

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Jitka Němcová, DiS.

*Bývalí uživatelé návykových látek působící  
v adiktologických službách – rizikové a ochranné  
faktory*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Daniela Ochmannová

**2016**

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité  
informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 9. 11. 2016

.....

Jitka Němcová

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Daniele Ochmannové, za cenné rady a vstřícný a inspirativní přístup při vedení této práce.

Dále bych chtěla velmi poděkovat všem respondentům za ochotu a otevřenost při poskytování citlivých informací. Mému příteli, rodině, kamarádům a kolegům v práci za podporu a trpělivost.

# Obsah

Úvod.....	7
1 Bývalý uživatel návykových látek.....	9
1.1 Uživatel návykových látek a závislost.....	9
1.2 Bývalý uživatel návykových látek.....	10
1.3 Sociální práce s uživateli nealkoholových návykových látek.....	11
1.3.1 Koncept sociálního fungování a životní situace v sociální práci s uživateli návykových látek.....	12
1.3.2 Faktory sociálního fungování dle malých paradigmat.....	13
1.3.3 Bývalí uživatelé působící v adiktologických službách.....	15
1.3.4 Sociální práce s uživateli návykových látek dle typu sociální služby.....	16
1.3.5 Bývalí uživatelé v týmu terapeutické komunity.....	18
1.3.6 Bývalí uživatelé v týmu doléčovacího centra.....	20
2 Rizikové a ochranné faktory.....	21
2.1 Rizikové a ochranné faktory u pomáhajících profesí.....	21
2.2 Rizikové a ochranné faktory ve vztahu k léčbě závislostí.....	23
2.3 Teorie systémů ve vztahu k rizikovým a ochranným faktorům.....	25
2.4 Dílčí závěr.....	28
3 Metodologie výzkumu.....	30
3.1 Cíl výzkumu.....	30
3.2 Kvalitativní výzkum.....	30
3.3 Kvalitativní polostrukturovaný rozhovor – sběr dat.....	31
3.4 Výzkumný vzorek.....	33
3.5 Fixace a zpracování dat.....	34
4 Rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti bývalých uživatelů působících v adiktologických službách.....	35
4.1 Rizikové a ochranné faktory v sociální rovině.....	35

4.1.1	Promítání vlastní zkušenosti.....	35
4.1.2	Kontakt s aktivními uživateli.....	36
4.1.3	Reakce kolegů v týmu .....	37
4.1.4	Odmítnutí ze strany veřejnosti.....	38
4.1.5	Rodina a přátelé .....	38
4.1.6	Koníčky a odpočinek.....	39
4.1.7	Odbornost .....	40
4.1.8	Shrnutí rizikových a ochranných faktorů v sociální rovině životního fungování .....	40
4.2	Rizikové a ochranné faktory v psychické rovině .....	42
4.2.1	Stres a nadměrné pracovní vytížení .....	42
4.2.2	Odměny a adrenalin .....	43
4.2.3	Depresivní ladění .....	44
4.2.4	Chutě/bažení .....	45
4.2.5	Jednotvárnost, automatismus ve vztahu k profesi .....	45
4.2.6	Frustrační/emoční odolnost .....	46
4.2.7	Psychohygiena .....	47
4.2.8	Shrnutí rizikových a ochranných faktorů v psychické rovině životního fungování .....	47
4.3	Rizikové a ochranné faktory v duchovní rovině .....	49
4.3.1	Víra.....	49
4.3.2	Morální hodnoty vs. realita.....	50
4.3.3	Shrnutí rizikových a ochranných faktorů v duchovní rovině životního fungování .....	51
4.4	Rizikové a ochranné faktory v biologické rovině .....	51
4.4.1	Zdravotní komplikace a péče o zdraví .....	51
4.4.2	Image.....	53

4.4.3 Shrnutí rizikových a ochranných faktorů v biologické rovině životního fungování.....	54
4.5 Závěr interpretace dat .....	54
Závěr.....	56
Seznam literatury .....	58
Přílohy .....	60

# Úvod

Téma bývalých uživatelů návykových látek v pomáhajících profesích s uživateli drog je v posledních letech aktuální, zejména vzhledem k prokazatelnému působení bývalých uživatelů na různých pozicích a v různých oblastech a fázích léčby závislostí. Bývalí uživatelé návykových látek na pozici sociálních pracovníků mohou mít velký potenciál v rámci pomoci uživatelům drog. Svoji zkušeností mohou výrazně přispět v rámci týmu pracovníků adiktologické služby: mohou přiblížit svoji zkušeností proces léčby a to s čím se mohou klienti během léčby potýkat, mohou lépe odhalit rizika léčby a také mohou svoji zkušenost využít při řešení různých situací během léčby, ať pozitivních, či negativních (např. riziko relapsu, komunikace s rodinou, pocity viny, apod.). Jejich potenciál je možné využít také při rozhodování se klientů k léčbě (podpora vhodné motivace, uvědomění si rizik,...), ale také při doléčování. Existují určitá rizika, která vyplývají z jejich osobní zkušenosti a mohou se projevit i při jejich profesním působení. Mezi rizika může spadat neprofesionální chování pracovníka, např. přílišné vcítění do pozice klienta, riziko překračování hranic, nezvládnutí stresových situací, nezodpovědné chování, nebo naopak přílišná přísnost, apod. Vzhledem k tomu, že osobní zkušenost bývalých uživatelů může být v jistých ohledech riziková, je třeba s těmito riziky dále pracovat. K práci s riziky pomáhá znalost faktorů ochranných, které mohou pomoci těmto rizikům předcházet, nebo je úspěšně řešit. Může se jednat o podporu rodiny a blízkých na úrovni sociální, empatii, spiritualitu, zkušenosti a znalosti na úrovni osobní, dále zdravý životní styl, oddělování práce od soukromí, profesionalitu apod. Jako velmi důležitou vnímám potřebu uvědomění si těchto ochranných a rizikových faktorů a následnou práci s nimi.

V současné době se ve vybraných kapitolách svých publikací věnuje tématu bývalých uživatelů návykových látek působících v pomáhajících profesích několik autorů (např. Bartošíková, Kuda, Kalina,...) a existují články v odborných časopisech věnující se různým aspektům této problematiky (Mašek, Sobotka). Na základě studia literatury (např. Kalina, Mašek, Sobotka) jsem činnost těchto bývalých uživatelů zaznamenala nejčastěji v terapeutických komunitách zaměřených na léčbu závislostí na nealkoholových drogách, nebo v doléčovacích centrech.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaké jsou rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti pracovníků působících v organizacích zaměřených

na prevenci a léčbu drogových závislostí. Na základě celostního pohledu na sociální fungování člověka se budu zaměřovat na jednotlivé úrovně životní situace, prostřednictvím kterých se pokusím identifikovat důležité rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti bývalých uživatelů vzhledem k jejich současné profesi sociálních pracovníků. Budu zjišťovat, se kterými ochrannými a rizikovými faktory se tito bývalí uživatelé návykových látek působící v adiktologických službách setkávají na různých úrovních svého fungování (biologické, osobní, sociální, pracovní, duchovní...). Na tyto faktory budu pohlížet systémově, tedy zaměřím se na to, jak se tyto jednotlivé úrovně prolínají a vzájemně ovlivňují. Zjišťovat, jaké jsou tyto rizikové a ochranné faktory budu prostřednictvím rozhovorů s bývalými uživateli, kteří pracují v adiktologických službách, zejména proto, že oni sami mohou nejlépe posoudit, jaká rizika a jaké ochranné faktory jim jejich osobní zkušenost přináší.

Informace získané v rámci této bakalářské práce mohou pomoci identifikovat některé rizikové a ochranné faktory, které plynou z osobní zkušenosti bývalých uživatelů drog působících v pomáhajících profesích zaměřených na prevenci či léčbu závislostí na návykových látkách. Identifikace těchto rizikových a ochranných faktorů může přinést podporu samotným bývalým uživatelům působícím v pomáhajících profesích zaměřených na pomoc lidem se závislostí. Může jim pomoci v předcházení těmto rizikovým faktorům a naopak pomoci v efektivním a vědomém využívání faktorů ochranných. Získané informace by mohly posloužit také zaměstnavatelům těchto bývalých uživatelů, pro lepší pochopení jejich pozice v týmu a umožnění rozvoje ochranných faktorů spojených s výkonem této profese. V neposlední řadě by poznatky mohly pomoci široké veřejnosti lépe porozumět souvislostem vykonávání pomáhající profese u těchto bývalých uživatelů.

V rámci teoretické části vymezím prostřednictvím 2 hlavních kapitol základní pojmy, které se vztahují k cíli této práce. Jako primární považuji představit na základě dostupné literatury, kdo je bývalý uživatel návykových látek a v jakých adiktologických službách můžeme působení těchto bývalých uživatelů nejčastěji zaznamenat. Ve druhé kapitole se zaměřím na rizikové a ochranné faktory. V třetí kapitole mé bakalářské práce představím metodologii výzkumu (cíl práce, metodu, výzkumný vzorek, metodu fixace dat, ...) a poslední část práce věnuji interpretaci výsledků výzkumu.



# 1 Bývalý uživatel návykových látek

V jednotlivých kapitolách této práce se věnuji rizikovým a ochranným faktorům vyplývajícím z osobní zkušenosti pracovníků působících v organizacích zaměřených na prevenci a léčbu závislostí. Cílovou skupinou v této práci jsou bývalí uživatelé návykových látek působící v pomáhající profesi s uživateli návykových látek v různých fázích prevence či léčby.

## 1.1 Uživatel návykových látek a závislost

Věnovat se tématu uživatelů návykových látek a závislosti považuji v této práci za podstatné zejména pro důkladnější pochopení skupiny osob, se kterou tito bývalí uživatelé pracují, ale také pro lepší pochopení situace, kterou si sami prošli a ke které se vztahují některé jejich nynější rizikové a ochranné faktory. Pojem uživatel návykových látek používáme v rámci této práce zejména v souvislosti s uživateli, kteří užívají návykové látky škodlivě, v souvislosti s problémovými uživateli drog a uživateli, kteří jsou na návykových látkách závislí.

Jednoduché avšak účelné vysvětlení nabízí EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost), které udává, že uživatel návykových látek, užívá drogy nitrožilně nebo dlouhodobě, pravidelně užívá opiáty, kokain anebo amfetamin.<sup>1</sup>

Část populace uživatelů návykových látek využívá služby na všech úrovních prevence a léčby závislostí, kterým se věnuji v další části této práce. Hlavním znakem pro uživatele návykových látek, se kterými pracují bývalí uživatelé návykových látek, zmiňovaní v této práci, je rozvoj syndromu závislosti.

Matoušek uvádí, že závislost je “stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti. Má obvykle stránku jak fyzickou, tak psychickou i sociální.“ (Matoušek, 2003, s. 270)

Nešpor uvádí jako definici závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí, že se jedná o “skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než

---

<sup>1</sup> <http://ar2005.emcdda.europa.eu/cs/page058-cs.html>

jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.“ (Nešpor, 2000, s. 14)

Proces vzniku závislosti lze rozdělit do čtyř etap. První je stádium experimentování, kdy impuls k užití látky vychází např. ze zvědavosti, nudy, snah uniknout od problémů, pobavení. Druhé stádium je příležitostné užívání, kdy se jedinec naučil, že mu droga některé situace pomůže učinit příjemnější a snesitelnější, nebo se jedná o příležitostné užívání v partě, užívání je nepravidelné. Dalším stadiem je pravidelné užívání. Uživatel užívá drogu stále častěji, užívání se stává pravidlem. Posledním stadiem je návykové/problémové užívání, kdy se jedinec bez drogy již nemůže obejít a už se ani nesnaží svůj návyk skrývat; zvyšuje se jeho lhostejnost k čemukoliv, co není spojené s užíváním drog. Užívání drog mu činí čím dál větší potíže, jak v soukromém tak i profesním životě. (Renotiérová, Ludíková, 2006).

V rámci těchto jednotlivých etap rozvoje závislosti je možné nalézt klienty různých adiktologických služeb, zaměřených na primární, sekundární, či terciární prevenci, či zaměřených přímo na léčbu závislosti.

V této kapitole jsem stručně popsala, kdo je uživatel návykových látek, jakými stadii si během své drogové kariéry prochází a jak se vyvíjí jeho užívání až k závislosti, která se již dotýká většiny oblastí jeho životního fungování. Pro uživatele návykových látek jsou určeny různé sociální služby zaměřené na prevenci, léčbu a doléčování závislostí. Uživatelé návykových látek jsou cílovou skupinou, se kterou pracují bývalí uživatelé a na kterou se zaměřuje tato práce.

## **1.2 Bývalý uživatel návykových látek**

V předchozí kapitole jsem představila, kdo je uživatel návykových látek a také pojem závislost, kterou si dle níže uvedených definic bývalí uživatelé prošli. V této kapitole představím, kdo je bývalý uživatel návykových látek.

Bývalý uživatel, jindy nazývaný také jako ex-user, je uživatel návykových látek abstinující spontánně či po léčbě podstatnou dobu v řádu měsíců, či let. Tato doba, kdy je abstinující uživatel již považován za bývalého uživatele, není nikde jasně stanovena a je tedy velmi individuální.<sup>2</sup>

Další pohled a definici pojmu bývalý uživatel, tentokrát v kontextu terapeutických komunit, nabízí také Pavel Mašek a Jan Sobotka: “Termínem ex-user (případně českým

---

<sup>2</sup> <http://www.drogy-info.cz/>

ekvivalentem bývalý uživatel) označujeme dlouhodobě abstinujícího člověka závislého na drogách, který pracuje jako plnohodnotný člen týmu.“ (Mašek, Sobotka, 2005)

Domnívám se, že pro účely této práce jsou tyto dvě definice určující a dostačující. Bývalý uživatel návykových látek je tedy dlouhodobě abstinující uživatel návykových látek. Jeho osobní zkušenost je stěžejním znakem, ze kterého vyplývá specifické postavení těchto bývalých uživatelů v rámci profesního týmu a také rizikové a ochranné faktory, na které se tato práce dále zaměřuje.

### **1.3 Sociální práce s uživateli nealkoholových návykových látek**

Tato práce se zabývá bývalými uživateli návykových látek v pozici sociálních pracovníků působících v oblasti léčby závislostí na nealkoholových drogách. V této kapitole představím specifika sociální práce s uživateli návykových látek, a jak se tato práce liší dle typu poskytované sociální služby.

Nejdříve vymezím, kdo je vlastně sociální pracovník, abych přiblížila, jakou činnost mohou vykonávat a na jakých pozicích mohou bývalí uživatelé v rámci adiktologických služeb působit.

Dále dle Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 109, “sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“(Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 109)

Okruhem pracovníků vykonávajících odbornou činnost se dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách myslí sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. (Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 115)

Práce s uživateli drog je dle Müllerové, Matouška a Vondráškové interdisciplinární, nezabývají se jí pouze sociální pracovníci, ale také např. psychologové, psychiatři, sociální pedagogové, a další. Sociální práce s uživateli drog se soustřeďuje zejména na osoby, které užívají návykové látky škodlivě, na problémové

uživatelé drog a uživatele, kteří jsou na návykových látkách závislí. Sekundárně se zaměřuje na rodinné příslušníky uživatelů drog. (Müllerová, Matoušek, Vondrášková, 2010, s. 211-212)

Sociální práce s uživateli návykových látek je velmi rozmanitá a nese sebou určité nároky na kompetence sociálních pracovníků. Podstatné je, že pracují s celou škálou různých přístupů a soustřeďují se nejen na uživatele návykových látek, ale také na jejich okolí.

### **1.3.1 Koncept sociálního fungování a životní situace v sociální práci s uživateli návykových látek**

Stěžejním pojmem sociální práce je životní situace a sociální fungování. Díky těmto konceptům je možné provést posouzení životní situace a vnímat jedince v jeho sociálním kontextu.

Navrátil vymezuje pojem životní situace jako „konstelaci životních okolností, které jsou přítomny v určitém (mluvčím komentovaném) okamžiku“. Abychom se mohli zabývat životní situací v kontextu sociální práce, je třeba vymezit také pojem sociálního fungování. (Navrátil, 2003, s. 87)

Pojem sociálního fungování vymezila jako jedna z prvních Bartlettová, která uvádí, že se jedná o interakce, které probíhají mezi požadavky prostředí a lidmi. Podstatné je nastolení rovnováhy mezi těmito požadavky prostředí a zvládnutím na straně jedince. Tuto rovnováhu ovlivňují bariéry a předpoklady zvládnutí problémů, které z těchto interakcí plynou. Pojem životní situace pak označuje souhrn těchto bariér a předpokladů v rámci jednotlivých vrstev životní situace (biologické, psychologické, sociální a spirituální). (Navrátil, 2001, s. 12-14)

„Navrátil s Musilem upozornili, že životní situace má čtyř dimenze. Hovoří o dimenzi fyziologické, psychologické, sociální a noogenní.“ (Navrátil, 2003b, s. 89)

Musil popisuje, že životní situaci tvoří komplex mnoha faktorů, které se vzájemně ovlivňují a podmiňují, a píše: „Životní situace každého člověka má ovšem více než jednu dimenzi. Lidé ve svém každodenním životě mívají potíže s uspokojením různorodých potřeb. Vedle potíží s příjmem to mohou být potíže s udržením tělesného a psychického zdraví, s identitou a duchovním (existenciálním) zakotvením, se vztahy ke svým nejbližším nebo se vztahy ke specializovaným organizacím (zaměstnavatelům, škole, údržbě bytového fondu, úřadům atd.), se strukturací času a s neuspokojivou

náplní života, se zákonem, se vztahem k moci a k autoritám a tak dále.“ (Musil, 2004, s. 126)

Navrátil a Musil popisují tyto čtyři roviny ve vztahu k naplnění potřeb jedince: „Sociální fungování je podmíněno naplněním fyziologických (jídlo, přístřeší, bezpečí, zdraví a péče o ně, ochrana), psychologických (pocit zvládnutí očekávání, sebedůvěra, sebeúcta a osobní identita), sociálních (pocit sounáležitosti, sdílení společenství, uznání a oprávnění) a noogenních (též duchovních) potřeb (naplnění hodnot, morální přesvědčení o správnosti jednání, prožitek krásného, náboženské přesvědčení, kulturní identita, přesvědčení o smysluplnosti života).“ (Navrátil, Musil, 2000, s. 154-155)

Navrátil rozebírá sociální práci s uživateli drog z pohledu konceptu sociálního fungování a životní situace, který vidí při práci s touto cílovou skupinou, jako velmi dobře využitelný. Uvádí, že při práci se závislými je nutno pochopit jejich, někdy velmi komplikovanou, a pro sociálního pracovníka mnohdy hůře pochopitelnou, životní situaci. Koncept sociálního fungování se zaměřuje na obtížné životní situace klienta a schopnost jejich zvládnutí, zejména s ohledem na vzniklou nerovnováhu interakce klienta se sociálním prostředím, které klade na klienty mnohdy příliš náročné požadavky. (Navrátil in Kalina, 2003a, s. 70)

Schopnost sociálního fungování a udržení rovnováhy mezi subjektivními očekáváními a požadavky okolí vnímám jako velmi podstatnou i u bývalých uživatelů návykových látek. Stěžejní je zde vnímání životní situace holistickým pohledem, tedy s ohledem na biologickou, psychologickou, sociální a spirituální rovinu. Jedná se o systém, ve kterém se tyto roviny vzájemně prolínají a také vzájemně ovlivňují.

### **1.3.2 Faktory sociálního fungování dle malých paradigmat**

Dle malých paradigmat<sup>3</sup> podle Payneho dále Navrátil rozebírá, na které faktory sociálního fungování se zaměřit, a jak s klientem pracovat.

První paradigma je sociální práce jako terapeutická pomoc. Jako hlavní faktor sociálního fungování je v tomto paradigmatu bráno duševní zdraví a pohoda člověka. Soustřeďuje se zejména na vliv stavu osobnosti, nebo psychiky na zvládnutí požadavků prostředí. Sociální práce je chápána zejména jako pomoc, formou individuální nebo skupinové terapie. Hlavním směrem je Rogersovská psychoterapie, která klade důraz

---

<sup>3</sup> Dle Navrátila jsou paradigmaty „zásadně odlišné přístupy k sociální práci. Odlišují se jak svými filosofickými východisky, tak praktickými důsledky.“(Navrátil, 2001, s. 14)

na empatický a opravdový vztah klienta a terapeuta. Součástí přístupu sociálního pracovníka má být nedirektivnost, aktivní naslouchání a autentické přátelství. Nástrojem terapie je terapeutova osobnost, která napomáhá ozdravnému procesu a změně sebepojetí. Tato terapie může být využita při práci s uživateli drog, zejména se zaměřením na individualitu klienta, jeho zrání a osobnostní růst. Tento přístup však bohužel opomíjí sociální okolnosti vzniku a udržování závislosti celé sociální situace klienta, neřeší jeho aktuální problémy, které klient zažívá. (Navrátil in Kalina, 2003a, s. 70-73)

Druhým paradigmatem je sociální práce jako reforma společenského prostředí. V tomto paradigmatu je kladen důraz na reformu společenského prostředí a následnou rovnost v různých oblastech života. Cílem je nalézání a odstraňování společenské nerovnosti a diskriminace. Sociální práce se zabývá zejména prostředím jedince, ve kterém se soustřeďuje na nepřiměřené nároky společnosti, ty jsou vnímány jako příčina narušeného sociálního fungování jedince a jeho problémů. Ve vztahu k sociální práci s konzumenty drog je tento přístup výhodný zejména v chápání sociálního kontextu situace klienta. Tento přístup pracuje s pojetím konzumenta drog jako člena určité menšinové skupiny, se všemi jejími znaky. Jako překážka sociálního fungování je zde vnímáno zejména předsudečné přistupování společnosti ke konzumentům drog. Cílem sociální práce je pak spíše úsilí o změnu vnímání konzumentů drog a o vytvoření akceptujícího prostředí pro tuto menšinovou skupinu. Bohužel však tento přístup opomíjí individualitu klienta, jeho vnímání situace a jeho individuální pohled na řešení situace. (Navrátil in Kalina, 2003a, s. 70-73)

Třetím paradigmatem je pak sociální práce jako sociálně právní pomoc. Toto paradigma chápe jako stěžejní v sociálním fungování člověka jeho schopnost zvládat problémy a přístup k potřebným informacím. Pozornost je věnována jak individuálním potřebám a vnímání situace jedincem, tak i efektivnosti systému sociálních institucí. Stěžejními činnostmi je v rámci tohoto přístupu zejména poradenská činnost, poskytování informací a zprostředkování potřebných služeb. Velmi vhodný se jeví zejména úkolově orientovaný přístup, který pracuje i s malým úspěchem klienta, jako prostředkem rozvoje jeho sebedůvěry a sebeúcty a jako krokem k dalším úspěchům. Sociální pracovník pomáhá klientovi určit prioritu úkolů a v roli partnera mu pomáhá v jejich plnění. Staví na aktivním přístupu klienta a na rozvoji jeho pozitivních stránek. V práci s konzumenty drog tento přístup využívá individuální pohled klienta na jeho situaci a také jeho náhled možného řešení. Předpokládá jeho aktivitu a možnost řešení

situace jeho vlastními prostředky, za přístupu k adekvátním službám a institucím. (Navrátil in Kalina, 2003a, s. 70-73)

Z výše uvedených poznatků je patrné, že každé paradigma má při práci s uživateli drog své přínosy a může být v jistém ohledu využíváno. Každý přístup přináší trochu odlišný pohled na klientovu životní situaci a soustředí se na různé faktory jeho sociálního fungování, pomocí něhož budu dále nahlížet na rizikové a ochranné faktory bývalých uživatelů návykových látek. Pakliže chceme v rámci sociální práce řešit komplexní životní situaci klienta a praktikovat holistický přístup, je potřeba vhodně propojit více adekvátních přístupů.

### **1.3.3 Bývalí uživatelé působící v adiktologických službách**

„Jádro adiktologické<sup>4</sup> péče v ČR tvoří přibližně 250 programů, přibližně 200 z nich má jen ambulantní nebo terénní charakter, 50 má rezidenční složku. Přibližně 60 % zařízení má statut sociálních služeb, 40 % statut zdravotních služeb (z toho 15 % obojí).“ (Národní strategie protidrogové politiky, 2010, s. 8)

Bývalí uživatelé návykových látek se vyskytují na různých pozicích v různých službách pro drogově závislé, v některých je jejich uplatnění vhodné, v některých méně. Jejich působení v těchto službách se většinou odvíjí od filosofie dané služby. Jejich působení v těchto konkrétních službách by mělo být vždy popsáno v rámci personálního standardu kvality. Bývalí uživatelé se mohou velmi dobře uplatnit v nízkoprahových službách prvního kontaktu, v terapeutických komunitách pro drogově závislé, ale také v různých zdravotnických zařízeních, kde mohou působit jako laičtí terapeuti. (Bartošiková in Kalina, 2003, s. 126)

Dle portálu drogy-info se společnost rozchází v názorech na fungování bývalých uživatelů ve službách zabývajících se prevencí užívání návykových látek a to rozdílně v jednotlivých stupních prevence. Někdo se přiklání k názoru, že je třeba bývalé uživatele využívat, protože právě oni dokážou lidem se závislostí nejlépe pomoci a nejlépe porozumět. Jiné názory ale působení bývalých uživatelů v této sféře odmítají. Obecně společnost zastává názor, že působení bývalých uživatelů v oblasti primární

---

<sup>4</sup> Pojem adiktologie je v tomto akčním plánu ve shodě s Konceptí sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice vyhrazen pro interdisciplinární obor zaměřující se na základě bio-psycho-sociálního modelu závislosti na tzv. adiktologické poruchy, tj. poruchy související s užíváním psychoaktivních látek a poruchy příbuzné se závislostním chováním z hlediska jejich prevence, včasné intervence, poradenství, snižování rizik, léčby, sociální rehabilitace a reintegrace osob s těmito poruchami a souvisejících výzkumných a metodologických aspektů.

prevence a různých terénních a nízkoprahových zařízení není příliš vhodné, zejména kvůli vystavování se zvýšenému riziku. Naopak významnou roli mohou zastávat v rámci doléčovacích a resocializačních programů. Obecně platí určitá pravidla, která by se měla při zaměstnávání bývalých uživatelů dodržovat. Zejména dodržení doby 2 let od ukončení léčby, zaměření na pracovní adaptaci a další vzdělávání.<sup>5</sup>

Ivana Bartošíková se pokouší nastínit některé výhody a nevýhody přítomnosti ex-usera v týmu.

Mezi výhody uvádí vlastní zkušenosti bývalých uživatelů, které mohou zakládat dobrou znalost problematiky, zvýšenou citlivost vůči stavům, které klienti prožívají, mohou se stát pozitivním příkladem pro samotné klienty. Dále mohou bývalí uživatelé snáze navázat kontakt s klienty, klienti k nim mohou mít větší důvěru a výhodou může být také dobrá znalost drogové scény a nepsaných zvyků a pravidel této komunity.

Jako nevýhodu naopak uvádí větší kontakt s rizikovou populací, který může znamenat zvýšené riziko pro jejich setrvání v abstinenci, možné znejasnění hranic vztahu mezi klientem a terapeutem, nejasnosti a proměny v motivaci k práci, inklinace spíše k individuální než skupinové práci, možnost promítání vlastních nedořešených problémů do práce s klientem a nedostatek přiměřeného sebehodnocení. (Bartošíková, 2003, s. 126 – 127)

Bývalí uživatelé působící v pomáhající profesi s drogově závislými klienty se vyskytují v různých sociálních službách zaměřených na prevenci a léčbu závislosti, nejčastěji jako členové týmu terapeutické komunity, nebo doléčovacího centra. Některým konkrétním specifickým tohoto působení bývalých uživatelů se tedy budu dále věnovat podrobněji.

#### **1.3.4 Sociální práce s uživateli návykových látek dle typu sociální služby**

Sociální pracovník se může nacházet v různých fázích léčby závislosti, tedy i v různých sociálních službách zabývajících se prací s uživateli drog. Sociální práce v těchto jednotlivých oblastech má svá specifika a může přinášet různá rizika, toto téma popisuje Müllerová, Matoušek a Vondrášková.

##### *Terénní sociální práce s uživateli drog*

Principem terénní sociální práce je navázání kontaktu a aplikace sociální práce v prostředí, kde se skupina uživatelů drog vyskytuje. Sociální pracovník přichází do

---

<sup>5</sup> <http://www.drogy-info.cz/>



prostředí přirozeného této cílové skupině, zejména na nádraží, do parků, klubů, ale také narkomanských bytů, starých neobydlených domů, apod. Zaměřuje se na tzv. skrytou skupinu uživatelů návykových látek, kteří nemají přístup k jiným sociálním službám. Jedná se zejména o nitrožilní uživatele drog, kteří zatím nejsou motivováni k léčbě, či změně svého životního stylu.

Sociální pracovník přichází vstříc a rizikem může být jeho odmítnutí. Udává se, že je vhodné začít navázání kontaktu od nejlivnějších členů skupiny a tím si získat větší důvěru ostatních. Obecně zde platí, že větší důvěru zde získávají bývalí uživatelé, kteří již svoji závislost překonali. Terénní sociální pracovník se snaží uživatelům nabídnout řešení problémů spojených s užíváním drogy a pracuje zejména na principu prevence a snižování rizik.

#### *Předléčebné poradenství a práce s klientovou motivací*

Poradenství před nástupem některé z forem léčby drogové závislosti a práce s klientovou motivací se uskutečňuje zejména v rámci kontaktních center nebo někdy také v rámci terénních programů. Cílem tohoto poradenství je rozvoj a podpora klientovy motivace k léčbě. Důležité je v této fázi nalézt optimální míru pomoci klientovi, tak aby sociální pracovník našel vhodnou cestu mezi nízkou a přílišnou angažovaností, podle aktuálního stavu klienta. Pracujeme zde s aktuální bilancí zisků a ztrát plynoucích z užívání drog. Jakmile se začínají v klientově vnímání objevovat problémy spojené s užíváním drog, začíná se také objevovat prostor pro motivační poradenství a podporu klientovy sebedůvěry.

Jakmile začnou ztráty převažovat nad zisky, přichází fáze odhodlání, nebo připravenosti, kde je důležité posilování motivace, pomoc s řešením druhotných problémů a poskytování informací o léčbě. V ideálním případě končí kontraktem mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem. Před nástupem do léčby je klient postupně připravován na nároky, které sebou léčba přináší.

#### *Sociální práce v průběhu pobytové léčby*

Tato sociální práce bývá poskytována nejčastěji v psychiatrických léčebnách a terapeutických komunitách. Cílem je změna životního stylu a přijetí abstinence, jako nezbytného kroku ke změně. Důležitým prvkem je pevný terapeutický vztah, který pomáhá klientovi překonávat úskalí přísného terapeutického režimu a bezpečné a podnětné prostředí. Klient je veden k přijímání odpovědnosti za svůj život, k hledání alternativ trávení volného času, k hledání strategií zvládnutí bažení po droze, k nalézání vnitřních motivů k abstinenci, k navázání nebo zlepšení vztahů s rodinou, apod.

Pobytová léčba bývá rozčleněna na jednotlivé fáze, během kterých klient zdolává dílčí cíle a posouvá se v rámci své léčby. Přejíždí od zaměření na minulost k orientaci na současnost a budoucnost, od úzkého soustředění na klienta a jeho pocity k jeho rodině, blízkým a dalším sociálním vazbám a k řešení jeho dalších sekundárních problémů. Léčba se vyvíjí od pevného semknutí s komunitou a terapeutky k postupnému osamostatňování, získávání odpovědnosti až postupnému osamostatňování a odpoutávání od komunity.

Důležitou součástí práce sociálního pracovníka v pobytové léčbě je také dobrá znalost zákonů a možností řešení problémů souvisejících s předchozí trestnou činností klientů. Důležitá je také dobrá orientace v návazných službách, např. co se týče hledání zaměstnání, získávání rekvalifikace, sociálních dávek, apod. Sociální pracovník by nikdy neměl být hlavní aktér změny, hlavní aktivita by vždy měla vycházet ze strany klienta a sociální pracovník by měl být v pozici partnera, který pomáhá hledat cestu realizace klientových plánů. Aby byla pobytová léčba úspěšná, je nezbytné navázat v programu následné péče.

*Následná péče* je velmi důležitá pro klienty opouštějící pobytovou léčbu a je velmi důležitá pro jejich setrvání v abstinenci. Nejvýznamnějšími cíli následné péče je stabilizace klientova životního stylu a udržování a posilování abstinence. Sociální práce se zaměřuje na prevenci relapsu, zlepšování sociálního fungování klienta a zlepšování vztahů s rodinou a blízkými. Role sociálního pracovníka je zde však spíše podpůrná. Důležitá je práce s abstinencí a případnou zkušeností relapsu. (Matoušek, Müllerová, Vondrášková, 2010, s. 217 - 223)

Bývalí uživatelé návykových látek se mohou, jako členové profesionálního týmu, vyskytovat ve všech těchto typech sociálních služeb. Každý typ těchto služeb sebou nese různé požadavky na pracovníky a přináší také rozličná rizika a tím i různé strategie, jak těmto rizikům čelit. Na specifika působení bývalých uživatelů v terapeutických komunitách a doléčovacích centrech se zaměřím v následujících kapitolách podrobněji.

### **1.3.5 Bývalí uživatelé v týmu terapeutické komunity**

Působení ex-userů v týmu terapeutické komunity je typickým znakem právě pro terapeutické komunity zaměřené na léčbu drogových závislostí. Názory na působení bývalých uživatelů v terapeutických komunitách jsou velmi rozdílné. Rozchází se

v uváděných pozitivěch, ale i v možných problémech působení bývalých uživatelů v terapeutech komunitách.

Pavel Mašek a Jan Sobotka uvádí definici: “Termínem ex-user (případně českým ekvivalentem bývalý uživatel) označujeme dlouhodobě abstinujícího člověka závislého na drogách, který pracuje jako plnohodnotný člen týmu v prostředí terapeutické komunity.“ (Mašek, Sobotka, 2005)

Předpokladem přijetí bývalého uživatele jako člena týmu terapeutické komunity je dostatečný odstup od samotné léčby, kdy má bývalý uživatel ukázat svoji schopnost fungování v běžném životě a společnosti. Některé teorie uvádí odstup minimálně jeden rok, jiné až 3 roky. Zároveň by klient neměl nastupovat jako terapeut do stejného programu léčby, který sám absolvoval.

Kalina uvádí, že bývalí uživatelé sice disponují zkušenostmi, jsou velmi dobře motivovaní a plní elánu, nicméně jim chybí specifické znalosti a dostatečná emoční distance. Proto doporučuje zajistit bývalým uživatelům profesní kariéru a odborný růst a předpokladem, proto aby se bývalý uživatel stal plnohodnotným členem týmu, je, aby toto i on sám vnitřně přijal. (Kalina, 2008, s. 227).

Pavel Mašek a Jan Sobotka ve svém článku o práci bývalých uživatelů v terapeutických komunitách uvádí 4 velmi typické aspekty této práce, které ukazují na možná rizika vyplývající z jejich osobní zkušenosti:

a) Tvrdost jako jeden z nejcharakterističtějších aspektů práce bývalého uživatele. Jedná se o chování, které se vyznačuje velmi tvrdým až rigidním lpěním na dodržování pravidel léčby, velmi vysoké nároky kladené na sebe i na klienty a nejisté vymezení hranic jak vůči klientům, tak vůči kolegům z týmu. Bývalý uživatel tímto přenáší své vlastní zkušenosti z léčby a má za cíl nedovolit jakékoliv selhání, či chování, které by mohlo ohrozit zdraví komunity a zároveň potřeba pevných hranic a vymezení se vůči prostředí. Hranicí oddělující užitečnou tvrdost od té mechanické, neužitečné, je její uvědomění si.

b) Identifikační vzor, kterým se bývalý uživatel díky své zkušenosti stává více než kterýkoliv jiný člen v týmu. Klienti mají pocit, že právě v něm mohou hledat vzor, protože on již tuto léčbu zvládl a dokázal i své další fungování ve společnosti. Bývalý uživatel se tak dostává pod drobnohled klientů, kteří identifikují jeho vzorce chování a berou je jako vzorové.

c) Zvláštní vztah klienta k bývalému uživateli je naplněn velkým očekáváním, kdy klient má dojem, že právě bývalý uživatel mu může více porozumět a

pochopit ho. Toto znamená pro bývalého uživatele zvýšené riziko a zátěž a je nutná každodenní konfrontace.

d) Osobnost bývalého uživatele jako člena terapeutického týmu, kterou je nutno neustále rozvíjet a pracovat na ní. Jaké podoby nabude, pak záleží zejména na osobnostní struktuře a dynamice konkrétního jedince. Nutná je v tomto směru kvalitní supervize s celým terapeutickým týmem. (Mašek, Sobotka, 2005)

Bývalý uživatel tedy pro terapeutickou komunitu, a nejen pro ni, může znamenat opravdový přínos, ať už svojí motivací tak osobními zkušenostmi. Postupnou prací na sobě a dalším vzděláváním se pak přeměňuje jeho role bývalého uživatele do role plnohodnotného člena týmu. Velmi podobné je působení bývalého uživatele v rámci doléčovacího programu.

### **1.3.6 Bývalí uživatelé v týmu doléčovacího centra**

V rámci doléčovacího centra probíhá dle Kudy poslední fáze procesu změny závislého chování, úkolem doléčování je pomoci závislému, který se vrací do normálního života, vytvořit podmínky pro jeho abstinenci. V rámci doléčování se objevují problémy a překážky, na které se dosud v rámci léčby nemuselo narazit, nebo byly brány, jako již vyřešené. Znovu se zesiluje carving, bažení po droze, zejména vzhledem k vzrůstající odpovědnosti jedince a náročnosti problémů, které řeší. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby tým doléčovacího centra byl multidisciplinární. Zejména by zde měl působit psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Velkým přínosem bývá působení bývalého uživatele návykových látek, např. na pozici socioterapeuta. Nárokem na bývalého uživatele je odborné vzdělání a účast na supervizi. (Kuda in Kalina, 2003, s. 208-209)

Je patrné, že i v týmu doléčovacích center má bývalý uživatel své významné místo, a že svými zkušenostmi může klientům výrazně pomoci v návratu do běžného života.

## 2 Rizikové a ochranné faktory

Práce bývalého uživatele s klienty se závislostí na nealkoholových látkách sebou může nést jak určitá rizika, tak i jisté ochranné faktory, které pomáhají rizikům předcházet, či je úspěšně řešit. Cílem této práce bude zjistit o jaké rizikové a ochranné faktory se pohledem bývalých uživatelů jedná. Proto v této kapitole představím pohledy na rizikové a ochranné faktory očima odborníků. Nejprve definuji pojmy rizikový a ochranný faktor, dále se budu věnovat rizikovým a ochranným faktorům z pohledu vzniku a rozvoje závislosti, poté pohledem léčby závislosti a stavu po léčbě a následně rozeberu rizikové a ochranné faktory z hlediska pracovníků působících v oblasti léčby závislosti.

Monika Šišláková uvádí definici rizikových a ochranných faktorů takto: “Rizikové faktory jsou určitými predispozitory negativního výsledku chování jedince. Faktory protektivní (ochranné) naopak působí proti efektům stresujících či rizikových situací tak, že jedinec je schopný se úspěšněji adaptovat, než kdyby protektivní faktor nebyl přítomný.“ (Šišláková, 2005, s. 112)

Lulei (2012) charakterizuje protektivní faktory jako interní a externí zdroje, jejichž působení má pozitivní důsledky pro vybranou cílovou skupinu. (Lulei, 2012, s. 72) Protektivní faktory mohou obsahovat osobní zdroje (např. sebekontrola), zdroje sociální (soudržnost rodiny) a komunitní zdroje (pozitivní vztahy v komunitě). (Lulei dle Walsh (2006), 2012, s. 72)

Charvát a Nevalová označují rizikové faktory jako “činitele nebo podmínky spojované s rostoucí pravděpodobností výskytu rizikového chování u jedince.“ (Charvát, Nevalová in Miovský, 2012, s. 45)

Jako rizikové budu v této práci pojímat ty faktory, které vedou k jistému rizikovému, negativnímu chování jedince. Naopak ochranné faktory dokážou různým rizikům předcházet, nebo je úspěšně řešit. Mohou pocházet z různých úrovní fungování jedince.

### 2.1 Rizikové a ochranné faktory u pomáhajících profesí

Tato práce se zaměřuje na bývalé uživatele návykových látek působící v rámci pomáhající profese v různých sociálních službách zaměřených na prevenci a léčbu

závislostí. Z toho důvodu vnímám jako důležité podívat se na rizikové a ochranné faktory také z hlediska pomáhajících profesí. Tyto profese jsou natolik specifické a odlišné od jiných zaměstnání zejména s ohledem na vysoké nároky na profesionalitu, kontakt a pomoc lidem v obtížných životních situacích.

K tématu rizikových a ochranných faktorů u pracovníků v oblasti duševního zdraví uvádí Karel Nešpor 4 roviny profesního fungování a v nich popisuje jednotlivé faktory. Vzhledem k tomu, že i pracovníci v oblasti duševního zdraví, pro které byl tento výčet rizik a ochranných faktorů primárně určen, patří do pomáhajících profesí, tak se domnívám, že je možné některé tyto faktory použít i u pomáhajících profesí v adiktologických službách.

Jako první uvádí administrativní rovinu a organizaci času. Jako rizikové faktory zde uvádí například kontakt s citlivými záležitostmi, jakou jsou bolest, sex, násilí a smrt, vliv negativních emocí pacientů (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv atd.) a jejich příbuzných, přenosové reakce klientů, morální a právní odpovědnost, nejistotu při volbě vhodné léčby, neřešené problémy, které se stykem se závislými aktivují, náročný životní styl a přesčasy (zvláště nucené), nárazový charakter práce, nutnost zabývat se mnoha úkoly v krátkém čase, dostupnost návykových léků,... Mezi ochranné faktory v této oblasti zařazuje například odměňování a perspektivu profesionálního růstu, pracovní dovednosti včetně dovedností komunikačních, rozhodovacích a případně i manažerských, psychoterapeutický výcvik, relaxační dovednosti, mediální gramotnost a schopnost pracovat s informacemi, dobrou informovanost o ochraně zdraví a léčbě, smysluplnost, skoro vždy lze utrpení klienta a jeho okolí alespoň zmírnit, pestrost práce,...

Další významnou oblastí je charakter práce a pracovní prostředí. Hlavní rizikové faktory v rámci této oblasti spatřuje zejména v ekonomických a organizačních problémech, konflikt mezi prací a soukromím, kdy profese a soukromí nejsou jasně odděleny, interakce mezi pracovním a mimopracovním stresem, nadměrná a zbytečná administrativa,... Jako ochranný faktor vnímá zejména dobrou organizaci času, přiměřeně spánek, tělesnou aktivitu (cvičení, chůze, tělesná práce), zájmy a záliby, oddělení práce a soukromí, zdravý životní styl, zdravé rituály,...

Třetí významnou oblastí je osobnostní rovina, kam řadí jako rizikové faktory nepřipravenost uspokojovat vlastní potřeby, nepřiměřenou ctižádnost, nahromadění zátěžových situací, osobnostní nebo neurotické obtíže, zneužívání alkoholu, kouření, nadměrný sklon k samoléčení, přebírání odpovědnosti za věci, které nelze ovlivnit,

...Jako ochranné faktory uvádí například dobré osobnostní předpoklady včetně vyšší inteligence, realistické nároky na sebe, sebeuvědomování a duchapřítomnost, smích a humor, spiritualita, stabilní životní situace, dobré zájmy umožňující obnovu sil,...

Poslední oblastí uváděnou panem Nešporem jsou sociální aspekty a týmová práce. Mezi rizikové faktory zařazuje profesionální selhání, které prožívají zdravotníci hůře než jiné profese, nároky na průběžné vzdělávání, stres plynoucí z týmové práce na některých pracovištích, nerealistické nároky a očekávání ze strany klientů a jejich blízkých, odcizení,...Naopak jako ochranné faktory uvádí dobrou atmosféru na pracovišti, kontakt s kolegy v podobné situaci, podporu a uznání ze strany nadřízených, možnost spolurozhodovat, kvalitní síť sociálních vztahů, společenská prestiž, supervize,... (Nešpor K., 2009, s. 1)

Každá z těchto čtyř rovin tak přináší různé rizikové i ochranné faktory, pro bývalé uživatele návykových látek působící v adiktologických službách vnímám jako významné v rámci rizik například možnost přenosové reakce klientů, nepřiměřenou tíživost těchto pracovníků či nerealistické nároky a očekávání ze strany klientů. Jako protektivní naopak vnímám zdravý životní styl, zdravé rituály, sebeuvědomování, supervizi, vnímání smysluplnosti této práce, podporu týmu ostatních pracovníků, apod.

## **2.2 Rizikové a ochranné faktory ve vztahu k léčbě závislosti**

Po ukončení léčby mohou abstinujícím uživatelům zkomplikovat situaci některé faktory, které se mohou vztahovat i k době jejich aktivního užívání. Může se jednat o problémy právní, finanční, zdravotní, dále pak např. potíže spojené s hledáním zaměstnání, nebo s bydlením. V neposlední řadě se jedná o narovnání rodinných i jiných vztahů. Velmi důležitým aspektem u bývalých uživatelů je také udržení abstinence, překonání psychické závislosti, a vyvarování se případnému relapsu a recidivě. (Kolektiv autorů sdružení Sananim, 2007, s. 107-109) Z těchto oblastí následně mohou pocházet rizikové faktory i u pracovníků v adiktologických službách s osobní zkušeností s užíváním návykových látek.

Rizikové a ochranné faktory jsou patrné i ve výčtu rad, které je dobré znát, když člověk odchází z léčby. Kolektiv autorů sdružení Sananim uvádí, že není dobré udržovat/navazovat kontakty s lidmi, kteří drogy užívají, ani se vypravovat do míst, kde se drogy dají sehnat. Nedoporučuje se testovat svoji silnou vůli, vystavováním se těmto rizikovým situacím. Člověk by měl mít na paměti, že postupem času si začne čím dál

více rozumět s lidmi, kteří neberou, než s lidmi, kteří mají s drogou zkušenosti. (Kolektiv autorů sdružení Sananim, 2007, s. 109-110) Ve vztahu k cíli této práce je zde možné identifikovat jisté riziko pro bývalé uživatele návykových látek, kteří se v rámci své profese pravidelně setkávají buď s aktivními uživateli, nebo uživateli návykových látek v procesu léčby. Zároveň je zde patrný i ochranný faktor v podobě udržování styku zejména ve volném čase s lidmi, kteří návykové látky neužívají.

Další rada pro lidi, kteří odchází z léčby, zní, že mít chuť je normální, ale je třeba s nimi pracovat. Vzhledem k tomu, že mohou člověka provázet poměrně dlouhou dobu po ukončení léčby, je třeba vysledovat kdy a za jakých okolností se objevují, zamyslet se díky čemu se objevují (v čem se člověk necítí dobře,...) a jak s nimi pracovat, aby jim člověk nepodleh. (Kolektiv autorů sdružení Sananim, 2007, s. 109-110) Vzhledem k tomu, že tyto chutě se mohou objevit i po dlouhé době od ukončení léčby, je možné, že v souvislosti s případnými chutěmi budou jako riziko bývalí uživatelé v rámci výzkumu uvádět i případné riziko relapsu, tedy recidivy. Jako ochranný faktor se v tomto případě dá vysledovat uvědomění si těchto chutí a umění s nimi dále pracovat, případně jim umět efektivně předcházet.

Třetí radou je mít životní ambice, které nesouvisí s drogami. Je dobré mít vyplněný čas věcmi, které s drogami nesouvisí, aby nedocházelo k nudě. Tyto aktivity však musí být postavené na reálném základu, ať už ve smyslu uskutečnitelnosti (aby nedocházelo ke zklamání), tak ve smyslu reálných možností člověka (zejména časových, aby nedocházelo k příliš velkým nárokům a následnému stresu). (Kolektiv autorů sdružení Sananim, 2007, s. 109-110) Jako rizikové v tomto směru vnímám nastavení příliš nereálných očekávání a cílů, které mohou vést k přepracovanosti případně až k syndromu vyhoření. Předcházet tomu mohou bývalí uživatelé zejména adekvátními ambicemi, uměním relaxovat a pěstováním různých volnočasových aktivit.

Poslední radou, která se dá vztáhnout i na bývalé uživatele je mít se na pozoru vůči jakýmkoliv návykovým látkám, a to i vůči těm, které dříve neužívali. Tak aby nedošlo k výměně jedné závislosti za druhou, případně k nenápadnému prolomení zábran a následnému relapsu na původní drogu. (Kolektiv autorů sdružení Sananim, 2007, s. 109-110) Případným rizikem jsou v tomto smyslu všechny látky, vztahy, činnosti apod., které mohou vyvolat závislé chování. Jako ochranný faktor zde vnímám kritický postoj a častou reflexi vůči této problematice.

Zajímavý je také pohled na to, jak se vyvíjí člověk začínající pracovat v adiktologických službách a jaká rizika, či ochranné faktory je možné v jednotlivých



fázích vyzorovat. Frouzová popisuje pětistupňový vývoj člověka začínajícího pracovat v oblasti léčby drogových závislostí, který se může aplikovat také na bývalé uživatele začínající pracovat v této oblasti:

1. Fáze naivní důvěry – je typická velkým nadšením pracovníka, jeho velkou angažovaností, obvykle větší, než jakou disponuje klient a pocitem, že ostatní členové týmu s klienty necítí tolik, jako on.

2. Fáze negativistická – pracovník se dostává buď do pocitů marnosti a rezignace vůči klientům, nebo dokonce začne používat protiútok.

3. Fáze diferencovaného náhledu – pracovník se začíná orientovat v problematice i diagnostice potíží, v práci se mu začíná dařit, i když stále ještě převažuje pocit bezradnosti.

4. Fáze výkonnostní – v této fázi si je pracovník vědom svých úspěchů s určitým typem klientů a s určitou metodou léčby a začíná toto také dávat najevo i mimo organizaci.

5. Fáze spolupráce – pracovník si začíná uvědomovat, že není schopen pomoci všem klientům se všemi jejich potížemi a proto navazuje úzkou spolupráci s jinými odborníky a institucemi. Je si vědom, že úspěch spočívá právě ve spolupráci. (Frouzová, 1995: 65-66)

Tento model zmiňuje některá rizika, na která může bývalý uživatel při začátcích své praxe narazit, zejména přílišnou angažovanost, pocit přílišné výlučnosti či nadřazenosti nad ostatní pracovníky,... Tento model také nastiňuje možné ochranné faktory, které mu pomohou těmto rizikům čelit a to zejména spolupráci s ostatními pracovníky a institucemi, vzdělávání se a získávání nových zkušeností.

### **2.3 Teorie systémů ve vztahu k rizikovým a ochranným faktorům**

Teorie systémů udává, že jedince je možné pochopit pouze v sociálním kontextu, v němž žije. Systém je definován jako soustava jednotek či částí, které setrvávají mezi sebou v určitém trvalém vztahu. Abychom pochopili fungování celého organismu, musíme se zabývat nejen jednotlivými částmi, ale také vztahy mezi nimi. (Prochaska J.O., Norcross J.C., 1999: 287)

Pohledem systémové teorie ve vztahu k rizikovým a ochranným faktorům nahlíží Nešpor a Csémy. "Systémová teorie předpokládá, že každý jev, tedy zdraví i nemoc, je důsledkem nepřetržité a pokračující interakce různých systémů. Jedná se o systémy

intrapersonální (psychologické i somatické), interpersonální (rodina, vrstevníci, apod.) sociální i jiné. Na úrovni těchto systémů jsou jak rizikové, tak protektivní faktory.“ (Nešpor a Csémy, 1996: 15)

Jako velmi vhodné vnímám využití teorie systémů ve vztahu k rizikovým a ochranným faktorům. Propojení s konceptem sociálního fungování jedince jsem nastínila již v předchozích kapitolách. Koncept sociálního fungování mluví o životní situaci jedince, která je utvářena interakcemi s okolím. Jedinec reaguje na požadavky a očekávání okolí a snaží se o udržení rovnováhy mezi svým očekáváním a požadavky okolí. Holistickým pohledem je možné identifikovat v jednotlivých úrovních (biologické, psychologické, sociální a spirituální) určité předpoklady a bariéry. (Navrátil 2001: 12-14) Předpoklady a bariéry se pak napříč jednotlivými úrovněmi vzájemně ovlivňují.

Jednotlivé úrovně životního fungování, ze kterých je možné rizikové a ochranné faktory identifikovat, se vzájemně ovlivňují a změna, či nalezení těchto faktorů v rámci jedné úrovně může dále ovlivňovat fungování člověka i v dalších úrovních. Významné je zde prolínání úrovně biologické, sociální, psychické i duchovní. Nalezení ochranného či rizikového faktoru v jedné oblasti může znamenat změnu i v těch ostatních.

Teorie systémů je patrná také v dalším pojetí rizikových a ochranných faktorů. Jak uvádí kolektiv autorů sdružení Sananim, tak mezi primární problémy, které mohou vést k užívání drog, patří psychické a fyzické dispozice jedince, sociální a rodinné prostředí, ve kterém člověk vyrůstal a ve kterém žije, mohou pak dále souviset s věkem, zkušenostmi, zdravotním stavem,... Jako konkrétní rizikové faktory uvádí například pocit nejistoty, stres, provází ho smutek, úzkost, nebo vztek. Jako velmi rizikové pak uvádí deprese, úzkostné stavy a další psychické potíže, které člověku brání v jeho fungování, dále také prožití traumatických zážitků. (Kolektiv autorů sdružení Sananim, 2007, s. 18)

Zpracování traumatických zážitků, práce s pocitem viny, práce se stresem a osvojení si mechanismů zvládnání zátěžových situací jsou předpokladem pro možnost práce s drogově závislými a to nejen pro bývalé uživatele, ale i pro ostatní členy týmu.

Charvát s Nevoralovou popisují rozdělení rizikových a ochranných faktorů dle Jessora v rámci jednotlivých systémů fungování jedince, u kterého může vzniknout

riziko užívání návykových látek<sup>6</sup>. Ve vztahu k cíli práce si myslím, že je možné aplikovat toto rozdělení na základě jednotlivých systémů i na rizikové a ochranné faktory u bývalých uživatelů a některé tyto faktory budou shodné s výše uvedenými.

V rámci biologického systému se v roli rizikového faktoru může vyskytovat např. závislost v rodině, v roli ochranného faktoru například nadprůměrná inteligence.

V rámci sociálního systému uvádí jako rizikový faktor například nízký příjem a sociální vyloučení rodiny, na úrovni ochranné pak soudržnou rodinu a zdravé okolní prostředí.

Na úrovni vnímaného prostředí může jako rizikový faktor figurovat například normativní mezigenerační konflikt, naopak jako ochranný faktor kontrola rizikového chování.

Na úrovni osobnosti může být rizikovým faktorem například nízké sebehodnocení, ochranným faktorem pozitivní vnímání hodnoty zdraví a úspěchu.

V rámci chování jedince vnímá jako rizikový faktor například experimentování s návykovými látkami, jako ochranný faktor potom například zapojení do volnočasových aktivit, religiozitu, apod. (Charvát, Nevoralová in Miovský, 2012, s. 47)

Mezi rizikové rysy osobnosti může dále patřit nezdrženlivost, impulzivita, zvýšená labilita, sebestřednost, psychická nestálost a přítomnost psychopatických rysů. (Pokorný a kol., 2002, s. 24-25)

Domnívám se, že zde uváděné rizikové a ochranné faktory mohou být významné i u bývalých uživatelů návykových látek. Příkladem mohou být rizikové a ochranné faktory na úrovni osobnosti, například nízké sebehodnocení, zvýšená labilita či podeřování mohou negativně ovlivnit fungování těchto bývalých uživatelů v týmu. Naopak pozitivní vnímání úspěchu může pomoci a motivovat bývalého uživatele k rozvoji svých schopností, zkušeností a jejich efektivnímu využívání v praxi. V tomto rozdělení rizikových a ochranných faktorů vnímám podobnost s holistickým pojetím člověka zaměřeným na biologickou, psychickou, sociální a duchovní rovinu jeho sociálního fungování, o které se budu opírat v rámci svého výzkumu.

Při hledání rizikových a ochranných faktorů je třeba brát v úvahu, že užívání drog je obvykle jen jedním z problémů, se kterými se tyto osoby setkávají. Základem je tedy zlepšování individuálních dovedností a prostředků ohrožených skupin osob tak, aby

---

<sup>6</sup> Zmiňované rizikové a ochranné faktory se primárně vztahují k aktivním uživatelům návykových látek. V této práci je uvádím zejména proto, že se domnívám, že se mohou vyskytovat i jako důsledek užívání drog, tedy i jako rizikové a ochranné faktory u bývalých uživatelů.

mohli lépe čelit nepříznivým sociálním podmínkám. Je mnoho rizikových i ochranných faktorů, které se vzájemně mohou ovlivňovat, některé tyto faktory měnit můžeme, některé nikoliv (např. věk, pohlaví,...). Například nepříznivé sociální podmínky se mění těžce, proto je třeba se soustředit zejména na změny na úrovni jednotlivce, rodiny a komunity. V souvislosti s ochranou v těchto třech oblastech mluvíme o odolnosti, tzv. resilienci. Odolnost je výsledkem komplikované interakce na úrovni způsobů myšlení a chování, zároveň s interpersonálními dovednostmi jedince a schopností odolávat. (Šťastná, Šucha 2010, s. 21)

Velmi důležité u bývalých uživatelů návykových látek je hledání a využívání odolnosti, tedy určité schopnosti využívat ochranných faktorů a schopnosti odolávat rizikům v rámci různých úrovní jejich sociálního fungování.

Velmi významná je odolnost na úrovni jednotlivce. Zde se osvědčují intervence neomezující se jen na řešení užívání drog. Významné je zaměření na motivaci jedince, jeho dovednosti a proces jeho rozhodování. Dále se doporučuje věnovat se rozvoji behaviorálních životních dovedností, metodám mezilidské komunikace a rozvoji sebereflexe a sebeučení.

Neméně významnou je pak odolnost na úrovni rodiny. Jako důležité se v této oblasti jeví budování silných vazeb v rodině a její soudržnosti.

Další zmiňovanou úrovní odolnosti je komunita. Zvyšování odolnosti na úrovni komunity se provádí zejména prostřednictvím zlepšování sociálního prostředí, zvyšováním komunitní soudržnosti a skupinové identity. Podstatné je zlepšování interpersonální komunikace, sociálních dovedností a otevřenější vyjadřování pocitů. Jako podstatný uvádí také aktivní solidární přístup komunity pro rodiny a jedince v nouzi a dále organizování činností v rámci života komunity. (Šťastná, Šucha, 2010, s. 21-22)

V praktické části této práce se budu dále zaměřovat na rizikové a ochranné faktory v různých rovinách fungování bývalých uživatelů i na to, jak se vzájemně ovlivňují v rámci jednotlivých úrovní životního fungování bývalých uživatelů.

## **2.4 Dílčí závěr**

V rámci výzkumu se zabývám rizikovými a ochrannými faktory, které vyplývají z osobní zkušenosti bývalých uživatelů návykových látek působících v adiktologických službách. Jako bývalého uživatele vnímám dlouhodobě abstinujícího uživatele

návykových látek, který v současné době působí jako plnohodnotný člen profesionálního týmu v sociálních službách zaměřených na prevenci a léčbu závislostí. Ve výzkumu se budu zajímat, jaká rizika a ochranné faktory zmiňují tito bývalí uživatelé pohledem konceptu sociálního fungování jedince založeného na celostním pohledu na životní situaci, tedy v rovině biologické, psychologické, sociální a duchovní. Tento koncept mi pomůže identifikovat rizikové a ochranné faktory v těchto čtyřech úrovních a nastínit tak možný pohled na danou problematiku. V následující části této práce popíši metodologii výzkumu a následně v praktické části výsledky výzkumu.

## **3 Metodologie výzkumu**

V následující kapitole popíšu cíl výzkumu, zvolenou metodu a výzkumný vzorek.

### **3.1 Cíl výzkumu**

Cílem výzkumu je zjistit, jaké jsou rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti pracovníků působících v organizacích zaměřených na prevenci a léčbu drogových závislostí. Budu zjišťovat, se kterými ochrannými a rizikovými faktory se setkávají na různých úrovních svého sociálního fungování (biologický, psychologický, sociální, duchovní) optikou systémového přístupu. Cílem výzkumu bude odpovědět na hlavní výzkumnou otázku:

Jaké jsou rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti u bývalých uživatelů návykových látek působících v organizacích zaměřených na prevenci a léčbu drogových závislostí?

Na tuto hlavní otázku se budu snažit odpovědět pomocí dílčích výzkumných otázek:

Jaké jsou rizikové a ochranné faktory u bývalých uživatelů v rámci biologické roviny?

Jaké jsou rizikové a ochranné faktory v sociálním systému bývalých uživatelů?

Jaké jsou rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti bývalých uživatelů v rámci jejich psychologického systému?

Jaké jsou rizikové a ochranné faktory u bývalých uživatelů návykových látek v rámci jejich duchovní oblasti?

### **3.2 Kvalitativní výzkum**

Za účelem zodpovězení hlavní výzkumné otázky jsem zvolila kvalitativní přístup. Vzhledem k tomu, že cílem práce je zjistit, jaké jsou rizikové a ochranné faktory osobní zkušenosti u bývalých uživatelů návykových látek působících v organizacích zaměřených na prevenci a léčbu drogových závislostí, je nezbytné v rámci výzkumu jít do hloubky a detailně pochopit zkoumaný jev. Hendl (2005: 53) uvádí, že “při získávání hloubkového popisu případů nezůstáváme pouze na povrchu, provádíme podrobnou

komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky.“ (Hendl 2005: 53)

Disman (2009) popisuje, že “Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.“ (Disman 2009, s. 285)

V rámci výzkumu se budu snažit pohlédnout na zkoumaný jev z různých oblastí životního fungování dotazovaných a pochopit tím co možná nejlépe zkoumaný jev. Disman popisuje, že “cílem kvalitativního výzkumu je porozumění, které vyžaduje vhléd do co největšího množství dimenzí daného problému.“ (Disman 2009, s. 286)

Ve výzkumu předpokládám, že jednotliví respondenti budou věci vnímat velmi subjektivně a jejich odpovědi se pravděpodobně budou v některých věcech lišit. Zkušenosti každého z nich jsou jedinečné a neopakovatelné. Z tohoto důvodu považuji použití kvalitativního výzkumu za nezbytné. Miovský uvádí, že kvalitativní přístup se neztříká výzkumu fenoménů, které jsou jedinečné a neopakovatelné a které mohou lidé vnímat velmi odlišně a v různých kvalitách a rovinách. Jako klíčové pojmy označuje jedinečnost, neopakovatelnost a kontextuálnost, tedy vazbu na určitý kontext souvislosti (konstelaci osobnosti, místa, času,..). (Miovský, 2006, s. 17)

Hendl (2005: 50–52) uvádí, jak obecně postupovat v kvalitativním výzkumu. Nejprve si výzkumník volí téma a následně výzkumné otázky, které může měnit a doplňovat v průběhu výzkumu, nebo sběru a analýzy dat. Práci výzkumníka přirovnává k práci detektiva, který pátrá po jakýchkoli informacích, které by pomohly vysvětlit zkoumaný jev. Informace získané poměrně dlouhým sběrem dat následně výzkumník analyzuje a interpretuje a tím získává informace o daném zkoumaném jevu.

### **3.3 Kvalitativní polostrukturovaný rozhovor – sběr dat<sup>7</sup>**

Jako hlavní metodu sběru jsem pro účely této práce zvolila kvalitativní polostruturovaný rozhovor s konkrétními bývalými uživateli, kteří aktuálně pracují v týmu organizací adiktologických služeb. Polostrukturovaný rozhovor mi umožní držet se určitého schématu a neopomenout tak důležité části výzkumu a zároveň mi umožní, abych se během rozhovoru zaměřila na důležité informace získané od respondentů, doptala se na podstatné informace a ujasnila si získané informace. Hendl (2005: 174)

---

<sup>7</sup> Vzhledem k využití stejné metody sběru dat jsou některé části této kapitoly použity z mé absolventské práce na téma Možnosti sociální práce v terapeutické komunitě pro léčbu závislosti.

nazývá tento typ rozhovoru jako rozhovor pomocí návodu. V tomto případě má výzkumník během rozhovoru k dispozici seznam důležitých otázek, nebo témat, která by měla během rozhovoru zaznít. Umožní tak výzkumníkovi, aby neopomněl podstatná témata výzkumu, ale zároveň se výzkumník může doptávat na další vedlejší otázky, které tak umožní získat, co nejvíce informací o zkoumaném jevu.

Tazatel si připraví určité jádro rozhovoru, tedy seznam témat nebo otázek, které se zavazuje během rozhovoru probrat. Je však na něm, v jakém pořadí budou, vždy s ohledem na co nejefektivnější průběh rozhovoru. Dále se doptává a ověřuje si, zda získané informace správně pochopil a může v rozhovoru věnovat větší prostor podstatným a důležitým tématům. (Miovský, 2006, s. 160)

Miovský (2006: 163 - 164) popisuje čtyři základní fáze rozhovoru. Ještě před uskutečněním samotného rozhovoru probíhá fáze přípravná, během níž si chystáme otázky k rozhovoru, navazujeme kontakt s účastníky výzkumu, vysvětlujeme, co potřebujeme, za jakým účelem o rozhovor žádáme, jak časově bude rozhovor náročný, žádáme o souhlas s rozhovorem a v poslední řadě také domlouváme místo, kde rozhovor proběhne.

Během samotného jádra rozhovoru pokládáme otázky dané cílem výzkumu a jednotlivými okruhy, které jsme si předem stanovili. Je třeba neustále sledovat i neverbální komunikaci dotazovaného, abychom předešli například poklesu pozornosti, vyhoceným reakcím apod. Můžeme postupovat buď od obecnějšího ke konkrétnímu, nebo od jednotlivostí k obecnému, dále od běžných a méně citlivých údajů k těm intimním a citlivým, a nebo důležité konfliktní téma prokládat méně konfliktními a méně důležitými tématy. Jádro rozhovoru probíhá ve vlnách a není žádoucí snažit se vtěsnat podstatné informace s různým emočním nábojem do jednoho vrcholu rozhovoru.

Závěr a ukončení rozhovoru by mělo být důstojné a měli bychom dát dotazovanému najevo úctu k tomu, co vyjádřil. V případě rozhovoru, ve kterém otevřeme citlivá témata, je vhodné zjistit naladění dotazovaného po ukončení rozhovoru, např. zda jsme nezpůsobili nějaký méně zvladatelný stav. Dostatečný čas bychom také měli věnovat ujasnění a uzavření tématu, zda tazatel nemá ještě něco, čím potřeboval dané téma ukončit a zda ještě není něco, co potřebuje vyjádřit. Měli bychom si uvědomit, že neukončujeme pouze výzkumný rozhovor, ale také lidské setkání a dle toho interakci ukončit. (Miovský, 2006, s. 165-169)



Během rozhovorů se budu snažit držet uvedených fází. Průběh rozhovorů a konkrétní výsledky podrobně popíšu v praktické části této práce.

Polostrukturovaný rozhovor jsem doplnila také o dotazník s otevřenými otázkami, který jsem zaslala jednomu účastníkovi výzkumu e-mailem. “Produktem tohoto dotazování jsou odpovědi napsané respondentem, který na otevřené otázky písemně odpoví, jak nejlépe dovede.“ (Hendl, 2005, s. 186) Otázky korespondovaly s operacionalizovanými otázkami použitými při rozhovorech, respondent mi poté znovu prostřednictvím e-mailu poslal své odpovědi. Toto doplnění bylo použito vzhledem k velké pracovní vytíženosti respondenta.

### **3.4 Výzkumný vzorek**

K výběru výzkumného vzorku došlo kombinací několika metod. Nejdříve jsem použila záměrný výběr, který jsem následně zkombinovala s metodou sněhové koule a metodou výběru výzkumného vzorku samovýběrem. Záměrný výběr výzkumného vzorku jsem použila na první tři respondenty, tato metoda spočívá v tom, že cíleně vyhledáváme účastníky, podle jejich určitých vlastností. Kritérium pro výběr je právě existence dané vlastnosti, či stavu a následný souhlas se zapojením do výzkumu. (Miovský, 2006, s. 135). O prvních třech respondentech jsem dopředu z různých zdrojů věděla, že se jedná o bývalé uživatele návykových látek působících v adiktologických službách, následně jsem je oslovila, představila cíl výzkumu a všichni tři s výzkumem souhlasili a následně se ho zúčastnili. Vzhledem k tomu, že jsem informace o žádných dalších případných respondentech splňujících potřebná kritéria neměla, tak jsem se rozhodla použít metodu výběru výzkumného vzorku samovýběrem. Ta je založena na principu dobrovolnosti, respektive aktivního projevení zájmu zapojit se do výzkumné studie. Více potencionálním účastníkům výzkumu je nabídnuta možnost se výzkumu zúčastnit a záleží na jejich volbě, zda se zapojí, či nikoliv. (Miovský, 2006, s. 133) Do několika náhodně vybraných adiktologických služeb jsem odeslala e-mail, ve kterém jsem představila záměr své práce, cíl výzkumu a charakteristiku respondentů, které do výzkumu hledám. Takto se do výzkumu zapojil čtvrtý respondent, který sám projevil zájem se do výzkumu zapojit. Poslední použitou metodou výběru výzkumného vzorku, byla metoda sněhové koule, kdy dochází k volbě dalších případů na základě doporučení již zkoumaných jedinců. (Hendl, 2005, s. 154) Od jednoho z prvních tří respondentů jsem dostala kontakt na další osobu splňující kritéria výzkumného vzorku a

po jejím oslovení prostřednictvím e-mailu a představením záměru práce, se zapojením do výzkumu souhlasila. Číslování jednotlivých respondentů nekoresponduje s pořadím jejich oslovování a hledání. Hledání vhodných respondentů bylo zakončeno naplněním saturace výzkumného vzorku.

Do výzkumu se tedy zapojilo pět respondentů, čtyři muži a jedna žena. Všichni splňovali potřebná kritéria, tedy předchozí zkušenost s užíváním návykových látek a zároveň současné působení v adiktologických službách pro prevenci a léčbu závislostí. Všichni respondenti jsou profesionály ve svém oboru, všichni mají kvalifikační vzdělání, či výcvik potřebný pro výkon jejich profese a většina z nich své vzdělání i nadále rozšiřuje. Role bývalého uživatele je v jejich profesním životě pojímána spíše jako zkušenost, či výhoda, ale ne jako něco, co je opravňuje k výkonu jejich povolání. Respondenti působí v různých částech České republiky, obvykle ve více adiktologických službách současně. Mezi adiktologickými službami, ve kterých respondenti působí, jsou terapeutické komunity pro léčbu závislostí, kontaktní centra pro drogové závislosti, doléčovací centra, psychiatrické léčebny, apod. Vzhledem k citlivosti toho tématu a záměrné anonymizaci respondentů nebudu dále uvádět žádné konkrétnější údaje, které by mohly vézt k jejich identifikaci, tedy ani názvy služeb a měst, ve kterých působí a tyto údaje také záměrně neuvádím v citacích rozhovorů, uvedených ve výsledcích výzkumu.

### **3.5 Fixace a zpracování dat**

Rozhovory s respondenty probíhaly po předchozí domluvě nejčastěji v místě jejich pracovního působení, případně po telefonu. Trvaly přibližně jednu hodinu a byly zaznamenávány na diktafon. Poté došlo k doslovné transkripci rozhovoru. “Transkripcí se nazývá proces převodu mluveného projevu z interview do písemné podoby.“ (Hendl, 2005, s. 208) Doslovné transkripty jsem následně použila při dalším vyhodnocování získaných dat. Data jsem analyzovala prostřednictvím otevřeného kódování, které spočívá v lokalizování témat v textu a přiřazuje jim označení. Výzkumník seznam témat postupně třídí a organizuje. Cílem je tematické rozkrytí textu a identifikace obecnějších kategorií. (Hendl, 2005, s. 247) Tyto kategorie a podkategorie vycházejí z obsahu rozhovorů a z toho, na co kladli respondenti největší důraz.

## **4 Rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti bývalých uživatelů působících v adiktologických službách**

Během rozhovorů s respondenty jsme naráželi na různá témata a různé oblasti jejich životního fungování, ve kterých respondenti uváděli jednotlivá rizika a ochranné faktory. Tyto oblasti se různě prolínaly a vzájemně ovlivňovaly. Vznik rizikového faktoru v určité oblasti sebou obvykle nesl soubor ochranných faktorů plynoucích i z různých jiných oblastí lidského fungování. Získaná data budu interpretovat prostřednictvím čtyř hlavních kategorií, která korespondují se čtyřmi oblastmi životního fungování respondentů. Oblasti sociální, psychické, spirituální a biologické se budu věnovat postupně dle důležitosti, kterou jim respondenti přikládali. Jednotlivá témata rozhovorů budu interpretovat nejdříve ve vztahu k rizikům, která z nich vyplývají a následně ve vztahu k ochranným faktorům, které se k těmto rizikům vztahují.

### **4.1 Rizikové a ochranné faktory v sociální rovině**

Sociální rovina lidského fungování zahrnuje oblast vztahů, rodiny, přátel, komunity, ve které se respondenti pohybují, klientů, spolupracovníků, komunikace, vzdělání, trávení volného času, apod. Rizikové a ochranné faktory, které z této oblasti vychází, jsou ovlivněné sociálním fungováním respondentů.

#### **4.1.1 Promítání vlastní zkušenosti**

Během rozhovorů se respondenti velmi často vyjadřovali k rizikům a ochranným faktorům vztahujícím se ke klientům, se kterými pracují. Jako rizikové, ale v jistém směru i podpůrné, opakovaně uváděli promítání vlastní zkušenosti do léčby klientů. Respondent č. 2 uvádí, že *“ta vlastní zkušenost může být pomoc, ale může být taky problém. Protože prostě člověk má potom tendenci si promítat do těch lidí tu vlastní zkušenost a vézt je k řešení přes tu vlastní zkušenost.”* Respondent č. 1 to vidí podobně: *“Protože má člověk tu osobní zkušenost, tak samozřejmě člověka to svádí ze začátku, jako promítat tu svoji zkušenost do té práce. Ono to samozřejmě na jednu stranu je dobrý, na druhou stranu musí člověk připustit, že i jiný způsoby vedou, nechci říct*

*k abstinenci, ale ke spokojenému životu. Protože abstinence není cíl, ale nástroj.“* Respondent č. 3 vnímá toto riziko jako velmi významné: *“je velmi tenká hranice s vlastním prožitkem ex-usera a hrozí, že budu přistupovat ke klientovi ve smyslu já jsem to zažil taky tak, by jsi měl fungovat, aby ses ze závislosti dostal, tak jako já. To je špatně samozřejmě a hrozí pak fatální poškození klienta.“*

Jako ochranný faktor v tomto směru uváděli nejčastěji sebereflexi v tomto směru a změnu komunikace s klienty. Respondent č. 2 popisuje, že důležité je *“naučit se jim to necpat a naučit se komunikovat. Jako v oblasti poradenství, dávat si pozor na ten jazyk. Jako né takhle, ale můžu vám nabídnout, jak jsem to prožíval já, tak jsem to vnímal takhle...A pak pochopitelně pracovat na sobě a nenabízet to, pokud to ty lidi sami nevyžadují.“* Respondent č. 1 popisuje, že mu pomáhá *“jako víc se profesionalizovat, víc se odpoutat od tý svý osoby a být víc profesionál, což jako zase na druhou stranu přináší to ochladnutí, protože ta separace tý svý osoby do toho profesionála, to přináší...Pomáhá i jenom si to uvědomovat.“* Respondent č. 3 vidí propojení své zkušenosti do terapeutické práce zároveň jako výhodu, pakliže má jasné hranice: *“jasné hlídání hranic ve funkčním pro-terapeutickém vztahu, který zajišťuje bezpečí oběma lidem, tedy ex-userovi i klientovi.“* Respondent č. 3 říká: *“Jasně hranice terapeutického vztahu zajišťují směřování případu tak, aby nebyl ovlivněn vlastními osobními zkušenostmi, ale odborným náhledem. Profesionální směřování a vlastní osobní zkušenost musí být oddělená tak, aby nedošlo k setření hranic. Náhled pak umožňuje čerpání poznatků profesních a osobních, které lze komparovat a případně interpretovat tak, aby byly přínosem.“*

#### **4.1.2 Kontakt s aktivními uživateli**

Jako rizikový také někteří respondenti uvádí kontakt s aktivními uživateli, nebo akutně intoxikovanými klienty. Respondent č. 1 uvádí, že *“jedna z obran, která byla, že jakmile byl někdo aktivní uživatel, tak já jsem tam měl hroznou stopku jako chladnou. Jako součást tý svý obrany. A ze začátku jsem na to hodně narážel, že když někdo začal brát, tak já jsem je hrozně rychle utínal a přitom jsem měl být profesionál a třeba jim pomoci...Já jsem měl ty obrany tak pevný, že mě to neohrožovalo, je [klienty] to ohrožovalo, protože nedostali vlastně to, co by měli dostat od sociálního pracovníka v té situaci...evidentně jsem se tomu jako vyhybal, když si na to vzpomenu teďka, tak jsem se fakt jako vyhybal kontaktu s nima.“* Respondent č. 2 popisuje: *“Na kontaktním centru,*

*když se bavím s uživatelama drog, tak si hlídám tu hranici, kdy nechci slyšet jejich aktivní, nechci vidět drogy, protože je to hodně silný. Člověk nikdy neví, kdy může sklouznout.“* Dále popisuje, že při svých předchozích abstinencích by si tento kontakt vůbec nedokázal představit: *“umím si představit v těch předchozích abstinencích, že by to pro mě ohrožující bylo... tam si neumím představit, že bych se s těma uživatelema nějak jako vídal. Protože tam je jako vždycky ohrožení.“*

V tomto směru jim pak následně pomáhá nejčastěji vhodný výběr cílové skupiny, se kterou pracují a pomoc jiného člena týmu v momentě, kdy se i v jejich službě objeví akutně intoxikovaný klient. Respondent č. 1 vidí stěžejní právě výběr cílové skupiny: *“výběr té cílové skupiny, která nejsou ti aktivní uživatelé, tak přispívá i k tomu, že já se zároveň chráním. První, co jsem si řekl, že já chci jakoby nejlouběji jít maximálně do komunity, ale doléčovák je prostě ideál. Lidi motivovaní, chtějí se prostě změnit a dotyk s aktivníma uživatelema je opravdu minimální. To že relapsují, přijdou prostě zmaštěný, ale není to každodenní. Ta práce je trošku jiná než prostě třeba v káčku, že jo.“* Jako podpůrnou dále uvádí možnost obrátit se na dalšího člena týmu: *“Ale tohleto jsem si uvědomoval, takže to přebírali ostatní zaměstnanci...tu roli pak přebírala kolegyně.“* Respondent č. 2 říká: *“tak si hlídám tu hranici, kdy nechci slyšet jejich aktivní, nechci vidět drogy.“*

Ve spojitosti s rizikem setkávání se s aktivními uživateli, uváděli respondenti také často riziko vzniku chutí na drogu. To se s touto oblastí prolínalo a bude to zmíněno v oblasti psychologické.

#### **4.1.3 Reakce kolegů v týmu**

Respondenti dále zmiňovali v souvislosti s riziky ve vztahu ke klientům také určitá rizika ve vztahu ke svým kolegům – členům týmu. Respondent č. 1 popisuje jistý rizikový moment, když nastupoval do své pozice a zbytek týmu měl jisté obavy: *“když jsem nastupoval, tak část týmu mě ještě znala jako klienta, což samozřejmě vyvolávalo nějaký otázku.“* Jakousi nedůvěrou týmu pociťoval v začátcích své profesní kariéry i respondent č. 3: *“Pracovat jako ex-user je náročný nejen pro pracovníka, ale i pro tým...Nálepku zaměstnavatel je abstinující feťák jsem cítil dlouho zakomponovanou a přinášela jakousi nedůvěru.“*

Jako hlavní nástroj řešení a předcházení těchto rizik uvádí respondenti supervizi s ostatními členy týmu a profesionální přístup. Respondent č. 1 říká, že *“nejdřív vlastně*

*než jsem nastoupil, tak proběhla supervize na toto téma, kde jsme si to vyjasňovali, kde se mě třeba ptali, jestli piju, nebo tak. Já teda mám absolutní abstinenci od všeho, takže to je samozřejmě trošku uklidnilo a postupem času, jak poznávali, že to netahám a nestavím svoji profesi na tom, že jsem ex-klient, ale stavím svoji profesi na tom, že jsem kvalifikovanéj sociální pracovník, tak se ten vztah jako měnil.“ Respondent č. 3 vidí ochranný faktor v *“komunikaci o pocitech a fungování bezpečných hranic s kolegy.“**

#### **4.1.4 Odmítnutí ze strany veřejnosti**

Někteří respondenti také zmiňují jako rizikový faktor reakce veřejnosti na jejich působení v sociálních službách. Respondent č. 3 popisuje, že se v minulosti setkal s nepřijetím veřejnosti: *“Veřejnost vnímá ex-usery už pozitivně. V 90-tých letech to ale byl pojem nový a neznámý, nedůvěra byla a docházelo k labellingu<sup>8</sup>. Nicméně po několikaletém fungování a dosahování pracovních výsledků došlo k přijetí ze strany veřejnosti.“* Respondent č. 2 popisuje, že se setkal s odmítnutím odborné veřejnosti, která nedoporučuje zapojování ex-userů při programech primární prevence: *“doktor Kalina ve své knize napsal, že jako vůbec primární prevence, že nedoporučuje nějaký besedy s ex-userama a že to může být jako negativní a já s tím jako úplně nesouhlasím. Že jako paušalizovat to nejde.“* Toto řešil přímo s daným odborníkem: *“Tak jsem mu oponoval, jestli by to mohl podložit nějakým výzkumem. Třeba u doktora Miovského jsem totiž zjistil, že podle výzkumů venku ty besedy s těma ex-userama měly nějaký efekt.“* A také vymezením svého programu jako doplnění primární prevence, nikoliv jako primární prevencí samotnou: *“já si klidně dovolím ji dělat, protože vím, co tam dělám. Víím, že to není primární prevence, taky o tom s těma školama komunikuju... vždycky to mám vyjednaný, že to není primární prevence, že to je doplnění k tomu, aby si ty lidi udělali svůj názor.“*

#### **4.1.5 Rodina a přátelé**

Rizikovým a zároveň ochranným faktorem je respondenty pojímána rodina a sít přátel. Jako rizikové vnímají někteří respondenti vztahy s přáteli, které museli po léčbě

---

<sup>8</sup> Labelling je ústřední pojem tzv. etiketizační teorie a je součástí sociologické teorie deviací. Principem této teorie je nálepkování, tedy přisuzování etikety devianta nedevidantní částí populace. Hlavním zdrojem etiket bývají lidé, kteří jsou schopni jiným vnutit svá měřítká konvenční mravnosti. Jakmile je někdo označen za devianta, zůstává mu určité stigma. (Giddens, 1997, s. 195)

zpřetrhat a poté pozvolné nacházení přátel nových. Respondent č. 1 vnímá riziko ztráty původních přátel i ve vztahu ke klientům, kdy si jako profesionál musí dávat pozor na překračování hranice vztahu s klienty: *“rizika jsou samozřejmě to, že tu síť (přátel), nemám jako moc rozvinutou, že jsem začínal jakoby úplně od znovu a je samozřejmě náročný při té práci nevytvářet, jako nekamarádit se s těma klientama.“* Jako rizikové respondenti označují také změnu prostředí, díky, které obvykle ztratili i přátelství, která nebyla zatížena drogovou minulostí. Respondent č. 3 popisuje: *“narodil jsem se v Praze a zde na Moravě jsem zakotvil po ukončené léčbě ve zdravotnickém zařízení. Přátelé a kamarádi z dětství, nebo z jiných aktivit zde nejsou. Vznikají až postupně na základě školní docházky, apod.“* Respondent č. 2 popisuje podobnou zkušenost: *“Já musel všechny vztahy přetrhat a začít úplně od znovu...nemám vybudovanou síť, nemám jakoby tady 150 známých, teda jako 150 známých asi mám, ale ne jako kamarádů ze školky.“* Respondent č. 5 vnímá ve vztahu k rodině jako rizikové přílišnou angažovanost v práci a tím nahrazování přirozených vztahů: *“práce jako náhrada za přirozené vztahy, přátelské, rodinné, je velkým rizikem, které řeším, v poslední době více aktivně, více efektivně.... práce byla často na úkor rodiny.“* Pro respondenta č. 3 je rodina rizikovým faktorem. Události, které nastaly v původní rodině respondenta, byly příčinou rozvoje hlubokých traumat a měly vliv na fungování rodiny s manželkou a synem: *“Neznám vzorce pozitivního rodinného života a taky odkud bych se je naučil?... frustrace a trauma z rozpadu rodiny a omezení kontaktu se synem.“* Frustrace z chybějícího rodinného prostředí, rozpadu manželství a nezvládnutí role manžela u něj mělo následně vliv i na fungování v pracovním prostředí: *“Logicky toto chování má pak vliv na prostředí, kde žiju, frustraci z chybějícího rodinného prostředí, přenáším to na kolektiv...chybějící absentující rodina a tvorba nového rodinného prostředí je i nárokem na pracovníky a vztahy na pracovišti.“*

Jako ochranné respondent č. 3 uvedl vytváření nových vazeb například přes školní docházku, respondent č. 1 si vytváří vztahovou síť *“přes manželku, přes její známý, přes nějaký sport třeba.“* Respondent č. 5 vnímá, že mu v tomto směru pomohl psychoterapeutický výcvik, který mu pomohl začít řešit některá vztahová témata.

#### **4.1.6 Koníčky a odpočinek**

Jako ochranný faktor v rámci sociálního fungování respondenti často zmiňují své koníčky a odpočinek. Respondent č. 1 k tématu trávení volného času říká, že je důležité

*“rozvíjení koníčků. To stejný, co chceme my, po těch klientech, tak chci i po sobě a mám dostatečnou šířku záběrů. Nejdřív jsem měl vysokou školu jako koníček, to mi zabralo úplně veškerý čas... chodím na volejbal... fakt jako rozvíjím to vícezdrojově, kdyby něco padlo.“* Respondentce č. 4 pomáhá ze strany volnočasových aktivit: *“odreagování s přáteli, práce na zahradě, jízda na kole.“*

#### **4.1.7 Odbornost**

Jako velmi podstatný ochranný faktor, který má vliv na rizikové faktory napříč jednotlivými oblastmi životního fungování, uvádí všichni dotazovaní získanou odbornost, vzdělání, výcvik, apod. Respondent č. 2 popisuje: *“když jsem získal tu odbornost, tak mě dovolila podívat se v té sebereflexi na to vlastní ex-userovství, jako na tu vlastní zkušenost.“* Respondent č. 5 zmiňuje: *“Další a další vzdělávání, supervize a individuální terapie jsou do dnes pro mě oporou.“* Respondent č. 3 zmiňuje vzdělání i jako prevenci určitého automatismu: *“hrozí automatismus, opakování stále stejných věcí a nerozvoj osobnosti. A co proti tomu dělám? Vzdělávám se, vzdělávám se a vzdělávám se.“*

#### **4.1.8 Shrnutí rizikových a ochranných faktorů v sociální rovině životního fungování**

Sociální rovině životního fungování se většina respondentů věnovala nejvíce a vyplývá z ní také nejvíce rizikových a ochranných faktorů.

Několik rizikových a ochranných faktorů vyplývá ve vztahu ke klientům. Prvním z nich je promítání vlastní zkušenosti do řešení klientovy situace, kdy někteří respondenti uvádí, že je třeba si dávat pozor na protlačování vlastního řešení do klientovy situace, tak aby nebylo pojímáno jako jediná správná cesta k řešení. Jako ochranný faktor je v tomto směru respondenty pojímána sebereflexe, zvolení vhodného způsobu komunikace, práce na sobě, profesionalizování se a jasné hlídání hranic. Při dodržování těchto faktorů může být osobní zkušenost při řešení klientova případu přínosná. Někteří respondenti uvedli jako rizikový faktor kontakt s aktivními uživateli, či aktivně intoxikovanými klienty. Toto riziko vztahují spíše k počátkům své profesní kariéry, kdy kontakt s aktivními uživateli přerušovali, odmítali a nebyli schopni poskytnout pomoc, která se od nich jako sociálních pracovníků očekávala, a kterou měli



klienti v rámci služby dostat. Respondenti v tomto směru cítili ohrožení jednak vůči klientům, kterým nebyla poskytnuta plnohodnotná pomoc ale také vůči sobě, vzhledem k udržení vlastní abstinence. Riziko vzniku chutí budu zmiňovat v rámci psychické oblasti fungování respondentů. Jako ochranný faktor respondenti zmiňovali zejména pomoc ostatních členů týmu, kteří kontakt s klientem převezmou a také vhodné zvolení cílové skupiny, se kterou pracují. Tedy pakliže toto riziko vnímají, pracovat spíše s klienty motivovanými (v komunitě, doléčováku, apod.).

Respondenti zmiňovali v sociální oblasti jejich fungování i jistá rizika ve vztahu ke svým kolegům v týmu. Rizikovým faktorem je v tomto směru jistá obava kolegů při nástupu ex-usera do profesního týmu. Respondenti popisovali, že se setkali při svých profesních začátcích s obavami svých kolegů z jejich fungování v týmu a jistou nedůvěrou. Jako ochranný faktor v tomto směru zdůrazňují supervizi, vyjasnění si pravidel, dodržování role profesionála a komunikaci o vzniklých problémech.

Další zmiňovanou oblastí byla rodina a síť přátel. Zde je respondenty pojímáno jako rizikové zpřetrhání původních vazeb v souvislosti se změnou místa bydliště po léčbě a dále ztrátu nebo omezení přátelství, která nebyla zatížena drogovou minulostí. Ve vztahu k rodině potom respondenti uváděli jako rizikové nahrazování přirozených vztahů přílišnou angažovaností v práci a také nefunkční původní rodinu, neznalost funkčních vzorců chování v rodině a s tím spojené problémy v rodinně nové a následný rozvod. V této oblasti uváděli respondenti jako ochranné vytváření nové vztahové sítě mimo drogové prostředí a prostředí klientů a také psychoterapeutický výcvik, který umožnil řešit některá vztahová témata.

V neposlední řadě mluvili někteří respondenti také o jistém odmítnutí ze strany veřejnosti, kdy jako rizikové uváděli labeling, nedůvěru a odmítnutí působení bývalých uživatelů v primární prevenci ze strany odborné veřejnosti. Jako ochranný faktor uváděli profesionalitu, konfrontaci názorů a jisté vymezení své práce spíše ve formě doplnění primární prevence.

V sociální oblasti popisovali respondenti také některé vyložené podpůrné faktory, které obvykle působí napříč jednotlivými oblastmi lidského fungování. Jsou jimi rozvíjení koníčků, ideálně vícezdrojově, a ve velmi významné míře vzdělávání, získaná odbornost, výcvik a osobní rozvoj, které umožňují respondentům být profesionály, umožňují sebereflexi, jsou jim oporou a podporují jejich vývoj – rozvoj osobnosti.

## 4.2 Rizikové a ochranné faktory v psychické rovině

Psychická rovina lidského fungování zahrnuje např. oblast psychického stavu, zvládání různých situací, emocí, osobnosti, chování, apod. Rizikové a ochranné faktory, které z této oblasti vychází, jsou ovlivněné fungováním respondentů v psychické rovině.

### 4.2.1 Stres a nadměrné pracovní vytížení

Nejčastější rizikový faktor v rámci psychické oblasti označovali respondenti stres a příliš velké množství práce. Respondent č. 1 uvádí jisté sebezpoznání v tomto směru: *“A teďka vím, že když mám hodně práce a jsem ve stresu, tak na sebe musím dávat pozor, jako jak působím na klienty. Třeba když přijdou a něco chtějí, tak abych je neodbyl, nebo jim řekl, teďka nemůžu, mám hodně práce.”* Respondentka č. 4 připouští, že *“občas je toho na mě moc, řešení náročného zaměstnání a zároveň studium mě někdy vyčerpává.”* Respondent č. 5 vnímal toto riziko zejména zpětně k začátkům své pracovní dráhy: *“Žil jsem v práci a moc jsem si to neuvědomoval...v práci jsem se pokoušel silně realizovat.”*

Jako ochranné respondent č. 1 popisuje sebezpoznání, supervizi i možnost obrátit se na ostatní členy týmu. Jako důležité vnímá *“aby člověk sám sebe poznal a korigoval podle toho ten výstup navenek...možnost i individuální supervize, jako nějaký terapie.”* Jako podstatné oporu vnímá i ostatní členy týmu: *“jsme ve dvou, takže se navzájem, nechci říct hlídáme, ale právě proto jsme tam ve dvou, aby když máme poradu před skupinou a řeknu, že se dneska necejtím, tak to vede ten druhý a táhne to. Je potřeba být profesionálem a vědět ty své limity.”* Respondent č. 3 uvádí: *“důležitá je supervize, terapeutické vzdělávání, moje odjezdy do škol mimo území místa působení.”* Podobně to vidí i respondent č. 5, který velký význam v tomto směru přisuzuje psychoterapeutickému výcviku: *“trochu přechodně pomohl psychoterapeutický výcvik, kde jsem pochopil, že to hlavní dělá skupina, ne terapeut, což mi pomohlo netlačit na klienty a netlačit na sebe.”* Respondentka č. 4 využívá vzhledem k množství svých aktivit psychohygienu a různé relaxační techniky: *“Abych vše zvládla, využívám individuální supervize, jako psychohygienu. Také jsem se naučila autogenní relaxaci a regulované dýchání.”* Respondent č. 2 obecně pohlíží na stres zároveň jako na ochranný faktor svého fungování. Uznává, že *“optimální je, aby člověk ve stresu nebyl a všechno dělal ve svobodě.”* Nicméně ve stresu vidí potenciál a prostředek k vybičování vlastních

sil: *“ten stres vás natolik vybičuje, že si říkám jako terapeut, jestli nezhazuju ten hodně dobrej therapeutickej materiál, kterým ten stres může být. Já, i když toho mám na sobě hodně, tak přece jenom já to všechno nedělám sám. O mě se někdo stará, mám koordinátory, na který to deleguju.“* Jako další ochranu před stresem uvádí víru, fungování manželky a přiměřené požadavky sám na sebe: *“co mě nejvíc pomáhá je víra. Já tam cejtím jako ten obrovskej příliv té moudrosti, energie. Bez toho bych to asi už dávno položil. Jako ta manželka funguje a taková ta víra, ten optimismus. Nemám ambice být nejlepší v očích někoho jinýho, ale pokouším se být z pohledu té víry, pomáhat lidem.“* Respondent č. 5 vnímá množství práce i podpůrně: *“to co dělám, je hlavně posláním a velice mě to sytí.“* Zde je patrné prolínání ochranných faktorů z různých oblastí sociálního fungování respondentů, jak z oblasti sociální v podobě podpory týmu, nebo ze strany rodiny, dále v oblasti psychologické v podobě optimismu, přístupu ke stresu jako k možnosti růstu, poznání svých limitů a reakcí a v neposlední řadě také v rovině duchovní ve formě víry.

#### **4.2.2 Odměny a adrenalin**

Dalším významným rizikovým faktorem, který respondenti při rozhovorech zmiňovali, a který velmi souvisí s faktorem stresu a velkého množství práce je hledání adrenalinu, touha po odměnách. Jak jsem již uváděla v popisu výzkumného vzorku, tak většina respondentů působí současně na více pozicích, obvykle ve více službách, někteří vedou různé větší organizace, zároveň studují, dělají si terapeutický výcvik, apod. Souběh těchto aktivit jim v některých situacích přináší stres, se kterým se vypořádávají různými způsoby. Když jsme dále v rozhovorech rozebírali důvody těchto velkých pracovních/studijních nároků někteří respondenti zmiňovali, že toto velké množství nároků je zapříčiněno touhou po neustálém adrenalinu a touhou po odměnách. Toto přirovnávali k tomu, co vlastně hledali a nalézali v užívání drog. Respondent č. 1 připouští riziko velkého stresu: *“...já mám potřebu stále rozjíždět nový a nový projekty...vono to ale přináší šilenej stres.“* A dále pak vysvětluje: *“To jsou prostě ty odměny, závislost je o odměnách. Centrum jsou odměny, takže si myslím, že právě ten stres a to vypětí a následně ta velká odměna, která je nad rámec běžnýho života... ty velký odměny mě sytěj.“* Respondent č. 3 se zamýšlí nad nahrazováním látkové závislosti tou nelátkovou, tedy činností: *“Mimo jiné je to i workoholismus... systém stresu působí na mozkovou činnost a systém odměn zde funguje, je tedy možné, že si*

*moje tělo začalo přisun dopaminu a serotoninu nahrazovat né píchnutím drogy jako látky, ale pracovním nasazením – tím tedy nelátková závislost.*“ Systém odměn popisuje také ve vztahu ke školním úspěchům a dosažení vzdělání: *“Tedy škola a vzdělání je zároveň ve mně to feťácké, získat ocenění za zvládnutí.*“ Respondent č. 3 se zamýšlí i nad dalšími rovinami, kde toto uspokojení/ocenění hledá a nalézá: *“nyní mám se synem dobrý dlouholetý vztah a i zde dochází k pocitům uspokojení za zvládnutí této otcovské role.*“ Někteří respondenti tyto faktory popisovali spíše jako ochranné ve vztahu k rozvoji svých možností a jako rizikové ve vztahu k rozvoji stresu. Riziko si respondent č. 1 připouští také v momentu, kdy tyto velké úspěchy přestanou a s tím přestanou také ty velké odměny, které ho v současné době sytí: *“Ale je zase otázkou, co nastane, až ty velký odměny přestanou, kde si to budu sytit.*“

#### **4.2.3 Depresivní ladění**

Dalším rizikem, které zmínil respondent č. 5 je rozvoj depresivního ladění: *“Nejdřív jsem měl pocit, že při těžkostech i lehčích depresích vztahová práce pomáhá, ve smyslu odpoutání se od svých potíží. Až po čase se začalo ukazovat, že to nepomáhá, ba spíše zhoršuje. Terapeut v depresi má jen omezenou kapacitu vztahovosti s klienty, což práci neprospívá a neprospívalo to ani mě.*“ Současně však zkušenost s depresivním laděním a psychotickým stavem popisuje jako přínosnou: *“Na druhou stranu zkušenost s depresivním laděním pomohla mému chápání klientových stavů a postupně zlepšovala můj terapeutický potenciál. Stejně jako zkušenosti s psychotickým stavem i s léky v rámci užívání drog pomohlo většímu porozumění lidem i větší jistotě při komunikaci s psychiatry.*“ Jako pomoc při těchto depresivních rozladech zmiňuje oddělení práce a volného času a psychohygienu: *“Postupně jsem se musel naučit nenosit si práci domů, což se mi po přibližně 3 až 4 letech dařilo dobře. Začal jsem dost běhat, což pomáhalo jako psychohygienu a jako lék na depresivní rozlady.*“

#### 4.2.4 Chutě/bažení<sup>9</sup>

Rizikovou oblastí v psychologické rovině fungování je pro některé respondenty práce s chutěmi. Vzhledem k absolvované léčbě a dlouholeté abstinenci však mají vybudovaný systém obran, který jim pomáhá tomuto riziku předcházet. I přesto jsou ale chutě vnímány jako riziko. Respondent č. 1 popisuje, že chutě jsou součástí jeho života, ale vzhledem k existenci mnoha podpůrných faktorů stačí k jejich zvládnutí různé osvojené techniky: *“A protože mám zdravý vztahy, mám kamarády, mám koníčky, mám práci, která mě naplňuje, mám úspěch v osobním i pracovním životě, tak tohle všechno vytváří, že když dostanu chutě, tak mi stačí nějaký techniky, třeba stop myšlenka, nebo tak.”* Respondent č. 2 vnímá riziko v tomto směru při kontaktu s aktivními uživateli drog, nebo při kontaktu s drogou a jako podstatné vnímá dodržování určitých zásad a udržení určitých hranic: *“Na kontaktním centru, když se bavím s uživatelama drog, tak si hlídám tu hranici, kdy nechci slyšet jejich aktivní, nechci vidět drogy, protože je to hodně silný. Člověk nikdy neví, kdy může sklouznout. Já vím, že bych neměl pít, i když pití mi nemusí dělat problémy. Protože vím, že v pití mám oslabený hranice, a kdyby v tu chvíli mi ještě někdo nabídnul drogu, tak se k tomu můžu chovat jinak. Takže nějaký zásady mám... Jsem určitě ohrožen tou zkušeností, kdy můžu mít to slabý místo, který reflektuji. To jsou ty hranice, ty rizika.”* Respondentka č. 4 naopak udává, že v tomto směru riziko již nevidí: *“To, že bych se vrátila k užívání pervitinu, mě již spousty let nenapadá, nevnímám riziko.”* Před několika lety se ale sama s chutěmi setkala: *“Ještě před osmi lety, když jsem pracovala na K-centru s aktivními uživateli, měla jsem občas strach, aby mě to nelákalo dát si znovu drogy. A pochopitelně taková situace taky nastala. Tenkrát jsem šla na měsíc marodit, protože mi bylo zle a já jsem nijak neuměla naložit a nejspíš jsem udělala to nejlepší, co jsem udělat mohla.”*

#### 4.2.5 Jednotvárnost, automatismus ve vztahu k profesi

Další oblastí, ve které vidí někteří respondenti riziko je určitá jednotvárnost, automatismus a nerozvoj osobnosti. Respondent č. 3 popisuje, že *„hrozí automatismus,*

---

<sup>9</sup> Nešpor uvádí, že „podle Mezinárodní klasifikace nemocí je bažení popsáno jako „silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky“. Bažení ovšem souvisí i s dalšími znaky závislosti jako je zhoršení sebeovládání, nebo to, že někdo v naruživém chování pokračuje navzdory škodlivým důsledkům, které jsou mu známé.“ (Nešpor, Csémy, 1999, s. 5)

*opakování stále stejných věcí a nerozvoj osobnosti.*“ Respondent č. 2 popisuje: *“Mám hodně aktivity, který jsou jednotvárný, tak mě můžou položit...jsem hodně svázaný byrokracií, standardama.”* Respondent č. 2 zároveň zmiňuje, že mu pomáhá změna prostředí, změna činnosti a odpočinek ve volném čase: *“když je jednotvárnost práce, tak mám možnost si to trochu namíchat. Když jsem hodně svázaný byrokracií, standardama, tak jedu do jiného státu, kde nic takového není...Jako když člověk někde prohrává, tak je těch aktivit taky hodně, kde vyhrává.”* Respondent č. 3 vnímá jako řešení vzdělávání se.

#### **4.2.6 Frustrační/emoční odolnost**

Zajímavý faktor svého sociálního fungování vyplývající ze své osobní zkušenosti s užíváním drog udává respondent č. 2, který zmiňuje určitou frustrační/emoční odolnost. Nejdříve zmiňuje, jak se u něj tato odolnost vytvořila, kdy popisuje svůj život během užívání drog a života ve velmi náročném prostředí: *“Je tam [ze strany drogového prostředí] hrozně velká zátěž... jsou to hrozně psychicky náročné věci... Nejvíce mojih kamarádů skončilo tak, že to psychicky nevydrželi a vzali si život. Ono vám to tu psychiku posune, jakože když člověk vydrží, tak je tam ten profit, že máte zvýšenou frustrační zátěž.”* Tuto odolnost popisuje jako rizikový i ochranný faktor zároveň. Pomáhá mu zvládat náročné situace nejen v pracovním ale i soukromém životě: *“Zase jsem schopný zpracovávat více věcí a mít jako tu frustrační zátěž někde jinde. Takže můžu dělat i těžké věci... Jako když přijímám, že to může být užitečný ta negativní zkušenost, tak to posouvá a dává to něco. Takže to dává trpělivost a o mě říkají, že jsem klidný, i kdybych padal do pekla... Já třeba mám hypotéky a vůbec nemám strach, že bych se stal bezdomovcem, protože vím, že bych to přežil.”* Naopak ale tato emoční odolnost přináší určité citové ochladnutí a zablokování projevu některých emocí: *“Vím, že mě to trošku poškodilo v té emoční rovině, že mám vypěstovaných hodně obran, takže víc racionalizuju, než prožívám... Jakoby to emoční prožívání, to byl problém. Člověk aby se nezbláznil, tak ta psychika nějak pracuje a racionalizuje a dělá vlastně obrany...vím, že vydolovat ze mě nějaký slzy se povedlo asi jednou a to jen na krajíčku. Já normálně nepláču, nemám to uvolněný a jdu do té racionalizace, ale jako mám to, abych mohl přežít, tak jsem se naučil ty emoce potlačovat a nemít je tak silný. To je tak silný vzorec, že zároveň mi to dává sílu a zároveň bere radost. Ta síla je vykoupena něčím jiným.”* Respondent č. 1 zmiňuje také určitou otrlost, která je pro něj při práci

spíše výhodou. Na tuto otrlost jsme narazili při povídání o důležitosti nepřebírat zodpovědnost za klienty: *“...to je hodně na těch klientech a je potřeba některý věci nepřebírat. A myslím si, že když nejsou trochu otrlí (pozn. kolegové) z toho prostředí a já nevím, jestli je to vlastně přednost, nebo jestli je to mínus. Protože já jsem jako dost jako otrlej. Takže někdy jako, nechci říct, že jsem jako tvrděj, to určitě ne, ale ta zodpovědnost je tam jako na nich.”*

#### **4.2.7 Psychohygienu**

Podpůrné účinky psychohygieny zmiňují respondenti napříč jednotlivých oblastí lidského fungování, zejména však v oblasti sociální a psychologické. Například respondent č. 2 zmiňuje potřebu psychického odpočinku: *“...aktivní odpočinek od toho psychickýho, takže když zryju zahradu, tak si jako naopak odpočnu. Fyzicky se zničím, ale psychicky si odpočnu. Nemusím přemýšlet...”*

#### **4.2.8 Shrnutí rizikových a ochranných faktorů v psychické rovině životního fungování**

Významným rizikovým faktorem, který uváděla v oblasti psychické roviny životního fungování většina respondentů je stres a přílišné pracovní vytížení. Respondenti uvádí, že stres a velké pracovní vytížení je někdy velmi vyčerpává, že toto má vliv nejen na ně samé, ale také na rodinu a osobní život a přílišný stres může ovlivnit také komunikaci s klienty. Jako výrazný ochranný faktor uvádí respondenti supervizi. Dále pak sebepoznání, přiměřené požadavky sám na sebe, profesionalitu, možnost obrátit se na ostatní členy týmu, psychohygienu, psychoterapeutický výcvik a víru. Jeden respondent zmínil stres jako podpůrný prvek svého fungování, kdy ve stresu vidí potenciál a prostředek k vybičování vlastních sil.

Dalším rizikovým faktorem, který někteří respondenti při rozhovorech zmiňovali, a který velmi souvisí s faktorem stresu a velkého množství práce je hledání adrenalinu, touha po odměnách. Touhu po odměnách a adrenalinu zmiňovali někteří respondenti jako příčinu velkého množství nároků, které na sebe kladou. Zároveň si připouští souvislost s tím, co hledali a nalézali při užívání drog. Tedy velké vypětí a zvládnutí velkých úkolů přináší následnou odměnu v pocitech podobných při užívání drogy. Respondent č. 3 se zamýšlí nad možným nahrazením látkové závislosti nelátkovou

závislostí, tedy závislostí na určité činnosti – pracovním nasazením, potažmo dosahováním školních, pracovních a osobních úspěchů. Respondent č. 1 si v tomto směru pokládá otázku, co nastane, až tyto velké odměny přestanou.

Respondent č. 5 zmiňoval jako rizikový také rozvoj depresivního ladění, které negativně ovlivňuje jeho práci. Projevuje se omezenou kapacitou vztahovosti s klienty a negativním vlivem na řešení respondentovy situace. Přínos své zkušenosti s depresivním laděním, psychotickým stavem a užíváním psychiatrických léků vnímá v lepším chápání klientových stavů a zlepšování svého terapeutického potenciálu.

Dalším zmiňovaným rizikem, které někteří respondenti vnímají je práce s chutěmi. I když ví, jak s nimi pracovat a mají vytvořený systém obran, který jim pomáhá tomuto riziku předcházet, či ho řešit, přesto rozvoj chutí vnímají rizikově. Riziko rozvoje chutí vnímají zejména při kontaktu s aktivními uživateli drog, či při kontaktu s drogou samotnou. Jako ochranné v tomto směru vnímají osvojené různé techniky a obrany, které jim pomáhají tyto situace řešit a udržování určitých zásad a hranic. Důležité je i fungování ostatních pilířů, tedy rodiny, práce, přátel, koníčků, apod. Respondentka č. 4 naopak udává, že riziko v tomto směru již nevidí.

Někteří respondenti uváděli jako riziko jistý automatismus, jednotvárnost, svázanost byrokracií. Toto následně řeší změnou prostředí, změnou činnosti, odpočinkem ve volném čase a vzděláváním se.

Dalším faktorem vyplývajícím z osobní zkušenosti některých respondentů je určitá emoční /frustrační odolnost, nebo také určitá tvrdost. Na základě velké psychické zátěže vzniklé během užívání drog došlo k posunutí psychiky a vnímání některých náročných situací. U respondenta č. 2 došlo vlivem velkého psychického vypětí k zablokování některých emočních projevů, určitému citovému ochladnutí a volení racionalizace místo emocí. Došlo k posunutí hranic frustrační a emoční odolnosti, díky kterému je trpělivější a může se pouštět do náročnějších činností a ví, že je ustojí. Tento faktor respondent vnímá jak podpůrně, tak rizikově.

Jako ochranný faktor působící napříč jednotlivými oblastmi lidského fungování uvádí respondenti potřebu psychohygieny, tedy odpočinek od psychického vypětí, nejčastěji formou fyzické činnosti.



### 4.3 Rizikové a ochranné faktory v duchovní rovině

Duchovní rovina lidského fungování zahrnuje např. oblast etických a morálních zásad, hodnot, víry, apod. Rizikové a ochranné faktory, které z této oblasti vychází, jsou ovlivněné fungováním respondentů ve spirituální rovině.

#### 4.3.1 Víra

Někteří respondenti uvádí jako velmi významný faktor křesťanskou víru. I ta s sebou dle respondentů přináší rizika, ale zároveň je velmi významným ochranným faktorem. Respondent č. 2 zmiňuje určitá rizika, která mohou být s vírou spojená: *“...když tu víru nebudu žít tak, jak mám, když to bude fanatismus, tak tím můžu škodit. Mám strach, jestli nejdu už moc do toho fanatismu, jestli mě ještě lidi rozumí... čím jdete hlouběji, tím víc jste sám.”* Respondent č. 2 zmiňuje jako riziko také určité dilema mezi křesťanskými hodnotami a pravidly sociální služby, která jsou daná standardy: *“Ta víra může škodit, může poškodit ty pracovníky, může je ohrozit. ...Když budou základní činnosti podle standardů a já budu cítit, že jsme první linie a ten člověk už se nedostane do žádné sítě služeb, že jsem vlastně možná jeden z jediných, kdo mu může nějak pomoci. Tak já do toho jdu, proti těm pravidlům a to je úskalí té víry proti těm standardům. Že můžu ohrožovat tu organizaci, ale nechci ohrozit toho klienta.”* Rovnou také zmiňuje nutnost uvědomění si určitých hranic, aby se nakonec z výjimky nestalo pravidlo: *“A musím balancovat,...aby každý klient nebyl potřebnej, aby se z toho nestalo pravidlo.”* Vzhledem k tomu, že respondent č. 2 pracuje v církevní organizaci, tak naráží na úskalí víry také vzhledem ke svým kolegům, kdy respondent vzhledem k víře a hodnotám s ní spojeným přináší různá témata, kolegy ne příliš oblíbená: *“To jsou taky věřící, ale když se tady bavíme, tak se pořád cítím, jako sám voják v poli a neoblíbený mezi těma ostatníma, protože přináším ty konfliktní témata a to nepohodlí pro ně, ale aji pro sebe. Jako mě to trápí.”* Respondent č. 5 riziko v tom, že je vzhledem k nekonvenčnímu způsobu života a své minulosti konzervativními katolíky odmítán: *“Každopádně mám obavy z toho, že jako katolík jsem v běžném katolickém prostředí vlastně odepsaný.”* Jako podpůrné vnímá nehodnocení a neodsuzování: *“Nicméně hlavní hodnotou je pro mě a moji víru nehodnotit a neodsuzovat, toto nechávat Bohu... Pomáhá mi supervize, povídání s kolegy a kamarády, zpětná vazba, modlitba, meditace.”* Respondent č. 3 popisuje křesťanskou víru spíše jako podpůrnou a to už

v době své léčby: *“Už během léčby v psychiatrické léčebně jsem začal navštěvovat místní kostel a společenství lidí v křesťanské komunitě. V době aktivní politické angažovanosti bylo fungování ve společenství aktivnější.”* Také další respondenti uváděli víru, či spiritualitu, jako podpůrnou. Respondentka č. 4 shrnula podpůrnou roli spirituality při řešení náročných situací: *“spiritualita mi pomáhá zvládat zátěžové situace...pomáhá mi návštěva kostela...pomodlím se, posadím se a nasaju příjemnou atmosféru... také se často pustím do čtení spirituální literatury”* Dalo by se tedy říci, že vždy záleží na uchopení víry, a i když je ve většině případů podpůrná, mohou nastat i určitá ohrožení. Jisté doporučení v tomto směru shrnuje respondent č. 2: *“...člověk musí hledat moudrost a zkušenost a nemůže jít bez chyb.”*

#### **4.3.2 Morální hodnoty vs. realita**

Riziko v etické rovině vnímá respondent č. 1, který popisuje svoji morální potřebu a etickou zásadu, dělat věci, tak jak se mají. Tu si vybuodoval s rozhodnutím přestat brát drogy: *“Je to tak, že když jsem šel do léčby, tak jsem šel do léčby s tím, že už musím vždycky dělat všechno správně. Prostě tak, jak to má být.”* V souvislosti s provozem sociální služby však naráží na rozpor, kdy je nucen z této své zásady slevit a přejít ke kompromisu. Nachází zde podobnost s dobou aktivního užívání drog, kdy si veškeré své činy dokázal nějak ospravedlnit. Vzniká tak u něj obava, aby v rámci provozu sociální služby nebyl nucen ustoupit ze svých zásad příliš a znovu nedošlo k prolomení hranice v ospravedlnění si určitého chování: *“... třeba někdy nemůžete dělat všechno tak, jak se má... Jako jedna věc jsou zákony a jedna věc je jako morálka. Někdy ty zákony ty společnosti si myslím, že nejsou úplně v souladu s nějakou morálkou nebo spravedlností. Ted' se v tom někde jako najít a začít něco dodržovat, když před tím jako čtyři roky jsem nedodržoval vůbec nic a všechno jsem si dokázal morálně ospravedlnit... V tom je to nebezpečí, kterýho se vnitřně bojím, abych se nedostal do situace, kdy si to zase všechno ospravedlním.”* Tato situace mu přináší určité vnitřní napětí: *“Protože prostě někdy jste nuceni nedělat věci tak, jak by se měly a to třeba pro mě přináší ty rizika toho vnitřního napětí mezi dodržováním morálky a dodržováním zákonů a reality.”* Tyto situace se snaží řešit maximálním dodržováním svých zásad: *“Najít tu hranici, jako maximálně to dělat tak, jak se to má a zároveň to nějak jako udržet, ale prostě je to těžký no... Takže to jsou věci, kdy se snažím o maximální dodržování a zároveň jsem nucen k etickým dilematům.”*

### **4.3.3 Shrnutí rizikových a ochranných faktorů v duchovní rovině životního fungování**

Často zmiňovaným faktorem ve spirituální oblasti životního fungování respondentů byla křesťanská víra, která je vnímána spíše jako ochranný faktor životního fungování, ale mohou se objevit i některá rizika. Rizikem v tomto směru může být přílišný fanatismus, dilema mezi křesťanskými hodnotami a pravidly sociální služby a také přinášení určitých témat, která nemusí být pro ostatní kolegy příjemná. Jako riziko, které víra může přinášet je určité nepřijetí, či odmítání ze strany věřících a to vzhledem k minulosti respondenta a jeho nekonvenčních názorů a způsobu žití. Jako podstatné vnímá nehodnotit, neodsuzovat a dávat další šance ostatním lidem, dále pak supervizi, zpětnou vazbu či modlitbu a meditaci. Jako ochranný faktor ze strany víry, který se promítá do různých oblastí životního fungování respondentů, je často uváděna modlitba, meditace, či určité zklidnění a pomoc při zvládání zátěžových situací (například při velkém vytížení, apod.).

Respondent č. 2 vnímá riziko v rámci etického dilematu, které spočívá v rozporu mezi tím dělat věci tak, jak se mají a realitou provozování sociální služby. V momentě, kdy je nucen slevit ze svých morálních zásad, tak přichází určité vnitřní napětí. Tyto situace se snaží řešit maximálním dodržováním svých zásad, nicméně je nucen hledat kompromisy.

## **4.4 Rizikové a ochranné faktory v biologické rovině**

Biologická rovina lidského fungování zahrnuje mimo jiné oblast zdravotního stavu, péče o zdraví, vzhledu, image, sportu, pohybu, apod. Rizikové a ochranné faktory, které z této oblasti vychází, jsou ovlivněné fungováním respondentů na úrovni tělesné.

### **4.4.1 Zdravotní komplikace a péče o zdraví**

V oblasti tělesné nacházeli respondenti různé faktory jak v oblasti rizik, tak i ochranných faktorů. Na poli rizikových faktorů uváděli často různé zdravotní komplikace, obvykle jako důsledek předchozího užívání, nebo nadměrného množství práce. Respondentka č. 4 uvádí zdravotní problémy: *“Mám problémy s klouby a žilním*

*systemem, nejspíš jako důsledek užívání pervitinu.*“ Respondent č. 2 popisuje, jak se dlouhodobé užívání drog projevilo v jeho zdravotním stavu: *“A jinak tak jak to poškodí ty roky, tak mě se zhoršila řeč, teď teda mluvím dobře, ale jako po těch drogách to bylo špatný, to jsem skoro vůbec nemluvil. Měl jsem problémy s koktáním a zadržáváním a dneska už jako, mě to stěžovalo práci. Jako nevím, který všechny oblasti mám poškozený.*“ Respondent č. 1 naopak přímou spojitost s předchozím užíváním v tomto směru nevnímá, ale zdravotní problémy přisuzuje velkému pracovnímu vypětí a propojení s psychikou: *“Tak jako zdraví, já si myslím, že psychosomatika funguje, že vždycky když toho mám hodně, tak třeba teď mám velký problémy se žádama. Protože toho mám jako fakt hodně, tak se to jako vždycky někde projeví.*“ Respondent č. 5 také vnímá přetěžování se jako velmi rizikové: *“Mám tendence se přetěžovat, což je pro tělo velmi nezdravé.*“ Souvislost vidí ve spojitosti s nejasnostmi prožívání vlastní hodnoty. Dále vnímá jako rizikové ve smyslu přetěžování být příkladem pro klienty: *“V oblasti péče o zdraví a přetěžování je velkým rizikem pracovníků vlastní příklad, který klienti vnímají a mnohdy kopírují.*“ Jako podpůrný vnímá především vyvážený přístup sám k sobě: *“Myslím, že být dobrým vzorem klientům znamená především vyvážený přístup k sobě i svému tělu.*“

Ve většině případů je jako ochranný faktor vnímána změna přístupu ke zdraví, péče o ně a snaha o řešení případných zdravotních komplikací, či prevence před jejich vznikem. Respondent č. 2 vyzdvihuje důležitost svého rozhodnutí začít pečovat o své zdraví a zmiňuje také propojení zdravotního stavu a psychického fungování: *“...mě už zdraví není lhostejný... Takže jako jsem hrozně rád, že chodím na pravidelný prohlídky a nějak se pokouším starat o to zdraví a vnímám to jako hodně důležitý aspekt toho, aby člověk mohl fungovat jako v té psychické rovině, tak musí být v dobré kondici aji té tělesné.*“ Respondentka č. 4 také uvádí změnu přístupu k péči o zdraví: *“O svůj tělesný stav se už starám... Pravidelně navštěvuji lékaře a užívám léky. Jako prevenci před virovým onemocněním jím vitamíny.... často jezdím na kole, denně do práce i z ní.*“ V rámci zdravotního stavu uvádí někteří respondenti jako podpůrné také pravidelné sportování. Respondent č. 1 hraje pravidelně volejbal, respondent č. 5 chodí pravidelně běhat.

#### 4.4.2 Image

Další oblastí zmiňovanou některými respondenty byl jejich vzhled, celková image. Změnu image vnímají někteří respondenti jako ochranný faktor. Respondent č. 1 opustil svůj vzhled, který měl při aktivním braní, zejména proto, že se snažil dodržovat všechna doporučení, která při léčbě dostal: *“image prostě jsem opustil. Opustil jsem vzhled, kterej jsem měl při aktivním braní.”* Respondent č. 3 vnímá souvislost vzhledu a cílové skupiny, se kterou zrovna pracuje. Dříve při práci s aktivními uživateli vnímal jako podpůrnou blízkost s cílovou skupinou, nyní zdůrazňuje naopak důležitost oddělení od vizáže klientů: *“Práce v nízkoprahových službách vyžadovala blízkost s cílovou skupinou, to znamená forma komunikace, oblékání, vystupování, atd. Vývojem, když už organizace fungují více jak 10 let není potřeba blízkost s cílovou skupinou, ale profesní vystupování a i v podobě změny image to utváří důvěryhodnější obraz u klienta, který hledá pomoc. Vnímám důležitost oddělení od vizáže klienta. U klientů je pak vidět větší pocit důvěry a bezpečí v komunikaci a fungování jako profesionála. U klientů je jasně vidět, že hledají pomoc a potřebují profesionální přístup.”* Respondentka č. 4 naopak uvádí, že zůstala u svého původního vzhledu: *“Co se týče mého způsobu oblékání a image, stále jsem rocker, tak se oblékám spíše rockově, nebo sportovně.”* Respondent č. 5 také zůstal u svého stylu a vnímá to podpůrně ve vztahu ke klientům: *“Vypadám dost nekonvenčně, což má někdy ve vztahu s klienty pozitivní dopady, ve smyslu přiblížení, ale i naděje, že vést plný život nemusí znamenat být konvenční a ztratit svůj styl.”*

Respondent č. 2 vnímá v oblasti vzhledu jistá rizika, která sahají až do doby jeho dětství a nastiňuje také problematiku sebepřijetí, kterou vnímá jako významnou vzhledem k užívání drog: *“Já jsem od malička, jedno z toho bylo, že jsem se nepřijímal, že jsem byl jako tlustej...moje přirozenost byla tloušťka a vždycky jsem s tím zápasil a i na těch drogách to taky bylo, že jsem hledal nějaký alternativy...ten stres jsem hodně řešil jídlem...když je člověk ve stresu, tak to pak vyrovnává jídlem.”* V souvislosti s užíváním drog uvádí, jako riziko, že i když dříve bojoval s tloušťkou, tak na drogách ho lákalo a bavilo, to že mohl ovlivňovat, co se s jeho tělem děje: *“To, co mě na těch drogách bavilo, jako uživatele stimulačních drog, že jsem mohl dělat s tím tělem věci, který jsem dřív nemohl.”* Jako významný podpůrný moment vnímá chirurgický zákrok, který měl významný vliv na vzhled a pohyb respondenta: *“Takže tady po té pomoci já*

*se cítím hodně dobře. No a pořád se pokouším mít nějak tu chatu, mít zdravý vztah k té přírodě...takže já teď ložím na stromy na lanech na chatě.“*

#### **4.4.3 Shrnutí rizikových a ochranných faktorů v biologické rovině životního fungování**

Jedním z rizikových faktorů jsou zdravotní komplikace zapříčiněné předchozím užíváním drog, nebo přílišným pracovním vypětím. Jako zdravotní komplikace související s jejich předchozím užíváním uváděli např. problémy s klouby, žilním systémem, nebo problémy s řečí (kóktání, zadržávání,...). Další zdravotní komplikace respondenti spojují také s psychosomatikou a přílišným pracovním vypětím (např. bolesti zad, pásový opar,...). Přetěžování organismu všeobecně vnímají jako nezdravé. Ochranným faktorem, který respondenti nejčastěji uváděli, je změna přístupu ke zdraví. Ta se projevuje péčí o zdraví, snahou o řešení případných zdravotních komplikací, či prevencí jejich vzniku. Nejčastěji tedy pravidelnými návštěvami lékaře, užíváním léků, ale také pravidelným sportováním (volejbal, jízda na kole, běhání,...).

Dalším významným faktorem, rizikovým a zároveň ochranným, je vzhled, či celková image respondentů. Část respondentů vnímá jako ochranné změnu image, kterou měli při aktivním braní a to jednak jako podpůrný prvek při udržení abstinence a zároveň respondent č. 3 vnímá důležitost oddělení od vizáže klientů, které se projevuje větším pocitem důvěry a bezpečí v komunikaci a fungování jako profesionála. Část respondentů naopak zůstala u původního vzhledu a nevnímá v tom žádné ohrožení. Respondent č. 5 vnímá svůj nekonvenční vzhled jako pozitivní ve smyslu většího přiblížení klientům a zároveň jako naději pro klienty, že se nevyklučuje ponechání si svého stylu a zároveň prožití plnohodnotného života. V této oblasti je patrné individuální pojetí každého respondenta.

#### **4.5 Závěr interpretace dat**

Hlavní výzkumná otázka - jaké jsou rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti u bývalých uživatelů návykových látek působících v organizacích zaměřených na prevenci a léčbu drogových závislostí byla výsledky tohoto výzkumu zodpovězena. Jedná se o soubor ochranných a rizikových faktorů v jednotlivých oblastech životního fungování respondentů. V sociální oblasti se jedná o rizika spojená

s promítáním vlastní zkušenosti do řešení klientova případu, o rizikový kontakt s aktivními uživateli drog, nedůvěra ze strany kolegů v týmu, narušené vztahy s rodinou či přáteli. Ochrannými faktory v sociální rovině jsou zejména sebereflexe, vzdělávání, supervize, výcvik, profesionalita a udržování hranic, vhodný výběr cílové skupiny, podpora kolegů v týmu, vytváření nové vztahové sítě, rozvíjení koníčků,... V psychické oblasti fungování bývalých uživatelů jsem identifikovala jako rizikový stres a přílišné pracovní vyčerpání, zaměření na odměny a hledání adrenalinu v souvislosti s nahrazováním principu látkové závislosti, závislostí na pracovním vyčerpání a dosahováním úspěchů, rizikový rozvoj chutí, depresivní ladění, jednotvárnost či automatismus plynoucí ze stereotypní práce a frustrační, či emoční odolnost získanou velkou psychickou zátěží ve vztahu k předchozím zkušenostem s užíváním. Ochranné faktory v psychické rovině jsou udržování psychohygieny, supervize, sebepoznání, psychoterapeutický sebezkušenostní výcvik, profesionalita a udržování hranic, víra,... V oblasti duchovní jako rizikové respondenti vnímají fanatismus v přístupu k víře, dilema mezi křesťanskými hodnotami a pravidly sociální služby, nepřijetí ze strany věřících vzhledem k minulosti, rozpor mezi morálními zásadami a reálným fungováním sociální služby, řešení etických dilemat. Jako ochranný faktor je pojímána víra, či spiritualita při řešení různých zátěžových situací, modlitba, meditace, neodsuzování druhých a přenechání soudů Bohu, udržování svých morálních zásad v co největší míře,... Další rizika jsem identifikovala v biologické rovině fungování respondentů, kteří jako rizikové vnímali rozvoj zdravotních komplikací spojených s předchozím užíváním, nebo s velkým pracovním vypětím. Jako ochrannou popisovali změnu přístupu k péči o zdraví, pravidelné návštěvy lékařů, snahu o prevenci onemocnění a sportování. Ochranným faktorem je také celkový vzhled a styl respondentů, někteří jako podpůrné označili odlišení vzhledu od vizáže klientů, jiní naopak vnímají udržení si svého nekonformního vzhledu jako podpůrné.

V rámci jednotlivých oblastí, které respondenti uváděli, je možné vysledovat určité podobnosti, které ukazují na některé rizikové a ochranné faktory bývalých uživatelů návykových látek vyplývající z jejich osobní zkušenosti a promítající se do jejich životního fungování. Jsou však patrné také různé pohledy na tyto faktory, kdy to co je pro jednoho pojímáno jako rizikové, vnímá jiný respondent spíše podpůrně a naopak. Pokládám tedy za důležité nesnažit se o přílišné zobecňování, vnímat individualitu jednotlivých ex-userů a respektovat jedinečnost jejich názorů, zkušeností a zážitků.

## Závěr

Tématem této bakalářské práce jsou rizikové a ochranné faktory u bývalých uživatelů návykových látek působících v sociálních službách zaměřených na prevenci a léčbu závislostí. V této práci jsem se zaměřila na rizikové a ochranné faktory, které vyplývají z jejich osobní zkušenosti s užíváním návykových látek. Na tyto faktory jsem pohlédla prostřednictvím jednotlivých oblastí životního fungování těchto bývalých uživatelů, tedy oblastí biologickou, psychologickou, sociální a duchovní. Na výzkumnou otázku, jaké jsou rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti u bývalých uživatelů návykových látek působících v organizacích zaměřených na prevenci a léčbu drogových závislostí, jsem se snažila odpovědět prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila kvalitativní polostrukturované rozhovory. Data získaná během těchto rozhovorů jsem analyzovala prostřednictvím otevřeného kódování a identifikovala tak 4 hlavní kategorie a několik dalších podkategorií.

Rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti bývalých uživatelů návykových látek působících v adiktologických službách lze identifikovat ve všech 4 oblastech jejich životního fungování. Tyto faktory se prolínají a vzájemně ovlivňují. V oblasti sociální jsem identifikovala jako rizikové faktory zejména promítání vlastní zkušenosti do řešení klientova případu, rizikový kontakt s aktivními uživateli drog, nedůvěru ze strany kolegů v týmu a narušené vztahy s rodinou či přáteli. Ochrannými faktory v sociální rovině jsou zejména sebereflexe, vzdělávání, supervize, výcvik, profesionalita a udržování hranic, vhodný výběr cílové skupiny, podpora kolegů v týmu, vytváření nové vztahové sítě a rozvíjení koníčků. V oblasti psychické jsou rizikovými faktory zejména stres a přílišné pracovní vytížení, zaměření na odměny a hledání adrenalinu v souvislosti s nahrazováním principu látkové závislosti, závislostí na pracovním vytížení a dosahováním úspěchů, rizikový rozvoj chutí, depresivní ladění, jednotvárnost či automatismus plynoucí ze stereotypní práce a frustrační, či emoční odolnost získanou velkou psychickou zátěží ve vztahu k předchozím zkušenostem s užíváním. Jako ochranný faktor v psychické rovině vnímají bývalí uživatelé udržování psychohygieny, supervizi, sebepoznání, psychoterapeutický sebezkušenostní výcvik, profesionalitu a udržování hranic. V oblasti duchovní je pak jako rizikové vnímáno fanatické přistupování k víře, dilema mezi křesťanskými hodnotami a pravidly



fungování sociální služby, nepřijetí ze strany věřících vzhledem k minulosti, rozpor mezi morálními zásadami a reálným fungováním sociální služby, řešení etických dilemat. Naopak ochrannými faktory v této rovině jsou víra či spiritualita, ke které se někteří bývalí uživatelé obrací při řešení různých zátěžových situací, modlitba, meditace, neodsuzování druhých a přenechání soudů Bohu a udržování svých morálních zásad v co největší míře. Poslední kategorií je oblast biologického fungování a zde působí rizikově zejména rozvoj zdravotních komplikací spojených s předchozím užíváním, nebo s velkým pracovním vypětím. Ochrannými faktory jsou změna přístupu k péči o zdraví, pravidelné návštěvy lékařů, sportování a také celkový vzhled a styl respondentů, někteří jako podpůrné označili odlišení vzhledu od vizáže klientů, jiní naopak vnímají udržení si svého nekonformního vzhledu jako podpůrné a to i ve vztahu ke klientům. Z výsledků výzkumu vyplývá, že z osobní zkušenosti bývalých uživatelů vyplývají určitá rizika, se kterými je dobré pracovat a snažit se jim předcházet. Výsledky výzkumu je třeba vnímat s ohledem na individualitu jednotlivých bývalých uživatelů. Je možné, že některé rizikové faktory mohou vnímat i pracovníci bez osobní zkušenosti.

V rámci výzkumu bylo identifikováno poměrně velké množství rizik a ochranných faktorů napříč jednotlivými oblastmi životního fungování respondentů, vzhledem k tomu nebylo možné jít více do hloubky a tyto faktory prozkoumat více detailněji. Z výsledků výzkumu vyplývá, že by bylo přínosné se dále zaměřit na fungování bývalých uživatelů v adiktologických službách se zaměřením na syndrom vyhoření, jak se mu snaží tito bývalí uživatelé předcházet, či jak ho řeší v případě vzniku. Dále si myslím, že by bylo přínosné věnovat větší pozornost stresu a velkým nárokům, které na sebe tito bývalí uživatelé kladou a v neposlední řadě také jejich postavení v týmu profesionálů a zaměření se na pojmání jejich vlastní identity ex-usera.

## Seznam literatury

Bartošíková I. 2003. Práce v multidisciplinárním týmu. In: Kalina K., a kol. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.

Disman M. 2009. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

Frouzová M. 1995. Prevence, léčba a doléčování závislostí na drogách. In: Drogy ze všech stran (sborník přednášek). Praha: Filia.

Giddens A. 1997. Sociologie. Praha: Argo

Hendl J. 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál.

Charvát M., Nevoralová M. 2012. Faktory rizikové a protektivní. In: Miovský M., a kol. Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. Praha: Togga. Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

Kalina K. 2008. Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada.

Kolektiv autorů sdružení Sananim. Drogy otázky a odpovědi. 2007. Portál. Praha.

Kuda A. 2003. Následná péče, doléčovací programy. In: Kalina K., a kol. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR

Lulei M. 2012. „Paradigma rizikových faktorov v praxi sociálnej práce v trestnej justícii – praktické implikácie“ Sociální práce/Sociálna práca 2012 (2). Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci.

Mašek P., Sobotka J. 2005. „Některé aspekty práce Ex-userů v terapeutické komunitě“. Adiktologie 2005 (3).

Matoušek O. 2003. Slovník sociální práce. Portál: Praha.

Matoušek O., Müllerová P., Vondrášková A. 2010. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin. Praha\_ Portál.

Miovský M. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, a.s.

Musil L. 2004. „Ráda bych Vám pomohla, ale...“ dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman

Národní strategie protidrogové politiky ČR 2010 – 2018. 2011. Praha: Úřad vlády České republiky

- Navrátil P. 2001. Teorie a metody sociální práce Brno: Marek Zeman.
- Navrátil P. 2003a. Sociální práce. In: Kalina K., a kol. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR.
- Navrátil P. 2003b. „Životní situace jako předmět intervence sociálního pracovníka.“ Sociální práce/Sociálna práca 2003 (2). Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci
- Navrátil P., Musil L. 2000. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. Sociální studia: Sborník prací fakulty sociálních studií, č. 5
- Nešpor K. 2000. Návykové chování a závislost. Praha: Portál.
- Nešpor K. 2009. Jak zvládat profesionální stres u pracovníků v oblasti duševního zdraví. Psychiatrie pro Praxi; 10(1): 41-43.
- Nešpor K., Csémy L. 1996. Léčba a prevence závislostí. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Nešpor K., Csémy L. 1999. Bažení (carving) Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha: Sportpropag.
- Pokorný V., Telclová J., Tomko A. 2002. Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky.
- Prochaska J.O., Norcross J.C. 1999. Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing
- Renotierová, M., Ludíková, L. a kol. 2006. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Šišláková M. 2005. Resilience jako východisko pro sociální práci s rizikovou mládeží. In Možnosti sociální práce na počátku 21. století. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové.
- Šťastná L., Šucha M. 2010. Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí: [monografie]. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze.
- Zákon sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb.*
- <http://www.drogy-info.cz/>
- <http://ar2005.emcdda.europa.eu/cs/page058-cs.html>

## Přílohy

Příloha č. 1 otázky použité při výzkumu:

Dílčí výzkumné otázky	Otázky použité ve výzkumu
<p>1. Jaké jsou rizikové a ochranné faktory u bývalých uživatelů v rámci biologické roviny?</p>	<p>Jaká rizika hrozí ze strany vašeho sociálního fungování? (oblast vztahů, rodiny, přátel, trávení volného času, vzdělání, rizika ve vztahu ke klientům, k ostatním členům týmu, k veřejnosti,...) Co vám pomáhá v předcházení těmto rizikům. Jak tyto případná rizika řešíte?</p>
<p>2. Jaké jsou rizikové a ochranné faktory v sociálním systému bývalých uživatelů?</p>	<p>Jaké nebezpečí vůči vaší práci plyne ze strany vašeho psychického stavu? Co může být/je rizikové? (oblast osobnostních rysů, duševní hygieny, motivace, řešení stresu a dalších náročných situací,...) Co děláte, abyste se těmto rizikům vyhnul? V případě, že tyto situace vzniknou, jak je řešíte?</p>
<p>3. Jaké jsou rizikové a ochranné faktory vyplývající z osobní zkušenosti bývalých uživatelů v rámci jejich psychologického systému?</p>	<p>Jaká rizika vnímáte v rámci duchovní/spirituální oblasti vašeho fungování? (oblast morálních a etických zásad, víry, hodnot,...) Co vám pomáhá v předcházení těmto rizikům. Jak tyto případná rizika řešíte?</p>
<p>4. Jaké jsou rizikové a ochranné faktory u bývalých uživatelů návykových látek v rámci jejich duchovní oblasti?</p>	<p>Jaké nebezpečí/rizika vnímáte ve vztahu k vašemu tělesnému systému? (oblast péče o zdraví, vzhledu – oblékání, celková image,...) Jak těmto rizikům předcházíte/jak tyto situace řešíte?</p>