

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav specialněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kristýna Bábková, DiS.

Metody práce s drogově závislými klienty na opiátech

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Metody práce s drogově závislými klienty na opiátech“ vypracovala samostatně, pod vedením doc. Mgr. Michala Růžičky, Ph.D., vedoucího bakalářské práce. Literatura i použité podklady jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

V Otrokovicích dne 19. 5.2020

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za konzultace a odborné vedení při psaní mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Kontaktnímu centru Plus v Kroměříži a Kontaktnímu centru v Uherském Hradišti za možnost zrealizovat tento výzkum a nakonec i své rodině, především mamince a manželovi, za velkou trpělivost a podporu během celého studia.

Obsah

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Návykové látky	8
2 Opiáty	10
2.1 Rozdělení opiátů	11
2.2 Účinky	12
2.3 Důsledky užívání	13
2.4 Závislost.....	16
2.4.1 Etiologie vzniku závislosti.....	18
2.4.2 Odvykací stav	21
2.4.3 Léčba závislosti	23
2.4.4 Substituční léčba.....	25
3 Sociální práce s uživateli drog.....	27
3.1 Metody při práci s klienty.....	28
3.2 Kontaktní centrum	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 Metodologická východiska výzkumného šetření	34
4.1 Cíl a oblasti výzkumného šetření.....	34
4.2 Metodologický rámec práce a metody.....	35
4.2.1 Výzkumný soubor.....	36

4.2.2 Sběr dat	37
4.3 Výsledky výzkumného šetření.....	39
4.3.1 První kontakt s klienty	39
4.3.2 Metody práce	43
4.3.3 Katamnéza	45
4.3.4 Potřeby pracovníka	47
5 Zhodnocení výsledků výzkumného šetření	50
6 Závěr.....	54
Seznam použitých zdrojů a literatury	56
Seznam příloh bakalářské práce	61
ANOTACE.....	73

ÚVOD

V naší společnosti se setkáváme s lidmi, kteří dodržují zákony a pravidla, ale najdou se mezi námi jedinci, pro které jsou pravidla zbytečná a jejich dodržování jim činí velké problémy. Do této skupiny lidí řadíme například drogově závislé. Vzhledem k tomu že jsem ve svém předešlém zaměstnání pracovala jako sociální pracovník v Kontaktním centru Plus po dobu dvou let, rozhodla jsem se svou bakalářskou práci zaměřit právě na tuto skupinu lidí.

Kontaktní centra navštěvují uživatelé drog, kteří nejsou motivovaní ke změně svého dosavadního životního stylu a nepřipouští si zdravotní ani sociální rizika spojená s užíváním drog. U uživatelů se velmi často setkáváme s popíráním a zkreslováním reality, která je pro ně zásadní, především pokud se jedná o razantní změnu. Nemají potřebu něco měnit, a proto je velmi problematické docílit snížení braní drog či abstinence. V těchto situacích přichází na řadu sociální pracovník, který by měl klientovi napomoci ke zlepšení jeho dosavadní situace.

Z pohledu sociálního pracovníka je práce s těmito lidmi velmi náročná především po psychické stránce, ale i zajímavá z hlediska proměnlivosti. Neustále vznikají nové trendy užívání návykových látek, techniky klientů se zdokonalují, avšak zdravotní riziko způsobené užíváním se nesnižuje. Proto bychom se měli více zajímat o drogovou problematiku a seznámit se s ní i z hlediska samotného pracovníka, který je denně v kontaktu s drogově závislými jedinci a pomocí určitých technik a metod se snaží jim pomoci. Závislostí je mnoho druhů a pro účely této práce jsem se zaměřila na závislost na opiátech.

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat současnou situaci drogově závislých jedinců na opiátech a shrnout a popsat postupy práce sociálního pracovníka. Touto bakalářskou prací bych chtěla poukázat nejen na obtíže samotných pracovníků při práci, ale i klientů, kteří bojují se závislostí na opiátech. Měla by být přínosem pro současné a budoucí sociální pracovníky, kteří uvažují o práci s drogově závislými klienty, a zároveň i pro samotné klienty bojující se závislostí.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje především na vysvětlení hlavních pojmů týkajících se drogové problematiky - návykové látky, opiáty a jejich charakteristika, rozdělení, účinky, důsledky a závislost. Dále se také zabývá sociální prací pracovníků a kontaktními centry, ve kterých se realizuje celkový výzkum.

Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum a jeho samotné šetření. Jsou zde popisovány výzkumné metody, výzkumný soubor a výsledky výzkumného šetření na základě rozhovorů s pracovníky z Kontaktního centra Plus v Kroměříži a z Kontaktního centra Uherské Hradiště. V závěru bakalářské práce jsou zhodnoceny všechny výsledky kvalitativního výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na drogovou problematiku, základní pojmy s ní spojené, jako je definice návykových látek, opiátů a sociální práce s uživateli drog, a samotnou sociální práci.

1 Návykové látky

Na návykové látky můžeme nahlížet z několika různých pohledů, proto i jejich definování je velmi rozmanité. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje drogy jako návykové látky, které jsou vpraveny do organismu jedince a zároveň působí na jednu či více funkcí (Zábranský, 2003).

Společnost na samotnou problematiku nahlíží velmi zkresleně, bagatelizuje ji a důležité skutečnosti raději nezveřejňuje (Miovský, 2010). Hned několik odborníků se zabývá drogovou problematikou a definují návykové látky následovně.

Návykové látky můžeme nazývat jako drogy či psychoaktivní látky, které nás ovlivňují, tedy především naši psychickou činnost. Vágnerová (2014) definuje psychoaktivní látky jako látky, které mění psychický stav jedince. Minařík (in Kalina a kol., 2015) se domnívá, že drogy můžeme definovat jako látky, které mají psychotropní efekt a potenciál závislosti. Psychotropní efekt mění naše prožívání, svět vidíme a prožíváme zcela odlišně, zatímco potenciál závislosti vzniká po dlouhodobém a opakovaném užíváním a vede ke ztrátě sebeovládání při užívání látky. Podle Fischera a Škody (2014) označujeme všechny nelegální a psychoaktivní látky jako drogy, které způsobují závislost. S tímto tvrzením souhlasí Jeřábek (in Kalina a kol., 2008) a doplňuje, že všechny psychotropní látky jsou schopny vyvolat syndrom závislosti díky svému návykovému potencionálu. Dle Nešpora (1994) jsou všechny látky chemického či přírodního původu měnící duševní stav, myšlení, chování nebo cítění, brány za drogy. Také je můžeme definovat jako přírodní a syntetické látky, které při užití jedincem mění somatické i psychické funkce organismu, a ovlivňující především psychiku (Nešpor, 2001).

Dle Fischera a Škody (2014) jsou návykové látky všechny ty, které jsou i zároveň chemické, současně mění psychický stav jedince a vytváří se závislost i návyk. Dvořáček (in Kalina a kol., 2008) tvrdí, že každá droga má své jedinečné složení společně s účinky, které působí na každého jedince rozdílně. Fischer a Škoda (2014) tvrdí, že drogy ovlivňují všechny

procesy v mozku řídící myšlení, motivaci a utváření nálady i jiné. Vágnerová (2014) usuzuje, že k užíváním návykových látek mají více sklony jedinci se zvýšenou emoční labilitou, trpící úzkostmi, kteří nedokážou řešit své problém jinak, ale zároveň i lidé vyhledávající vzrušení nebo snížení sebekontroly. Na druhou stranu nemusí vždy záviset na charakterových vlastnostech jedince. Mnoho z nich se setkává s ilegálními drogami až po první zkušenosti s průchozí drogou, neboli „gateway drug“. Dle Nešpora (2018) je průchozí droga v podstatě předstupeň užívání nebezpečnějších drog. V naší společnosti je to obvykle tabák, alkohol nebo marihuana. Konzumace alkoholu je často prvotním signálem rizika, budoucího užívání návykových látek, především u dospívajících. O návykových látkách pojednává také zákon č. 167/1998 Sb., zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů definuje v § 2 písm. a) návykové látky jako všechny omamné a psychotropní látky, které jsou uvedené v přílohách č. 1 až 7 nařízení vlády o seznamu návykových látek (Zákony pro lidi – online).

2 Opiáty

Klíčovou návykovou látkou této bakalářské práce jsou právě opiáty. Nepatří sice mezi nejrozšířenější drogy u drogově závislých klientů, ale i přesto se velmi často objevují a představují velké riziko už jen díky svému návykovému potenciálu.

Opiáty řadíme mezi látky, které mají tlumivý a euforický efekt. Název opiáty je odvozen od opia neboli zaschlé šťávy z makovic (Minařík in Kalina, 2008). Opiáty jsou sloučeniny a deriváty extrahovaného máku setého (Fischer a Škoda, 2014). Makovice a jejich extrakt je volně dostupný především v sezoně na polích, kdy se dá užívat, ale i zpracovávat – sušením – a tím pádem je jeho dostupnost celoroční. Sezónní užívání opia z makovic se odvíjí od lokality, ve které se pěstuje (Minařík in Kalina, 2008). Dle zákona č. 167/1998 Sb., zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů definuje v §2 písm. c) makovinou jsou všechny části rostliny nad zemí, mimo semen máku setého, včetně jeho drti po sklizni. Výjimka zde platí pro celou rostlinu i s tobolkami, které jsou využívány pro okrasné účely (Zákony pro lidi – online).

Opiáty označujeme jako látky s velmi podobnou chemickou strukturou jako morfin, což je hlavní alkaloid opia, který se váže na opioidní receptory v mozku (Minařík in kolektiv autorů Sananim, 2007). Velmi často se s opiáty setkáváme v lékařství, kdy jsou předepisovány pacientům, kteří trpí bolestmi a křečemi. Velkým negativem je vznikající fyzická i psychická závislost (Nešpor, 2001). Orliková (in kolektiv autorů Sananim, 2007) souhlasí a doplňuje, že závislosti na lécích, které jsou na bázi opiátů, se pacienti zkrátka nevyhnou. Zdůrazňuje také skutečnost, že mnoho léků je v současnosti zneužíváno, například subutex, který je sice předepisován na lékařský předpis, ale i přesto se vyskytuje velmi často na černém trhu.

Opiáty patří mezi drogy, na nichž se vytváří velmi rychle závislost, především u dětí a dospívajících. Všeobecně při pravidelném užívání opiátů u jakékoliv věkové kategorie vzniká silná somatická závislost (Zima in Kalina a kol., 2015). Při užívání dochází nejen k samotné závislosti, ale vznikají i další rizika, jimiž jsou například ztráta zájmů, předávkování, otrava, alergická reakce, vmetek do plicnice při intravenózní aplikaci, otok plic a v neposlední řadě kombinace opiátů s jinými drogami nebo alkoholem (Nešpor, 2001). Dle Minaříka (in Kalina a kol. 2008) se opiáty nejčastěji užívají intravenózně, dále intranazálně, inhalací za pomoci

alobalu a další. Mezi opiáty řadíme především opium, braun, morfin, heroin a bílý heroin (Marhounová, 1995, Nešpor, 2001).

2.1 Rozdělení opiátů

V první a druhé kapitole byly popsány a vysvětleny hlavní pojmy, jako jsou návykové látky a opiáty, které jsou klíčové pro tuto práci. V souvislosti s těmito kapitolami se dále zaměřím na rozdělení opiátů a jejich zástupce, s nimiž se můžeme setkat v praxi u uživatelů drog.

Opiáty dělíme na tři základní skupiny, na přírodní (opium), semisyntetické (heroin, braun) a syntetické (kodein, metadon, morfin) (opiáty – online).

- **Opium, makovina** – patří mezi nejčastěji zneužívané opiáty u toxikomanů. Je to směs alkaloidů opia a především morfinu. Existuje řada forem a úprav opia, nejčastěji se však vyskytují odvary, které si každý uživatel připravuje sám. Aplikace může být perorální (pití odvaru), kouření nebo i intravenózní, avšak je zde velké riziko infekce, protože látka není dokonale čistá (Marhounová, 1995, Minařík in Kalina a kol., 2008).
- **Braun** – jedná se o opiát, kterému se také říká „český heroin“. Řadí se mezi polysyntetické drogy, které se vyrábí velmi často v domácích laboratořích. Je to směs vyráběná z kodeinu. Výsledným produktem je tekutina hnědé barvy vyvolávající silnou závislost. Nejčastěji je aplikován intravenózně, jeho účinky trvají několik hodin a podobají se účinkům heroinu a ostatních opiátů (Marhounová, 1995, Minařík in Kalina a kol., 2008, Nešpor, 2001).
- **Heroin** – spadá do skupiny opiátů a řadíme ho mezi nejnebezpečnější drogy. Je mnohem silnější než například morfin a vyvolává poměrně rychle fyzickou i psychickou závislost. Projevuje se například u dětí velkým utlumením, spavostí, zúženými zornicemi (při reakci na světlo). Tělo i dech jsou velmi zpomalené a řeč je nesrozumitelná. Euforii, kterou mají z užití drogy, střídají stavy deprese a nezájem vůči okolí (Nešpor, 2001). Užívaná dávka heroinu dosahuje 1-3 g denně, ale čistota heroinu je obtížně odhadnutelná, a proto hrozí riziko předávkování. Odbourávání se pohybuje v hodinách, zhruba 24 hodin (Minařík in Kalina a kol., 2015). Marhounová (1995) souhlasí a doplňuje, že heroin je pokládán za

nejtvrdší drogu z toho důvodu, že stimuluje jedince k násilným činům a zabití. V praxi se můžeme také setkat s pojmem „speedball“, což je směs heroinu s kokainem nebo pervitinem (Nešpor, 2001). Mezi způsoby užívání patří kouření, šňupání, inhalace nebo se užívá nitrožilně (Pešek, 2008).

- **Bílý Heroin** – jde o koncentrovanou formu heroinu, která díky svému charakteru způsobila řadu otrav (Nešpor, 2001). Jedná se o tzv. heroinovou sůl, která se aplikuje nitrožilně. Není zde zapotřebí přidávat kyselinu askorbovou jako například u heroinu kvůli jeho koncentraci. O bílý heroin je velký zájem mezi uživateli, ale příliš se neobjevuje (Dekontaminace II/2010 – online).
- **Kodein** – řadíme ho mezi opiáty. Na psychiku uživatele působí slaběji než například heroin nebo morfin. Často se využívá pro výrobu dalších návykových látek (Nešpor, 2001).
- **Metadon** – syntetický opiát, používající se především jako dlouhodobá kompenzace za heroin u závislých jedinců v rámci substituční léčbě. Má delší účinek se slabším odvykacím stavem než u heroinu, proto zajišťuje bezpečné dávkování, obvykle jedenkrát denně. Množství dávky při léčbě se pohybuje zhruba od 5 mg v závislosti na toleranci uživatele. Metadon se vyrábí především pro medicínské účely, tudíž legálně. Ale i přesto se objevuje i na černém trhu. Při substituční léčbě se podává perorálně (Minařík in Kalina a kol., 2008).
- **Morfin** – droga získávající se z opia, patří mezi nejčastěji zneužívané a při užívání dochází k úbytku inteligence (Mourhanová, 1995).

2.2 Účinky

Uživatelé drog, především opiátů, je vyhledávají hlavně kvůli jejím samotným účinkům, které vyvolávají euforii a libost. Opiáty jsou charakteristické svými euforickými, analgetickými a uklidňujícími účinky, které nemusí vždy nastat, především při první zkušenosti s nimi. Mnoho uživatelů svoji první zkušenost popisuje jako velmi nepříjemnou, doprovázenou zvracením (Fischer a Škoda, 2014). Když se více zaměříme na jejich podstatu, zjistíme, že nejdříve působí na CNS, primárně mozek, v němž jsou umístěny receptory, které

reagují na účinky opiátů a poskytují euforii a také závislost. Záleží vždy na látce a množství, například morfium, heroin a metadon dokáží receptory plně aktivovat, zatímco subutex (opioid) pouze částečně nebo vůbec (Minařík in kolektiv autorů Sananim, 2007). Při užití opiátu dochází k velkému omezení funkce paměti, pozornosti, myšlení i poznávacích funkcí (Fischer a Škoda, 2014). Množství látky je také podstatné hledisko, které je nutné brát v potaz. Při malém množství dochází k mírnému útlumu, nebo k odbrždění, což znamená, že uživatel je veselý a mírně aktivní. Střední dávky poskytují euforii a zpomalení, u vysokých dochází k bezvědomí anebo v některých případech ke smrti (Minařík in kolektiv autorů Sananim, 2007).

Opiáty, jak již bylo zmíněno, jsou velmi často předepisovány proti bolestem díky jejich tlumivým účinkům. U jedince vyvolávají pocity tepla, libosti a euforie, které jsou spojeny s fyzickým i psychickým útlumem a uvolněním (Pešek, 2008). Avšak velmi často vznikají somatické obtíže (zácpa, útlum dechového centra, retence moči, dočasná sterilita, snížený zájem o sexuální aktivitu) (Minařík in kolektiv autorů Sananim, 2007). V případě, že jedinec užívá opiát bez lékařského předpisu nebo předešlé zkušenosti s dávkováním, roste riziko předávkování, které může skončit až těžkou otravou (Nešpor, 2001). Dle Marhounové (1995) účinky opiátů trvají desítky minut i hodin a jsou charakteristické opojením, po kterém následuje kocovina, útlum organismu a zúžení zornic. Tento útlum Pešek (2008) popisuje jako přesun do svého vnitřního světa, kde je teplo a dobře. Jedinec nevnímá realitu, všechno je mu jedno, jeho myšlení je natolik zpomalené, že nic neplánuje, neřeší, jen podřimuje. Všechny tyto výše zmíněné projevy můžeme zařadit do krátkodobých.

Na druhou stranu je nutné zmínit i dlouhodobé účinky, se kterými se uživatelé opiátů setkávají. Řadíme mezi ně vznik závislosti psychické i fyzické, což závisí na množství a frekvenci užívání opiátů. S rozvojem fyzické závislosti stoupá tolerance a dochází k poškození organismu jedince (Minařík in Kalina a kol., 2008).

2.3 Důsledky užívání

Všechny návykové látky mají škodlivé účinky neboli účinky, o jejichž míře škodlivosti rozhoduje řada faktorů, které si přiblížíme v této kapitole. Užíváním návykových látek dochází k rizikovému chování, které definuje Miovský a Zapletalová (2006) jako chování, při kterém dochází k ohrožení jedince, ale i celé společnosti, především po stránce zdravotní,

sociální a výchovné. Vzorec rizikového chování tvoří souhrn fenoménů, kde jejich existenci i důsledky můžeme ovlivňovat preventivními i léčebnými intervencemi (Mioviský, 2015). Dle Škody a Fischera (2014) jsou škodlivé účinky ovlivněny počtem užití, ale i samotnou aplikací, díky které se dostává psychoaktivní látka do organismu, a také kombinací více psychoaktivních látek najednou. Vágnerová (2014) uvádí, že rizikovým faktorem je především psychická porucha nebo také nemoc, zvyšující pocity nepohody a snížení autoregulace, například deprese, schizofrenie, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti.

Fischer a Škoda (2014) rozdělují důsledky užívání psychoaktivních látek do čtyř základních kategorií:

- **Akutní či krátkodobé stavy** – po užití látky dochází ke stavu, ve kterém se přechodně mění fyziologické, psychické a behaviorální funkce. Všechny změny jsou individuální, závislé na ostatních faktorech, jako je užití, tolerance a další. V některých případech může dojít i k akutní intoxikaci, zejména při dlouhodobém užívání alkoholu či tvrdých drog, výjimkou není také první kontakt s drogou. V tomto případě se projevuje řada poruch, mezi které řadíme poruchy fyzické koordinace, poruchy soustředění a racionálního užívání.
- **Chronická zdravotní poškození** – vznikají především díky dlouhodobému užívání drog. Mohou se vyskytovat v oblasti somatické i psychické (Fischer a Škoda, 2014). Somatické i psychické důsledky trvají nejméně jeden měsíc nebo se mohou opakovaně vracet v průběhu roku (Nešpor, 2000). V somatické oblasti existuje několik zdravotních rizik, ke kterým řadíme AIDS i hepatitida typu C vznikající přenosem infikované injekční jehly při intravenózní aplikaci opiátů, jaterní cirhóza, karcinom plic, ztráta potence nebo menstruačního cyklu u žen (Fischer a Škoda, 2014, Marhounová 1995). Nešpor (2001) poukazuje na rizikovost intravenózní aplikace, kdy může celkem jednoduše dojít k těžké otravě či zanesení infekce do těla prostřednictvím jehly, anebo také napíchnutí tepny místo žíly. V oblasti psychické se vyskytují především depresivní stavy (Fischer a Škoda, 2014). Nowinski (in Rotgers a kol., 1999) k depresivním stavům doplňuje také úzkost, nedostatečnou kontrolu zlosti, poruchy spánku, příjmu potravy, podrážděnost a sebevražedné myšlenky.
- **Akutní sociální důsledky** – řadíme sem především reakce okolí na samotného uživatele drog, jako je například ztráta kontaktu s osobami, které látku neužívají, či porušení

zákonů. Nowinski (in Rotgers a kol., 1999) tyto důsledky popisuje jako konflikty, které se odehrávají v mezilidských vztazích. Závislí jedinci se často odcizují od svých partnerů, v zaměstnání už nepodávají tak vysoký výkon jako dříve a mohou i zanedbávat rodičovské povinnosti. Což vede později k chronickým sociálním důsledkům, například ke ztrátě přátel, partnerů i práce.

- **Chronické sociální důsledky** - akutní sociální důsledky vyústí v chronické, při nichž dochází až k chronickým sociálním problémům v rodinné a profesní oblasti (nezaměstnanost, zavržení rodinou či kriminalita). Nowinski (in Rotgers a kol., 1999) uvádí, že nejčastěji v této kategorii dochází k problémům se zákonem, například kvůli prodeji či držení návykových látek, řízení pod vlivem drog, nevhodnému chování, ale i jednání související s drogami.

Další dělení důsledků uvádí Vágnerová (2014):

- **Akutní intoxikace** – u jedince dochází k fyzickým a psychickým změnám, které se mohou projevit ztrátou vědomí, neklidem a pocitem pronásledování. O akutní intoxikaci mluvíme, pokud můžeme vyloučit závislost anebo škodlivé užívání (Nešpor, 2000). Nešpor (2001) dodává, že akutní intoxikace je velmi nebezpečná a ohrožuje život jedince. Hlavním důvodem je, že intoxikovaný si neuvědomuje důsledky svého chování a může zbytečně riskovat, přeceňovat se nebo provokovat ostatní ve svém okolí. Užitím návykové látky může aktivovat duševní nemoc nebo poruchu, která se v minulosti neprojevila, což vede k výraznějším komplikacím v budoucnu. Při intoxikaci se vyskytují u jedince známky aplikace návykové látky, ale i příznaky a účinky.
- **Problémové užívání** – stejně jako u akutní intoxikace vede k somatickým i psychickým problémům, ale je doplněno i o sociální problémy. Zde ještě nemusí docházet přímo k závislosti, ale i tak se zde vyskytuje řada poruch, mezi které řadíme výkyvy emočního ladění, poruchy paměti anebo také v rámci nadměrné konzumaci drog dochází k sociálnímu vyloučení
- **Závislost** – jedinec je považován za nemocného, který je závislý natolik, že neustále vyhledává návykovou látku i přesto, že si je vědom negativních důsledků na svůj zdravotní stav.

2.4 Závislost

Pokud mluvíme o návykových látkách, musíme se také zmínit o závislosti. Závislost je odborníky považována za syndrom, který je v nás zakořeněn. Dle Kudrleho (in Kalina a kol. 2008) je nutné při hledání kořenů samotné závislosti, se zaměřit na životní dilemata, díky nimž nalezneme motivaci i potřebu pro vznik závislosti, a řadí mezi ně potřebu nalézt klid a odpoutat se od bolesti, předejít nudě, cítit se plný energií, pocítit euforii a slast, potřebu transcendence utrpení a splynutí s Bohem. Syndrom závislosti můžeme dále vysvětlit jako soubor všech psychických (kognitivních, emočních a behaviorálních změn) a fyzických změn, vznikající opětovným užíváním drog (Fischer a Škoda, 2014). Marhounová (1995) vysvětluje závislost na drogách oproti ostatním autorům jako určitý stav somatické a psychické vazby uživatele na jednu či více návykových látek, užívaných pravidelně se škodlivými následky nejen pro samotné uživatele, ale také i pro celou společnost.

Podle Nešpora (2018) se syndrom závislosti může vyskytovat pro konkrétní látku například tabák nebo diazepam, nebo třídu látek, do nichž řadíme opiáty a v poslední řadě širší řadu látek. Mezinárodní klasifikace nemocí 10. Revize (in Nešpor, 2018) definuje syndrom závislosti také jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, u nichž jedinec dává přednost užívání návykové látky před jednáním, které prosazoval dříve. Hlavním znakem závislosti je touha vzít si drogu, alkohol či tabák. Herzog (in Štěpánka Čtrnáctá a kol, 2013) definuje drogovou závislost jako příklad neefektivního biologického a ekonomického chování, kdy jedinec preferuje krátkodobé uspokojení a akceptuje jeho negativní důsledky. Nešpor (2000) také zmiňuje, že pokud dojde k návratu k užívání drog po období abstinence, může dojít k různým rysům syndromu závislosti, nežli u jedinců, u kterých se syndrom závislosti neprokázal.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) uvádí několik příznaků závislosti, které musí trvat alespoň 12 měsíců a současně splnit podmínku objevení se tří nebo čtyř z následujících jevů, abychom ji mohli klasifikovat:

- **Silná potřeba** získat drogu a užít ji. Projevuje se bažením neboli “cravingem“. Projevy bažení jsou velmi různorodé. Řadíme mezi ně například nálezy při aktivitě mozku (limbický systém, amygdala, mozeček a další), zpomalený reakční čas jedince, nižší schopnost zapamatování, zvýšená tepová frekvence a další (Nešpor, 2000). Nešpor (2001) uvádí, že bažení se zesiluje v případech, kdy se jedinec dostává do prostředí nebo

společnosti, které má spojené s užíváním drogy, anebo v situaci, kdy se mu droga stává dostupnou. Na druhou stranu bažení můžeme ovlivnit a zeslabit za pomoci abstinence, vyhýbání se spouštěčům a celkové vnitřní vyrovnanosti.

- **Žádné hranice, ztráta sebeovládání týkající se užití drogy.** Dle Nešpora (2000) je rozdíl mezi samotným bažením a sebeovládáním. Hlavní rozdíl spočívá v tom, že „craving“ je subjektivní, zatímco sebeovládání se projevuje v chování jedince. Bažení ztěžuje kontrolu nad sebeovládáním, platí to i v případech, kdy si jedinec neuvědomuje samotné bažení, které vede ke ztrátě hranic při užívání drogy.
- **Zvýšená konzumace drog i tolerance na ni.** Dlouhodobým užíváním si organismus zvyká na vysoké dávky a pro uspokojivý účinek potřebuje vyšší dávku látky, což může vést k neustálému nárůstu tolerance. Nešpor (2000) poukazuje na skutečnost, že při vzniku tolerance musíme brát v potaz také psychologické vlivy, například u heroinu, kdy může poklesnout tolerance v cizím prostředí (např. dovolená) natolik, že v důsledku užití stejné dávky, na kterou byl jedinec zvyklý, může dojít k otravě.
- **Abstinenční syndrom.** Návyková látka je užívána se záměrem snížit příznaky odvykacího stavu. Průběh odvykacího stavu závisí na množství a frekvenci užívání návykové látky a je doprovázen řadou projevů, například při vysazení opiátů dochází k silným křečím a bolestem celého těla, průjmům a dalším. (Nešpor, 2018, Nešpor 2000).
- **Snaha zajistit si a užít drogu za všech okolností,** ztráta svých zájmů i potřeb, využití svého volného času především pro získání látky či jejího užívání.
- **Nadměrné užívání látky** i přes uvědomění si negativních důsledků na své zdraví (Nešpor, 2018, Kalina, 2015, Vágnerová, 2014).

Fischer a Škoda (2014) dělí závislost na dva základní typy a to na závislost fyzickou (somatická) a psychickou.

Fyzická závislost je stav adaptace organismu na danou látku, která může být doprovázená růstem tolerance, proto jedinec zvyšuje dávku užití, aby dosáhl prvotního efektu (Vágnerová, 2014). Jeřábek (in Kalina, 2008) doplňuje, že je fyzická závislost definována nejen nárůstem tolerance, ale i následujícím odvykacím stavem. Odvykací stav je typickým projevem fyzické závislosti při absenci návykové látky, proto se mnozí uživatelé snaží dodržovat určité odstupy

mezi dávkami, aby tomu předcházeli (Orlíková, in kolektiv autorů Sananim, 2007). Somatická závislost je charakteristická svými nepříjemnými fyzickými příznaky. Tyto projevy můžeme sledovat po vysazení drogy či snížení množství látky a jsou jimi např. nadměrné pocení, třes, křeče v břiše či průjem. Fyzická závislost vzniká při užívání opiátů a benzodiazepinů.

Psychická závislost je syndromový komplex s jádrovým psychologickým „cravingem“, kde dochází k absenci sebeovládání se ve smyslu užívání látky i přes uvědomující si riziko škodlivosti látky (Jeřábek in Kalina a kol, 2008). Oproti fyzické se vyznačuje především touhou po užití drogy a opětovném navození příjemného stavu po užití. Na rozdíl od somatické závislosti, která přetrvává pouze několik dní, psychická trvá déle. Orlíková (in kolektiv autorů Sananim, 2007) s tímto tvrzením souhlasí a doplňuje, že psychická závislost je velmi špatně ovlivnitelná a někdy nestačí jen pevná vůle, ale důležitá je i pomoc odborníků. Z toho důvodu vznikly například terapeutické komunity, které napomáhají lidem bojovat s touto závislostí několik měsíců i let. Dle Vágnerové (2014) závislý jedinec trpí úzkostmi a podrážděností už jen při pouhé představě na nedostupnost drogy a bez odborné pomoci nedocílí změny. Látky způsobující psychickou závislost jsou například amfetaminy, tetrahydrokanabinol či nikotin.

2.4.1 Etiologie vzniku závislosti

V předchozí kapitole jsem se zaměřila na závislost, se kterou však souvisí i samotná etiologie vzniku závislosti. Zabývá se jí mnoho odborníků drogové problematiky. McCrady a Epstein (in Rotgers a kol., 1999) vysvětlují etiologii vzniku závislosti jako jev, který charakterizují jako vývojový a komplexní jev s mnoha danými faktory. Podstatou jsou nejen environmentální a biologické cesty, ale existuje i určitá variabilita, která se projevuje v drogové závislosti a závislými jedinci. Zima (in Kalina a kol., 2015) zdůrazňuje, že závislost v organismu vyvolává řadu biochemických změn, které jsou ve vztahu s danou látkou, na níž propukla závislost. Vágnerová (2008) souhlasí a doplňuje, že je důležité brát v potaz také chemické složení drogy a dále také její působení na organismus uživatele. Některé návykové látky mohou vyvolat okamžitou závislost bez přítomnosti psychických či biologických vlastností. Dvořáček (in Kalina a kol., 2008) předpokládá, že hlavními příčinami vzniku závislosti mohou být například osobnostní rysy nebo také typy rodinných vztahů, které tvoří takzvanou živnou půdu pro vznik závislosti. Vágnerová (2008, 2014) uvádí, že vznik

závislosti může být ovlivněn sociálním prostředím, ale také psychickými a fyzickými vlastnostmi jedince. Dále se také domnívá, že riziko vzniku závislosti na drogách je nejvyšší u jedinců ve věku 15 až 35 let s tím, že nejčastěji užívanou látkou je marihuana a extáze.

Rozvoj samotné závislosti je multifaktoriálně podmíněn. Na vzniku se především podílejí fyzické a psychické vlastnosti samotného jedince, ale také i vnější prostředí, ve kterém se pohybuje. Vágnerová (2014) multifaktoriální jevy dělí na tři základní faktory ovlivňující závislost, jimiž jsou:

- **Genetické dispozice** – tvoří komplex specifických genetických informací, které mohou ovlivňovat vznik poruch osobnosti, snášenlivost i touhu zkusit návykovou látku. Dle Fischera a Škody (2014) výzkum prokázal, že některé genetické informace vážně napomáhají k závislosti na návykových látkách a jejich opětovnému užívání. Sochůrek (2009) souhlasí a doplňuje, že příčiny jsou vrozené, ale musíme brát také v potaz sociální a psychické faktory, které se vznikem úzce souvisí.
- **Biologické faktory** – vzniká zde závislost, která je ovlivněna především zpracováváním návykové látky organismem. Pokud zde dojde k pozitivní zpětné vazbě, kdy jedince zbaví úzkosti, uvolní ho a další, může být tato vazba vnímána jako odměna. Po několika užití nelze dosáhnout prvotního efektu, ale i přesto zůstává chtíč užít látku. Naproti tomu Kudrle (in Kalina a kol., 2008) má zcela jiný pohled, protože podle něj do biologických faktorů patří starost a zájem o své zdraví po fyzické stránce, prevence před onemocněními a úrazy a rehabilitace handicapů. Prvotní konzumace návykových látek je za účelem zmírnění bolesti onemocnění, formou analgetik nebo také v boji proti obezitě, použitím amfetaminů. Však při ztrátě svých „cílů“ tyto látky mohou být spouštěčem užíváním návykových látek a vzniku závislosti.
- **Psychické faktory** – důvody experimentování s drogami jsou různé. Mohou vzniknout díky individuálním potřebám jedince, ale také i ze sociálního tlaku okolí (přátel, vrstevníků a dalších). Jedinec vyhledává drogu především kvůli jejím účinkům, aby mohl například utéci před svými problémy, stereotypem, cítit uspokojení a slast, které dokáže vyvolat pouze droga. Dle Kudrleho (ibid.) jsou nejčastější příčiny užívání drog prožitky nudy, zvědavost, malé sebevědomí, absence hranic a další. Uživatelům chybí různorodost volnočasových aktivit, což vede ke konzumaci drog, dále může být také problém

v rodinném prostředí, kdy jedinec nedokáže fungovat individuálně, z toho důvodu vyhledává prostor, kde rodiče nemohou – stav vědomí podmíněné drogou.

- **Sociální faktory** – zvyšuje se zde riziko především v nežádoucích prostředích jako je dysfunkční rodinné zázemí, vliv vrstevníku ale i městské prostředí. Kudrle (ibid.) doplňuje, že rizikem jsou také pocity vyčlenění ze společnosti, rasová odlišnost a chtíč patřit k dominantní skupině. Jedná se o dysfunkční rodinné prostředí neřešící své problémy či případy nápodobování nežádoucího chování jiného člena rodiny. Nezanedbatelný je také vliv vrstevníků a subkultury, u nichž je konzumace alkoholu běžná. Další riziko užívání návykových látek vzniká kvůli jejich dostupnosti především v městském prostředí způsobené anonymitou a nižší kontrolou. V poslední řadě je nutné zmínit i některé profese, které jsou náročné svou stresovou zátěží, nebo i ty, kde jsou příslušné návykové látky až příliš dostupné. Jedná se o zdravotníky či čišníky. Riziko vzniku závislosti posiluje nižší úroveň vzdělání, sociálně znevýhodnění, nezaměstnaní, sociálně vyloučení a další (Vágnerová, 2014).

Kudrle (in Kalina, 2008) se také zmiňuje o dalším faktoru ovlivňující závislost, a tím je spirituální faktor.

- **Spirituální faktor** – největšími riziky u tohoto faktoru je ztráta smyslu života, duchovních autorit a hodnot. Jedinec chce získat co nejvíce materiálních prostředků, které ho uspokojují a poskytují mu iluzivní štěstí. Dochází zde k absenci poznání vnitřního já, ale také i pokory a poznání světa po mytologické a mystické stránce.

Dle Kaliny (2003) můžeme míru závislosti jedince na návykové látce určit dle její intenzity, frekvenci, ale i následků. Uvádí šest kategorií, jimiž jsou:

1. **Rizikové skupiny a rizikovní jednotlivci** – jedná se především o jedince ve věkové kategorii od dvanácti do osmnácti let. Dále zde můžeme zařadit také rizikové profese, sociální a etnické skupiny. Riziko se zvyšuje i u jedinců, kteří mají psychické problémy a poruchy genetické predispozice, poruchy chování a také učení či pocházející z dysfunkčních rodin, kde se užívají tyto látky nebo tyto látky užívá sourozenec či partner (Kalina, 2015).

2. **Experimentální konzumování návykových látek neboli experimentátoři** – jedinec užívá drogu, ale velmi nepravidelně. Jedná se spíše o občasnou konzumaci, kterou nedoprovází žádné následky.
3. **Příležitostná konzumace** – zde dochází k pravidelnějšímu užívání drogy v určitých intervalech, obvykle jednou týdně ve svém volném čase. Následky užívání se mohou projevit po aplikaci, ale nejsou dlouhodobého rázu, nenarušují psychický stav jedince ani jeho sociální postavení ve společnosti.
4. **Pravidelné užívání návykových látek** – v tento moment se droga stává součástí životního stylu uživatele, kdy užívání je pravidelným rituálem, což přináší už značné negativní následky.
5. **Problémové užívání drogy** – hlavní prioritou je droga, narušující sociální vztahy a samotnou existenci konzumenta. Droga je užívána mnohem častěji, což způsobuje negativní dopady na jeho zdravotní stav, především v případech kdy je rizikově aplikována – intravenózně.
6. **Závislost** – poslední kategorií je samotná závislost, která vzniká po dlouhodobějším užívání návykové látky. Hlavním projevem závislosti je vyšší tolerance vůči droze a bažení po ní neboli “carving“. Uživatel myslí pouze na to, jak látku užít, a kde si ji opět sežene. S tím souvisí řada problémů jak po zdravotní stránce, tak i po sociální a psychické. Uživatelé už splňují kritéria závislosti v MKN – 10 (Kalina, 2015).

2.4.2 Odvykací stav

Každá návyková látka způsobující závislost u jedince má i svůj specifický odvykací stav, který nastupuje po skončení užívání. Odvykací stav lze podle Nešpora (2001) definovat jako stav, ke kterému dochází při vysazení drog, jako je tomu například u opiátů, alkoholu a léků při dlouhodobém užívání vysoké dávky drogy.

Odvykací příznaky mohou být psychického i fyzického rázu (Nešpor, 2001). U návykových látek je odvykací stav různý. Záleží na typu látky, ale také na reakci organismus jedince. U některých uživatelů odvykací stav ani nezaznamenáme, zatímco u jiných je velmi znatelný. Dle Dvořáčka (in Kalina a kol., 2008) mohou být abstinenci příznaky natolik

nepříjemné, že uživatel nevyhledává drogu primárně pro její příjemný efekt, ale především se snaží předejít abstinčním příznakům. Z klinické zkušenosti jsou nejsilnější odvykací stavy především u drog, které mají tlumivé účinky, do nichž řadíme opiáty (Dvořáček in Kalina, 2008).

U uživatelů opiátů se při odvykacím stavu projevují charakteristické příznaky. Minařík (in Kalina, 2008) přirovnává odvykací stav k těžké chřipce, která má několik specifických znaků, jimiž jsou vysoké teploty, nespavost, poruchy řeči, nechut' k jídlu a dehydratace. Nešpor (2000) dále doplnil další příznaky, jako je zívání, slzení, velké křeče a bolesti svalů, hlen či tekutinu z nosu, nevolnost, zvracení, „craving“ po opiátu, zvýšené pocení a rozšířené zornice. Také můžeme u některých jedinců pozorovat zrychlený pulz a duševní nepohodu (Nešpor, 2001). V některých případech může dojít až ke kolapsu či úmrtí (Minařík in Kalina, 2008). Tyto abstinční příznaky se dostaví za několik hodin, po odeznění účinku opiátů (Pešek, 2008).

Abychom v praxi mohli určit, zda se jedná o odvykací stav, řídíme se dle tří kritérií, které by měl splňovat (Nešpor, 2000):

- Vysazení látky v předchozích dnech či její redukce, v případě kdy byla dlouhodobě nebo opakovaně konzumována
- Splňuje dané projevy odvykacího stavu k příslušné návykové látce
- Projevy nejsou vysvětlitelné fyzickým onemocněním, psychickou či behaviorální poruchou

Vzhledem k tomu, že odvykací stav může být velmi nepříjemný a může dojít až k ohrožení života uživatele, je dle Orlikové (in kolektiv autorů Sananim, 2007) nejvhodnější variantou hospitalizace, která může trvat i několik dní. Proces odvykání neboli detoxifikace probíhá tak, že klient dochází do zařízení ambulantně nebo je hospitalizován, aby lépe zvládl akutní fázi odvykacího stavu. Akutní fáze je následně vystřídána chronickou, která již léčbu nevyžaduje, pouze čas (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

2.4.3 Léčba závislosti

Problematika závislosti je dlouhodobý proces, který není snadno eliminován. Zásadními kroky jsou uvědomění si sám sebe a své závislosti. Zejména je třeba si přiznat problém. Marhounová (1995) vysvětluje léčbu drogové závislosti jako velmi zdlouhavý a nákladný proces, kdy toxikomanií označuje jako rakovinu duše, bujení, týkající se nejen samotného uživatele, ale i jeho sociálního prostředí. Podle Nešpora (2018) léčba závislosti nemá jen jednu příčinu, proto k léčbě musíme používat více postupů. Z tohoto důvodu může klient využít několik možností v různých zařízeních, například střednědobou léčbu, na kterou navazuje terapeutická komunita. V praxi se setkáváme se zájmem o léčbu drogové závislosti, ale nejdříve je nutné zvážit možnosti léčby a terapie, které se odvíjí nejen od stupně závislosti klienta, ale i dalších kritérií, které uvádí Kalina (2003):

1. Zdravotní stav jedince, včetně fyzické závislosti na návykové látce.
2. Motivace klienta a podpora z okolí.
3. Psychopatologické i psychologické problémy vyplývající se závislosti.
4. Společenské vztahy, především jeho rodina a přátelé.
5. Abstinence, výskyt relapsu.

Další kritéria, na které bychom se měli zaměřit při výběru léčby závislosti na drogách, aby byla co nejefektivnější, doplňuje Nešpor (2000, 2018):

1. Ke každému klientovi bychom měli přistupovat individuálně a to zejména při výběru léčby, protože mu nemusí vyhovovat.
2. Léčba a terapie by měla být dostupná, zahrnovat individuální a skupinové poradenství, předpis a užívání vhodných medikamentů.
3. Detoxifikace.
4. Léčba by měla mít charakter dobrovolnosti, aby byl výsledek pozitivní, včetně vyšetření na HIV/AIDS, žloutenku, tuberkulózu a další infekční onemocnění.
5. Zvládnutí závislosti je dlouhodobý proces, léčba může být opakovaná i v rámci svépomocných skupin.

Samotná léčba závislosti má své specifické znaky, které by měla splňovat. Kalina (2008) říká, že jsou to cíle léčby (socializace, abstinence, zdravý hodnotový životní styl), plánovaná doba léčby (individuální, dle stavu klienta), intenzita léčby a její pružnost, což znamená přizpůsobení se potřebám klienta. Nešpor (2000) přikládá důraz při léčbě závislosti především motivaci. Tvrdí, že pokud budeme na klienta působit citlivě, vhodným způsobem a zmapujeme mu jeho problémy v různých oblastech jeho života, například v rodině či zdravotní, můžeme ho pozitivně motivovat ke změnám v jeho životě.

V současnosti existuje řada služeb a protidrogových zařízení, které pracují s uživateli drog, poskytují jim své služby a zároveň naplňují jejich potřeby (Hajný, 2001). Je to ucelený systém péče, jehož vývoj se odvíjel od potřeb klientů, ale i samotné služby (Richterová Těmínová in Kalina a kol., 2008). Řadíme sem:

- Terénní programy – nabízí výměnu injekčního materiálu, kondomy a další propriety. Poskytují informace o užívání drog, léčbě závislosti a další. Terénní programy se uskutečňují v přirozeném prostředí klientů, kteří se pohybují v rizikových oblastech.
- Nízkoprahová kontaktní centra – ambulantní služba, jejíž základem je poskytování informací o užívání, léčbě závislosti, výměna injekčních stříkaček, poskytování propriet, poradenství, motivační rozhovory a testování na HIV, hepatitidu typu B i C.
- Ambulantní léčba – klient dochází na předem domluvené schůzky do psychiatrické nemocnice nebo kontaktního centra.
- Detoxikační jednotky – zařízení, v nichž probíhá detoxifikace neboli také “detox“. Jedná se o proces, kdy se závislý jedinec zbavuje jedovatých látek v těle a podstupuje odvykací stav. V případě potřeby je možno podpořit klienta léky (Nešpor, 2001).
- Psychiatrické nemocnice – probíhají zde tříměsíční programy léčby závislosti (střednědobá léčba), nejčastěji při závislosti na heroin, pervitin a další.
- Terapeutické komunity – poskytující střednědobou nebo dlouhodobou léčbu pro motivované klienty a obvykle mimo město.
- Doléčovací centra včetně následné péče – programy, které následují po léčbě závislosti nebo terapeutické komunity. Poskytují zde psychoterapii, poradenství, také sociální práci a možnost ubytování.

- Substituční programy – ambulantní léčba probíhající v psychiatrických nemocnicích.

2.4.4 Substituční léčba

V praxi i v odborné literatuře se setkáváme s různými alternativami léčby závislosti. Avšak co se týče závislosti na opiátech, je to stále diskutabilní téma mezi odborníky. Setkáváme se i s názory, které se přiklání především k substituční léčbě. Fischer a Škoda (2014) tvrdí, že substituční léčba je základem samotné léčby, která musí být vedena pod dozorem odborníků, kteří podávají předepsanou látku, jejíž charakteristika je příbuzná látce, na které je uživatel závislý. Substituční léčbu Nešpor (2000) vysvětluje jako způsob, kterým nahrazujeme nebezpečnější látku, například heroin, látkou stejné skupiny, obvykle buprenorfinem nebo metadonem. Používá se především u fyzické závislosti, kdy není momentálně orientovaná léčba k abstinenci. S tímto tvrzením Minařík (in Kalina a kol., 2008) souhlasí a doplňuje, že i když klient není motivovaný k odvykací léčbě, tak substituční léčba ho může vést ke stabilizaci a následovně ho směřovat k vysazení a později i k abstinenci. Dle Fischera a Škody (2014) je to standardní léčebný postup, který řadíme do postupů tzv. „harm reduction“. Janíková (in Kalina, 2015) uvádí, že „harm reduction“ je přístup, který má několik cílů, jimiž jsou: snižování poškození a škod, výměna injekčního materiálu, intervence směrem ke klientovi a zastavení šíření infekčních chorob (především HIV/AIDS). Ve své podstatě je to soubor praktických strategií, eliminující negativní důsledky užívání návykových látek, včetně bezpečnějšího užívání s výhledem k abstinenci.

Jedinec podstupuje terapii, která pozdržuje splnění abstinence na dobu, kdy bude uživatel připravený podstoupit léčbu závislosti. Kalina (2008) se také přiklání k léčbě závislosti prostřednictvím metadonu či jiné substituci, která je doplněna psychoterapií. Vysvětluje, že pokud je léčba intenzivní, může mít řadu pozitivních důsledků, jako je například snížení výskytu kriminality, snížení rizika přenosu HIV/AIDS, hepatitidy typu B a C v rámci intravenózní aplikace, dále také v sociálním začlenění klienta a jeho stabilizaci. Carroll (in Rotgers a kol., 1999) zdůrazňuje efektivitu a důležitost substituce metadonem. Podle ní má schopnost udržet klienty v léčbě, tím pádem dochází k zamezení užívání drog. Dále také kontroluje dávku opiátu a zamezuje nákaze virem HIV prostřednictvím intravenózní aplikace. V současnosti nejvíce využívanými látkami v substituční léčbě jsou metadon a buprenorfin (Fischer a Škoda, 2014). Orlíková (in kolektiv autorů Sananim, 2007) se všemi tvrzeními

souhlasí a zároveň doplňuje, že samotná substituce k léčbě nestačí, je nutné s uživatelem dále pracovat na jeho zdravotním, psychickém stavu a sociální situaci v rámci poradenství.

3 Sociální práce s uživateli drog

S uživateli drog se setkáváme velmi často v pomáhajících profesích, proto je nutné mít pro obor sociální práce osobnostní předpoklady, ale také splňovat náležitou kvalifikaci. Abychom byli úspěšní při práci s klienty, je z hlediska pracovníka nutné si vždy zachovat profesionalitu, stejně jako dodržet zásady a metody práce. Samozřejmě problematika uživatelů drog se dotýká i dalších odborníků, jimiž jsou etopedi, speciální pedagogové, sociální pedagogové, ale i lékaři, psychiatři a další. Avšak vzhledem k zaměření této bakalářské práce se zaměřuji pouze na sociální pracovníky, kteří jsou v úzkém kontaktu s uživateli nealkoholových drog. Sociální práci obecně definujeme jako soubor činností, které směřují k eliminaci nedostatků a zároveň k jejich prevenci. Dochází zde k úzkému kontaktu klienta s pracovníkem, který na něj záměrně a cíleně působí (Mühlbacher, 2004).

Dle Müllerové, Matouška a Vondráškové (in Matoušek a kol., 2005) došlo k největšímu zlomu v devadesátých letech 20. století, kdy se odborníci rozdělili na dvě skupiny. Jedni se zaměřovali pouze na alkoholovou problematiku a druhá skupina odborníků zabývala hlavně nealkoholovými drogami. V souvislosti s touto skutečností vznikla Protidrogová politika v České republice, která nabízí širokou škálu možností léčebných i preventivních programů u nás. Müllerová, Matoušek a Vondrášková (in Matoušek a kol., 2005) uvádí, že hlavními principy Protidrogové politiky v České republice je snížení poptávky, rizik a dostupnosti návykových látek. K naplnění hlavních principů nám napomáhá zejména snížení poptávky, resocializace a léčba. Snížení škod minimalizujeme prostřednictvím „harm reduction“ a v neposlední řadě ke snížení dostupnosti využíváme sociální práci. Principy „harm reduction“ jsou uplatňovány v nízkoprahových zařízeních, jako jsou kontaktní centra nebo terénní programy.

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, která jsou určena především pro uživatele drog a jejich blízké. Nacházejí se na určitých místech v daném regionu a jejich hlavním cílem je minimalizace zdravotních a sociálních rizik u uživatelů návykových látek. Zároveň se snaží také chránit celou společnost před infekčními onemocněními sběrem a likvidací infekčního materiálu uživatelů drog (Richterová Těmínová in Kalina a kol., 2008). Hlavními principy jsou nízkoprahovost a zachování anonymity uživatelů bez příslibu budoucí abstinence (Kalina, 2003). Zahrnují zejména kontaktní služby, poradenství, možnost zprostředkování léčby, motivační rozhovory a v neposlední řadě „harm reduction“ (Janíková in Kalina, 2008).

3.1 Metody při práci s klienty

Sociální pracovník pracující v kontaktním centru je součástí preventivní sociální práce. Jejím hlavním cílem je předcházet vzniku narušení exogenní rovnováhy a harmonického vývoje jedinců, skupin či celků. Ve své podstatě se snaží eliminovat vznik příčin nežádoucích společenských jevů (Mühlpachr, 2004). Guggenbühl - Craig (2007) popisuje sociálního pracovníka jako osobu velmi rozpolcenou, která se cítí odpovědná a zavázaná pomoci co nejvíce lidem, avšak vzápětí má skrytý motiv, kterým je mít moc nad svým klientem.

Sociální pracovníci vykonávají řadu činností i rolí, které se vzájemně prolínají. Všechny se však odvíjí dle typu zařízení, ve kterém se pracovník právě vyskytuje (Mühlpachr, 2004). Dle Janíkové (in Kalina, 2008) musí mít pracovník určité schopnosti, mezi něž řadíme dostatečné komunikační schopnosti a dovednosti týkající se motivačních rozhovorů, navazování prvního kontaktu s potencionálním klientem a vzdělání k bezpečnějšímu užívání návykových látek.

Při práci v pomáhající profesi nestačí pouze schopnosti a dovednosti pracovníka, ale je také velmi důležité umět navázat kontakt s klientem dané cílové skupiny. Dle Müllerové, Matouška a Vondráškové (in Matoušek a kol., 2005) je první kontakt mezi sociálním pracovníkem a klientem velmi důležitý. Pracovník vstupuje do prostoru konkrétní cílové skupiny, kdy může být přijat, ale i naopak odmítnut. V tomto případě se jedná o cílovou skupinu, kterou tvoří uživatelé drog a jejich blízcí. Je důležité zjistit, v jaké fázi závislosti se klient nachází, experimentální či diagnostikované, stupeň motivace, ale i jeho očekávání (Broža in Kalina, 2008). Vzhledem ke splnění očekávání klienta pracovníci při své práci používají řadu postupů a metod, které jim napomáhají při práci s klienty i splnění „zakázky“. Není vždy jednoduché posoudit, která metoda bude nejúčinnější a zároveň napomůže klientovi k řešení jeho problému. Cílem pracovníka je splnit „zakázku“ danou klientem a zároveň se snaží zlepšit jejich dosavadní životní styl. Michalík (2008) uvádí několik základních metod sociálního pracovníka při práci s klienty, do nichž řadí:

- **Kontaktní práce** – cílem je navázat první kontakt s klientem a dále ho prohlubovat. Snažíme se zjistit cíle i potřeby klienta a budovat vzájemnou důvěru (Těmínová Richterová in Kalina a kol., 2008). Kontaktní práci získává pracovník důležité informace o klientovi, jeho rizikovém chování a drogové scéně, kterou může posléze mapovat. Probíhá v kontaktní místnosti kontaktního centra nebo v terénu (Janíková, Kiššová,

Klíma, Mravčík, Šalamoun, 2018). Dochází zde k vzájemné spolupráci pracovníka s klientem, formování jeho problému a stanovení si reálných cílů, určení kroků pro dosažení cíle a jejich vyhodnocování. Od klienta se očekává aktivní přístup. Pracovník je průvodcem klienta, při určitých situacích může použít terapeutické metody (Michalík, 2008). Během kontaktní práce může pracovník zahájit intervenci, kdy se snaží zamezit určitému chování klienta týkající se užívání návykových látek a jeho důsledků po co nejdelší dobu a tímto zamezit progresi (Miovský, Čablová, Jurystová in Kalina a kol, 2015). Krátká intervence napomáhá pracovníkovi při identifikaci aktuálního nebo potencionálního problému klienta v souvislosti s jeho užíváním drog, závislostního chování a také při motivování jedinců, kteří nechtějí léčbu, ke změně jejich rizikového chování (Nilsen, 2010).

- **Pozorování a naslouchání** – vzniká již při prvním kontaktu s klientem, kdy je pozorovatelem pracovník. Zaměřuje se především na klientovo vystupování, jednání, usuzování, jeho reakce a soustředění se. Dále se soustředí na motivaci klienta ke změně (Michalík, 2008). Pracovník pozorováním klienta neverbálně sděluje, že se o něj zajímá a naslouchá mu. Pozorování pomáhá v porozumění situace, stejně jako v odhalování nesrovnalostí ve verbálním i neverbálním projevu klienta, což může posloužit k řešení jeho situace (Culley a Bond, 2008). Pozorování nám doplňuje aktivní naslouchání, při kterém pracovník projevuje zájem o klienta. Snaží se vnímat jeho perspektivu a vnitřní svět a zároveň mu plně porozumět (Motschnig a Nykl, 2011). Aktivním nasloucháním sděluje klientovi, že ho poslouchá, což je velmi důležité. Přesto vyžaduje i zpětnou vazbu o tom, zda mu bylo porozuměno, a proto je nutné klientovi shrnout vlastními slovy to, co právě řekl (Culley a Bond, 2008). Aktivní naslouchání je doplněno o řadu technik, jako jsou parafrázování, objasňování, reflektování a shrnování. Technikou parafrázování pracovník převypráví to, co mu sdělil klient. Objasňování se provádí za pomoci dalších doplňujících otázek, které nám slouží k pochopení situace. Technikou reflektování se zrcadlí vše, co pozoroval pracovník, například emoce a pocity klienta. Poslední je shrnutí, při němž se rekapitulují všechny informace, které klient sdělil (Havránková in Matoušek a kol., 2013).
- **Motivační rozhovor** – jedná se o nejpoužívanější metodu, při které pracovník získává nejvíce informací o klientovi, jeho cíli a snaží se ho motivovat ke změně (Michalík, 2008). Změny mohou být zásadní (léčba závislosti, přestat brát drogy) nebo i malé (pomoci mu

při hledání zaměstnání). Motivační rozhovory vychází z přístupu, který je orientován na klienta, jehož základem je koncept řeči, který v rámci rozhovoru vede k pozitivním změnám. Tento koncept napomáhá k uskutečnění změn a je přímou zpětnou vazbou o efektivitě intervence. Rozhovory poskytují několik technik, které jsou účinné pro rozvoj vnitřní motivace klienta a podporují jeho změny (Soukup in Kalina a kol., 2015). Důležitá je spolupráce mezi pracovníkem a klientem, kdy dochází k vyvolání změny uvnitř klienta. Motivační rozhovory se kombinují s terapií, potom je terapie nejefektivnější z hlediska budoucích vyhlídek abstinence (Millerová, 2011). Dle Michalíka (2008) je terapie poradenský rozhovor zaměřený na poskytování informací klientům, na podporu řešení krizových situací a další. Dále zde dochází k motivaci klienta ke změně, především abstinenci (Těmínová Richterová in Kalina a kol., 2008).

- **Výměnný program a „harm reduction“** – tyto metody jsou klíčové pro činnost kontaktních center, kde je hlavním cílem prevence, ale i snaha o minimalizování prostoru pro šíření a přenos infekčních onemocnění (AIDS/HIV, hepatitida typu B a C) mezi uživateli drog a běžnou populací. Prostřednictvím „harm reduction“ zprostředkovávají výměnu injekčního materiálu a propriet včetně zdravotnického materiálu (Herzog in Klíma a kol., 2010, Těmínová Richterová in Kalina a kol., 2008). „Harm reduction“ se snaží zabránit i ostatním rizikům, které existují ve spojitosti s užíváním drog. Pracovník klienty upozorňuje na zdravotní důsledky užívání i sociální důsledky, například na nesplácení dluhů, možnosti stabilního bydlení a dalších. Z tohoto důvodu by měl navrhnout klientovi několik kroků, které by vedly ke snížení těchto rizik a škod (Janíková in Kalina a kol., 2015).
- **Poskytování informací a rad** – tvoří velkou součást poradenství, jehož základem je především sdělení informací. Pracovník by měl vždy klienta informovat takovým způsobem, aby mu rozuměl, a měl by mít přehled. Zahrnuje i poskytování informací o užívání drog, závislosti, zdravotních rizicích a testování na infekční nemoci (Michalík, 2008).
- **Základní sociální poradenství** – proces, při němž pracovník poskytuje klientovi základní informace o sociálních dávkách, nárocích, vyřizování dokladů, zaměstnání, ale i službách nebo možnostech, které by mohly napomoci k řešení nebo ke zmírnění jeho akutní situace. V rámci základního sociálního poradenství poskytují a zprostředkovávají také odbornou pomoc (Hartl in Matoušek a kol., 2013, Těmínová Richterová in Kalina a kol., 2008).

- **Odborné sociální poradenství** – jedná se o prohlubování kontaktu s klientem, kdy se pracovník zaměřuje především na změnu životního stylu klienta – zdravotní stav, rizika spojená s užíváním drog, možnosti léčby a její zprostředkování – (Těmínová Richterová in Kalina a kol., 2008). Soustředí se také na sociální situaci jedince, který se může ocitnout v sociální nebo hmotné nouzi. Zároveň také poskytuje terapeutickou činnost individuální, skupinovou, rodinnou a další (Hartl in Matoušek, 2013).
- **Krizová intervence** – terapeutická metoda při řešení krizových situací u klienta (Michalík, 2008). Hlavním záměrem je strukturovat a zřehlednit klientovu situaci, především jeho prožívání, a snažit se zamezit ohrožující nebo jiné kontraproduktivní tendence rizikového chování. Krizová intervence souvisí s minulostí, přítomností i budoucností klienta. Napomáhá řešit problém aktuální situace klienta za pomoci jeho aktivity, schopností a přirozených vztahů s ostatními lidmi. Krizová intervence obsahuje několik setkání a končí tehdy, když sám klient dokáže konstruktivně řešit své problémy (Vondráčková in Kalina a kol., 2015). Krizi prožívá každý velmi individuálně a pro každého má jinou váhu. Z toho důvodu musí pracovník postupovat dle problému klienta a jeho aktuální situace. Hlavním záměrem je zvýšit kompetence klienta tak, aby dokázal zvládat krizové situace svými vlastními silami (Vodáčková, 2012).
- **Poradenství pro rodinné příslušníky a blízké** – probíhá individuálně nebo ve skupině. Může se jednat o dlouhodobou spolupráci, ale i o jednorázový kontakt, kdy si blízký přichází pro základní informace nebo se snaží řešit problém (Těmínová Richterová in Kalina a kol., 2008).
- **Anamnéza, šetření a zpracování dokumentů** – sběr osobních, rodinných a zdravotních informací a jejich následné vyhodnocení. Anamnestické šetření zajišťuje ověření si skutečnosti a následovné zdokumentování, zařazení a vyhodnocení (Michalík, 2008).
- **Tvorba odborných textů, povahy nenormativní a normativní, analýza pramenů** – tím máme na mysli především komunikaci s ostatními orgány a institucemi – úřady, poskytovatelé sociálních služeb, orgány veřejné správy a jiné. Analýza pramenů slouží k edukaci pracovníka a následovně získaná data může použít v praxi (Michalík, 2008).

Každý odborník pracující na sociální či psychologické úrovni s lidmi by měl mít nejen technické dovednosti a teoretické znalosti, ale měl by znát i sám sebe. V poradenském procesu je nutný kvalitní kontakt, jehož výsledkem by měl být pozitivní efekt poradenské

intervence. Avšak ten je závislý vedle schopností pracovníka i na dalších faktorech, jak uvádí Broža (in Kaina, 2008):

- Znalost problematiky, jak po teoretické tak i praktické stránce.
- Komunikační schopnosti a dovednosti. Dbát na přirozeném a sociálním kontaktu, který by měl být přívětivý pro obě strany, jak pro pracovníka, tak pro klienta.
- Dodržovat profesionalitu a role. Určit si hranice a dodržovat je.
- Respektovat klienta a navázat s ním důvěryhodný vztah.
- Znat své reálné možnosti i klienta a respektovat je.
- Využívat svoji osobnost při práci s klienty.
- Vytvářet strukturovaný rozhovor, aby dopomohl klientovi ke změně.

3.2 Kontaktní centrum

Bakalářská práce se zaměřuje na metody práce s drogově závislými klienty na opiátech. Probandy mého výzkumu jsou sociální pracovníci Kontaktního centra Plus v Kroměříži a Kontaktního centra v Uherském hradišti. Z tohoto důvodu považuji za žádoucí, alespoň poskytnout náhled na právě zmíněná zařízení. O kontaktním centru a jeho charakteristice základních činností a služeb pojednává také zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, a definuje v § 59 kontaktní centra jako nízkoprahová zařízení, která poskytují především ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Záměrem je snížení sociálních a zdravotních rizik spojených s užíváním návykových látek. Dělí se dále na tři oblasti základních činností, jimiž jsou sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů i při obstarávání osobních záležitostí, nakonec také poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (Zákony pro lidi – online).

Janíková (2008) definuje kontaktní centra jako zařízení pro uživatele drog, která mají řadu specifických znaků, mezi něž patří nízkoprahovost, snadná dostupnost, bezplatnost a dodržení anonymity klientů. Nízkoprahový přístup v kontaktních centrech popisuje Klíma (2009) jako přístup, který se zaměřuje na jedince, kteří odmítají institucionalizovanou pomoc. Z toho

vyplývá, že služba je poskytována v přirozeném prostředí klienta, aby co nejvíce ochránila jeho anonymitu. Údaje o klientovi jsou známy pouze ty, které sám klient sdělí, ale není to podmínkou. Z tohoto důvodu jsou klienti vedeni pod přezdívkami nebo kódy, které slouží k evidenci. Nízkoprahovost zaručuje také eliminaci sociálních, psychologických a technických bariér, které mohou vzniknout při poskytování a využívání služeb v kontaktním centru. Kalina (2003) uvádí, že hlavními úkoly kontaktního centra je především program „harm reduction“, kontaktní práce, zprostředkování léčby závislosti, poradenství a motivační rozhovory, které vedou ke splnění cíle, jímž je minimalizace zdravotních a sociálních rizik vzhledem ke klientovi i celé společnosti.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodologická východiska výzkumného šetření

V praktické části bakalářské práce se zaměřuji především na výzkumný problém, kde mapuji současné postupy sociální práce při práci s drogově závislými klienty na opiátech. Probandy jsou pracovníci kontaktních center, kteří se denně setkávají s touto cílovou skupinou a zároveň mají několikaletou praxi v oboru. Dále chci popsat cíle výzkumného šetření a sběru dat, z kterých vyvodím výsledky výzkumu, a odpovím na uvedené výzkumné otázky. Na základě zjištěných dat a výsledků výzkumu zkusím navrhnout možné způsoby intervence při sociální práci s klienty užívající opiáty, které by mohli pomoci při změně jejich dosavadního životního stylu a vést i k samotné abstinenci.

4.1 Cíl a oblasti výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat současnou situaci drogově závislých klientů na opiátech a shrnout a popsat postupy při práci s těmito klienty v praxi. Stanovuji si několik oblastí, které mi umožní lépe prozkoumat výzkumný problém. Tyto oblasti jsou:

- 1. Způsoby vyhledávání klientů, postupy při prvních setkáních s klientem.**
- 2. Nejnovější trendy užívání opiátů.**
- 3. Nejčastější důvody užívání návykových látek, především opiátů.**
- 4. Hlavní cíle pracovníků při práci s drogově závislými klienty.**
- 5. Metody práce s drogově závislými klienty na opiátech.**
- 6. Současná situace uživatelů opiátů po absolvování léčby závislosti.**
- 7. Potřeby pracovníka.**

4.2 Metodologický rámec práce a metody

Vzhledem k tématu bakalářské práce a její specifičnosti jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum, který zprostředkuje řadu důležitých a konkrétních dat nežli kvantitativní metodologie. Podle Gavory (2000) nám výzkum potvrzuje nebo vyvrací poznatky, které jsme již zjistili, proto je nutné je neustále potvrzovat, jelikož realita se neustále mění a naše poznání musí být stále v pohybu. Drogová problematika je i v současnosti nedostatečně prozkoumaným jevem naší společnosti, proto se domnívám, že výzkum této oblasti přinese nové poznatky především pomocí kvalitativních metodologií. Chráska (2007) je popisuje jako výzkum, který vychází především z fenomenologie, zaměřující se na subjektivní aspekty jednání jedinců a zároveň připouští vznik několik dalších realit. Miovský (2006) o nich hovoří jako o přístupu, který využívá principy jedinečnosti i neopakovatelnosti, procesualnosti, dynamiky i kontextuálnosti, kdy záměrně pracujeme s reflexní povahou samotného zkoumání. Dle Švaříčka a Šed'ové (2007) nalezneme základy kvalitativní metodologie především v indukci, což je obecná metoda usuzování. Touto metodou dojdeme k induktivním závěrům, které překračují získané informace z výzkumu, proto můžeme prostřednictvím indukce vyvodit obecné zákony (Švaříček in Švaříček a Šed'ová, 2014). Výsledkem výzkumného šetření je tedy zpráva, která nám poskytuje celkový obraz zkoumaného jevu (Švaříček a Šed'ová, 2007).

V rámci výzkumného šetření kvalitativního výzkumu, jsem si zvolila metodu kvalitativního dotazování s využitím polostrukturovaných rozhovorů s předem danými otevřenými otázkami. Dle Švaříčka (in Švaříček a Šed'ová, 2014), rozhovor můžeme použít jak u kvalitativního výzkumu tak i u kvantitativního, záleží však na účelu a jeho podobě. Hlavním cílem u rozhovoru v kvalitativním výzkumu je získat přesné informace o zkoumaném jevu. Miovský (2006) uvádí, že k získání přesných dat – popis, analýza a interpretace nekvantifikovaných vlastností souboru, který je právě zkoumán ve vnitřní i vnější realitě – je nejefektivnější využívat především kvalitativních metod, jako je rozhovor, pozorování a další. Z tohoto důvodu se domnívám, že prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru mám vyšší možnost úspěšnosti při zjišťování potřebných informací o metodách i postupech probandů pro výzkum. Dle Švaříčka (in Švaříček a Šed'ová a kol., 2014) shledáváme v této metodě výhodu v tom, že výzkumník zjistí v rámci polostrukturovaného rozhovoru informace, které jsou komplexní a zároveň i detailní. Hendl (2016) toto tvrzení doplňuje o další poznatek, kdy říká, že výzkumník má volnost libovolně přizpůsobovat

formulaci otázek dle aktuální situace. Další výhodou spatřuje ve využití času, kdy má proband možnost při rozhovoru sdílet své zkušenosti, ale také perspektivu.

Základním designem mého kvalitativního výzkumu bude zakotvená teorie. Teorii doplňuji v rámci analýzy a interpretaci dat z výzkumu o metody axiálního, otevřeného i selektivního kódování. Šed'ová (in Švaříček a Šed'ová a kol., 2014) popisuje zakotvenou teorii jako sadu, která obsahuje systematické induktivní postupy pro realizaci kvalitativního výzkumu, jehož hlavním cílem je vytvářet teorie. Miovský (2006) o zakotvené teorii hovoří jako o teorii, která je induktivně odvozená z procesu zkoumání konkrétního jevu, který ho představuje. Z toho vyplývá, že je vytvořena a průběžně ověřována prostřednictvím systematického hromadění dat, které se týkají zkoumaného jevu. Dle Řiháčka a Hytycha (2013) je zakotvená teorie způsob, který nám napomáhá k pojmenování a porozumění daného jevu.

Analýzou zakotvené teorie se věnuje Strauss a Corbinová (1999), kteří ji dělí na tři základní typy kódování. První typ je otevřené kódování, druhý je axiální kódování a poslední označují jako selektivní kódování. Dle Hendla (2016) je kódování stěžejní pro výzkum, protože nám umožňuje rozkrytí získaných dat směrem k jejich konceptualizaci, interpretaci a zároveň také nové integraci. Strauss a Corbinová (1999) doplňují, že hranice mezi základními typy kódování na sebe nijak nenasazují a zároveň jsou uměle vytvořeny. Ke splnění uvedených cílů ve výzkumu vytváříme z kódování jednotlivé kategorie a podkategorie, které jsou hlavními podněty k dosažení výsledku (Hendl, 2016).

4.2.1 Výzkumný soubor

V rámci výzkumného souboru jsem kontaktovala celkem šest osob, které mi byly ochotny poskytnout rozhovor pro kvalitativní šetření. Výběr probandů jsem zaměřila na sociální pracovníky kontaktních center, kteří se setkali ve své praxi s uživateli opiátů. Rozhodujícím činitelem byly bohaté zkušenosti s touto cílovou skupinou, především informovanost o problematice a metodách práce.

Při výběru probandů jsem využila své kontakty a známosti z oblasti sociální služeb. Kontaktovala jsem dohromady tři kontaktní centra, jimiž byly Kontaktní centrum Plus v Kroměříži, Kontaktní centrum v Uherském Hradišti a Kontaktní centrum ve Zlíně. Kontaktní centra byla vybrána záměrně ve Zlínském kraji, abych zmapovala danou oblast

z hlediska metod práce s drogově závislými klienty na opiátech. Bohužel výzkumné šetření proběhlo pouze se sociálními pracovníky v Kontaktním centru Plus v Kroměříži a v Kontaktním centru v Uherském hradišti. Kontaktní centrum ve Zlíně odmítlo spolupráci na výzkumném šetření z důvodu absence zkušeností s klienty užívající opiáty.

V procesu výběru probandů jsem se zaměřila na sociální pracovníky, kteří souhlasili se spoluprací ve výzkumném šetření a intenzivně pracovali s uživateli. Jména probandů jsem změnila, abych zachovala jejich anonymitu.

Proband A – sociální pracovník kontaktního centra a také terénního programu. Jeho praxe je dlouhodobá, pohybuje se v rozmezí osmnácti až dvaceti let. S klienty závislými na opiátech pracuje od prvopočátku svého působení v kontaktním centru.

Proband B – sociální pracovnice působící v kontaktním centru i terénním programu. Má mnoho zkušeností s drogově závislými klienty. V drogové problematice se pohybuje v rozmezí šesti až sedmi let.

Proband C – sociální pracovnice kontaktního centra s úvazkem i na terénním programu. V oboru pracuje již druhým rokem. I přes tak krátkou dobu absolvovala během svého studia několik stáží a praxí v oblasti drogové problematiky.

Proband D – sociální pracovnice kontaktního centra. Během své praxe také působila v terénním programu. V drogové problematice se pohybuje již pátým rokem.

Proband E – sociální pracovník působící v kontaktním centru. V tomto zařízení pracuje druhým rokem, kde je v úzkém kontaktu s klienty užívajícími opiáty.

Proband F – sociální pracovnice pracující v kontaktním centru, stejně jako v terénním programu. V drogové problematice se pohybuje dva roky a setkává se s klienty užívajícími opiáty.

4.2.2 Sběr dat

Po výběru pracovníků, dle stanovených kritérií, jsem kontaktovala jednotlivá zařízení a sjednala jsem si termíny schůzek s danými pracovníky. Před samotným uskutečněním rozhovorů jsem však provedla tzv. pilotážní výzkum. Dle Průchy a Veteška (2012) nám slouží pilotážní výzkum jako orientační sonda neboli předvýzkum, který nám napomáhá k ověření metod a vymezení výzkumného vzorku před samotným zahájením kvalitativního výzkumu.

V rámci předvýzkumu lze zjistit, zda připravené otázky k rozhovoru jsou srozumitelné a poskytnou informace, které pro výzkum potřebujeme.

Po skončení předvýzkumu a úpravě otázek k rozhovoru jsem započala realizaci výzkumného šetření. Před samotným uskutečněním rozhovorů byli probandi seznámeni s tématem bakalářské práce, poučeni o anonymitě a také o následném zpracování získaných informací z výzkumu. Probandi byli zároveň požádáni o vydání ústního souhlasu s nahráváním na diktafon v úvodu rozhovoru. Setkání s probandy probíhalo individuálně v kontaktních centrech a jednotlivé rozhovory trvaly v průměru dvacet pět minut. Otázky byly následovně doplňovány dalšími podotázky na základě sdělených informací a vedeného rozhovoru.

Po získání všech rozhovorů, jsem zpracovala doslovné přepisy nahrávek. Interview byla zprostředkována během ledna a února 2020.

Pro všechna získaná data z rozhovorů, jak jsem již uvedla v kapitole 4.2 Metodologický rámce práce a metody, jsem použila techniku kódování. Dle Švaříčka a Šed'ové (2014) je to technika, která je charakteristická svou jednoduchostí i účinností a vzhledem k jejím vlastnostem ji můžeme libovolně aplikovat v široké škále kvalitativních výzkumech. Na to navazuje Hendl (2016) s výrokem, že analýza rozděluje jeden velký celek na jednotlivé části, které mezi sebou mají vzájemný vztah, ale i přesto pracují samostatně. Z tohoto důvodu je hlavním nástrojem pro zpracování přepisů zakotvená teorie otevřeného kódování. V rámci toho jsem určila základní kategorie, které třídí výpovědi probandů.

Ve výzkumném šetření jsem neočekávala, že by nastaly komplikace při realizaci rozhovorů s probandy. Uvědomovala jsem si ale, že by mohly nastat změny v termínech schůzek nebo že by mohlo, vzhledem k realizaci výzkumu během otevírací doby center, dojít k vyrušování rozhovorů ze strany projevů klientů.

4.3 Výsledky výzkumného šetření

V následující kapitole budou vyhodnoceny výsledky výzkumu, které jsou roztříděny do jednotlivých kategorií podle daných oblastí otázek, viz Příloha č. 3.

1. První kontakt s klienty
2. Metody práce
3. Katamnéza
4. Potřeby pracovníka pro kvalitní práci

4.3.1 První kontakt s klienty

První kontakt s klienty a samotné seznamování s nimi v kontaktních centrech probíhá velmi standardně. Dle všech probandů (6) probíhá první kontakt tak, že klienti přichází do center sami, popřípadě po skupinkách s kamarády, anebo jsou to klienti, kteří již byli vyhledání v terénním programu a byli odkázáni na kontaktní centrum. „*No, s klienty se seznamujeme tak, že ve většině případů dojdou sami do zařízení, nebo se s nimi setkáváme v terénním programu. Obvykle přijdou sami nebo s nějakým kamarádem, po případě skupinou.*“ (Proband F). Při jejich příchodu se jedna třetina probandů (2) snaží chovat co nejpřirozeněji, aby se s klientem nejdříve seznámili a získali jeho důvěru. „*Řekla bych, že seznámení probíhá tak jako přirozeně. Nemáme tady žádné registrace, žádné vypisování nějakých smluv jakoby společně s tím klientem, takový přirozený kontakt, seznámení se, nabídneme si tykáni a zajímáme se.*“ (Proband C). Proband B uvádí, že k prvnímu kontaktu také patří seznámení klienta s pravidly zařízení, aby nedocházelo ke konfliktům mezi klienty nebo samotnými pracovníky. „*My je seznamujeme s pravidly..., aby respektovali a co tady nemůžou jako nějaké pravidla, co je zakázáno a proč je zakázáno.*“

Dalším krokem dle probanda F je důležité také samotné pozorování chování klienta a jeho individuální nastavení. „*Ne každý se chce hned bavit a snaží se být co v největší anonymitě. Na druhou stranu zase někteří přijdou poprvé a chtějí sdílet vše, co je v daný moment napadne, proto je to velmi individuální...*“ (Proband F). Jedna třetina probandů (2) uvádí, že při prvním kontaktu není důležité vědět, na čem přesně je klient závislý, ale zda patří do cílové skupiny kontaktního centra, čili zda je uživatelem návykových látek. Přesné

informace o typu látky, užívání a další zjišťují dle aktuální situace. „*Při prvním seznámení je pro mě spíš důležité, jestli klient bere nebo ne.*“ (Proband D). Proband E uvádí, že i když někteří klienti nechtějí říct, co užívají, lze to vyzorovat z chování. „*To ti nemusí říct že...,no tak když se zdráhá odpovědět... tak ti klienti na opiátech bývají třeba ospalí, bývají takoví třeba vyplí, usínají třeba samozřejmě... to teda nechceme a jsou takoví zpomalení prostě, prostě úplně takové mešuge. Na tom pervitinu bývají prostě rozlítání často.*“

Po seznámení s klienty se všichni probandi (6) zaměřují na zjištění dalších důležitých informací týkajících se následujícího – užívání konkrétního typu užívané látky, frekvence, způsobu užívání, socioekonomické situace klienta, zdravotních rizik, bydlení, zaměstnání a dalších. Vše probíhá v rámci sociálního šetření prostřednictvím Income dotazníku. „*Pokud osoba – tedy zájemce o službu – spadá do cílové skupiny, jsou pro nás důležité údaje všeobecné, jako je pohlaví, rok, narození, okres, bydliště. Dále pak pátráme po informacích o práci – tedy jestli klient pracuje, nepracuje, pobírá nebo nepobírá sociální dávky. Důležité je také bydliště, respektive to, jak klient bydlí - na ubytovně, v nájmu, s rodiči, na squatě, u kamarádů a tak dále. A samozřejmě také to, s kým žije. Jestli třeba s dalšími uživateli nebo třeba s partnerem. No a taky se věnujeme tomu, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání.*“ (Proband D).

Všechny tyto informace zjišťují probandi v rámci prvního kontaktu, ale je nutné podotknout, že v některých případech se nepodaří vše zjistit, proto je nutné doplnit sociální šetření během dalších kontaktů s klienty. „*Někdy se to dozvíme během těch tří kontaktů...*“ (Proband B). Dvě třetiny probandů (4) uvádí, že na základě těchto informací zjišťují aktuální situaci klientů, a takto se zaměřují na řešení konkrétních situací. „*Tady tyhle ty věci potřebujeme pro práci s tím klientem, a proto, abychom mu mohli nabídnout něco, co by chtěl z našich služeb využít.*“ (Proband A). Probandi (3) po zjištění aktuální situace klienta reagují následovně, buď mu nabídnou služby kontaktního centra, které by mu mohly napomoci ke zlepšení jeho současné situace, anebo čekají, až klient sám sdělí, za jakým účelem centrum navštívil, například výměna injekčního materiálu, poradenství, léčba závislosti, pomoc s hledáním zaměstnání nebo bydlení a další. „*Jsou to pro mě informace, které vedou k dalším krokům. Díky tomu se pak můžu s klientem zaměřit na řešení konkrétní situace. Třeba – dal jsem si po někom před půl rokem, zjistil jsem, že má HIV a co teď?*“ (Proband D).

Kontaktní centra se nezaměřují pouze na drogově závislé klienty, ale na celkovou drogovou problematiku. Jejich dalším úkolem je také mapovat drogovou scénu a zjišťovat nejnovější trendy užívání návykových látek, aby mohly reagovat na poptávku a změnit

nabídku. Z tohoto důvodu neustále sledují situaci mezi klienty a pozorují, co nového se vyvíjí v oblasti užívání drog. Probandům byla položena otázka, zda se objevují v současnosti nějaké nové trendy týkající se užívání opiátů. Jedna třetina probandů (2) uvádí, že oblast v okolí Kroměříže, je velmi specifická, především tím, že je zde dlouhodobá tradice v užívání surového opia a výtahu z makových hlavic. I přesto že jsou zde makovice pouze v sezoně po dobu dvou až čtyř měsíců, klienti toto období využívají nejen pro užívání, ale i sušení a uskladnění makovic na období mimo sezónu. Z tohoto důvodu je několik klientů dlouhodobě závislých na opiátech. „*Mimo tu opiovou sezónu si nasbírají suché makovice a užívají odvary z tady těhle těch makovic a máme klienty, kteří jsou závislí pět, deset let.*“ (Proband A).

V současnosti se žádné nové trendy, které by se týkaly přímo surového opia, neobjevují. „*Jedině odvykací sta...všichni klienti letos nějak tak přešli jako by z injekčního opia na čaj jako nějak plynule a vůbec nějak nebo tak, že by někdo usínal nebo zrovna byl ve špatném stavu, to nějak plynule přešlo ...*“ (Proband C). I přesto se nyní objevuje nový trend zneužívání syntetických opioidů a fentanylových náplastí, jak uvádí dvě třetiny probandů (4). Všechny tyto látky jsou sice na lékařský předpis, avšak i přesto dochází ke zneužívání určitým okruhem lidí, kteří se k nim dostávají prostřednictvím černého trhu, kontejnerů v blízkosti nemocnic či od lidí, kteří si tyto léky nechávají předepsat a později je prodávají. „*Všechno souvisí s tedka s tou krizí s nedostatkem vlastně subutexu potažmo subuxenu, kdy vlastně někteří lidé vyvařují fentanylové náplasti. Což teda si myslím, že je to dost nebezpečná záležitost vzhledem k tomu, že fentanylové náplasti mají hodně v sobě, jenom když to člověk nalepí, jsou životu ohrožující, a jestli si to člověk střelí do žíly, tak to je prostě, podle mě velice nebezpečné..., bavíme se o látkách, které jsou stokrát silnější, než je morfium...*“ (Proband E). Tento trend přetrvává. Problém je však tyto náplasti sehnat. Další zajímavostí je výskyt tzv. „čičačů“ toluenu, kteří se objevili v jednom z center, jak uvádí jedna třetina probandů (2). „*... Během čtvrtletí, jsme tu měli pět lidí, kteří jako ten toluen zneužívají...je to taková věc, s kterou jsme se dlouho neseťkávali, která se nám tady neobjevila.*“ (Proband B).

Novější trendy sice v užívání opiátů v současnosti nejsou, navzdory tomu uživatelé neustále experimentují s opiáty a dále je užívají. Hlavními důvody užívání opiátů u drogově závislých klientů je dle poloviny probandů (3) snadná dostupnost, zatímco druhá polovina probandů (3) se přiklání spíše k experimentování. Dle probandů (3) je surové opium oproti ostatním návykovým látkám daleko dostupnější nejen po finanční stránce, ale imateriálně.

Dle probanda E se v současnosti pervitin mezi uživateli příliš neobjevuje, a pokud ano, je velmi drahý a především nekvalitní. Z tohoto důvodu přechází uživatelé závislí na pervitinu

přechodně nebo i dlouhodobě k surovému opiu, který je zadarmo. „*Lidi přechází k makovici, nehledě na to si můžou udělat zásobu, což s pervitinem můžou taky, ale to by se nedoplatili. Takže prostě mají tašky makoviny a celou zimu jedou prostě na opiových čajích.*“ (Proband E).

Druhá polovina probandů (3) uvádí, že klienti mají oblibu v experimentování, proto se i postupem času dostanou k opiátům, buď sami, anebo s dalšími uživateli, kteří už zkušenosti s opiáty mají. „*Člověk se dostane k opiátům úplně jednoduše, hlavně v opiové sezóně. Pokud zná někoho, kdo to umí zpracovávat. Nejdříve to zkusí a pak už to jde raz dva a závislost je na světě...*“ (Proband F). Mezi další důvody uvádí probandi (3) uklidňující stav a zmírnění bolesti, což právě opiáty vyvolávají. „*U některých těch klientů je to vyloženě takové to zklidnění, jo, který jako kdyby vyhledávají..., ti, kteří už mají za sebou jakoby nějakou delší drogovou kariéru, kteří už mají za sebou řadu zdravotních následků a takhle a přeci jenom ty opiáty tlumí bolest.*“ (Proband A).

Dlouhodobí uživatelé, jak již bylo zmíněno výše, se velmi často potýkají s řadou zdravotních rizik, které přináší dlouhodobé užívání opiátů. Z tohoto důvodu je hlavním cílem poskytování terciární prevence klientům, která slouží k minimalizaci škod spojených s užíváním drog. Hlavním záměrem všech respondentů (6) je chránit zdraví klientů, ale i celé společnosti prostřednictvím programu „harm reduction“. „*Jo, snažíme se omezovat ty rizika, to znamená, že klient přijde, má špinavé buchny, přijde si vyměnit, tak tohle je pro nás nejdůležitější, prostě tomu klientovi poskytnout něco, čím si může dát, alespoň nějakým způsobem bezpečněji, aby nešířil prostě dál nějaké nemoci...*“ (Proband E).

Nejčastějšími zdravotními důsledky je fyzická závislost, dále také poškozený žilní systém, riziko předávkování, snížená celková regenerace organismu, abscesy a mnoho dalších, kterým se pracovníci snaží zabránit poskytnutím „harm reduction“. „*Ti uživatelé opiátů vzhledem k tomu, že to vyvolává silnou fyzickou závislost, tak velmi často ty drogy aplikují opakovaně, třeba několikrát denně, což samozřejmě má drtivý dopad na žilní systém, takže tam se intenzivně zaměřujeme na takové ty zdravotní důsledky a pak je tam velké nebezpečí předávkování, s tím že vlastně ten člověk jako kdyby si tu drogu sám připravuje, ale neví přesně jak silný jako ten odvar, který si udělá, je a plus teda další věc, to znamená, předávkování je velké riziko, další věc, u uživatelů opiátů se nehojí, nebo vůbec celková regenerace organismu je snížena, takže mají větší náchylnost k nemocem, různá onemocnění se nehojí a podobně. Další věc je ta, že ta droga, která je vlastně surová, teď mluvím o surovém opiu, tak je hodně nečistá, takže i při té nitrožilní aplikaci vzniká spousta různých*

průsvihů, abscesy prostě hrozí, embolie a další věci. Takže je to hodně o zdravotních rizicích, o předávkování, o jako kdyby nějakých následků toho užívání.“ (Proband A).

4.3.2 Metody práce

Metody práce úzce souvisí se samotným cílem, kterého chtějí dosáhnout probandi při práci s uživateli opiátů. Probandi (6) uvádí několik hlavních cílů, které pokládají za důležité při této práci. Dvě třetiny probandů (4) uvádí, že primární je minimalizace rizik jak pro uživatele, tak i pro společnost. Snaží se, aby klienti užívali drogy co nejbezpečněji, proto jim poskytují výměnu injekčního materiálu včetně dalších propriet, a tím pádem i zmírňují zdravotní důsledky spojené s užíváním návykových látek. *„Tak určitě snažit se o to, aby ten člověk, když už teda bere, ten první krok je takový, aby bral aspoň bezpečněji. Aby prostě se snažil prostě si hlídat ty věci co má, co používat prostě k aplikaci, a aby prostě se úplně nezničil a aby neohrožoval ani ostatní.“ (Proband E).* Zbývající jedna třetina probandů (2) uvádí, že hlavním cílem při práci s klienty je změna životního stylu s výhledem na abstinenci, i tak doplňují, že u uživatelů závislých na opiátech je to velmi problematické, protože i přes svou závislost mohou fungovat ve společnosti s menšími obtížemi. *„Paradoxně uživatelé opiátů jsou schopní mnohem více sociálně fungovat, než uživatelé pervitinu.“ (Proband A).* Dle výpovědí jsou schopni chodit do práce, dodržovat režim oproti uživatelům pervitinu, proto se probandi zaměřují dále spíše na zmírnění zdravotních důsledků, nežli na abstinenci. *„U některých klientů je to jenom o udržení nějaké stávající roviny, ale u některých klientů je jakoby snaha je nějak motivovat k léčbě, nějaké změně životního stylu.“ (Proband C).*

Dle jedné třetiny probandů (2) je velmi těžké docílit abstinence, protože uživatelé opiátů jsou obvykle závislí již několik let a mají obavy z abstinenčních příznaků. Z tohoto důvodu je nutné postupovat velmi pomalu a stanovit si malé cíle, které by mohly napomoci například k substituční léčbě. *„To užívání opiátů je takový setrvalý stav...oni jsou na to prostě zvyklí, ale už jim to nic moc nedává a začínají si uvědomovat, že jim to komplikuje život.“ (Proband A).* Dle výpovědí mohu konstatovat, že uživatelé opiátů umí plně sociálně fungovat, avšak jejich závislost představuje handicap v tom slova smyslu, že bez drogy nemohou být. Je to omezující například při cestování, bydlení, jízdě autem a v mnoha dalších situacích, se kterými se denně setkáváme v běžném životě. Dle probanda A jsou právě toto hlavní důvody, proč vlastně uživatelé opiátů zvažují substituční léčbu. *„Za poslední dejme tomu rok, minimálně pět klientů nastoupilo na substituční léčbu a jsou to dlouhodobí uživatelé opiátů.“ (Proband A).* Probandi (6) říkají, že pokud chtějí dosáhnout svých cílů při práci s klienty, je důležité mít vstřícný a přirozený přístup k uživatelům, dále s nimi komunikovat a snažit se je

co nejvíce motivovat ke změnám, které by jim přinesla abstinence. Stejně tak je důležité jim poskytnout reálný obraz, který je často uživateli zkreslován. „*S klienty jednáme narovinu, takže jim říkáme věci tak, jak jsou.*“ (Proband D).

Při své práci probandi používají řadu metod, které jim napomáhají k dosažení pozitivních změn při práci s uživateli opiátů. Dle výpovědi mohu konstatovat, že probandi (6) nejvíce používají metodu motivačních rozhovorů, krizovou intervenci, konfrontaci, úkolově orientovaný přístup, intervenci a individuální poradenství. Dále využívají i techniky zrcadlení, arteterapie, techniku „sand playingu“, konfrontaci s realitou a rodinnou a partnerskou mediaci. Probandi (4) uvádí, že motivační rozhovory jsou dobrou metodou, jak pracovat s klienty a motivovat je ke zlepšení jejich dosavadní situace. „*Jasně, v rámci běžné komunikace se vždycky snažíme svým způsobem zasívat červíka a směřovat myšlenky klientů ke změně.*“ (Proband D). Dále také doplňují, že v některých případech neúspěchů uživatelů využívají krizovou intervenci. „*Ta krizová intervence je určitě potřebná v těch chvílích, kdy ta krize je...práce v krizi má nějaké určité pravidla, které se jakoby dají zobecnit, a tak se používá.*“ (Proband B). Konfrontaci považují probandi (2) taktéž za velmi účinnou metodu, díky níž svého klienta agresivně postaví vůči realitě. „*Konfrontovat vůbec s tím, aby si připustili, jaká je ta realita, protože si to snaží pro sebe nějakým způsobem jako obranný mechanismus líčit tu svou životní situaci trošičku jinak.*“ (Proband A).

Dle výpovědi klientů mohu konstatovat, že vždy záleží na konkrétní situaci. Nikdy nelze předem určit, jakou metodu vlastně použijí. Z tohoto důvodu je důležité pozorovat klienta, naslouchat mu, zhodnotit jeho kognitivní schopnosti a jeho aktuální stav. „*Nejúčinnější metoda je taková, která prostě pasuje oboum dvoum jako v tom vztahu. Nedá se to paušalizovat.*“ (Proband E).

V rámci své práce se probandi také setkávají s manipulací, která může být ze strany pracovníka i klienta. Probandi (6) konstatují, že každý z nich použil záměrně i nezáměrně manipulaci, ale především ve prospěch klienta a jeho situace. Nejčastěji k manipulaci dochází během užívání metod či technik, které aplikují. Podle probandů (2) je důležité poukázat hlavně na skutečnosti, ale určitě klientovi nelhat, protože by to mohlo mít velké negativní důsledky na pozitivní změny. „*Jo že ukazovat mu ty věci, ale nelhat mu, protože on v reálu potom, když do toho světa vpluje, abysme mu ho líčili jinak, než je ta realita, tak potom má velmi často tendenci se často vracet do toho drogového, takže to není jako funkční cesta. Jo říkám klientům, že budou nastupovat na léčbu, tak jim říkám, že je to hodně přísný pionýrský*

tábor, nelíčím jim to jako cestu zalitou sluncem. Aby prostě po dvou dnech, kdy zjistí, že to není úplně příjemný, tak aby se neotočili na patě a neodešli.“ (Proband A).

Probandi usilují o změny v životech svých klientů především individuální práci nebo i skupinovou za pomoci metod či technik. Důležitý je také vztah mezi nimi, důvěra a komunikace, která napomáhá ke spolupráci a pozitivním změnám.

4.3.3 Katamnéza

Při své práci v kontaktních centrech se probandi setkávají i s uživateli opiátů, kteří již nastoupili na léčbu závislosti, anebo už ji i dokončili. O nástupu klienta do léčby jsou obvykle velmi dobře informováni, protože pomáhají svým klientům s jejím vyřízením. *„Třeba u těch klientů, kteří nastoupí do substituční léčby, tak oni už sem nedochází. My jim v podstatě pomůžeme léčbu vyřídit, ale oni už normálně sociálně fungují a oni většinou už ani nechtějí přicházet sem.“ (Proband A).* Zatímco o úspěšném dokončení nebo přerušení se k nim již informace nedostávají nebo velmi málo, nejčastěji se takové informace dozví od samotných klientů nebo zprostředkovaně od ostatních uživatelů. *„Ne u všech víme, jak to teď pokračuje, někteří tu léčbou ukončili na vlastní žádost, někteří ji ukončili řádně, ale stejně nemáme zprávy o tom, jak jako třeba abstinují dál, takže tak.“ (Proband C).* I přesto se probandi (6) shodují, že zájem o léčbu závislosti je, ať už formou detoxu, substitucí, ambulantní, střednědobou nebo i komunitou, i když se číslo pohybuje v řádech jednotek, asi přibližně 20% klientů. Největší zájem o léčbu dle probandů (2) je v období po opiové sezóně, která je přibližně v srpnu, dále také v zimě. *„Tedy těch 20%, kteří projeví zájem a chtějí svou situaci – ve vztahu k závislosti na drogách – řešit“.* (Proband D).

Dle všech probandů (6) se s odstupem času někteří klienti po léčbě vrací zpět do centra, kde pracovníky informují o svých zážitcích, pokrocích a změnách, týkající se nové práce, bydlení, zakládání rodin a další. Ale i přesto se někteří vrací zpět k užívání nebo přichází se zájmem o podporu v abstinenci, párovou terapii nebo prevenci relapsu. *„Prostě pokecat a probrat to s někým, s čím se potýkají, jak zvládají situace, jak je třeba můžou zvládat líp“.* (Proband D). Dle výpovědí lze shrnout, že dvě třetiny probandů (4) se snaží pracovat s klienty a podporovat je v abstinenci, zatímco jedna třetina probandů (2) tuto podporu přenechává jiným odborníkům, jimiž jsou terapeuti a psychologové. *„Podpora v abstinenci je*

v tom, že vlastně pokud ten klient abstinuje, tak by neměl docházet do zařízení, takže se mu snažíme domluvit nějakou, pokud má o to zájem, jakoby následnou péči.“ (Proband B).

Probandi (4) používají několik postupů, díky nimž se snaží klienta motivovat a podporovat v abstinenci. Jsou jimi motivační rozhovory, pomoc při ovládnání chutí na drogu, lidský přístup, krizová intervence a terapie. *„Já to беру tak prostě, že nějaký lidský rozhovor, nahlédnutí a je to o tom, že se ten klient vypovídá, že se tady může vybrečet, může si postěžovat, ponadávat. Získat jiný názor, jiný pohled...“ (Proband C).* Probanda D tvrdí, že nejdůležitější je především podpora, kterou má klient od svých nejbližších – rodina, partner a přátelé – ale i přesto uvádí, že léčba je teprve začátek cesty k abstinenci. *„Teprve venku, po léčbě, přichází ta největší zkouška. Z toho důvodu klientům doporučujeme absolvovat léčbu mimo aktuální bydliště - tedy tam, kde nemají odjetováno. Bylo by pro ně hrozně rizikové potkávat v rámci vycházek další klienty.“ (Proband D).* Z tohoto důvodu doporučují změnu prostředí klienta (bydlení, práci) nebo vhodnou léčbu závislosti, dle individuálních potřeb klienta (doléčovací centra, ambulantní doléčování). Dále také zdůrazňují pokoru a respekt, být v kontaktu s někým, kdo by mu napomohl v boji s chutí na drogy a relapsu, a v neposlední řadě mít krizový scénář.

V rámci abstinence se probandi setkávají s relapsem u abstinujících klientů, kdy dochází k intoxikaci. V centrech je jistá tolerance týkající se intoxikace, kdy ho klienti mohou navštěvovat pod vlivem návykových látek. Hlavní podmínkou je, aby klient byl při vědomí, neusínal a dalo se s ním pracovat. *„V momentě, kdy o sobě neví, tak sem nejde jo jakože, když přijde, tak ho poprosíme, aby třeba přišel někdy později, až bude víc při sobě.... Těžce intoxikovaný lidi tady nejsou z bezpečnostních důvodů.“ (Proband C).* Jsou také případy, kdy klientům během návštěvy centra teprve nabíhá utlumený stav, na tyto případy jsou pracovníci také připraveni. *„Jo a to jsme otevřeli okno, pustili trochu čerstvý vzduch... a jako snažili jsme se nějakým způsobem ho probrat, aby šel na čerstvý vzduch.“ (Proband E).* Z výpovědí probandů (6) mohu konstatovat, že i když uživatelé opiátů přichází mírně či těžce intoxikovaní, probandi se snaží i přesto svým klientům poskytnout své služby, popřípadě se s nimi domluvit, aby přišli později, až budou v o něco lepším stavu. Polovina probandů (3) dále doplňuje, že k těžkým intoxikacím standardně nedochází, z tohoto důvodu mohou s klienty pracovat. *„Samozřejmě se může stát, že dojde i k extrémním situacím, kdy jsou klienti opravdu silně intoxikováni, ale často se to neděje.“ (Proband D).*

Z výzkumu vyplývá, že mnoho abstinujících klientů, si po čase myslí, že už svůj boj se závislostí vyhráli. Proto v okamžiku, kdy drogu znovu užijí, je jedno jediné užití zase posouvá na úplný začátek cesty vedoucí k abstinenci společně s odvykacími stavy, což snižuje jejich motivaci. „Právě jeden abstinující klient... jak sbírám takové ty výroky klientů, tak on právě vzhledem k tomu, že je dlouhodobě závislý na opiátech na velmi silných dávkách, se kdysi pokoušel vyabstinovat. Tak se pokoušel doma... s tím, že on celé, celý ten pokus o abstinenci hodnotil takovým výrokem, že s každým abstínkem přijdeš o kus osobnosti.“ (Proband A). Abstinující uživatelé jsou na začátku odvykání velmi agresivní, nebezpeční především svému okolí, porušují sociální i právní normy, proto je doporučován odborný dohled, nejlépe hospitalizace, popřípadě substituční léčba, která napomáhá ke zmírnění odvykacích stavů. „On popisoval, že když se pokoušel doma, takhle jakoby abstinovat, tak když za ním začly přicházet ty první abstínky, začlo mu být špatně, tak vlastně chtěl po matce peníze na drogy nebo alkohol, ona mu je odmítla dát, tak prostě v tom abstínku nejdřív rozbil sekerou celou obytňovou stěnu, pak matku i napadl, ta utekla. Když ty abstínky byly silnější, tak v podstatě popisoval to, že tři dny nebyl schopen vstát z postele. Jo, že se prostě kroutil v posteli, prostě tady v těch největších abstínkách plus teda k tomu popisoval ne úplně hezkou věc, že když člověk bere opiáty, má zácpu. Když je přestane brát, už ji nemá a v té posteli byl tři dny. Tady v těch těch křečích, proto mluvím, že to jednak opravdu je tam ten propad té sebeúcty toho, co člověk jako kdyby prožije směrem k té droze, a překročí nějakých dalších norem.“ (Proband A).

4.3.4 Potřeby pracovníka

Pro odvádění dobré práce musí být sociální pracovníci spokojení a takoví lidé často věří, že je jejich práce posláním a má smysl. Z tohoto důvodu se zabývám ve svém výzkumu také oblastí potřeby pracovníka. Probandi (6) se shodují, že smyslem jejich práce je zejména pomoc klientům, i přesto, že někdy nejsou schopni docílit velkých změn, a tak i malé pokroky jsou velkým úspěchem. „Každý krůček klientů vpřed je skvělý, v podstatě i nezhoršování se problému je paráda.“ (Proband D). Změny se mohou odehrávat v oblasti sociálního fungování, ale i například při snížení užívané dávky. „Aby ta jejich kvalita života byla nějakým způsobem jako únosná“. (Proband A). Dalším důvodem je i ochrana společnosti před nákazou infekčním onemocněním. „Jakože já nechci, aby se tam v podzámce nebo kdekoliv jinde válely stříkačky.“ (Proband E). Dále se snaží informovat společnost o drogové

problematicke, aby byla zajištena nejen terciarni prevence, ale zaroveň i primarni a sekundarni. Jeden z poslednich duvodu je, dle probanda B, že ji práce s klienty baví. „*Pracuji už tu dlouho, ale jakoby šak ty lidi mě pořád zajímají, baví.*“ (Proband B).

K tomu, aby byli pracovníci spokojeni a nadále pokračovali ve své práci, z výzkumu vyplývá, že záleží na třech oblastech, které jejich práci ovlivňují, a to jsou kolegové, vedení organizace a klienti.

Dle dvou třetin probandů (4) je důležitá dobrá spolupráce v týmu, také vztahy, vzájemná podpora, sdílení zkušeností a dobré praxe, stejně jako předávání informací. „*Já osobně se potřebuju cítit dobře v tom týmu, ale potřebuju se zasmát prostě, potřebuju takovou tu psychologii, zasmát se něčemu společně, že víme, že si pomůžeme navzájem...*“ (Proband E). Dobrá spolupráce spočívá, dle probanda A, ve sdílení informací při práci s konkrétními klienty, domlouvání se na strategii a cílech. „*Pracovníci budou k tomu klientovi přistupovat jako hodně podobně, aby ho konfrontovali třeba s některými věcmi nebo se zaměřili na konkrétní aspekt, který využije třeba na tu zdravotní stránku nebo jiné věci.*“ (Proband A).

Dále mohu konstatovat, že z výpovědí probandů (4) vyplývá, že i vedení organizace je důležitým faktorem pro jejich spokojenost. Probandi uvádí, že očekávají od vedení podporu, pochopení pro službu a výplatu. Proband D říká, že podporu vidí především ve zprostředkovávání vzdělávání. „*Pravidelné supervize, intervize, provozní porady a teambuildingová setkání.*“ (Proband D). Dle probanda E se však s pochopením ne zcela vždy setkávají. „*Jako nejsme úplně pochopení a asi ani neví, co to je.*“ (Proband E). Posledním, co pracovníky zajímá, je výplata. „*Nebudeme si nic nalhávat, ale důležitá je také finanční motivace.*“ (Proband D).

Další oblastí zájmu jsou samozřejmě klienti, kde se názory probandů rozcházejí a tvoří tak dvě skupiny. Jedna polovina probandů (3) od klientů nic neočekává. „*Od klientů nic. Ti jako takový, jak doted.*“ (Proband C). Druhá polovina probandů (3) očekává, že s nimi budou klienti spolupracovat. „*Klienti tu nejsou, aby nám tu něco přinášeli, ale je fajn, když spolupracují.*“ (Proband A). Vždy je také potěší, když jim například klienti poděkují. „*A určitě od těch klientů potřebuje člověk občas to, co člověka pohladí po duši třeba, jako děkuju moc, jako to stačí, žádné děkovné dopisy.*“ (Proband E). A v poslední řadě proband B uvádí, že by byl vděčný za vyšší počet klientů za den. „*Mě by se vážně více líbilo, kdyby bylo klientů o něco málo víc...*“ (Proband B).

Při práci s drogově závislými klienty je velmi důležité dodržovat řadu opatření zabraňující syndromu vyhoření, který se často objevuje v pomáhajících profesích. Při svých rozhovorech jsem se zaměřila na preventivní opatření, které probandi dodržují, aby se syndromu vyhnuli.

Dle výpovědí se dvě třetiny (4) probandů, snaží bránit syndromu vyhoření tak, že se prací zabývají pouze v práci a ve svém volném času se věnují především své rodině, zájmům, psychohygieně a dalším aktivitám. *„Hlavně mě práce baví, to je asi to důležité, ale když nejsem v práci, dělám naprosto jiné věci a prací se vůbec nezabývám a ani na ni nemyslím. Což je asi to nejzásadnější, ale jinak trávím aktivně svůj volný čas s rodinou a přáteli.“* (Proband F). Jedna třetina probandů (2) si myslí, že je důležité najít si v práci něco, co člověka baví, rozvíjí ho, a že musí mít vnitřní přesvědčení. *„Jo takže mě třeba právě baví ta práce s těmi klienty, se kterými si už nikdo neví rady.“* (Proband A). Dle probanda D je to o poslání a o směřování samotného pracovníka. Myslí si, že to souvisí také s jeho očekáváním vůči sobě i klientům. *„Myslím, že naše super pracovní vztahy se odrazily také v tom, jak se do práce těšíme. Důležité jsou také drobnosti- v průběhu pracovní doby si najít chvíli na sebe, třeba v rámci obědové pauzy, a prostě vypnout, projít se.“* (Proband D). V rámci profesního života se také probandi zúčastňují týmových konferencí, supervizí a teambuildingů. *„Teambuilding míváme vždycky na podzim nebo v září, potom míváme vánoční večírek, to je fajn.“* (Proband B).

Největším úspěchem a radostí je pro probandy (6) v jejich zaměstnání především pokroky, abstinence a dobré vztahy, ale i poděkování od klientů. Dále také považují za úspěch velmi dobré vztahy v týmech, které chtějí udržet, a stejně tak i pořádání konferencí v rámci mezinárodního dne boje proti drogám. *„Práce samotná, poslání a cíle našich služeb, to, že se nám daří je naplňovat. Boření mýtů a pořádání konference v rámci mezinárodního dne boje proti drogám. Jsem ráda, pokud se daří klientům, vrací se a využívají našich služeb. Mám radost, když někdo ocení naši práci a to, co děláme.“* (Proband D).

5 Zhodnocení výsledků výzkumného šetření

V rámci závěrečného shrnutí výzkumného šetření zhodnocuji a komentuji svá zjištění, která vyplývají z mého výzkumu. Výsledky jsem rozdělila do jednotlivých kategorií na základě oblastí, které jsem si stanovila na začátku.

1. Způsoby vyhledávání klientů, postupy při prvních setkáních s klientem.

Z výzkumu vyplývá, že probandi se seznamují s klienty kontaktních centrech tak, že klienti přichází do zařízení sami, s přáteli, anebo byli již dříve kontaktováni v terénním programu, který je následovně odkázal na centrum. Při prvním setkání s klientem se probandi snaží působit co nejpřirozeněji. S klientem se nejdříve seznamují a zjišťují, zda vůbec patří do cílové skupiny centra, tudíž jestli se jedná o uživatele návykových látek. Dále klienty seznamují se službami a pravidly zařízení, aby nedošlo k narušení provozu a konfliktům mezi probandy či ostatními klienty. V průběhu kontaktu probandi pozorují chování, ale i individuální nastavení klientů, což jim napomáhá ke zhodnocení aktuální situace jednotlivců. Snaží se navázat vztah a vytvářet vzájemnou důvěru mezi pracovníkem a klientem. Během prvních kontaktů probandi provádí sociální šetření, dále také sbírají informace o užívání klienta, které později využívají k práci s klientem, a to hlavně k řešení jeho konkrétní situace.

2. Nejnovější trendy užívání opiátů

Z výpovědí probandů mohu konstatovat, že se aktuálně neobjevují žádné nové trendy v užívání opiátů. I přesto z výzkumu vyplývá, že se v oblasti Kroměříže v současnosti rozmohlo zneužívání syntetických opioidů a fentanylových náplastí, které jsou života ohrožující. Oproti tomu se v Kontaktním centru v Uherském hradišti začali vyskytovat uživatelé toluenu, tzv. „čičači“.

3. Nejčastější důvody užívání návykových látek, především opiátů.

Uživatelé opiátů využívají opiáty především ke zklidnění a utlumení bolesti. Řada z nich začala podle probandů užívat opiáty kvůli experimentování a jejich snadné dostupnosti. Polovina probandů uvádí, že klienti rádi experimentují, a proto vždy nastane chvíle, kdy každý z nich zkusí i opiáty. Shodují se na tom, že obvykle svůj první experiment provádí společně s ostatními uživateli, kteří již zkušenosti s opiáty mají. Druhá polovina probandů

tvrdí, že nejčastějšími důvody k užívání opiátů je snadná dostupnost a nízká finanční náročnost oproti ostatním návykovým látkám, a to zejména v opiové sezóně, kdy mak setý roste v okolí. Z tohoto důvodu ho klienti mohou libovolně užívat a následovně i sklízet a sušit na období, kdy není k dispozici. Z toho vyplývá, že uživatelé mohou užívat opiáty celoročně, s čímž souvisí i řada zdravotních problémů, se kterými se klienti potýkají. Dle výpovědí probandů mohu konstatovat, že se snaží zamezit všem zdravotním rizikům, které souvisí s užíváním drog, u klientů i celé společnosti v rámci terciární prevence, poskytováním programu „harm reduction“.

4. Hlavní cíle pracovníků při práci s drogově závislými klienty.

Probandi se snaží při své práci s klienty docílit několika výsledků. Z výzkumného šetření vyplývá, že dvě třetiny probandů považuje za svůj hlavní cíl minimalizaci zdravotních rizik ohrožujících jak jejich klienty, tak i společnost. Jedna třetina probandů se snaží pracovat s klienty na změně životního stylu, která by mohla vést k abstinenci, což v případě uživatelů opiátů není zcela jednoduché kvůli obavám z abstinčních příznaků. Z tohoto důvodu probandi uvádí, že je nutné s klienty komunikovat, mít vstřícný a přirozený přístup a motivovat je k pozitivním změnám. Dále je také dobré postupovat pomalu a stanovovat si s klienty malé cíle, které povedou k léčbě závislosti a k abstinenci.

5. Metody práce s drogově závislými klienty na opiátech.

Účastníci výzkumu uvádí, že nejčastěji používanými metodami jsou motivační rozhovory, krizová intervence, konfrontace, úkolově orientovaný přístup, intervence a individuální poradenství. Tyto metody dále obohacují technikami zrcadlení, arteterapie, technikou „sand playing“, konfrontacemi s realitou a v neposlední řadě rodinou nebo partnerskou mediací. Podle probandů se tyto metody používají dle konkrétní situace klienta, kterou zjistíme za pomoci naslouchání, pozorování a zhodnocením kognitivních schopností klienta. V rámci metod práce jsem se během výzkumného šetření zajímala také o manipulaci, a jestli se s ní probandi setkávají během své praxe. Na základě výpovědí lze říci, že se objevuje jak ze strany klientů, tak pracovníků. Probandi uvádí, že manipulaci používají nezáměrně, ale i záměrně, aby docílili pozitivních změn u klientů. Přesto se drží hlavní zásady, která je nelhat, ale pouze poukázat na skutečnosti, které je nasměrují správnou cestou.

6. Současná situace uživatelů opiátů po absolvování léčby závislosti

Z výzkumného šetření vyplynulo, že zájem o léčbu závislosti ze strany uživatelů se dle probandů pohybuje okolo 20%. Největší zájem je v období po opiové sezóně a v zimě, kdy klienti dochází do kontaktního centra s prosbou o pomoc při vyřizování léčby. Z výpovědí probandů vyplývá, že v převážné většině mají přehled o uživatelích opiátů, kteří nastupují na léčbu závislosti. Je to z toho důvodu, že řada klientů si léčbu vyřizuje právě v kontaktním centru. O průběhu léčby a jejím zakončení však informace nemají, protože s těmito zařízeními probandi nespolupracují a uživatelé, kteří absolvovali léčbu, dle doporučení, by se neměli vracet na místa, která mají spojována s užíváním drog. I přesto s odstupem času tito jedinci do kontaktního centra znovu přechází kvůli jednomu z následujících třech důvodů. První důvod je ten, že přichází, aby probandům sdělili své pokroky a změny v životě. Druhým důvodem je návrat k drogám s cílem využít nabízeného programu „harm reduction“. Posledním důvodem je, že vyhledávají podporu v abstinenci, při prevenci relapsu, anebo kvůli párové terapii, kterou poskytují probandi. Z výpovědí probandů mohu dále konstatovat, že mnoho abstinujících klientů podceňuje svoji závislost a dochází tak k opakovaným relapsům, které snižují jejich motivaci k abstinenci, což vede k návratu k drogám.

7. Potřeby pracovníka

Z výzkumného šetření vyplývá, že všichni probandi ve své práci vidí opravdové poslání, které je prospěšné nejen pro uživatele návykových látek, ale i pro společnost. Jakékoliv pozitivní změny týkající se klientů považují za úspěch ve své práci, který vede ke zlepšení situace v drogové problematice. Tyto změny se týkají například sociálního fungování klientů, snížení užívané dávky u klientů, počtu vyměněných injekčních setů, čímž se potvrzuje efektivnost služby, a s tím související zajištění ochrany populace před možnou nákazou a poraněním z volně povalujících se použitých injekčních stříkaček na veřejném prostranství. Pracovníci říkají, že proto, aby mohli dále pokračovat ve své práci, potřebují mít kolem sebe dobře fungující tým kolegů a vyzdvihují důležitost podpory a finančního ohodnocení od vedení organizace. Někteří také očekávají, že klienti s nimi budou spolupracovat.

Vzhledem k tomu, že probandi pracují v pomáhající profesi, zaměřila jsem se také na syndrom vyhoření. Většina probandů hovoří o tom, že se snaží efektivně trávit svůj volný čas, ve kterém se nevěnují své práci, ani nad ní nepřemýšlí. Druhá část probandů tvrdí, že je důležité najít si v práci svůj cíl a smysl, který pracovníka baví a rozvíjí ho. Všichni se shodují na tom, že se pravidelně zúčastňují supervizí, týmových konferencí a team buildingu, což vidí jako přínosné a velmi důležité pro jejich práci. Z výpovědí probandů také vyplývá, že jejich

největším úspěchem a radostí v zaměstnání jsou dobré vztahy s kolegy a v týmu, pokroky klientů jakéhokoliv rozsahu, popřípadě jejich abstinence nebo poděkování za jejich práci, a v neposlední řadě také pořádání odborných konferencí.

6 Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na metody práce s drogově závislými klienty na opiátech u pracovníků Kontaktního centra Plus v Kroměříži a Kontaktního centra Uherského Hradiště. Cílem práce bylo zmapovat současnou situaci drogově závislých jedinců na opiátech a shrnout a popsat postupy při práci s těmito klienty v praxi.

Teoretická část práce obsahuje důležité poznatky z odborné literatury týkající se návykových látek se zaměřením na opiáty, jejich rozdělení, účinky a důsledky jejich užívání. Zabývá se také popisem závislosti na nich, včetně etiologie vzniku závislosti, odvykacího stavu a léčby. V poslední části byla popsána sociální práce s uživateli drog se zaměřením na metody práce s těmito uživateli a kontaktní centra.

V praktické části jsou popsány metodologická východiska výzkumného šetření. Dále je definován cíl výzkumného šetření a výzkumné oblasti, stejně jako metodologický rámec práce a metody. Následně je představen výzkumný soubor, způsob sběru dat a samotné výsledky výzkumu s přihlédnutím k jednotlivým klíčovými oblastem, jimiž jsou první kontakt s klienty, metody práce, katamnéza a potřeby pracovníka. Při provádění výzkumného šetření bylo využito kvalitativního dotazování v rámci polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky kontaktních center v Kroměříži a v Uherském Hradišti. V závěru práce byly zhodnoceny výsledky výzkumného šetření.

Z výzkumu vyplývá, že uživatelé opiátů dochází do kontaktních centrech se záměrem využít jejich služeb. První kontakt je velmi důležitý a vyžaduje vstřícný přístup sociálního pracovníka pro vytvoření důvěrného pouta. Na základě získaných informací pracovníci nabízejí pomoc a navrhnou klientovi různé možnosti, jak zlepšit jejich současnou situaci.

Na základě výzkumu jsem zjistila, že v současnosti žádné nové trendy v oblasti užívání opiátů nejsou. Ukázalo se ale, že pracovníci centrech se setkávají se zneužíváním syntetických opioidů (fentanylových náplastí) a těkavých látek (toluen). Obě látky jsou životu velmi nebezpečné, proto se snaží pracovníci uživatelům poskytovat v rámci intervence informace o zdravotních rizicích.

Šetření ukázalo, že důvody, proč uživatelé vůbec s opiáty začínají, jsou dva. Prvním je chuť zkusit něco nového, která je vede k experimentování s nimi, a dalším je snadná dostupnost a finanční nenáročnost, především v období opiové sezóny. Při dlouhodobém a nepřetržitým užíváním takovýchto drog se tito lidé potýkají s řadou zdravotních problémů – abscesy, vyrážky, záněty žil, popáleniny – a s jejich řešením či prevencí jim pomáhají probandi

v kontaktních centrech, kde jim poskytují terciární prevenci a „harm reduction“. Dlouhodobé užívání znamená pro klienty center i problémy s abstinenčními příznaky při léčbě. S jejich zvládnutím jim pomáhají pracovníci a substituční léčba.

Hlavním cílem pracovníků s drogově závislými klienty je minimalizace rizik, které jsou spojeny s užíváním návykových látek. Dále se v rámci své práce s uživateli opiátů snaží o změnu jejich životního stylu a motivovat je ke snížení dávek nebo k abstinenci. K tomu využívají určité metody a nejčastěji to je motivační rozhovor, krizová intervence, konfrontace, úkolově orientovaný přístup, intervence a také individuální poradenství. V rámci individuálního poradenství pak upřednostňují techniky zrcadlení, arteterapii, techniku „sand playingu“, konfrontaci s realitou, ale i rodinou nebo partnerskou mediaci. Dle výzkumu však nelze tyto metody užívat u všech klientů, a proto je důležité vždy zhodnotit situaci a rozpoložení klienta v daný okamžik. Dále vyplynulo, že všichni probandi někdy využívají manipulaci pro docílení pozitivních změn ve prospěch klienta.

V oblasti katamnézy se výzkum zaměřoval na uživatele, kteří se rozhodli svoji situaci řešit, a podle výpovědí probandů zájem o léčbu projeví okolo 20 % uživatelů, ale přesto se k ní rozhodne pouze pár jedinců. Probandi v kontaktních centrech nabízejí pomoc při vyřízení léčby, avšak samotný průběh nebo zakončení léčby nemonitorují. S odstupem času za nimi někteří uživatelé přijdou a informují je o jejich současné situaci. Někteří klienty se ze závislosti vyléčí a vedou nový život, řada klientů začne ale drogy znovu užívat, anebo abstinující jedinci začnou znovu kontaktní centrum navštěvovat, aby využili služeb podpory v abstinenci, prevenci relapsu a terapii.

Práce sociálního pracovníka je velmi náročná, vyžaduje spoustu osobnostních předpokladů a dovedností. Aby se při takto náročné práci pracovníci vyhnuli syndromu vyhoření, snaží se ve svém volném čase trávit život s rodinou a nezabývat se pracovními záležitostmi. Z jejich výpovědí lze konstatovat, že při práci jsou pro ně důležité dobré vztahy v týmu, pokroky klientů k pozitivním změnám, pokud možno s výhledem abstinence, pozitivní ohlasy od klientů a podpora a pochopení z vedení.

Z vyhodnocení výzkumu vyplývá, že uživatelé opiátů jsou velmi specifickou skupinou, se kterou se musí postupovat v rámci malých změn. Přístup pracovníka ke klientovi je u této skupiny zásadní a vyžaduje dlouhodobou spolupráci. Přesto při správně zvolených metodách a strategiích může práce sociálního pracovníka vést k pozitivním změnám v jejich životech.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Culley, S., Bond, T. (2008). *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii: dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-807-3674-526.

Čtrnáctá Š. a kol. (2013). *Sborník odborné konference: Rodina a drogy*. Praha: SANANIM. ISBN 978-80-904536-5-4.

Drogy – Info (2015). *Opiáty*. Získáno 1.dubna 2020 z http://txt.www.drogy-info.cz/index.php/drogova_situace/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne.

Dekontaminace, časopis pro pracovníky a klienty terénních programů a kontaktních center, (2010). *Dekontaminace, II/2010 – Opiáty*. Získáno 1. Dubna 2020 z http://edekontaminace.cz/clanek/6/114/dekontaminace-ii_2010-opiaty.html.

Fischer, S. a Škoda, J. (2014). *Sociální patologie. Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.

Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

Guggenbühl-Craig, A. (2007). *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Přeložil Patočka, P. 1. Vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-302-4.

Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách: drogy a jejich účinky, rizika zvyšující užívání drog, léčba, problémové situace*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0135-9.

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. Přep. a roz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

Charita Kroměříž (2020). *Kontaktní centrum plus*. Získáno 27. března 2020 z <https://www.kromeriz.charita.cz/sluzby/kontaktni-centrum-plus/>

Charita Kroměříž (2020). *Výroční zpráva Charity Kroměříž za rok 2018*. Získáno 27. března 2020 z <https://www.kromeriz.charita.cz/res/archive/000122.pdf?seek=1561622684>

Chráska M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu, základy kvantitativního výzkumu*. 1. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

Janíková, B., Kiššová, L., Klíma, T., Mravčík, V., Šalamoun, J. (2018). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Revize 1.2. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Získáno 18. Dubna 2020 z https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1656/824/Seznam_a_definice_vykonu_verze%201-2_2018-08-17_fin.pdf

Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2449-2.

Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.

Klíma, P. (2009). *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Česká asociace streetwork. ISBN 978-80-254-4001-8.

Klíma, P. a kol (2010). *Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork*. 3. Vyd. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork. ISBN 978-80-86728-42-1

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007). *Drogy: otázky a odpovědi, příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-223-2.

Marhounová, J, Nešpor K. (1995). *Alkoholici, feťáci a gambleři*. 1. vyd. Praha: Empatie. ISBN 80-901618-9-8.

Matoušek, O a kol. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Portál. ISBN 978-802-6202-134

- Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J. (2005). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-x.
- Michalík, J. a kol. (2008). *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání. ISBN 978-80-903658-2-7.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. 1. vyd. . Překlad: Jiří Bareš. Praha: Galén. ISBN 978-807-2627-653.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. Vyd. Praga: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- Miovský, M. a kol. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství. 2. přep. vyd.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie. ISBN 978-80-7422-391-4.
- Miovský, M., Zapletalová, J. (2006). *Primární prevence rizikového chování na rozcestí: specializace versus integrace. Sborník abstrakt a program III. Ročníku celostátní konference*. Tišnov: SCAN. ISBN 80-86620-13-1.
- Miovský M., Skácelová L., Zapletalová J., Novák P. (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga. ISBN 978-80-87258-47-7.
- Motschnig, R., Nykl, L. (2011). *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. Vyd. 1. Překlad: J. Bílková. Praha: Grada. ISBN 978-802-4736-129.
- Mühlpachr, P. (2004). *Sociální práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. ISBN 80-210-3323-1
- Nešpor, K., Csémy, L. (1994). *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2. roz. Vyd. Praha: Besip.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-432-x.
- Nešpor, K. (2001). *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-515-6.

Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislosti: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 5. Roz.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.

Nilsen, P. (2010). Brief alcohol intervention - where to from here? Challenges remain for research and practice. *Addiction* 105, 954 -959. Society for the Study of Addiction.

Pešek R., Vondrášková A., Veselý O. (2008). *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati: Poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče*. 2. vyd. Písek: AKÁDA – sociálně psychologické centrum. ISBN 978-80-239-9405-6.

Podané Ruce (2019). *Výroční zprava 2018 Společnost Podané ruce. Získáno 28. března. 2020*
z <https://aktualne.podaneruce.cz/wp-content/uploads/2019/11/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD-zpr%C3%A1va-SPR-2018.pdf>.

Průcha, J., Veteška, J. (2012). *Andragogický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. .ISBN 978-80-247-3960-1.

Rotgers F. a kol. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Přeložil Hajný M., Slácalová M. Grada Publishing. ISBN 80-7169-836-9.

Řiháček, T., Čermák, I. a Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. 1. vyd Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.

Sochůrek, J. (2009). *Úvod do sociální patologie*. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-448-1.

Společnost Podané ruce (2020). *Kontaktní centrum v Uherském Hradišti. Získáno 27. března 2020*
z <https://podaneruce.cz/centra-sluzby/kontaktni-centrum-v-uherskem-hradisti/#1528790977632-f2e49a52-78fa>.

Strauss A., Corbinová J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Nakladatelství Albert. ISBN 80-85834-60-X.

Švaříček R., Šedřová K. a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. 1. Vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Švaříček R., Šedřová K. a kol. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. Vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vodáčková, D. a kol. (2012). *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7.

Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0709-4.

Zákony pro lidi. (2017). *Zákon č. 167/1998 Sb., Zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů*. Získáno 26. března 2020 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-167> .

Zákony pro lidi. (2019). *Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách*. Získáno 26. března 2020 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

Seznam příloh bakalářské práce

Příloha č. 1 - Kontaktní centrum Plus v Kroměříži

Příloha č. 2 – Kontaktní centrum v Uherském Hradišti

Příloha č. 3 – Seznam otázek do rozhovoru

Příloha č. 4 – Přepis rozhovoru s probandem

Příloha č. 1 - Kontaktní centrum Plus v Kroměříži

Kontaktní centrum Plus v Kroměříži je jediné zařízení svého druhu v Kroměříži. Zřizovatelem je Charita Kroměříž. Probíhají zde dva propojené projekty, jimiž je Kontaktní a poradenské centrum Plus, což je služba ambulantního typu, a Terénní program plus, což je, jak plyne z názvu, služba terénní práce (Kontaktní centrum Plus – online). Hlavními principy je nízkoprahovost, harm reduction, anonymita, individuální přístup a nehodnotící přístup. Kontaktní centrum mohou navštěvovat osoby starší 15 let, avšak vychází se pouze z informací, které klient poskytne. Dle poslední aktuální Výroční zprávy Charity Kroměříž za rok 2018 navštěvuje Kontaktní centrum Plus 236 uživatelů drog a 28 rodinných příslušníků. Mezi klienty je přibližně 65% mužů a 35% žen a jejich průměrný věk je 33,9 let. Denně kontaktní centrum navštěvuje přibližně 21 klientů. Nejvíce užívanou drogou je pervitin s četností okolo 89 %, jako druhé se řadí surové opium s 9 % a zbylé 2 % představuje THC, heroin nebo těkavé látky. Nejrozšířenější užívání návykové látky je intravenózní aplikací. Kontaktní centrum svým klientům zprostředkovává výměnu použitých injekčních stříkaček. V roce 2018 bylo vydáno 41 665 kusů. Kromě toho poskytuje i poradenství a terapii, o kterou klienti jeví čím dál větší zájem, čemuž nasvědčuje i počet individuálních poradenství a intervencí, který činí 587. Mimo poskytování služeb svým klientům také pořádá Kontaktní centrum Plus každoroční odbornou konferenci k příležitosti Mezinárodního dne boje proti drogám (Výroční zpráva Charity Kroměříž za rok 2018 – online).

Příloha č. 2 – Kontaktní centrum v Uherském Hradišti

Kontaktní centrum v Uherském hradišti se nachází u centra Uherského hradiště, kde poskytuje ambulantní, ale i terénní službu drogově závislým klientům, jejich blízkým a příbuzným. Zřizovatelem je společnost Podané ruce. Oproti Kontaktnímu centru v Kroměříži, které mohou navštěvovat potencionální klienti starší 15 let, mohou toto centrum využívat až od 16 let. Hlavními principy jsou anonymita, bezplatnost, rovnost a dobrovolnost (Kontaktní centrum v Uherském Hradišti – online). Dle výroční zprávy Společnosti Podané ruce z roku 2018 měli za rok 2018 dohromady 203 klientů a 2559 kontaktů. Poskytují také poradenství, kterých poskytli 550, a vyměnili 22 559 kusů injekčního materiálu (Výroční zpráva 2018 Společnost podané ruce o.p.s.).

Příloha č. 3 – Seznam otázek do rozhovoru

Oblasti:

- **První kontakt s klienty**
- **Metody práce**
- **Katamnéza**
- **Potřeby pracovníka pro kvalitní práci**

- **První kontakt s klienty KC**
 1. Jak se seznamujete s klienty závislími na opiátech ve Vašem zařízení?
 2. Co zjistíte při prvním kontaktu s klientem?
 3. Objevují se v současnosti nějaké nové trendy týkající se uživatelů opiátů?
 4. Jaké jsou nejčastější důvody užívání opiátů?
 5. Jakým způsobem poskytujete terciární prevenci svým klientům?
 6. Na co bych se Vás měla ještě zeptat?

- **Metody práce**
 7. Jaký je Váš hlavní cíl při práci s klienty závislími na opiátech?
 8. Co děláte pro to, abyste uspěli?
 9. Používáte nějaké metody či techniky při práci s klienty? Které to jsou?
 10. Jaká je dle Vás nejúčinnější metoda a technika?
 11. Použil/a jste manipulaci ve prospěch klienta?
 12. Jak motivujete klienty ke změně dosavadního životního stylu?
 13. Na co bych se Vás měla ještě zeptat?

- **Katamnéza**
 14. Jaká je v současnosti situace Vašich klientů a kolik z nich prochází léčbou?
 15. Jak pokračují životy Vašich klientů po léčbě závislosti s odstupem času?
 16. Jak podporujete klienty v abstinenci, máte nějaká doporučení?
 17. Setkáváte se s intoxikací u klientů?
 18. Na co bych se Vás měla ještě zeptat?

- **Potřeby pracovníka**
 19. Jaký je pro Vás smysl vaší práce s drogově závislími klienty?
 20. Co potřebujete pro to, abyste nadále pokračovali ve své práci (od kolegů, vedení)?
 21. Jak bojujete proti syndromu vyhoření?
 22. Co Vám dělá největší radost ve Vaší práci?
 23. Na co bych se Vás měla ještě zeptat?

Příloha č. 4 – Přepis rozhovoru s probandem A

Rozhovor č. 1 s probandem A

V: „Dobrý den, na začátku rozhovoru bych se chtěla zeptat, zda souhlasíte s nahráváním... Je to vlastně pro účel bakalářské práce, vše je anonymní a později tento záznam bude smazán. Souhlasíte s nahráváním?“

A: „A sepsán (smích)... ano.“

V: „Perfektní. Co se týče této bakalářské práce, nese název metody práce s drogově závislými klienty na opiátech.“

A: (Mimo téma).

V: „Takže přejdeme k první otázce, první kontakt s klienty. Jak se seznamujete s klienty závislými na opiátech ve Vašem zařízení?“

A: „A teďka je tím myšleno jako, že jestli jako jsou to jiní klienti než-li perníkoví nebo...“

V: „Celkově jak se seznamujete s Vašimi klienty.“

A: „Jako jak probíhá první kontakt?“

V: „Ano.“

A: „První kontakt standardně probíhá tak, že přichází klient většinou na výměnu jehel s tím, že vlastně s ním jednáme jako s kterýmkoliv jiným klientem, uživatelem jakýmkoliv jiných látek.“

V: „Perfektní, co zjišťujete při prvním kontaktu s klientem?“

A: „Je to standardní procedura, takže se zjišťuje vlastně typ užívané látky, frekvence, způsob užívání, jeho socioekonomická situace, případně nějaká zdravotní rizika nebo jeho jako situace bytová, práce a tady tyhle ty věci, které potřebujeme pro práci s tím klientem, a proto, abychom mu mohli nabídnout něco, co by chtěl z našich služeb využít takhle.“

V: „A jsou teďka v současnosti nějaké nové trendy užívání, nebo co se týče opiátů a tak?“

A: „Tak Kroměřížsko jako takové je specifické užíváním surového opia a s tím, že vlastně v sezoně zhruba dva, tři až čtyři měsíce klienti užívají nitrožilně surové opium, ale už dlouhodobě sledujeme to, že řada klientů je závislých dlouhodobě s tím, že mimo tu opiovou sezonu si nasbírají suché makovice a užívají odvary z tady těhle těch makovic a máme klienty, kteří jsou závislí pět, deset let. S tím že ještě k těm novinkám patří užívání fentanylových náplastí, ale to je pouze u úzkého okruhu uživatelů plus teda ještě někteří užívají syntetické opiátů ve formě léku, velmi často třeba co najdou v kontejnerech u nemocnic a plus někteří klienti, ale to spíš okrajově si kupují opiáty na černém trhu

standardně od lidí, kteří dejme tomu si je nechávají předepisovat a potom s tím obchodují a prodávají to.“

V: „A jak se dostávají třeba tady k těm náplastem.“

A: „No... jak jsem říkal, tak většinou se k nim dostávají tak, že někdo kdo je má předepsané, tak je prodává, anebo další alternativa, nemocniční odpad.“

V: „A jaké jsou nejčastější důvody užívání právě těchto opiátů podle Vás?“

A: „Tak těch důvodů je několik. První z důvodů je ten, že pokud je to jako přírodní produkt ve formě makovic, který si samozřejmě oni sami nepěstují, ale jaksi velmi jako volně dostupný na polích, tak je to zdarma. Je to alternativa, jako byla látka, která je zdarma, přičemž vlastně pokud ten člověk má skladovací prostory, tak je schopen si nasbírat opravdu zásoby na celou sezónu a v podstatě do toho nemusí investovat jako moc financí. Druhá věc, která si myslím, že je jako taková typická, že jako kdyby to užívání opiátů prostě někomu vyhovuje, že vyzkouší jako celou řadu několika jako kdyby různých látek, ale zůstává u toho, co mu vyhovuje a u některých těch klientů je to vyloženě takové to zklidnění. Jo, který jako kdyby vyhledávají. Další věc zvlášť u těch dlouhodobých uživatelů, kteří už mají za sebou jakoby nějakou delší drogovou kariéru, kteří už mají za sebou řadu zdravotních následků a takhle a přeci jenom ty opiáty tlumí bolest. Takže tlumí jako kdyby ty projevy těch následků drogové kariéry a ti klienti se cítí relativně v pohodě, v bezpečí, že je nic nebolí.“

V: „Jakým způsobem poskytuje těmto klientům terciární prevenci?“

A: „Zase je to úplně, úplně to stejné jako u uživatelů jiných drog. Jenom rozdíl je asi v tom, že ti uživatelé opiátů vzhledem k tomu, že to vyvolává silnou fyzickou závislost, tak velmi často ty drogy aplikují opakovaně, třeba několikrát denně, což samozřejmě má drtivý dopad na žilní systém, takže tam se intenzivně zaměřujeme na takové ty zdravotní důsledky. A pak je tam velké nebezpečí předávkování, s tím že vlastně ten člověk, jako kdyby si tu drogu sám připravuje, ale neví přesně jak silný jako ten odvar, který si udělá je, a plus teda další věc, to znamená, předávkování je velké riziko, další věc, u uživatelů opiátů se nehojí, nebo vůbec celková regenerace organismu je snižovaná, takže mají větší náchylnost k nemocem, různá onemocnění se nehojí a podobně. Další věc je ta, že ta droga, která je vlastně surová, teď mluvím o surovém opiu, tak je hodně nečistá, takže i při té nitrožilní aplikaci vzniká spousta různých průsvihů, abscesy prostě hrozí, embolie a další věci. Takže je to hodně o zdravotních rizicích, o předávkování, o jako kdyby nějakých následcích toho užívání.“

V: „Na co bych se Vás měla ještě zeptat, tady k tomuto. Napadá Vás něco, nějaká zajímavá myšlenka?“

A: „Jo ještě jedna věc, která se týká k tomuto uživatelů opiátů, že máme uživatele pervitinu, kteří standardně v průběhu sezony užívají nějaké stimulační látky, ale ve chvíli kdy je dostupné surové opium, které je možné užívat nitrožilně, tak vlastně přechází tady k této alternativě, protože je to zadarmo. A potom vlastně ta sezona odezní, tak někteří mají tendence pokračovat v užívání těchto čajů, někteří se vrací zpátky k pervitinu.“

V: „Mě napadá ještě jedna otázka, kontaktovala jsem spoustu Kontaktních center, ale nikdo nemá jako kdyby tolik klientů závislých na opiátech. Čím myslíte, že to je?“

A: „Minimálně tím, že užívání opiátů tady v regionu má dlouho tradici, jo že už vlastně když už to naše centrum vznikalo před dvaceti lety a víc nevím teď už, dva a dvaceti, tak už tady byli lidé, kteří jako kdyby si vypěstovali takoví, takovou kulturu užívání opia, jo, že kteří i ztvárňovali makovice a takhle. Prostě jako je to v nich hluboce zakořeněné a v podstatě se to od nich naučili ty další generace. I když ty už to nemají tak dejme tomu duchovně položené, ale je to prosté zneužívání, ale ta tradice tam nějakým způsobem je vybudovaná. Druhý důvod je podle mě dostupnost, že těch makových polích je tu spousta, takže je to levná alternativa, takže ve výš položených oblastech tady tohle takhle dostupné není.“

V: „Dobře. Teďka přecházíme k oblasti metody práce. Jaký je Váš hlavní cíl při práci s klienty závislými na opiátech?“

A: „Tak obecně, že jo je ten cíl jakoby změna životního stylu s nějakým výhledem abstinence, ale tady u těch klientů, u uživatelů opiátů je to specifické v tom, že paradoxně uživatelé opiátů jsou schopní mnohem více sociálně fungovat než uživatelé pervitinu. Jsou schopní docházet do práce nějak sociálně fungovat. Kdežto ti uživatelé pervitinu, kteří nevydrží na jednom místě, nejsou schopni prostě, že jo nespí, spí, nejsou schopni dodržovat nějaký základní režim tak tohle to oni jsou. Takže tam je to víc o minimalizaci zdravotních rizik o zbavení se té závislosti a celkově. Protože ti lidé jsou v tom ponoření třeba hodně let, tak mají vůbec obavu s tím přestat. Protože ty abstinence příznaky třeba po nepřetržitém pětiletém užíváním, jsou asi velmi jako brutální. Takže i motivovat je k tomu, aby nějakým způsobem snižovali dávku nebo zvážili substituční léčbu.“

V: „Je hodně takových klientů, kteří to vážně zvažují?“

A: „Za poslední dejme tomu rok, minimálně pět klientů nastoupilo na substituční léčbu a jsou to dlouhodobí uživatelé opiátů. Už jako kdyby, že jo to užívání opiátů je takový jakoby setrvalý stav, který už pro ty klienty nějakým způsobem jako nevybočuje z takového toho běžného životního standardu. Oni jsou na to prostě zvyklí, ale už jim to nic moc nedává a spíš jako, když už jsou to dlouhodobí uživatelé tak si začínají uvědomovat, že jim to komplikuje život. Takové to ve smyslu jako by, „ já bych jela na dovolenou, ale co ta moje

závislost“...“já vlastně nemůžu jed do ciziny, protože bych si sebou musela jako vézt drogy a to nemůžu, že jo nebo minimálně tím hodně riskuju.“ Takže si uvědomují, že je to hodně limituje v tom jejich běžném životě. Právě proto začínají zvažovat, jsou to většinou pracující klienti, kteří zvažují, že se toho takhle jako zbaví a chtějí využít substituční léčbu, aby nějakým způsobem byli schopní vůbec jako ty „abst’áky“ zvládnout.“

V: „Co děláte pro to, abyste uspěl ve Vašem cíli?“

A: „Kde?“

V: „Ve vašem Cíli.“

A: „Snažím se je motivovat, snažím se nabízet alternativy, snažím se to dělat takovým způsobem, aby si vůbec dokázali představit to, jak může fungovat ten jejich život bez drog. Protože spousta z nich jsou dlouhodobí uživatelé, kteří v tomto fungují třeba deset, patnáct, někteří i dvacet let jo a oni v podstatě těch deset, patnáct nebo dvacet let neznají nic jiného než ten drogový svět. Jo, a když ten člověk začne fetovat v patnácti a ve třiceti, když rekapituluje, tak předtím byl v takové té jako rané pubertě a pak už zná jen drogy. Takže on si ten svůj jako kdyby „nedrogový svět“ nedokáže úplně představit, nebo nemá ani představu jak může fungovat. Takže myslím si, že jedna z těch cest je jako zrealnit tomu klientovi tu budoucnost jak by to mohlo vypadat, jak by to mohlo fungovat, co všechno je jako by součástí toho světa bez drog.“

V: „Perfektní. Tak používáte nějaké metody při práci s klienty, jaké jsou Vaše nejoblíbenější?“

A: „Vzhledem k tomu, že spousta klientů líčí... líčí většinou ty svoje životní situace tak jak si přejí, aby byly a ne jaké takové jsou doopravdy, tak se mi někdy osvědčilo tady u tady těhle těch klientů taková přímá konfrontace. Konfrontace jako kdyby s realitou, připustit si nějaký problém. Protože jsou to většinou dlouhodobí uživatelé, kteří už v tom jako kdyby sociálním cítěním někam propadly, tam se zastavili sice v nějakém místě, ale že můžou fungovat i jinak. Jo a konfrontovat vůbec s tím, aby si připustili, jaká je ta realita, protože si to snaží si pro sebe nějakým způsobem jako obranný mechanismus líčit tu svou životní situaci trošičku jinak. Takže hodně tam funguje konfrontace zároveň, ale s vyjádřením zájmu o toho klienta, že mi o něho jde, že mám o něho obavu, že mám pocit, že se někam řítí a že nechci, aby se tady tohle to stalo. Jo tak je to možná trošku metoda cukru a biče.(smích)“

V: „Používáte manipulaci ve prospěch klienta?“

A: „Co není manipulace (smích)?“

V: „Podle Vás?“

A: „No tak pokud to vezmu tak, že manipulace je v podstatě cokoliv co vypustíme z pusy, tak asi ano. Asi ano používám manipulaci, ale manipulace je třeba o tom jenom že jo, že zdůrazním pozitiva, některé alternativa... to už může být vnímána jako manipulace. Tak manipulaci používáme všichni jako v běžném životě, takže myslím si, že je to o tom zůstat nějakým způsobem jako by objektivní k tomu klientovi, nelhat. Jo že ukazovat mu ty věci, ale nelhat mu, protože on v reálu potom, když do toho světa vpluje, abysme mu ho líčili jinak než je ta realita, tak potom má velmi často tendenci se často vracet do toho drogového, takže to není jako funkční cesta. Jo říkám klientům, že budou nastupovat na léčbu, tak jim říkám, že je to hodně přísný pionýrský tábor, nelíčím jim to jako cestu zalitou sluncem. Aby prostě po dvou dnech, kdy zjistí, že to není úplně příjemný, tak aby se neotočili na patě a neodešli.“

V: „Určitě. A vy jste sice už odpověděl na tuto otázku, ale kdyby Vás ještě něco napadlo...jak motivuje klienty ke změně životního stylu?“

A: „Jak říkám, je to konfrontace s některými věcmi, jsou to hodně volené otázky na zamýšlenou, že jo. Myslím si, že u této cílové skupiny je velmi důležitý jako kdyby „zasívat červíky“ k přemýšlení, nabourávat takový ty obrany toho klienta s tím, že stačí zasít toho „červíka“, který potom už žije nějakým svým vlastním životem, který jako kdyby nahlodává nějaké dejme tomu ideály zvaným představu toho klienta a pak samozřejmě je potřeba s tím klientem to dál rozebírat. Otevírat mu ty možnosti nebo ty cesty řešit, aby věděl co s tím.“

V: „Na co bych se Vás měla ještě zeptat?“

A: „Ne, na co chcete?“

V: „Dobře, co se týče katamnézy... jaká je v současnosti situace Vašich klientů, kolik z nich teď prochází teď léčbou nebo v letošním roce?“

A: „Ne... (smích), dobře.“

V: „Ne? (smích)“

A: „Ne, ale třeba u těch klientů, kteří nastoupí do substituční léčby, tak oni už sem třeba nedochází. My jim v podstatě pomůžeme léčbu vyřídit, ale oni už normálně sociálně fungují a oni většinou už ani nechtějí přicházet sem, případně potkávat ty staré známé nebo to třeba zveřejňovat, že abstinují. Jo takže oni se nechtějí vracet do světa, takže to je obecně problém nízkoprahových služeb, že ti pracovníci potom už nemají ani zpětnou vazbu, jak to s tím klientem dopadlo. Ale je pravda, že občas se staví třeba některý klient s tím, že se přijde třeba pochlubit, jak to funguje, že už je třeba na nějaké minimální dávce jo..., ale že jo tam je ještě jeden problém, že pokud ten člověk absolvuje substituční léčbu, ale zůstává ve stejném prostředí, tak je to v podstatě pro něho nejrizikovější prostředí, které je. Takže tam je to riziko relapsu... se výrazným způsobem zvyšuje.“

V: „A je hodně klientů, kteří zůstává v tomto prostředí?“

A: „Většina.“

V: „Většina?“

A: „Většina to zkusí tady tímhle tím způsobem nějakou svou vlastní cestou a většinou po několika selhání si uvědomí, že tudy cesta nevede, ale to je ještě dlouhý proces k tomu, k té substituční léčbě, nebo autoléčbě, nebo pobytové léčbě, kde si spoustu témat dořeší.“

V: „A u klientů, kteří vlastně prošli tady touto léčbou a jste s nimi v kontaktu, víte jak jde jejich život dál, postupem času?“

A: „Teď myslíte uživatele opiátu?“

V: „Ano, jak to mají s odstupem času.“

A: „Takto, pokud budu brát pouze ty se kterými jsem v kontaktu, tak i po jako kdyby období abstinence dlouhodobě využívají podporu abstinence, využívají třeba terapii. Jo že přece jenom těch problémů a zvládání tady těch jakoby věcí je pro ně často náročné, protože většinu toho života strávili v drogovém světě, takže velmi často využívají podporu v abstinenci, případně párovou terapii a další věci. I v budoucnu mám třeba klienta, kterého doprovázím i třeba tři roky v této abstinenci“

V: „To je doba. Setkáváte se třeba i s intoxikací u klientů? Je to časté? Pouštíte je sem?“

A: „No tak klienti, kteří užívají opiáty, vzhledem k tomu že to vyvolává fyzickou závislost tak oni nemůžou být čistí, proto když jsou čistí, mají abst'ák. Jo takže oni jsou na tom v podstatě jako neustále.“

V: „Já spíš myslím to, že spíš o sobě pomalu vůbec neví.“

A: „Pokud už by byli takoví jako hodně, to znamená, že už mají mikrospánky, usínají a tak, tak se snažíme s těma klientka nějakým způsobem komunikovat, aby využití té služby k něčemu bylo, pokud jsou v takových stavech jako v extrémních tak je potom poprosíme, aby si ty mikrospánky šli dávat někam jinam.“

V: „Máte ještě něco k tomuto? K této katamněze všeobecně?“

A: „Myslím si, že je velký problém u těch klientů, že oni někteří se, teď mluvím o uživateli opiátu, kteří se pokusili abstinovat, a povede se jim to, nebo už si říkají, že mají vyhráno, tak jedna jediná dávka je vrací na začátek. Že ve chvíli, kdy oni nějak se jim podaří vyabstinovat a řeknou si už je to v pohodě, tak si jednou dám, je velký problém v tom, že ve chvíli kdy si opravdu dají jednu jedinou dávku, tak s těmi abst'áky začínají od začátku. Což pak výrazným způsobem snižuje jejich motivaci.“

V: „Potřeby pracovníka... (přerušeno A.)“

A: „Ještě možná jedna taková věc, právě jeden abstinující klient, jak sbírám takové ty výroky klientů, tak on právě vzhledem k tomu, že je dlouhodobě závislý na opiátech na velmi silných dávkách, se kdysi pokoušel vyabstinovat. Tak se pokoušel doma. S tím, že on celé, celý ten pokus o abstinenci hodnotil takovým výrokem, že s každým abstínákem přijdeš o kus osobnosti. Jo, že v každém v tom abstínáku člověk udělá něco, na co není hrdy, není pyšný nebo za co se stydí nebo něco co je třeba na hraně zákona. On když popisoval nějaký svůj pokus o abstinenci, tak tam bylo nějaké překročení dejme tomu sociální možná i právních norem, ale i v podstatě takové to, takový ten propad sebeúcty. On popisoval, že když se pokoušel doma, takhle jakoby abstinovat, tak když za ním začly přicházet ty první abstínáky, začlo mu být špatně, tak vlastně chtěl po matce peníze na drogy nebo alkohol, ona mu je odmítla dát, tak prostě v tom abstínáku nejdřív rozbil sekerou celou obyvácovou stěnu, pak matku i napadl, ta utekla. Když ty abstínáky byly silnější, tak v podstatě popisoval to, že tři dny nebyl schopen vstát z postele. Jo, že se prostě kroutil v posteli, prostě tady v těhle těch největších abstínácích plus teda k tomu popisoval ne úplně hezkou věc, že když člověk bere opiáty, má zácpu. Když je přestane brát, už ji nemá a v té posteli byl tři dny. Tady v těhle těch křečích, proto mluvím, že to jednak opravdu je tam ten propad té sebeúcty toho co člověk, jako kdyby prožije směrem k té droze a překročí nějakých dalších norem.“

V: „Jaký je pro Vás smysl Vaší práce s drogově závislými klienty?“

A: „No smyslem (smích)...smyslem je asi ty lidi nějakým způsobem posunout. Posunout v tom životě, aby jim v tom životě bylo trošičku líp. Ne u každého, zvlášť u těch uživatelů opiátů některých zvlášť těch dlouhodobých je reálně, aby s tím nějakým způsobem přestali, Takže tam je aspoň ta cesta, aby brali relativně míň rizikově, aby ty dávky, který berou, tak aby byly relativně nějak na nějaké rozumné výši, aby byli schopní sociálně fungovat jo, aby ta jejich kvalita života byla nějakým způsobem jako únosná dejme tomu a zároveň, aby nebyli, aby se minimalizovaly ty rizika, který jsou spojeny s tím jejich životem pro to okolí nezasaženou společnost.“

V: „Perfektní. A co potřebujete pro to, abyste nadále pokračoval v této práci, od kolegů, od vedení, od klientů?“

A: „Tak od organizace výplatu (smích)..., ale jinak já si myslím, že to je zvlášť třeba v Kontaktních center, což jsou většinou malé týmy, tak si myslím, že je to hodně jako kdyby sdílení zkušeností, sdílení dobré praxe co mi s těmi klienty funguje, nefunguje, předávání informací, kdo s těmi klienty pracoval jo a někdy i taková domluva na strategii, že ti pracovníci budou k tomu klientovi přistupovat jako hodně podobně, aby ho konfrontovali

třeba s některými věcmi nebo se zaměřili na konkrétní aspekt, který využije třeba tu zdravotní stránku nebo jiné věci.“

V: „A třeba u takových klientů?“

A: „Klienti tu nejsou, aby nám tu něco přinášeli, ale je fajn, když spolupracují (smích). Je fajn, když spolupracují, ale se říká, že neexistuje nemotivovaný klient, ale zatím pracovník nenašel vhodnou formu motivace.“

V: „To je hezké. Jak bojujete proti syndromu vyhoření, Vy osobně?“

A: „Já myslím, že tady v téhle té práci jsou strašně důležité dvě takové věci... první věc, najít si v té práci něco co toho člověka bude bavit a druhá věc, najít si něco v čem se může dál posouvat, rozvíjet. Jo hodně to, podle mě to směřuju jako k těm klientům. Jo takže, mě třeba právě baví ta práce s těmi klienty, se kterými si už nikdo neví rady.“

V: „To je takový oříšek...“

A: „To je taková výzva. Jo nebo tam kde to ostatní už vzdali.“

V: „Jakou máte největší radost z Vaší práce?“

A: „Tak, když ti klienti nějak fungují, když se nějak posouvají, to je asi tak to největší jako že by...že by to byla asi nějaká konkrétní věc. Jo ono se to nedá takhle říct. U některého klienta je to prostě úspěchem to, když udělá nějaký jeden krok ve svém životě, jo jen trošku změni svůj způsob, u někoho je to prostě abstinence. Jo, ale dá se to takhle jako paušalizovat.“

V: „Dobře, tak máte k tomu ještě nějaké komentáře?“

A: „U klientů závislých na opiátech?“

V: „No třeba u pracovníků, co si myslíte, že je takové důležité?“

A: „Důležitá podpora kolegů, supervize, duševní hygiena.“

V: „Moc Vám děkuji za rozhovor.“

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kristýna Bábková, DiS.
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Metody práce s drogově závislými klienty na opiátech
Název v angličtině:	Work methods in working with clients addicted to opiate drugs
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na metody práce s drogově závislými klienty na opiátech. Teoretická část práce obsahuje důležité poznatky týkající se návykových látek se zaměřením na opiáty, závislostí a sociální práce s uživateli drog. Praktická část představuje výsledky kvalitativního výzkumu metod práce s drogově závislými klienty na opiátech. Cílem práce je zmapovat současnou situaci drogově závislých klientů na opiátech a shrnout užívané metody při práci s těmito klienty.
Klíčová slova:	Drogy, závislost, opiáty, drogově závislý, metody práce, sociální práce, sociální pracovník, kontaktní centrum

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The bachelor thesis is focused on the work methods used for dealing with clients addicted to opiate drugs. The theoretical part includes important knowledge about addictive substances with a focus on opiates, about addiction and social work with drug users. The practical part of thesis presents the results of qualitative research of work methods used with clients addicted to opiate drugs. The aim of the thesis is to map the current situation of the clients addicted to opiate drugs and to summarize the used methods in working with these clients.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Drugs, addiction, opiates, drug addict, work methods, social work, social worker, contact centre</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha č. 1 - Kontaktní centrum Plus v Kroměříži Příloha č. 2 – Kontaktní centrum v Uherském Hradišti Příloha č. 3 – Seznam otázek do rozhovoru Příloha č. 4 – Přepis rozhovoru s probandem A</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>61 stran</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český jazyk</p>