



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Sociální práce v terapeutické komunitě

Vypracoval: Barbora Jarošová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Mařhová

České Budějovice Rok 2015

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá tématem sociální práce v terapeutické komunitě. Pojem terapeutická komunita si mnoho lidí automaticky spojí se závislostí na omamných psychotropních látkách, ačkoliv terapeutická komunita pro závislé není jediným typem. Tato práce se přesto věnuje především tématice terapeutických komunit pro drogově závislé z jednoho prostého důvodu, jelikož v této instituci byl realizován výzkum. V této práci je vysvětlen nejen pojem terapeutická komunita, ale zabývá se také tím, co v terapeutické komunitě obnáší pozice sociálního pracovníka a jakou práci sociální pracovník v terapeutické komunitě vykonává.

Teoretická část je rozdělena na tři podkapitoly, z nichž jedna pojednává o sociální práci, jejích specifikách, metodách, dilematech a snaží se ji prozkoumat do hloubky, druhá pojednává o práci sociálního pracovníka v komunitě, kdežto třetí podkapitola se zaměřuje na terapeutickou komunitu, historii terapeutické komunity, typy klientů, navštěvujících toto zařízení, a také specifika různých fází léčby lidí, kteří byli závislí na omamných psychotropních látkách.

Cílem bakalářské práce je popsat specifika sociální práce s uživateli/uživatelkami v terapeutické komunitě, činnosti a role sociálního pracovníka/sociální pracovnice. Dílčím cílem bylo zmapovat pohled a zkušenosti uživatelů/uživatelek týkající se činnosti sociálního pracovníka/sociální pracovnice. Bakalářská práce se snaží nalézt úskalí tohoto povolání. Účelem rozhovorů s klienty bylo zjistit, jak klienti terapeutické komunity sociálního pracovníka vnímají, a zdali jej považují za důležitého člena týmu. Výzkumná část bakalářské práce byla vedena formou polo-strukturovaných rozhovorů s klienty terapeutické komunity a polo-strukturovaným rozhovorem s jedním sociálním pracovníkem, vykonávajícím v terapeutické komunitě sociální práci. Výsledky bakalářské práce je možné využít k zmapování teorií a metod sociální práce v praxi. Současně mohou sloužit jako zpětná vazba pro zařízení, kde bude výzkum realizován, potažmo pro sociálního pracovníka, zda používané teorie a metody vedou ke kladnému přijetí ze strany klientů.

Klíčová slova: sociální práce, sociální pracovník, terapeutická komunita

Abstract

This bachelor thesis is focused on social work in therapeutic community. The concept of therapeutic community is often automatically connected with an addiction to narcotic drugs and psychotropic substances, although the therapeutic community for addicts is not the only type. This work is still focused primarily on the topic of therapeutic communities for drug addicts for one simple reason because research was taken place in this institution. In this thesis is explained not only the concept (therapeutic community), but it is also about the position of social worker in the therapeutic community and what work social worker performs in a therapeutic community.

The theoretical part is divided into two major sub-chapters, one of which deals with social work, its specifics, methods, dilemmas. It tries to explore it in depth, as well as social work in the community. The second sub-chapter is focused on therapeutic community, history of therapeutic community, types of clients visiting this facility, as well as the specifics of the various phases of treatment for people who were addicted to narcotic and psychotropic substances.

The aim of this research was to approach the job of a social worker in this specific facility to the wider public. Bachelor thesis is trying to find difficulties of this profession. The purpose of the interviews with clients was to determine how the clients of therapeutic community perceive a social worker and whether social worker is considered as an important member of team. The research part of this thesis was conducted through semi-structured interviews with one social worker engaged in a therapeutic community social work. Results of this thesis can be used for mapping the theories and methods of social work practice. Simultaneously the results can serve as a feedback for the facility where the research will be carried out, by extension for the social worker, whether used theories and methods lead to the positive acceptance by clients.

Key words: social work, social worker, therapeutic community

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2015

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní doktorce Lence Maňhové za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, čas a podklady, které mi poskytla k zapůjčení. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a pomoc při studiu a svému příteli za trpělivost, kterou se mnou měl během doby mého studia, a především během celého zápočtového a zkouškového období. Taktéž děkuji respondentům za pomoc s výzkumem.

Obsah

1	Současný stav dané problematiky	9
1.1	Sociální práce.....	9
1.1.1	Historie sociální práce	10
1.1.1.1	Historie sociální práce ve světě.....	10
1.1.1.2	Historie sociální práce v českých zemích	11
1.1.2	Dilemata sociální práce	13
1.1.3	Teorie a přístupy sociální práce.....	14
1.1.4	Metody a techniky sociální práce	15
1.1.5	Komunikace v sociální práci	17
1.1.6	Cíle sociální práce	18
1.2	Sociální pracovník	19
1.2.1	Práva a povinnosti sociálního pracovníka	20
1.2.2	Role sociálního pracovníka	21
1.3	Terapeutická komunita	23
1.3.1	Pojem terapeutická komunita	23
1.3.2	Historie terapeutických komunit	25
1.3.3	Tým terapeutické komunity.....	27
1.3.4	Klienti terapeutické komunity	28
1.3.5	Pravidla a normy terapeutické komunity.....	31
1.3.6	Průběh a délka léčby v terapeutické komunitě	32
2	Cíl práce a hlavní výzkumná otázka	36
3	Metodika výzkumu.....	37
3.1	Metody a techniky užití ve výzkumu	37

3.2	Charakteristika respondentů	38
3.3	Charakteristika sociální pracovníce	39
3.4	Realizace výzkumu	39
4	Výsledky	44
4.1	Rozhovor s klienty terapeutické komunity	44
4.1.1	Spolupráce se sociální pracovnící	44
4.1.2	Profese sociální pracovníce	48
4.1.3	Sociální pracovníce v terapeutické komunitě	48
4.2	Rozhovor se sociální pracovnící	50
4.2.1	Činnost a role sociálního pracovníka/sociální pracovníce	51
4.2.2	Metody, techniky a přístupy sociální práce	53
4.2.3	Dilemata v sociální práci	55
5	Diskuze	57
6	Závěr	62

Úvod

„V komunitě a skrze komunitu lze dojít ke spáse světa. Nic není důležitější. Přesto je téměř nemožné komunitu smysluplně popsat někomu, kdo ji nikdy nezažil...“

M. Scott Peck

Popsat sociální práci v terapeutické komunitě dle mého názoru nejde výstižněji, než tímto mottem: Terapeutická komunita je svět sám o sobě, o kterém nejvíce ví klienti a terapeutický tým. Tento svět se lidem, kteří nikdy zkušenost s omamnými psychotropními látkami nebo s duševní nemocí neměli, zdá příliš vzdálený a nepochopitelný.

Téma mé bakalářské práce, Sociální práce v terapeutické komunitě je pro mě výzvou. Dle mého názoru se dané problematice nepřikládá ve společnosti tolik pozornosti, kolik by zasluhovala. Svou roli při výběru tohoto tématu hrála také touha proniknout hlouběji do probírané tematiky.

Terapeutická komunita hraje ve společnosti svou nezastupitelnou roli. Pro mnoho lidí se stává ostrovem naděje. Některým se podaří tento ostrov propojit s kontinentem, kdežto druzí na něj nemusí ani doplavat.

Mnoho lidí má stále o terapeutické komunitě zkreslené mínění. Jedním z cílů této práce proto bylo přiblížit chod a zvyky terapeutické komunity i lidem, kteří nemají o sociální práci v terapeutické komunitě jasnější představy. Vzhledem k tomu, že výzkum bude probíhat pouze v jednom konkrétním zařízení, bych ráda přiblížila výzkumnou terapeutickou komunitu. Věřím, že se mi podaří zjistit vše, co budu potřebovat k výzkumu a výsledky poslouží jako zpětná vazba pro zařízení, ve kterém bude výzkum realizován.

1 Současný stav dané problematiky

Sociální práce v dnešním pojetí se vyvinula na konci 19., a především ve 20. století. V předchozích stoletích byla sociální pomoc nejprve poskytována rodinou, církevní charitou, později sociální pomoc začaly poskytovat obce a též byla poskytována politikou státu. Nyní se především zdůrazňuje potřeba empirického nebo teoretického zdůvodňování praxe sociálních pracovníků (Navrátil, Matoušek, 2013). Jedinečnost využití teorií v oboru sociální práce spočívá především v přizpůsobení se obtížným situacím klientů (Navrátil a Matoušek, 2013)

Nynějším trendem práce s uživateli drog je orientace některých služeb na znevýhodněné skupiny obyvatel, jako jsou těhotné ženy, popřípadě ženy s malými dětmi. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005). V posledních letech tento trend můžeme sledovat i v terapeutických komunitách, čímž se stávají více otevřenými (Nevšímal, 2004). Problémem stále zůstává absence zařízení pro romské uživatele drog (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

Při práci s klienty, kteří právě nastoupili do terapeutické komunity, musí být sociální pracovníci zvláště opatrní. Klienti mohou mít ze začátku problémy zvyknout si na nový režim jejich života (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005). Přestože sociální pracovníci činí rozhodnutí, která jsou častokrát velmi závažná, provádějí je pouze na základě ne stoprocentních analýz. Sociální pracovníci by tedy neměli zapomínat, že teorie nejsou jediným zdrojem sociální práce, a do praxe sociálního pracovníka musí být též zahrnuto důslednější a citlivější rozpoznávání hledisek, ovlivňujících jejich praxi (Navrátil a Matoušek, 2013).

1.1 Sociální práce

Sociální práce jako profese se zaměřuje především na pomoc, podporu vedení a posílení sociálních klientů, kterými mohou být jednotlivci, rodina, skupina, komunita a instituce. Cílem je zlepšení anebo obnovení psycho-sociálního fungování klientů a

utváření příznivých životných podmínek pro tento cíl (Mátel, 2013). Klient v sociální práci má na starosti činit vlastní rozhodnutí a nalézt řešení problémů, bez ohledu na to, zda sociální pracovník souhlasí s jeho postupem (Allen, 2012).

Mezinárodní federace sociálních pracovníků definuje sociální práci jako profesní a vědeckou disciplínu podporující sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost, posílení a svobodu lidí. Mezi principy sociální práce patří principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní odpovědnosti a respektu k rozmanitosti. Tyto principy jsou podpořeny teoriemi sociální práce, sociálních a humanitních věd a přirozených znalostí. Sociální práce zapojuje lidi při řešení životních problémů (IFSW, 2014).

Matoušek naopak definuje sociální práci jako: *„Společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Opírá se jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu“* (Matoušek b, 2003, str. 213).

Je známým faktem, že sociální práce vzešla z humanistických a demokratických idejí a její hodnoty jsou založeny na účtě v rovnost, hodnotu a důstojnost všech lidí. (Definice sociální práce, 2005). Jednou z hlavních zásad sociální práce je respektování práva klienta na sebeurčení (Miller, 2015).

1.1.1 Historie sociální práce

1.1.1.1 Historie sociální práce ve světě

„Sociální práce má velmi zajímavou historii, z které je zřetelné, jak dlouho se vyvíjela, jaké byly její milníky a kdo ji vytvářel. Na jejím počátku i v současnosti se klade velký důraz na pomoc bližnímu“ (Gulová, 2011, str. 45).

Již od nepaměti se představitelé státu zajímali o potřebné, vytvářeli nové zákony a ochraňovali slabé občany (Gulová, 2011). Ve starém Egyptě byla starost o chudé jednou ze součástí výkonu moci vladaře (Doležel, 2013). V židovské komunitě existoval ve starověku systém veřejné, úřední dobročinnosti. Nárok na podporu z prostředků obce měli nejprve chudí pocházející z toho místa. Všichni místní obyvatelé museli jednou týdně odevzdávat své příspěvky dvěma výběřčím. Podpora se udělovala

v takové výši, aby pokryla náklady chudých obyvatel na jídlo na 7 dní. Lidé žebrající po domech byli z tohoto systému vyloučeni (Doležel, 2013).

Středověk hlásal, že Bůh se postará o chudé (Gulová, 2011). V této době se začalo prosazovat klášterní mnišství (Doležel, 2013). Taktéž vznikala řada nových řeholních komunit, které považovaly provoz špitálů za svůj primární úkol. Vznikala četná zbožná bratrstva, jejichž členové měli na starost chudinské útulky, zakládali špitály, pečovali v nich o potřebné nebo navštěvovali chudé v domácnostech. Svou roli v této době také sehrála ženská společenství bekyň. Vdovy nebo svobodné dívky žily v komunitách bez nutnosti skládat řeholní slib na tzv. bekyňských dvorech. Vzdělávaly dívky, pečovaly o nemocné a umírající v domácnostech, a též pečovaly o chudé. Tyto ženy také vedly špitály (Doležel, 2013).

Na přelomu 14. a 15. století nastaly další výrazné změny v systémech chudinské pomoci. Docházelo k postupnému vytlačování řeholních řádů a začala se formulovat pravidla podle hlasu měšťanstva (Doležel, 2013). „*Období renesance a novověku vnímá stát jako lidský výtvar, který se mění podle potřeb národa. Po Velké francouzské revoluci se objevuje důraz na svobodu člověka, jeho rozhodování, stát se chápe jako společenská smlouva*“ (Gulová, 2011, str. 46). „*Devatenácté století je dobou, kdy se v Evropě definitivně stává stát konečným garantem péče o sociálně vyloučené, který přitom spolupracuje s církevními, případně jinými nestátními organizacemi*“ (Doležel, Matoušek, 2013, str. 188).

1.1.1.2 Historie sociální práce v českých zemích

Kmen byl základní sociální organizací našich předků. Život v kmenech dával našim předkům naději na překonání různých těžkostí. (Matoušek, Doležel, 2013). Ve středověku byly hrozbou pro lidi nedostatek potravy, epidemie a války. Chudoba byla pro křesťana přínosná. Usnadňovala kontakt s Bohem. Postižení a nemoc byly brány jako příznak Boží nemilosti či hříchu (Matoušek, Doležel, 2013). Od šlechty se ve středověku očekávalo, že bude pečovat o své poddané. Podporovala tedy kláštery, které se zabývaly charitativní činností. (Matoušek, Doležel, 2013). V pohusitské Praze začala

vznikat špitální zařízení. Život v těchto zařízeních nebyl jednoduchý. Chovancům bylo poskytnuto pouze přístřeší, a ostatní věci si ve většině případů museli vyžebrať (Matoušek, Doležel, 2013). Koncem středověku vznikaly řemeslnické a obchodnické cechy, které hájily zájmy svých členů. Podpory se dostalo v těžkostech jak členům, tak i jejich rodinám (Matoušek, Doležel, 2013).

V rané novověké společnosti se sociálně vyloučenými stávali ti, kteří z nějakého důvodu „ztratili čest“, nebo ti, kdo se jako sociálně vyloučení již narodili. Chudoba hrozila ve větší míře ženám (Matoušek, Doležel, 2013). *„Od 15. století se u nás usazovaly komunity Židů, jejichž vnitřní solidarita byla velmi silná. Náboženské obce byly schopné podporovat nejen své členy, ale i Židy z jiných obcí“* (Matoušek, Doležel, 2013, str. 196).

Špitál začal být za vlády Josefa II. nahrazován specializovanými ústavami pro „opuštěnou mládež“, pro „nemocné zbavené prostředků“, pro „osoby zcela neschopné, jež jsou ostatním jen na škodu nebo odporné“. Přijetí do těchto ústavů bylo podmíněno osvědčením o chudobě, které vystavoval farář (Matoušek, Doležel, 2013).

Zákony vydané v druhé polovině 19. století předepisovaly obcím povinnost poskytovat péči chudým lidem. O chudé bylo buď pečováno v chudobincích, starobincích či prostřednictvím naturální či peněžité dávky (Matoušek, Doležel, 2013)

Po roce 1918 se stal zřizovatelem sociálních služeb stát. Služby byly převážně ústavní. Obecní úřady poskytovaly též materiální a finanční pomoc. Pro nezaměstnané byly zřizovány stravovny a noclehárny. Taktéž byly nezaměstnaným vydávány poukázky na jídlo (Matoušek, Doležel, 2013). *„V republice působily národní i mezinárodní charitativní organizace. Nestátní charitativní organizace se angažovaly v péči o děti, mládež a staré lidi. V první republice byly zakládány střední školy a nástavbové vyšší školy vzdělávající sociální pracovníky. Vznikla i profesní organizace sociálních pracovníků“* (Matoušek, Doležel, 2013, str. 199).

Totalitní stát po převzetí moci komunisty přebral a začal řídit všechny druhy sociálních služeb, které byly dříve nestátní. Národní výbory poskytovaly v rámci individuální sociální péče jednorázové či opakované finanční dávky. Sociální služby pro lidi vážně znevýhodněné poskytovaly ústavy sociální péče. Vzdělávání sociálních

pracovníků zůstalo po roce 1948 na středoškolské úrovni a bylo orientováno na administrativní činnosti (Matoušek, Doležel, 2013).

1.1.2 Dilemata sociální práce

Dilemata se v sociální práci poprvé objevila v 19. století, a v plném rozsahu se objevila ve století 20. Chápeme je jako řadu protichůdných tendencí (Matoušek a kol, 2012) Holá uvádí: „*Etická dilemata jsou v řešení konfliktu nevyhnutelná tím, jak se strany snaží hájit své zájmy*“ (Holá, 2011, str. 27).

Existují tři podmínky, které musí být přítomny, abychom mohli o stavu sociálního pracovníka hovořit jako o dilematu. První podmínkou je povinnost sociálního pracovníka udělat rozhodnutí o lepším postupu. Druhou podmínkou je možnost výběru sociálním pracovníkem. Třetí podmínkou je ohrožení některého etického principu (Allen, 2012).

Existuje několik různých dilemat sociální práce. První z dilemat je *Formalizace a deformalizace*. Dilema můžeme v tomto případě vidět v tom, jestli má být sociální práce převedena do rukou veřejných, územních a státních institucí nebo zdali se má věcem nechat volný průběh (Matoušek a kol., 2012).

Dalším typem dilematu je dilema nazývaní se *Profesionalizace a deprofesionalizace*. Profesionalizaci můžeme chápat jako určitou normu, kdy se sociální práci mohou věnovat pouze profesionálové se sociálním vzděláním, kdežto deprofesionalizace znamená, že se sociální práci může věnovat i laik (Matoušek a kol., 2012). Typ dilematu *Normativnost a nenormativnost* se vyznačuje tím, že normativnost znamená pro sociální práci pomoc lidem, kteří jsou mimo většinovou společnost, aby se jí přizpůsobili (Matoušek a kol., 2012). Dilema *Pomoc a kontrola* je především dilematem sociálních pracovníků a nadřízených orgánů země. Sociální pracovníci si na jedné straně uvědomují, že jejich cílem je pomáhat klientům, na straně druhé politici považují za cíl sociální práce sociální kontrolu (Matoušek a kol., 2012).

Dalším dilematem je *Polyvalence a specializace*. Specializace znamená, že se sociální pracovník specializuje na jeden konkrétní sociální problém, nebo jedno z jeho hledisek. Polyvalence naopak znamená, že sociální pracovník poskytuje služby

klientům, kteří se ocitli v rozmanitých životních situacích (Matoušek a kol.).

Posledním typem dilematu je *Sociální práce jako věda a umění*. Na jedné straně můžeme sociální práci chápat jako vědu, jelikož obsahuje teorie, a také vytváří teorie nové, které vysvětlují řešení různých problémů. Ať již individuálních nebo skupinových. Sociální práci jako umění můžeme chápat jako dovednost o porozumění potřeb druhých, a zároveň schopnost pomáhat lidem takovým způsobem, aby se na naší pomoci nestali závislí (Matoušek a kol., 2012).

Nejčastějšími příčinami problémů a dilemat je v první řadě nedostatek zkušeností a znalostí pracovníka, který se nejvíce projeví v nové situaci (Banksová, 2011).

1.1.3 Teorie a přístupy sociální práce

Jako hlavní přístup sociální práce s uživateli drog můžeme brát motivační rozhovor. Jak uvádí Matoušek, Koláčková a Kodymová, výhodou motivačního rozhovoru je, že jej můžeme uplatnit ve všech fázích práce s klientem. Motivační rozhovor je vlastně souborem komunikačních strategií vedení rozhovoru, které jsou zaměřeny na vyvolání změny v závislém chování (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005). „*Motivační rozhovor je speciální technikou, která je zvláště vhodná k práci s klienty, kteří se nemohou odhodlat ke změně. Motivační rozhovor pomáhá klientovi poznat existující či blížící se problém a začít s ním něco dělat*“ (Kasalová, 2012, str. 36). Pracovník nechává odpovědnost za změnu na klientovi, motivační rozhovor je tak spíše podporující než donucující. Cílem motivačního rozhovoru je posílit klientovu vnitřní motivaci. Výsledná změna je pak výsledkem proměny klientova postoje a jeho rozhodnutí (Kasalová, 2012). V praxi můžeme vyzorovat více typů sledování rozhovoru podle definovaných přístupů, cílů a metod práce s klientem. Mezi velmi využívané přístupy v sociální práci patří:

1. Systemický přístup, ve kterém má hlavní roli dialog mezi sociálním pracovníkem a klientem. Sociální terapeut je součástí kontextu, odpovědnost za řešení problému náleží klientovi (Kappl a Kučírek, 2013).

2. Narativní přístup, jehož cílem je pomoc klientům při pochopení jejich životního příběhu a pomoc při nacházení jeho nových variant. Klient je tvůrcem svého životního

příběhu a názor sociálního pracovníka je brán pouze jako jeden z mnoha (Kappl a Kučírek, 2013).

3. Systémový přístup vychází z teze, že lidé jsou při svém rozhodování ovlivněni pozicí a pravidly jejich členských systémů. Sociální pracovník by se měl pokusit změnit prostřednictvím komunikace vzorce pravidel, aby vyhovovala více lidem (Kappl a Kučírek, 2013).

4. Přístup zaměřený na osobu je důležitý v tom, že sociální pracovník musí umět empaticky naslouchat. Ohniskem pozornosti je vnitřní svět klienta. Klient má při tomto přístupu úplnou kontrolu nad průběhem sezení (Kappl a Kučírek, 2013).

5. Transakční analýza je přístup zaměřený na lidskou komunikaci. Ke komunikaci můžeme přistupovat ze tří eko-stavů, jako „rodič“, „dítě“, „dospělý“. Mezi těmito stavy můžeme různě přecházet. Nepatřičné křížení („dítě-dospělý“) vede ke konfliktním stavům (Kappl a Kučírek, 2013).

6. Kognitivně-behaviorální terapie bere klientovy myšlenky jako aspekty ovlivňující jeho pocity a chování. Negativní vzorce chování (deprese) se snaží sociální pracovník nahradit pozitivními. Tato terapie řeší problémy, které se objevují v současnosti, nezajímá ji minulost (Kappl a Kučírek, 2013).

7. Antiopresivní přístup věnuje pozornost útlaku jednotlivých sociálních a kulturních skupin. Zaměřuje se na odstranění útlaku a diskriminace lidí nebo skupin obyvatel. Mezi základní hodnoty patří spravedlnost, rovnost a participace (Navrátil, 2013).

1.1.4 Metody a techniky sociální práce

Metody a techniky práce sociálního pracovníka s klientem jsou vždy závislé na povaze klienta, na jeho zkušenostech. Také je důležité rozlišovat, či metody a techniky aplikujeme pouze na jednotlivce nebo je aplikujeme na celou skupinu.

Jednou z metod práce klienta a sociálního pracovníka je případová práce. Případovou práci můžeme chápat práci s jednotlivcem. Pokud se do této práce zapojí jiní lidé nebo celé skupiny, představují zdroje (Matoušek, 2013). Případovou práci můžeme chápat jako proces, ve kterém se setkává sociální pracovník a klient jako dvě

rovnocenné lidské bytosti (Matoušek, 2013). V případové práci už bývají formulovány specifické cíle dle toho, s jakým problémem klient za sociálním pracovníkem přišel. K nespecifickým cílům můžeme přiřadit zlepšené sociální fungování, posílení schopnosti klienta řešit problémy a také zvýšení klientovy sebedůvěry (Matoušek, 2013).

Mezi další metodu, potažmo techniku sociální práce, můžeme přiřadit sociální terapii. Dle Zakouřilové je sociální terapie druhem odborné intervence. Chce podporovat žádoucí změny v chování klienta i v jeho sociálním okolí a řešit situaci, která ohrožuje klienta a předcházet vzniku rizikového chování (Zakouřilová, 2013).

Mezi specifickou komunikační techniku můžeme zařadit aktivní naslouchání. Cílem této techniky je maximálně pozorné vnímání druhého člověka při tom, co potřebuje a zároveň chce sdělit, a také poskytnutí kvalitní zpětné vazby. Mezi rizika této techniky patří osobní předsudky, stereotypy a jiná schémata vnímání (Kapl, Janebová, 2013). Další technikou, využívanou také v terapeutické komunitě, je sociální práce s jedinci ve skupinách. Tato metoda je dle Nedělníkové velmi užitečná, protože klienti se mezi sebou mohou obohacovat, jelikož každý z nich má rozdílné životní zkušenosti a může tím pádem ovlivnit situaci více osob současně (Nedělníková, 2013). Mezi nevýhody této techniky patří, že sociální pracovník nemá pod kontrolou diskrétnost a bezpečí klientů. Ne každému také může účast ve skupině vyhovovat. Zejména pro uzavřené lidi je problematickou (Nedělníková, 2013).

Kvalifikovaná práce s rodinou vyžaduje od sociálního pracovníka, aby si teorii i její aplikaci osvojil soustavným výcvikem. Dle zjištění sociálních pracovníků si rodiny často nepřejí hovořit o problémech, neboť se obávají následků z toho plynoucích. Sociální pracovníci si uvědomují, že je pro rodinu lepší zvyšovat pocit bezpečí, jelikož se při tomto pocitu oslabí tendence uzavřenosti v komunikaci před sociálním pracovníkem. Cílem rodinné sociální terapie je při konfliktech zájmů najít mezi členy rodiny vhodný konsensus (Matoušek a kol. a, 2003).

Skupiny ve většině případů fungují pod vedením sociálního pracovníka. Sdílení svých problémů s dalšími lidmi, kteří se ocitají v podobné životní situaci, je pro klienty

přínosem. Skupinová sociální pracovníci mají rozličné zaměření a sociální práci vykonávají dle různých teoretických osnov (Matoušek a kol. a, 2003).

Důležitou roli v metodách a technikách sociální práce hraje rozhovor, který je základním nástrojem sociálního pracovníka. Před jeho uskutečněním je dobré si připravit způsob sezení a „naladit se“ na něj. V komunikaci s klienty se používají dva druhy otázek: uzavřené a otevřené. Na uzavřené otázky klient odpovídá pouze „ano“ nebo „ne“. Při otevřených otázkách dává pracovník možnost klientovi vyprávět svůj příběh (Kasalová, 2012).

1.1.5 Komunikace v sociální práci

Slovo komunikace vzniklo z latinského *communicare* a znamená: radit se s někým, dorozumívat se, ale také styk, souvislost a spojení (Kasalová, 2012). Matoušek vnímá komunikaci jako obecné sdělování informací. Komunikace mezi lidmi má vždy stránku obsahovou a stránku vztahovou. Komunikaci můžeme také brát jako sociální jednání ustanovující vždy nějakou formu společenství a v některých případech i ustavující realitu (Matoušek b, 2003).

Důležitou formou komunikace je rozhovor. Jak uvádí Kasalová: *„Rozhovor je dynamický proces, při kterém předává jedna osoba své informace, myšlenky, sdělení a podněty druhé osobě nebo menší skupince lidí. Odehrává se obvykle formou otázek a odpovědí na schůzce „tazatele“ s „tázaným“. Pocity jsou u rozhovoru důležitější než skutečný obsah sdělení“* (Kasalová, 2012, str. 18). Vzhledem k tomu, že ve většině případů je komunikace oboustranný proces, existuje mezi odesílatelem (sociálním pracovníkem) a příjemcem (klientem) zpětná vazba. Ta sociálnímu pracovníkovi dává signál, jestli jeho sdělení bylo klientem přijato a jestli mu porozuměl, jestli se sdělením souhlasí či nesouhlasí a zda sdělení vyvolalo očekávanou reakci (Kasalová, 2012).

Rozlišujeme dva typy zpětné vazby. *Pozitivní zpětnou vazbu*, která vede především k posilování určitého chování a *negativní zpětnou vazbu*, vedoucí k zeslabení daného chování (Kasalová, 2012). Kasalová dále uvádí, že *„v procesu komunikace mezi pracovníkem a klientem vznikají dorozumění i nedorozumění, která jsou podnětná a užitečná. Komunikaci v profesionálním vztahu ovlivňují hranice, které slouží k vymezení*

spolupráce, vyjasnění rolí a stanovují způsob, kterým bude spolupráce probíhat“ (Kasalová, 2012, str. 34). Při komunikaci s klientem, který prožívá obtížnou, tíživou a mnohdy pro něj neřešitelnou situaci (což se týká také klientů terapeutické komunity), by měl být pracovník zvláště vnímavý ke klientovým emocím (Kasalová, 2012). Způsob, jakým komunikace mezi sociálním pracovníkem a klientem probíhá, závisí na tom, zda převládá v intervenci pomoc nebo moc. Dalším kritériem je, jestli je sociální pracovník aktivní nebo pasivní při získávání informací (u příliš aktivního pracovníka hrozí, že klient bude mít málo prostoru k tomu, aby vyjádřil svůj problém, své potřeby a očekávání) (Kasalová, 2012).

1.1.6 Cíle sociální práce

Každé zařízení poskytující sociální služby by mělo mít platný popis předpokládaných výsledků, které by měly být konkrétně a realisticky formulovány. Cíle by měly vycházet z poslání dané organizace (Matoušek b, 2003).

Cílem sociální práce by mělo být podpoření schopností klienta v řešení problému, adaptaci na nároky a vyvíjení se. Dalším cílem je zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami poskytujícími zdroje, služby a potřebné příležitosti. Napomáhat, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně, rozvíjet a zlepšovat sociální politiku (Matoušek a kol. a, 2003).

V zemích Evropské unie, tzn. i v České republice, jsou definovány zásady léčení závislostí na drogách. Matoušek Koláčková a Kodymová uvádí tři zásady. První zásadou je, že účinnost musí být dostupná a dostupnost musí být účinná. Postupy, které nejsou účinné, by se tedy měly co nejvíce vyeliminovat. Druhou zásadou je, že by se měly odstranit překážky, které brání tomu, aby klient včas vyhledal odbornou pomoc sociálního pracovníka, popřípadě léčebnou pomoc. Včasná léčba je totiž daleko účinnější, než pozdní. Třetí zásadou je, že léčba by měla být dotažena vždy do konce, jelikož poté není tak velká pravděpodobnost, že dojde k relapsu klienta (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

1.2 Sociální pracovník

„Profese sociálního pracovníka vznikla jako reakce na potřebu řešit nové nepříznivé sociální situace, které způsobují problémy nejen jednotlivci, ale také celé společnosti“ (Hanuš, 2007, str. 5). *„Sociální pracovník ve velké většině případů zprostředkovává sociální služby a pomáhá osobě, která je potřebuje, zvolit optimální škálu služeb, jež jí budou poskytovány“* (Matoušek a kol, 2007, str. 47).

Postup sociálního pracovníka se občas označuje jako „katalytický“, jelikož sociální pracovník zde působí podobně jako katalyzátor v chemické reakci. Svou činností totiž umožňuje a usměrňuje průběh reakce (řešení případu), přestože se jí nijak neúčastní a sám se jejím průběhem nijak nemění (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011).

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy (řešení hmotné nouze či sociálně právních problémů v zařízeních sociální péče), sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci (Matoušek a kol., 2007; Sociální pracovník, 2005).

Matoušek tvrdí: *„Sociální pracovník také pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky“* (Matoušek b, 2003, str. 213).

Sociální pracovníky můžeme dělit na „angažované“ a „neangažované“, a to podle způsobu zaujetí vlastní prací a uměním pomáhat. Neangažovaný pracovník vnímá svou práci *„jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o klienta“*. Tito pracovníci nevzbuzují v klientech důvěru, ale ani respekt (Hauke, 2012). Angažovaný pracovník je vedený skutečnou snahou pomáhat, vnímá klienta jako jedinečnou a neopakovatelnou bytost, dává najevo porozumění a nabízí profesionální i lidskou pomoc (Hauke, 2012)

Je důležité, aby pracovník přemýšlel nad tím, proč svou práci dělá a proč ji dělá právě tak, a ne jinak. Zneužíváním moci se jeví moment, kdy přebírá kontrolu nad uživatelem ve chvíli, kdy by se měli pohybovat na poli spolupráce. Nesmíme však

zapomínat, že sociální pracovník nese obrovskou zodpovědnost vůči čtyřem subjektům – vůči klientovi, svému zaměstnavateli, společnosti i vůči sobě samému – a každý z těchto subjektů má na pracovníka jiné požadavky (Hauke, 2012).

Při práci s uživatelem jde především o vytvoření rámce důvěry a bezpečí. Nemůžeme mu vnucovat naše představy o tom, jak by měl vypadat jeho život a co by měl po nás chtít, případně, jak by se měl chovat (Hauke, 2012). Klient má na starosti činit vlastní rozhodnutí a nalézt řešení problémů, bez ohledu na to, zda sociální pracovník souhlasí s jeho postupem. Sociální pracovník může poskytnout návod a pomáhá klientům prozkoumat jejich možnosti, ale nemůže dovolit, aby jeho vlastní názory a osobní zaujatosti ovlivňovaly klienta (Miller, 2015).

1.2.1 Práva a povinnosti sociálního pracovníka

Sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Institucionální rámec je důležitý, protože sociální pracovník zasahuje do života klientů a je potřeba, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní. Odhaluje také detaily ze života klientů, proto jsou důležitá pravidla, která zajišťují klientům ochranu (Role sociálního pracovníka).

„V ideálním případě se práva a povinnosti, které patří k roli sociálního pracovníka, vzájemně doplňují. V praxi však mnohdy dochází k jejich konfliktu. Potom se musí něčemu dát přednost. V této souvislosti se častokrát zmiňuje rozdíl mezi defenzivní a reflexivní praxí“ (Matoušek a kol. a, 2003, str. 45). Při defenzivní praxi sociální pracovník jedná podle předpisů a plní své povinnosti, které má definovány jak zaměstnavatelem, tak i zákonem. Postupy ho omezují, na druhé straně zároveň chrání před vlastní odpovědností. Jsou zavedena pravidla pro práci. Pracovníci tedy vědí, na základě čeho hodnotit situaci a jakými zdroji dosáhnou daných cílů (Matoušek a kol. a, 2003). Při reflexivní praxi dokáže sociální pracovník identifikovat etická dilemata, ale i jejich vznik. Je si jistější svými osobními hodnotami, hodnotami profese i tím, jak je projevat v praxi. Uvědomuje si možný konflikt, který může nastat mezi osobními hodnotami, profesními hodnotami a hodnotami zaměstnavatele. Takovýto sociální

pracovník je schopen nést morální zodpovědnost za svá rozhodnutí (Matoušek a kol. a, 2003).

Každý sociální pracovník by měl vědět, že jeho práva a povinnosti jsou shrnuta v Etickém kodexu sociálních pracovníků České republiky. Etický kodex je rozdělen na etické zásady a pravidla etického chování sociálního pracovníka (viz. Příloha č. 3.).

Vznik etického kodexu nebyl jednoduchý. Promítala se do něj jak osobnost pracovníka, klienta, tak jedinečnost každého individuálního případu (Gulová, 2011). První snahy se datují do třicátých let dvacátého století. Etický kodex byl vytvořen v roce 1976 a v roce 1988 přepracován Mezinárodní federací sociálních pracovníků. V roce 1990 byla ustanovena Deklarace etických principů sociální práce, v roce 1992 byly oba výše zmíněné návrhy sjednoceny (Gulová, 2011).

Výsledný dokument obsahuje devět zásad sociální práce. Mezi tyto zásady patří:

1. Nezávislost
2. Osvobození od represe a podřadných životních podmínek
3. Protidiskriminační přístup
4. Demokracie a lidská práva
5. Spoluúčast klientů
6. Ochrana integrity klientů
7. Sebeurčení
8. Odpor proti násilí
9. Osobní zodpovědnost (Gulová, 2011).

1.2.2 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovníci vykonávají při své profesní činnosti řadu rolí, které se vzájemně prolínají. Existuje několik typů, které se vzájemně odlišují. V praxi může jeden nebo druhý typ převládat, čistý typ nejspíš neexistuje (Řezníček, 1994). Autor dále uvádí 9 typů sociálních pracovníků:

1. *Pečovatel* nebo *poskytovatel služeb* pomáhá klientům v jejich denním životě, pokud sami nemohou vykonávat důležité činnosti. Tyto služby se poskytují v pobytovém zařízení nebo v domácnostech klientů.

2. *Zprostředkovatel služeb* pomáhá klientům získat kontakt s potřebnými sociálními zařízeními, případně jinými zdroji pomoci.

3. *Cvičitel (učitel) sociální adaptace* pomáhá klientům modifikovat jejich cíle tak, aby mohli účinněji řešit své problémy.

4. *Poradce nebo terapeut* pomáhá klientům získat nadhled na jejich postoje, Snaží se napomoci jejich osobnímu růstu nebo adaptabilnějšímu jednání.

5. *Případový manažer* usiluje o zajišťování, koordinaci, vhodný výběr a souvislé poskytování služeb u klientely s větším množstvím sociálních a zdravotních potřeb.

6. *Manažer pracovní náplně* je organizátorem. Plánuje načasování a dávkování intervence, sleduje kvalitu poskytovaných služeb a průběžně zpracovává informace. Většinou se nachází ve větších zařízeních.

7. *Personální manažer* je osoba, zajišťující výcvik a výuku, supervizi, konzultace a řízení pracovníků zařízení.

8. *Administrátor* je vedoucím pracovníkem nebo ředitelem zařízení. Plánuje, rozvíjí a zavádí způsoby práce, služby a programy v sociálních a jiných zařízeních sloužících příslušným klientům.

9. *Činitel sociálních změn* je člověk, angažující se při identifikaci a řešení širších společenských problémů. V rámci působení na sebe bere funkce analytika sociálních problémů, mobilizátora vůle komunity, skupinového advokáta a povzbuzovatele sociální iniciativy

Zdroj: Řezníček, 1994.

Sociální pracovník by měl být především profesionálem schopným reflexe. Vždy by však měl dokázat své jednání veřejně obhájit. Z hlediska způsobů přístupů k praxi definujeme čtyři typy, které se v realitě prolínají (Matoušek a kol. a, 2003):

10. *Angažovaný sociální pracovník* je pojetím rovnocenný partner, zdrojem jeho moci jsou kompetence, jak jednat v dané situaci. Uživatele služby bere jako rovnocenného partnera, klade důraz na individuální zmocnění, řídí se osobním přesvědčením. Základním principem je pro něj empatie, opravdovost, ryzost úmyslů. Vhodnou organizací je pro něj nezávislá nezisková organizace nebo svépomocná skupina (Matoušek a kol. a, 2003).

11. *Radikální sociální pracovník*, který je pojetím rovnocenný partner, zdrojem jeho moci jsou kompetence, jak jednat v dané situaci. Uživatele služby bere jako rovnocenného partnera, klade důraz na společenskou změnu, řídí se osobní ideologií. Základním principem je pro něj růst uvědomění a kolektivní akce. Vhodnou organizací je pro něj nezávislá nezisková organizace, svépomocná skupina nebo nátlaková skupina (Matoušek a kol. a, 2003).

12. *Byrokratický sociální pracovník* je pojetím úředník nebo technik, zdrojem jeho moci je role v organizaci. Uživatele služby bere jako konzumenta možností (klient si vybírá z více předložených variant), klade důraz na služební opatření (postupy), řídí se pravidly zaměstnavatele. Základním principem je pro něj povinnost organizace spravedlivě distribuovat zdroje a podporovat veřejné blaho. Vhodnou organizací je pro něj byrokratická organizace (Matoušek a kol. a, 2003).

13. *Profesionální sociální pracovník* je pojetím profesionál, zdrojem jeho moci jsou profesionální expertizy. Uživatele služby bere jako klienta, klade důraz na individuální vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem, řídí se profesním etickým kodexem. Základním principem je pro něj právo klienta na sebeurčení, akceptaci a důvěru. Vhodnou organizací je pro něj soukromá organizace, tedy místo, kde je vysoký stupeň autonomie (Matoušek a kol. a, 2003).

Osoba s vlastním morálním kodexem na sebe bere roli profesionála s profesním etickým kodexem, který přijme práci sociálního pracovníka v určité organizaci se specifickými odpovědnostmi a povinnostmi. To je dále ovlivněno a vymezeno společenskými normami, veřejným míněním a zákony (Matoušek a kol. a, 2003; Role sociálního pracovníka).

1.3 Terapeutická komunita

1.3.1 Pojem terapeutická komunita

„*Terapeutická komunita (dále jen TK) je společenství uměle vytvořené k léčebnému účelu*“ (Peč a Probstová, 2009, str. 210). Kratochvíl terapeutickou komunitu popisuje jako způsob organizace léčebné instituce (oddělení), kde se podporuje spoluúčast

klientů na plánovaných společných aktivitách, léčbě a řízení komunity (Kratochvíl, 2006). Pojem terapeutická komunita poprvé použil psychiatr Maxwel Jones koncem čtyřicátých let 20. století pro „*pojmenování způsobu organizace psychiatrické léčebny, který podporoval komunikaci personálu s pacienty, komunikaci mezi některými skupinami pracovníků a spoluúčast pacientů na léčbě*“ (Matoušek b, 2003, str. 24). Matoušek dále doplňuje, že TK je „*specifická forma organizace umožňující otevřenou komunikaci všech členů komunity*“ (Matoušek a kol. a, 2003, str. 254).

Terapeutická komunita je definována mnoha definicemi. Dovolím si jich zde pár zmínit. Dle zákona 108/2006 v platném znění terapeutické komunity „*poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života*“ (Zákon 108/2006 Sb.)

Terapeutická komunita je definována jako „*zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program. Tím je myšlena především různá pracovní a jiná činnost, což mimo jiné otevírá prostor pro to, aby do takto pojatého mikromodelu společnosti, členové TK promítali problémy i ze svého života mimo komunitu. Důraz je především kladen na vztah k lidem i k sobě samému. Komunita se nazývá terapeutickou proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též vyjádření zpětné vazby o nevhodném chování a podněcuje tak k nahlédnutí na vlastní problémy novými způsoby a také nalezení míry vlastního podílu na tvorbě takových problémů. Klientům takového společenství je umožněno zažít korektivní zkušenost a podporuje se zde nácvik vhodnějších, adaptivnějších způsobů chování*“ (Kalina, 2008, str.17)

Labáth naopak terapeutickou komunitu popisuje jako relativně stálé sdružení lidí v jednom sociálním útvaru, které má terapeutický potenciál, tj. prostřednictvím příznivé atmosféry, vztahového rámce, dvojsměrnou komunikací, spoluúčastí klientů na procese změny dosahuje léčebného účinku. Terapeutická komunita může mít i charakter terapeutického, korektivního, resocializačního, reedukačního, socializačního společenství (Labáth, 2004).

Terapeutická komunita má dvě pojetí. První, širší pojetí znamená specifickou formu organizace léčebné instituce. Pacienti přestávají být pouze pasivními příjemci medikamentů, ale stávají se aktivní silou podílející se na léčbě. Druhé, užší pojetí definuje terapeutickou komunitu jako psychoterapeutickou metodu, která využívá dynamiku malé skupiny i většího společenství. Při společném soužití vznikají různé vzájemné interakce, vyvstávají konflikty s problémy. Na tomto materiálu se pacienti učí poznávat a vyvarovat se chyb a současně si mohou osvojit nové formy chování (Hartl, 1997; Růžička, 2011; Kalina, 2008).

Zvláštním typem komunit jsou, jak píše Matoušek a Nevšimal, programy založené na nalezení víry v Boha. Denní režim se podobá tomu, jaký mají jiné komunity pro závislé. Jsou v něm však zahrnuty i meditace, modlitby a účast na mši (Matoušek, 2013; Nevšimal, 2004). Jak uvádí Nevšimal, důraz je kladen na součinnost s místní církví, v jejímž společenství také v okamžiku opouštění komunity student (v religiózních terapeutických skupinách označení pro klienta) nachází pevné vazby s lidmi, kteří závislí nikdy nebyli (Nevšimal, 2004). Kratochvíl uvádí, že se klienti v terapeutické komunitě stávají určitým způsobem také typem terapeutů, kteří se podílí na chodu komunity a z toho jim vyplývají určité povinnosti (Kratochvíl, 2006).

1.3.2 Historie terapeutických komunit

„Terapeutická komunita pro drogově závislé má svůj původ ve věčném boji člověka hledajícího jednotu mezi citem a rozumem, náboženstvím a vědou, věděním a vírou. Od počátku křesťanské éry některé židovsko-helenistické komunity usilovaly o tuto jednotu“ (Nevšimal, 2004, str. 158).

Terapeutické komunity jak je známe dnes, se vyvinuly z několika originálních experimentů na psychiatrických odděleních ve Velké Británii mezi léty 1942 a 1948. Vytvořila je skupina lékařů a pedagogů, povoláných za druhé světové války do armádních psychiatrických služeb (Kalina, 2008; Růžička, 2011). *„Můžeme definovat dvě hlavní ohniska, v nichž model TK zrál a z nichž se šířil. Jedno ohnisko bylo v okruhu léčby závislostí a druhé na psychiatricko-psychoterapeutické půdě“* (Kalina, 2008, str. 65).

V prvních desetiletích komunistického režimu se u nás model a termín terapeutické komunity začal postupně vynořovat (Kalina, 2008; Růžička, 2011). Jak dále uvádí autoři, významnou dobou pro vývoj byla uvolněnější 60. léta, kdy se tento pojem začal používat pro několik průkopnických domácích léčebných zařízení (Kalina, 2008; Růžička, 2011). Jak ještě doplňuje Kalina: „*Na prahu 70. let šlo už o pojem zcela oficiální*“ (Kalina, 2008).

„*V roce 1948 založil Jaroslav Skála při psychiatrické klinice dnešní 1. Lékařské fakulty UK v Praze a Všeobecné fakultní nemocnici první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu, známé jako Apolinář*“ (Růžička, 2011, str. 37). Kalina dodává, že „*Apolinářský model zdůrazňuje nejen individuální odpovědnost pacientů, což je v léčbě závislostí pravidlem, ale i odpovědnost kolektivní. K dalším důležitým složkám Apolinářského modelu patří pravidelná shromáždění komunity, skupinová terapie a práce s rodinou*“ (Kalina, 2008, str. 66-67). V roce 1954 byla v Lobči (mezi Mělníkem a Dubou) založena rehabilitační odbočka pražské psychiatrické kliniky pro pacienty s neurózami (Kalina, 2008; Růžička, 2011) Jak uvádí Labáth, jejím zakladatelem byl Ferdinand Knobloch (Labáth, 2004). Lobeč byla dlouhou dobu našim prvním výcvikovým centrem, v němž řada profesionálů absolvovala cvičný pobyt v roli pacienta. Odtud vycházely v druhé polovině 60. let podněty pro vznik dalších léčebných systémů, které později vznikly v Horní Palatě a Kroměříži (Kalina, 2008; Růžička, 2011).

„*Systém a model psychoterapeutického výcviku SUR je spojen se jmény Skála, Urban, Rubeš, jejichž iniciály mu daly jméno*“ (Kalina, 2008, str. 69). SUR spojoval výcvik ve skupinové psychoterapii se širším a hlubším rozměrem velké skupiny. (Kalina, 2008; Růžička, 2011). Organizace a koncepce výcvikové situace čerpala z TK, které v 60. letech v Československu existovaly. SUR vstřebával některé prvky psychoanalýzy, později skupinové analýzy, ale také humanistických, existenciálních a interpersonálních psychoterapií. Měl zásadní vliv na další vývoj terapeutických komunit (Kalina, 2008; Růžička, 2011).

V dalších desetiletích se rozvoj TK v lůžkové péči zastavil a v 90. letech zanikly i některé jejich předchůdkyně (Lobeč) (Kalina, 2008; Růžička, 2011). S myšlenkou

nabídnout první terapeutickou komunitu pro lidi závislé na nelegálních drogách přišli v roce 1991 mladí speciální pedagogové z výchovných zařízení pro mládež. Komunitu posléze vytvořili jako zařízení sociálně-rehabilitačního a výchovného typu s psychoterapeutickou složkou (Kalina, 2008; Růžička, 2011). „*Terapeutické komunity pro drogově závislé a výchovné komunity SUR a typu SUR jsou nyní v naší zemi zároveň zázemím, kde se uchovává a rozvíjí kultura terapeutických komunit obecně*“ (Kalina, 2008, str. 74; Růžička, 2011, str. 41) Je s podivem, že samostatné TK pro psychózy a poruchy osobnosti vznikly teprve nedávno (Kalina, 2008, str. 74; Růžička, 2011).

1.3.3 Tým terapeutické komunity

„*Důležitou charakteristikou je, že týmy v TK pro drogově závislé jsou smíšené. Pracují v nich jak profesionálové, tak neprofesionálové, bývalí uživatelé drog, většinou absolventi TK*“ (Kalina, 2008, str. 219). V Evropě je tým TK dobře organizovanou pracovní skupinou. „*Má jasně stanovené pravomoci, odpovědnosti a vedení, udržuje loajalitu vůči cílům a závazkům, ale je také hodně založená na důvěře, respektu, otevřené komunikaci a vzájemné spolupráci jednotlivých členů*“ (Kalina, 2008, str. 219).

Kromě sociálního pracovníka, o kterém jsem se zmínila již výše, do týmu terapeutické komunity patří ještě další členi. Vedoucí terapeutické komunity má významný vliv na spolupráci či nespoleupráci terapeutického týmu, a také na proces a výsledky. Pozice vedoucího pracovníka je v terapeutické komunitě složitá. Kromě manažerských schopností by měl mít především vysokou odolnost proti emocionálnímu tlaku ze strany klientů i ostatních členů týmu. Měl by umět celý tým (i v době případného nepříznivého období) podržet a dodat mu chuť a elán do další práce (Broža, 2007).

Ve většině komunit jsou zaměstnáni i pracovní terapeuti. Mívají na starost veškerou organizaci činností souvisejících s běžným chodem komunity (péče o dům, zahradu, praní,...) Požadavky na jejich roli jsou jiné než na terapeuta. Terapeut má být empatický, vstřícný, plný porozumění. Pracovní terapeut má být především člověkem,

který je srozumitelný a pevný ve svých postojích a požadavcích (Broža, 2007). Exuser (bývalý uživatel drog) je pro klienty významným především svou zpracovanou předchozí zkušeností. Ne každý bývalý uživatel návykové látky se hodí pro práci v komunitě. Jeho zkušenost léčby musí vycházet z podobných principů, jaké využívá komunita, kde působí (Broža, 2007). Po určité době osobnostního rozvoje může dojít k opravdovému odpoutání se od drogového světa a exuser přirozeně opouští komunitu. Pokud jej práce zaujme, po nějaké době se stane naprosto rovnocenným terapeutem komunity (Broža, 2007). Jak dále uvádí Broža, *„terapeutický tým je tím, co vytváří hodnotu terapeutické komunity a její užitečnosti pro klienty. Udržet terapeutický tým v optimální podobě je především v kompetenci vedoucího, který usiluje o demokratickou podobu celé komunity“* (Broža, 2007, str. 199).

1.3.4 Klienti terapeutické komunity

Většina klientů vstupujících do komunit (s výjimkou lidí s posttraumatickou stresovou poruchou) má za sebou nedobrou zkušenost s rodinou. Terapeutickou skupinu mohou klienti brát jako takovou „náhradní rodinu“. Jsou tu terapeuti, které mohou klienti brát jako „náhradní“ rodiče a pak jsou tu ostatní klienti, kteří mohou nahrazovat sourozence (Yalom, Leszcz, 2007).

Terapeutických komunit pro lidi s duševním onemocněním je v České republice méně než terapeutických komunit pro drogově závislé. Cílem těchto komunit je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, kvůli uspokojení zdravotních, psychologických a sociálních potřeb. Kromě léčby se v TK mezi postupy řadí i podpora sociálních rolí (oblast práce, bydlení, sociálních kontaktů) a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi (Probstová, Pěč, 2014)

Dochází zde k opuštění tradičního vztahu personál – pacient, ve kterém mají zdravotníci pozice plynoucí z funkcí, a od pacientů se očekává pasivita, vděčnost a snaha o zlepšování zdravotního stavu. O záležitostech komunity se hlasuje a personál i pacienti mají rovné pozice (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Terapeutické komunity pro drogově závislé se dále dělí:

1. Terapeutické komunity pro adolescenty
2. Terapeutická komunita pro matky s dětmi
3. Terapeutické komunity pro dospělé

Kalina ve své knize uvádí, že se modifikace TK pro specifické cílové skupiny týká zejména výsledků léčby, doby léčení, programu, který je přizpůsoben jednotlivým specifikům klientů a intenzitě léčebného působení a vzájemné interakci mezi klienty (Kalina, 2008)

1. Terapeutické komunity pro adolescenty

Terapeutickými komunitami pro adolescenty, neboli terapeutickými komunitami pro mladistvé a mladé dospělé, se rozumí komunity, které jsou určeny pro klienty od 15 do 25 let. Léčebný program bývá kratší, kolem 6 měsíců (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007). Kabátková uvádí, že pro skupinu dospívajících je charakteristické spektrum vzorců užívání drog, a to od experimentů a rekreačního užívání, přes pravidelné škodlivé užívání, až po počínající závislost (Kabátková, 2007). Adolescent musí zvládat řadu požadavků vyplývajících z tělesných, psychických a sociálních změn v procesu růstu a zrání (Kalina, 2008). Kalina dále uvádí: „*Ke klasickým vývojovým úkolům, jimiž dospívající v naší civilizaci nevyhnutelně čelí, patří zejména: naučit se přijmout svoje tělo, ztotožnit se se svou sexuální rolí, dosáhnout emoční autonomie od svých rodičů, získat akceptovanou pozici ve skupině vrstevníků, připravit se na povolání a životní dráhu a založit uspokojivý sexuální vztah*“ (Kalina, 2008, str. 281). Naneštěstí, jak dále uvádí Kalina, se někteří snaží své problémy změkčit nebo zmírnit jejich intenzitu užíváním drog, místo toho, aby řešili vývojové úkoly (Kalina, 2008). Kabátková dále dodává: „*Pro dospívajícího začíná být vrstevnický kolektiv důležitější než rodina, má potřebu být kolektivem přijat, ceněn, snadno podléhá skupinovému tlaku. Zároveň musí ale být sám sebou, úkolem dospívání je dobrat se svého já, identity, objevit je a vybudovat*“ (Kabátková, 2007). V České republice se nachází dvě terapeutické komunity pro mladistvé a mladé dospělé. Léčí se zde společně klienti obou pohlaví a těmi komunitami jsou: Terapeutická komunita Karlov a Terapeutická komunita White Light I. (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007; Kalina, 2008).

2. Terapeutická komunita pro matky s dětmi

Dalším druhem terapeutické komunity jsou terapeutické komunity pro matky s dětmi. Kalina uvádí, že pokud do TK nastupuje těhotná žena před porodem, je třeba „zajistit podmínky pro adaptaci, přiměřenou porodní a novorozeneckou péči a podmínky pro návrat do komunity“ (zvláštní program v šestinedělí a možnost postupně se zapojovat do běžného programu) (Kalina, 2008, str. 282 – 283). „Klíčovou záležitostí však je, aby klientka, ať už jako těhotná žena, nebo jako matka, léčbu vůbec vyhledala a nastoupila do ní“ (Kalina, 2008, str. 283). Nemělo by se však zapomínat, že se hledá řešení pro dvě osoby. Pro matku a dítě. Pokud matka chce mít dítě u sebe a vychovávat ho, je zde i možnost společného pobytu v léčebném zařízení, a upevnění mateřské vazby (Kalina, 2008). Léčebný program pro těhotné uživatelky drog a matky s dětmi u nás nabízí jediná terapeutická komunita, a to terapeutická komunita Karlov. Věk matky ani dítěte není rozhodující, délka léčby je zpravidla 10-12 měsíců (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007).

3. Terapeutické komunity pro dospělé

Terapeutické komunity pro dospělé mají vysoce strukturovaný a intenzivní program s přesným časovým rozvrhem celého dne. Klienti, kteří do terapeutických skupin přicházejí, potřebují kompletně změnit představu o sobě a změnit vlastní životní styl (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007). Tito autoři dále uvádějí, že se zde léčí muži a ženy společně (v křesťanských komunitách se léčí muži a ženy odděleně). V terapeutické komunitě si klienti obstarávají veškeré provozní věci, zajišťují jídlo pro ostatní, zajišťují provoz a úklid celého domu a mají na starost péči o hospodářská zvířata. (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007). „Základním cílem léčby je zapojení klienta do podmínek běžného života“ (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007, str. 27).

Preston, Malinowski a Šefránek dále uvádí, že „program komunity je zaměřen na skupinovou terapii s důrazem na vnímání vlastních pocitů a emocí a dosažení

osobního zranění“. Délka léčebného programu v komunitě bývá většinou od 9 do 15 měsíců a klientů je v jedné komunitě maximálně 20 (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007).

1.3.5 Pravidla a normy terapeutické komunity

Pravidla v terapeutické komunitě jsou *„nástrojem, který prolíná veškerým děním. Rámčují celý proces a jsou využívány, ať už vědomě nebo nevědomě, při veškerých aktivitách klientů či terapeutů“* (Broža, 2007, str.83). V terapeutických komunitách jsou jasná pravidla. Porušení těchto pravidel může vést až k předčasnému ukončení léčby (Nešpor, 2011). Metapravidla, neboli „pravidla o pravidlech“, se vztahují k existenci TK, odkazují k jejím cílům, principům, posláním. Nejsou výslovně definována (Kalina, 2008; Růžička, 2011). Klíčovým pravidlem je, že *„TK je a zůstane TK v daném smyslu cílů, principů a posláním. První a konečnou odpovědnost k tomuto pravidlu má skupina personálu.“* Všechna další pravidla jsou formulována tak, aby podporovala a uváděla do praxe existenci a zachování TK. O těchto pravidlech je možné diskutovat, měnit je však lze jen do té míry, aby existence a fungování TK nebyly ohroženy. Pravidel má být přiměřený počet a měla by být všem jasná a srozumitelná (Kalina, 2008; Růžička, 2011).

Důležitým úkolem všech terapeutických komunit je zajištění bezpečí. Nástupem do TK je klient vystaven změně, která sama o sobě představuje určité riziko. Není proto žádoucí vytvářet další stresové situace. TK formulují tzv. kardinální pravidla, jejichž porušení má za následek obvykle předčasné ukončení léčby. Tato pravidla zakazují užití návykových látek, fyzické násilí a další typy ohrožujících aktivit (krádež, podvod, vydírání...) (Kalina, 2008; Růžička, 2011). Požadavek absolutního bezpečí ve skupinách a komunitách není zcela reálný – důvěra a zvažované riziko otevřenosti patří k věčným terapeutickým tématům (Kalina, 2008; Růžička, 2011).

Zákaz sexuálních vztahů se rovněž vztahuje k bezpečí terapeutického prostředí. (Kalina, 2008; Růžička, 2011). Aneb jak uvádí Matoušek: *„V zařízení typu terapeutické komunity pro lidi závislé na drogách je omezování intimních kontaktů klientů žádoucí...“* (Matoušek a kol, 2007, s. 127). Mnoho argumentů přesto svědčí ve

prospěch tohoto pravidla. Dvojice si totiž vzájemně poskytuje ochranu před působením komunity a může se společně bránit změně. (Kalina, 2008; Růžička, 2011). Nemělo by se zapomínat, jak správně autoři dodávají, že pro „řadu klientů představuje sexuální vztah jedinou navyklou a představitelnou formu zvládnání lidské blízkosti...“ (Kalina, 2008, str. 94; Růžička, 2011, str. 49). Pokud na to pár přistoupí a ve vztahu nepokračuje, není nijak sankcionován, pokud nepřistoupí, musí komunitu jeden z páru opustit. Pohlíží se na něj však jinak, než kdyby byl vyloučen z disciplinárních důvodů (Kalina, 2008; Růžička, 2011).

Poruchy duševního zdraví, se kterými klienti do TK přicházejí, jsou spojeny s narušením vnímání a prožívání času. Časový řád v TK představuje důležitý prvek psychologické a sociální rehabilitace (Kalina, 2008). Zvláštní pravidla a normy se týkají zapojení klienta do komunity. Jejich soubor je často vyvěšen na čelném místě v prostorách TK jako komunitní desatero. Pravidla moci a odpovědnosti jsou důležitá pro rozměr TK jako společenství. Určují vnitřní politiku společenství a uplatňování principů omezené demokracie. Udávají kdy a o čem rozhoduje komunita jako celek, jak se zveřejňují, diskutují a legitimizují v celé komunitě rozhodnutí týmu, v čem má tým konečné slovo, jakou odpovědnost a pravomoc mají klienti na určitých pozicích a jak se do těchto pozic dostávají (Kalina, 2008; Růžička, 2011).

Všechny TK znají a využívají pro udržení řádu TK variabilní nástroje, jako jsou např. „*přímé sankce spočívající v odejmutí výhod nebo úkolech navíc, až po podmíněné či nepodmíněné vyloučení či komunitní dialog, kterým se upevňuje vědomí pravidel a podporuje se schopnost rozpoznávat a zvládat adekvátní či neadekvátní vzorce chování, a nakonec i spontánní skupinová odezva, která přináší provinilci nepřímé, ale účinné sankce podporující změnu*“ (Kalina, 2008, str. 98; Růžička, 2011, str. 51-52).

1.3.6 Průběh a délka léčby v terapeutické komunitě

Ačkoli terapeutické komunity poskytují léčbu orientovanou k abstinenci, abstinence není cílem léčby, je však nezbytným prostředkem k zapojení klienta do normálního života (Šefránek, 2014).

Léčba adolescentů

„Adolescent většinou nechápe, že musí přestat užívat návykové látky, změnit přátele, životní styl. Nechce se ničeho vzdát, léčba mu připadá příliš dlouhá a složitá, může se mu hodně stýskat po rodině...“ (Kabátková, 2007, str. 255). Kabátková dále uvádí, že nezletilý sice pobývá v terapeutické komunitě dobrovolně, ale souhlas s jeho pobytem musí dát zákonný zástupce (Kabátková, 2007). Při léčbě závislosti adolescentů se větší důraz klade na spolupráci s rodinou klienta (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007). Adolescenti vstupují do programu častěji než dospělí na základě tlaku rodiny nebo institucí a chybí jim silná vnitřní motivace k osobní změně (Kalina, 2008).

Očekává se, že mladistvý klient bude po léčbě žít způsobem, který odpovídá většině jeho vrstevníků. Léčba se musí též zaměřit na to, aby mladistvý klient dosáhl dostatečné zralosti a získal jistou imunitu proti tomu, aby znovu neupadl do vážného užívání drog a antisociálního chování (Kalina, 2008). Problémem je velký počet častých vypadnutí z léčby i předčasných ukončení léčby. Vyšších fází léčby tedy dosahuje pouze malá část klientů. Adolescenti postrádají vzor z řad klientů, který by léčbu dokončil. (Kabátková., 2007). Pokud klient žádající o léčbu není schopen dostát požadavkům příjmu do TK, je lépe jeho nástup odložit na později, popřípadě jej přesměrovat na jiný druh péče (Kabátková, 2007). *„Recidivy závislostí jsou u dětí a dospívajících časté, dlouhodobá prognóza však může být podstatně příznivější, než jak by naznačoval často bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený proces zrání, který je tichým spojencem léčebných snah“* (Nešpor, 2011, str. 54).

Léčba matek s dětmi

Léčba matek s dětmi je dle Hanzala variabilnější, pohybuje se od 6 do 10 měsíců, může být i prodloužena. Klientky se snaží po příchodu do komunity o vytvoření blízkého vztahu s dítětem. Věnují se plynulému chodu komunity. Nesou za něj odpovědnost prostřednictvím jednotlivých funkcí. Již mají osvojeny základní výchovné, hygienické a zdravotní návyky svých dětí, přesto si je dále prohlubují a vzdělávají se. Před odchodem z TK si klientka musí definitivně zajistit bezpečné zázemí mimo

komunitu a následnou péči. Klientky, které mají děti ve školce, jsou brigádně zaměstnány v regionu komunity. Čas, který klientky potřebují k nalezení bydlení mimo komunitu, je individuální vzhledem k rozdílnému věku dětí i potřebám matek (Hanzal, 2007).

Léčba dospělých

Důraz je kladen na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Využívá se individuální poradenství, skupinové, rodinné a pracovní terapie (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005). Kalina uvádí, že význam abstinence je klíčový, a to i tehdy, nejde-li o abstinenci úplnou, anebo trvalou. „Abstinence“, udávaná jako dlouhodobý výsledek léčby v TK tak často znamená abstinenci od původní drogy s tím, že případné užívání alkoholu nebo marihuany nepřekračuje společensky tolerovaný rámec (Kalina, 2008). Kalina dále uvádí: „*Dokončení léčby (naplnění plánované doby trvání programu TK) se pokládá za nejpřesvědčivější prediktor dlouhodobé úspěšnosti*“ (Kalina, 2008, str. 265). Po odchodu z TK by bývalí klienti neměli zapomínat na následnou péči. Zvláště tehdy, pokud by měli tendence k relapsu drog. Systematická následná péče může do jisté míry kompenzovat délku léčby. Předléčebné poradenství naopak může zlepšit schopnost a motivaci klienta se do léčby zapojit a vytrvat. Léčba by měla začínat přípravným poradenstvím a končit následnou péčí (Kalina, 2008).

Fáze léčby

Léčbu v terapeutické komunitě můžeme rozdělit do několika fází, nazývajících se: „nultá fáze“, první fáze, druhá fáze, třetí fáze a období po ukončení léčby v terapeutické komunitě (Kalina, 2008)

Během nulté fáze se vyjasňují klientovy potřeby, formuluje se individualizovaný léčebný plán a tým terapeutické komunity hledá řešení pro klientovy naléhavé problémy. Během nulté fáze ještě není klient pokládán za právoplatného člena terapeutické komunity (Kalina, 2008).

První fáze je charakterizována tím, že se v ní dokončují vstupní procedury, zhodnocení a definují se klientovy potřeby, formuluje se individualizovaný léčebný

plán. Na počátku pobytu klient dostane svého mentora (z řad terapeutického týmu nebo klientů), který ho seznamuje s chodem komunity. Klient je za pravého člena TK pokládán tehdy, až o vstup do komunity požádá a podepíše smlouvu. Cílem první fáze je především začlenění člena do komunity. Pokud chce klient přestoupit do druhé fáze, musí o to požádat. Celá komunita poté hodnotí jeho pokroky v léčbě, a pokud je mu vyhověno, čeká ho přestup provázený rituálem. Přestup klienta však může být odmítnut nebo odložen. Tato fáze zpravidla trvá tři měsíce (Kalina, 2008).

Druhá fáze představuje období léčby v terapeutické komunitě. V této fázi se naplňují cíle terapeutické komunity. Na konci druhé fáze má klient zkušenost s osobním a sociálním růstem v prostředí, které on považuje za přirozené. Pokud klient požádá o přestup do třetí fáze, přestup je totožný jako přestup z první fáze do druhé. Druhá fáze trvá u ročního plánu šest měsíců, u půlročního tři až čtyři měsíce (Kalina, 2008)

Ve třetí fázi se posupně uzavírá terapeutický proces a nastává příprava na život mimo komunitu. Od klienta je očekáváno, že opustí komunitu a postaví se na vlastní nohy. Třetí fáze končí výstupním rituálem, opuštěním komunity a nástupem do programu následné péče (Kalina, 2008). V období po ukončení léčby v terapeutické komunitě by se klient měl zapojit do programu následné péče, který pomáhá klientovi jako podpora, prevence relapsu a pomoc při zajišťování bydlení a práce. Délka programu následné péče je šest až dvanáct měsíců (Kalina, 2008).

2 Cíl práce a hlavní výzkumná otázka

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je popsat specifika sociální práce s uživateli v terapeutické komunitě, činnosti a role sociální pracovníce.

Dílčí cíl

Dílčím cílem je zmapovat pohled a zkušenosti uživatelů/uživatelek týkající se činnosti sociálního pracovníka/sociální pracovníce.

Výzkumná otázka

Pro splnění cíle byla stanovena tato výzkumná otázka.

HVO: Jaké teorie a metody sociální práce se používají v terapeutické komunitě?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metody a techniky užití ve výzkumu

V mé bakalářské práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je charakterizován hloubkovým studiem jednotlivých případů, nejrůznějšími formami rozhovorů a pozorování. Tento výzkum se nejčastěji koná v přirozených podmínkách (Hendl, 2005). Jednalo se o typ výzkumu nazývaný kvótní výběr. Kvótní výběr je metodou záměrného výběru vzorku, pro který jsou dány počty (kvóty), kolik lidí s jakými charakteristikami má být vybráno (Čevelová, 2015). Mými kritérii pro výběr komunity byl souhlas terapeutické komunity s výzkumem, stanovený počet klientů (5-7), přítomnost sociálního pracovníka/sociální pracovnice v komunitě. Dalším kritériem bylo, abych provedla rozhovor s klientem z každé fáze léčby v terapeutické komunitě a posledním kritériem byla dobrá dopravní dostupnost, tj. k terapeutické komunitě se lze dostat prostředky hromadné dopravy.

Použila jsem metodu dotazování a techniku polo-strukturovaného rozhovoru. Charakteristickým znakem polo-strukturovaných rozhovorů je, že mají flexibilní a proměnnou strukturu (Mason, 2013). Výzkumník sice následuje vodítko rozhovoru, ale je schopen také sledovat aktuální trajektorie, a proto může odbočit od připravených otázek, pokud cítí, že je to vhodné. Polo-strukturovaný rozhovor může poskytnout spolehlivé a srovnatelné kvalitativní údaje (Semi-structured Interviews, 2008).

Rozhovor probíhal mezi mnou a klienty terapeutické komunity, a také mezi mnou a sociální pracovníci dané komunity. Dotazování ohledně umožnění výzkumu započalo na konci června 2015 a výzkum samotný se poté odehrával 29. července 2015.

K výběru vhodné terapeutické komunity jsem použila Registr poskytovatelů sociálních služeb. Technikou, kterou jsem poté využila, byla obsahová analýza dokumentů. Jednalo se především o internetové stránky jednotlivých terapeutických komunit, díky kterým jsem získala informace o poskytovaných službách, cílové skupině klientů, poslání organizace a vzdálenosti od místa mého trvalého bydliště. Poté jsem poslala na vybrané e-mailové adresy ředitelům terapeutických komunit v České republice e-mail, přičemž jsem metodou dotazování zjišťovala, jestli v jejich zařízení

mohu vykonávat svůj výzkum a podrobně jsem jim popsala, co bude můj výzkum obsahovat.

Z terapeutických komunit, které souhlasily s výzkumem, jsem si poté vybrala jednu (svou nezanedbatelnou roli hrál i fakt, že byla nejbližší mému domovu), ve které jsem s panem ředitelem začala dojednávat podmínky výzkumu. Poslední podmínky před příchodem a výzkumem, jakož i výběr klientů, jsem poté projednávala s vedoucím terapeutem. Tou vybranou komunitou byla Terapeutická komunita Magdaléna o.p.s., sídlící v Mníšku pod Brdy ve Středočeském kraji. (Vedoucí terapeut mi dal ústní souhlas k tomu, že mohu použít ve své bakalářské práci název zařízení). Tuto terapeutickou komunitu jsem si vybrala díky vstřícnému přístupu pana ředitele a také díky tomu, že se nachází nejbližší mého trvalého bydliště. Zde jsem vykonala kvalitativní výzkum. Při výzkumu jsem využila techniku polo-řízeného rozhovoru.

V době mé návštěvy (29.7.2015) se v komunitě nacházelo jedenáct klientů, kteří byli rozděleni do 3. léčebných fází a nulté fáze, která ovšem není mezi léčebné fáze v pravém smyslu slova počítána. V nulté fázi se v době mého výzkumu nacházeli dva klienti. V první fázi čtyři klienti, ve druhé fázi tři klienti a ve třetí fázi dva klienti. Má návštěva v zařízení trvala přibližně 6 hodin, s každým klientem jsem hovořila přibližně půl hodiny a se sociální pracovnící necelou hodinu.

3.2 Charakteristika respondentů

Respondent č. 1(R1)

Muž starý čtyřicet jedna let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné učiliště bez maturity. V terapeutické komunitě je momentálně zhruba tři týdny, nachází se tedy v nulté fázi.

Respondent č. 2 (R2)

Muž starý dvacet tři let. Má ukončené základní školní docházku. V terapeutické komunitě pobývá měsíc, nachází se tedy v nulté fázi.

Respondent č. 3 (R3)

Muž starý dvacet osm let. Má základní vzdělání. V terapeutické komunitě je šest měsíců, momentálně se tedy nachází v první fázi.

Respondent č. 4 (R4)

Muž starý dvacet šest let. Má vystudovanou střední školu s maturitou, obor obchodní akademie. V terapeutické komunitě je třináct měsíců, tj. nachází se ve třetí fázi a pomalu se připravuje na odchod do doléčovacího centra

Respondent č. 5 (R5)

Muž starý třicet čtyři let. Má středoškolské vzdělání, obor pozemní stavitelství. V terapeutické komunitě je devět měsíců, nachází se ve druhé fázi.

Respondenti nakonec byli vybráni vedoucím terapeutem. Kritérii byl souhlas klienta se zařazením do výzkumu a fáze léčby, ve které se klient nacházel (potřebovala jsem z každé fáze léčby jednoho klienta). Pohlaví respondenta pro mě nebylo rozhodujícím kritériem. To, že jsou všichni respondenti z řad klientů terapeutické komunity muži, je náhoda.

3.3 Charakteristika sociální pracovnice

Respondent č. 6 (SP)

Sociální pracovnice stará čtyřicet jedna let. Má středoškolské vzdělání, obor zdravotní sestra, adiktolog. V pomáhající profesi má praxi ve zdravotní profesi 23 let a jako sociální pracovnice 10 let. V terapeutické komunitě Magdaléna je zaměstnána od roku 1999. V terapeutické komunitě pracuje na 0,5 úvazku jako sociální pracovník a 0,4 úvazku jako adiktolog.

3.4 Realizace výzkumu

K výzkumu jsem oslovila devět terapeutických komunit, které se nachází buď v blízkosti mého trvalého bydliště, nebo je k nim dobré spojení veřejnými dopravními prostředky z místa mého trvalého bydliště. Šest terapeutických komunit se mi ozvalo nazpět, z toho u dvou komunit jsem byla odkázána řediteli komunit na domluvu

s vedoucími terapeutické komunity, u jedné komunity jsem si vše domluvila s ředitelem komunity, u jedné komunity byla má prosba ředitelem přeposlána rovnou vedoucí terapeutické komunity a u dvou komunit jsem komunikovala pouze s vedoucím terapeutické komunity nebo s terapeutem. Tři komunity se mi nazpět neozvaly vůbec.

Tabulka č.1: Oslovené terapeutické komunity

Kraj	Počet oslovených TK	Počet souhlasících TK	Neodpověděly
Středočeský	2	1	1
Jihočeský	3	2	1
Ústecký	1	1	0
Liberecký	1	1	0
Vysočina	1	1	0
Moravsko-slezský	1	0	1
Celkem	9	6	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Jak už jsem zmínila výše v kapitole Metodika výzkumu, k výzkumu jsem si posléze zvolila terapeutickou komunitu Magdaléna, o.p.s. Terapeutická komunita Magdaléna zahájila provoz dne 1. prosince 1998 (1998). V terapeutické komunitě Magdaléna, která sídlí poblíž Mníšku pod Brdy ve Středočeském kraji, mají zázemí klienti od 18. let se středně těžkou až těžkou závislostí na návykových látkách a výrazným stupněm psychosociálního postižení v důsledku užívání drog. Pobyť v komunitě nabízí klientovi integrovanou péči v délce 8-15 měsíců a to v závislosti na stavu jeho poškození předchozí drogovou kariérou (Residenční péče v terapeutické komunitě). Cílem léčby v komunitě je změna dosavadního rizikového jednání. Vyšším cílem je pak plná abstinence klientů od návykových látek, jejich osobnostní růst a plná sociální rehabilitace. Finanční spoluúčast klienta na léčbě v komunitě činí 6 500 Kč měsíčně, tato částka může být ve výjimečných případech snížena (Residenční péče v terapeutické komunitě).

K ubytování slouží 5 třílůžkových pokojů. V budově je rovněž celé zázemí pro klienty. Dále se v areálu nachází sklady, keramická dílna a posilovna. V samostatném traktu budovy sídlí program následné péče a chráněného bydlení. V přírodním areálu je umístěna farma (na níž probíhá pracovní terapie), zahradnictví (pracovní terapie a podporované zaměstnání), truhlárna (podporované zaměstnání), je i prostorem využívaným pro sport a volnočasové aktivity (Residenční péče v terapeutické komunitě).

Strukturovaný denní režim je částečně rozlišený v jednotlivých dnech v týdnu a obsahuje (v závorce týdenní rozsah):

- a) individuální psychoterapii (1 hodina),
- b) skupinovou a komunitní psychoterapii (18 hodin),
- c) rodinnou terapii (1 hodina),
- d) pracovní terapii (21 hodin),
- e) a pobytové zátěžové programy (5,5 hodiny),
- f) edukaci – program prevence relapsu a vzdělávání (2 hodiny),
- g) pastorační terapii (1 hodina),
- h) zájmovou činnost – kultura, divadlo, tanec, keramika apod. (3 hodiny),
- i) sociální a právní poradenství, asistence při hledání zaměstnání (dle potřeby),
- j) kontrolu abstinence a zdravotního stavu, zdravotní péči (dle potřeby)

Zdroj: Metoda léčby v terapeutické komunitě

Součástí léčby je též rodinná terapie, která umožňuje zlepšení vztahů s rodinou klienta, jejich vzájemné komunikace i vzájemného respektu. Každý klient má svého garanta, člena terapeutického týmu, který o něm má celkový přehled, vypracovává s ním měsíční léčebný plán a vede ho v individuální terapii (Metoda léčby v terapeutické komunitě).

Jako začátek léčby v terapeutické komunitě můžeme brát nultou fázi. Potencionální klient se při ní seznámí s komunitou a jejím programem, a poté se může rozhodnout, jestli chce do komunity vstoupit. Zájemci je přidělen patron (klient první nebo druhé fáze), který jej zasvěcuje do chodu komunity a jejího programu. Během nulté fáze

zájemce absolvuje vycházky, sociální a zdravotní výjezdy v doprovodu někoho z terapeutického týmu nebo rodiny. Sám nikam chodit nemůže. Terapeutický tým během této fáze zváží, jestli bude pobyt pro potenciálního klienta v TK přínosem, nebo jestli by pro něj nebyl jiný druh léčby vhodnější. (Čítanka)

Během nulté fáze musí klient absolvovat všechna vstupní vyšetření, odběry a musí vypracovat nejméně deseti stránkový životopis. Klient musí ukázat, že je schopen žít v režimu terapeutické komunity, pracovat v terapeutickém procesu, prokázal znalost pravidel komunity a může tedy podepsat smlouvu o léčbě. Nultá fáze zpravidla trvá jeden až dva měsíce. Je časově ohraničena klientovým příjezdem a přestupem do první fáze (Čítanka).

Přestup do první fáze léčby je třeba oznámit v dostatečném předstihu před Velkou komunitou (setkání terapeutického týmu a všech klientů). Podmínkou přestupu je absolvování autobiografické skupiny (klient vypráví o svém životě) a sepsání již zmíněného deseti stránkového životopisu (Čítanka).

V první fázi léčby by klient měl být schopen zodpovědnosti v pracovních funkcích a skupinových rolích v rámci komunity. Absolvuje skupinu o rodinných vztazích a může se účastnit i společných setkání s rodiči. Vycházky klient absolvuje v doprovodu vyšší fáze (první, druhé, třetí). Návštěvy příbuzných, popřípadě partnera nebo partnerky, jsou povoleny 1x za dva týdny v neděli v čase určeném komunitou. O návštěvě je nutno předem informovat všechny obyvatele a terapeuty terapeutické komunity. S návštěvou není dovoleno opustit areál terapeutické komunity. První fáze trvá obvykle tři až pět měsíců (Čítanka).

O přestup do druhé fáze žádá klient terapeutický tým a skupinu týden před Velkou komunitou. Celý týden před přestupem u sebe klient nosí věc, která symbolizuje jeho změnu, a posledních 24 hodin před přestupem je klient sám, bez kontaktu s okolím a vypracovává týmem uložená přestupová témata ve formě dvou úkolů nebo dvou otázek (Čítanka).

Ve klienti prokazují dlouhodobou schopnost iniciativního a zodpovědného přístupu k práci na sobě. V této fázi také klienti dokazují, že se zvládají spolupodílet na řízení chodu komunity a zvládají vykonávání odpovědnostních funkcí (farma, úklid, „šéf

domu“) a výjezdy mimo komunitu. První samostatný jednodenní nedělní výjezd bývá po přestupu do druhé fáze, druhý, trvající celý víkend za 14 dní od prvního, další výjezdy jsou vždy po třech týdnech. Před odjezdem musí klient předložit vypracovaný plán výjezdu, který se předkládá komunitě a musí být komunitou schválen. Společně se svým garantem klienti zpracovávají průběžně individuální plán a klient si samostatně připravuje plán hledání zaměstnání a bydlení. Počítá se s tím, že klient má již uspořádány své občansko-právní záležitosti, tj. doklady, pojištění popř. dluhy. Tyto záležitosti řeší klient se sociální pracovníci. Tato fáze obvykle trvá tři až pět měsíců (Čítanka).

Podmínkou přestupu do třetí fáze léčby je vypracovaný plán třetích fází, který klient vypracoval společně se svým garantem a tento plán je odsouhlasen celou skupinou i terapeutickým týmem (Čítanka).

Ve třetí fázi klienti chodí během rána, přes dopoledne a odpoledne pracovat do truhlárny nebo na zahradu. Klientovým vedoucím se stává pracovní terapeut. Výjezdy klienta jsou dle individuálního léčebného plánu. Po dohodě s garantem a pracovním terapeutem si může klient, v čase práce i mimo něj, hledat nové zaměstnání, popřípadě i bydlení. Třetí fáze trvá zpravidla jeden až dva měsíce (Čítanka). Pokud bez větších problémů klient zvládá pobyt mimo komunitu, má terapeutickým týmem schválený plán doléčování a má domluvené zaměstnání, může pobyt ukončit. Většinou poté klienti přejdou do doléčovacího centra (Čítanka).

4 Výsledky

4.1 Rozhovor s klienty terapeutické komunity

(Doslovný přepis rozhovorů je uložen v soukromém archivu tazatelky)

Tabulka č. 2: Respondenti z terapeutické komunity

Respondent	Fáze léčby	Doba pobytu v TK	Pohlaví, věk
R1	0	3 týdny	Muž, 41
R2	0	1 měsíc	Muž, 23
R3	1	6 měsíců	Muž, 28
R4	3	13 měsíců	Muž, 26
R5	2	9 měsíců	Muž, 34

Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.1 Spolupráce se sociální pracovníci

1. Kdy jste se se sociálním pracovníkem/sociální pracovníci poprvé setkal/a?

Kdy jste se poprvé setkal se sociální pracovníci zde, v terapeutické komunitě?

Tabulka č. 3: První setkání se sociálním pracovníkem a první setkání se sociální pracovníci v terapeutické komunitě Magdaléna

Respondent	První setkání se SP; Místo	První setkání se SP v TK
R1	V 19. letech, Správa soc. zab.	Po dvou týdnech od nástupu
R2	V 16. letech, TK	V den nástupu
R3	V 17. letech, Správa soc. zab.	V den nástupu
R4	Ve 24/25 letech, TK	V den nástupu
R5	Ve 28 letech, Úřad práce	V den nástupu

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí: Pouze 2 respondenti se setkali se sociálním pracovníkem poprvé až v terapeutické komunitě. R4 se setkal se sociálním pracovníkem poprvé v Terapeutické komunitě Magdaléna.

2. Jak často se sociální pracovníci komunikujete?

Všichni respondenti se shodli, že za sociální pracovníci chodí v případě, že něco potřebují. Jejich docházení k sociální pracovníci je nepravidelné. Svěřili se, že občas přijdou i 3x do týdne, a pak například týden nepřijdou vůbec.

3. S jakými záležitostmi se na sociální pracovníci obracíte?

Tabulka č. 4: Záležitosti, s kterými se klienti obrací na sociální pracovníci.

Respondent	Důvody
R1	Navýšení hmotné nouze
R2	Dluhy, exekuce
R3	Finanční záležitosti, exekuční řízení
R4	Podpůrčí doba v nezam., úřední záležitosti
R5	Hmotná nouze, příspěvek na bydlení

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí: Jasně tu vidíme odlišnosti v záležitostech, se kterými se klienti obracejí na sociální pracovníci, i když v nich můžeme nalézt určité spojitosti, například dluhy nebo finanční záležitosti.

4. Spolupracujete se sociální pracovníci individuálně? Pokud ano, v čem a jak.

Všichni respondenti se shodli, že se sociální pracovníci spolupracují individuálně.

R1: „Stále se spolupráce týká vyřizování hmotné nouze.“ R2: „Za sociální pracovníci chodím vždy, když něco potřebuji.“ R3: „Chodím za ní, když potřebuji pomoci vyplnit nějaké spisy anebo dokumenty ohledně soudu.“ R4: „Většinou se naše spolupráce týká bývalého zaměstnání, nemocenské, podpůrčí doby v nezaměstnanosti nebo ohledně úřadů.“ R5: „Spolupracujeme především skrz různé typy dávek.“

5. Spolupracujete se sociální pracovníci ve skupině? Pokud ano, v čem a jak.

Ani jeden s respondentů se sociální pracovníci ve skupině nespolupracuje. Sociální pracovníce sice vede skupinu, ale pouze jako terapeutka. Tato skupina se věnuje genderové problematice a je určena pouze dívkám.

6. Na čem jste se se sociální pracovníci dohodli na začátku léčby? Jsou nyní nějaké změny v dohodě s ohledem na fázi léčby, ve které se nyní nacházíte?

R1 se se sociální pracovníci dohodl na pomoci s podáním žádosti o dávku hmotné nouze. Žádost o dávku je momentálně ve fázi řešení. Klient se nachází v nulté fázi léčby, žádné změny s ohledem na fázi léčby ještě nezačaly. R2: „*Se sociální pracovníci jsem se ještě na ničem nedohodl.*“ R3 se s pracovníci dohodl na řešení jeho dluhů. Momentálně je tato dohoda ve fázi plnění. Domlouvá se s exekutory. R4 se na začátku léčby se sociální pracovníci dohodl na řešení dluhů. Dluhy jsou nyní již vyřešeny. R5 se na ničem speciálním se sociální pracovníci nedohodli.

Souhrn: respondenti R3 a R4 řeší dluhy. R4 má již dluhy vyřešeny. R1 řeší se sociální pracovníci žádost o dávku v hmotné nouzi a R2 a R5 momentálně se sociální pracovníci neřeší nic.

7. Spolupracuje sociální pracovníce s Vaší rodinou?

Tabulka č. 5: Spolupráce sociální pracovníce s rodinou

Respondent	ANO	NE
R1		X
R2	Telefonický, ze začátku osobní kontakt	
R3		X
R4	Telefonický	
R5		X

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí: Tři respondenti odpověděli, že kontakt mezi sociální pracovníci a jejich rodinou nebyl potřebným. Dva respondenti uvedli, že sociální pracovníce komunikovala s jejich rodinou telefonicky a s rodinou jednoho respondenta komunikovala sociální pracovníce osobně.

8. Spolupracuje s Vámi sociální pracovníce nyní jinak než na začátku Vaší léčby?

R1 a R2 jsou v nulté fázi, proto tuto otázku nemohou hodnotit. R3, R4 a R5 uvedli, že s nimi nyní sociální pracovníce komunikuje osobněji, jelikož jsou v terapeutické komunitě již delší čas, jejich vztah je založený na důvěře. Protože se navzájem trochu znají, tak ví, co od sebe mohou očekávat.

9. Jste spokojen s prací sociální pracovníce?

Všichni respondenti jsou se sociální pracovníci velmi spokojeni. Sociální pracovníce se dle jejich slov výborně orientuje v legislativě, vždy, když za ní dojdou a není jim něco jasného, tak jim to podrobně a stručně vysvětlí. Respondenti si též pochvalují, že je sociální pracovníce přátelská a zabývá se jejich potřebami. I těmi, které se netýkají sociální práce. Mohou se na ni, dle jejich slov, kdykoliv a s čímkoliv obrátit a budou vyslyšeni. Respondent R5 má srovnání ještě s jinou terapeutickou komunitou a pověděl mi, že sociální pracovníce je velmi vstřícná a ochotná. V minulé terapeutické komunitě si vše musel zařídit sám. Říkal, že sociální pracovníce mu v předešlé komunitě s ničím neporadila ani nepomohla.

Shrnutí: Tady je shrnutí otázky celkem jasné, klienti jsou s prací sociální pracovníce v terapeutické komunitě velmi spokojeni.

10. Co očekáváte od sociální pracovníce?

Všichni respondenti od sociální pracovníce očekávají především pomoc, a to převážně v situacích, ve kterých si nebudou vědět rady. Ať už se jedná o podání různého typu žádostí nebo o komunikaci s institucemi.

4.1.2 Profese sociální pracovníce

1. Co je podle Vás pro sociálního pracovníka důležitější, teoretické znalosti nebo sociální dovednosti a proč?

R1, a R4 se shodli, že jsou jak teoretické znalosti, tak i sociální dovednosti stejně důležité. R2, R3 a R5 se shodli, že jsou důležitější sociální dovednosti. R3 uvedl, že má pak k němu sociální pracovník bližší vztah.

2. Myslíte si, že je důležité pro výkon profese sociální pracovníce vzdělání speciálně v tomto oboru (oboru sociální práce), pokud ano, proč?

Všichni respondenti se shodli, že je vzdělání v oboru pro sociální pracovníci důležité. R1 si myslí, že je velmi důležitá i praxe a hlavně doba praxe. R2 doplňuje, že je důležitá také míra empatie, kterou člověk má.

4.1.3 Sociální pracovníce v terapeutické komunitě

1. Víte, co je náplní práce sociální pracovníce v terapeutické komunitě?

R1: *„Myslím, že sociální pracovníce vyřizuje převážně dávky v hmotné nouzi a příspěvky na bydlení.“* R2: *„Sociální pracovníce řeší dluhy, soudy, alimenty a sociální dávky.“* R3: *„Sociální pracovníce zařizuje věci ohledně pracovního úřadu, vše kolem správy sociálního zabezpečení a komunikuje se soudy.“* R4: *„Sociální pracovníce vyřizuje záležitosti ohledně úřadů a má na starost administrativu.“* R5: *„Sociální pracovníce má na starost dávky, dluhy, soudy. Sociální pracovníce je i adiktoložkou.“*

Shrnutí: Všichni respondenti se shodli, že jednou z hlavní náplní práce sociální pracovníce je řešení dluhů klientů. Tři respondenti se shodli, že náplní práce sociální pracovníce jsou i jednání se soudy.

2. V čem spočívá podle Vás odborné sociální poradenství vykonávané sociálním pracovníkem v terapeutické komunitě?

Tabulka č. 6: Odborné poradenství v terapeutické komunitě

Respondent	Odborné poradenství sestává s (se)
R1	Splácení půjček, alimentů, trestního stíhání, exekucí
R2	Pomoci při jednání s úřady, soudy
R3	Dohody, jak splácet půjčky, alimenty, trestního stíhání
R4	Včasného splácení půjček, dluhů
R5	Řešení dluhů, alimentů

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí: Respondenti se vesměs s tím, co odborné poradenství vykonávané sociálním pracovníkem v terapeutické komunitě obnáší, shodli. Každý s respondentů uvedl, že sociální pracovnice především řeší dluhy.

3. Je sociální pracovnice podle Vás v terapeutické komunitě potřebná a důležitá, pokud ano, v čem?

Respondenti jednohlasně potvrdili, že je sociální pracovnice v terapeutické komunitě velmi důležitá. Dle R1 je důležitá v tom, že pomáhá ohledně finančních záležitostí. R2 dodává, že nedělá pouze administrativu, ale i kvůli jiným věcem, které dělá pro komunitu. R3, R4 a R5 shodně uvádí, že je sociální pracovnice důležitá, jelikož klientům pomáhá se soudy, pomáhá sepisovat záležitosti a žádosti a radí, kam je odeslat.

4. Věnuje se sociální pracovnice kromě sociální práce i jiným aktivitám a činnostem v terapeutické komunitě?

R2, R3, R4, R5 uvádí, že sociální pracovnice vede genderovou skupinu s dívkami. R2 uvádí, že funguje jako psycholožka, R3 a R4 uvádí, že působí také jako terapeutka. R4 a R5 uvádí, že se sociální pracovnice věnuje také zdravotním záležitostem, jelikož

působí jako zdravotnice. R1 uvedl, že se sociální pracovnice zúčastňuje výletu. Tato informace však byla dementována jak ostatními respondenty, tak i sociální pracovnící.

5. Jakým způsobem s Vámi sociální pracovnice dojednávala individuální cíle?

Jak uvedli respondenti, individuální cíl si se sociální pracovnící nedomlouvají. Se sociální pracovnící řeší pouze krátkodobé cíle ústní formou. Tuto otázku tedy respondenti nemohli zodpovědět.

6. Jaké máte se sociální pracovnící stanoveny individuální cíle?

Jelikož si respondenti se sociální pracovnící nestanovují individuální cíle, nemohli respondenti na tuto otázku odpovědět. Jak je uvedeno výše, domlouvají si pouze krátkodobé cíle. Individuální cíle, v rámci individuálního plánování si s klienty domlouvají terapeuti.

4.2 Rozhovor se sociální pracovnící

(Doslovný přepis rozhovoru je uložen v soukromém archivu tazatelky)

Tabulka č. 7: Údaje o sociální pracovnící

	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe v pomáhající profesi	Pracovní poměr v terapeutické komunitě	Výše pracovního úvazku
Sociální pracovnice	4	Střední odborné (zdravotní sestra)	Zdravotní profese – 23 let Sociální pracovnice – 10 let	Od roku 1999 (16 let)	0,5 sociální pracovník 0,4 adiktolog + soc. služby

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2.1 Činnost a role sociálního pracovníka/sociální pracovnice

1. V čem spočívá náplň práce sociálního pracovníka v terapeutické komunitě?

SP uvedla, že spočívá především v zajištění (zmapování) sociální sítě klienta a zajištění financování léčby. Náplní práce je také prozkoumání výše dluhů. Jak uvedla sociální pracovnice: „*Já vykonávám určitý dohled, aby měli v pořádku doklady, platby, dávky a aby se začali orientovat v tom, kolik peněz a kde dluží.*“

2. Jaké role jako sociální pracovník/pracovnice v terapeutické komunitě zastáváte?

SP mi odpověděla, že v terapeutické komunitě zastává především roli zprostředkovatele služeb, poradce nebo terapeuta.

3. Jakým způsobem dojednáváte s uživateli individuální cíle?

SP: „*My si domlouváme ústní schůzky.*“ Zápis ze sezení sociální pracovnice a klienta se zapisuje do karty klienta.

4. Můžete popsat nejčastější individuální cíle uživatelů v terapeutické komunitě?

SP mi na tuto otázku nemohla odpovědět, jelikož si individuální cíle s klienty nedojednávají. Vytváří pouze krátkodobé cíle.

5. V čem se liší sociální práce s uživateli v jednotlivých fázích léčby?

SP: „*Sociální práce se hlavně liší v problému, se kterým za mnou klienti chodí.*“ Jak dále sociální pracovnice uvedla, v nulté a první fázi léčby chodí klienti za sociální pracovníci hlavně ohledně finančních záležitostí, především úhrady léčby a za účelem navázání spolupráce s dalšími orgány. Ve 2. fázi se jedná především o dluhové poradenství a 3. fáze se týká především praktických informačních věcí např. ohledně úřadu práce.

6. Jaká jsou specifika sociální práce s uživateli v terapeutické komunitě?

SP: „Nespolehlivost; sociální pracovník musí být striktní a důsledný. Mnohdy se stane, že si klienti v nulté a první fázi domluví schůzku, a pak nepřijdou. Snažím se to řešit, připomínat jim to, doháním je. V probační a mediační službě za ně až skoro přebírám jejich povinnosti. Pak jim je postupně zase odevzdávám. Ve druhé fázi už to nechávám být na klientovi a na tlaku skupiny nebo terapeuta, který s tím klientem dělá individuální plán. Je to klientův zájem, aby za mnou přišel. Komunikace s klienty ve druhé fázi je celkově lepší. Může se také stát, že si s sebou nesou následky za to, že za mnou nechodili, nebo že si některé věci neřešili sami. Ve třetí fázi je spolupráce s klienty až skoro partnerská. S klienty řeším především dluhové poradenství. Početnou skupinou jsou také klienti s výkonem trestu. V tomto případě se pro ně snažíme zajistit alternativní tresty (obecně prospěšné práce, prodloužení podmínky).“

Souhrn: SP uvedla, že při práci s klienty musí být striktní a důsledná. Obzvláště na začátku léčby klienti na domluvná setkání nechodí. Sociální pracovnice tuto situaci řeší dohledem a připomínáním. Ve druhé fázi už to nechává na klientovi, jestli za ní přijde nebo ne. Návštěva sociální pracovnice je v jeho vlastním zájmu. Ve třetí fázi je již spolupráce mezi klientem a sociální pracovnící na partnerské a přátelské úrovni. Specifickým tématem, které se řeší, je dluhové poradenství a práce s klienty s výkonem trestu.

7. Věnujete se kromě sociální práce i jiným aktivitám a činnostem s uživateli v terapeutické komunitě?

SP: „Kromě sociální práce se v terapeutické komunitě věnuji psychoterapii, zajišťuji různé výchovně vzdělávací programy, například na téma dluhové minimum.“
Jak sociální pracovnice dodala, jelikož má vystudovanou zdravotní odbornou střední školu, působí v TK i jako zdravotní sestra

8. Jak často využíváte supervizi pro Váš osobnostní rozvoj a psychohygienu?

SP: „Supervizi využívám jedenkrát za 6 týdnů, kdy probíhá týmová supervize s ambulantním týmem. Individuální supervizi nevyužívám, nemám potřebu.“

9. Můžete popsat spolupráci sociálního pracovníka/sociální pracovnice s ostatními členy terapeutického týmu?

SP: „*Spolupráce probíhá na bázi porad, kterých se účastním a konají se 2x v měsíci.*“ V terapeutické komunitě je sociální pracovnice 4x v týdnu, takže, kdyby někdo z týmu cokoliv potřeboval, může se na ni obrátit nebo se za ní zastavit. Jak dále sociální pracovnice uvedla, ne vždy se s terapeutem na klientovi shodnou. Tehdy je důležité, aby si, jak uvádí, s terapeutem vyšli vstříc.

10. Jaké kurzy, semináře, výcviky navštěvujete za účelem odborného růstu?

SP momentálně žádný výcvik nenavštěvuje, ale chtěla by navštěvovat výcvik v rodinné terapii. Semináře navštěvuje s různým zaměřením, jednodenní, pořádané úřady práce. Vždy se snaží, aby poznatky z kurzů mohla aplikovat v praxi. Jak dále sociální pracovnice uvádí: „*Ted' mám v plánu kurzy poruch příjmu potravy a kurzy práce s duálními diagnózami.*“

4.2.2 Metody, techniky a přístupy sociální práce

1. Z jakých teorií sociální práce vycházíte v terapeutické komunitě?

SP především využívá humanitních a existencionálních teorií, které jsou zaměřeny na člověka

2. Jaké metody sociální práce v terapeutické komunitě používáte?

SP: „*Já používám rozhovor a nácvik rolí. Používám také metodu pozorování. Nácvik rolí používám například tehdy, když má mluvit s věřitelem. Tím si klient mluvený projev procvičuje.*“

3. Která metoda sociální práce se Vám nejvíce osvědčila? Proč?

SP: „*Nejvíce se mi osvědčil rozhovor. Z této metody se nejvíce dozvím o klientovi.*“

4. Která metoda sociální práce se Vám osvědčila nejméně? Proč?

SP: Na tuto otázku sociální pracovnice neodpověděla, jelikož používá pouze metody, které se jí osvědčily, a tudíž s nimi nemá žádné negativní zkušenosti.

5. Jaké techniky sociální práce v terapeutické komunitě používáte?

SP: „*U klienta používám techniku aktivního naslouchání, nácvik rolí a rozhovor, volba techniky vždy záleží na povaze a otevřenosti klienta.*“

6. Která technika sociální práce se Vám nejvíce osvědčila? Proč?

SP: „*Nejvíce se mi osvědčila technika aktivního naslouchání. Je to vše o očním kontaktu, pozorovacím kontaktu, mluvícím kontaktu.*“ Z gest klienta toho může, jak uvedla sociální pracovnice, také mnoho vyčíst.

7. Která technika sociální práce se Vám osvědčila nejméně? Proč?

SP: „*S žádnou technikou sociální práce, kterou jsem kdy vyzkoušela, nemám negativní zkušenosti.*“ Sociální pracovnice na tuto otázku také nemůže odpovědět, jelikož nemá zkušenost.

8. Jaké přístupy sociální práce v terapeutické komunitě používáte?

SP: „*V sociální práci hlavně využívám sociální přístup orientovaný na klienta.*“ Jak uvádí sociální pracovnice, nejprve si zmapuje klienta, zeptá se ho, co potřebuje a započne s ním sociální práci. Občas, když pozná u klienta, že je „úkolový typ“, použije přístup orientovaný na úkoly.

9. V čem spočívá případová sociální práce v terapeutické komunitě?

SP: „*Já tuto práci nedělám, to je náplní terapeutů, ale zúčastňuji se hodnocení klienta na poradě, tam do toho vstupuji, když se bavíme, jak se nám daří postupovat v léčbě. Pokud je nějaký problém s klientem, řešíme to pak všichni, celý terapeutický tým, je to součást individuální práce s jednotlivcem.*“ Případovou práci, jak mi bylo řečeno, vykonávají v tomto zařízení terapeuti, ne sociální pracovnice. Případová práce

se liší případ od případu. Přihlíží se k tomu, jak je případ velký a podle toho se řeší buď s jedním terapeutem, s více terapeuty nebo s celým týmem.

10. V čem spočívá skupinová sociální práce v terapeutické komunitě?

SP: „*Skupinovou sociální práci nevedu, vedou ji terapeuti.*“

11. V čem spočívá sociální práce s rodinou v terapeutické komunitě?

SP: Sociální pracovnice uvádí, že se týká její komunikace s rodinou klienta, informativních věcí, jako je například dluhové poradenství nebo úřad práce. „*Komunikuji s rodinou také v případě, pokud klient odejde ve spěchu nebo nestandardně, a pokud mám nějaké dokumenty, které chci předat klientovi, ale klient není dosažitelný, tak to předám rodině.*“ Sociální pracovnice uvedla, že „*kontakt je většinou telefonický nebo e-mailový.*“

12. V čem spočívá odborné sociální poradenství v terapeutické komunitě?

SP: „*Odborné sociální poradenství spočívá v zjišťování výše dluhů. Dále ve snaze začít komunikovat s věřiteli, popřípadě zastavení trestního stíhání.*“ Sociální pracovnice spolupracuje také s OSPODem, především ohledně pěstounské péče a probační a mediační službou. Jak ještě dodává: „*Důležitou součástí je poradenství s úřady a snížení nebo vypuštění alimentů.*“

4.2.3 Dilemata v sociální práci

1. S jakými dilematy sociální práce se v terapeutické komunitě setkáváte?

SP: „*Já se hlavně setkávám s dilematem pomoc a kontrola. Já jinak dilemata nemám, mám pouze lidský problém, zdá se mi, že občas dávky zneužívají.*“ Toto dilema se především projevuje v prvních fázích léčby.

2. Jaká dilemata sociální práce dle Vašeho názoru sociální pracovníci/pracovnice v terapeutické komunitě nejčastěji řeší?

SP: „Dle mého názoru sociální pracovníci v terapeutických komunitách nejčastěji řeší dilemata: pomoc a kontrola, profesionalizace a deprofesionalizace a sociální práce jako věda a jako umění.“

Léčebný tým terapeutické komunity Magdaléna se skládá ze šesti terapeutů, dvou pracovních terapeutů, dvou externích zaměstnankyň (arteterapie, neverbální techniky a keramika), jednoho externího zaměstnance (pastor – návštěva 1x měsíčně ve středu) a jedné exuserky, která pracuje v terapeutické komunitě na poloviční úvazek. Dále do týmu terapeutické komunity patří psychiatrická, zdravotní sestra a zároveň sociální pracovníce, zdravotní bratr a „šéf domu“. Funkci „šéfa domu“ vždy zastává jeden klient terapeutické komunity. Funkce je vždy na měsíc a klient pověřený touto funkcí se stará o chod komunity, její program a organizační činnost, podílí se na výběru klientů, jezdí na nákupy a funguje jako prostředník mezi terapeutickým týmem a skupinou klientů terapeutické komunity.

5 Diskuze

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem sociální práce v terapeutické komunitě. Rozlišujeme dva druhy terapeutických komunit. Terapeutickou komunitu pro lidi s duševním onemocněním a terapeutickou komunitu pro lidi se závislostí na drogách. Můj výzkum probíhal v přirozeném prostředí respondentů, tedy v terapeutické komunitě pro lidi se závislostí na drogách. Realizovala jsem šest rozhovorů, z toho pět rozhovorů s klienty terapeutické komunity a jeden rozhovor se sociální pracovnící.

Musím se přiznat, že rozhovor s prvním respondentem pro mě byl poněkud stresující, jelikož jsem nikdy žádný výzkum nedělala, tak jsem nevěděla, jak se mám chovat. Respondent mé napětí vycítil a dodal mi odvalu, kterou jsem tak potřebovala, takže napětí ze mě spadlo, a zbytek rozhovorů jsem absolvovala bez stresu.

V praktické části jsem pro výzkum zvolila metodu polo-strukturovaného rozhovoru, jelikož jsem se, vzhledem k malému zkoumanému vzorku respondentů, potřebovala o klientech terapeutické komunity dozvědět co nejvíce. Respondenty mi k výzkumu vybral hlavní terapeut na základě mého požadavku, který zněl, že budu potřebovat, pokud to půjde, klienta z každé fáze léčby.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké teorie a metody sociální práce nejčastěji využívá sociální pracovníce při své práci. Dále mě zajímalo, čím se liší sociální práce v terapeutické komunitě od sociální práce v jiném zařízení. Bylo pro mě přínosem také poslouchat respondenty, když povídali, co si myslí o sociální pracovníci a jaký na ni mají názor. K naplnění cíle bakalářské práce jsem si zvolila jednu hlavní výzkumnou otázku:

HVO: Jaké teorie a metody sociální práce se používají v terapeutické komunitě?

Po rozhovorech jsem se dočkala odpovědi na mou výzkumnou otázku. Sociální pracovníce uvedla, že jako metodu sociální práce v terapeutické komunitě převážně využívá sociální práci s jednotlivcem. Osvědčil se jí přístup orientovaný na klienta, jelikož se jedná, dle jejího názoru, o nejspolehlivější přístup. Dává tím klientovi najevo, že ji na něm záleží, což je zejména v nulté a první fázi velmi důležité. Klient se pak více otevře, jelikož už nebude cítit strach a obavy. Ve druhé a třetí fázi sociální pracovníce

používá také u vybraných klientů přístup orientovaný na úkoly. S použitím tohoto přístupu je to poněkud složitější, jelikož ne každý klient je pro tento přístup vhodný.

Při kontaktu s klientem používá sociální pracovnice techniky, které se jí osvědčily. Těmi technikami jsou rozhovor, aktivní naslouchání a nácvik rolí. Nejvíce se jí osvědčila technika aktivního naslouchání. Tato technika je velmi provázaná s přístupem orientovaným na klienta a sociální pracovník při této technice může na klientovi vyzorovat i jeho skryté obavy, které by sociálnímu pracovníkovi často ani neřekl, ale prozradí to na něm jeho neverbální komunikace. Myslím si, že je dobře, že sociální pracovnice využívá postupů, které se jí osvědčily. Může se poté více věnovat potřebám klienta, aniž by musela uvažovat, jestli je zrovna ta metoda nebo ta technika, kterou se chystá použít tou správnou. Samozřejmě, používání osvědčených metod a technik je prospěšné i pro klienta. Pokaždé, když za sociální pracovnící klient půjde, bude zhruba vědět, jak bude setkání probíhat. Rozhovor, který sociální pracovnice používá převážně při kontaktu s klientem, se řadí mezi tradiční, klasické a základní metody. Jak uvádí Matoušek, Koláčková, Kodymová: *„Motivační rozhovor je soubor komunikačních strategií vedení rozhovoru, jenž je cíleně zaměřen na změny v závislém chování. Při uplatňování motivačního rozhovoru je naprosto zásadní správně diagnostikovat fázi změny, v níž se klient aktuálně nachází. Každá fáze má své specifické úkoly a intervence“* (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, str. 214).

Rozhovory s respondenty pro mě byly velkým překvapením, nečekala jsem, že klienti budou hovořit s takovým klidem a upřímností o citlivých tématech z jejich života. Pozitivním zjištěním pro mě bylo, že klienti berou sociální pracovníci jako právoplatného člena terapeutického týmu. Ukázalo se být přínosným zdravotnické vzdělání sociální pracovnice, jelikož se na ni klienti mohli obrátit i se svými zdravotními problémy. Což si myslím není v terapeutických komunitách tak častým jevem. Díky zdravotnickému vzdělání si sociální pracovnice dokáže též uvědomit, co drogová závislost mohla udělat s tělem pacienta a jakým onemocněním se mohl klient díky své závislosti na drogách nakazit. U mnoha nemocí klientů může též určit diagnózu bez toho, aby klient a terapeut, popř. u vyšších fází léčby, klient sám, museli opustit terapeutickou komunitu.

Musím se přiznat, že jsem si myslela, že skupinovou práci a případovou sociální práci bude vykonávat sociální pracovníce, proto jsem byla velmi zaskočena odpovědí sociální pracovníce, že tyto typy sociální práce vůbec nepraktikuje, jelikož jak skupinovou práci, tak i případovou konferenci vykonávají terapeuti. Podle toho, co jsem se dozvěděla od sociální pracovníce se domnívám, že skupinová práce jako taková se v terapeutické komunitě vůbec nevyskytuje. Mám silné podezření, že se jedná spíše o skupinovou psychoterapii či terapeutickou práci se skupinou. Jak uvádí Matoušek: „*Cílem sociální práce může být i nespécifická skupinová terapie, která má klientovi poskytnout otevřenou zpětnou vazbu o tom, jak působí na lidi, korektivní zkušenost, náhled, naději na řešení jeho těžkostí a v neposlední řadě mu může poskytnout příležitost, aby pomohl druhým lidem.*“ (Matoušek a kol. a, 2003, str. 14), přesto si myslím, že terapeuti s klienty nevykonávají sociální práci v tomto slova smyslu, už jen proto, že mi bylo řečeno, že skupinová práce spočívá v tom, že klienti mají od terapeutů zadány určité úkoly, které musí splnit, aby mohli postoupit do další fáze léčby.

Každý měsíc mají klienti s terapeuty sezení, kde mluví o tom, jaké body nebo úkoly se jim povedlo splnit a jaké nikoliv. Sice je pravdou, že sezení mají klienti i terapeuti dohromady, ale z toho, co mi řekl hlavní terapeut k sociální práci se skupinou, mi v jeho vyprávění chybí ta zpětná vazba působení na lidi, naděje na řešení těžkosti i poskytnutí příležitost pro pomoc druhým lidem, jak popisuje autor výše v citátu.

Sociální pracovníce uvedla, že používá osvědčené techniky a metody sociální práce, takže se jí nestalo, že by vybraná technika nebo metoda nesplnila v sociální práci s jednotlivcem svůj účel. Také jsem během mého výzkumu zjistila, že sociální pracovníce nevytváří s klienty individuální plán. Tento plán totiž vytváří terapeuti. Mrzí mě, že jsem se na tento můj dotaz nedočkala odpovědi, jelikož by mě samotnou zajímalo, jaký individuální plán mají klienti, s kterými jsem měla rozhovor stanoven. Až později, během cesty domů, jsem si uvědomila, že jsem se na odpověď mého problému mohla také zeptat terapeuta, stejně jako v případě dotazu ohledně skupinové práce a případové práce.

Zaujala mě slova Nešpora: „*Úloha sociálního pracovníka je při diagnostice a léčbě zásadní. Typický klient závislý na psychoaktivních látkách má velké množství*

praktických životních problémů To, že mu je léčebné zařízení v rámci možností pomáhá lépe zvládat, posiluje důvěru klienta a zlepšuje psychoterapeutický vztah“ (Nešpor, 2013, str. 382). Klienti terapeutické komunity mi říkali, že jsou moc rádi, že jim sociální pracovnice pomáhá s určitými úkony, protože bez ní by byli bezradní. Při prvním setkání s klientem již sociální pracovnice navazuje spolupráci, což si myslím, že je velmi rozumné. Klient může mít dluhy, exekuce a nebo nějaké dotazy, s kterými se potřebuje na sociální pracovníci obrátit. Pokud by první setkání se sociální pracovnící proběhlo později, dluhy a exekuce by mezitím bez zásahu sociální pracovnice mohly dále růst a klient by si poté při rozhovoru se sociální pracovnící nemusel vybavit všechny své dotazy, na které potřebuje znát odpověď. Důležitým domluvou mezi sociální pracovnící a klientem je stanovení dílčích cílů. Matoušek uvádí: „*V průběhu terapeutické práce. jsou společně s klientem stanovovány dílčí cíle, jež jsou průběžně vyhodnocovány a přizpůsobovány aktuální situaci“* (Matoušek a kol., 2005, str. 221). Jak jsem se přesvědčila, sociální pracovnice využívala plnění dílčích cílů dle této teze. První dílčí cíle si sociální pracovnice s klientem stanoví hned při prvním společném setkání. Tyto cíle se plní pomaleji nebo rychleji podle toho, jestli se klient snaží záležitosti vyřešit hned nebo podle toho, jestli je nechává na později.

Další tezí od Matouška, která mi byla sociální pracovnící potvrzena, je tato teze: „*...řada klientů přichází do léčby ve velmi komplikované situaci, kdy mají vyrovnat dluhy vůči institucím i dluhy vůči jednotlivcům. Mnoho klientů musí řešit problémy z okruhu trestního, občanského a rodinného práva. Některým klientům může hrozit i trestní stíhání“* (Matoušek a kol., 2005, str. 222). Sociální pracovnice mi během mého rozhovoru tyto problémy potvrdila. Klienti, jak jsem zjistila z rozhovorů se sociální pracovnící i s klienty, především využívají služby sociální pracovnice kvůli pomoci a radě s finančními záležitostmi a ohledně dluhů či exekucí. Před odchodem z terapeutické komunity by měli mít klienti již všechny dluhy vyřešeny nebo spláceny pomocí splátkových kalendářů nebo pomocí vyhlášení osobního bankrotu.

Překvapilo mě, jaký mají klienti vztah k sociální pracovníci. Velmi mě překvapily odpovědi respondentů na otázku, jestli je sociální pracovnice pro terapeutickou komunitu důležitá. Respondenti se shodli, že by bez ní byli v mnoha věcech bezradní.

Někteří respondenti, kteří navštívili více terapeutických komunit, hovořili o různých typech sociálních pracovníků a pracovníc, se kterými se setkali v komunitě. Shodli se na tom, že je výhodou, že zdejší sociální pracovníce není pouze sociální pracovnící, ale má i zdravotnické vzdělání, jelikož poté v terapeutické komunitě může vykonávat více činností než jen sociální práci. Sociální pracovníce má pak díky tomu s klienty bližší vztah, jelikož je více vidá a je s nimi ve větším kontaktu.

Musím se přiznat, že během výzkumu jsem se dozvěděla mnoho informací, které pro mě byly novými a zajímavými. Během rozhovoru s respondenty jsem si opět uvědomila, jak je profese sociálního pracovníka důležitou. Sociální pracovník má velmi obtížné povolání především psychicky a také tím, že jelikož se sociální práce stále vyvíjí, musí neustále studovat nové informace o sociální práci, aby mohl klientům v terapeutické komunitě poradit s jejich záležitostmi kdykoliv to budou potřebovat. Výzkum mě velmi obohatil především ve smyslu, že nyní si dokáži mnohem více představit, co obnáší profese sociální pracovníce v terapeutické komunitě. Její hlavní náplní práce jsou individuální rozhovory s klienty, při kterých řeší dluhové poradenství klientů, jejich exekuční řízení, jakým způsobem napsat a kam poslat žádosti, které se týkají finančních, sociálních úřadů nebo písemnosti týkající se soudů. Sociální pracovníce si také s klienty domlouvá krátkodobé dílčí cíle, a pokud je to nutné, komunikuje sociální pracovníce také s rodinou klienta. Myslím si, že terapeutické komunity mají v naší zemi své místo. Tým terapeutické komunity je velmi prospěšný, jelikož pomáhá lidem opět nalézt ztracenou životní cestu. „*Významnou součástí sociální práce s klientem v léčbě je postupné obnovování kontaktů s vnějším sociálním prostředím a zvyšování míry a kvality jeho sociálního fungování*“ (Matoušek a kol., 2005, str. 222). Tyto kontakty se v terapeutické komunitě začínají obnovovat od druhé fáze

Den, strávený v terapeutické komunitě pro mě byl zajímavou zkušeností. Klienti i terapeutický tým byli velmi ochotní a vše mi vysvětlili. Získala jsem mnoho užitečných informací o chodu a životě v terapeutické komunitě.

6 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat specifika sociální práce s uživateli v terapeutické komunitě a též činnosti a role sociální pracovnice. Dílčím cílem bylo zmapovat pohled a zkušenosti uživatelů týkající se činnosti sociální pracovnice.

Hlavní výzkumná otázka zněla: Jaké teorie a metody sociální práce se používají v terapeutické komunitě? Po rozhovoru se sociální pracovníci jsem zjistila, že se sociální pracovnice spoléhá především na osvědčené metody a techniky sociální práce, jako jsou rozhovor, aktivní naslouchání a nácvik rolí, při kterých ví, že se od klienta dozví přesně tu informaci, kterou potřebuje. Detaily o těchto metodách a technikách jsou rozebrány výše v diskuzi. Sociální pracovnice mi také během našeho rozhovoru vysvětlila, v čem spočívá sociální práce s klienty v jednotlivých fázích léčby. Nejtěžší spolupráce je s klientem v nulté a první fázi z toho důvodu, jelikož klient zapomíná a není dochvilný. Sociální pracovnice mi také vysvětlila, jaké těžkosti klientů musí nejčastěji řešit. Tyto problémy se opakují v každé fázi.

Myslím, že by bylo velmi zajímavé zjistit, jaké teorie a metody se pro sociální práci v terapeutické komunitě vůbec nehodí nebo jaké teorie a metody nepřináší kýžený výsledek. Odpovědi na tyto moje otázky by mě velmi zajímaly, škoda jen, že s nimi sociální pracovnice zkušenost nemá. Též by bylo velmi zajímavé, kdyby někdo srovnal sociální práci ve více terapeutických komunitách. Zajímalo by mě, jaké má sociální práce odlišnosti a spojitosti v jednotlivých komunitách a jak velké jsou rozdíly v sociální práci vykonávané v komunitě pro adolescenty, matky s dětmi a dospělé. Jistě by tento výzkum přinesl zajímavé výsledky.

Věřím, že nabyté zkušenosti mohou být při mém dalším studiu nebo při práci sociální pracovnice použitelné. Budu ráda, když má bakalářská práce poslouží jako alternativní zdroj pro sociální pracovníci pracující v komunitě, i pro komunitu jako takovou.

Zdroje:

1998. *Magdaléna o.p.s.* [online]. 2015 [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: <http://magdalena-ops.eu/index.php/o-nas-menu/historie.html>

ALLEN, Karen. What Is an Ethical Dilemma? *The New Social Worker: The social work careers magazine* [online]. 2012, 19(2): 4-5 [cit. 2015-08-03]. ISSN 978-1-929019-21-0. Dostupné z: <http://www.mediafire.com/view/1rkn9o608b86ab0/spring2012.pdf>

BROŽA, Jiří, 2007. Složení terapeutického týmu. In: NEVŠÍMAL, Petr aj. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, s. 192-199. ISBN 978-80-7106-937-9

BANKSOVÁ, Sarah, 1995 In: HOLÁ, Lenka. *Mediace v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, s.150. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3134-6.

ČEVELOVÁ, Magdalena. Slovníček. *Magdalena Čevelová: Marketingová kouzla pro úspěšné podnikání* [online]. 2015 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: <http://www.cevelova.cz/slovnicek/#linkK>

Čítanka. [online]. Dostupné z: file:///C:/Users/HPCZ/Downloads/Citanka_pro_klienty_PravidlaTK_web.pdf

Definice sociální práce. *Sociální revue: Sociální práce a společenské otázky* [online]. 2005, 3.11. [cit. 2015-07-15]. Dostupné z: <http://.cz/item/definice-socialni-prace>

DOLEŽEL, Jakub a Oldřich MATOUŠEK, 2013. Sociální práce od doby reformace do 19. století. In: *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 185-189. ISBN 978-80-262-0366-7.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. 2010. Hlavní směry a metody psychoterapie. In: *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, s. 342-366. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR. *Společnost sociálních pracovníků ČR* [online]. 2006, 5.19. [cit. 2015-07-15]. Dostupné z:

http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf

GULOVÁ, Lenka. 2011. Náčrt kontextu historie, náboženství a filozofie směrem k sociální práci. In: *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, s. 45-53. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.

HANUŠ, Petr. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci* [online]. 2007, (1): s. 5-6 [cit. 2015-08-03]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: [http://socialni prace.cz/soubory/1-](http://socialni prace.cz/soubory/1-2007_rolsocialnihopracovnika-120116134909.pdf)

[2007_rolsocialnihopracovnika-120116134909.pdf](http://socialni prace.cz/soubory/1-2007_rolsocialnihopracovnika-120116134909.pdf)

HANZAL, Pavel. 2007. Léčba závislosti na drogách matek s dětmi v TK Karlov. In: NEVŠÍMAL, Petr aj. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, s. 263-272. ISBN 978-80-7106-937-9

HARTL, Pavel. 1997. Terapeutická komunita. In: *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, s. 179-189. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-45-1.

HAUKE, Marcela. II. část - Moc a pomoc v sociálních službách, etická dilemata: Osobnost sociálního pracovníka. *Marcela Hauke: Školení a konzultace* [online]. 2012 [cit. 2015-07-13]. Dostupné z:

http://marcela.hauke.cz/clanky/druhy_dil_moc_a_pomoc/

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HOLÁ, Lenka, 2011. Etika řešení konfliktů. In: *Mediace v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, s.149-154. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3134-6.

Global Definition of Social Work. *IFSW*. [online]. 2014 [cit. 2015-07-28]. Dostupné z: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>

KABÁTKOVÁ, Petra, 2007 TK pro adolescenty. In: NEVŠÍMAL, Petr aj. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, s. 247-262. ISBN 978-80-7106-937-9

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 394 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.

KAPPL, Miroslav a Radka JANEBOVÁ, 2013. Aktivní naslouchání. In: MATOUŠEK, Oldřich aj. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 265-267. ISBN 978-80-262-0366-7.

KAPPL, Miroslav a Jiří KUČÍREK, 2013. Vedení rozhovoru. In: MATOUŠEK, Oldřich aj. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 268-270. ISBN 978-80-262-0366-7.

KASALOVÁ, Renata. *Komunikace*. Vyd. 2. Benepal a.s., 2012, 44 s. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_2_file/KOMUNIKACE.PDF

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2006. Terapeutická komunita. In: *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, s. 251-252. ISBN 80-7367-122-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. Profesionalita sociálního pracovníka. In: *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, s.68-95. ISBN 978-80-247-3843-7.

LABÁTH, Vladimír. *Rezidenční starostlivost*. Vyd. 1. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004, 143 s. Edícia sociálna práca - sociálna politika. ISBN 80-89185-03-7.

MASON, Jennifer. Semistructured Interview. *SAGE: Research methods* [online]. 2013 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z : <http://srmo.sagepub.com/view/the-sage-encyclopedia-of-social-science-research-methods/n909.xml>

MATOUŠEK, Oldřich a Jakub DOLEŽEL, 2013. Domácí historie sociální práce In: *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 195-199. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-x.

MATOUŠEK a, Oldřich aj. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK b, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich aj. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich aj. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012, 309 s. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich, 2013. Případová práce In: *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s.262-263. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, 2013. Terapeutické komunity. In: *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s.426-428. ISBN 978-80-262-0366-7.

MÁTEL, Andrej, 2006. In KOZONĚ, Antonín. *Etické otázky socializácie: Socialnej práce a príbuzných vedných disciplín*. Trenčín: SpoSoIntE, 2013, s. 27. ISBN 978-80-89533-10-7. Dostupné také z: <http://www.vssvalzbety.sk/userfiles/Adresar/Fukas/KozoA.akol.Etickotzkysocializaciesocilnejprceaprbuznychvednchdiscipln.pdf>

Metoda léčby v terapeutické komunitě. *Magdaléna o.p.s.* [online]. 2015 [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: <http://magdalena-ops.eu/index.php/jak-1%C3%A9%C4%8Dba-v-tk-funguje.html>

MILLER, Ashley. A List of Ethical Dilemmas Facing Social Work. *Chron* [online]. 2015[cit. 2015-08-03]. Dostupné z: <http://work.chron.com/list-ethical-dilemmas-facing-social-work-21946.html>

NAVRÁTIL, Pavel, 2013. Antiopresivní přístup. In: MATOUŠEK, Oldřich aj. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s.92-96. ISBN 978-80-262-0366-7.

NAVRÁTIL, Pavel a MATOUŠEK, Oldřich, 2013. Sociální práce v době současné. In: *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s.211-220. ISBN 978-80-262-0366-7.

NEDĚLNÍKOVÁ, Dana a MATOUŠEK, Oldřich, 2013. Sociální práce s jedinci ve skupinách. In: *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s.290-293. ISBN 978-80-262-0366-7.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel. 2013. Lidé závislí na nealkoholových drogách. In: MATOUŠEK, Oldřich aj. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 381-383. ISBN 978-80-262-0366-7.

NEVŠÍMAL, Petr, 2004. Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In: KOOYMAN, Martien, George DE LEON. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: Vznik a vývoj*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, s. 155-208. ISBN 80-7106-876-4.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRESTON, Andrew, Andy MALINOWSKI a Martin ŠEFRÁNEK. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády české republiky, 2007, 59 s. ISBN 9788087041284.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. Systém péče o lidi s duševním onemocněním In: *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, s.184-203. ISBN 978-80-262-0731-3.

Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. [cit. 2015-07-22]. Dostupné z: <http://www.mediafire.com/view/1rkn9o608b86ab0/spring2012.pdf>

Residenční péče v terapeutické komunitě. *Magdaléna o.p.s.* [online]. 2015 [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: <http://magdalena-ops.eu/index.php/co-nabizi-magdalena-ops/pobytová-léčba-a-dol%C3%A9%C4%8Dov%C3%A1n%C3%AD/tk.html>

Role sociálního pracovníka a způsoby přístupu k praxi. *Portál* [online]. [cit. 2015-07-13]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=2070>

RŮŽIČKA, Jiří aj. *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011, 341 s. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-467-4.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 75 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 5. ISBN 80-85850-00-1.

Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. *Sociální revue* [online]. 2005,25.11. [cit. 2015-07-12]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/socialni-pracovnik-a-pracovnik-v-socialnich-sluzbach>

Semi-structured Interviews. *Qualitative Research Guidelines Project* [online]. 2013 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: <http://www.qualres.org/HomeSemi-3629.html>

ŠEFRÁNEK, Martin, 2014. Vznik a vývoj terapeutických komunit. In: *Evaluační výsledky léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2014, s. 12-45. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-103-9. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/navykove-latky/monografie/evalua%C4%8Dn%C3%AD-v%C5%BDledky-le%C4%8Dby-v-terapeutick%C3%BDch-komunit%C3%BDch-pro-le%C4%8Dbu-zavislosti>

YALOM, Irvin D a Molyn LESZCZ, 2007. Korektivní rekapitulace primární rodiny. In: *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, s 34-35. ISBN 978-80-7367-304-8.

ZAKOUŘILOVÁ, Eva, 2013. Sociální terapie. In: MATOUŠEK, Oldřich aj. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, s. 264-265 ISBN 978-80-262-0366-7.

Zákon č. 180/2006 Sb. o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů. 2006. Dostupné z : http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf

Přílohy

Příloha číslo 1

Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s klienty v Terapeutické komunitě Magdaléna, o.p.s.

Identifikační údaje

1. Pohlaví:
2. Věk:
3. Nejvyšší dosažené vzdělání:
4. Délka pobytu v TK:

Spolupráce se sociálním pracovníkem/pracovnicí

1. Kdy jste se se sociálním pracovníkem/sociální pracovnící poprvé setkal/a?
Kdy jste se poprvé setkal /a se sociální pracovnící zde v terapeutické komunitě?
2. Jak často se sociálním pracovníkem/sociální pracovnící komunikujete?
3. S jakými záležitostmi se na sociálního pracovníka/sociální pracovníci obracíte?
4. Spolupracujete se sociálním pracovníkem/sociální pracovnící individuálně?

Pokud ano, v čem a jak.

5. Spolupracujete se sociálním pracovníkem/sociální pracovnící ve skupině? Pokud ano, v čem a jak.

6. Na čem jste se se sociálním pracovníkem/sociální pracovnící dohodli na začátku léčby? Jsou nyní nějaké změny v dohodě s ohledem na fázi léčby, ve které se nyní nacházíte?

7. Spolupracuje sociální pracovník/sociální pracovníce s Vaší rodinou?

8. Spolupracuje s Vámi sociální pracovník/sociální pracovníce nyní jinak než na začátku Vaší léčby?

9. Jste spokojen s prací sociálního pracovníka/sociální pracovníce?

- Zná legislativu
- Vše podrobně a stručně vysvětlí

- Zabývá se Vašimi potřebami
- Můžete se na ni kdykoliv obrátit

10. Co očekáváte od sociálního pracovníka/sociální pracovnice?

Profese sociálního sociální pracovnice

1. Co je podle Vás pro sociálního pracovníka/sociální pracovnici důležitější, teoretické znalosti nebo sociální dovednosti a proč?

2. Myslíte si, že je důležité pro výkon profese sociálního pracovníka vzdělání speciálně v tomto oboru (oboru sociální práce), pokud ano, proč?

Sociální práce v terapeutické komunitě

1. Víte, co je náplní práce sociálního pracovníka/sociální pracovnice v terapeutické komunitě?

2. V čem spočívá podle Vás odborné sociální poradenství vykonávané sociálním pracovníkem/sociální pracovnicí v terapeutické komunitě?

3. Je sociální pracovník/sociální pracovnice podle Vás v terapeutické komunitě potřebný(a) a důležitý(a), pokud ano, v čem?

4. Věnuje se sociální pracovník/sociální pracovnice i jiným aktivitám a činnostem v terapeutické komunitě?

5. Jakým způsobem s Vámi sociální pracovník/sociální pracovnice dojednával(a) individuální cíle?

6. Jaké máte se sociálním pracovníkem /sociální pracovnicí stanoveny individuální cíle

Příloha číslo 2

Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor se sociálním pracovníkem/sociální pracovnící v Terapeutické komunitě Magdaléna, o.p.s.

Identifikační údaje

1. Věk
2. Nejvyšší dosažené vzdělání
3. Délka praxe v pomáhající profesi
4. Pracovní poměr v TK od roku
5. Výše pracovního úvazku v TK

Činnost a role sociálního pracovníka/sociální pracovnice

1. V čem spočívá náplň práce sociálního pracovníka v terapeutické komunitě?
2. Jaké role jako sociální pracovník/pracovnice v terapeutické komunitě zastáváte?
 - pečovatel nebo poskytovatel služeb
 - zprostředkovatel služeb
 - cvičitel (učitel) sociální adaptace
 - poradce nebo terapeut
 - případový manažer
 - manažer pracovní náplně
 - personální manažer
 - administrátor
 - činitel sociálních změn
3. Jakým způsobem dojednáváte s uživateli individuální cíle?
4. Můžete popsat nejčastější individuální cíle uživatelů v terapeutické komunitě?
5. V čem se liší sociální práce s uživateli v jednotlivých fázích léčby?
6. Jaká jsou specifika sociální práce s uživateli v terapeutické komunitě?
7. Věnujete se kromě sociální práce i jiným aktivitám a činnostem s uživateli v terapeutické komunitě?
 - socioterapii

- psychoterapii
 - pracovní terapii,
 - expresivní terapii (arteterapii, dramaterapii, muzikoterapii)
 - zátěžovým akcím
 - sportování
 - volnočasovým aktivitám
 - výchovně vzdělávacím programům aj
8. Jak často využíváte supervizi pro Vás osobnostní rozvoj a psychohygienu?
9. Můžete popsat spolupráci sociálního pracovníka/sociální pracovnice s ostatními členy terapeutického týmu?
10. Jaké kurzy, semináře, výcviky navštěvujete za účelem odborného růstu?

Metody, techniky a přístupy sociální práce

1. Z jakých teorií sociální práce vycházíte v terapeutické komunitě?
2. Jaké metody sociální práce v terapeutické komunitě používáte?
3. Která metoda sociální práce se Vám nejvíce osvědčila? Proč?
4. Která metoda sociální práce se Vám osvědčila nejméně? Proč?
5. Jaké techniky sociální práce v terapeutické komunitě používáte?
6. Která technika sociální práce se Vám nejvíce osvědčila? Proč?
7. Která technika sociální práce se Vám osvědčila nejméně? Proč?
8. Jaké přístupy sociální práce v terapeutické komunitě používáte?
9. V čem spočívá případová sociální práce v terapeutické komunitě?
10. V čem spočívá skupinová sociální práce v terapeutické komunitě?
11. V čem spočívá sociální práce s rodinou v terapeutické komunitě?
12. V čem spočívá odborné sociální poradenství v terapeutické komunitě?

Dilemata v sociální práci

1. S jakými dilematy sociální práce se v terapeutické komunitě setkáváte?
2. Jaká dilemata sociální práce dle Vašeho názoru sociální pracovníci/pracovnice v terapeutické komunitě nejčastěji řeší?

Příloha č. 3:

Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR

1. Etické zásady

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1. 5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s

celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2. 1. 7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2. 3. 3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2. 5. 6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech. Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace), - kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení, - kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití, - kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů – při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta, - při konfliktu klienta a jiného občana, - při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů, - při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností, - při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role, a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost: diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

Zdroj: Socialnipracovnici.cz