

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

DILEMATA, SE KTERÝMI SE POTÝKAJÍ SOCIÁLNÍ
PRACOVNÍCI PŘI POSKYTOVÁNÍ AMBULANTNÍ PÉČE
KLIENTŮM S DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ

Bakalářská práce

Obor studia: Sociální práce

Autor: Gabriela Sedláčková

Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Dilemata, se kterými se potýkají sociální pracovníci při poskytování ambulantní péče klientům s drogovou závislostí* vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.

Podpis.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Ondřejovi Skopalovi, Ph.D. za cenné rady a trpělivost při vedení této práce. Dále bych ráda poděkovala všem sociálním pracovníkům, kteří mi ochotně poskytli své rozhovory.

Anotace

Jméno a příjmení:	Gabriela Sedláčková
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociální práce
Obor obhajoby práce:	Sociální práce
Vedoucí práce:	PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Dilemata, se kterými se potýkají sociální pracovníci při poskytování ambulantní péče klientům s drogovou závislostí.
Anotace práce:	Cílem této práce bude zjistit, s jakými nejčastějšími dilematy se potýkají sociální pracovníci při poskytování ambulantní péče klientům s drogovou závislostí. Bakalářská práce obsahuje teoretickou část, ve které se zabývá obecnou terminologií v drogové oblasti, dělením návykových látek, ambulantními a adiktologickými službami, sociální prací, kterou sociální pracovníci poskytují klientům s drogovou závislostí a v neposlední řadě se zabývá vybranými všedními dilematy. Empirická část bakalářské práce je zaměřena na metodologii, která byla při výzkumu využita. Pomocí kvalitativního výzkumu následně zjišťuji s jakými

	nejčastějšími dilematy se potýkají sociální pracovníci při poskytování ambulantní péče klientům s drogovou závislostí
Klíčová slova:	Dilemata, ambulantní péče, drogy, klienti s drogovou závislostí, sociální pracovník
Title of Thesis:	Dilemmas faced by social workers in while providing outpatient care to clients with drug addiction.
Annotation:	The aim of this work will be to find out what the most common dilemmas social workers face in providing outpatient care to clients with drug addiction. The bachelor thesis contains a theoretical part in which it deals with general terminology in the field of drugs, the division of addictive substances, outpatient and addictology services, social work provided by social workers to clients with drug addiction and last but not least IT deals with selected everyday dilemmas. The empirical part of the bachelor thesis is focused on the methodology that was used in the research. Using qualitative research, I am finding out researching what the most common dilemmas social workers face in providing outpatient care to clients with drug addiction.
Keywords:	Dilemmas, outpatient care, drugs, clients with drug addiction, social worker
Názvy příloh vázaných v práci:	Tabulka č. 1 - Číslo sociálního pracovníka, odpracované roky. Tabulka č. 2 - Okruhy a podtémata okruhů.
Počet literatury a zdrojů:	51

Rozsah práce:	<i>74 s. (111 120)</i>
--------------------------	------------------------

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. TERMINOLOGIE V OBLASTI ZÁVISLOSTI.....	12
1.1. FENOMÉN ZÁVISLOSTI.....	12
1.2. SYNDROM ZÁVISLOSTI.....	12
1.3. DEFINICE POJMU ZÁVISLOST	13
1.4. VZNIK ZÁVISLOSTI.....	14
1.5. PSYCHICKÁ ZÁVISLOST	15
1.6. FYZICKÁ ZÁVISLOST	15
2. NÁVYKOVÉ LÁTKY.....	16
2.1. DEFINICE POJMU NÁVYKOVÁ LÁTKA.....	16
2.2. HISTORIE POJMU DROGA	17
3. DĚLENÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	17
3.1. ALKOHOL.....	18
3.2. LÁTKY SE STIMULAČNÍM ÚČINKEM.....	19
3.3. OPIÁTY	19
3.4. TABÁK.....	19
3.5. HALUCINOGENY.....	20
4. ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY.....	20

4.1.	ADIKTOLOGIE	21
4.2.	ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY.....	21
4.3.	SUPERVIZE V ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH.....	22
5.	AMBULATNÍ SLUŽBY PRO KLIENTY S DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ	24
5.1.	AMBULANTNÍ SLUŽBY	24
5.2.	DENNÍ STACIONÁŘE	25
5.3.	DOLÉČOVACÍ PROGRAMY.....	26
5.4.	KONTAKTNÍ CENTRA.....	27
6.	SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY S DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ	27
6.1.	SOCIÁLNÍ PRÁCE S DROGOVĚ ZÁVISLÝMI KLIENTY.....	28
7.	DILEMATA V SOCIÁLNÍ PRÁCI S KLIENTY S DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ	29
7.1.	ETIKA, MORÁLKA, HODNOTY	30
7.2.	ETICKÝ PROBLÉM, ETICKÉ DILEMA.....	31
7.3.	ETICKÝ KODEX	34
	EMPIRICKÁ ČÁST	36
8.	METODOLOGIE VÝZKUMU	36
8.1.	VÝZKUMNÝ CÍL PRÁCE	36
8.2.	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
8.3.	VÝZKUMNÁ STRATEGIE.....	37
8.4.	VÝZKUMNÝ DESIGN.....	38

8.5.	TECHNIKA PRO SBĚR DAT	39
8.6.	VÝZKUMNÝ VZOREK	40
8.7.	KRITÉRIA VÝZKUMU	42
9.	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	42
9.1.	INTERPRETATIVNÍ FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA	42
9.2.	VÝSLEDKY VÝZKUMU	45
9.3.	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ ANALÝZY	60
	DISKUZE.....	64
	ZÁVĚR.....	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:.....	68
	SEZNAM TABULEK	74

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila především z důvodu mého upřímného zájmu o danou cílovou skupinu, tedy o klienty, kteří se potýkají s určitým typem drogové závislosti. Ráda bych se také do budoucna v rámci sociální práce již zmíněné skupině věnovala. V minulosti jsem absolvovala několik odborných praxí s klienty, kteří se potýkali s nejrůznějšími typy závislostí a odtud také pramení mé dosavadní zkušenosti s danou cílovou skupinou.

„Pracovníci se pravidelně setkávají s řešením etických dilemat v praxi. Jejich povinností je tato dilemata zkoumat, objasňovat a konzultovat s kolegy“(Richterová Těmínová, Kalina, 2015, s. 606). Jak jsem již naznačila měla jsem v minulosti možnost se s klienty, kteří se potýkají se závislostmi, především se závislostmi alkoholového a nealkoholového typu setkat na odborných praxích, proto vím že se právě v této oblasti neustále objevují nová dilemata, které je potřeba nalézat, poznávat a následně sdílet jejich řešení s ostatními kolegy, aby byli poskytované sociální služby klientům co nejvíce komplexní. A právě tento fakt se stal hlavním motivem pro moji bakalářskou práci.

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou stěžejních částí a to na teoretickou část a empirickou část.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na sedm kapitol, které se budou dále dělit na další podkapitoly.

První kapitolu bakalářské práce jsem zaměřila na terminologii v oblasti závislosti. Kapitola se zabývá samotným pojmem závislost a jejím vznikem a dalšími souvisejícími pojmy.

V druhé kapitole se zaměřuji na návykové látky. Je zde uvedeno několik vybraných definic od různých autorů, kteří návykové látky definují. V jedné z

podkapitol návykových látek se také zabývám historií pojmu droga, aby bylo celé téma ucelené.

Třetí kapitola teoretické části je zaměřena na dělení návykových látek. Jsou zde uvedeny základní skupiny návykových látek a jejich charakteristiky.

Ve čtvrté kapitole se blíže zabývám adiktologickými službami, které jsou pro tuto práci jedny z klíčových bodů. V kapitole je vymezený samotný pojem adiktologie. V rámci jedné podkapitoly se zabývám adiktologickými službami, kde je uvedený jejich vznik, zaměření, aktuální pokrytí adiktologických služeb v ČR. A v neposlední řadě tato kapitola zahrnuje podkapitulu, která je zaměřena na supervizi v adiktologických službách, která je jak později v textu zjistíme pro řešení dilemat velice klíčová.

V páté kapitole se zabývám jednotlivými typy ambulantních služeb pro klienty s drogovou závislostí a jejich základní charakteristikou.

Šestou kapitolu jsem zaměřila na sociální práci s klienty s drogovou závislostí. V kapitole je charakterizován pojem sociální práce a sociální pracovník a jsou zde především uvedeny její specifika práce s klienty s drogovou závislostí.

V sedmé a zároveň poslední kapitole se zaměřuji na dilemata, se kterými se mohou sociální pracovníci při své práci s klienty s drogovou závislostí setkat. Jsou zde definovány pojmy jako je etika, morálka, hodnota, etický kodex, které se úzce pojí k dilematům. Dále jsou zde uvedeny typy vybraných dilemat sociální práce.

Empirická část je potom zaměřena na samotný výběr metody výzkumu, strategii, výzkumný design, vybranou analýzu a výsledky zjištěných dat.

TEORETICKÁ ČÁST

1. TERMINOLOGIE V OBLASTI ZÁVISLOSTI

Vzhledem k tomu, že se tato bakalářská práce bude mimo jiné zabývat také klienty, kteří se potýkali nebo stále potýkají s alkoholovou či nealkoholovou závislostí, je třeba si nejprve vymezit základní pojmy související se závislostí.

V kapitole bude vymezen samostatný pojem závislost, důvody vzniku závislosti. A v neposlední řadě se budu zabývat fyzickou a psychickou závislostí.

1.1. Fenomén závislosti

Jeřábek (2008, s. 53) uvádí že, základní terminologie rozlišuje úzus psychoaktivní látky (prosté jednorázové užití nebo i opakované užívání, které nevede k žádnému signifikantnímu poškození uživatele), dále její škodlivé užívání (užívání dysfunkční, rizikové, problémové, kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince) a syndrom závislosti na ní. Fenomén závislosti bývá vysvětlován dle své patogeneze. Jeřábek dále vysvětluje, že závislost je vyústění abúzu, kdy dojde k pozitivní zpětné vazbě, která spočívá v subjektivní změně prožívání potom co jedinec užije psychoaktivní látku.

1.2. Syndrom závislosti

Současné definice MKN – 10 syndrom závislosti popisuje, jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látku, alkohol nebo tabák. Centrálním

příznakem je silná touha užívat psychoaktivní látku jinak také jako craving, bažení či dychtění. (Jeřábek, 2008, s. 54-55).

„Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opiáty) nebo širší řadu různých látek“ (Nešpor, 2018, s. 18).

1.3. Definice pojmu závislost

Matoušek (2016, s. 254) charakterizuje závislost jako stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti. Má fyzickou, psychickou i sociální stránku.

Je charakteristické naléhavou touhou po účincích drogy, kterou nemocný užívá i přes to, že si tím způsobuje řadu nepříjemných problémů. K závislosti se člověk obvykle dostane přes experimentování a postupem času i pravidelné užívání drogy. Z počátku může dotyčný užívání drogy kontrolovat – ale to obvykle nedělá natolik, aby s tím přestal. Zvláště tehdy, pokud existují důvody pro další užívání. Takovými důvody mohou být osobní problémy, nuda, stres, tlak vrstevníků, nemoc a podobně. Po čase ztrácí závislý schopnost užívání kontrolovat a kromě fyzické závislosti se i jeho životní styl mění natolik, že není snadné užívání drog opustit (Hajný, 2001, s. 15).

„Závislost má rysy obsedantně kompulzivního chování (= stav neovladatelného opakovaného nutkání k určité činnosti), kde nutkavost nemusí být vždy odměněna pocitem libosti“ (Fišerová, 2003, s. 96).

Kudrle (2003, s. 107) uvádí že drogy, které vyvolávají závislost jsou nebezpečné především díky tomu, že razantně ovlivňují prožívání jedince většinou extrémně silně, s pocitem nebývalé intenzity jsou tím nebezpečnější, čím rychleji působí. Čím předvídatelnější je tento účinek, tím silnější se vytváří pozitivní zpětná vazba a touha tento zážitek opakovat.

Závislosti často vedou ke změnám osobnosti, později až k životu na okraji společnosti, k nevratnému poškození zdraví i ke smrti (Matoušek, 2016, s. 111).

1.4. Vznik závislosti

Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti se a priori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom se schopni rozvinout v moudré lidské bytosti homo sapiens, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici dost citlivá péče dospělé blízké bytosti. Chceme-li najít hlubší kořeny vzniku závislosti, je třeba zabývat se podstatou životních dilemat. Tedy tím, že život žijeme ve světě vztahu protikladů – zrozené a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávist apod. (Kudrle, 2008, s. 17-18).

„Drogové závislosti je nutno pojímat i studovat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory vzájemně doplňují a integrují“(Fišerová, 2003, s. 96).

To potvrzuje i Hajný (2008, s. 41), který uvádí že, na vznik a rozvoj závislosti můžeme nahlížet pomocí různých teorií. Uvádí, že rodina a vztahy v ní mohou přispívat ke vzniku závislosti. Toto tvrzení potvrzují teorie, které se zabývají systémy rodinných vztahů. Závislost chápou jako jev, který není izolovaný, ale existuje v systému vtažů dotyčného člověka. Jako příklad uvádí rodiny sociálně stabilizovaných alkoholiků, kde se pití stává součástí kultury, zajišťujícím prvkem, bez kterého to nefunguje.

Současná moderní pojetí vzniku závislosti se opírá o široké výzkumné pole. Shoduje se na mnohočetné podmíněnosti vzniku závislosti a vychází z toho, že rizikové faktory mohou být v oblasti biogenetické, sociální, etnické, antropologické i psychologické (Hajný, 2008, s. 51).

1.5. Psychická závislost

Znamená syndromový komplex s jádrovým psychickým cravingem, k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům (což jsou formálně poruchy motivačního a behaviorálního charakteru) (Jeřábek, 2008, s.55).

Existuje nepotlačitelná touha užívat psychotropní substanci pro její povzbuzující, euforizující, stimulující nebo také tlumivý a halucinogenní účinek. Touha získat drogu všemi prostředky a konzumovat ji, je tak silná, že konzument má sotva šanci jí odolat. Psychická závislost vzniká určitým druhem „návykové paměti“, která se vícenásobným použitím vytváří v mozku a funguje právě tak, jako kdybychom se učili nazpaměť básničku. Přání zažít znovu a znovu opojení svádí k častějšímu užívání, a nakonec vede k psychické závislosti. Tlak k pravidelnému užívání se označuje také jako psychická žádostivost - „craving“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 21-22).

1.6. Fyzická závislost

Se definuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický craving (Jeřábek, 2008, s.55).

Göhlert, Kühn (2001, s. 22-24) uvádějí, že při absolutní nebo relativní abstinenci, dochází k mučivým abstinenčním jevům. Tělesné abstinenční příznaky mohou mít mnoho klinických znaků. Dále uvádějí, že tělesnou závislost lze přiměřenou lékařskou péčí překonat v poměrně krátké době (během dvou až čtyř týdnů), zatímco psychická závislost v pojetí klinické psychiatrie přetrvává celý život. Člověk však rozhodně nemusí hned rezignovat, neboť terapií může své naučené zkušenosti změnit a žít tak „čistý“.

2. NÁVYKOVÉ LÁTKY

V předchozí kapitole jsem se zabývala základními pojmy v oblasti závislosti, aby bylo celé téma drogové problematiky ještě více komplexní, tak v následující kapitole vymezím pojem droga neboli návyková látka. V kapitole budou tedy vymezeny jednotlivé definice od několika vybraných autorů. Dále se zde budu zabývat historií návykových látek, která také přispěje k lepší orientaci ve zvoleném tématu.

2.1. Definice pojmu návyková látka

Matoušek (2016, s. 111) popisuje návykovou látku jako látku, která působí na psychiku a tělo jedinců a vyvolává u nich závislost. Může jít o alkohol, léky, potraviny, látky připravené jen proto, aby byly užívány jako drogy aj. Rychlost a síla vzniku závislosti závisí na typu drogy a na individuální vnímání jedince vůči droze. Matoušek (2016, s. 53) dále ve své monografii uvádí že, droga je termín s mnoha významy, z nichž nejobecnější je lék. V dalším významu znamená psychoaktivní látku, a to takovou, která je dostupná bez lékařského předpisu (alkohol, tabák, kofein).

Zejména v posledním desetiletí slovo „droga“ (a „závislost“) prodělává mohutnou inflaci a je používáno jako synonymum pro jakékoliv silné zaujetí jak v kladném smyslu (zaujetí milovanou osobou, koníčkem, sportem) tak v pejorativním smyslu („moc jako droga, sex jako droga“ atd.) (Zábranský, 2003, s. 14).

Dále si můžeme uvést definici od Ganeri (2001, s.134), který potvrzuje tvrzení již výše zmíněné definice od Matouška, o změně tělesných a psychických funkcí uvádí totiž, že droga je: „*jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí.*“ Ganeri (2001, s. 5-6) také uvádí, že droga je obvykle popisována jako chemická látka, která

působí na vaše tělo a může změnit vaši náladu, vaše chování, co vidíte, co slyšíte, a jak a co cítíte. Drogy mají všechny možné barvy a skrývají mnoho věcí a překvapení.

Jako poslední si můžeme uvést definici od Zábranského (2003, s. 14) který, definuje drogy jako, ilegální, nezákonné, státem nepodporované omamné nebo psychotropní látky.

2.2. Historie pojmu droga

Pojem „droga“ se historicky vyvíjel. Původně toto slovo, pocházející z francouzštiny, znamenalo „sušené nebo jinak konzervované orgány rostlin, živočichů, sloužící jako léčiva; léčivo obecně“ a např. v angličtině si tento význam slovo „drug“ podrželo i v běžné řeči dodnes (Zábranský, 2003, s. 14).

V novodobé historii šíření a zneužívání drog, tj. v 19. 20. století, se rozlišují tři období. Asi do r. 1960 se drogy pokládaly za odborný problém, kterým se zabývala poměrně úzká skupina vysoce kvalifikovaných specialistů – kriminalistů na straně potírání trestné činnosti, lékařů – psychiatrů na straně léčení závislostí. V letech 1960–1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích problémem společenským, který se dotýká mnoha sociálních vrstev a skupin, a stejně tak mnoha profesí. Od r. 1990 již mezinárodní společenství (v Globálním akčním plánu VS OSN z r. 1991) charakterizuje problém drog jako problém globální. Drogy jako globální problém s námi přešly práh 21. století. Je zjevné, že tento fenomén nezmizí zavíráním očí, zbožným přáním ani politickou vůlí. Je třeba se s ním naučit žít, sledovat jej a dělat, co je možné a efektivní (Kalina, 2003, s. 15-21).

3. DĚLENÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

V předchozí kapitole jsem uvedla vybrané definice autorů, kteří vymezují pojem droga a přiblížila jsem historii pojmu droga.

V následující kapitole se budu zabývat rozdělením a specifiky alkoholu a jednotlivých psychoaktivních látek.

V literatuře můžeme najít mnoho různých rozdělení od nejrůznějších autorů. Například Zábranský (2003, s. 14) rozlišuje psychotropní látky podle vzniku (přírodní, semisyntetické a syntetické), podle typu působení a chemického složení (tlumivé látky, stimulancia, halucinogeny) a podle stupně společenské nebezpečnosti (podle závažnosti společenských následků).

3.1. Alkohol

Některé látky jsou ve společnosti legální, jejich užívání je relativně obvyklé, a pokud nepřekročí určitou mez, jsou společensky přijatelné, např. alkohol, nikotin nebo kofein. V české republice je tolerance k alkoholu poměrně „značná“ (Orlíková, In Kolektiv autorů SANANIM, 2007, s. 15).

Úřad vlády České republiky (2020, s. 5) uvádí že, alkohol pilo v r. 2019 podle studie NAUTA denně nebo téměř denně celkem 8,5 % populace (12,7 % mužů a 4,6 % žen). V posledních letech prevalence denní konzumace alkoholu i častého pití nadměrných dávek alkoholu roste, a to jak u mužů, tak u žen.

Alkohol vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto z jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů bývá označována jako „alkoholismus“. Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje pacienta kromě oblasti zdravotní postupně též v dalších důležitých oblastech jeho života. Na rozdíl od závislostí na některých jiných návykových látkách, při kterých existuje možnost substituční léčby, u závislosti na alkoholu není možno dosáhnout kontrolovaného užívání (pití) (Popov, 2003, s. 151-153).

3.2. Látky se stimulačním účinkem

Stimulační látky (psychostimulační) jsou látky s budivým účinkem. Užívají se k odstranění únavy a k všeobecnému povzbuzení. Ve vyšších dávkách však způsobují silné vzrušení, třes, nespavost, a křeče. Jedním z negativních účinků může být i vyvolání arytmií srdce, která může vést až k úmrtí. Mezi tyto látky, které jsou zneužívány toxikomany, patří především amfetamin, metamfetamin a jeho deriváty a kokain. V dřívější době byl užíván např. i fenmetrazin (Borník, 2001, s. 10).

3.3. Opiáty

Jsou to látky původně získané z opia. V medicíně jsou tradičně používány pro tlumení silných bolestí a tišení kašle. K nejznámějším a nejčastěji zneužívaným látkám této skupiny patří opium, morfin, lék Dolsin a Kodein. Dříve byl užíván BRAUN, který se vyráběl z kodeinu a později byl nahrazen heroinem. Heroin byl původně užíván jako méně rizikový ohledně vzniku závislosti. Využíval se jako náhražka morfinu, později se ale přišlo na to, že má závažnější návyk než morfin a byl zakázán (Borník, 2001, s. 7-9).

3.4. Tabák

Králíková (2003, s. 205-206) uvádí že, tabák je dnes rozšířen po celé planetě. Jedinou návykovou látkou v tabákovém kouři nebo v tabáku je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Dále uvádí, že kouření je především naučené chování a že závislost na nikotinu vzniká zmnožením receptorů, citlivých na nikotin, v mozku.

Trendy v posledních 7 letech naznačují mírný pokles výskytu současného i denního kuřáctví v dospělé populaci. Současní kuřáci (denní i příležitostní) vykouřili nejčastěji 10-14 cigaret denně, a to jak komerčně vyráběných, tak ručně balených (Úřad vlády České republiky, 2020, s. 5).

3.5. Halucinogeny

Miovský (2003, s. 169) uvádí, že halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Především díky jejich neobvyklým vlastnostem a účinkům na psychiku člověka ale i kvůli jejich nevyzpytatelnosti a tajemnosti.

Halucinogeny dělíme na a přírodní a syntetické. Jejich užívání způsobuje kvalitativní změnu vědomí. Po požití dochází k výrazným změnám psychiky. Mohou se dostavit příjemné prožitky, ale i hrůzné vjemy, které mají takovou intenzitu a důvěryhodnost, že se intoxikovaný snaží uniknout bez ohledu na možné zranění nebo smrt. Rizikem halucinogenů je nevypočitatelnost jejich efektu. Mezi halucinogeny řadíme například LSD, psylocybin, atropin, skopolamin, THC, meskalin apod. (Borník, 2001, s. 5).

4. ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY

V předchozí kapitole jsem se zabývala dělením jednotlivých návykových látek a jejich typickými charakteristikami či zvláštnostmi.

V následující kapitole budu hovořit o adiktologických službách, které souvisí jak později v textu zjistíme s poskytováním služeb klientům s drogovou a alkoholovou závislostí. V první řadě bude vysvětlený samotný pojem adiktologie a následně se budu zabývat adiktologickými službami. V této kapitole se také budu zabývat supervizí v adiktologických službách, protože jak se také později v textu dozvíme supervize je pro sociální práci a sociální pracovníky důležitým prvkem, který jim může například umožnit řešit různá dilemata se kterými se při klientské práci setkávají.

4.1. Adiktologie

Pojem adiktologie se v naší odborné veřejnosti šíří od počátku tohoto desetiletí a je stále více přijímán. Adiktologii chápeme jako multidisciplinární obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem potenciálně závislého chování, jejich dopadů na jedince a na společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových forem chování strádají (Kalina, 2008, s. 11).

V rámci tohoto oboru svoji profesi vykonávají adiktologové, lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychoterapeuti, psychologové, pedagogové a další odborníci. Všechny tyto profese poskytují odbornou péči v rámci primární, sekundární a terciální prevence závislostí. Od pracovníků se požaduje, aby používali svou odbornost s vážností vůči důstojnosti a sebeúctě jednotlivce a v nejlepším zájmu pacientů/klientů (Richterová Těmínová, Kalina, 2015, s. 604).

4.2. Adiktologické služby

Služby pro uživatele drog u nás začaly ve větším rozsahu vznikat po roce 1990, kdy se změnil režim a republika se více otevřela světu. Většina z těchto služeb nicméně vznikla až v druhé polovině 90. let 20. stol. Transformace společnosti, zdravotní a sociální péče, mezery v existujících službách a vládní drogová politika umožnily, aby na „scénu“ vstoupili představitelé nemedicínských profesí, převážně z nově vznikajícího nestátního sektoru. Nestátní organizace výrazně rozšířily spektrum stávajících tzv. adiktologických služeb a zavedly řadu alternativních programů (Broža, 2009, s.11).

Síť adiktologických služeb poskytuje intervence v rámci širokého spektra problémů spojených s užíváním návykových látek a dalším závislostním chováním. Síť služeb tvoří různé typy zařízení a programy, které vycházejí z různých oborů, legislativních a resortních rámců a jejich kombinací (sociální,

zdravotní, výchovně-pedagogické). Síť obsahuje pestrou paletu typů organizací s různou právní subjektivitou (příspěvkové, neziskové, privátní atd.) (Úřad vlády České republiky, 2021, s.1).

Aktuálně je v ČR téměř 300 programů různých typů poskytujících adiktologické služby. Síť adiktologických služeb je stále hodnocena jako nedostatečná – nerovnoměrné rozložení některých typů specializovaných adiktologických služeb (např. ambulantní léčby, substitučních center a péče klienty s duální diagnózou) (Úřad vlády České republiky, 2020, s. 2).

Vondráčková (2015, s. 303) považuje adiktologické klienty za komplikovanou skupinu, kvůli časté komorbiditě s poruchami osobnosti, především hraničního a narcistického typu, které se mimo jiné projevují konfliktním chováním vůči profesionálům, častými relapsy a poměrně špatnými léčebnými výsledky .

4.3. Supervize v adiktologických službách

Vymezit jednoduše a jednoznačně pojem supervize se jeví jako nesnadná záležitost. Je to pravděpodobně dáno již použitým termínem „supervize“, který vznikl dříve než realizace pomoci, podpory jednotlivců či týmů při práci s klienty a má mnoho významů (Broža, 2009, s. 13).

Matoušek (2016, s. 218) definuje supervizi jako, kvalifikovaný dohled nad průběhem programu nebo projektu zaměřený na kvalitu činnosti pracovníků (profesionálů či dobrovolníků).

Supervize je v adiktologických službách povinným nástrojem profesionalizace již řadu let a za tu dobu se ji převážná většina zařízení naučila hodnotně využívat. K tomu si vybírá svého supervizora s ohledem na jeho vzdělání, praktické zkušenosti i osobnostní předpoklady, které jsou vzhledem k potřebě zajistit bezpečné prostředí významné (Broža, 2009, s.15).

V některých státech a pro některé akreditační organizace není supervizor jen nutnou součástí procesu, ale akceptováni jsou pouze supervizoři specifického typu. V některých státech například existuje pro supervizoři specifická adiktologické akreditace (Millerová, 2011, s. 405).

„Sociální práce jako profese uplatňuje svůj vliv na supervizi zejména hodnotami, které určují pro supervizora a supervidovaného určité techniky, metody a postupy, a zároveň zpřístupňují řešení lidských problémů“ (Mátel, Schavel, 2019, s. 30).

Podle toho, s kým je supervize prováděna rozlišujeme supervizi s jednotlivcem neboli individuální, s týmem neboli týmová a s různými formami skupin neboli skupinová supervize. Podle zaměření potom rozlišujeme supervizi na případy neboli případovou, na profesionální podporu a růst pracovníků neboli poradenskou, rozvojovou či podpůrnou, příp. na supervizi manažera a na celkový chod programu, projektu či organizace neboli programová, projektová či supervize organizace (Mátel, Schavel, 2019, s. 11).

Nejčastější podobou supervize bývá tzv. supervize případová. Odborník popisuje klienta, situaci, část práce s klientem nebo kontext, ve kterém se práce odehrává, vymezuje oblast, která je pro něj složitější, problémová a definuje své potřeby (zakázku, kontrakt...). Případová supervize je téměř vždy náplní individuální supervize a je součástí i supervize ve skupině. V tom případě hovoříme o případové supervizi ve skupině. Supervizoři jsou občas žádáni o tzv. supervizi řízení, která je také nazývána manažerská supervize. Podobně jako i supervize případové nebo týmové má za úkol zvýšit kompetenci vedoucích pracovníků. Cíle supervize jsou velice rozmanité a vždy záleží na dohodě mezi supervizorem a supervidovaným, na kterém z nich se dohodnou (Broža, 2015, s. 628-629).

„Pracovníci mají být podporováni v tom, aby upozorňovali na etická dilemata a jejich rizika vhodným způsobem své vedoucí a předkládali je v supervizi“ (Richterová Těmínová, Kalina, 2015, s. 606).

5. AMBULANTNÍ SLUŽBY PRO KLIENTY S DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ

V předcházející kapitole byla uvedena definice pojmu adiktologie. Dále bylo vymezeno pro jaké klienty jsou adiktologické služby určeny. Bylo uvedeno zastoupení a účel adiktologických služeb v ČR. A následně se kapitola zabývala supervizí v adiktologických službách, která jak jsme se z výše uvedeného textu dozvěděli je pro práci v adiktologických službách nepostradatelná.

V následující kapitole se budu zabývat konkrétními ambulantními službami, které jsou určeny pro klienty s drogovou závislostí.

V současné době je v České republice vybudovaný poměrně ucelený systém péče, který zahrnuje síť poradenských, léčebných a sociálních služeb pro uživatele návykových látek (Richterová Těmínová, 2008, s. 369).

5.1. Ambulantní služby

Zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.) uvádí že, ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování (2006, § 33, odstavec 3).

(Richterová Těmínová, 2008, s. 376-379) uvádí, že ambulantní léčba je prováděna v zařízeních zdravotnického či nezdravotnického charakteru. Richterová Těmínová jednotlivé typy zařízení rozděluje na ordinace, které se jsou zaměřené na léčbu alkoholových i nealkoholových drog, specializovaná ambulantní zařízení, které řeší léčbu závislostí nealkoholových drog a

v neposlední řadě se jedná o psychiatrické ambulance a psychologické poradny. V ambulantních zdravotnických zařízeních probíhá například substituční léčba, jejímž hlavním cílem je nahrazení ilegálně získaných návykových látek za lék, který má dlouhodobější účinek a aplikuje se perorálně. Richterová Těmínová také uvádí složení týmu v nezdravotnickém zařízení, mezi členy týmu řadí psychology, speciálními pedagogy a sociálními pracovníky. Ti jsou pro práci této bakalářské práce stěžejní. Do ambulantních zařízení pravidelně přichází pacient či klient na předem nekontrahovanou službu. Výhodou ambulantní léčby je především to, že klient nemusí opouštět své podpůrné sociální prostředí, což znamená že nemusí přerušovat školu ani práci a díky ambulantní léčbě v něm může setrvat.

Cílovou skupinu tvoří zejména problémoví uživatelé návykových látek, kteří jsou „motivováni“ k léčbě a jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci ale zároveň i klienti nemotivovaní, kteří experimentují nebo mají nařízenou soudní léčbu (Richterová Těmínová, 2008, s. 378).

Proto aby se mohla ambulantní léčba stát úspěšnou je zapotřebí sociální stabilita klienta, podpora nejbližšího okolí klienta a v neposlední řadě je to také aktivní zapojení rodiny do léčebného procesu. Což potvrzuje i Čtrnáctá (2015, s. 500), která uvádí že, léčba v ambulantních podmínkách klade vysoké nároky na léčícího se klienta i na jeho rodinu protože v průběhu léčby má klient začít abstinovat od drog i alkoholu v prostředí, ve kterém do nynější doby návykové látky užíval.

„Základním cílem ambulantní léčby je změna životního stylu klienta, jejíž součástí je abstinence od návykových látek “ (Richterová Těmínová, 2008, s. 378).

5.2. Denní stacionáře

Richterová Těmínová (2008, s. 379-380) uvádí že, denní stacionář je ambulantní zařízení s intenzivním denním strukturovaným programem. Klienti do zařízení docházejí denně ve všední dny a to minimálně na 6 hodin o víkendech tráví čas ve svém přirozeném prostředí. Denní stacionáře jsou určeny zejména pro klienty, kteří se nacházejí v různých fázích rozvoje závislosti. Tito klienti mají většinou stabilní zázemí a uvažují o změně svého životního stylu, což jak také Richterová Těmínová uvádí je jedním z cílů léčby, součástí je také abstinence od původní drogy, tak od drog spouštějících. Jedná se například o uživatele závislých na opioidech, stimulanciích, alkoholu může jednat také o uživatele, kteří s drogami experimentují či dlouhodobé uživatele THC, dále o klienty s duální diagnózou, matky – uživatelky apod. Sociální práce v denních stacionářích spočívá především ve stabilizaci sociálních podmínek, bydlení, zaměstnání, vyřizování dluhů, řešení trestněprávních záležitostí.

Denní stacionář je typickým zařízením mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní Podstatou intenzivní denní péče je strukturovaný program, jehož principy převzala denní centra pro závislé nejen z terapeutických komunit, ale i z denních center pro duševně nemocné (Kalina, 2003, s. 179).

5.3. Doléčovací programy

„Základním cílem následné péče je udržet změny v životním stylu a v chování v období po ukončení léčby, kdy je klient ve svém běžném prostředí, bez ochranných křídel léčebné instituce“ (Richterová Těmínová, 2008, s. 383).

Jde především o udržení změny jejich chování a životního stylu, který získali během léčby a abstinence. Řadíme se především osoby závislé, které již absolvovali léčebný proces anebo abstinují. Sociální práce v doléčovacích programech se snaží především o sociální stabilizaci klienta což znamená řešení

dluhů, trestně právních záležitostí, zaměstnání, bydlení atd. (Richterová Těmínová, 2008, s.382-383).

Kuda (2003, s. 209) uvádí že, sociální práce má v doléčovacích programech nezastupitelnou roli především při na stabilizaci životního stylu závislého. U klientů v doléčovacích programech se často setkáváme s různými sociálně právními problémy Mezi hlavní může například zařadit dluhy u zdravotní pojišťovny, sociální dávky, základní vojenská služba, trestní stíhání, trestní rejstřík, atd. Sociální práce byla v minulosti v následné péči, doléčovacích programech brána jako nepotřebná avšak se ukázalo, že kvalitní sociální pracovník je v týmu následné péče velice podstatný člen.

5.4. Kontaktní centra

Zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.) uvádí že, kontaktní centra jsou nízkoprahová 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 (2006, § 59, odstavec 1).

6. SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY S DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ

Předchozí kapitola se zabývala především ambulantními službami jako takovými následně byli uvedeny jednotlivá zařízení, která jsou zaměřena na pomoc lidem, kteří se potýkají se závislostmi.

V následující kapitole budu hovořit o sociální práci s klienty s drogovou závislostí. Kapitola pojednává především o specifikách práce s danou klientelou. V kapitole bude také definován pojem sociální práce a sociální pracovník, protože se úzce vztahují k celému tématu bakalářské práce.

„Sociální práce se během 20.století stala společenskovědní disciplínou i oblastí praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“ (Matoušek, 2001, s. 10).

Sociální pracovník by měl být schopen diagnostikovat, osvětlit, zmírnit nebo vyřešit konkrétní potřeby konkrétního člověka či sociálního celku a to vše v souladu se sociálním prostředím. (Šrajer, 2012, s. 82).

Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a činnosti sociální práce nalezneme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Janebová, 2021, s. 78).

6.1. Sociální práce s drogově závislými klienty

Práci s uživateli drog se věnují profesionálové s kvalifikací v různých pomáhajících profesích (kromě sociálních pracovníků např. psychologové, psychiatři, speciální pedagogové). Cílovou skupinou pro sociální pracovníky pracující v oblasti drogových závislostí mohou být klienti užívající drogy jakýmkoliv způsobem (Müllerová, Matoušek & Vondrášková, 2010, s. 211–212).

Matoušek (2013, s. 380–382) za klíčový znak závislosti na alkoholu považujeme zhoršené sebeovládání ve vztahu jedince s alkoholem. Důležitá je zde úloha sociálního pracovníka a to jak při diagnostice tak léčbě. Klient který je závislý na alkoholu mívá velké množství životních problémů, které mu právě léčebné zařízení pomáhá zvládat. Ne vždy však bývá klient ochotný se léčbě podrobit. Za klíčový znak u závislostí na nealkoholových drogách Matoušek uvádí zhoršené sebeovládání ve vztahu s psychoaktivní látkou. Tento znak vede k tomu, že u jedince dochází k poklesu jiných zájmu kvůli užívané látce, kterou užívá i v přítomnosti nepříznivých důsledků dané látky. I zde je velice podstatná úloha sociálního pracovníka, stejně jako u alkoholové závislosti.

Velice pěkně celé téma ohledně práce sociálních pracovníků s drogově závislými klienty shrnuje (Nečasová, 2002, s. 181-186), která uvádí že, práce sociálního pracovníka není jednoduchá, protože má odpovědnost jak k systému tak vůči klientovi. Často se musí rozhodovat pod tlakem, v dilematické situaci, bez znalosti precedentů, které by mu rozhodnutí ulehčily. Proto je zde důležité co nejvíce poznat danou situaci klienta což také potvrzuje Musil (2004, s. 13) který uvádí že: „sociální pracovníci se zabývají životními situacemi lidí a jimi poskytované služby bývají zpravidla tím lepší, čím více se jim daří vidět situaci klienta v jejím celku.“ Nečasová dále zdůrazňuje vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem, který je ovlivněn vlastními, profesními i společenskými hodnotami. Sociální pracovník je prostředníkem mezi jednotlivcem a společností. Má klientovi pomáhat a poskytovat podporu, aby se dokázal začlenit do společnosti. Což potvrzují i Müllerová, Matoušek & Vondrášková (2010, s. 214) kteří uvádějí že: „v práci s uživateli drog je nezbytné se zaměřit na jednotlivce i na systémové souvislosti jeho situace, tedy věnovat pozornost vedle zjevných problémů i širším sociálním vazbám.“

Způsob, jakým sociální pracovník tuto úlohu naplňuje, se odvíjí od hodnot a norem, které se mohou v měnit se v průběhu historie a které jsou momentálně zdůrazňovány. V sociální práci jsou hodnoty důležité zejména proto, protože určují povahu sociální práce, vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, kolegy i širší společnosti. A co považují za podstatné je především tvrzení Nečasové kdy uvádí že, hodnoty ovlivňují, jakou metodu práce sociální pracovník použije což dále ovlivňuje řešení etických dilemat.

Od sociálních pracovníků tedy očekáváme, že klientovy pomohou zvládat nejrůznější překážky (Musil, 2004, s. 15).

7. DILEMATA V SOCIÁLNÍ PRÁCI S KLIENTY S DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ

V předchozí kapitole byli vymezeny základní pojmy jako je sociální práce, sociální pracovník atd., které úzce souvisejí s tématem této práce. Kapitola také podrobně popisuje sociální práci s uživateli drog, zabývá se specifika práce s touto klientelou.

V následující a zároveň poslední kapitole teoretické části bakalářské práce se budu zabývat dilematy, se kterými se sociální pracovníci potýkají ve své profesi. V kapitole se budeme zabývat pojmy jako je etika, morálka, hodnoty, etický problém, které se vztahují k etickým dilematům, která jsou pro kontext této práce neméně důležité. A v neposlední řadě se zaměřím na etické kodexy sociálních pracovníků.

7.1. Etika, morálka, hodnoty

Goldmann a Cichá (2004, s. 45) ve své publikaci uvádějí že, etika v sociální práci jde velice těžce vysvětlit kodexem a to z důvodu složitého vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. Složitost vztahu je podle nich dána především tím, že sociální pracovník na jedné straně vystupuje jako představitel státu a je tak povinen se řídit zákony a předpisy a na straně druhé ve vztahu ke klientovi má reprezentovat jakousi „normalitu“. Dále vystupuje jako „obhájce klienta“ a má tak prosazovat jeho nároky a zájmy. V neposlední řadě vystupuje jako arbitr ohledně občanských práv klienta.

Šrajer (Šrajer, 2012, s. 82) považuje etiku jako ústřední vědu pro sociální práci. V souvislosti s etikou se nejčastěji zmiňuje například etický kodex či etické dilema.

Fischer (2008, s. 19), uvádí že, sociální pracovník musí vzájemně propojovat principy a hodnoty, na kterých je sociální práce postavena s konkrétními případy klientů. Jinými slovy říká, že: *„smyslem etiky v sociální práci je však především sociálnímu pracovníkovi umožnit, aby příslušné principy a hodnoty rozeznal a dovedl s nimi pracovat v příslušném kontextu“*.

Etika neboli nauka o mravnosti, původu a podstatě morálního vědomí a jednání, dále zahrnuje soustavu mravních zásad, mravouku, nauku o správném jednání a praktickou filozofii. Úkolem etiky je zejména nalézat pro člověka platná kritéria podle kterých bude moct odlišit co je a není mravné. Umožňuje stanovit nejvyšší hodnotu, ke které by mělo jednání směřovat (Goldmann, Cichá, 2004, s. 7).

Matoušek (2016, s. 55-56) charakterizuje etiku sociální práce jako, soubor mravních zásad, které by měl pracovník v sociálních službách dodržovat.

Další pojmem, který představím je morálka. Morálku vnímáme jako soubor norem chování a jednání, které jsou dány např. podání ruky při pozdravu. Morálka filozoficky znamená sféru lidského chování a jednání, posuzovanou z hlediska etických hodnot (Goldmann, Cichá, 2004, s. 5-10)

Jako poslední pojem, který se pojí k tématu celé práce je hodnota. *„Hodnotu ve filozofii chápeme jako určitou vlastnost jevů, dějů a činů v sociální sféře, která určuje jejich pozitivní nebo negativní význam pro člověka či společnosti ”*. Hodnotu z hlediska etického posuzujeme hodnocením (Goldmann, Cichá, 2004, s. 8).

„Popis hodnoty, která je přítomna v konkrétním životním problému nebo dilematu, snaha o její přesnější vyjádření a o zdůvodnění její role vede k docenění důležitých charakteristik, které jsou spojeny s hodnotou” (Fischer, 2008, s. 60).

7.2. Etický problém, etické dilema

Etické dilema v sociální práci je „volbou“ mezi dvěma stejně nežádoucími alternativami a jako takové představuje každou situaci ,kdy je sociální pracovník konfrontován s tím, co může udělat z právního nebo administrativního (technického) hlediska, ale současně s tím, co by měl dělat z hlediska etického (Bandit, 2015, s. 19).

Nečasová (2020, s.44) uvádí rozdíl mezi etickým dilematem, které označuje jako situaci ve které se rozhodujeme jaké jednání je správné a jaké ne a mezi etickým problémem, který popisuje jako situaci kdy pracovník ví, jak se má rozhodnout ale rozhodnutí se mu z nějakého důvodu přičí.

Musil (2004, s. 35-36): *„Je třeba sladovat kolektivní s osobním, převládající s menšinovým a nadřazené s podřízeným. Je nutné vyrovnat se s nejednoznačností nebo respektovat nežádoucí či protichůdné.“* Výše vyjmenované právě Musil označuje, jako to co sociální pracovníky staví před jednotlivá dilemata. Jednotlivá dilemata se pracovníci snaží zvládat tak, že opakovaně hledají a předávají si pracovní postupy, které považují za přijatelné. Musil dále vysvětluje v čem přijatelnost spočívá. *„Přijatelné proto, že jsou slučitelné s jejich osobními preferencemi, umožňují jim s určitou dávkou rutiny zvládat dané pracovní podmínky a očekávat přitom, že to přinese uznání ostatních.“* Pravidla jednání vlastně vytvářejí podobu přijatelných postupů a do nich vtělené ideologické preference, které následně utvářejí v jednotlivých organizacích jejich specifickou „kulturu přístupu ke klientům“. *„Tu můžeme chápat jako soustavu kolektivně uznávaných, individuálně přijatelných a ustálených způsobů řešení dilemat, se kterými se pracovníci setkávají při práci s klienty“* (Musil, 2004, s. 35-36).

Musil (2004, s. 38-39) rozlišuje zjevná a latentní dilemata. *„Před „zjevným dilematem“ stojí pracovníci, které jejich pracovní podmínky nutí, aby bezprostředně volili mezi dvěma, z jejich hlediska neslučitelnými možnostmi. Zjevné dilema může být důsledkem konfliktu s okolím, což znamená že dilema nastolí ten, kdo podle pravidel má moc rozhodovat a po sociálním pracovníkovi tak požaduje těžko přijatelný postup. Dále může vznikat jako boj motivů, ten spočívá v tom, že pracovníkům nikdo neurčuje jaký postup mají zvolit, oni sami však stojí před rozhodnutím dvou možnostmi, které jsou pro ně přijatelné ale nejdou uskutečnit současně.“*

Musil (2004, s. 47–147) rozlišuje všední dilemata, se kterými se sociální pracovníci mohou setkat. Některá dilemata, která ve své knize uvádí jsem vytyčila a ráda bych je zde uvedla.

1. Komplexní nebo zjednodušené cíle

Jako první dilema které Musil rozlišuje je dilema mezi komplexností a zjednodušováním cílů práce s klientem. Toto dilema vyplývá především z nejasnosti cílů služeb sociální práce. Což je způsobené především tím, že i jednoduché cíle sociální práce nemohou být jednoznačné a jasné. Dále uvádí, že cíle si mohou konkurovat.

2. Množství klientů, nebo kvalita služeb

Musil uvádí, že při zvýšeném množství klientů dochází k tomu, že sociální pracovník má omezené množství času, energie, pozornosti, které by mohl věnovat jednotlivým klientům. A zároveň to také ovlivňuje kulturu práce s klientem, kdy si pracovníci v podstatě na velké množství a přetíženost zvyknou.

3. Jednostrannost, nebo symetrie ve vztahu s klientem

Zde se jedná především o situaci, kdy se pracovníci sociálních služeb potýkají s tím zdali mají klienty usměrňovat podle svých představ nebo je respektovat jako partnery. V tomto případě se jedná o dilema, kde dochází ke střetu, kdy na jedné straně může stát kontrola, autorita nebo se může jednat o střed kde na jedné straně stojí monolog a na druhé dialog. V případě kontroly, autority nebo monologu dochází k tomu že pracovník ovlivňuje své klienty, jedná se tedy a jednostranný vztah. V případě dialogu se jedná symetrický vztah mezi klientem a pracovníkem.

4. Procedurální, nebo situační přístup

V rámci „procedurálního“ přístupu chápe řadový pracovník problém klienta jako impuls, na který je třeba reagovat předem daným způsobem” (Musil, 2004, s. 112). Jedná se tedy o to, že pracovníci, kteří uplatňují procedurální přístup očekávají, že klient přichází s očekávaným a jasným požadavkem.

„Situční“ přístup vede pracovníka k tomu, aby problém klienta posoudil jako součást jeho životní situace a na základě takto získaných poznatků sám navrhl vhodné řešení“ (Musil, 2004, s. 112). Sociální pracovníci řeší problém klienta, tak že zahrnují do přístupu i další složky klientova života.

5. Materiální, nebo nemateriální pomoc

Materiální pomoc si klade méně ambiciózní cíle, což znamená, že klientovi poskytuje momentální péči a uspokojení jeho aktuálních potřeb. Zatímco nemateriální pomoc má dlouhodobější charakter. Snaží se o to, aby byl klient schopný zvládat či zlepšovat své životní situace vlastními silami.

6. Zasáhnout či nezasáhnout

Toto dilema se v sociální práci objevuje velice často. Dozvídáme se o něm však jen tehdy, pokud se sociální pracovník dostává před soud či kárnou komisi. V některých organizacích, neoprávněný zásah vyvolává vzrušenou reakci, zatímco zanedbání zásahu, které by byl na místě si nikdo nevšimne.

7.3. Etický kodex

V roce 1976 byl vypracován první kodex. K definitivní úpravě však došlo až v roce 1992 na světové konferenci o sociální práci. Bylo zde uvedeno devět zásad, kterými jsou nezávislost, osvobození od represe a podřadných životních podmínek, protidiskriminační přístup, demokracie a lidská práva, spoluúčast klientů, ochrana integrity klientů, sebeurčení, odpor proti násilí, osobní odpovědnost (Goldmann, Cichá, 2004, s. 45-46).

Jankovský (2018, s. 181) ve svém díle uvádí že, po společensko-politických změnách spojené s listopadem 1989 si mnohé profese začali vytvářet svá pravidla profesního jednání. Profesní etické kodexy sledují profesní cíle, kterých by mělo být dosaženo pomocí přijatelných etických principů. Profesní etický kodex působí především jako regulátor chování pracovníka. Důležité je zmínit, že neexistuje

univerzální profesní etický kodex, protože každé povolání je nějakým způsobem specifické, a proto se od sebe kodexy mohou lišit.

Matoušek (2013, s. 156–157) uvádí: „*Etické kodexy je možné chápat jako prostředek komunikace profesní skupiny vůči společnosti.*“ Dále vymezuje co etické kodexy sociální práce obsahují jedná se o obecné principy a hodnoty, které vycházejí z mravního vědění daného oboru, postupy k řešení eticky problematických situací, dále uvádějí přínosy dané profese pro společnost.

Hubíková, Havlíková, Trbola (2021, s. 9) doplňují, že etické kodexy sociálních pracovníků slouží, jako určitá opora pro jejich práci.

Etické kodexy obecně mají vymezovat hodnoty, principy a zásady chování a jednání osob v určitém profesním či institucionálním kontextu (Janebová, 2015, s. 7).

EMPIRICKÁ ČÁST

8. METODOLOGIE VÝZKUMU

V empirické části práce nejprve představím její cíl. Následně se budu zabývat stěžejní výzkumnou otázkou a otázkami dílčími. Poté bude uvedena výzkumná strategie a výzkumný design práce. Dále bude představena využitá technika sběru dat. A v neposlední řadě se zaměřím na výzkumný vzorek a samotný průběh sběru dat. V závěru práce se budu zabývat limity výzkumu, analýzou získaných dat a konkrétními výsledky výzkumu.

8.1. Výzkumný cíl práce

Hlavním cílem této práce je zjistit, s jakými nejčastějšími dilematy se potýkají sociální pracovníci při poskytování ambulantní péče klientům s drogovou závislostí. Jak již vyplynulo z teoretické části, sociální pracovníci při své práci často narážejí na nejrůznější formy dilemat, a je proto důležitá dilemata stále objevovat, řešit a sdílet mezi sociálními pracovníky.

8.2. Výzkumné otázky

„Způsob, jakým si badatel klade výzkumnou otázku, je velmi důležitý, protože do značné míry určuje volbu výzkumné metody“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 23).

Strauss, Corbinová (1999, s. 24–25) považují za důležitý aspekt výzkumné otázky vymezení hranic. Určení výzkumné otázky pak vede k prozkoumání určité situace, místa konání událostí, dokumentů, aktérů nebo zpovídaných informátorů. Stanovení otázky badateli umožňuje začít s výzkumem a udržet zaměření na jeho předmět.

Hlavní výzkumnou otázku jsem tedy vytvářela a sestavila tak, abych došla ke stanovenému cíli práce. Dále jsem také formulovala dílčí výzkumné otázky, které napomohly k naplnění cíle bakalářské práce.

Hlavní výzkumná otázka:

S jakými nejčastějšími dilematy se potýkají sociální pracovníci při poskytování ambulantní péče klientům s drogovou závislostí?

Dílčí výzkumné otázky:

1. S jakými dilematy se potýkají sociální pracovníci v začátcích, v průběhu a při ukončování spolupráce s klienty s drogovou závislostí?
2. S jakými dilematy se setkávají sociální pracovníci v oblasti osobní a profesní hranice?
3. Jaké nejčastější postupy využívají sociální pracovníci při řešení dilemat s klienty s drogovou závislostí?

Dílčí výzkumné otázky jsem zvolila kvůli lepší orientaci a ucelení v celém tématu práce. Jednotlivé otázky v rozhovoru jsou pak přiřazeny, k již výše stanoveným dílčím otázkám.

8.3. Výzkumná strategie

Kvalitativní výzkum

Po stanovení výzkumných otázek jsem přešla k výběru výzkumné strategie.

Hendl (2016, s. 37), objasňuje, že obecný metodologický přístup k řešení výzkumné otázky můžeme nazývat výzkumnou strategií. Jako hlavní dvě kategorie výzkumných strategií potom uvádí kvalitativní a kvantitativní výzkumné strategie. „*Kvalitativní výzkum používá indukční formy vědeckých metod, hloubkové stadium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování*“ (Hendl, 2016, s. 58).

Z důvodu charakteru zvoleného tématu práce je třeba získat hlubší data, aby mohlo dojít k naplnění stanoveného cíle. Proto jsem tedy jako výzkumnou strategii zvolila kvalitativní výzkum, který, jak je již výše uvedeno, umožňuje hloubkové pojetí výzkumného problému. Strauss, Corbinová (1999, s. 11) uvádějí, že kvalitativní metodu můžeme využívat k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme, nebo naopak ještě nevíme nic. Kvalitativní metody pomáhají získat detailnější informace oproti výzkumu kvantitativnímu.

8.4. Výzkumný design

Fenomenologická analýza

„V základech fenomenologie leží přesvědčení, že filozofické poznání nespočívá v konstruování obecných principů, ale v deskripci „fenoménů“, tj. věcí samotných.“ (Hendl, 2016, s. 73).

Cílem fenomenologie v užším významu je objektivní poznání smyslu věci, tzn. uchopení jejich variant, přičemž jevy se zkoumají takové, jaké opravdu jsou a ne tak, jak na ně bylo doposud pohlíženo (Hendl, 2016, s. 73). Hendl dále uvádí tři funkce fenomenologické orientace. Jedná se o kritickou funkci, která problematizuje převládající směry a základní metodologické koncepty dané oblasti zkoumání. Dále se jedná o heuristickou funkci, dávající podněty k novým způsobům pohledu, alternativ a aspektům a převádějící tyto možnosti do praxe. Jako poslední funkci uvádí popisnou, která usiluje o hlubší pohled na důležité problémové situace z pohledu jejich subjektu.

„Fenomenologický výzkum klade důraz na porozumění, jak jedinci vnímají určitou zkušenost“ (Hendl, 2016, s. 101).

8.5. Technika pro sběr dat

Za techniku pro sběr dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, protože, jak uvádí Miovský (2006, s. 155-156), interview patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat. Z terminologického hlediska termínem interview označujeme takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.

Vedení kvalitativního rozhovoru je umění i vědou zároveň. Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu. Je třeba uvážit i délku rozhovoru. Na začátku dotazování je nutné prolomit případné psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem (Hendl, 2016, s. 170-171).

Na počátku byli všichni respondenti informováni o účelu rozhovoru a požádáni o udělení souhlasu s účastí ve výzkumu. Při samotných rozhovorech probíhala velice přátelská atmosféra. Respondenti ochotně odpovídali na všechny položené otázky. Samotné rozhovory trvaly v průměrně cca 30 minut.

Polostrukturované interview je nejrozšířenější podobou metody interview. Pomocí polostrukturovaného interview si vytváříme schéma, které je pro tazatele závazné. Schéma specifikuje okruhy otázek, na které se účastníků ptáme. U polostrukturovaného interview lze zaměřovat a upravovat pořadí otázek, abychom dosáhli maximálního zisku z interview (Miovský, 2006, s. 159).

U polostrukturovaného rozhovoru máme definované jádro interview, tj. *„minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat“*. Na toto jádro se pak nabaluje množství různých doplňujících témat a otázek, které se tazateli jeví jako smysluplné či vhodně rozšiřující původní zadání (Miovský, 2006, s. 160).

Z důvodu složitosti a délky interview lze využívat různé pomůcky. Jako je například záznamový arch nebo různé formy osnov, které tazateli pomáhají udržet strukturu a připomíná mu, co vše má ještě probrat (Miovský, 2006, s. 161).

Při svých rozhovorech jsem si jednu z osnov vytvořila, měla jsem zde napsané otázky, které respondentům chci pokládat a dále jsem si zde psala poznámky, ohledně informací, které mě při rozhovoru zaujaly.

Při rozhovoru jsem také využívala audio a video záznam, které, jak uvádí Miovský (2006, s. 197-198), patří mezi nejčastěji používané metody fixace kvalitativních dat.

Zvukový záznam fáze získávání dat představuje pro výzkumníka velkou podporu a pomoc. Zachycuje veškeré kvality mluveného slova. Videozáznam je dokonalejší formou fixace kvalitativních dat. Kromě zvuku zde máme k dispozici i obraz.

Účastníci byli dopředu upozorněni a dotázáni, zda souhlasí s audio i video záznamem rozhovoru. Žádný z respondentů neměl k nahrávání žádné námítky.

8.6. Výzkumný vzorek

Jako techniku pro získávání výzkumných vzorků, jsem se rozhodla využít metodu sněhové koule.

Metoda sněhové koule je totiž určena k získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy. Vlastní proces výběru začíná u jednoho nebo více jedinců, o nichž se ví, že splňují daná kritéria. Je s nimi provedeno interview, při němž jsou požádáni, aby „nominovali“ další osoby, které znají a které rovněž splňují příslušná kritéria, a zprostředkovali s těmito osobami kontakt. S dalšími nominovanými je poté následně provedeno interview a celý proces se pak opakuje a výběrový soubor se tak rozrůstá (Miovský, 2003, s. 19).

Na začátku jsem tedy oslovila jednu ze sociálních pracovníček č. 1, kterou osobně znám ze soukromého života, a také jsme měly možnost spolu spolupracovat v rámci mé již absolvované praxe. Sociální pracovníce už delší

dobu pracuje s klienty s nejrůznějšími typy závislostí a za dobu své praxe tak získala mnoho zkušeností a kontaktů na další kolegy a kolegyně v oboru.

Současně byla požádána ještě jedna sociální pracovnice č. 2, kterou jsem také měla možnost poznat na absolvované praxi.

Další respondenty jsem získávala díky kontaktům předchozích sociálních pracovníků. Celkově se výzkumu zúčastnilo 8 respondentů. Z čehož dva byli muži a šest žen. Věk respondentů se pohyboval na škále od 23–42 let. Byly zde tedy zastoupeny zkušenosti jak mladších, tak starších sociálních pracovníků.

Nominované respondenty jsem oslovila prostřednictvím e-mailu nebo telefonního čísla, které jsem získala od předchozích respondentů. Následně jsme si stanovili termíny rozhovoru, jež z důvodu přetrvávající situace ohledně covid-19 probíhaly on-line přes platformu Zoom.

Pro větší přehlednost jsem zpracovala tabulku č. 1, kde jsem jednotlivým sociálním pracovníkům přiřadila čísla a uvedla jejich odpracované roky.

Tabulka č. 1 – číslo sociálního pracovníka, odpracované roky

SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	ODPRACOVANÉ ROKY
Č.1	2
Č.2	3
Č.3	6
Č.4	2,5
Č.5	1,5
Č.6	5
Č.7	4
Č.8	3

8.7. Kritéria výzkumu

Při výzkumu bylo stanoveno kritérium ohledně anonymity respondentů, v rámci zachování GDPR. Jednotliví respondenti byli před začátkem informováni o účelu výzkumu a o tom, jak budou informace z rozhovorů využity, dále byli informováni o zachování anonymity.

Jako druhé kritérium jsem si stanovila minimální počet odpracovaných let (minimálně 1 rok) u sociálních pracovníků, kteří pracují s klienty s drogovou závislostí. Je totiž zapotřebí, aby sociální pracovníci již měli nějaké zkušenosti ohledně práce s klienty s drogovou závislostí.

9. ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této kapitole se zaměřím na interpretativní fenomenologickou analýzu. Bude zde uvedena nejprve charakteristika fenomenologické analýzy jako takové a následně na to navážu už konkrétně interpretativní fenomenologickou analýzou, kde uvedu i postup, který jsem při zpracování dat využila. Následně budou v kapitole uvedeny výsledky analýzy, které jsem získala na základě rozhovorů. Výsledky analýzy budou zpracovány do jednotlivých okruhů s dalšími podtématy. Závěrečná část této kapitoly bude věnována shrnutí výsledků analýzy, budou zde uvedeny i odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky.

9.1. Interpretativní fenomenologická analýza

Hendl (2016, s. 130-132) uvádí že, hlavním cílem fenomenologie je tedy popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem jedince nebo skupina jedinců, děje se tak prostřednictvím vnitřního světa jedince, do kterého se výzkumník snaží dostat, aby porozuměl danému významu jedincovo zkušenosti. Účastník je vyzván, aby sdílel svoji zkušenosti a její význam, což se uskutečňuje pomocí kvalitativního rozhovoru. Důležitou roli zde hraje i prostředí, které by

mělo vyvolávat pocit bezpečí a pohody. Výzkumník při rozhovoru používá elektronický záznam a vytváří si poznámky toho, co mu při rozhovoru přišlo důležité. Po shromáždění prvních dat se provádí analýza, která má extrahovat esenci prožité zkušenosti, tak abychom ji mohli dále komunikovat. Následuje popisná fenomenologický analýza, kde rozlišujeme uzávorkování, kde si výzkumník uvědomuje představy o fenoménu, který pak vidí jasněji. Dále je to intuice, jejímž cílem je přesné porozumění významů prožité zkušenosti jedince. A díky tomu vznikají jednotlivé kategorie a jejich témata. Přičemž využíváme obsahovou analýzu, která výzkumníkovi umožňuje zachytit obsahy účastníků, a utvářet data tak, aby sdělovaly význam zkušenosti jedince. Fenomenologický přístup volíme například tehdy, kdy chceme prozkoumat význam prožité zkušenosti jedince a porozumět mu, nebo když fenomén není dostatečně prozkoumán.

Já jsem konkrétně při analýze svých výsledků využila interpretativní fenomenologickou analýzu, kterou se zabývají například Kostíková, Čermák (2013, s. 9-22) a ti uvádějí, že v rámci interpretativní fenomenologické analýzy jde především o porozumění prožité zkušenosti člověka. Poskytuje více prostoru pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu. Dále uvádějí, že v případě interpretativní fenomenologické analýzy je důležité, aby tvorba dat zahrnovala bohatou jedincovu zkušenost a vstoupit do jeho světa, což se zároveň shoduje i s výše uvedeným tvrzením Hendla. Jako nejčastější metodou je využíván polostrukturovaný rozhovor, který jsem při svém výzkumu také využila. Polostrukturovaný rozhovor totiž umožňuje respondentovi volně mluvit o tématu a rozvíjet své myšlenky. Fenomenologická interpretativní analýza svoji teoretickou pozici zakotvuje ve třech zdrojích. První z nich je fenomenologie, kde se souvislost projevuje především v hledání individuální a jedinečné zkušenosti člověka. Dalším zdrojem je potom hermeneutika, což je proces kdy se respondent

snaží porozumět své zkušenosti daným fenoménem a výzkumník se snaží porozumět tomu, jak k danému porozumění respondent dospěl. Třetím zdrojem je potom ideologický přístup, který je zaměřený na konkrétní jedince, kteří ve svém životě zažívají specifickou událost.

Kostíková a Čermák dále uvádějí obecný analytický postup, kdy v podstatě nultým krokem je **reflexe výzkumníkovy zkušenosti s daným tématem**. V této, jde především o to, abychom jako výzkumníci refleктоvali své zkušenosti a mohli tak být transparentní v celém výzkumném procesu. Tato fáze tedy slouží především k tomu, abychom si dokázali uvědomit interpretativní role v procesu výzkumu a pracovat tak s daty a zajistit validitu. Co se týče mé vlastní zkušenosti s daným tématem, tak jak jsem již v úvodu teoretické části bakalářské práce uvedla, moje zkušenosti pramení především z absolvovaných praxí s klienty, kteří se potýkají se závislostmi. Jako dalším krokem je **čtení a opakované čtení**, v této fázi se jedná především o aktivní zájem výzkumníka o data, cílem tedy je, aby se respondent stal hlavní pozorností výzkumníka. Kromě opakovaného čtení se za užitečné považuje i opakovaný poslech nahrávky. Druhá fáze je nazvaná jako **počáteční poznámky a komentáře** a jedná se o nejdetaillnější část analýzy, kdy výzkumník musí být otevřený všem získaným datům a žádné detaily ze získaného materiálu nesmí zavrhnout. Cílem je tvorba detailních a komplexních poznámek k datům. Nápomocné nám může být vytváření počátečních poznámek, kdy si při čtení potrháváme to, co je významné, a později hledáme vhodný popis. Následuje **rozvíjení vznikajících témat**, cílem je, aby předchozí poznámky byly přepracované do výstižných témat, které zachycují kvalitu zkušenosti respondenta. Další fází je hledání souvislostí napříč tématy, jedná se tedy o fázi, kdy už jsou jednotlivá témata zformulována a začínáme mapovat jejich vzájemné propojení. V této fázi se vracíme na začátek analýzy. V této fázi není nutné použít všechna témata, například proto, že se nevztahují k výzkumné otázce. Jako

vhodné se jeví například sepsat témata, tak jak se objevovala v textu, což usnadňuje pozdější manipulaci. Z některých témat se pak mohou stát témata nadřazená, hlavní, nebo se propojí v jedno. Výsledkem fáze tak může být seznam nadřazených témat s podtématy. Předposlední fází je **analýza dalšího případu**, kde opakujeme fázi 1-4. A jako poslední fází Kostíková a Čermák uvádějí **hledání vzorců napříč případy**, kdy v této fázi dochází k propojení jednotlivých analýz.

Výše uvedený text tvoří v podstatě návod, který jsem při shromažďování dat využívala a podle něj také postupovala.

9.2. Výsledky výzkumu

Pro větší přehlednost jsem vytvořila tabulku č. 2, kde jsou uvedeny jednotlivé okruhy a jejich podtémata.

Tabulka č. 2 – Okruhy a podtémata okruhů.

Okruhy	Podtémata okruhů
1. Dilemata objevující se při spolupráci s klienty s drogovou závislostí	Nejčastější dilemata sociálních pracovníků v počátku spolupráce
	Nejčastější dilemata sociálních pracovníků v průběhu spolupráce
	Nejčastější dilemata sociálních pracovníků při ukončování spolupráce
2. Dilemata sociálních pracovníků v oblasti osobních a profesních hranic	Dilemata, která mohou ovlivnit osobní život sociálního pracovníka
	Sdílení osobních zkušeností
	Přebírání odpovědnosti za klienty
	Profesní vs. osobní přesvědčení
3. Postupy, které sociální pracovníci nejčastěji využívají při řešení dilemat při práci s klienty se závislostmi	pozitivní vs. negativní

1. Dilemata objevující se při spolupráci s klienty s drogovou závislostí

Z výpovědí a zkušeností respondentů došlo ke vzniku tohoto tematického okruhu. Na začátku rozhovoru byla všem respondentům položena totožná otázka, která se zaměřovala na to, aby respondenti jmenovali jakákoliv konkrétní/nejčastější dilemata, se kterými se za dobu svojí praxe s klienty se závislostí setkali.

Respondentka č. 1 uvedla: *„Díky svojí osobní zkušenosti s užíváním drog, je právě dilema pro mě ve sdílení své vlastní zkušenosti, jestli ano nebo ne, a nějaké překračování hranic.“*

Respondentka č. 2 uváděla dilema týkající se vykání a tykání s klienty: *„Pro mě je to určitě tykání a vykání. To už mám tady od začátku. Je to takové hlavní dilema, o kterém přemýšlím doted, jestli jsem udělala správně, že si s klienty tykám, protože se mi občas zdá, že to posouvá hranice mezi mnou a klientem.“*

Respondentky č. 3 a 5 se shodují na tom, že za nejčastější dilema považují dilema související s pomocí a kontrolou klientovi. Respondentka č. 3 uvedla: *„Jo, napadají, je to vlastně u lidí, kteří užívají návykové látky, tak často se dostanu do situace, kdy zvažuji, jestli klienta více podporovat nebo kontrolovat. Snažím se být s klienty v rovnocenné pozici, ale jsou situace, kdy mám pocit, že bych tam měla vnést svůj názor, třeba když se jedná o jejich zdravotní stav, často ale slýchávám, že klient je expertem na svůj život a měl by si dost věcí rozhodovat sám. Takže někdy se rozhoduji, zda klienta více vést nebo se jím nechat následovat a pouze pracovat na jejich přáních, které jsou, ale spojené s obavami, zdali je přání vůbec dosažitelné, a to je takové asi moje časté dilema.“*

Respondentka č. 5 uvádí: *„Například poskytnout klientovi pomoc nebo spíše kontrolu, třeba při poskytování jízdného.“*

Respondenti č. 4, 6 a 7 uvádějí za nejčastější dilemata ta, která souvisejí s jejich osobní a profesní rovinou. Respondentka č. 7 konkrétně uvedla: *„Jsou to dilemata, kdy se jedná o aktivitu nebo spíše neaktivitu klientů, kdy jim jako sociální pracovník musím*

poskytnout informace, na které mají nárok, ale zároveň oni je pak zneužívají a mně osobně to pak není příjemné, takže se pak dostávám do dilematu osobního a profesního.”

Respondenti 4 a 6 uvedli také dilemata ohledně osobní a profesní roviny, která ale na rozdíl od respondentky č. 7 ještě více specifikují, a to především na rodiče s dětmi, či mladistvé. Respondent č. 4 uvádí: *„Jsou to dilemata hlavně u užívajících rodičů, kdy je těžké určit, zdali je u nich dítě v bezpečí. A celkově jako je pro mě osobně těžké vidět děti trpět.”* Respondentka č. 6 uvádí: *„Jedná se o dilemata, která souvisejí s těhotnými užívatelkami nebo třeba mladistvými, kdy trošku osobně bojuji s tím, zdali třeba těhotné ženě vyměnit stříkačku apod., protože sama jsem máma a je to pro mě prostě těžší zachovat tu profesionalitu.”*

Respondent č. 8 zmiňuje dilemata, která se týkají především nemotivovaných klientů, kdy uvedl: *„Nejčastější dilemata jsou pro mě asi ta, kdy klient v podstatě nechce žádnou změnu, ale já mu vlastně i tak musím poskytovat nějaké informace, i když vlastně vím, že on o to nestojí.”*

Na základě zjištěných dat lze tento okruh dále kategorizovat na tři podtémata, která se zabývají dilematy, která vznikají na počátku, v průběh a při zakončení spolupráce s klientem, který se potýká se závislostí.

Nejčastější dilemata sociálních pracovníků v počátku spolupráce

Většina respondentů se shoduje na tom, že cílové skupiny jejich organizace bývají jasně vytyčeny v jejich metodikách, ale také se někteří shodli na tom, že se v jejich praxi, a to zejména při vznikající spolupráci s klientem, objevují dilematické situace v souvislosti s přijímáním klientů do služby.

Například respondentka č. 2 uvádí: *„Zrovna nedávno jsme to s kolegyní řešily. K nám do organizace je totiž podmínkou nejprve zaslat životopis, jsme totiž zaměřeni na lidi, kteří byli závislí, a nedávno nám právě napsal jeden člověk, že je sice na léčení, ale závislý není, tak jsme musely uvažovat nad tím, zdali je to náš klient či ne.”*

Respondentka č. 3 například uvádí: „Naší cílovkou jsou převážně lidé, kteří užívají nelegální látky. Občas však přijdou i klienti, u kterých je primární látka alkohol nebo mají třeba nějaké psychické onemocnění, pak se musíme rozhodovat, zda ten člověk nepotřebuje spíše nějakou jinou léčbu, např. psychiatra. A občas bývá těžké určit, jaká je primární látka, kterou klient užívá.“

Respondentka č. 4 uvádí: „Takové situace řešíme často. My máme, jak jsem již zmínila, různé programy, třeba pro rodiče s dětmi a máme tam potravinovou banku, a občas se právě stává, že si to klienti mezi sebou řeknou, a pak k nám chodí i další lidé, a tvrdí že spadají do naší cílové skupiny, aby dostali nějaké jídlo, což tak není. A pro mě je to celkem dilema občas protože si říkám, že by jim nějaká sušenka pomohla a nám by to neuškodilo, ale zase na druhou stranu jsou určena nějaká pravidla po všechny.“

Další dilema uvedla i respondentka č. 5: „Poslední dobou se nám to stává především proto, protože jsme měnili charakter služby, dříve jsme vlastně poskytovali pomoc jak osobám závislých na alkoholu, tak nealkoholových drogách, teď ale spíše už jen lidem, kteří jsou závislí na tom alkoholu. No a my na začátku chceme, aby klient vyplnil takový dotazník, ze kterého se většinou pozná, na čem je primárně závislý, ale klienti si začali předávat informace, co mají do dotazníku uvést, abychom je přijali. No a potom vlastně vzniká dilema, jestli klientovi poskytnou službu, i když vlastně zjistíme, že jeho primární drogou není alkohol.“

Respondentka č. 6 uvádí: „Bylo to například, teď kvůli koronaviru, kdy jsme začali s klienty komunikovat přes dopisy, na které jsme jim potom odpověděli a zapsali si je do pořadníku na službu, jenže v těch dopisech bývají často nejasnosti, například klient uvedl, že si občas zahulí, ale nepovažuje to za nějaký velký problém, kdybychom měli osobní rozhovor tak bych se ho mohl na určité věci doptat, jenže takhle je to složitější a v tom vlastně vidím to dilema.“

Respondentka č. 7 uvádí: „Je to většinou v případech, kdy klient přijde s nějakým příbuzným, který ten jeho problém vidí, ale klient si problém nepřipouští. My ten problém,

třeba vidíme také, ale protože pracujeme především s klienty, co jsou motivováni ke změně a ve chvíli kdy tam ta poptávka není, je to pro mě dilema, protože jak jsem řekla, od příbuzných vím, že tam ten problém je a může se stát, že se klient dostane ještě do větších problémů, když problém nezačne řešit, zároveň když nebude motivován ke změně, zabírá tak místo jiným klientům, kteří o změnu stojí."

Respondent č. 8 uvedl podobný příklad jako, respondentka č. 7: *„Klient, byl poslán z ospodu, který dával tlak na to, aby k nám klient docházel, a my se tak nějakým způsobem zaručujeme, že proběhne nějaká změna, ale když klient tu změnu nechce, tak pak to vnímám jako dilema, zdali je to náš klient, když neusiluje o žádnou změnu sám."*

Nejčastější dilemata sociálních pracovníků v průběhu spolupráce

Respondentům byly pokládány nejrůznější otázky ohledně plánování schůzek či individuálního plánování s klienty a otázky na průběh práce s klienty, ze kterých následně vyplynula některá dilemata, kterým musí čelit při každodenní spolupráci s klienty.

Většina respondentů v případě plánování schůzky s klientem a v průběhu spolupráce s klientem uvádí dilemata, která se týkají především toho, že klienti nedodržují stanovené termíny schůzek a sociální pracovníci se pak dostávají do dilematu, kde je ta hranice, kdy klientovi ještě promíjet, a kdy už naopak ne.

Například respondentka č. 2 uvádí: *„Řeším hlavně to, jestli nejsem na klienty moc měkká, když klienti nepřijdou, zapomenou a je to opakovaně, tak je to takové moje dilema, jestli bych neměla být na ně přísnější, jsou to totiž dospělí lidé, kteří by měli být nějak zodpovědní, ale zároveň jim to většinou odpustím."*

Respondentka č. 4 uvedla: *„Možná se jim často snažím vyjít vstříc, aby schůzka proběhla co nejdříve, aby nevypadli ze spolupráce, klienti také chtějí občas všechno hned, a pak se stane, že na schůzku vůbec nedorazí. A to je takové moje dilema, že bych jim chtěla co nejvíce vyhovět a zároveň si toho oni neváží."*

Respondentka č. 7 uvedla: „Někdy se dostávám do dilematu, zda v práci zůstat přes čas a nabídnout klientovi nějakou schůzku mimo pracovní dobu, což se stává, např. když mám nějaké další pracovní povinnosti a nejsem schopna tam toho klienta nacpat, tak se rozhoduji, zda mu nabídnu nějaký speciální termín, ale mohu říci, že se mi to většinou nevyplácí, že když tam zůstanu dýl, tak ten klient nakonec nepřijde.“

Respondenti č. 5, 6 potom také uvedli, že se setkávají se situacemi, kdy mají s klientem na domluvené schůzce probírat nějaké neodkladné záležitosti a z důvodu toho, že se klient nedostaví, pak vznikají jejich dilemata. Respondent č. 5 konkrétně uvádí: „Schůzky plánujeme dopředu, ale stává se, že klient nepřijde, tak to necháme být a čekáme až přijde sám, problémy ale nastávají tehdy kdy má klient vyřizovat nějaké žádosti, třeba o dávky, a pak se nedostaví, tak je takové dilematické zda se v situaci nějak více angažovat a přebírat více odpovědnosti za toho člověka nebo ne.“ Respondent č. 6 uvedl podobný příklad: „Občas se mi stane, že se s klientem domluvíme na schůzce, kde máme řešit nějaké administrativní věci, které sám řešit nezvládá a je třeba je vyřešit, a on pak nedorazí, i když mu vysvětluji, jaké to může mít následky. Pak mám dilema v tom, zdali se nějak více angažovat, nebo to nechat zcela na klientovi.“

Z rozhovorů dále vyplynula dilemata, která respondenti řeší v oblasti tykání a vykání si s klienty. I když někteří respondenti, prožívají určité situace, kdy si nejsou jisti, zda je lepší si s klientem vykat či tykat, shodují se na tom, že oblast tykání a vykání je velice individuální a záleží především na charakteru dané služby.

Respondentka č. 1 uvedla: „Já si s klienty vykám, protože to podle mě vytváří takovou hranici mezi námi, ale umím si představit služby, ve kterých si s klienty tykají. Zároveň zde vidím trošku dilema, které by mohlo vzniknout při spolupráci, kdy mohou být ty hranice mezi pracovníkem a klientem narušeny.“

Respondent č. 2: „Tykání a vykání řeším už od začátku, je to takové moje hlavní dilema, jsou totiž situace, kdy přemýšlím, jestli jsem udělala dobře, když jsem si s klienty

začala tykat, protože se mi zdá, že to posouvá hranice mezi mnou a klientem, a to ne v každé situaci je ku prospěchu. ”

Respondent č. 3: „Já si standardně s klienty vykám, tykání jim nenabízím, ale už se mi stalo, že se mě klient zeptal, jestli bychom si nemohli tykat, že by to pro něj bylo jednodušší a příjemnější, zpočátku jsem se trošku rozhodovala, zda na to přistoupit a dospěla jsem k závěru, že je to velice individuální a každý takový případ posuzuji zvlášť u každého klienta. Vidím zde totiž i určitá rizika, která by mohla nastat v pozdější komunikaci.“

Respondentka č. 4: „Já to dělám tak přirozeně, jak to vyplyne ze situace, se stálejšími klienty si tykám, ti, co přichází nově s těmi si spíše vykám, nevidím v tom nějaký problém. Jediné takové dilema nastává v situaci, kdy jdu třeba s klientem něco vyřizovat na úřady a začneme si před pracovníci úřadu tykat. Je na nich vždy vidět, že s tím moc nesouhlasí, tak občas přemýšlím, zdali dělám dobře.“

Někteří respondenti také ve svých rozhovorech uvedli, že se již potýkali v průběhu spolupráce s klienty s dilematem ohledně ohlašovací povinnosti.

Respondentka č. 1 uvádí: „Zatím jsem nebyla úplně nucena nějakou věc ohlásit, ale setkává se často s tím, že klienty poučit o tom, že má jako sociální pracovník ohlašovací povinnost, občas se mi stává, že třeba musím klienta upozornit, že pokud mi určitou informaci sdělí tak já ji budu muset ohlásit, ale samozřejmě mu vysvětluji proč apod.“

Respondentka č. 3: Za tu dobu, co pracuji v poradenství, jsme to už párkrát zvažovali, teď nedávno se to týkalo jedné matky, kdy jsme měli obavy o péči dítěte, museli jsme matku upozornit, že pokud situaci nezačne řešit, budeme nuceni to ohlásit. Za mě je zde hlavně otázka toho že, když to nahlásíme, je sice možné i anonymně, ale nevím, jakou tomu pak ostatní orgány prisuzují váhu, nebo když to nahlásíme a ten klient se pak dozví, že jsme to byli my, tak to může narušit celý náš vztah a už v podstatě s klientem ztratíme kontakt.“

Respondentka č. 4: „*Takovou situaci jsem řešila hodněkrát, často vidím v rodinách děti, kteří mohou trpět a v tu chvíli přichází spousta věcí, které je třeba řešit. Například, aby celá záležitost s nahlášením neohrozila vztah s klientem. Tyto situace vnímám jako nejnáročnější.*”

Respondentka č. 6: „*Přímo se mi to nestalo, co se mi stává je, že se musím často zamyslet nad tím, zda je to v rámci ohlašovací povinnosti nebo ne, kolikrát jsme i s vedoucí procházely zákony apod. jestli už je daný případ za hranou či nikoli. Bylo to například, když jsem se dozvěděla informaci, že se někde vyrábí drogy, ale byla to neveřejná nepodložená informace, z třetí ruky. Já se spíše tedy snažím a podporuji klienty v tom, aby situaci nahlásili sami.*”

Respondentka č. 7 uvedla podobný příklad, kdy se také jednalo o nepodložené obvinění. „*Řešili jsme situaci, kdy se k nám doneslo, že tatínek, který měl dceru ve střídavé péči, ji nějak zneužíval, ale nebyly k tomu přesné důkazy, ale protože se tenkrát jednalo o dítě, pro jistotu jsme začali spolupracovat s ospodem.*”

Nejčastější dilemata sociálních pracovníků při ukončování spolupráce

Během rozhovoru byli respondenti dotazováni, zdali se setkávají s nějakými dilematy, které se týkají ukončení spolupráce s klienty. Někteří respondenti například uvedli, že s klientem službu neukončili, ale museli řešit dilema, ohledně toho, jak s klientem dále pracovat, tak aby k ukončení dojít nemuselo. Například respondentka č. 1 uvedla: *službu jsem nemusela, ale řeším, jako když je ta spolupráce náročná, tak co s tím. Řeším spíše, kdy tu práci neposkytnu, když je to například někdo známý, nebo s ním mám špatnou zkušenost ze soukromého života. Ale nemůže se stát, že by klientovi, který nespadá do cílové skupiny, nebyla poskytnuta služba.*”

Respondentka č. 3 také uvádí, nejruznější řešení, tak aby nemuseli ukončit s klientem poskytovanou službu: „*Někdy se stává, že je klient pod vlivem, tak s ním většinou domlouvám jiný termín. Dilema ale pro mě nastává v situaci, kdy se to děje opakovaně, to pak musím s klientem řešit, pro, se mu nedaří přijít střízlivý.*”

Respondentka č. 2 uvedla, že na ukončování služby mají jasně stanovená pravidla, ale za svou praxi se setkala s výjimkou: „*My máme jasně daná pravidla, když je klient zásadně poruší, tak službu můžeme ukončit. Ale stalo se, že klientka zrelapsovala na bydlení, což porušila kardinální pravidlo, ale sama nám to sdělila a litovala toho, takže to pro nás bylo trošku dilema, protože klientku jsme znali dlouho a v jejím případě jsme ji tedy dali na výběr, jestli ukončit službu nebo půjde na posilovací léčbu, a pak se k nám může vrátit.*”

Respondentka č. 4 uvádí: „*My to máme tak, že pokud klient třikrát nepřijde, tak s ním můžeme službu ukončit, ale protože máme i klientky, které mají děti a je to s nimi časově náročnější to všechno skloubit, býváme benevolentnější. Nastává pak ale občas dilema, zdali toho klientky jen nezneužívají.*”

Respondentka č. 5 uvádí případy dilematických situací při rozhodování o ukončení služby s klientem: „*Párkrát se nám stalo, že třeba s klientem nešlo navázat bezpečný vztah, že byl třeba agresivní vůči nám, a tak jsme se rozhodovali, jak budeme postupovat, zdali mu udělíme třeba zákaz vstupu do služby na nějakou dobu, nebo nějaká domluva. Obecně jsou to dilematické situace a je to velice individuální, každý případ tak většinou řešíme zvlášť na poradách.*”

Respondentka č. 6 uvedla: „*Vzpomínám si na klientku, která dlouhodobě neplnila to, na čem jsme se domluvili, jen v podstatě se odevzdávala do mých rukou a čekala na záchranu a nic pro to nedělala. Ocitla jsem se tedy před dilematem, zdali je jí naše služba přínosná. Po zvážení všech pro a proti na poradách a supervizích jsme nakonec dospěli k názoru, že bude lepší službu ukončit a odkázat klientku jinam.*”

Respondentka č. 7 zmiňuje: „*No, stává se to v rámci toho, když klient vlastně chce změnu a nepřináší žádná témata na konzultace. Takže už jsme tyto scénáře řešili a vždy vyvstává otázka, zdali jako opravdu děláme správně, když službu ukončíme.*”

2. Dilemata sociálních pracovníků v oblasti osobních a profesních hranic

Z rozhovorů s respondenty také vyplynulo druhé téma, které se zaměřuje především na dilemata respondentů, které se týkají osobního vs. profesního způsobu jednání s klienty. Toto téma se dále rozděluje do čtyř podtémat.

Dilemata, která mohou ovlivnit osobní život sociálního pracovníka

Někteří z respondentů v rozhovorech uvedl některá dilemata, která ve svém zaměstnání s klienty řešili či prožívali a zasáhla je i v osobním životě. Z rozhovorů vyplynulo, že se jednalo spíše o vážnější dilemata.

Například respondentka č. 2 uvedla: *„Jo, víceméně každý den. Myslím si, že je to kvůli tomu, že mám k těm klientům dost blízko, protože tady bydlí. Často přijdou třeba po práci si popovídat a máme tak k sobě blíž, takže nad jejich problémy přemýšlím někdy až moc, bych řekla.“*

Respondentka č. 4 uvedla příklad: *„Jo, jednou, kdy ospod rozhodl o tom, že klientce bez jakékoliv šance dítě odeberou, to jsem si hodně nosila domů, a přemýšlela co udělat, takže to mě hodně zaměstnávalo i doma, protože jsme byli všichni přesvědčení, že odebrat dítě v této situaci bylo nesprávné a neopodstatněné.“*

Respondentka č. 5 uvedla, že taková dilemata se objevovala spíše v počátcích její kariéry: *„No, zpočátku jsem to tak měla a přemýšlela nad tím, jako by co jsem mohla udělat, co jsem mohla udělat jinak a tak, hlavně u nějakých těžších dilematických situací, například když se jednalo o malé děti apod., ale dost jsem si uvědomila, že každý je ve finále zodpovědný sám za sebe, a že dělám pro klienty maximum, ale ve finále se musí rozhodnout oni sami.“*

Sdílení osobních zkušeností

Většina respondentů v rozhovorech uvedla, že s klienty své osobní zkušenosti sdílí, někteří je však neuvádějí, jaké své vlastní zkušenosti.

Jako například respondentka č. 6: *„Ano, ale neuvádím, to jako mně se stalo, ale lidem se děje apod.“* Podobně řeší situaci i respondentka č. 5: *„Já hodně využívám*

osobní zkušenosti, ale nepodávám mu to jako svoji osobní zkušenost. Nebo také respondentka č. 3: „Jo, s pár klientama jsem něco sdílela, ale nepodávám to jako osobní zkušenost, slyšela jsem, že někomu v téhle situaci pomohlo tohle, nebo například veškeré praktické věci ohledně bydlení, které řeším i já, tak když tu informaci vím, tak se s klienty podělím, ale nepodávám to jako osobní zkušenost.“

Avšak respondentka č. 1 uvedla, že když s klienty sdílí osobní zkušenosti, tak je i jako osobní prezentuje: „S klienty se třeba bavím i o svém užívání, když mám pocit, že by ta informace, zkušenost mohla člověku být prospěšná, ale taky se podělím o nějaké situace, třeba o vaření u klientek, co mají děti například.“

Respondent č. 4 uvedl, že s klienty také sdílí osobní zkušenosti, ale pouze ve chvíli, kdy si s nimi vytvoří bližší vztah: „Jo, občas to udělám u klientů, se kterými máme bližší vztah a známe se dýl, ale zvažuji to a dávám si pozor, o koho jde.“

Z rozhovorů tak převážně vyplynulo, že se respondenti o své osobní zkušenosti s klienty dělí, uvažují, které informace klientům sdělí, avšak nepovažují tyto situace za výrazně dilematické, až na respondentku č. 2, která uvedla: „No, to je takové moje další dilema, myslím si, že na poměry sociálního pracovníka jsem dost otevřená. Takže jo, docela často říkám své zkušenosti. Třeba konkrétně se klienty snažím povzbuzovat v seznámení, takže jim říkám, jaké zkušenosti mám třeba na seznamkách já. A zastávám celkově takový otevřený přístup, ale ne vždy se to vyplácí.“

Přebírání odpovědnosti za klienty

Z rozhovorů vyplynulo, že většina respondentů se s přebíráním odpovědnosti za své klienty setkala nebo stále setkává, ne všichni však považují přebírání odpovědnosti za klienty jako nějaké dilema.

Jako dilema takové situace však vnímá například respondentka č. 2: „No to je takové moje další dilema, vím, že bych to asi neměla dělat tak často, protože to pro ty klienty není moc účinné, ale dělám to třeba v situacích, kdy potřebujeme zjistit nějaký informace a spěchá to, tak třeba řeknu, že tam zavolám, třeba na ten úřad, abych tu informaci zjistila a

mohli jsme dále pokračovat. No a pak zpětně řeším, zda jsem udělala správně a jestli bych to příště neměla dělat jinak."

Přebírání odpovědnosti považuje za dilema i respondentka č. 3, která uvedla: *„Ano řeším toto dilema, a to hlavně u matek s dětma, kdy vyřizují věci nad rámec svých možností. Obvolávám školky, což si myslím, že je jejich úkol, ale zase mám pocit, že jsou tak vyčerpány péčí o ty děti, že tam sklouzávám k tomu, že dělám právě věci za ně. Nebo třeba u klientek, které si prošly domácím násilím."*

Respondentky č. 6 a č. 7 přebírání zodpovědnosti za klienty, také považují za určité dilema, ale snaží se proti tomu bojovat a činit kroky, které přebírání zodpovědnosti zmírňují. Respondentka č. 6 konkrétně uvedla: *„Ano, za určité dilema to považuji, musím si dávat pozor a stopovat se, ale tréninkem je to lepší a lepší a už to dělám méně. Napadá mě třeba klientka, která neumí s počítačem a je pro ni i obtížné napsat e-mail. Takže hledám hranici mezi tím, kdy je to pro ni přínosné, a kdy už ten problém jen klientka přehodí na mě. Takže často třeba řeším situaci tak, že on mi diktuje, co chce napsat a já píšu, nebo naopak."*

Respondentka č. 7 uvádí podobný příklad: *„Ano, občas to dělám, například když s klientem řešíme sepsání e-mailu, nebo teď jsem s klientkou řešila sepsání žádosti na nadační fond, ona byla nemocná, a já jsem věděla, že pak v práci nebudu kvůli dovolené, tak jsem bojovala s tím, zadali to nám sepsat za ni, ale nakonec jsme se dohodly tak, že jsme si zavolaly a společně to sepsaly. Takže si myslím, že jsem tu situaci nakonec zvládla vyřešit, i když zpočátku jsem trošku s dilematem bojovala."*

Profesní vs. Osobní přesvědčení

Respondenti v rámci rozhovorů uvedli několik situací, které pro ně znamenaly určité dilema, týkající se osobní a profesní roviny.

Respondentky č. 3, 5 uvedly situace týkající se financí. Respondentka č. 3 uvedla: *„Jojo, v případě půjčování peněz, kdy jsem vázaná etickým kodexem sociálních pracovníků i vůči zaměstnavateli, kde je uvedeno, že bychom klientům neměli dávat nebo*

půjčovat peníze, ale když to vezmu z pozice člověka a klienty, kdy jsme kolikrát jediní, kteří věří, že to zvládne, tak pomoci mu se zaplacením léků, nebo mu poskytnout příspěvek na šalinu, pro mě jako člověka není nic závažného. Takže se dostávám do střetu, kdy jako já osoba bych mu je poskytla, ale sociální práce a profesionalita mi to nedovoluje."

Respondentka č. 5 uvádí: *„Jo, jo například, jak jsem již zmínila, jedná se o poskytnutí financí na jízdenku, nocleh, kdy pro mě osobně to není problém a nic mi to jakoby neudělá, když mu pomůže, ale eticky to samozřejmě správně není."*

Respondentky 2, 6 a 7 uvedly, že toto dilema u nich nastalo v situacích, kdy se jednalo především o klienty a jejich vlastní odpovědnosti.

Respondentka č. 2 uvádí: *„Občas to vidím v doprovázení klientů. Kdy se mi stalo, že se mi klient v podstatě zhroutil, takže jsem s ním šla podat výpověď až do té agentury, kde pracoval, a pak jsem si říkala, že pracuju s dospělými a měli by to zvládnout sami, ale zase jsem si i říkala, že jako sociální pracovník bych mu měla pomoci."*

Respondentka č. 6 se s těmito situacemi setkávala převážně na začátku své kariéry. Uvedla: *„Na začátku kariéry ano, postupem času už méně. Například se mi to stávalo, že jsem moc řešila za klienty a nenechávala rozhodnutí spíš na nich, protože z počátku jsem se na to spíš dívala lidsky a neviděla jsem moc, proč je z pohledu sociální práce důležité, aby se klient spíše rozhodoval sám."*

Respondentka č. 7 uvádí: *„Ano, to jsou situace, kdy očekávám, že by ty lidi mohli zamakat na své situaci více a to se někdy neděje, ale je to velice individuální. Pro mě je rozdíl, když vidím, že ten člověk se jakoby snaží, ale fakt kvůli psychickým, fyzickým a jiným překážkám to nejde a nemá žádnou oporu, tak se pro klienta tu snažím být, ale jsou situace, kdy vidím, že ten klient zneužívá ten sociální systém, tak to je pro mě osobně hodně těžké."*

3. Postupy, které sociální pracovníci nejčastěji využívají při řešení dilemat při práci s klienty se závislostmi

Na základě rozhovorů vzniklo i třetí a zároveň poslední téma. Výsledky této části přinášejí především výpovědi o postupech sociálních pracovníků při řešení dilemat, na které při své profesy narážejí a jaký pro ně situace ohledně řešeného dilematu měla přínos.

V podstatě každý z respondentů, jako hlavní bod při tom, jak postupuje při řešení dilematických situací uvádí využívání supervizí v různých formách.

Respondentka č. 1 uvedla. *„Při řešení dilematu to nikdy není jen moje rozhodnutí, vždy to konzultuji s celým týmem, mám velkou oporu u svých kolegů i nadřízených a jsem za to vděčná. Hodně mi také pomáhají supervize, které máme jednou za 4-5 týdnů to jsou týmové supervize, ale mám možnost i individuální supervize, takže možností je opravdu hodně.“*

Respondentka č. 2: *„Mě nejvíce při řešení dilematu pomáhá supervize, tu máme tak dvakrát do měsíce, kdy k nám přichází supervizor. Tady ty supervize jsou týmové a zaměřené především na klienty. Někdy se stává, že si to dilema nechám v sobě, což ale není dobrý ani pro mě ani pro okolí, takže mi hodně pomáhá to sdílet s kolegama a hledat nějaká řešení.“* dále uvedla: *„Kolegové jsou profesně starší, takže mi hodně pomáhají, když potřebuji, když jsem řešila ze začátku své kariéry nějaké dilemata, tak mi vedoucí nabídla i individuální supervizi.“*

Respondentka č. 3 ve své výpovědi uvedla: *„Při řešení dilematu, taky záleží, jak je to ukotvené v metodice, to je jedna věc, pak se člověk také snaží si vybavit a vypátrat ze zkušeností. Hodně mi pomáhají kolegové, a pokud je to hodně náročné, kdy si neumíme poradit ani jako tým, tak to řešíme v rámci supervize, kde si řekneme jednotlivé kroky, zformulujeme i například větu, kterou klientovi řekneme. Takže je to celé založené hodně na komunikaci s kolegy a na supervizi.“*

Respondent č. 4 uvádí: „O dilematech se většinou bavíme v týmu v rámci intervize, když to nevyřešíme v týmu, tak máme supervizi. A když se to týká i např. nějakých právnických záležitostí např. ta ohlašovací povinnost na ospod, tak máme k dispozici i právníka, se kterým to řešíme. Ještě bych dodal, že mám možnost i individuálních supervizí, ale těch jsem zatím nevyužil.“

Respondentka č. 5 uvedla: „V naší organizaci je právě skvělý, že všechno řešíme týmově. A s čímkoliv si nevíme rady, tak si můžeme promluvit a najít nějaká společná řešení, když už se jedná o nějakou závažnější věc, tak to pak řešíme na poradě s celým týmem, nebo na supervizi, kterou máme jednou měsíčně. Ale jsou taky věci, které už se staly a jsou obsaženy v manuálu a pokud je něco nového, tak to právě řešíme v týmu.“

Respondentka č. 6 uvedla: „Záleží na typu dilematu, podle toho se buď radím s kolegou či vedoucím, nebo to řeším na supervizích, které máme každých šest týdnů, ty jsou týmové ale je možnost i individuální supervize, ale zatím jsem si o ni nikdy neřekla.“

Respondentka č. 7 uvedla: „Někdy jsou ty situace náročné, záleží, jak moc rizikové to dilemma je. Ale máme v organizaci možnost supervize jednou za dva měsíce a můžeme mít i individuální supervize.“

Respondent č. 8 uvedl: „Každé dilemma je pro mě tak trochu náročné. Ale hlavní postup, který teda aplikuju je, že se o tom hodně bavíme s kolegy a přenášíme to na různé supervize a intervize, které máme minimálně tři do měsíce. A samozřejmě je tu možnost i individuální supervize.“

Pozitivní vs. negativní

V rozhovorech jsem se také snažila zaměřit na to, co z celé situace ohledně řešeného dilematu pro respondenty vyplývá, ať již v pozitivním či negativním smyslu. Většina respondentů uvedla, že jim řešení jakéhokoliv dilematu, přináší především nové zkušenosti.

Respondentka č. 1 uvedla: „Vždycky to dilemma beru, jako něco učícího se, protože i ta zkušenost, která nedopadla dobře je cenná zkušenost, takže mě to vždy přijde prospěšné.“

Respondentka č. 3 uvádí jak užitečnou stránku, tak tu pro ni méně užitečnou při zkušenosti s prožitým dilematem: *Většinou je to užitečné v tom, že se ta zkušenost může hodit při další práci s klienty. Neprospěšné mi to přijde v začátcích, kdy člověk řeší, že neví, jak se zachovat a situace vypadá bezvýhodně. Ale většinou to dilema považují za užitečné pro vlastní růst, i když se může ze začátku zdát nepřekonatelné.*

Respondentka č. 4 uvedla: *„Řešení dilematu mi určitě rozšíří obzory a možnosti řešení. Kolegyně je dost zdatná ohledně zákonných věcí, co se musí ohlašovat a tak, takže většinou to společně vždy nějak dáme dohromady a vyřešíme to.“*

Respondentka č. 5 a respondent č. 8 se shodují, že jim řešení dilematu přináší především uvědomění si určitých hranic. Respondentka č. 5 konkrétně uvedla: *„Asi jako pozitivní vnímám to sdílení v týmu, že to nemusím řešit sama, a zároveň nějaké hranice, jak by to mělo být nebo co by mohlo být jinak. Takže pro mě samotnou je to tedy uvědomění hranic především.“* Respondent č. 8 uvádí: *„Nic negativního mě úplně nenapadá, myslím si, že je to vždy užitečné. Je to prospěšné třeba v tom, že si nastavíme, co ano, a co ne ohledně práce s klienty, takže vlastně nějaké hranice. Utváří to i nějaký nový náhled a metodiku.“*

Negativní zkušenosti popisují spíše v rámci psychického zatížení v situaci, kdy dilema začínají řešit. Respondentka č. 2 však uvedla i jiné negativum: *„Když jsem to dilema řešila, bylo důležité si uvědomit, že se to stává více lidem, že nejsem jediná, co mi ale přišlo negativní a moc mi to nevyhovovala, byly nějaký rady, jako nevyžádaný, kdy už to dilema třeba bylo uzavřené a já jsem to nechtěla dál řešit, ale na poradě se to téma třeba zase otevřelo.“*

9.3. Shrnutí výsledků analýzy

Následující část bude zaměřena na celkové shrnutí výsledků analýzy dat a odpovědi na hlavní i dílčí výzkumné otázky.

Z analýzy dat, jak jsem již výše v textu uvedla, vznikla tři hlavní témata, která se následně dělila na podtémata.

Hlavním cílem bylo za pomoci kvalitativního výzkumu zjistit: **S jakými nejčastějšími dilematy se potýkají sociální pracovníci při poskytování ambulantní péče klientům s drogovou závislostí?**

Jak jsem již výše zmínila, na počátku rozhovoru byla respondentům položena jednoduchá a totožná otázka, kdy měli odpovědět, jaká dilemata oni sami považují ve své profesi za ta nejčastější. Respondenti v rámci rozhovorů uváděli nejrůznější dilemata. Za problematická a nejčastější považují především dilemata, která souvisejí s jejich osobním a profesním vnímáním jednotlivých případů jejich klientů. Uvedli, že se dostávají do situací, kdy s klientem osobně nesouhlasí, ale musejí najít způsob, jak celou situaci profesně uchopit, což se pro ně mnohdy stává dilematické. Sociální pracovníci dále zmiňují i dilemata, která souvisejí s poskytováním pomoci a kontroly klientům, kdy často stojí na pomezí toho, kterou variantu bude pro daného klienta lepší zvolit.

První dílčí výzkumná otázka: **S jakými dilematy se potýkají sociální pracovníci v začátcích, v průběhu a při ukončování spolupráce s klienty s drogovou závislostí?**

Tato otázka vyplynula z hlavní výzkumné otázky. Sociální pracovníci se totiž v různých fázích práce s klienty setkávají s rozdílnými dilematy.

Sociální pracovníci uvádějí, že v začátcích spolupráce se nejčastěji setkávají s dilematy, které souvisí s přijímáním klientů do služby, hlavním problémem, který uvedli je především to, zdali klient splňuje podmínky pro cílovou skupinu dané organizace.

V průběhu spolupráce s klientem jako nejčastější dilemata sociální pracovníci zmínili nastavování hranic mezi sociálním pracovníkem a klientem, dále řeší dilemata v rámci tykání a vykání si s klienty a dilemata ohledně ohlašovací

povinnosti. Sociální pracovníci se dostávají do situací, kdy klientovi nabízí možnosti nad rámec svých povinností, ale klient je dostatečně nevyužívá, a tak se sociální pracovníci dostávají do dilematu, jak si správně nastavit hranice ve vztahu s klientem.

V situacích, kdy sociální pracovníci mají ukončit poskytované služby s klientem, mají většinou zavedené postupy v metodikách organizace, sociální pracovníci však vypověděli, že se objevují i situace, které nejsou úplně jednoznačné, a tak se ocitají před dilematem, zdali s klientem poskytované služby ukončit nebo najít řešení, které by ukončení zamezilo.

Druhá dílčí otázka zněla: **S jakými dilematy se setkávají sociální pracovníci v oblasti osobní a profesní hranice?**

Dilemata, která se týkají osobních a profesních hranic, už v počátku rozhovorů uvádí několik sociálních pracovníků, jako vůbec nejčastější dilemata, se kterými se v sociální práci setkávají. Někteří sociální pracovníci uvedli, že se jedná především o závažnější případy klientů, které si pak přenášejí do osobního života a bývá pro ně v těchto situacích dilematické najít správnou hranici. Jejich dilemata dále vznikají v souvislosti se sdílením s klienty své vlastní osobní zkušenosti, dále se jedná o dilemata, kdy sociální pracovníci těžko hledají hranice mezi tím, kdy klientovi pouze pomáhají a kdy už za něj v podstatě přebrali zodpovědnost. A v neposlední řadě se sociální pracovníci potýkají s dilematy, kdy se jejich osobní přesvědčení neshoduje s tím profesním a ocitají se tak v situacích, kdy je třeba najít postup, jak s klientem pracovat.

Třetí a zároveň poslední dílčí otázkou, která celý výzkum ještě více ucelila, zní: **Jaké nejčastější postupy využívají sociální pracovníci při řešení dilemat s klienty s drogovou závislostí?**

Nacházení postupů k řešení dilemat je mezi sociálními pracovníky vnímáno jako velice důležité a podstatné. Za nejčastější postupy, které sociální pracovníci

při řešení volí, jsou různé formy supervizí (individuální, týmové) nebo také intervize, které probíhají v rámci organizace, porady s kolegy či vedením nebo dalšími orgány například právními.

Pro většinu sociálních pracovníků znamená řešení a následné vyřešení dilematu pozitivní zkušenost, kterou mohou na dále ve své profesi využívat pro další případná dilemata, která by mohla nastat.

DISKUZE

Tato bakalářská práce vznikla především na základě mých již absolvovaných praxí s klienty s drogovou závislostí a mého zájmu o již zmíněnou cílovou skupinu. Na základě absolvovaných praxí jsem získala určitou zkušenost, díky které jsem zjistila, že při práci s danou cílovou skupinou se sociální pracovníci neustále potýkají s různými dilematy, která je zapotřebí neustále objevovat, objasňovat, řešit a sdílet, což byly tedy zásadní důvody, které mě inspirovaly pro zvolení daného tématu práce. Tento fakt potvrzuje i Nečasová (2002) a Musil (2004), kteří apelují na důležitost řešení nelehkých dilematických situací, se kterými se sociální pracovníci potýkají.

Práce by měla být přínosem především pro sociální pracovníky v ambulantních službách, kteří s klienty, co se potýkají s drogovou závislostí, pracují. Má jim pomoci především objevit nová dilemata a postupy jejich řešení, aby případně v budoucnu, když se s dilematem setkají, byla jejich práce s jeho řešením to jednodušší a snazší.

Respondenti v rámci kvalitativního výzkumu uváděli pro ně nejčastější dilemata, která se týkala například poskytování podpory nebo kontroly klientům nebo dilemata, která vychází z většího množství klientů a způsobují tak další dilemata, kterým musí sociální pracovníci čelit. Toto všechno a mnohá další všední dilemata, která byla uvedena v rámci analýzy a interpretace výsledků výzkumu, uvádí ve své publikaci i Musil (2004).

Jedním z limitů této práce vnímám fakt, že v době, kdy jsem výzkum prováděla, ještě stále probíhala pandemie kvůli covid-19, z důvodu nejruznějších opatření, tak musely rozhovory s jednotlivými respondenty probíhat online formou, což ztížilo například pozorování neverbálních projevů respondentů,

zároveň mohla online forma rozhovoru u některých respondentů způsobit určitou nervozitu.

Protože jsem pro svoji práci zvolila kvalitativní výzkum, který neobsáhne takové množství výzkumného vzorku, bylo by možné toto téma práce dále zkoumat i za pomoci kvalitativního výzkumu, pomocí kterého bychom mohli získat větší škálu dat a odhalit tak více dilemat, která se vztahují k práci s vybranou cílovou skupinou. K provedení kvantitativního výzkumu by mohl být využit například dotazník, který by se tolik nezaměřoval na hloubku uvedených dilemat, ale jeho prostřednictvím bychom je pouze odhalili.

Upřímně doufám, že tato práce byla a bude přínosná pro mnoho sociálních pracovníků.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala nejčastějšími dilematy, se kterými se potýkají sociální pracovníci při poskytování ambulantní péče klientům s drogovou závislostí. Cílem této práce tedy bylo zjistit, s jakými nejčastějšími dilematy se sociální pracovníci s již výše zmíněnou skupinou potýkají při své práci v ambulantních službách.

Teoretická část bakalářské práce vznikla na základě podrobného nastudování odborné literatury a následného zpracování. Jednotlivé kapitoly byly zaměřené na obecnou terminologii v oblasti drogové závislosti, kde byly vysvětleny základní pojmy vztahující se k celému konceptu bakalářské práce. Dále se jednalo o kapitoly, které se zabývaly návykovými látkami a jejich dělením, kde byl vysvětlen pojem návyková látka a byly zde uvedeny charakteristiky jednotlivých látek. Podstatnou část práce tvoří také kapitoly zaměřené na adiktologické služby a ambulantní služby pro klienty s drogovou závislostí. Celou teoretickou část potom zakončují dvě poslední kapitoly, které jsou věnované sociální práci s klienty s drogovou závislostí a dilematům v sociální práci s klienty a drogovou závislostí, které byly pro bakalářskou práci stěžejní.

Empirická část bakalářské práce popisuje metodologii výzkumu, podle které jsem postupovala a na základě toho celý výzkum uskutečnila. Zahrnuje výzkumný cíl práce, hlavní výzkumnou otázku i jednotlivé dílčí otázky, dále je zde popsána výzkumná strategie, výzkumný design, technika pro sběr dat, výzkumný vzorek i kritéria výzkumu, které jsem si stanovila.

V empirické části je uvedena kapitola, která se zabývá analýzou a interpretací získaných dat a postup, který jsem při získávání a zpracování využila.

Z výsledků analýzy tedy vyplynulo, že se sociální pracovníci při práci s drogově závislými klienty setkávají s řadou dilemat. Nejčastěji dilemata vyplývají především z osobního vs. profesního vnímání případů jednotlivých klientů, dále se jedná o dilemata související s poskytováním pomoci či kontroly klientů. Z výsledků analýzy také vyplynulo, že se sociální pracovníci potýkají s rozličnými dilematy v různých částech spolupráce s klientem. Výsledky výzkumu také odhalily nejčastější postupy řešení dilemat, které sociální pracovníci při práci s klienty s drogovou závislostí nejvíce využívají.

Bakalářská práce tedy přispěla k odhalení dilemat, která se při práci s drogově závislými klienty objevují, což, jak již bylo zmíněno výše v textu práce, je pro sociální práci důležité. Doufám tedy, že tato bakalářská práce bude pro mnoho sociálních pracovníků, kteří pracují s klienty, co se potýkají s drogovou závislostí, přínosem v jejich další práci

Seznam použité literatury:

Monografie:

Bandit, R. (2015). Etická dilemata vyplývající z limitovaných zdrojů v sociální práci. In Bandit, R., Davidová, I., Macurová, M., & Opatrný, M. *Etický kodex jako nástroj podpory řešení etických dilemat sociální práce* (s. 17-24). Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Borník, M. (2001). *Drogy. Co bychom o nich měli vědět* (1. vyd.). Praha: Themis.

Broža, J. (ed.) (2009). *Supervize v adiktologické praxi* (1.vyd). Praha: Triton.

Broža, J. (2015). Supervize v adiktologii. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie* (s.623-633). Praha: Grada Publishing.

Čtrnáctá, Š. (2015). Rodinná terapie a práce s blízkými. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie* (s.492-510). Praha: Grada Publishing.

Fischer, O. (2008). K pojetí etiky pro sociální práci. In Fischer, O., Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci* (11-28). Jabok: Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická.

Fischer, O. (2008). Role hodnot v etice pro sociální práci. In Fischer, O., Milfait, R. a kol. *Etika pro sociální práci* (59-71). Jabok: Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická.

Fišerová, M. (2003). Neurobiologie závislosti. In K. Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup* (s. 96–107). Úřad vlády České republiky.

Fr. Göhlert, Ch., Kühn, F. (2001). *Od návyku k závislosti* (1.vyd.). Praha: Ikar.

Ganeri, A. (2001). *Drogy. Od extáze k agonii* (1. vyd.). Praha: AMULET.

- Goldmann, R., Cichá, M. (2004). *Etika zdravotní a sociální péče* (1. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, pedagogická fakulta.
- Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách* (1. vyd.) Praha: Grada Publishing.
- Hajný, M (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie* (s.41–52) Praha: Grada Publishing a.s.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace* (4.vyd). Praha: Portál.
- Janebová, R. (2015). Úvod. In Bandit, R., Davidová, I., Macurová, M., & Opatrný, M. *Etický kodex jako nástroj podpory řešení etických dilemat sociální práce* (s.7-9). Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Jankovský, J. (2018). *Etika pro pomáhající profese* (2.vyd). Praha: Triton.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie* (s.53–74) Praha: Grada Publishing a.s.
- Kalina, K. (2003). Denní stacionáře. In Kalina, K a kol. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup* (s. 179-189). Úřad vlády české republiky.
- Kalina, K. (2003). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In Kalina, K a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup* (s. 15-25). Úřad vlády české republiky.
- Kalina, K. (2008). Předmluva. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie* (s.11–16). Praha: Grada Publishing a.s.
- Kalina, K. *Základy klinické adiktologie* (s.17–24) Praha: Grada Publishing a.s.

- Koutná, Kostíková, J., Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Říháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. a kolektiv. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 9-43). Brno: Masarykova univerzita
- Králíková, E. (2003). Tabák a závislost na tabáku. In K. Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup* (s. 205-211). Úřad vlády České republiky.
- Kuda, A. (2003). Následná péče, doléčovací programy. In Kalina, K a kol. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup* (s. 208-214). Úřad vlády české republiky.
- Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In K. Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup* (s. 107-114). Úřad vlády České republiky.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci. In
- Matoušek, O. (2001). *Základy sociální práce* (1. vyd.). Praha: Portál.
- Matoušek, O. a kol. (2013). *Encyklopedie sociální práce* (1.vyd). Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2016). *Slovník sociální práce* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Mátel, A., Schavel M. (2019). *Supervize (nejen) v sociální práci a sociálních službách* (1.vyd). Praha: Institut zdravotních a sociálních věd, z. ú.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství* (1. vyd.). Praha: Galén.
- Miovský, M. (2003). Halucinogenní drogy. In Kalina, K a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup* (s. 169-174). Úřad vlády české republiky.

- Miovský, M. (2003). *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing a. s.
- Musil, L. (2004). *Ráda bych Vám pomohla, ale --: dilemata práce s klienty v organizacích* (1. vyd.). Brno: Marek Zeman.
- Müllerová, P., Matoušek, O., & Vondrášková, A. (2010). Sociální práce s uživateli drog. In Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (eds). *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (s. 211-227). Praha: Portál.
- Nečasová, M. (2002). Vztah sociálního pracovníka a klienta z pohledu profesní etiky. In Hodovský, I., Dopita M. *Etika a sociální deviace* (s. 181-188). Olomouc.
- Nešpor, K. (2018). Co je a není závislost. In Nešpor, K. *Návykové chování a závislosti: současné poznatky a perspektivy léčby* (s. 17-72). Praha: Portál.
- Orlíková, B. (2007). Od experimentu k užívání. In Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi* (s.15-61). Praha: Portál.
- Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup* (s. 151-159). Úřad vlády české republiky.
- Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. *Základy klinické adiktologie* (s.369-386) Praha: Grada Publishing a.s.
- Richterová Těmínová, M., & Kalina, K. (2015). Filozofie, hodnoty a etika v adiktologii. In Kalina, K. a kol. *Klinická adiktologie* (s.587-622). Praha: Grada Publishing.

Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce. Boskovice: Nakladatelství Albert.

Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie* (1. vyd.). Univerzita Palackého v Olomouci: Olomouc.

Elektronické zdroje:

Hubíková, O., Havlíková, J., & Trbola, R. (2021). Cíle sociální práce v kontextu jejího slabého ukotvení. *Czech & Slovak Social work / Sociální Práce / Sociálna Práca*, 21 (5), 5-21. Dostupné z:

<https://socialniprace.cz>

Janebová, R. (2021). Otázka profesionalizace sociální práce: Sen o prestiži by měl být nahrazen závazkem k utlačovaným. *Czech & Slovak Social work / Sociální Práce / Sociálna Práca*, 21 (2), 76-93. Dostupné z:

<https://socialniprace.cz>

Nečasová, M. (2020). Přístupy sociálních pracovníků ke strategickým dilematům ve světle Globální definice sociální práce. *Czech & Slovak Social work / Sociální Práce / Sociálna Práca*, 20 (5), 41-56. Dostupné z:

Šrajer, J. (2012). Etika a požadavek komplexnosti v sociální práci. *Czech & Slovak Social work / Sociální Práce / Sociálna Práca*, 12(3), 81-88. Dostupné z:

<https://socialniprace.cz>

Úřad vlády české republiky (2020). Návykové látky v České republice v roce 2019. *Zaostřeno*, 6 (6), 1-20. Dostupné z:

https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33389/1077/Z6_2020.pdf

Úřad vlády české republiky (2021). Sčítání adiktologických služeb 2020. *Zaostřeno*, 7 (3), 1-20. Dostupné z:

https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33529/1105/Zaostreno_2021-03_Scitani%20adiktologickych%20sluzeb.pdf

Zákony:

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. (2006). In *Sbírka zákonů*. Citováno dne 21. ledna 2022. Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=o+sociáln%C3%ADch+službách>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Číslo sociálního pracovníka, odpracované roky.

Tabulka č. 2 - Okruhy a podtémata okruhů.