



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Využívané metody sociální práce
používané u pacientů hospitalizovaných
v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr

Vypracoval: Bc. Vendula Borská
Vedoucí práce: Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Tato diplomová práce je zaměřená na problematiku sociální práce realizované v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, která se specializuje na léčbu závislosti na návykových látkách. V této léčebně je sociální práce součástí terapeutického procesu a je důležitým nástrojem řešení sociálních důsledků.

V teoretické části diplomové práce představuji problematiku sociální práce, roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví a sociální služby zaměřené na cílovou skupinu osob závislých na návykových látkách. V této části práce se okrajově věnuji i problematice závislosti a sociální práci s osobami, jež mají problémy s návykovými látkami.

Praktická část je realizována kvalitativním výzkumem za použití metody dotazování. Ke sběru dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. První výzkumný soubor tvořily 3 sociální pracovníce. Pro konstrukci vzorku byla vybrána metoda totálního výběru. Druhý soubor tvořili aktuálně hospitalizovaní pacienti. Z tohoto souboru byl vybrán výzkumný vzorek 12 pacientů metodou kvótového výběru. Všechny rozhovory byly zpracovány, data kategorizována a zpřehledněna do tabulek.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat metody a techniky sociální práce, které sociální pracovníci při své práci s pacienty používají a jaká sociální pomoc je pacienty nejčastěji využívána. Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti o možnostech sociální práce dostatečně informováni a zda jsou s poskytováním sociální pomoci spokojeni.

Výzkum ukázal, že sociální práce má v komplexní terapii své pevné místo a je všemi členy terapeutického týmu podporována. Z výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci nejčastěji používají metody práce s jednotlivcem, skupinou, rodinou a komunitou za použití technik rozhovoru, aktivního naslouchání, přehrávání rolí a názorné instruktáže. Převážně aplikují přístup orientován na úkoly. Sociální pracovníci nejčastěji spolupracují se členy terapeutického týmu, s pacienty, s jejich rodinnými příslušníky a s pracovníky mnoha dalších institucí. Z výzkumu též vyplynulo, že pacienti nejvíce využívají sociální, právní a pracovní

poradenství. Nejčastěji využívají pomoc při obstarávání nových osobních dokladů, při řešení dluhové problematiky, hledání vhodného bydlení a zaměstnání, při řešení rodinných potíží a důsledků trestné činnosti. Výsledky výzkumu dále ukázaly, že pacienti jsou o sociální pomoci dobře informováni a s jejím poskytováním jsou velmi spokojeni.

Domnívám se, že cíle mé práce byly naplněny a na výzkumné otázky poskytly odpovědi. Práce by mohla posloužit k poskytnutí informace o tom, jak je sociální práce v takovémto specifickém zařízení realizována. Výsledky by mohly být podnětem, jak pracovní podmínky pro realizaci sociální práce zlepšit a poskytování sociální pomoci tak více zefektivnit.

Abstract

This diploma thesis focuses on the issue of social work conducted in the Psychiatric Institution Červený Dvůr, which specializes in the treatment of addiction to habit-forming substances. The social work in this institution is part of the therapeutic process and it is an important tool for dealing with social consequences.

The theoretical part of the thesis introduces the issues of social work, social worker's role in health service and social services for the target group of people addicted to habit-forming substances. This part is also marginally devoted to the issues of addiction and social work with persons who have problems with habit-forming substances.

The practical part is realized using qualitative research, the method of questioning. Data was collected using the technique of a semi-structured interview. The first research group was composed of 3 social workers. The method of total selection was used for the construction of the group. The other group consisted of the patients currently hospitalized. A research sample of 12 patients was selected from this group using the method of quota selection. All the interviews conducted were processed; the data was categorized and tabularized.

The objective of the thesis was to map the methods and techniques of social work used by social workers in their work with the patients and which social assistance is used by patients most frequently. Another objective was to find out whether the patients are adequately informed about the potential of social work and whether they are satisfied with the provision of social assistance.

The research has shown that social work has its fixed place in comprehensive treatment and that it is supported by all the members of the treatment team. The research has shown that the social workers used frequently the methods of working with individuals, groups, families and communities, the using the techniques of interviews, active listening, role play and visual instruction. They mainly apply the task-focused approach. The social workers cooperate most frequently with the members of the treatment team, with the patients, their

families and staff of many other institutions. The research has also shown that the patients use social, legal and professional advisory most of all. They use most commonly some assistance in the procurement of new personal documents, when dealing with their debt problems, with finding suitable housing and employment, in resolving family problems and the consequences of crime. The research results have also shown that the patients are well informed about social assistance and they are very satisfied with its provision.

I believe that the objectives of my thesis have been met and that the research questions have been answered. The thesis could serve to provide information about how social work is conducted in such specific institutions. The results could be an incentive to make the working conditions for the conduct of social work and improvements in the provision of social assistance more efficient.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 19.5 2014

.....

Bc. Vendula Borská

Poděkování:

Ráda bych poděkovala doc. Ing. Lucii Kozlové, PhD., za odborné vedení mé diplomové práce, věnovaný čas a trpělivost. Chtěla bych poděkovat i sociálním pracovnícům Psychiatrické léčebny Č. Dvůr, které byly ochotné poskytnout informace pro mou výzkumnou práci.

Obsah

1 TEORETICKÉ VÝCHODISKO	13
1.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE	13
1.1.1 Definice a pojem sociální práce	14
1.1.2 Cíle sociální práce	14
1.1.3 Sociální práce ve zdravotnickém zařízení	15
1.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	16
1.2.1 Legislativa sociálního a zdravotně-sociálního pracovníka	17
1.2.2 Vzdělávání sociálního a zdravotně sociálního pracovníka	17
1.2.3 Činnosti sociálního a zdravotně-sociálního pracovníka	19
1.2.4 Etický kodex sociálního pracovníka	20
1.2.5 Spolupráce ve zdravotnickém týmu	22
1.2.6 Vztah sociálního pracovníka a klienta	22
1.3 METODY A TECHNIKY SOCIÁLNÍ PRÁCE	23
1.3.1 Sociální práce s jednotlivcem	24
1.3.2 Sociální práce s rodinou	25
1.3.3 Sociální práce se skupinou	26
1.3.4 Sociální práce s komunitou	28
1.3.5 Komunikace s klientem	29
1.3.6 Sociální práce s uživateli návykových látek	30
1.4 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	32
1.4.1 Definice a pojem závislosti na návykových látkách	32
1.4.2 Vznik a rozvoj závislosti	34
1.4.3 Faktory zvyšující pravděpodobnost vzniku a rozvoje závislosti	35
1.4.4 Sociální důsledky závislosti	38
1.5 TERAPIE ZÁVISLOSTI	39
1.5.1 Farmakoterapie	40
1.5.2 Psychoterapie	41
1.6 HLAVNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI	42
1.6.1 Individuální psychoterapie	42
1.6.2 Skupinová psychoterapie	43

1.6.3 Behaviorální terapie	44
1.6.4 Kognitivně behaviorální terapie (KBT).....	44
1.7 SYSTÉM SLUŽEB A ZAŘÍZENÍ PRO UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK	45
1.7.1 Terénní programy.....	47
1.7.2 Kontaktní centra.....	48
1.7.3 Terapeutické komunity.....	49
1.7.4 Doléčovací centra	50
1.7.5 Detoxifikační jednotky.....	51
1.7.6 Substituční programy	52
1.7.7 Ambulantní léčba	53
1.7.8 Denní stacionáře	54
1.7.9 Střednědobá ústavní léčba	55
1.8 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR.....	56
1.8.1 Historie a prostředí léčebny.....	56
1.8.2 Charakteristika léčby v PL Červený Dvůr	57
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	58
2.1 CÍL PRÁCE	58
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	58
3 METODIKA	59
3.1 POUŽITÁ METODIKA VÝZKUMU.....	59
3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	61
3.4 ETICKÝ ASPEKT	61
4 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE.....	63
5 DISKUZE	93
6 ZÁVĚR	104
7 KLÍČOVÁ SLOVA	107
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	108
9 PŘÍLOHY.....	117

Zkratky:

NNO = nestátní nezisková organizace

OSSZ = okresní správa sociálního zabezpečení

ÚP = úřad práce

PMS = probačně mediační služba

TK = terapeutická komunita

PL = psychiatrická léčebna

AA = anonymní alkoholici

PN = pracovní neschopnost

Úvod

Sociální práce je obor, který poskytuje sociální pomoc jednotlivcům, skupinám či rodinám s cílem navrátit těmto osobám způsobilost po sociální stránce a pomoci jim vytvořit společensky příznivé podmínky a prostředí. Ve zdravotnickém zařízení, jako je psychiatrická léčebna zaměřená na léčbu závislostí, je cílem pomoci hospitalizovanému pacientovi a jeho nejbližšímu okolí zmírnit či zcela odstranit sociální důsledky závislostí způsobené během drogové kariéry.

Pacienti do léčby vstupují s mnoha sociálními problémy, kterými jsou především narušené vztahy v rodinném kruhu, nízké vzdělání, nezaměstnanost, ztráta bydlení, právní potíže, finanční potíže a sociální inkluze. Vyřešení těchto základních potíží během léčby a zajištění bezpečného prostředí po návratu z léčebny je jednou z klíčových podmínek pro udržení abstinence. Abstinenci však nelze vnímat jako cíl, ale jako cestu, jak změnit svůj životní styl a změnu co nejdéle udržet. Pro udržení změny je důležité v psychosociální péči po absolvování základní léčby v psychiatrické léčebně pokračovat a navázat spolupráci s některým programem následné péče.

V Psychiatrické léčebně Červený Dvůr je sociální práce součástí komplexního terapeutického programu a je důležitým nástrojem řešení sociálních důsledků a problémů za využití širokého spektra intervencí. Závislost na návykových látkách je klasifikována jako onemocnění dle MKN-10, avšak přináší s sebou specifické charakteristiky sociálních potíží, než které jsou zcela běžné u jiných onemocnění. Tudiž i celková sociální práce stejně tak jako metody a techniky, mohou být v některých směrech odlišné.

Téma sociální práce v psychiatrické léčebně jsem si vybrala proto, abych poukázala na specifické potřeby sociální pomoci pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr při řešení jejich potíží.

Práce zjišťuje metody a techniky, které sociální pracovnice při práci s pacienty uplatňují a způsob práce s pacientem po celou dobu jeho komplexní léčby. Práce je zároveň zaměřena na nejčastěji využívanou sociální pomoc a na informovanost pacientů o sociální pomoci. V poslední řadě práce zjišťuje, zda

jsou pacienti se sociální pomocí spokojeni, zda by uvítali nějakou změnu a zda při spolupráci se sociálními pracovníci něco postrádají.

Sama v zařízení pracuji jako zdravotní sestra a tudíž jsem členem psychoterapeutického týmu, kterému náleží i sociální pracovníci. Se sociálními pracovníci jsem jako ostatní členové týmu v úzké a transparentní spolupráci, která je pro komplexní péči o pacienta velmi důležitá. Při práci s pacienty je nutné znát veškeré jeho potíže týkající se zdravotního a psychického stavu, ale i jeho sociální stránku. Domnívám se, že sociální pracovníci pracují s pacienty velmi kvalitně a pečlivě, což podmiňuje jejich motivace pro práci s touto specifickou cílovou skupinou, zájem o zvyšování vzdělání a viditelné nasazení v péči o pacienty.

1. Teoretické východisko

1.1 Sociální práce

V moderním pojetí se sociální práce začala rozvíjet až během 20. Století. Jako společenskovědní disciplína se dotýká oborů, mezi které významně patří sociologie, psychologie, pedagogika a právní vědy. Sociální práce však zaujímá samostatné postavení s odlišením své důraznosti na sociální fungování klienta (Navrátil, 2001).

Jako činnost je sociální práce spojena s hodnotami, normami a dovednostmi, které musí sociální pracovník dodržovat, aby svou profesí vykovával dobře a kvalitně (Matoušek, 2003a).

Dnes má sociální práce svůj etický kodex, metodiku, výuku, a především finanční a organizační vazbu na státní správu (Navrátil, 2001).

Sociální práce je součástí sociálního zabezpečení, ještě širě je nástrojem sociální politiky a je realizovaná především v sociálních službách a za jejich prostřednictvím (Tomeš, 2001).

Prostřednictvím sociální práce se zabezpečuje sociální pomoc (Draganová 2006).

Dle Navrátila (2001) sociální práce spočívá v podpoře sociálního fungování klienta, kde je tato potřeba podpory vnímána a vyjádřena. Sociální práce má tzv. malá paradigmata. Proto Navrátil (2001) nazval sociální práci jako:

- Terapeutickou pomoc s cílem pomoci zabezpečit psychosociální pohodu klientů prostřednictvím terapeutických intervencí
- Reformu společenského prostředí s cílem budovat společnost na rovnostářských principech a snaží se motivovat klienty k většímu podílu na tvorbě a změnách společenských institucí
- Sociálně-právní pomoc s cílem zlepšit systém sociálních služeb, aby lépe odpovídaly potřebám klientům

1.1.2 Definice a pojem sociální práce

Sociální práci se rozumí společenskovední disciplína stejně tak jako činnost, jejímž cílem je odhalit, vysvětlit, zmírnit a řešit vzniklé sociální potíže. Takovými potížemi je např. chudoba, nezaměstnanost, delikvence mládeže, diskriminace a zanedbávání výchovy dětí (Matoušek, 2003).

Sociální práce je zároveň společensky akceptovaná forma pomoci jednotlivcům, skupinám a komunitám (Hrozenská, 2008).

Podle Úlehli (2007) sociální práce stojí na třech základních bodech, kterými jsou normy, způsoby chování a myšlení. V případě nesouladu s normami se pak člověk stane klientem sociální práce.

Draganová (2006) uvádí, že v sociální práci jde především o získání informací o možných příčinách vzniku sociálního problému a následné zpracování informací pro vyhodnocení a výběr vhodné formy sociální pomoci.

Sociální práce je v 21. Století tak dynamická a rozvíjející oblast, tudíž žádnou definici nelze považovat za zcela přesnou a vyčerpávající (Smutek, 2006).

1.1.3 Cíle sociální práce

Cíle a poslání sociální práce se liší v závislosti na teoretickém, kulturním a společenském kontextu. Cílem sociální práce je především pomáhat klientům zlepšovat sociální fungování a měnit jejich prostředí a podmínky na příznivé, abychom předešli potížím v sociálním fungování (Sheafor, Horejsi a Horejsi, 2000).

Dle Hrozenské (2008) je však důležité podporovat klientovu aktivitu a nenechat ho pasivním v rozhodování a odpovědnosti za sebe samého.

Sociální práce podporuje změnu a řešení problémů s cílem zvyšovat jak tělesnou tak i duševní pohodu. K tomu využívá teorie lidského chování a sociálních systémů a intervenuje v bodě reakce člověka s prostředím se stavbou na základě principů lidských práv a sociálních práv (Smutek, 2006).

Zastrow (1995) definuje cíle sociální práce jako:

- Podporu schopnosti klienta řešit problém a adaptovat se na nároky
- Zprostředkování kontaktu klienta se subjekty, které mu mohou poskytnout službu
- Pomoc, aby systémy podpory klienta pracovaly efektivně a humánně
- Zlepšení a rozvíjení sociální politiky

1.1.4 Sociální práce ve zdravotnickém zařízení

Jelikož na člověka dle Popka (2006) pohlížíme jako na jednotku biopsychosociální, měla by být i poskytovaná péče ve zdravotnickém zařízení komplexní, tedy biopsychosociální.

Všude tam, kde se poskytuje péče zdravotní, je dle Vurma (2007) potřeba poskytovat i péči sociální.

Práce ve zdravotnictví je rozmanitá a velmi různorodá. Smyslem sociální práce ve zdravotnickém zařízení je především pomoci klientovi/pacientovi, jeho rodině i jeho širšímu prostředí zmírňovat či odstraňovat negativní sociální důsledky způsobené nemocí. V sociální práci se s klientem pracuje holisticky (Kuzníková, 2011).

Vurm (2007) udává, že zdravotní a sociální péče se prolíná, tudíž nelze řešit jedno bez vztahu k tomu druhému.

Dle Popka (2006) je sociální práce ve zdravotnickém zařízení charakterizována:

- Hlubokou tradicí
- Omezeným uplatněním sociálních pracovníků
- Chyběním právní normy povinnosti zaměstnávat sociálního (zdravotně sociálního) pracovníka ve zdravotnickém zařízení
- Nedostatečnou multidisciplinární spoluprací
- Finanční neziskovost profese

1.2 Sociální pracovník

Dle Žilové (2005) je sociální pracovník odborníkem zabývající se sociální prací s jednotlivci, skupinami a komunitami, kteří se nachází v obtížné sociální situaci.

Kuzníková (2011) dodává, že se sociální pracovník zabývá sociálními a psychickými potřebami klienta, proto je důležité získání důvěry mezi klientem a pracovníkem. Tuto důvěru podporuje schopnost empatie, vřelost a autentičnosti sociálního pracovníka při práci s klientem. Důležitou dovedností by měla být schopnost umět si vymezit hranice při práci s klientem a přijmout etické principy sociální práce.

Sociální pracovník by v sobě měl mít zažité hodnoty a pečovat o ně, aby mohly být příkladem klientům a kolegům. Takovými hodnotami je především citová vyrovnanost, pozitivní pohled na svět a kultivovaný projev s přirozenou autoritou. Předpokladem k dobrému provádění práce své profese a zrání jedince je vzdělávání, supervize a sledování nových trendů v sociální práci (Kuzníková, 2011).

Matoušek (2003a) uvádí, že sociální pracovník by měl disponovat dovednostmi a schopnostmi, kterými jsou:

- Rozvíjení efektivní komunikace
- Orientování se a plánování postupů
- Pomoc a podporování soběstačnosti klienta
- Poskytování služby
- Profesně růst
- Přispívat k práci organizace
- Důvěryhodnost a přitažlivost
- Znalosti a inteligence

1.2.1 Legislativa sociálního a zdravotně-sociálního pracovníka

Pro výkon sociální práce ve zdravotnickém zařízení zákon rozlišuje sociálního a zdravotně-sociálního pracovníka, kdy dle Popka (2006):

- Na sociálního pracovníka je pohlíženo, jako na jiného odborného pracovníka, který může svou práci vykonávat pod dohledem osoby, která splňuje předpoklady samostatného výkonu práce (zdravotně-sociální pracovník)
- Na zdravotně-sociálního pracovníka je pohlíženo, jako na zdravotnického pracovníka po splnění zákonem stanovených podmínek a svou práci může vykonávat bez odborného dohledu

Činnosti sociálního pracovníka jsou českou legislativou definovány dle § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Odborná způsobilost je definována § 110 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

Zdravotně-sociální pracovník smí vykonávat své povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti dle podmínek stanovených § 10 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče (Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění).

Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka jsou širše definovány ve vyhlášce 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění (vyhláška 55/2011 Sb., v platném znění).

1.2.2 Vzdělávání sociálního a zdravotně sociálního pracovníka

Každá profese se skládá ze tří komponent, které jsou vzájemně propojeny. Těmito komponentami jsou osobnostní vloh, předpoklady, celoživotní vzdělávání a praxe (Zita, 2005).

Sociální pracovník stejně tak zdravotně-sociální pracovník by se měl celoživotně vzdělávat. Nutnost celoživotního vzdělávání je opřeno o legislativní prameny (Kuzníková, 2011).

Celoživotní vzdělávání dle zákona č. 96/2004 Sb. znamená průběžné obnovování, zvyšování, doplňování vědomostí a dovedností v příslušném oboru v souladu s rozvojem a nejnovějšími poznatky v daném oboru (zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění).

Zdravotně-sociální pracovník je profesí nelékařského zdravotnického povolání. Vzdělávání zdravotně-sociálních pracovníků je definováno v zákoně č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Zákon jasně stanovuje činnosti a zásadně zasahuje do systému vzdělávání (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovník získává svou odbornost vzděláním definovaným v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde je jsou jasně vymezeny i činnosti sociálního pracovníka (zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

Dalšími možnostmi vzdělávání jsou dle zákona č. 96/2004 Sb. i dle zákona 108/2006 Sb. (zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění a zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění):

- Specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornost povolání sociálního pracovníka
- Účasti v kurzech s akreditovaným programem
- Odborné stáže
- Účasti na školicích akcích

Zita (2005) udává, že zavedením vzdělávání sociálních pracovníků na vysokých školách ve studijním programu sociální práce a sociální politika viditelně došlo ke zvýšení prestiže tohoto povolání a posílilo pozici sociálních pracovníků.

1.2.3 Činnosti sociálního a zdravotně-sociálního pracovníka

Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka se v České republice a v zahraničí liší v různých aspektech, kterými je především historický vývoj dané země, vzdělávací systém a odlišně získané kompetence (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovník pracuje s klienty, s jejich rodinami a blízkým okolím, s přirozenými a uměle vytvořenými skupinami, s organizacemi, s místními komunitami a zároveň pracuje jako expert při přípravě zákonů a vyhlášek (Matoušek, 2003a).

Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení zahajuje zdravotně sociální rehabilitaci, která vede k udržení dosažitelné kvality života klienta a je preventivním faktorem zabraňující opakovanému vracení klienta do zařízení. Cílem takové rehabilitace je pomocí intervencí odstranit či zmírnit negativní důsledky vyvolané nemocí, hospitalizací nebo psycho-sociálně patologickými jevy (Kuzníková, 2011).

Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka v oboru zdravotně sociální péče jsou zákonem (zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění) definované jako:

- Sociální prevence, včetně depistáže
- Diagnostická péče
- Rehabilitační péče

Konkrétní činnosti zdravotně-sociálního pracovníka jmenuje Kuzníková (2011) jako:

- Řešení situace akutně hospitalizovaných klientů po rozhodnutí lékaře
- Sociální pomoc u chronických klientů, kam patří především sociální poradenství, plánování sociální péče, zprostředkování dalších služeb a psychosociální podpora
- Sociální intervence zahrnující rozhovor za účelem získání sociálních potíží a potřeb

- Stanovení sociální anamnézy a prognózy za cílem reintegrace a zjištění jeho sociální situace, která by mohla narušovat klientovo terapii
- Aplikaci metod sociální práce, kterými je zejména přímá práce s jednotlivcem a práce s jeho rodinou

Činnosti sociálního pracovníka jsou zákonem (zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění) vyjmenované jako:

- Sociální šetření
- Zabezpečování sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující sociální služby sociální péče
- Sociálně právní poradenství
- Analytická, metodická a koncepční činnost
- Odborné činnosti v zařízeních, které poskytují služby sociální prevence
- Depistážní činnost
- Poskytování krizové pomoci
- Zjišťování potřeby obyvatel obce či kraje a koordinuje poskytování těchto sociálních služeb

Havrdová (1999) vidí činnosti sociálního pracovníka jako sociálně právní činnost, která spočívá v pomoci uplatňovat nároky pomoci v systému sociálního zabezpečení, jako sociálně právní poradenství spočívající v pomoci orientace v legislativních a právních možnostech, jako sociální diagnostiku, sociální ochranu, prevenci a sociální intervenci směřující k obnovení a zlepšení sociálního fungování.

1.2.4 Etický kodex sociálního pracovníka

Etikou se rozumí teorie morálky, jako stránka života společenského člověka, podstata vědomí a jednání. Zabývá se morálkou a odůvodněním morálního jednání (Bláha, 1989).

Etikou v sociální práci se rozumí soubor mravních zásad, které by měly být sociálním pracovníkem dodržovány. Tento soubor je ukotven ve schválených standardech, které upevňují žádoucí způsob chování profesionála. Toto odpovědné chování by měl sociální pracovník zachovávat vůči klientům, kolegům, vlastní profesi a společnosti (Matoušek, 2003).

Vurm (2007) dodává, že etika je součástí základních pilířů práce v sociální sféře a sociální pracovník by měl při své práci brát v potaz aspekty teoretické, metodické a právní. Při tom by měl myslet i na etický dopad svého rozhodnutí a jednání.

Otázky týkající se etiky pomáhají sociálním pracovníkům rozhodovat se v situacích, které jsou mnohoznačné, a kdy sociální pracovník stojí před dilematem více nevhodných možností, kterými mohou být konflikty morálních principů. Sociální pracovník se může zároveň ocitnout v situaci etického problému, kdy je jasné, jak by měl sociální pracovník jednat, ale takové jednání se mu přičí (Nečasová, 2003).

Etické kodexy jsou vydávány profesní asociací. Takovou asociací je Společnost sociálních pracovníků, která etický kodex vydala v roce 1995. Etický kodex sociálních pracovníků ČR (1995):

- Vyjadřuje respekt ke klientovi
- Staví na hodnotách lidských práv a jedinečnosti člověka
- Staví na vedení klienta k vlastní odpovědnosti a potřebě jeho seberealizaci
- Podporuje sociální spravedlivost
- Stanovuje pravidla chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi, ke společnosti a k profesi

1.2.5 Spolupráce ve zdravotnickém týmu

Spolupráce v interdisciplinárním týmu je dynamický a komplexní proces, v kterém dva a více pracovníků poskytují pomoc či služby klientovi a případně i jeho rodině (Beder, 2006).

Interdisciplinární tým svou pomoc staví na integrovaném plánu péče o klienta, který má jasně vymezené cíle. K tomu pomáhá odborná provázanost oborů zastoupená v týmu (Kuzníková, 2011).

Solheim (2007) udává, že dynamika a interaktivní proces v týmu představuje aktivitu, která vede k výsledku a ten je přínosem pro klienta i ostatní členy týmu.

Pro komplexní péči ve zdravotnictví je potřeba propojit spolupráci odborného týmu, jehož součástí je i sociální pracovník. Začlenění sociálního pracovníka do týmu a celkové spolupráce závisí na jeho osobnosti a schopnostech. Míra spolupráce též závisí na systému práce a na vymezených činnostech pracovníka v dané organizaci. (Kuzníková, 2011).

1.2.6 Vztah sociálního pracovníka a klienta

Klient a sociální pracovník jsou součástí procesu řešení klientova problému. V tomto procesu fungují jako partneři. Klient je plně zapojen do stanovování cílů a plně se zapojuje do všech rozhodnutí (Smutek, 2006).

Cílem sociálního pracovníka není měnit lidi, ale zapojit je do procesu řešení problému, kdy si pak klienti mohou vyřešit problém sami. Interakce mezi klientem a pracovníkem je ovlivněna převahou moci na straně pracovníka, kdy je klient v roli osoby závislé. Pracovník je ve vztahu mocnější tím, že je většinou zástupcem státu a představuje kriteria normality. Klient je tudíž bezmocný tím, že něco potřebuje a pracovník mocnější svou pomocí. Toto je aspekt, který formuje proces spolupráce a pracovník by s ním měl umět úspěšně pracovat (Smutek a Smutková, 2006).

Dle Smutka (2006) sociální pracovník ve vztahu ke klientovi vystupuje v pěti intervenčních rolích, které se liší požadovanou pracovní náplní, typem zařízení, stylem vedení a cílem organizace. Tyto role dělí:

- Sociální prostředník – připravuje klienta na kontakt s dalšími experty
- Uchopňovatel – pracovník asistuje klientovi a pomáhá mu nalézat silné stránky a zdroje
- Učitel – posiluje klienty vypořádat se s jejich klienty v jejich problémové situaci
- Mediátor – pomáhá klientovi řešit spory mezi klientem a systémem organizací
- Obhájce – argumentuje, vyjednává a manipuluje s prostředím v zájmu klienta

1.3 Metody a techniky sociální práce

Na metodu lze pohlížet, jako na postup vedoucí k plnění cíle nebo získání určitých výsledků, účelné jednání a myšlení. Metody vždy vychází z příslušné teorie, která metodu legitimizuje (Mašát, 2012).

Metodou se také obecně rozumí postup vázaný na cílový subjekt, jeho aktuální situaci, na vztahové propojení a na systémové vazby (Matoušek, 2003a).

Matoušek (2003) definuje metody sociální práce jako specifické postupy, které jsou dále definované dle cíle nebo cílové skupiny. Takovým cílem může být úřední výkon, poskytnutí materiální pomoci, poradenství, plánování postupu či komplexní pomoc. Základními metodami je práce s jednotlivcem, skupinou nebo komunitou.

Matoušek (2003a) rozděluje sociální práci dle cílových skupin na tři úrovně:

- Mikroúroveň, kdy sociální pracovník s klientem pracuje formou případové práce a individuálně podporuje klienta ve vyrovnání se s problémy

- Střední úroveň, kdy sociální pracovník pracuje s malou skupinou a rodinami a klientům je tak poskytnuta zpětná vazba, náhled, korektivní zkušenost a naději na řešení jejich problémů
- Makroúroveň, kdy sociální pracovník pracuje s velkými skupinami, organizacemi, komunitami a působí v politice s cílem naplnění potřeb místního společenství či pomoc při řešení místního problému

Technikou sociální práce se rozumí konkrétní a jasně strukturovaný nástroj dané metody, která vede k dosažení cíle a je podřazena metodě. Technika by měla odpovídat potřebám klienta a vyplývat z jeho problémové situace (Mašát, 2012).

Na techniku lze tedy nahlížet jako na způsob, který za spolupráce se sociálním pracovníkem umožňuje klientovi něco získat a něčeho dosáhnout. Techniky obsahují druhy komunikace, gestikulace, mimiky a tělesný kontakt (Levická, 2002).

Ve zdravotnictví je volba konkrétní metody nebo techniky závislá na celkovém stavu klienta, na jeho zázemí sociálním a rodinném, ale i na jeho dovednostech a znalostech (Kuzníková, 2011).

1.3.1 Sociální práce s jednotlivcem

Matoušek (2003) konkretizuje práci s jednotlivcem jako metodu, která obsahuje posloupnost několika kroků. Takovými kroky je v první řadě doporučení klienta do péče, po kterém následuje zhodnocení jeho potíží a potřeb, stanovení cílů, plán intervencí, realizaci stanoveného plánu a v závěru i hodnocení splnění cílů.

Individuální práce s klientem je tzv. případová práce, kdy základní činností sociálního pracovníka je především poradenství, které může být doplněno i jinými postupy. S případovou prací souvisí vedení případu, tzv. case management. Ten akcentuje koordinační a mediační činnosti sociálního pracovníka (Matoušek, 2003a).

Case management vychází z předpokladu, že mnoho klientů potřebujících služby nevědí, které služby jsou jim dostupné a že takové služby vůbec existují.

Případně nevědí, jak se k nim dostat a jak získat maximum, které jim náleží (Smutek, 2006).

Ve zdravotnictví je individuální práce s klientem nejužívanější a nezastupitelnou. Začíná seznámením s klientem a s jeho chorobopisem. Práce s klientem probíhá především prostřednictvím rozhovoru. Sociální pracovník se v rozhovoru s klientem může dostat do situace, kdy je klient nedůvěřivý a pomoc odmítá. V tomto případě by měl sociální pracovník zkusit navázat důvěrný vztah a nabídnout mu všechny možnosti (Kuzníková, 2011).

Matoušek (2003) dodává, že během celého procesu a práce s klientem by klient měl být co nejvíce aktivní a sociální pracovník by měl navrhnout možnosti, s kterých si pak klient sám vybírá.

Kuzníková (2011) uvádí, že ve zdravotnictví se nejčastěji uplatňují přístupy:

- Orientovaný na klienta dle Carla Rogerse, který je nedirektivní a vhodný u klientů, kteří vnímají svou problémovou situaci jako bezvýhodnou a neřešitelnou, u klientů agresivních a u klientů se zhoršenou schopností komunikace
- Úkolově orientovaný přístup, který je vhodný především při práci s psychiatrickými klienty, s klienty závislými na návykových látkách, se starými lidmi a dospívající mládeží
- Systemický přístup používaný při krátkodobé práci s klientem, který se užívá při práci s klienty žijícími sami, s klienty, jejichž rodinné vztahy jsou konfliktní a nelze se na ně v případě pomoci obrátit a tam, kde klient dává individuálnímu kontaktu přednost

1.3.2 Sociální práce s rodinou

Sociální práce s rodinou vznikla z klasické rodinné terapie, ze které pochází některé metody a techniky práce s klientem. V podmínkách sociální práce je však oddělitelnou a samostatnou disciplínou. V sociální práci je třeba rozlišovat

rodinnou terapii a sociální práci s rodinou. Pokud pracujeme s problémem, jedná se o sociální práci. Pokud však je v rodině problémů více, které lze definovat jako poruchu, je třeba zahájit rodinnou terapii s kompetentním terapeutem (Chrenková, 2011).

Matoušek, Kodýmová a Koláčková (2005) též zmiňují důležitost spolupráce rodiny v procesu práce s klientem při řešení jeho obtížné situace.

Chrenková (2011) udává, že sociální pracovník se při výkonu své práce může setkat s různými typy klientů a jejich různým sociálním a rodinným zázemím. Společným cílem klienta a všech spolupracujících profesí v péči o klienta je spolupráce s jeho rodinou a návrat do původního rodinného prostředí, pokud toto možné je.

Kalina (2003a) uvádí, že při práci s rodinou je důležité si ujasnit, jak jednotliví členové rodiny problém vnímají a jak by mohli být při řešení problémů nápomocni a spolupracovat.

Chrenková (2011) vidí jako nejvhodnější a nejčastěji využívané přístupy ve zdravotnictví při práci s rodinou:

- Systemický přístup, jehož hlavní myšlenkou je interakce klientů s jejich prostředím, kdy sociální pracovník je součástí systému
- Antiopresivní přístup, jehož cílem je snižovat znevýhodnění a utlačování mezi členy rodiny, zvyšovat spravedlnost, rovnost a spoluúčast

1.3.3 Sociální práce se skupinou

Matoušek (2003) definuje skupinovou práci jako práci s malým počtem členů ve skupině, kdy je cílem podpora a zlepšení kvality života všech členů ve skupině. Mezi techniky užívané ve skupině patří názorné návody, diskuze o tématech, přehrávání rolí a situací.

Sociální skupina je složena z jednotlivých členů, kteří jsou navzájem propojeni a mají typické znaky, kterými jsou interakce, komunikace a organizace.

Členové se nacházejí v meziosobních vztazích, navzájem komunikují a jejich pozice a role jsou hierarchicky uspořádány (Mašát, 2012).

Skupinová práce je nezastupitelnou součástí sociální práce, neboť poskytuje možnosti, které individuální práce s klientem poskytnout nemůže. Sociální pracovník pomáhá skupině fungovat a rozvíjet pozitivní sociální vztahy mezi členy. Sdílení zkušeností s ostatními členy, kteří mají stejné potíže je velmi užitečné, neboť pro člověka přináší úlevu, že v problémech není sám a má pocit sounáležitosti (Havránková, 2003).

Členové si ve skupině předávají vlastní zkušenosti s daným problémem, jsou schopni empatie a vzájemné podpory. Skupinové aktivity umožňují pochopit problémovou situaci a získat inspiraci k jejich řešení. Sounáležitost ve skupině snižuje pocit izolace a odcizení (Chrenková, 2011).

Skupinová práce disponuje účinnými tzv. terapeutickými faktory, které Yalom (1999) definoval jako:

- Dodávání naděje
- Univerzalita
- Předání informací
- Altruismus
- Korektivní emoční zkušenost
- Rozvoj socializace
- Napodobující chování
- Interpersonální učení
- Skupinová koheze
- Katarze
- Existencionální faktory

Ve zdravotnictví je dle Kuzníkové (2011) možné využít práce se skupinou u klientů spolupracujících, neagresivních, u klientů s různými diagnózami a pro rodiny nemocných. Nevhodnost využití vidí u autistů a psychopatických osobností.

1.3.4 Sociální práce s komunitou

Matoušek (2003) definuje komunitní práci jako proces, který pomáhá lidem pomocí společné aktivity vyřešit vzniklé potíže místní komunity či zlepšit jejich životní podmínky v komunitě.

Komunitu vidí Hartl (1997) jako místo, kde může člověk získávat emoční podporu a pomoc v každodenním životě.

Komunitní práce je velmi univerzální a variabilní. Kinkor (2003) vidí komunitní práci jako metodu, která vyvolává změnu prostřednictvím společenství.

Znaky komunitní práce se rozumí:

- Řešení problému, nastolení změny ve společenství
- Vztahování potíží členů komunity k hledání zdrojů a možností
- Do řešení a rozhodování jsou zapojeni všichni členi
- Přerozdělení a sdílení zdroje, odpovědnost a kompetence
- Dává širší možnost členům ovlivnit dění kolem nich

Komunitní práce by měla jednotlivé členy komunity připravit na to, aby byli schopni překonávat potíže se skupinami a organizacemi a zvýšit jejich pocit solidarity a kompetence (Hrozenská, 2008).

Gojová (2011) jmenuje přístupy komunitní práce jako:

- Komunitní péči, jejímž cílem je podporovat členy komunity v dobrovolnické a svépomocné péči o členy, kteří s uspokojování potřeb potřebují pomoc
- Komunitní vzdělávání, které znamená předávání dovedností a informací komunitě s cílem poskytnout členům pomoc pracovat se svými problémy a měnit tak postoje jednotlivých členů
- Komunitní plánování, které se zabývá způsoby, jak s komunitou pracovat, jak jim pomoci řešit problémy a naplňovat potřeby jednotlivých členů

1.3.5 Komunikace s klientem

Na komunikaci lze nazírat, jako na sdělování informací mezi lidmi, které zahrnuje slovní i mimoslovní prostředky. Komunikace je sociální jednání, které se skládá z obsahové a vztahové stránky (Matoušek, 2003).

Podstatou komunikace je, aby se komunikující lidé pochopili, přijali, podporovali se navzájem, poskytli si navzájem zpětnou vazbu a radu. Pro celý proces práce s klientem a navázání důvěrného vztahu je důležité, aby sociální pracovník zvládal vést rozhovor a celkovou komunikaci s klientem (Matoušek, 2003a).

Rozhovor

Rozhovorem se rozumí dorozumívání za pomoci slov vedoucí k formulování skutečného stavu věci. Cílem rozhovoru je formulovat, co klient potřebuje a co je schopen a ochoten přijmout. Zároveň slouží k navázání vztahu, který je základem dobré spolupráce klienta a pracovníka. Pro dobré rozpoznání potřeb klienta je důležité umět naslouchat a vnímat klientovo přímé a nepřímé sdělení (Matoušek, 2003a).

Hauke (2011) uvádí, že díky dobře vedenému rozhovoru můžeme odhalit různé problémy a dobu jejich vzniku. Je důležité, aby si pracovník rozhovor připravil a promyslel. Při rozhovoru respektuje klientovu osobnost a jeho práva na seburčení.

Aktivní naslouchání

Aktivní naslouchání poskytuje klientovi velké množství zpětných vazeb od pracovníka. Umět naslouchat znamená pochopit věcnou stránku, ale i umět vnímat stránku emoční. Klient je v rozhovoru povzbuzován pomocí technik. Takovými technikami je objasňování, parafrázování, reflektování, zrcadlení, shrnování, kotvení a zhodnocení (Matoušek, 2003a).

Scheafor, Horejsi a Horejsi (2000) charakterizují určitá pravidla, která by měl pracovník při naslouchání aplikovat. Pracovník by se měl na klienta plně soustředit a vnímat ho, zaměřit se na to, co klient cítí a co má v rozhovoru význam. Při rozhovoru by měl udržovat oční kontakt a vnímat jeho neverbální signály. Dále by měl klást upřesňující otázky a zrcadlit klientovi, zda jeho sdělení pochopil dobře.

Neverbální komunikace

Dorozumívání je běžné pomocí slov a pomocí mimoslovní komunikace. Vnímání neverbální komunikace může doplnit množství nejasných detailů klientova příběhu. Většinou vzniká bezděčně, tudíž člověk svými pohyby vysílá nevědomě mnoho signálů (Matoušek, 2003a).

Hauke (2011) řadí mezi základní druhy neverbální komunikace mimiku, gestiku, haptiku, kinetiku, posturologii a proxemiku.

Sociální pracovník by si měl dle Matouška (2003a) všimnout také:

- Očního kontaktu – interpretuje zájem, upřímnost, nezdvořilost i zlost
- Odstínu hlasu – interpretuje agresivitu, nezáměr, rezignaci, odmítnutí
- Rukou – dokreslují emoční obsah slov, projev energie, nervozity, úzkosti, netrpělivosti
- Pozice těla – projev bezpečí, otevřenosti, nadřazenosti, zájmu, ochoty
- Celkového zjevu, oděvu – vypovídá o náladě, úzkosti, dokonalosti

1.3.6 Sociální práce s uživateli návykových látek

Sociální práce s touto cílovou skupinou se realizuje v oblasti snižování poptávky, kdy jde především o léčbu a resocializaci. Dále je uplatněna v oblasti snižování rizik za přístupu omezování škod a v oblasti represe. Při práci s uživateli je nutné se zaměřit na jednotlivce, systémové souvislosti jeho situace a sociální vazby (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

Základním cílem sociální práce s uživateli návykových látek je sociální stabilizace klienta tím, že se u něho vytvoří taková životní situace, která nebude komplikovat nebo znemožňovat udržovat a rozvíjet pozitivní změny a abstinenci. Konkrétním cílem je definice klientova problémů s vytvořením plánu jejich řešení. Toto bývá obtížné z důvodu časté nevědomosti klientů o stavu jejich sociální situace. (Makovská – Dolanská, 2007).

S uživateli drog pracují profesionálové s kvalifikací různých profesí. Stejně tak se drogovou problematikou zabývá několik odvětví státní správy, veřejné správy, státních a nestátních institucí. Sociální pracovníci pracují převážně s klienty nacházející se ve 3 až 5 stupni užívání drog. Jsou to klienti užívající drogy škodlivě, problémově a klienti na drogách závislí (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

Při práci s uživateli návykových látek se nejčastěji využívá úkolově orientovaného přístupu. Ten klade důraz na potřeby klienta, na chápání jeho životní situace, na souvislost problémů a na požadavky prostředí, kde klient žije. Sociální pracovník tak řeší klientovo problémy tak, jak je vnímá klient a ne, jak je vnímá pracovník (Navrátil, 2003).

Přístup orientovaný na úkoly je dle Navrátila (2003) vhodné použít v okruhu problémů:

- Interpersonální konflikty
- Neuspokojivé sociální vztahy
- Konflikty s organizacemi
- Problémy s naplňováním rolí
- Problémy jako důsledky sociálních změn
- Emocionální úzkost
- Problémy v chování

U hospitalizovaných klientů má sociální pracovník značný prostor motivovat klienta k abstinenci, terapii a k hledání životních hodnot (Kuzníková, 2011).

Univerzálním přístupem je tzv. motivační rozhovor. Tím se rozumí soubor komunikačních strategií, jak vést rozhovor a cíleně tak vyvolat změnu v závislém chování. Při rozhovoru je třeba správně odhadnout, v jaké fázi kruhového modelu změny se klient nachází, neboť každá fáze má své intervence a úkoly (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

1.4 Závislost na návykových látkách

Zneužívání návykových látek a závislost na návykových látkách je zátěží pro jedince i pro společnost. Je celosvětově známo, že necelých 9 % všech chorob vzniká v důsledku zneužívání návykových látek. S tím úzce souvisí přidružené spektrum dalších zdravotních a sociálních potíží (Fischer a Škoda, 2009).

V této problematice Jeřábek (2008) definuje návykovou látku jako chemickou psychotropní látku, která mění psychický stav a je látkou, která u jedince může vyvolat návyk ústící v syndrom závislosti.

Závislost je vyhocením abúzu (škodlivé užívání), který je dominantní činností jedince, která má zabezpečit pocit uspokojení. Na základě pozitivní vazby se fixuje komplex všech očekávání a prožívání, který postupně přerůstá do závislosti. Jde o pozvolný proces, který člověk většinou nereflektuje, nebo jen částečně (Kudrle, 2003).

1.4.1 Definice a pojem závislosti na návykových látkách

Nešpor (2011) definuje syndrom závislosti jako skupinu fyziologických, kognitivních a behaviorálních komponent, v kterých má užívání návykové látky u jedince přednost než jakékoli jiné jednání, kterého si dříve cenil více. Základní charakteristikou je pak touha psychoaktivní látky stále užívat.

Kudrle (2003) vidí definici závislosti jako chronickou poruchu, která se rozvíjí díky přirozené touze jedince po změně prožívání. Tato touha může přerůst

v nutkavost a zapříčinit tak rozvoj chorobných příznaků, které se mimo nutkavé touhy po změně prožívání projevují narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním a setrváním v tomto vzorci i přes zjevné narůstající důsledky a prohlubováním nelibostního stavu při odebrání drogy.

Dle Presla (1995) je definice a pojetí závislosti na návykových látkách mnoho. Lze však o závislosti hovořit jako o onemocnění, čehož je důkazem i přijetí medicínského modelu závislosti do mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10).

Dle Nešpora (2011) by se definitivní diagnostika závislosti měla stanovit za předpokladu výskytu alespoň 3 jevů:

- Silná touha užívat návykovou látku, tzv. craving, který nastává při nebo po odeznívání intoxikace návykovou látkou
- Problémy se sebeovládáním při užívání návykové látky
- Tělesný odvykací stav, který nastává při odebrání návykové látky po jejím dlouhodobém užívání
- Růst tolerance k látce, která se projevuje tím, že k dosažení stále stejného účinku je nutné užívat stále vyšších dávek návykové látky
- Zanedbávání potěšení a zájmů ve prospěch užívání návykové látky a zvýšené množství času strávené k jejímu získání, nebo zotavování se z jejího účinku
- Pokračování v užívání navzdory jasným následkům somatickým, psychickým a sociálním

Fischer a Škoda (2009) dělí závislost na návykových látkách na fyzickou a psychickou. Fyzickou závislostí se rozumí soubor nepříjemných tělesných příznaků po odejmutí či prudkém snížení pravidelně užívané látky. Psychická závislost je touha po opětovných příjemných duševních stavech. Na rozdíl od fyzické závislosti, která trvá zpravidla několik dní, přetrvává ta psychická mnohem déle. Jelikož je často soubor příznaků značně komplexní, užívá se častěji termínu psychosomatické závislosti.

Jeřábek (2003) uvádí jako návykovou látku pro rozvoj psychické závislosti amfetaminy, tetrahydrokanabinol či nikotin, a pro rozvoj fyzické závislosti opioidy a benzodiazepiny.

1.4.2 Vznik a rozvoj závislosti

Kudrle (2008) udává, že pokud chceme hledat hlubší kořeny vzniku a rozvoje závislosti, je nutné se zabývat především podstatou životních dilemat. Vztah protikladů, ve kterých žijeme, je antagonistický, je zdrojem neklidu, napětí, tužeb, hledání a je zodpovědný za vývojovou dynamiku. Hlubší motivaci tak vidí jako potřebu vyhnout se bolesti, nalézt zklidnění, cítit se energický, výkonný, bezproblémový, dosáhnout euforie a radosti.

Frouzová (2003) zmiňuje, že lidé užívají drogy a stávají se na nich závislí z důvodu jejich účinků, které řeší daný stav, nabízejí něco, po čem jedinec touží, nebo z příležitosti spojené s ignorací. Drogy tak obecně disponují šesti základními nabídkami:

- Umožňují dosáhnout větší kontroly nad sebou či nad druhými
- Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj
- Zbavují nepříjemného stavu
- Vyvolávají slast a zintenzivňují smyslové zážitky
- Usnadňují přizpůsobení, umožňují se cítit dobře s těmi, kteří drogu také užívají
- Pomáhají v asociálním životním stylu a potlačují nepříjemné výčitky svědomí

Proces rozvoje závislosti na alkoholu popsal americký alkohololog českého původu E. M. Jellinek jako čtyři navazující stádia (Skála, 1987):

- Stadium počáteční, ve kterém si jedinec uvědomuje, že alkohol užívá odlišně než druzí a že mu alkohol přináší úlevu

- Stadium prodromální charakteristické zvyšující se tolerancí k alkoholu, stoupá jeho spotřeba a je narušena kontrola nad množstvím
- Stadium krucinální, v kterém stoupá tolerance, narůstají konflikty, nad pitím již chybí kontrola zcela a objevují se palimpsesty
- Stadium terminální, které odpovídá syndromu závislosti, objevují se somatické a psychické poruchy, konzumace alkoholu je nepřetržitá a jedinec je ve stavu bezmoci

Fischer a Škoda (2009) popsali proces rozvoje závislosti na nealkoholových drogách, jako proces komplexních změn týkajících se somatické, psychické i sociální oblasti. Závislost probíhá v několika fázích a rozvoj je rychlejší než u alkoholu. Tyto fáze Fischer a Škoda (2009) definují jako:

- Stadium experimentální, kdy občasné užití návykové látky přináší jedinci nepoznané prožitky a pomáhá mu uniknout od reality kdykoli potřebuje
- Stadium příležitostného užívání, kdy je za pomoci návykové látky jedinci umožněna pomoc v osobní a sociální nouzi nebo nudě
- Stadium pravidelného užívání, kdy jedinec užívá návykovou látku častěji, stále popírá rizika spjata s jeho chováním a je mu lhostejné okolí
- Stadium návyku a závislosti, kdy je jedinou motivací jen návyková látka, sociální vazby se zúžily jen na skupiny narkomanů a došlo k závažným změnám v oblasti somatické, psychické a sociální

1.4.3 Faktory zvyšující pravděpodobnost vzniku a rozvoje závislosti

Příčiny závislosti na návykových látkách jsou komplexní a prozatím nic prokazatelně nepotvrdilo predispozice vzniku závislosti. Nejčastější je kombinace řady faktorů, které se při vytvoření závislosti kombinují, uvádí Kudrle (2003a).

Vznik závislostního chování je důsledkem multifaktoriálních příčin. Mezi takové faktory patří různé biologické, sociální, psychické, rodinné, genetické i spirituální faktory (Fischer a Škoda, 2009).

Faktory genetické

Faktory genetické přichází v úvahu v souvislosti s rozvojem závislosti týkající se vyšší tolerance alkoholu u potomků rodičů, kteří jsou alkoholici (Kudrle, 2003a).

Americký alkohololog Jellinek zjistil, že děti alkoholiků mají desetkrát větší pravděpodobnost, že se u nich závislost na alkoholu vyvine. Avšak způsob, jak naše geny ovládají vztah k návykovým látkám a alkoholu není dosud jednoznačný (Fischer a Škoda, 2009).

Faktory biologické

Do faktorů biologických lze dle Kudrleho (2003a) zařadit problémové těhotenství matky, zejména byla-li alkoholička nebo toxikomanka a plod tak byl vystaven účinkům návykových látek již v prenatálním období.

Stejně tak i vysoký či nízký věk matky může celkové riziko zvyšovat (Presl, 1995).

Fischer a Škoda (2009) uvádí, že užívání návykových látek může být ovlivněno i fyziologickými reakcemi, které se týkají především metabolického zpracování. Někdo může mít po užití látky výrazně příjemné pocity a prožitky než druzí, tudíž se naskytuje větší pravděpodobnost častého a vyššího užívání návykové látky.

Faktory psychogenní

Psychogenní faktory lze nalézt již v prenatálním vývoji jedince a v období porodu, kdy jde především o psychické zážitky, stejně tak i v péči postnatální a v péči o harmonický vývoj dítěte (Kudrle, 2003a).

Mezi psychické faktory zvyšující pravděpodobnost vzniku závislosti lze zařadit osoby reagující zvýšeně citlivě, zranitelně a úzkostně. Významnými faktory jsou i vlastnosti jako nestálost, sebestřednost, nezdrženlivost a snížená odolnost vůči zátěži. Predispozicí vzniku závislosti jsou však především psychiatrická onemocnění a poruchy osobnosti (Presl, 1995).

Fischer a Škoda (2009) ještě zmiňují predispoziční faktor osobnostních rysů jedince.

Faktory sociální

U sociálních faktorů se zaměřujeme na kontext, ve kterém člověk žije a kde se vše děje. Jde o vliv vztahů s okolím, které jedince formují, brzdi či deformují (Kudrle, 2003a).

Jedná se o vliv prostředí, do kterého patří rodiče, vrstevníci, parta, škola, vojenská služba, zaměstnání a hromadné sdělovací prostředky (Presl, 1995).

Často jsou tak rizikovými faktory pocity vyčlenění ze společenství lidí, nízký sociální status, rasová odlišnost, touha identifikace se silnější skupinou a také vliv vrstevníků, který hraje nezastupitelnou roli (Kudrle, 2003).

Fischer a Škoda (2009) ještě zmiňují vliv životního prostředí, kde vyzdvihují prostředí měst, sídlišť, migraci obyvatel a vliv chudoby některých společenských vrstev. V poslední řadě zmiňují, že prediktorem může být i příslušnost k profesní skupině, kterou mohou být zdravotničtí pracovníci, pomáhající profese a umělci.

Faktory rodinné

Na rozvoj závislosti nejvíce působí rodinný faktor, konkrétněji rodinné vztahy či absence rodiny vůbec. Na procesu sociálního učení dospívajícího jedince se podílí rodina, její pravidla, mýty a morálka. V případě nefunkční rodiny pak dospívající hledají identifikační vzorce mimo rodinu ve skupinách, kde najdou pocit sounáležitosti (Kudrle, 2003a).

Velkým predispozičním faktorem v rodině je závislost některého člena rodiny, kde se může stát např. pití alkoholu součástí rodinné kultury a prvkem bez kterého to nejde (Hajný, 2008).

Hajný (2003) zřehlednil faktory a predispoziční mechanismy charakteristické pro rodiny závislých:

- Nedostatečná pozornost či problematické reakce rodičů na chování dítěte
- Narušené nebo zatížené vztahy mezi rodičem a dítětem

- Špatně vymezené nebo chaotické vztahy mezi generacemi
- Skryté, nedostatečné nebo vyostřené vyjádření hněvu
- Závislost v roli prvku udržující v rodině rovnováhu
- Jeden nebo více členů rodiny je závislý
- Kodependence (spoluzávislost, kdy rodina závislost chování umožňuje a může z něho mít i zisky)

1.4.4 Sociální důsledky závislosti

Sociální důsledky závislosti na návykových látkách vnímá negativně jedinec i jeho nejbližší okolí i společnost. Závislost má nejvýznamnější dopad na rodinu závislého jedince, zaměstnání a na sociální vztahy (Fischer a Škoda, 2009).

Klienti léčebných zařízení a služeb přichází se sociálními problémy, ke kterým patří především bezdomovectví, fyzické a sexuální násilí, nezaměstnanost, páchání trestné činnosti, chudoba a nízké vzdělání (Gossob, 2009).

Pracovní problémy, nízké vzdělání, bezdomovectví, špatná bytová situace a páchání trestné činnosti se častěji vyskytuje mezi uživateli drog z etnických menšin, přistěhovalců a také mezi staršími uživateli drog (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2009)

Dvořák (2003) definuje okruhy sociálních problémů:

- Narušená či neexistující síť vztahů
- Nízké sociální dovednosti v komunikaci, vyjadřování emocí a sebeprosazení
- Nízké či žádné vzdělání a profesní dovednosti
- Právní a finanční potíže
- Špatný životní styl

Závislost je zátěžovou situací pro celou rodinu závislého jedince. Rozvoj obranných mechanismů vede k celkové devastaci a úpadku vztahů a vzájemných

vazeb. Současně dochází ke změnám ve vzorcích chování (Fischer a Škoda, 2009).

Jedinec závislý na návykových látkách je sociálně izolován odmítáním a opovrhováním společností. Tímto si jedinec začíná hledat podobně stigmatizované jedince, začne přijímat vzorce chování dané subkultury a šance na změnu asociálního života se snižuje (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2009).

Drogová závislost je spjata se ztrátou pracovního výkonu, dovedností a návyků, což vede ve většině případů ke ztrátě zaměstnání a tím k finanční tísní (Fischer a Škoda, 2009).

Uplatnění na trhu práce snižuje zejména somatické poškození a handicapy přibývajícím s věkem. Závislí jedinci často disponují nízkým vzděláním, což jim též znemožňuje uplatnění na trhu práce. Jedinci bývají velice zadluženi a nacházejí se ve finančním kruhu bezmoci a se ztrátou naděje (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2009).

Nejnápadnějším sociálním problémem souvisejícím s drogovou závislostí je páchaní trestné činnosti, kdy nejčastějším typem trestné činnosti jsou krádeže s cílem opatřit si drogu. Vysoký výskyt kriminálního chování má vliv na vysoký počet kontaktů s trestněprávním systémem (Gossob, 2009).

V naprosté většině kriminálního chování je trestná činnost sekundárním problémem závislosti, kdy úspěšná léčba a abstinence zamezuje recidivě tohoto chování (Fischer a Škoda, 2009).

1.5 Terapie závislosti

Léčba závislosti je odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem. Cílem léčby je abstinence, snížené užívání drog, zapojení klientů do běžného života v rodině, zaměstnání, společnosti a celkově zvýšení kvality jejich života. Proto je třeba provádět změnu chování a návyků na všech úrovních léčebně kontaktního působení (Vácha, 2006).

Důležitá je pomoc jedinci zajistit bydlení, zaměstnání a pomoc rozvíjet sociální dovednosti, které jsou potřeba k zvládnutí obtíží směřující proti relapsu a recidivě (Fischer a Škoda, 2009).

Jelikož závislost nemá jedinou příčinu, při terapii se používá více postupů a metod (Nešpor, 2011).

Popov (2008) uvádí, že léčba je komplexní proces, kdy se kombinuje léčba psychoterapeutická s léčbou farmakologickou.

1.5.1 Farmakoterapie

Farmakologická terapie závislosti je nedílnou složkou celkové léčebné intervence. Kombinace psychoterapie s farmakoterapií je ověřená, jako nejúspěšnější. Farmakoterapii lze rozdělit jako terapii cílenou k závislosti, podávané k zmírnění škod způsobených závislostí a jako medikaci u klientů s duální diagnózou (Bayer, 2003).

Dle Popova (2008) hraje farmakoterapie významnou roli při odvykání u syndromu závislosti (acamprosat, clomethiazol) a při symptomatologické farmakoterapii průvodních psychických komplikací (antidepresiva, neuroleptika a anxiolytika)

Od běžně užívané farmakoterapie se odlišují preparáty substituční a senzitivizující, jejichž rizikem jsou výrazné vedlejší účinky při kombinaci s drogou (Bayer, 2003).

Substituční léčbou se rozumí podávání legální látky, která má podobný účinek jako nelegální droga, ale s pozitivním bezpečnostním profilem. Jako substituční látka se používá metadon, buprenorfin či subutex (Popov, 2008).

Senzitivizací se rozumí podávání látky, která zvyšuje vnímavost organismu vůči užití návykové látky (alkoholu) s následnou výraznou vegetativní reakcí. Nejčastěji užívanou látkou je disulfiram, často označován jako „antabus“ (Fischer a Škoda, 2009).

Další možností farmakoterapie je terapie carvingu, jejímž cílem je minimalizovat možnost relapsu u závislého jedince. Takovou látkou je acamprosat a naltrexon (Popov, 2008).

1.5.2 Psychoterapie

Psychoterapií se rozumí odborné užití psychologických postupů v procesu prevence, léčby a rehabilitace poruchy zdraví, přičemž zahrnuje klienta i osoby pro něho důležité, především rodinu. Psychoterapií lze odstranit nebo snížit psychologicky ovlivnitelné problémy i jejich možné příčiny. Při psychoterapii dochází ke změně klientova chování a prožívání (Miovský a Bartošiková, 2003).

Kalina a Miovský (2008) definuje psychoterapii jako odborné užití mezilidských situací s cílem pomoci lidem změnit jejich myšlení, chování, emoce a osobní charakteristiky prostřednictvím psychologických prostředků, kterými jsou vztahy, postoje, komunikace, učení podmiňováním či nápodobou a interpersonální nebo sociální učení.

Hlavním cílem psychoterapie je umožnit závislému jedinci žít život bez drog a zamezit tak dalšímu jinému sebedestruktivnímu chování. Cílem je u klienta nastolit pozitivní životní styl, naučit ho zvládat stres, změnit jeho negativní sebepojetí a naučit ho utvářet uspokojivé vztahy s lidmi. Psychoterapie se též zaměřuje na sociální, tvůrčí a intelektový rozvoj (Kooyman, 2004).

Psychoterapie je úspěšná, pokud je jedinec motivován a skutečně se rozhodl se ze závislosti léčit. Motivace je podmínkou vedoucí k abstinenci, která však není cílem, ale cestou, jak si nově nastolený životní styl po léčbě závislosti udržet (Fischer a Škoda, 2009).

Dle Kaliny a Miovského (2008) se psychoterapie zaměřuje na dva široké okruhy. Okruh psychoterapie zaměřený na změnu osobnosti, vztahů a podporu růstu a zrání. Druhým okruhem je psychoterapie zaměřená na změnu chování.

Kalina a Miovský (2008) tak jmenují účinné faktory společné většině psychoterapií:

- Pozitivní očekávání
- Věnování pozornosti
- Terapeutický vztah
- Zvyšování vědomí
- Emoční uvolnění a katarze
- Konfrontace
- Volba alternativ
- Tvarování chování

1.6 Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti

Během posledních desetiletí v léčbě závislostí dominují přístupy individuální terapie, skupinové terapie, behaviorální terapie a kognitivně behaviorální terapie (Kalina a Miovský, 2008).

Dalšími používanými přístupy jsou hlubinná a dynamicky orientovaná terapie, humanistická terapie, rodinná a systemická terapie, hypnotické a relaxační postupy a integrativní přístup (Bartošíková a Miovský, 2003).

1.6.1 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapií se rozumí práce s jednotlivcem, která probíhá ve dvou. Hlavním prostředkem práce je rozhovor. Většinou se terapie odehrává v rámci série sezení a rozděluje se na krátkodobou (15 sezení za 3 měsíce), střednědobou (3-6 měsíců po 1-2 sezeních a dlouhodobou (více jak 6 měsíců s volnou frekvencí) udává Miovský a Bartošíková (2003).

Ve střednědobé léčbě je individuální terapie doplňkem základních komunitních a skupinových aktivit a je omezena na speciální situace (Dvořáček, 2003).

Individuální terapie je indikována v situacích, kdy je ohroženo zvládnutí standardního programu u klienta, který je jinak motivován v programu zůstat. Většinou jde o klienty v krizové situaci nebo o klienty s duálními diagnózami. Další možností je užití individuální terapie u klientů zralých a motivovaných, kteří chtějí vstoupit do programu s cílem osobního růstu či zkvalitnění osobního života (Miovský a Bartošíková, 2003).

1.6.2 Skupinová psychoterapie

V léčbě závislostí je skupinová terapie velmi užívanou metodou, která využívá skupinovou dynamiku a interakce mezi členy skupiny a terapeutem. Klienti a jejich složení ovlivňují její otevřenost a dynamiku, kohezi a obrany. Skupinová dynamika ke komplexem dění a interakcí vytvářených vztahy a interakcemi jednotlivých členů skupiny a silami z vnějšího prostředí (Nevšímal, 2007).

Psychoterapie s uživateli drog se ve skupinách liší dle zaměření terapeuta a dle cílů skupiny, za využití KBT techniky, gestalt terapie, dynamického přístupu a další. V ústavní péči se užívají skupiny hodnotící, nácvikové, vzdělávací, životopisné a tematické. Skupiny plní daný účel a zároveň učí klienty různým dovednostem (Kalina a Miovský, 2008)

V ústavní péči jsou skupiny zaměřeny více na problémy jednotlivých pacientů a jsou zaměřeny více na momenty života oddělení a osobní problémy (Dvořáček, 2003).

1.6.3 Behaviorální terapie

Základní charakteristikou behaviorální terapie je, že abnormální chování většinou vzniká a udržuje se na základě stejných principů platících i pro normální chování. Abnormální chování tak lze měnit za pomoci principů sociálního učení (Miovský a Bartošíková, 2003).

Behaviorální terapie poruch vyvolaných psychoaktivními látkami, jsou založeny na principu učení a změny chování (Rotgers, 1999).

V psychoterapeutickém procesu jde o odhalování naučených negativních vzorců chování, hledání principů, jak jsou udržovány, aby pak bylo možné je změnit. Cílem těchto postupů je u jedince změnit takto naučené chování, které mu brání nezávisle fungovat (Miovský a Bartošíková, 2003).

Existují tři základní procesy, mezi které patří klasické podmiňování, operantní podmiňování a učení nápodobou. Klasické podmiňování funguje na základní formuli podnět – reakce. Klasickým příkladem negativního podmiňování je užití averzní terapie. Při operantním podmiňování se využívá metody upevňování žádoucího a rozvolňování nežádoucího chování. Nejznámějším operantní metodou je tzv. bodovací systém. Učení nápodobou pomáhá vytvářet nově naučené žádoucí chování za pomoci pozorování chování druhého (Kalina, 2013).

1.6.4 Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Kognitivně behaviorální přístup představuje krátkodobý terapeutický směr, který je vysoce strukturovaný, zaměřený na dosažení konkrétně stanovených cílů. Je orientovaný zejména na aktuální problémy, na individuálního pacienta, je flexibilní a vhodný pro většinu programů a uspořádání léčby (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

Do lidského chování vnáší kognitivní směr soustavu myšlenkových pochodů, které zpracovávají informace z prostředí. V kognitivně behaviorální terapii jde

především o přestavbu kognitivních procesů a změnu chování za pomoci poznávacích funkcí (Kalina a Miovský, 2008).

V oblasti užívání návykových látek může KBT pomoci klientům rozpoznávat vzorce spojené s opakovaným užíváním návykových látek a zavést nové způsoby, jak se vyhýbat rizikovým situacím, které užívání předcházejí, nebo jak tyto situace bezpečně zvládat (Kalina, 2013).

1.7 Systém služeb a zařízení pro uživatele návykových látek

Česká Republika disponuje uceleným systémem péče pro uživatele návykových látek. Jedná se o systém poradenských, léčebných a sociálních služeb. Léčba uživatelů návykových látek je upravena zdravotnickou a sociální legislativou (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2009).

Klienti se nacházejí v různých stupních závislosti a jednotlivé systémy péče tak reagují na potřeby klientů dle fáze jejich závislosti i na specifika cílových skupin uživatelů (Richterová-Těmínová, 2008).

Aby byl systém péče o uživatele návykových látek efektivní, měl by splňovat několik kritérií (Bém, 2003):

- Komplexní systém péče – široká nabídka léčebných zařízení a programů dle rozsahu problémů způsobených závislostí
- Provázaný systém péče – návaznost jednotlivých modalit péče od prvního kontaktu po doléčovací program
- Efektivní systém péče – akreditační standardy a procesy, které umožní maximální efektivitu a optimalizaci podporující fungování tohoto systému
- Rozsah systému péče – zastoupení jednotlivých modalit péče v regionech dle prevalence problémů s návykovými látkami
- Dostupnost systému péče – místně a časově dostupná péče vycházející z analýzy potřeb uživatelů návykových látek

Výběr typu služby a terapie by měl být klientovi doporučen dle stupně jeho závislosti, jeho zdravotního stavu, psychologických problémů, stupně motivace, dle kvality jeho vztahů a sociálního prostředí, ve kterém žije (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

Sociální služby pro uživatele návykových látek

Sociální služba je nástroj, jehož prostřednictvím se poskytuje pomoc společensky znevýhodněným lidem, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Cílem této pomoci je zlepšit kvalitu jejich života a pomoci klientům začlenit se do společnosti (Matoušek a Koldinská 2007).

Sociální služby jsou definovány zákonem č. 108/2006 o sociálních službách jako služby sociální prevence, služby sociální péče a sociální poradenství, které je základní činností všech typů služeb (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2009).

Matoušek a Koldinská (2007) dále rozdělují sociální služby na terénní, ambulantní a pobytové. Všechny tyto formy služeb jsou v zákoně definovány v ustanovení §33.

Většina pracovníků sociálních služeb má statut sociálního pracovníka. A jejich odborná způsobilost je definována zákonem č. 108/2006 o sociálních službách. Ve službách pro uživatele návykových látek též pracují adiktologové vzdělávání dle zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2009).

Služby zdravotní péče pro uživatele návykových látek

Služby zdravotní péče a její poskytování je legislativně zakotveno v zákoně o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování).

Postupy léčby závislosti na návykových látkách definovala Psychiatrická společnost ČLS JEP. Definuje léčbu odvykacích stavů, metody a nástroje v léčbě závislosti, farmakoterapii a substituční terapii. Dále zdůrazňuje péči při akutních

psychických stavech s při psychiatrické komorbiditě (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2009).

1.7.1 Terénní programy

Prvním článkem v péči o závislé na návykových látkách jsou terénní programy. Služby jsou poskytovány terénní pracovníkem přímo na ulici a na dalších veřejných místech. Dále se služby poskytují přímo v bytech, kde se závislí lidé scházejí (Janíková, 2008).

Cílovou populací terénních programů jsou obtížně dosažitelní klienti, kteří disponují minimální motivací jakoukoli službu vyhledat a začít řešit svou obtížnou situaci se všemi problémy, které jsou především důsledky užívání návykových látek. Jedná se o skrytou populaci, mezi kterou patří experimentátoři, děti ulice, pravidelní uživatelé a problémoví uživatelé (Hrdina a Korčíšková, 2003).

Cílem terénní práce je minimalizovat negativní důsledky užívání návykových látek na straně uživatelů i na straně společnosti. Jedná se o snížení výskytu infekčních chorob, kriminality a udržení čistoty veřejných míst obývané uživateli (Richterová-Těmínová, 2008).

Dalším cílem terénních programů je motivace klientů, aby změnili svůj životní styl a směřovali k abstinenci. Terénní práce slouží k monitoraci drogové scény v regionech za cílem tvorby efektivních strategií pro pomoc této cílové skupině (Hrdina a Korčíšková, 2003).

Dle Mullerové, Matouška a Vondráškové (2005) patří mezi metody a prostředky terénní práce:

- Poskytování informací o rizicích souvisejících s užíváním drog
- Výměna injekčního materiálu (poskytování sterilního materiálu, dezinfekce)
- Sociální a zdravotní poradenství, krizové intervence

- Poskytování informací o možnostech pomoci a návaznosti na další péči

1.7.2 Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení určená k včasné intervenci a poradenství uživatelům návykových látek, kteří mají nízkou motivaci k léčbě. Klienti jsou v kontaktním centru anonymně, čímž nedochází ke stigmatizaci. S klientem se tak snadněji navozuje kontakt a buduje důvěrný vztah s pracovníkem centra (Libra, 2003).

V kontaktním centru je možno s klientem pracovat dlouhodoběji především na jeho motivaci k léčbě, na nalezení pro něho vhodného typu léčby a nástup do ní zprostředkovat (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

Po klientech centra se nevyžaduje aktuální abstinence od návykových látek (Libra, 2003).

Cílovou skupinou kontaktních center jsou uživatelé návykových látek nacházejících se na různém stupni motivace ke změně svého životního stylu a v různém stádiu rozvoje závislosti. Podpora a pomoc se též poskytuje i blízkým uživatelů (Richterová-Těmínová, 2008).

Základním cílem práce s klienty v kontaktním centru je minimalizace rizik zdravotních a sociálních způsobených užíváním návykových látek a motivace klientů ke změně a výhledové abstinenci (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

Libra (2003) řadí mezi metody a prostředky práce v kontaktních centrech:

- Kontaktní práci (navázání kontaktu, budování důvěry, Zjišťování potřeb)
- Výměnný program (výměna injekčních potřeb, distribuce dezinfekčního materiálu)
- Základní zdravotní péči (testování na infekční onemocnění, neodkladná péče)
- Krizové intervence (krátkodobá práce s klientem)

- Strukturované poradenství a motivační trénink (udržování a posílení motivace)
- Sociální práce (hledání zaměstnání, ubytování, vyřizování dokladů apod.)
- Doplňkové služby (hygienický a potravinový servis)

1.7.3 Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je rezidenční zařízení, které se zaměřuje na terapii směřující k abstinenci a sociální rehabilitaci. V komunitě se poskytuje dlouhodobá péče po dobu 6-18 měsíců (Richterová-Těmínová, Kalina a Adameček, 2008).

Komunita představuje intenzivní formu skupinové terapie, při které klienti komunity sdílí společný program a další různorodé činnosti, čímž je umožněno promítnout do tohoto modelu problémy z vlastního života (Kalina, 2008).

Cílovou skupinou komunity jsou lidé závislí na návykových látkách ve středním až těžkém stádiu závislosti, kteří mají obvykle bohatou kriminální anamnézu, somatické a psychosociální potíže. Věk klientů komunit se nachází v rozmezí 18-35 let (Adameček, Richterová-Těmínová a Kalina, 2003).

Obecným cílem všech komunit je abstinence, která je však vnímána jako cesta k abstinenci a podmínka pro udržení nového životního stylu bez návykových látek. Dílčími cíli terapie je klientovo přijetí své odpovědnosti, obnovení a napravení mezilidských vztahů, stabilizace sociálních podmínek a prevence relapsu (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

V terapii závislosti se dle Adamečka, Richterové-Těmínové a Kaliny (2003) užívají tyto účinné prvky:

- Zaměřené na chování (zpětná vazby, skupiny, pravidla a řád)
- Zaměřené na emoce a vývoj osobnosti (dynamické skupiny, rodinná terapie, arte)
- Zaměřené na vzdělání a etiku (semináře, diskuze, tematické skupiny)

- Zaměřené na dovednost přežít a profesně růst (sociální učení, pracovní terapie)

1.7.4 Doléčovací centra

Doléčovací centra se specializují na následnou péči, ve které se klade důraz především na prevenci relapsu (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

Jedná se o ambulantní zařízení, kde se zaměřují na udržení změny životního stylu dosažené v předchozí terapii. Zařízení nabízí ambulantní skupiny, i intenzivní strukturovaný program (Richterová-Těmínová, 2008).

Klíčovou službou následné péče je chráněné bydlení, které mimo intenzivního strukturovaného programu nabízí svým klientům především i ubytování (Kuda, 2008).

Cílovou skupinou pro tyto programy jsou klienti, kteří před nástupem do programu absolvovali ambulantní nebo rezidenční terapii. Do programu mohou být zapojeni i klienti, kteří sami abstinovali po dobu 3 měsíců a blízcí klientů, kteří jsou v programu (Richterová-Těmínová, 2008).

Dle Kudy (2003) je cílem následné péče především udržení nastolené změny životního stylu a chování, udržení abstinence, podpora dovedností v prevenci relapsu, podpora růstu osobnosti klienta a podpora sociální stabilizace.

Dle Richterové-Těmínové (2008) se v doléčovacích programech používají tyto metody:

- Individuální a skupinová terapie
- Práce s prevencí relapsu
- Sociální práce
- Lékařská péče
- Rodinná a partnerská terapie
- Chráněná bydlení, práce, chráněná pracovní místa
- Volnočasové aktivity

1.7.5 Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky slouží k zvládnutí odvykacích stavů, při kterých není nutná hospitalizace na intenzivní péči a ARO oddělení. Detoxifikační jednotky bývají součástí zařízení, které poskytují dlouhodobou léčbu, nebo fungují i jak samostatné jednotky při nemocničním komplexu (Nešpor, 2003).

Detoxifikace probíhá většinou po dobu 5-10 dní, dle stavu klienta (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

Cílovou skupinou jednotek jsou klienti, kteří se chystají na další odvykací léčbu, kteří potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu detoxifikaci, ale nejsou motivováni k léčbě, klienti kteří jsou nebezpeční sobě i svému okolí a klienti u kterých je třeba rozpoznat duševní chorobu od intoxikace (Richterová-Těmínová, 2008).

Cílem detoxifikace je minimalizace rizik spojených s odejmutím návykových látek a zbavení organismu návykových látek (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

I na detoxifikační jednotce je možná práce na motivaci klienta ke změně (Richterová-Těmínová, 2008).

Nešpor (2003) jmenuje metody používané na detoxifikačních jednotkách jako:

- Celková diagnostika včetně laboratorních a dalších vyšetření
- Farmakoterapie akutní intoxikace, odvykacích stavů a přidružených onemocnění
- Psychoterapie
- Sociální práce
- Celkově strukturovaný program dle aktuálního stavu pacienta

1.7.6 Substituční programy

Substitucí návykových látek se rozumí terapeutický postup, kdy se klientům jako náhražka původně užívané drogy podává legální látka, která disponuje bezpečnostním profilem (Popov, 2003).

Substituce může probíhat ve specializovaných programech pod dohledem odborných lékařů v ambulantních zdravotnických zařízeních (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

Cílovou skupinou substituční léčby jsou klienti s dlouhodobou a těžkou závislostí na opiátových látkách, klienti, kterým se opakovaně nedaří abstinenci pokusy nebo léčby a klienti závislí na opiátech s pozitivitou na HIV (Richterová-Těmínová, 2008).

Dalšími klienty substituční terapie jsou těhotné ženy závislé na opiátech, u kterých nelze provést šetrnou detoxifikaci a léčbu směřující k abstinenci (Popov, 2003).

Cílem substituční terapie je snížení užívání ilegálních návykových látek, snížení výskytu kriminálního chování a zlepšení psychosociálního a somatického zdraví. Souvisejícím cílem je zlepšení vztahů klienta s okolím a omezení rizik souvisejících se získáváním a užíváním návykových látek (Popov, 2008).

Mezi metody a prostředky práce v substituční terapii řadí Richterová-Těmínová (2008):

- Podávání substituční látky
- Pravidla a režim, při jehož porušení může být klient z programu vyloučen
- Psychoterapie a poradenství
- Sociální práce s cílem sociální stabilizace klienta
- Práce s rodinou klienta
- Pracovní terapie

1.7.7 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je prováděna v ambulantních léčebných střediscích prevence a léčby závislosti, ve střediscích nabízející strukturovanou denní péči a v zařízeních zdravotně sociálních služeb (Hampl, 2003).

Speciální ambulantní zařízení v oboru psychiatrie, které se zabývá léčbou závislosti na alkoholu a dalších návykových látek se historicky nazývá AT ambulance (Výroční zpráva ve věcech drog, 2009).

Klient do ambulance pravidelně dochází a není vytržen ze svého sociálního prostředí (Hampl, 2003).

Do tohoto typu péče jsou indikováni především klienti, kteří se chtějí léčit, a jejich zdravotní stav není nutné řešit hospitalizací. Podmínkou úspěšné léčby je nutnost stabilního sociálního prostředí klienta a spolupráce jeho rodiny (Richterová-Těmínová, 2008).

Ambulantní zařízení je dále vhodné pro klienty experimentující s drogami, klienti bez problémového užívání drog a klienti, jimž byla nařízená ambulantní léčba soudem (Popov, 2003).

Nejdůležitějším cílem ambulantní terapie je změna životního stylu za pomoci abstinence od návykových látek. Cílem však je i snížení užívání návykových látek, celková stabilizace klienta a příprava na další léčbu v navazujících zařízeních. (Richterová-Těmínová, 2008).

Prostředky a metodami používanými v ambulantních typech péče jsou dle Popova (2003):

- Navázání kontaktu a provedení základních a doplňujících vyšetření
- Psychoterapie (rodinná psychoterapie, skupinová psychoterapie)
- Farmakoterapie
- Socioterapie
- Poradenství a motivační trénink

1.7.8 Denní stacionáře

Denní stacionář představuje intenzivní ambulantní léčbu formou celodenního programu, do kterého klient ze svého prostředí denně dochází (Mullerová, Matoušek a Vondrášková, 2005).

Tato forma léčby je na půli cesty od ambulantní léčby a od léčby v rezidenčních zařízeních. Léčba v denním stacionáři trvá zpravidla v rozmezí 3-6 měsíců (Kalina, 2003).

V denních stacionářích je podstatou terapie intenzivní strukturovaný program s prvky terapeutické komunity (Richterová-Těmínová, 2008).

V denním stacionáři je terapeutickými cílem především dosáhnout u klienta změny životního stylu, což je podmíněno abstinencí od návykových látek (Richterová-Těmínová, 2008).

Jako specifické cíle vidí Kalina (2003) změnu v sebepojetí, ve vztazích, podpora osobního zrání a vývoje a zlepšení sociálních dovedností.

Cílovou skupinou denního stacionáře jsou klienti v různých fázích rozvoje závislosti, kteří by chtěli změnit svůj životní styl, mají dobré sociální zázemí a jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Klienty stacionářů mohou být i klienti s duálními diagnózami či příbuzní a blízcí klientů v programu (Richterová-Těmínová, 2008).

Mezi metody a používané v denních stacionářích Kalina (2003) řadí především:

- Režim, pravidla a přesný časový rozvrh
- Individuální psychoterapie, skupinová terapie, komunitní setkání
- Sociální práce
- Pracovní terapie
- Volnočasové aktivity

1.7.9 Střednědobá ústavní léčba

Ústavní léčba probíhá ve zdravotnických zařízeních, kterými jsou psychiatrické léčebny a oddělení léčby závislosti při psychiatrii. Délka terapie se pohybuje v rozmezí 3-6 měsíců (Richterová-Těmínová, 2008).

Tato zařízení byla vybudována a zřízena dle vzoru Skálova Apolináře pro léčbu závislosti (Kalina, 2008).

Ústavní léčba je vysoce strukturovaným programem fungujícím na principu terapeutické komunity. Základem celého terapeutického programu je režim, bodovací systém a strukturovaná léčba do několika fází. Do denního a týdenního programu jsou pak zařazeny všechny terapeutické aktivity (Dvořáček, 2003).

Vzhledem k délce trvání ústavní léčby a zdravotnického charakteru léčby má program střednědobé léčby specifické cíle. Mezi tyto cíle Dvořáček (2003) řadí trvalou abstinenci, stabilizaci sekundárních problémů způsobených užíváním návykových látek, vybudování náhledu na závislost, řešení důsledků závislosti, zlepšení prožívání a chování a zvědomění práce s relapsem.

Cílovou skupinou ústavní léčby jsou problémoví uživatelé návykových látek nastupující do léčby dobrovolně nebo z důvodu nařízení ochranné léčby (Richterová-Těmínová, 2008).

Tento typ léčby je vhodný pro klienty, kteří nejsou schopni abstinovat ve svém původním prostředí, a současně pro ně není vhodná dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě. Léčba je zároveň vhodná pro klienty se závažnějšími zdravotními komplikacemi (Dvořáček, 2003)

Do základních metod Skálova Apolinářského modelu léčby dle Skály (1987) patří:

- Vysoce strukturovaný program
- Režim, pravidla, bodovací systém
- Léčebné společenství
- Individuální a skupinová psychoterapie
- Komunitní setkání

- Rodinná terapie
- Pracovní terapie
- Volnočasové aktivity

1.8 Psychiatrická léčebna Červený dvůr

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zdravotnické zařízení specializované na střednědobou ústavní léčbu závislostí o kapacitě 103 lůžek. Léčebna poskytuje ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách, na alkoholu a patologického hráčství. Kritériem pro přijetí do léčby je věk osmnácti let, syndrom závislosti, motivace a doporučení k léčbě od specialisty. Léčebna je rozdělena na příjmové oddělení a na tři psychoterapeuticko režimové oddělení. Léčebna zprostředkovává detoxifikaci, rodinnou či partnerskou terapii, stabilizační pobyty a motivační pobyty v rámci následné péče (Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, 2013).

V roce 2009 byla v projektu „Kvalita očima pacientů“ hodnocena kvalita poskytované péče v PL Č. Dvůr s nadprůměrnou spokojeností. Ve výzkumu se hodnotilo osm základních trsů kvality ve více než 500 odděleních v 30 organizacích zřizovaných ministerstvem zdravotnictví. Souhrnná spokojenost za celé zařízení činila 84% a vůbec nejvyšší spokojenost byla v trsech propuštění, pokračování péče a zapojení rodiny (Reiter, 2012).

1.8.1 Historie a prostředí léčebny

Léčebna byla založena roku 1966 a do roku 1994 byla zaměřena výhradně na léčbu závislosti na alkoholu. V dalších letech se stále zvyšoval počet hospitalizovaných s nealkoholovou závislostí. Léčebna se nachází v jižních Čechách na kraji chráněné krajinné oblasti Blanský les na úpatí hory Klet. Areál léčebny se skládá s komplexu kulturních památek, mezi které patří samotná

budova zámku, zámecký park a vodohospodářský systém parku (Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, 2013).

1.8.2 Charakteristika léčby v PL Červený Dvůr

Komplexní terapie osob závislých na návykových látkách má své základní a variabilní součásti, které se v různých formách uplatňují. Základní částí je fáze detoxifikační, po které navazuje fáze léčebná (Řehan, 1994).

Celková léčba je rozdělena do několika fází, které jsou od sebe různě oddělené a charakterizované. Fáze jsou definované cíli, zodpovědnostmi pacienta, povinnostmi a výhodami (Dvořáček, 2003).

Program léčebné péče je komplexní a vysoce strukturovaný. Se strukturou souvisí soubor pravidel, který vytváří celkový režim. Program oddělení léčebny, který je organizován jako komunita, obsahuje skupinovou terapii, rodinnou či partnerskou terapii, sociální práci, farmakoterapii, program prevence relapsu, rehabilitační terapii, pracovní terapii, terénní terapii, zátěžové programy, volnočasové aktivity a trénink sociálních dovedností (Dvořáček, 2003).

Všechny terapeutické aktivity jsou zahrnuty do denního programu, jehož cílem je ovlivnit postoje pacienta ke změně svého životního stylu a zvýšit jeho motivaci k dalšímu léčení (Nešpor, 2003).

V léčbě se kombinuje přístup terapeutické komunity, individuální terapie a skupinové terapie. Cílem použití těchto forem psychoterapie je dosáhnout vzhledu či kontempace a začít používat perspektivnější vzorce chování k dosahování svých cílů (Dvořáček, 2003).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zmapování metod a technik sociální práce u pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

Dílčí cíle:

1. Zjistit metody a techniky, které sociální pracovníce při práci s pacienty nejčastěji používá.
2. Zpřehlednit, jakou sociální pomoc hospitalizovaní pacienti nejčastěji využívají.
3. Zjistit, zda jsou pacienti v PL Č. Dvůr o sociální pomoci informováni
4. Jak jsou pacienti se sociální pomocí spokojeni.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vymezují rámec výzkumu a zároveň operacionalizují jeho zaměření.

1. Jaké metody a techniky sociální práce sociální pracovník nejčastěji používá?
2. Jakou sociální pomoc pacienti nejčastěji využívají?
3. Jsou pacienti v PL Č. Dvůr o sociální pomoci informováni?
4. Jsou pacienti se sociální pomocí spokojeni?

Na základě výzkumu budou v závěru práce stanoveny hypotézy.

3. Metodika

3.1 Použitá metodika výzkumu

Pro realizaci diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Data byla získána technikou polostrukturovaného rozhovoru a metodou dotazování.

Rozhovor je jako technika výzkumu velmi často používán širokou škálou různých oborů. Je možné ho aplikovat v přístupech kvantitativních i kvalitativních. Rozhovor se rozlišuje dle míry jeho standardizace (Reichel, 2009).

Dle Miovského (2006) je polostrukturovaný rozhovor nejrozšířenější metodou rozhovoru z důvodu absence nevýhod rozhovoru plně strukturovaného a nestrukturovaného.

Reichel (2009) vidí výhodu polostrukturovaného rozhovoru ve volnosti otázek umožňující navázání přirozeného kontaktu s respondentem a zároveň jistou a mírnou standardizaci pro lehčí utřídění získaných údajů a jejich vzájemné srovnávání.

Miovský (2006) též zmiňuje, že při technice polostrukturovaného rozhovoru je důležitá a náročnější technická příprava.

Charakteristikou polostrukturovaného rozhovoru je předem připravený soubor otázek, které budou při rozhovoru použity. Tyto otázky však nemusí být pokládány dle stanoveného pořadí a je možné je doplnit o další dotazy (Reichel, 2009). Reichel (2009) dodává, že otázky by měly být formulovány srozumitelně, stručně a volené výrazy či odborné termíny by měly být přizpůsobeny cílové skupině respondentů.

Rozhovory probíhaly v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr od prosince 2013 do února 2014. V tomto časovém rozmezí byly provedeny 3 rozhovory se sociálními pracovníci a 12 rozhovorů s aktuálně hospitalizovanými pacienty. Místem rozhovorů byla volná místnost muzikoterapie, která je nejpříjemnější a nejklidnější místností daného zařízení. Rozhovory byly provedeny dle předem stanovených otázek, u kterých nebyly poskytnuty možné varianty odpovědí. Tím byla respondentům poskytnuta možnost volných odpovědí co se do obsahu a

rozsahu týče. Otázky byly pokládány způsobem nenarušujícím kontinuitu rozhovoru. Rozhovory probíhaly v časovém rozmezí 20-30 minut. Před zahájením rozhovorů byli respondenti seznámeni s cílem výzkumu, ujištění o důvěrnosti sdělených informací a jejich naprosté anonymitě. Před začátkem rozhovoru byl od pacientů získán jejich písemný informovaný souhlas. Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení.

Dle Miovského (2006) je audiozáznam pro výzkumníka oporou a pomocí. Je autentický a poskytuje kontrolní funkci. Avšak dodává, že použití záznamového zařízení by mělo co nejméně narušovat výzkumný kontakt mezi tazatelem a respondentem.

Později jsem provedla transkripci dat do textové podoby. Technika doslovné transkripce je nutná pro analýzu a vyhodnocení získaného materiálu. V takovém přepisu je pak možné zdůrazňovat klíčová místa, opatřovat důležité pasáže svým komentářem a jednotlivá místa tak stále porovnávat (Reichel, 2009).

Následně jsem provedla redukci a klasifikaci zásadních sdělení, data kategorizovala a pro přehlednost je zpracovala do tabulek. Kategorie jsou vytvořeny seskupením určitých výroků a jsou zpracovány v souladu s dílčími výzkumnými otázkami

Takové kategorie by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami (Hendl, 2008).

Rozhovory byly vedeny s cílem zjistit, jaké metody a techniky sociální pracovnice nejčastěji používají, jak s pacienty pracují, jaké slabé stránky při své práci s pacienty vnímají, jaké slabé stránky vnímají za strany organizace a jakou pomoc pacienti nejčastěji využívají. Dále jsem v rozhovorech zjišťovala, jaká je spolupráce se službami následné péče. Při rozhovorech s pacienty jsem zjišťovala, jak je jim sociální pomoc poskytována, jak jsou o možnostech sociální pomoci informováni, jakou sociální pomoc využívají či postrádají a jak jsou s poskytováním sociální pomoci spokojeni.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Prvním výzkumným souborem byly sociální pracovnice zaměstnané v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Pro konstrukci vzorku byla vybrána metoda totálního výběru.

Dle Miovského (2006) je vhodné použití této metody v případech extrémně malého počtu prvků základního souboru.

Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti aktuálně hospitalizovaní v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, jejichž hospitalizace byla delší než 3 týdny. Z tohoto základního souboru byl metodou kvótového výběru vybrán výzkumný vzorek.

Miovský (2006) definuje tuto metodu výběru jako postup s cílem vyhledat účastníky dle určitých znaků. Kritériem výběru je tak splnění znaků a ochota respondenta se výzkumu účastnit. Těmito znaky bylo pohlaví respondentů a typ závislosti na návykových látkách.

3.4 Etický aspekt

Před zahájením výzkumu by měl výzkumník respondenty s výzkumem seznámit. Respondent by měl být informován o cílech výzkumu, o tom, kdo bude mít přístup k získaným informacím a jaké důsledky z účasti na výzkumu by pro něho mohly plynout. Účast na výzkumu je dobrovolná a účastník má právo z výzkumu kdykoli odstoupit. Za dodržení etických zásad během celého výzkumu je odpovědný vždy výzkumník. (Miovský, 2006).

Před samotným výzkumem jsem požádala ředitele jmenovaného zařízení o schválení provedení výzkumu. Seznámila jsem ho s účelem výzkumu a se způsobem, jakým bude probíhat. Respondenti výzkumu byli vždy jednotlivě seznámeni se záměrem a průběhem výzkumu. Před rozhovorem byli upozorněni na použití záznamového zařízení a ubezpečeni, o tom, že tento záznam bude sloužit pouze k pozdějšímu převedení záznamu do textové podoby a následně

zničen. Respondenti - pacienti byli ubezpečeni o naprosté anonymitě získaných dat a tudíž nemožné identifikace výpovědi s jejich osobou. Respondentky - sociální pracovníce byly upozorněny na anonymitu jejich výpovědí, ale možnosti jejich identifikace pro velmi malý výzkumný soubor ve jmenovaném zařízení. Proto jsem respondentky před rozhovorem upozornila, aby na tento aspekt při výpovědi braly zřetel a nevypovídaly o něčem, co by je mohlo poškodit. Po rozhovoru jsem textový záznam respondentkám předložila ke zhlédnutí. Následně jsem je požádala o schválení použití těchto dat do výzkumu.

Z důvodu lepší orientace byla jednotlivým respondentům přiřazena fiktivní jména.

4. Výsledky a jejich interpretace

Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníci Psychiatrické léčebny Č. Dvůr

Rozvory byly provedeny celkem se 3 sociálními pracovníci výše zmíněného zdravotnického zařízení. Pro zachování anonymity bylo sociálním pracovnícům přiděleno fiktivní jméno a další informace o sociálních pracovnících nejsou prezentovány.

Výzkumná otázka 1: Jaké metody a techniky sociální práce sociální pracovník nejčastěji používá?

Pro získání informací k odpovědi na tuto výzkumnou otázku byly otázky k rozhovoru operacionalizované do 7 otázek. Tyto otázky byly směřované ke zmapování přehledu metod a technik, které sociální pracovníci při své práci používají, jaká je jejich náplň práce s pacienty, s kým pracují a zda při své práci něco postrádají. **S kým při své práci nejčastěji přicházíte do styku? Jak vypadá vaše spolupráce v multidisciplinárním týmu? Jaké metody a techniky při své práci nejčastěji používáte, přístup? Jakým způsobem s pacienty pracujete, jak probíhá spolupráce od počátku do konce léčby? Existuje něco, co Vám při práci s pacienty dělá potíže? Vnímáte ze strany organizace nějaké slabé stránky? Uvítala byste nějaké změny?**

První otázka rozhovoru směřovala ke zjištění informace, s kým sociální pracovníci přichází do kontaktu a s kým spolupracují. Na tuto otázku všechny sociální pracovníci odpověděly téměř shodně. Všechny jsou v kontaktu s hospitalizovanými pacienty, jejich rodinami, s terapeutickým a ošetřujícím personálem. Stejně tak se u všech pracovníků vyskytl kontakt a spolupráce s pracovníky dalších institucí, kterými jsou adiktologické služby, sociální služby, Úřady práce a státní správy. Paní Dagmara sdělila: „Většinou jde o služby, které nám pacienty do léčby doporučují a služby následné péče, kam naši pacienti

odcházejí.“ Ke komunikaci s pracovníky těchto institucí paní Aneta uvedla: „Většinou se jedná o písemný, telefonický, emailový a faxový kontakt. Velmi zřídka dochází i k osobnímu kontaktu.“ Kromě paní Barbory pracovnice uvedly i spolupráci s PMS, NNO, policií ČR a se soudy. Dagmara navíc uvedla spolupráci s pracovníky psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení.

Tabulka 1a: Shrnutí dílčí otázky k 1. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Kontakt	
Aneta	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizovaní Pacienti • Rodina pacienta • Ošetřující a terapeutický personál • NNO • Zaměstnanci státní správy • Referenti úřadu práce • Sociální pracovníci sociálních a adiktologických služeb • Pracovníci zdravotnických zařízení • Policie ČR, soudy • Písemný, telefonický, emailový, osobní, fax
Barbora	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizovaní pacienti • Rodina pacienta • Členové ošetřovatelského a terapeutického týmu • Pracovníci OSSZ, ÚP • Sociální pracovníci sociálních služeb • Personál zdravotnických zařízení • Pracovníci probačně mediační služby
Dagmara	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizovaní pacienti • Ošetřující a terapeutický personál • Rodina pacienta • Sociální pracovníci služeb následné péče • Pracovníci psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení • Pracovníci ÚP, OSSZ, PMS, Policie ČR • Pracovníci soudů všech stupňů • Pracovníci NNO

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku týkající se spolupráce sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu odpověděly sociální pracovnice velmi podobně. Všechny se vnímají jako nedílná součást komplexního týmu a paní Aneta dodává: „*Tady má sociální pracovník rovnoprávné postavení v multidisciplinárním týmu.*“ Všechny

pracovnice se shodly, že jim toto zapojení do týmu umožňuje pacienty v rámci psychoterapie motivovat k řešení sociálních problémů a dává jim možnost lépe hodnotit aktivitu a plnění stanovených cílů. Paní Barbora k tomu uvedla: „*Myslím, že zapojení se do týmové terapie a možnost účastnit se jakékoli části programu umožňuje nahlížet na pacienta se sociálními potížemi v kontextu celého terapeutického procesu.*“ Paní Dagmara navíc sdělila: „*Sociální práce zde má důležité místo a velkou podporu ze strany vedení organizace.*“

Tabulka 1b: Shrnutí dílčí otázky k 1. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Multidisciplinární tým	
Aneta	<ul style="list-style-type: none"> • Rovnoprávné postavení sociálního pracovníka • Nedílná součást týmu • Motivace pacientů v rámci psychoterapie • Hodnocení aktivity pacientů, plnění úkolů
Barbora	<ul style="list-style-type: none"> • Nedílná součást týmu • Motivace pacientů • Hodnocení aktivity pacientů, plnění úkolů dle cílů • Náhled nad sociálními potížemi pacienta
Dagmara	<ul style="list-style-type: none"> • Nedílná součást týmu • Aktivní podíl na celém terapeutickém procesu • Náhled nad sociálními potížemi pacienta • Motivace pacientů • Hodnocení aktivity, plnění úkolů

Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi nejčastěji používané metody a techniky sociální práce u všech sociálních pracovníků patří především rozhovor, který paní Dagmara vnímá jako stěžejní, dále aktivní naslouchání, poradenství a krizovou intervenci. Paní Barbora s paní Dagmarou k těmto metodám přidávají práci s rodinou a se skupinou. Paní Aneta s paní Dagmarou ještě užívají techniku přehrávání rolí. Paní Anetě se mimo jiné osvědčila i názorná instruktáž a paní Dagmara přidává metodu práce s komunitou. Paní Dagmara k této otázce sdělila: „*Poslední dobou mám v oblibě práci se skupinou a komunitou. Některé záležitosti se dokonce touto formou snáze a lépe řeší. Ve výsledku pak ušetřím mnoho času na práci s jednotlivci, neboť ve skupině*

lze současně probrat několik snadnějších a shodných témat.“ Všechny sociální pracovnice se shodly na užívání přístupu orientovaným na úkoly.

Tabulka 1c: Shrnutí dílčí otázky k 1. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Metody a techniky	
Aneta	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovor • Aktivní naslouchání • Poradenství • Krizová intervence • Přehrávání rolí • Názorná instruktáž • Přístup orientován na úkoly
Barbora	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovor • Aktivní naslouchání • Práce se skupinou • Práce s rodinou • Poradenství • Krizová intervence • Přístup orientován na úkoly
Dagmara	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovor – stěžejní • Aktivní naslouchání • Práce se skupinou • Práce s komunitou • Práce s jednotlivci • Práce s rodinou • Poradenství – různé oblasti • Krizová intervence • Přehrávání rolí • Přístup orientován na úkoly

Zdroj: Vlastní výzkum

Další otázka v rozhovoru směřovala k vytvoření přehledu vlastní práce s pacienty od nástupu do léčby až po ukončení terapie. Všechny sociální pracovnice uvedly velmi podobné kroky své práce s pacientem. Paní Aneta v úvodu sdělila: „*Myslím, že sociální práce s touto specifickou cílovou skupinou je rozmanitá a svým způsobem typická na rozdíl od jiných klasických zdravotnických zařízení.*“ Paní Barbora a paní Dagmara ještě před vlastním přijetím do léčebny potencionálního pacienta kontaktuje, sdělí mu nástup léčby a poskytne mu základní potřebné

informace. Všechny pracovnice pak uvádí sepsání administrativního příjmu, získání sociální anamnézy a sestavení individuálního plánu sociální práce. Sociální anamnézu a plán sociální práce sociální pracovnice vytvářejí většinou až při překladu pacienta z detoxifikačního oddělení na psychoterapeutické, až když je pacient adaptovaný a cítí se fyzicky dobře. Paní Barbora navíc uvedla sepsání sociálního dotazníku s pevně stanovenými okruhy sociálních potíží. Paní Aneta s paní Dagmarou během léčby pomáhají pacientovi řešit potíže a dosahovat cílů dle sestaveného plánu sociální práce. Nejčastěji uvádí vyřízení sociálních dávek, osobních dokladů, hledání zaměstnání, bydlení, zajištění následné péče, řešení dluhové situace a trestné činnosti. Paní Dagmara dodala: „*Pacientovi vždy nabízím nejvhodnější možnosti řešení a vybízím ho k aktivnímu hledání vlastní vhodné alternativy.*“ Paní Aneta navíc dodala spolupráci s ubytovacími zařízeními a azylovými domy. Paní Dagmara s paní Barborou před ukončením léčby s pacientem zpracovávají hodnocení dosažených cílů. Paní Dagmara sdělila: „*V tomto hodnocení je popsán sociální stav pacienta včetně nejbližšího plánu následujícího po léčbě.*“

Tabulka 1d: Shrnutí dílčí otázky k 1. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Sociální práce s pacientem	
Aneta	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativní příjem • Sociální anamnéza • Individuální plán sociální práce • Individuální práce s pacientem • Sepsání a vyřízení žádostí • Sociálních dávek • Vyřízení dokladů • Spolupráce s úřady • Hledání zaměstnání a bydlení • Zajištění následné péče • Spolupráce policií, soudy a PMS • Spolupráce s azylovými domy a ubytovacími zařízeními
Barbora	<ul style="list-style-type: none"> • Objednání pacienta do léčby – doporučení • Informovanost před nástupem do léčby • Administrativní příjem • Sociální anamnéza • Sociální dotazník

	<ul style="list-style-type: none"> • Individuální plán sociální práce • Konzultace a hodnocení plnění plánu • Výstupní hodnocení
Dagmara	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt pacienta – sdělení termínu nástup • Administrativní příjem • Sociální anamnéza • Plán sociální práce • Cíle s konkrétními kroky • Vyřízení dokladů • Evidence na ÚP • Sociální dávky • Řešení dluhů a trestné činnosti • Zajištění bydlení, zaměstnání a doléčování • Nabídka možných vhodných řešení • Výstupní hodnocení • Nejbližší plán po léčbě

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda sociální pracovníce při práci s pacienty vnímají nějaké potíže, odpověděla paní Aneta a paní Barbora, že ne. Jen paní Dagmara zmínila: „Nemyslím si, že bych při své práci měla nějaké potíže. Možná jediné, co mě dokáže spíš naštvat, je naprostá pasivita a lhostejnost některých pacientů řešit své problémy a čekat, že za ně vše vyřešíme.“

Tabulka 1e: Shrnutí dílčí otázky k 1. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Potíže při práci s pacientem	
Aneta	<ul style="list-style-type: none"> • Bez potíží
Barbora	<ul style="list-style-type: none"> • Bez potíží
Dagmara	<ul style="list-style-type: none"> • Pasivita a lhostejnosti pacientů v řešení svých sociálních potíží

Zdroj: Vlastní výzkum

Další otázka směřovala, ke zjištění slabých stránek organizace týkající se poskytování sociální práce a pomoci. Ve všech případech bylo pracovníci vnímáno málo soukromí pro přímou práci s pacientem především z důvodu společného sdílení pracovní kanceláře. Paní Aneta vnímá rušení soukromí také neustálým procházením ostatního personálu jejich kanceláří. S pacienty pak těžko navazuje důvěrný vztah a pozoruje, jak pacienti přehrávají. K tomu ještě dodala: „Jak já, tak i pacienti jsme rušeni hlukem a hovory ostatních. Pak při konzultaci

vnímám, že pacienti sledují více okolí, poslouchají jejich rozhovory a těžko se soustředí.“ Na nesoustředěnost pacientů upozorňuje i paní Dagmara. Paní Barbora s paní Dagmarou postrádají více času na přímou práci s pacienty. Paní Barbora sděluje: „Úřední hodiny pro pacienty jsou každý den v časovém rozmezí 12,00 – 13,15 a občas je tento čas nedostačující. Nezbyvá nám pak než spolu s pacientem pohledat volný čas mezi jednotlivými programy. Což může být pro pacienta stresující.“ Paní Aneta i paní Dagmara však vnímají, že sociální práce je v léčebně velmi podporovaná a tyto malé nedostatky se jim daří operativně velmi dobře zvládat, aby byly co nejmenším rušivým elementem jejich práce.

Tabulka 1f: Shrnutí dílčí otázky k 1. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Slabé stránky Organizace	
Aneta	<ul style="list-style-type: none"> • Málo soukromí – sdílení kanceláře • Nesoustředění pacienti • Pacienti přehrávají • Obtížné navázání osobního kontaktu
Barbora	<ul style="list-style-type: none"> • Špatná komunikace mezi odděleními • Málo soukromí – sdílení kanceláře • Nedostačující čas pro práci s pacienty • Hledání prostoru pro sociální práci mezi programem
Dagmara	<ul style="list-style-type: none"> • Málo soukromí – sdílení kanceláře • Rušno a hluk – procházení členů týmu, pohovory ostatních sociálních pracovníků • Nesoustředění pacienti • Nedostačující čas pro práci s pacienty

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle předchozích odpovědí vplynuly i návrhy na změny a zlepšení prostředí pro práci s pacienty. Všechny sociální pracovníce by velmi uvítaly vlastní kancelář. Paní Barbora by uvítala kancelář technicky propojenou s administrativní pracovníci a paní Dagmarě by stačila možnost kanceláře alespoň pro přímou práci s pacientem. Paní Dagmara ještě uvádí: „Vítaným přínosem by byl i větší časový prostor pro přímou práci s pacientem.“

Tabulka 1g: Shrnutí dílčí otázky k 1. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Návrh na změny	
Aneta	<ul style="list-style-type: none">• Vlastní kancelář
Barbora	<ul style="list-style-type: none">• Vlastní kancelář propojená s administrativní pracovníci
Dagmara	<ul style="list-style-type: none">• Vlastní kancelář – alespoň pro individuální práci s pacientem• Větší časový prostor pro práci s pacientem

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí 1. Výzkumné otázky

Sociální pracovníce Psychiatrické léčebny nejčastěji pracují s hospitalizovanými pacienty a s jejich rodinami. Při své práci jsou v neustálém kontaktu s terapeutickým a ošetřujícím personálem, s kterým úzce spolupracují. Mimo léčebnu spolupracují převážně s pracovníky adiktologických služeb, sociálních služeb, s pracovníky psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení, s pracovníky PMS, NNO, s pracovníky státní správy, s referenty Úřadů práce, s policií ČR a se soudy. S pracovníky těchto institucí upřednostňují především telefonický, emailový a faxový kontakt. Mimořádně zprostředkovávají i osobní kontakt za přítomnosti pacienta.

Sociální pracovníce jsou nedílnou součástí komplexního týmu s rovnoprávným postavením. Být součástí týmu jim umožňuje pacienty v rámci psychoterapie motivovat k řešení sociálních problémů, dává jim možnost lépe hodnotit aktivitu a plnění stanovených cílů a umožňuje nahlížet na pacienta se sociálními potížemi v kontextu celého terapeutického procesu.

Nejčastěji používanými metodami a technikami sociální práce je především rozhovor, aktivní naslouchání, poradenství, krizová intervence, práce s rodinou, práce se skupinou a komunitou, přehrávání rolí a názorná instruktáž. Nejvyužívanějším přístupem je přístup orientovaný na úkoly.

Sociální práce s pacientem začíná již před samotným přijetím do léčebny. Před přijetím do léčebny je pacient kontaktován, je mu sdělen termín nástup léčby a poskytnutí důležitých informací. Při příchodu do léčby následuje sepsání administrativního příjmu. Při překladu z detoxifikačního oddělení na

psychoterapeutické se získává sociální anamnéza a sestavuje se individuálního plánu sociální práce. Sociální pracovníce pomáhají pacientovi řešit potíže a dosahovat cílů dle sestaveného plánu sociální práce během celé léčby. Před ukončením léčby se zpracovává výstupní hodnocení dosažených cílů, v kterém je popsán sociální stav pacienta včetně nejbližšího plánu následujícího po léčbě.

Sociální pracovníce při práci s pacienty nevnímají žádné potíže. Za zmínku stojí jen pocit naštvanosti vůči pasivitě a lhostejnosti některých pacientů řešit své problémy paní Dagmary.

Sociální pracovníce jsou s prostředím a podmínkami pro práci s pacienty ze strany organizace spokojeny. Vnímají zde sociální práci jako velmi podporovanou a zakotvenou do komplexního programu terapie. Avšak by jim práci usnadňovalo mít svou vlastní kancelář, neboť sdílení kanceláře všech sociálních pracovníců omezuje soukromí při přímé práci s pacienty. Jako přínos by uvítaly i větší časový prostor pro přímou práci s pacientem, neboť vnímají vymezený čas často jako nedostačující.

Výzkumná otázka 2: Jakou sociální pomoc pacienti nejčastěji využívají?

Tato výzkumná otázka zahrnuje informace, které vedou ke zmapování sociální pomoci, kterou pacienti nejčastěji při řešení sociálních důsledků své drogové kariery využívají. Dále zahrnuje informace o institucích a sociálních službách, s kterými jsou sociální pracovníce i pacienti v kontaktu a které také pacienti využívají. Výzkumná otázka byla operacionalizovaná do okruhu 4 otázek: **Jakou sociální pomoc pacienti nejčastěji vyhledávají? Spolupracujete s nějakými dalšími organizacemi, institucemi? Vnímáte nějaké slabé stránky při spolupráci s těmito institucemi? Jak vnímáte návaznost služeb v síti péče o pacienty?**

Otázka týkající se nejčastěji pacienty využívané sociální pomoci byla s menšími obměnami zodpovězena velmi podobně. Paní Barbora uvádí: „*Sociální pomoc, kterou pacienti vyhledávají je celkem rozmanitá a přeci pro tak*

specifickou skupinu typická a ve většině případů totožná.“ Všechny sociální pracovníce vnímají jako nejčastější důvod vyhledání jejich pomoci pomoc s vyřizováním sociálních dávek, osobních dokladů, řešení dluhové problematiky, pomoc s hledáním bydlení a zaměstnání a v neposlední řadě i pomoc s výběrem vhodného doléčování. K doléčování paní Barbora dodala: *„Ve většině případů se jedná o následnou péči formou terapeutických komunit či chráněného bydlení.*“ Paní Aneta a paní Barbora ještě zmínily pomoc při řešení rodinných potíží a důsledků trestné činnosti. K trestné činnosti paní Dagmara dodala: *„V této souvislosti pacienti celkem často vyhledávají i pomoc probačního pracovníka, který je k dispozici jednou za čtrnáct dní.*“ Paní Barbora a paní Dagmara mezi poskytovanou pomoc zmiňují i vyřizování pracovní neschopnosti a zařízení zasílání dávek pacientovi přímo do léčebny. Specifičtější pomocí bylo zmíněno i poradenství v péči o dítě a poradenství v rozvodové a po rozvodové oblasti paní Anetou, která více spolupracuje s pacientkami. Paní Dagmara se v této oblasti setkává s poradenstvím týkající se výživného na děti.

Tabulka 2a: Shrnutí dílčí otázky ke 2. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Poskytovaná pomoc	
Aneta	<ul style="list-style-type: none"> • Dluhové poradenství • Sociální dávky • Zprostředkování následné péče • Pomoc s bydlením • Vyřízení dokladů • Hledání zaměstnání • Práce s rodinou • Poradenství v péči o dítě • Rozvodové a porozvodové poradenství • Řešení důsledků trestné činnosti
Barbora	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální dávky • Pracovní neschopnost • Vyřízení dokladů • Dluhové poradenství • Práce s rodinou • Kontakt s PMS • Řešení důsledků trestné činnosti • Hledání zaměstnání • Pomoc s bydlením

	<ul style="list-style-type: none"> • Zprostředkování následné péče • Řešení výživného
Dagmara	<ul style="list-style-type: none"> • Vyřízení osobních dokladů • Sociální dávky • Evidence a kontakt s ÚP • Řešení pracovní neschopnosti • Dluhové poradenství • Kontakt s PMS • Hledání zaměstnání • Pomoc s bydlením • Zprostředkování následné péče (TK, služby následné péče)

Zdroj: Vlastní výzkum

Sociální pracovníce spolupracují s řadou institucí, neboť jak paní Aneta uvádí: *„Důsledky drogové kariéry obsahují široké rozpětí sociálních problémů.“* Nejčastějšími organizacemi a institucemi, na které se všechny sociální pracovníce obrací a úzce s nimi spolupracují, jsou především Úřady práce, adiktologické a sociální služby, zdravotnická zařízení, probačně mediační služba a nestátní neziskové organizace, ke kterým paní Aneta dodává: *„V poslední době jsme navázali úzkou spolupráci s neziskovými organizacemi v rámci spolupráce na projektech orientovaných na trh práce, vzdělání a rekvalifikace.“* Mezi sociální služby jsou nejčastěji uváděny terapeutické komunity, služby následné péče, azylové domy, domy na půli cesty a krizová centra. Paní Aneta a paní Dagmara významně spolupracují i se státní správou a se soudy všech stupňů. Paní Dagmara s Barborou doplňují častou spolupráci i s policií ČR. Paní Aneta dodává: *„Není výjimkou ani spolupráce se soukromými exekučními společnostmi a firmami vymáhající dluhy.“* Jediná paní Barbora zmínila spolupráci s vězeňskou službou. Všechny sociální pracovníce při práci s těmito institucemi upřednostňují telefonický, faxový a emailový kontakt. Pouze v případech hodného zřetele upřednostňují kontakt osobní. Paní Dagmara a Paní Barbora při práci s informacemi o pacientech dbají na dodržování práv pacienta a na informovaném souhlasu.

Tabulka 2b: Shrnutí dílčí otázky ke 2. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Spolupráce organizací a institucí	
Aneta	<ul style="list-style-type: none"> • Státní správa • Soudy všech stupňů • PMS • Úřad práce • Adiktologické a sociální služby • Služby následné péče • Zdravotnická zařízení (PL, ambulantní psychiatrii a psychologové) • Soukromé exekuční společnosti • Firmy vymáhající dluhy • NNO (projekty vzdělávání a rekvalifikace) • Písemná a telefonická komunikace • Osobní jednání v přítomnosti pacienta
Barbora	<ul style="list-style-type: none"> • Úřad práce (evidence nezaměstnaných, sociální podpora) • Policie ČR • Vězeňská služba • PMS • NNO • Adiktologické a sociální služby • Zdravotnická zařízení • Telefonický, faxový, osobní kontakt – v přítomnosti pacienta • Informovaný souhlas
Dagmara	<ul style="list-style-type: none"> • Úřad práce • Státní správa • Policie ČR • PMS • Soudy všech stupňů • Zdravotnická zařízení • Adiktologické a sociální služby • Pracovní agentury • NNO • Telefonický a faxový kontakt – nejjednodušší, nejrychlejší • Příprava pacienta na kontakt s organizacemi • Informovaný souhlas

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle odpovědí sociálních pracovníků je největší slabinou spolupráce s ostatními institucemi především flexibilita a nedodržování zákonem stanovených lhůt, zejména při vyřizování žádostí. Všechny sociální pracovníce mají zkušenost s neochotou úředníků a špatným přístupem k cílové skupině lidí závislých na

návykových látkách. Paní Dagmara dodává: „*Spolupráce tak bývá někdy i nepříjemná. S tím se však nesetkávám často.*“ Paní Aneta a paní Barbora vnímá nedostatečnou komunikaci a nepropojenost jednotlivých složek úřadů, což jim značně ztěžuje jejich práci. Naopak velmi dobrou spolupráci si pochvaluje paní Dagmara především se službami následné péče, což připisuje právě specifikaci těchto služeb pro cílovou skupinu závislých na návykových látkách.

Tabulka 2c: Shrnutí dílčí otázky ke 2. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Slabé stránky spolupráce s institucemi	
Aneta	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilita úřadů • Nedodržování stanovených lhůt • Špatná komunikace • Nepropojenost jednotlivých složek úřadů • Neochota a přístup úředníků
Barbora	<ul style="list-style-type: none"> • Neochota a přístup k člověku závislému na návykových látkách • Nedodržování stanovených lhůt • Špatná komunikace • Nepropojenost jednotlivých složek úřadů
Dagmara	<ul style="list-style-type: none"> • Nízká flexibilita úřadů • Nedodržování stanovených lhůt • Předsudky a slabá ochota pomoci drogově závislému • Nepříjemná atmosféra při komunikaci

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku týkající se fungování návaznosti služeb a péče pro pacienty závislé na návykových látkách odpověděly všechny sociální pracovnice velmi kladně. Domnívají se, že tyto služby fungují na velmi dobré úrovni s celorepublikovou spádovostí. Paní Aneta s paní Dagmarou si pochvalují, že pro každého pacienta lze nalézt vhodnou formu doléčovacího programu. Paní Barbora je téhož názoru, k čemuž ale dodává: „*Možná bych jen zmínila delší čekací doby na přijetí do služeb následné péče. Z toho důvodu se snažíme pacienty tlačit do hledání doléčování co nejdříve.*“ Paní Aneta si chválí pomoc neziskového sektoru, kdy vyzdvihuje bezplatné právní poradenství právních poraden, vzdělávacích projektů a projektů pomoci uplatnit se na trhu práce.

Tabulka 2d: Shrnutí dílčí otázky ke 2. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Návaznost služeb	
Aneta	<ul style="list-style-type: none">• Výborně fungující služby následné péče• Celorepubliková spádovost• Vždy zařízení vhodného doléčovacího program• Značná pomoc neziskového sektoru
Barbora	<ul style="list-style-type: none">• Výborně fungující služby následné péče• Delší čekací doba na nástup do služeb následné péče
Dagmara	<ul style="list-style-type: none">• Výborně fungující služby následné péče• Vždy zařízení vhodné formy a umístění pacienta do služeb• Nalezení vhodného umístění pacienta do sítě zdravotnických zařízení a ambulantních ordinací• Celorepubliková spádovost

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí 2. Výzkumné otázky

Sociální pomoc, kterou hospitalizovaní pacienti využívají je dle sociálních pracovníků velmi rozmanitá a zároveň specifická. Nejfrekventovanější sociální pomocí, kterou pacienti využívají je pomoc s vyřizováním sociálních dávek, vyřizování pracovní neschopnosti, osobních dokladů, řešení dluhové problematiky, pomoc s hledáním bydlení a zaměstnání, pomoc s výběrem vhodného doléčování, pomoc při řešení rodinných potíží, řešení důsledků trestné činnosti, poradenství v rozvodové a po rozvodové oblasti a poradenství v péči o dítě.

Při poskytování sociální pomoci ve výše zmíněných oblastech sociální pracovníci spolupracují s řadou institucí. Takovými institucemi jsou Úřady práce, adiktologické a sociální služby, zdravotnická zařízení, probačně mediační služba, nestátní neziskové organizace, státní správa, soudy, policie ČR, soukromé exekuční společnosti, firmy vymáhající dluhy a vězeňská služba. Při spolupráci s těmito institucemi pracovníci upřednostňují telefonický, faxový, emailový a minimální osobní kontakt. Během komunikace ve všech případech dbají na dodržování informovaného souhlasu.

Největším problémem komunikace a spolupráce s těmito institucemi je především nízká flexibilita úřadů, nedodržování zákonem stanovených lhůt a

nepropojenost jednotlivých složek úřadů. Při samotné komunikaci s pracovníky institucí sociální pracovnice pocítují neochotu úředníků a neprofesionální přístup.

V síti péče o pacienty fungují sociální služby na velmi dobré úrovni s celorepublikovou spádovostí. Pro každého pacienta se vždy nalezne vhodná forma péče a doléčovacího programu především ve službách následné péče. Jedinou slabinou v návaznosti na služby jsou delší čekací doby na přijetí pacienta.

Výsledky rozhovorů s pacienty hospitalizovanými v Psychiatrické léčebně Č Dvůr

Identifikační údaje

Tyto identifikační údaje se týkají respondentů z druhého výzkumného souboru. Jde o souhrnné údaje, které vykazují informace o výzkumném souboru. V tabulkách je uveden věk a typ závislosti respondenta.

Tabulka 3: Základní údaje o respondentech - pacientech

Respondent – pacient	Věk	Návyková látka
Adam	35	Nealkoholová návyková látka
Bedřich	30	Nealkoholová návyková látka
Adéla	23	Nealkoholová návyková látka
Blanka	55	Alkohol
David	36	Nealkoholová návyková látka
Filip	46	Alkohol
Dana	22	Nealkoholová návyková látka
Jan	57	Alkohol
Karel	43	Alkohol
Eva	29	Nealkoholová návyková látka
Hana	41	Alkohol
Jana	26	Alkohol

Z výše zpracovaných tabulek vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo celkem 6 mužů a 6 žen. Věk žen se pohyboval v rozmezí od 23 let do 55 let. U mužů se jednalo o věkové rozmezí mezi 30 a 57 lety. 3 ženy měly závislost na alkoholu a 3 na

nealkoholových látkách. Stejně tak tomu bylo i u mužů. V obou případech lze spatřit vyšší věk respondentů, kteří mají problémy se závislostí na alkoholu.

Výzkumná otázka 3: Jsou pacienti v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr o sociální pomoci informováni?

V této výzkumné otázce jsou zahrnuty informace, jež vedou k zjištění, jak jsou hospitalizovaní pacienti o sociální pomoci během léčby informováni. Výzkumná otázka byla operacionalizovaná do 3 otázek. **Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Byly Vám vždy poskytnuty srozumitelné informace? Jakým způsobem? Byla či je Vám poskytována sociální pomoc včas a dle potřeb?**

Na otázku nabídky sociální pomoci všichni respondenti odpověděli kladně. Všichni byli o sociální pomoci informováni a většina z nich byla informována na detoxifikačním oddělení. Karel a Hana byli prvně informováni již při příjmu do léčebny. Karel, Blanka, Eva a Filip se o sociální pomoci dověděli nejvíce v rámci psychoterapeutického sezení, kterými jsou motivační skupiny a ranní komunity detoxifikačního oddělení. Adam, Bedřich a Hana sdělili, že se o sociální pomoci dozvěděli od zdravotních sester a sanitáře téhož oddělení. Adéla navíc dodala, že pacientkám bývá možnost sociální pomoci často připomínána na komunitách psychoterapeutického oddělení. Bedřich, Karel a Dana zmiňují, že byli o sociální pomoci informováni sociální pracovníci při zpracování sociální anamnézy, kdy Dana uvádí: „*S paní sociální jsme dělali takový přehled toho, co by bylo dobrý během léčby tady vyřídit.*“ Bedřich navíc dostal informační materiály pro lepší orientaci. David sdělil, že informován byl, ale že: „*Zdejší sociální práci znám z minulé léčby*“. Jana uvedla: „*Úplně prvně jsem o sociální pomoci byla informována ještě před léčbou, když mě máma objednávala a mluvila se sociální pracovníci po telefonu.*“ Blanka dodala, že se o sociální pomoci dočetla také na internetu.

Tabulka 4a: Shrnutí dílčí otázky k 3. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Informovanost			
Adam	<ul style="list-style-type: none"> • Detoxifikační oddělení • Informace od sester a sanitáře • Dotazování sociální pracovníce na sociální potíže 	Dana	<ul style="list-style-type: none"> • Detoxifikační oddělení • Přejechod na psychoterapeutické oddělení • Vytvoření přehledu sociální situace se sociální pracovníci
Bedřich	<ul style="list-style-type: none"> • Detoxifikační oddělení • Informace od sester a sanitáře • Vytvoření přehledu sociální potíží se sociální pracovníci 	Jan	<ul style="list-style-type: none"> • Sezení detoxifikačního oddělení
Adéla	<ul style="list-style-type: none"> • Detoxifikační oddělení • Na komunitách psychoterapeutického oddělení 	Karel	<ul style="list-style-type: none"> • Příjem do léčby • Motivační skupina detoxifikačního oddělení • Vytvoření plánu se sociální pracovníci
Blanka	<ul style="list-style-type: none"> • Komunita detoxifikačního oddělení • Internet 	Eva	<ul style="list-style-type: none"> • Skupina detoxifikačního oddělení • Vytvoření přehledu sociální situace
David	<ul style="list-style-type: none"> • Detoxifikační oddělení • Znalost sociální pomoci z minulé léčby 	Hana	<ul style="list-style-type: none"> • Příjem do léčby • Detoxifikační oddělení • Informace od sester a sanitáře
Filip	<ul style="list-style-type: none"> • Den nástupu do léčby • Večerní skupina detoxifikačního oddělení 	Jana	<ul style="list-style-type: none"> • Detoxifikační oddělení • Několikrát během léčby • Před léčbou od matky po telefonátu se sociální pracovníci

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda respondentům byly poskytovány srozumitelné informace, odpověděli naprosto všichni, že ano a většinou bez problémů. Adam odpověděl: „*Když jsem něco třeba nepochopil, tak jsem se prostě zeptal.*“ Stejně tak Bedřich uvedl: „*Zrovna já jsem ten člověk, kterej hned všechno na poprvé nepochopí, a třeba se několikrát musím ptát. Dozvěděl jsem se vždy, co jsem chtěl.*“ Jan, Jana, Blanka a David dostali všechny potřebné informace přímo v kanceláři sociální

pracovnice. Blanka a Adam si chválili srozumitelné informace týkající se nabídky řešení sociálních potíží. Eva s Danou si zároveň chválili ochotu a trpělivost s jakou sociální pracovnice informace poskytují. Adéla zároveň chválila sociální pracovníci: „*Nikdy moc nepoužívá odborné výrazy, které se i běžně používají. I se po konzultaci zpětně ujistí, zda jsme si rozuměli.*“ Hana a Karel byli při poskytování sociální pomoci vybaveni seznamem důležitých informací a úkolů do další konzultace. Totéž dodává i Filip: „*Vždycky mi vše jednoduše vysvětlili a dohlídli na to, abych si vše co mám do další návštěvy splnit, napsal.*“ Hana a Adéla byly navíc vybaveny informačními materiály.

Tabulka 4b: Shrnutí dílčí otázky k 3. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Srozumitelnost informací			
Adam	<ul style="list-style-type: none"> Ano Srozumitelné informace pro řešení sociálních potíží Při nepochopení dotazování se sociální pracovnice 	Dana	<ul style="list-style-type: none"> Ano Ochota sociální pracovnice vše vysvětlit Trpělivé vysvětlení při vyplňování formulářů
Bedřich	<ul style="list-style-type: none"> Ano Potřebné a srozumitelné informace 	Jan	<ul style="list-style-type: none"> Ano, bez problémů Všechny informace poskytovány na pohovoru v kanceláři sociální pracovnice
Adéla	<ul style="list-style-type: none"> Ano, plné porozumění Sociální pracovnice nepoužívá odborné výrazů Zpětné ujištění na porozumění podaných informací Informační materiály 	Karel	<ul style="list-style-type: none"> Ano, bez problémů Seznam úkolů do další konzultace
Blanka	<ul style="list-style-type: none"> Ano, Porozumění bez problémů Srozumitelné nabízení možností řešení sociálních potíží Všechny informace poskytovány na pohovoru v kanceláři 	Eva	<ul style="list-style-type: none"> Ano, bez problémů Informace poskytovány s trpělivostí a ochotou

	sociální pracovnice		
David	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, bez problémů • Všechny informace poskytovány na pohovoru v kanceláři sociální pracovnice 	Hana	<ul style="list-style-type: none"> • Ano • Informační materiály • Seznam úkolů
Filip	<ul style="list-style-type: none"> • Ano • Vysvětlení a kontrola porozumění poskytnutým informacím • Kontrola zapsání důležitých informací 	Jana	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, bez problémů • Plné porozumění • Všechny informace poskytovány na pohovoru v kanceláři sociální pracovnice

Zdroj: Vlastní výzkum

Další otázkou byla nabídka možnosti navázat na další služby či péči. Kromě Blanky a Hany byli všichni respondenti o této možnosti informováni. Blanka dodává: „*Jsem tu teprve pár týdnů, ale po tuto dobu jsem o tom hodně vyslechla. Holky se o tom hodně baví.*“ Jana informována byla, avšak dodává: „*Jenže mě se na chránáky ani do komunity nechce. Po léčbě se normálně vrátím k našim.*“ Jan sdělil: „*Tady se celkově doporučuje se po léčbě doléčovat v nějakém dalším zařízení, protože střednědobá léčba je pouze základní kámen cesty k abstinenci, říkává náš doktor.*“ Sám se však rozhodl pro ambulantní doléčování formou terapeutických skupin a navštěvování AA, o kterých dostal informační brožuru. Nejčastějším typem následné péče bylo doporučeno chráněné bydlení a terapeutická komunita., kdy Evě a Daně byla doporučena komunita pro matky s dětmi. Dana uvedla: „*To je taková speciální komunita pro matky s dětmi, takže bych tam mohla být i s dítětem a bydlení bych měla na nějaký čas zajištěný.*“ Blanka, Karel a Eva byli navíc o možnosti dalších služeb informováni od ostatních pacientů. Adam byl těmito informacemi vybaven od svého terapeuta. Další informace stejně jako David získal z informačních materiálů, které dostal od sociální pracovnice. David sdělil: „*Prakticky jsem věděl, co chci a na sociálce jsem si vyzvedl nějaké informační brožurky, formuláře a žádosti.*“ Bedřich byl mimo jiné informován na delší čekací doby nástupu do doléčovacích služeb a

nutnost včasného zajišťování. Nicméně dodal: „*Nejdřív jsem myslel, že bych šel do komunity, ale vůbec nevím, jak to bude. Stejně asi půjdu sedět.*“

Tabulka 4c: Shrnutí dílčí otázky k 3. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Nabídka dalších služeb či péče			
Adam	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, v prvních týdnech • Informace od terapeutů • informační materiály 	Dana	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, TK pro matky s dětmi
Bedřich	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, nabídka chráněného bydlení a TK • Upozornění na delší čekací doby nástupu do služeb 	Jan	<ul style="list-style-type: none"> • Ano • Celkové doporučení následné péče • Ambulantní doléčování • Informace o AA
Adéla	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, hned v začátcích léčby • Chráněné bydlení a TK 	Karel	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, na počátku léčby • Informace od ostatních pacientů
Blanka	<ul style="list-style-type: none"> • Zatím ne, krátká léčba • Informace od ostatních pacientů 	Eva	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, TK pro matky s dětmi
David	<ul style="list-style-type: none"> • Ano • Informační materiály • Formulářů a žádostí 	Hana	<ul style="list-style-type: none"> • Zatím ne • Informace od ostatních pacientů
Filip	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, při sestavování plánu sociální pomoci 	Jana	<ul style="list-style-type: none"> • Ano, nabídnuta • Bez zájmu

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí 3. Výzkumné otázky

Z výzkumu vyplynulo, že pacienti hospitalizovaní v Psychiatrické léčebně Č. Dvůr jsou o možnostech sociální pomoci ve všech případech informováni a to především při příjmu a v začátku léčby na detoxifikačním oddělení. Tyto informace jsou pacientům poskytovány sociální pracovníci, sanitáři a zdravotními sestrami detoxifikačního oddělení.

Veškeré informace jsou pacientům podávány srozumitelně a většinou v kanceláři sociálních pracovníků, jejichž spolupráci a přístup si pacienti velmi cení. Pro lepší porozumění jsou pacientům poskytováni i informační materiály.

O možnostech návaznosti na další služby či péči jsou pacienti také dostatečně informováni a to většinou v prvních týdnech terapie. Jedná se zejména o služby

následné péče a terapeutické komunity, kdy jsou upozorňováni na včasné zařizování těchto služeb z důvodu delších čekacích dob nástupu do služby. Informace o možnostech doléčování pacienti získávají od sociálních pracovníků, terapeutů i ze zkušeností od ostatních pacientů. Pacientům jsou k dispozici informační materiály o sociálních službách a pomoc s vyřizováním žádostí je samozřejmostí.

Výzkumná otázka 4: Jsou pacienti se sociální pomocí spokojeni?

V této výzkumné otázce jsou zahrnuty informace, které zpřehledňují, jak jsou hospitalizovaní pacienti se sociální pomocí spokojeni. Výzkumná otázka byla operacionalizovaná do 5 otázek: **Jakou sociální pomoc jste doposud využil, či využíváte? Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle potřeb a včas? Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníky? Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádal? Pomohl Vám se sociálními potížemi někdo jiný než sociální pracovníci?**

Na první otázku týkající se využívání sociální pomoci odpověděla více než polovina respondentů, že nejčastěji využili pomoc s vyřízením sociálních dávek, z kterých byla nejčastěji uvedena dávka hmotné nouze. Polovina respondentů uvedla zapojení do rekvalifikačních kurzů a do kurzů rozvíjející sociální dovednosti, zprostředkované spolupracující neziskovou nestátní organizací, která s léčebnou úzce spolupracuje. Karlovi byla nabídnuta možnost kurzu a zmiňuje: „*Já mám totiž jen základku a teď navíc zápis v rejstříku a to se prý práce hledá těžko, tak uvidím a asi do toho půjdu.*“ Bedřich, Filip, Dana a Karel využili pomoc při řešení své dluhové situace, kterou řešili domluvou na splátkovém kalendáři či odložením splácení pohledávek po ukončení hospitalizace. Problémy s dluhy měla i Blanka, ale ta sdělila: „*Mám tedy i dluhy, ale s těmi mi pomohl syn, který je v exekutorské společnosti.*“ Adam, Filip, Karel a Jana se obrátili na sociální pracovníky z důvodu pomoci vyřízení osobních dokladů. 3 respondenti potřebovali pomoc vyřídit pracovní neschopnost z důvodu hospitalizace a zajistit tak zasílání podpory respondentům do léčebny. Adam a Karel využili možnost

konzultace s probačním pracovníkem, který do léčebny každých 14 dní dojíždí vždy ve stejný čas. Bedřich také dodává: *Potřeboval jsem řešit věci týkající se hrozícího soudu. Budu to mít nepodmíněně. Tak mi doporučili navštívit probačního pracovníka*“ David s Adélou využili pomoc s hledáním vhodného typu doléčování. Třetina respondentů využila pomoc v kontaktu s úřady, soudy a policií. To se týkalo i vyřizování formulářů či dokumentů s tím spojené. Další pomoc, kterou jednotliví respondenti uvedli, byla evidence na úřad práce, zařízení rodičovského příspěvku, zařízení rodinní terapie, poradenství v péči o dítě a kontakt s věřiteli. Hana mimo poradenství v péči o dítě využila i rozvodové poradenství a dodala: *„Se sociální pracovníci jsme domluveny, že mi pomůže vyřídit věci týkající se rozvodu. Chci se rozvést, můj manžel je tyran.“* Jana na otázku využívané sociální pomoci odpověděla: *„Hodně věcí mi vyřešila máma ještě před nástupem do léčby. Já tomu moc nerozumím, nikdy jsem se o takové věci nestarala.“*

Tabulka 5a: Shrnutí dílčí otázky k 4. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Využívaná sociální pomoc			
Adam	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální dávky • Osobní doklady • Kontakt s věřiteli • Spolupráce s úřady • Kurz PC a virtuální firmy • Kontakt s probačním pracovníkem 	Dana	<ul style="list-style-type: none"> • Rodičovský příspěvek • Řešení dluhů • Splátkový kalendář • Kontakt s policií a soudem • Rekvalifikační kurz
Bedřich	<ul style="list-style-type: none"> • Dávka hmotné nouze • PC kurz • Kontakt s probačním pracovníkem • Řešení dluhů • Splátkový kalendář 	Jan	<ul style="list-style-type: none"> • Vyřízení PN • Rodinné terapie
Adéla	<ul style="list-style-type: none"> • Hmotná nouze • Doléčování 	Karel	<ul style="list-style-type: none"> • Osobní doklady • Řešení dluhů • Splátkový kalendář • Kontakt se soudem a probačním pracovníkem • Rekvalifikační kurz

Blanka	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální dávky • Rekvalifikační kurz • Vyřízení dokumentů 	Eva	<ul style="list-style-type: none"> • Poradenství v péči o dítě • Sociální dávky • Dokumenty k soudu
David	<ul style="list-style-type: none"> • Vyřízení PN • Doléčování • PC kurz • kurz Trh práce 	Hana	<ul style="list-style-type: none"> • Vyřízení PN • Rozvodové poradenství • Poradenství v péči o dítě
Filip	<ul style="list-style-type: none"> • Osobní doklady • Evidence na ÚP • Hmotná nouze • Řešení dluhů • Kontakt se soudem 	Jana	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální dávky • Osobní doklady • Většina sociálních záležitostí před nástupem do léčby

Zdroj: Vlastní výzkum

Další otázka v rozhovoru zjišťovala, zda respondenti vnímali poskytování sociální pomoci dle jejich potřeb a včas. Všichni respondenti výzkumu odpověděli, že jim byla pomoc poskytnuta dle jejich potřeb a včas. Polovina z nich uvedla poskytnutí pomoci kdykoli bylo potřeba a vždy bylo vše bez problémů vyřízeno. Adéla, Dana i Jan sdělili, že v nepřítomnosti jejich sociální pracovnice ji zastoupila jiná z vedlejšího oddělení, čímž byla zabezpečena trvalá možnost sociální pomoci. K tomu Adéla dodává: „*Málokdy se stane, že sociální pracovnice našeho oddělení není a tím pádem i naše sociálka. V naléhavých případech ji pak zastoupí pracovnice jiného oddělení.*“ Adéla a Jan uvedli, že jim dostačovaly vymezené úřední hodiny sociálních pracovníků, neboť je vždy možné po domluvě přijít i mimo tyto určené hodiny. Třetina respondentů si chválí ochotu a přístup sociálních pracovníků a stejně tak oceňují jejich práci včetně snahy chtít vždy pomoci. K tomu Karel dodal: „*Myslím, že pani na sociálce pracují velmi dobře a nad moje původní očekávání. Až tady jsem se setkal s příjemným jednáním.*“ Třetina respondentů si myslí, že sociální pomoc je do komplexního programu dobře zařazená a provázaná s psychoterapií. Blanka navíc uvedla: „*Tady se problémům po sociální stránce hodně věnují. Máme i různé přednášky ze sociální oblasti, kde můžeme na závěr chrlit dotazy.*“ Filip sdělil, že při řešení svých problémů postupoval dle rad sociální pracovnice, k čemuž dodal: „*S tím časem je to horší se mnou. Já vše nechávám na poslední chvíli, takže se mi i párkrát stalo,*

že si mě sociální pracovnice nechala k sobě zavolat, protože jsem za ní zapomněl přijít a tak.“

Tabulka 5b: Shrnutí dílčí otázky k 4. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Pomoc dle potřeb			
Adam	<ul style="list-style-type: none"> Ano, pomoc byla poskytnuta, kdykoli bylo potřeba Dostačující úřední hodiny Po domluvě i mimo úřední hodiny 	Dana	<ul style="list-style-type: none"> Ano, téměř denní využívání sociální pomoci Zastoupení sociální pracovnice oddělení v případě její absence
Bedřich	<ul style="list-style-type: none"> Ano Pomoc byla poskytnuta, kdykoli bylo potřeba 	Jan	<ul style="list-style-type: none"> Ano Provázanost sociální pomoci s psychoterapií Dostačující úřední hodiny Po domluvě i mimo úřední hodiny Zastoupení sociální pracovnice oddělení v případě její absence
Adéla	<ul style="list-style-type: none"> Ano Zastoupení sociální pracovnice oddělení v případě její absence 	Karel	<ul style="list-style-type: none"> Ano, nad původní očekávání Ocenění snahy pomoci
Blanka	<ul style="list-style-type: none"> Ano Možnost dotazů na přednášce zaměřené na sociální pomoc Ocenění věnování se sociálním záležitostem 	Eva	<ul style="list-style-type: none"> Ano Ochota vyjít vstříc Vyřízení akutních potíží hned
David	<ul style="list-style-type: none"> Ano, potřebné vždy vyřízeno 	Hana	<ul style="list-style-type: none"> Ano, zatím menší využití sociální pomoci Ocenění práce
Filip	<ul style="list-style-type: none"> Bez problémů Vše nutné vždy vyřízeno Aktivní vybízení pacienta k práci na sociálních důsledcích Postupování dle rad sociální pracovnice 	Jana	<ul style="list-style-type: none"> Ano, vše v pořádku

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázku týkající se spokojenosti spolupráce se sociální pracovníci zodpověděli všichni respondenti kladně. Všichni jsou se spoluprací spokojeni a většinou bez výhrad. Karel uvedl: „*Až tady jsem se setkal a příjemným jednáním. Víte, ono se pak všechno líp řeší, když vidíte, že má snahu Vám někdo pomoci.*“ Polovina respondentů práci sociálních pracovníků chválila a cenila si jejich přístup. Dana navíc oceňovala jejich ochotu a trpělivost s jakou sociální pracovníci pomáhají. Většině respondentů se vždy dostalo pomoci. Adam mimo jiné srovnává přístup sociálních pracovníků zde s pracovníci v jiné léčebně: „*Když to srovnám s léčebnou v Jihlavě, kde jsem byl, tak tam to není tak dobře řešený jako tady. Tady je pomoc minimálně o 80 % lepší než tam.*“ Jan a Blanka si navíc cení začlenění sociální pomoci do celého programu, kdy Jan dodává: „*Sociální záležitosti se řeší současně s ostatními problémy. Sociální pracovníci celkem často chodí na naše komunitní setkání a společně s ostatními v týmu si utváří celkový přehled.*“ K tomu i Filip uvedl: „*Pracovníci mají skvělý přehled o všem, co jsem potřeboval vyřídit. Je vidět, že tu práci nějakou dobu dělají. Hned ví, kam a komu zavolat, co a kde vyhledat a tak.*“ Hana si v souvislosti s problémy v péči o děti chválila podporu, přijetí sociálních pracovníků a neodsuzující jednání. Eva navíc dodala: „*Líbí se mi, jak s humorem dokážou vynadat, když něco nedodržím a naopak taková ta podpora, že vše dopadne dobře, když člověk za něčím jde, je moc fajn.*“ Bedřich k této otázce řekl, že v řešení sociálních problémů je nutná nejvíce také jeho vlastní aktivita. Sám si uvědomuje, že za něho sociální pracovníci vše nevyřeší.

Tabulka 5c: Shrnutí dílčí otázky k 4. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Sociální pracovníci			
Adam	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost • Ocenění přístupu • Nejlepší ve srovnání s jinou léčebnou 	Dana	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost • Vždy se dostalo pomoci • Trpělivost a ochota sociálních pracovníků
Bedřich	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost • Vždy se dostalo pomoci 	Jan	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost • Dobře propracovaná sociální pomoc • Řešení sociálních

			problémů současně s psychoterapií <ul style="list-style-type: none"> • Přehled sociálních pracovníků o léčbě
Adéla	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost • Chybí pocit otravování • Ocenění všech sociálních pracovníků 	Karel	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost s přístupem • Vždy se dostalo pomoci • Chybí pocit odbytí
Blanka	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost • Nabídka pomoci nad rámec očekávání • Dobře propracovaná sociální pomoc 	Eva	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost • Ocenění sociální pracovníce • Komunikace s humorem • Velká podpora
David	<ul style="list-style-type: none"> • Skvělá spolupráce • Slušný pracovní přehled • Vždy se dostalo pomoci 	Hana	<ul style="list-style-type: none"> • Ocenění přístupu • Překvapivé přijetí a ochota
Filip	<ul style="list-style-type: none"> • Bez výhrad • Skvělý pracovní přehled 	Jana	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost • Vždy se dostalo pomoci

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku týkající se postrádání nějaké sociální pomoci či vnímání nějakých nedostatků v poskytování sociální pomoci odpověděla víc než polovina respondentů, že nic nepostrádali a že se jim vždy dostalo pomoci, kterou potřebovali. Doposud se u nich nenaskytl žádný problém, a tudíž jsou bez výhrad. Filip navíc sociální pomoc velmi oceňuje. Blanka sdělila: „*Věděla jsem předem, jaké jsou tu možnosti a víceméně, co jsem tu vyřídila, bylo vždy bez problémů.*“ David s Hanou spatřili slabší stránku pomoci v momentálním chybění jedné sociální pracovníce, která odešla na rodičovskou dovolenou. Hana k tomu uvedla: „*Možná by se tu uživila ještě jedna sociální pracovníce. Jsou tu dvě a oddělení i s detoxifikačním oddělením čtyři. Musí tu být hodně vytížené, když si vezmu, že máme všichni hromadu podobných a ještě horších problémů.*“ V souvislosti s chyběním jedné sociální pracovníce David vnímá delší čekací dobu na pohovor se sociální pracovnící. K tomu dodává: „*Je třeba, aby teď kluci víc plánovali a nenechávali si nic na poslední chvíli. Občas se stane, že je sociálka ten den kdy potřebují, nevezme.*“ Bedřich nebyl spokojen s pomocí probačního pracovníka.

Vůbec mu nepomohl a na respondenta působil neochotně. Jan by ocenil větší soukromí při pohovoru se sociální pracovnící: „*V kanceláři jsou většinou tři sociální pracovníce, a když si každá pozve pacienta, je to znát. Také tam často prochází personál. Mají tam takovou administrativní centrálu.*“ Karel vnímal horší spolupráci s úřady, přičemž ale dodal, že to není chybou sociální pracovníce: „*Pani na sociálce, když telefonuje někam na úřad, tak se občas naštvě. Vše jim dlouho trvá a o ochotě není řeč.*“

Tabulka 5d: Shrnutí dílčí otázky k 4. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Slabé stránky sociální pomoci			
Adam	<ul style="list-style-type: none"> • Ne, vždy se dostalo pomoci 	Dana	<ul style="list-style-type: none"> • Bez nutnosti změny
Bedřich	<ul style="list-style-type: none"> • V pořádku • Neochota probačního pracovníka 	Jan	<ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost • Menší soukromí (pohyb personálu)
Adéla	<ul style="list-style-type: none"> • Pomoc s jakýmkoli problémem • Spokojenost 	Karel	<ul style="list-style-type: none"> • Špatná spolupráce s úřady
Blanka	<ul style="list-style-type: none"> • Vědomí možností sociální pomoci 	Eva	<ul style="list-style-type: none"> • Doposud bez výhrad
David	<ul style="list-style-type: none"> • Delší čekací doba na pohovor • Chybí 1 sociální pracovníce 	Hana	<ul style="list-style-type: none"> • Dobré fungování • Chybí 1 sociální pracovníce • Ruch v kanceláři
Filip	<ul style="list-style-type: none"> • Nic nechybí • Ocenění sociálních pracovníc 	Jana	<ul style="list-style-type: none"> • Nebyl žádný problém

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku zda respondentům pomohl v sociální oblasti i někdo jiný než sociální pracovníce, odpověděli téměř všichni, že zdravotní sestry. Zejména Adam a Hana si chválili pomoc zdravotních sester z důvodu nepřítomnosti sociální pracovníce 24 hodin. Adam k tomu dodal: „*Tak sociální pracovníce tu nejsou 24 hodin, takže když jsem něco potřeboval, šel jsem za sestřičkami, které mi poradily co udělat do doby než tu sociální pracovníce budou, a někdy jsme to vyřešili i bez sociální pracovníce.*“ Dana se přidala svým tvrzením, že někdy zvládne se sestrami vše

vyřídít a za sociální pracovníci pak chodit nemusí. Polovina respondentů uvedla, že jim v sociální oblasti často pomůže i jejich terapeut a jedna třetina uvádí i pomoc lékařky. David zmínil i psychologa, který mu velmi pomohl: „*Ten mi pomáhal hlavně ve výběru vhodné formy doléčování. Je to skvělej psycholog i jako člověk.*“ Bedřich s Filipem tvrdí, že jim pomohl každý, na koho se obrátili. Filipovi navíc pomohli i ostatní pacienti na oddělení. Jediná Jana na tuto otázku uvedla: „*Nikoho jsem na nic nepotřebovala, všechno jsem vyřídila u sociální pracovnice.*“

Tabulka 5e: Shrnutí dílčí otázky k 4. výzkumné otázce (přehled odpovědí)

Jiné osoby poskytující sociální pomoc			
Adam	<ul style="list-style-type: none"> • Sestry • Lékař • Nepřítomnost sociální pracovnice 24 h 	Dana	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeuti • Sestry • Někdy není nutná pomoc od sociální pracovnice
Bedřich	<ul style="list-style-type: none"> • Na požádání každý • Sestry • Terapeut 	Jan	<ul style="list-style-type: none"> • Lékařka
Adéla	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutka • Sestry 	Karel	<ul style="list-style-type: none"> • Sestry • Lékařka • Zkušenosti a umí poradit
Blanka	<ul style="list-style-type: none"> • Syn 	Eva	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutka • Sestry • Pochopení, podpora
David	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeut • Klinický psycholog – volba následné péče 	Hana	<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutka • Sestry • Po dobu absence sociální pracovnice
Filip	<ul style="list-style-type: none"> • Na požádání každý • Sestry – zkušenosti • Ostatní pacienti • Někdy není nutná pomoc od sociální pracovnice 	Jana	<ul style="list-style-type: none"> • Nikdo nebyl potřeba

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí 4. Výzkumné otázky

Pacienti nejčastěji využívají sociální pomoc při vyřizování sociálních dávek, pracovní neschopnosti a nových osobních dokladů. Mezi další využívanou pomoc patří poradenství týkající se dluhové problematiky, které je pacientům poskytováno sociální pracovníci a probačně mediačním pracovníkem. Na probačního pracovníka se pacienti obrací z důvodu řešení důsledků trestné činnosti páchané během své drogové kariéry. Mezi využívanou sociální pomoc pacienti zařazují i zprostředkování kontaktu s úřady, soudy, s policií ČR a s věřiteli. Pacienti se v hojně většině účastní i rekvalifikačních kurzů a kurzů rozvíjejících sociální dovednosti. V poslední řadě se na sociální pracovnice obrací ohledně poradenství v péči o dítě a v souvislosti s rodinnou terapií.

Veškerá tato sociální pomoc, kterou pacienti využívají je poskytována dle jejich individuálních potřeb, bez problémů a včas. Z výzkumu vyplynulo, že je pomoc poskytována kdykoli je potřeba i v případě kapacitního omezení ze strany sociálních pracovníků. V těchto omezujících případech je situace vždy operativně řešena. V souvislosti s poskytováním sociální pomoci si pacienti velmi chválí přístup a jednání sociálních pracovníků, stejně jako provázanost sociální práce do komplexního psychoterapeutického programu.

Pacienti jsou s pomocí poskytovanou sociálními pracovníky velmi spokojeni. Většina si chválila a cenila příjemné jednání, ochotu a trpělivost s jakou sociální pracovnice pomáhají. Stejně tak neodsuzující přijetí pacienta se všemi jeho někdy choulostivými problémy. Pacienti vnímají poskytování pomoci vysoce profesionálně s kvalitním přehledem ve všech směrech pomoci.

Pacienti v sociální pomoci nic zásadního nepostrádají a doposud se nevyskytl žádný problém, který by v této souvislosti potřebovali řešit. Ač jsou pacienti se sociální pomocí a spoluprací sociálních pracovníků spokojeni a nic zásadního nepostrádají, přeci jen vnímají i stinné stránky, kterými je především delší čekací doba na pohovor se sociální pracovníci z důvodů absence jedné sociální pracovnice. Vnímají nutnost vše včas řešit, nic neodkládat a více plánovat. Jako další stinnou stránku vnímají rušné prostředí v kanceláři sociálních pracovníků a

s tím spojené menší soukromí při osobní konzultaci. V ojedinělém případě byla zaznamenána nespokojenost s probačním pracovníkem.

Mimo sociální pracovnice je pacientům poskytována sociální pomoc také zdravotními sestrami oddělení, terapeutky a lékaři. Často se objevila i vzájemná pomoc pacientů a ojediněle i pomoc klinického psychologa.

5. Diskuze

Sociální práce je nezbytným nástrojem řešení různorodých problémů uživatelů návykových látek. Je důležitým nástrojem, který pomůže závislého jedince opět začlenit do běžného života. Proto je sociální práce součástí spektra odborných intervencí v každém komplexu služeb pro tuto specifickou cílovou skupinu (MPSV, 2005).

Sociální práce zaměřená na klientelu závislých na návykových látkách je tak součástí programů sociálních služeb, ale i zdravotnických zařízení, kde je však do programu komplexní léčby dle typu péče modifikovaně začleněna. Ve zdravotnických zařízeních se o sociální práci hovoří spíše v souvislosti s hospitalizací v klasických nemocničních zařízeních. Z tohoto důvodu jsem si vybrala zaměření mé diplomové práce, jejíž téma zní „Využívané metody sociální práce u pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.“ Tato psychiatrická léčebna je zařízení pro léčbu závislosti na návykových látkách, kde terapie probíhá v komplexním a vysoce strukturovaném programu, který obsahuje rozmanité prvky terapie včetně sociální práce.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit jaké metody a techniky sociální pracovníci Psychiatrické léčebny Červený Dvůr při své práci nejčastěji využívají. Dílčími cíli bylo zjistit, jakou sociální pomoc hospitalizovaní pacienti nejčastěji využívají, zda jsou o možnostech sociální pomoci informováni a v neposlední řadě, zda jsou se sociální pomocí v léčebně spokojeni.

Pro nalezení odpovědí a dosažení výše výzkumných cílů byl proveden kvalitativní výzkum za použití metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly provedeny se dvěma výzkumnými soubory, kdy první soubor tvořily sociální pracovníci (3 sociální pracovníci) výše zmíněného zařízení a druhý soubor tvořili aktuálně hospitalizovaní pacienti (12 pacientů) v téhož zařízení. Pro rozhovor byl stanoven pevný a stejný okruh otázek pro všechny respondenty dle výzkumného souboru.

Diskuze k výsledkům rozhovorů se sociálními pracovníci

Kvalitní sociální práce a její intervence je nutné realizovat ve všech službách a zařízeních zdravotní péče zaměřené na uživatele návykových látek, neboť výzkumy dokazují, že kvalitní sociální práce zvyšuje efektivitu těchto služeb a péče o 80 % (MPSV, 2005). Myslím, že sociální práce je při řešení celkové situace jedince závislého na návykových látkách skutečně nezbytná a to především k tomu, aby měl jedinec po absolvování léčby vyřešeny veškeré sociální potíže, které by mohly jeho sociální fungování a zároveň abstinenci ohrozit. Z výsledků výzkumu vyplývá, že sociální práce má v komplexním programu terapie své pevné místo, podporované vedením léčebny i terapeutickými týmy všech oddělení. Sociální práce je realizována již od přijetí pacienta do léčby a provází ho během celého léčebného programu. Při sociální práci jde především o sociální, právní a pracovní poradenství vedoucí k posílení těch schopností, které povedou k řešení sociálních problémů, k sociálnímu začlenění pacienta a k samostatnému fungování pacienta ve společnosti.

Při řešení problému a důsledků závislosti jsou sociální pracovníci v kontaktu s širokým okruhem lidí. Všechny sociální pracovníci při své práci přichází nejčastěji do kontaktu s pacienty a s terapeutickým týmem personálu, který je složen z řady různorodých profesí. V oboru zdravotnictví potřebuje být sociální pracovník respektován všemi profesionály daného oboru, s kterými spolupracuje. Je třeba, aby dbal na vytváření kvalitních vztahů a zajistil si tak v týmu svou pozici (Kuzníková, 2011). S tímto tvrzením výzkum koresponduje, neboť všechny sociální pracovníci vnímají respekt a podporu jejich profese a to zejména ze strany spolupracujícího personálu. Domnívám se, že vzájemná spolupráce všech členů personálu je nezbytná pro transparentní přístup k informacím a získání tak těch nejdůležitějších od všech členů týmu z různých úseků terapie.

Sociální pracovníci při řešení důsledků závislosti spolupracují také s rodinami pacientů, což vidí i Chrenková (2011) jako velmi přínosné a uvádí, že sociální práce s rodinou má ve zdravotnictví širokou možnost uplatnění. Rodina je zároveň zdrojem objektivních informací o celkové situaci klienta z jejich úhlu pohledu.

Cílem spolupráce s rodinou je narovnat původní vztahy s rodinou a umožnit klientovi navrátit se do původního rodinného prostředí. Dvořák (2003) se domnívá, že je velmi užitečné, aby rodina pacienta byla schopna alespoň na nejnnutnější potřebovanou dobu pacientovi podporou a bezpečným socializačním prostředím. Sama se domnívám, že spolupráce s rodinou pacienta je velmi efektivní, neboť rodiče i ostatní členové rodiny velmi často nechápou závislost na návykových látkách jako komplexní problém a většinou ani nemají relevantní, ale spíš skreslené informace.

Dalšími pracovníky, se kterými přichází sociální pracovnice do kontaktu, jsou především pracovníci sociálních, adiktologických a zdravotnických služeb, pracovníci státní správy, probačně mediační služby a nestátních neziskových organizací. Frekventovanou spoluprací spatřují i s policií ČR. Spolupráce s těmito pracovníky se shoduje i s Kuzníkovou (2011), která jmenuje pracovníky různých úřadů, úřadů práce, sociálního zabezpečení, PČR, soudy, lékaře ambulancí, a pracovníky poskytující služby sociální prevence a péče.

Sociální pracovnice má v daném zařízení své nezastupitelné místo a je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu. Kuzníková (2011) uvádí, že míra spolupráce a zapojení se do terapie se odvíjí od postupů práce a vymezené náplně práce daného zařízení. Aktivní zapojování do komplexního programu terapie si sociální pracovnice velmi chválí, neboť jim to dává možnost hledět na pacienta ze všech stran a mohou tak lépe pochopit jeho chování a postoje. Pro sociální pracovnice je tak zároveň snazší odhadnout pacientovo schopnosti a možnosti při řešení sociálních důsledků a stanovování plánů sociální práce. Jelikož jsem sama součástí tohoto multidisciplinárního týmu, tak i já vnímám sociální pracovníci jako rovnocenného partnera a jsou mi přínosem její cenné informace o pacientovi z jejího úhlu pohledu.

Při realizaci sociální práce mají sociální pracovnice možnost využít několik druhů metod a technik sociální práce, které povedou ke splnění nastavených cílů a pomohou tak řešit sociální situaci pacienta. Z výzkumu vyplývá, že sociální pracovnice při své práci nejčastěji využívají metody práce s jednotlivcem, rodinou

a se skupinou. Kalina (2003a) při práci s rodinou uvádí jako důležité ujasnit si, jak členové rodiny problém pacienta vnímají a jak by mohli při řešení problémů pomoci. Havránková (2003) vidí skupinovou práci jako nezastupitelnou součást sociální práce. Může poskytnout možnosti, které individuální práce poskytnout nemusí. Toto tvrzení potvrdili i odpovědi sociálních pracovníků. I já se domnívám, že práce se skupinou je ve většině případů velmi efektivní, neboť se taková spolupráce velmi osvědčuje i v klasické terapeutické práci se skupinou. Další metodou, kterou sociální pracovníci využívají, je metoda práce s komunitou. Dle Kinkora (2003) jde o metodu, která vyvolává změnu především vlivem společenství a umožňuje získávat podporu a pomoc v každodenním životě.

Nejčastější technikou používanou při práci s pacienty je zejména rozhovor a aktivní naslouchání. Rozhovor je vnímán jako sociální intervence jak motivovat pacienta a jak odhalit příčinu nezájmu či neschopnost problémy řešit. Dle Matouška (2003a) je cílem rozhovoru formulovat, co pacient chce, co potřebuje a co je schopen přijmout. Během rozhovoru by měl sociální pracovník aktivně naslouchat a pacientovi tak poskytnout množství zpětných vazeb. Základní činností sociálních pracovníků je zejména sociální poradenství, které uplatňují v každodenní práci s pacienty. Jde o poradenství týkající se různých oblastí. Nejčastějšími tématy je finanční zajištění, bydlení, zaměstnání a studium, trestná činnost, ztráta dokladů a vztahy s rodinou. Toto tvrzení se shoduje s Brožou (2003a) dle kterého je poradenství sociální intervencí, která je jednou z nejčastěji užívaných činností u uživatelů návykových látek a to především u těch méně motivovaných. Ve zdravotnickém zařízení vidí poradenskou činnost i Kuzníková (2011) jako stěžejní spolu s psychosociální podporou.

Všechny sociální pracovníci se nejvíce přiklání k přístupu orientovanému na úkoly. Tento přístup doporučuje i Navrátil (2003), který tvrdí, že tento přístup klade důraz na potřeby pacienta a na pochopení jeho situace. Při tomto přístupu se pracovník moc nezajímá o historii pacienta a o příčiny potíží, které jsou v historii obsaženy.

Sociální práce s pacienty má předem stanovený postup, který všechny sociální pracovnice vyjma malých obměn dodržují. Etapy sociální práce vychází právě z výše zmíněného úkolově orientovaného přístupu, které sociální pracovnice uvedly jako nejefektivnější. Realizace tohoto přístupu má několik po sobě následujících kroků, které Navrátil (2003) definuje jako přípravu, vyjasnění potíží, dohodu se stanovenými cíli, volbu a realizace intervencí a úkolů a v poslední řadě zakončení a zhodnocení dosažených cílů. Tyto etapy jsou shodné s popisem postupu práce s pacientem, které sociální pracovnice při rozhovoru uvedly.

Vlastní sociální práce s pacienty začíná již před přijetím pacienta do léčby, kdy sociální pracovnice kontaktují zájemce o léčbu a poskytnou mu základní informace. Poskytnutí informací ještě před nástupem do léčby doporučují i Matoušek, Mullerová a Vondrášková (2005) a tvrdí, že poskytnutí informací o léčebném zařízení, kam se klient rozhoduje nastoupit, by mělo být názorné, přesné a sdělované srozumitelně. Při příjmu pak s pacientem sepiší administrativní příjem a odešlou pacienta na detoxifikační oddělení. Po stabilizaci pacienta je dalším krokem sociální práce sociální diagnostika za pomoci sebrání sociální anamnézy, sestavení plánů se sociálními intervencemi a cílů sociální práce. K těmto krokům sociálním pracovnícím slouží jako podklad sociální dotazník. Během léčby s pacienty postupně hodnotí dosažené cíle. Při ukončení léčby pak sociální pracovnice zpracovávají výstupní hodnocení s nejbližším plánem do budoucna po ukončení terapie. Tyto postupy sociální práce se shodují s postupy, které uvádí Kuzníková (2011). Ta tvrdí, že náplň práce sociálního pracovníka vychází ze získání sociální anamnézy. Dle získaných informací pak sociální pracovník s pacientem vybírá možnosti k řešení pacientovo potíží. Sociální práce je v konečné fázi zakončena hodnocením a získáním zpětné vazby.

Pacient, který nastoupí do léčby, si sebou přináší řadu důsledků své závislosti, která má ruinující dopad na zdraví člověka, na sociální kontext, na mezilidské vztahy a společenské role. Kalina (2003) vnímá sociální práci jako důležitý prvek pro stabilizaci sociálních podmínek pacienta a udržení abstinence po ukončení vlastní léčby. Proto vidí jako nejčastější sociální pomoc podporu v zajištění

bydlení, finančního zabezpečení, opatření dokladů, řešení dluhů, podporu v hledání zaměstnání či dokončení studia a v neposlední řadě i řešení důsledků trestné činnosti. Tyto okruhy nejčastější pomoci byly potvrzeny i mým výzkumem. Sociální pracovníce uvedly téměř totožné okruhy sociální pomoci, kterou hospitalizovaným pacientům během léčby poskytují. Mimo výše zmíněnou pomoc uvedly sociální pracovníce pomoc s hledáním vhodné formy doléčování. Nejčastějším typem doléčování, které pacienti vyhledávají, jsou sociální služby následné péče a terapeutické komunity. Sociální pracovníce pacientům pomáhají v kontaktu s těmito službami a s podáním a vyplněním žádosti k přijetí do služeb. Naplánování plánu následné péče a pokračování léčby v sociálních službách či dalších zařízeních vidí Dvořáček (2003) jako důležitý prvek sociální práce a terapie v poslední fázi ústavní léčby. Dle mého názoru je pokračování terapie v programech následné péče po ústavní léčbě efektivní, neboť i ve své praxi vnímám, že pacienti po absolvování těchto programů jsou schopni markantně déle abstinentně a fungovat tak v běžné společnosti. Další využívanou pomocí je podpora a pomoc při řešení rozvodové, porozvodové problematiky a s tím související problematikou v péči o dítě. Nejčastěji jde o svěření dítěte do péče během hospitalizace pacienta/pacientky někomu z nejbližších příbuzných, či umístění dítěte do ústavu výchovné péče a v neposlední řadě i řešení neplacení vyživovacích povinností rodičů. Dle výzkumu jsou velmi využívanou pomocí pro zlepšování sociálních a pracovních dovedností a schopností rozvojové a rekvalifikační kurzy, které léčebna realizuje za pomoci spolupráce s NNO. V léčebně jsou realizovány PC kurzy, rekvalifikační kurzy v kuchyni, kurzy bilanční diagnostiky, kurzy virtuální firmy, kurzy asertivity, vystupování a zlepšování vlastní image.

Vzhledem k tomuto širokému okruhu problému tak sociální pracovníce i pacienti spolupracují s širokou škálou zařízení a institucí. Toto zjištění souhlasí i s tvrzením Matouška, Mullerové a Vondráškové (2005) kteří uvádí, že s uživateli návykových látek spolupracují profesionální řady pomáhajících profesí a řady státních a nestátních institucí. Z výzkumu je patrné, že sociální pracovníce

nejčastěji spolupracují s adiktologickými a sociálními službami. Návaznost na síť adiktologických a sociálních služeb vnímají sociální pracovníce jako velmi dobrou. Vždy lze najít vhodnou formu doléčování. Dle sociálních pracovníc je však patrná delší čekací doba na nástup do těchto služeb. S názory sociálních pracovníc na včasné přijetí do následné péče korespondují i údaje MPSV (2005) dle kterého je zajištění služeb následné péče nedostatečné. V České republice převyšuje kapacita programů střednědobé a dlouhodobé léčby a v následné péči tak dochází v k nedostatku volných míst pro umístění klientů absolvujících právě programy dlouhodobé péče. V praxi je tento deficit improvizace řešen realizací následné péče a doléčování v ambulancích zdravotnických zařízení a dalších typech nezdravotnických zařízení. Z výzkumu však vyplývá, že spolupráce s těmito službami je na velmi dobré úrovni s celorepublikovou spádovostí a přímá komunikace s pacienty je ze zkušeností empatická, chápavá a profesionální. Další nejčastější spolupráce bývá s ostatními zdravotnickými zařízeními a s institucemi státní správy. Velmi úzká spolupráce funguje i s policií ČR, probačně mediační službou a s nestátními neziskovými organizacemi.

Při spolupráci s těmito institucemi je největším problémem komunikace, flexibilita, nepropojenost jednotlivých složek úřadů a nedodržování zákonem stanovených lhůt. Sociální pracovníce vnímají i neochotu a špatný přístup k cílové skupině závislých na návykových látkách.

Při samotné práci nevnímají sociální pracovníce ze strany hospitalizovaných pacientů žádné potíže. Jednou sociální pracovnící byla uvedena pouze lhostejnost a pasivita některých pacientů v přístupu k řešení svých potíží.

Ze strany organizace vnímají sociální pracovníce nedostatek soukromí především při přímé práci s pacienty z důvodu sdílení kanceláře všech sociálních pracovníc a menší časový prostor pro tuto práci.

Všechny sociální pracovníce by uvítaly svou vlastní kancelář, nebo vymezenou a vybavenou kancelář alespoň pro individuální konzultace s pacienty. Bylo by tak dosaženo větší soustředěnosti pacienta při konzultaci a navázání důvěrnějšího vztahu. Matoušek (2003a) tvrdí, že navázání důvěrného vztahu

sociální pracovníka a klienta je základem dobré spolupráce. Sociální pracovnice by též uvítaly větší časový prostor pro realizaci sociální práce, aby nebylo nutné operativně hledat volný časový prostor v tak vysoce strukturovaném programu a pacienti by byli méně stresováni časovou tísní při řešení palčivých sociálních potíží.

Diskuze k výsledkům rozhovorů s hospitalizovanými pacienty

Dle rozhovorů s pacienty hospitalizovanými v léčebně jsou pacienti o možnostech sociální práce informováni již při přijetí do terapeutického procesu počínajícího detoxifikačním oddělení. Tato informace se shoduje s výsledky rozhovorů se sociálními pracovníci. Jeden z respondentů však byl o sociální práci informován ještě před samotným nástupem do léčby. Tato informace koresponduje s tvrzením Matouška, Mullerové a Vondráškové (2005) kteří se domnívají, že poradenství ještě před nástupem pacienta do léčby podporuje motivaci a větší odhodlání do léčby nastoupit. O možnostech a limitech sociální pomoci jsou pacienti dále informováni na sezeních detoxifikačního oddělení a to zejména sloužícími sestrami a sanitáři, které jsou v oblasti sociální práce základně erudováni. Během léčby na detoxifikačním oddělení se řeší jen ty sociální potíže, které by nesnesli odkladu, a mohlo by dojít k jejich prohloubení. S tímto tvrzením se ztotožňuje i Dvořáček (2003a), který uvádí, že intervence sociální práce se na detoxifikačním oddělení realizují ojediněle a v nejnaléhavějších případech. V prvních dnech a bezprostředně po nástupu do terapie mohou mít pacienti adaptační potíže včetně dalších somatických komplikací a je nutné s těmito limity počítat a řešit pouze nedokladné záležitosti, což doporučuje i Matoušek, Mullerová a Vondrášková (2005). Vlastní sociální pomoc začínají pacienti využívat až při překladi z detoxifikačního oddělení na standardní psychoterapeutické oddělení, kdy se sociální pracovníci vytváří přehled všech sociálních potíží, které by chtěli a měli během terapie řešit.

Informace o možnostech sociální pomoci jsou pacientům nepřetržitě poskytovány během celé léčby několika možnými způsoby. Většina pacientů se

shoduje na tom, že jsou jim informace současně s pomocí poskytovány především na individuálních konzultacích se sociálními pracovníci a na celokomunitních sezeních jednotlivých oddělení, kde se často prolíná řešení psychických potíží se sociálními. Dle výzkumu jsou pacientům poskytovány informace formou informačních prospektů a přednášek týkajících se sociálních oblastí. Na těchto přednáškách mohou formou workshopu diskutovat se sociální pracovníci i s ostatními pacienty o možnostech, zkušenostech a úspěších řešení sociálních potíží. Dvořáček (2003) sděluje, že takovéto pravidelné přednášky a samostudium s následným přezkoušením umožňuje budovat náhled, získat nové informace a dovednosti, upevnit stávající a rehabilitovat kognitivní funkce.

Dle výzkumu jsou pacienti kvalitně a dostatečně informováni i o možnostech doléčování ve službách následné péče. Doléčování začínají zpravidla řešit v druhé fázi léčby, kdy se připravují na blízkou budoucnost nastávající po ukončení léčby. Matoušek, Mullerová a Vondrášková (2005) se domnívají, že bezprostřední návaznost následné péče po absolvování střednědobé léčby zvyšuje její účinnost a umožňuje tak klientovi udržet si důslednou a trvalou abstinenci. Nejfrekventovanější formou doléčování, kam zpravidla pacienti nastupují, jsou služby následné péče a terapeutické komunity, což koresponduje s informacemi získanými z rozhovorů se sociálními pracovníci. Konečným cílem sociální práce v těchto službách je především sociální začlenění do podmínek běžného života, kde se klade důraz na potřeby společnosti a potřeby klienta, který by měl po absolvování následné péče žít plnohodnotný a spokojený život (MPSV, 2005).

Výsledky rozhovorů s pacienty týkajících se využívané pomoci se shodují s výsledky rozhovorů se sociálními pracovníci. Z výsledků vyplynulo, že pacienti nejčastěji využívají sociální pomoc při zařizování osobních dokladů, poradenství v dluhové problematice, pomoc při řešení důsledků trestné činnosti, pomoc v kontaktu s řadou institucí, poradenství v péči o dítě a podporu při práci s rodinou. Tyto okruhy problémů zmiňuje ve svém příspěvku i Dvořák (2003). Pacienti ve velké míře využívají nabídky různě zaměřených rekvalifikačních a rozvojových kurzů, které jsou v léčebně při spolupráci s NNO celkem nově

realizovány. Spolupráce s nestátními neziskovými organizacemi je v dnešní době dle MPSV (2005) nezastupitelná.

Dle výzkumu je pacientům výše zmíněná pomoc poskytována dle individuálních a aktuálních potřeb a včas i v situaci personálního omezení sociálních pracovníků. Pacienti jsou se sociální pomocí poskytované v léčebně velmi spokojeni a velmi oceňují ochotu, komunikaci a přístup sociálních pracovníků včetně jejich odborných znalostí a orientací v mnoha směrech. Dle výzkumu se pacienti při komunikaci a jednání se sociálními pracovníky cítí jako plnohodnotné bytosti, s kterými je jednáno bez předsudků a odsuzování, s čím se běžně doposud nesetkali. Ve výzkumu došlo i ke srovnání sociální pomoci zde s jinou léčebnou, kdy je vnímaná sociální pomoc zde o mnoho lepší. Ač jsou pacienti výrazně spokojeni, vnímají i stinné stránky, kterými je delší čekací doba na pohovor se sociálními pracovníky a málo soukromí při individuálních pohovorech. Tento jev se vyskytl i při rozhovorech se sociálními pracovníky. V neposlední řadě z výzkumu vyplynulo, že sociální pomoc je pacientům poskytována i ostatními členy týmu a to především zdravotními sestrami, lékaři, terapeuty a v některých případech i samotnými pacienty navzájem.

Dle výzkumu je sociální práce nedílnou součástí strukturované léčby stejně tak jako profese sociálního pracovníka, který je terapeutickým týmem respektován a do procesu efektivně zapojen. Sociální pracovník při realizaci sociální práce používá řadu metod a technik, které vedou k řešení široké škály sociálních potíží pacienta dle jeho individuálních možností a potřeb za pomoci spolupráce řady institucí a zařízení. O sociální pomoci jsou pacienti velmi dobře informováni již od přijetí do léčebny a je jim poskytována během celého léčebného procesu. Se sociální pomocí jsou pacienti spokojeni a připisují jí velmi dobrou úroveň.

Na základě výzkumu byly stanoveny hypotézy:

H1: Sociální pracovníce v Psychiatrické léčebně Č. Dvůr nejčastěji využívají metodu individuální práce s pacientem.

H2: Pacienti Psychiatrické léčebny Červený Dvůr nejčastěji využívají sociální, právní a pracovní poradenství.

6. Závěr

Ve své diplomové práci jsem se věnovala problematice sociální práce, realizované v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Tato Psychiatrická se specializuje na terapii závislosti na návykových látkách. Sociální práce je součástí komplexního terapeutického programu a řeší sociální důsledky závislosti hospitalizovaných pacientů získaných během jejich drogové kariéry. Výzkumy dokazují efektivitu aplikace sociální práce do střednědobé léčby, neboť zvyšuje udržení dosažených změn a v souvislosti s tím i udržení abstinence po co nejdelší dobu.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat především metody a techniky sociální práce, které sociální pracovnice Psychiatrické léčebny Červený Dvůr při své práci s pacienty používají. Práce dále zjišťovala, jakým způsobem sociální pracovnice s pacientem během celé léčby pracují a jakou pomoc pacienti nejčastěji využívají. Práce se věnovala i informovanosti pacientů o sociální pomoci, celkové spokojenosti pacientů se sociální pomocí a přístupem sociálních pracovníků.

K dosažení vytyčených cílů bylo použito kvalitativního výzkumu za pomoci techniky polostrukturovaného rozhovoru a metody dotazování. Do výzkumu byly zapojeny dva výzkumné soubory, kdy jeden soubor tvořily všechny sociální pracovnice a druhý soubor aktuálně hospitalizovaní pacienti. Se soubory byly provedeny rozhovory dle předem připravených okruhů otázek.

Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že sociální pracovnice při své práci nejvíce uplatňují metody individuální práce s pacientem, metody práce s rodinou, skupinou a komunitou. Jako nejefektivnější se jeví individuální rozhovor, aktivní naslouchání, poradenství, krizová intervence a názorná instruktáž.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že hospitalizovaní pacienti nejčastěji využívají pomoc s vyřizováním sociálních dávek, osobních dokladů, pomoc při řešení dluhové problematiky, pomoc s hledáním bydlení a zaměstnání, pomoc při řešení rodinných potíží a důsledků trestné činnosti a v neposlední řadě i pomoc s výběrem vhodného doléčovacího programu.

Dle výzkumu jsou pacienti o možnostech sociální pomoci velmi dobře informováni již od počátku léčby. Tato informovanost probíhá během celého léčebného procesu a podílí se na ní celý terapeutický tým, neboť se sociální práce dotýká i jiných terapeutických intervencí, které jsou součástí strukturovaného programu.

Ze závěru práce vyplynulo, že pacienti jsou s poskytováním sociální pomoci velmi spokojeni a to v mnoha směrech. Jde především o přístup a ochotu sociálních pracovníků v banálních, ale i v obtížných situacích pomoci a to bez pocitu nějakého obtěžování či předsudků.

Z výše uvedených poznatků výzkumu lze usoudit, že sociální práce je v léčebně realizovaná na velmi dobré úrovni vysoce kvalifikovaným a motivovaným personálem. Sociální práce je do programu efektně zakomponována a využívána, avšak se vyskytuje několik málo momentů zjištěných výzkumem, které by mohly sociální práci ještě více zefektivnit. Uváděná absence jedné sociální pracovníce z důvodu rodičovské dovolené, která byla vnímána především hospitalizovanými pacienty, byla během výzkumu vyřešena přijetím nové sociální pracovníce. Dalším momentem, který byl zmíněn sociálními pracovníci i pacienty, bylo omezené soukromí při osobních konzultacích z důvodu sdílení kanceláře všemi sociálními pracovníci. K dosažení většího soukromí by bylo vhodné, aby měla každá sociální pracovníce svou vlastní kancelář, nebo alespoň jednu uzpůsobenou a vybavenou místnost, kterou by mohly sociální pracovníce využívat, alespoň pro individuální konzultace. Domnívám se, že toto bude v nejbližší době možné, neboť vedení léčebny do příštích let plánuje rekonstrukce dalších prostor, kde by se jistě našel prostor pro zřízení takové místnosti. Další limit, který byl vnímán oběma soubory, je nedostatek času pro individuální konzultace. Pro individuální konzultace je pacientům vymezen stanovený čas, který nedostačuje a je nutné operativně hledat místo mezi naplněným programem pacienta a časem sociální pracovníce mezi jejími dalšími činnostmi. Myslím, že tuto situaci by mohla zlepšit přítomnost sociální pracovníce alespoň některé dny i v odpoledních hodinách či o některých víkendech, kdy pacientům skončí povinný

program. Odpoledne a o víkendech mají pacienti více volného času, který kolikrát dle vlastních zkušeností nezvládnou sami efektivně vyplnit. Proto se domnívám, že by byl tento prostor pro možnost sociální práce vhodný.

Myslím, že tato práce přinesla přehledné informace o sociální práci, která je v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr realizována. I mě přinesla praktické zkušenosti a hlubší pohled na sociální práci, na kterou teď pohlížím z trochu jiného pohledu. Práce bude předána i panu řediteli a zároveň primáři léčebny, který povolil uskutečnění výzkumného šetření. Výsledky výzkumu by mohly posloužit k zvyšování podvědomí celého terapeutického týmu o sociální práci, který o ní může mít různé představy. Stejně tak ostatním pomáhajícím profesím, které se specifickou cílovou skupinou závislých na návykových látkách zabývají. V organizaci by výsledky mohly posloužit k realizaci opatření, která by vedla k zefektivnění sociální práce a ještě větší spokojenosti pacientů se sociální pomocí.

7. Klíčová slova

Sociální práce

Sociální pracovník

Sociální služby

Psychiatrická léčebna

Závislost

8. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMEČEK, David, RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ Martina a Kamil, KALINA. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 201-203. ISBN 80-86734-05-6.
2. BAYER, David. Farmakoterapie závislosti a psychopatologických komplikací a komorbidit. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 19-24. ISBN 80-86734-05-6.
3. BEDER, Joan. *Hospital Social Work The Interface of Medicine and caring*. USA. New York: Tylo and Francis group, 2006. 196s. ISBN 978-0415950671.
4. BÉM, Pavel. Složky systému péče v ČR. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 155-158. ISBN 80-86734-05-6.
5. BLÁHA, Arnošt. *Ethika jako věda*. Brno: Atlantis, 1991. 104s. ISBN 80-7108-023-3.
6. BROŽA, Jiří. Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 269-275. ISBN 80-86734-05-6.
7. DRAGANOVÁ, Helena a kol. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osvěta, 2006. 196s. ISBN 978-80-8063-240-3.
8. DVOŘÁČEK, Jiří. Střednědobá léčba. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 195-200. ISBN 80-86734-05-6.
9. DVOŘÁČEK, Jiří. Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový*

- přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003a. s. 304-309. ISBN 80-86734-05-6.
10. DVOŘÁK, Dušan. Sociální rehabilitace. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 63-69. ISBN 80-86734-05-6.
 11. *Etický kodex sociálních pracovníků České Republiky*. Praha: Společnost sociálních pracovníků, 1995.
 12. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie – Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, 2009. 224s. ISBN 978-80-247-2781-3.
 13. FROUZOVÁ, Magdalena. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a vývoje závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 124-129. ISBN 80-86734-05-6.
 14. GOJOVÁ, Vendula. Komunitní práce. In: KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 87-96. ISBN 978-80-247-3676-1.
 15. GOSSOB, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 104s. ISBN. 978-80-87041-81-9.
 16. HAJNÝ, Martin. Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.
 17. HAJNÝ, Martin. Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržování závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 41-51. ISBN 978-80-247-1411-0.

18. HAMPL, Karel. Lékařská ambulantní péče o závislé. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 172-178. ISBN 80-86734-05-6.
19. HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Slon, 1997. 222s. ISBN 80-85- 850-45-1.
20. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, 2011. 136s. ISBN 978-80-247-3849-9.
21. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce*. 1. Vyd. Praha: Osmium. 1999. 167s. ISBN 80-902081-8-5.
22. HAVRÁNKOVÁ, Olga. Skupinová práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 153-168. ISBN 80-7178-548-2.
23. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
24. HRDINA, Petr a Blanka KORČIŠKOVÁ. Terénní programy. In: : KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 159-164. ISBN 80-86734-05-6.
25. HROZENSKÁ, Martina. *Sociální práce so staršími ludmi a jej teoretik-praktické východiská..* Martin: Osvěta, 2008. 182s. ISBN 978-80-8063-282-3.
26. CHRENKOVÁ, Monika. Sociální práce s rodinami. In: KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 72-80. ISBN 978-80-247-3676-1.
27. JANÍKOVÁ, Barbara. Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách, In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 99-108. ISBN 978-80-247-1411-0.

28. JEŘÁBEK, Petr. Psychopatologie závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 53-70. ISBN 978-80-247-1411-0.
29. KALINA, Kamil. Denní stacionáře. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 179-189. ISBN 80-86734-05-6.
30. KALINA, Kamil. Rodinná terapie a práce s rodinou. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003a. s. 45-52. ISBN 80-86734-05-6.
31. KALINA, Kamil, *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing, 2008. 400s. ISBN 978-80-247-2449-2.
32. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing. 2013. 528s. ISBN 978-80-247-4361-5.
33. KALINA, Kamil a Michal MIOVSKÝ. Psychoterapie v léčbě závislosti. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 159-180. ISBN 978-80-247-1411-0.
34. KINKOR, Milan. Komunitní práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 253-259. ISBN 80-7178-548-2.
35. KOOYMAN, Martien. Terapeutická komunita pro závislé. In: *Terapeutické komunity pro závislé 1. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna o. p. s, 2004. s. 11-129. ISBN 80-7106-876-4.
36. KUDA, Aleš. Sociální rehabilitace a následná péče. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 215-222. ISBN 978-80-247-1411-0.
37. KUDRLE, Stanislav. Psychopatologie závislosti a codependence. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový*

- přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 107-113. ISBN 80-86734-05-6.
38. KUDRLE, Stanislav. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. Vyd. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003a. s. 91-94. ISBN 80-86734-05-6.
39. KUDRLE, Stanislav. Bio-Psycho-Sociálně-Spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 17-22. ISBN 978-80-247-1411-0.
40. KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. In: KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 13-23. ISBN 978-80-247-3676-1.
41. LEVICKÁ, Jana. *Metody sociální práce*. Bratislava: VeV s.r.o, 2002. 121s. ISBN 80-89074-38-3.
42. LIBRA, Jiří. Nízkoprahová kontaktní centra. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 165-171. ISBN 80-86734-05-6.
43. MAKOVSKÁ – DOLANSKÁ, Pavla. Sociální práce. In: *Terapeutické komunity pro drogově závislé 2. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna o. p. s. 2007. s. 153-159. ISBN 978-80-7106-937-9.
44. MAŠÁT, Vladimír. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*. Středoluky: Susa, 2012. 160s. ISBN 978-80-86057-80-4.
45. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 288s. ISBN 80-7178-549-0.
46. MATOUŠEK, Oldřich. Úvod: Cíle a úrovně sociální práce. In: MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003a. s. 11-16. ISBN 80-7178-548-2.

47. MATOUŠEK, O., P. KODÝMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 351s. ISBN 80-7367-002-X.
48. MATOUŠEK, Oldřich a Kristýna KOLDINSKÁ. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 184s. ISBN 978-80-7367-310-9.
49. MIOVSKÝ, Michal a Ivana BARTOŠÍKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 25-29. ISBN 80-86734-05-6.
50. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. 332s. ISBN 80-247-1362-4.
51. MPSV. *Následná péče v protidrogové prevenci*. [online]. 2005 [citace 2014-15-03]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/1071> >
52. MULLEROVÁ, P., O. MATOUŠEK a A. VONDRÁŠKOVÁ. Sociální práce s uživateli drog. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. s. 211-226. ISBN 80-7367-002-X.
53. NAVRÁTIL, Pavel. Vybrané teorie sociální práce. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. s. 183-222. ISBN 80-7178-473-7.
54. NAVRÁTIL, Pavel. Sociální práce. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 70-76. ISBN 80-86734-05-6.
55. NEČASOVÁ, Mirka. Profesionální etika. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 21-49. ISBN 80-7178-548-2.
56. NEŠPOR, Karel. Detoxifikační jednotky. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. s. 190-194. ISBN 80-86734-05-6.

57. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 4. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. 176s. ISBN 978-80-7367-908-8.
58. NEVŠÍMAL, Petr. Skupinová terapie. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé 2. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj / Magdaléna o. p. s., 2007. s. 155-203. ISBN 978-80-7106-937-9.
59. POPEK, Petr. Výkon sociální práce ve zdravotnickém zařízení. In: *Proměny klienta služeb sociální práce – Social Work Client Metamorphose: sborník z konference*. Hradec Králové: Gaudeamus, Universita Hradec Králové, 2006. s. 159-166. ISBN 80-7041-716-1.
60. POPOV, Petr. Programy metadonové a jiné substituce. In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
61. POPOV, Petr. Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 221-227. ISBN 978-80-247-1411-0.
62. PRAŠKO, Ján a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Kroměříž: Triton, 2007. 1063s. ISBN 978-80-7254-865.
63. PRESL, Jiří. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě? 2.* přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88s. ISBN 80-85800-25-X.
64. *PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR*, 2013. [online]. [citace 2013-11-07] Dostupné z: <http://cervenydvor.cz/?page_id=5>.
65. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. 192s. ISBN 978-80-247-3006-6.
66. REITER., Tomáš. *Hodnocení nemocnic, kvalita očima pacientů 2011*. [online]. 2012. [citace 2013-11-07]. Dostupné z: < http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/files/KOP_PRO_2011_Psych_lecebny_PUBLIC%282%29.pdf>.

67. RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, Martina. Systém péče a jeho složky. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 369-384. ISBN 978-80-247-1411-0.
68. RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, Martina, KALINA Kamil a David ADAMEČEK. Terapeutická komunita a její aplikace. In: KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 199-210. ISBN 978-80-247-1411-0.
69. ROTGERS, Fredericks a kol. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing, 1999. 206s. ISBN 80-7169-836-9.
70. ŘEHAN, Vladimír. *Závislost na alkoholu a jiných drogách – psychologický přístup*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1994. 77s. ISBN 80-7067-359-1.
71. SHEAFOR, Bradford, HOREJSI Charles and Gloria HOREJSI. *Techniques and Guidelines for Social Work Practise*. Boston: Allyn and Bacon, 2000. ISBN 0-205-29555-X.
72. SMUTEK, Martin. *Model řešení problému v sociální práci – systémový pohled*. Hradec Králové: Gaudeamus, Universita Hradec Králové, 2006. 91s. ISBN 80-7041-596-7.
73. SMUTKOVÁ, Lucie a Martin SMUTEK. Problematika moci v pomáhajících profesích a balancování vztahu s klientem. In: *Proměny klienta služeb sociální práce – Social Work Client Metamorphoses: sborník z konference*. Hradec Králové: Gaudeamus, Universita Hradec Králové, 2006. s. 466-476. ISBN 80-7041-716-1.
74. SKÁLA, Jaroslav a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987. 206s.
75. SOLHEIM, Karen, McELMURRY Beverly and Mi KIM. Multidisciplinary teamwork in US primary health care. *Social science and medicine*. 2007, č. 3, roč. 65, s. 622-634. ISSN 0277-9536.
76. TOMEŠ, Igor. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Socioklub, 2001. 262s. ISBN 80-86484-00-9.

77. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. 2. aktual. vyd. Praha: Slon, 2007. 128s. ISBN 978-80-86429-3-6.
78. VÁCHA, Pavel. Potřeby specifických služeb v oblasti prevence závislostí. In: *Proměny klienta služeb sociální práce – Social Work Client Metamorphoses: sborník z konferencie*. Hradec Králové: Gaudeamus, Universita Hradec Králové, 2006. s. 64-68. ISBN 80-7041-716-1.
79. VURM, Vladimír a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. 126s. ISBN 978-80-7254-997-9.
80. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České Republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České Republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.
81. YALOM, Irwin. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999. 704s. ISBN 80-86088-05-7.
82. ZASTROW, Charles. *The Practise of Social Work*. Brooks. Cole Publishing Co, Pacific Grove, CA, 1995. 558s. ISBN 978-0-495-59970-8.
83. ZITA, Josef. Univerzalizace – specializace jako součást profesionální identity povolání sociální pracovník. In: *Možnosti sociální práce na počátku 21. Století*. Univerzita Hradec Králové: Katedra sociální práce a sociální politiky, 2005. s. 79-93. ISBN 80-86771-10-5.
84. ŽILOVÁ, Anna. *Úvod do teorie sociální práce: Nauka o sociální práci*. Budin: Mentor, 2005. 130s. ISBN 80-968932-1-1.
85. *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče*, v platném znění
86. *Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, v platném znění
87. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, v platném znění.
88. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování*, v platném znění

9. Přílohy

Otázky k rozhovorům – sociální pracovníce

Sociální pracovníce - Aneta

S kým při své práci nejčastěji přicházíte do styku?

„Nejčastěji pracuji s pacienty hospitalizovanými v léčebně, s ošetřujícím a terapeutickým personálem, pracovníky neziskových organizací a policií ČR. Dále spolupracuji se sociálními pracovníky státní správy, zdravotnických zařízení, sociálních a adiktologických služeb, dále se soudy a referenty Úřadů práce. Většinou se jedná o písemný, telefonický, emailový a faxový kontakt. Velmi zřídka dochází i k osobnímu kontaktu se zmíněnými pracovníky. Ale to už musí jít o opravdu komplikovanou situaci, kterou nelze řešit jinak. V neposlední řadě pak spolupracuji i s rodinami pacientů“

Jak vypadá Vaše spolupráce v multidisciplinárním týmu?

„Tady má sociální pracovník rovnoprávné postavení v multidisciplinárním týmu a je součástí terapeutického týmu. Stejně tak samotná sociální práce je zde velmi podporovaná a má zde svou pevnou základnu. Zapojení do týmu umožňuje motivovat pacienty k řešení sociálních problémů v rámci psychoterapie, možnost hodnotit jeho aktivitu a plnění zadaných úkolů během léčby dle nastaveného individuálního plánu sociální práce. Zapojení do komplexního týmu vnímám jako velmi pozitivní. Lze tak na pacienta nahlédnout v celé šíři a leckdy tak porozumět jeho postojům a chování “

Jakou pomoc pacienti nejčastěji vyhledávají?

„Pacienti zde nejčastěji řeší dluhovou problematiku, dávky hmotné nouze, zařizují si následnou péči, zajišťují si bydlení po léčbě, vyřizují nové osobní doklady, hledají zaměstnání a snaží se narovnat vztahy s rodinou. S tím také souvisí řešení zaopatřování a výchova dětí. Dále zde řeší rozvodovou a porozvodovou problematiku. Opravdu nejčastěji zde řešíme důsledky trestné činnosti. Pomoc, kterou pacienti vyhledávají, se odvíjí od škály problémů, které mají, od rodinného

zázemí a od důsledků drogové kariéry. Stejně tak se využívána sociální pomoc odvíjí od délky hospitalizace a plánování nejbližší budoucnosti“

Jakým způsobem s pacienty pracujete? Jak probíhá spolupráce od počátku do konce léčby?

„Myslím, že sociální práce s touto specifickou cílovou skupinou je rozmanitá a svým způsobem typická na rozdíl od jiných klasických zdravotnických zařízení. Samotná sociální práce má několik etap. Při nástupu pacienta do léčebny sepisujeme administrativního příjmu a při přechodu z detoxifikačního oddělení na režimové oddělení s pacientem zjišťujeme sociální anamnézu. Z té pak zpracováváme a nastavujeme individuální plán sociální práce. Nejčastěji jde o individuální práci s pacientem během léčby dle plánu sociální práce. S pacientem pak vyřizujeme žádosti o dávky hmotné nouze, spolupracujeme s Úřady práce, vyřizujeme osobní doklady, pomáháme hledat zaměstnání, spolupracujeme s Policií ČR, soudy a PMS ČR, dále zajišťujeme optimální následnou péči a bydlení, pomáháme sepisovat žádosti do terapeutických komunit, chráněných bydlení, spolupracujeme též s azylovými domy a ubytovacími zařízeními pro lidi v nouzi.,,

Jaké metody a techniky při své práci nejvíce používáte? Přístup?

„Při své práci využívám nejčastěji rozhovor, který je bych řekla nejpoužívanější a nejefektivnější, dále aktivní naslouchání, poradenství, krizovou intervenci, přehrávání rolí a názornou instruktáž. Nejčastěji volím přístup orientovaný na úkoly.“

Existuje něco, co Vám při práci s pacienty dělá potíže?

„Není nic, co by mi při práci s pacienty dělalo potíže.“

Vnímáte ze strany organizace nějaké slabé stránky?

„Ze strany zaměstnavatele žádné slabé stránky k výkonu své profese nepociťuji, naopak, sociální práce v PL má velkou podporu primáře. Vnímá ji jako velkou pomoc a přínos pro pacienty. Jediný problém, který vnímám, je málo soukromí pro individuální práci s pacienty. Sdílím kancelář s administrativní pracovníci a dalšími sociálními pracovníci, což přináší vzájemné rušení a malou možnost

získání soukromí pro individuální práci. Pacienti občas vnímají ruch a dění ve společné kanceláři, těžko se soustředí, přehrávají a hůře se navazuje osobní kontakt.“

Uvítala byste při své práci nějaké změny? Jaké?

„Velkou pozitivní změnou by byla vlastní kancelář.“

Spolupracujete s nějakými dalšími institucemi? S jakými?

„Ano, spolupracuji s mnoha dalšími institucemi, neboť důsledky drogové kariéry pacientů obsahují široké rozpětí sociálních problémů. Nejčastěji se obracím na Státní správu a to především na obecní úřady, městské úřady, magistráty, matriky, a sociální odbory a OSPOD. Dále spolupracuji se soudy všech stupňů, s civilním, opatrovnickým, trestní a exekucním oddělením, s probačně mediační službou a policií. Spolupracuji úzce s úřady práce, s kterými řeším zprostředkování zaměstnání, evidenci uchazečů o zaměstnání, dávky hmotné nouze, a státní sociální podporu. Dále úzce spolupracuji se sociálními službami, adiktologickými službami, se službami následné péče, kterými jsou především terapeutické komunity, chráněná bydlení, ambulantní doléčovací služby, azylové domy, domy na půl cesty a krizová centra. Mezi další instituce, s kterými spolupracuji, jsou nemocnice, psychiatrická oddělení, praktičtí lékaři, ambulantní psychiatři a psychologové. Není výjimkou ani spolupráce se soukromými exekucními společnostmi a firmami vymáhající dluhy. V poslední době jsme navázali úzkou spolupráci s neziskovými organizacemi v rámci spolupráce v projektech orientovaných na trh práce, vzdělávání, rekvalifikace a dluhovou problematiku.“

Jak taková spolupráce vypadá?

„Spolupráce probíhá převážně písemnou nebo telefonickou cestou, někdy jednáme osobně za přítomnosti pacienta.“

Vnímáte nějaké slabé stránky při spolupráci s těmito institucemi?

„Při řešení úkolů, které jsou vázány na správní legislativu, je slabou stránkou malá pružnost úřadů, nedodržování zákonem stanovených lhůt, vzájemná nekomunikativnost a nepropojenost jednotlivých složek úřadů a institucí. Vnímám

i neochotu úředníků, občas jejich neznalost zákona a není výjimkou špatný přístup k závislým osobám.“

Jak vnímáte návaznost služeb v síti péče o pacienty?

„Řekla bych, že sociální služby fungují na dobré úrovni s celorepublikovou spádovostí. Tím myslím především terapeutické komunity a chráněná bydlení, kam naši pacienti nejčastěji odcházejí. Pro každého pacienta se daří zajišťovat i vhodný doléčovací ambulantní program. Pomoc poskytuje i neziskový sektor a to formou bezplatného poradenství, právních poraden, vzdělávacích projektů a projektů pomoci uplatnění se na trhu práce.“

Sociální pracovnice - Barbora

S kým při své práci přicházíte do styku?

„Při své práci přicházím nejčastěji do styku s našimi hospitalizovanými pacienty, s jejich rodinami a s členy ošetrovatelského a terapeutického týmu. V širším pojetí spolupracuji s dalšími institucemi, kterými jsou převážně Úřady práce, okresní zprávy zabezpečení, sociální služby a se sociálními pracovníky jiných zdravotnických zařízení. Těmi jsou většinou psychiatrické léčebny či psychiatrická oddělení při nemocnicích. Úzce spolupracujeme i s probačně mediační službou, která je nám dispozici tři hodiny každé dva týdny.“

Jak vypadá Vaše spolupráce v multidisciplinárním týmu?

„Jako sociální pracovník jsem nedílnou součástí terapeutického, potažmo multidisciplinárního týmu. Jako člen týmu se podílím na motivaci pacientů při řešení sociálních záležitostí, hodnotím jejich aktivitu a kontroluji plnění úkolů a vytyčených cílů v průběhu léčby, které byly sestaveny na základě individuálního plánu sociální práce. Myslím, že zapojení se do týmové terapie a možnost účastnit se jakékoli části programu umožňuje nahlížet na pacienta se sociálními potížemi v kontextu celého terapeutického procesu“

Jakou pomoc pacienti nejčastěji vyhledávají?

„Sociální pomoc, kterou pacienti vyhledávají je celkem rozmanitá a přeci pro tak specifickou skupinu typická a ve většině téměř totožná. Což lze zde dobře využít

kupříkladu při skupinové práci s pacienty, kdy se pacienti dokážou navzájem podpořit, poradit si a hlavně si uvědomit, že jejich potíže nejsou nic ojedinělého. V první řadě se téměř všichni zajímají o dávky hmotné nouze a o dávky v pracovní neschopnosti. Na počátku léčby si pak pacienti vyřizují nové doklady a průkazy. V průběhu léčby pak řeší dluhy, které se načítaly během jejich drogové kariéry a snaží se narovnat vztahy s rodinou. Není výjimkou ani řešení alimentů. Většina pacientů zde řeší důsledky trestné činnosti. V tomto případě se často obracejí na probačního pracovníka, který sem dojíždí. Před koncem léčby si pak pacienti zařizují zaměstnání, bydlení a doléčování. Ve většině případů se jedná o následnou péči formou terapeutických komunit či chráněných bydlení.“

Jakým způsobem s pacienty pracujete? Jak probíhá spolupráce od počátku do konce léčby?

„V první řadě se do léčebny pacient musí řádně objednat a mít doporučení k přijetí do léčby. Pacientovi je pak sdělen termín nástupu a další potřebné informace k bezproblémovému nástupu do léčby. Tyto administrativní záležitosti řeším spolu s administrativní pracovníci. Při nástupu pacienta do léčebny sepisujeme takzvaný administrativní příjem. Dále je základem sociální práce v psychiatrické léčebně vypracování sociální anamnézy formou sociálního dotazníku. Ten se sestavuje s každým pacientem při přechodu z detoxifikačního oddělení na oddělení psychoterapeutické. V sociálním dotazníku se zaměřujeme na okruhy osobních dokladů, zaměstnání, vzdělání, soudy a policie, bydlení, finance a rodina. Na základě těchto zjištěných informací pak vypracováváme spolu s pacientem individuální plán sociální práce. V plánu jsou pak vytyčeny konkrétní cíle a plány úkolů, které se v průběhu léčby s pacientem konzultují a hodnotí. Na konci léčby vypracují výstupní hodnocení sociální práce, kde je charakterizován sociální stav pacienta na konci jeho pobytu a nejbližší plán po léčbě.“

Jaké metody a techniky při své práci používáte? Přístup?

„Nejvíce uplatňuji metodu rozhovoru a aktivního naslouchání. Dále využívám skupinové práce, práce s rodinou, poradenství a krizovou intervenci. Osvědčeným přístupem sociální práce, který používám, je přístup orientovaný na úkoly.“

Existuje něco, co Vám při práci s pacienty dělá potíže?

„Neřekla bych, že bych měla nějaké potíže při práci s pacienty.“

Vnímáte ze strany organizace nějaké slabé stránky?

„Občas vnímám špatnou komunikaci mezi jednotlivými odděleními a málo soukromí pro sociální práci s pacientem. Pacient často otvírá velice osobní a citlivá témata a je rušen děním v kanceláři. Kancelář sociální práce totiž sdílím s další sociální pracovníci a s administrativní pracovníci. Myslím, že další slabinou je omezený čas pro práci s pacientem. Úřední hodiny pro pacienty jsou každý den v časovém rozmezí 12,00 – 13,15 a občas je tento čas nedostačující. Nezbyvá nám pak než spolu s pacientem pohled volný čas mezi jednotlivými programy. Což může být pro pacienta velmi stresující. Nicméně přes tyto malé nedostatky tu má sociální práce pevnou podporu od vedoucích jednotlivých oddělení po primáře léčebny, který sociální práci velmi vyzdvihuje a podporuje.“

Uvítala byste při práci nějaké změny? Jaké?

„Myslím, že velkým přínosem pro mě, mé kolegyně a v důsledku i pro pacienty by byla svá vlastní kancelář technicky propojená s administrativní pracovníci.“

Spolupracujete s nějakými dalšími organizacemi, institucemi?

„Okruh institucí, s kterými spolupracuji, je velmi široký. Nejvíce se obracím na Úřady práce a to především na pracovníky evidencí nezaměstnaných a pracovníky státní sociální podpory. V rámci sociální práce s důsledky drogové kriminality úzce spolupracuji i s policií České Republiky, s vězeňskou službou, probačně mediační službou a se soudy všech stupňů. Před nedávnem jsme začali spolupracovat s neziskovými organizacemi, mezi které patří především organizace Atavena, pořádající v léčebně řadu kurzů. Nejvíce však já i pacienti využíváme spolupráce s adiktologickými službami a se sociálními službami následné péče. V neposlední řadě se obracím i na sociální pracovníky zdravotnických zařízení, kde jde především o preposílání zpráv průběhu předchozích léčeb či zařizování překladů pacientů.“

Jak taková spolupráce vypadá?

„Většinou jde o telefonický či faxový kontakt a to za přítomnosti pacienta. Dbáme na informovaný souhlas pacienta s podáním informací.“

Vnímáte nějaké slabé stránky při spolupráci s těmito institucemi?

„Řekla bych, že někteří úředníci mají značné předsudky vůči závislým osobám, kdy pak vnímám celkově neochotu a přístup k nim. Dále je stinnou stránkou úřadů nedodržování zákonem stanovených lhůt a nekomunikativnost některých institucí. Hlavní problém spatřuji v nepropojenosti jednotlivých složek úřadů a institucí.“

Jak vnímáte návaznost služeb v síti péče o pacienty?

„Myslím, že služby následné péče, tedy především sociální služby, které si pacienti ve velké míře i sami během léčby zařizují, fungují výborně. Možná bych jen zmínila delší čekací doby na přijetí do služeb následné péče. Z tohoto důvodu se snažíme pacienty tlačit do hledání doléčování co nejdříve, aby byl dostatek času pro hledání opravdu vhodné formy doléčování a ne jen té, kde zrovna bude místo.“

Sociální pracovnice – Dagmara

S kým při své práci nejčastěji přicházíte do styku?

„Během své práce jsem nejčastěji v kontaktu s hospitalizovanými pacienty a s ošetrujícím a psychologickým personálem naší léčebny. Celkem často spolupracuji i s blízkou rodinou pacientů. Během řešení sociálních potíží pacientů pak komunikuji se sociálními pracovníky široké škály služeb a péče. Většinou jde o služby, které nám pacienti do léčby doporučují a služby následné péče, kam naši pacienti odcházejí. Stejně tak jde o pracovníky psychiatrických léčeben či oddělení. Úzkou spolupráci vedu také s pracovníky Úřadů práce, s pracovníky OSSZ a s probačně mediační službou. Jsem v kontaktu i s policií ČR, s kterou plánuji výslechy pacientů a podobně. Jelikož poskytujeme i ústavní ochranou léčbu, jedním v tomto ohledu i se soudy všech stupňů. Nedávno se v léčebně rozjely projekty neziskových organizací v podobě rekvalifikačních a rozvojových kurzů, tudíž jsem v kontaktu i s pracovníky těchto organizací.“

Jak vypadá Vaše spolupráce v multidisciplinárním týmu?

„Jako sociální pracovník jsem nedílnou součástí celého terapeutického týmu a aktivně se podílím na celém terapeutickém procesu. Možnost být součástí týmu mi umožňuje lépe nahlédnout na sociální potíže pacientů v celé jejich šíři. Máme možnost se aktivně angažovat při terapeutických komunitách oddělení a motivačně tak působit na pacientovo řešení sociálních důsledků závislosti. Lze tak dobře hodnotit jeho aktivitu a plnění zadaných úkolů dle plánu sociální práce. Sociální práce zde má důležité místo a velkou podporu ze strany vedení organizace.“

Jakou pomoc pacienti nejčastěji vyhledávají?

Když to vezmu od počátku léčby, tak v první řadě s pacienty vyřizujeme osobní doklady. Celkem velká část příchozích pacientů nemá doklady v pořádku, či je vůbec nevlastní. Po té většinou následují sociální dávky, kdy nejčastější pomocí je dávka hmotné nouze a dávka podpory v nezaměstnanosti. S tím souvisí evidence a kontakt s Úřady práce. S pacienty často řešíme pracovní neschopnosti a možnost zaslání nemocenského do léčebny. Další frekventovanou záležitostí je poradenství v rámci dluhové problematiky a vyřizování dlužných pohledávek formou splátkových kalendářů a odložení splácení. V této souvislosti pacienti celkem často využívají i pomoc probačního pracovníka, který je k dispozici jednou za čtrnáct dní. Na probačního pracovníka se pacienti obracují i v souvislosti s trestnou činností, kterou páchali během své drogové kariéry. Před koncem léčebného pobytu začínají pacienti řešit zaměstnání, bydlení a doléčování. Ve většině případů se snažíme pacienty motivovat k pokračování terapie v terapeutických komunitách a ve službách následné péče.“

Jakým způsobem s pacienty pracujete? Jak probíhá spolupráce od počátku do konce léčby?

„Na úplném začátku před vlastním přijetím pacienta do léčebny ho na poslanou žádost s doporučením kontaktují o možnosti a termínu nástupu do léčby. Při příchodu s ním sepiší administrativní příjem a předám pacienta ošetřujícímu personálu. Po dobu pobytu na detoxifikačním oddělení s pacientem řeším

nezbytně nutné záležitosti. Většinou jde o pracovní neschopnost. Při překladu pacienta z detoxifikačního oddělení na klasické psychoterapeutické oddělení s pacientem zjišťuji sociální anamnézu a nastavuji individuální plán sociální práce. Dle délky léčby a spektra sociálních problémů naplánujeme konkrétní kroky s krátkodobými a dlouhodobými cíly. V počátku řešíme osobní doklady, evidence na Úřadech práce, dávky sociální podpory, dluhy a trestnou činnost. Před koncem léčby se soustředíme na bydlení, zaměstnání a nějakou formu doléčování, kdy pacientovi pomáhám najít vhodnou formu a sepsat potřebné žádosti. Pacientovi vždy nabízím nejvhodnější možnosti řešení a vybízím ho k aktivnímu hledání vlastní vhodné alternativy. Před odchodem pacienta z léčebny sestavím výstupní hodnocení sociální práce. V tomto hodnocení je popsán sociální stav pacienta včetně nejbližšího plánu následujícího po léčbě.“

Jaké metody a techniky při své práci nejčastěji využíváte? Přístup?

„Pro práci s naší specifickou cílovou skupinou sociální práce se mi nejvíce osvědčil přístup orientovaný na úkoly. Myslím, že nejstěžejnější metodou je rozhovor s pacientem a aktivní naslouchání. Poslední dobou mám v oblibě i práci se skupinou a s komunitou. Některé záležitosti se dokonce touto formou snáze a lépe řeší. Někdy je práce skupiny pozoruhodná. Ve výsledku pak ušetřím mnoho času na práci s jednotlivci, neboť ve skupině lze současně probrat několik snadnějších a shodných témat. Ta citlivější pak směřuji na individuální spolupráci. Často využívám i metody práce s rodinou, poradenství v různých oblastech, krizovou intervenci a přehrávání rolí.“

Existuje něco, co Vám při práci s pacienty dělá potíže?

„Nevnímám nic významného. Nemyslím si, že bych při své práci měla nějaké potíže. Možná jediné, co mě dokáže spíš naštvat, je naprostá pasivita a lhostejnost některých pacientů řešit své problémy a čekat, že za ně vše vyřešíme.“

Vnímáte ze strany organizace nějaké slabé stránky?

„Největší prohřešek spatřuji v nedostatečném soukromí pro práci s pacientem. Všechny sociální pracovnice máme společnou kancelář a ve chvíli, kdy se v kanceláři nacházíme všechny, a každá si pozve pacienta na konzultaci, nastává

celkem problémová situace. Čemuž nepřidá neustálé procházení kanceláří dalšími členy týmu. Jak já, tak i pacienti jsme rušeny hlukem a hovory ostatních. Pak při konzultaci vnímám, že pacienti sledují více okolí, poslouchají jejich rozhovory a těžko se soustředí. Menší slabou stránku spatřuji i v oficiálním vymezeném časovém prostoru pro přímou práci s pacientem. Denně jde o necelé dvě hodiny, což je při kapacitě 35 pacientů na jednom oddělení dle mého málo. Snažím se tak s pacientem hledat operativně oboustranně volné chvíle, což je v tak vysoce strukturovaném programu velmi obtížné.“

Uvítala byste nějaké změny? Jaké?

„Dle mé předchozí odpovědi by bylo jasným řešením dostupnost vlastní kanceláře, alespoň pro možnost individuální práce s pacientem, kde by se dal navázat důvěrný vztah, který je velmi důležitý. Vítaným přínosem by byl i větší prostor pro přímou práci s pacientem.“

Spolupracujete s nějakými dalšími institucemi? S jakými?

„Ano spolupracuji s několika různorodými institucemi, neboť okruh sociálních důsledků drogové závislosti je celkem rozsáhlý. Při řešení sociálních dávek se obracím na Úřady práce, OSSZ a na městské úřady. Stejně tak při obstarávání nových osobních dokladů a dokumentů. V případech řešení kriminální činnosti a dluhové problematiky spolupracuji s policií ČR, probačně mediační službou a se soudy všech stupňů. Často se obracím na různá zdravotnická zařízení, z kterých k nám pacienti přicházejí, nebo kam je naopak my překládáme. Nejčastěji bývá nabídnutí léčby v jiném zařízení z důvodu nespolupráce či nezvládnutí programu z důvodu duálních diagnóz. Pokud má pacient zájem, snažíme se ho vždy někam v případě nouze umístit a umožnit mu pokračovat jinde. Dalšími institucemi, s kterými spolupracuji, jsou adiktologické služby, sociální služby a služby následné péče, kde zpravidla naši pacienti pokračují v doléčování. A v neposlední řadě se obracím na pracovní agentury a na neziskové organizace. S pracovníky těchto institucí se snažíme uplatnit naše pacienty na trhu práce a na to je také připravit. Proto je našim pacientům ve spolupráci s Atavenou nabídnuta možnost rekvalifikačních a rozvojových kurzů.“

Jak taková spolupráce vypadá?

„S pracovníky těchto institucí jedním převážně telefonicky a pomocí faxu, což mi přijde jako nejjednodušší a nejrychlejší cesta komunikace. Většinou se nejedná o komplikované situace, tudíž si s takovou komunikací naprosto vystačím. V ojedinělých případech komunikuji s pracovníky institucí a služeb osobně v přítomnosti pacienta. Osobní kontakt nejvíce využívám v případě spolupráce s policií ČR a s probačně mediačním pracovníkem. Musím připomenout, že všechny informace týkající se pacienta, jeho údajů a průběhu terapie podléhá informovanému souhlasu, tudíž pacienta vždy o všem informuji a připravuji ho na komunikaci s institucemi a na osobní setkání.“

Vnímáte nějaké nedostatky při spolupráci s těmito institucemi?

„Největším kamenem úrazu spolupráce s úřady je nízká flexibilita a dodržování stanovených lhůt při vyřizování dokumentů. Není neobvyklé opakované urgování na vyřízení záležitostí těchto úřadů. Vnímám i předsudky a menší ochotu pracovníků institucí pomoci jedinci drogově závislému. Spolupráce tak bývá někdy i nepříjemná. S tím se však neseťkávám často. Naopak skvělá spolupráce je se sociálními službami a se službami následné péče, což je samozřejmě dáno taky tím, že se na specifickou cílovou skupinu uživatelů návykových látek specializují.“

Jak vnímáte návaznost služeb sítě péče o pacienty?

„Myslím, že návaznost služeb funguje velmi dobře. Pokud pacienti včas začínají řešit svou situaci a plánovat doléčování v adiktologických službách a ve službách následné péče, vždy se najde vhodná forma a umístění pacienta do těchto služeb je bez problémů. Stejně tak to funguje i se zdravotnickými zařízeními a s ambulantními službami. V tomto směru nespátřuji žádné potíže, naopak myslím, že i celorepubliková spádovost institucí je na velmi dobré úrovni.“

Rozhovory s pacienty

Respondent 1. Adam, 35 let, toxik

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Byla, byla a já jsem s ní byl dost spokojenej. Hned od nástupu na detox. To jsem byl poslán k sociální pracovníci, kde my byly kladeny věcné otázky, jestli mám všechny papíry v pořádku, jestli mám nějaký dluhy, vůbec nějakej příjem, sociální dávky, prostě jestli jsem zajištěnej. O sociální práci jsem se dověděl od sestřiček na detoxu, kde jsme měli takové to společné sezení a řešili jsme i takový důležitý věci. A pak když jsem byl na oddělení, tak jsem si to mohl osobně ověřit, jak to tu funguje a pracovnice jsem pak sám od sebe často navštěvoval.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využil, či využíváte?

„Pracovnice mi pomohla vyřídit dávky, jako na úhradu hospitalizace a hmotnou nouzi. Pomohla mi vyřídit občanku, kartičku od pojišťovny, kontakt s věřiteli a kontakt s úřady. Pracovnice mi taky nabídla možnost zapojit se do kurzů, které tady fungují. Jsou to takový ty kurzy, které tu pořádá ATAVENA. Takže jsem zvládl kurz virtuální firmy a PC kurzu. Taky jsem chodil za probačním pracovníkem, který sem, tuším jednou týdně dojíždí.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Myslím, že jo. Byla mi poskytnuta kdykoli jsem si o ni zažádal. To musíme vždycky na ranním sezení, aby si na sociálku nechodil každý, jak se mu zlíbí. Pracovnice, maj stabilní úřední hodiny, ale kdykoli je možno podle potřeby zajít i mimo.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Naprostě, ať se jednalo o různé formuláře, dopisy nebo žádosti, tak jsem všemu vždy rozuměl. A když jsem třeba něco nepochopil, tak jsem se prostě zeptal, někdy třeba až následující den. Pracovnice jsou velmi trpělivý a vše nám ochotně i několikrát vysvětlí. U někoho to mají opravdu těžké. Vždy mi bylo řečeno, co je nutné pro řešení nějakého problému udělat a kdy.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Jasný, to bylo jedno mezi prvníma, co jsem začal řešit. Od prvních týdnů jsem začal řešit, co bude po léčbě. Bylo mi doporučeno zprvu od terapeutů nějaké doléčování. Bud komunitu, nebo chráněné bydlení. Tak jsem šel na sociálku, kde mi nabídli nějaké možnosti a dali mi orientační informace. Dostal jsem i brožurky. A když jsem vyřídil všechny věci, jel jsem na chráněné bydlení za jejich sociálním pracovníkem. Po léčbě tam pak nastoupím.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníky?

„Ochota a přístup tady sociálních pracovníků je velmi dobrá. Fakt. Jsem tu s jejich pomocí maximálně spokojený. Když to srovnám s léčebnou v Jihlavě, kde jsem byl, tak tam to není tak dobře řešený jako tady. Kolikrát tam přišli lidi z ulice, nic neměli, ničemu nerozuměli, neměli doklady, žádné dávky. Dostali jen papíry, s kterými stejně nevěděli co dělat. Tam byli ztracený. Ale už je to asi 4 roky, tak už to může být jinak. Tady je ta pomoc minimálně o 80 % lepší než tam.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádal?

„Ne, ať jsem přišel s jakýmkoli problémem a kolikrát i vyplynulo, že nejde přímo o sociální ale jiný třeba rodinný problém, bylo mi vždy pomůženo, nebo mě aspoň odkázali na někoho kompetentnějšího.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovníci?

„Samozřejmě. Tak pracovníci tu nejsou 24 hodin. Takže když jsem něco potřeboval, šel jsem za sestřičkami, které mi poradili, co udělat do doby než tu pracovníci zase budou a někdy jsme to vyřešili i bez sociální pracovníci. Všechny mi byli ochotni v té chvíli pomoci, dle jejich možností. Kolikrát i někam telefonovali, abychom vyřešili, co bylo třeba. I pani doktorka mi kolikrát pomohla.“

Respondent 2. Bedřich, 30 let, toxik

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Tak když jsem přišel na detox, tak nám sestřičky povídali, že tady fungují sociální pracovníce a hned druhý den jsem tam šel. To my jako musíme, hned když přijdeme. Oni se tam ptají na různé informace, aby měli přehled a mohli řešit s námi řešit co je třeba. Tam jsme se domluvili, co řešit nejdříve a jak to bude vypadat. Dali mi nějaké formuláře a letáčky, abych se v tom líp orientoval.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využil, či využíváte?

„Tak asi nejdřív to byla dávka hmotné nouze. Musel jsem vyplnit papíry a pak žádat k nám na úřad. Nabídli mi i PC kurz, tak jsem to využil. Byly to takové ty základy na počítači. Taky jsem potřeboval řešit věci týkající se hrozícího soudu. Vypadá to, že to budu mít nepodmíněně. Tak mi doporučili navštívit probačního pracovníka. No a ten mi teda vůbec nepomohl. Řekl bych, že ten nemá moc zájem chtít někomu pomoci. Tak to na mě působilo. Taky jsem tu řešil splátkový kalendář a odložení splátek. Mám nějaké dluhy, ale není to moc.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Určitě. Když jsem prostě potřeboval, ráno jsem se nahlásil a v poledne tam šel. Málokdy se mi stalo, že jsem musel jít až druhý den.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Určitě. Zrovna já jsem ten člověk, kterej hned všechno na poprvé nepochopí, a třeba se několikrát musím ptát. Dozvěděl jsem se vždy, co jsem chtěl. Bud jsem šel rovnou na sociálku, nebo jsem se ptal ostatních, jak na to. Někdy jsem si vystačil třeba s odkazem na internetu, který mi byl doporučen.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Jo, byla mi nabídnuta možnost žádat o další doléčování v komunitě nebo v chráněném bydlení. To byla vlastně jedna z prvních věcí, na kterou jsem byl upozorněn. Jsou prej teď dlouhé čekací doby na nástup do těchto zařízení. Nejdřív jsem myslel, že bych šel do komunity, ale vůbec nevím, jak to bude. Stejně asi půjdu sedět.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„Já jsem pokojný, se vším mi poradí. Když momentálně něco neví, tak to zjistí a pomůžou. Tak je jasné, že prvotní aktivita musí vzejít ode mě. Nejde, aby za nás dělali úplně všechno. To by se zbláznili.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádal?

„Myslím, že bylo vše v pořádku. Jediné, co nešlo vyřídit, bylo, že jsem po neochotě probačního nemohl jet za svým právníkem, abych vyřešil to s tím soudem. Nakonec to šlo vyřešit tím, že mě mohl kdykoli navštívit tady. Jen jsem to musel předem ohlásit. Tady se musí předem hlásit každá návštěva.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovníci?

„Myslím, že mi tady pomohl asi každé, na koho jsem se obrátil. To byli sestřičky i terapeuti.“

Respondent 3. Adéla, 23, toxik

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Byla jsem o sociální práci informovaná už na detoxu, že tady ta sociálka je a jak to tu funguje. Že se tam dají řešit různé věci, jako jsou dluhy, dávky, soudy a tak. A pak na oddělení nám to bývá připomínáno na komunitách.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využila, či využíváte?

„Na začátku jsem tam byla řešit hmotnou nouzi. Tu už jsem měla jako přiznanou, ale šlo o to, aby mi to posílali sem. Takže jsme to museli se sociální pracovníci s úřadem, kde bydlím zařídit. Pak jsem tam chodila kvůli doléčování. Rozhodla jsem se pro chráněné bydlení. Dostala jsem tam informační letáky a řekli mi, jak a kam mám poslat žádost a co vše pro to musím udělat. Tam už mě přijali.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Ano, vše, co jsem potřebovala vyřídit, se podařilo, bez nějakých zádrhelů. Všichni jsme tu zvyklí, že komunikace s dalšími úřady a tak je komplikovanější a zdouhavá. Ale to není problém pracovníků. S tím se nic dělat prostě nedá. Ani s časem jsem neměla problém, ráno se nahlásím na sociálku a po obědě tam jdu. Málokdy se stane, že sociální pracovníci našeho oddělení tam není a tím pádem

ani sociálka. V naléhavých případech ji pak zastoupí pracovnice jiného oddělení.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Sociální pracovnice mi vždy poradila a nebylo nic, čemu bych třeba nerozuměla. Ona s námi umí mluvit. Nikdy moc nepoužívá odborné výrazy, které se i běžně používají. I se po konzultaci zpětně ujistí, že jsme si rozuměli a chce po mně, abych ji zopakovala, co teď pro danou situaci obě uděláme. Pak mi taky dala různé informační materiály.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Ano, již na začátku mi byla nabídnuta terapeutická komunita. Vzhledem k tomu, že jsem mladá, tak by prý pro mě byla přímo vhodná. Jako alternativu mi pak nabídla chráněné bydlení. Což jsem si vyřídila a jsem přijata k nástupu.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„Spolupráce se mi velmi líbila, nikdy jsem neměla pocit, že tam třeba otravuju. Vše jsme vždy vyřídili. Pobavili jsme se i o různých věcech, které se netýkali asi ani přímo sociální pomoci. Pamatuji si, že jsme si i několikrát zasmáli. Jsou moc fajn a to všechny pracovnice.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádala?

„To nemůžu říct. Já si myslím, že s jakýmkoli problémem tu umí poradit a naše sociální pracovnice má přehled o všem, co je potřeba. Jsem spokojená.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovnice?

„Nejvíce mi pomohla moje terapeutka, u které jsem ve skupině a také sestřičky na oddělení.“

Respondent 4, Blanka, 55let, alkohol

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„O sociální práci jsem se dověděla již na detoxu. Ale v počátku jsem ji vůbec nevyužila. Bylo nám o ní řečeno na komunitě, kde nám sestřička se sanitářem

oznamovali, k čemu slouží apod. Já jsem si veškeré sociální záležitosti vyřídila již před nástupem do léčby. O sociální práci tady jsem se hodně dočetla i na internetu.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využila, či využíváte?

„Potřebovala jsem pomoc vyřídít sociální dávky, které tedy už vyřízené mám, ale potrebovala jsem, aby mi ty peníze chodily sem do léčebny. Tak jsme na sociálce volali na úřady, kde se dávka tedy nachází, bylo to trochu komplikované. Taky jsem potrebovala nějaké potvrzení o hospitalizaci, které mi pracovnice vystavila. A teď jsem zapsaná do rekvalifikačního kurzu. Mám tedy i dluhy, ale s těmi mi pomohl syn, který je v exekutorské společnosti. To jsem na sociálce jen uvedla, neboť, to si tu pro přehled pracovnice také zjišťují.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Já myslím, že ano. Tady se problémům po sociální stránce hodně věnují. Máme i různé přednášky ze sociální oblasti, kde můžeme na závěr chrlit dotazy.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Ano, já jsem vždy věděla, co potřebuji, akorát mi na sociálce pomohli k tomu toho dosáhnout. A nabídli mi třeba možnosti řešení.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Mě konkrétně zatím ne, jsem tu teprve pár týdnů. Ale po tuto dobu jsem o tom hodně vyslechla, holky se tu o tom hodně baví. Prakticky o tom vím už teď mnoho informací. Vím, že je tu tahle možnost dobře ošetřená.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníky?

„Já jsem se sociální práci velmi spokojena. Byla jsem U Apolináře a v Bohnicích tenkrát na léčbě a sociální práci zde se to absolutně nedá vyrovnat. Nabídka možností nad rámec sociální pomoci je tu skvělá. Zde nejde jen o vyplnění formulářů, zavolání na úřad apod. Je to tu bych řekla hodně dobře propracované.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádala?

„Já jsem věděla předem, jaké jsou tu možnosti. A víceméně, to, co jsem tu vyřídila, bylo vždy bez problémů.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovníce?

„Zatím jsem mimo sociální kancelář nic nepotřebovala. S těmi dluhy mi pomáhá ten syn a víc teď neřeším.“

Respondent 5, David, 36 let, toxikolog.

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Byla, já zdejší sociální práci znám z minulé léčby. Ale myslím, že hned na detoxu mě informovali o možnostech navštěvovat sociální pracovníce a takové problémy s nima řešit.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využil, či využíváte?

„Já mám sociální zázemí celkem slušný. Během té mé kariéry jsem si nenadělal žádné významné maléry, které by byly nutný řešit. Takže jsem sociálku využil při výběru doléčování a řešil jsem pracovní neschopnost, kterou mi vystavil ještě můj praktický lékař. Ale vím, že ostatní tady tu sociálku hodně využívají, mají těch potíží většinou hodně. Ted jsem tedy ještě využil nabídku PC kurzu a trhu práce, v tom ještě pokračuji.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Ano. Nenastala žádná situace, kterou bych potřeboval řešit akutně a nemohl jsem. Jsem spokojen.““

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Ano, sociální pracovníce jsou velmi trpělivý a ochotný nám vše i několikrát vysvětlit. S tím jsem neměl žádné potíže. Na všechno jsem se ptal osobně v kanceláři sociálky.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Určitě, tak v mém případě jsem řešil doléčování a to chráněné bydlení. Prakticky jsem věděl, co chci a na sociálce jsem si vyzvedl nějaké informační brožurky, formuláře a žádosti.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„Spolupráce je skvělá. Pracovnice mají slušný přehled o všem a vždycky jsme vyřídili, co bylo potřeba. Ted je v kanceláři o jednu méně, naše oddílová pracovnice nám odešla na mateřskou. Takže nám pomáhá její kolegyně a vše je trošku rychlejší. Určitě je méně času na nějaké osobní dlouhodobější pohovory.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádal?

„Vůbec, jen teď ta delší čekací doba na pohovor s pracovníci. Je třeba, aby teď kluci víc plánovali a nenechávali si nic na poslední chvíli. Občas se stane, že je sociálka ten den, kdy potřebují, nevezme. Což teda ale není chyba sociální pracovnice. Prostě teď jedna chybí.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovníci?

„Nejvíce můj terapeut skupiny. Ten mi pomáhal hlavně ve výběru vhodné formy doléčování. Je skvělejší psycholog i jako člověk.“

Respondent 6, Filip, 46 let, alkohol

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Ano, hned ten den, kdy jsem nastoupil do léčby, tak mi večer na skupině bylo řečeno, že před nástupem na oddělení půjdu na sociálku, kde budu moct vyřešit třeba dluhy a tak. Že by bylo dobrý si po dobu na detoxu třeba promyslet, co bych potřeboval zařídit a na co se zeptat.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využil, či využíváte?

„Na sociálce jsem si zařídil už hodně věcí. Nechal jsem si tu udělat občanku, kterou jsem asi někde ztratil a přihlásil se na pracák, abych dostal alespoň hmotnou nouzi. Sociální pracovníci mi pomohli zařídit se zdravotní pojišťovnou splátkový kalendář. Tam jsem měl několik tisíc dluh. Ted' řeším soud, ke kterému

jsem předvolaný. A chtěl bych se zapojit do toho rekvalifikačního kurzu, co tu probíhá.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Bez problémů. Co jsem potřeboval, jsem vždycky vyřídil. Spíš jsem si nechával poradit, co, a jak. Já na to papírování a úřadování moc nejsem a něčemu ani nerozumím. S tím časem je to horší se mnou. Já vše nechávám na poslední chvíli, takže se mi párkrát stalo, že si mě sociální pracovnice nechala k sobě zavolat, protože jsem za ní zapomněl přijít a tak.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Ano byly. Jsem na to administrování tvrdší oříšek a tady jsou sociální pracovnice moc šikovný. Vždycky mi vše jednoduše vysvětlili a dohlídli na to, abych si vše co mám do další návštěvy splnit, zapsal. Co si nenapišu, druhý den nevím. Řekl bych, že tu s námi mají svatou trpělivost.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Ano byla. Prvně při přestupu z detoxu na oddělení, kdy jsem byl na takovém tom prvním pohovoru se sociální pracovníci. Tam se mě vyptávala na věci kolem dokladů, dluhů, rodiny, peněz a bydlení. Jelikož bydlení nemám, tak jsme se bavili o tom, že by bylo dobré po léčbě pokračovat třeba na chráněném bydlení, kde bych měl na čas bydlení i s doléčováním. Na oddělení mi to terapeutka také doporučila, ale mě už se nikam nechce. Myslím, že mi tahle léčba postačí. Chtěl bych jít pracovat, abych splatil ty dluhy.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„Nemůžu si na nic stěžovat. Pracovnice mají skvělý přehled o všem, co jsem potřeboval vyřídít. Je vidět, že už tu práci nějakou dobu dělají. Hned ví, kam a komu zavolat, co kde vyhledat a tak. Jsem fakt spokojenej s tím, jak to tu funguje. Ted je tedy možnost obrátit se na sociální pracovníci omezená, neboť jedna schází. Ale vždy když někdo potřebuje akutně, tak může přijít.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádal?

„Neřekl bych, že by bylo něco špatně. Naopak, myslím, že tu sociální pracovnice pro nás dělají opravdu hodně. Nic mi nechybí.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovnice?

„Když se na kohokoli obrátím o radu, tak mi většinou zkusí poradit, nebo mi alespoň řekne, za kým a kdy jít. S nějakými věcmi mi dost pomohly také sestřičky, které už mají nějaké zkušenosti s těma sociálníma záležitostma. Jsou tu na oddělení pořád, tak nemusím se vším, co zvládneme tady běhat za sociální pracovnicí. Jedna mě dokonce naučila hledat na internetových stránkách úřadu práce. Když to tak vezmu, tak i chlapi z pokoje mi v pár věcech poradili. Mají zkušenosti se soudy a probačníma pracovníkama.“

Respondent 7. Dana, toxik, 22 let

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Už na detoxu na sezení mi bylo řečeno, že tady pracují sociální pracovnice a je třeba s nima řešit takový ty problémy jako dluhy a práce. A pak když jsem šla na oddělení, tak jsem byla na pohovoru a s paní sociální jsme dělali takový přehled toho, co by bylo dobrý během léčby tady vyřídit. Ted' už tam chodím pravidelně. Mám těch problémů taky dost.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využila, či využíváte?

„Nejdříve jsem s paní sociální vyřizovala mateřskou, jako aby mi chodila sem do léčebny. Pak mi pomáhala vyřídit splátkový kalendář na zdravotní a sociální, kde mám ještě z dřívějšíka nějaký dluhy. Ted' mi momentálně paní sociální pomáhá s věcmi kolem vyšetřování policií a soudem. No udělala jsem úvěrový podvody a příští měsíc musím jet k soudu. Paní sociální mi taky nabídla zapojit se do toho kurzu v kuchyni, mohlo by se mi to hodit. Já jsem totiž dodělala jen základku, protože z učňáku mě vylili. To už jsem taky jela ve fetu.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Paní sociální se mi snaží se vším pomoci, s tím, že ale očekává největší aktivitu ode mě. Takže já jsem na sociálně snad každý týden a ne jednou. Takže já myslím,

že všechno stíhám vyřídit včas. A když zrovna nemůže naše paní sociální, tak ji zastoupí paní sociální z jiného oddělení.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Jo, všechno co potřebuji, tak vyřídíme. Paní sociální je velmi ochotná a snaží se mi všechno jednoduše vysvětlit. Nejhorší, je pro mě vždycky vyplňování formulářů a tak. To vůbec nedávám. Tak s tím mi moc pomáhá“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Jo, to taky teď řešíme. Já mám dvouletého syna a bydlíme u tety na ubytovně. Ona mi teď kluka hlídá, ale nechci se k ní po léčbě vrátit. Nikoho jiného nemám, přítel nastoupil do vězení, ještě než se malej narodil. Moje terapeutka mi doporučila jít po léčbě do komunity a paní sociální mi navrhla Karlov. To je taková speciální komunita pro matky s dětmi. Takže bych tam mohla být i s dítětem a bydlení bych tak měla na nějaký čas zajištěný.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„Paní sociální mi vždy se vším pomůže, poradí mi kam a komu třeba zavolat, kam co poslat a tak. Fakt jsou tu moc hodný a trpělivý. Já jsem spokojená.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádala?

„Ne, já jsem se vším naprosto spokojená, není, co bych mohla zmínit.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovníce?

„Určitě, naše terapeutky a sestřičky se mi snaží se vším pomoci. I se sociálníma věcmi za nimi mohu přijít. Někdy to spolu vyřešíme a já nemusím pokaždé za paní sociální.“

Respondent 8, Jan, 57, alkohol

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Ano, tady sociální práce funguje velmi dobře. Hned po příchodu na detoxifikační oddělení mi na prvním sezení bylo oznámeno, že tu pracují sociální pracovníce a že k nim budu muset při přestupu na klasické režimové oddělení jít. Myslím si, že

je to dobře. Aspoň tak člověk před takovými těmi sociálními záležitostmi neuteče a donutí ho tu něco s tím dělat.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využil, či využíváte?

„Já těch sociálních problémů moc neřešil, neboť žádné nemám. Na rozdíl od ostatních tady na oddělení mám skvělou rodinu, s kterou žiji, práci mám, konflikty se zákonem jsou mi cizí a veškeré doklady a podobně mám v pořádku. Jediné, co jsem potřeboval, bylo vyřízení pracovní neschopnosti a zasílání podpory sem do léčebny. Pravda, teď ještě vlastně projednávám rodinnou terapii s manželkou. Takže se sociální pracovníci kloubíme termíny a trochu ženu zpracovávám a připravuji.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Určitě, řekl bych, že je tu sociální práce s ostatní psychoterapií tak nějak provázaná a tým si vychází se vším vstříc. Takže když je třeba, lze chodit za sociální pracovníci i mimo stanovený rámec. Zvláště teď, když jsou sociální pracovníci o jednu oslabené, je jejich návštěva více individuálně řešena, dle jejich možností. Nebylo nic, co by byl problém vyřešit.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Neměl jsem s ničím problémem. Vždy jsem všemu rozuměl a nepotřeboval jsem nic nějak zdlouhavě vysvětlovat. Sám pracuji v podobné sféře, takže této problematice celkem rozumím. Veškeré informace jsem získal přímo u sociální pracovníce na konzultaci a také jsem si je zjišťoval na internetu. Snažím se být co nejvíce samostatný a nikoho s maličkostmi, co zvládnou sám, neotravuji.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Jistě, tady se celkově doporučuje po léčbě se doléčovat v nějakém dalším zařízení, protože střednědobá léčba je pouze základní kámen cesty k abstinenci, říkává náš doktor. Je jasné, že pro mě nemá smysl komunita ani chráněné bydlení. Takže jsme se sociální pracovníci u nás v okrese našli doléčování, kam budu chodit jen na skupiny. A stejně tak tam se mnou může chodit i manželka. Sociální

pracovnice mi dala i brožuru s anonymními alkoholiky. Tady taky fungují a myslím si, že je to velmi dobrá zkušenost. “

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„Se sociální práci jsem spokojen. Je tu zakomponovaná do celého psychoterapeutického programu a sociální záležitosti se řeší současně s ostatními problémy. Sociální pracovnice celkem často chodí na naše komunitní setkání a společně s ostatními v týmu si utváří celkový přehled. “

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádal?

„Vůbec ne, jsem se vším spokojen. Možná by nebylo od věci kancelář sociálních pracovníků trochu rozčlenit, aby bylo při pohovoru větší soukromí. V kanceláři jsou většinou tři pracovnice, a když si každá pozve pacienta, je to znát. Také tam často prochází i personál. Mají tam takovou administrativní centrálu. To ale samozřejmě neubírá kvalitě, se kterou je sociální práce poskytována. “

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovnice?

„Nebylo potřeba se sociálními záležitostmi se na někoho jiného obracet. Přeci jen mi vlastně pomáhá paní doktorka společně se sociální pracovníci při realizaci té rodinné terapie. “

Respondent 9, Karel, 43, alkohol

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Byla, hned při příjmu. Paní na sociálce mi vysvětlovala, že zrovna v mém případě, by bylo dobrý hned od počátku moje problémy řešit. Další věci o té sociální práci jsem se dozvěděl na motivační skupině, která se na detoxu jednou týdně dělá. A pak když jsem šel na normální oddělení, se sociální pracovníci jsme udělali takovej plán co a jak začít řešit. “

Jakou sociální pomoc jste doposud využil, či využíváte?

„Víte, já jsem prakticky bezdomovec. Nikoho a nic nemám, jen samé problémy. Po tom, co jsem začal pít a přišel jsem o práci, se ke mně celá rodina otočila zády a z baráku mě vyšoupli. Nejdřív mi paní na sociálce pomohla zažádat o novou

občanku a kartičku pojišťovny. Tam jsme domluvili i splátkový kalendář, a abych mohl splácet až po léčbě. Mě ani nenapadlo, že mi nikdo neplatí zdravotní a sociální. Taky mi pomohla s papírama k soudu, protože mi poslali předvolání kvůli pár krádežím a tak. Taky mě s tím poslala k probačnímu, ale ten jezdí jen jednou za čtrnáct dní. Zatím je ještě čas, ale nabídla mi i k promyšlení rekvalifikační kurz v kuchyni. Já má totiž jen základku a teď navíc asi i zápis v rejstříku a to se prý práce hledá těžko. Tak uvidím a asi do toho půjdu.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Jo, myslím, že všechny pani na sociálce pracují velmi dobře a nad moje původní očekávání. Tak znáte sociální pracovnice. Až tady jsem se setkal s příjemným jednáním. Víte, ono se pak všechno líp řeší, když vidíte, že má snahu Vám někdo pomoci.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

Myslím, že bez problémů. Já chodím na sociálku celkem často a s pracovníci jsme si na sebe tak zvykli, že mi kolikrát odpoví na něco, na co se chci teprve zeptat. Je fakt, že občas jdu ze sociálky nahuštěnej informacema a s lístečkem takových bojových úkolů do příště.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„O tom vím, na začátku jsme o tom, že budeme něco takového řešit, mluvili. Ale jelikož jsem dostal léčbu na pět měsíců, je na to ještě čas. Jen o tom má zatím přemýšlet. Ale ze zkušenosti od ostatních vím, že se tu snaží pacienta motivovat jít po léčbě na chráňák nebo do komunity. Dokonce když někdo udělá nějaký průšvih a musí být propuštěn, nevyhodí ho nutně za bránu a sbohem. Dají mu možnost najít si přestup do jiné léčebny a počkat do termínu i na detoxu. Zrovna teď šel takhle kolega na detox.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„Mě se práce a přístup sociálních pracovníků líbí. Se vším mi vždy poradí a někdy si popovídáme i o věcech, který nemají s její prací nic společného. A to je na tom taky tak fajn. Víte, tady nemáte pocit, že Vás někdo hned odbyde.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádal?

„Ne, není nic, co bych postrádal. Vše jsem zatím vždy vyřešil. Nejhorší je spolupráce s úřady. Paní na sociálce, když telefonuje někam na úřad, tak se občas naštve. Vše jim dlouho trvá a ochotě není řeč. Ale to není chyba naší paní na sociálce.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovníce?

„Myslím, že mi tu pomáhají tak všichni na koho se obrátím. Hodně věcí vyřídím se sestřičkami a s naší paní doktorkou. Aspoň nemusím úplně se vším chodit za paní sociální. Asi každé tu má s tou sociální prací a takovými problémy mnoho zkušeností a umí poradit.“

Respondent 10, Eva, 29, toxikologička

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Tady se sociální problémy řeší už na začátku léčby. Už na detoxu na jedné skupině mi bylo řečeno, že půjdu k sociální pracovníci, kde si uděláme přehled o všem, co je třeba ještě v léčbě zařídit. Takže mi byla nabídnuta téměř hned v prvních dnech.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využila, či využíváte?

„Určitě pomoc sociální pracovníce často využívám. Nejvíce mi pomohla kolem mého dítěte, které je teď v takovém tom ústavu pro malé děti. Mám trochu komplikovanou situaci. Přítel mě odkopl, jen jsem otěhotněla. On taky fetuje. A máma o mě nechce ani slyšet a o mé dítě taky nestojí. Však ona se nestarala pořádně ani o mě, tak co bych teď měla čekat, že jo. Takže aby mi dítě sociálka nesebrala, musela jsem jít do léčby. Vždyť já vím, že se musím dát dohromady. Naše sociální pracovníce mi taky pomohla s dávkami a s papíry kvůli soudu. Vůbec je na mě moc hodná a snaží se mi vyjít vstříc.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Jo, naše sociální pracovníce se mi vždycky snažila vyjít vstříc. Nedá se říct, že by něco tak moc chvátilo a něco se třeba nestihlo. Věci kolem péče o dítě jsme řešili“

hned, jak mi přicházela pošta, aby vše včas bylo. Dneska má každé úřad dlouhé doby na vyřízení. Tady s těma úřadama mají zkušenosti, takže mě i ostatní holky tlačí do toho, všechno včas vyřídit.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Tak za sebe mohu říct, že jo. Za celou dobu celou dobu léčby jsem neměla takový problém. Sociální pracovníce jsou tu myslím dost trpělivý a chápavý. Můžu říct, že za celou dobu, co chodím po úřadech, jsem nepotkala tak fajn sociální pracovníce.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Jasně, to budu ještě řešit. Léčbu mám ještě na tři měsíce. Uvidím, jak dopadne sezení u soudu a pak bych chtěla pokračovat v léčbě i s dítětem v komunitě. Existuje totiž komunita, která je právě pro matky s dětma. I s terapeutkou jsem o tom mluvila.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„Já jsem hodně spokojená. Všechny sociální pracovníce jsou tu moc hodný a milý. Líbí se mi, jak mi s humorem dokážou vynadat, když něco nedodržím a naopak taková ta podpora, že vše dobře dopadne, když člověk za něčím jde, je moc fajn.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádala?

„Nemyslím, že by bylo něco, co by mi tu vadilo.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovníce?

„Já pořád někoho otravuji. Pořád chodím za naší terapeutkou a za sestřičkama. Jsou fajn jako ženský. Většina z nich je taky matkou, tak mě vždy pochopí a podpoří, když si za nima jdu postesknout a pobřečet. Je mi tu po klukovi smutno.“

Respondent 11, Hana, 41, alkohol

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Ano již po příchodu do léčebny jsem byla na příjmu upozorněna na možnost řešit mé sociální problémy se sociální pracovníci. Další informace jsme se dozvěděla od sestřiček a sanitáře již na detoxifikačním oddělení.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využila, či využíváte?

„Já jsem tu zatím krátce, takže jsem u sociální pracovnice byla jen párkrát. Prvně jsem u ní byla po při překladau na ženské oddělení, kdy mi sociální pracovnice pomohla udělat takový přehled o všem, co je třeba vyřídit. U mě šlo především o vyřízení neschopnosti a posílání dávek sem do léčebny a vyřízení, toho, aby mohly být děti v dočasné péči u matky. Dál jsme se sociální pracovníci domluveny, že mi pomůže vyřídit věci týkající se rozvodu. Chci se rozvést, můj manžel je tyran. O mě ani o děti nemá zájem, jen nám ubližuje a já už to prostě nezvládám. Nechápu, jak jsem to mohla vydržet tak dlouho.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Myslím si, že byla. Jak říkám, zatím jsem pomoc sociální pracovnice využila jen málo oproti jiným ženským, co tam pravidelně chodí. Ale zatím si jejich práci velmi chválím.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Všechno co jsem se potřebovala dovědět, jsem se dověděla přímo na schůzce se sociální pracovníci a bez problémů. Já jsem spíš uzavřený a tichý člověk, takže bych řekla, že víc informací musí získávat víc sociální pracovnice ze mě, než já od ní. Vždycky mi vše potřebné do bodů sepsala a dal mi i informační letáčky, abych na nic nezapomněla.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„O tom jsme zatím ještě nemluvili. Od ženských z pokoje ale vím, že zařídit si doléčování je ze všeho nejdůležitější a že bez toho personál nerad pouští z léčebny. Takže se k tomu jistě dostaneme.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„Zatím si můžu přístup celého terapeutického týmu jen chválit. Všichni se nám tu snaží se vším pomoci, jen jak to jde. Já se tu ještě pořád rozkoukávám a do většiny

věcí mě tu musí trošku popostrkovat. Sociální pracovníce jsou všechny moc fajn. Měla jsem strach, že si tu o mně budou myslet, že jsem hrozná matka, když nechám děti doma a odjedu si na léčbu. Byla jsem tu mile překvapena. Naopak mě moc chválili, že jsem se odhodlala s životem něco udělat. Cítím se tu moc dobře.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádala?

„Myslím, že tu vše funguje, jak má. Možná by se tu uživila ještě jedna sociální pracovníce. Jsou tu je dvě a oddělní i s detoxifikačním oddělením čtyři. Musí tu být hodně vytížené, když si vezmu, že máme všichni hromadu podobných a ještě horších problému. Při pohovoru je pak v kanceláři sociálních pracovníc i trošku ruch. Pořád tam zvoní telefony. Tím nechci říct, že by to nějakým způsobem z kvalitňovalo jejich práci, ale spíš ony tím tu práci musí mít ztíženou.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovníce?

„Pomáhá mi i moje terapeutka a sestřičky. Ty mi často pomáhají hledat na internetu informace, když potřebuji a sociální pracovníce tu nejsou. Ty jsou tu jen přes týden.“

Respondent 12, Jana, 26, alkohol

Byla Vám od počátku léčby nabídnuta sociální pomoc? Jakým způsobem?

„Úplně prvně jsem o sociální práci byla informovaná ještě před léčbou, když mě máma objednávala a mluvila se sociální pracovnící léčebny po telefonu. A pak jsem dostávala další informace průběžně během léčby. Jak na detoxu, tak tady na oddělení. Takže bych řekla, že mi byla sociální pomoc nabídnutá hned při nástupu do léčby.“

Jakou sociální pomoc jste doposud využila, či využíváte?

„Hodně věcí mi vyřešila máma ještě před nástupem do léčby. Já tomu moc nerozumím, nikdy jsem se o takový věci nestarala. Tady jsem si akorát u sociální pracovníce vyřídila posílání dávek z pracáku sem a doklady. Máma už mi vyřídila nové, ale aby mi je poslali sem na úřad a já je pak nemusela jet vyzvednout až k nám. Jinak jsme zatím nic víc nepotřebovala.“

Byla či je Vám poskytována sociální pomoc dle Vašich potřeb a včas?

„Jo, v pohodě. Všechno bylo v pořádku.“

Byly Vám vždy poskytnuty potřebné a srozumitelné informace? Jakým způsobem?

„Asi jo, neměla jsem problém a všemu jsem rozuměla. Všechno jsem řešila osobně se sociální pracovníci u ní přímo v kanceláři.“

Byla či je Vám nabídnuta možnost návaznosti dalších služeb a péče?

„Ale jo, měla bych se zamyslet nad tím, co budu dělat po léčbě a zvážit doléčování. Jenže mě se na žádný chráňáky ani do komunit nechce. Po léčbě se vrátím normálně k našim. Možná, že budu chodit k ambulantní psychiatrice, která mě sem dostala, ale nikam už mně fakt nepůjdu.“

Jak hodnotíte spolupráci se sociálními pracovníci?

„V pohodě, já jsem se spolupráci spokojena. Všechno mi pomohly vyřídit.“

Vnímáte nějaké nedostatky v sociální pomoci? Co jste postrádal?

„Ne, zatím jsem s ničím neměla problém.“

Pomohl Vám se sociálními potížemi i někdo jiný než sociální pracovníce?

„Ne, nikoho jsme na nic nepotřebovala, všechno jsem vyřídila u sociální pracovníce.“