydlení. Komunita uživatelů v tomto městě je tvořena přátelskými vazbami, tudíž si vzájemně vypomůžou a postarají se o sebe. Z toho důvodu se v tomto kontaktním centru moc nevyužívá hygienický a potravinový servis. Nejvíce se řeší sociální problémy, z toho dluhové

poradenství, vyřizování dávek sociálního zabezpečení. Dále jsou klienti, kteří mluví o léčbě a chtěli by začít abstinovat.

Kazuistika č. 5

Respondent 5, zařízení C

Dle respondenta do cílové skupiny kontaktního centra spadají osoby ohrožené závislostí, respektive užívající návykové látky. Převážně jsou to injekční uživatelé nealkoholových drog a průměrné věkové složení je kolem 26 let. Nejčastěji je užíván pervitin a dále opiáty (Subutex, Vendal). Podle respondenta se zde vyskytují problémoví uživatelé, závislí a v menším zastoupení i experimentátoři. Nezáleží na tom, jakou klient bere drogu, přístup ke klientovi si pracovník udržuje stejný, ať už jde o uživatele pervitinu či opiátů. Ani komunikace se neliší, pokud není aktuálně intoxikovaný. V tom případě je komunikace velmi obtížná a nějaké služby nemohou poskytovat v takové kvalitě a odkazují klienta na jiný den.

Respondent spatřuje specifika práce v agresivitě mezi klienty nebo mířenou na společnost. Klienti si vynucují služby neadekvátním způsobem, velmi specifická věc je manipulace ze strany klientů. Vztah budují na bázi přátelství, ale musí se hodně vymezovat hranice mezi pracovníkem a klientem. Další specifikum je pro respondenta udržovat anonymitu služby, spousta klientů pracovníci neznají pod pravým jménem. Respondentovi se osvědčuje otevřený přístup, ale musí počítat s tím, že přílišná otevřenost a vstřícnost může být na škodu. Pracovník si musí uvědomovat, že klienti nejsou hloupí nebo neschopní, takže nesnažit se dělat věci za klienta, ale snažit se klienta spíše zplnomocňovat a podporovat ho v tom, že spousta věcí si dokáže zařídit sám. Je důležité je brát jako normální lidi. Stěžejní je pro tuto práci kontaktní práce, vstupovat do kontaktu s klienty. Vedou se rozhovory, důležité je naslouchat klientovi, nenálepkovat a neodsuzovat klienty. Respondent konstatuje, že vycházejí z holistického přístupu ke klientovi, jde o bio-psycho-socio-spirituální model. Takový model je vhodný, jelikož jsou v něm zahrnuty všechny složky osobnosti. A dále se zmiňuje o filozofii nízkoprahového zařízení, což je Harm Reduction, zmírňování rizik při

užívání drog. Na otázku jaký by měl být sociální pracovník v této službě, mi respondent s humorem odpověděl, že by měl být statečný. Dále se respondent rozprávěl o tom, že není dobré, když je kontaktní pracovník zaměřený na výkon, na záchranu klienta, jelikož výsledky nejsou tolik znát, nejsou tak hmatatelné. Poukazuje na to, že pracovníci v této službě za sebou nevidí pokroky nebo nějakou hodně viditelnou odvedenou práci a to může nějaké pracovníky dovést až k syndromu vyhoření. Pracovník by měl být trpělivý, nedělat věci za klienta. Za úskalí označil syndrom vyhoření, ke kterému lze dojít vcelku snadno, když pracovník slyší osudy talentovaných lidí, kam je drogy zavedly. Je velmi náročné, aby to člověka neovlivňovalo. Proto by měl mít každý pracovník v pořádku svůj osobní život, umět odpočívat a relaxovat. První respondent, který nepocituje nějaká větší specifická úskalí této práce.

Klienty je nejvíce využíván výměnný program, což je stěžejní bod kontaktní práce. Na to pak navazují další služby, ostatní služby klient začíná využívat při získávání větší důvěry pracovníků. Výměna je nástroj, jak získat kontakt s klientem, přiblížit se mu, aby k pracovníkovi dostal důvěru a otevřel i další věci, které by chtěl řešit. Využívána je také kontaktní místnost, kterou využívají převážně klienti, kteří jsou bez domova nebo nemají adekvátní bydlení. Dále je využíván hygienický servis. Polovina klientů využívá i služeb poradenství v sociální oblasti. První část poradenství spočívá v poskytnutí informací ohledně bezpečného brání, bezpečného sexu, popřípadě informace zdravotního charakteru. Dále chtějí klienti řešit sociální problémy, pracovníci poskytují pomoc při jednání s úřady, vyřešení dokladů nebo dávek hmotné nouze. Pomáhají při hledání ubytovny a vyřízení příspěvku na bydlení. Pracovníci také zprostředkovávají zdravotní péči, probíhá i asistence u některých klientů. Není to ve smyslu, že by pracovník dělal něco za klienta, ale spíše jim pomáhá a je pro klienta oporou. Další část poradenství souvisí s léčbou, kdy klienti uvažují o léčbě a chtěli by to realizovat. Jde o zprostředkování léčby, vedou se rozhovory o jejich motivaci k léčbě.

Kazuistika č. 6

Respondent 6, zařízení C

V první části rozhovoru jsem respondenta požádala, aby se rozprávěl o cílové skupině, která navštěvuje kontaktní centrum. Rozdělil ji na dvě části, na dlouhodobé uživatele nealkoholových drog a na experimentátory a příležitostné uživatele. Podle něho se většinou jedná o každodenní problémové uživatele drog. Nejčastěji užívaná droga je pervitin a dále vendal, občas subutex a léky ze skupiny benzodiazepiny. Přístup respondenta ke klientovi vzhledem k látce, kterou užívá, se neliší a lišit by se neměl ani u jiných pracovníků. Konstatuje, že záleží na jednotlivé osobnosti klienta. Komunikace s klientem by podle respondenta měla být odproštěna od mentorování, poučování, škatulkování, výčitek a skrytých významů. Komunikace musí být jasná a zřetelná. Mělo by se v ní zrcadlit klientovo počínání a objasňování možných dopadů jeho jednání. Pokud přijde hodně intoxikovaný klient na pervitinu je s ním komunikace těžká, v tu chvíli s ním nemá cenu cokoli řešit. Platí na ně verbálně je brzdit a jasně zjistit, co potřebuje a co chce. Naopak respondent doporučuje na opiátové klienty mluvit více nahlas, lépe artikulovat, opakovat jim informace.

Největším specifikem je pro respondenta obrovská nemotivovanost klientů. Většina klientů docházejících do této služby je extrémně nemotivovaná k jakékoliv změně, ale respondent dodává, že hodně záleží na tom, jak se k užívání drog dostali. Zmiňuje, že někteří se stali závislími po těžkém úrazu, kdy jejich závislost začala na lécích tlumících bolest a už se této závislosti nedokázali zbavit. Pokud klient chce změnit sebe nebo svou životní situaci, primárně se musí pracovat s jeho motivací. Obzvláště klienti, kteří žijí na ulici, jsou podle respondenta extrémně nemotivovaní. Dále jsem se ptala, co se respondentovi osvědčuje při práci s uživateli drog. Konstatoval, že důležité je pro něj pozorování klientů a vedení rozhovoru, ať už jde o běžné rozhovory na kontaktní místnosti, tak v některých případech probíhají i motivační rozhovory nebo alespoň použití pár motivačních technik při vedení rozhovoru. Osvědčuje se mu, jednat s klientem jako se sobě rovným a objasňovat mu důsledky užívání, o čemž už se respondent zmínil dříve. Ohledně otázky teoretického přístupu či modelu,

zda z nějakého vychází, respondent odpověděl, že z bio-psycho-socio-spirituálního modelu. A dále z konceptu Harm Reduction, což je stěžejní, jelikož kontaktní centrum má za cíl primárně snižovat rizika při užívání drog. Podle respondenta nezáleží na tom, jaký má sociální pracovník vzdělání, ale hlavně si musí utvořit s klientem vztah. Říká, že on osobně je ztotožněný s humanistickým přístupem, člověk má mít rád primárně sebe a lidi a vědět, že jim má, co dát. Ani tisíce kurzů a škol nenahradí osobnost pracovníka. Takový by podle něj měl být kontaktní pracovník, s přirozenou vřelostí. Měl by mít silné zdroje mimo práci, které ho nabíjejí, jelikož přiznává, že tato práce je hodně náročná. Náročnost spatřuje v tom, že pracovník se pořád o něco snaží, ale klienti buď stojí na místě, nebo klesají ještě více ke dnu. Nejsou většinou vidět výsledky, pokroky, nemá z čeho čerpat, protože není vidět odvedená práce. Úskalí práce vidí respondent opět v nemotivovanosti a v tom, že pracovník nevidí pokroky. Podle něho za to může nastavení nízkoprahovosti, jelikož klienti mají hodně práv a málo povinností.

Od úskalí práce jsme se přesunuli ke stěžejním činnostem v kontaktním centru. Podle respondenta je nejvíce využíván výměnný program a kontaktní místnost, s tím je spojený hygienický a potravinový servis. Dále informační servis, poradenství a krizová intervence. Velmi často probíhá také testování na infekční nemoci. Dodává, že je těžké vymezit, jaké služby jsou využívány nejvíce, jelikož lze od sebe služby těžko oddělit, protože jsou propojené. Pokud klienti přicházejí s nějakými problémy či chtějí něco řešit, jedná se dle respondenta především o dávky hmotné nouze, vyřizování osobních dokladů, případně pomoc při hledání ubytování.