

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Bc. Leona Kotoulková, DiS.

*Analýza potřeb sociálních pracovníků OSPOD se zaměřením na  
adiktologii*

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Vavrinčíková, Ph.D.

2020/21

## **Prohlášení**

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

Datum

Bc. Leona Kotoulková, DiS.

## **Poděkování**

Velmi ráda bych poděkovala PhDr. Lence Vavrinčíkové, PhD. za věnovány čas během vedení mé diplomové práce. Zejména za mnoho cenných rad, věcných připomínek zprostředkovaných během konzultací.

Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumu, za poskytnutý čas a zodpovězení mých otázek. V neposlední řadě chci poděkovat Mgr. Emilii Smékalové za češtinářskou podporu, a také svým rodičům a příteli za projevenou trpělivost a obrovskou pomoc a podporu během celých studií.

# Obsah

Úvod.....	6
1. Sociální práce a adiktologie.....	8
1.1. Specifika sociální práce s uživateli návykových látek .....	8
1.2. Adiktologie.....	15
1.2.1. Problematika primární prevence zaměřená na děti a mladistvé .....	18
1.3. Multidisciplinární spolupráce s klienty se specifickými potřebami.....	21
2. Sociálně-právní ochrana dětí a mládeže .....	25
2.1. Charakteristika OSPOD .....	25
2.2. Vymezení cílové skupiny .....	29
2.3. Sociální pracovník OSPOD.....	32
2.4. Sociální kurátor .....	34
2.4.1. Sociální kurátor pro děti a mládež.....	36
2.4.2. Kurátor pro dospělé klienty .....	39
2.5. Vzdělávání sociálních pracovníků OSPOD .....	41
3. Návykové látky a klienti OSPOD.....	45
3.1. Rizikové chování adolescentů.....	45
3.2. Konzumace návykových látek u mladistvých.....	46
3.3. Postupy OSPOD při práci s klienty užívajícími návykové látky .....	48
3.4. Metoda síťování .....	51
4. Empirická část .....	54
4.1. Výzkumný cíl a otázky práce.....	54
4.2. Metodologie výzkumu .....	54
4.3. Metoda zpracování a analýzy dat.....	55
4.4. Metody sběru dat.....	56
4.5. Charakteristika komunikačních partnerů .....	58
5. Výsledky výzkumu.....	61

5.1. Pracovní postupy OSPOD.....	61
5.2. Frekvence práce s klienty užívajícími návykové látky .....	68
5.3. Multidisciplinární spolupráce.....	73
5.4. Potřebné změny ve vzdělání pracovníků OSPOD .....	78
6. Diskuse .....	83
Závěr .....	92
Bibliografický seznam .....	95
Internetové zdroje .....	104
Seznam tabulek, grafů a obrázků .....	107
Přílohy.....	108

## Úvod

Návykové látky a jejich konzumace jsou součástí života chování naší populace několik století, avšak tato oblast se neustále přizpůsobuje měnícím se vzorcům a problémům panujícím ve společnosti. Je alarmující, že postoj českých obyvatel k užívání návykových látek je poměrně stabilní, dokonce u části populace roste přijatelnost a akceptace vůči jejich konzumaci viz výzkumy (Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti o drogové situaci v České republice, 2019 [online]).

Téma diplomové práce jsem zvolila na základě zájmu pracovat se skupinou konzumentů návykových látek. Zaměření na tuto oblast je vzniklo na základě praktických poznatků, které získávám jako lektorka primární prevence pro Pardubický kraj v organizaci Semiramis, kde jsem v kontaktu především s dospívající mládeží. I přes výzkum ESPAD realizovaný na území České republiky, ukazující, že konzumace návykových látek u mladistvých klesá, kdy např. v roce 2019 tato studie potvrdila pokles konzumace některých návykových látek mezi českými dospívajícími, existuje stále skoro 30 % dospívajících, kteří zkušenost s návykovou látkou mají. V praxi se ale často setkávám s faktem, že experimenty s konzumací návykových látek u nejenom mladistvých stále neustupují. Určitým způsobem jsou informace o drogové scéně dospívajících jedinců velice nepřístupné a tato věková skupina ji mnohem více chrání než naopak starší konzumenti. Další faktor, který přispěl k volbě tohoto tématu, je osobní zkušenost s osobami konzumujícími návykové látky, nejenom konopí, ale také pervitin či kombinaci více návykových látek. Vzhledem k mému bydlišti na pomezí okresů Svitavy a Blansko, kde takřka neexistují sociální či adiktologické služby pro konzumenty návykových látek, jsem viděla jedinou možnost pomoci pro tyto osoby v orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže. Z toho vznikl můj zájem o propojení pracoviště OSPOD a osob ovlivněných návykovými látkami. Například je potřebné zjistit, jaké postupy využívají pracovníci v praxi při řešení takovýchto krizových situací a zda se vůbec setkávají s klienty, kteří návykové látky konzumují, případně kam je odkazují pro následnou pomoc.

Vzhledem ke studovanému oboru představuje adiktologie pro sociální práci s osobami závislými či ohroženými návykovými látkami důležitého partnera pro spolupráci. Je podstatné mít na paměti, že ani sociální práce, ani adiktologie, ani psychoterapie a ani další jednotlivé obory nejsou všespasitelné, ale jsou pouze dílky, které vytvářejí celek, kterým je mezioborová spolupráce. Každý z oborů je podstatný pro práci

s klienty užívajícími návykové látky a má své nezastupitelné místo. Využití adiktologických poznatků s touto cílovou skupinou by mohlo vést v praxi k postupnému zavádění nových metod a postupů práce a přispět ke zkvalitnění sociální služeb a institucí, které se s těmito klienty setkávají. Pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže se často setkávají s dětmi či rodiči, které konzumace návykových látek značně ohrožuje. Proto je důležité zmapovat, v jakém rozsahu jsou sociální pracovníci OSPOD připraveni na práci s takovýmto typem klientů a jak celý tento proces vnímají, případně kde vidí v současném systému mezery, jejichž odstraněním by šla práce s klienty vylepšit.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit a analyzovat, zda je potřeba, aby sociální pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí byli vzděláváni v oboru adiktologie pro situace, kdy pracují s klienty, kteří nadměrně užívají návykové látky. Práce se dále zaměří na pracovní postupy orgánu sociálně-právní ochrany dětí v případě klientů spojených s drogovou problematikou a v jaké intenzitě se tato instituce s tímto typem klientů setkává.

První část diplomové práce představí teoretický základ sloužící pro pochopení popisované problematiky. První kapitola popíše obor sociální práce a adiktologie a jejich multidisciplinární spolupráci a problematiku primární prevence dětí a mladistvých. Druhá kapitola bude věnována orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže a jeho pracovníkům, se zaměřením na jejich vzdělání. Poslední kapitola teoretické části popíše konkrétní postupy sociálních pracovníků OSPOD v práci s konzumenty návykových látek a jejich užívání mladistvými. Empirická část bude zaměřena na výzkum, který bude realizovaný za pomoci sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže.

# 1. Sociální práce a adiktologie

Stěžejními obory pro tuto diplomovou práci jsou oblasti sociální práce a adiktologie. Ty na sebe působí v určitém profesním vztahu. Sociální práce v praxi využívá více profesních oblastí, je to tedy transdisciplinární obor. Důležitý při práci s uživateli návykových látek je obor adiktologie, tomu je věnována samostatná podkapitola. Dále se práce zaměří na multidisciplinaritu týmu a podstatu mezioborové spolupráce. Poté popíše primární prevenci pro děti a mládež jakožto nástroj pro předcházení konzumace návykových látek. Oblast primární prevence je zvolena vzhledem ke zkoumané problematice konzumace návykových látek u dospívajících, kteří představují významnou cílovou skupinu pro orgán sociálně-právní ochrany dětí. Primární prevence je taktéž nedílnou součástí jak práce sociálních pracovníků, tak adiktologů.

Popis těchto dvou oborů v teoretické části pomůže vymezit, jakým způsobem nahlíží na práci s klienty konzumujícími návykové látky. Díky tomu se vytvoří přehled, jaké volí sociální pracovníci volí metody či techniky práce s tímto typem klientů, či jaké služby jsou pro ně primární pro zlepšení životní situace a naopak, jaký přístup volí adiktologie. Zároveň představení adiktologie ve srovnání se sociální prací pomůže vyzvednout další možnosti práce a služeb, které mohou podpořit stanovený cíl diplomové práce, zaměřený zejména na podporu efektivnější práce sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí s konzumenty návykových látek. Ke splnění stanoveného cíle vede i teoretický popis multidisciplinarity, jelikož její využití bude jednou ze stěžejních oblastí v realizovaném výzkumu, kdy její zapojení do práce hraje značnou roli pro pracovníky OSPOD při práci s klienty užívajícími návykové látky.

## 1.1. Specifika sociální práce s uživateli návykových látek

Uživatelé návykových látek jsou jednou z mnoha cílových skupin sociální práce, se kterou se v praxi můžeme setkat. Pro práci s takovými klienty není nutné mít pouze odbornou kvalifikaci, ale zároveň také určité osobní předpoklady. Každý sociální pracovník má za cíl být úspěšný při práci s klientem, proto je nutné, aby dodržoval určité zásady a metody práce a vždy zachoval svoji profesionalitu a integritu. Klienti s drogovou závislostí jsou cílovou skupinou nejenom sociálních pracovníků, ale mají dosah i na další pomáhající profese, jako jsou adiktologové, psychiatři, lékaři, nebo třeba speciální a sociální pedagogové. I přestože má tato cílová skupina specifické sociální služby, které



jsou na tento typ klientů zcela připravené, je pravděpodobné, že se stanou i klienty orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže z mnoha různých důvodů. Proto se diplomová práce zaměří na propojení cílové skupiny konzumentů návykových látek a sociálních pracovníků OSPOD.

Sociální práce představuje soubor činností, které vedou k postupnému odstranění nedostatků v životě klienta a zároveň k jejich předcházení. Během této spolupráce dochází k užšímu kontaktu mezi pracovníkem a klientem, na kterého se snaží pracovník v pozitivním smyslu působit (Mühlbacher, 2004, s. 28). Velké úsilí vkládá sociální práce, v rámci organizačních sítí zařízení a institucí, do změny chování klientů a do mapování jejich postavení v rámci společnosti. Pokouší se zajistit jim lepší životní podmínky a pomoci jim lépe zvládat průběh náročných životních situací. Sociální práce a její povaha a způsob výkonu jsou ovlivněny buď konceptem státní sociální politiky, anebo posláním organizace vykonávající sociální práci (Řezníček, 2000, s. 21). Matoušek (2003, s. 11) označuje sociální práci jako společenskovední obor a praktickou činnost, jejímž cílem je odhalit, vysvětlit, zmírnit nebo řešit konkrétní sociální problémy. Nadále se zaměřuje na podporu konceptu sociálního fungování, který popisuje lidské vztahy v kontextu sociálních rolí a jejich výkon (Navrátil, 2001, s. 11). Koncept sociálního fungování klade důraz na neustálou interakci člověka a společnosti. Ta na něj má určité požadavky a očekávání a jednotlivec je nucený na ně určitým způsobem reagovat (Matoušek, 2001, s. 184). Za poslání sociální práce může být považováno poskytování sociálních služeb různým cílovým skupinám, jako je rodina, skupina či komunita (Řezníček, 1994, s. 21).

Síť adiktologických služeb a jejich dnešní podoba poskytující pomoc konzumentům návykových látek a jejich příbuzným či blízkým osobám se vyvíjí ve světě zejména posledních sedmdesát let. Tyto služby byly při svém vývoji značně ovlivněny velkým počtem událostí konkrétní doby, jako byly různé historické, sociální, kulturní a politické vlivy, a dále také novými informacemi přicházejícími ze světa vědy a výzkumu. Zájem lékařů a psychiatrů o léčbu závislostí dominoval ve světě až do 80. let 20. století, avšak v České republice přetrvával déle. V tomto období bylo na závislost pohlíženo pouze jako na určitou chorobnou poruchu a nemoc. Léčba byla velmi náročná a charakteristická byla zejména četnost recidivit. Úplné vyléčení se zdálo nemožné a jediné východisko spočívalo pouze v abstinenci. Postupem času se pohled na problematiku drogové závislosti změnil. V 60. letech se zvyšující konzumace návykových látek stala

společenským problémem, zejména v USA a v dalších vyspělých zemích. Díky tomu se rozvinul nový model pohledu na závislost, který je označován jako bio-psycho-sociální. K tomuto modelu se připojily i další přístupy: public health, harm reduction, sociální přístup, nebo morální a spirituální přístup (Kalina a kol., 2003, s. 78). Změny nastaly i v 80. letech. Bylo to důsledkem nárůstu případů spojených s onemocněním AIDS ve světě. Začaly se postupně rozvíjet nové typy sociálních služeb. Ty se už nesoustředily pouze na abstinenci od návykových látek, ale také na minimalizaci rizik spojených s konzumací návykových látek – tedy na přístup harm reduction (Radimecký, 2007, s. 12).

Od roku 1989 se tedy v České republice začala budovat síť adiktologických služeb. Ta měla zabezpečovat poskytnutí sociálních a zdravotních služeb pro uživatele návykových látek po celém území České republiky. Sekretariát Rady vlády vydal standardy odborné způsobilosti služeb, které zahrnují 9 typů služeb, kterými jsou terénní programy, terapeutické komunity, kontaktní centra, ambulantní a rezidenční léčby, substituční léčba, následná péče, stacionární programy, nebo detoxikace (MPSV, 2006 [online]).

Všechny sociální služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění, sem spadají taktéž služby pracující přímo s osobami užívajícími návykové látky. Konzumace návykových látek přináší s sebou, jak zdravotní, tak i psychické problémy, zároveň se k ní váže i mnoho sociálních a celospolečenských negativních následků. Návykové látky jsou stále ve společnosti přetrvávající a rozšířený fenomén, proto je důležité mít přehled o základní odborné pro tento typ klientů. Jedním z typů sociálních služeb pro uživatele návykových látek jsou **terénní programy**. Jejich cílem je vyhledávat klienty přímo v terénu, tedy v jejich přirozeném prostředí. Činnost služby spočívá ve výměně jehel a injekčních stříkaček a v zprostředkování dezinfekčních prostředků, které snižují rizika nákazy různými infekčními nemocemi (Podzimek, 2013, s. 18).

S terénními programy úzce souvisí přístup **harm reduction**. Tento termín označuje v překladu tzv. snižování škod či poškození. Harm reduction lze označit jako pilíř protidrogové politiky, dále jde o program na výměnu jehel a jako přímou intervenci pro klienta ve smyslu bezpečnějšího užívání návykových látek. Jeho označení je ale důležité především pro přístup spočívající v náhledu na drogovou problematiku (Kalina, 2015, s. 272). Pod tímto označením stojí programy, koncepce a činnosti vedoucí k minimalizaci

nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů způsobených užíváním drog. Tento přístup slouží nejenom pro samotné klienty užívající návykové látky, ale zároveň pro jejich příbuzné, blízké osoby, a navíc pro celou společnost (IHRA, 2010). Užší pojetí tohoto pojmu spočívá v síti praktických strategií snižujících dopady spojené s konzumací návykových látek, ke které se pojí strategie bezpečného užívání až po abstinenci. Realizace těchto strategií se realizují s klienty na místě, kde právě jsou, kdy se pracovníci zaměřují na okolnosti spojené s konzumací návykových látek a na samotný proces užívání (Janíková, 2015, s. 272). Tento přístup je charakteristický pragmatičností, snaží se zejména snížit špatné důsledky chování plynoucí z drogové závislosti. Jeho záměrem je orientace na potřeby klienta a usměrnění jeho životního stylu (Kalina, 2003).

Další možnost pomoci je prostřednictvím **kontaktních center**, kam klienti užívající návykové látky sami docházejí. Klienti do takového centra přicházejí v mnoha případech již se zakázkou, jak fungovat v sociálním systému společnosti (Matoušek a kol., 2005, s. 214).

**Ambulantní léčba** je další možnost pomoci. Ta probíhá buď ve státních, či v nestátních zdravotnických zařízeních. Uživatelé návykových látek pravidelně docházejí do zařízení bez přerušení školy či práce. Cílem služby je motivace klienta ke vzájemné spolupráci a zlepšení zdravotního stavu, poškozeného konzumací návykových látek. Dalším cílem je co největší možná změna životního stylu. Vedlejším cílem může být také postupně snižovat užívání, po případě klienta postupně připravovat na léčbu závislosti (Richterová-Těmínová, 2008, s. 378).

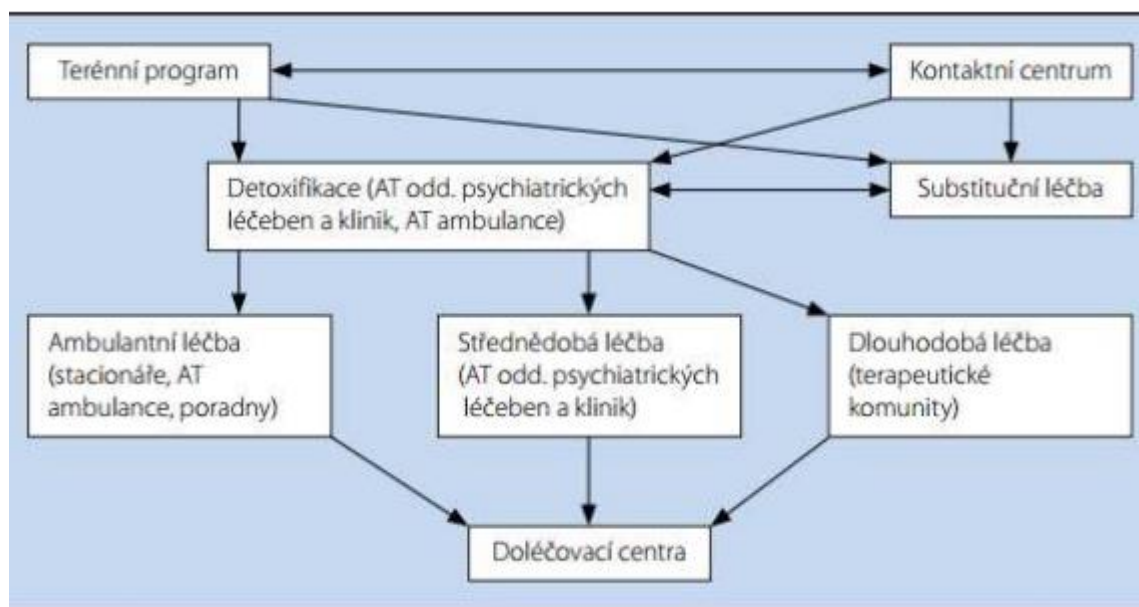
**Terapeutická komunita** je specifická terapeutická metoda pro pomoc klientům konzumujícím návykové látky. Je nabízena pomoc skupinové nebo individuální psychoterapie, dále se využívá pracovní terapie, různé volnočasové aktivity. Během takové terapie se pomoc soustředí na všechny problémy, se kterými se klient ve svém osobním životě vyrovnává. Dále se u klienta posiluje samostatnost a vlastní odpovědnost (Adameček, 2013, s. 22).

Další pomoc, která je charakteristická delším pobytem, je **rezidenční péče**. Klient je umístěn v instituci s nepřetržitým provozem, která je součástí nemocničních oddělení na psychiatrii či v jiných léčebnách. Závislost na návykových látkách, je léčena za pomoci lékařského dohledu. Pokud klienti absolvovali dlouhodobou léčbu je možné nadále

využívat doléčovací centra, aby nedošlo k relapsu. Taková centra poskytují terapii, poradenství a různé volnočasové aktivity (Makovská a Dolanská, 2013, s. 22).

Výše jmenované specializované adiktologické služby lze představit na názorném schématu dle Minaříka a Nečase (2010, s. 19):

Obrázek 1: Systém péče o uživatele návykových látek v ČR



Zdroj: (Minařík, Nečas, 2010, s. 19).

Sociální práce s uživateli návykových látek vyžaduje také konkrétní metody, mezi které se řadí sociální poradenství, aktivní naslouchání, motivační rozhovory, zplnomocnění a pozorování. Sociální pracovníci vstupují do velkého množství rolí a provádějí řadu činností, ty se potom navzájem prolínají. V závěru se všechny odvíjejí podle druhu zařízení (Mühlpachr, 2004, s. 36). Pracovník při práci s klientem musí mít dobré komunikační dovednosti a schopnosti.

Jednou z využívaných intervencí je **pozorování** a **aktivní naslouchání**, které vzniká při prvním kontaktu s uživatelem návykových látek. Pracovník pozoruje, jak se klient chová, jedná, jak na určité věci reaguje a soustředí se (Michalík, 2008, s. 92). Aktivním nasloucháním dává sociální pracovník zase najevo zájem o klienta a snahu mu porozumět (Motsching a Nykl, 2011, s. 455). Tato metoda využívá již řadu základních technik jako jsou reflektování, parafrázování nebo shrnování (Havránková in Matoušek a kol., 2013, s. 95). Další metoda se nazývá **motivační rozhovor**, ta je jednou z nejpoužívanějších metod v praxi. Pracovník postupně získává základní informace

o klientovi, o tom kam směřuje a následně se ho snaží motivovat ke změně (Michalík, 2008, str. 82). Změny při použití této metody nemusí být z počátku velké, ale lze se přes malé kroky postupně dostat k velkým změnám, jako je například léčba závislosti, nebo úplná absence návykových látek (Soukup in Kalina a kol., 2015, s. 122). Jednou z klíčových metod pro práci s klienty užívajícími návykové látky je metoda **harmreduction**. Ta se snaží minimalizovat co nejvíce šíření infekčních onemocnění a jejich přenos prostřednictvím konzumace návykových látek. Harm reduction napomáhá k obměně zdravotního a injekčního materiálu využívaného k aplikaci návykových látek (Herzog in Klíma a kol., 2010, str. 39). **Poradenství** je jednou z dalších základních metod využívaných se při přímé práci s klienty. Je to proces, při němž se poskytuje rada druhému člověku nebo skupině (Broža in Kalina, 2003, s. 269). Uživatel návykových látek se díky poradenství dostává k užitečným informacím, které zvyšují jeho znalosti a dovednosti potřebné k řešení problémů (Hartl in Kalina, 2003, s. 83). Metod sloužící k práci s klienty užívajícími návykové látky je ještě velké množství, proto jsem vybrala jen tyto často používané v praxi pro lepší uvedení do problematiky sociální práce s tímto typem klientů.

Sociální pracovník při práci s klientem vstupuje do interakce s konkrétní cílovou skupinou, kdy může být přijat, nebo také odmítnut. První kontakt je tedy velmi důležitý. Uživatelé návykových látek jsou cílovou skupinou, ke které navíc patří i rodinní příslušníci a jiné blízké osoby. V prvním kroku je podstatné zjistit, ve které fázi užívání se klient nachází a jaká je jeho motivace k využití pomoci (Broža in Kalina, 2008, s. 111). Závislost se může vyjádřit dle intenzity, frekvence a následků užívání podle následujících 5 stupňů konzumace návykových látek:

- **Experimentální** – to představuje nepravidelné užívání, které nemusí mít následky.
- **Příležitostné** – pravidelná konzumace, ale ne více jak jednou týdně, zejména ve volném čase. Takové užívání je označeno jako součást životního stylu.
- **Pravidelné (škodlivé)** – více dnů v týdnu, kdy se následky projevují určitými špatnými účinky na zdraví i psychiku.
- **Problémové** – konzumace ovlivňující, jak soukromý, tak i pracovní život. S tímto užíváním souvisí zdravotní obtíže, jelikož návykové látky jsou aplikovány rizikově např. nitrožilně.

- **Závislost** – psychiatrická diagnóza, zvyšující se tolerance vůči návykové látce, uživatel touží po dané látce a podřizuje jí život. S takovým intenzivním užíváním souvisí nejenom sociální, ale také psychické a zdravotní problémy.

První dvě skupiny nekontaktují odborníky. Sociální pracovníci, ale i jiné pomáhající profese se setkávají s konzumenty návykových látek, kteří patří do 3. až 5. skupiny užívání návykových látek (Kalina a kol., 2003, s. 17). Pracovníci musí brát ohled kromě konkrétních klientů také na jejich rodinné příslušníky, jakožto sekundární skupinu. Proto je také důležité, aby sociální pracovník měl znalosti o závislosti a o situaci, kterou klient právě řeší. Následně je možné se zaměřit na konkrétní požadavky klienta (Navrátil, 2001, s. 12).

Klienti konzumující návykové látky se potýkají s mnoha problémy. Ty vznikají jako důsledek jejich drogové závislosti, ta s sebou nese sociální, zdravotní, ale i psychické problémy. Vzhledem k mému oboru, kterým je sociální práce, se blíže zaměřím zejména na sociální důsledky užívání návykových látek.

Mezi sociální problémy klientů konzumujících návykové látky patří rodinné nebo také pracovní rozepře, dále nižší vzdělání, špatná bytová situace, kriminalita, nezaměstnanost, nebo také odkaz na péči. Jeden z dalších možných důsledků užívání návykových látek je sociální vyloučení ze společnosti. Klient se distancuje od většinové společnosti a trpí určitým nezájmem o ostatní. Problémy, se kterými se klienti setkávají, nejsou způsobené pouze aplikací návykových látek, ale reakcí na změnu chování vůči společnosti. Jedním z prvotních důvodů je ztráta práce, kdy následně přichází odcizení rodiny, přátel. Následkem rozvrácených vztahů a absencí zaměstnání může být ztráta bydlení. Klient se pak ve většině případů potýká s kriminalitou, kdy se živí nelegální činností. Jedním z dalších problémů vyskytujících se v životě osob konzumujících návykové látky, jsou společenské dopady. Tyto osoby jsou velmi často stigmatizovány, což jim vůbec nepomáhá a naopak přihoršuje. (Substituční léčba – sociální dopady drogové závislosti [online]).

Jelikož je konzumace návykových látek komplexní sociální jev, je možné ho řešit jenom spoluprací oborů různých pomáhajících profesí. V následující podkapitole diplomové práce bude popsán obor adiktologie.

## 1.2. Adiktologie

Hlavní cíl diplomové práce se zaměřuje na problematiku vzdělávání sociální pracovníků OSPOD v oblasti adiktologie. Z tohoto důvodu je potřeba vědět, co znamená obor adiktologie. Teoretický rámec pro oblast adiktologie pomůže představit služby, které by mohly být potencionálními partnery orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případech, kdy pracovníci potřebují odbornou spolupracující instituci pro řešení závislosti svých klientů. V rámci realizovaného výzkumu se bude jedna jeho část zaměřovat na spolupracující instituce a míru vzdělání sociálních pracovníků v této tématice. Proto se práce v následující podkapitole zaměří na celkový popis. Seznámení s adiktologií je vhodné dále i kvůli nízkému povědomí o této problematice ve společnosti, ale zároveň i u některých sociálních pracovníků.

Obor adiktologie prošel celkově za uplynulé roky značným vývojem. A to nejen v problematice přístupu ke konzumaci návykových látek a závislostí, ale také zároveň v oblastech terminologie, profesní přípravy a vzdělání (Pavlovská, 2018, s. 11). Obor adiktologie je nový, a tedy poměrně mladý, stále se tedy neví, jaký přístup při práci je ten nejvhodnější (Běláčková, 2007, str. 480). Ještě v roce 2009 se odborníci neshodovali na konkrétní definici adiktologie, například jak budou konkrétní situace označeny, jak se budou nazývat pracovníci apod. (Miovský, 2009, s. 60). Vznik oboru adiktologie byl postupným vyústěním neustálých snah o lepší vzdělání pracovníků ve službách pracujících s klienty s drogovou závislostí (Miovský a kol., 2014). Česká republika vlastní síť nestátních a státních organizací, které se specializují na péči o uživatele návykových látek (Minařík a Nečas, 2010, s. 19).

Termín adiktologie označoval původně pouze nelékařský zdravotnický obor. Adiktologem byl pouze člověk, který měl vystudovaný studijní program adiktologie, a takto uváděla také i legislativa. Postupem let však adiktologie prošla modernizací a nyní využívá širší definici, kam se řadí nejen odbornosti adiktologa, ale také psychiatra apod. (Miovský, 2009, s. 61).

Adiktologie je označována jako multidisciplinární obor, který využívá model bio-psycho-socio-spirituální na pomoc s tzv. adiktologickými poruchami. Ty souvisejí s konzumací návykových látek a s problémy společné se závislostním chováním, zejména z pohledu prevence, snižování rizik spojených s užíváním návykových látek, včasné intervence, sociální rehabilitace a poradenství (Miovský, 2014). Adiktologie označovaná

jako multidisciplinární obor je postavena na základech i jiných oborů. Mezi těmi je dominantní zejména medicína, z toho důvodu je právě adiktologie považována za zdravotnický obor. Další obory, které vytvářejí adiktologii, jsou například sociální práce, psychologie, religionistika, politika, kriminologie, pedagogika a speciální pedagogika, právo anebo také ekonomie. Dříve využívaný pojem obor multidisciplinární je nyní postupně nahrazován pojmem transdisciplinární obor. Takovýto pojem označuje, že adiktolog nemusí mít všechny znalosti ze zmíněných oborů, ale že při praxi s klientem je schopný znalosti z těchto oborů vytržít a využít ty nevhodnější, a tak pomoci klientovi v takové míře, v jaké potřebuje (Miovský a kol., 2016, s. 39). Podle Sklenáře (2013, s. 4) obor adiktologie doplňuje navíc ostatní disciplíny a vytváří tak rámec pro různé odbornosti (např. SP).

Adiktolog označuje nelékařskou zdravotnickou odbornost, upravenou zákonem č. 96/2004 Sb. Tato odbornost se zaměřuje na prevenci, léčbu či minimalizaci rizik, poruch způsobených zejména konzumací alkoholu, tabáku a jiných psychoaktivních látek a dále sebou nese problémy spojené s patologickým hráčstvím. Při léčbě klientů se tedy využívá komplexní přístup a individuálně se zde uplatňují specifické léčebné a preventivní postupy, navíc s potřebou sociální práce a psychosociální rehabilitace (Miovský, 2014, s.11).

Adiktologické služby se poskytují v odlišných výkonech, procedurách, a proto se častěji shlukují do skupin jako programy. Proto se adiktologické služby realizují v menších celcích a slouží tak různým cílovým skupinám. Služby takové povahy využívají mnoho forem intervence, jako je komplexní diagnostika, skupinová či individuální psychoterapie, sociální práce, socioterapie, poradenství a mnoho dalších (Miovský a kol., 2014, s. 11).

Současně na území České republiky je adiktologická zdravotní péče rozdělena na péči lékařskou, nelékařskou, a dále na péči realizovanou prostřednictvím sociálních služeb. Zmíněné typy služeb mají mezi sebou velmi úzkou vazbu a kombinaci přístupů. (Miovský a kol., 2014, s. 9).

V oblasti zaměřené na léčbu závislosti na návykových látkách je z legislativy nejpodstatnější zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Zákon se zaměřuje na úpravu zásad a principů obsažených v protidrogových strategiích realizovaných od 90. let



minulého století. Tento zákon je první, který vymezil typy služeb pro klienty užívající návykové látky a v současné době probíhá i jeho novelizace v části adiktologické péče tak, aby byl v souladu se zákonem o zdravotnických službách. V dnešní době upravuje adiktologické služby § 20 zákona č. 379/2005 Sb., kde jsou vymezeny postupně jako:

- Akutní lůžková péče
- Detoxifikace
- Terénní programy
- Kontaktní a poradenské služby
- Ambulantní léčba závislosti na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných výrobcích
- Stacionární program
- Krátkodobá a střednědobá ústavní péče
- Rezidenční péče v terapeutických komunitách
- Programy následné péče
- Substituční léčba.

Z popsané legislativy vyplývá, že adiktologická péče spojuje zdravotnická a sociální zařízení. Díky tomu je potřeba zajistit společné financování takovýchto služeb a zároveň definovat pravidla pro vícezdrojové financování. Dalším pozitivním vlivem by bylo vymezení kompetencí zdravotnických, ale také nezdravotnických pracovníků. Díky tomu v rámci adiktologické péče vznikla tzv. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice, jejímž cílem byla definice sítě adiktologických služeb. Těžiště těchto služeb by bylo na pomezí resortu zdravotnictví a z druhé strany resortu práce a sociálních věcí, kdy jejich instituce budou poskytovat péči v oboru adiktologie. Cílem koncepce je také využití kapacity nynější ambulantních, lůžkových, nezdravotních či zdravotních zařízení a z těchto zařízení vybudovat síť specializovaných zařízení adiktologické péče (Miovský a kol., 2014, s. 43).

Adiktologie se zaměřuje také na děti a dospívající. Je to oblast stojící stále na počátku. Dříve se dorostová adiktologie pohybovala spíše na pomezí pedagogicko-psychologických poraden, mezi nízkoprahovými kluby nebo jinými sociálními službami. Vzhledem k potřebám společnosti bylo nutné vytvořit adiktologické služby i pro tuto cílovou skupinu (Miovský a Popov, 2016).

Adiktologie pro děti a dorost je směřována k primární cílové skupině dětí od 15 do 18 let. Dále pracuje s těhotnými ženami, rodinnými příslušníky a mnoha dalšími zapojenými osobami. Posláním v této oblasti je postupně kultivovat klinickou práci a podporovat nejenom diagnostické, ale i preventivní léčebné nástroje a intervence pracující s konkrétními potřebami klientů. Dětská a dorostová adiktologie je zejména interdisciplinární obor a bere v potaz množství dalších relevantních oborů, jako jsou dětská klinická psychologie, dětská psychiatrie, sociální práce, pedagogika aj. Následně se zaměřuje i na instituce pracující s tímto typem klientů, kam patří OSPOD, ústavní zařízení atd. Díky této multidisciplinární spolupráci může poskytovat komplexní pomoc (Dětská a dorostová adiktologie, O nás [online]).

### **1.2.1. Problematika primární prevence zaměřená na děti a mládež**

Diplomová práce se zaměřuje na práci orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže s uživateli návykových látek. V takových případech může jít nejen o rodiče konzumenty, ale také o děti či mládež, kteří se díky svému jednáním řadí do cílové skupiny mladistvých s rizikovým chováním. Aby k těmto jevům u mladistvých nedocházelo, je realizována primární prevence, která spojuje obory z různých oblastí, a taktéž sociální práci a adiktologii. U samotných odborníků vládne názor, že pokud by společnost dávala prevenci větší váhu, lépe by se předcházelo sociálně patologickým jevům, které se v populaci ve větší míře vyskytují. Prevenci lze uskutečnit v různých oblastech (Schavel, Čišecký, Oláh, 2008).

Prevence jako pojem označuje opatření směřující k předejití, eliminaci či naprostému zamezení jevům, které jsou spojeny určitým způsobem s rizikovým chováním a jeho důsledky. Samotná definice pojmu prevence ji popisuje v mnoha rovinách, kdy jedna je charakteristická v předcházení vzniku či rozvoje společensky nežádoucích jevů na úrovni tří stupňů – primární, sekundární a terciární, které budou dále blíže popsány. Zároveň má prevence mnoho typů, kam patří nejenom výchovná, ale dále sociální, vzdělávací, zdravotní oblast a mnoho dalších intervencí, jejichž cílem je předejití výskytu rizikového chování ve společnosti, nebo případná pomoc s řešením důsledků takového jednání (Čech in Miovský, 2012, s. 107).

Prevence by měla dle mnoha autorů směřovat ke:

- snaze předcházet a zabránit sociálně-patologickým jevům v celé populaci a díky tomu snižovat rizika plynoucí z těchto jevů (primární prevence),
- snaze zamezit následné projevy sociálně-patologických jevů a jejich trvání u již ohrožených skupin, u kterých se zvyšuje riziko výskytu takovýchto negativních jevů (sekundární prevence),
- snaze zamezit vývoji překážek podporující růst sociálně-patologických jevů (terciální prevence) (Švec, Jeřábková, Tesařová, 2007; Matoušek, 2003).

Podle Nešpora (1999) je primární prevence takovou prevencí, ve které se realizuje předcházení problémům, než vzniknou, zatímco sekundární je obrazně taková pomocná ruka klientům, kteří se s problémy potýkají, a terciální prevence se zaměřuje na léčbu, nápravu nebo zmírnění napáchaných škod. Na prevenci lze také pohlížet jakožto na soubor intervencí, které mají za cíl snižovat existenci a růst rizikového chování. Nejrychlejší vývoj měla prevence konzumace návykových látek, která se stala zakladatelem a hybatelem vývoje procesu prevence jako celku (Miovský, 2010, s. 28). Autor Radimecký (2007, s. 9) vymezuje prevenci do tří, již zmíněných oblastí, kdy prevence je definována jako obor věnující se předcházení nemoci, což je primární prevence, snaha předejít zhoršení stavu je sekundární prevence a snaha předejít zhoršení celkového stavu je pak terciální prevence. Kalina pohlíží na prevenci optikou zneužívání návykových látek, kdy předchozí autoři popisují primární prevenci jako situaci, kdy je potřeba předcházet konzumaci návykových látek u osob, které s těmito látkami nebyly ještě ve styku. Intervenci vidí ve snaze zabránit konzumaci či experimentům s návykovými látkami. Dále do sekundární prevence zařazuje snahu předejít rozšíření závislosti u osob, které jsou konzumací již zasaženy. Terciální prevence nakonec pokrývá oblast, kdy je potřeba předcházet trvalému poškození a zdravotním či sociálním potížím, kdy sem spadá také sociální rehabilitace, doléčovací pobyty a podpora v abstinenci (Kalina, 2003, s. 53).

Mladistvým se věnuje zejména školská prevence, která spadá do skupiny primární prevence, ta je rozdělena na specifickou a nespecifickou. Specifickou primární prevencí jsou označeny aktivity či programy zaměřující se na konkrétní formy rizikového chování. Naopak nespecifická primární prevence označuje takové aktivity, které nejsou v přímé souvislosti s rizikovým chováním a zároveň aktivity zaměřující se na vhodnější trávení volného času, a tak snižující riziko vývoje takového negativního chování (Černý, 2010, s. 42).

Specifická primární prevence je podle intervencí následně rozdělena na všeobecnou, selektivní a indikovanou. Všeobecná prevence se zaměřuje na celou společnost a jejím posláním je působit zejména tam, kde ještě nebyly realizovány experimenty s návykovými látkami. Selektivní prevence má za cílovou skupinu tu populaci, u které je již hrozící rozvoj rizikového chování. V neposlední řadě indikovaná prevence, která z pohledu konzumace návykových látek se snaží využít intervence minimalizující užívání takovýchto látek u neproblémových konzumentů (McGrath, 2007, s. 15). Podle Miovského (2015, s. 61) je všeobecná primární prevence směřována na skupinu dětí a mladistvých dle jejich věkového složení, a ne dle rozdělení na konkrétní rizikové skupiny. Na skupinu osob, kteří určitým způsobem se již dotýkají rizikových faktorů, podporujících vývoj rizikového chování, se zaměřuje selektivní primární prevence. V případě jedinců se zvýšenými znaky rizikového chování pro rozvoj rizikového chování je určena indikovaná primární prevence.

Oblast sociálně patologických jevů je velmi široká a velmi často jsou jednotlivé jevy určitým způsobem nějak provázány. Proto je podstatné, aby prevence byla realizována na základě systémového přístupu, včasnosti, důslednosti, vytrvalosti a komplexnosti (MŠMT ČR, 2009 [online]).

Programy z oblasti primární prevence jsou podporovány mnoha resorty, a to Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvem vnitra ČR a dalšími nadresortními orgány jako je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, nestátní neziskové organizace a další subjekty hrající roli v problematice primární prevence (Mioviský a kol., 2010). Hlavním cílem vzájemné spolupráce je sjednocení všech přístupů a následně koordinace činností ve všech zmíněných resortech, organizacích a dalších subjektech (MŠMT ČR, 2009 [online]). Úspěšná prevence je dle autorky Rozehnalové (2000) viděna v podpoře primární prevence Vládou ČR, meziresortní spoluprací, a také ve vzájemné spolupráci a pravidelných setkáních odborníků, věnujících se této problematice.

Dle teorie je zřejmé, že sociální práce s klienty užívajícími návykové látky má ve státní sféře určité nedostatky. V některých případech dokonce chybí vzdělanost pracovníků pro práci s tímto typem klientů. Dalším mezníkem se může jevit nízká multioborová spolupráce v praxi, kdy odbor nemá v místní působnosti ani možnost využít

spolupráci se službou zabývající se s klienty konzumujícími návykové látky. To vede k potřebě pracovníky určitým způsobem vzdělávat, aby měli základní předpoklady při nečekaných kontaktech s takovým klientem. Z toho důvodu je podstatné zabývat se, zda je potřeba zvýšit tuto vzdělanost i u sociálních pracovníků ve státní sféře, konkrétně na odboru sociálně-právní ochrany dětí a mládeže. V další části se práce zaměří na samotný OSPOD a vzdělávání sociálních pracovníků na takovém pracovišti.

### **1.3. Multidisciplinární spolupráce s klienty se specifickými potřebami**

Sociální práce má mnoho definic, ty lze založit nejenom na tom, co tento obor ve své podstatě znamená, ale zároveň co představuje, co je jeho předmětem, nebo obsahem intervencí. Další možný způsob, jak definovat sociální práci, je na základě odlišnosti oproti ostatním profesím. Definice tedy mohou směřovat k porozumění odlišnosti sociální práce od ostatních oborů, ale zároveň k jejich propojení a vzájemné spolupráci. Sociální práce nebývá často spojována s některými profesemi, přestože jejich cíle a vize se společně doplňují a prolínají (Frišaufová, 2017, str. 9) Vzhledem k tématu, kterým se diplomová práce zabývá, je pro hlubší pochopení kontextu potřeba propojit obory popsané v přechozích dvou podkapitolách. Zejména při sociální práci s cílovou skupinou uživatelů návykových látek je dobré využít adiktologii pro její bohaté zkušenosti a efektivní práci s tímto typem klientů. Jedna z oblastí realizovaného výzkumu bude analyzovat, jakou multioborovou spolupráci sociální pracovníci při práci s klienty konzumujícími návykové látky využívají, tudíž teoretický rámec vytvoří základ pro možné cesty spolupráce, které se v praxi realizují.

Multidisciplinární týmy a jejich využití v sociální práci a praxi jsou velice důležité při snaze dosáhnout pozitivních výsledků v intervenci a celkové práci s klientem. A to zejména při podpoře klientů v náročných životních situacích, kdy řešení takových situací se nachází na pomezí více oborů, resortů nebo institucí (Kodymová, 2015, s. 5).

Tým multidisciplinární je v obecné rovině definován jako skupina spolupracujících odborníků z různých oborů (Mental Health Commission, 2006, [online]). Nejčastěji se jedná o kombinaci pracovníků z pozic jako jsou vedoucí pracovníci, zdravotní pracovníci, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, klíčoví pracovníci, terapeuti a lékaři a další pomáhající profese (Tajanovská, 2015, s. 29). Odborníci z různých oborů umí na problémy klienta nahlížet z různých perspektiv, a dokážou tak nalézt řešení

i poměrně složitějších situací (Medical Health Commission, 2006 [online]. Na poli sociální práce je nejčastějším důvodem ke vzájemné spolupráci odborníků řešení velmi náročné životní situace klienta (Urban, 2013, s. 123). Dle definice od Jefferiese a Chana (2004, s. 210) je multidisciplinární tým hlavním mechanismem k zajištění komplexní péče o klienty a následně k poskytování služeb s bezproblémovým průběhem.

Vzniká tak spolupráce mezi rezorty sociální péče, zdravotnictví a střetává se státní a nestátní sektor. Mezi státní sektory se řadí adiktologické ambulance, psychiatrická oddělení a pracoviště nabízející poradenství. Nestátní naopak představují neziskové organizace, občanská sdružení, ale také církevní zařízení. V oblasti sociální práce s klienty závislým na návykových látkách mají nezastupitelnou úlohu nestátní neziskové organizace. A naopak ve státním sektoru zcela chybějí, nebo jsou zastoupeny nedostatečně. Služby, jak státního, tak i nestátního sektoru, by měly na sebe více navzájem navazovat a spolupracovat (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, str. 155). Aby měla sociální služba dobrý základ je potřeba ji klientovi nabídnout co nejvíce individuálním způsobem a dle ohledu na aktuální potřeby, k čemuž se využívá v praxi individuální plánování. Takové plánování je výsledkem dobré vzájemné spolupráce multidisciplinárního týmu v praxi (Holub, 2015). Během práce s klientem odborníci postupně a společně nalézají a analyzují potřeby klienta a následně navrhují postup s konkrétním řešením (Urban, 2013).

Jedním z klíčových prvků, jak vyřešit náročnou situaci klienta, je složení pracovního týmu. Ten by měl být multidisciplinárně sestaven z profesně různých oborů (Müllerová, Matoušek & Vondrášková, 2005, s. 217). Multidisciplinarita, co se týče adiktologických služeb, je jedním ze základních kamenů efektivnější praxe (Linley, Mendoza&Resko, 2014, s. 642). V takovém týmu je i přes odlišné znalosti, každý pracovník zodpovědný, a nelze se schovávat za kolektiv (Jankovský, 2015, s. 7). Tým multidisciplinární tvoří kmenoví zaměstnanci, externí odborníci, nebo také dobrovolníci (Tajanovská, 2015, s. 30). Při konkrétním zaměření na sociální práci se mohou ve skupině odborníků vyskytovat sociální pracovníci, adiktologové, pedagogové, speciální pedagogové, lékaři, psychologové, psychoterapeuti, právníci apod (Bartošíková, 2003). Tyto týmy přinášejí velké množství výhod nejenom klientům služeb, ale také odborníkům (Mental Health Commission, 2006, [online]). Aby byla mezioborová spolupráce efektivní, je potřeba vymezit cíle a vize týmu a pracovníci se s nimi musí následně ztotožnit, dalšími aspekty jsou pak důvěra, respekt, porozumění apod.

(Jankovský, 2015, s.7). Jedním z nejzásadnějších faktorů pro efektivní práci je otevřená komunikace mezi odborníky (Linley, Mendoza&Resko, 2014, s. 642).

V případě budování multidisciplinárního týmu, který bude schopen kvalitně a efektivně spolupracovat, je nejdříve potřeba definovat nejenom cíle, ale také základní principy činnosti, se kterými se mohou členové týmu ztotožnit (Jankovský, 2015, s.8). Pokud je složen dobrý multidisciplinární tým, je v praxi schopen umožnit kvalitní a efektivní mezioborovou spolupráci (Jankovský, 2015, s. 10). Aby byl takový tým úspěšně vybudován, je potřeba, aby pracovníci měli určité predispozice, jako jsou dovednosti, znalosti a postoje konkrétních pracovníků v týmu (Jefferies a Chan, 2004, s. 211). Aby byl multidisciplinární tým efektivní a v praxi dobře fungoval, je základním kamenem funkční komunikace mezi jednotlivými členy (Mental Health Commission, 2006, [online]). Dalším předpokladem pro efektivní práci multidisciplinárního týmu jsou považovány rovné pracovní pozice všech pracovníků. Multidisciplinární tým si lze představit jako kužel, kdy podstavec je kruh, který tvoří zmíněné rovné postavení. Následně vrchol kužele vyobrazuje klienta, jehož postavení je uprostřed kruhu a na vrcholu, jelikož realizace multidisciplinárního týmu probíhá právě kvůli němu (Jankovský, 2015, s. 11).

Multidisciplinární týmy také přezkoumávají případy, ve kterých se intervence a její nastavení osvědčily, ale také neosvědčily s cílem snížit počet chyb a udržet tak dobrou praxi. Tyto reálné situace, se kterými se sociální pracovníci setkávají v praxi, vedou k identifikaci problémů v systému a následně vedou k řešení pomocí vzdělání, změn v koordinaci, supervize, mediace nebo například videotréninkem (Matoušková a Vrabcová in Kodymová, 2015, s. 27).

Multidisciplinární skupina má svoji práci a součinnost mnohdy velmi náročnou, a to zejména kvůli rozdílné odbornosti. Jako prevence se doporučuje realizovat supervize, kdy supervizor má být člověk mimo tým. Nejvhodnější kandidátem na supervizora je externí pracovník pro reflexi vztahů mezi odborníky a schopný směřovat pracovní tým k nalezení východiska u vedených případů v praxi (Kodymová, 2015, s.5).

Aby multidisciplinární tým správně fungoval, musí mít také nastavené určité podmínky pro funkci týmové práce. Jednou z podmínek je zvyšovat povědomost a potřebu multioborové spolupráce. Dále je nutná výměna informací mezi odborníky a umožnit vymezení prostoru pro předávání takovýchto informací, nadále hledání řešení,

interpretace různých profesionálů a tím získávání co největšího rozhledu v různých problematikách (Jankovský, 2015, s.51).

Jednou z klíčových vlastností multidisciplinárních týmů je potřeba kombinovat speciální znalosti odborníků schopných realizovat kontinuální péči. Dále mají možnost vidět komplexní a jednotné potřeby klientů služby, a tak se navzájem podporovat a vzdělávat, a tím pak zajišťovat dobrou péči klientům. Pokud je multidisciplinární tým dobře nastaven, mohou z něho těžit benefity všichni zúčastnění (Jankovský, 2015, s. 52).



## **2. Sociálně-právní ochrana dětí a mládeže**

Sociální pracovníci mají velmi rozsáhlou a složitou práci. Jejich klienty na orgánu sociálně-právní ochrany jsou zejména nezletilé děti a ve velké většině případů i jejich rodiny. Sociální pracovníci se tak mohou setkávat s klienty, kteří se potýkají s nejrůznějšími problémy z odlišných oblastí. Dochází tak k průsečíku cílových skupin, kdy jednou z nich mohou být také konzumenti návykových látek. Je důležité, aby si sociální pracovníci uvědomovali své možnosti při práci s různými typy klientů a dokázali tak využít potřebné teoretické znalosti a dovednosti i v samotné praxi, případně dokázali klienty nasměrovat do jiných institucí či organizací poskytujících jim potřebnou pomoc.

### **2.1. Charakteristika OSPOD**

Sociálně-právní ochrana (dále OSPOD) je označena jako ucelená soustava v českém právu, poskytující ochranu českého státu nezletilým osobám, tedy dětem, které se nemohou bránit vlastními silami (Tomeš, 2009, s. 197). Hlavní cíl této ochrany spočívá v pomoci rodinám se zachováním nejenom blaha dítěte, ale také vhodného prostředí pro vývoj a růst nebo případné zastání se jeho zájmů. Dítě je ve znění tohoto zákona chápáno jako nezletilá osoba (MPSV, 2013 [online]). Sociálně právní ochrana dětí je zvláštním druhem sociální správy, v rámci jejího výkonu je poskytována ochrana zejména v mimořádných a aktuálních situacích. Je to důležité odvětví sociální správy promítající se do více oblastí (Tomeš, 2009, s. 197).

Dle Burdové a Novotné (2007, s. 19) je sociálně-právní ochrana dětí označována jako zajišťování práv dětí na život, rodičovskou péči, příznivý vývoj, život v rodině, svobodu myšlení, vzdělání, náboženství, zaměstnání, anebo podpora ochrany dětí před duševním a tělesným násilím, zanedbáním či zneužitím. Dítě je podle Hrušákové a Králíčkové (1998, s. 284) jedincem vyžadujícím určitou péči a ochranu. Ty jsou jim poskytovány především ze strany jejich rodiny. Pokud nastane situace, kdy rodina z různých objektivních či subjektivních důvodů nemůže zajistit tuto ochranu a péči, je potřeba, aby byly poskytnuty ze strany společnosti, v tomto případě státu.

Širším pojmem ochrany dítěte je označen soubor práv chránící zájmy dítěte, které jsou zahrnuty ve velkém množství právních odvětví a předpisů. Povinnost poskytnutí činností prostřednictvím orgánu sociálně-právní ochrany dětí je ukotvena v právních normách ústavního charakteru, a také v mezinárodních pramenech (Špeciánová, 2005, s. 11). Z Ústavy České republiky a zároveň dalších mezinárodních právních norem

vyplývá povinnost chránit zájmy dětí a zároveň podporovat jejich zdravý vývoj a práva. Základními prvky, které patří mezi právní normy propojené s právním rámcem zákona o sociálně-právní ochraně, jsou Úmluva o právech dítěte nebo Listina základních práv a svobod (Ševčík a Špatenková, 2011, s. 122). V roce 1959 vyšla Deklarace práv dětí, která potvrzovala potřebu zvláštní záruky péče a ochrany dětí před narozením a zároveň po něm. S tím se pojí další prosazování zájmů dětí vedoucí k podpoře jejich práv, a tak v roce 1989 byla přijata Úmluva o právech dítěte. Ta je označována jako jedna z nejvýznamnějších dohod upravujících práva dětí a mládeže v České republice. Článek 32 Listiny základních práv a svobod stanovuje, že rodič a rodina jsou pod ochranou zákona a zároveň je zaručena zvláštní ochrana dětí (Vaníčková, 2009, [online]). Sociálně-právní ochrana je součástí i mnoha dalších právních norem, nejen pouze zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Takové předpisy ale nejsou nějak upravovány ve zmíněném zákoně, takže se ho nějak nedotýkají. Mezi další významné dokumenty patří i občanský zákoník, trestní zákoník, trestní řád, občanský soudní řád a další (Špeciánová, 2005, s. 3).

Ohrožení dítěte je multifaktoriální jev, který je zrcadlem sociálních, ekonomických a kulturních podmínek ve společnosti. Z toho důvodu je sociálně-právní ochrana dětí upravována různými právními odvětvími a předpisy v oblastech rodinně-právních, sociálních, školských, zdravotních, daňových, trestních apod. Z vyčtených oblastí následně vyplývají subjekty, které tuto oblast realizují (Pemová a Ptáček, 2012, s. 26).

Sociálně-právní ochrana dětí a mládeže v českém prostředí patří do práva veřejného. Toto odvětví upravuje v České republice zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů. Pojmem sociálně-právní ochranou dětí se dle § 1 zákona č. 359/1999 rozumí:

- ochrana práv dítěte za příznivý vývoj a řádnou výchovu,
- ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění a působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny,
- zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí).

Jednou ze zásadních činností OSPOD je preventivní působení na rodinu a na rodinné vztahy. Velký důraz je kladen zejména na ochranu dětí před různými sociálně

patologickými jevy (MPSV, 2014, s. 24). Činnost orgánů sociálně-právní ochrany dětí se řídí principem preventivního působení na rodinné vztahy. Pokud jsou určitým způsobem vztahy zasaženy, nastává využití působení veřejné moci. Opatření sociálně-právní ochrany jsou uspořádány hierarchicky, a tak vytvářejí určitý celek. Ten umožňuje využití nástrojů dle konkrétních situací, v nichž se děti nacházejí a zároveň bere v úvahu intenzitu ohrožení (MPSV, 2013, [online]). Rodiče mají vůči dítěti stanovené určité povinnosti, které upravuje zákon. Mezi tyto povinnosti patří rodičovská odpovědnost, kterou upravuje Občanský zákoník č. 89/2012 Sb. konkrétně § 858. Další povinnost je vyživovací, kterou rovněž upravuje Občanský zákoník v § 910 a následující. Díky preventivní a poradenské činnosti má orgán sociálně-právní ochrany dětí v kompetenci zabývat se rodiči, kteří neplní svou rodičovskou odpovědnost, a tak narušují zdravý vývoj dítěte. V rámci preventivní a poradenské činnosti orgán s rodiči pracuje na odstranění nedostatků ve výchově. Práce s rodiči by měla směřovat k pomoci při výkonu práv, která vyplývají z rodičovské odpovědnosti. Dále OSPOD poskytuje rodičům poskytovat poradenství při uplatňování dávek státní sociální podpory a dávek sociální péče. Sociální pracovníci v rámci těchto aktivit sledují nepříznivé vlivy, které v rodině mohou působit na děti. Zajímají se o příčiny jejich vzniku a následně organizují vhodná opatření, aby tyto jevy neměly negativní vliv na dítě. Rodiče mohou využít instituci při výchovných či jiných problémech souvisejících s výchovou (Špeciánová, 2007, s. 22; Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí §11 e).

Rodičům může být uložena i povinnost ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí využít poradenskou pomoc, zejména v případech, kdy rodiče nejsou schopni:

- využít odbornou poradenskou pomoc i přes potřebu pomoci pro dítě a v případech, kdy již poradenství bylo doporučeno,
- zajistit řešení problémů spojených s výchovou bez odborné poradenské pomoci
- stále využívat možnosti odborného poradenství pokud k vyřešení konfliktů v rodině a zamezení umístění dítěte do náhradní rodinné péče, či ignorovali doporučení pro práci s pověřenými osobami, poradenskými službami či mediátorem (Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálněprávní ochraně dětí).

Charakteristika moderní sociálně-právní ochrany dětí je označována od poloviny 20. století jako centrálně garantovaná, ale lokálně provozovaná instituce. Toto označení bylo vnímáno jako průlom ve státní sféře, jelikož pomoc dětem byla organizovaná státem, díky

státní správě, a realizována samotnými sociálními pracovníky na konkrétní místní úrovni. To znamená realizaci ve smyslu přenesení působnosti státní správy na samosprávu (Pemová, Ptáček, 2012, s. 27).

Orgán sociálně-právní ochrany a jeho aktivity jsou realizovány v místě bydliště, kde děti žijí. Zároveň se využívají místní a dostupné formální a neformální zdroje, kterými jsou například terénní služby, ambulantní služby, komunitní bydlení nebo rekvalifikace pro rodiče apod. (Pemová a Ptáček, 2012, s. 27).

Orgán sociálně-právní ochrany dětí se řídí základními principy, kterými jsou:

- Poskytnout sociálně-právní ochranu dětem za účelem nejlepšího zájmu či prospěchu ve vztahu k dítěti a ochraně rodiny, rodičovství. Dále usilovat o práva rodičů na výchovu a péči o své děti a přihlížet na sociální prostředí dětí.
- Poskytnout sociálně-právní ochranu dětem bez ohledu na rasu nebo jinou diskriminaci.
- Sociálně-právní ochranu zprostředkovat bezplatně.
- Preventivně působit na rodinné vztahy či využít opatření, která budou vyplývat z konkrétních situací.
- Chránit děti před patologickými jevy případně jim předcházet či zmírňovat jejich důsledky.
- Zajistit dětem zvláštní ochranu a pomoc díky náhradní výchově v případech, kdy jsou dočasně či trvale zbavení rodinného prostředí.
- Brát v potaz etnický, náboženský, kulturní a jazykový původ v konkrétních případech a hledání vhodných řešení výchovy dětí
- Při osvojení dětí do zahraničí brát zřetel na princip subsidiarity. Toto osvojení zvolit jako východisko až poté, pokud dítě nemůže být předáno do výchovy v zemi jeho původu.

Sanace rodiny je jedním z cílů sociálně-právní ochrany dětí (MPSV, 2013 [online]).

Pro lepší orientaci v oblasti sociálně-právní ochrany je vhodné popsat cílovou skupinu. Tu upravuje samotný zákon o sociálně-právní ochraně dětí, proto se bude následující podkapitola zabývat tímto tématem.

## 2.2. Vymezení cílové skupiny

OSPOD se snaží odstranit negativní vlivy působící na dítě a podpořit běžné fungování rodiny. Sociální pracovník se o konkrétní rodinu nebo dítě zajímá z vlastní iniciativy či na základně podnětů ze strany cizích osob, rodičů, příbuzných, ale v některých případech na podnět samotného dítěte (Motejl a kol., 2007 [online]). Podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí může na závadné chování dítěte, neplnění rodičovských povinností a zneužívání rodičovských povinností plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, upozornit jakákoliv osoba. Oznamovací povinnost v takovýchto případech spadá také na školy a školská zařízení, státní orgány, zdravotnické zařízení či jiné pověřené osoby (MPSV, 2013 [online]).

Děti, na které se sociálně-právní ochrana zaměřuje, konkretizuje § 6 zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí, jsou to tyto děti:

- jejichž rodiče zemřeli, neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti, nebo nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti;
- které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy;
- které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí, živí se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky, nebo jinak ohrožují občanské soužití;
- které se opakovaně dopouštějí útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte; e) na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;
- které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;
- které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;

- které jsou žadateli o udělení mezinárodní ochrany, azylanty, nebo osobami požívajícími doplňkové ochrany, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu (zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí).

Výčet výše zmíněných situací vyplývá ze §6 zákona č. 359/1999 Sb., který navíc popisuje definici pojmu ohrožené dítě. Pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí s touto definicí pracují, či ji vnímají na základě vlastní intuice. Základem tohoto pojmu je ideál představující fungující rodinu starající se o své dítě (Topinka, 2014 [online]).

Jak bylo již zmíněno, do cílové skupiny orgánu sociálně-právní ochrany spadá nejenom dítě, ale zároveň také jeho rodina. Rodič má povinnost vztahující se ke spolupráci orgánem sociálně-právní ochrany dětí podle § 53 odst. 2, zákona č. 359/1999. Dle tohoto paragrafu jsou rodiče povinni:

- spolupracovat s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při ochraně práv a zájmů dětí a na výzvu se dostavit k osobnímu jednání,
- předkládat listiny, doklady a poskytovat nezbytné informace pro potřeby výkonu orgánu sociálně-právní ochrany dětí,
- umožňovat návštěvu zaměstnancům orgánu v bydlišti či v jiném prostředí, kde rodina s dítětem žije, a je to nezbytné k ochraně života, zdraví a práv dítěte (zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí).

V případech, kdy rodiče tyto povinnosti nesplní, může orgán sociálně-právní ochrany dětí je pokutovat opakovaně až do výše 20 000 Kč. Zákon přesně nedefinuje výčet situací, kdy mají rodiče povinnost spolupracovat s OSPOD. To nechává na uvážení jednotlivých sociálních pracovníků tohoto orgánu. Rodiče mají ale také možnost požadovat pomoc od OSPOD, který musí žádosti rodiny přijmout a vyhovět jim v plném rozsahu své pravomoci. Tahle pravomoc se týká zejména případů, kdy rodič potřebuje pomoc při umístění dětí do ústavní výchovy či do zařízení vyžadující okamžitou pomoc. Úřady následně rodině pomáhají uspořádat rodinné poměry tak, aby dítě se mohlo co nejdříve vrátit zpět do rodiny (Špeciánová, 2007, s. 30).

Spolupráce mezi orgánem sociálně-právní ochrany dětí a rodinou je náročná zejména kvůli nedůvěře. Velice často se rodiče bojí sankcí a kvůli tomu své problémy před sociálními pracovníky nepřiznávají a ukrývají. Následně pak dochází k předávání modelů chování v rodině po několik generací, a tím se prohlubuje negativní dopad na kvalitu

života dítěte. Je důležité mít na zřetel, že každá rodina je odlišná, a proto vyžaduje jiný přístup i v případě stejného problému. Při práci s rodinou se musí sociální pracovník držet zásad, jako je celostní nahlížení na rodinu, nezaměřovat se pouze na rodinný problém, ale také na konkrétní osoby. Při této práci nejde vycházet pouze z kategorizace problémů, zejména kvůli tomu, že neexistuje jednotný obraz rodiny například užívající návykové látky nebo násilnické rodiny (Bechyňová a Konvičková, 2008, s. 18).

MPSV (2009) vydalo metodiku pro dobrou spolupráci s rodinou, která doporučuje:

- podporovat důvěru mezi pracovníky a členy rodiny, rodina musí pracovníka vnímat jako prostředek pomoci,
- znát potřeby a problémy konkrétních rodin
- využívat široké množství forem práce s rodinou
- umožnit rodině, aby si sama definovala problém, cíl práce za pomoci sociálního pracovníka
- vždy podporovat rodinu, aby se snažila řešit náročné situace z vlastních zdrojů,
- při spolupráci rodinu motivovat, povzbuzovat a posilovat její kompetence.

Metodické doporučení obsahuje ještě soubor aktivit a zásad pomoci ohroženým rodinám, kam spadá spolupráce s dalšími subjekty, jako jim neziskové organizace. Sociální pracovník může pomoci klientovi s navázáním kontaktu s institucí, která nabízí služby, které rodina vyžaduje. Pokud například klient konzumuje návykové látky, může být pracovníkem odkázán na harm reduction služby nebo léčebná zařízení. Práce s klientem je založena na dobrovolnosti, přijetí pomoci a přiznání problému. Může se ale stát, že někteří klienti nejsou motivovaní a služby nevyužívají z vlastní vůle. Někteří klienti lépe reagují na vynucovací prostředky, které však s sebou nesou riziko ztráty kontaktu s klientem nebo zaujetí pasivně agresivního postoje (Berg, 2013, [online]).

Je důležité, aby sociální pracovník znal vymezení své cílové skupiny zejména u orgánu sociálně-právní ochrany, kde ji určuje zákon. Z těchto důvodů je podstatné vnímat každého člena problémové rodiny a na nikoho při práci nezapomenout. Sociální pracovník musí brát zřetel na odlišnost, a tudíž problémy nekategorizovat. To je podstatné například u klientů užívajících návykové látky, kdy je dobré znát pracovní postupy tak, abychom s klientem neztratili důvěrný kontakt. Následující podkapitola bude popisovat sociální pracovníky a jejich pracovní povinnosti ohledně výkonu na orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

## 2.3. Sociální pracovník OSPOD

Sociální pracovník pracující na orgánu sociálně-právní ochrany dětí je člověk s dokončeným předepsaným vzděláním, který cíleně a systematicky pracuje se svou profesní zkušeností a v praxi nejenom dodržuje standardy dobré praxe, ale navíc se řídí etickými pravidly a hodnotami sociální práce (Pemová a Ptáček, 2012, s. 121).

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou klíčovými pracovníky OSPOD realizující jeho činnost hlavně sociální pracovníci. Mezi jejich kompetence patří nejenom realizovat sociální šetření v rodinách, ale také mít na starosti sociální agendu a koordinaci sociálně-právních problémů v zařízeních sociálních služeb. Dalším úkolem je zjišťovat a případně uspokojovat potřeby obyvatel krajů či obcí (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). V kompetenci sociálního pracovníka je dále hodnocení ohrožení dětí, následně může stanovit intervenční strategie, jelikož pracovník má zároveň s rodiči zodpovědnost za ochranu dítěte (Pemová, Ptáček, 2012, s. 27). Pozice sociálního pracovníka OSPOD zahrnuje také vyhodnocování kvality své práce, administrátorství, roli oznamovatele v případech porušení zákona a také roli mediátora (Matoušek a Pazlarová, 2016, s. 8).

OSPOD a jeho sociální pracovníci se snaží působit na děti, které se potýkají s rizikovým chováním, pro které je typické například: užívání návykových látek, záškoláctví, prostituce, či se tyto děti určitým způsobem dopouštějí protiprávního jednání. Děti, které se opakovaně dopouštějí útěků z domova či na nich byly spáchány trestní činy jsou také objektem sociálně-právní ochrany dětí (ust § 6 č. 359/1999 Sb.).

Pracovníci OSPOD musí splňovat určité kompetence ty vymezuje nejenom zákon o sociálních službách, ale také zákon o sociálně-právní ochraně dětí. Mezi základní činnosti patří poradenské a preventivní činnosti, které se navzájem prolínají celým zákonem o sociálně-právní ochraně dětí, a to zejména v § 10 a v § 13. Paragraf upravující poradenskou činnost ukládá orgánu sociálně-právní ochrany dětí povinnost pomáhat rodičům, zejména při problémech spojených s výchovou či péčí o děti. Dále zprostředkovávat rodičům poradenství v oblasti výchovy a vzdělání dítěte. V rámci poradenské činnosti musí sociální pracovníci organizovat kurzy nebo přednášky řešící témata spojená se sociálními, výchovnými a jinými problémy spojenými s výchovou dítěte. Mezi další činnosti se řadí poskytovat poradenství osobám, které se stanou osvojiteli či pěstouny a vymáhat vyživovací povinnost k dítěti, případně pomoc



s návrhem k soudu týkajícím se dané oblasti. Preventivní činnost je upravena dle § 10 zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Ta ukládá orgánu dávat pozor na špatné vlivy, které by mohly působit na děti a následně zjišťovat případné okolnosti jejich vzniku a snažit omezit jejich další působení. Sociální pracovník musí na základě vyhodnocení situací vyhotovit individuální plán na ochranu dítěte. Mezi preventivní aktivity se řadí i pořádání případových konferencí, které se organizují pro pomoc s řešením konkrétních situací týkajících se ohrožených dětí a jejich rodin (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí).

Pracovník sociálně-právní ochrany dětí by měl mít jako stanovený cíl činnosti zvyšovat počet dětí vyrůstajících v prostředí své rodiny a podporovat kontakt dětí nacházejících se v ústavním zařízení s rodinnými příslušníky nebo jejich blízkými (MPSV, 2009 [online]). Je podstatné, aby sociální pracovník byl profesionální ve všech směrech. Takový sociální pracovník je ten, který dosáhl vzdělání a systematicky, cíleně pracuje na své profesní zkušenosti. Dále v praxi dodržuje standardy dobré praxe a orientuje se etickými kodexy a hodnotami stanovenými pro sociální práci (Pemová a Ptáček, 2012, s. 121).

Sociální pracovník OSPOD za účelem poskytnutí sociálně-právní ochrany vykonává soubor činností, mezi které patří:

- vyhledávat děti, které potřebují pomoc,
- poskytnout poradenství týkající se povinností, práv, zájmů klientů a jejich sociální fungování,
- provádět posouzení situací dětí v rodinách,
- vést spisovou dokumentaci,
- provádět činnosti směřující k nápravě fungování rodinného systému,
- realizovat sociální šetření v domácnostech klientů,
- podávat návrhy k soudu, které se týkají nezletilých dětí,
- vykonávat roli kolizního pracovníka zastupujícího práva dětí před soudem,
- ukládat povinnosti rodičům využívat odborné poradenství, dodržovat výchovná opatření,
- spolupracovat s dalšími profesionály.

Zmíněné činnosti v praxi představují, že během práce a poskytování služeb je pro sociálního pracovníka podstatná komunikace s klientem, posouzení míry ohrožení dítěte,

hodnocení vlivu způsobujícího ohrožení dítěte nebo sociálních problémů klientů. Jednou z dalších činností sociálního pracovníka je hodnocení funkčnosti rodiny a realizace intervencí vedoucích k minimalizaci ohrožení dítěte, rozpoznávání nezájmu rodičů o své děti, podpora oprávněného rodiče ve jeho nárocích. Musí pomáhat mnoha problémovým rodinám stanovit si priority v jejich potřebách (Matoušek a Pazlarová, 2016, s. 132).

Pracovní náplň sociálního pracovníka orgánu sociálně-právní ochrany dětí může být odlišná dle závislosti na konkrétní organizaci či pracovním zařazení. Sociální pracovník by při výkonu své práce měl vycházet z metod, postupů sociální práce podle nejnovějších vědeckých poznatků, a také se řídit standardy kvality. Dále sociální pracovníci mohou využívat nástroje a přístupy přizpůsobené životní situaci nebo potřebám klienta (MPSV, 2009 [online]).

Je podstatné, aby sociální pracovník dokázal v praxi posoudit životní situaci klienta. To následně vede pracovníka k tomu, aby byl schopný řešit konkrétní případ a pomohl tak klientovi zvládnout jeho problém. V určitém směru je posouzení základní buňkou ze všech aktivit při práci sociálního pracovníka. Jaký způsob zvolí pro perspektivu na nahlížení problému, se následně promítne do strategie při práci s klientem (Navrátil a Janebová a kol., 2010, s. 9).

Do kompetencí sociálního pracovníka patří sociální šetření, zabezpečení sociální agendy, řešení sociálně-právních problémů, sociálně-právní poradenství, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti, sociální prevence, poskytnutí krizové pomoci, sociální rehabilitace a poradenství, depistážní činnost. Jsou i další kompetence, které se ale nevztahují pouze na sociální pracovníky patří mezi ně schopnost týmové spolupráce, komunikační dovednosti, produktivita, potřeba učit se novým věcem, vypořádávat se s náročnými situacemi, odpovědnost apod. (Belz a Siegrist, 2001).

Sociální pracovníci OSPOD kromě pomoci dětem zanedbaným nebo opuštěným, které nemohou vyrůstat ve vlastní rodině, dále řeší složité situace v rodinách, jako je rozchod rodičů, partnerské neshody apod (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010).

## **2.4. Sociální kurátor**

Vzhledem k tématu diplomové práce, které se zaměřuje na uživatele návykových látek ve vztahu k pracovišti OSPOD, je vhodné se teoreticky seznámit s pozicí sociálního kurátora. Je to důležité zejména z toho důvodu, že sociální kurátoři na OSPOD se věnují

mladistvým klientům konzumujícím návykové látky. Realizovaný výzkum v empirické části práce se zaměřuje právě na klienty užívající návykové látky, kdy je potřeba zmapovat postupy práce a případně zlepšit efektivitu. Z tohoto důvodu budou některými účastníky výzkumu sociální kurátoři pro rozšířený zdroj informací. Jde o případné srovnání postupů u dospělých a mladistvých klientů, či o to zda mají obě věkové skupiny dostatek návazných organizací pro další odbornou pomoc.

Pozice sociálních kurátorů se v průběhu času značně vyvíjela a měnila zejména díky systémovým změnám, které se odrážely nejenom na jejich pracovní náplni, ale také na organizačním zařazení v oblasti veřejné správy. Jednou z prvních pracovních náplní byla kontaktní práce s cílovou skupinou, která byla tvořena osobami po výkonu trestu odnětí svobody. Díky tlaku, který vyvíjela společnost, se v legislativě upravila cílová skupina, a tudíž se musela vyvinout následně i činnost sociálních kurátorů. Tyto změny zapříčinily schválení nových právních předpisů v sociální oblasti v roce 2006 (Gojová a Hortnílková a kol., 2007, s. 85). Přijetím zákona o sociálních službách v roce 2006 se významně upravily podmínky činnosti sociálních kurátorů tak, že v rámci obcí s rozšířenou působností musí koordinovat sociální služby pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, a navíc umožnit propojení koordinačních aktivit a přímé práce s klienty (Gojová a Hortnílková a kol., 2007, s. 8).

Od vzniku pozice sociálního kurátora byly jisté spekulace kvůli zařazení do různých typů organizačních struktur, a to jak v rámci pracovišť, tak na konkrétních sociálních odborech. Na těch mohou být sociální kurátoři řazeni do oblasti sociální prevence, sociálně-právní ochrany dětí, oddělení dávek hmotné nouze a oddělení pro seniory a zdravotně postižené apod. Z toho vznikají rozdílné přístupy k této pozici. Jedním z dalších problémů je kumulace s dalšími agendami. Ve velkých městech a obcích s rozšířenou působností sociální kurátor vykonává pouze svoji agendu, zatímco v menších obcích dochází k různorodému propojení kvůli malému počtu klientů. Pokud sociální kurátor pracuje v takto kombinované pozici, může docházet ke kontraproduktivnímu rozdělení rolí kvůli odlišným postavením vůči různým cílovým skupinám (Davidová a kol., 2010, s. 10).

### 2.4.1. Sociální kurátor pro děti a mládež

Sociálně-právní ochrana pro děti a mládež je zejména ochranou práv dětí za jejich příznivý vývoj, výchovu, rodičovskou péči či život v rodině a v neposlední řadě ochrana jejich zájmů. Tato činnost je předmětem řady orgánů, právnických nebo fyzických osob, kdy jednou z nich je funkce sociálního kurátora (MPSV, 2013).

Sociální kurátor pro děti a mládež realizuje výkon státní správy v rámci odborného činitele pracujícího na orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže. Řadí se mezi sociální pracovníky z oblasti sociální prevence. Jeho pracovní náplň vychází ze zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Jejich konkrétní metodiky nejsou nikde stanoveny, proto záleží na konkrétních úřadech a institucích OSPOD, jaké metody zvolí a v praxi následně využívají. V roce 2016 byla Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky vydána metodická příručka určená pro sociální kurátory pracující s dětmi a mládeží. Tato příručka však vyvolala spíše velkou debatu mezi kurátory, jelikož byla označena jako nepoužitelná pro praxi a kontroverzní. Cílem příručky byla snaha pomoci sociální kurátorům při poskytování sociálně-právní ochrany dětí v praxi. Jejím obsahem jsou pojmy, východiska a principy apod. využívající se při práci s cílovou skupinou ohrožených dětí. Dále byla využita kombinace právních výkladů a popis metod či principů sociální práce, kde jsou navíc zahrnuty případy, se kterými se sociální kurátor může setkat při kontaktní práci s klienty (MPSV, 2016).

Podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí jsou vytvořeny standardy, kterými se řídí všichni pracovníci OSPOD, tudíž i sociální kurátoři pro děti a mládež. Tento dokument si vytváří každé pracoviště samo. Standardy slouží zejména jako kritérium v poskytování sociálních služeb prostřednictvím organizací. Nejsou pouze nástrojem, ale naopak slouží jako zdroj informací, díky kterým sociální pracovníci mohou vytvářet v organizacích podmínky, které zaručí klientům respekt k lidským právům, občanským právům a také důstojnost klientů. I přesto, že si každé pracoviště vytváří své standardy, je důležité mít na paměti slučování rozdílných profesí, kdy se může v konkrétních případech jednat o rozdílné nároky na standardy. V tomto případě se může jednat o pozice sociálního pracovníka v oblasti náhradní rodinné péče a na druhé straně sociálního kurátora pro děti a mládež (Krutilová, 2008, s. 30).

Mezi pracovní povinnost sociálního kurátora pro děti a mládež se řadí kontrolní, evidenční, zprostředkovatelské a výchovné činnosti. Jednou ze základních činností je

vedení administrativních záležitostí k dětem a mladistvým, na které se jejich práce vztahuje. Podstatnými aktivitami sociálního kurátora jsou šetření v rodinách, individuální pohovory a poskytnutí pomoci prostřednictvím psychologických, právních, sociálních či výchovných poradenství směrem k dětem, mladistvým a jejich rodičům s cílem vylepšit podmínky v rodinách, nebo řešení aktuální situace, kdy se vyskytují různé patologické jevy (Musil a kol., 2011).

Sociální kurátor pracující s dětmi a mládeží se zaměřuje zejména na ty, kteří vykazují určité poruchy chování nebo se dopouštějí trestné činnosti. Dále pak dle zákona o sociálně právní ochraně dětí, konkrétně § 6 odst. I, písm. c), d), se zaměřují sociální kurátoři na mladistvé, kteří svůj život vedou zahálčivým, či nemravným způsobem (MPSV, 2015). Tímto způsobem života je myšleno zejména zanedbávání školní docházky, dopouštění se trestných činů a přestupků, prostituce, nebo konzumace alkoholu a dalších návykových látek a jiné ohrožování občanského soužití ve společnosti. Dále se dle zákona sociální kurátor v dalších případech věnuje i dětem, které se dopouštějí opakovaně útěků ze svého domova. Pokud nastane situace, kdy se nezletilé dítě do 15 let dopustí trestného činu, je jeho zástupcem v právních a okolních záležitostech právě sociální kurátor. Ten má na starost mladistvé ve věku 15-18 let, u kterých je zahájeno přestupkové či trestní řízení. Sociální kurátor se účastní trestních a přestupkových řízení, vedených proti dětem či mladistvým, a řízeních o ústavní výchově dětí s poruchami chování, kdy má zejména pozici zástupce jednajícího za dítě. Dále má zodpovědnost za nejenom za podání návrhu k soudu na zahájení řízení o předběžném opatření, ale účastní se i přípravných řízení, hlavního líčení a veřejného zasedání. Během těchto řízení je v pozici pověřené osoby, která předkládá kvalifikované zprávy o konkrétních nezletilých nebo mladistvých, kterých se řízení týká (Matoušek a kol., 1998).

Pokud se dítě či mladistvý nachází v ústavní nebo ochranné výchově, je sociální kurátor povinen podílet se na jejich realizaci a následně osoby v ústavech umístěné navštěvuje ve zmíněných zařízeních či ve věznicích. Pokud je mladistvá osoba propuštěna, stává se sociální kurátor osobou nápomocnou, která se co nejrychleji snaží jedince resocializovat zpět do společnosti, aby byl zejména soběstačný a vedl řádný život (MPSV, 2015).

Jednou z podstatných jednotek při práci sociálního kurátora pro děti a mládež je rodina. V životě jedince má nezastupitelnou funkci předávání hodnot a je jedním

z významných socializačních činitelů stojících u počátku rozvoje osobnosti, kdy má možnost tuto fázi v určité míře ovlivňovat (Kraus, 2014). V různých případech sociální kurátor nepracuje pouze s dětmi či mladistvými, ale také s jejich rodiči či jinými osobami odpovědnými za jejich výchovu. To zejména kvůli cíli, který směřuje ke zmírnění a následnému odstranění problémů a podporu vzájemné spolupráce v rodině. Snaha se realizuje za předpokladu odborné poradenské činnosti a sociální, psychologické terapie (Olomouc – město pro rodinu, 2014). Pozice sociálního kurátora má za úkol komplexní péči o rizikovou mládež, kdy podstatnou součástí je spolupráce s rodinou a samotným dítětem za pomoci aplikace různě zvolených postupů, technik, monitorování, poradenství a kontrol za podpory dalších institucí. Ty se využívají jako doplnění dalších technik nebo jako odborná pomoc například vyšetření dětského lékaře a psychologa. V takovýchto situacích je činnost sociálního kurátora rozšířena o komunikaci a spolupráci s ústavy realizujícími výkon vazby, trestu či ústavní a ochranou výchovu (Gojová a kol., 2007).

Z výše popsaných faktů je vzájemná spolupráce mezi sociálním kurátorem a rodinou podstatná. Zejména díky využití vzdělávacích a preventivních technik v rodině se stávají účinným prostředkem v zamezení problémového chování. Za pomoci rodinných účastníků si sociální kurátor mapuje situaci v rodině, a tak zjišťuje podrobnosti situace, a případně vyvozuje důsledky, které mají vliv na dítě nebo mladistvého. Díky sociálnímu šetření v rodině může sociální kurátor navrhnout řešení prostřednictvím individuálních rozhovorů s dítětem nebo rodiči. Těm v rámci možností může poskytnout vhodné rady, jak postupovat při problematickém vývoji dítěte. Sociální kurátor v takovýchto situacích využívá poznatky z oboru psychologie či odvětví sociálně-právní ochrany dětí (Strnad, 2013 [online]).

V některých případech je potřeba využít pomoc dalších odborníků, jako jsou například kliničtí psychologové, psychiatři, lékaři nebo jiní specialisté (adiktologové). Jejich zapojení do případu realizuje sociální kurátor. Pokud jsou situace spojené s obtížně vychovatelnými dětmi, má možnost sociální kurátor podat podnět na výchovné opatření. Jednou z prvotních spolupracujících institucí při práci sociálního kurátora je základní škola či jiné školské zařízení, jinak nazývané výchovné zařízení (Kraus, 2014).

Školy mají možnost kontaktovat sociálního kurátora v případech, kdy si všimnou nedostatků ve výchově a určitých poruch v chování. Výskyt patologických jevů a postup při jejich řešení má škola zahrnut ve školním řádu, kdy upozornění sociálního pracovníka,

konkrétně sociálního kurátora, je jedním z možných řešení při situacích s nejvyšším stupněm závažnosti. Sociálního pracovníka oslovuje v takových případech vedení školy po návrhu třídního učitele nebo školního psychologa (Gojová a kol., 2007).

Jak bylo výše zmíněno, sociální kurátor může spolupracovat i institucemi pro výkon vazby či trestu odnětí svobody, nebo dalšími výchovnými a ochrannými zařízeními, kdy klienty nejenom navštěvuje, ale také monitoruje jejich chování a zlepšování stavu, aby byla možnost navrátit jedince zpět do rodiny. Další institucí, kterou lze využít jsou zdravotnická zařízení, kdy se využívají poradny pro závislosti a psychiatrické léčebny, poradenství či kliničtí psychologové. Další možností je spolupráce s Policií České republiky a probační a mediační službou (MPSV, 2015; Olomouc – město pro rodinu, 2014).

V následující podkapitole blíže popíšu kurátora pro dospělé klienty, který se ve značné míře liší od výše popsaného kurátora pro děti a mládež, kvůli celkovému doplnění pozice sociálního kurátora.

#### **2.4.2. Kurátor pro dospělé klienty**

Vzhledem k cíli diplomové práce, který se zaměřuje na postupy sociálních pracovníků OSPOD v případech, kdy pracují s klienty užívajícími návykové látky, se práce zaměří i na kurátory pro dospělé. Zejména na základě situací, kdy rodiče nezletilých dětí jsou konzumenty návykových látek a kvůli různým specifikům se dostávají taktéž do kontaktu s pracovníky OSPOD.

Sociální kurátor pro dospělé má pracoviště v obci s rozšířenou působností, kdy jejich klienty jsou osoby ohrožené sociálním vyloučením. Jejich koordinační činnost spočívá v zajišťování sociálních služeb pro zmíněnou cílovou skupinu. Vymezení cílové skupiny sociálního kurátora vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 92, ten klienty popisuje jako:

- osoby ohrožené sociálním vyloučením z důvodu ústavní, ochranné výchovy nebo výkonu trestu
- osoby vedoucí takový život, který může vést ke konfliktu ve společnosti (Gojová a Hortvíková, a kol., 2007, s. 10).

Další právní předpis upravující cílovou skupinu sociálního kurátora je § 2 odst. 6 zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Dle tohoto zákona se jedná o osobu nacházející se v hmotné nouzi, která nemá uspokojivé sociální zázemí, dostatek finančních prostředků a nemůže úspěšně řešit svou situaci, a je navíc ohrožená sociálním vyloučením, pokud je:

- propuštěna z výkonu vazby či trestu odnětí svobody,
- po ukončení léčby ze závislosti z léčebného zařízení pro chorobné závislosti
- propuštěna ze školského zařízení pro výkon ochranné nebo ústavní výchovy, či z pěstounské péče po dosažení zletilosti
- nemá uspokojeny potřeby kvůli tomu, že se jedná o osobu bez přístřeší,
- osobu ohroženou trestnou činností jiné osoby (Gojová, A., Hortvíková, P. a kol., 2007, s. 10).

Sociální kurátor a jeho pracovní náplň je dle § 92 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovuje pravomoc obecního úřadu s rozšířenou působností v koordinaci poskytnutí sociálních služeb a odborného poradenství. Následně spolupracuje s institucemi ústavní a ochranné výchovy, probační a mediační službou, vězeňskou službou nebo správními úřady (Gojová, A., Hortvíková, P. a kol., 2007, s. 12).

Díky velké pestrosti cílové skupiny jsou na pozici sociálního kurátora kladeny velké nároky týkající se profesní a odborné úrovně. Té mohou dosáhnout prostřednictvím různých průběžných studií aktuálních poznatků v nejrůznějších vědních disciplínách, jako jsou například psychologie, právo, psychiatrie, sociologie, etika, teorie sociální práce, teorie sociální politiky, biologie člověka, sociální patologie či adiktologie. Díky zvýšení vědomostí v těchto vědních oborech je umožněno ze strany sociálních kurátorů poskytovat svým klientům kvalitní sociální služby, či jim je alespoň zprostředkovat. Sociální kurátor se v přímé práci zaměřuje na poskytnutí základního či odborného sociálního poradenství, a následně v krizové pomoci, či v terénní sociální práci, nebo v zajištění podmínek důležitých pro přežití klienta (Davidová, 2010, s. 13).

Vzhledem k cíli diplomové práce, která se zabývá analýzou, zda je potřeba vzdělávat sociální pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí, je nutné dále se zaměřit konkrétněji na vzdělávání sociálních pracovníků tohoto institutu.



## 2.5. Vzdelávání sociálních pracovníků OSPOD

Sociální práce je jednou z velice náročných profesí a kvůli tomu je na samotné sociální pracovníky kladen velký profesní nárok. Ti musí mít nejenom kvalifikační, ale také osobnostní předpoklady, znalosti a praktické dovednosti vhodné pro sociální práci (Bednář, 2013, s. 520). Zmíněné hodnoty jsou označovány jako základ profesní identity (Vicary, Cree & Manthorpe, 2018, s. 87) vyžadující určitou specifickou přípravu (MPSV, 2003[online]), pod kterou spadá vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání (Tomeš, 1997, s. 96). U sociálního pracovníka je podstatné, aby znal určité metody a techniky při práci s klienty a uměl je nejenom teoreticky, ale také prakticky využít. Je důležité, aby se i přes dosažené vzdělání sociální pracovník dále v profesním životě vzdělával a odborně rostl (Bajer, 2007, s. 188).

Pracovníci musí jako vstupní kvalifikaci pro orgán sociálně-právní ochrany dětí splňovat určité kvalifikační předpoklady, které jsou všeobecně stanovené pro výkon sociálního pracovníka dle § 110 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách dále upravuje program celoživotního vzdělávání, který musí sociální pracovník během výkonu profese nadále povinně absolvovat. Zaměstnavatel musí pro sociálního pracovníka toto celoživotní vzdělávání zajistit v rozsahu nejméně 24 hodin ročně. Takové vzdělání lze splnit v rámci odborných stáží, kurzů s akreditovaným programem, konferencí apod. Celoživotní vzdělání pracovníkovi zaručí nejenom prohlubování dosavadních vědomostí, ale zároveň získávání nových, které rozšíří jeho obzory v profesním životě. Snaha a schopnost pokračovat ve vzdělávání je příkladem pro kvalitní práci sociálního pracovníka (Elichová, 2017, s. 66).

Sociální pracovník získává své teoretické znalosti a praktické dovednosti především studiem. Jak bylo zmíněno, kvalifikačního profilu dosáhne díky vysokoškolskému či vyššímu odbornému vzdělání v oboru sociální práce a celoživotnímu vzdělání v rámci 24 hodin za rok. V zahraničí je to však odlišné proti České republice, povinným postgraduálním vzděláním zaměřujícím se na nácvik praktických dovedností sociálních pracovníků s rozsahem minimálně jeden rok (Pemová a Ptáček, 2012, s. 122).

Sociální pracovníci na OSPOD se mohou na sociálních odborech obecních úřadů či na úřadech s rozšířenou působností členit do více pozic, které se zabývají konkrétní problematikou, jsou to například: terénní sociální pracovníci péče o dítě, pracovníci

sociální prevence, pracovníci náhradní rodinné péče, kurátoři pro děti a mládež apod. (Matoušek a Pazlarová, 2016).

Všichni zaměstnanci správních úřadů si musí osvojit základní znalosti a dovednosti v oblasti vstupního vzdělání. Toto vzdělání se tedy týká konkrétně i sociálních pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Pravidla, kterými se vstupní vzdělání řídí, jsou upravena podle vnitřních předpisů konkrétních úřadů (Matoušek a kol., 2017).

Sociální pracovníci OSPOD musí mít dále vykonanou zkoušku zvláštní odborné způsobilosti. Tato zkouška se dělí na dvě části, a to obecnou a zvláštní. V průběhu této zkoušky sociální pracovník představuje svoji znalost legislativy, která se týká sociálně-právní ochrany dětí, a dále znalosti: systému sociální správy, legislativu sociální správy, fungování samosprávy obcí a státní správy, systém školských a zdravotnických zařízení, systém nestátních neziskových organizací určených pro děti, orientaci v trestních řízeních týkajících se dětí a v řízeních zabývajících se opatrovnictvím. Tuto zkoušku nemusí vykonávat ten, komu bylo uznané vzdělání Ministerstvem vnitra (Matoušek a kol., 2017).

Díky projektu Fond dalšího vzdělávání byla v letech 2016-2017 vypracována Analýza dalšího vzdělávání pracovníků OSPOD v České republice, která se zaměřovala na problematiku vzdělávání zaměstnanců OSPOD. Jako předmět studie byla stanovená analýza zabývající se současným stavem vzdělávání, popisem existujících nedostatků a případného návrhu doporučení ke zlepšení systému vzdělávání. V návaznosti na tuto studii vznikla dále analýza s názvem Celoživotní vzdělání pracovníků OSPOD.

Agenda pracovníků OSPOD se v základu skládá zejména z případové práce, která je prováděna jako šetření v rodinách, vyhodnocování situace dítěte, vytváření individuálního plánu ohroženého dítěte, organizování případové konference, komunikace s dětským klientem, zpracovávání stanovisek pro soud, potřeba informací od dalších aktérů, účast na soudních jednáních apod. Pro možné využití vzdělání sociálních pracovníků OSPOD jako nástroje pro zkvalitnění práce je potřeba prokazatelný vztah mezi hodnotitelným výkonem a způsobem práce. Tím je dán výsledek pro hodnocení výkonu výčtu vzdělávacích potřeb vyjádřených hodnotitelnou veličinou, která je kompetentní na její úroveň. V dnešní praxi se zaměstnanec hodnotí dle standardů kvality sociálně-právní ochrany dětí, a navíc interními předpisy úřadu či manažerskými dovednostmi vedoucích pracovníků OSPOD. Častý způsob, jak zjistit vzdělávací potřebu je: hodnocení zaměstnance, sebehodnocení zaměstnance, hodnotící pohovor vedoucího

a zaměstnance, zpětné vazby od klientů, supervize, případně externí hodnotitel. Analýza vzdělávacích potřeb zaměstnanců OSPOD podle Matouška a Pazlarové (2016) přišla k závěru, že nejvíce je rozvoj potřeba u oblastí:

- komunikace s dítětem,
- komunikační dovednosti pro práci s dospělými klienty,
- práce s nespolupracující rodinou,
- závislosti na návykových látkách.

Z tohoto důvodu je tedy podstatná příprava na výkon profese sociálního pracovníka. Přípravu mohou ovlivňovat časté a neustálé změny ve společnosti, jelikož sociální problémy stále rostou a je potřeba na ně aktuálně reagovat (Hanuš, 2007, s. 6). Jelikož se sociální pracovník setkává s velkým množstvím odlišných cílových skupin, je potřeba, aby měl širokou škálu dovedností a měl předpoklady pro práci s různými typy klientů. Následně je důležitá profesionalita a empatie, které lze získat až dlouhodobou praxí (Gulová, 2011, s. 35).

Musejí vstupovat do role obhájců práv, jsou velice často konfrontováni s příbuznými dětmi, institucemi a vlastně celkově se společností. Proto je důležité, aby sociální pracovníci dodržovali nejenom zákonné, ale také etické normy a uplatňovali své schopnosti a dovednosti (Ondrušová, Oláh, Vavrečková, 2017). Aby se sociální pracovníci lépe vyrovnali s vysokými nároky, je potřeba resilience, tedy odolnost pracovníka. Tu představuje proces či způsobilost, kdy jedinec, v tomto případě sociální pracovník, dokáže zvládnout obtížnou zkušenost. Tento proces zahrnuje i zotavení z negativní zkušenosti a schopnost to opětovně zvládnout. Tímto si sociální pracovník rozvíjí dovednost vyrovnávání se se stresem a potížemi při výkonu své profese (Punová, 2019, s. 49).

Vzděláváním nelze změnit vlastnosti sociálního pracovníka, ale postupně může zvyšovat schopnosti a dovednosti, což je potřebné a důležité pro sociální práci. Zejména z realizovaných výzkumů na území České republiky je viditelné, že i samotní sociální pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí si uvědomují nedostatky ve formě vzdělání a že jim chybějí určité teoretické znalosti v určitých oblastech. Tento nedostatek znalostí může být dán náročností sociální práce, která představuje velkou spoustu informací z různých oblastí, které sociální pracovník musí znát. Jak bylo zmíněno, sociální pracovník OSPOD se setkává s velkým množstvím cílových skupin a pracuje

s multiproblémovými rodinami. Diplomová práce se zaměřuje na práci orgánu sociálně-právní ochrany dětí zejména s klienty užívající návykové látky. Z toho důvodu další kapitola práce popíše propojení sociálních pracovníků OSPOD a klientů užívajícími návykové látky a jejich postupy při práci s tímto typem klientů. Pro bližší poznání cílové skupiny mladistvých konzumujících návykové látky se poslední kapitola teoretické části bude zabírat rizikovým chování a jeho oblastí vztahující se k užívání návykových látek.

### **3. Návykové látky a klienti OSPOD**

Období dospívání je spojeno s mnoha formami rizikového chování, kdy jednou z nich je experimentování s návykovými látkami, které někteří označují jako běžnou a přirozenou součást vývoje odpovídající této fázi života mladistvého. Adolescenti si tímto způsobem mohou testovat a vymezovat hranice vůči své rodině, institucím, a také společnosti. Avšak často zmíněné experimentování s některou z návykových látek může jedince dovést až k samotné pravidelné konzumaci vedoucí někdy až k fatálnímu důsledku, jejímž je závislost na návykových látkách. Pokud však nastane tato nejhorší situace může v ní hrát významnou pomáhající roli orgán sociálně-právní ochrany dětí a mládeže, který dle legislativy má v kompetenci dohled na zdraví a mravní vývoj dospívajícího jedince. Následující kapitola pojednává o rizikovém chování adolescentů, jež je spojeno s konzumací návykových látek, a zaměřuje se na samotné postupy OSPOD při práci s takovýmto typem klientů.

#### **3.1. Rizikové chování adolescentů**

Klienty OSPOD jsou především děti a dospívající, proto se diplomová práce zaměřuje zejména na tuto cílovou skupinu. Seznámení se s různými formami rizikových chování u mladistvých je vzhledem k výzkumu potřebné pro vyjasnění toho, s jakými formami rizikového chování se v praxi sociální pracovníci OSPOD nejčastěji setkávají.

Rizikové chování je vnímáno jako označení pro rozmanité formy chování, které mají negativní dopad na zdraví a současně také na sociální nebo psychologické fungování jedince v sociálním prostředí. Toto chování může také ohrožovat samotnou společnost. Patří sem rizikové sexuální chování, špatné zdravotní návyky, delikventní chování, agresivní chování, ohrožující chování směrem ke společenským institucím apod. Takové chování má společného jmenovatele, kterým je kritérium prepatologické úrovně. Ty označují teoretický systém, který se zabývá rizikovým chováním, jež nepřesahuje do patologické roviny, jako je například závislostní chování. Konkrétní formy takového chování se u jedinců velmi často vyskytují současně. V takových případech se jedná o syndrom rizikového chování (Širůčková in Miovský, 2015, s. 161).

Rozdělení rizikového chování se v odborné literatuře často liší. Například Mühlpachr (2009) sociálně patologické jevy rozděluje na:

- závislosti – na návykových látkách, sektách, automatech,

- patologické jednání vůči sobě, kterým je například snaha o sebevraždu,
- pseudosociální jednání, představující prostituci, hooligans, skinheads apod.,
- asociální jednání směrem ke společnosti, kam se řadí rasismus, xenofobie, agresivita, kriminalita atp.

Rizikové chování je možné zaznamenat v odlišných věkových kategoriích, kdy nejvíce četné je v období adolescence. Během dospívání se u poloviny mladistvých vyskytuje některá z forem rizikového chování. Ve značném počtu případů se reálně jedná o běžnou odchylku v chování dospívajícího člověka, která je brána jako součást vývoje každého jedince. Tyto výkyvy proti společenským normám, ale v dospělosti přirozeně odejdou (Sobotková a kol., 2014).

### **3.2. Konzumace návykových látek u mladistvých**

To co ovlivňuje hlavně rozvoj dospívajícího dítěte a jeho postoj k návykovým látkám, je rodina a další subjekty, jako je například škola, společnost či jejich vrstevníci. I přesto ale neovlivňují pouze oni vztah dítěte vůči návykovým látkám. Samotná skupina adolescentů je svým způsobem okouzlena a fascinována návykovými látkami a chce zažít něco nového, nějaké dobrodružství, a takto se odtrhnout od každodenní nudy nebo rutiny ve svém životě. Prostřednictvím experimentů s návykovými látkami se mládež chce určitým způsobem zviditelnit, získat nové přátele a upoutat tak na sebe značnou pozornost. Kromě těchto vlivů mohou posílit vztah dítěte k návykovým látkám také určité biologické, genetické nebo psychické predispozice. Následující podkapitola se bude zabývat zejména konzumací návykových látek skupinou dětí a mladistvých, s nimiž pracují různé instituce, mezi které se řadí i pracovníci OSPOD. Aby byl teoretický základ diplomové práce založen na reálných důkazech, bude podkapitola doplněna výzkumy realizovanými na území České republiky zkoumajícími konzumaci návykových látek.

V případech, kdy se zvyšuje riziko vzniku rizikového chování u mladistvých zejména v oblasti konzumace návykových látek, je za původce těchto problémů pokládána nedostatečná či naopak přílišná péče rodičů, nevytvořená pravidla ohledně výchovy dítěte, nízké citové vazby mezi členy rodiny, zneužívání návykových látek, nezaměstnanost či chudoba rodičů (Nešpor a kol., 1992, s. 15). Děti vyrůstající v takovém prostředí nemají dostatečně uspokojeny životní potřeby, či naopak vše dostanou bez námahy často proto mají problémy v oblasti komunikace v sociálním prostředí. V průběhu dospívání se hůře orientují v sociálních situacích a mají problém

s uvědoměním si důsledků svého jednání. Prožívání těchto adolescentů je spojeno s pocity nudy či beznaděje. Velmi často se snaží uprchnout ze svého depresivně orientovaného světa, a to právě za pomoci návykových látek či jiného sebedestructivního jednání (Jedlička, 2004, s. 322).

Pokud dospívající konzumuje návykové látky, jsou rizika mnohem vyšší než u dospělých jedinců, kteří vedou takovýto způsob života. Závislost na návykových látkách u dětí vzniká mnohem rychleji a také je častější nebezpečí otrava kvůli nízké toleranci, zkušenosti a větším sklonem k riskování. Jednou z velmi častých příčin smrti u skupiny dětí nebo mladistvých jsou úrazy a otravy, ty jsou často spojené s konzumací návykových látek. Pro tuto cílovou skupinu je charakteristické široké spektrum návykových látek, střídání jedné látky na druhou, nebo dokonce konzumace více druhů současně (Nešpor, 2011, s. 53).

V České republice je konzumace návykových látek cílovou skupinou dětí a mladistvých sledována za pomoci školních dotazníkových studií na vzorcích dětí a mládeže. Používají se otázky stavěné na míru a vzorce konzumace návykových látek ve 3 časových intervalech – aktuální užívání, v posledním roce, v průběhu celého života a v posledních 30 dnech. Dvěma hlavními zdroji pro informace jsou mezinárodní studie HBSC a ESPAD, které se realizují jednou za 4 roky v pravidelných intervalech.

V oblasti návykových látek, které je konzumují děti, jde především o období puberty či adolescence. Dle historie je možné konstatovat, že hranice věku dospívajících dětí konzumujících návykovou látku se poměrně snižuje. Rok 2006 představoval dětskou skupinu s 15 letými uživateli závislími jako vzácnost. Naopak v dnešní době je možné se v praxi potkat s dětmi ve věku 12 let, které lze označit jako závislé. Dle statistických údajů lze v České republice zaznamenat skoro poloviční zastoupení uživatelů návykových látek ve věku 15 – 19 let (Mravčík a kol., 2017).

Dle studie ESPAD z roku 2019 má zkušenost s návykovou látkou u mladistvých objevil 29,3 % respondentů, kdy šlo nejvíce o konopné látky (28,4 %), následně o extázi (3,6 %), poté LSD a jiné halucinogeny (3,5 %), pervitin (1,5 %) kokain (1,6 %), heroin a jiné opiáty (méně než 1 %) a těkavé látky (4,9 %). Zkušenosti studentů s návykovými látkami dle výzkumu klesají, ne však v případě kokainu či extáze, kde naopak je zaznamenán nárůst. Mezi adolescenty se uvádí dlouhodobý nárůst průměrného věku prvního užití návykové látky. Co se týče dospívající populace ve věku 15 – 16 let, je

z nich 11 – 14 tisíc v rizikovém vztahu s konzumací konopí, kdy pro 2 – 4 tisíce představuje vysoké riziko. Při celkovém pohledu na společnost ve věku 15 – 19 let je dle odhadu 27 – 35 tisíc osob, z nich pak 6 – 10 tisíc ve vysokém riziku konzumace konopných drog. V 6 specializovaných zařízeních resortu školství pro pobyt dětí ohrožených drogovou závislostí bylo v roce 2019 148 dětí (Csémy, L. a kol., 2019).

Je zřejmé, že míra užívání návykových látek mezi mladými se neustále mění. Tato oblast rizikového chování je velice nepředvídatelná. Z hlediska zaměření diplomové práce je stěžejní téma práce sociálních pracovníků OSPOD s mladistvými klienty, konzumujícími návykové látky. Aby by bylo možné do problematiky práce s konzumenty návykových látek lépe nahlédnout, bude se následující podkapitola zaměřovat na konkrétní pracovní postupy, jež by měly pracovníkům OSPOD usnadnit práci v případech takovýchto klientů.

### **3.3. Postupy OSPOD při práci s klienty užívajícími návykové látky**

Pokud se orgán sociálně-právní ochrany dětí a mládeže a jeho pracovníci v praxi setkají s rizikovou mládeží konzumující návykové látky, či s dětmi ohroženými konzumací návykových látek, využívají konkrétní pracovní postupy, popsané v další podkapitole. Vzhledem k tomu, že je výzkumná část realizována za pomoci sociálních pracovníků instituce sociálně-právní ochrany dětí a mládeže, bude možné následně zanalyzovat ve výzkumné části i postupy přímo z praxe.

Pracovní postupy lze označit za pomyslný milník v každém vědním oboru. Z pohledu odborníků jde o snahu dosáhnout nejenom konkrétní definice problému, ale zároveň popsat jeho rozsah, výskyt či podobu, kdy je jasně stanoveno, co a jak činit. Jsou kodifikací dobré praxe, stanovují hranice, co je dobré dělat, a co naopak ne. Díky tomu může vzniknout prostor popisující, co se stane, pokud bude pracovní postup špatně zvolen, a jaké důsledky takové rozhodnutí může mít (Miovský a Popov, 2016, s. 272).

Orgán sociálně-právní ochrany dětí si klade za cíl snižovat počet dětí, které jsou umístovány do ústavních zařízení. Jde zejména o podporu rodiny, aby děti vyrůstaly zejména v přirozeném prostředí. Pokud však se nejde vyhnout ústavní výchově, tak se OSPOD zaměřuje na podporu kontaktu dětí s blízkými. Dalším důležitým bodem je snaha, o co nejvíce mimosoudních řešení konfliktu a úsilí zabránit tak využívání instituce,



jako hlavního zdroje pro řešení problému. Sociální práce s rodinou realizovaná na OSPOD spočívá v terénní práci. To znamená, že sociální pracovník vyhledává rodiny nacházející se v nepříznivé životní situaci a následně pracuje na vyřešení takové situaci. Aby OSPOD mohl s rodinou efektivně pracovat, je zapotřebí získat co nejvíce informací o dané rodině. Ty se získávají zejména za pomoci sociálních šetření, jejichž cílem je vidět a postupně poznat prostředí, ve kterém rodina žije. Veškerá další jednání se odehrávají již v kanceláři sociálního pracovníka. Jde o úsilí ke zvýšení sociálních dovedností či schopností klienta, případně k jejich samostatnosti a zprostředkování kontaktu s dalšími nápomocnými institucemi. Role sociálního pracovníka je v takovém případě být průvodcem a ne kontrolorem (Rulíková, 2009).

Pokud dojde k setkání dospívajícího či dítěte s návykovou látkou, velmi často se jedná o exces, který lze vyřešit v rámci rodiny daného dítěte, případně se školou. Není potřeba intervence orgánu jako je OSPOD, jehož náplní je chránit dítě před ohrožením, pokud to není schopen zajistit rodič. Je ale možné kontaktovat sociálního kurátora ze strany rodiny či jiných blízkých osob, obávajících se o dítě a jeho zdravý vývoj. Role kurátora je v těchto případech poradenská, může nabídnout pomoc, podporu nebo zprostředkovat konkrétní služby pracující s těmito případy. OSPOD vede evidenci, v níž by měly být zařazeny pouze ty děti, které po podrobném vyhodnocování byly označeny za konzumenty návykových látek po delší dobu a v intenzitě, která ovlivňuje příznivý vývoj dítěte. V takových situacích se jedná o děti, u kterých se již užívání drog prolíná do sociálního chování, samotného prožívání či do fyzické oblasti a to tak, že ve velké míře ovlivňuje život dítěte. Ne vždy se však jedná již o závislost. Sociální kurátor sleduje a je pro něj klíčovým stav primární sociální situace daného jedince. To, že se u jedince rozvíjí drogová závislost, je znatelné nejenom na samotném chování dítěte, ale také na chování ve vztazích k okolí. Dospívající, u kterého se rozvíjí závislost na návykových látkách, ji postupně vnímá jako životně potřebnou součást své existence a postupně i zvyšuje dávku a frekvenci konzumace. Návyková látka je postupně v popředí života jedince a následně dítě opouští opatření ke skrytí konzumace, aby okolí nic nepoznalo. Návyková látka se najednou stává středobodem jedincova života. Dalšími projevy konzumace návykových látek, jsou prudká změna nálad, izolace a uzavření se do sebe, ignorace dlouhodobých vztahů, a naopak posílení vztahu k návykovým látkám. Pokud je dítě v takové situaci, šance dostat se do kontaktu s OSPOD je vysoká. Nejčastěji se jedná o kontakt na základě oznámení ze strany rodiny, školy, lékaře nebo Policie ČR. Postup

OSPOD v případech mladistvých užívajících návykové látky se opírá o funkce v oblasti prevence, poradenství a zejména koordinaci. Sociální kurátor při práci s mladistvými konzumujícími návykové látky musí brát v potaz jejich věk a klást důraz na princip dobrovolnosti a práci s motivací za využití tzv. měkkých opatření. Existuje mnoho postupů práce pracovníků, kdy je zároveň důležité pohlížet na konkrétní problém multifaktorově. Úkol OSPOD spočívá v pravidelných časových intervalech, při kterých se zjišťuje míra ohrožení dítěte, dále se vyhodnocují situace a následně je vytvářeno vyhodnocení a individuální plán ochrany dítěte, ten je potřeba tvořit společně s dítětem. Při této činnosti je důležité provádět konkrétní kroky a cíle stanovit krátkodobé a pro jedince zvládnutelné. Dalším důležitým bodem je fakt, že sociální kurátor nemá odpovědnost za to, že jedinec přestane brát návykové látky, má ji naopak za proces, ne za výsledek. Při řešení těchto situací musí brát sociální kurátor v potaz také rodinu dítěte, která utváří osobnost jedince. OSPOD a rodina jsou dlouhodobě spolupracujícími institucemi, kdy ze strany OSPODU je poskytována pomoc a podpora na obnovu porušených vztahů s mladistvým. Při kontaktní práci s rodinou je nutné mluvit s klientem jeho jazykem, a nebýt v roli experta. Díky tomu rodina bude rozumět všem informacím, které jsou pro zlepšení situace potřeba. Mohou nastat situace, kdy rodiče či jedinci zodpovědní za výchovu dítěte nejsou motivováni ke spolupráci s OSPOD, ale sociální kurátor vyhodnotí ohrožení dítěte jako vysoké. V takových situacích je nutné zakročit prostřednictvím jiných nástrojů, které stanovují:

- povinnost využít poradenskou pomoc
- výchovná opatření směřem k rodičům či dětem formou správních řízení
- podání návrhu na předběžné opatření dle § 452 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních. Soud v těchto záležitostech rozhoduje nejpozději do 24 hodin od jejich podání
- OSPOD nemá oprávnění podávat návrh na umístění do zdravotnických zařízení, pokud je však dítě ohroženo či ohrožuje okolí, může ho zdravotnické zařízení hospitalizovat i bez jeho souhlasu. S tím musí do 24 hodin obeznámit okresní soud, v jehož obvodu se nachází zdravotnické zařízení. Pokud je dítě hospitalizováno bez souhlasu, musí být s touto informací obeznámen i zákonný zástupce dítěte (OSPOD a návykové látky, 2018).

Mohou ale nastat situace, kdy návykové látky konzumují rodiče. Takové rodiny se pohybují na hraně zákona a rodina je velmi často stigmatizována a trpí špatnými životními

podmínkami. Kvůli zahálčivému způsobu života rodičů je velmi často příjem rodiny eliminován pouze na výrobu či prodej drog, a rodiny jsou závislé na sociálních dávkách. Tyto rodiny jsou ohrožené chudobou a vyrovnávají se velkým počtem dluhů, které se týkají např. nezaplacených nájmu. Veškerý čas rodina věnuje návykovým látkám, důsledkem jsou narušené rodinné vztahy. Takové situace představují fyzické riziko pro děti kvůli přítomnosti drog a vybavení sloužícímu k jejich aplikaci. Dále mohou být děti přítomny při prodeji drog, či jejich shánění, nákupu, a tak být v kontaktu s rizikovými osobami (OSPOD a návykové látky, 2018).

Kvůli analýze teoretických postupů a zmiňované absenci metodiky pro sociální kurátory pracující s mládeží je náročné vyhledat teoretický základ zaměřující se na pracovní postupy OSPOD při práci s mladistvými, konzumujícími návykové látky. Díky tomu je vhodné se zaměřovat na propojení instituce OSPOD se zmíněnou cílovou skupinou. Určitá modernizace postupů a větší vzdělání v oblasti adiktologie, ale také celkové zorientování se v problematice návykových látek by mohlo zvýšit kvalitu poskytování pomoci a zároveň lépe si všimnout jedinců, potýkajících se s tímto problémem.

### **3.4. Metoda síťování**

Síťování je jednou z podstatných metod při práci sociálního pracovníka OSPOD s klientem užívajícím návykové látky. Jeho využití pro pracovníky této instituce je podstatné kvůli širokému spektru klientů, se kterými se v praxi setkávají. Díky takové četnosti není v kompetenci pracovníků znát celou problematiku do hloubky. Za pomoci dalších organizací mohou sociální pracovníci OSPOD komplexněji uchopit klientův problém, a tak zvýšit efektivitu své práce při kontaktní práci s klientem. Podkapitola se zaměří na teoretické ukotvení síťování sociálních služeb a dalších institucí s pracovištěm OSPOD v rámci péče o klienty konzumujícími návykové látky. Tento proces by měl být přirozenou součástí každodenní praxe sociální práce. Zejména z důvodu, že samotné síťování využívá systematický přístup, který pracovníkům umožňuje nahlížet na klienta komplexně v souvislosti všech sociálních a vztahových potřeb.

Pojem síť označuje neformální nebo formální spolupráci osob a organizací. Je to určité spojení vztahů umožňujících nejenom vzájemnou komunikaci, ale i spolupráci. Vybrané subjekty v rámci této metody mohou spolupracovat na základě sdílení svých zdrojů, kontaktů, znalostí a dovedností, díky kterým se mohou dopracovat ke stejným či alespoň

podobným cílům (Radovan, 2007). Do sítě služeb spadají zejména ty organizace, které je možné jednoduše kontaktovat. Každý aktér může konkrétní problém klienta určitým způsobem ovlivňovat a svým způsobem podporovat jeho řešení (Schuringa, 2007).

Každé síťování má určitou charakteristiku a znaky, pokud však chybí, tak síť nemusí být kvalitní, efektivní a dlouhodobě pracující. Jedním z podstatných znaků je propojení a komunikace všech aktérů, tedy organizací, institucí či osob, buď na formální nebo neformální úrovni. Díky tomu dochází k provázanosti laiků a profesionálů. Dalším zdrojem kvalitního síťování je společný cíl. Spočívá v tom, aby všichni zapojení směřovali své úsilí ke společnému cíli. Na základě toho, že jednotlivé subjekty mají odlišné zdroje pomoci, pravomoci, informací, názorů a zkušeností, je po jejich zkoordinování nutné stanovit kroky pro efektivní splnění cíle či dokonce vyřešení celé sociální situace klienta. Síťování přináší nové možnosti. Někteří aktéři mohou přispět k řešení dosud nevyužitými možnostmi a informacemi. Za pomoci sdílení různých kontaktů a zdrojů je otevřena cesta ke vzniku alternativního řešení. Jednou z předních charakteristik síťování je efektivita, neboť pomocí této metody je usnadňován pohyb ve formálních systémech. Při spolupráci široké škály aktérů je důležitý rovnocenný přístup, avšak někteří aktéři mají větší míru vlivu. V takovém případě se jedná zejména o OSPOD. Ten bývá nejčastěji v roli iniciátora, který nějakým způsobem koordinuje úsilí všech zapojených aktérů, přesto se snaží neřídít všechny aktéry dle sebe. Subjekty, které jsou propojeny síťováním, jsou v určitém smyslu na sobě závislé, zejména na základě jejich úsilí ke stanovenému společnému cíli (Gójobová, 2007).

Za využití síťování služeb by se měla v České republice postupně sjednocovat sféra systému sociální péče o ohrožené děti a rodiny. Na základě toho by se měly také sjednocovat postupy jednotlivých subjektů, díky čemuž by se mohly také sjednocovat metodiky práce. Tato metoda usiluje o zachování přirozených vazeb v rodině a snaží se předcházet krajní situaci, jíž je odebrání dítěte z rodiny. V případech, kdy se jedná o ohrožení dětí a jejich rodiny, je iniciátorem zejména OSPOD. Na základě síťování jsou využívány další subjekty pracující s ohroženými dětmi a rodinami. Ty vzájemně spolupracují a vytvářejí určitý systém. Spadají sem školy, policie, státní správa, zdravotnická zařízení, samospráva, pediatři, pedagogicko-psychologická poradna, psychologové, terapeuti, sociální pracovníci, nestátní neziskové organizace a mnoho dalších aktérů, kteří mohou přispět k vyřešení situace (MPSV, 2015, [online]).

V rámci sociální práce je síťování využíváno jako jeden ze základních nástrojů pro podporu lidí. Je důležité brát v potaz, že sítě jsou přirozená součást života každého člověka, tudíž podporují orientaci ve společnosti a efektivní použití zdrojů v blízké oblasti kolem klienta. Tato možnost vede pracovníky k více tradičnímu řešení problémů a přirozeným zdrojům vedoucím k mapování situace klienta, a díky tomu mohou zlepšit jeho životní situaci (MPSV, 2015, [online]). Následující část diplomové práce bude empirická, stěžejním bodem bude realizace výzkumu za pomoci vedených rozhovorů se sociálními pracovníky pracujícími na OSPOD.

## 4. Empirická část

Tato část diplomové práce představí metodologii realizovaného výzkumu. V první řadě bude popsán výzkumný cíl a otázky, následuje stručný popis využití metody, proces získávání a zpracování dat. Budou představeni respondenti, za jejichž pomoci mohl být výzkum uskutečněn.

### 4.1. Výzkumný cíl a otázky práce

V kvalitativním výzkumu má své podstatné místo stanovení výzkumného cíle. Ten má zejména odpovědět na otázku, z jakého důvodu je výzkum realizován (Pelikán, 2007, s. 73). Pro předloženou diplomovou práci byl zvolen jako **hlavní výzkumný cíl** zjistit a analyzovat, zda je potřeba, aby sociální pracovníci OSPOD byli vzděláváni v oboru adiktologie pro situace, kdy pracují s klienty, kteří nadměrně užívají návykové látky. Práce se dále zaměří na pracovní postupy OSPOD v případě klientů se závislostním chováním a v jaké frekvenci se tato instituce s tímto typem klientů setkává.

Na základě výzkumného cíle byla stanovena **hlavní výzkumná otázka**:

*Jaká je potřeba vzdělávání u sociálních pracovníků OSPOD v oblasti adiktologie?*

Na hlavní výzkumnou otázku navazují **dílčí výzkumné otázky**, které jsou vodítkem k naplnění výzkumného cíle. Jsou to:

- 1. Jaký způsob práce využívají sociální pracovníci OSPOD při řešení případů s klienty užívajícími návykové látky?*
- 2. V jaké frekvenci se sociální pracovníci OSPOD setkávají s klienty užívajícími návykové látky?*
- 3. S jakými organizacemi či institucemi sociální pracovníci spolupracují v případech klientů s drogovou anamnézou?*
- 4. Jaké změny ve vzdělávání sociální pracovníci OSPOD vnímají jako potřebné pro efektivnější práci s klienty užívajícími návykové látky?*

### 4.2. Metodologie výzkumu

Pro realizaci výzkumu diplomové práce byl zvolen kvalitativní přístup s ohledem na téma práce, která se zabývá analýzou potřeb sociálních pracovníků OSPOD se zaměřením na adiktologii. Je podstatné zmapovat postupy práce s uživateli návykových látek a pro efektivnější práci s tímto typem klientů je potřeba zvýšit adiktologické

vzdělání u sociálních pracovníků OSPOD. Komunikace se sociálními pracovníky z praxe může pomoci blíže porozumět problematice v oblasti klientů se závislostním jednáním ve spojení s pracovištěm OSPOD.

Zvolením kvalitativního výzkumu bylo hlavním záměrem odhalit a poukázat na to, co a jak lidé chápou, prožívají a jak si utvářejí sociální realitu (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 17). Neopakovatelnost, jedinečnost, dynamika, procesualnost a reflexivita jsou vnímány jako konkrétní znaky kvalitativního výzkumu (Miovský, 2006). Cílem výzkumu je možnost popsat, jak lidé ve společnosti, v konkrétním prostředí a situaci určité jevy chápou, dále co se v jejich prostředí děje, jak jednají a jak například organizují své aktivity a interakce (Žižlavský, 2003).

### **4.3. Metoda zpracování a analýzy dat**

Data získaná pomocí polostrukturovaných rozhovorů byla zpracována pomocí kvalitativní analýzy nazývané kódování. Pro získávání dat byl využit diktafon. Ten dle autora Miovského (2006, s. 197) představuje pro samotného výzkumníka náležitou pomoc a podporu. Jeho hlavní výhodou je zachování autentičnosti. Zejména výzkumník se může zcela věnovat komunikačnímu partnerovi po celou dobu rozhovoru a případně se ho doptávat.

Před samotným kódováním získaného materiálu je potřebná transkripce, která označuje přenos mluveného projevu do písemné podoby. Tato činnost je potřebná pro realizaci výzkumu i přes svou náročnost. Vzhledem k tématu diplomové práce byla při transkripci důležitá obsahově-tématická rovina, kdy mluvený projev byl transformován do opisu. Ten se zaměřuje na zanechání dialektu použitím normální abecedy. Nahrané rozhovory na diktafon byly doslovně přepsány do wordového dokumentu. Následně po transkripci bylo realizováno samotné kódování. Kód v tomto případě označuje symbol sloužící k určenému úseku dat tak, že následně vytváří kategorii (Hendl, 2016). Kódování představuje proces, který vytváří systematicky označené celky dle stanovených kritérií (Miovský, 2006, s. 219). Pro diplomovou práci bylo zvoleno kritérium, že získané informace od komunikačních partnerů musí souviset zejména s klienty, kteří konzumují návykové látky.

Data přepsaná ve wordovém dokumentu byla analyzována využitím metody barvení textu. Ta představuje barevné označování částí, které jsou určitým způsobem

tematicky slučitelné (Miovský, 2006, s. 211). Analýza textu byla prováděna postupným procházením jednotlivých rozhovorů, ve kterých byly označovány ty části, které odpovídaly výzkumným otázkám. Následně byly informace děleny do oblastí, které budou popsány jednotlivě ve výsledcích výzkumu.

#### **4.4. Metody sběru dat**

K získávání dat byla využita technika polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky OSPOD. Zvolená technika umožňuje stanovit schéma rozhovoru, které je pro výzkumníka při dotazování závazné. Takové schéma je děleno do specifických okruhů, které se pokládají účastníkům výzkumu. Data od pracovníků z rozhovorů jsou označena jako primární data, díky kterým se lze dopracovat k vyhotovení výsledků výzkumu (Miovský, 2006, s. 159). Realizované rozhovory jsou rozděleny do 4 oblastí, aby korespondovaly s cílem diplomové práce, tyto oblasti se zaměřují na:

- 1. Pracovní postupy**
- 2. Frekvence práce s klienty užívajícími návykové látky**
- 3. Multidisciplinární spolupráce**
- 4. Potřebné změny ve vzdělání sociálních pracovníků OSPOD**

K rozhovorům byly oslovováni prostřednictvím e-mailu vedoucí orgánů sociálně-právní ochrany dětí a mládeže či konkrétní sociální pracovníci z různých částí České republiky pro větší možnost zmapování služeb pro práci s konzumenty návykových látek. Vzhledem k epidemiologické situaci bylo obtížné nalézt pracovníky ochotné poskytnout rozhovor, proto byli oslovováni potencionální účastníci výzkumu i prostřednictvím sociálních sítí, kde mají sociální pracovníci vytvořené různé podpůrné skupiny. Pracovníci byli v první fázi seznámeni s anonymitou celého rozhovoru, aby jejich výpověď nebylo možné identifikovat. V rámci bezpečnosti byla sociálním pracovníkům nabídnuta možnost realizovat rozhovor prostřednictvím skype či osobně. Druhá fáze bylo upevnění kontaktu s účastníkem výzkumu. Rozhovor začínal méně citlivými otázkami, aby byl respondent postupně připraven na jádro rozhovoru. V této části se rozhovor zaměřil na identifikační údaje účastníků výzkumů, kam spadal věk pracovníka, pracovní pozice a délka práce na orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Třetí fáze byla zaměřena na stanovené otázky. Výzkumu se zúčastnilo 8 komunikačních partnerů a všechny rozhovory se realizovaly v dubnu 2021. Část rozhovorů se uskutečnila osobně na pracovištích OSPOD a druhá část využila možnost skype. Při vytváření baterie otázek



k rozhovoru byl východiskem stanovený výzkumný cíl a výzkumné otázky. Od komunikačních partnerů bylo důležité zjistit, jak pracují s klienty konzumujícími návykové látky, v jaké míře se s tímto typem klientů setkávají, zda využívají nějaké další instituce ke spolupráci a zda je potřeba měnit dosavadní vzdělávání sociálních pracovníků OSPOD. V rámci těchto bodů vzešlo schéma rozhovoru, které bylo tvořeno následujícími otázkami:

### **1. oblast – Pracovní postupy OSPOD**

*Jaký způsob řešení využívají sociální pracovníci OSPOD při případech s klienty užívajícími návykové látky?*

- a) Jaká pozitiva vidíte ve svých pracovních postupech při práci s klienty užívajícími návykové látky?*
- b) Jaká vnímáte naopak negativa v takovémto případě?*
- c) Jaký je nejčastější problém, který se vyskytuje při řešení takovýchto případů?*

### **2. oblast – Frekvence práce s klienty užívajícími návykové látky**

*V jaké míře se sociální pracovníci OSPOD setkávají s klienty užívajícími návykové látky?*

- a) Jak se nejčastěji dozvídáte, že klient užívá návykové látky?*
- b) Zažil/a jste někdy v praxi případ, kdy klient se vám svěřil se svým užíváním nelegálních látek?*
- c) Jak vnímají způsob pomoci klienti užívající NL z vašeho pohledu?*
- d) V čem vidíte problém, že klienti k Vám nejsou zcela otevření?*
- e) S jakými návykovými látkami, které klienti užívají, se nejčastěji setkáváte?*

### **3. oblast – Multidisciplinární spolupráce**

*S jakými organizacemi či institucemi sociální pracovníci spolupracují v případech klientů s drogovou závislostí?*

- a) Máte dostatek subjektů ve vašem okolí, se kterými lze navázat spolupráci při práci s drogově závislými?*
- b) S kým nejčastěji spolupracujete? A proč?*

- c) *Jak vnímáte spolupráci s dalšími subjekty, které mají jako cílovou skupinu osoby užívající návykové látky?*
- d) *Máte možnost využít ve svém okolí spolupráci ve všem s adiktologickou ambulancí?*
- e) *Jakou konkrétní podporu spolupráce či pomoci při řešení případů s klienty užívajícími NL byste uvítali?*

#### **4. oblast – Potřebné změny ve vzdělání sociálních pracovníků OSPOD**

*Jaké změny sociální pracovníci OSPOD vnímají jako potřebné pro efektivnější práci s klienty užívajícími návykové látky?*

- a) *Jaký máte rozsah ve vzdělání v oblasti adiktologie?*
- b) *Jaké nedostatky shledáváte ve vzdělání sociálních pracovníků OSPOD?*
- c) *Je dle vás současné vzdělání dostatečné k práci s klienty užívajícími návykové látky?*

V poslední fázi je již prostor pro závěr a ukončení rozhovoru. Cílem této části je uzavřít rozhovor s komunikačním partnerem důstojně, aby si účastník nepřipadal jako pouhý zdroj informací (Miovský, 2006, s. 169).

### **4.5. Charakteristika komunikačních partnerů**

Realizovaného výzkumu se zúčastnilo deset účastníků 9 žen a jeden muž. Všichni respondenti byli aktuálně pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže. 5 zúčastněných pracovníků na pozici sociálního kurátora a zbytek komunikačních partnerů v roli terénních sociálních pracovníků OSPOD. Věk účastníků se pohyboval rozmezí 30 – 55 let. Ve skupině komunikačních partnerů převažovalo vzdělání potřebné pro výkon profese sociálního pracovníka dle zákona o sociálních službách, kdy jeden pracovník disponoval právním vzděláním. Pro shrnutí údajů o komunikačních partnerech slouží následující tabulka.

Tabulka 1: Sociálně-demografické údaje o respondentech

<b>Označení</b>	<b>Věk</b>	<b>Pozice</b>	<b>Praxe</b>
Respondentka č 1. (R1)	30	Terénní sociální pracovník OSPOD	3 roky
Respondentka č. 2 (R2)	30	Terénní sociální pracovník OSPOD	3 roky
Respondent č. 3 (R3)	55	Terénní sociální pracovník OSPOD	6 let
Respondentka č. 4 (R4)	50	Terénní sociální pracovník OSPOD	10 let
Respondentka č. 5 (R5)	50	Terénní sociální pracovník OSPOD	18 let
Respondentka č. 6 (R6)	59	Sociální kurátor pro děti a mládež	25 let
Respondentka č. 7 (R7)	30	Sociální kurátor pro děti a mládež	2 roky
Respondentka č. 8 (R8)	35	Sociální kurátor pro děti a mládež	12 let
Respondentka č. 9 (R9)	50	Sociální kurátor pro děti a mládež	29 let
Respondentka č. 10 (R10)	30	Sociální kurátor pro děti a mládež	5 let

Při stanovení cíle diplomové práce nebyly specifikovány pracovní pozice potenciálních účastníků realizovaného výzkumu. Z tohoto důvodu se respondenty stali pracovníci z pozice terénního sociálního pracovníka OSPOD a kurátoři. Díky tomu byla získána data, jak se pracuje nejenom s mladistvými, kteří konzumují návykové látky, ale také s rodiči, kteří se potýkají s tímto problémem.

Při realizovaných rozhovorech bylo důležité dodržet etické zásady, kdy byli osloveni pracovníci OSPOD z různých územních celků. Pro začátek byli seznámeni s výzkumem a jeho cílem a následně požádání, zda rozhovor, který budeme vést, může být nahráván na diktafon. V kompetenci účastníka je možnost nahrávání na diktafon odmítnout, pokud to nastane, je možnost využít zapisování během rozhovoru na papír a následně jej písemně přepsat do počítače. Dále byli komunikační partneři seznámeni s možností rozhovor kdykoliv ukončit či přerušit.

Respondenti byli seznámeni a souhlasili s využitím dat pro účely výzkumu. Skutečnosti, které by mohly vést k porušení anonymity, jsou zobecněny a pozměněny tak, aby nebylo možné skutečné osoby identifikovat.

## 5. Výsledky výzkumu

Nyní budou prezentována data, která byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Pro lepší představu struktury rozhovoru je jeden z rozhovorů uveden v přílohách diplomové práce (Příloha 1). Výsledky výzkumu jsou děleny do oblastí, které vycházejí ze stanovených dílčích výzkumných otázek.

### 5.1. Pracovní postupy OSPOD

První oblast rozhovoru se zabývala pracovními postupy pracovníků při práci s klienty konzumujícími návykové látky. Důležité bylo, jaké postupy vnímají jako pozitivní, a které naopak ztěžují jednání s klientem či nejsou zcela efektivní.

Všichni respondenti se shodují, bez ohledu na to, zda pracují s mládeží či rodiči konzumujícími návykové látky, na tvrzení, že v rámci případů spojených s návykovými látkami nemají na svých pracovištích stanovené žádné metodiky či pracovní postupy, které by aktivně využívali v praxi. Tyto materiály mohou sloužit jak podpůrná složka k nabídce různých možností, technik, nástrojů, ale také být nabídkou návazných služeb pro spolupráci. R1 uvádí: „*Pro práci s takovýmto typem klientů nemá náš OSPOD vytvořenou metodiku*“, stejný případ potvrzuje i R7: „*V takových případech žádnou metodiku stanovenou nemáme*“. R8 uvádí využití metodiky, ale při práci pouze s novými klienty, kdy uvádí: „*Pokud přijde nový klient, jakýkoliv, nějak postupujeme – na tohle metodiku stanovenou máme, pokud ale přijde klient, který užívá návykové látky, tak na to metodiku stanovenou nemáme*“. R3 si nebyl jistý, jeho odpověď zněla: „*Nejsem si vědom, že by byl stanovený jednoznačný postup, ale asi existují nějaké metodické pokyny či postupy*“. Někteří respondenti, si ale místo konkrétní metodické příručky vystačí s jinými materiály, jako jsou standardy, které si každý orgán sociálně-právní ochrany vytváří sám, jak zmínila R2: „*Máme standardy, zákony, tudíž se nějakým způsobem řídit lze*“, dále takové využití potvrzuje i R10: „*Každý OSPOD má svoje standardy, a tam jsou upravené různé situace*“.

Respondenti, kteří pracují na pozici terénního sociálního pracovníka, pracují s rodiči konzumujícími návykové látky, se všichni shodovali v zaměření své práce s klienty užívajícími návykové látky. Nejčastěji byla uváděna ochrana dítěte. Takové tvrzení zmínil ve výpovědi R3, který řekl: „*Moje zadání je, že mám dělat všechno pro ochranu dítěte, které je ohroženo dle zákona o sociálně-právní ochraně, a které žije*

v nějaké ohroženém prostředí, což v případě návykových látek prostředí ohrožené vlastně je“ R2 uvádí: „*Samotné drogy nebo nějaká závislost není důvodem pro odebrání dítěte z rodiny, ale samozřejmě se na tom to dítě většinou podílí, pokud to jsou ty problémy dlouhodobé, tak je nakonec vyhodnoceno dle § 6, jako ohrožené dítě. Tím, že rodiče nemají náhled na to svoje rizikové chování spojené s užíváním návykových látek, a pak se s rodinou pracuje.*“. S těmito názory se shoduje i R1, která zmiňuje: „*My musíme vždy vyhodnocovat, jaká situace zrovna je, a v jaké míře návykové látky ohrožují děti, co jsou rodiče schopní udělat a neudělat.*“. Takové situace a zájem o ochranu dítěte mapují za pomoci sociálních šetření v domácnostech klientů, či rozhovorem s rodiči na OSPOD. V těchto případech je cílem sociálních pracovníků ochránit dítě, k tomu jsou však využívány zejména mocenské nástroje, které dovolují pracovníkům OSPOD upravovat umístění dítěte do ústavní výchovy, či využít určitá výchovná opatření.

Pokud sociální pracovník OSPOD pracuje s rodiči konzumujícími návykové látky, má možnost tyto případy řešit za pomoci různých postupů práce. Ty jsou dle výpovědí pracovníků z různých orgánů sociálně-právní ochrany dětí poměrně rozdílné. To může být podmíněno individualitou každého případu, ale také v rámci možností, které je možné na daném pracovišti využít. Ty mohou být dány oblastí, kde se OSPOD nachází, a tím jaká je v okolí nabídka služeb pro spolupráci, ale také určitým způsobem myšlení ve vedení daného orgánu. Tato nejednotnost terénních sociálních pracovníků OSPOD může být zároveň důsledkem absence metodik pro práci s klienty konzumujícími návykové látky. Pracovníci proto nemají k dispozici ucelený systém pomoci a práci realizují v mnoha případech dle své vlastní intuice a zkušeností. Každý z dotazovaných viděl v pracovních postupech jiné pozitivum, tedy postup, který je z jeho pohledu správný a v praxi efektivní. Podle R3 je správný postup: „*Základní bod je, že pokud se rodič nachází v určité závislosti s návykovou látkou, tak musí být toto dítě zařazeno do skupiny ohrožených dětí. Pak samozřejmě v rámci toho, abychom těmto dětem pomohli a abychom je ochránili, jsou krajním řešením náhradní rodinná péče, výchovná opatření či ústavní výchova, kdy tyto kroky jsou ty krajní, když všechno selže. Samozřejmě využíváme pomoc neziskovek, i když jako OSPOD máme nějaké mocenské nástroje, kterým ale osobně nevěřím, a neupřednostňuji je, taky nám to pak přidává práci, jelikož ty kroky jsou jaksi právní a je to složitější všechno.*“. Využití neziskových organizací, které zmiňuje R3, potvrzuje i R4: „*Největší přínos vidím ve spolupráci s odbornou sociální službou, která nabízí profesionální pomoc klientům a současně i jejich rodinným příslušníkům*

s vyřešením jejich problému a s možností zapojení do běžného života. Z tohoto důvodu vnímám v takových případech potřebu síťování, a nastavení velmi dobré spolupráce se sociálními službami, jelikož tímto směrem se dá tomuto typu klientů efektivně pomoci.“. O pozitivním vlivu takového postupu vypovídá i R2 „Ve většině případů odkazujeme na nějaké návazné služby. Dále využíváme nejvíce případové konference, které jsou z mého pohledu velice pozitivním přínosem.“ Dle R5 je pozitivních možností při práci mnoho, jako například: „Motivační rozhovor, základní poradenství, předání kontaktů na odborné subjekty, pokud nedojde ke změně rizikového chování, je možné přistoupit k využití opatření donucovací povahy – napomenutí, dohled, umístění dítěte do pobytového zařízení.“, dále respondentka č. 5 popisuje kladný přístup v práci s klienty, kdy říká: „Vzhledem k našim pracovním postupům vnímám osobně jako největší pozitivní pracovní postup zejména pozitivní a participační přístup k dítěti, nikoliv přístup stavící dítě do role objektu výchovy.“ Z výčtu výpovědí sociálních pracovníků je zjevné, že pracovních postupů pro práci s klienty užívajícími návykové látky, je velké množství a je zcela na nich, jaké strategie zvolí jako ty správné a efektivní, které klientovi budou vyhovovat.

Další část se zabývala otázkami na negativa v rámci popsaných postupů práce. Díky nim se mohou sociální pracovníci určitým způsobem limitovat při práci s klienty užívajícími návykové látky. Největším problémem se objevoval v nedostatku sociálních služeb adiktologického charakteru, na které by mohli pracovníci klienty odkazovat. Odkazování na návazné služby vnímají dotazovaní pracovníci jako součást pracovního postupu. To potvrdila například R4 „Málo odborných pracovišť a velmi špatná dostupnost pro klienty ze vzdálenějších míst. I přestože je náš OSPOD v poměrně velkém krajském městě, tak nabídka odborných pracovišť je opravdu mizerná. Z toho důvodu negativum, jelikož jak jsem zmiňovala před chvílí, tak multioborová spolupráce je velice podstatná při práci s takovými klienty“. Tuto zkušenost podporuje i R1 svým tvrzením, které zní: „My jsme ještě v oblasti, která je hrozně málo sociálně zasíťovaná, co se týká neziskovek a co se týká dostupnosti lékařů, psychiatrů atd., kam jsou třeba rodiče ochotní nám chodit. A to nás strašně svazuje. My jsme tedy hodně omezení a nemáme moc možností pro aktivní spolupráci s dalšími subjekty a organizacemi.“. Tento nedostatek služeb je na základě umístění OSPOD v rámci oblasti, avšak z tvrzení vychází, že i krajské město nemá pestrou nabídku pro spolupráci. Z rozhovorů často vyplývalo, že do vzdálenějších služeb klienti nechtějí dojíždět, tudíž to také velice negativně ovlivňuje pracovní postup. R2 žádnou negativní stránku nevnímá, když tvrdí: „Negativa přímo ne,

*spíš vidím tu prodlevu v práci právě s těmi rodiči. My třeba můžeme dát návrh k soudu na soudní dohled, nebo jiná opatření, ale více méně se dítě v té rodině nechává. A u nás roste taková ta obava, co se může stát s takovým rodičem, že se pak jako vyloženě čeká na to, až to jako, když to řeknu „vybuchne“, aby třeba mohlo dojít k odebrání toho dítěte.“*

V rámci těchto negativních faktorů ovlivňujících pracovní postup s klienty jsme se zaměřili i na problémy při práci s cílovou skupinou, co je dle nich bariéra pro efektivnější práci či plynulejší spolupráci. V této oblasti se shodli všichni dotazovaní pracovníci, tedy jak terénní sociální pracovníci, tak i sociální kurátoři a během rozhovoru tento problém velmi často zmiňovali. Jednalo se o motivaci klientů a jejich zájem spolupracovat s pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Tato neochota je z pohledu pracovníků důsledkem vnímání této instituce společností, a taky velmi často se špatnými vlastními zkušenostmi v rámci spolupráce. Sociální pracovníci pracující s rodiči konzumujícími návykové látky vnímali problém dle R1 takto: *V rámci tohoto typu klientů je velkým problémem motivace a ochota chtít s námi spolupracovat. Aby ten klient měl chuť něco změnit, kolikrát vnímáme, že klienty už ani nevystraší ta naše kompetence, že můžeme něco změnit.“* Podobný názor byl i u následující R2, která tuto situaci hlouběji popisuje: *„Největším problémem je ve většině případů, že klienti nespolupracují, oni naslibují, ale pak se ta závislost na té návykové látce projeví... Většinou začnou spolupracovat, protože je na ně vyvíjen určitý tlak z naší strany a bojí se, že jim budou třeba ty děti odebrány, tak začnou spolupracovat, ale jakmile se ta situace začne trochu a rádo by stabilizuje, tak oni když vidí, že už na ně netlačíme, tak zase začnou polevovat a zase začnou ty problémy objevovat, protože si myslí, že už to je vyřešené, ale my v takové situaci bereme, že ta spolupráce je nějak nastavená a čekáme, co se z toho stane a oni to berou tak, že se mohou vrátit do svých starých zajetých kolejí.“* Tuto zkušenost potvrzuje i R3: *„V mnoha případech, se kterými jsem pracoval, kdy jsem jednal s rodiči konzumujícími návykové látky, a kdy jsem zastupoval jejich děti z pozice kolizního opatrovníka, jsem je prosil, aby s tím něco dělali. V tu chvíli je neprosím jako já v roli pracovníka, ale protože když to řeknu velice cynicky, tak nakonec mně můžete být fakt úplně ukradené já prostě udělám, co udělat musím, já nejsem jejich syn, a pro mě to nějakého dne skončí, ale prosím klienty, aby to udělali pro jejich dítě. A to je prostě obtížné, kdy se snažím těm lidem porozumět a nevstupuji do toho z pozice nějakého odsuzování, té konkrétní závislosti na nějaké návykové látce. Ta motivace je to nejhorší, kdy nakonec tito klienti mají raději tu*



návykovou látku než vlastní děti, kdy to v konečném důsledku tak vyzní. Klienti si to vlastně zdůvodní tak, že ale co, o moje děti je jinde postaráno dobře, já jim občas pošlu balíček, občas si večer zavoláme, u mě mohou strávit občas nějaký čas apod. a spoléhají na péči jiných osob. Proto ta motivace, nějak v těch klientech probudit něco, aby jim začalo blikat to červené světýlko, ale musím vám říct, že se mi to ještě nepodařilo, je to takový trošku marný boj.“. V neposlední řadě se k problému s motivací klientů přidává i R4, kdy přidává neochotu klientů do nějaké služby někam dojíždět: „V případě ambulantní léčby, je nedostupnost a velká vzdálenost pro klienty a jejich rodiny problematická, někdy až nedostupná, a to jak finančně i časově. Avšak tohle je problém, pokud klient chce svou životní situaci řešit. Jedním ze základních problémů je neochota řešit svoji závislost či problémové užívání různých návykových látek. V takových případech je značným problémem určitá motivace klienta, ochota spolupráce, snaha změnit svůj život, aby podmínky byly přívětivější pro výchovu dítěte.“. Jak bylo zmíněno, tak problém v rámci motivace nemají pouze rodiče konzumující návykové látky, ale taktéž dospívající potýkající se s totožným problémem. To potvrzují výpovědi sociálních kurátorů, kdy R8 uvádí: „Určitě motivace klientů a jejich ochota spolupracovat“, takový problém blíže specifikuje R7: „Motivace klientů, chtít s námi spolupracovat a komunikovat. V tomto případě je velkým problémem ten věk klientů, protože je to věk, kdy člověk nechce poslouchat dalšího člověka, že dělá něco špatně, že by měl dělat něco jinak. Je tam ještě náročné získat důvěru, protože přece jenom jsme instituce, máme nějakou „moc“, působíme velice restriktivně, i když jako bychom neměli, tak je to tak, i ten zákon, i to vnímání dalších institucí, jako policie, školy, i ti rodiče k nám chodí, jako něco mu řekněte, něco s ním udělejte, já si s ním nevím rady, vy mu domluvte, vy ho změňte, nebo ho někam zavřete. Takže ono v takové atmosféře, ale i té zodpovědnosti, jako v tom nastavení OSPOD. Pořád jsme restrikce a pořád to dítě přijde na úřad a člověk má povinnost ho obeznámit. A vést ty rozhovory, to je třeba pro mě oříšek vést ty rozhovory dobře, protože kolikrát jsou „dětí“, které vidím poprvé a přede mnou sedí 16letý chlapec. A teď mu já, nějaká ženská vykládám, jak má žít, a co má a nemá dělat, tak to je fakt těžké“. Velmi častým problémem v případech sociálních kurátorů je to, že mladiství si neuvědomují, že konzumace návykové látky je nějaký problém. Některé návykové látky berou jako naprostou součást života a nevidí v jejich konzumaci nic špatného. To vyplývá například z tvrzení R10: „No zejména ta motivace u klientů, a takové to neuvědomování, že marihuana je droga, že alkohol je droga, že vlastně tabák je droga, oni mají pocit, že když se napijí alkoholu, že to je strašně fajn, a když jim pak

člověk vysvětluje, že ten alkohol je jed, který oni do toho vyspívajícího těla dostávají a vlastně umrtvují nějaké buňky, zejména v tom dospívání. Když se jich třeba ptám, jestli vědí, proč je ta hranice od 18 let, tak oni vlastně nevědí a ani jim to nedochází, že je to v rámci nějakého vývinu těla, mozku, aby si právě nezabíjeli ty buňky, atak, takže takový to neuvědomování, to je nejtypičtější“. Zmíněná demotivace mladistvých klientů svou situaci řešit se promítá do návazné práce, kdy R6 takovou skutečnost popisuje: „Dítě si neuvědomí tu potřebu, že by mělo vyhledat pomoc a vhodným způsobem ho namotivovat k tomu, aby využil pomoc, to je pro mě nejdůležitější namotivovat dítě ke spolupráci, aby chtělo svůj problém řešit, protože je fajn, že máme širokou síť služeb na pomoc klientům, ale pokud to není na bázi dobrovolnosti a dojde do další organizace klient nemotivovaný, tak oni s ním nemají důvod pracovat. Takže problém s motivací klientů, protože nerada jsem v pozici využití represivních opatření“. Další problém u dospívajících je neupřímnost směrem k pracovníkům, s tímto má častou zkušenost R9: „Zejména to, že ten klient neřekne pravdu, zbagatelizuje to a nemá vůli, a takové to zakotvení to řešit. To je asi problém, a taky tu partu, která ho táhne, a to mu domlouvají všichni kolem a nabízejí možnosti řešení. Prostě tu neschopnost vydržet, nevytrvalost“. Z výčtu výpovědí vyplývá, že při práci s oběma skupinami klientů je velkým problémem motivace a ochota chtít pracovat na svých problémech a zlepšit svou životní situaci. Klienti nevnímají, že by jejich jednání bylo nějak závadné, a tudíž nemají chuť takový problém řešit.

Při práci s mladistvými, kteří konzumují návykové látky, jsou uplatňované trošku odlišné postupy práce oproti postupům v rámci šetření s konzumujícím rodičem. Během těchto postupů se musí brát v potaz mnoho faktorů. V takové práci vidí kladnou stránku R9 zejména to, že: „Já vlastně jako pozitivum vnímám zejména to, když tuto problematiku chce někdo řešit, to strašně záleží, že si to přizná, že si rodič třeba řekne, že má jeho dítě problém, že ho kryt nebude, že mu nebude dávat peníze, ani ho nevyhodí z domu a prostě to chce řešit. To si myslím, že je začátek toho dobrého, že zejména ten rodič chce pro to něco udělat. Protože bohužel, ta doba se trochu mění a dítě, jak má třeba 15 let, tak rodiče řeknou at' si dělá, co chce, že jim to jedno, že to je jeho život, já to už s ním řešit nebudu. Já mám pocit, že každý úspěch, i když je třeba malý, tak je to opravdu úspěch. Ale zažívám více neúspěchů, nebo ne dobrých konců než toho pozitivního“. R10 vidí pozitivum ve spolupráci, kdy tvrdí: „My se při práci snažíme využít ve prospěch pomoci klienta všechno, co se dá. Akorát u těch návykových látek je problém, tam se pracuje velice na

*základě dobrovolnosti i u těch dětí a mladistvých, a pokud se jedná třeba nějaké léčby, tak je vhodné dostat děti do spolupráce s adiktology, no je to poměrně náročné, protože ty děti to stále nevidí jako problém. Označují to, že si jednou zahulí, to že hulí jednou, dvakrát do týdne, dle nich nejsou závislí a tak. Takže tam je největší náročnost zpracovat to dítě“. Pracovní postup se však liší, pokud sociální kurátor zjistí, že tato zkušenost je pouze jednorázová, kdy je postupováno dle R7 takto: „Pokud je to poprvé a není tam nic jiného, tak v rámci práce je jednorázový výchovný pohovor, kdy si pozveme to dítě, rodiče a situaci probíráme, vždycky už mám v hlavě takovou strukturu, co chci, aby zaznělo, od toho, že dítě seznámím, proč tady je, co je OSPOD, kdo jsem já, jakožto kurátorka pro děti a mládež, co ode mě může čekat, co je náplň mé práce, proč jsem si ho pozvala, pak podle toho jak dítě reaguje, pokud jsou totiž větší děti, tak nejsou moc nadšení, tak to dítě vyzvu, aby mi on něco řekl o sobě, anebo rovnou jdeme k věci s tím, že ho seznámím, jak se k nám ta informace dostala a poprosím ho, aby mě tu situaci nějak obeznámil. Poté se rozhovor odvíjí, kdy se bavíme o tom, jak se daná látka k němu dostala, jak je to často, co mu to přináší, co mu to bere, jaké to má rizika, jestli domýšlel ty důsledky, jak třeba právní důsledky, tak i pro sebe důsledky v případě distribuce“. V rámci konkrétních postupů je stěžejní technikou poradenství a případové konference, které zmiňuje R7: „Pokud narazím na takový problém, tak v první řadě poskytnu rodičům nebo dětem poradenství, kde je zejména odkazují na ty odborná pracoviště, kdy je to například K-centrum, nebo hospitalizace v psychiatrické léčebně, ale konkrétní postupy s klienty konzumujícími návykové látky nějak nemám. Samozřejmě využívám například případové konference, ale ne zrovna této problematice. Spíše odkazujeme na odborná pracoviště, jak jsem zmiňovala“. Případové konference a jejich důležitou součástí vnímá i R6: „Jedním z důležitých metod je případová konference, která je sice složitější na přípravu, ale sejdem se tam všichni a můžeme si vlastně sdělit informace, které bychom se jinak nedozvěděli. Je to například u škol, které přichází na případovou konferenci, tak se mají možnost dozvědět nějaké informace ohledně rodinného prostředí, které bych jim já jinak nemohla sdělit. Oni podepíší mlčenlivost, a to co se řekne na případové konferenci má zůstat mezi námi. Je to jednoduše zabezpečené právě tím, že se tam neuvádí údaje účastníka konference. Z toho celého vychází záznam, díky kterému vzejdou závěry toho, čeho bychom chtěli dosáhnout“.*

V rámci pracovních postupů s dětmi konzumujícími návykové látky objevují určité záporné, které plynulost spolupráce narušují. Jedním z nich je demotivace a ochota chtít

daný problém řešit, jelikož klienti si problém neuvědomují, což potvrdila výpověď R10: „No je to poměrně náročné, protože ty děti to stále nevidí jako problém. Označují to, že si jednou zahulí, to že hulí jednou, dvakrát do týdne, dle nich nejsou závislí a tak. Takže tam je největší náročnost zpracovat to dítě, a ty rodiče se nějakým způsobem dají zpracovat, protože ta tematika návykových látek je strašák pro dospělé, a myslím si, že si to ti rodiče uvědomují více než ty mladiství, nebo nezletilí. Ale to dítě je problém zpracovat, aby si opravdu uvědomilo, že to fakt není v pořádku, a že marihuana je startovní droga, na které se začíná“. Pokud se jedná o mladistvé a jejich konzumaci je v praxi náročné rozlišit, kdy se jedná o pouhý experiment, a kdy naopak o problémové užívání. To vysvětluje R7: „Je velmi těžké odlišit, kdy to je na bázi toho experimentu, a kdy už je to fakt na řešení, jenomže to řešení, co se týče návykových látek, je opravdu obtížné. To je takové negativní. Zase na jednu stranu takové situace zbytečně nelámat, zase na druhou stranu nezlehčovat, tak jako tady tu rovnováhu najít. A někdy je velmi náročné tomu dítěti pomoc. Tak tohle jsou z mého pohledu taková negativa, co zatěžují ty pracovní postupy s tímto typem klientů“. Naopak R8 nevnímá nějakou podstatnou negativní stránku v postupech práce, ale v přístupu mladistvých k tomuto problému, kdy vypovídá: „Nějaké negativa nevnímám, spíš, že už ti naši nezletilý a mladší děti třeba plníci školní docházku v podstatě už marihuanu berou jako takovou běžnou věc, a nevidí jako problém, nevidí v tom nějaké negativní důsledky třeba i ty zdravotní, kdy se to potom navaluje. V poslední době jsem zaregistrovala, že to mladiství tu konzumaci připouští, dřív to bylo takové ne, nic neberu, a teďka se ta doba tak posunula, že oni si to tak přijali, že je to taková běžná věc. Takže se nám opravdu v praxi stává, že když se na to přijde, tak oni to potvrdí, že ano, kolikrát si tu marihuanu v týdně dají, v klidu říknou, nebo pokud se jedná o konzumenta pervitinu, tak taky už to přiznají. Nemají žádnou zábranu to tajit. Takže tady je s dětmi komunikace poměrně otevřená“.

## **5.2. Frekvence práce s klienty užívajícími návykové látky**

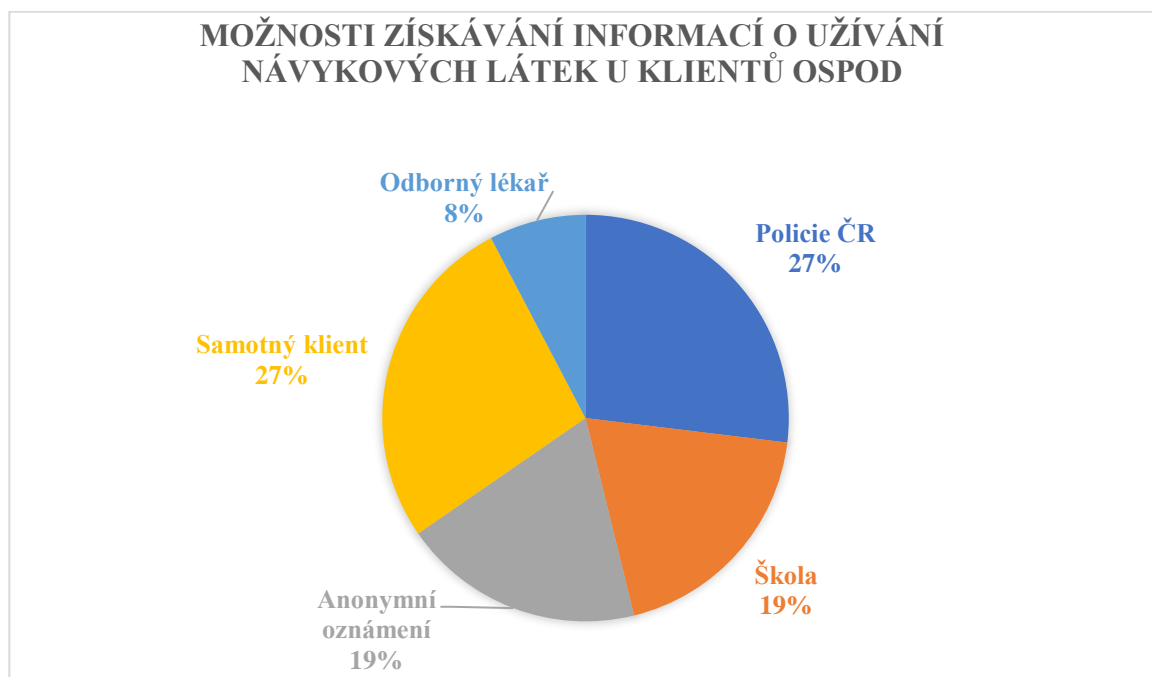
V této oblasti bylo stěžejním tématem zjistit, jak moc často sociální pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí pracují s klienty konzumujícími návykové látky. Pokud se s tímto typem setkávají, tak se rozhovor zaměřoval na fakta, jakým způsobem se zprostředkovávají informace o klientově konzumaci návykových látek k samotným pracovníkům. Dále zda samotní klienti jsou k pracovníkům otevření a nemají problém se svým problémem svěřit, či pracovníka oslovit a požádat ho o pomoc.

S tím úzce souvisela tematika zabývající se otevřeností klientů vůči sociálním pracovníkům OSPOD. Ta se věnovala škále návykových látek, se kterými se u klientů pracovníci nejčastěji setkávají.

Pokud sociální pracovník pracuje s klientem v rámci návykových látek, je mnoho cest, jak se tuto skutečnost může dozvědět. Sociální pracovníci přidružují konzumaci návykových látek ve většině případů ke komplexu problémů, které klienta doprovázejí. Z realizovaných rozhovorů vycházelo, že každý OSPOD se tuto informaci dozvídá zcela odlišně. Širokou škálu možností, jak se takovou skutečnost o klientovi dozvědět, potvrzuje výpověď R3, který při práci s rodiči konzumujícími návykové látky, se setkává s možnostmi takovými: *„Těch cest je opravdu mnoho, jak jsem zmiňoval je možné, že nás na tuto skutečnost upozorní někdo prostřednictvím anonymního udání, kdy my takovou záležitost musíme prošetřit, takové udání většinou přichází od sousedů, či osob, které jsou pro rodinu blízké. Další možnosti jsou formální složky, jakožto policie, škola apod.“*. R1 uvedla: *„Většinou to jsou lidi, kteří pod tím vlivem návykové látky něco spáchají za přítomnosti dítěte, a to znamená, že k tomu je následně přivolána Police ČR, a ti nám to potom oznamují. Policie je schopna otestovat tyto klienty na přítomnost návykové látky v těle, a pak nám sdělit, pod vlivem jaké návykové látky jednají. Nebo nám to oznámí někdo anonymně, ale tam to potom musíme zjišťovat, jestli to opravdu je pravda a vyhodnocovat tu situaci. Dále je možnost se to dozvědět od sousedů, rodiny apod., těch způsobů je v podstatě docela dost, jak se to k nám může dostat. Třeba ještě škola, lékař“*. V rámci skupiny mladistvých konzumujících návykové látky mohou být samotným oznamovatelem rodiče, jako například, kdy dle R6 to v praxi probíhá tak: *„Zpravidla to není tak, že k nám dítě přijde a řekne, že má problém s návykovou látkou. Dozvídáme se to zprostředkovaně například tím, že nám to oznámí policie nebo městská policie, škola, případně přijdou rodiče konkrétního dítěte, ale to, že by přišlo dítě samo na OSPOD, se nestává“*. S oznámením ze strany rodičů se ve větší míře setkává i respondentka č. 8: *„Většinou rodiče. Rodiče mají podezření, pak když si je pozveme a řešíme, to tak oni to připustí. Někdy se může stát, že přijde i oznámení ze školy. Ale ty školy jsou v tomhle velice opatrné, samozřejmě když přistihnou děti kouřit trávu ve škole, tak tu informaci nám předat musí, ale pokud to je mimo půdu školy, tak mám pocit, že oni to neřeší, jelikož se to neděje přímo ve škole. Proto nás, zejména informují ty rodiče“*. Jsou ale případy, kdy se pracovníci dozvědí tuto skutečnost přímo od klienta, tuto možnost uvádí ve své výpovědi R10: *„Ve většině případů oni samotní, my se jich na to ptáme. V drtivé většině*

ten problém, ten prvotní, je jinde. Kdy většinou to je škola, anebo že se dopustí nějaké trestné činnosti, my si je pozveme a my se jich na to ptáme a oni nezatajují. Já nevím, jestli to je třeba z toho, že mají respekt, si řeknou, že jsou na OSPOD, že by asi úplně neměli kecat, ale řeknou to a my se fakt ptáme napřímo a já jim říkám, že chci slyšet pravdu, co mi řeknou, ale ať to řeknou a oni my pak jsou schopný říct, že prostě kouří 20 cigaret denně a jointa si dají dvakrát denně“. R9 uvádí, že v rámci oznámení od školy zjistila, že ne všechny případy, co se týká konzumace návykových látek u mladistvých, musí jít přes OSPOD: „Co se týká škol, tak těch oznámení moc není, jelikož oni samotní to neumí moc uchopit a bojí se to při nějaké zprávě ještě dopsat, aby z toho oni neměli problém, nebo to mají třeba ve fázi domněnky (že něco slyšeli, ale nevědí, neviděli to dítě konkrétně užívat). Ale taky spousta věcí se může řešit mimo nás, kdy rodič třeba začne problém řešit s výchovným pedagogem, psychologem a k nám se to ani nedostane, i tohle jsem zaznamenala, což si myslím, že je také dobré, jelikož úplně do všeho ten OSPOD nemusí být zainteresovaný. Někteří rodiče jsou velice schopní, a nemají problém si tento problém ošetřit samotní a nějak to dítě svépomocí nasměrují“. Následující graf zaznamenává z poskytnutých výpovědí respondentů nejčastější možnosti, jak se pracovníci OSPOD mohou dozvědět skutečnost, že klient konzumuje návykové látky.

Graf 1: Možnosti získávání informací o užívání návykových látek u klientů OSPOD



Z rozhovorů je patrné, že ne všichni pracovníci mají zkušenost s tím, že by k nim byl klient upřímný a zcela otevřený. Takovou domněnku si mohou potvrdit zejména díky

dalším subjektům, které jsou zapojeny do práce s rodinou. Proto jsme se v následující otázce snažili zachytit, zda sociální pracovníci se v praxi setkávají se situacemi, kdy se klient bez nátlaku přizná ke konzumaci návykových látek a oslovuje pracovníka OSPOD jako primární zdroj pomoci. Podle pracovníků k nim klienti nemají takovou důvěru a spíše to vnímají restriktce, které díky jejich kompetencím mohou přijít. Ve většině případů pracovníci zmiňovali spíše, že klient se zmíní nedopatřením, či třeba pod vlivem návykové látky. R8 k této oblasti vypověděla: *„Jakože by mě primárně chtěl říct jen to, že užívá návykovou látku, to asi ne. Ale třeba se zmíní během komunikace, když se s dětmi bavím, nebo když jsou nějaké vodítka k tomu, tak se zeptám a on odpoví“*. S tím koresponduje i výpověď R1, která uvádí: *„Není to úplně standardní. Víím, že se to stalo kolegyni, kdy se tatínek přiznal, ale není to zcela standardní, protože ty lidi ví, že když nám to oznámí, tak my je budeme sledovat a budeme se zaměřovat na různá výchovná opatření, stanovení dohledu atd. A může to skončit při nějaké situaci, že to dítě může být odebráno z rodiny“*. Naopak pak se někteří pracovníci setkali s klienty, kteří s takovým přiznáním neměli problém. Ke ztrátě zábrany dochází díky užívaným látkám, anebo pocitem důvěry, kterou daný pracovník může v klientovi vzbuzovat, R3 řekl: *„To ano, já bych řekl, že u mnoha klientů je to tak markantní, kdy tu látku nadměrně užívají, ale nedokážou si připustit problém. Takže oni říkají, že konzumují, ale nevidí v tom problém té závislosti, která tam bohužel je“*. Takovou zkušenost potvrzuje i R5: *„Většinou je to v rámci toho, že si to vlastně neuvědomí a pod vlivem té látky se svévolně přiznají, aniž by si to uvědomovali. Nastávají, ale i případy, kdy v nás klienti vidí partnera a nechtějí nám tyto informace zatajovat“*. Pracovníci se ve svých výpovědích shodli, že pokud se klient svěřil s takovým problémem, tak je to podmíněno dalšími souvisejícími problémy. Nestává se však, že by tento typ klientů vyhledával pomoc primárně u sociálních pracovníků OSPOD. Pracovníci si myslí, že to je kvůli mocenským nástrojům a zkresleným představám klientů, co smí, či nesmí pracovník udělat. Klienti vnímají pracovníky spíše jako hrozbu, že jim například odeberou děti. Pokud se jedná o případy mladistvých, ti ze svého pohledu nevidí často problém, tudíž nechápou, proč by se s tím měli někomu svěřovat, zejména pracovníkům OSPOD.

Klienti potýkající se s konzumací návykových látek jsou poměrně náročná cílová skupina. Pod vlivem látek mohou jednat a reagovat poměrně odlišně na rozdíl od běžných klientů. Většina klientů si problém konzumace návykových látek nepřipouští. Každý klient nabízenou pomoc ze strany pracovníka vnímá zcela odlišně, pokud se jedná

o rodiče řešící takový problém, dost často směřují k tomu, že pomoc nepotřebují, protože žádný problém nemají, jak uvádí R3: „*Klienti si nepřipouští ten problém. Velmi často tvrdí, že to není pravda, že si to na ně někdo vymyslel*“. Dle R1 klienti vnímají pomoc takto: „*Klienti nejsou moc otevření, protože se jim najednou dostáváte do rodiny, šfoukáte se jim v tom jejich životě, na což nebyli zvyklí*“. Většina klientů v rámci takové spolupráce si problém s konzumací návykových látek nepřizná a snaží se pracovníkovi podávat zkreslené informace; o takových klientech se zmiňuje R2: „*Velmi často se diví, vymlouvají se, že to bylo třeba jednou, nebo se často i přiznají, jak jsem říkala a řeknou, že to bylo výjimečně, ale záleží klient od klienta a často se to střídá. Někdy tvrdí, že nemají problém, ať tam klidně chodíme každý den, že jim to nevadí, že nemají co skrývat, ale pak samozřejmě jsou situace, kdy jsou agresivní, kdy mají pocit, že je neustále otravujeme, furt po nich něco chceme, nevidíme tu jejich snahu*“. Někteří klienti naopak chtějí svoji situaci změnit, ale nemají k tomu dostatek odhodlání, jak uvádí R4: „*Zpočátku jsou odhodláni ke změně, ale časem pod vlivem stávajícího problémového prostředí jejich odhodlání upadá. Jedná se zejména o problémy s dostupností ambulantní služby, finanční problémy, problémy s bydlením, nedostačující podpora rodiny. Takže mnohokrát by chtěli klienti situaci řešit, ale nakonec nemají na celý proces kapacitu*“. V případech sociálních kurátorů se často objevuje, že mladiství mají strach v rámci spolupráce, nebo naopak existuje opačná skupina dětí, kterým je nabídka pomoci lhostejná a k veškerým složkám postrádají autoritu, tak jak R10: „*To je velice individuální, jsou děti, kteří tam jdou s totálním strachem, což nemám ráda, protože jim rodiče řekli, že je zavřeme do ústavu, ale my to dítě do ústavu opravdu jen tak dát nemůžeme. Takže někteří přicházejí s velkým respektem, a pak jsou ti, kterým je všechno jedno od OSPODU, po policii*“.

Zmíněná nedůvěra a zatajování klientů plyne podle pracovníků ze strachu z toho, co může OSPOD v rámci rodiny udělat a změnit. Dle některých pracovníků samotní klienti nevnímají OSPOD jako způsob pomoci, ale spíše jako instituci, jež je chce poškodit, jak uvádí R1: „*Ona spoustu klientů nevnímá, že se jejich životní situace zlepšila prostřednictvím naší instituce*“. Jednání spojené s nedůvěrou je často spojené s tím, že klienti nic řešit nechtějí, dle R3: „*Někteří klienti konzumaci návykových látek zatloukají samozřejmě, asi zejména kvůli tomu, že vědí, že by tento problém museli následně řešit*“. Nejvíce však převládá vnímání OSPOD jakožto restriktivní instituce, která klientům nepomůže a vezme jim jen děti, dle R2: „*Podle mě se snaží lhát, protože se bojí, že jim to dítě bude odebráno, tak raději lžou a myslí si, že se to nedozvíme*“. Dále dle R4:



*„Nebudíme v nich určitou důvěru, kterou by si klienti asi představovali, i když si myslím, že jejich otevřenost by pomohla také k efektivnější spolupráci“.*

Lze předpokládat na základě zkušeností pracovníků, že nejčastějšími návykovými látkami jsou tabák, alkohol, marihuana, extáze a pervitin. Některé z nich nevnímají klienti jako návykové, ale berou je jako běžnou součást svého života. To platí zejména pro konzumaci tabáku a marihuany, například R10 při práci s mladistvými pozoruje, že: *„Cigarety, to naprosto běžně, standartně, to pro ně není vůbec droga, to je pro ně nějaká součást života. Marihuana taky velice častá, taky nemají pocit, že to je vlastně nějak škodlivé a pak pervitin, on je levný a docela snadno dostupný“*. Během posledních let se z pohledu pracovníků stává marihuana velice akceptovatelná u dospívajících a na popularitě nabírá i pervitin, který se stal látkou s níž se velmi často nejenom experimentuje. Tuto změnu potvrzuje R9: *„No už to není jako dříve, že to byla marihuana, ale nyní na základních školách dominuje pervitin, je vidět, že se ta doba prostě posunuje a dostává se ten pervitin i na vesnické školy, kde to bývalo takové upozaděné, jelikož tam bylo méně dětí a všichni jsou z jedné vesnice a znají se a bojí se, tak bohužel už nám to došlo i tam“*. U dospělých klientů je to s návykovými látkami podobné jako u mladistvých, avšak hodně případů doprovází silná konzumace alkoholu, či klienti užívají více látek najednou, což uvádí R3 *Setkávám se zejména, co se týče návykové látky s alkoholem. V průběhu praxe jsem se setkal i s klienty, kteří byli velice závislí na pervitinu, ale ona to je většinou kombinace těch drog například alkoholu a pervitinu“*, a také R4: *„Nejčastějšími návykovými látkami, se kterými se během praxe setkávám, jsou marihuana, pervitin, alkohol. Samozřejmě jsou případy, kdy klient užívá více látek najednou, nebo chvíli jednu pak přestoupí na druhou“*.

### **5.3. Multidisciplinární spolupráce**

V činnosti pracovníků OSPOD hraje velice důležitou roli spolupráce s dalšími institucemi, zejména se sociálními službami. V praxi jsou nejčastěji využívány zejména ty služby, které jsou danému OSPODU v místní působnosti dostupné, kdy některé orgány sociálně-právní ochrany dětí mají poměrně širokou nabídku pomoci, ale některé naopak málo dostupnou. Tento nedostatek odborných služeb pro práci s klienty konzumujícími návykové látky se jevil během rozhovorů, jako značný problém, který negativně ovlivňuje řešení problému. K tomu se přidávalo i nedostačující nastavení spolupráce mezi OSPOD, klientem a službami pracující s problematikou návykových látek.

Bylo třeba zjistit zejména to, zda pracovníci mají dostatek služeb ve svém okolí k navázání spolupráce kvůli klientům konzumujícím návykové látky a jaké služby to jsou. V nejčastějších případech pracovníci využívají dle odpovědí K-centra, terénní programy, terapeutická centra, léčebny, terapeutické komunity, a ze zdravotní oblasti psychiatrie. Tyto služby byly využívány mladistvými i dospělými klienty, spojenými s užíváním návykových látek. R1 uvádí: *„Nejčastěji využíváme terénních služeb, nebo terapeutické centrum, kde je přímo terapeťka. Velmi často ale terénní služby, jelikož oni jsou ochotní přijet za klientem do terénu a případně se s ním setkat někde na neutrálním místě, jednoduše někde venku“*. Během rozhovorů často vyplývalo, že klienti, kteří jsou odkázáni na nějakou službu, často nejsou ochotní někam dojíždět. R5 ve své blízkosti žádnou službu, která se specifikuje na problematiku návykových látek, nemá, ke spolupráci využívá tedy: *„Ze sociálních služeb využíváme sociálně aktivizační služby, kdy často pracujeme se sanací rodiny, čímž vlastně podporujeme rodinný systém, či určitá doprovázení“*. Nedostatek návazných služeb uvádí i R4: *„Jediná dostupná organizace pro naši oblast jsou pouze terénní programy“*. R2 uvádí naopak větší spektrum služeb: *„Nejčastěji je odkazujeme na určité návazné služby ať už třeba Laxus, či nějaké terapeutické, protože většinou se s téma drogami pojí i taková ta agrese, tudíž nějaká práce s agresí, kdy třeba spolupracujeme s Nomií, která má právě problémy s agresí“*. R3 uvádí, že pro lepší spolupráci a znalost návazných služeb je ochotný klienty doprovázet, či jít službu alespoň zmapovat: *„Velmi často je v případech nabízím klientům, velmi často klientům nabízím, že tam s nimi osobně zajdu. Na základě případů spojených a konzumací návykových látek jsem se osobně zúčastnil například anonymních alkoholiků, abych věděl, do čeho své klienty posílám, když jsem absolvoval nějaké školení“*. Pracovníci v praxi nemají na výběr a musí využívat službu, která je k dispozici, pokud by chtěli nějakou vzdálenější, podstupují riziko, že klient nebude mít zájem.

V rámci práce s dětskými klienty, kteří konzumují návykové látky a jsou v péči OSPOD, mají sociální pracovníci problém v odkázání na odbornější pomoc, která by dokázala dětem efektivněji pomoci, v důsledku nedostatku služeb pro tento typ klientů. Podle pracovníků jsou všechny služby orientovány zejména na osoby starší. R7 uvádí: *„Zrovna v poslední době tohle hodně řeším, jelikož jsem strašně hledala nějaké organizace. Zejména kvůli případu holčiny, která experimentovala s extází, kdy tam hrály roli dále látky, jako alkohol, marihuana, takže jsem hodně hledala nějaký zdroj pomoci. Nejlépe multidisciplinární, tedy jak terapeutický, tak i psychiatrický, tak i poradenství“*

v oblasti pro tu rodinu, co se týče návykových látek. Je to docela obtížné, jelikož u nás ve městě máme kontaktní centrum, ale to je prostě kontaktní centrum. Oni tam poskytnou základní poradenství, ale pro ty děti to moc není, to je prostě pro ty dospělé uživatele, kde si mohou jít vyměnit ty stříkačky, mohou si tam udělat nějakou sebeobsahu, ale pro ty děti opravdu ne, nemám klienta, který by tam docházel. Pak máme díky bohu za to pracovníci z terapeutického centra, kteří k nám dojíždí, zejména nyní rozšiřují nabídku a snižují věk klientů, kdy se tedy zejména specializují na nelátkové závislosti hlavně na gambling, ale mají prostor i na ty látkové, takže tam už jsem pár klientů poslala, ale jak u koho to vyjde. Pak máme ještě středisko výchovné péče, ale zejména jen pokud je u dítěte nějaké závadné chování, kdy je k němu něco přidružené, tak to středisko výchovné péče, kdy to je první meta, kam ty děti posíláme. Ale chybí strašně dětská adiktologie, pro to mě i vaše téma zaujalo, protože jsem hledala nějakou ambulanci, něco, kde by to bylo takové komplexnější, vím že je v Praze něco, ale tady u nás na Moravě to chybí, a pak samozřejmě jsou ty závažné případy, kdy to dítě může být hospitalizované někde na psychiatrické léčebně, kdy už je to fakt závažné, a pak samozřejmě vím, že jsou nějaké terapeutické komunity, kdy je to od 16 let, ale nemám zkušenost, že by to někdo z našich klientů absolvoval. Pokud je s tím užíváním je spojená nějaká trestná činnost, tak my ukládáme výchovné opatření ve formě třeba nějakého léčení, ale s tím mám jen jednu zkušenost“. Možnost využít pro odbornou pomoc pouze kontaktní centra má také R9: „K-centrum, jelikož je to jediná možnost“ a R8: „Nejčastěji K-centrum v našem městě, jelikož to je jediná organizace přímo zabývající se touto problematikou, jinak další jen v okolních vzdálenějších městech. Ještě tedy ta dětská psychiatrie“. Dle R6 je důležitá zejména motivace dítě ke spolupráci, jelikož nabídku mají širokou, uvádí: „Využíváme služeb krizového centra, centrum pro rodinu Pardubického kraje, organizaci Lauxus, Bonanza, středisko výchovné péče atd. Ta síť těch organizací, které nám mohou s dítětem pomáhat, je poměrně široká. Záleží na tom, jestli se nám podaří to dítě namotivovat k nějaké spolupráci, jestli si vůbec uvědomí, že by mohl vzniknout nějaký problém, protože v té prvotní fázi to dítě, pokud jenom experimentuje, tak ten zásah z naší strany není v podstatě vůbec možný. Postupně se na to mohou nabalovat další problémy, pokud se dítě blíží k určité závislosti, tak může vzniknout právě ten problém, kdy se dítě začne dopouštět protiprávního jednání“. Problémovou motivaci uvádí i R10, která má služeb dostatek, kdy uvádí: „Velice často Sananim, pak jsem využívala adiktologickou ambulanci, to byla pro děti a dorost, a to byl můj výmysl, jelikož jsem se pokoušela studovat adiktologii a věděla jsem, že to někde je. Ale je to pak dle osobní zkušenosti. Ten

*Sananim umí výborně, tam je znát dlouhodobá praxe. Drop-in taky není špatný a ta Alma, z toho nemám zpětnou vazbu. Ale ono to je strašně složité, jelikož když ty děti se tam pak kolikrát nedostaví, tak oni nevidí tu snahu, a ta spolupráce se ukončuje a nemůžeme je nutit, je to těžké s těma drogami, jak to pojmout, abychom z toho to dítě dostali, protože ono, když nechce, tak mu nemůžeme stát na krku“.*

Pracovníci během rozhovoru rovnou zmiňovali slabá místa, která se buď týkala motivace klientů chtít spolupracovat s dalšími organizacemi, či nedostatku služeb, kdy musí využívat konkrétní jednu službu, protože jiná možnost není. V rámci spolupráce s návaznými službami se nejeví u sociálních pracovníků jako problém komunikace s konkrétními organizacemi. Nejvíce problémové vnímají nastavení systému, kdy se cíl práce s klienty konzumujícími návykové látky z perspektivy OSPOD a sociálních služeb rozchází, to uvádí například R1: *„Jsou velice ochotní s námi, jako OSPODEM spolupracovat. Chodí například na případové konference. Nicméně se tam nepotkává ten cíl toho všeho a zejména ta cílová skupina. Pro ně je klient ten člověk, pro nás (OSPOD) je klient zejména to dítě. A tam se prostě nepotkáváme, tam jsou velice často jiné názhledy, jiné potřeby, které my od nich máme, jinak hodnotíme situace, kdy jim to stačí jako adekvátní a my potřebujeme prostě vědět, že to dítě bude v pořádku“.* Takové tvrzení udával i R3, který uvádí: *„Je důležité si uvědomit, že velice často se rozchází ideje nás jako OSPODU a pomáhajících organizací, ale je zásadní, abychom byli na jedné lodi“.* Toto rozcházení cílů někteří respondenti viděli v nastavení systému v rámci České republiky, jak uvádí R2: *„To není jako jejich chyba, ale chyba systému celkového. Takže si myslím, že to vnímám dobře, to už spíše vnímám problém občas s tím systémem“.* Přitom samotní sociální pracovníci OSPOD si uvědomují, že dobré nastavení spolupráce by mohlo zefektivnit práci s klienty, tak jak řekla R7: *„Takže jakoby jsou to dva rozdílné světy, co se týče nezisku a státní sféry a já je mohu srovnat, protože jsem byla v obou. Je hodně těžké dávat ty dva světy dohromady, já teda osobně po tom moc toužím, protože je to jediná cesta, jak to udělat ten systém efektivní, protože jinak to je takové, že my se v tom plácáme, protože my to řešit musíme, my nemůže si říct, že když nechce pomoci, tak nechceš, já prostě musím do poslední chvíle to zkusit a spolupracovat a hledat ty cesty spolupráce. Takže ta zodpovědnost a tíha jako... ta role je fakt jiná, ale bez těch organizací toho my nezmůžeme, pak právě přichází ta restrikce, kdy my můžeme navrhnout, doporučit a pak už ta zmíněná restrikce. Nic mezi tím“.* Dle R10 je nejpodstatnější komunikace mezi všemi 3 stranami, jak uvádí: *„Komunikace je strašně*

*důležitá s těmi organizacemi, takže my třeba děláme, že když ti klienti tam jdou na schůzku, tak my jdeme taky a opravdu se ta zakázka vyjasní. To je ideální stav, když je dobrá komunikace mezi námi a klientem a tou organizací, abychom my řekli, jakou máme představu, co chce klient, a co může nabídnout ta organizace. Takže když to jde, ale málo se s tím setkávám, že by přímo volali z nějaké organizace a komunikovali“.* Téma spolupráce účastníci výzkumu vnímali velice intenzivně, jelikož většina vnímala slabinu, která může negativně ovlivňovat celý proces při práci s klienty konzumujícími návykové látky.

S ohledem na téma diplomové práce byla jedna otázka zaměřena na využití adiktologických ambulancí v praxi sociálními pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Záměrem bylo zjistit, zda je nastavená určitá spolupráce na poli sociální práce a adiktologie. Z uvedených výpovědí není využití adiktologických ambulancí příliš časté, z mnoha respondentů byla znát určitá neznalost této sféry a strach, co od takové instituce očekávat, a co vůbec nabízí. Převládala tedy nulová zkušenost a nezájem, kdy R2 uvádí: *„To úplně nevím, spíše to jsme se asi o to nikdy nezajímali a s všechno to směřujeme na ten Laxus, který má možnost adiktologické ambulance, nebo případně ještě využíváme psychiatry“.* R1 uvádí vzdálenost adiktologické ambulance, kam by z jejího pohledu klienti nebyli ochotni jezdit: *„Možnost by asi byla v rámci Brna, ale já za dobu působení na OSPOD jsem se s tím nesetkala, že bychom tuto pomoc v rámci OSPODu využili a v podstatě ani nevím, zda by nám tam ti klienti vůbec jeli“.* Zbytek respondentů se shodoval, že o takové možnosti vědí, ale nějak se o ni blíže nezajímali. S adiktologickou ambulancí měla zkušenost alespoň R10, která uvedla: *„Ano, pár klientů jsem tam poslala, jeden nakonec skončil v ústavu a teďka si konkrétně nevzpomínám, jako ta spolupráce není tak častá, z nějakých důvodů“*

Poslední část této oblasti se zaměřila na potřebu dalších služeb sociálních pracovníků OSPOD v rámci klientů konzumujících návykové látky. Názory respondentů byly odlišné vzhledem k cílovým skupinám starších a mladších konzumentů. Dle R2 záleží hodně na motivaci klientů, kdy vypověděla: *„Je to hodně o těch klientech, pokud to chtějí využít, tak je to dostatečná podpora, ale pokud ne, tak je nedonutíme, zejména, když jsou ty opatření, která se jim nelíbí“.* Zejména byla viditelná tato potřeba při práci s dospívajícími klienty konzumujícími návykové látky, dle R5: *„Zejména pomoc pro dospívající konzumující návykové látky, jelikož z mého pohledu je takových služeb velký nedostatek, a pomoc pro takové klienty musíme zprostředkovávat přes pultku republiky.“*

*Tudíž v souhrnu je potřeba zejména rozšíření kapacity pobytových zařízení léčeben pro „závislé děti“. Informace o léčebnách se v předchozích výpovědích vůbec nezmiňovala. Takovou potřebu vidí i R8: „Určitě ten dětský psychiatr, nebo něco ve smyslu takové odborné pomoci. Já si osobně nemyslím, že právě ta hospitalizace mladistvých v léčebně je řešení, ale nějaké takové ty komunity apod. to pro děti ještě není.“. Další potřebu pro mladistvé klienty uvádí také R6, která uvádí také příklad z praxe, kde je viditelná pomoc: „V současné době velice postrádáme odbornou pomoc, z toho lékařského hlediska jako je například pedopsychiatr. Ten tu například byl, ale velice jsme jeho služby využívali ke konzultaci různých případů. Tohle tady chybí, jelikož v případě, že byl proveden záchyt u mladistvé zfetované osoby, tak nastal problém, jelikož mu nebyla možnost nějakým způsobem zprostředkovat odbornou pomoc. Je to ale potřeba také v odborné konzultaci směrem k nám. Například v některých případech jsme museli využít detoxu pro dorost v Praze na klinice u sv Karla Boromejského, kdy nyní je tento detox poskytován VFN. Je to strašně složité, pokud dítě potřebuje léčbu, nebo takto odbornou pomoc“. Potřebné služby v rámci rodičů konzumujících návykové látky vidí R3: „Myslím se, že chybí nějakým způsobem péče o tyto klienty, taková, která jim umožní na sobě pracovat s tímto problémem, ale nebude potřeba okamžitě jim odebrat dítě, tudíž nějaký odborník pro práci s osobou konzumující návykové látky. A poté nedostatek dětských psychiatrů, nebo někoho, kdo se specializuje na konzumaci návykových látek u mladistvých. Mě spíš trápí ty klienty do různých služeb dostat, aby to vedlo k nějakému posunu“. R4 vidí nedostatek takto: „Pro osoby užívající návykové látky by mělo být zřízeno více dostupných pracovišť k ambulantní léčbě, alespoň v každém okresním městě. Také při řešení léčby v pobytové formě opět více možností do léčby nastoupit alespoň do týdne. Pobytová zařízení jsou přeplněná, tudíž i tady by byla potřeba zvyšovat kapacitu“. Z výše uvedených odpovědí vyvstává potřeba podpory vzniku služeb, které budou pracovat s mladistvými klienty konzumujícími, či experimentujícími s návykovými látkami, jelikož to by sociální kurátoři velice ocenili. Demotivace, která u mladistvých nyní přetrvává v navštěvování ambulantních služeb formou K-center, plyne zejména z kontaktů se staršími klienty, se kterými by se tam setkávali. Pokud by však adolescenti měli službu přímo na jejich věk zaměřenou, měli by větší motivaci poskytovanou pomoc využít.*

#### **5.4. Potřebné změny ve vzdělání pracovníků OSPOD**

Vzhledem k cíli diplomové práce, kterým je zjistit, zda je potřeba, aby pracovníci OSPOD byli pro práci s klienty konzumujícími návykové látky více vzdělávání v oblasti

adiktologie, se poslední oblast rozhovoru zaměřovala na vzdělávání sociálních pracovníků OSPOD v tomto oboru pro případy klientů potýkajících se s problematikou návykových látek.

První část mapovala, jak jsou pracovníci vzdělávání zejména ve vztahu k oboru adiktologie, zda jim jsou nabízena nějaká školení a jiné možnosti, díky kterým by mohli zvýšit svou informovanost o této oblasti. Většina respondentů uváděla povinné vzdělávání v rámci OSPOD, které je stanovené MPSV s určitou časovou dotací, kdy zvolené téma spočívá zcela na výběru samotného pracovníka. Pracovníci uváděli, že v praxi jim do výběru témat není nějak zasahováno, jako uvedla například R2: *„Co se týká vzdělání pro práci s tímto typem klientů, tak jsou k dispozici nějaké kurzy, kdy si můžeme také vybrat, pokud by nás to zajímalo, abychom měli nějaké svoje individuální školení, pokud by se to téma objevovalo často a pracovali bychom s tímto typem klientů nějak nadměrně, tak určitě ta možnost je, v tom je náš magistrát svolný a chce, abychom byli jako pracovníci vzdělání v těch tématech, takže to je pak na každém z nás, jak si to nastavíme. Ale školení přímo zaměřená na adiktologii jsem nezaregistrovala“*. R1 vidí v tomto školení ale i určité mínusy: *„Máme možnost se vzdělávat, zejména kvůli povinnosti splnění určitých hodin v rámci školení. Teda jestli někoho tato oblast zajímá, nebo třeba s touto rodinou zrovna pracuje, tak toto vzdělání může zaměřit na tuto oblast. Ale jedná se většinou o jednodenní kurzy, které vás vezmou jaksi jenom na povrch, hlavně toho říct hodně, ale nedostat se moc hluboko. Ale si myslím že je strašný problém a nedozvíte se nic pořádně. Během některých rozhovorů pracovníci uvedli, že takové vzdělání měli pouze při studiích, jako například R4: *„Základní ze studia sociální práce, občasných školení na téma sociální práce s osobami užívajícími návykové látky“*. R10 uváděla zkušenost přímo se studiem adiktologie, kdy ale nyní v rámci školení má vždy možnost si zvolit takovou tematiku: *„To vzdělání je na nás, já si třeba adiktologii chtěla vystudovat, takže jsem to zkoušela a za ten rok studia jsem něco pochytila. Ale my máme povinných 6 školení za rok, kdy já si ty adiktologická vybírám, protože mě přijdou zajímavá. Je to na nás, jsme limitovaní pouze financemi“*. Za možnost výběru jsou pracovníci dle rozhovorů vděční, kdy sociální kurátoři si vybírají adiktologickou tematiku, jelikož cítí potřebu se v této oblasti neustále vzdělávat, zejména díky měnícím se trendům u mladých konzumentů. Pracovníci během rozhovoru popisovali školení, jako jednodenní probírání tématu, které je formou přednášky. Taková školení si vybírají*

zejména dle tématu, která je nějakým způsobem baví, s čím se často setkávají v praxi apod. O jiných formách vzdělávání se pracovníci nemluvili.

Pracovníci byli dotazováni na nedostatky v takto nastaveném vzdělání pro práci s klienty konzumujícími návykové látky. Respondenti se často shodovali v tvrzeních, že problém není tak úplně ve vzdělávání, ale v nedostatku návazných služeb, na které se zaměřovala předchozí část rozhovoru, nebo v samotné motivaci klientů chtít svou situaci řešit. Kdyby pracovníci uměli vést motivační rozhovory s touto cílovou skupinou, lépe by se jim navazoval kontakt s takovými klienty. Pokud se jednalo o konkrétní nedostatky v samotném povinném vzdělávání pracovníků OSPOD, často respondenti zmiňovali jen obecný náhled školení, kdy přednášky nejdou do hloubky, jsou prezentovány jen povrchové, tudíž získané informace, které v praxi nevyužijí, tak jak uvádí například R1: *„Já v tom vidím největší problém, že všechno je úvod do..., stále se dozvídáme základy, a v tom vidím největší problém, že to není jaksi navazující na sebe, ale neustále omývání základů z různých oblastí. Následně je náročné toto v praxi použít, když to nemáme pořádně ukotvené, takže my je možná víme, ale využít je v praxi je těžké“*. Pro některé pracovníky je vzdělání dostatečné, jelikož je podstatné, aby klienta dokázal odkázat na další odbornou pomoc, jak uvádí R4: *„Žádné, domnívám se, že pracovníci OSPOD by měli být schopni klientovi doporučit odbornou pomoc a společně spolupracovat na řešení problému“*, stejný názor uvedla R5: *„Podle mého osobního názoru nejde o nedostatky ve vzdělání, jde hlavně o kontakty, možnost klientům nabídnout skutečně odbornou pomoc“*. R3 v rámci takové otázky uvádí: *„Po této stránce si myslím, že máme nabídky poměrně široké, jednak díky povinnému vzdělávání, a já osobně v rámci těchto závislostí jsem se zúčastnil různých odborných přednášek, abych se dozvěděl více o této problematice, sice z nás díky tomu nebudou adiktologové, ale člověk získá nějaký rozhled, protože nakonec já stále nebudu tím odborníkem, který to bude řešit, budu tím zprostředkovatelem, ale je nutné vědět, na co je navázat, jaké služby jsou k dispozici, ale myslím si, že v tom problém není“*. Dle R10 ale záleží taky na organizaci, která školení vede, kdy udává: *„Ale záleží školení od školení, jsou organizace, kam si to jde člověk odsedět, protože to je hrozné, třeba to záleží i na lektorovi, jak to pojme, a ne vždy je všechno kvalitní“*. Zásadním zjištěním bylo, že mnoho pracovníků školení vnímá jako nějakou povinnost, kterou se snaží odbýt a nevyužívá ji jako potenciál pro případné zkvalitnění práce s klienty nejenom konzumujícími návykové látky.



Na závěr měli sociální pracovníci sdělit, zda vnímají současné vzdělání jako dostačující pro práci s klienty konzumujícími návykové látky. R3,4,6 vnímali kompetence jako dostatečné, kdy v rozhovorech uvedli: *„Na našem pracovišti ano, spíše je celkově náročná práce s takovýmto typem klientů, jelikož jsou velice nemotivovaní, a spolupráce je velice zdlouhavá, a velmi často frustrující“*; *„Z mého pohledu je vzdělání nastaveno na dostačující úrovni, větší potřebu vidím v nedostatku služeb“*; *„Z mého pohledu je to poměrně dostačující, záleží velice na určité spolupráci s dalšími odborníky“*. Někteří pracovníci naopak problém při práci neviděli ve svém vzdělávání, ale zejména ve spolupráci s jinými organizacemi, či v nedostatku služeb, na které by mohli své klienty odkazovat, jak značí výpověď R8: *„Dle mě ano, akorát cítím stále prázdné místo v těch pobytových zařízeních, protože si myslím, že by mělo být více služeb věnujících se problematice návykových látek u dětí“*. Dalším problémem, který někteří pracovníci vnímali, byla přílišná obecnost povinného vzdělávání, jak uvádí například R1: *„Asi se budu opakovat, že opět jedná se o povrchové informace, ta hloubka je ale potřeba zejména z mého pohledu v rámci toho neziskového sektoru, protože my jako OSPOD fungujeme, jako koordinátor snažíme se propojit ty lidi, aby fungovali společně. Myslím si, že je důležitý znát nějaké informace k tomu, abychom dokázali pochopit ty osudy těch lidí. Jelikož konzumace NL je většinou následek nějakých situací. Ty informace je potřeba zejména, abychom zůstali v takovýchto situacích lidští i vůči nim, ale ne proto, abychom s klienty odborně pracovali. Zejména kvůli tomu, že nejsme schopní pojmut tu odbornou širokou znalost. Jsme tu od toho, že jim můžeme říct můžete jít tam a tam, a když tam nepůjdete, stane se tohle“*. Kurátoři vzdělávání vnímali trochu odlišně než naopak terénní sociální pracovníci, jako uvádí například R7: *„Jako my kurátoři bychom se v tom vzdělávat měli, protože se to opravdu neustále děje a je to téma, které řešíme, ale nikdy jsem tohle nevnímala a nezamýšlela jsem se nad tím. Možná nyní, tahle problematika mnohem více zvyšuje, že je celkem potřeba více seznámit nás sociální kurátory s tou dětskou adiktologií, která tu není příliš známá. Takže asi ano, je potřeba nějaká změna ve vzdělávání, zejména zaměřit na tu praxi, ale i teorii, protože když přijde dítě a řekne užívám toto, tak já sednu k internetu a hledám, co to má za účinky apod., a dělám vlastně to, co si ten rodič může udělat sám, jako je to smutné, ale je to tak, protože já jsem to v životě nebrala, ale dokud tam nemáte to dítě, které má takový problém, tak vás to tak nepálí“*, a R10: *„Asi ano, i když nějaké změny by přišly vhod, třeba když by ta školení byla nějak nastavená a upravené a hlavně strukturovaná, to by nebylo na škodu. Jako velkým problémem s tímto typem klientů je ta mezioborová spolupráce, ale tady je*

*problém i čas, a zároveň by asi ty organizace by nebyly rády, kdyby jim do toho furt cpal nos OSPOD. Ale ta mezioborová spolupráce by byla určitě fajn, protože když to jde, tak je to super, a kdyby to bylo takto nastavené, tak to může být efektivnější“.*

## 6. Diskuse

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a analyzovat, zda je potřeba, aby sociální pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí byli vzdělávání v oboru adiktologie pro situace, kdy pracují s klienty, kteří nadměrně užívají návykové látky. Práce se dále zaměřila na pracovní postupy orgánu sociálně-právní ochrany dětí v případě klientů spojených s drogovou problematikou a na to v jaké intenzitě se tato instituce s tímto typem klientů setkává. Z tohoto cíle byly stanoveny čtyři dílčí výzkumné otázky. Tato část diplomové práce má za cíl porovnat získaná data s odbornými zdroji využitými v teoretické části.

První dílčí výzkumná otázka zněla: *Jaký způsob práce využívají sociální pracovníci OSPOD při řešení případů s klienty užívajícími návykové látky?*

Během práce s klienty konzumujícími návykové látky sociální pracovníci OSPOD v praxi nevyužívají žádné odborné metodiky, ze kterých by mohli čerpat určitou inspiraci pro praxi, nebo ji využívat alespoň jako nástroj pomoci v případech, kdy nevědí, jak dále postupovat. Respondenti se shodli, že žádnou takovou metodiku stanovenou nemají, nebo že o žádné nevědí. Zároveň takové možnosti nevěnovali přílišnou pozornost a nepřisuzovali takovému zdroji pomoci nějaké využití pro praxi. Avšak někteří účastníci výzkumu uvedli, že využívají zákon či standardy kvality stanovené pro své pracoviště, ze kterých mohou čerpat i při práci s klienty konzumujícími návykové látky. Dle Krutilové (2008, s. 30) se mají všichni pracovníci OSPOD řídit zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, dle kterého jsou tvořeny standardy. Ty si vytváří každé konkrétní pracoviště svépomocí. Lze je využít jako vodítko pro poskytnutí služeb, nástroj pro práci s klienty, zdroj informací, díky kterému mohou pracovníci klientům zaručit respekt vzhledem k jejich lidským právům a důstojnosti. Z odborné literatury vychází, že sociální pracovníci mohou v praxi využít metodiku, kterou vydalo MPSV (2009). Tato metodika zaručuje podporu důvěry mezi pracovníky a rodinami, aby byl vnímán odborný pracovník jako pomocník. Metodika zároveň učí pracovníka znát potřeby a problémy klientů, nabízí různé formy práce s rodinou. Dává prostor rodině, aby si sama definovala problém za přítomnosti pracovníka, podporuje rodinu k řešení náročných situací za pomoci vlastních sil. Tato metodika obsahuje také soubor zásad pomoci pro ohrožené rodiny, kde je zahrnutá nabídka subjektů jako možnost pomoci klientovi, který je například nemotivovaný. Z realizovaných rozhovorů vyšlo, že o zmíněné metodice

vydané v rámci MPSV (2009) pracovníci nevědí, jelikož její využití žádný z nich neuvedl.

Cílem pracovníků při práci s klienty konzumujícími návykové látky je z výpovědí respondentů ochrana dítěte. Toto tvrzení v rámci rozhovorů se shoduje také s ucelenou soustavou sociálně-právní ochrany dětí, jejímž hlavním posláním je pomoc rodině, konkrétně dětem, poněvadž se nemohou bránit vlastními silami. Tato pomoc spočívá v podpoře zachování blaha dítěte, vhodného prostředí pro vývoj a podpoře jeho zájmů. Ochrana je nejvíce realizována v případech během mimořádných a aktuálních situací (Tomeš, 2009, s. 197). V praxi se dost často stává, že klient konzumující návykovou látku upřednostňuje toto užívání před samotným dítětem, jak uvedl na příklad R3 ve své výpovědi: „*klienti mají raději tu návykovou látku než vlastní děti*“. Pokud nastane případ, kdy rodiče nejsou schopní z určitých subjektivních nebo objektivních důvodů zajišťovat ochranu svého dítěte, je v rukou společnosti, tedy v takovýchto situacích konkrétně státu, aby o dítě začal pečovat (Hrušáková a Králičková, 1998, s. 284).

Během pracovních setkání s rodiči, kteří konzumují návykové látky, pracovníci vnímají jako zásadní zdroj pomoci možnost odkázat klienta na sociální nebo adiktologickou službu, která se dané problematice věnuje a nabízí komplexní odbornou pomoc. Pozitivní vliv takového postupu uvedla R4: „*Největší přínos vidím ve spolupráci s odbornou sociální službou, která nabízí profesionální pomoc klientům a současně i jejich rodinným příslušníkům s vyřešením jejich problému a s možností zapojení do běžného života. Z tohoto důvodu vnímám v takových případech potřebu síťování, a nastavení velmi dobré spolupráce se sociálními službami, jelikož tímto směrem se dá tomuto typu klientů efektivně pomoci.*“. Zmíněné síťování je podstatná součást výkonu práce OSPOD i dle autorky Gójoyové (2007), která ve své publikaci uvedla, že OSPOD je nejčastěji v roli iniciátora snažícího se organizovat všechny aktéry tak, aby směřovali úsilí ke společnému cíli. Za aplikace této metody lze využít nejenom neziskové organizace, ale také školu, policii, terapeutu, psychology apod. Díky dalším subjektům je možnost sjednocovat pracovní postupy a metodiky práce. Důležitým cílem takové práce je snaha zachovat přirozené vazby v rodině, a co nejvíce zabránit odebrání dítěte z rodiny (MPSV, 2015). Z realizovaných rozhovorů vyplynulo, že samotní sociální pracovníci nevidí odebrání dítěte z rodiny jako vhodnou pomoc a sami to velice neradi realizují, viz výpověď R3: *Máme nějaké mocenské nástroje, kterým ale osobně, nevěřím, a neupřednostňuji je*“. Tato nedůvěra je podpořena zkušenostmi z praxe, kdy rodiče

konzumující návykové látky jsou nakonec se umístěním dětí do ústavní výchovy smíření a žijí v domnění, že je o ně dobře postaráno. Jako například vypověděl respondent R3: „*Klienti si to vlastně zdůvodní tak, že ale co, o moje děti je jinde postaráno dobře, já jim občas pošlu balíček, občas si večer zavoláme, u mě mohou strávit občas nějaký čas apod. a spoléhají na péči jiných osob*“. Naopak dospívající konzumenti návykových látek, kteří jsou na základě takového problému umístěni do ústavní výchovy, se rozhodnou v mnoha případech utéct, tudíž se situace rapidně zhorší a nejsou již ani pod dozorem OSPOD. Nebo se v ústavu s jejich problémem konzumace návykových látek nepracuje a důsledkem je zhoršení situace. Takový příklad uvedla například R6: „*Když se začal blížit termín nástupu, tak nám zmizela z dohledu. Následně tomu se začala pohybovat s osobami, které distribuovaly návykové látky*“, dále R8: „*Ne nařizovat ústavní výchovu, protože to nic neřeší, dokonce to právě může prohlubovat. To, že se dítě dá jenom do nějakého zařízení, které není specializované na tuto problematiku, v podstatě nic nevyřeší. Jelikož jsem měla klientku, kdy rodiče odmítali ambulantní léčbu, trvali na ústavní péči, holka je nyní na útěku a konzumuje dál*“. Řešit takové situace by mohla dětská a dorostová adiktologie. Tento obor je multidisciplinární a využívá ke své práci množství relevantních oborů, jako je dětská klinická psychologie, dětská psychiatrie, sociální práce, pedagogika apod. Díky takovému propojení by se dospívajícím mohla poskytnou komplexnější pomoc (Dětská a dorostová adiktologie, O nás [online]).

Největší problémem popisovaným pracovníky, je motivace klientů, jelikož nejsou ochotní spolupracovat, případně svou situaci nevnímají jako negativní. Pracovníci často uvádějí, že pokud klienta směřují na další odbornou službu, velice často takovou možnost nevyužije zejména kvůli své ztrátě motivace, nebo neodpovídající nabídce pomoci v místní blízkosti. Pokud sociální pracovník je v přímé interakci s klienty konzumujícími návykové látky, je jimi buď přijat, nebo odmítnut. Pro přijetí pracovníka klientem je podstatný první kontakt, kde pracovník musí zmapovat klientovu motivaci a možnosti pomoci (Kalina, 2008, s. 111). Při řešení situací je nutné, aby pracovník bral v potaz nejenom konzumujícího klienta, ale také jeho rodinu, která utváří osobnost jedince. Pracovník nesmí být v interakci s klientem v roli hodnotícího experta a měl by s klientem komunikovat jeho jazykem. Na základě toho bude klient rozumět informacím, které pracovník využije pro zlepšení dané situace (OSPOD a návykové látky, 2018).

Díky rozhovorům s pracovníky sociálně-právní ochrany spočívá problém v motivaci klientů, aby chtěli spolupracovat s pracovníky na řešení své situace. Pracovníci si

uvědomují, že bez motivace klientů se nezlepší rodinná situace, a musí se nakonec sáhnout k represivnímu opatření. Jako východiska vnímají spolupráci s neziskovými organizacemi adiktologického charakteru, kterých ale není všude dostatek, či neodpovídají požadované cílové skupině, například dětem. Další problém, který vyplynul z rozhovorů, je mezioborová spolupráce, které se bude věnovat třetí oblast prezentovaných výsledků.

Následující dílčí otázka byla: ***V jaké frekvenci se sociální pracovníci OSPOD setkávají s klienty užívajícími návykové látky?***

K pracovníkům OSPOD se informace o konzumaci návykových látek mohou dostat různými způsoby. Respondenti uváděli různé formální a neformální složky jako zdroj, kdy v některých případech o této skutečnosti informují i samotní klienti. Pokud se dítě či rodič konzumující návykovou látku dostane do kontaktu s OSPOD, je to na základě oznámení ze strany rodiny, školy, lékaře nebo policie. Další možností je, že pracovníci na takové případy přijdou vlastními silami, jelikož během práce se snaží získávat informace o rodině, a to prostřednictvím sociálních šetření, kdy se seznamují s prostředím, v jakém rodina žije (OSPOD a návykové látky, 2018). Ze samotného zákona o sociálně-právní ochraně dětí vyplývá, že na závadné chování dítěte, neplnění rodičovských povinností a zneužívání rodičovských povinností plynoucích z rodičovské zodpovědnosti, může upozornit jakákoliv osoba. Oznamovací povinnost v takovýchto případech spadá také na školy a školská zařízení, státní orgány, zdravotnické zařízení či jiné pověřené osoby (MPSV, 2013 [online]).

Tato oznámení lze podat anonymně, bez udání údajů. Takový způsob se v praxi velmi často vyskytuje. Díky možnosti takovýchto oznámení a povinnosti pracovníků OSPOD tyto skutečnosti prošetřit se může předejít prohlubování závislosti na návykových látkách u některých jedinců. Z výpovědí bylo zřejmé, že pracovníci takovýchto informací během své práce dostávají dostatek, tudíž klienti konzumující návykové látky nejsou pro pracovníky OSPOD nic neobvyklého, to potvrdila i například R4: „*Míra takových klientů je opravdu vysoká a práce s těmito klienty není nic neobvyklého*“. Zejména na děti, které vedou zahálčivý nebo nemravný život, spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí, žijí se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak

byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky, nebo jinak ohrožují občanské soužití se orientuje § 6 zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí).

Na základě takových informací jsou klienti konzumující návykové látky stěžejní cílovou skupinou pro pracovníky OSPOD. Problém však ve vztahu OSPOD a takových klientů spočívá v nedůvěře. Klienti vnímají tuto instituci jako státní orgán, jehož cílem je odebrat dítě nebo problémové dítě umístit někam do ústavu. Takové domněnky potvrzují také výpovědi samotných respondentů, kdy R1 uvádí: „*Klienti ví, že když nám to oznámí, tak my je budeme sledovat a budeme se zaměřovat na různá výchovná opatření, stanovení dohledu atd. A může to skončit při nějaké situaci, že to dítě může být odebráno z rodiny*“. Tyto domněnky mohou narušovat plynulost spolupráce.

Během práce s klienty užívajícími návykové látky se pracovníci setkají s různými druhy takových látek. Pracovníky v tu chvíli zajímá, jak daná látka působí na jedince, jak se například aplikuje apod. V mnoha případech pracovníci účinky neznají, jak například uvádí R7: „*Když přijde dítě a řekne užívám toto, tak já sednu k internetu a hledám, co to má za účinky apod., a dělám vlastně to, co si ten rodič může udělat sám*“. Je vhodné, aby pracovníci měli povědomí o tom, jaké návykové látky jejich klienti konzumují. Zejména kvůli tomu, že návyková látka je postupně v popředí života jedince a proto jej opouští schopnost hledat opatření ke skrytí konzumace, aby okolí nic nepoznalo. Tato činnost se nejednou stává středobodem jedincova života. Mezi projevy konzumace návykových látek, kterou jsou evidentní, patří prudká změna nálad, izolace a uzavření se do sebe, ignorace dlouhodobých vztahů, a naopak posílení vztahu k návykovým látkám (OSPOD a návykové látky, 2018). Pokud by pracovníci znali nějaké základní účinky daných látek, mohli by alespoň přizpůsobovat práci konkrétnímu klientovi. Během rozhovorů respondenti nejčastěji zmiňovali tabák, marihuanu, pervitin, extázi a alkohol. Ze studie ESPAD, která se zaměřuje na mladistvé jsou nejčastěji konzumované konopné látky (28,4 %), následně extáze (3,6 %), poté LSD a jiné halucinogeny (3,5 %), pervitin (1,5 %) kokain (1,6 %), heroin a jiné opiáty (méně než 1 %) a těkavé látky (4,9 %). Při celkovém pohledu na společenskou skupinu ve věku 15 – 19 let je dle odhadu 27 – 35 tisíc osob, v tom 6 – 10 tisíc ve vysokém riziku s konzumací konopných drog. V 6 specializovaných zařízeních resortu školství pro pobyt dětí ohrožených drogovou závislostí bylo v roce 2019 148 dětí (Csémy, L. a kol., 2019). Tento fakt podporuje

potřebu sociálních kurátorů, ti ale postrádají odborná zařízení pro takovou cílovou skupinu.

Při přímém dotazu, v jakém poměru se setkávají pracovníci OSPOD v praxi s konzumenty návykových látek, se výpovědi respondentů velice lišily. To bylo podmíněno zejména oblastí, ve které pracují a drogovou problematikou v daném městě. Pracovníci často zmiňovali, že je náročné určit konkrétní poměr takovýchto klientů, jelikož konzumace návykových látek je velice často doprovodný problém k dalšímu spektru oblastí, které se s klientem řeší.

Předposlední dílčí výzkumná otázka zněla: ***S jakými organizacemi či institucemi sociální pracovníci spolupracují v případech klientů s drogovou anamnézou?***

Při práci s klienty konzumujícími návykové látky pracovníci často spoléhají na návazné služby, které poskytují odbornou pomoc tomuto typu klientů. Během rozhovorů byly velice často uváděny sociální služby, dle zákona o sociálních službách směřujících k práci s osobami užívajícími návykové látky. Sociální pracovníci bez ohledu na věk klientů je odkazují v největší míře na K-centra, terénní programy, terapeutická centra apod. Sekretariát Rady vlády vydal standardy odborné způsobilosti služeb, které zahrnují 9 typů služeb, kterými jsou terénní programy, terapeutické komunity, kontaktní centra, ambulantní a rezidenční léčby, substituční léčba, následná péče, stacionární programy, nebo detoxikace (MPSV, 2006 [online]). V mnoha případech je ale zvolená spolupráce podmíněna nedostatkem služeb pracujících s tímto typem klientů, kdy se na konec musí pracovníci smířit s nedostatečnou nabídkou a využít těch, které daná oblast nabízí.

Jednou z možností, jak nabídku spolupracujících služeb rozšířit, je využít více adiktologických zařízení, která jsou pro klienty konzumující návykové látky odborně přizpůsobena a nabízejí komplexní uchopení problému. Během rozhovorů vyšlo najevo, že OSPOD adiktologické ambulance nevyužívá ani ne z důvodu dostupnosti, ale zejména kvůli ne příliš dobré znalosti toho, co takové zařízení může nabídnout. Významné pro podporu využívání takových služeb je, že adiktologická péče nabízí spojení zdravotnických a sociálních zařízení (Miovský a kol., 2014, s. 43). Tyto služby by mohly pomoci zejména v oblasti péče o dospívající konzumenty návykových látek, na které se specializuje dětská a dorostová adiktologie. Respondenti velice často uváděli nedostatek dětských psychiatrů, kteří posuzují například umístění dítěte do léčby závislosti. Dále nedostatek pobytových zařízení specializujících se přímo na problematiku mladistvých



a řešení problémového užívání návykových látek. Takovou mezeru by mohla vyplnit zmíněná dětská a dorostová adiktologie, která bere v potaz množství dalších relevantních oborů, jako jsou dětská klinická psychologie, dětská psychiatrie, sociální práce, pedagogika aj. Následně se zaměřuje i na instituce pracující s tímto typem klientů, kam patří OSPOD, ústavní zařízení atd. (Dětská a dorostová adiktologie, O nás [online]). Díky této multidisciplinární spolupráci může poskytovat komplexní pomoc takovým klientům a neumísťovat je do ústavní péče, kde je stěžejní problém neřešen.

V České republice je možné využít Mapu pomoci, kterou poskytuje Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Tato mapa poskytuje kontakty na specifická zařízení poskytující nejenom léčbu, ale také poradenství a prevenci v rámci závislosti v České republice. Mapa poskytuje rozdělení do kategorií dle druhů služeb, krajů, okresů a měst (Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti o drogové situaci v České republice, 2019 [online]).

Spolupráci s organizacemi hodnotili pracovníci OSPOD pozitivně. Avšak přes dobrou komunikaci se objevily problémy, které jsou v odlišných cílech práce s klientem z pohledu OSPOD a sociální služeb, jak například uvádí R3, který uvedl: „*Je důležité si uvědomit, že velice často se rozcházejí ideje, nás jako OSPODU a pomáhajících organizací, ale je zásadní, abychom byli na jedné lodi*“. Toto rozdělení by mohla podpořit lepší organizace multidisciplinarity, jelikož dle autorek Mahrové a Venglářové a kol. (2008, s. 155) mají v oblasti sociální práce s klienty konzumujícími návykové látky nezastupitelnou úlohu nejenom neziskové organizace, ale zároveň i státní sféra. Z těchto důvodů je důležité, aby jak státní, tak i nestátní sektor spolu více navzájem spolupracovaly. Z pohledu dotazovaných pracovníků by se lepší komunikace a spolupráce mezi státní a nestátní sférou podepsala na efektivnější práci s klienty. Multidisciplinární týmy a jejich využití v sociální práci a praxi jsou velice důležité při snaze dosáhnout pozitivních výsledků v intervenci a celkové práci s klientem, a to zejména při podpoře klientů v náročných životních situacích, kdy řešení takových situací se nachází na pomezí více oborů, resortů nebo institucí (Kodymová, 2015, s. 5).

Závěrečná dílčí výzkumná otázka byla: ***Jaké změny ve vzdělávání sociální pracovníci OSPOD vnímají jako potřebné pro efektivnější práci s klienty užívajícími návykové látky?***

Respondenti uváděli jako získávání vzdělávání v oblasti adiktologie prostřednictvím celoživotního vzdělávání. To upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kdy musí sociální pracovník během výkonu profese další vzdělávání povinně absolvovat. Zaměstnavatel musí pro sociálního pracovníka toto celoživotní vzdělávání zajistit v rozsahu nejméně 24 hodin ročně. Takové vzdělání lze splnit v rámci odborných stáží, kurzů s akreditovaným programem, konferencí apod. (Elichová, 2017, s. 66). Z výpovědí vycházelo, že výběr tématu nechávají zaměstnavatelé zcela na nich, tudíž mohou být školení zaměřena pouze na adiktologie, pokud je tato tematika zajímavá. Takový příklad uvádí R2: *„Co se týká vzdělání pro práci s tímto typem klientů, tak jsou k dispozici nějaké kurzy, kdy si můžeme také vybrat, pokud by nás to zajímalo, abychom měli nějaké svoje individuální školení, pokud by se to téma objevovalo často a pracovali bychom s tímto typem klientů nějak nadměrně, tak určitě ta možnost je, v tom je náš magistrát svolný a chce, abychom byli jako pracovníci vzdělání v těch tématech, takže to je pak na každém z nás, jak si to nastavíme“*. Avšak tato školení mají z pohledu pracovníků určité mínusy. Mnoho respondentů toto školení vnímají jako povinnost, kterou si nějakým způsobem snaží odbýt a informace z nich pro ně v praxi nejsou relevantní. Někteří účastníci výzkumu kritizovali obecnost školení, kdy se dané téma nedostane do hloubky, jak uvádí R1: *„Já v tom vidím největší problém, že všechno je úvod do..., stále se dozvídáme základy, a v tom vidím největší problém, že to není jaksi navazující na sebe, ale neustále omývání základů z různých oblastí. Následně je náročné toto v praxi použít, když to nemáme pořádně ukotvené, takže my je možná víme, ale využít je v praxi je těžké“*. Naopak někteří respondenti vnímají celoživotní vzdělávání jako dostatečné. Celoživotní vzdělání pracovníkovi zaručí nejenom prohlubování dosavadních vědomostí, ale zároveň získávání nových, které rozšíří jeho obzory v profesním životě (Elichová, 2017, s. 66).

Mnoho respondentů uvedlo, že nevidí problém ve vzdělávání, ale naopak v existenci návazných služeb a nastavení určité spolupráce mezi jednotlivými obory, jak zmiňuje R10: *„Ale ta mezioborová spolupráce by byla určitě fajn, protože když to jde, tak je to super, a kdyby to bylo takto nastavené, tak to může být efektivnější“*. Nejdůležitější potřebou sociálních pracovníků OSPOD je pro zefektivnění práce s klienty konzumujícími návykové látky multidisciplinarita. Její klíčovou vlastností je potřeba kombinovat odborné znalosti odborníků schopných realizovat kontinuální péči. Dále mají možnost vidět komplexní a jednotné potřeby klientů služby, a tak se navzájem podporovat

a vzdělávat, a tím tak zajišťovat dobrou péči klientům. Pokud je multidisciplinární tým dobře nastaven, mohou z něho těžit benefity všichni zúčastnění (Jankovský, 2015, s. 52).

Z této oblasti plyne, že samotní pracovníci vzdělávání v určité oblasti nedávají takovou váhu pro efektivnější práci s klienty. Z jejich pohledu je nejvíce důležitá mezioborová spolupráce, díky které by se práce s klienty užívajícími návykové látky v rámci OSPOD mohla zlepšit.

## Závěr

Diplomová práce se zabírala postupy pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže při práci s klienty, kteří konzumují návykové látky. Práce byla dělena na dvě hlavní části, a to teoretickou a empirickou.

Teoretická část obsahuje 3 stěžejní kapitoly. Cílem první kapitoly bylo seznámit s obory sociální práce a adiktologie, na jejichž základech stála celá diplomová práce. Důležitým bodem bylo téma multidisciplinárního propojení oborů, které pracují s klienty konzumující návykové látky. Vzhledem k tomu, že OSPOD pracuje jak s rodiči, tak i s dětmi konzumujícími návykové látky, tak jedna podkapitola zachytila problematiku primární prevence u dospívajících jedinců. Druhá kapitola se zabývala tematikou orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže. Popis této instituce vycházel z informací na sociálních pracovníků OSPOD, kteří sloužili jako respondenti pro realizovaný výzkum. V jejich případě bylo stěžejní zmapování jejich vzdělávání v oblasti adiktologie pro práci s klienty závislími na návykových látkách. Poslední kapitola popisovala rizikové chování u dospívajících, postupy pracovníků OSPOD při práci s klienty konzumujícími návykové látky z pohledu sociálně-právní ochrany dětí.

V empirické části bylo realizováno výzkumné šetření s pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže. Konkrétně se sociálními kurátory a terénními sociálními pracovníky. Díky dvěma skupinám pracovníků bylo možné zaznamenat informace jak o dospělých, tak i o mladistvých uživatelích návykových látek. Postup byl prováděn za pomoci kvalitativní metody technikou polostrukturovaných rozhovorů, díky níž bylo možné seskupit různé postupy a názory pracovníků OSPOD, kteří byli zvoleni záměrně každý z jiné části České republiky. Rozhovor byl dělen do čtyř oblastí, šlo o: pracovní postupy OSPOD, míra práce s klienty užívajícími návykové látky, multidisciplinární spolupráce a potřebné změny ve vzdělávání pracovníků OSPOD. Tyto oblasti byly stanoveny vzhledem k dílčím výzkumným otázkám.

Hlavním cílem předkládané práce bylo zjistit a zanalyzovat, zda je nezbytné, aby sociální pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí byli vzdělávání v oboru adiktologie pro situace, kdy pracují s klienty, kteří nadměrně užívají návykové látky. Práce se dále zaměřovala na pracovní postupy orgánu sociálně-právní ochrany dětí v případě klientů spojených s drogovou problematikou a v jaké intenzitě se tato instituce s tímto typem klientů setkává.

Klienti konzumující návykové látky nejsou pro pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany nic neobvyklého. Toto přesvědčení vyplynulo ze všech realizovaných rozhovorů, během kterých pracovníci uváděli bohaté zkušenosti s touto problematikou. Výzkum ukázal, že vzdělání v oblasti adiktologie pro pracovníky sociálně-právní ochrany dětí není prioritou při práci s klienty konzumujícími návykové látky. Přesto se v této sféře najdou určitá slabá místa, která by samotní pracovníci chtěli změnit. Pracovníci negativně vnímají pouze povrchní obecnost daných školení. Sociální kurátoři pracující s mladistvými konzumujícími návykové látky dávají školení větší váhu, to hlavně kvůli častému řešení takového problému a neustále se měnícím trendům u dětí, které jsou závislé na různých návykových látkách.

Během mapování pracovních postupů sociálních pracovníků OSPOD s klienty užívajícími návykové látky bylo konstatováno, že metody práce jsou volené zejména dle možností, které dané pracoviště nabízí, kdy jako nejvíce pozitivní postup je označováno doporučení klienta na specializovanou službu. Avšak mnoho pracovníků nemá dostatek odborných služeb pro tento typ klientů k dispozici. Tyto spolupracující služby pracovníci OSPOD vybírají zejména ve své oblasti tak, aby daná pomoc byla klientovi co nejbližší, a tak se nevyskytovaly překážky ve vzdálenosti. Z těchto důvodů vyvstává potřeba sociálních pracovníků OSPOD pro zvýšení služeb pracujících s klienty konzumujícími návykové látky. Tuto potřebu by mohly uspokojit adiktologické ambulance a další služby takového charakteru, které se takovému typu klientů věnují komplexně. Zároveň je potřeba podporovat multidisciplinaritu zejména v oblasti sociální práce a adiktologie, jelikož mezi těmito obory je stále nevyužitá potencionální síla jejich společné práce. To potvrzuje zjištění, že samotní sociální pracovníci OSPOD nevyužívají adiktologické ambulance v praxi, jak uváděli během rozhovorů.

Výsledky získané v rámci diplomové práce mohou sloužit jako motivace k prohloubení spolupráce mezi sociálními pracovníky a adiktology. Jejich spojení by umožnilo v případech klientů konzumujících návykové látky efektivnější řešení daného problému. Adiktologové by mohli být nápomocni v různých metodách práce, jako jsou například případové konference. Toto spojení by vzhledem ke klientům konzumujícím návykové látky mohlo velice prospět a zároveň zlepšit efektivitu práce. Zmíněné metody a postupy mohou být inspirací pro pracovníky OSPOD. Zároveň je z výsledků zřejmé, že sami sociální pracovníci vidí v nastaveném systému určité mezery. Navrhované změny se týkaly změny struktury současného vzdělávání, které by mělo být dle pracovníků více

strukturované. Všichni respondenti vidí řešení ve spolupráci mezi odborníky pracujícími s klienty konzumující návykové látky. Tato spolupráce pro ně představuje vidinu efektivnější práce. Poslední oblast podporující efektivitu práce s klienty užívajícími návykové látky bylo rozšíření služeb pro mladistvé. Díky specifické službě směřující k této věkové skupině by se mohla prolomit bariéra demotivace svoji situaci řešit. Díky těmto návrhům může diplomová práce sloužit jako vzbuzení zájmu u samotných pracovníků tyto nedostatky řešit a pozitivně zlepšit práci s klienty užívajícími návykové látky.

## Bibliografický seznam

ADAMEČEK, D. 2013. *Adiktologické sociální služby. Terapeutické komunity*. Sociální služby, ročník XV., s. 22-23.

BAJER, Pavel. *Úkolem sociálních pracovníků je pomáhat, nikoliv činit zázraky*. Sociální práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci, 2007, č. 1/2007. ISSN 1213-6204.

BÁRTÍK, Pavel, MIOVSKÝ, Michal, ed. *Primární prevence rizikového chování ve školství*: [monografie. Praha: Sdružení SCAN, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.

BARTOŠÍKOVÁ, I. 2003. *Práce v multidisciplinárním týmu*. In Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. 2008. *Sanace rodiny*. Praha: Portál.

BEDNÁŘ, M. 2013. *Kvalita sociální práce*. In Matoušek, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.

BELZ, H. & SIEGRISI, M. 2001. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Praha: Portál

BĚLÁČKOVÁ, V. 2007. *Rozhovor s profesorkou LalouStraussnerovou „Každý by měl vědět něco o závislosti“*. *Adiktologie*, 7(4), 479-484.

BURDOVÁ, E., NOVOTNÁ, V. 2007. *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí*. Komentář. Praha. Linde.

CSÉMY, L. & CHOMYNOVÁ, P. 2019. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2019*. *Zaostřeno na drogy*, 19 (5).

ČERNÝ, M. 2010. *Základní úrovně provádění primární prevence*. In M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová & P. Novák (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství* (42-43) Tišnov: Sdružení SCAN.

DAVIDOVÁ, Ivana. 2010. *Metodická příručka pro sociální kurátory a metodiky sociální prevence*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN isbn978-80-7368-628-4.

ELICHOVÁ, M. et al. 2017. *Sociální práce aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing.

- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0
- FRIŠAUFOVÁ, Magda. *Spolupráce s uživatelkami a uživateli drog z pohledu sociální práce*. In Olga Hanková. *Sociální práce a drogy: sborník odborné konference*, Praha 20. – 21. dubna 2017. Praha: Sananim, 2017. ISBN 978-80-904536-6-1
- GOJOVÁ, A. a kol. 2007. *Příručka pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory*. Ostrava: Pitstopmedia. ISBN 978-80-7368-329-0.
- GOJOVÁ A., HORTNÍLKOVÁ, P. a kol. 2007. *Příručka pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory*. Praha: MPSV
- GULOVÁ, L. 2011. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing.
- HANUŠ, P. 2007. *Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný*. *Sociální práce/Sociální práca*, 7(1), 5. Brno: ASVSP.
- HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOLUB, M. 2015. *Přínos sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního dialogu*. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-088-4.
- KRAUS, B. 2014. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262- 0643-9
- HRUŠÁKOVÁ, M., KRÁLÍČKOVÁ, Z.1998. *České rodinné právo*. Brno: Masarykova Univerzita.
- IHRA. 2010. *Global State of Harm Reduction 2010*. Key issue for broadening the response. London, UK: IHRA.
- JANÍKOVÁ, B. 2015. *Harm Reduction*. In Kalina, K. a kol: *Klinická adiktologie* (pp. 13, str. 272 - 283). Praha: Grada Publishing
- JANKOVSKÝ, J. 2015. *Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka*. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*, 15(3), 7-13. Praha: MPSV.



JEDLIČKA, Richard. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0.

JEFFERIES, H., CHAN, K. K. *Multidisciplinary team working: is it both holistic and effective?*. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2004, č. 14, s. 210- 211. ISSN 1470-1472.

KALINA, K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti 1 a 2: Mezioborový přístup*, Úřad vlády ČR, Praha.

KALINA, K. 2003. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy*. In: Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, Úřad vlády ČR, Praha.

KALINA, K. 2003. *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. In: Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*, Úřad vlády ČR, Praha.

KALINA, K. 2003. *Hodnocení služeb: kvalita, účinnost, náklady*. In: Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*, Úřad vlády ČR, Praha.

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

KALINA, K. 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 696. ISBN 978-80-247-9792-2.

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

KODYMOVÁ, P. 2015. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-088-4.

LINLEY, J., MENDOZA, N. & RESKO, S. 2014. *Working on Treatment Teams: Education Social Work Students to Function as Addiction Specialists within Interdisciplinary Groups*. *Social Work Education*, 33(5), 642-655. DOI: 10.1080/02615479.2014.919095

- MCGRATH, Y., SUMNALL, H., MCVEIGH, J., BELLIS, M. 2007. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací*. Praha: Úřad vlády ČR
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- MAKOVSKÁ-DOLANSKÁ, P. 2013. *Adiktologické sociální služby*. Doléčování. Sociální služby, ročník XV., s. 22-23.
- MATOUŠEK, O a kol. 2013. *Metody a řízení sociální práce. 3., aktualiz. a dopl. vyd.* Portál. ISBN 978-802-6202-134
- MATOUŠEK, Oldřich. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:7c080b80-00ff-11e4-89c6-005056827e51>
- MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:9cfa33c0-7507-11e2-abbe-005056827e51>
- 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.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a PAZLAROVÁ, Hana. 2016. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3336-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MATOUŠEK, O., a kolektiv. 2017. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál
- MATOUŠEK, O. & HEJNOVÁ, K. 2019. *Profesiogram jako podklad pro konstrukci vzdělávacích programů*. Sociální práce/Sociálna práca, 19(2), 106-117. Brno: ASVSP.

- 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
- MINAŘÍK, J., NEČAS, V. 2010. *Drogová scéna v ČR*. Psychiatrie pro praxi, č. 1, s. 18-21.
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MIOVSKÝ, M. 2009. *Aktuální problémy a další směřování Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP: Ohlédnutí za diskuzí na XV. Konferenci Společnosti v Měříně*. Adiktologie, 9(4s), 60-64.
- MIOVSKÝ, Michal a kol. 2012. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze & Togga. ISBN 978-80-87258-89-7..
- MIOVSKÝ, M. 2014. *Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie pro období 2014-2020*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
- MIOVSKÝ, M. a kol. 2014. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha. 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. ISBN 978-80-905717-0-9. Dostupné také z: <https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf>
- MIOVSKÝ, Michal, Tereza ADÁMKOVÁ, Miroslav BARTÁK, et al. 2015. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-7422-391-4.
- MIOVSKÝ, M., GABRHELÍK, R., LIBRA, J., POPOV, P., PAVLOVSKÁ, A., KALINA, K., MILLER, P. M., & GRUND, J.-P. C. 2016. *The Prague comprehensive model of academic addictions (addiction science) education*. Adiktologie, 16(1), 36-49.
- MIOVSKÝ, M., & POPOV, P. 2016. *Dětská a dorostová adiktologie na prahu emancipace*. Adiktologie, 16(4), stránky 272-279.
- MIOVSKÝ, M., & POPOV, P. 2016. *Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie*. Adiktologie, 16(4), stránky 292-318

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.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H. & VOPRAVIL, J. 2017. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*, Praha, Úřad vlády České republiky

MÜHLPACHR, Pavel a Pedagogická fakulta. *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3323-1. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:c23b0c40-32c3-11e6-ae84-005056827e51>

MÜLLEROVÁ, Pavlína; MATOUŠEK, Oldřich; VONDRÁŠKOVÁ, Andrea. *Sociální práce s uživateli drog*. In MATOUŠEK, Oldřich; KOLÁČKOVÁ, Jana; KODYMOVÁ, Pavla (eds.). *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

NAVRÁTIL, Pavel. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:e2fb3600-029e-11e4-9789-005056827e52>

NAVRÁTIL, Pavel, JANEBOVÁ, Radka a kol. 2010. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus. 196 s. ISBN 978-80-7435-038-2.

NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY, Hana PERNICOVÁ. 1999. *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag,

ONDRUŠOVÁ, Z., OLÁH, M., VAVREČKOVÁ, V. 2017. *Rozvojové trendy sociální práce*. Ostrava: Vysoká škola sociálně správní

PAVLOVSKÁ, Amalie. *Analýza studijního programu adiktologie a charakteristik jeho absolventů v kontextu vývoje oboru adiktologie*. [Study programme addictology and its graduates' characteristics analysis in the context of the field addictology development]. Praha, 2018. 156 s., 2 příl. Disertační práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Školitel: Miovský, Michal.

PELIKÁN, J. 2007. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum

PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R. 2012. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s.

PODZIMEK, K. 2013. *Adiktologické sociální služby. Terénní programy pro uživatele drog*. Sociální služby, ročník XV., s. 18-19.

PUNOVÁ, M. 2012. *Standardy vzdělávání v sociální práci a jejich naplňování v praktickém vzdělávání studentů sociální práce na katedře sociální politiky a sociální práce FSS MU Brno*. Aula revue pro vysokoškolskou a vědní politiku, 12(20), 48-61. Praha: Centrum pro studium vysokého školství.

RADIMECKÝ, Josef a Barbara JANÍKOVÁ, PISKÁČKOVÁ, Petra, ed. *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-239-9960-0.

RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M. 2008. *Systém péče a jeho složky*. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.369-385). Praha: Grada Publishing. ŘEZNÍČEK, I. (1994). *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství.

ŘEZNÍČEK, I., 2000. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Dotisk 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 80 s. ISBN 80-858-5000-1

SCHURINGA, L. 2007. *Komunitní práce a inkluze Romů*. Ostrava: Radovan Goj.

SOBOTKOVÁ, Veronika. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada, 2014. *Psyché* (Grada). ISBN 978-80-247-4042-3.

SCHAVEL, Milan, ČIŠECKÝ, František, OLÁH, Michal. *Sociální prevence*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžebety, 2008. ISBN 978-80-89271-22-1.

SKLENÁŘ, O. 2013. *Zdravotní výkony adiktologa*. Editorial. *Adiktologie*, 13(1), 4-5..

ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda ŠPATENKOVÁ. 2011. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál. ISBN 78-80-7367-690-2.

ŠPECIÁNOVÁ, Š. 2005. *Právní manuál pro sociálně-právní ochranu dětí*. Praha: Linde.

ŠPECIÁNOVÁ, Š. 2007. *Sociálně-právní ochrana dětí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVEC, Jakub, JEŘÁBKOVÁ, Simona, TESAŘOVÁ, Veronika. 2007. *Jak se bránit drogám a předcházet závislostem*. Praha: Projekt Odyssea. ISBN 978-80-87145-26-5.

TAJANOVSKÁ, A. 2015. *Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti*. In: KODYMOVÁ, P. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-088-4.

TOMEŠ, I. 1997. *Vzdělávací standardy v sociální práci pro středoškolský, vyšší odborný a vysokoškolský stupeň vzdělání*. Praha: Sociopress.

TOMEŠ, Igor. 2009. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-483-0.

URBAN, David. 2013. *Postavení sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu*. In: JANEBOVÁ, Radka. *Spolupráce v sociální práci: Sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 21. až 22. září 2012*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 123-127. ISBN 978-80-7435-259-1.

VALÍŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1734-0.

VICARY, S., CREE, V. & MANTHORPE, J. 2018. *SocialWorkEducation – A LocalGlobalHistory. Practice*, 30(4), 223-226. DOI: 10.1080/09503153.2018.1483646  
Vitásková, K. & Pavlovská, A. (2018). *UniversityEducationofSocialWorkers in AddictologicalIssues in Europe and the USA: a review*. *Adiktologie*, (18)2, 87-95.

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí. Zákon č. 359/1999 Sb., v účinném znění od 1.4.2000.

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí. Zákon č. 359/1999 Sb., v účinném znění od 1.4.2000.

Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů

ŽIŽLAVSKÝ, M. 2003. *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií.



## Internetové zdroje

Asociace vzdělavatelů v sociální práci (ASVSP). (2015). Výroční zpráva za rok 2015. [cit. 2021-09-24]. Dostupné z: [www.asvsp.org/soubory/VZ%202015.pdf](http://www.asvsp.org/soubory/VZ%202015.pdf)

Asociace vzdělavatelů v sociální práci (ASVSP). (2005). Stanovy ASVSP. [cit. 2021-09-24]. Dostupné z: [www.asvsp.org/dokumenty/](http://www.asvsp.org/dokumenty/)

Asociace vzdělavatelů v sociální práci (ASVSP). (2017). Minimální standardy vzdělávání v sociální práci. [cit. 2021-09-24]. Dostupné z: [www.asvsp.org/wpcontent/uploads/2016/08/standard\\_2017.doc](http://www.asvsp.org/wpcontent/uploads/2016/08/standard_2017.doc)

Asociace vzdělavatelů v sociální práci (ASVSP). (2019). Minimální standard vzdělávání v sociální práci. [cit. 2021-09-24]. Dostupné z: [www.asvsp.org/standardy/](http://www.asvsp.org/standardy/)

BERG, I. K., 2013. Posílení rodiny. 1. vyd. Praha: Portál [cit. 2021-09-24]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1423/podzim2017/SPR144/um/priprava\\_na\\_7\\_11\\_2017/Berg-Posileni-rodiny.1.pdf](https://is.muni.cz/el/1423/podzim2017/SPR144/um/priprava_na_7_11_2017/Berg-Posileni-rodiny.1.pdf)

Dětská a dorostová adiktologie. O nás. Dada.snncls.cz [online]. ©2021 [cit. 2021-31-03]. Dostupné z: <https://dada.snncls.cz/o-nas/>

Funkce kurátora pro děti a mládež. MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [online]. 2015 [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7290/Funkce\\_kuratora.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7290/Funkce_kuratora.pdf)

Legislativa a systém sociálně-právní ochrany: Co znamená, když se řekne sociálně-právní ochrana dětí?. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. MPSV.cz [online]. 2013 [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14304>

MENTAL HEALTH COMMISSION. Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice: Discussionpaper. Dublin: MHC, 2006, s. 68. ISBN 0- 9549292-5-X. Dostupné z: <http://www.mhcirl.ie/file/discusspapmultiteam.pdf>

MOTEJL, O., ČERNÁ, I., PANOVSKÁ, K., & MATYÁŠOVÁ, P. 2007. Rodina a dítě. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/uploads/tx\\_odlistdocument/Rodina\\_a\\_dite.pdf](http://www.ochrance.cz/uploads/tx_odlistdocument/Rodina_a_dite.pdf)

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. [online]. ©2003 [cit. 2020-12-01]. Návrh koncepce celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků a výchovy k lidským právům. Dostupné z: [http://epolis.cz/download/pdf/materials\\_45\\_1.pdf](http://epolis.cz/download/pdf/materials_45_1.pdf)



MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. [online]. ©2006 [cit. 2020-12-01].  
Následná péče v protidrogové prevenci. Dostupné  
z:<http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1071>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. [online]. ©2009 [cit. 2020-12-01].  
Národní akční plán k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na  
období 2009 až 2011. Dostupné z:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/7440/NAP.pdf>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. [online]. ©2013 [cit. 2020-12-01].  
Legislativa a systém sociálně-právní ochrany. Dostupné  
z:<http://www.mpsv.cz/cs/14304>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ  
REPUBLIKY. Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v  
působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012 [online].  
MŠMT ČR, 2009 [cit. 2021-02-24]. Dostupné z:<https://www.msmt.cz/file/21592>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ  
REPUBLIKY. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání a Standardy pro  
základní vzdělávání [online]. MŠMT ČR, 2010 [cit. 2021-02-24]. Dostupné z:  
<https://www.msmt.cz/file/21592>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ  
REPUBLIKY. Dlouhodobá strategie primární prevence na období 2011 – 2014 [online].  
MŠMT ČR, 2011 [cit. 2021-09-24]. Dostupné z:  
<https://www.msmt.cz/vzdelavani/dlouhodoby-zamer-vzdelavani-a-rozvojevzdel%20avaci-sousta%20vy-1>

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČESKÉ  
REPUBLIKY. Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na  
období 2019 – 2027 [online]. MŠMT ČR, 2019 [cit. 2021-02-24]. Dostupné z:  
<https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/strategie-a-koncepce-ap-msmt>

Sociální kuratela pro děti a mládež. Olomouc: město pro rodinu [online]. 2014 [cit. 2021-02-01].  
Dostupné z: <http://prorodinu.olomouc.eu/socialne-pravniochrana-deti/socialni-kuratela-pro-deti-a-mladez>

STRNAD, M., Statutární město Děčín [online]. 2013 [cit. 2021-02-01]. Dostupné z: <http://www.mmdecin.cz/potrebuji-si-vyridit/item/148-kurator-pro-deti-a-mladez>

Substituční léčba - Sociální dopady drogové závislosti. Substituční léčba - Veřejnost [online]. Copyright © 2020 [cit. 2020-11-11]. Dostupné z: <http://www.substitucnilecba.cz/novinky/socialni-dopady-drogove-zavislosti-99>

VANÍČKOVÁ, E. 2009. Deklarace práv dítěte. Retrieved. [cit. 2020-11-11]. Dostupné z: <http://icv.vlada.cz/cz/tema/deklarace-prav-ditete-63749/tmplid560/7>

TOPINKA, D. a kol. 2014. Analýza sítě služeb pro práci s rodinami a dětmi [online]. MPSV. [cit. 2021-12-01]. Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/17905/analyza.pdf>

## **Seznam tabulek, grafů a obrázků**

Tabulka 1: Sociálně-demografické údaje o respondentech ..... 59

Graf 1: Možnosti získávání informací o užívání návykových látek u klientů OSPOD.. 70

Obrázek 1: Systém péče o uživatele návykových látek v ČR..... 12

## **Přílohy**

Příloha 1: Přepis rozhovoru s respondentem

## Příloha 1

- *Pozice na OSPOD – terénní sociální pracovník OSPOD*
- *Věková kategorie pracovníka – 55 let*
- *Praxe v oblasti OSPOD – 6 let*

### **Pracovní postupy**

#### **a) Jaká vnímáte naopak negativa v takovémto případě?**

*Nejsem si vědom, že by byl stanovený jednoznačný postup. Určitě existují nějaké metodické pokyny či postupy, ale moje zadání je, že mám dělat všechno pro to, aby dítě, které je ohroženo dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí, a které žije v nějak ohroženém prostředí, což v případě konzumace návykových látek prostředí ohrožení vlastně je. My jako OSPOD, když se dozvíme na základě nějakého anonymního udání, nebo jakkoliv jinak, je možnost různých cest, jak se to můžeme dozvědět, třeba i od sousedů, že v nějaké rodině je problém s návykovými látkami, tak v takovou chvíli založíme spis, kdy základní součástí tohoto spisu je udělat individuální plán ochrany dítěte (IPOD), což já dělám osobně velmi nerad. Zejména pokud by měl pracovník prostor pro vzorné vedení dokumentace, tak je to užitečné, jelikož IPOD reguluje základní věci z toho kolikrát velmi obsáhlého spisu. Člověk by nahlídl do IPODu a viděl by, co je aktuální, i v případech, kdy ten spis následně předává. Je prostě povinnosti mít ten individuální plán zpracovaný, mít ho projednán s rodiči, dětským domovem apod. Je tam třeba právě uvedeno, že jeden z kroků je vést rodiče k léčbě závislosti. Ale jak jsem zmínil, dělám ho velmi nerad kvůli četností povinností, které naše práce obnáší.*

*Základní bod je, že pokud rodič se nachází v určité závislosti s návykovou látkou, tak musí být toto dítě zařazeno do skupin ohrožených dětí. Pak samozřejmě v rámci toho, abychom těmto dětem pomohli a abychom je ochránili, jsou krajním řešením náhradní rodinná péče, výchovná opatření či ústavní výchova, kdy tyto kroky jsou ty krajní, když všechno selže. Samozřejmě využíváme pomoc neziskovek, kdy se snažíme dělat dobrovolně, i když jako OSPOD máme nějaké mocenské nástroje, kterým ale osobně, ne nevěřím, ale neupřednostňuji je, a taky nám to pak přidává práci, jelikož ty kroky jsou jaksi právní a je to složitější všechno.*

**b) Jaká pozitiva vidíte ve svých pracovních postupech při práci s klienty užívajícími návykové látky?**

*Já mám radši napojení na nějakou neziskovou organizaci, nemusí to být vždycky jenom jedna konkrétní, pokud jde o ty návykové látky, tak se tady nabízí více služeb, jako například Podané ruce. Díky těm neziskovkám máme nějakou zpětnou vazbu a většinou mám takový pocit, že když ten návyk už je velice rozvleklý, tak to bohužel skončí tak, že děti skončí třeba v péči babiček, dědečků či v péči teda třetích osob, nebo pak nevím, zda v lepším či horším případě v péči náhradní rodinné péče. Ale taky se jedná, jaká je situace, pokud více sourozenců, či jenom jedno dítě.*

*Ale troufám si říct, že jsou velice individuální konkrétní situace a zvolit nějaký osvědčený postup je náročné. Většinou ty návykové látky se postupně generují velkou řadu problémů a je obtížné rozpoznat, co bylo, čeho příčinou, ale v každém případě ty návykové látky celý proces komplikují. Někdy ty rodiče obtížně fungují i bez alkoholu, ale ještě když se do toho dají ty návykové látky, tak je to náročné. Ale v praxi jsem si uvědomil, že právě alkohol může být opravdu větším zlem, a možná že to tak na první pohled nevypadá, jelikož je to taková ta droga, kterou si koupíte v obchodech a nakonec, každý z nás ho v nějaké míře pije, pokud není abstinent, a potom můj obranný instinkt není tak ostrážitý, jak když někdo řekne, že bral heroin. To je na tom to záludné, že to je společensky tolerované. Taktéž i na marihuaně je zákeřná taková ta všeobecná tolerance, výrazná tolerance. My z pozice sociálních pracovníků nejsme úplnými odborníky, ale jsme nějakým způsobem informovaní o různých dopadech návykových látek, kdy právě ta marihuana vypadá nevinně, ale může spouštět nějaké další problémy a může být tou spouštěcí drogou, od které se člověk odpíchne k nějaké horší látce.*

**c) Jaký je nejčastější problém, který se vyskytuje při řešení takovýchto případů?**

*Ta motivace, aby něco klienti změnili, protože já v mnoha případech, se kterými jsem pracoval, kdy jsem jednal s rodiči konzumujícími návykové látky, a kdy jsem zastupoval jejich děti z pozice kolizního opatrovníka, jsem je prosil, aby s tím něco dělali. V tu chvíli je neprosím, jako já v roli pracovník, ale protože když to řeknu velice cynicky, tak nakonec mě to můžete být fakt úplně ukradené, já prostě udělám, co udělat musím, já nejsem jejich syn, a pro mě to nějakého dne skončí, ale prosím klienty, aby to udělali pro jejich dítě. A to je prostě obtížné, kdy se*

*snažím těm lidem porozumět a nevstupuji do toho z pozice nějakého odsuzování, té konkrétní závislosti na nějaké návykové látce, ale ta motivace je to nejhorší, kdy nakonec tito klienti mají raději tu návykovou látku než vlastní děti, kdy to v konečném důsledku, tak vyzní. Klienti si to vlastně zdůvodní tak, že ale co, o moje děti je jinde postaráno dobře, já jim občas pošlu balíček, občas si večer zavoláme, u mě mohou strávit občas nějaký čas apod. a spoléhají na péči jiných osob. Proto ta motivace, nějak v těch klientech probudit něco, aby jim začalo blikat to červené světýlko, ale musím vám říct, že se mi to ještě nepodařilo, je to takový trošku marný boj.*

### **Frekvence práce s klienty užívajícími návykové látky**

#### **a) Jak se nejčastěji dozvídáte, že klient užívá návykové látky?**

*Těch cest je opravdu mnoho, jak jsem zmiňoval, je možné, že nás na tuto skutečnost upozorní někdo prostřednictvím anonymního udání, kdy my takovou záležitost musíme prošetřit, takové udání většinou proudí od sousedů, či osob, které jsou pro rodinu blízké. Další možností jsou formální složky, jakožto policie, škola apod.*

*Myslím si, že užívání návykových látek je velmi rozšířený problém, a je to velký a častý problém v praxi. S rodinami, kde hrají problém návykové látky, je ta práce velice dlouhodobého charakteru. K nim přistupuji tak, že z nich nechci dělat abstinenty. To není nějaký můj cíl. Mým cílem je to, aby ty děti žily v takovém prostředí, do kterého bych nemusel já nějak zasahovat. Jestli rodič vypije jedno nebo dvě piva, je jejich rodinný problém, to mě neznepokojuje, pokud nedostávám informace od policie, že tam v noci vyjíždí k nějakým scénám rodičů pod vlivem alkoholu. Nebo že začnou přicházet zprávy ze školy, ne o zhoršujícím prospěchu, ale že děti nechodí do školy, že jsou děti vidět mimo školu apod. Takové problémy postupně nabobtnávají, že nakonec jsou například děti odebrány rodičům a umístěny do výchovných ústavů, protože se třeba nenaleznou pěstouni apod. V takových případech je kolikrát tragické, že ty rodinné vazby mezi rodinnými příslušníky jsou takové pěkné. Ty děti jsou citově vázané na matku a ona na ně.*

#### **b) Zažil/a jste někdy v praxi případ, kdy klient se vám svěřil se svým užíváním nelegálních látek?**

*To ano, já bych řekl, že u mnoha klientů je to tak markantní, kdy tu látku nadměrně užívají, ale nedokážou si připustit problém. Takže oni řeknou, že konzumují, ale nevidí v tom problém té závislosti, která tam bohužel je.*

**c) Jak vnímají způsob pomoci klienti užívající NL z vašeho pohledu?**

*Jak jsem zmiňoval u předchozího dotazu. Klienti si nepřipouští ten problém. Velmi často tvrdí, že to není pravda, že si to na ně někdo vymyslel. Jinak pokud využíváme nějaké další služby při práci s těmito klienty, aby se řešil konkrétní problém té konzumace návykových látek, tak to klienti vnímají velmi často 50/50. Je to velice individuální, někteří pomoc prudce odmítnou, či se snaží mlžit tím způsobem, že si tu nabídku spolupráce s nějakou organizací rozmyslí. Já zejména upřednostňuji, aby tam klienti chodili dobrovolně, jelikož pokud nejsou vnitřně přesvědčení, tak to nemá určitým způsobem smysl. Ale je to prostě různé, ale někteří klienti na naše doporučení dají, protože nakonec jim můžu slíbit, že tahle pomoc se nebude vztahovat pouze na konzumaci té látky, ale uchopí jejich životní problém komplexně a můžeme jim službu nakonec pomoci ve více rovinách. Klientovi je zejména také vysvětleno, že pokud nebude nic dělat, tak že o děti může přijít, ne že by to bylo tvrzeno ve smyslu vyhrožování, ale někdy to ti klienti dělají právě proto, že u nich není žádná motivace a tohle ji tak trošku nakopne.*

**d) V čem vidíte problém, že klienti k vám nejsou zcela otevření?**

*Někteří klienti konzumaci návykových látek zatloukají samozřejmě, asi zejména kvůli tomu, že vědí, že by tento problém museli následně řešit. Velmi často mají tendenci se nějakým způsobem obhajovat, proč taková situace je, kdo se k nim choval hnusně apod. Tudiž některé informace zatajují, mají strach i z nějakých opatření, o kterých vědí, že ze strany OSPOD mohou přijít.*

**e) S jakými návykovými látkami, které klienti užívají, se nejčastěji setkáváte?**

*Setkávám se zejména, co se týče návykové látky, alkoholu. V průběhu praxe jsem se setkal i s klienty, kteří byli velice závislí na pervitinu, ale ona to je většinou kombinace těch drog například alkoholu a pervitinu. Ono se to vlastně nějak nevyklučuje, i když nevím jaký má ten dotýčný priority, jestli třeba to, že už konzumuje ten pervitin, ho moc neláká naopak konzumovat alkohol a naopak. Ale občas mám pocit, že klienti litají ve všech možných návykových látkách, kdy v takovém případě pervitin dominuje. Ale kdybych to měl posoudit, tak nejvíce zkušeností mám u klientů s tou legální drogou, kterou je alkohol. Taky jsem se setkal s konzumací marihuany, ale to jsem nabyl dojmu, že to je taková droga*



velice tolerovaná. Když jsem v minulosti dělal kurátora, tak jsem se setkal s chlapci, kteří byli ve výchovném ústavu, a když přijeli a zjistilo se, že konzumovali marihuanu, tak pracovníci ústavu říkali „zaplat' pánbůh za marihuanu, že to není něco tvrdšího“. V našich rodinných případech, co se marihuany týká se konzumuje tak různě, ale není to až takový problém, který by nějak tu rodinu devastoval. Samozřejmě v případech, kdy je to spouštěč a klienti následně přejdou na tvrdší drogy, tak je to jiné. Ale nejvíce, jak jsem zmiňoval, vím o alkoholu ze své pozice. S touto drogou mám i dvě markantní zkušenosti a díky nim jsem si udělal v podstatě pro sebe takový názor, že ten alkohol je kolikrát tak strašně devastující. Zejména jak kolikrát alkohol dokáže narušit běžné funkce rodiny, mě dokáže zaskočit.

### **Multidisciplinární spolupráce**

**a) Máte dostatek subjektů ve vašem okolí, se kterými lze navázat spolupráci při práci s drogově závislými?**

*Vzhledem k velikosti našeho města můžu tvrdit, že ano, služeb charakterizovaných pro pomoc konzumentům návykových látek je tu dost, je ale důležité vnímat otevřenost té spolupráce a nějaké vzájemné komunikace.*

**b) S kým nejčastěji spolupracujete? A proč?**

*Jelikož nejsme primární odborníci přes závislosti, tak máme nějakou nabídku spolupracujících organizací. Jsme zvyklí spolupracovat, jak jsem zmínil s Renadi, myslím si, že jsou velice vstřícní, dokonce když jsem se s pracovníky bavil, tak oni podporují spolupráci třeba i s anonymní alkoholiky. Ale více, jako my z pozice OSPOD nemůžeme než jen, že ochráníme ty děti, a že to neskončí těma krajními opatřeními.*

*Já v takových případech spolupracuji zejména s takovými základními spolupracujícími institucemi, kdy v jednom případě to jsou anonymní alkoholici a pak je to Renadi (pozn. služby pro konzumenty návykových látek dle zákona č. 108/2006, o soc. službách – kontaktní centrum, terénní programy). Velmi často je v případech nabízím klientům, velmi často klientům nabízím, že tam s nimi osobně zajdu.*

*Na základě případů spojených a konzumací návykových látek jsem se osobně zúčastnil například anonymních alkoholiků, abych věděl, do čeho své klienty posílám, když jsem absolvoval nějaké školení. Kdy si myslím, že pro některé*

*klienty to může být velice pozitivní, ale v mnoha případech se mi nepodaří ty klienty dotlačit. V některých případech tam klienti přijdou na nějakou úvodní spolupráci, ale následně přestanou. I pokud jim to, jako OSPOD v rámci správního řízení je přikázáno dle správní řádu a oni to i tak jaksi bojkotují, ono lze jim uložit pokutu, ale zase v takových případech to nemá cenu.*

**c) Jak vnímáte spolupráci s dalšími subjekty, které mají jako cílovou skupinu osoby užívajících návykové látky?**

*Je důležité si uvědomit, že velice často se rozchází ideje nás jako OSPODU a pomáhajících organizací. Jelikož je zásadní, abychom byli na jedné lodi. Dále že nás nevnímají, jako nějaký ten úřad, a ta spolupráce je pak díky tomu více otevřená.*

*My tu spolupráci můžeme uložit soudně, kdy rodiče třeba museli spolupracovat s jednou konkrétní organizací. Takže je to takové povinné, a to teda buď na základně soudního nařízení, či IPODu, dle IPODu je to takový nátlak z naší strany. Ale už se stalo také, že s nějakou organizací nedalo spolupracovat, jelikož jsme se dostali do situace, kdy pracovnice té organizace začala být v roli, jakéhosi přímluvce a obhájce toho klienta a v podstatě já byl najednou v roli někoho negativního, a tak jsem cítil, že taková spolupráce k ničemu není. Já se snažil vysvětlit, že chráním zejména ty děti, a to znamená, že taktéž pomůžu třeba tomu rodiči. Takovým organizacím se já vyhýbám, jelikož potřebuji spolupráci a určitou kooperaci, to neznámá, že si nenechám od nějaké organizace poradit, já třeba kolikrát ustoupím, když zjistím, že bych bránil nějakému dobrému počínu. Já své poslání v sociální práci stavím na pochopení a vím, že když budu někoho tlačit do někoho, tak ničeho nedocílím. Klient by se měl na mě koukat, jako na něčeho, kdo se mu snaží pomoci i v případě, že on konzumuje návykové látky.*

**d) Máte možnost využít spolupráci ve svém okolí s adiktologickou ambulancí?**

*Konkrétně, že bychom využívali adiktologa to ne, využíváme služby pro konzumenty návykových látek, ale například využití adiktologické ambulance jsme ještě nevyužili.*

**e) Jakou konkrétní podporu spolupráce či pomoci při řešení případů s klienty užívajícími NL byste uvítali?**

*Nevím, zda jsem zcela kompetentní tohle nějakým způsobem říct, jelikož se systematicky nějak přímo síťováním nezabývám a jednou jsme tady měli projekt*

*zaměřený na síťování, ale já si myslím, že v této oblasti konzumace návykových látek necítím, že by tu chyběla nějaká spolupracující organizace, to spíše vůle těch klientů je na něco navázat. Myslím si, že chybí nějakým způsobem péče o tyto klienty, taková, která jim umožní na sobě pracovat s tímto problémem, ale nebude potřeba okamžitě jim odebírat dítě, tudíž nějaký odborník pro práci s osobou konzumující návykové látky. A poté nedostatek dětských psychiatrů, nebo někoho, kdo se specializuje na konzumaci návykových látek u mladistvých. Mě spíš trápí ty klienty do různých služeb dostat, aby to vedlo k nějakému posunu.*

### **Potřebné změny ve vzdělání sociálních pracovníků OSPOD**

#### **a) Jaký máte rozsah ve vzdělání v oblasti adiktologie?**

*Konkrétně školení zaměřené jen na adiktologii nemám, mám nějaké povědomí, zejména díky osobnímu zájmu.*

#### **b) Jaké nedostatky shledáváte ve vzdělání sociálních pracovníků OSPOD?**

*Po této stránce si myslím, že máme nabídky poměrně široké, jednak díky povinnému vzdělávání, a já osobně v rámci těchto závislostí jsem se zúčastnil různých odborných přednášek, abych se dozvěděl více o této problematice, sice z nás díky tomu nebudou adiktologové, ale člověk získá nějaký rozhled, protože nakonec já stále nebudu tím odborníkem, který to bude řešit, budu tím zprostředkovatelem, ale je nutné vědět, na co je navázat, jaké služby jsou k dispozici, ale myslím si, že v tom problém není. My máme širokou nabídku různých školení v různých oblastech. Spíš je otázka nějaké časové vytiženosti. Ve větších městech je toto vlastně takovýchto problémů dost, tudíž se z ničeho nehroutneme, tady prostě je znát rozdíl pohledu pracovníků OSPOD z menšího OSPOD a většího města. Takže se na některé problémy koncentrují mnohem více, než my, jelikož tady máme kolikrát mnohem horší případy, kdy jde defacto o život dětí. A my ten záběr cílových skupin máme strašně široký.*

#### **c) Je dle vás současné vzdělání dostatečné k práci s klienty užívajícími návykové látky?**

*Na našem pracovišti ano, spíše je celkově náročná práce s takovýmto typem klientů, jelikož jsou velice nemotivovaní, a spolupráce je velice zdoluhavá, a velmi často frustrující.*

*Tohle je náročné posoudit, jelikož nezáleží zejména na nás jako pracovnících, ale zejména na klientech. My můžeme doporučit či přikázat různá odborná pracoviště, která s tímto typem klientů pracují, ale jak se rozhodnou klienti, moc nedokážeme změnit.*