

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

## **Bakalářská práce**

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra sociální patologie a sociologie

# **Závislost na nelegálních drogách z pohledu sociálních pracovníků**

Bakalářská práce

Autor: Nikola Grmelová  
Studijní program: Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální patologie a prevence  
Vedoucí práce: Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D.  
Oponent: Mgr. et Mgr. Tereza Raszková



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Nikola Grmelová

**Studium:** P16P0693

**Studijní program:** B7507 Specializace v pedagogice

**Studijní obor:** Sociální patologie a prevence

**Název bakalářské práce:** **Závislost na nelegálních drogách z pohledu sociálních pracovníků**

**Název bakalářské práce** An addiction to illegal drugs from the view of social workers  
A):

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se zabývá závislostí na nelegálních drogách. Cílem práce je zjistit, jak sociální pracovníci přistupují k drogám a drogově závislým. Dále se zaměřuje na nové trendy, se kterými se sociální pracovníci ve vztahu k drogám nejčastěji setkávají a také na to, co si myslí o syndromu vyhoření u sociálních pracovníků. Jako metody bude využito rozhovoru.

HAJNÝ, Martin. O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada Publishing, 2001. Pro rodiče. 133 s. ISBN 80-247-0135-9. KALINA, Kamil a kol. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8 KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. Sociální patologie. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, eds. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

**Garantující pracoviště:** Katedra sociální patologie a sociologie,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Stanislava Hoferková, Ph.D.

**Oponent:** Mgr. et Mgr. Tereza Raszková

**Datum zadání závěrečné práce:** 22.1.2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne .....

.....

Nikola Grmelová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla moc poděkovat Mgr. Stanislavě Hoferkové, Ph.D. za odborné vedení a projevenou ochotu a pomoc při vypracování mé bakalářské práce.

## **Anotace**

GRMELOVÁ, Nikola. 2019. Závislost na nelegálních drogách z pohledu sociálních pracovníků. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 55 s. Bakalářská práce.

Má bakalářská práce se zabývá problematikou drogově závislých. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol, kterými jsou Drogová závislost, Klasifikace nelegálních drog, Sociální práce a Léčebné zařízení. Snažila jsem se vybrat nejzajímavější definice z odborné literatury, přičemž jsem nejčastěji čerpala z odborných monografií.

Pátá kapitola je věnována již výzkumnému šetření, které je zaměřené na sociální práci s uživateli drog. Nejvhodnější metodou pro získání co nejvíce informací o dané problematice byl dle mého názoru rozhovor. Vedla jsem ho s pěti sociálními pracovníky kontaktního centra Laxus z.ú. v Hradci Králové, kteří mi poskytli nejen fakta, ale především jejich subjektivní názory. Cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit nové trendy týkající se drogově závislých a zjistit možná rizika související s výkonem práce v kontaktním centru Laxus z.ú. v Hradci Králové.

Klíčová slova: Závislost, drogy, sociální pracovník, Harm Reduction

## **Annotation**

GRMELOVÁ , Nikola, 2019. An addiction to illegal drugs from the view of social workersHradec Králové: Faculty of Education, Univerziy of Hradec Králové, 55 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis deals with issue of the drug addicted people. The theoretical part is devided into four chapters, which are Drug addiction, Classification of ilegal drugs, Social work with drug addicted people and Therapy institutions. I tried to choose the most interesting definitions from professional literature, especially from professional monographs.

The fifth chapter is dedicated to researching survey, which is focused on social work and drug addicted people. The most appropriate method for getting the most informations about this issue was an interview. I made the interview with five social workers of the contact centre called Laxus z.ú. in Hradec Králové. They gave me not only facts, but especially their subjective opinions. The main goal of my researching survey was to find out a new trends of drug addicted people and identify potential risks of work in contact center Laxus z.ú. in Hradec Králové.

**Keywords:** An addiction, drugs, social worker, Harm Reduction

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum: .....

Podpis studenta:.....



## **Seznam použitých zkratk**

**ADHD:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (hyperkinetická porucha)

**AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome nebo též Acquired Immunodeficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)

**ČR:** Česká republika

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus (deficit imunity)

**LSD:** Diethylamid kyseliny lysergové

**MKN-10:** Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	11
<b>1. Drogová závislost</b> .....	13
1.1 Definice drog.....	13
1.2 Definice závislosti .....	14
1.3 Příčiny drogové závislosti.....	16
1.4 Následky užívání drog .....	17
<b>2. Charakteristika vybraných návykových látek</b> .....	18
<b>3. Sociální práce</b> .....	21
3.1 Přístupy sociálních pracovníků k praxi.....	21
3.2 Syndrom vyhoření v sociálních službách .....	23
3.3 Sociální práce s uživateli drog .....	23
<b>4. Empirické šetření zaměřené na sociální práci s uživateli drog</b> .....	31
4.1 Cíle a výzkumné otázky empirického šetření .....	31
4.2 Výzkumný vzorek .....	32
4.3 Metodologie sběru dat .....	33
4.4 Analýza získaných dat .....	34
4.5 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření .....	46
<b>Závěr</b> .....	50
<b>Použitá literatura</b> .....	51

## Úvod

Má bakalářská práce nese název Závislost na nelegálních drogách z pohledu sociálních pracovníků. V letním semestru roku 2018 jsem se začala více zajímat o drogy a drogovou závislost, proto jsem se také rozhodla získat praxi mimo školu, která by se této problematice týkala. O prázdninách jsem si domluvila týdenní stáž v komunitním centru v Laxusu, z.ú. v Hradci Králové. Stáž mě opravdu zaujala, dozvěděla jsem se, jak to funguje v praxi, měla jsem možnost přijít do kontaktu s klienty a dokonce být přítomna u odborného poradenství. Tato zkušenost mě přiměla zvolit si téma bakalářské práce, které se touto problematikou bude zabývat.

Dané téma mi přijde nejen zajímavé, ale také důležité. Setkávám se s mnoha lidmi, kteří uživatele drog odsuzují a berou je jako odpad společnosti. Když někomu nezaujatému vyprávím, co to znamená Harm Reduction, nelíbí se jim, že tito lidé dostávají cokoli zadarmo. Avšak já si myslím, že je důležité se na to podívat i z jiné stránky. Všichni uživatelé nejsou „kriminálníci“, za pouhý jeden týden jsem potkala pár klientů, kteří se svou tíživou situací opravdu snaží něco dělat, ne pouze využívat služby Harm Reduction. Domnívám se, že si zaslouží nějakou pomoc, a tu Laxus z.ú. skvěle poskytuje. Pokud by si tito odsuzující lidé přečetli názory odborníků, kteří s těmito uživateli každý den pracují, myslím, že by na ně mohli změnit názor.

Teoretickou část jsem rozdělila do čtyř kapitol. První kapitola nese název Drogová závislost. Závislostí a drogami se ve svých publikacích zabývá především Karel Nešpor a Kamil Kalina. Uvedenou kapitolu jsem doplnila čtyřmi podkapitolami, kdy charakterizují drogy a samostatně poté pojem závislosti, následuje podkapitola Příčiny drogové závislosti a Následky užívání drog. Ve druhé kapitole s názvem Charakteristika vybraných návykových látek jsou popsány jednotlivé skupiny nelegálních drog a jejich účinky. Třetí kapitola Sociální práce jako vědní obor přibližuje sociální práci jako takovou. V podkapitolách se zde zabývám především sociálními pracovníky, syndromem vyhoření v sociálních službách a sociální prací s drogově závislými. Poslední kapitolu jsem věnovala léčebným zařízením. I když se to netýká úplně sociální práce s uživateli drog, je to určitě důležité a vhodné zmínit, jelikož hlavním cílem Laxusu z.ú. je dovést své klienty k léčbě jejich drogové závislosti.

Cílem mé bakalářské práce je **podat ucelené informace o sociální práci s drogově závislími**. Tyto informace budou poskytnuty jak v teoretické části bakalářské práce, tak i v části empirické. Měla by sloužit především odborníkům z organizací, kteří spolupracují s kontaktním centrem Laxus z.ú. v Hradci Králové. Výzkumné šetření si klade za cíl především **zjistit nové trendy týkající se uživatelů drog a objasnit případná rizika související s výkonem práce v kontaktním centru Laxus z.ú. v Hradci Králové**. Chtěla bych také organizacím, které spolupracují s tímto komunitním centrem nastínit, jak je na ně nahlíženo a kde se vyskytují nejčastější problémy ve spolupráci. Pro naplnění cíle jsem si zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů, které mi poskytli vstřícní sociální pracovníci kontaktního centra Laxus z.ú. v Hradci Králové.

# 1. Drogová závislost

Závislost na drogách byla a vždy bude velkým problémem. Bezesporně se jí zabývá velké množství autorů. Především Nešpor a Kalina patří mezi nejznámější autory zabývající se touto problematikou. V první kapitole jsem se zaměřila na nejzajímavější definice samotných drog, dále jsem charakterizovala pojem závislosti, stadia vzniku a rozvoje závislosti, příčiny drogové závislosti a následky užívání drog.

## 1.1 Definice drog

Drogy neboli omamné a psychotropní látky jsou podle Nešpora a Provazníkové (1999, s. 12) všechny: „**přírodní nebo syntetické látky, které po vpravení do žily organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí.**“ Další zajímavá definice je od Fischera a Škody (2017, s. 82), kteří označují drogu jako „**nelegálně šířenou a zneužívanou psychoaktivní látku vyvolávající závislost.**“

Minařík a Kmoch (2015) definují drogu jako látku, která mění naše prožívání a chování. Dalším hlavním znakem je potenciál závislosti, který vzniká při dlouhodobém a pravidelném užívání drogy. Podle nich se drogy můžou dělit na tvrdé a měkké, nebo také na legální a nelegální. Tvrdé drogy jsou pro jedince velice rizikové, zatímco měkké drogy mají riziko, dá se říci, nižší. Pokud jde o legální, tedy zákonem povolené drogy, jsou to především alkohol a tabák. Já se zaměřím výhradně na drogy nelegální, kde se jim budu podrobně věnovat v kapitole druhé.

Ganeri (2001) popisuje, že pokud se člověk stane závislým, dostává se do bludného kruhu, ze kterého je těžké vykročit. Začíná to nákupem drogy a jejím užitím. Poté nastupuje chvilkový pocit blaha či deprese. Po odeznění těchto účinků uživatel shání drogu stále a stále dokola. Jelikož jsou nelegální drogy poměrně drahou záležitostí, často dochází k páchání trestných činů s cílem získat finanční prostředky pro její obstarání.

V České republice je držení drog s úmyslem jejich šíření bráno jako trestný čin. V Trestním zákoníku (2018) nalezneme několik paragrafů týkajících se této problematiky. Spadají do hlavy VII., která nese název Trestné činy obecně nebezpečné.

## 1.2 Definice závislosti

Podle Emmerové (2010) se psychická závislost jeví jako **duševní stav, při kterém má člověk neodolatelnou touhu drogu znovu užít**. Dále uvádí, že fyzická závislost vzniká tehdy, „když se droga stane součástí metabolismu člověka, a proto již organismus reaguje určitými, spíše negativními příznaky při její absenci.“ (Emmerová, 2010, s.75) Matoušek (2003) ve svém slovníku uvádí, že tento stav se nazývá abstinenční syndrom, který se dá zvládnout během přibližně 14 dní. Typické příznaky abstinenčního syndromu jsou deprese, nespavost, podrážděnost, nevolnost a bolesti břicha.

Matoušek a kol. (2003) tvrdí, že tato touha neboli craving se dá nejlépe zvládnout v terapeutické komunitě. Dále Emmerová (2010) uvádí, že závislost má také stránku sociální, která ohrožuje jedince pokaždé, kdy je v kontaktu s lidmi, kteří drogy běžně užívají. Jedinec může během pobytové léčby zvládnout drogu neužívat, avšak po návratu do rizikového prostředí může s užíváním znovu začít. Je tedy nesmírně důležité podrobit se po pobytové léčbě doléčovacím programům.

Závislostí a návykovým chováním se podrobně zabývá Karel Nešpor, který ve své knize definuje závislost dle 10. revize Mezinárodní klasifikace a tvrdí, že závislost by se měla stanovit tehdy, pokud dojde během jednoho roku ke třem nebo více níže popsaným jevům (MKN 10, cit. podle Nešpor 2011, s. 10):

- a) „silná touha nebo pocit puzení užívat látku (neboli craving)
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- c) tělesný odvykací stav, kdy je látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tuto látku.
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků“ (MKN 10, cit. podle Nešpor 2011, s. 10)

**Fischer a Škoda (2017) definují 4 stadia vzniku a rozvoje závislosti.** První stádium je experimentální, které je pro jedince příjemným prožitkem, který pomáhá uniknout z reality, nebo zvládat lépe pracovní, rodinné či jiné problémy. Při tomto stádiu nejsou patrné negativní účinky. Mnoho jedinců v této fázi s užíváním drog skončí, a to z toho důvodu, že si najdou jiný způsob uspokojování potřeb, nebo je odradí ti, kteří jsou v dalších fázích závislosti. Druhé stadium je stadium příležitostného užívání. Jedinec drogy užívá z nudy, nebo protože mu pomáhají při osobních problémech. Je typické, že jedinec ještě není na droze závislý a uvědomuje si nesprávnost svého chování, proto svoji závislost tají před okolím. Třetí stadium se týká pravidelného užívání. Jedinec užívá drogy čím dál tím častěji. Přestávají ho zajímat věci, které pro někoho byly v minulosti důležité. Může se jednat o ztrátu zaměstnání, o rozpad rodin atd. Poslední stadium souvisí s návykem a závislostí. Častá je ztráta původních sociálních vazeb. Jedinec se stýká pouze s dalšími narkomany. Můžeme si na něm všimnout psychických, sociálních či somatických změn, kdy může docházet k poškození CNS, vnitřních orgánů a podobně.

Další rozdělení uživatelů drog můžeme nalézt u **Kaliny (2003), který rozděluje narkomany do několika skupin.** V mnoha případech se definice prolínají se stadii vzniku a rozvoje závislosti Fischera a Škody. Dělí se na obecnou populaci, rizikové skupiny (především od 13. -18. let), které jsou drogovou závislostí ohroženy, rizikové jedince, u kterých se riziko zvyšuje v případě duševních poruch, poruch učení či chování, nebo pokud jedinec má genetické predispozice. Další cílovou skupinou jsou experimentátoři, kteří drogu pouze zkouší. Užívají ji nepravidelně a příležitostně.

Příležitostní a rekreační uživatelé užívají drogu jako součást svého životního stylu. Jedná se především o LSD a extázi. Užívání není častější než jedenkrát týdně. Pravidelní uživatelé užívají drogu pravidelně. V tomto případě lze hovořit o závislosti. Mezi problémové uživatele se řadí především ti, kteří dlouhodobě a pravidelně užívají kokain a drogy amfetaminového typu. Poslední skupinou jsou závislí. Ti splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti, které jsem popsala výše.

### 1.3 Příčiny drogové závislosti

Emmerová (2010) uvádí, že závislost na drogách nikdy nemá pouze jednu příčinu. Na vzniku drogové závislosti mají vždy podíl faktory bio-psycho-sociální povahy.

Kudrle (2003) zmiňuje, že co se týká biologických faktorů závislosti, jako problematické můžeme vyhodnotit užívání alkoholu či drog matkou během těhotenství. Pokud se plod bude s těmito látkami setkávat, vždy je větší pravděpodobnost, že jednou tyto látky bude sám užívat. Zásadní také je, zda byly během porodu používány psychotropní či jiné tlumící látky, které byly určeny na porodního stresu. Tyto okolnosti ovlivňují psychomotorický vývoj dítěte, přítomnost traumat a nemocí.

Psychologické faktory se mohou objevovat již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Důležité jsou psychické zážitky a prožívání matky během těhotenství. Pokud bude žena často ve stresu, může tyto informace přenést také na plod. Pokud se matka rozhodne užívat léky na tlumení tohoto stresu, znovu to má vliv na plod. Pokud poté v pozdějším věku užije dítě podobnou látku, může se na této látce snadněji stát závislým. (Kudrle, 2003)

Mezi sociální faktory je možné zařadit rasovou příslušnost, společenský status rodiny a také sociální prostředí, ve kterém jedinec žije nebo často pobývá. (Kudrle, 2003) Mühlpachr (2002) uvádí, že osobnost dítěte je utvářena především rodinou, vzdělávacím procesem a způsobem trávení volného času. V posledních letech se stále více hovoří o nedostatku času rodičů na své děti. Ty se poté nudí a hledají vzory mimo rodinu, především u vrstevníků, u kterých se snaží nalézt pocit sounáležitosti, přijetí i lásky. Takto se může dítě snadno dostat do rizikových skupin, kde může mít snadný přístup k drogám. Kudrle (2003) tvrdí, že největší problém nastává, pokud dítě vyrůstá v rodině, kde je braní drog na denním pořádku. Často poté dochází k prudkým změnám nálady uživatelů, k fyzickému a psychickému násilí, čímž dítě nesmírně trpí.

Emmerová (2010) hovoří o zvláštní skupině uživatelů, která užívá drogy i přes to, že jejich rodina má vysoký sociální status a je dobře sociálně zabezpečena. Důvodem bývá velká volnost dětí, jelikož na ně rodiče nemají dostatek času.

Podle Hajného (2001) existuje několik varovných příznaků, že jedinec užívá drogy. Pokud bych se zaměřila pouze na děti a dospívající, typické jsou náhlé změny



nálad, zhoršování ve škole, změna přátel nebo známých, změna stylu oblékání, únava a vyčerpanost, časté lhaní, krádeže nebo také izolace od rodiny. Pokud to rodič zjistí, rozhodně by neměl dítěti nic vyčítat ani ukládat tresty. Dobré by bylo nereagovat hned a zvážit všechny okolnosti. Poté je vhodné promluvit si s blízkým člověkem ohledně rady a následně s dítětem. Pokud by byla situace vážnější, měl by se vždy vyhledat odborník. (Hajný, 2001)

## **1.4 Následky užívání drog**

Jedním z nebezpečných následků užívání drog je onemocnění AIDS. Ganeri (2001) uvádí, že se jedná o Acquired Immune Deficiency Syndrom, který je zákeřnou nemocí vznikající v důsledku působení HIV viru a na člověka se přenáší nejčastěji prostřednictvím infikované krve. Proto je důležité, aby si uživatelé drog nepůjčovali injekční materiál a nejlépe aby při každé další aplikaci použili novou, čistou jehlu. AIDS se také může šířit tělními tekutinami. Z toho vyplývá, že je velice důležité, aby uživatelé drog neprovozovali nechráněný pohlavní styk. Pokud by jedinec měl podezření, že je infikován, může jít na testy až po třech měsících údajného nakažení virem, jelikož trvá tři měsíce, než si tělo vytvoří protilátky pro boj s virem.

Kalina (2015) dodává, že mezi další následky užívání návykových látek patří vznik psychotických stavů. Hlavním problémem jsou toxické psychózy, které jsou většinou pro uživatele důvodem k vyhledání léčby. Tyto psychotické stavy by se měli do jednoho měsíce od užití drogy zlepšit, pokud ne, pravděpodobně se jedná o psychotickou poruchu, která s užitím drogy nemá nic společného. Pravidelné užívání drogy může mít také za následek onemocnění hepatitidou typu A, B, C, depresivní a úzkostné stavy, poruchy příjmu potravy jako je anorexie či bulimie, poruchy osobnosti, nebo také ADHD.

## 2. Charakteristika vybraných návykových látek

Následující kapitola se zaměřuje na rozdělení nelegálních drog, při jejichž užívání dochází k negativním účinkům na lidský organismus. Zabývám se pouze nelegálními drogami a to z toho důvodu, že sociální pracovníci kontaktního centra Laxus z.ú. v Hradci Králové se setkávají především s uživateli nelegálních drog jako je například pervitin či heroin. Zmiňuji také buprenorfinové preparáty, které sice nejsou nelegální, jelikož jsou předepisovány lékařem, avšak často dochází k jejich zneužívání.

V každé podskupině nejprve popisuji samotnou drogu, její účinky a v neposlední řadě příznaky odvykacího syndromu. První podskupinou jsou opiáty a opioidy, následují stimulantia, halucinogeny, těkavé látky a tlumivé látky.

### Opiáty a opioidy

Podle Minaříka a Kmocha (2015) mají opiáty název dle sušené šťávy z nezralých makovic, které obsahují tlumivé látky s euforickým efektem. Patří sem morfin, kodein, heroin, braun, metadon a také buprenorfin. V současné době je nejčastěji užívaným opioidem buprenorfin. Ten je substituční látkou, a lze ho získat pouze na předpis od lékaře. V posledních letech se ale dostává na černý trh, kde vytlačil nekvalitní heroin. Existuje několik variant, mezi ty nejznámější patří Subutex a Suboxone. Suboxone, na rozdíl od Subutexu, obsahuje naloxon, který při injekční aplikaci vyvolává odvykací stav. Lze tedy říci, že je to určitá ochrana před injekčním užíváním. Dle Rufera (1998) je metadon další syntetický opiát, který lze zařadit mezi léky. Nejčastěji je předepisován při závislosti na heroinu.

Heroin podle Nešpora a Provazníkové (1999) patří pravděpodobně mezi nejznámější opiáty. Tato droga je 2,5x silnější než morfin a může vyvolat jak psychickou, tak fyzickou závislost. Minařík a Kmoch (2015) uvádí, že nejčastěji se užívá nitrožilně, ale jelikož se těžko rozpouští, smíchává se s krystalickým vitamínem C, který zajistí správné rozpuštění. Nakonec bych zmínila kodein a morfin, o kterých Kraus (2010) hovoří jako o drogách, které jsou využívány v medicíně a podávají se při bolestech a na uklidnění. Často také dochází k jejich zneužívání.

Dle Nešpora (2011) musí být příznaky odvykacího syndromu alespoň tři. Patří sem zívání, bolesti svalů či křeče, slzení, zrychlený tep, bolesti břicha, nespavost, rozšířené zornice aj.

### **Stimulancia**

Stimulancia dle Tylera (2000) odstraňují únavu, navozují pocit uvolnění a zvýšené výkonnosti. Pervitin (metamfetamin) patří mezi nejčastěji užívané drogy u nás. Mezi způsoby užívání patří šňupání, kouření, injekční aplikace, ale také polykání, kdy se dávka zabalí do cigaretového papírku a následně se spolknou. Minařík a Kmoch (2015) dále zmiňují kokain, který se vyrábí z koky pravé, což je jihoamerický keř. Jedná se o bílý prášek, který se nejčastěji užívá šňupáním. Pod něho dle Krause (2010) spadá crack, který se vyrábí smícháním kokainu a jedlé sody. Užívá se kouřením. Nešpor (2011) uvádí u stimulantů typické příznaky odvykacího syndromu. Kterými jsou únava, děsivé sny, silná touha po droze, neklid nebo také zvýšená chuť k jídlu.

### **Halucinogeny**

Do halucinogenů patří několik drog. Miovský a kol. (2008) uvádí, že jednou z nich je marihuana, což jsou květy s okvětními lístky usušené samičí rostliny zvané konopí. Uživatelé této drogy ji často slangově nazývají ganja, tráva, skaňour nebo také hulení. Fischer a Škoda (2017) ve své knize uvádí, že dominující psychotropní složkou konopí je THC. Marihuana se nejčastěji užívá kouřením, nebo také konzumací. Mezi pozitivní účinky patří pocit euforie a psychické pohody, zatímco mezi nejčastější negativní účinky typicky patří halucinace. Jelikož je kouření marihuany považováno za jedno z těch bezpečnějších, patří po celém světě mezi nejčastěji užívané drogy. Kraus (2010) uvádí další zástupce halucinogenů a tím je hašiš, který se také vyrábí z konopí, avšak přesněji ze zaschlé pryskyřice z květů samičích rostlin konopí. Dále do této skupiny můžeme zařadit syntetický halucinogen LSD, ale také trip, muchomůrku červenou a psilocybin. (Kraus, Hroncová a kol., 2010)

### **Těkavé látky**

Podle kolektivu autorů sdružení SANANIM (2007) je tato skupina drog pravděpodobně jednou z nejnebezpečnějších. Jelikož se vyznačují narkotickým

účinkem, jedinec se může velice snadno předávkovat. Minařík a Kmoch (2015) řadí do této skupiny například toluen, benzin, aceton, aj. Tyto látky se výhradně inhalují, a proto je efekt téměř okamžitý. Uživatelé k tomu používají igelitový sáček, či napuštěný hadr. Při dlouhodobém užívání může dojít až k poškození mozku a dalších orgánů. Dle Nešpora a Csémyho (1996) jsou typickými příznaky rozšířené zornice, jedinec je bledý a duchem nepřítomný.

### **Tlumivé látky**

Dle Krause (2010) patří mezi tlumivé látky analgetika, které jsou léky proti bolesti, hypnotika, které napomáhají k lepšímu spánku, sedativa, které jsou předepisovány na uklidnění, a také antidepresiva a anxiolytika, kterými se léčí deprese a úzkosti. Hypnotika a sedativa mají podobné účinky jako alkohol. Podle Nešpora a Csémyho (1996, s. 132) nastává při intoxikaci „zpomalená řeč, postižený působí dojem opilosti, aniž je cítit z dechu alkohol, bývají poruchy myšlení, orientace i úsudku, ospalost.“

### 3. Sociální práce

Hlavním představitelem odborné literatury, která se zabývá sociální prací je bezpochybně Oldřich Matoušek. Jeho definice sociální práce je následující: „Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“. (Matoušek, 2003, s. 89) Další zajímavou definici sociální práce nalezneme ve sborníku s názvem Socialia 2001, kde ji Pavel Mühlpachr (2002. s. 151) definuje následovně: „Sociální práce je charakterizovaná přímým, záměrným a připraveným kontaktem sociálního pracovníka s klientem. Ten spočívá v sociálně výchovném působení a ovlivnění či usměrnění klienta ke změně postojů a své sociální situace.“

Řezníček (1997, s. 16) ve své publikaci tvrdí, že v sociální práci jde především o „umožnění takzvaně normálního života lidem, kterým z různých důvodů není bezprostředně dostupný.“

Janebová (2007, s. 3) ve sborníku Sociální práce a sociální služby uvádí, že cílem sociální práce je „harmonizace problémů, potřeb či obtíží klientů s požadavky prostředí.“ Cílem je tedy působit na vlastnosti obojího, tedy jak na klienta, tak na prostředí. Prostředím můžeme chápat například rodinu, zaměstnání, komunitu, sousedství atd. Sociální práce se nezabývá pouze okolnostmi, které jsou akutního rázu, ale snaží se také zaměřit svoje aktivity na prevenci. Cílem by tedy také mělo být umět předcházet nepříznivým životním a sociálním situacím. (Janebová, 2007)

#### 3.1 Přístupy sociálních pracovníků k praxi

Sociální pracovník je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2017, s. 155, §109-110) ten, který: „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. Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.“

Dle Řezníčka (1997) musí být sociální pracovník empatický, vřelý, tvořivý, důrazný a také flexibilní. Pokud se nedokáže alespoň trochu vcítit do klienta, či není schopný projevit vážný zájem o jeho náročnou životní situaci, může ve vztahu mezi pracovníkem a klientem nastat problém. Důležité je respektování svobodného rozhodování klientů. Každý z klientů má právo na takový život, jaký žije. Tento život musí sociální pracovník respektovat a zaměřit se pouze na to, s čím potřebuje klient pomoci. Je zásadní, aby se klienti snažili řešit problémy sami. Sociální pracovníci mohou komentovat danou problematiku a navrhnout možnosti řešení. Není však správné, aby přebírali zodpovědnost a snažili se problémy vyřešit za ně. Kappl (2008) ve svém příspěvku ve sborníku tvrdí, že je důležité, aby sociální pracovník přistupoval ke klientovi jako k sobě rovnému. Nemělo by se na něho nahlížet jako na objekt, který se musí snažit nějakým způsobem „spravit“.

Podle Banksové (1998, cit. podle Matoušek a kol., 2003) existuje typologie 4 přístupů k praxi, které se údajně v realitě prolínají. Ve své knize je popisuje Matoušek. Prvním přístupem k praxi je angažovaný sociální pracovník, který bere práci jako způsob, jak uplatňovat osobní morální hodnoty. Se svými klienty jedná s respektem a s empatií, přičemž se s nimi snaží jednat přátelsky. V tomto přístupu existuje riziko vytvoření osobnějšiho vztahu mezi pracovníkem a klientem, anebo také může dojít k syndromu vyhoření. Je tedy důležité, aby se pracovník držel svých práv a povinností.

Druhým přístupem je radikální sociální pracovník, který má s předchozím přístupem společné to, že jsou pro něho důležité osobní hodnoty, které vkládá do praxe. Jeho prioritou ale není poskytnutí péče klientovi, ale jde mu především o změnu toho, co mu přijde nespravedlivé. To se týká zákonů, oblasti sociální politiky a praxe. Dalo by se říci, že se jedná spíše o práci v zájmu sociální změny. (Banksová 1998, cit. podle Matoušek a kol., 2003)

Třetím přístupem je byrokratický sociální pracovník. V tomto případě je nutné oddělit osobní a profesní život pracovníka, aby se necítili vinní a nečestně, jelikož musí s klienty manipulovat. Tato manipulace je samozřejmě v zájmu pozitivní změny klienta. Posledním přístupem je profesionální pracovník. Typické je vzdělání v oboru, jednání s ohledem na etický kodex a zaměření na práva a zájem klientů. Pracovník bere klienta jako aktivního spolupracovníka. (Banksová 1998, cit. podle Matoušek a kol., 2003)

### **3.2 Syndrom vyhoření v sociálních službách**

Velmi častým problémem při práci v sociálních službách je právě syndrom vyhoření. Pokud sociální pracovník pracuje v těchto službách několik let a nevidí žádné pozitivní výsledky své práce, je zde vysoké riziko syndromu vyhoření. Zaměřím se na definici a následně na možné fyzické a psychické projevy, které s tímto syndromem souvisejí.

Matoušek a kol. (2003) tvrdí, že u pracovníků v pomáhajících profesích je syndrom vyhoření typický. Sociální pracovníci každý den řeší problémy svých klientů, a to může být důsledkem pracovního stresu, který se může postupně rozvinout v syndrom vyhoření. Dále uvádí, že prakticky každý pracovník měl někdy projevy tohoto syndromu. Pinesová a kol. (1981, cit. podle Maroon, 2012) spatřují ve vyhoření fyzické mentální a citové vyčerpání, kdy je jedinec vystaven dlouhodobě chronickému stresu. Mezi fyzické projevy patří především únava, bolesti hlavy, zad, nevolnost svalové křeče a další. Pro emocionální vyčerpání jsou typické deprese, pocity bezmoci a úzkosti. Při mentálním vyčerpání trpí sociální pracovník pocitem méněcennosti a nízkým sebehodnocením. Charakteristická je také ztráta empatie vůči klientům. Zásadní pro práci s vyhořením je přiznání si problému.

### **3.3 Sociální práce s uživateli drog**

Matoušek, Kodymová a Koláčková (2005) tvrdí, že sociální pracovníci pracují převážně s pravidelnými a problémovými uživateli, a také s uživateli závislými na droze. Experimentální a příležitostní uživatelé jsou typičtí tím, že nemají potřebu odborníky kontaktovat. Mahrová a Venglářová (2008) dodává, že sociální systém je určený pro všechny uživatele drog, bez ohledu na formu aplikace.

Nejprve se zaměřím na první kontakt s klientem, v tomto případě drogově závislým klientem. Podkapitola popisuje především postup při práci s klientem, který se rozhodne využívat sociální služby a také charakterizuje zařízení, které může uživatel drog využívat.

Podle Řezníčka (1997) by měl sociální pracovník vést první rozhovor především tak, aby se klient necítil úzkostně. Dobré je snažit se klienta uvolnit

a zároveň s ním mluvit s respektem. Pokud se zdá klient nervózní, je možné zeptat se ho například na jeho pozitivní vlastnosti, dovednosti atd. Dalším úkolem pracovníka je zjistit, co od něho klient očekává. Pokud klient nemá žádnou představu, sociální pracovník mu vysvětlí, jaké jsou možnosti a omezení jejich zařízení. V případě, že klient přichází s problémem, který nedokáže dané zařízení vyřešit, sociální pracovník odkáže klienta na jiné pracoviště, kde mu jsou schopni pomoci. (Řezníček, 2007)

První kontakt by měl být zakončen uzavřením smlouvy o poskytování sociální služby. Ve většině případů jsou sociální služby poskytovány bez úhrady. Tato smlouva musí být sjednána v písemné formě. Smlouva musí podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2017) obsahovat několik náležitostí, a to druh sociální služby, označení smluvních stran, rozsah poskytování sociální služby, místo a čas poskytování sociální služby, výši úhrady za sociální služby, ujednání o dodržování vnitřních pravidel organizace, výpovědní důvody a výpovědní lhůty, dobu platnosti smlouvy. Sociální služby zahrnují především sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevence. (Zákon č. 208/2006 Sb. o sociálních službách)

## **Nízkoprahová zařízení**

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR (2016) uvádí, že síť nízkoprahových služeb je v České republice tvořena kontaktními centry a terénními programy. Cílovou skupinou jsou injekční uživatelé drog, experimentátoři, jejich rodiny a další blízcí. Kontaktní centrum a terénní programy mohou fungovat každý zvlášť, nebo mohou být spojeny. V posledních letech se stále častěji vyskytují služby Harm reduction, které jsou jejich součástí.

Podle Nešpora a Provazníkové (1999) znamená tento anglický výraz zmírnění škody. Harm reduction se uplatňuje tehdy, pokud není z nějakého důvodu možné závislého jedince léčit. Tyto služby poskytují především kontaktní centra.

Kontaktní centrum spadá v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2017, s. 138, § 59) pod služby sociální prevence a je zde definováno jako: „nízkoprahové zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.“ Dle kolektivu autorů sdružení SANANIM (2007) jsou služby poskytovány bezplatně a anonymně. Podle Nešpora



a Provazníkové (1999) tyto kontaktní centra poté nabízí závislým klientům Harm reduction služby, jako je substituční léčba, dále poskytují čistý injekční materiál, desinfekci, „šňupátka“, filtry, ale také kondomy. V některých zařízeních nabízejí i možnost se osprchovat, sociální pomoc, sociální poradenství, nebo dokonce možnost testování na HIV. Nízkoprahová zařízení, ale i terénní programy mohou dále poskytovat informace o možnostech léčby nebo přímo zprostředkování léčby závislosti.

Hrdina (2003) tvrdí, že do kontaktních center většinou docházejí klienti, kteří jsou se svojí situací nespokojeni a chtějí něco změnit. Těmto klientům podávají sociální pracovníci základní informace, nebo s nimi mohou začít rozhovor motivující je ke změně životního stylu. Pokud budou mít zájem, naváže se dlouhodobější spolupráce, kdy se nastaví jasně dané cíle, kterých se budou společně snažit dosáhnout.

Dle Matouška a kol. (2003) je sociální poradenství jednou ze základních metod sociální práce a dělí se na dva typy: základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Během základního poradenství se poskytují klientovi informace, které mu mohou pomoci vyřešit obtížnou životní situaci. Podle Matouška a kol. (2003, s. 84) vyplývají poskytované informace ze „systému sociální ochrany občana, k němuž patří pojištění, podpora, pomoc, nebo ze systému, který zajišťuje zaměstnanost.“ Odborné poradenství se týká nějaké konkrétní pomoci. Nejčastěji se jedná o hmotnou či sociální nouzi. Časté jsou také problémy v manželském nebo mezigeneračním soužití, problémy týkající se péče o děti atd. Hrdina (2003) uvádí, že klient, který dochází sám do kontaktního centra, chce něco změnit. To i v případě, že dochází pouze z důvodu Harm reduction. Znamená to, že se nevyhýbá kontaktu s pracovníkem, v některých případech je i ochotný navázat vztah sám. Sociální pracovník mu díky tomu může nabídnout posezení v kontaktní místnosti nebo promluvení si s pracovníkem. Při každém kontaktu se pracovník snaží navázat důvěrnější vztah s klientem.

Matoušek a kol. (2003, s. 169) definují terénní programy neboli streetwork, jako „specifickou vyhledávací, mobilní terénní sociální práci, která zahrnuje aktuální nízkoprahovou nabídku sociální pomoci uživatelům drog a osobám, zpravidla mladšího věku, žijícím rizikovým způsobem života, u nichž je předpoklad, že sociální pomoc potřebují a dosud nejsou v kontaktu s příslušnou institucí.“ Sociální pracovníci navštěvují místa, kde tito jedinci žijí a tráví svůj volný čas. Dle Baumrukové a kol. (1997) se proto často zaměřují na rohy ulic, parky, diskotéky, herny a další. Nešpor a Provazníková (1999) uvádí, že tam jim sociální pracovníci nabízejí jak poradenství,

tak především výše uvedený materiál (čisté injekční stříkačky, desinfekci, kondomy aj.). Podstatou této služby je snížit riziko přenosu pohlavních chorob, AIDS či žloutenky. S tím také souvisí fakt, že pokud se tímto způsobem podaří pracovníkovi navázat s uživatelem drog kontakt, je poté možné vést ho formou bližší spolupráce k intenzivnější léčbě.

Terénní služby jsou také popsány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to v paragrafu 69. (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.)

Rhodes (1999) uvádí ve své knize tři hlavní metody navazování kontaktů v terénu:

1. **Bezprostřední kontakt** – Pracovníci se snaží v terénu navázat kontakt s neznámými lidmi. Aby bylo navázání kontaktu správně zacílené a bezpečné, je dobré se předem informovat o drogových poměrech daného místa.
2. **Přirozené kontakty** – Jde o terénní práci, kdy jsou již terénní pracovníci u cílové skupiny známí, a tak vědí, kde se pohybují a kde je mohou vyhledat.
3. **Lavinové kontakty** – Kontakty jsou založeny na tom, že jsou v určité cílové skupině terénní pracovníci představeni klíčovým osobnostem. Po navázání důvěrnějšího vztahu s „leadery“ se poté můžou pracovníci zaměřit na ostatní uživatele drog. Tento způsob kontaktu je sice časově náročnější, avšak často účinný. (Rhodes, 1999)

## Léčebná zařízení

Jelikož v empirické části zmiňuji také léčbu drogové závislosti, rozhodla jsem se zařadit ji i do teoretické části. Dostat uživatele drog do léčby není snadným úkolem. Jen málo klientů komunitního centra Laxus z.ú. má snahu dostat se až do léčebného zařízení. Většinou hlavním důvodem, proč navštěvují komunitní centrum Laxus z.ú, je z důvodu Harm Reduction. Dalším problémem je spolupráce s lékaři, kteří poskytují níže uvedenou substituční léčbu. O tom se zmiňuji v mém výzkumném šetření v empirické části. V této kapitole krátce představím ambulantní formu léčby, substituční léčbu, pobytovou léčbu a doléčovací programy.

Zakladatelem léčby závislých je v České republice Mudr. Jaroslav Skála, CS.s. Uvádí to známý časopis Adiktologie z roku 2015. Kalina (2002, cit. podle Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005) uvádí, že při rozhodování, které zařízení je pro klienta

vhodné, je dobré zaměřit se i na jiná kritéria než pouze na stupeň závislosti. Kalina také doporučuje zaměřit se také na zdravotní stav pacienta a to i na případné somatické potíže spojené se závislostí, na psychologické komplikace, na míru klientovy motivace, intenzitu příznaků závislosti, rodinné vztahy a především také na sociální prostředí klienta, kdy se posuzuje jaké má jedinec vztahy k přátelům a sociálním skupinám, ve kterých se nejčastěji vyskytuje.

Těsně před zahájením léčby je dle Matouška, Koláčkové, Kodymové (2005) důležité klientovi nabídnout předléčebné poradenství, které slouží k motivování jedince k léčbě. Toto poradenství je hlavní součástí programů poskytovaných v kontaktních centrech a případně také terénních programů.

### **Ambulantní léčba**

Na stránkách drogové poradny (2018) je uvedeno, že během ambulantní léčby není klient vyřazen ze svého přirozeného prostředí. Tento typ léčby je vhodný pro motivované klienty se stabilním sociálním a rodinným zázemím. Klient pravidelně dochází do zařízení, které léčbu poskytuje.

Dle časopisu Adiktologie (2015) mohou ambulantní léčbu poskytovat AT poradny a různá krizová a poradenská centra. Když klient sděluje svou anamnézu, očekává se od pracovníka porozumění a soucit. Až později se snaží vést klienta ke změně chování a k tomu, aby přijal odpovědnost za svůj stav.

Podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2005) se pro klienta nejprve připraví individuální plán, který musí dodržovat a současně je sledováno jeho plnění. Součástí této léčby může být také rodinná nebo párová terapie. Ambulantní léčbu nabízejí také denní stacionáře, které mají celodenní program. Léčba zde trvá 2-3 měsíce, kdy sem klienti pravidelně každý den docházejí, avšak navečer se vrací domů do svého přirozeného prostředí.

### **Substituční léčba**

Dle Hajného (2001) se využívá především při závislosti jedince na opiátech. Léčba je pod dohledem lékaře, který vydává substituční látku na předpis. To znamená,

že užívání látky není nelegální. Při postupném snižování dávky může dojít k úplné abstinenci jedince. Blížeji se substituční látkou zabývám v kapitole 2.

### **Pobytová léčba**

Na online stránkách drogové poradny (2009) se uvádí, že pobytovou léčbu poskytují především psychiatrické léčebny a terapeutické komunity. Obě tyto zařízení se snaží vytvořit prostředí bez drog, spolu s jasnými pravidly a režimem. Využívají se různé terapeutické metody, které pomáhají klientovi vyjasnit si svůj postoj k drogám. V psychiatrické léčebně dochází k léčbě pod lékařským dohledem, kdy jsou využívány režimová opatření, strukturovaný denní program a další aktivity. Většinou zde probíhá krátkodobá, nebo střednědobá léčba.

Terapeutické komunity Kratochvíl (1979, cit podle Kalina, 2008, s. 17) definuje jako “zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem.“ Dle Matouška, Koláčková a Kodymové (2005) poskytují terapeutické komunity střednědobou a dlouhodobou léčbu pro osoby závislé na návykových látkách, která trvá přibližně 6-18 měsíců. Podle zákona o sociálních službách nabízí základní činnosti jako poskytnutí ubytování, poskytnutí potravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv. (Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.)

Podle Nešpora (2011) je terapeutická komunita určena jedincům, kteří dosáhli určitého stupně závislosti. Je vhodná také pro ty, kteří nemají dostatek přátel. To znamená, že by je neměl kdo usměrňovat, proto jsou vhodnými kandidáty do terapeutické komunity. Terapeutická komunita většinou není pro ty, kteří mají pouze lehkou formu závislosti, jelikož tito jedinci se nejčastěji léčí pouze ambulantní formou. Dále není určena ani pro těžce závislé, kteří často trpí i duševními poruchami a nejsou ve většině případů schopni takovýto pobyt zvládnout.

Nešpor a Csémy (1996) tvrdí, že hlavním smyslem terapeutické komunity je získávání pracovních návyků, dovedností a kvalifikací, které přispívají k pozvolnému přechodu do života mimo komunitu. Tyto dovednosti a kvalifikace mohou klientovi po

ukončení léčby pomoci získat lepší práci. Zatímco Kalina a kol. (2015) uvádí, že cílem terapeutické komunity je změna životního stylu jedince, který postupně dosahuje změn v postojích, prožívání a chování. Proto je důležité klást v komunitě důraz na bezdrogové prostředí a na dodržování pravidel chování. (2015)

Podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2005) je úkolem sociálního pracovníka napomoci klientovi k tomu, aby se nebál o svých problémech otevřeně hovořit a sdílet je se skupinou. Dále sociální pracovník pomáhá klientovi obnovit jeho kontakty s vnějším prostředím. V případě problémů se nabídne klientovi rodinná terapie, která mu s obnovením vztahů s rodinou pomůže. Dle Ganerihó (2001) se jedná o velice užitečnou formu léčby, jejíž cílem je zlepšení fungování rodiny jako celku, a proto by se měla zúčastnit nejlépe celá rodina, nebo alespoň většina jejích členů.

Dle Makovské-Dolánské (2007) má mnoho klientů několik problémů, které se týkají jejich sociální situace. Nejprve by se měly vyřešit osobní doklady, zdravotní pojištění a také registrace na úřadu práce. Hodně klientům také může hrozit trestní stíhání či uložení trestu. Jelikož se může stát, že o tomto klienti nemají moc přehled, je dobré kontaktovat jejich rodinu pro zjištění více informací. Vhodné je také zařídit přeposílání zásilek a dopisů do terapeutické komunity. Při nástupu do pobytové léčby často klesá motivace klienta k řešení jeho sociálních problémů. Proto je opravdu důležitý aktivní přístup ze strany sociálního pracovníka, který bude klienta v řešení podporovat. Během prvního měsíce léčby je vhodné, aby sociální pracovník zpracoval klientovu sociální anamnézu. Po zhotovení by se klient i pracovník dohodli na různých možnostech a postupu řešení daných problémů. Postupem času by se měl klient sám naučit řešit problémové situace a být schopen samostatně komunikovat s různými institucemi.

Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005) dodávají, že ke konci léčby si klient stanoví cíle, kterých se bude snažit postupně dosáhnout. Může se jednat například o plán týkající se získání kvalifikace pro výkon budoucího povolání. Po ukončení pobytové léčby by měl klient navázat spolupráci s programem následné léčby.

## **Doléčovací programy**

Ve sborníku *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii* (Miovský, 2013, s. 27) jsou doléčovací programy definovány jako „programy, které jsou zaměřeny na podporu a udržení abstinence klientů po léčbě a pomáhají jim v navrácení do podmínek běžného života“. Tyto programy trvají minimálně 6 měsíců a z části jsou založeny na formě odpoledního denního stacionáře.

Na online stránkách Sananimu (2007) můžeme nalézt nabízené služby doléčovacího centra. Aktuálně nabízí například ambulantní doléčovací centrum, program chráněného bydlení nebo také program podporovaného zaměstnání. Mezi využívané metody doléčovacích center lze zahrnout sociální práci a asistenci, socioterapii, rodinné či párové poradenství nebo také krizovou intervenci.

Kolektiv autorů sdružení Sananim (2007) hovoří o tom, že aby klient mohl program využít, musí obvykle 1-2 měsíce abstinovat. Pokud by chtěl využít služby chráněného bydlení, doba abstinence musí být ještě o něco delší. Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005) uvádějí, že pokud jedinec nastoupí do doléčovacích programů bezprostředně po předešlé léčbě, je daleko větší pravděpodobnost udržení stavu abstinence klienta. Doléčovací programy se snaží o udržení pozitivního životního stylu a již zmíněnou abstinenci.

Také role sociálních pracovníků už není natolik důležitá, jelikož klienti už jsou většinou samostatní a problémy se snaží řešit sami. Pokud je potřeba, sociální pracovník má spíše podpůrný charakter. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005)

## **4. Empirické šetření zaměřené na sociální práci s uživateli drog**

Empirická část se zaměřuje na práci sociálních pracovníků v kontaktním centru Laxusu z.ú v Hradci Králové. Snažila jsem se zjistit nové trendy týkající se drogově závislých a také objasnit rizika spojené s výkonem práce v této organizaci. Rozhodla jsem se pro výzkum kvalitativního charakteru, přičemž jsem zvolila metodu polostrukturovaných rozhovorů.

### **4.1 Cíle a výzkumné otázky empirického šetření**

Cílem mé bakalářské práce je podat ucelené informace o sociální práci s drogově závislými. Sloužit by měla přednostně odborníkům z organizací, které spolupracují s kontaktním centrem Laxus z.ú. v Hradci Králové, ale také další odborné veřejnosti, kterou dané téma zajímá, či se jím zabývají.

V návaznosti na to, jsem si jako hlavní cíl výzkumného šetření zvolila **zjistit nové trendy týkající se problematiky drogově závislých a objasnit rizika související s výkonem práce sociálních pracovníků v kontaktním centru Laxusu z.ú v Hradci Králové.** V rámci tohoto výzkumného šetření jsem si stanovila tři výzkumné otázky, které byly vždy doplněny dalšími tazatelskými otázkami. Jak jsem již zmiňovala, všechny výzkumné otázky zahrnují čtyři tazatelské otázky. Níže se pokusím přiblížit, na co se jednotlivé otázky zaměřují.

#### **První výzkumná otázka (VO1)**

**VO1: Jaké jsou nové trendy týkající se klientů kontaktního centra Laxusu z.ú v Hradci Králové?**

#### **Tazatelské otázky (TO1)**

TO1.1: Jaké jsou podle Vás nové trendy týkající se drogově závislých?

TO1.2: Mohl/a byste popsat současnou strukturu uživatelů drog?

TO1.3: Zvyšuje, nebo se snižuje počet klientů využívající Vaše služby?

TO1.4: Setkal/a jste se někdy s negativními názory na formu pomoci Vaší organizace drogově závislým?

### **Druhá výzkumná otázka (VO2)**

**VO2: Jak probíhá a funguje spolupráce s ostatními organizacemi spolupracujícími s kontaktním centrem Laxus z.ú.?**

#### **Tazatelské otázky (TO1)**

TO2.1: Zlepšila se spolupráce s ostatními organizacemi za poslední roky?

TO2.2: S jakými organizacemi nejčastěji spolupracujete?

TO2.3: Vyskytnuly se někdy při spolupráci nějaké problémy?

TO2.4: Jaké jsou podle Vás výhody a nevýhody spolupráce?

### **Třetí výzkumná otázka (VO3)**

**VO3: Patří syndrom vyhoření mezi největší rizika spojená s výkonem práce v kontaktním centru Laxus z.ú.?**

#### **Tazatelské otázky (TO1)**

TO3.1: Myslíte si, že Vám hrozí syndrom vyhoření, nebo jste již na sobě někdy nějaké příznaky zpozorovali?

TO3.2: Jaké jsou podle Vás preventivní opatření proti syndromu vyhoření?

TO3.3: Myslíte si, že tato práce má nějaké další rizika?

TO3.4: Změnil se Váš názor na drogově závislé po nastoupení do tohoto zaměstnání?

## **4.2 Výzkumný vzorek**

Kdo bude mými respondenty, jsem věděla již od začátku. Jsou jimi sociální pracovníci kontaktního centra Laxusu z.ú. v Hradci Králové. Jedná se o dva muže a tři ženy. Všichni byli velice ochotní a nikdo neměl problém s poskytnutím rozhovoru. To, jak probíhá práce s uživateli drog, je popsáno v teoretické části v kapitole č. 3.1 Přístupy



sociálních pracovníků k praxi. Pro větší přehlednost jsem vytvořila velmi jednoduchou tabulku, která mých pět respondentů blíže představuje.

	<b>Věk</b>	<b>Počet let praxe</b>
Respondent A	29	5 let
Respondent B	26	1 rok
Respondent C	36	13 let
Respondent D	40	12 let
Respondent E	35	3 roky

Tabulka č. 1: Informace o respondentech

### 4.3 Metodologie sběru dat

Zvolila jsem kvalitativní metodu pro sběr dat, blíže se jedná o polostrukturovaný rozhovor. Miovský (2006, s. 159) ve své knize uvádí, že při polostrukturovaném interview „si vytváříme určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát.“ Rozhovor jsem dělala s pěti respondenty, s odborníky z praxe. Výzkumné a tazatelské otázky jsem měla samozřejmě předem připravené. Co se týče tazatelských otázek, ne vždy jsem se na ně respondentů ptala postupně.

Gavora (2000) uvádí, že je velmi důležité, kde a za jakých podmínek rozhovor probíhá. Při rozhovoru by mělo být především pohodlí. Důležitý je také klid, kterého dosáhneme tak, že se odebereme do prázdné místnosti od všech rušivých elementů.

Já jsem šla dělat rozhovory s pracovníky komunitního centra Laxus z.ú. přímo k nim do kontaktního centra v centru Hradci Králové. Miovský (2006) tvrdí, že je velmi důležité získat si důvěru respondentů, čímž je možné docílit tím, že se nějaký čas budeme pohybovat v jejich terénu. To jsem myslím splnila, jelikož jsem u nich byla v létě na odborné stáži a měla jsem tedy možnost více se poznat se všemi sociálními pracovníky. Přes e-mail jsem si se sociální pracovnící dohodnula čas a datum schůzky. Připravila jsem si všechny potřebné věci a vydala se do organizace.

Po té, co mě přivítali, mi jedna pracovnice udělala čaj a následně jsme se odebrali do místnosti, kde většinou probíhá poradenství. Všichni byli dobře naladěni a vypadalo to, že se na rozhovor opravdu těší. Před každým rozhovorem jsem se pracovníka zeptala, zda mu vadí nahrávání rozhovoru na mobilní telefon, s tím ale nikdo problém neměl. Následně jsem respondentovi představila mou bakalářskou práci a to, co je mým hlavním cílem výzkumného šetření. Také jsem se zeptala na jejich jména a na počet let strávených v tomto zaměstnání. Poté jsem si připravila materiály se sepsanými výzkumnými a tazatelskými otázkami a mohli jsme začít s rozhovorem. Rozhovory probíhali v přátelské atmosféře.

Tři rozhovory probíhaly zhruba 15 minut, zatímco zbylé dva dokonce dvakrát déle. Na délku rozhovoru měla určitě vliv délka praxe sociálního pracovníka.

Po skončení všech rozhovorů jsem si zkontrolovala nahrávky v mobilním telefonu a raději si je hned pře poslala na e-mail. Následně jsem doma všech pět rozhovorů přepsala. Zabralo mi to spoustu času, jelikož rozhovory mají dohromady skoro 2 hodiny. I tak si myslím, že tato metoda byla nejvhodnější volbou pro získání co nejvíce informací.

## 4.4 Analýza získaných dat

### První výzkumná otázka (VO1)

První výzkumnou otázkou jsem se snažila zjistit, jaké nové trendy týkající se drogově závislých spatřují sociální pracovníci komunitního centra Laxus z.ú., a zda se někdy setkali s negativními názory na tuto formu pomoci drogově závislým. Úplně první tazatelské otázky byly zaměřené především na zjištění faktů, ne subjektivních názorů pracovníků.

Respondent A: „V Královehradeckém kraji máme převážně uživatele **pervitinu**, i teda v káčku se setkáváme s lidmi, kteří užívají injekčně...“ „V létě se setkáváme s tzv. **opiovou sezónou**, což znamená, že někteří klienti chodí na maková pole a sbírají tam surové opium, které získávají nařezáváním makovic a potom to bohužel užívají injekčně. U nich se hlavně snažíme, aby si pře vařené opium dávali do kapslí a polykali to...“ „Máme tu také hodně lidí, kteří jsou v substituční léčbě, takže nejčastěji se tady

užívají buprenorfinové preparáty typu **Subutex, Suboxon**. Blbý je, že tyhle substituční preparáty klienti zneužívají v té oblasti, jakým stylem to používají, jelikož se to má používat sublingválně, tedy pod jazyk, ale oni to užívají injekčně, což je samozřejmě problém. V Hradci Králové funguje i metadonová léčba, ale tam máme v současné době pouze jednu klientku.“

„**Průměrným klientem je u nás muž, ve věku zhruba 34 let**, ten věk nám teď postupně stoupá...“ „Samozřejmě je to tak, že do K-centra choděj většinou lidi, kteří jsou v nějakým sociálním propadu.“

Na otázku, zda-li se setkala s negativními názory na formu pomoci drogově závislým odpovídá: „Rozhodně ano, mnohokrát, až mě to někdy překvapilo, že to bylo i z řad spolužáků, kdy vlastně tuto problematiku studovali. Setkávám se také s tím, že ty lidi si říkají, že když do toho ten člověk spadne sám a dobrovolně, tak že si má taky sám pomoci. Ostatním se také nelíbí, že jim dáváme něco zadarmo a myslí si, že je ještě podporujeme. **Také se setkávám s názory, že kdyby jsme my nebyli, tak oni by ani drogy nebrali, což je samozřejmě nesmysl.**“

Respondent B: „No trendem je, co se týče našich klientů, je to takový asi dost ustálený, takže pervitin, Subutexy a Suboxony. Jinak našimi klienty jsou především muži, věk je kolem těch 33-34 let. Hodně klientů nám začíná také pracovat, ale pořád je větší část na úřadu práce. Často se stává, že klient přijde a pak už se sem znovu nevrátí. Je to tak **260 unikátních klientů ročně**. S negativními názory se setkávám často, měla jsem na toto téma i absolventskou práci. Ty názory jsou jako proč by feřáci měli dostávat něco zadarmo. Ty názory byly určitě velice **hanlivý až agresivní.**“

Respondent C: „Trendy jsou určitě kombinace těch drog, řekla bych třeba léků s alkoholem. Také užívání injekčně, jak jsou Subutexy a Suboxony. Jinak v současné době nejsou podle mě nějaké velké novinky. Přibývají nám možná jakoby mladší klienti. Myslím si, že je to tím, že ty služby už jsou víc v povědomí té veřejnosti. Dřív ty lidi hodily až když už brali drogy třeba 5 let a tím pádem nepřicházeli už tak mladý...“

„Teď už mají podle mě v ty služby větší důvěru. Jinak trend je určitě, že je více mužů než žen a převládá injekční užívání. Počet klientů za poslední roky je tak nějak podobný. S negativními názory se setkávám už od začátku mé praxe. Neustále a pořád.“

Mají takový ty názory, jako že je podporujeme, že by je všechny postříleli, že to nemá smysl...“

Respondent D: No jako spíš tradičně v tomhle regionu převažuje užívání pervitinu, který si většina lidí obstarává samovýrobou. Ten pervitin užívá zhruba 70% lidí, dále 20% buprenorfin. Je v lécích, které se jmenují Subutex a Suboxon, které tedy původně měli sloužit k léčbě závislosti na opiátech...“ „Zbývajících 10% jsou uživatelé marihuany opiátů atd. V roce 2010 nebo 2012 se tu vlastně objevily takový obchody, Headshopy nebo Smartshopy, kde se prodávaly syntetický drogy, který byli vyrobeny proto, aby obešli platnou legislativu...“ „Jsou tu taky samozřejmě **experimentátoři**, který těch látek užívají víc, nebo nemají jednu, kterou by preferovali jednoznačně. Jinak nově máme určitě lepší materiál, který vydáváme klientům, jsou to lepší filtry, pánvičky...“ „Určitě lépe snižují rizika spojené s užíváním drog. Například za loňský rok jsme vyměnili **106 000 stříkaček**.

„Každý rok zde probíhá **opiová sezóna**, to znamená, že se objeví máky na polích. Je to určitě větší zátěž pro nás. Chodí víc lidí, spotřebují víc injekčních stříkaček. Také z toho mají víc komplikací, museli jsme poskytovat více zdravotnických ošetření. Ať už to byly nějaký abscesy a záněty žil. Zhruba 60% jsou muži. Ten poměr je dlouhodobě stabilní. Průměrný věk našich klientů je 34-35 let. **Neobjevují se nám tu lidi pod 18 let**. Pokud ano, tak fakt jako jednou za X let. Možná je to tím, že si toho rodiče včas všimnou a využijou služby ambulantního centra. **Naše klientela spíše stárne**. Počet lidí, jak jsem říkal, minulý rok to bylo 260 lidí a ty minulé roky to bylo zhruba taky tak.“

„Na negativní názory jsem narazil mockrát. Určitě tady od lidí, co bydlí v okolí, což mi přijde logické..ale ta služba prostě někde být musí. Jinak s těmi negativními názory se setkávám všude, i v médiích. Podle většiny lidí prostě **pomáháme fetákům fetovat**.“

Respondent E: „Za ty poslední zhruba 3 roky, co já tak vnímám, jsou nový trendy především nový druhy opiátů, které se zneužívají. Jedná se o **fentanyl**, kterej je nebezpečnej. To proto, že ho užívají nitrožilně a získávají ho pochybně. Tady v kraji teda nevíme o žádným úmrtí, ale třeba v Praze tam k tomu dochází docela často no. Vyhlášený jsou také docela opiový sezóny, takže klienti jezdili na pole a sbírali tam to opium. Museli jsme vydávat víc stříkaček. Ale od toho si myslím docela opouští, tak

to si myslím, že je takový **pozitivní trend téhle doby**. My se nesežíváme s uživateli nějaké taneční scény jo, takže o tomhle třeba přehled úplně nemám...“

„Klienti nám stárnou. Nejsou tu třeba vůbec lidi, kterým je pod 18 let. Ty se sem potom dostávají, až když budou mít později třeba nějaké obtíže. Spíš bych to viděl na tu strukturu sociální, že jsou tady uživatelé, kteří jsou bez domova. To jsou takový ty nejviditelnější a každé si o nich představí, že to jsou lidi, co berou drogy. Bydlej venku, v autech a tak. Využívají nás často, jelikož máme ten hygienický servis. **Největší skupinou jsou takoví, kteří jsou jakoby stabilní, jak sociálně, tak finančně**, mají zaměstnání a naše služby využívají jen proto, že potřebují vyměnit špinavý stříkačky a materiál za nový. Pak jsou tu dlouhodobí uživatelé drog, se kterými pracujeme alespoň na udržení přijatelné sociální situace. Počet klientů je zhruba pořád stejný. Jen pár jich každý rok přibude no...“ „Negativní názory slýchám neustále. Je to neustálý boj v i odborný veřejnosti. Horší je ale ta běžná veřejnost, která řekne, že když jim vydáme čistou stříkačku, tak je podporujeme v braní. Určitě se to týká i tady našich sousedů. Chápu, že to asi není úplně příjemný mít v okolí takovýhle centrum...ale nemyslím si, že by to pro ně bylo nějaké riziko. Spíš jde jen o ten pocit, když se s těma našema klientama potkávají. Jsou i **mediální výkřiky** samozřejmě. Ale myslím, že jsme dlouhodobě prokázali, že tyto centra jsou prostě potřeba.“

### → Vyhodnocení VO1

Z první výzkumné otázky jsem získala mnoho zajímavých informací. Čtyři respondenti uvedli, že trendem posledních let je užívání pervitinu a buprenorfinových preperátů typu Subutex a Suboxone. Dále zazněl názor, že dalším trendem je kombinace léků s alkoholem a fentanylem. Často je také zmiňována opiová sezóna, při které jejich klienti chodí na maková pole a sbírají zde surové opium. To poté může způsobit větší výdej injekčních stříkaček a dalšího materiálu v komunitním centru.

Dva respondenti uvádí, že se u nich v centru neobjevují klienti, kterým je pod 18 let. Jeden z nich dokonce tvrdí, že to považuje za jeden z pozitivních trendů dnešní doby. Celkově všichni uvádí, že jejich klientela stárne. Především respondent E se zaměřil na sociální strukturu klientů, kdy tvrdí, že tou nejobsáhlejší klientelou jsou především ti, kteří jsou dobře zabezpečeni sociálně i finančně. Ti poté využívají

možnost výměny injekčního a jiného potřebného materiálu. Všichni respondenti se také shodli na tom, že počet klientů se ročně pohybuje zhruba kolem 260 klientů.

Další tazatelská otázka se týkala zkušeností s negativními názory na formu pomoci této organizace. Všechny pět respondentů se pravidelně setkává s negativními názory. Lidé si většinou myslí, že je tito sociální pracovníci podporují při braní drog, a ještě jim materiál poskytují zdarma. Překvapila mě respondentka A, která uvedla, že se setkávala s negativními názory i mezi svými spolužáky, kteří drogovou problematiku studovali. Další problém se ukázal v tom, že jsou časté stížnosti na umístění komunitního centra. Komunitní centrum je totiž obklopené panelovými domy a obyvatelům se samozřejmě přítomnost drogově závislých nelíbí. Dva respondenti také uvádí, že se setkali s negativními názory v médiích. Těchto negativních „výkřiků“ médií se nebojí, jelikož věří a ví, že již několikrát prokázali, že jejich služby jsou opravdu potřeba.

## **Druhá výzkumná otázka (VO2)**

Hlavním záměrem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, s jakými organizacemi komunitní centrum Laxus z.ú. spolupracuje, jak sociální pracovníci Laxusu vnímají spolupráci s ostatními organizacemi a zda se jejich spolupráce za poslední roky zlepšila či zhoršila.

Respondent A: „Spolupracujeme s hodně organizacemi. Účastníme se také **komunitního plánování**, které by mělo ty služby stmelovat. Myslím, že tato **spolupráce by se také dala považovat za nový trend téhle doby**. Nejdříve jsme spolupracovali s nízkoprahovými službami pro děti a mládež, jelikož jsme si všimly, že v HK je v ulicích taková skupina osob, které pravděpodobně nepatří nikam a nikdo s nimi nepracuje. Byli to takoví ti mladí experimentátoři s marihuanou a dalšími látkami.. Začali jsme tedy chodit společný terény a bavili jsme se, co tedy s nimi budeme dělat. Dále spolupracujeme s **azylovým domem, s Péčí o duševní zdraví**, s institucemi typu **úřady práce** nebo různá **zdravotnická zařízení**. Celé to mapujeme, abychom věděli, kam ty lidi odkazovat. Často také s lékaři, abychom věděli, kam člověka se žloutenkou, nebo abscesem, poslat.“

„Za poslední roky se ta spolupráce hodně zlepšila, my jsme v tom aktivnější, jsme aktivnější v doprovodech a to přináší určitě úspěch. Problémy se vyskytovaly spíše, když jsme byli v začátcích. Ostatní služby nás moc neznali a při doprovodu oni nevěděli, že tam jdeme za ten Laxus. Jinak se snažíme s těmi ostatními službami hovořit na úrovni, že jsme partneři a jsme na stejné lodi. Také jsme vysvětlili, že je nepodporujeme, aby užívali drogy a ta **spolupráce je opravdu pořád lepší a lepší...**“  
„Nevýhodou by mohlo být to, že spolupracujeme s policií. Klienti by na to mohli koukat tak, že náš uviděj, že jdeme na policejní služebnu. Snažíme se jim ale vysvětlit, že tam nechodíme udávat, ale spolupracujeme s nimi na sběru injekčních stříkaček, kdy my jim tam donášíme čisté stříkačky a kontejnery, a ty špinavé si od nich bereme.“

Respondent B: „Tato organizace má mezi ostatními organizacemi dobré jméno. Jsme hodně provázaný s ostatními organizacemi. Máme společné programy, dochází nám komunitní plánování. Ta spolupráce je určitě dost úzká. Teď v poslední době jsme spolupracovali na akci Noc venku.“

„Často spolupracujeme s azylovým domem, pak s Péčí o duševní zdraví, s Úřadem práce. Co se týká problémů, tak to bych řekla jen, že jako problém můžou brát klienti, že nenastoupí do té léčby hned, jako do psychiatrické léčebny, ale to je z důvodů kapacitních. Výhody jsou určitě ty, že víme, jaké další služby můžeme tomu klientovi nabídnout, které u nás využívat nemůže.“

Respondent C: „Spolupráce se v síti podle mě zlepšila. Je to i tím, že organizace má dlouholetou tradici a jméno. Je to určitě i tím, že **pokrejujeme velkou část kraje** a spolupracujeme s azylovým domem, s lékaři, což je často složité. Jednou jsem se snažila navázat spolupráci s paní doktorkou, která jako sama o sobě neměla problém, že by pracovala s drogově závislými. Spíše se bála, že těm jejím dalším pacientům by to vadilo, a tak by přišla o svoji klientelu...“

„**Chybí nám spolupráce s psychiatrem.** Často se totiž s těma drogama rozjíždí schizofrenie nebo nějaká porucha osobnosti. Alespoň máme navázanou spolupráci s Péčí o duševní zdraví. Poté spolupracujeme s charitou, azylákem, noclehárnou, poradnou pro osoby v tísní a také intervenčním centrem. Ještě jsem vlastně vynechala policii, jelikož klienti často páchají trestnou činnost, takže tu občas zazvoní a někoho sháněj. Samozřejmě jsme anonymní, takže pokud ten klient tady nemá doručovací adresu, tak jim nemůžeme říct, že sem dochází, nebo že tu je. **S městskou policií také**

**spolupracujeme na sběru injekčních stříkaček.** Další je určitě úřad práce a vyřizování dávek.“

„Trošku narážíme na mantinely toho odsuzování těch lidí. Ti klienti se samozřejmě nechovají vždy slušně a pak například na úřadu práce nedělají dobrý jméno ostatním. Další nevýhodou je, že ti klienti nejsou úplně spolehliví. Takže když se domluví nějaké schůzky a klient pak nedorazí, tak je to určitě složitější. Také ta anonymita je problém, kdy ti klienti zkrátka užívají drogy, ale pro to okolí chtějí zůstat skrytí. Na těch úřadech to ale anonymně moc vystupovat nejde, protože my tam s nimi jdeme jako pracovníci a prostě sdělujeme, kdo jsme.“

Respondent D: „Těch organizací je poměrně dost. Není to ale tak, že bychom byli v každodenním kontaktu. Spolupracujeme s Péčí o duševní zdraví, s lékaři, s úřadem práce, se službami pro osoby bez přístřeší. Myslím si, že se situace zlepšuje. Účastníme se komunitního plánování, kam docházejí i další poskytovatelé služeb. Tam řešíme, co se na té naší scéně děje. Velký problém je sehnat zdravotní péči pro naše klienty. Naši **klienti mají strach a stydí se jít za tím lékařem**, protože se opakovaně setkávali s tím, že prostě první, na co přijde jsou otázky typu, proč tu drogu berou a jako vždyť to je blbý a nejdřív, že mají udělat něco se svojí závislostí. Někdy se také stává to, že lékaři řeknou, že **feťáci do jejich ordinace nesmějí**, jo. Fungují tedy často ty **předsudky** od okolí no, podle mě často dost nelogický. Tohle určitě nefunguje tak, jak bych si představoval. Daří se nám zprostředkovat detoxikaci, léčbu, pomoci jim s úřadem práce a se zajištěním dokladů, se zajištěním kartiček pojištění atd.

„Někde jsme bráni jako rovnocenný partner, někde jsme bráni jako něco ošklivého, protože prostě děláme s nepopulární cílovou skupinou.“

Respondent E: „Myslím si že spolupráce se zlepšila. Já se zrovna účastním těchto různých komunitních plánování, pak taky chodíme společně do terénu a tak. Úzká spolupráce je s psychiatrií, s Fakultkou, hlavně co se týče léčby. Také s léčebnou v Nechanicích a pak i s azylovým domem. Ty klienti se nám často překrejují. Využívají často noclehárny, kde přespávají. Navzájem se všichni informujeme, pokud je potřeba. Samozřejmě spolupracujeme i se službami, co choděj do terénu a sbírají stříkačky. Dlouhodobě spolupracujeme s městskou policií. Oni také sbírají stříkačky a informují nás, kde se nejčastěji ty stříkačky nacházejí, abychom měli přehled o té lokalitě. Takovou spolupráci máme i například i s nějakým **obchodním centrem tady v HK**,



kde se stříkačky nacházejí na záchodech. My je školíme, jak ten injekční materiál bezpečně sbírat.“

**„Jako kámen úrazu vidím úřad práce.** Snažíme se, aby ti klienti měli alespoň nějaký příjem, ale ti klienti nejsou sami schopný porozumět tomu, co po nich ten úředník jako chce. Takže jsme začali pak dělat doprovody. Ale jako je to složitý, vyplnit nějaký ten formulář. Já jsem se je nenaučil pořádně vyplnit do dneška jo. U nás se vykonává samospráva, ta terapie. Kdy vždy jeden klient nám tu provádí úklid. Což ale není samozřejmě slučitelný s úřadem práce...“ „Samozřejmě když ta spolupráce funguje, tak to má jenom výhody. Kdyby jsme nespolupracovali, tak to by byl pak problém no.“ Mohla by být nevýhoda při práci s policajty, ale s tou městskou policií máme jasné vymezené hranice, i co se týče té anonymity. Neposkytujeme jim informace o našich klientech a ani nemůžeme, pokud s tím klient nesouhlasí.“

#### → **Vyhodnocení VO2**

Všichni respondenti uvádějí stále se lepší spolupráci s ostatními organizacemi. Zmiňují především komunitní plánování, která sociální služby stmeluje. Nejvíce diskutovanými organizacemi, které s tímto komunitním centrem spolupracují, byli azylové domy, noclehárny, Péče o duševní zdraví, úřady práce a lékaři. Respondent A a E si myslí, že problém by se mohl objevit ve spolupráci s městskou policií. Klienti to mohou vnímat tak, že je tam jdou sociální pracovníci udat, a tak by v Laxus mohli ztratit důvěru. Respondent A dokonce uvedl, že jejich spolupráce s ostatními organizacemi by se dala považovat za trend současné doby.

Respondent B vidí problém v nízkých kapacitách psychiatrických léčeb a respondent C ve spolupráci s lékaři, kteří často nechtějí s jejich klienty spolupracovat, aby neztratili svoje pacienty, kterým se přítomnost drogově závislých nelíbí. Respondent D se také zaměřil na problémy ve spolupráci s lékaři. Často existují ze strany pacientů v čekárnách předsudky a lékař klienty, tedy drogově závislé, spíše vyslýchá a poučuje. Proto se tam poté klienti bojí a stydí chodit. Poslední respondent E tvrdí, že největší problémy jsou ty, které se týkají úřadu práce. Pro klienty je to mnohdy složité porozumět, co po nich na úřadě práce chtějí. Následně dodává, že proto začali na úřady nabízet doprovody, které by měli klientům pomoci zařídit si vše potřebné. Úřad práce zmiňuje také respondent C, ale v tom smyslu, že klienti nejsou moc spolehliví

a nechodí na domluvené schůzky. To pak samozřejmě vrhá špatné světlo na ostatní klienty.

### **Třetí výzkumná otázka (VO3)**

Poslední výzkumná otázka slouží ke zjištění názorů sociálních pracovníků Laxusu z.ú. na syndrom vyhoření. Dále objasňuje, zda se s ním sociální pracovníci někdy setkali a popisuje další rizika spojená s výkonem této práce a jako velmi zajímavé vnímám názory sociálních pracovníků na samotné uživatele drog.

Respondent A: „Myslím si, že mi teď momentálně nehrozí. Ale **kdysi jsem měla takový období**. Ne tedy tady, ale v jiném K-centru, kde jsem pracovala už poměrně dlouho. Byla jsem v terénním programu a pracovala jsem tam sedm let. Bylo to tím, že jsem měla na starosti region, ve kterém to moc nefungovalo, neměli jsme moc klientů a nedařilo se nám tam prorazit. Bylo to tam celkově náročné.“

„Zde máme dost velkou prevenci syndromu vyhoření. Ta prevence je v poradách, kdy řešíme různé situace. Máme intervize, kdy se zabýváme metodickým pohledem na situaci, na nějaký konkrétní případ. Máme také pravidelně supervize, kdy sem jezdí externí terapeut, který nám dává náhled z venku. **Je to prostor, kdy se můžeme bavit o tom, co semnou nějaká ta situace dělá**. Také máme každoroční sebehodnocení, kde jsem jenom já a vedoucí centra. Při tom se zamýšlím sama nad sebou v různých oblastech té práce. Zároveň dávám zpětnou vazbu sobě a vedoucímu a vedoucí jí dává zase mě. Jinak odsud neodcházel nikdo, kdo by fakt vyhořel. Jinak když už jsme v nějakém centru už dlouho a začíná to být takový divný stereotyp a do budoucna by se nás to vyhoření mohlo týkat, tak máme možnost přestoupit někam jinam.“

„S agresí klientů se nesetkáváme moc často. Rozhodně ne s nějakým fyzickým napadením, to si nepamatuju žádnou situaci. Ale někdy prostě ty klienti mají různý emoční rozladění. U těchto lidí, co užívají drogy je to často tak, že neumějí pracovat se vztekem. **Někdy se prostě neumějí s něčím vyrovnat, a tak si to vybijou na nás**. Co se týče K-centra, někdo po mě třeba chce nadstandardní služby a já řeknu NE a ten člověk se naštvě a řekne mi nějakou nadávkou. Máme tu proto systém sankcí. Proto když nejsou dodržována pravidla, tak klient dostane stopku a nemůže využívat nějaké

služby po určitou dobu. To poté nevezme moc dobře, takže se rozčílí. V terénu je to jednodušší, jelikož pokud je nějaký problém, tak se ten pracovník prostě otočí a odejde. Jinak každý nový zaměstnanec se učí těmto rizikovým situacím předcházet.“

„Dalším rizikem by mohlo být, že **pracujeme s infekčním materiálem** a 1/3 té klientely je nakažená nějakými infekčníma nemocema. My s tímto materiálem nepřijdeme do styku. Klienti sami tyto stříkačky vyhazují, my na ně nešaháme. Může se stát, že klientovi třeba upadne ta stříkačka a my na ní poté při úklidu narazíme a poraníme se o to. Takže ano, určitě je to náročnější v téhle oblasti, ale děje se to opravdu minimálně. Po příchodu každého klienta s ním pracujeme tak, jakoby byl potencionálně nakaženou infekční chorobou, máme tu proto všude desinfekce. „

„Názor se mi myslím změnil. Nastupovala jsem do té práce, že ty lidi mají nějaké onemocnění a ty, kteří chtějí pomoci, si tu pomoc opravdu zasloužej. To si myslím doteď. Také si myslím to, že si zaslouží pozornost i ti lidi, kteří žádnou pomoc nechtějí, protože to je hodně důležitý, abychom byli připravený na to, až se ten člověk třeba rozmyslí, tak aby my jsme tu pro něj byli a aby věděl, že nějaký systém pomoci takto funguje. Uvědomila jsem si, že to není problém pouze nízký sociální vrstvy, že ty lidi nejsou zlí, že ty lidi si jako úplně dobrovolně tenhle způsob života nevybrali. Oni to takhle nikdo nechtěli. **Když si tu drogu brali poprvý, tak si jako neřekli, že chtějí být za deset let na ulici, že chtějí být špinavý a smradlavý, a ob rok být zavřený ve vězení. To prostě nechce nikdo.**“

Respondent B: „Ten syndrom **určitě hrozí**, hlavně když je to tato klientela, která je odsuzovaná celkově tou veřejností. Takže když někdo řekne, jako kde pracuje, tak ho to může trochu sejmout. Ale myslím, že to máme **moc dobře ošetřené**, co se týče supervizí, intervizí, porad, dalšího vzdělávání, kurzů...“ „Takže je to takový živý no. Tímto si to riziko určitě hodně oddalujeme..“ „Na sobě jsem zatím nic nezpozorovala, zatím jsem taková plná elánu.“

„Názor se mi nezměnil, po nastoupení do tohoto zaměstnání, jak jsem říkala, psala jsem na toto téma práci a chodila jsem na praxe do pardubického káčka, byla jsem i v terénu, tak vím, co jsem mohla očekávat. Ta klientela mě přijde blízka a zajímavá“

Respondent C: „Samozřejmě práce s lidmi je náročná. Máme supervize, intervize a máme možnost probírat všechny ty věci s vedením. Stát se to určitě může, ale snažíme se tomu předcházet tou psychohygienou. Je možný, že když člověk na sobě už něco

pozoruje, tak je možný posunout toho člověka někam dál, do jiného centra. Máme tu také půlúvazky...“ Další ty ohrožení můžou také být. Setkáváme se tady s infekčním materiálem, takže to může být riziko. Jsme ale samozřejmě očkovaní a proškolení v bezpečnosti práce. Za tu praxi tady jsem se neseťkala s tím, že by klienti vyvinuli nějaký fyzický násilí. Mluvěj tedy často sprostě a úrážej pracovníky.“

„Ten postoj k drogově závislým jsem měla myslím už předtím takovej zdravěj a bez předsudků, protože jsem se setkávala s uživateli drog i ve svém okolí. **To byla vlastně taková motivace, proč jsem tady začala pracovat.**“

Respondent D: „Příznaky jsem na sobě zpozoroval, prošel jsem tím a to riziko hrozí neustále. V roce 2007 jsem se zcela vážně zaobíral myšlenkou, že v tomhle oboru už nadále nebudu pracovat. Pomohlo mi, že jsem vyměnil lokalitu, zaměstnavatele a druh práce. Předtím jsem dělal v terénu v jiný organizaci. Pak jsem začal v kontaktním centru. Syndrom vyhoření hrozí každému, tady možná o to víc, že se moc neseťkáváme s moc velkejma a hmatatelnejma úspěchama...“ **„Dobrý je naučit se radovat z maličkostí.** Například, když někdo přijde a řekne, že po 3 letech začal používat desinfekci a že jsme měli pravdu a opravdu to funguje. Nebo když někoho odvezeme do léčebny a on se ozve a řekne, že nám moc děkuje. Ale to určitě není každý den no...“ **„Když vám někdo řekne, že se ho syndrom vyhoření netýká, tak kecá.“**

„Preventivní opatření máme. Člověk si ale musí také najít svou cestu, musí si umět odpočinout od tý práce. Máme pravidelný intervize, supervize, kde se o tom můžeme bavit. Poskytujeme si také podporu navzájem. Pokud se objeví nějaké pochybnosti nad smyslem práce, nebo to dojde k tomu, že už se člověk cítí vyhořelej, tak můžeme změnit pozici a jít do jiného centra s jiným zaměřením například.“ „Jsou zvýšené rizika chorob. Ať už jde o chorobu žloutenky nebo tak. A samozřejmě, že větší část té klientely žije v nevyhovujících podmínkách, je tam větší riziko nemoci. Je tady riziko, že se tady dostaneme do nějaké nepříjemné situace, kdy by ten klient přišel opravdu pod velkým vlivem drog. To se tady ale naštěstí moc nestává...“ „Ten syndrom vyhoření je ale podle mě jeden z nejzásadnějších, no.“

„Můj názor se na drogově závislé pořád vyvíjí, jo. Není to ale, že bych si na základě týhle práce o nich myslel něco jinýho. Spíš tu klientelu pořád víc a líp poznávám. Samozřejmě kdybych si už od začátku o nich myslel, že tato cílové skupina je pro mě něco odpornýho, tak bych do tý práce ani nešel. Nějak mě to prostě zaujalo.“

Respondent E: „Jako riziko to nese vždycky, když člověk pracuje takhle dlouhodobě s jednou cílovou skupinou. Příznaky zatím nemám. **Myslím si, že je důležitý nadhled, humor, ironie a zdravý cynismus.** Pracujeme v prostředí, který není úplně bezpečný no. Mě se konkrétně jednou stalo, ale stalo se to tak, že jsem šáhl na hadr, kde byla zlomená jehla. Jenže ten hadr byl tolikrát vymáchanej v desinfekci, že bylo nulová šance, že bych byl infikovanej. Nicméně člověk je stejně z toho nervózní.“

„Po nastoupení do této profese se můj názor určitě změnil. My tu problematiku vidíme tak zblízka, tak když o tom mluvíme pak s běžnou veřejností nebo s někým z rodiny, tak je to pro ně prostě nepochopitelný. **Když nám pak ty klienti povídaj, v čem vyrůstali a co zažili, tak se ani nedivíme, že začali brát drogy, nebo že skončili na ulici.**“

### → Vyhodnocení VO3

Všech pět respondentů uvádí, že u sociálních pracovníků je riziko syndromu vyhoření vždy vysoké. Respondent A a D se svěřili, že někdy v minulosti na sobě příznaky zpozorovali. Pomohlo jim však změnit místo a druh práce. Respondent B a E žádné příznaky syndromu vyhoření neměli. Možná je to také tím, že jsou v tomto zaměstnání kratší dobu než předešlí dva respondenti. Respondent C mi bohužel vlastní zkušenost nesdělil. Jako preventivní opatření jsou u všech respondentů zmiňované supervize, intervize a porady konající se v rámci jejich komunitního centra. Čtyři respondenti také uvádí, že pokud se u něj tento syndrom začne objevovat, může být bez problému přesunut do jiného centra. Prevenci syndromu vyhoření v jejich organizaci si všichni moc chválí. Respondent D a E mě překvapili odpovědí, že důležitý je především humor, nadhled a zdravý cynismus.

Dále se zaměřím na to, jaké jsou podle respondentů další rizika spojené s výkonem této práce. Respondent A uvádí riziko emočního rozladění klienta, ke kterému sice občas dochází, ale naštěstí bez fyzického napadání pracovníků. Čtyři respondenti uvedli riziko spojené s infekčním materiálem, který donášejí jejich klienti. Sociální pracovníci ale nepřicházejí s tímto materiálem do přímého kontaktu, jelikož jsou stříkačky klienty ihned vhazovány do speciálních kontejnerů. Respondent E uvedl zkušenost s poraněním o injekční stříkačku.

Nakonec mě velmi zajímalo, zda se změnil názor respondentů na drogově závislé po nastoupení do této práce. Respondent A uvádí, že si vždy myslela, že ti, kteří

chtějí pomoc, si tu pomoc vždy zaslouží. Nyní si to myslí i u těch, kteří pomoc nežadají. Do klientů se velmi vcítala a popovídala mi o tom, že tento způsob života si nikdo z nich nevybral a nikdo z nich to takhle nechtěl. To je hlavní důvod, proč si myslí, že pomoc těmto lidem je nesmírně důležitá. Respondentovi B se názor nezměnil, jelikož i během školy chodila na různé praxe tak věděla, co od této práce má očekávat. Respondent C má na uživatele drog zdravý postoj bez předsudků, jelikož se s nimi setkávala často ve svém okolí. Další respondent D tvrdí, že se jeho názor na klienty stále vyvíjí. Určitě to prý není tak, že by se na základě této práce o nich myslel něco jiného. Klientela mu přijde velmi zajímavá, proto také v komunitním centru začal pracovat. Poslední respondent E údajně názor po nastoupení do zaměstnání změnil. Udává, že tuto problematiku vidí velmi zblízka, a proto se ani nediví, že někteří dané drogy začali brát.

#### **4.5 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření**

Na závěr bych shrnula a zhodnotila výsledky všech třech výzkumných otázek, které mi pomohly zjistit nové trendy drogově závislých a rizika spojené s výkonem práce sociálních pracovníků kontaktního centra Laxus z.ú. v Hradci Králové. Jako výzkumný vzorek mi posloužili sociální pracovníci výše zmiňovaného kontaktního centra, kteří mi ochotně poskytli rozhovory týkající se jejich profese. Rozhovory byly polostrukturovaného charakteru a respondenti odpovídali na dohromady 12 tazatelských otázek.

Za poslední léta je jistě trendem užívání pervitinu, buprenorfinových preparátů a fentanylu. Je také dobré zmínit opiovou sezónu, kdy mnoho uživatelů drog jezdí na pole sbírat surové opium. Tato sezóna je poté často přítěží pro sociální pracovníky Laxusu z.ú., jelikož musejí vydávat hodně zdravotního materiálu a řešit různá zdravotní onemocnění způsobená užitím drogy. Dalšími trendy jsou věkové skupiny uživatelů drog, kdy kontaktní centrum Laxus z.ú. nevyužívají téměř žádné osoby pod 18 let. Jeden z respondentů uvádí, že především v tomto vidí pozitivní trend dnešní doby.

Průměrný klient je klient ve věku nejčastěji kolem 34 let. Jsou často dobře zabezpečeni jak sociálně, tak finančně. Na čem se všichni respondenti shodli je to, že jejich klientela za poslední roky neustále stárne. Průměrný počet klientů se pohybuje každoročně okolo 260 osob. Jako velký problém vidí respondenti stigmatizaci klientů. Všech pět respondentů se pravidelně setkává s negativními názory na klienty Laxusu

z.ú. Smutné podle nich je, že mezi odsuzující osoby patří nejen obyčejná veřejnost a média, ale také často spousta odborníků. Respondent A dokonce zmínil zkušenost, kdy drogové uživatele odsoudili přímo studenti studující drogovou problematiku a prevenci.

Do trendů dnešní doby bych zahrнула i spolupráci s ostatními organizacemi, která se podle respondentů za poslední roky velmi zlepšila, avšak vždy se naleznou nějaké problémy. Spolupracují především s azylovými domy, noclehárnami, s Péčí o duševní zdraví, s úřady práce a lékaři. Jako problémovou vidí respondenti především spolupráci s lékaři, úřadem práce a nízké kapacity psychiatrických léčeben. Jako další problém by se mohla zdát spolupráce s městskou policií, jelikož pokud klient uvidí sociálního pracovníka navštívit policejní služebnu, mohl by se zaleknout a přestat služby Laxusu z.ú. využívat.

Co se týká rizik spojených s touto prací, jedná se především o syndrom vyhoření, kdy dokonce dva respondenti uvedli, že si myslí, že při práci právě s touto cílovou skupinou je to riziko ještě větší než v jiných případech. Dva z pěti respondentů se již se syndromem vyhoření setkali, avšak pomohla jim změna pracovní pozice. Všichni respondenti uvádí, že prevence proti syndromu vyhoření je v jejich centru na velmi dobré úrovni. Jako velmi efektivní formu prevence uvádějí supervize, intervize a porady konající se v rámci jejich kontaktního centra. Nesmírně důležitý je podle respondentů smysl pro humor, nadhled a zdravý cynismus, který jim pomůže odlehčit nelehké situace. Mezi další rizika patří rizika spojená s infekčním materiálem a časté verbální napadání sociálních pracovníků při nevyhovění jejich požadavkům.

Názor sociálních pracovníků na drogově závislé mě velmi překvapil. Respondent A uvedl, že tyto osoby si pomoc vždy zaslouží, jelikož tento způsob života si nikdo z nich nevybral. Respondent B se názor na drogově závislé po nástupu do této profese nezměnil. Uvedl, že věděla, co od této práce očekávat, v čemž ji pomohla její předchozí školní praxe. Respondent C má k nim zdravý postoj, jelikož se s nimi velmi často setkávala ve svém okolí. Respondent D uvedl, že se jeho názor stále vyvíjí, údajně tato profese neměla vliv na jeho názor. Klientela mu přišla především zajímavá, a proto zde začal také pracovat. Poslední respondent E tvrdí, že se jeho názor po nástupu do tohoto zaměstnání změnil. Problematiku vidí teď natolik z blízka, že se v mnoha případech nediví, že tyto osoby začaly drogy užívat.

Výzkumné šetření hodnotím velmi kladně. Sociální pracovníci mi poskytli více informací, než jsem zprvu očekávala. Překvapily mě především výsledky týkající se subjektivních názorů respondentů, nových trendů drogově závislých a názory na spolupráci s ostatními organizacemi. Myslela jsem, že největším trendem posledních let budou taneční drogy typu například extáze. Sociální pracovníci mě ale uvedli v omyl. Sice se ví o užívání drog na taneční scéně, avšak tito uživatelé drog jejich služby aktivně vůbec nevyhledávají.

Mým druhým přesvědčením bylo, že nejčastěji užívanou drogou v Královéhradeckém kraji bude pervitin. V tomto jsem měla pravdu, avšak překvapilo mě, že hned na druhém místě jsou buprenorfinové preparáty, které předepisují lékaři. Jediné pozitivum vidím v tom, že jelikož jsou tyto „léky“ předepisované lékaři, nemají tak velké nežádoucí účinky jako nelegální drogy. I když všichni tvrdí, že se spolupráce zlepšila, přijde mi, že je zde několik hlavních problémů, které by se měly určitě řešit. Narážím především na problémovou spolupráci s lékaři, kteří nechtějí klienty kontaktního centra za své pacienty. Hlavní důvodem bývá obava ze ztráty svých původních pacientů, pokud by uviděli uživatele drog v čekárně. Je to proto, že většinou je užívání drog na člověku poznat. Jsou vyhublí, s problémovou pleťí a většinou se špinavým oblečením. A tak lidé, kteří drogy neužívají, s nimi nechtějí přijít do kontaktu. V tomto případě bych se snažila objednávat klienty Laxusu z.ú. v časy, kdy chodí k lékaři nejméně lidí, nebo bych k lékaři volila doprovody klientů. Domnívám se, že celý tento problém by mělo kontaktní centrum Laxus z.ú. více řešit ve spolupráci s lékaři v Královéhradeckém kraji. Podobné řešení vidím v problémové spolupráci s úřadem práce. Respondent E zmiňoval doprovody klientů na úřad práce, což vidím jako nejúčinnější řešení tohoto problému, jelikož jako nereálné vidím, aby se klienti, často občané bez domova, naučili sami vyplňovat různé formuláře. Proto jsou podle mého názoru doprovody vhodnou alternativou.

Výsledky výzkumného šetření by mohly posloužit právě výše zmiňovaným organizacím, které spolupracují s kontaktním centrem Laxus z.ú. v Hradci Králové. Dále ostatní odborné veřejnosti, která se zajímá či pracuje s drogově závislými a informace obsažené v mé bakalářské práci, tedy především v empirické části, by se jim mohly hodit v jejich profesích. Mohli by se inspirovat například preventivními opatřeními souvisejícími se syndromem vyhoření, v tom, jak vylepšit spolupráci s ostatními organizacemi, nebo předcházet problémům, které by se mohly při práci



s drogově závislími vyskytnout. Na to vše poskytují moji respondenti srozumitelné a zajímavé názory a odpovědi.

S výsledky mého výzkumného šetření jsem spokojená, avšak příště by mi přišlo zajímavé zjistit také informace a názory na drogově závislé od odborníků z jiných sociálních institucí, kteří s nimi přijdou do kontaktu. Domnívám se, že by se jejich názory na uživatele drog mohly lišit od těch, které jsem získala od respondentů z kontaktního centra Laxus z.ú. v Hradci Králové. Přínosné by mi také přišlo obohatit práci o pár kazuistik, které by se týkaly životů drogově závislých.

## Závěr

Lidé mohou začít brát drogy z mnoha důvodů. Častou příčinou je především zvědavost či nepříznivá životní situace. Jelikož často dochází k odsuzování a negativním názorům na tuto cílovou skupinu, je z mého hlediska podstatné snažit se nějakým způsobem zvýšit povědomí odborníků z různých organizací a pomáhajících profesí o této problematice. K tomu měla posloužit jak teoretická část, tak i empirická část mé bakalářské práce.

Při vypracování teoretické části jsem pracovala především s odbornými monografiemi. Snažila jsem se čerpat také ze sborníků, slovníků, časopisu, zákonů a internetových zdrojů.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo **podat ucelené informace o sociální práci s drogově závislými**. Slouží především odborníkům z organizací, které spolupracují s kontaktním centrem Laxus z.ú. v Hradci Králové. Empirická část poté blíže doplňuje část teoretickou, jelikož je obohacena názory a postřehy sociálních pracovníků z kontaktního centra Laxus z.ú. v Hradci Králové. Výzkumné šetření se primárně zaměřovalo na objasnění **nových trendů týkajících se uživatelů drog a na objasnění případných rizik souvisejících s výkonem práce v již zmíněném kontaktním centru Laxus z.ú. v Hradci Králové**. Prostřednictvím rozhovorů jsem zjistila mnoho užitečných informací, které mi pomohly hlouběji nahlídnout do dané problematiky a ucelit si svůj vlastní názor na cílovou skupinu uživatelů drog. Byla bych ráda, kdyby si čtenáři, především z řad odborné veřejnosti, promysleli svůj názor na tuto cílovou skupinu. Jelikož jak jeden z respondentů uvádí, často dochází k zcela nelogickým předsudkům a stigmatizaci. Práce by také mohla posloužit k řešení problémů, které se týkají spolupráce s Laxusem z.ú. především s lékaři a úřadem práce, jelikož právě zde vidí všichni respondenti největší problémy.

Dané téma je mi opravdu blízké a jsem ráda, že jsem mohla zjistit tolik nových informací a především názorů. Podle mého byl cíl bakalářské práce a výzkumného šetření splněn.

## Použitá literatura

### Monografie

BAUMRUKOVÁ, Pavla a kol. 1997. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: Sociopress. Sešity pro sociální politiku (Socioklub). ISBN 80-902260-1-9.

EMMEROVÁ, Ingrid. Základná terminológia. In: KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ a kol. 2010. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, Psyché. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.

GANERI, Anita. 2001. *Drogy: od extáze k agonii*. Praha: Amulet, Alfabet. 149 s. ISBN 80-86299-70-8.

GAVORA, Peter. 2000 *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HAJNÝ, Martin. 2001. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada Publishing, Pro rodiče. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.

HRDINA, Petr. 2003. Harm reduction – snižování poškození drogami. s. 263-269. In KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. 2003. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. s. 15-25. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, Psyché (Grada). s.394. ISBN 978-80-247-2449-2.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM. 2007. *Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, Rádci pro zdraví. s. 198. ISBN 978-80-7367-223-2.

- KRAUS, Blahoslav. Nelegální drogy. In: KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ a kol. 2010. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1.
- KUDRLE, Stanislav. 2003. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. s. 91-96. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, Sestra (Grada). s. 168. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MAROON, Istifan. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, s. 151. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, eds. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MINAŘÍK, Jakub, KMOCH, Vladimír. 2015. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. S. 49-81. In: KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
- MIOVSKÝ, Michal a kol. 2008. *Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium*. Praha: Grada, s. 533. ISBN 978-80-247-0865-2.
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. 1996. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 203 s. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, Karel. 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

RHODES, Tim. 1999. *Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe*. Boskovice: Albert. SCAN. 70 s. ISBN 80-85834-71-5.

RUFER, Marc. 1998. *Tabletky štěstí: Extáze, Prozac - návrat psychofarmak?.* Brno: Books, Nové obzory (Jota). s. 251. ISBN 80-85914-97-2.

ŘEZNÍČEK, Ivo. 1997. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, Studijní texty. 75 s. ISBN 80-85850-00-1

TYLER, Andrew. 2000. *Drogy v ulicích: Mýty-fakta-rady*. Praha: I. Železný, ISBN 80-237-3606-x.

### **Slovníky**

MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

NEŠPOR, Karel a Hana PROVAZNÍKOVÁ. 1999. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. 3., rozš. vyd. Praha: Fortuna, 54 s. ISBN 80-7071-123-x.

### **Sborníky**

JANEBOVÁ, Radka. 2007. Základy sociální práce. In: *Sociální práce a sociální služby: Výběr studijních materiálů projektu Vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb na území Královehradeckého kraje*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 141. ISBN 978-80-7041-105-6.

KAPPL, Miroslav. 2008. Ericksoniánské přístupy a dilema moci. In: JANEBOVÁ, Radka, KAPPL, Miroslav, SMUTEK, Martin, (eds.). *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou: Sborník z konference IV. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 12.-13.10. 2007*. Hradec Králové: Gaudeamus. Pedagogická fakulta, Katedra sociální práce a sociální politiky, s. 374. ISBN 978-80-7041-118-6.

MAKOVSKÁ-DOLÁNSKÁ, Pavla. 2007. Pohledy na sociální práci v terapeutické komunitě. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Středočeský kraj/Hl. M. Praha/ Magdaléna O.P.S. s. 317. ISBN 978-80-7106-937-9.

MÜHLPACHR, Pavel. 2002. Sociální práce jako technologie a nástroj sociální pedagogiky. In: *Socialia 2001: Sociální práce a ostatní společenskovední disciplíny*. Hradec Králové: Gaudeamus, Ústav sociálních studií, s. 222. ISBN 80-7041-113-9.

RŮŽIČKA, Michal. 2014. Aktuální stav následné péče v adiktologii v České republice. In: RŮŽIČKA, Michal, PRACHAŘOVÁ, Pavlína a kol. *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii: Sborník zkušeností*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 303. ISBN 978-80-244-4171-9.

### **Časopisy**

*Adiktologie: Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. 2015/15/2 Sdružení SCAN. ISSN 1213-3841.

### **Zákony**

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: ÚZ: *Sociální zabezpečení: státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum. Redakční uzávěrka*. Ostrava: Sagit, 2017. s. 272. ISBN 978-80-7488-252-4.

ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník. In: ÚZ: *Trestní předpisy: trestní zákoník, trestní řád, výkon trestu odnětí svobody, zabezpečovací detence, výkon vazby, Probační a mediační služba, Rejstřík trestů, soudnictví ve věcech mládeže, zajištění majetku, oběti trestných činů, amnestie 2013, zákon o trestní odpovědnosti právnických osob. Redakční uzávěrka 8.8. 2016* Ostrava: Sagit, 2016-. ÚZ. ISBN 978-80-7488-174-9.

### **Internetové zdroje**

*Doléčovací centrum s chráněnými byty (DC)*. [online]. Praha, ©2007 [cit. 2018-12-27]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-s-chranenymi-byty-\(dc\)/co-nabizime.html](http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-s-chranenymi-byty-(dc)/co-nabizime.html)

Pomoc a léčba: Léčebné programy. *Sananim-Drogová poradna* [online]. 2009 [cit. 2018-12-27]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016. *Drogy-info: Výroční zprávy* [online]. Úřad vlády ČR, ©2015, 2017 [cit. 2018-12-27]. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/32732/786/VZ\\_2016\\_drogova\\_situace\\_v\\_CR.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32732/786/VZ_2016_drogova_situace_v_CR.pdf)