

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Sociální a charitativní práce

Marie Veselá

*Zkušenosti a očekávání klientů ve vztahu k sociálním
pracovníkům ve Vojenské nemocnici Olomouc na oddělení
Středisko sekundární prevence a léčby závislostí*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Hana Krylová, Ph.D.

2020

Prohlášení

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

V Olomouci dne:

..... Marie Veselá

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. et Mgr. Haně Krylové, Ph.D. za odborné a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Rovněž děkuji za vstřícný i trpělivý přístup.

Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Odložilíkové, sociální pracovníci ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc, za umožnění zpracování výzkumu. Díky patří také všem respondentům, kteří mi byli ochotni věnovat svůj čas. V neposlední řadě chci také poděkovat všem mým blízkým za podporu během mého studia.

Obsah

Úvod.....	6
1 Vymezení pojmů očekávání a zkušenost.....	8
1.1 Očekávání	8
1.2 Zkušenost.....	9
2 Závislost	11
2.1 Definice závislosti na návykových látkách	11
2.2 Typy závislosti	12
2.3 Fáze závislosti a abstinční syndrom.....	14
2.4 Důsledky užívání návykových látek	15
3 Pojem droga	17
3.1 Definice drogy.....	17
3.2 Dělení drog	18
4 Prevence a možnosti léčby drogově závislých	22
5 Obecné informace o Vojenské nemocnici Olomouc	32
5.1 Středisko sekundární prevence a léčby závislostí	33
5.2 Následná péče.....	33
6 Role sociálního pracovníka.....	36
6.1 Obecný popis sociálního pracovníka	36
6.2 Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení	37
6.3 Sociální pracovník na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc	38
7 Výzkumná část.....	39
7.1 Výzkumný cíl a výzkumná otázka	39
7.2 Metodologie výzkumu	40
7.2.1 Metoda sběru dat.....	40
7.2.2 Metoda zpracování dat.....	42
7.3 Průběh výzkumu a etické hledisko.....	42
7.4 Výzkumný vzorek	43
7.5 Analýza výzkumných dat	44
8 Diskuse	48
9 Výsledky výzkumu	50
Závěr	51

Bibliografický seznam	52
Internetové zdroje	57
Přílohy	59
Příloha č. 1	59

Úvod

V životě prožíváme určité momenty, o nichž si běžně utváříme nějaké představy. Tyto představy lze formulovat jako očekávání, která jsou přirozenou reakcí každého člověka. Převážně se zaměřujeme na ta pozitivní, v některých případech se ale mohou objevovat očekávání negativní. Ta jsou doprovázena strachem či obavami. Ať už mají jakoukoli podobu, v obou případech získáváme zkušenosti. Díky zkušenostem se utváří naše osobnost. Zkušenosti ovlivňují, jak budeme nahlížet na svět, jak se budeme chovat, jednat. Rovněž mají vliv na naše očekávání. S každou prožitou situací si odnášíme zkušenosti, jež se vryjí do paměti. Jestliže poté čelíme stejným či podobným situacím, vybaví se nám již nabyté zkušenosti z minulosti. Z tohoto důvodu lze získané zkušenosti spojit s učením. Jestliže se totiž k něčemu přiučíme, automaticky se nám dané záležitosti vybavují.

Bakalářská práce se zabývá očekáváním a zkušenostmi klientů od sociálního pracovníka ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc. Na sociální pracovníky je kladena řada požadavků. Všechny nároky tak dohromady utváří profesionalitu, která je neodmyslitelnou součástí sociální práce (Zajacová, 2015 [online]). Tato práce se věnuje nejenom očekávání a získaným zkušenostem klientů daného zařízení, ale také závislosti na návykových látkách. Závislosti bývají zahrnuty do našich životů. Jedná se o rozšířený fenomén po celém světě a nabídka po návykových látkách stále roste (Bajer, 2007, s. 3). Mnohdy si ani neuvědomujeme, že se o závislost jedná. V opačném případě, kdy si nezdravé jednání dokážeme připustit, ale nadále v něm pokračujeme i přes možné známé škodlivé důsledky, dochází k prohlubování závislosti. V tomto případě už jedinec nedokáže ze začarovaného kruhu vystoupit vlastními silami. Proto existuje široká škála pomoci zaměřená na léčbu drogové závislosti. Jednou z nich je výše zmíněné zdravotnické zařízení.

Cílem této bakalářské práce je tak popsat fungování Střediska sekundární prevence a léčby závislostí ve Vojenské nemocnici Olomouc se zaměřením na zkušenosti a očekávání od sociálních pracovníků. Pro naplnění cíle je aplikován kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Práce obsahuje teoretickou i výzkumnou část. Teoretická část se opírá o odbornou literaturu a jejím účelem je

představit klíčová témata. Popisuji v ní termíny jako je očekávání, zkušenost, též pojmy související s drogovou závislostí. Součástí je rovněž charakteristika povolání sociální pracovník včetně uvedení základních informací o zmíněném zařízení. Co se týká výzkumné části, v úvodu se zaměřuji na kvalitativní výzkum. Ten jsem realizovala polostrukturovaným rozhovorem s klienty Střediska sekundární prevence a léčby závislostí. Zabývám se tedy metodologií i dalšími náležitostmi, kdy závěr této části obsahuje shrnutí výsledků výzkumného šetření.

1 Vymezení pojmů očekávání a zkušenost

Cílem první kapitoly je definovat klíčové termíny této práce, mezi něž patří očekávání a zkušenost. V první řadě se zaměřuji na téma očekávání, konkrétně na jeho význam, dále jaké jsou možnosti či druhy očekávání. Pro bakalářskou práci je zásadní východisko očekávání od sociálního pracovníka, proto jemu věnuji samostatnou část textu v podkapitole s názvem Očekávání. Posledním námětem kapitoly je vymezení pojmu zkušenost.

1.1 Očekávání

Očekávání lze vnímat jako představu, tužbu, jistý předpoklad vůči něčemu nebo někomu. Setkáváme se s ním v běžném životě a dává nám určitou naději. Očekávání tedy může být nejen pozitivní, nýbrž i negativní. Mezi negativní Nakonečný (2000) řadí například strach či pochybnosti, obavy. Z jeho publikace rovněž vyplývá, že očekávání se dá označit za lidskou emoci.

Sociologické slovníky odkazují v rámci definování očekávání na pojem „sociální role“¹. Tyto dva termíny spolu úzce souvisí, protože pro každou roli je typické očekávání. Od každé role se očekává plnění jasně dané činnosti, dále že její jednání bude motivované, emocionální a bude dodržovat hodnotové struktury. K očekávání dochází také u sociálních interakcí, díky nimž se sociální svět stává předvídatelným, nepřekvapivým (Maříková, Petrusek, Vodáková, 1996, s. 296).

Očekávání od profese sociálního pracovníka

Janebová a Musil (2007, s. 50) označují očekávání od sociálních pracovníků za nejasné, neidentifikovatelné. Za důvod takového označení uvádějí nejednoznačnost co je sociální práce, jelikož představy společnosti o tomto oboru jsou velmi odlišné.

Sociální pracovník je obklopen očekáváním z mnoha stran. Čelí určitým představám od klientů, spolupracovníků, sponzorů, veřejnosti a také od Etického kodexu sociálního pracovníka České republiky. Tento dokument od pomáhající profese očekává individuální přístup ke klientům dle jejich zohledněných potřeb. Zároveň zaměstnavatel, nadřízení a všichni ostatní zaměstnanci pracoviště očekávají, že bude pracovat podle již osvojeného žádoucího způsobu. Co se týče představy klientů, ta bývá

¹Sociální role je „schéma potřeb a cílů, názorů, citů, postojů, hodnot a činností, které by se měly podle očekávání příslušníků společnosti charakterizovat typického představitele určité pozice.“ (Geist, 1992, s. 348)

jednoznačná. Tedy očekávají rychlou, stručnou odpověď, pomoc. Veřejnost má povětšinou na mysli sociální dávky, tudíž představa směřuje ke státním prostředkům s očekáváním zajištění jejich nezneužívání (Musil, Nečasová, 2008, s. 83).

Očekávání od pomáhajících pracovníků existuje celá řada. Musil a Nečasová (2008) vymezují základní očekávání, mezi něž patří zajisté poskytování pomoci klientům, jestliže musí čelit požadavkům sociálního prostředí a jejich osobní způsobilost je nedostatečná. Jako další, poslední očekávání zmiňují vykonávání pracovní činnosti, která má být přínosná jak klientům, tak sociálnímu prostředí. Od sociálního pracovníka se rovněž očekává řádné plnění všech jeho kompetencí, jejichž výčet vyobrazuji v kapitole s názvem Role sociálního pracovníka.

1.2 Zkušenost

Pojem „zkušenost“ lze přirovnat k souhrnu znalostí či prožitků. Taktéž jakými poměry jsme si v životě prošli a získali, odnesli či vytěžili z nich zážitky. Hartl a Hartlová (2010, s. 692) označují zkušenost jako „poznání, které přichází z prostředí „vně“ člověka prostřednictvím činnosti, pozorování a pokusů.“ Zároveň tento termín spojují s učením, k němuž dochází v průběhu získávání zkušeností.

Zkušenost dle Kulky (2008, s. 77) je soubor osvojených činností uložených v paměti. Zásadní roli sehrává samotné učení včetně zpětné vazby. Jestliže se tedy k něčemu naučíme, byl nám uložen dar na základě zkušeností tyto získané vzorce opakovaně používat bez potřeby opakování či znovu jejich nabytí.

Z výše uvedeného vyplývá, že při získávání zkušeností se rovněž učíme. To platí i naopak. Jestliže se učíme, těžíme rovnou blahodárné zkušenosti. Zkušenosti můžou být jak pozitivní, rovněž také negativní. Oba typy jsou ale pro člověka, jeho život přínosné. Formulují lidskou osobnost, cíle, současné prožívání. Díky jejich existenci se stáváme moudřejšími a každým směrem posouváme naše hranice.

Lze tedy shrnout, že očekávání je přirozenou reakcí člověka na podněty, se kterými se v životě potýkáme. Každý si utváří určitou představu, co daná situace či jednání lidí přinese. Ať už se jedná o nové, nebo stejné i obdobné záležitosti, s nimiž jsme se již setkali. Na očekávání můžou mít vliv zkušenosti, jež lze charakterizovat jako nabyté vědomosti. Důvodem je, že v průběhu života těžíme zkušenosti a díky nim si tak utváříme do budoucna konkrétnější vizi čili očekávání. Zásadní postavení zastává učení,

jelikož prostřednictvím získávání zkušeností se rovněž učíme. Zkušenosti je tedy možné označit za úzce související s učením, protože dosažené zkušenosti zůstávají v paměti a při podobných situacích se člověku spontánně vybavují.

V první kapitole jsem vytyčila dva význačné pojmy práce – očekávání a zkušenost, abych docílila jejich přesného porozumění, taktéž utvoření konkrétní představy o významu. Za prominentní považuji další termín, a tím je „závislost“, o němž je následující kapitola.

2 Závislost

Mezi další zásadní termíny patří pojem „závislost“. Důvodem je zaměření bakalářské práce na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc, pro které je tato problematika klíčová. Druhá kapitola je tedy věnována závislostem za účelem definování tohoto pojmu včetně popsání jejích druhů. Jestliže dojde k odepření podmětu, který způsobil závislost, objeví se u jedince nežádoucí reakce. Z tohoto důvodu kapitola také obsahuje popis jednoho z mnoha nepříjemných důsledků souvisejících se závislostí, a to je abstinční syndrom. Na závěr rovněž uvádím i další důsledky, jež vznikají při užívání návykových látek.

O závislosti lze hovořit v případě, kdy se začneme na něco upínat, vyžadujeme či vyhledáváme přítomnost daného podmětu za účelem naplnění určité potřeby. Zkrátka cítíme, že bez této nezbytnosti nemůžeme, nechceme žít. Takovou potřebu lze vnímat i u běžně používaných věcí, jako je internet, nakupování, jídlo a další všední záležitosti. Touha je natolik silná, dokáže člověka omámit, spoutat a ovládat jeho život. Přesně takový požadavek v jedinci probouzí každá závislost. Nešpor (2007) uvádí příklady závislostí, jako je kupříkladu závislost na práci, závislosti spojené s poruchou příjmu potravy, dále sem řadí patologické hráčství. Do řady typů spadá též závislost na návykových látkách, již je tato kapitola věnována.

2.1 Definice závislosti na návykových látkách

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10 [online]) je syndrom závislosti „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“

Definici závislosti rovněž vymezuje řada autorů, kdy autoři Fischer a Škoda (2014, s. 86) ve své publikaci uvádějí, že „syndrom závislosti lze definovat jako soubor

psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky.“

Velký psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2010, s. 576) označuje syndrom závislosti za „silnou, přemáhající, nutkavou touhu brát psychoaktivní látku, alkohol nebo tabák“, která způsobuje nekontrolovatelnost užívání.

Pro závislost je tedy charakteristická silná touha po látce, nedostatečná kontrola vlastního chování pod vlivem psychoaktivní látky, užití další nebo obdobné látky pro snížení odvykacího stavu, zvyšování dávek, ztráta původních zájmů i aktivit z důvodu věnování času k opatření či aplikaci drogy a nadále dochází k opakovanému užívání látky, ačkoliv si je jedinec vědom její škodlivosti i nepříznivých důsledků. Aby byla závislost stanovena, musí se u jedince v průběhu jednoho roku vyskytovat tři a více těchto zmíněných prvků (Nešpor, 2007, s. 10).

2.2 Typy závislosti

Návykové látky svým působením ovlivňují lidské tělo. Lze si prostřednictvím jejich vlivů na ně vytvořit závislost, která má dopad na organismus člověka včetně jeho psychiky. Konkrétněji poškozují jedince biologicky, psychicky, též sociálně. Každý typ závislosti přináší rovněž odvykací příznaky, jestliže náhle nedojde k užití látky. Objevení těchto symptomů je značnou známkou závislosti.

Každá psychoaktivní látka je příznačná určitými účinky, zároveň způsobuje i specifické druhy závislosti (Vágnerová, 2004, s. 549). Je obtížné od sebe znatelně oddělit, co je tělesné a duševní, somatické (fyzické) a psychické. Přesto lze závislost rozdělit na dvě základní složky, jimiž je somatická a psychická závislost (Nožina, 1997, s. 12).

Somatická závislost

Somatická závislost dle Vágnerové (2004, s. 549) je přizpůsobení biologických funkcí organismu na návykovou látku. Tedy tělo si na přísun drogy zvyklo a zařadilo ji do látkové výměny. Součástí tohoto typu je též zvyšování dávek látky čili růst tolerance, aby bylo dosaženo původního stavu způsobeného drogou. Při jejím vysazení lze somatickou závislost zpozorovat v podobě abstinenčního syndromu. Ten se projevuje například neklidem, zvracením, zvýšeným pocením, napětím nebo třesem (Vágnerová, 2004). U somatické závislosti můžeme abstinenční příznaky chápat jako určitý protest

těla, které se začne bouřit v případě nezískání či pocítění absence látky, na níž si vytvořilo zvyk (Substituční léčba, Závislost na drogách, Jak se závislost projevuje? [online]).

Tento typ závislosti zhoršuje primárně i sekundárně somatické zdraví jedince, jestliže žije nepatřičným způsobem nebo nedodrží dostatečnou hygienu při nitrožilním užívání chemické látky s psychoaktivními účinky. Důsledek se může projevit v podobě zhoršení fungování některých orgánů, například ledvin, jater či slinivky břišní. Dále hrozí riziko nákazy hepatitidou a infekce HIV. Také je ovlivněn zevnějšek uživatele drog. Tělo dlouhodobým užíváním mění svůj vzhled, postupně chátrá. Typické jsou anorektické rysy v podobě rychlého hubnutí. Dále dochází u jedince k opadnutí zájmu o jeho postavu, přestává o sebe pečovat (Vágnerová, 2004, s. 563).

Psychická závislost

Pro psychickou závislost je typický chtíč po návykové látce. Jedinec cítí silnou potřebu drogu užít s míněním, že jestliže tak neučiní, nemůže prožívat příjemné pocity a cítit se dobře. Vědomí nezískání látky může u jedince vyvolat vztek až úzkost (Vágnerová, 2004, s. 549).

Jedná se tedy o duševní stav v podobě žádostivé tužby opět aplikovat drogu (Nožina, 1997, s. 12). Touha je natolik silná, že se jí nedá lehce odolat. To může dokonce vést jedince ke kriminálním činům z důvodu opatření peněžních prostředků na drogu (Göhlert, Kühn, 2001, s. 21 – 22).

Příznačným znakem pro psychickou závislost je jedincovo chování zaměřené převážně na opatření látky. To vede k tomu, že opadne zájem o veškeré činnosti a pozornost je věnována pouze aktivitám spojených s omamnými látkami (Substituční léčba, Závislost na drogách, Jak se závislost projevuje? [online]).

U psychické závislosti by se neměly objevovat abstinenční příznaky. Můžou se zpravidla ale dostavit tzv. nepravé abstinenční příznaky, jež se projevují například pocením, třesem. Důvodem je propojenost lidského těla a jeho fungování jako celek. Z toho vyplývá, že psychika úzce souvisí s principem fyzickým (Hlubinková a kol., 2008, s. 226).

Psychická závislost má oproti somatické dlouhodobý charakter. Zároveň je změna psychiky vnímána jako závažnější lékařský problém (Nešpor, Provazníková, 1999, s. 35).

2.3 Fáze závislosti a abstinenční syndrom

Závislost může mít různou podobu stádií průběhu. Jejich míra se dá označit od mírnější po závažnější, kdy aktivní uživatel návykových látek si projde všemi. Každé stadium nese určitá rizika i následky. Jedním z důsledků se jeví abstinenční syndrom, jestliže užívání omamné látky se stane nezbytným prvkem jedinceva života. Obsahem této podkapitoly jsou tedy fáze závislosti, neboli v jakém rozměru se návyk pohybuje. Dále věnuji pozornost již zmíněnému abstinenčnímu syndrom, jenž s touto problematikou úzce souvisí.

Stadia závislosti

Užívání návykových látek má nejen určité znaky, nýbrž také etapy či stupně, u nichž se může projevit abstinenční syndrom. Vágnerová (2004, s. 562) rozděluje fáze drogové závislosti do čtyř stádií:

První fázi je experimentování, pro které je typické převážně zvědavost jedince nebo pouze touha vyzkoušet něco nového. K experimentování dochází zejména tehdy, když je látka osobě nabídnuta. Zábranský (2003, s. 18) uvádí, že v tomto stadiu není poškozeno zdraví, nedochází ani k finanční újmě a není rovněž narušena výkonnost jedince.

Dále Vágnerová (2004) popisuje *druhou fázi*, za kterou označuje pravidelné užívání. To nastává v případě častého užívání návykové látky. Jedinec nezapírá své jednání, nechce si ale připustit jeho nesoucí důsledky včetně rizik. Svě okolí se snaží přesvědčit, že má vše pod kontrolou.

Třetí fáze se týká návykového užívání. V tomto stadiu se dostává látka do popředí před všechny zájmy uživatele. Dochází ke změně nejen priorit člověka, ale i jeho hodnot. Droga je již vnímána jako potřeba a součást života, bez které se nelze obejít.

Čtvrtým stadiem je fáze terminální. Projevuje se přílišným užíváním, výrazně poškozuje zdraví jedince. Uživatel se mění jak psychicky, tak fyzicky. Dochází k velké ztrátě sociálních kontaktů. Prioritou se pouze stává obstarávání návykové látky. V této fázi rovněž dochází u jedince k páchání trestné činnosti.

U každého stadia závislosti hrozí velké množství nepříznivých důsledků. V případě utvoření silného návyku na psychoaktivní látku se uživateli dostavuje při jejím odnětí nepříjemný stav s názvem „abstinenční syndrom“. Následující část

podkapitoly tedy obsahuje vymezení tohoto termínu včetně charakteristických prvků jeho podoby.

Abstinenční syndrom

Tento odborný název lze označit za soubor symptomů, jež vznikají z důvodu vytvoření návyku na psychoaktivní látce, jejíž přísun do organismu byl zamezen. Dá se zároveň hovořit o reakci těla, jestliže mu nebyla poskytnuta určitá dávka, kterou zásadně postrádá. Abstinenční syndrom se tedy projevuje odvykacími příznaky.

Odvykací příznaky se objevují u každé návykové látky. U některých nejsou tolik patrné, proto může dokonce dojít i k jejich opomenutí. Do této kategorie lze zahrnout například tabák nebo kofein. Na druhé straně existují takové závažné příznaky, jež mají vliv na naše zdraví a do určité míry se stávají velmi nebezpečnými. To se týká nelegálních drog. Mezi typické odvykací příznaky patří pocení, třes, zvýšená teplota, nechutenství apod. Veškeré příznaky působící na jedince se označují za syndrom závislosti. Ten se s každým druhem drogy liší (Nožina, 1997, s. 12).

Abstinenční syndrom má různou podobu včetně míry působení na lidský organismus. Rozlišují se dva typy abstinenčního syndromu, jedná se o psychický a fyzický. Pro oba druhy je charakteristická řada od sebe se lišících příznaků, ovšem závažnost je společným nežádoucím rysem. U psychického abstinenčního syndromu se projevuje úzkost, neklid, deprese, podrážděnost, spavost. Pro fyzický abstinenční syndrom jsou patrné fyzické projevy, mezi něž patří například bolest těla především kloubů i svalů, zvracení, průjem, pocení. Veškeré příznaky se objevují u každého jedince jinak, záleží na jeho osobnosti, psychice, postoji a vztahu k drogám. Významnou roli též hraje typ užívané psychoaktivní látky (Vokurka, 2000, s. 2).

2.4 Důsledky užívání návykových látek

V podkapitole s názvem Typy závislosti charakterizují somatickou a psychickou závislost, kde již zaznělo, jaké důsledky můžou vzniknout při užívání návykových látek. Jedná se o poškození zdraví jedince jak tělesně, tak psychicky. Důsledky se ale týkají též sociální roviny. Uživatel návykové látky svým chováním ztrácí nejen rodinné příslušníky, své partnery, přátele, přichází rovněž také o zaměstnání. Důvodem ukončení pracovního poměru je jedincova nezodpovědnost vůči plnění povinností i snížená

schopnost soustředění se. Jelikož jedinec ztrácí své blízké lidi kolem sebe, může se dostat do situace, kdy přijde o bydlení. Vyhozením z domova se tak dostává na ulici a hrozí riziko bezdomovectví, které lze označit za další sociální důsledek. Z důvodu finančního nezaopatření se může vyskytovat zadluženost či kriminalita. Trestnou činností se závislí snaží získat peníze buď pro zajištění další dávky návykové látky, nebo pro běžné přežití. Do sociálních důsledků lze taktéž zařadit prostituci, jež bývá s užíváním návykových látek spojována (Substituční léčba, Novinky, Sociální dopady drogové závislosti [online]).

3 Pojem droga

V předchozí kapitole popisují, co znamená termín „závislost“. Zabývám se jejími typy, vysvětlením odborného výrazu „abstinenční syndrom“ a popisují důsledky užívání návykových látek. Pro lepší porozumění drogové závislosti považují za vhodné rovněž interpretovat pojem „droga“, o níž je tato kapitola. S návykovými látkami se setkáváme v každodenním životě. Některé bychom za drogu ani neoznačili, proto účelem třetí kapitoly je konkrétněji vymezit tento termín. Dále se zaměřuji na látky, které jsou za drogy považovány. Na závěr uvádím příklad základního rozdělení návykových látek.

3.1 Definice drogy

Drogy již odedávna doprovázejí lidstvo a vždy byly součástí našeho bytí ať už vědomě, či nevědomě. Svými účinky se staly pro člověka atraktivními. Pod pojmem droga si každý představí převážně něco nesprávného, nezdravého. V současné době se s tímto označením, že se jedná o něco škodlivého, setkáváme ve školních zařízeních, někdy v rodinném prostředí. Existují ovšem ale i drogy, jež jsou ve společnosti připouštěny. Mezi ně patří například kofein, alkohol, tabákové výrobky. Drogy bývají dokonce spojovány s léčivem.

Termín prošel historickým vývojem, postupně se utvářel. Nejdříve byla droga považována za rostlinnou a živočišnou surovinu k přípravě medikamentu. Se vznikem nových látek se toto označení přestalo používat, protože se nejednalo pouze o přírodní látky (Šedivý, Válková, 1988, s. 18). Jednotné vymezení tedy pro pojem droga není stanoveno a v literatuře se lze setkat s řadou odlišných definic.

Presl (1995) ve své publikaci uvádí případnou, výstižnou definici drogy. Podle něj se jedná o každou přírodní či syntetickou látku splňující dva primární postuláty. Mezi požadavky řadí psychotropní účinek a vyvolání závislosti.

Z definice je patrné, že do oblasti takto vymezených látek by náležely také záležitosti, které máme běžně ve svém životě. Ať už by se jednalo o alkohol, tzv. legální drogu, dále by sem též byla zařazena například káva, čaj i dostupné druhy léků. Pod pojmem droga si ale každý představí zpravidla jiné látky než ty legální, proto došlo k zúžení a konkretizování odborného názvosloví (Nožina, 1997, s. 9 – 10).

„Legální psychotropní látky se z termínu „droga“ vytrácejí a jsou jím téměř výlučně označovány látky, které splňují stejně jako výše jmenované základní definici,

ale jsou v naší společnosti zákonem zapovězeny, resp. je zakázána jejich výroba a distribuce, tedy nelegální drogy.“ (Nožina, 1997, s. 10)

Definici drogy rovněž vymezuje Světová zdravotnická organizace, kterou ve své publikaci uvádí Zábranský (2003, s. 14), kdy droga je „jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.“

Osobně se přikláním k definici autora Presla, jelikož dle mého názoru formulace dvou hlavních požadavků drogu jasně vystihuje.

3.2 Dělení drog

Drogy lze rozdělit v rámci několika hledisek, kterých existuje celá řada. Jedním z nich je kupříkladu dělení podle postoje společnosti nebo podle účinku na psychiku. Za nejznámější se považuje dělení na legální a nelegální drogy, jež jsou součástí postoje společnosti k návykové látce. Drogy je možné rozdělit i podle rizikovosti. Jsou nebezpečnými pro uživatele a ohrožující je také míra závislosti. Do rizikovosti pro uživatele návykových látek se řadí označení na měkké a tvrdé drogy. Do dělení týkajícího se působení na psychiku jsou zahrnuty tři domény druhů drog. Jedná se o tlumivé, halucinogenní a povzbuzující látky (Substituční léčba, Rozdělení drog [online]).

Minařík a Kmoch (2015, s. 49-81) uvádějí devět oblastí typů drog včetně charakteristiky, do níž lze návykové látky kategorizovat:

- 1. Alkohol** – patří mezi nejrozšířenější po celém světě. Zásadní roli sehrává množství dávky, od kterého se odvíjejí účinky. Vyvolává dobrou náladu, komunikativnost, pocit zvýšeného sebevědomí, dodává energii. Vyšší množství chemického etylalkoholu způsobuje odstraňování zábran, velmi narušuje vnímání i koordinaci pohybů. Při vyprchávání látky z těla se dostavuje pocit únavy, jež vede až ke spánku. Nadměrné, dlouhodobé požívání alkoholu má vážné dopady na organismus. Poškozuje nervový systém, zvyšuje krevní tlak a nejčastější podíl má na onemocnění jater.
- 2. Opioidy a opiáty** – jedná se o tlumivé látky produkované z opiového máku. Jejimi zástupci je morfium, kodein, heroin, metadon či buprenorfin. Látky bývají aplikovány převážně nitrožilně, další způsob podání je perorálně, nazálně

či prostřednictvím kouření nebo inhalace. Mají vliv na tělo v podobě utlumení bolesti, navození příjemné euforie, duševní i tělesné zklidnění. Jejich účinek zasahuje nervový systém, také dechové centrum. Za největší riziko je považováno předávkování v podobě vysoké dávky, na níž uživatel není zvyklý.

- 3. Zneužívaná farmaka s psychotropními účinky** – ke zneužívání léků dochází u nedodržování minimálního dávkování předepsané lékařem, při užívání neschválených léků. Označit podávání léků za zneužívané je patřičné tedy pouze v případě, kdy jejich užívání je v rozporu s běžným způsobem konzumace. Farmak je celá škála včetně s psychotropním efektem. Mezi ně patří analgetika, sedativa, hypnotika, anxiolytika. Součástí jsou zároveň léky potřebné k výrobě drog. Tento typ návykových látek přináší uživateli zklidnění, snižuje pocity strachu, obav, úzkost. Vyvolává ale i poruchy paměti, ospalost a narušuje koordinaci pohybů.
- 4. Konopné drogy** – do této kategorie spadají všechny přírodní drogy vyráběné z konopí. Za jejich zástupce je označována marihuana, hašiš nebo hašišový olej a řadí se mezi nejrozšířenější nelegální drogy. Typickým způsobem užití je kouření, lze se ale také setkat s perorální aplikací či inhalací. Za hlavní účinek je považováno zklidnění, pocit pohody, jistá euforie, veselost. U konopných drog závislost nehrozí, pouze minimálně se objevuje závislost psychická. Rizikem se jeví poruchy paměti i koncentrace, rovněž může být u některých jedinců spouštěčem duševní poruchy.
- 5. Halucinogeny** – vyvolávají změny vnímání týkajících se jak rozostření, rozmazání, tak dokonce dochází ke vzniku halucinací. Patří sem dvě skupiny látek, jedna z nich se nazývá přírodní, druhé stanovisko nese pojmenování syntetická. Mezi přírodní halucinogeny je označován například psilocybin, meskalin, atropin a řada další. Jako syntetické halucinogenní látky je považováno LSD, ketamin. V současné době stále vznikají i nové syntetické drogy s halucinogenním účinkem. Za běžný způsob užívání je perorální aplikace, kouření či rozpuštění v ústech. U této skupiny drog nedochází při zamezení její dávky k odvykacímu stavu.

- 6. Psychostimulancia** – tyto látky povzbuzují lidský organismus v podobě vyšších výkonů nejen fyzických, nýbrž psychických. Jedná se o aminy jako je metamfetamin, dále do psychomotorických stimulantů patří například kokain. Jejich užití vyvolává zrychlené myšlenky, komunikativnost a odbourává pocit únavy. Způsob běžné aplikace je v podobě nitrožilního, nazálního užití. Obnáší zajisté nežádoucí účinky, jež se projevují viditelným hubnutím uživatele, objevují se úzkosti, pocity pronásledování a dochází ke vzniku závislosti. Ta může být psychická i fyzická.
- 7. Těkavé látky** – může se jednat o doplňkové látky, jestliže se uživateli nedostává hlavní užívaná droga. Zástupci je toluen, aceton, chloroform, trichloretylen či éter. Typická možnost aplikace je jejich inhalace. Délka efektu je ale minimální, jde o časové rozmezí pár minut. Účinek těkavých látek lze přirovnat k opilosti, jež zpočátku obnáší nedlouhou euforii, poté vyvolá u jedince spánek. Rovněž účinek přináší kocovinu, jako je i u odeznění alkoholu. Po vysazení se nevyskytuje odvykací stav, ale je pravděpodobná silná touha opět po užití látky.
- 8. Taneční drogy a MDMA** – tyto psychoaktivní látky jsou typické pro akce, jejichž předností je hudba. Proto jsou spojovány a tanečními parties. Mezi charakteristickou taneční drogou patří extáze, které se MDMA svým účinkem velmi podobá. Staly se populárními u mladých lidí, což přetrvává až do dnes. Taneční drogy se užívají perorálně nebo nazálně, injekčně velmi zřídka. Významným účinkem je navození pohody, zlepšení nálady a zahnání stresu. Přichází rovněž pocity lásky, empatie a potřeba dotýkat se druhých blízkých osob. U těchto drog také nehrozí odvykací stav, vzniká ale neklid a touha po opětovné přítomnosti látky.
- 9. Tabák** – jde o další rozšířenou návykovou látku po celé planetě. Užívá se prostřednictvím kouření, výjimečně se žvýká. V tabáku je obsažena psychotropní složka s názvem nikotin, který způsobuje závislost. Alkaloid nikotin vyvolává pocit soustředěnosti, zvyšuje paměť a ostražitost. Rovněž přináší jedinci uklidnění, snižuje agresivitu. Dále potlačuje chuť k jídlu, důsledkem je zároveň ztráta hmotnosti na váze. U tabákových výrobků hrozí vznik odvykacího stavu, jenž je velmi nepříjemný. Doprovází jej totiž nervozita,

vztek, zlost, poruchy soustředění, úzkost a mnoho dalších nepříznivých projevů.
Typický následek dlouhodobého užívání se týká onemocnění plic.

4 Prevence a možnosti léčby drogově závislých

V předcházejících kapitolách se zabývám podstatnými termíny a s nimi úzce souvisejícími oblastmi klíčových témat pro tuto práci. Dalším zásadním předmětem je také prevence, v níž se zaměřuji na způsob léčby drogově závislých, jež je motivem čtvrté kapitoly. Na úvod tedy nejprve definuji termín „prevence“, posléze již vyobrazuji jednotlivé složky systému péče.

Pod prevencí si lze představit možnosti vedoucí k zamezení vzniku nejen nežádoucího, nýbrž také nebezpečného jednání. V rámci prevence dochází rovněž ke snaze zabránit příchodu nevhodných a často se vyskytujících poměrů, které bývají zpravidla až velmi škodlivými. Jedná se tedy o ochranu, zabezpečení, taktéž vytvoření lepších příznivých podmínek pro lidský život. Prostřednictvím prevence se tak můžeme takovému nežádoucímu chování vyvarovat.

Za prevencí dle Čecha (2015, s. 143) se označují „všechna opatření směřující k předcházení a minimalizování jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledků.“ Stručný psychologický slovník (2004, s. 198) uvádí konkrétní druhy situací, jejichž následky vedou k prevenci. Jde například o vznik nemocí, nežádoucích jevů, úrazů či nehod.

Co se týče prevence drogové závislosti, ta má za hlavní úkol zamezit opětovnému užívání návykových látek a předcházet vzniku závislosti. Snaží se též o její vyléčení. Rozlišují se tři druhy prevence. Z obecného hlediska se jedná o primární, sekundární a terciární. Primární prevence se zaměřuje na jedince, přesněji aby byl omezen jeho styk s návykovými látkami. Jejím cílem tedy je snižování poptávky včetně nabídky drog. Sekundární prevence obnáší léčebné programy, které pracují na vyléčení závislosti. Účelem terciární není odstranění závislosti, ale snižování rizika či alespoň zmírňování důsledků v souvislosti s užíváním drog (Kučera, 2004 [online]).

Existuje celá řada služeb zaměřujících se na prevenci drogové závislosti. Jedná se jak o sociální, tak zdravotnická zařízení. Zároveň poskytují uživatelům návykových látek pomoc i určitou péči. „Efektivní systém péče o uživatele návykových látek (sít' léčebné péče) by měl splňovat řadu kritérií, a to jak v oblasti kvalitativní (struktura

a provázanost sítě), tak v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost léčby).“ (Kalina a kolektiv, 2003, s. 156)

Kalina a kolektiv (2003) v publikaci jednak vymezují řadu složek systému péče, do nichž řadí terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, lékařskou ambulantní péči, denní stacionáře, detoxifikační jednotky, střednědobou ústavní péči, terapeutické komunity, doléčovací programy, chráněná bydlení i chráněnou práci, programy metadonové a jiné substituce.

V této kapitole se dále věnuji podrobnějšímu popisu výše zmíněného výčtu zařízení, která poskytují sekundární a terciární prevenci. Přestože se bakalářská práce zabývá detoxifikační jednotkou spadající do sekundární prevence spolu s dalšími uvedenými možnostmi péče, vnímám za vhodné charakterizovat také zařízení zaměřená na prevenci terciární. Důvodem je, že terciární prevence může v některých případech vést i k rozhodnutí pro úplnou abstinenci, tedy k sekundární prevenci.

Terénní programy

Terénní programy jsou sociální služby, které bývají taktéž označovány jako streetwork. Charakteristickým prvkem pro tuto formu pomoci je poskytování jejich služeb přímo na ulici, kde pracovníci oslovují potenciální klienty (Hrdina, Korčíšová, 2003).

Účelem terénních programů je navázání důvěrného kontaktu s uživateli drog se zaměřením na motivaci k odstranění nebo alespoň zmírnění rizikového jednání. V popředí je tedy snaha o zlepšení poměrů životního stylu a vytvoření vhodnějších bezpečnějších podmínek při aplikování psychoaktivních látek. Pro dosažení cílů terénní práce nabízí rovněž výměnný program. Jedná se o výměnu sterilního materiálu již za použitý pro zamezení vzniku onemocnění, jako jsou například virové hepatitidy typu A, B, C. Dalším příznačným znakem služby je nízkoprahovost. To znamená, že je dostupná každému bez ohledu na pohlaví, etnickou příslušnost, náboženské vyznání, sexuální orientaci apod. (Hrdina, Korčíšová, 2003).

Terénní programy jsou anonymní, což může být pro klienty jednou z výhod, protože tak nedochází k ohrožení jejich soukromí. Dalším přínosem je dostupnost služby ve smyslu poskytování pomoci v přirozeném prostředí klientů, jestliže se nemůžou osobně dostavit do zařízení (Hrdina, Korčíšová, 2003).

Kromě výměnného programu nabízí terénní práce také sociální a zdravotní poradenství včetně poskytnutí důležitých informací v souvislosti s užíváním

psychoaktivních látek. Informace lze předat nejen verbálním způsobem, ale též prostřednictvím srozumitelných letáků. K poradenství dochází v případě, kdy si klienti nevědí rady například s právními záležitostmi. Poskytuje i pomoc při zdravotních komplikacích, jež je pracovník schopen ošetřit. Jde o obtíže spojené s poškozením žil či abscesy. Dalším poskytovaným typem služeb je základní poradenství a krizová pomoc. Ty se orientují na aktuální problémy, kterým uživatelé čelí. Jeho prostřednictvím taktéž získávají informace o následné péči v léčebném nebo jiném sociálním zařízení (Hrdina, Korčíšová, 2003).

Nízkoprahová kontaktní centra

Jedná se o zařízení poskytující podporu lidem s nízkou motivací k odstranění návykového chování v rámci krizové intervence. Nabízí poradenství včetně zdravotní i sociální pomoci. Charakteristickým prvkem je anonymita klientů, díky níž dochází k lepšímu navázání kontaktu, též prohloubení důvěry mezi pracovníkem a klientem (Libra, 2003).

Obsahem služby je včas vykonaná intervence, poradenství, terapie, provázení klienta a sledování jeho situace v léčbě. Dalšími aktivitami kontaktního centra je výměnný program, tak jak rovněž nabízí terénní programy, dále základní zdravotní péče, základní poradenství. Taktéž se sem řadí krátkodobé intervence, které jsou zaměřeny na rodiče, jiné rodinné příslušníky nebo na partnera klienta. Následující náplní práce je také stimulovat klienty k pokračování v léčbě závislosti, jímž se zabývá strukturované poradenství a motivační trénink. Zajisté se objevují prvky sociální práce v podobě dopomoci při komunikaci s institucemi, hledání zaměstnání, bydlení, obstarání dokladů, zajištění kontaktu s rodinou. V neposlední řadě kontaktní centra nabízejí klientům hygienický, potravinový servis. Tyto doplňkové služby lze charakterizovat jako příležitost k zajištění důstojných podmínek pro život (Libra, 2003).

Lékařská ambulantní péče o závislé

Tento typ služby zaujímá podobu ambulantních léčebných středisek, jako je například AT ordinace pro prevenci a léčbu závislostí, kdy označení AT znamená alkoholismus a jiné toxikomanie. Její prototyp se s ambulantním lékařským střediskem značně ztotožňuje (Hampl, 2003).

Zařízení je rovněž určeno gamblerům, protože patologické hráčství bývá s užíváním drog doprovázeno. AT ordinace poskytují služby každému bez ohledu

na věk, pohlaví, zaměstnání i vzdělání. Je tedy poskytována jak dospělým lidem, tak i dětem a mladistvým. Není určena pouze pro závislé osoby, nýbrž experimentátorům, příležitostným či problémovým uživatelům. Pro účinnější pomoc je doporučována spolupráce s rodinnými příslušníky, partnery, spolužáky (Hampl, 2003).

Lékařská ambulantní péče o závislé zahrnuje léčebnou a preventivní péči. Preventivní péče se týká informací získaných z prostředí, v němž se pacient často pohybuje, současně usiluje o zamezení vzniku, rozvoje závislosti. U jedinců již závislých se sleduje psychické a somatické zdraví pro zamezení výskytu s nimi spojených poruch, proto je nutno zařadit i péči léčebnou. Zároveň se do poskytované pomoci objevují prvky psychoterapie, farmakoterapie, socioterapie pro naplnění bio-psycho-sociálních potřeb (Hampl, 2003).

Ordinace AT mohou být pro uživatele návykových látek v léčbě závislostí prvním kontaktem, stejně jako jsou nízkoprahová kontaktní centra. Následnou péči lze shledat v terapeutických komunitách, v chráněných dílnách či chráněném bydlení nebo u ústavní léčby (Hampl, 2003).

Denní stacionáře

Denní stacionáře nabízí péči přes den v pracovní dny. Stojí na rozmezí ambulantní a ústavní péči či mezi klientovým domovem a institucí. Je určena jedincům, jež mají i přes vzniklé problémy kde bydlet, nevyžadují pobytové zařízení., ale není pro ně vhodná samota. Může také nastat, že jim ambulantní péče není dostatečná, proto varianta této služby se jeví jako přijatelná (Kalina 2003).

Nabízí strukturovaný program vyznačující se přesným časovým harmonogramem, pravidly, smysluplnými činnostmi a pravidelností. Cílem je vícero směry působit na osobnost klienta pro změnu jeho postojů, hodnot, chování i následného jednání včetně představy o sobě samém (Kalina 2003).

Zaměřují se na skupinovou terapii s prvky terapeutické komunity. Pozornost věnují rovněž rodině za účelem udržení rodinných vazeb, vztahů. Doporučená délka léčby je v rozmezí tří až šest měsíců. Denní stacionáře se zabývají předcházením užívání návykových látek. Dále se snaží o dosažení abstinence, vytvoření změn ve vnímání vlastní osoby jedince a nápravy jeho vztahů. Za další účely služby jsou vymezena témata týkající se podpory klienta pro lepší zvládnání jeho situace, náprava sociálního fungování, taktéž rehabilitace v podobě osvojení podstatných dovedností.

Snaží se dosáhnout změny jedincova životního stylu v podobě abstinence. Pro dosažení co nejefektivnějšího účinku je zapotřebí intenzivní a komplexní péče (Kalina 2003).

Pro využívání této služby jsou stanovena kritéria, která musí klient splňovat. Patří sem například schopnost a vhodné možnosti dojíždění do zařízení, žádný výskyt závažných odvykacích příznaků, přítomnost jiných obtíží nesmí potřebovat odbornou péči v nemocnici, tolerance programu, pravidelná účast, schopnost zanechání užívání drog, působení mimo rizikové prostředí (Kalina 2003).

Detoxifikační jednotky

Jejich hlavním záměrem je poskytnout odbornou péči při odvykacím stavu, ba dokonce při intoxikaci omamnou látkou. Služba bývá využívána pro pokračování v následné péči, kde je detoxifikace podmínkou k přijetí do dalšího zařízení. K využití služby rovněž mohou vést sociální důvody. Osoba čelící takovým poměrům zpravidla nestojí o abstinenci, ale vnímá službu jako vhodný prostředek, díky němuž má zajištěné dočasné bydlení. V zařízení tohoto typu se lze také setkat s klienty, kteří službu využívají pouze pro odpočinek či pro snížení tolerance vůči droze. Proto si některé detoxifikační jednotky stanovují vstupní podmínku v podobě již opatřené následné léčby, aby zamezili jejího zneužívání. V první řadě je ale důležitá motivace jakékoli podoby, proto stanovené výhrady se objevují minimálně (Nešpor 2003).

Detoxifikace může být rovněž prováděna v domácím prostředí i v každém lůžkovém zdravotnickém zařízení. Služby tohoto charakteru bývají tedy buď součástí zařízení poskytujících střednědobou či dlouhodobou léčbu závislostí, nebo jsou přímo v nemocnici. Poslední možností jsou detoxifikační jednotky poskytující ambulantní služby, které zároveň nabízí detoxifikaci v domácím prostředí. Tato alternativa ale není v České republice běžná (Nešpor 2003).

Tým detoxifikačních jednotek tvoří vedoucí odborný lékař, kvalifikovaní lékaři, sociální pracovníci, terapeut a střední zdravotní personál. Cílem je poskytovat komplexní péči zahrnující farmakoterapii, ta nastává v případě podání léků při odvykacích stavech a při zmírnění projevů intoxikace, jestliže je potřeba. Místo též zaujímá oblast z psychoterapie pro práci s motivací klientů, objevují se rovněž relaxační techniky, rodinná terapie či krizová intervence. Dalším prvkem poskytujícím komplexní péči je zapojení sociální práce, například v podobě zajišťování následné léčby klientům, dopomoc při obstarávání pracovních záležitostí, zprostředkování kontaktů s rodinou, komunikace s institucemi (Nešpor 2003).

Co se týče délky pobytu v detoxifikační jednotce, záleží na druhu užívané látky a závažnosti stavu jejího uživatele. Po absolvování detoxifikace je možné pokračovat v léčbě v kontaktních centrech, převážně v situaci, kdy detoxifikace není řádně dokončená, dále programy intenzivní ambulantní péče i ambulantní péče orientované k abstinenci. Taktéž je možné nastoupit do krátkodobé nebo střednědobé ústavní léčby a do terapeutických komunit (Nešpor 2003).

Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá léčba závislostí bývá poskytována zdravotnickými zařízeními, přesněji psychiatrickými léčebnami a doporučená doba léčby se pohybuje mezi třemi až šesti měsíci. Její podobu lze přirovnat terapeutické komunitě, čili rovněž obsahuje určitý program, režim, do něhož je zahrnuta skupinová, rodinná i pracovní terapie, sociální práce, zátěžové programy, rehabilitace včetně farmakoterapie. Jednou z aktivit jsou psychoterapeutické skupiny, jejichž úmyslem je řešit problémová témata u pacientů. Další činností je komunitní sezení. Ta se zabývají mapováním momentů na oddělení a tématy dle individuálních potřeb klientů. Do léčby jsou taktéž tedy zapojeni rodinní příslušníci nebo partneři. Pacienti jsou v kontaktu se svým přirozeným prostředím, proto existuje možnost propustky v podobě vycházky pro efektivnější změny v jedincově životě (Dvořáček 2003).

Průběh léčby lze klasifikovat do čtyř etap. Prvotně dochází ke stabilizaci pacienta včetně všech důležitých potřebných vyšetření. Následným bodem je přizpůsobení klienta na nové prostředí, režim i požadavky. Třetí stadium obnáší aktivní léčbu, kdy je pacient zapojen do spolupráce s odborníky, podílí se též na chodu celé léčebné společnosti. Poslední fáze je zaměřena na příchod do svého původního prostředí. Je důležité, aby měl zajištěné bydlení, práci, následnou léčbu, kde bude dále pokračovat na odbourání závislosti (Dvořáček 2003).

Tento typ léčby je vhodné vnímat pouze jako část celého procesu léčení závislosti. Proto v návaznosti na jiné služby je doporučeno pokračovat do terapeutické komunity, doléčovacího centra, stacionáře nebo alespoň do ambulantní léčby pro ukotvení abstinence (Dvořáček 2003).

Terapeutické komunity

Jedná se o bytové služby vedoucí k abstinenci od návykové látky a k osvojení dovedností pro zdravé sociální fungování. Délka léčby se pohybuje mezi šesti až

osmnácti měsíci. Účelem zařízení je motivovat klienta ke změně životního stylu, připravit jej na návrat do původního prostředí, naučit ho odpovědnosti. Terapeutická komunita je založena na dobrovolnosti, proto z ní lze i kdykoliv vystoupit (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

Zařízení si klade podmínku abstinence. Chce, aby ji klient akceptoval, zařadil do svého života. Významným předpokladem je tedy změna životního stylu, jejíž součástí je obměna osobnostního růstu. Formuje se tak jiné vnímání vlastní osoby, jednání, chování i vztahy. Terapeutický tým se snaží během léčebného procesu naučit klienty, jak odolávat touze po droze, navést je na změnu myšlení, získání odpovědnosti, osvojení si potřebných návyků pro život a mnoho dalších důležitých úkonů. Formou pobytu v zařízení se klienti rovněž učí běžné podobě života, aby pochopili, že obsahuje nějaký řád, pravidla, režim, jelikož tyto skutečnosti jsou velmi problémovými tématy u uživatelů návykových látek (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

Náplň terapeutických komunit tvoří též terapie, jako je rodinná, skupinová, individuální, pracovní. Při práci s klienty se rovněž uplatňuje sociální práce týkající se kontaktu s institucemi, dopomoc s právními záležitostmi apod. Cílem je ukázat, že každý problém má řešení a není vhodné před ním utíkat. Terapeutická komunita současně nabízí pomoc s dluhy, pokutami (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

Léčba je rozdělena do několika fází, kdy každá z nich má jinou podobu. Liší se od sebe povinnostmi, pravidly i dovolenými možnostmi jednání. Do terapeutických komunit jsou zpravidla přijímáni uživatelé návykových látek, kteří už absolvovali buď celou léčbu závislosti v psychiatrické léčebně, anebo alespoň její část. Základem je absolvování detoxifikace (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

Následná péče, doléčovací programy

Za následnou péči je považováno poslední stadium změny vedoucí k udržení nových návyků a osvojení jiného způsobu chování jedince. Neboli přijmutí nového životního stylu bez přítomnosti drog. Je určena osobám, jež abstinují alespoň tři měsíce, podstoupili detoxifikaci či krátkodobou léčbu v podobě ambulantní nebo pobytové služby orientovanou na zamezení závislosti. Zásadní roli hraje opět motivace klienta pro léčbu, aby tak poskytovaná péče byla v závěru co nejúčinnější. Účelem následné péče je vytvořit co nejlepší podmínky k návratu do běžného života doprovázeného abstinencí (Kuda, 2003).

Následná péče bývá spojována s doléčovacími programy. Přesto ale lze vymezit jejich odlišný význam. Doléčovací program je spíše zaměřen na posílení, podpoření abstinence. Následná péče označuje různost zařízení pro drogově závislé. Zároveň úzce souvisí s jinými léčebnými aktivitami, proto ji nejde od procesu oddělit (Kuda, 2003).

Složku aktivit tvoří psychoterapie, prevence relapsu, oblast sociální práce, lékařská péče, práce v podobě chráněných pracovních míst a rekvalifikací, práce s rodinnými příslušníky, nabídka volnočasových aktivit (Kuda, 2003).

V předchozích základních léčbách jde o vytvoření souhlasu, připravenosti čelit abstinenci. Následná péče již s rozhodnutím o zdrženlivosti škodlivé návykové látky počítá, zaměřuje se tak na vytvoření podmínek směřujících k abstinenci včetně jejich osvojení. Doporučená minimální délka programu následné péče činí šest měsíců. Konec využívání této služby by měl stanovit terapeut s ohledem na potřeby klienta (Kuda, 2003).

Jako žádoucí se jeví spolupráce center následné péče s léčebnými programy. Za patřičné se označuje vzájemná komunikace těchto zařízení, aby byla v souladu a nabídla tak klientovi zharmonizovanou péči (Kuda, 2003).

Chráněná bydlení a chráněná práce

Každá ze služeb by se měla zajímat, zda dochází jejich prostřednictvím k integraci jedince. Chráněné bydlení nabízí eventualitu k přechodnému bydlení. Je součástí souhrnné léčby, proto by měla být v kontaktu se zařízením poskytujícím péči klientovi. Přechodné bydlení je tedy určeno osobám, jež procházejí terapeutickým či resocializačním programem. Rovněž jej mohou využívat ti, jejichž původní místo bydliště není v souladu s bezpečnými podmínkami pro abstinenci. Pro zprostředkování bydlení je nutností uzavřít smlouvu maximálně na jeden rok a hradit jeho užívání. Základní povinností je udržovat prostředí bez návykových látek. Má podobu vícero bytů či pokojů v jednom komplexu nebo samostatných bytů. Ubytovaní mají příležitost zasahovat do podoby, vybavení bytu, vodit si návštěvy s možností přespání. Rovněž mají u sebe klíče na rozdíl od klientů azylových domů (Dvořák, 2003).

Chráněná práce vede ke zvýšení i upevnění pracovních návyků. Je úzce spjatá s chráněnými dílnami. Jedná se o sociální služby s účelem získání, vytvoření dovedností pro práci a za odvedenou činnost přináší finanční příjem. Její formou dochází ke vzdělávání, výchově. Cílem je připravit jedince na následující zaměstnání u externího

zaměstnavatele, může se jednat o kavárny, čajovny, truhlářské dílny apod. (Dvořák, 2003).

Programy metadonové a jiné substituce

Pojem substituce znamená podávání jiné bezpečnější látky vyměněnou za původní užívanou drogu. Jedná se o terapeutický postup, kdy tato náhražka je předepisována lékařem. Substituční program lze rozdělit na tři stadia, jež bývají označovány jako krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Je tedy určena dle délky využívání této alternativy léčby a poskytuje klientům buprenorfin či metadon. Metadonová substituce patří mezi nejzákladnější využívaný typ. Obnáší rovněž rizika spojená s nežádoucími účinky. Také může u jedince vyvolat návykové chování. Na tuto možnost léčby přecházejí například uživatelé drog ve výkonu trestu odnětí svobody či ve vazbě. Výhodou metadonu je, že nezpůsobuje zvyšování tolerance vůči návykové látce a nevzbuzuje pocit touhy po její aplikaci. Zamezuje zhoršování zdravotních, sociálních rizik v důsledku užívání drog (Popov, 2003).

Účelem substitučního programu je kompenzovat ilegální drogu za látku s podobným účinkem. Poskytuje se v pravidelných intervalech, bezplatně a v souladu se zákonem. Její přísun probíhá perorální formou. Cílem je připravit jedince na abstinenci, avšak spíše tento motiv bývá oddalován. Zajišťuje tedy alespoň lepší psychický i somatický stav klienta, tlumí výskyt abstinčních příznaků, snaží se zajistit plnohodnotné fungování (Popov, 2003).

Důležité je stanovit vhodnou úvodní dávku, aby nenastalo ohrožení života konzumenta. Poté dochází k jejímu případnému stupňování. Během substituční léčby je zapotřebí sledovat, hodnotit její uživatele. K tomu dochází například prostřednictvím testů na moč či na alkohol pro mapování užívání metadonu a výši jeho dávek. Za výsledek programů se považuje snižování nemocí v podobě HIV, hepatitid, dále optimální fyzický, psychický stav včetně sociálního začleňování (Popov, 2003).

Tento seznam jednotlivých složek péče uvedený v publikaci od Kaliny a kolektivu (2003) pokládám za přijatelné základní informace pro obeznámení s existujícími možnostmi léčby drogové závislosti. Mezi další způsoby péče patří ale i svépomocné skupiny, které mají charakter ambulantní léčby (Drogová poradna, Pomoc a léčba, Léčebné programy [online]).

Dále do sekundární prevence dle Garkischa (2019 [online]) patří linky telefonické pomoci, jehož prostřednictvím se volajícím poskytuje pomoc či předávají potřebné informace týkající se závislostního chování.

5 Obecné informace o Vojenské nemocnici Olomouc

V minulé kapitole se zabývám jednotlivými složky péče se zaměřením na léčbu drogové závislosti. Do systému jsou zahrnuty detoxifikační jednotky, jejichž představitelem je oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc. Bakalářská práce se zaměřuje na toto zařízení, proto účelem této kapitoly je službu popsat, seznámit s jejím charakterem.

Vojenská nemocnice Olomouc datuje své počátky již od 18. století, vznikla přesněji v roce 1748. Aktuálně se jedná o příspěvkovou organizaci Ministerstva obrany České republiky s nadregionální působností. Nemocnice má několik budov, avšak z velké části se nachází v prostorách Klášterního Hradiska. Služby poskytuje všem lidem vyžadující péči, ne pouze příslušníkům Armády České republiky, bez ohledu na typ zdravotní pojišťovny. Díky spokojenosti pacientů bývá označována za jednu nejlépe hodnocenou nemocnici v Olomouckém kraji, rovněž v celé republice (Vojenská nemocnice Olomouc, Úvod, O nás [online]).

Zdravotnické zařízení tvoří ambulantní i lůžková oddělení, souhrnný počet lůžek činí 265. Součástí rozsáhlého komplexu je také protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice. K 1. 3. 2015 bylo datováno celkem 493 zaměstnanců, z toho 76 lékařů a 186 zdravotních sester. V případě potřeby spolupracuje s Fakultní nemocnicí Olomouc, dále s Ústřední vojenskou nemocnicí Praha. To platí zároveň i opačným způsobem, kdy Vojenská nemocnice Olomouc je v kontaktu s jinými pracovišti, nabízí jim svoje specializované služby (Vojenská nemocnice Olomouc, Úvod, O nás [online]).

Nemocnice vychází z poslání, jež je definováno slovy „Léčíme již po staletí“. Dalším východiskem kvalitní práce je plánovité zaměření na tři zásadní oblasti k dosažení vytyčeného cíle. Jedná se o stanovisko směrem k pacientům, kdy má být zajištěna lidská důstojnost, dostatek péče pro zlepšení zdravotního stavu a individuální přístup. Dále je vytyčen směr k zaměstnancům, aby byli loajální, odváděli práci profesionálně, aktivně se zapojovali do zlepšování poskytované péče. Poslední strategická oblast je vůči organizaci. Hlavní roli sehrává efektivní práce, ekonomická stabilita, budování podmínek vedoucích ke spokojenosti nejen pacientů, ale též zaměstnanců (Vojenská nemocnice Olomouc, Úvod, Poslání, vize a strategické oblasti [online]).

Nemocnice se angažuje do humanitárních misí, kam jsou posíláni její zaměstnaní lékaři včetně sester. V neposlední řadě spolupracuje s Lékařskou fakultou Univerzity Palackého či Lékařskou fakultou Univerzity obrany, umožňuje tak studentům získávat a rozšiřovat jejich vědomosti, zkušenosti, dovednosti. Za zmínění také stojí pozoruhodnost týkající se Klášterního Hradiska, jež bylo v roce 1995 vyhlášeno za Národní kulturní památku (Vojenská nemocnice Olomouc, Úvod, O nás [online]).

5.1 Středisko sekundární prevence a léčby závislostí

Středisko sekundární prevence a léčby závislostí poskytuje odbornou péči každému se závislostním chováním bez ohledu na to, z jakého kraje pochází a je plně hrazena všemi zdravotními pojišťovnami. Jeho účelem je poskytování komplexní léčby závislostí v podobě detoxifikace, dále se zabývá léčbou závislosti na alkoholu i nealkoholových drogách, návykových léčivech, hráčství. Je určeno jak pro ženy, tak muže. Léčebný proces se rovněž zaměřuje na psychický stav, sociální poměry, na vztahy pacienta (Vojenská nemocnice Olomouc, Oddělení, Středisko sekundární prevence a léčby závislostí [online]).

Léčbu lze sjednat prostřednictvím telefonického kontaktu a pro nástup je klíčová dobrovolnost, která není ovlivněna návykovou látkou. Průměrná doba pobytu na oddělení činí čtyři týdny, může ale docházet ke snižování a výjimečně k navyšování jeho délky. Klienti musí dodržovat denní režim a zároveň nesmí porušovat nastavený řád zařízení. Cílem léčby není pouze detoxifikace, nýbrž motivace pacientů. Terapeutický tým se snaží svými činnostmi zajistit nejefektivnější pomoc, aby pacienti v rámci následné péče získali co nejvíce zisku a nespadli znovu do začarovaného kruhu tvořeného návykovými látkami (Vojenská nemocnice Olomouc, Oddělení, Středisko sekundární prevence a léčby závislostí [online]).

5.2 Následná péče

Pro upevnění abstinence se klientům po dokončení léčebného procesu v jakémkoli typu zařízení specializovaného na léčbu závislostí doporučuje dále podstoupit následnou péči. V této kapitole se zaměřuji na význam následné péče včetně jejích možností po absolvování detoxifikace na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí, které je součástí komplexu Vojenské nemocnice Olomouc. Podrobnější charakter následné péče již uvádím ve čtvrté kapitole s názvem Prevence a možnosti léčby.

Autor Matoušek (2008b, s. 110) označuje za následnou péči všechny služby, jež jsou jedinci poskytnuty po zdárném ukončení léčby v odborném zařízení. Za její cíl uvádí osvojení a následné pokračování ve změnách životního stylu, k nimž prostřednictvím léčby došlo. Dále Matoušek (2008b) ve své publikaci rovněž cituje, že pouze klienti jsou odpovědní za svůj život. Pomoc je jim poskytována dle potřeby například s jejich bydlením či při takových okolnostech, když si nedokážou poradit sami. Následná péče nemusí být poskytována pouze pobytovými sociálními či zdravotnickými službami, ale i samotným navštěvováním terapií nebo svépomocných skupin (Matoušek 2008b).

Po detoxifikaci na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc mají klienti příležitost k účinné abstinenci využít možnosti následné péče formou ambulantní, dlouhodobé ústavní či komunitní léčby (Vojenská nemocnice Olomouc, O nás, Středisko sekundární prevence a léčby závislostí [online]). V některých pokračujících zařízeních se stanovuje podmínka nástupu v podobě absolvování detoxifikační jednotky. Důvodem kupříkladu je, že se můžou u osob vyskytovat silné abstinenci příznaky a účel následné péče se shledává již v jiném směru. Rovněž je zásadní motivace i rozhodnutí pro léčbu, o níž někteří jedinci postupem času přichází. Tím pádem tak jejich cesta k abstinenci končí, vrací se po detoxifikaci do přirozeného prostředí. Motivovaní klienti zvažují alternativy další léčby. Jedná se jak o pobytové služby, tak i ambulantní. Někteří se po absolvování léčby na Středisku sekundární prevence a léčby závislostí navracejí do svého bydliště, nechtějí pokračovat v léčbě. Vnímají zkrátka detoxifikaci pouze jako pauzu od návykové látky, k níž se časem znovu obracejí. Proto se lze potýkat se situacemi, kdy se v zařízení objevují stejní klienti už po několikáté. Jiní dokonce vystřídají i více služeb zaměřených na abstinenci.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2003 [online]) uvádí seznam zařízení se zaměřením na péči o drogově závislé. Za následnou péči v Olomouckém kraji lze po detoxifikaci zvolit například Psychiatrickou léčebnu Bílá Voda, Terapeutickou komunitu Fidex, Centrum duševního zdraví, Psychiatrickou ordinaci nemocnice Šternberk, P-centrum a řadu dalších programů.

U klientů s velmi aktivní drogovou scénou se doporučuje nastoupit do léčby v jiném místě než je jejich bydliště či působiště, kde se přirozeně pohybují. Příčinou

jsou známí lidé s rizikovým chováním, jež by mohli proces léčby po návratu ze zařízení narušit, snížit tak její efektivnost. Je tedy taktéž patrné, že je vhodné po léčbě budovat sociální fungování v novém prostředí se zdravými nenarušenými vztahy neohroženými návykovým chováním.

Jestliže během léčby dojde k určitým změnám jedincova chování, utvrdí se v pokračování v abstinenci, následná péče se tak jeví eminentním východiskem. Poskytuje pomoc, činnosti do takové míry, aby jedinec neztrácel motivaci a bojoval se svým nepřítelem pro zlepšení jeho životních poměrů. Prostřednictvím následné péče si osvojí dovednosti včetně schopností pro bytí či existenci bez návykových látek.

6 Role sociálního pracovníka

Poslední kapitola teoretické části se orientuje na povolání sociální pracovník, který je klíčovou součástí bakalářské práce. Na úvod kapitoly objasňuji obecně popis role této pomáhající profese s poukázáním na činnosti, předpoklady. Posléze zmiňuji sociálního pracovníka již v konkrétním druhu služby, mezi něž patří zařízení zdravotnické, kde rovněž vymezuji jeho postavení. V následující závěrečné podkapitole se věnuji sociálnímu pracovníkovi na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislosti ve Vojenské nemocnici Olomouc, jež je zásadním tématem práce.

6.1 Obecný popis sociálního pracovníka

Sociální pracovník je označován za pomáhající profesi, která zajišťuje pomoc lidem čelícím ve svém životě nepříznivé sociální situaci. Snaží se řešit či překonat překážky, problémy osob, kteří nezvládají požadavky prostředí. Poskytuje podporu jak jednotlivcům, tak skupinám i komunitám. Rovněž usiluje o nápravu nebo znovuoživení schopností a dovedností člověka pro jeho lepší začlenění do sociálního prostředí včetně fungování (Navrátil, 2001, s. 12).

Matoušek (2008a) ve své publikaci vymezuje rozšířeněji cílové skupiny, s nimiž sociální pracovník může spolupracovat. Dále uvádí komunity v podobě lidí žijících na jednom stejném území a organizace, v nichž sociální pracovník uplatňuje supervize.

Aby toto povolání mohlo být vykonáváno, je zapotřebí patřičné odborné vzdělání. Předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka vymezuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Mezi něž kromě vzdělání dále definuje zdravotní způsobilost, bezúhonnost a svéprávnost. Také je jeho součástí formulace vytyčených činností, konkrétně v § 109, jež jsou v jeho kompetenci. Řadí se sem například výkon sociálního šetření, sociálně právního poradenství, odborných činností při sociální prevenci, sociální rehabilitace, zajišťování sociální agendy, krizové pomoci, zajímá se o potřeby obyvatel a snaží se cílevědomě uvádět do souladu sociální služby pro vzájemnou spolupráci (Zákon č. 108/2006 Sb. [online]).

Za další předpoklady, zároveň za dovednosti, sociálního pracovníka Matoušek (2008a, s. 52-54) označuje zručnost, inteligenci, přitažlivost, spolehlivost, obratnost v komunikaci. Rovněž by měl být empatický, kreativní, tolerantní, trpělivý a umět

naslouchat. Brichtcín (1999, s. 150-151) ve své publikaci popisuje volní vlastnosti, které jsou taktéž patřičné pro osobnost pomáhající profese. Do seznamu je zařazena iniciativa, sebekritičnost, předvídavost, samostatnost, důkladnost, odolnost, sebekontrola a mnoho jiných znaků. Vhodných až žádoucích vlastností pro tuto profesi existuje celá řada.

6.2 Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení

Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení je nedílnou součástí zdravotnického týmu. Nicméně i navzdory tomu dochází k nejasnostem u této profese z důvodu nezřetelnosti jeho konkrétních pracovních povinností či úkonů. Aby ale docházelo ke komplexní péči, je zapotřebí zahrnout jeho roli do odborného týmu pro naplnění psycho-sociálních potřeb klienta. Pojetí se u každého typu těchto služeb liší, proto je možné narazit na rozdílné požadavky, jež určuje zaměstnavatel. Jak moc jsou tedy sociální pracovníci zapojeni do spolupráce s ostatními zaměstnanci, závisí především na samotné organizaci (Kuzníková, 2011, s. 23-25).

Do zdravotnických zařízení patří například hospice, kojenecké ústavy, nemocnice, kde péči poskytují sociální pracovníci se specialisty z medicíny, ošetrovatelství, psychologie, pedagogiky a z mnoha dalších oborů. Pro poskytnutí účinné pomoci z holistického pohledu je tak nezbytné sociální práci do medicínské léčby i ošetrovatelského procesu zahrnout. Důležitá je spolupráce všech členů odborných týmů (Kuzníková, 2011, s. 23-25).

Primárním jednáním sociálního pracovníka v nemocnici je návštěva pacientů formou účasti na vizitách a následná kooperace s lékaři, zdravotními sestrami pro mapování situací, kde se jeví požadavek na jeho zapojení. Poté již k zakázce přistupuje individuálně dle potřeb pacienta. Spojuje klienty s veřejností, institucemi, rodinou, zaměstnáním nebo s jejich přirozeným prostředím (Franěk, 2019, s. 15-17).

Mezi předpoklady a dovednosti pro výkon sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení Kuzníková (2011) uvádí schopnost zvládat nastavení hranic mezi pomáhající profesí a klientem, dodržování etických principů včetně etického kodexu. Za další schopnost považuje komunikativnost, využívání techniky pozorování.

Rovněž by se měl orientovat v právech týkajících se nejen těch pacientových. Osobnostním předpokladem označuje také motivaci pro sebevzdělávání.

6.3 Sociální pracovník na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc

Na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí působí jedna sociální pracovnice, konkrétně pracovnice zdravotně-sociální. Do pracovní činnosti této profese při Vojenské nemocnici Olomouc spadá řada úkonů včetně množství vyřizování různých záležitostí. Její klíčovou náplní práce je pomáhat klientům se sociálními záležitostmi, jako je kupříkladu dopomoc s hledáním práce i s tím spojené další náležitosti v podobě zprostředkování telefonování týkajícího se zaměstnání, sepsání, odesílání e-mailů, vytvoření životopisů. Vede také záznamy o dočasných pracovních neschopnostech hospitalizovaných pacientů. Od toho se odvíjí další povinnost, jež je v její kompetenci, a to je odesílání neschopenek úřadu práce či zaměstnavateli. Zároveň sem spadá vyřizování sociálních dávek ze státní sociální pomoci nebo hmotné nouze. Dále sociální pracovnice při tomto oddělení zajišťuje kontakt s dalšími službami, mezi něž patří zařízení ohledně následné péče po detoxifikaci. Umožňuje tak klientům kontakt na specializovaná pracoviště, kde chtějí pokračovat v léčbě, typu sociálních či zdravotnických (Vojenská nemocnice Olomouc, Oddělení, Sociální a Zdravotně-sociální pracovnice [online]).

V popředí je vždy klient, proto ke každému přistupuje individuálně dle jeho potřeb. Při přijímání nových klientů mapuje jejich současnou situaci, snaží se zlepšit sociální poměry. Přináší dokonce pacientům nové přínosné informace, s nimiž se již dříve nemuseli setkat. Tím je zároveň seznamuje se svou funkcí pro případ, kdyby se potýkali i s jinými překážkami, problémy spadajícími do její oblasti oprávnění (Vojenská nemocnice Olomouc, Oddělení, Sociální a Zdravotně-sociální pracovnice [online]).

7 Výzkumná část

V teoretické části se zabývám vymezením klíčových pojmů pro tuto práci, jako je termín „očekávání“, „zkušenost“ a témata z oblasti drogové závislosti. Bakalářská práce se zaměřuje na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc, proto na závěr teoretické části věnuji pozornost jeho charakteristice včetně popisu činnosti sociálního pracovníka v tomto zdravotnickém zařízení.

V metodologické části představuji cíl výzkumu, výzkumnou otázku, metodologii výzkumu, metodu sběru dat, analýzu dat, průběh výzkumu, etické hledisko, výzkumný vzorek.

7.1 Výzkumný cíl a výzkumná otázka

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat fungování Střediska sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc se zaměřením na zkušenosti a očekávání klientů od sociálních pracovníků. Tedy jaká jsou očekávání a zkušenosti klientů od sociálních pracovníků, konkrétně od sociální pracovnice působící na tomto oddělení.

Na základě výše zmíněného jsem stanovila cíl výzkumu, jehož záměrem je zjistit, jaká očekávání a zkušenosti mají klienti ze Střediska sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc od sociálního pracovníka.

Hlavní výzkumná otázka: *Jaká jsou očekávání a zkušenosti klientů od sociálního pracovníka na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc?*

Pro dosažení výzkumného cíle jsem zvolila tři dílčí výzkumné otázky, jejichž účelem je:

- Co se očekává od sociálních pracovníků?
- Jaké je očekávání a informovanost o činnosti sociálního pracovníka ve Vojenské nemocnici Olomouc na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí?
- Jaké zkušenosti mají klienti se sociálním pracovníkem ve Vojenské nemocnici Olomouc na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí?

7.2 Metodologie výzkumu

V rámci zpracování praktické části jsem pro výzkum zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Tuto metodu jsem vybrala proto, že jsem se zabývala zkušenostmi a očekáváním klientů od sociální pracovnice působící na konkrétním oddělení při Vojenské nemocnici Olomouc a volba této metody mi tak poskytla podrobnější vhled do dané problematiky. Zároveň mi umožnila lepší pochopení názorů oslovených respondentů.

Dle Hendla (2016) se kvalitativní výzkum považuje za emergentní či pružný typ výzkumu. Důvodem tohoto argumentu je, že výzkumník může otázky přetvářet i doplňovat nejen v procesu šetření, ale také v průběhu sběru dat či během analýzy dat. Můžou se také vytvářet nové výzkumné otázky nebo hypotézy. Výzkumník tak může upravovat, uzpůsobovat svůj výzkumný plán a efektivněji se podrobovat analýze dat. Dále lze také objevovat nová rozhodnutí o průběhu výzkumu. To je vhodné pro lepší pochopení otázek směřujících k respondentům, zároveň napomáhá výzkumníkovi lépe zpracovat získaná data (Hendl, 2016, s. 46).

Klíčovým prostředkem kvalitativního výzkumu je sám výzkumník a mezi druhy získaných dat patří například přepisy rozhovorů z audiozáznamů, osobní komentáře, deníky. Prostřednictvím této metody se výzkumník snaží přiblížit běžnému životu tázaných respondentů (Hendl, 2016, s. 48).

Kvalitativní výzkum umožňuje obsáhlý vhled i popis zkoumaného souboru, který lze pozorovat v jeho přirozeném prostředí. Nese ale též řadu nevýhod, mezi něž patří časová náročnost nebo ovlivnitelnost výsledků ze strany výzkumníka jeho osobními preferencemi (Hendl, 2016, s. 48).

7.2.1 Metoda sběru dat

Pro zjištění informací byla metoda kvalitativního výzkumu aplikována formou polostrukturovaného rozhovoru. Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena z důvodu, aby byla větší měrou pochopena stanoviska tázaného výzkumného vzorku. Rovněž dalším významným aspektem bylo, aby došlo k ucelení dané věci, které je

vhodné dosáhnout prostřednictvím získání úsudků i postojů dotazovaných, jež tato metoda nabízí.

Polostrukturovaný rozhovor je považován za čteně užívanou metodu. Tazatel si formuluje určitý okruh otázek neboli schéma, které má pro výzkumníka podstatný význam. Tato metoda dovoluje měnit pořadí otázek, dokonce lze pozměňovat i jejich podobu znění. Dále u polostrukturovaného rozhovoru je možné doptávat se tazajícího na jeho odpovědi, pokládat doplňující otázky, tedy aby účastník více upřesnil či vysvětlil svoje reakce. Tímto si tak tazatel může ověřit, zda jeho odpovědím správně porozuměl (Miovský, 2006, s. 159 – 160).

Pro tuto metodu je důležité tzv. jádro rozhovoru. To tvoří minimum otázek včetně témat, které musí tazatel s komunikačním partnerem probrat. Na jádro můžou navázat doplňující otázky, jež se zdají důležité nebo vhodné je při rozhovoru tázanému položit. Doplňující otázky bývají považovány za velmi přínosné, díky kterým zpravidla dochází k pochopení i prohloubení poznatků týkajících se analyzovaného problému. Téma je vhodné rozpracovávat do takové míry, jak je to užitečné pro cíle a formulované výzkumné otázky (Miovský, 2006, s. 160).

Polostrukturovaný rozhovor by měl probíhat v takovém prostředí, které je úměrné k stanoveným cílům, též definovaným výzkumným otázkám. Zásadní roli hraje výzkumníkovo vystupování, chování, jež může mít taktéž vliv na průběh rozhovoru. Tazatel by neměl narušit svou spolehlivost a věrohodnost vůči komunikačním partnerům. Převážně ztráta důvěry může vést k ovlivnění kvality dat (Miovský, 2006, s. 160).

Z výše uvedeného popisu metody vyplývá, že jejím prostřednictvím lze hlouběji proniknout do dané záležitosti. V rámci mého výzkumného šetření jsem pomocí této metody lépe porozuměla výpovědím komunikačních partnerů a forma polostrukturovaného rozhovoru mi umožnila získat určitý náhled na analyzované téma. Otázky, které jsem respondentů v průběhu rozhovoru pokládala, uvádím v příloze č. 1.

7.2.2 Metoda zpracování dat

Data jsem zpracovávala pomocí kódování, které podle autora Miovského (2006) tvoří první kroky při třídění i zpracovávání získaných dat. Nejprve byla zapotřebí transkripce. Ta vzniká přepisem mluveného projevu do textové podoby, a tak dochází k první redukci dat (Miovský, 2006). Text jsem nikterak neupravovala, například neuváděla do spisovné češtiny. Pracovala jsem pouze s přepisem mluveného slova a v souvislosti s technikou redukce prvního řádu jsem vynechala některé slovní projevy, tzv. slovní vatu. Tento druh redukce je dle Miovského (2006, s. 210) aplikován právě při práci s obsahem, nikoliv s dílčími projevy mluveného slova.

Se všemi rozhovory jsem pracovala stejným způsobem. Odpovědi klientů jsem porovnávala a vyhledávala společné i opakující se znaky. V každé výpovědi jsem si označila, které informace se v nich shodují. Ty jsem poté převedla do datových segmentů, jež mi pomohly vyhodnotit výsledky výzkumného šetření.

7.3 Průběh výzkumu a etické hledisko

Rozhovory proběhly v měsíci březen roku 2020, kdy jsem pro jejich zprostředkování kontaktovala sociální pracovníci zařízení. Ta mi poté poskytla potřebné informace, aby mohly být rozhovory uskutečněny. Jednalo se o zajištění informovaného souhlasu o sběru dat. Do této žádosti jsem uvedla téma práce, vedoucího práce, cíl výzkumu, jeho řešitele, název školy a popis výzkumu se zaměřením na místo získávání dat, orientační dobu trvání jejich získávání, způsob formy shromažďování dat. Součástí byla rovněž záruka, že dotazovaní klienti budou anonymizováni a získaná data budou sloužit pouze k účelům pro zpracování výzkumného šetření.

Před zahájením každého rozhovoru jsem vždy respondentu seznámila s tématem práce i cílem výzkumu. Taktéž jsem zmínila, že se v práci nebudou vyskytovat žádné informace, které by mohly ztotožňovat jeho osobu. Několikrát jsem tedy zopakovala, že bude dodržena anonymita a data budou použita pouze pro účely zpracování výzkumu bakalářské práce.

Pro lepší zmapování i rozbor informací z rozhovorů jsem zvolila možnost audiozáznamu. Vyžadovala jsem tedy od dotazovaných respondentů souhlas s použitím zvukového záznamu. Pouze jeden z pěti si nepřál, aby byl rozhovor nahráván. V tomto případě jsem si v průběhu rozhovoru psala stručné heslovité poznámky. Co se týká rozhovorů zaznamenaných na audiozáznam, využila jsem k tomu diktafon na mém

mobilním telefonem. Všechny rozhovory probíhaly na pokojích dotazovaných, tudíž bylo zajištěno soukromí. Také díky tomu rozhovory zároveň nic nerušilo. Proto co se týče využití audiozáznamu, nahrávky jsou čisté, srozumitelné a mohla jsem bez problémů v přepisech citovat přesný text rozhovorů. Miovský (2006, s. 197) ve své publikaci označuje audiozáznam za jednu z nejpoužívanějších alternativ při získávání kvalitativních dat. Rovněž uvádí jeho výhodu v podobě opatření celého průběhu rozhovoru pro lepší následnou analýzu. Jak jsem již uvedla výše, při posledním rozhovoru jsem tolerovala respondentovo rozhodnutí, aby rozhovor nebyl nahráván. Tuto alternativu zaznamenávání rozhovoru jsem vnímala jako náročnější na pozornost. Důvodem je, že jsem se soustředila nejenom na samotný průběh rozhovoru, ale musela jsem ihned z odpovědí vytyčit ty nejdůležitější informace a poté je následně zapsat. Proto občas rozhovor neměl natolik plynulou podobu, jelikož jsem věnovala pozornost poznamenávání poznámek. Přesto jsem z rozhovoru vytěžila podstatné, potřebné poznatky.

7.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří pět klientů ze Střediska sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc. Kritériem pro uskutečnění rozhovorů byla jedna absolvovaná schůzka či konzultace dotazovaných se sociální pracovníci. Stanovení kritéria jsem vnímala za nutné, jelikož očekávání se může lišit u osob, jež se sociální pracovníci nikdy nebyli v kontaktu a rovněž by s touto profesí tak neměli žádné zkušenosti. Proto byla stanovena podmínka, aby výsledky v oblasti zjišťování očekávání byly objektivní. V zařízení nebyli již jiní klienti, kteří se sociální pracovníci spolupracovali. Všichni tito klienti souhlasili se zapojením do výzkumného šetření a byli sociální pracovníci dopředu informováni o mém příchodu včetně účelu rozhovoru.

Rozhovorů se účastnili tři muži a dvě ženy, jež jsem ve svém výzkumu pojmenovala fiktivními jmény. **Jana** má 31 let a absolvuje ve svém životě první léčbu, kdy v zařízení je třetím týdnem se závislostí na alkoholu v kombinaci s léky. Je nezaměstnaná, zaregistrovaná na pracovním úřadě. Dále uvedla, že je vdaná a nemá žádné děti. **Lenka** má 39 let a i ona absolvuje úplně první léčbu ve svém životě, která v zařízení probíhá třetím týdnem. V zařízení je se závislostí na alkoholu. Je zaměstnaná, má přítele a je bez dětí. Dalším osloveným je **Jan**. Je mu 54 let. Má za sebou již celkem

sedm pokusů o léčbu, kdy ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí je již podruhé. Při realizaci rozhovoru byl v zařízení druhým dnem, kde se léčí se závislostí na alkoholu. Je zaměstnaný, rozvedený a má jedno dítě. **Filip** má 38 let. Jedná se o jeho první léčbu v životě, kdy v zařízení je 27. den se závislostí na alkoholu. Je zaměstnaný, ženatý a má dvě děti. Posledním osloveným je **Martin**, který uvedl, že mu je 43 let. Absolvoval taktéž úplně první léčbu. Ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí je prvním týdnem a je závislý na alkoholu. Je zaměstnaný, rozvedený, má dvě děti.

7.5 Analýza výzkumných dat

V této části se zaměřuji na rozbor a prezentaci zjištěných dat. Jelikož uvádím konkrétní výpovědi dotazovaných, vystupují pod fiktivními jmény, aby byla zachována jejich anonymita. V textu rovněž cituji přesné odpovědi respondentů, jak zazněly při rozhovorech.

Výsledky výzkumného šetření jsem pro lepší orientaci rozdělila do tří oblastí a dále jsou již respondenti označováni termínem „klient“ pro ucelení terminologie.

Očekávání od sociálních pracovníků

Cílem tematického okruhu s názvem Očekávání od sociálních pracovníků bylo zjistit, co si klienti představují pod profesí sociální pracovník. Tedy jaká mají očekávání vůči této profesi.

Z výpovědí všech klientů vyplývá, že sociálního pracovníka vnímají jako *zprostředkovatele pomoci*. V konkrétních typech pomoci se oslovení klienti převážně shodovali ve třech oblastech, jako je zaměstnání, administrativa a sociální dávky. Uvádím tedy konkrétní příklady, kdy se u tří respondentů v odpovědích objevilo, že od sociálního pracovníka očekávají pomoc se zaměstnáním a tomu přílehlých záležitostí. Klientka Jana říká: „*No, tak já si pod tím představím vlastně, když v podstatě nemám zaměstnání, jo, mám třeba i finanční problémy, tak se obrátím na sociální pracovníci, pracovníka. To si pod tím představím já.*“ Klient Jan reagoval následovně: „*Člověk, kterej se stará o sociální věci a zázemí pacienta. To znamená třeba styk s pracovním úřadem, styk se zaměstnavatelem, vyřizování různých... já nevím, papírových dokladů, práce s tím.*“ Podobnou odpověď uvádí i klient Filip: „*Administrativa a takový v podstatě ty sociální služby, nějaká agenda ohledně nějakých dokladů. Ted' třeba jsem*

řešil se sociálním pracovníkem ohledně neschopenky, vyřízení nějaké administrativy, takže, takže spíš tady taková oblast, no, sociálních věcí.“

Dále dle představ tří výše zmíněných klientů by měl sociální pracovník také poskytnout **možnosti řešení** při vzniklých obtížných situacích. Také se ve výpovědích často opakovalo, že od sociálního pracovníka čekají klidné, **příjemné vystupování**. Cituji odpověď klientky Lenky: „*Jo, tak určitě by měl být chápavý a snažit se mně pomoci, no. Nesměl být nějak protivnej nebo jako odsekávat, protože to asi nevím. No, měl by mít i vystupování, měl by o tom něco vědět, co a jak.*“ Od sociálního pracovníka rovněž očekávají **empatii**, jak ve své výpovědi uvedl klient Martin.

Další bod, který jsem s klienty konzultovala, se týkal, jak by se chtěli při kontaktu se sociální pracovnící cítit. Všichni klienti jednoznačně odpověděli, že by chtěli cítit **kladné pocity** a aby se neobjevoval žádný stres či obavy. Takové očekávání od kontaktu se sociálním pracovníkem ve své odpovědi vystihuje slovy klientka Lenka: „*No hlavně, abych nebyla ve stresu, mohla říct všechno, co mě jako, co mě trápí nebo s čím potřebuji pomoci. No, aby to probíhalo tak jako klidně.*“

Klientů jsem se taktéž doptávala na konkrétní schopnosti či dovednosti sociálního pracovníka, které by dle nich měl mít. Poukazovali na určité úkony, jež popisují výše v přesných citacích klientů. Tři klienti zmínili, že očekávají od sociálního pracovníka základní **znalosti** v oboru.

Z rozhovorů s klienty mi vyplynula jasná očekávání od profese sociální pracovník, jež lze definovat následovně. Jedná se o poskytnutí pomoci prostřednictvím nabídnutí podpory a alternativ řešení svých problémů. Zaměstnaní klienti uvedli konkrétní očekávání týkající se vyřizování či zajišťování neschopenek. Za to nezaměstnaní klienti očekávají od sociálního pracovníka dopomoc při hledání nového zaměstnání a v souvislosti s tím případné řešení otázek jejich finanční tísně. Při rozhovoru se sociálním pracovníkem by se chtěli cítit klidně, proto očekávají od sociálního pracovníka příjemné vystupování. Taktéž uvedli, že očekávají jasné odpovědi, tudíž by dle nich měl sociální pracovník jednat srozumitelně a konkrétně k dané záležitosti. Za další požadavek též vnímali, aby měl všeobecný přehled i dostatečné znalosti.

Očekávání a informovanost o činnosti sociálního pracovníka ve vojenské nemocnici Olomouc na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí

V této oblasti otázek jsem zjišťovala očekávání klientů již od konkrétní sociální pracovnice, která působí v zařízení, na něž se bakalářská práce zaměřuje. Tematický celek obsahují také otázky týkající se informovanosti klientů o činnosti zmíněné sociální pracovnice.

Čtyři klienti se ve výpovědích shodli, že od sociální pracovnice ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí očekávají pomoc ohledně *neschopenky*. Ať už se jedná o její vyřízení či odeslání kompetentním institucím. Uvádím tedy odpověď klienta Jana: *„Konkrétně jsem zrovna očekával, že za mě vyřídí problém s odesláním neschopenky pracovnímu úřadu, což se taky stalo.“* Za další očekávání se objevovala pomoc při řešení záležitostí ohledně *úřadu práce*, jak rovněž zmiňuje i klient Jan. Ve vztahu k pracovnímu úřadu dále očekávali od sociální pracovnice *zajištění kontaktu* a vyřízení *korespondence*. Dle výpovědi klientky Jany ji sociální pracovnice pomáhala porozumět obsahu dopisu z této instituce a napsat zpětnou vazbu v podobě formálního dopisu.

Při rozhovorech jsem v této oblasti také pokládala otázku, jak by klienti chtěli, aby se k nim sociální pracovnice chovala. Celkem tři klienti zmínili, že očekávají od sociální pracovnice *vstřícné chování*.

Co se týká informovanosti o činnosti sociální pracovnice ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí, ve výpovědích klientů se opakovalo, že sociální pracovnice se v zařízení nachází často a pravidelně. Za pravidelnost lze označit účast na každodenních *vizitách*, jež zmínili tři klienti. Uvádím odpověď klientky Lenky: *„Když máme vizitu, tak ona myslím, že je tady každé den, od pondělí do pátku ji tady vidávám jako, no. Na vizitě, aji tady po chodbě nebo tak, že furt tady chodí za někým. Víkendy teda ne, no.“* Taktéž se všichni klienti shodli, že kontakt se sociální pracovnicí je možný zařídit tak, že ji sami osloví. Za další alternativu dva klienti uvedli, že by si pro zprostředkování kontaktu požádali na *sesterně*.

Další shoda ve výpovědích se týkala prvního kontaktu mezi klientem a sociálním pracovníkem. Všichni dotazovaní řekli, že je hned *po nástupu na léčbu* sociální pracovnice oslovila. Cituji odpověď klientky Jany: *„Paní sociální pracovnice tady za mnou sama přišla hnedka ten první den, představila se a vlastně se zeptala, jestli*

pracuji, jestli jsem vedena, že to vlastně byla její iniciativa.“ Klient Filip se vyjádřil následovně: „Takže i jako automaticky ty, ty věci jakoby z její strany jako s náma vyřizuje, ne jenom na požádání.“ Z výpovědí klientů tedy vyplývá, že kontakt zahájila sociální pracovnice.

Zkušenosti klientů se sociálním pracovníkem ve Vojenské nemocnici Olomouc na oddělení Středisko sekundární prevence a léčby závislostí

Při zjišťování zkušeností se sociální pracovníci na konkrétním pracovišti se odpovědi klientů velmi podobaly. Klienti se shodovali ve výpovědích, z jakého důvodu se na sociální pracovníci obrátili. Všichni klienti řekli, že potřebovali vystavět *neschopenku*. Rovněž uvedli, že kontakt se sociální pracovníci probíhal bez problémů a vždy jejich zakázku pohotově *vyřídila*. Cituji odpověď klientky Lenky: *„Vzala si číslo, adresu, úplně bez problému hnedka to vyřídila. Ještě mi přišla vlastně říct, že už to je hotový. Jako že už to zařídila.“* Taktéž se všichni shodli, že se při rozhovoru se sociální pracovníci *cítili dobře*. Uvádím tedy odpověď klienta Filipa: *„Jo, příjemně, že to proběhlo rychle, mám to vyřešený, dostal jsem konkrétní informace, takže... takže dobrý.“* Klientka Jana svoje pocity při rozhovoru se sociální pracovníci formulovala následovně: *„No jako uvolněně, příjemně. Nebyl žádný stres nebo nervozita.“* Další shoda v odpovědích byla, že klientům při kontaktu se sociální pracovníci *nic nechybělo*, tudíž podle nich neměla ani udělat něco jinak. Kontakt s ní vnímali za velmi přínosný, a to z toho důvodu, že vždy vyřídila jejich požadavky. *„Byl přínosný, určitě, protože říkám, konkrétně jsem dostal odpovědi, který, který mě vyřešily ten problém.“* říká klient Filip.

8 Diskuse

Dotazovaní klienti se ve výpovědích shodují, aby sociální pracovník poskytl efektivní pomoc. Toto tvrzení podkládají i autoři Musil a Nečasová (2008, s. 83). Dle nich klienti od sociálního pracovníka vyžadují srozumitelnou odpověď na vyřešení jejich problémů. Dotazovaní klienti očekávají pomoc v konkrétních oblastech jako je zaměstnání, administrativa a sociální dávky. Zaujalo mě, že sociální dávky zmínili pouze dva klienti. Ve svém životě se totiž setkávám velmi často s názorem druhých lidí, kdy sociálního pracovníka právě se sociálními dávkami spojují. Tuto myšlenku veřejnosti rovněž uvádí Musil a Nečasová (2008). Při zamyšlení nad důvodem, proč tedy sociální dávky zmínilo tak málo klientů, mě napadá, zdali klienti vědí o této činnosti sociálního pracovníka. Kdybych tedy znovu absolvovala rozhovory, zajisté bych se doptala, jestli vědí, že sociální pracovník vyřizuje sociální dávky.

Klienti dále od sociálního pracovníka očekávají empatii. V literatuře se lze setkat s celou řadou očekávaných charakteristických vlastností, do nichž autor Matoušek (2008a, s. 52-54) vcítění se do druhého člověka zařazuje. Aby ale sociální pracovníci mohli vykonávat tuto profesi, je zapotřebí mít v tomto oboru dostatečné odborné znalosti. Tato informace zazněla i ve výpovědích oslovených klientů jako očekávání ve vztahu k schopnostem sociálních pracovníků a je taktéž podloženo zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Při dotazování klientů na očekávání od sociální pracovnice působící ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc se ve výpovědích zaměřili pouze na vyřešení jejich osobních problémů. Nikdo již nezmínil vzdělání, či jaké dovednosti by měla mít. Důvodem může být uvedení těchto požadavků již v očekávání od profese sociální pracovník, tudíž tyto požadavky mohli vnímat za automatické pro sociální pracovníci ve zmíněném zařízení. Ve výpovědích se klienti shodli na očekávání týkající se neschopenek. Odpověď mě nikterak nepřekvapila, protože ať už zaměstnaní, či nezaměstnaní klienti potřebují tuto záležitost při nástupu na léčbu řešit. Aby tedy klienti měli plnění svých povinností v pořádku, je zapotřebí, aby byli dostatečně informováni o službách sociální pracovnice. Jelikož se sociální pracovnice v zařízení zajímá o klienta hned první den nástupu na léčbu, usuzuji, že jsou o této možnosti pomoci informováni. Dále klienti ve výpovědích uvedli, že sociální pracovníci vídají každý den při vizitách, kdy autor Franěk (2019) označuje tuto účast za

jednu z alternativ kontaktu mezi klientem a sociálním pracovníkem. Pro zprostředkování kontaktu se sociální pracovníci mají klienti také možnost obrátit se na sesternu. Domnívám se tak, že klienti mají dostatek příležitostí, jak se se sociální pracovníci zkontaktovat.

Jelikož v očekávání od sociální pracovnice zařízení klienti uvedli pouze to, co sami osobně potřebovali řešit, odvíjely se od toho i získané zkušenosti s touto konkrétní sociální pracovnící. Jedná se o zkušenosti s vyřízením neschopenek a korespondence vůči úřadu práce, kdy sociální pracovnice klientům ve vyřízení záležitostí vyhověla. Na základě toho tak klienti získali pouze kladné zkušenosti. Domnívám se, že už samotným zahájením spolupráce klienti získávají nejen zkušenosti, ale dle mého úsudku také cenné rady do života.

Ve Vojenské nemocnici jsem v říjnu roku 2017 absolvovala čtrnáctidenní praxi, kdy ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí jsem strávila týden. Během tohoto času sociální pracovnice vyřizovala nejen neschopenky, ale i dávky hmotné nouze a zařizovala kontakt na následnou léčbu. Kdyby tedy měly rozhovory znovu proběhnout, klientů bych se doptala, zda budou v léčbě pokračovat. Mohlo by se tak objevovat další očekávání od sociální pracovnice jako pomoc při zajištění následné péče. Rovněž by se mohla objevit zkušenost se zajištěním kontaktu na následné zařízení. Co se týká dalších změn, které bych učinila při rozhovorech, tak bych se klientů více doptala na odpověď ohledně očekávání od profese sociální pracovník. Klienti totiž ve výpovědích uvedli příjemné vystupování, kdy při rozhovoru mi tato odpověď přišla jasná, ale při analýze dat ne dost specifická, co si pod tímto označením jasně představit.

Taktéž mě překvapilo, že klienti měli tak málo zkušeností se sociální pracovnící. Jsem si vědoma, že oslovení klienti zrovna nepotřebovali řešit jiné záležitosti, jaké tenkrát v průběhu mé praxe klienti se sociální pracovníci řešili. Za důležité ale vnímám, že zakázka dotazovaných klientů byla vyřízena.

9 Výsledky výzkumu

Na základě analyzovaných rozhovorů lze popsat, jaké mají klienti očekávání od profese sociální pracovník a jaká mají očekávání i zkušenosti ve vztahu k sociální pracovníci působící ve zmíněném zařízení. V této kapitole tedy uvádím výsledky výzkumného šetření.

Dotazovaní klienti vnímají sociálního pracovníka jako zprostředkovatele pomoci, který jim nabídne možnosti řešení jejich záležitostí (v oblasti zaměstnání, administrativy a sociálních dávek). Na sociálního pracovníka mají požadavky jako je příjemné vystupování, dostatečné znalosti a empatie.

Od sociální pracovníce ve Středisku sekundární prevence a léčby závislostí ve Vojenské nemocnici Olomouc očekávají vyřízení neschopenek a pomoc při řešení záležitostí týkajících se úřadu práce, za další očekávání z výpovědí klientů vyplynulo, aby k nim sociální pracovníce přistupovala vstřícně. Klienti jsou o činnosti sociální pracovníce informováni, neboť je kontaktuje hned první den nástupu na léčbu. Dále mají možnost sociální pracovníci oslovit při vizitě nebo si kontakt zajistit na sesterně.

Klienti se na sociální pracovníci obracejí, a to s vyřízením neschopenky a s korespondencí od úřadu práce. Sociální pracovníce jejich požadavky vyřídila, rovněž tak naplnila jejich očekávání.

Závěr

Teoretická část bakalářské práce se v prvních třech kapitolách věnuje popisu klíčových pojmů, mezi něž patří očekávání, zkušenost, závislost a drogy. Součástí jsou rovněž témata, která se na tyto termíny úzce vážou. Následující čtvrtá kapitola je zaměřená na prevenci a představení možností léčby drogově závislých. Předposlední kapitola se zabývá obecnými informacemi o Vojenské nemocnici Olomouc včetně charakteristiky Střediska sekundární prevence a léčby závislostí. Dále v ní uvádím následnou péči po absolvování léčby v této detoxifikační jednotce. Poslední kapitolu teoretické části poté uzavírá povolání sociální pracovník, kde se zaměřuji na jeho představení. Taktéž na závěr popisuji činnost sociálního pracovníka působícího ve zmíněném zařízení.

Cílem práce bylo popsat fungování Střediska sekundární prevence a léčby závislostí ve Vojenské nemocnici Olomouc se zaměřením na zkušenosti a očekávání klientů od sociálních pracovníků. K naplnění cíle byl realizován kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru, kterého se účastnilo celkem pět klientů ze Střediska sekundární prevence a léčby závislostí. Na základě analyzovaných rozhovorů jsem zjistila, že klienti vnímají sociální pracovníky jako zprostředkovatele pomoci a očekávají od něj poskytnutí řešení na jejich problémy. Očekávání od sociální pracovnice v daném zařízení jsou již více specifická, zaměřená na pomoc v konkrétních oblastech. Klienti jsou s činností sociální pracovnice seznámeni hned při nástupu na léčbu, proto by nemělo docházet k prohlubování jejich problémů, jelikož je zahájena se sociální pracovnící spolupráce. Vzhledem k tomu, že jejich očekávání byla naplněna, zkušenosti jsou pouze pozitivního charakteru.

Ve svém profesním životě bych se chtěla věnovat cílové skupině drogově závislých, proto vnímám za přínosné zjištění, co klienti od sociálního pracovníka očekávají, jaké na něj mají požadavky. Prostřednictvím výsledků výzkumného šetření jsem si vytvořila jistou představu, s jakými záležitostmi se uživatelé návykových látek obrazejí na sociálního pracovníka, který působí ve zdravotnickém zařízení.

Bibliografický seznam

ADAMEČEK, D., M. RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ a K. KALINA. 2003. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 201-207. ISBN 80-86734-05-6.

BAJER, Pavel. 2007. Ze strany státu není jasno, na co se chce zaměřit v drogových službách, konstatuje předseda Podaných rukou. Sociální práce/Sociální práce, č. 3, s. 3-6. ISSN 1213-6204.

BRICHČÍN, Milan. 1999. Vůle a sebekontrola: teorie, metody, experimenty. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-753-4.

ČECH, Tomáš. 2015. Prevence. In: MIOVSKÝ, Michal a kolektiv. Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, s. 143-148. ISBN 978-80-7422-393-8.

DVOŘÁČEK, Jiří. 2003. Střednědobá ústavní léčba. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.

DVOŘÁK, Dušan. 2003. Chráněné bydlení a chráněná práce. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 215-220. ISBN 80-86734-05-6.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA 2014. Sociální patologie: Závažné sociální patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5046-0.

FRANĚK, Martin. 2019. Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici. In: Sešit sociální práce: Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. s. 13-15. ISBN 978-80-7421-184-3.

GEIST, Bohumil. 1992. Sociologický slovník. Praha: Victoria Publishing. ISBN 80-85605-28-7.

GÖHLERT, Fr.–Christoph a Frank Kühn. 2001. Od návyku k závislosti. Praha: Euromedia Group. ISBN 80-7202-950-9.

HAMPL, Karel. 2003. Lékařská ambulantní péče o závislé. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 172-178. ISBN 80-86734-05-6.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2010. Velký psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HARTL, Pavel. 2004. Stručný psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.

HENDL, Jan. 2016. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HLUBINKOVÁ, Zuzan a kolektiv. 2008. Psychologie a sociologie ekonomického chování. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-1593-3.

HRDINA, Petra a Blanka KORČIŠOVÁ. 2003. Terénní programy. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 159-164. ISBN 80-86734-05-6.

JANEBOVÁ, Radka a Libor MUSIL. 2007. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc. Sociální práce/Sociální práca, č. 1, s. 50-61. ISSN 1213-6204.

KALINA, Kamil a kolektiv. 2003. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

KUDA, Aleš. 2003. Následná péče, doléčovací programy. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 208-214. ISBN 80-86734-05-6.

KULKA, Jiří. 2008. Psychologie umění. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2329-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kolektiv. 2011. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3676-1.

LIBRA, Jiří. 2003. Nízkoprahová kontaktní centra. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 165-171. ISBN 80-86734-05-6.

MAŘÍKOVÁ, H., M. PETRUSEK a A. VODÁKOVÁ. 1996. Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-311-3.

MATOUŠEK, Oldřich. 2008a. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich. 2008b. Slovník sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MINAŘÍK, Jakub a Vladimír KMOCH. 2015. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, Kamil a kolektiv. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., s. 49-83. ISBN 978-80-247-4331-8.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

MUSIL, Libor a Mirka NEČASOVÁ. 2008. Zvládání nesourodých očekávání a morální orientace sociálních pracovníků. In: ŠRAJER, Jindřich a Libor MUSIL. Etické kontexty sociální práce s rodinou. Brno: Albert. ISBN 978-80-7326-145-0.

- NAKONEČNÝ, Milan. 2000. Lidské emoce. Praha: Academia. ISBN 80-200-0763-6.
- NAVRÁTIL, Pavel. 2001. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
- NEŠPOR, Karel a Hana PROVAZNÍKOVÁ. 1999. Slovník prevence problémů působených návykovými látkami. Praha: Fortuna. ISBN 80-7071-123-X.
- NEŠPOR, Karel. 2003. Detoxifikační jednotky. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 190-194. ISBN 80-86734-05-6.
- NEŠPOR, Karel. 2007. Návykové chování a závislost. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.
- NOŽINA, Miroslav. 1997. Svět drog v Čechách. Praha: Koniasch Latin Press. ISBN 80-85917-36-X.
- POPOV, Petr. 2003. Programy metadonové a jiné substituce. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 2 mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 221-226. ISBN 80-86734-05-6.
- PRESL, Jiří. 1995. Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě? Praha: MAXDORF. ISBN 80-85800-25-X.
- ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ. 1988. Lidé, alkohol, drogy. Praha: Naše vojsko. ISBN 28-049-88.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. 2000. Praktický slovník medicíny. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-38-4.

ZÁBRANSKÝ, Tomáš. 2003. Drogová epidemiologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0709-4.

Internetové zdroje

DROGOVÁ PORADNA. Pomoc a léčba. Léčebné programy. Drogovaporadna.cz [online]. ©2009 [cit. 2020-02-11]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>

GARKISCH, David. 2019. Závislým na drogách pomohou po telefonu. Linka je i pro jejich blízké In: Naše zdravotnictví [online]. 12. srpna 2019 [cit. 2020-02-11]. Dostupné z: <https://www.nasezdravotnictvi.cz/aktualita/zavislym-na-drogach-pomohou-po-telefonu-linka-je-i-pro-jejich-blizke>

KUČERA. 2004. Prevence drogových závislostí. In: zdravi.euro.cz [online]. 3. října 2004. [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020. F00–F99. F10–F19. [Old.uzis.cz/cz/mkn/index.html](http://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html) [online]. [cit. 2020-03-11]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. 2003. Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: http://www.kapezet.cz/admin/data/articleFiles/34/soubor_6408826.pdf

SUBSTITUČNÍ LÉČBA. Novinky. Sociální dopady drogové závislosti. Substitucni-lecba.cz [online]. ©2020 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/socialni-dopady-drogove-zavislosti-99>

SUBSTITUČNÍ LÉČBA. Rozdělení drog. Substitucni-lecba.cz [online]. ©2020 [cit. 2020-02-22]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>

SUBSTITUČNÍ LÉČBA. Závislost na drogách. Jak se závislost projevuje? Substitucni-lecba.cz [online]. ©2020 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/jak-se-zavislost-projevuje>

VOJENSKÁ NEMOCNICE OLOMOUC. Oddělení. Sociální a Zdravotně-sociální pracovnice. Vnol.cz [online]. ©2020 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.vnol.cz/index.php/cs/oddeleni/socialni-a-zdravotne-socialni-pracovnice>

VOJENSKÁ NEMOCNICE OLOMOUC. Oddělení. Středisko sekundární prevence a léčby závislostí. Vnol.cz [online]. ©2020 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.vnol.cz/index.php/cs/oddeleni/stredisko-sekundarni-prevence-a-lecby-zavislosti>

VOJENSKÁ NEMOCNICE OLOMOUC. Úvod. O nás. Vnol.cz [online]. ©2020 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.vnol.cz/index.php/cs/uvod/o-nas>

VOJENSKÁ NEMOCNICE OLOMOUC. Úvod. Poslání, vize a strategické oblasti. Vnol.cz [online]. ©2020 [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.vnol.cz/index.php/cs/uvod/poslani-a-vize>

ZAJACOVÁ, Melanie. 2015. Profesionální sociální pracovník v současné společnosti In: Sociální práce/Sociálna práca [online]. [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=676>

Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů. 2006, ročník 2006, 37/2006, 1272. In: Sbírka zákonů. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=108&r=2006>

Přílohy

Příloha č. 1

Okruhy otázek k výzkumné otázce č. 1:

Kdo nebo co Vás napadne, když se řekne „sociální pracovník“?

Co podle Vás dělá sociální pracovník?

Jaký by měl být podle Vás sociální pracovník?

Jak by měl sociální pracovník jednat jako člověk?

Jaké by měl mít podle Vás schopnosti či dovednosti?

Napadá Vás, s čím se můžete na sociálního pracovníka obrátit?

Jak byste se chtěl/a cítit při rozhovoru se sociálním pracovníkem?

Okruhy otázek k výzkumné otázce č. 2:

Co očekáváte od sociálního pracovníka?

Napadá Vás, s čím by Vám sociální pracovník v rámci léčby mohl pomoci, s čím se na něj můžete obrátit?

Jak by Vám měl pomoci?

Jak by se k Vám měl sociální pracovník chovat?

Víte, jak často se sociální pracovník nachází na pracovišti?

Jak lze v zařízení zařídit kontakt se sociálním pracovníkem? Jak si o něj říct, jak požádat o schůzku?

Okruhy otázek k výzkumné otázce č. 3:

S čím jste se na sociálního pracovníka obrátil/a?

Jak probíhal kontakt se sociálním pracovníkem?

Jak se cítíte, když hovoříte se sociálním pracovníkem?

Co Vám chybělo při rozhovoru se sociálním pracovníkem?

V čem Vám byl kontakt se sociálním pracovníkem přínosný?

Co by podle Vás měl sociální pracovník udělat jinak?