

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Nicol Homolková

Následná péče u osob se závislostí na drogách

Olomouc 2015

vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedené pramenů a literatury.

V Olomouci dne

Nicol Homolková

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych velmi poděkovat panu Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce. Především za cenné rady, podporu a konzultace, které mi během psaní bakalářské práce poskytoval. Také bych chtěla poděkovat Kristýně a Tereze Podloučkové za odbornou pomoc při tvoření interaktivní mapy. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svojí rodině, která mě po celou dobu studia velmi podporovala.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Nicol Homolková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Následná péče u osob se závislostí na drogách
Název v angličtině:	Perspective aftercare for drug addicted people.
Anotace práce:	<p>Ve své bakalářské práci "Následná péče u osob se závislostí na drogách," se zaměřuji na služby následné péče, které jsou velmi důležitým článkem v doléčování osob se závislostí na drogách. Bakalářská práce je členěna do devíti kapitol. Pojednává o systému péče o osoby se závislostí, o motivaci k léčbě, o službách následné péče, o zmapování dostupnosti služeb následné péče, o klientele, a o individuální, skupinové a sociální práci s klienty. Praktický výstup práce tvoří interaktivní mapa dostupnosti služeb následné péče. Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování dostupnosti služeb následné péče v České republice a jejich vyhodnocení.</p>
Klíčová slova:	Následná péče, závislost, psychoterapie, léčba, motivace, doléčování, klient, sociální práce
Anotace v angličtině:	<p>Bachelor thesis „Aftercare for People with Drug Addiction,“ focuses on aftercare services, very important part of follow-up treatment of drug addicts. The thesis is divided into nine sections. It discusses system of care for drug addicts, motivation to undergo the treatment, aftercare services, availability of aftercare services, clients, individual, group or social work with clients. The practical output of the thesis is</p>

	an interactive map of the availability of aftercare services. The main goal of the thesis is to map the availability of aftercare services in the Czech Republic and to assess the availability.
Klíčová slova v angličtině:	Aftercare, addiction, psychotherapy, treatment, motivation, follow-up treatment, client, social work
Přílohy vázané v práci:	Žádné
Rozsah práce:	67 stran
Jazyk práce:	Čeština

Obsah

Úvod.....	9
1 Systém péče o osoby se závislostí	11
1.1 Terénní programy	12
1.2 Nízkoprahová kontaktní centra	12
1.3 Detoxifikační jednotky	13
1.4 Substituční léčba	14
1.5 Ambulantní léčba	14
1.6 Denní stacionáře	15
1.7 Střednědobá ústavní léčba	15
1.8 Terapeutické komunity	16
1.9 Následná péče a doléčovací programy	17
1.10 Ostatní zařízení a služby	17
2 Motivace v rámci léčby závislosti	18
2.1 Motivace ke změně	19
2.1.1 Model Prochaska-Diclemente	19
2.1.2 Model Buisman-Kok	21
2.2 Motivační rozhovor	22
3 Následná péče	24
3.1 Vymezení pojmů následná péče, doléčování a sociální rehabilitace	24
3.2 Historie a legislativní ukotvení následné péče v ČR	26
4 Zmapování poskytovatelů následné péče v ČR	30
4.1.1 Brno	31
4.1.2 České Budějovice	31
4.1.3 Český Těšín	31

4.1.4	Děčín.....	32
4.1.5	Frýdek – Místek	32
4.1.6	Havířov	32
4.1.7	Hradec Králové	32
4.1.8	Jemnice	33
4.1.9	Jeseník.....	33
4.1.10	Jihlava.....	33
4.1.11	Karviná	33
4.1.12	Kladno	33
4.1.13	Koněšín.....	34
4.1.14	Kroměříž.....	34
4.1.15	Kyjov.....	34
4.1.16	Liberec.....	34
4.1.17	Mníšek pod Brdy.....	35
4.1.18	Most.....	35
4.1.19	Olomouc	35
4.1.20	Ostrava	35
4.1.21	Pardubice.....	36
4.1.22	Písek	36
4.1.23	Plzeň.....	36
4.1.24	Praha.....	37
4.1.25	Ústí nad Labem	38
4.1.26	Vsetín	38
5	Služby následné péče	40
5.1	Doléčovací program.....	41

5.2	Chráněné bydlení.....	41
5.3	Chráněné zaměstnání.....	42
6	Klientela následné péče.....	43
6.1	Cílová skupina uživatelů následné péče.....	44
6.1.1	Vymezení z pohledu adiktologie	44
6.1.2	Vymezení z pohledu sociálních služeb	45
7	Individuální práce s klienty v následné péči	46
7.1	Vymezení psychoterapie	46
7.2	Individuální psychoterapie	46
7.3	Terapeutický vztah a terapeutický proces	47
7.4	Využití psychoterapie v následné péči	48
8	Skupinová práce s klienty v následné péči	50
8.1	Vymezení skupiny jako celku	50
8.2	Terapeutické faktory ve skupinové psychoterapii.....	51
8.3	Využití expresivních terapií v následné péči.....	52
8.4	Využití rodinné terapie v následné péči	53
9	Sociální práce s klienty v následné péči	55
9.1	Sociální práce s uživateli návykových látek	56
9.2	Sociální práce s klientem v doléčovacím programu.....	57
	Závěr	59
	Seznam zkratk.....	61
	Prameny a použitá literatura.....	62

Úvod

Problematika závislosti na návykových látkách je v dnešní době velice aktuální téma. Společnost zpravidla zaujímá negativní postoj k osobám s tímto problémem a od toho se mohou odvíjet další předsudky, které mohou mít vliv např. na zaměstnávání těchto osob či na celkový přístup k těmto osobám. Je třeba si uvědomit, že v dnešní době je velké spektrum služeb pro osoby se závislostí na návykových látkách a pokud se rozhodnou svoji situaci řešit, lze jim pomoci se znovu vrátit do plnohodnotného života. Každý člověk si zaslouží druhou šanci a především pomoc a je třeba ke každému takto přistupovat. Závislost je tak problematická, že nestačí nastoupit pouze na několikaměsíční léčbu, ale je vhodné využívat ještě další služby, které pomáhají v udržení abstinence, v hledání práce, řešení dluhů apod. Právě tyto nabízejí služby následné péče, které jsou dostupné pro osoby, které absolvovaly několikaměsíční léčbu a chtějí pokračovat v doléčování.

Ve své práci jsem se proto rozhodla věnovat právě tomuto tématu, protože sdílím názor, že služby následné péče vysoce zvyšují úspěšnost vyléčení klienta a jeho opětovné zařazení do života. Tyto programy pomáhají klientovi v udržení abstinence, v sociálních interakcích, při hledání práce a řešení dluhů, či při řešení dalších osobních problémů.

Bakalářská práce je členěna do 9 kapitol. První kapitola pojednává o systému péče pro osoby se závislostí na návykových látkách. V kapitole je popsána každá složka, která se zabývá problematikou této klientely, ať už se jedná o aktivní uživatele návykových látek nebo o klienty v léčbě či doléčovacím programu. Druhá kapitola pojednává o motivaci klienta k léčbě závislosti, což spatřuji jako velice důležité, jelikož bez motivace by se klient nemohl v léčbě posunout dál. Třetí kapitola pojednává o následné péči. Stručně je popsáno vymezení pojmů následná péče, doléčování a sociální rehabilitace. Dále je popsána stručná historie vývoje této služby a zejména legislativní ukotvení, které lze nalézt v zákoně č. 108/2006 Sb. v platném znění, o sociálních službách. V neposlední řadě jsem se ve čtvrté kapitole zaměřila na zmapování služeb následné péče v ČR. Pro přehlednost je vytvořena mapa ČR, do které jsou zaznačena města, kde se služby následné péče nacházejí. Na konci kapitoly je vyhodnocení, v jakém kraji se nachází nejvíce služeb následné péče a kde naopak chybí. Výčet služeb následné péče není samozřejmě kompletní, protože jako službu následné péče lze pojmut daleko více typů služeb na území ČR, avšak tato práce se zaměřuje pouze na služby, které jsou registrovány MPSV jako sociální služba

Služby následné péče. V další kapitole můžeme nalézt stručné vymezení služeb následné péče, tedy složek, které by tato služba měla poskytovat. V šesté kapitole nalezneme informace o klientovi, který se nachází ve službě následné péče. Sedmá a osmá kapitola se zaměřuje na individuální a skupinovou psychoterapii s klienty v následné péči. Poslední kapitola pojednává o sociální práci s klientem v následné péči, protože sociální práce patří mezi důležitou složku v systému této služby.

Cílem práce je popsat služby následné péče v ČR; především zmapovat dostupné služby v ČR a podat o nich stručné informace, aby byly dostupné jednak pro širokou veřejnost, rodinu a především pro bývalé uživatele návykových látek, kteří se rozhodnou pokračovat v doléčování právě formou služby následné péče. Zmapování této služby je uděláno tak, aby člověk na jednom místě získal informace o tom, kam všude se může na tuto službu obrátit, případně kde může nalézt další informace. Praktický výstup práce tvoří interaktivní mapa dostupnosti služeb následné péče v České republice.

Bakalářská práce je dedikována projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci: Percepce subjektivního dopadu zdravotního postižení / přítomnosti chronického onemocnění a pojetí zdravotního uvědomění a gramotnosti (IGA_PdF_2015_003)“.

1 Systém péče o osoby se závislostí

V České republice je aktuálně vytvořen relativně ucelený systém péče o osoby se závislostí na návykových látkách. Tento systém péče zahrnuje síť poradenských, sociálních a léčebných služeb. Vývoj těchto služeb se odvíjel především od potřeb klientů a terénu. Síť složek se zabývá potřebami klientů, kteří se nacházejí v různém stádiu závislosti, a zároveň zohledňuje individuální potřeby klientů. (Richterová - Těmínová, 2008)

Bém (in Kalina a kol., 2003b, s. 156) uvádí, že *„efektivní systém péče o uživatele návykových látek (síť léčebné péče) by měl splňovat řadu kritérií, a to jak v oblasti kvalitativní (struktura a provázanost sítě), tak v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče).“*

Tamtéž (2003b) jsou kritéria vymezena následovně:

1. Kvalitativní kritéria

- **Komplexnost systému péče** – komplexní systém péče zohledňuje specifické potřeby jednotlivých cílových skupin, motivaci ke změně klientů a rozsah problémů, které způsobuje užívání návykových látek. Komplexnost vyžaduje kompletní pokrytí služeb, ať už od terénních programů, přes psychoterapeutickou péči až po dlouhodobou léčbu a doléčování.
- **Provázanost systému péče** - správná provázanost systému péče je velice důležitá, hlavně proto, aby systém odpovídal potřebám klientů a jednotlivé služby na sebe navazovaly. Tyto složky péče by se měly doplňovat, předávat si klienty a vést dokumentaci.
- **Efektivita systému péče** - aby mohl systém péče fungovat a být efektivní, je třeba, aby obsahoval určité nástroje, které zaručí efektivitu a mezi tyto nástroje lze zahrnout např. standardy odborné péče, akreditační podmínky, monitorování kvality poskytované služby apod.

2. Kvantitativní kritéria

- **Rozsah systému péče** - rozsah systému péče je určen národním i místním poměrem počtu případů užívání návykových látek k počtu obyvatel v dané lokalitě ve sledovaném časovém období. Tento počet může být rozdílný v regionech, zejména

v porovnání měst a vesnic. Na základě těchto údajů se pak stanoví rozsah systému péče v jednotlivých krajích.

- **Dostupnost systému péče** - péče musí být dostupná pro uživatele návykových látek jak místně, tak časově. Měla by také vycházet z místních potřeb. Rozsah i dostupnost péče by se měla průběžně sledovat a vyhodnocovat.

1.1 Terénní programy

Tento typ služby řadíme mezi první článek v systému péče o osoby se závislostí na drogách. Tato služba je poskytována v přirozeném prostředí klientů, tedy hlavně na ulici, což se řadí mezi tzv. otevřenou drogovou scénu a také probíhá v bytech klientů, což lze nazvat jako tzv. uzavřenou drogovou scénu. (Kalina, 2008)

Parula (2010) uvádí, že práce na tzv. toxibyttech je velmi specifická a je třeba k ní i takto přistupovat. Byt lze využít jednak k výměně injekčního materiálu, ale i k různému testování nemocí apod. Aby pracovník mohl do takového bytu vstoupit, je třeba mít souhlas všech nájemníků a dodržovat určitá pravidla.

Terénní programy mají dále spoustu specifík – probíhají na ulici, pracovník klienty aktivně vyhledává, monitoruje se drogová scéna v daném prostředí, navštěvují se specifická místa v prostředí klientů apod. (Kalina, 2008)

1.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Ust. § 59 zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění, o sociálních službách, definuje kontaktní centra jako „*nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.*“

Kontaktní centra jsou tedy primárně určena k včasné krizové intervenci, dále k poradenství a také k zdravotní a sociální pomoci osobám, které mají malou motivaci k jejich léčbě. Při spolupráci klienta s kontaktním centrem není podmínkou, aby klient abstinovat. Mezi hlavní princip práce kontaktních center lze zařadit především respektování volby klienta. Navíc je klientům umožněn anonymní kontakt, buduje se důvěra mezi klientem a pracovníky a služby, které centrum poskytuje, reagují na poptávku klientů. Mezi služby kontaktních center lze zahrnout kontaktní práci, výměnný program, zdravotní péči v základní míře, základní

poradenství, intervence, motivační trénink, sociální práci a různé doplňkové služby jako např. zprostředkování hygienického servisu, jídla apod. (Libra in Kalina a kol., 2003b)

1.3 Detoxifikační jednotky

Detoxifikace je významná v případě, kdy je třeba zbavit organismus návykové látky a podpořit klienta v překonání možných odvykacích příznaků. Detoxifikace může probíhat dvěma způsoby, kdy první způsob nevyužívá léky a druhý způsob se uskutečňuje za pomoci farmakologické léčby. Hlavní smysl či důvod detoxifikace lze spatřit v tom, že má připravit pacienta na další léčbu, nebo z důvodu nebezpečnosti klienta sobě i svému okolí. Detoxifikace se liší z hlediska primární drogy, na které byl klient závislý a od toho se odvíjí i doba detoxifikace a její průběh. (Nešpor, Csémy, 1996)

Nešpor (in Kalina et al., 2003b, s. 190) vymezuje „organizační začlenění detoxifikačních stanic, které lze shrnout následovně:

- *detoxifikační jednotka jako součást zařízení ke střednědobé nebo dlouhodobé léčbě závislosti*
- *samostatná detoxifikační jednotka v nemocničním komplexu*
- *detoxifikační jednotky zařízení, jež poskytují ambulantní služby, nabízející jako alternativu i detoxifikaci v domácím prostředí. U nás to není časté. Podmínkou bezpečné detoxifikace v domácím prostředí bývá relativně stabilní sociální situace, dobrý zdravotní stav, odvykací syndrom neohrožující život. Bývá také vhodná spolupráce rodiny.“*

Detoxifikace obsahuje určité prvky, které by se měly dodržovat. Mezi ně lze zařadit např. **toxikologické, somatické i psychiatrické vyšetření** (zjistit užívanou drogu, zpracování anamnézy, navázání prvního kontaktu apod.), **zajištění bezpečnosti klienta** (bezpečnost je důležitá, klient může být nebezpečný sobě i svému okolí), **psychoterapie a léčba prostředím** (přístup ke klientovi může ovlivnit průběh jeho léčby, důležitá je emoční podpora, motivace, příjemné prostředí), **farmakoterapie** (farmakoterapie se nemusí užívat pokaždé, je to individuální), **prostředí, kde nejsou volně dostupné návykové látky** (velmi důležité), **rodinná terapie** (zachování rodinných vztahů a jejich podpora), **vnitřní diferenciaci detoxifikačních**

jednotek (rozdělení na jednotlivá oddělení dle dané léčby, aktuální stav či schopnost spolupráce) apod. (Nešpor a Csémy, 1996)

1.4 Substituční léčba

„Substituční léčba je typem léčby závislosti na opiátech, která používá látku s podobnými nebo identickými vlastnostmi a účinky jaké má užívaná droga. Tento typ látky se nazývá agonista. Agonisté mohou nahradit zneužívanou drogu a vytvořit snadněji kontrolovatelnou formu závislosti. Užívání substitučních látek zmírňuje mnoho abstinenčních příznaků, které jedinci závislí na různých psychoaktivních látkách pociťují, a snižuje zdravotní a sociální rizika.“ (Verster, Buning, 2003, s. 14)

Substituční léčba probíhá pod dohledem lékaře. Tento druh léčby se využívá hlavně při závislosti na opioidech. Mezi opioidové agonisty lze zařadit např. metadon, morfin s prodlouženým uvolňováním, buprenorfin, v některých zemích i diamorfin. Velký přínos substituční léčby lze spatřovat v tom, že poskytuje osobám závislým na návykových látkách příležitost ke snížení míry jejich rizikového chování a také k vyrovnání jejich zdravotních a sociálních podmínek. Tento typ léčby je určen pro osoby, které nedovedou s užíváním drogy přestat a nedokážou udržet abstinenci. (Kastelic, Pont, Stöver, 2010)

Verster a Buning (2003, s. 15) vymezují *„cíle substituční léčby, do kterých lze zahrnout:*

- *pomoci pacientům, aby zůstali zdraví až do doby, než budou díky vhodné léčbě a podpoře schopni začít žít bez nelegálních drog*
- *omezit pacientovo užívání nelegálních nebo nepředepsaných drog*
- *řešit problémy spojené se zneužíváním drog*
- *omezit nebezpečí související se zneužíváním drog (HIV, hepatitida typu B a C)*
- *zkrátit trvání období zneužívání drog*
- *snížit pravděpodobnost budoucí recidivy zneužívání drog“*

1.5 Ambulantní léčba

Ambulantní léčbu provozují ambulantní střediska, zdravotně sociální služby, tedy především zařízení zdravotního i nezdravotního charakteru. Jelikož se jedná o formu ambulantní, tak klient do zařízení pouze dochází, tudíž zůstává ve svém přirozeném sociálním prostředí. Ambulantní léčba není přístupná pouze osobám se závislostí na návykových látkách, ale i rodině, experimentátorům a dalším osobám. Tuto léčbu využívají osoby dobrovolně, či z donucení,

případně ji mohou mít nařízenou i soudem. Pracuje se s anamnézou klienta, provádí se různá vyšetření, psychoterapie, farmakoterapie apod. Tento typ léčby můžeme zařadit mezi takový základní článek zdravotní péče o uživatele návykových látek, důležitá je potom návaznost na ostatní služby a další léčbu. (HAMPL in Kalina a kol., 2003b)

„Ambulantní AT péče by měla být navýsost specializovaná, profesionálně kvalitní, erudovaná, komplexní a podle potřeby dostatečně diferencovaná. Samozřejmě musí být i snadno dostupná, ekonomicky účelná, přirozeně by měla být i efektivní.“ (Profous in Heller a Pecinovská, 2011, s. 141)

1.6 Denní stacionáře

Kalina (2003b) vymezuje denní stacionář jako typické zařízení na tzv. poloviční cestě, jelikož je to zařízení, které se nachází mezi ambulantní léčbou a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Jak je již z názvu patrné, služby jsou poskytovány během dne v pracovní dny a péče, která je poskytována, zahrnuje činnosti zdravotní, terapeutické, ošetrovatelské, sociální, výchovné apod. Nejedná se o lůžkovou službu. Významná je pro ty osoby, které mají kde bydlet, ale vzhledem k jejich situaci není vhodné, aby byli doma sami, nebo jim nepostačuje ambulantní léčba a taktéž nepotřebují k léčbě lůžkovou péči. Tato forma léčby závislosti není v ČR ještě příliš rozšířená. Hlavní podstatou denních stacionářů je praktikování strukturovaného programu, jehož principy jsou převzaty převážně z práce v terapeutických komunitách. Strukturovaný program je léčebný či léčebně-resocializační. Tento program má definovanou délku trvání, běžně se jedná o 3-6 měsíců. Jedná se především o celistvý přístup k léčbě i sociální rehabilitaci a hlavním cílem je změna životního stylu člověka závislého na návykových látkách. Tento typ služby je pro klienty vcelku náročný, ale je významný vzhledem k tomu, že již během léčby se klient učí žít ve svém přirozeném prostředí tak, aby předešel rizikovým situacím nebo je dokázal správným způsobem řešit. Denní léčba není vhodná pro každého, je třeba zohlednit délku drogové kariéry, vhodnost jejich sociálního prostředí apod.

1.7 Střednědobá ústavní léčba

Tento typ léčby lze vymezit jako léčbu ústavní (jak je již patrné z názvu) a tato léčba trvá zpravidla 3-6 měsíců. V ČR se poskytuje v rámci zdravotnických zařízení, psychiatrických nemocnic apod. Mezi základní cíl střednědobé léčby lze zahrnout trvalou a důslednou abstinenci od návykových látek, práce s postojem k relapsu, vybudování náhledu, postupné řešení důsledků

drogové kariéry, práce s motivací apod. Program střednědobé léčby je komplexní a zahrnuje v sobě několik přístupů, především přístupy terapeutické, výchovné a vzdělávací. Léčba je především strukturovaná a má určitý režim. Důležitým krokem na konci tohoto druhu léčby je naplánovat další možnosti následné péče. (Dvořáček in Kalina a kol., 2003b)

1.8 Terapeutické komunity

Kalina (2001, s. 90) definuje terapeutickou komunitu jako „*strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace. Terapeutická komunita (zkratka TK) nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly.*“

Kratochvíl ve své knize Terapeutická komunita (1979) popisuje, že TK lze chápat v rámci dvou pojetí, a to v širším a užším pojetí. V širším pojetí ji lze chápat spíše formou řízení oddělení či nějaké instituce, kde je kladen důraz převážně na všestrannou otevřenou komunikaci a na spolupráci všech při rozhodování i léčbě. Naopak v užším pojetí je chápána spíše jako psychoterapeutická metoda, tedy určitý způsob léčení, kdy se využívá potenciálu skupinové dynamiky společně žijících osob.

Význam TK nelze spatřovat pouze v umožnění závislému žít bez užívání návykových látek, ale především v rozšíření pozitivního životního stylu, naučení klienta zvládat stres či posilovat vztahy s rodinou apod. Cíl léčby v rámci terapeutické komunity se netýká pouze změn v chování klienta, ale klient se učí znovu objevovat důvěru v sebe i v druhé. Tendence léčby se zaměřují především na sociální, intelektový a tvůrčí rozvoj klienta. Mezi terapeutické faktory komunity lze zahrnout např. náhradní rodinu, jednotnou filozofii, terapeutickou strukturu, rovnováhu mezi demokracií, terapií a autonomií, sociální učení prostřednictvím sociální interakce, učení prostřednictvím krize, konfrontaci, pozitivní tlak vrstevníků, zvýšení sebevědomí díky úspěchům apod. (Kooyman, 2004)

Terapeutická komunita již není dostupná pouze pro cílovou skupinu drogově závislých, ale zaměřuje se i na cílovou skupinu osob s různými diagnózami, s chronickou závislostí, na adolescenty, závislé matky s dětmi, na vězně, imigranty či oběti HIV apod. (Kalina, 2008)

1.9 Následná péče a doléčovací programy

Popisu následné péče a doléčovacích programů se v této podkapitole nebudeme podrobněji věnovat. Pro správné zařazení, je tato podkapitola řazena pod systém péče o osoby se závislostí, ale podrobněji bude popsána v samostatné kapitole č. 3, 4 a 5.

1.10 Ostatní zařízení a služby

Do ostatních zařízení a služeb pro osoby závislé na návykových látkách lze zahrnout zařízení, která reagují na potřeby specifických cílových skupin. Tyto služby jsou pak tedy zřizovány pro specifické skupiny, jako jsou např. mladiství, matky s dětmi, terénní práce pro příslušníky menšin, zařízení pro děti do 15 let, služby pro klienty, kteří se nacházejí ve výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody, či pro osoby po propuštění z výkonu trestu. Mezi specifické služby pro tuto klientelu lze zahrnout i služby sociální rehabilitace, které se zaměřují na zaměstnávání klientů. Jedná se buď o specifické pracovní agentury, nebo o programy podporovaného zaměstnání pro uživatele návykových látek či pro klienty, kteří abstinují. V poslední době se zakládají sociální firmy, které jsou specifické tím, že se zaměřují na integraci klientů do normálního života. (Kalina a kol., 2008)

2 Motivace v rámci léčby závislosti

V prvé řadě je důležité si vymezit termín motivace. Každý autor může pohlížet na tento pojem jinak. Hartl ve své knize *Stručný psychologický slovník* (2004, s. 141) vymezuje termín motivace jako „*proces řídící síly odpovědné za zahájení, usměrňování, udržování a energetizaci zacíleného chování; síly mohou být fyziologické, jako je hlad, žízeň, sex, sebezáchova, nebo psychologické, jako je touha uspět a potřeba někam patřit.*“ Norbert Sillamy (2001, s. 121) vidí motivaci jako „*souhrn dynamických faktorů, jež určují chování jedince. Motivaci lze tedy považovat za první chronologický prvek jednání; právě motivace uvádí organismus do pohybu a působí až do zmenšení tenze. Klasická psychologie rozlišuje motivy (intelektuální důvody našich činů) a pohnutky (emocionální příčiny). Toto rozlišování je však umělé a zbytečné. Ve skutečnosti na počátku našeho jednání nikdy není jediná příčina, ale celý nerozlučný soubor faktorů vědomých a nevědomých, fyziologických, intelektových, emočních a sociálních, které jsou ve vzájemné interakci.*“

Motivaci dále definuje Plháková (2004, s. 319), kdy uvádí, že „*motivace znamená hýbat a pro slovo motiv existuje výstižný český ekvivalent pohnutka. Motivaci lze definovat jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního. Motivy se projevují buď tím, že chceme něco získat, nebo se pokoušíme něčemu vyhnout.*“

Jako poslední vymezení si uvedeme od Kaliny (2001, s. 66-67), který vysvětluje motivaci jako „*proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak základním poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k vývojovému růstu a prosperitě. Je nejhlavnějším faktorem ze čtyř (další jsou: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby. Nejčastěji užívanou teorií motivace v současné době je Maslowova teorie hierarchické struktury potřeb, která pomáhá k individualizaci terapeutické strategie a k sebeaktivačnímu procesu.*“

2.1 Motivace ke změně

Zde si uvedeme, jaké modely motivace ke změně jsou známé. Obecně je motivace pro jakoukoliv změnu velice důležitá. Bez motivace nemůže klient dosáhnout požadované změny. Vždy je lepší, aby motivace vycházela od klienta, aby byl motivovaný něco změnit. Pokud by byl nucen k nějaké změně bez jeho vlastní motivace, změna by nemusela být dlouhodobá a úspěšná. Motivace k léčbě je nesporně důležitá v rámci následné péče, jelikož bez motivace nemůže klient projít úspěšnou léčbou a tím pádem nemůže na léčbu navázat dalším doléčováním, které je pro něj přínosem v dalším životě.

2.1.1 Model Prochaska-Diclemente

Prochaska a Diclemente (in Kalina, 2008) tvrdí, že existuje určitá úroveň motivace člověka k léčbě a tím i ke změně. Tato motivace může být pak spontánní nebo motivována léčbou. Tito autoři popsali pět vývojových stupňů, které vedou ke změně a vypovídají o připravenosti klienta k léčbě.

(Prochaska et al., 1992, in Kalina, 2008) Model naznačuje, kterými stádii jedinec prochází, když zahajuje jeho změnu. Stádia motivace jsou:

1. **Prekontemplace.** Toto stádium ještě není zaměřeno na uvažování o případné změně. Osoba nepovažuje užívání drog za svůj problém, není si vědoma toho, že by tento problém měla řešit. To, že užívá drogy, bere za něco pozitivního, něco co pomáhá a co si užívá. O změnu nestojí, jelikož jí přijde zbytečná a nepotřebná. Myslí si, že vše zvládne sama a nepotřebuje ničí pomoc. V rámci tohoto stádia se nejeví jako potřebné motivovat tyto jedince ke změně, či abstinenci. Příhodnější je spíše nabídnout uživatelům možnost kontaktu a nabídnout jim služby, které mohou minimalizovat rizika užívání návykových látek. Prospěšné by mohl být pokus o vyvolání pochybností u uživatele v rámci užívání návykových látek a nastítnit mu případná rizika.
2. **Kontemplace.** Oproti předcházejícímu stádiu se mohou objevovat problémy, díky nimž si někteří klienti uvědomí, že vznikají na základě užívání návykových látek. Oproti tomu, ale užívání návykových látek přináší stále určité uspokojení. Už se začínají ale objevovat pochybnosti, zda je prospěšné drogu stále používat, zda to nepřinese zdravotní a sociální komplikace do budoucnosti apod. Klient je již ochotný uvažovat o změně, ale stále si změnou není jistý, a proto zvažuje výhody a nevýhody změny. V tomto stádiu je velice

důležité, abychom posilovali klientovu sebedůvěru a jeho rozhodování. Dále je třeba motivovat klienta k malým krůčkům ke změně, které by mohly pozitivně ovlivnit jeho sebevědomí, pokud se mu je podaří zrealizovat.

3. **Rozhodnutí.** Pokud se nachází klient v této fázi, můžeme pozorovat, že došlo k dalšímu zhoršení jeho situace. Tím pádem u něj převažují výhody změny nad neřešením situace. Klient již dokáže na tyto problémy nahlížet jako na důsledek užívání návykových látek a je ochoten přistoupit ke změně. Tady je motivace ze strany terapeuta velice potřebná. Klient je rozhodnutý svoji situaci řešit, ale z okolí nemusí mít dostatečnou podporu a jeho osobnost může být mnohdy slabá na realizaci rozhodnutí ke změně. V tuto chvíli by měl terapeut pomoci klientovi s postupem, který je třeba realizovat v rámci změny, a s následnými kroky a strategiemi. Klient v rámci této fáze bývá nejvíce motivován, pozitivně naladěný, ochotný spolupracovat a tudíž ochotný přistoupit na léčbu. Tímto rozhodně nesmí motivace klienta končit.
4. **Jednání.** V této fázi se bude nacházet ten, kdo potřebu změny bude vnímat jako hlavní a žádoucí. K tomu, aby se realizovaly aktivity vedoucí k léčbě, může přispět správný terapeutický vztah a motivace z předcházejících stádií. V nejlepším případě přijímá klient navržený, či doporučený program a terapeut klientovi pomáhá uskutečnit danou pozitivní změnu.
5. **Udržování.** Tato fáze již znamená, že je klient schopný žít bez užívání návykových látek a je schopný se vrátit do běžného života. Tato situace se neobejde bez komplikací. Po celou dobu byl klient podporován terapeutem a dalšími lidmi a teď se vrací do prostředí, které je pro něj ohrožující. Úspěchem je, když klient dokáže udržet jeho pozitivní změnu. Důležitým faktorem jsou také strategie, které pomáhají k udržení změny a prevenci relapsu. Řadíme sem např. monitorování, upevňování nového životního stylu či nenavštěvování prostředí a lidí z minulosti, apod.
6. **Relaps.** Tato fáze může nastat v případě, kdy klient poruší svoji pozitivní změnu, selhává a tím pádem se může vrátit do první fáze, kdy nestojí o pomoc ani o změnu. Nejdůležitější je zarazit opětovné užívání a zvládnout psychologickou reakci na selhání. K relapsu nemusí dojít až po konečném stádiu, ale v jakékoliv etapě za změnou.

2.1.2 Model Buisman-Kok

Počarovský (1999, in Kalina, 2008) vymezuje tento model jako model změny chování, ve kterém se změny řadí do série v rámci dané posloupnosti:

- **Kontakt.** Jedná se o střet (odpor) se zdravotními a sociálními problémy, trestnou činností či stigmatizací. Jako nástroji v rámci změny chování mohou posloužit nabízené služby, respekt ke klientovi, navození bezpečí, možnost rozhodování, osobnost pracovníka apod.
- **Pozornost.** Bývá velice často zaměřena na abstinenční syndrom, zdravotní problémy, rodinu a partnera, nedostatek peněz, konflikt s policií apod. Účinnými nástroji zde mohou být naslouchání klienta, respektování klienta, dostatečný čas, trpělivost, plán, vytyčení hranic, zjištění postojů a hodnot apod.
- **Pochopení.** Pochopení informací může být různé. Informace mohou přicházet od vrstevníků, odborníků, rodiny, tištěného materiálu apod. Nástroji v tomto případě mohou být informační materiály, zkušenosti vrstevníků, ex-userů, nácvik dovedností, vysvětlení pojmů a problematiky, srozumitelnost apod.
- **Změna postoje.** Tady se jedná o to, aby si klient uvědomil, co sám chce či nechce, co je pro něj výhodné a nevýhodné z hlediska budoucnosti. Nástrojem se může stát sociální služba, zpětná vazba, ukázka, opakování informací dostupnou formou, zprostředkování servisu apod.
- **Změna záměru.** V tomto případě může zapůsobit více věcí, např. tlak z okolí, ze společnosti, určitý rituál apod. Nástrojem změny může být uznání ze strany odborníka, podpora klientových hodnot a postojů, zmapování situace, informace o možných rizicích.
- **Změna chování.** Ta může v optimálním případě nastat u ambulantních programů, či rezidenční léčby. Mezi nástroje zde můžeme řadit např. podporu, nácvik dovedností, dostatek informací, vzdělávání, pomoc, alternativu předešlého života apod.
- **Udržení změny.** Spadá do programů následné péče a prevence relapsu. Jako nástroje je zde vhodné využít reflexi, ocenění klienta, podporu a motivaci

k udržení stávající změny, možnost asistenta pracovníka, udržení nastavených pravidel, opakování atd.

V rámci této škály změn se jedná o drobné krůčky k požadované změně, kterými si klient prochází. Je důležité postupovat postupně, než chtít naráz změnit dosavadní životní styl klienta.

2.2 Motivační rozhovor

V pojetí tradičního modelu závislosti a její léčbě vzniklo přesvědčení, že drogově závislý člověk není dostatečně motivován ke změně, dokud se nedotkne úplného dna. Při vstupu pacienta do léčby se nevěnovala nijak velká pozornost jeho motivaci. Situace, kdy klient odmítal terapii a špatně spolupracoval, se považovala za popření z jeho strany. V současnosti nacházíme i jiné pohledy na tuto problematiku. (Dobiášová, Broža in Kalina a kol., 2003a)

Motivační rozhovor byl původně používán při léčbě problémových uživatelů alkoholu, ale postupně se začal aplikovat i při léčbě uživatelů, kteří zneužívali nelegální drogy. Motivační rozhovor předpokládá, že uživatel návykových látek v léčbě zastává protichůdné postoje ke svému užívání, a vymezuje se jako přístup, který má napomáhat klientům přijmout určité stanovisko a dosáhnout svého rozhodnutí k provedení změny. Motivační rozhovor lze vnímat jako poradenský nástroj a je užitečný v mnohých etapách léčby. Jako příhodný se jeví zejména v raném stádiu léčby, kde je motivace velice důležitá. (Gossop, 2009)

„Základním cílem motivačního tréninku je dosahování změn ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu, ať již při redukci užívání drog, anebo při cílené trvalé abstinenci. Abstinence nemusí být přítomná v klientově zakázce, ale mezi očekávané výsledky může přesto patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života a další kvality, které se v tradiční léčbě spojují s abstinencí.“ (Dobiášová, Broža in Kalina a kol., 2003a, s. 283)

Kalina a kol. (2008) vymezuje, že v kontaktu s klientem je důležité zjistit to, co klient považuje ve svém životě za problém a na základě těchto problémů stanovit jasné cíle. Ty se mohou týkat několika oblastí např. sociálních kontaktů, bydlení, práce, vztahy s policií, vztahy s rodinou. Klient by si měl sám určovat problémy a hledat jednotlivé cíle, oproti tomu terapeut by měl tento proces usnadňovat a podporovat proces změny. Cíle motivačního rozhovoru by měly

být dosažitelné, reálné a hlavně s nimi musí klient souhlasit. Nesmí být v rozporu s tím, co klient sám chce.

Dále uvádí, že „metoda motivačního rozhovoru je vhodná zejména v situacích, kdy klienti prožívají stav ambivalence a konfliktů v oblasti chování a myšlení. Indikací k volbě metody jsou stavy a problémy, které se objevují u klientů ze skupiny závislých, problémových uživatelů a ex-userů. Metoda je efektivní zejména v časných stádiích léčebného procesu a při doléčování, tj. nejkritičtějších etapách vývoje závislosti z hlediska rizik relapsu a možných poškození. Ukazuje se, že tato metoda umožňuje ovlivnit i nižší úroveň motivace. To je významné pro soudobé léčebné postupy, které se snaží využít výhod včasného zahájení léčby a nedokládat nástup do léčby na základě mýtu o nedostatečné motivaci klienta, jak tomu bylo v minulosti.“ (Tamtéž, 2008, s. 128)

3 Následná péče

V rámci této kapitoly popíšeme pojmy následná péče, doléčování a sociální rehabilitace. Význam těchto pojmů může někdy splývat a je třeba si je vymezit. Dále se budeme zabývat historií této služby a legislativním ukotvením.

3.1 Vymezení pojmů následná péče, doléčování a sociální rehabilitace

Kalina (2001, s. 57) vymezuje **následnou péči** následovně: „*Smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně nebo po předchozích intervencích. Následná péče může mít různé formy, tradiční v našich podmínkách jsou tzv. opakovací léčby. Další formou následné péče jsou doléčovací skupiny. Ty se scházejí zpravidla jednou týdně a rovněž zde se setkávají klienti po ukončení základní léčby i klienti v léčbě. Jejich cílem je stejně jako u opakovacích léčeb posílení abstinence a výměna zkušeností. Následná péče může mít formu individuálních pohovorů, zajišťovaných AT ordinacemi, popřípadě K-centry nebo klinickými psychology. Také tady je kladen důraz na posilování abstinence, často však s absencí socioterapie - na rozdíl od doléčovacích programů a rekvalifikace/resocializace. Velmi důležitou roli v procesu následné péče hrají též svépomocné skupiny. Specializovaná pracoviště pro následnou péči se u nás většinou nazývají doléčovací centra. Ta zasahují širší spektrum služeb.*”

Dále tentýž autor (2001, s. 26) vymezuje i termín **doléčování** a to následovně: „*Užší pojetí doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická nemocnice, terapeutická komunita, atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě. Cílem je v tomto případě sociální integrace klienta do podmínek normálního života. Takto pojatá definice zahrnuje celé spektrum intervencí, které jsou nezbytné ke zdárnému dokončení procesu údravy ze závislosti na návykových látkách, což je zejména: prevence relapsu, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie či poradenství, volnočasové aktivity, sociální práce, pracovní poradenství, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky, zdravotní péče (především se zaměřením na somatické důsledky užívání drog). Intenzivní doléčovací program s komplexním obsahem trvá*

obvykle 6-12 měsíců a jeho absolvování výrazně zvyšuje efektivitu léčby a zkracuje dobu, po kterou je potřebné poskytování následné péče. “

Jak je z výše uvedených definic podle Kaliny patrné, je zřejmé, že pojmy následná péče a doléčování se v konečném důsledku používají jako synonyma a doplňují se. Proto nelze vymezit rozdíl mezi těmito dvěma pojmy. Domníváme se, že následná péče je zejména zastřešující pojem, do kterého spadají doléčovací programy a další vhodné intervence. Pro potřeby této práce budeme tedy hovořit o následné péči, protože později budeme mapovat dostupnost této služby, která je zaregistrovaná jako sociální služba Služby následné péče. Obsahem této služby mohou být poté právě zmíněné doléčovací programy.

Program následné péče musí mít multidisciplinární a profesionální tým. Struktura týmu by se měla tvořit na základě potřeb klientů. Nicméně i když by měl být tým multidisciplinární, není třeba mít všechny odborníky tzv. pod jednou střechou, ale stačí je mít k dispozici externě. Do základního týmu by měl patřit především psycholog, speciální pedagog, a sociální pracovník. Program následné péče by měl brát především zřetel na to, aby se plnil základní cíl, tedy integrování klienta do normálního života s podporou samostatnosti klienta a odpovědnosti za jeho vlastní život. Nemělo by se tedy stávat, aby se plnily všechny potřeby klienta pouze v rámci jednoho zařízení, jelikož by se tím klient udržoval stále v chráněném prostředí, což není žádoucí. Délka trvání programu následné péče není zcela vymezená. Na doporučení trvá tento program přibližně minimálně 6 měsíců, ale v praxi je možné si délku programu prodloužit. Je to individuální, pobyt by měl být dlouhý podle toho, na čem se domluví klient s terapeutem a jaké možnosti dané zařízení poskytuje. (Kuda in Kalina, 2003b)

Z termínu doléčování je patrné, že po ukončení léčby přicházejí na řadu další aktivity, které léčbu doplňují a svým způsobem nahrazují. V případě, že se jedná o hospitalizaci, lze vymezit, kdy léčba končí a kdy začíná již proces doléčování. Pokud se formy léčby kombinují, či se zkracuje doba hospitalizace, nejde již zcela zřetelně vymezit hranici mezi léčbou a doléčováním, tedy kdy doléčování vůbec začíná. Doléčování je po léčbě velice důležitým prvkem, protože pomáhá klientovi předcházet relapsu. Doléčování může probíhat formou ambulantních doléčovacích programů, kde se využívá individuální i skupinová psychoterapie a

další pomocné aktivity. Pokud se v doléčování využívá kvalitní doléčovací program, v dostatečné délce a s trvalým aktivním přístupem, může dopomoci k tomu, že klient povede opět spokojený plnohodnotný život. (Heller in Heller, Pecinovská, 2011)

Od pojmů následná péče a doléčování je ještě třeba odlišit pojem **sociální rehabilitace**. Sociální rehabilitace se zaměřuje na (re)integraci osoby závislé na návykových látkách do společnosti a to především pomocí znovunabytých sociálních a profesních dovedností a také pomocí sociálního prostředí a vztahů, které mohou tvořit podpůrný článek. Jedná se především o změnu sociálních rolí v životě závislého. Cílem je i nabytí sebeúcty a schopnosti vést život v běžné společnosti a úspěšně se do ní začlenit. (Dvořák in Kalina a kol., 2003b)

3.2 Historie a legislativní ukotvení následné péče v ČR

Sociální služby se na našem území značně vyvíjely podle jednotlivých období, které probíhaly. S tím souvisela i právní úprava. Hodně změn v oblasti sociálních služeb nastalo po roce 1989. Tehdy vzrostl počet nestátních neziskových organizací. Do roku 2007 se nepožadovalo od organizací, aby zaměstnávaly pracovníky pouze s určitou kvalifikací, nepožadovalo se formulování metodiky práce a dále nebylo podmínkou zabývat se kvalitou poskytovaných služeb. Také církve zřizovaly po tomto roce zařízení zaměřená na poskytování sociálních služeb a to zejména Charity, Diakonie apod. Pracovníci sociálních služeb i klienti se do vzniku nové právní úpravy o sociálních službách museli přizpůsobovat starému režimu. (Matoušek a kol., 2007)

Nová právní úprava nabyla účinnosti k 1. 1. 2007 a to zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Prováděcím dokumentem je vyhláška č. 505/2006 Sb. Významným pozitivem bylo i formulování Standardů kvality sociálních služeb. Ze zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění, je patrný důraz na respekt k lidským právům a lidské důstojnosti, především v ust. § 2 tohoto zákona, který definuje základní zásady následovně:

„(1) Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

(2) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální

situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“

Přijetím nového zákona se rovněž upravil tzv. příspěvek na péči, který má sloužit osobám k uhrazení sociálních služeb. Dále byla přijata nová kategorizace služeb, které lze dělit na služby sociálního poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Zavedl se smluvní princip, který upravuje vztah mezi poskytovatelem a příjemcem služby. Dále se upravila problematika profesních kompetencí pro výkon povolání sociálního pracovníka a problematika kvality sociálních služeb. (Matoušek a kol., 2007)

Z výše uvedeného textu je patrné, že služba následné péče byla zakotvena do systému sociálních služeb až po roce 2007, kdy se začaly více rozvíjet služby sociální prevence, služby pro osoby závislé na návykových látkách, kladl se důraz na humanizaci služeb apod. Službu následné péče definuje ust. § 64 zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění, o sociálních službách, které uvádí, že *„služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.“* Dále ust. § 64 tohoto zákona v odst. (2) uvádí, že služba obsahuje tyto základní činnosti, kterými jsou:

- a) sociálně terapeutické činnosti
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Dále vymezuje v odst. (3), že pokud je služba následné péče poskytovaná formou pobytových služeb obsahuje kromě výše uvedených základních činností, navíc i tyto činnosti, kterými jsou:

- a) poskytnutí ubytování
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.

Prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění, definuje rozsah úkonů a úhradu za jednotlivé úkony v § 29 a to následovně:

„(1) Základní činnosti při poskytování služeb následné péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí,

c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

d) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:

1. ubytování,

2. zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení,

3. zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla,

e) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby:

1. vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu stravy, nebo

2. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování následné péče činí:

a) 180 Kč denně celkem za úkony uvedené v odstavci 1 písm. d), včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování,

b) za úkon uvedený v odstavci 1 písm. e) bodě 2

1. 170 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel,

2. 75 Kč za oběd, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.“

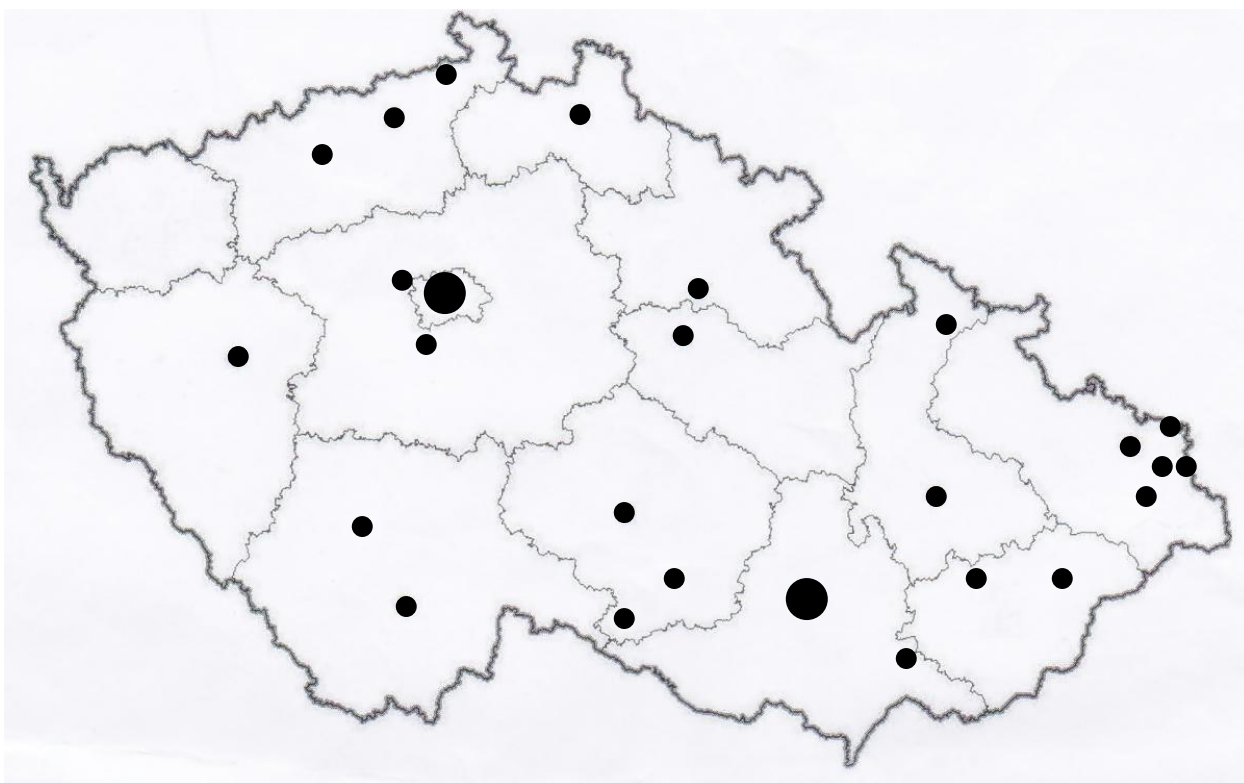
Služba následné péče je také definována podle RVKPP (2. revize, 2003) a to ve speciálních standardech v oddíle 8. 3. jako: „*Strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců.*“ Standardy se věnují u každé služby, tedy i u služby následné péče neboli

ambulantních doléčovacích programů, širokému spektru oblastí a to například personálnímu zabezpečení, cílové populaci, zhodnocení stavu klienta, odborné péči, skupinové a individuální formě práce, sociální práci, rodinné terapii, rehabilitaci, prevenci relapsu apod.

4 Zmapování poskytovatelů následné péče v ČR

V rámci této kapitoly popíšeme, kde všude v ČR se Služba následné péče poskytuje, kde naopak chybí apod. Jako názorná pomůcka nám k tomu bude sloužit mapa ČR, na které jsou vyznačená města s touto službou. Po stlačení tlačítka ctrl a klepnutí na příslušné město, budete odkázáni na příslušný text, kde bude konkrétní služba v daném městě popsána detailněji. Informace o dostupnosti následné péče v ČR byly získány z portálu Registru poskytovatelů sociálních služeb. (2015, [online])

Dále, bude zmapováno, které programy jsou navíc certifikované v rámci RVKPP jako ambulantní doléčovací program. Na konci kapitoly naleznete tabulku s počtem služeb v jednotlivých krajích.



Obrázek 1. [online] (doplněné o objekty)

4.1.1 Brno

1. A Kluby ČR, o.p.s.

- ambulantní služba
- certifikace v rámci RVKPP
- adresa: Hybešova 956/1, Brno-střed, Staré Brno, 602 00 Brno 2
- web poskytovatele: <http://www.akluby.cz/NaslPece.aspx>

2. Lotos – doléčovací centrum, o.p.s.

- ambulantní služba
- certifikace v rámci RVKPP
- adresa: Dvořákova 588/13, Brno-město, 602 00 Brno 2
- web poskytovatele: http://lotos-brno.cz/?page_id=47

3. Společnost Podané ruce, o.p.s. (DC Jamtana)

- pobytová a ambulantní služba
- certifikace v rámci RVKPP
- adresa: Hapalova 1490/22, Řečkovice, 621 00 Brno 21
- web poskytovatele: <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/dolovac-centrum-jamtana/>

4.1.2 České Budějovice

1. Občanské sdružení Prevent

- pobytová a ambulantní služba
- certifikace v rámci RVKPP
- adresa: Tylova 156/23, České Budějovice 7, 370 01 České Budějovice 1
- web poskytovatele: <http://dc.os-prevent.cz/>

4.1.3 Český Těšín

1. Modrý kříž v České republice (poradna)

- ambulantní služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Viaduktová 57/8, Český Těšín, 737 01 Český Těšín 1
- web poskytovatele: <http://www.modrykruz.org/poskytovane-sluzby/sluzby-nasledne-pece>

4.1.4 Děčín

1. Centrum sociálních služeb Děčín, příspěvková organizace

- pobytová i ambulantní služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Fügnerova 665/18, Děčín I-Děčín, 405 02 Děčín 2
- web poskytovatele:

<http://www.cssdecin.cz/index.php/intervencni-sluzby-37/d-centrum/nasledna-pece>

4.1.5 Frýdek – Místek

1. Modrý kříž v České republice (poradna)

- ambulantní služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Malý Koloredov 811, Místek, 738 01 Frýdek-Místek 1
- web poskytovatele: <http://www.modrykriz.org/poskytovane-sluzby/sluzby-nasledne-pece>

4.1.6 Havířov

1. Armáda spásy v ČR, z.s. (Vyhlídka pro ženy)

- pobytová služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Obránců míru 618/5, Havířov - Šumbark 736 01
- web poskytovatele: <http://www.armadaspasy.cz/havirov/vyhliodka-pro-zeny>

2. Armáda spásy v ČR, z.s. (Dům pod svahem)

- pobytová služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Pod Svahem 1, 736 01 Havířov – Šumbark
- web poskytovatele: <http://www.armadaspasy.cz/havirov/dum-pod-svahem>

4.1.7 Hradec Králové

1. Ambulantní centrum Hradec Králové (program následné péče)

- ambulantní služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Nerudova 1361/31, Pražské Předměstí, 500 02 Hradec Králové 2

- web poskytovatele: <http://www.laxus.cz/index.php?page=nasledna-pece>

4.1.8 Jemnice

1. ALKAT o.s.

- pobytová služba

- nemá certifikaci v rámci RVKPP

- adresa: Nivka 741, 675 31 Jemnice

- web poskytovatele: <http://www.alkat.cz/sluzby-nasledne-pece>

4.1.9 Jeseník

1. Doléčovací centrum Restart Jeseník

- pobytová i ambulantní služba

- certifikace v rámci RVKPP

- adresa: Nábřežní 539/4, Jeseník, 790 01 Jeseník 1

- web poskytovatele: <http://www.darmodej.cz/d-centrum/5885/dc-restart-jesenik/>

4.1.10 Jihlava

1. Diecézní charita Brno

- pobytová a ambulantní služba

- nemá certifikaci v rámci RVKPP

- adresa: Mahenova 4686/16, Jihlava, 586 01 Jihlava 1

- web poskytovatele: <http://jihlava.charita.cz/zavislosti/naslednapece/>

4.1.11 Karviná

1. Modrý kříž v České republice (poradna)

- ambulantní služba

- nemá certifikaci v rámci RVKPP

- adresa: Pivovarská 15/9, Fryštát, 733 01 Karviná 1

- web poskytovatele: <http://www.modrykriz.org/poskytovane-sluzby/sluzby-nasledne-pece>

4.1.12 Kladno

1. Zařízení sociální intervence Kladno

- pobytová a ambulantní služba

- nemá certifikaci v rámci RVKPP

- adresa: gen. Eliáše 483, Dubí, 272 03 Kladno 3
- web poskytovatele: <http://www.zsi-kladno.cz/>

4.1.13 Koněšín

1. CIRCLE OF LIFE, o.p.s.
 - pobytová i ambulantní služba
 - certifikace v rámci RVKPP
 - adresa: Koněšín 24, 675 02 Koněšín
 - web poskytovatele: <http://circleoflife.cz/clanky/50/Dolecovaci-program/>

4.1.14 Kroměříž

1. Doléčovací centrum Kroměříž
 - pobytová i ambulantní služba
 - nemá certifikaci v rámci RVKPP
 - adresa: 1. Máje 574/13, Kroměříž, 767 01 Kroměříž 1
 - web poskytovatele: <http://www.darmodej.cz/d-centrum/5071/dc-restart-kromeriz/>

4.1.15 Kyjov

1. Občanské sdružení Krok
 - pobytová a ambulantní služba
 - certifikace v rámci RVKPP
 - adresa: Sídliště Za Stadionem 1358, Nětčice, 697 01 Kyjov 1
 - web poskytovatele: <http://www.oskrok.cz/sluzby/program-nasledne-pece/poslani-a-cile>

4.1.16 Liberec

1. ADVAITA, z. ú.
 - pobytová i ambulantní služba
 - certifikace v rámci RVKPP
 - adresa: Rumunská 14/6, 460 01 Liberec 6 (ambulantní forma), Krejčího 1178/15, 460 06 Liberec 6 (pobytová forma)
 - web poskytovatele: <http://advaitaliberec.cz/programy/centrum-ambulantnich-sluzeb/dolecovaci-program/>

4.1.17 Mníšek pod Brdy

1. Magdaléna o.p.s.

- pobytová a ambulantní služba
- certifikace v rámci RVKPP
- adresa: Včelník 1070, 252 10 Mníšek pod Brdy
- web poskytovatele:

<http://www.magdalena-ops.eu/index.php/co-nabizi-magdalena-ops/pobytov%C3%A1-l%C3%A9%C4%8Dbaadol%C3%A9%C4%8Dov%C3%A1n%C3%AD/n%C3%A1sledn%C3%A1-p%C3%A9%C4%8De.html>

4.1.18 Most

1. Most k naději

- ambulantní služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Jaroslava Seiferta 2159/7, Most, 434 01 Most 1
- web poskytovatele:

<http://www.mostknadeji.eu/ustecky-kraj/centrum-pro-rodinu-a-naslednou-peci/>

4.1.19 Olomouc

1. P-centrum, spolek

- pobytová a ambulantní služba
- certifikace v rámci RVKPP
- adresa: Lafayettova 47/9, Olomouc, 779 00 Olomouc 9
- web poskytovatele: <http://www.p-centrum.cz/dolecovaci-centrum/>

4.1.20 Ostrava

1. ARKA CZ, o.s.

- ambulantní služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Sokolská třída 2587/81, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava 2
- web poskytovatele: <http://www.arka-alkohol.cz/>

2. Modrý kříž v České republice (poradna)

- ambulantní služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Havlíčkovo nábřeží 687/21, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava 2
- web poskytovatele: <http://www.modrykriz.org/poskytovane-sluzby/sluzby-nasledne-pece>

3. Renarkon, o.p.s.

- pobytová a ambulantní služba
- certifikace v rámci RVKPP
- adresa: Mariánskohorská 1328/29, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava 2
- web poskytovatele:
<http://www.renarkon.cz/cs/dum-na-pul-cesty-dolecovaci-centrum/leve-menu/dum-na-pul-cesty-dolecovaci-centrum>

4.1.21 Pardubice

1. Ambulantní centrum Pardubice (program následné péče)

- ambulantní služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Jana Palacha 1552, 530 02 Pardubice 2
- web poskytovatele: <http://www.laxus.cz/index.php?page=nasledna-pece>

4.1.22 Písek

1. Arkáda – sociálně psychologické centrum, o.s.

- ambulantní služba
- nemá certifikaci v rámci RVKPP
- adresa: Husovo nám. 2/24, Budějovické Předměstí, 397 01 Písek 1
- web poskytovatele: <http://www.arkadacentrum.cz/klicove-projekty/program-nasledna-pece>

4.1.23 Plzeň

1. Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s.

- pobytová i ambulantní služba
- certifikace v rámci RVKPP
- adresa: Doudlevecká 1235/71, Plzeň 3-Jižní Předměstí, 301 00 Plzeň 1

- web poskytovatele: <http://www.cppt.cz/nase-zarizeni/program-nasledne-pece>

2. Point 14

- pobytová a ambulantní služba

- certifikace v rámci RVKPP

- adresa: Sušická 241/75, Plzeň 2-Slovany, Božkov, 326 00 Plzeň 26

- web poskytovatele: <http://www.point14.cz/index.php?page=center-follow-up-care>

4.1.24 Praha

1. CENTRUM ALMA, o.p.s.

- ambulantní služba

- nemá certifikaci v rámci RVKPP

- adresa: Milady Horákové 690/4, Praha 7- Holešovice, 170 00 Praha 7

- web poskytovatele: <http://centrum-alma.cz/co-delame/projekty/centrum-sluzeb-nasledne-pece-alma/>

2. SANANIM z.ú.

- pobytová a ambulantní služba

- certifikace v rámci RVKPP

- adresa: Ovčí hájek 2549/64a, Praha 13-Stodůlky, 158 00 Praha 58

- web poskytovatele:

[http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-pro-matky-s-detmi-\(dc-mat\).html](http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-pro-matky-s-detmi-(dc-mat).html)

3. SANANIM z.ú.

- pobytová a ambulantní služba

- certifikace v rámci RVKPP

- adresa: Ovčí hájek 2549/64a, Praha 13-Stodůlky, 158 00 Praha 58

- web poskytovatele: [http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-s-chranenymi-byty-\(dc\).html](http://www.sananim.cz/dolecovaci-centrum-s-chranenymi-byty-(dc).html)

4. Sředisko prevence a léčby drogových závislostí DROP IN, o.p.s.

- ambulantní služba

- certifikace v rámci RVKPP

- adresa: Kobrova 3175/10, Praha 5-Smíchov, 150 00 Praha 5

- web poskytovatele: <http://www.dropin.cz/index.php/centrum-nasledne-pece>

5. Magdaléna o.p.s.

- ambulanti služba

- nemá certifikaci v rámci RVKPP

- adresa: Pod Vyšehradem 104/1, Praha 4-Podolí, 147 00 Praha 47

- web poskytovatele:

<http://www.magdalena-ops.eu/index.php/co-nabizi-magdalena-ops/lecba.html>

4.1.25 Ústí nad Labem

1. WHITE LIGHT I

- pobytová a ambulanti služba

- certifikace v rámci RVKPP

- adresa: Pražská 166/47, Ústí nad Labem-město, Vaňov, 400 01 Ústí nad Labem 1

- web poskytovatele: <http://www.wl1.cz/nasledna-pee.html>

4.1.26 Vsetín

1. NA CESTĚ, z.s.

- ambulanti služba

- nemá certifikaci v rámci RVKPP

- adresa: Palackého 138, Vsetín, 755 01 Vsetín 1

- web poskytovatele: <http://jsmenaceste.cz/mosty>

Pro přehlednost bude sloužit tabulka č. 1, viz níže, v které je popsáno, kolik center NP se nachází v daném kraji. Z tabulky je patrné, že v ČR je dostupných 36 zařízení NP, které jsou registrovány pod MPSV jako sociální služba. Nejvíce center Služby následné péče je v Moravskoslezském kraji, poté v Praze a na třetím místě s nejvyšším počtem je Jihomoravský kraj. Nejmenší zastoupení mají kraje Pardubický, Královéhradecký a Liberecký. V Karlovarském kraji se tato služba nevyskytuje vůbec.

Když se podíváme na centra, ohledně certifikace v rámci RVKPP, tak je z výše uvedeného textu pod mapou patrné, že kraje Jihomoravský, Olomoucký a Liberecký nabízejí

centra, která všechny mají certifikaci v rámci RVKPP jako ambulantní doléčovací centra. Ve zbylých krajích některá centra certifikaci mají a některá ne. Celkově má z 36 zařízení NP certifikaci 17.

Liberecký kraj	1 centrum NP
Ústecký kraj	3 centra NP
Karlovarský kraj	0 center NP
Praha	5 center NP
Středočeský kraj	2 centra NP
Plzeňský kraj	2 centra NP
Královéhradecký kraj	1 centrum NP
Jihočeský kraj	2 centra NP
Pardubický kraj	1 centrum NP
Kraj Vysočina	3 centra NP
Olomoucký kraj	2 centra NP
Moravskoslezský kraj	8 center NP
Zlínský kraj	2 centra NP
Jihomoravský kraj	4 centra NP

Tabulka č. 1 (vlastní zpracování)

Praktický výstup této práce tvoří interaktivní mapa, na které jsou dané služby, které jsou popsány výše, přehledně vyznačené a má sloužit pro praktické uplatnění, především pro klienty s touto problematikou, pro širokou veřejnost či pro pracovníky erudované v této oblasti. Mapu naleznete na tomto odkaze:

https://a.tiles.mapbox.com/v4/tetramirages.lo447b00/page.html?access_token=pk.eyJ1IjoidGV0cmFtaXJhZ2VzIiwiaYSI6ImljcEFYRzAifQ.wz6Q-eoxCYVaG9LgD5mKwg#8/49.795/15.535

5 Služby následné péče

Kvalitní služba následné péče by měla poskytovat celou řadu aktivit a intervencí, které může svým klientům nabídnout. Do těchto aktivit můžeme zahrnout následující:

1. **Prevence relapsu a abstinence.** Pokud klient nastoupí do programu následné péče, může se obávat selhání, protože mu nastává období samostatné abstinence a tudíž musí převzít odpovědnost. Klient již není denně kontrolován, tak jako v chráněných podmínkách předešlé např. rezidenční léčby. Tyto aktivity by si tedy měly klást za cíl především to, že vybaví klienta dovednostmi tak, aby zvýšil svoji sebekontrolu a motivaci k abstinenci. Klient by se měl v běžném životě vyvarovat vysoce rizikovým situacím, na které bude často narážet. Zároveň by se měl klient preventivně naučit, co bude dělat v případě, že by opravdu zrelapsoval.

2. **Sociální práce.** V rámci sociální práce by měl být program schopný nabídnout praktické řešení klientových problémů, které jsou velmi rozmanité. Klienti se mohou potýkat s problémy ohledně dluhů, sociálních dávek, trestního stíhání apod. Pracovníci by měli být schopní podat klientovi informace o tom, na co má nárok nebo co je třeba po návratu do společnosti zařídit.

3. **Práce, chráněná pracovní místa, rekvalifikace.** Problematika hledání práce a její zajištění je hlavním z úkolů, kterému se věnuje člověk po návratu z léčby. Tenhle úkol není nikterak jednoduchý, protože klient většinou nemá dostatečné pracovní zkušenosti či požadovanou rekvalifikaci. Programy následné péče by měly spolupracovat s ÚP. Klienti tak mohou využívat možnosti rekvalifikace, či chráněných pracovních míst nebo v poslední době rozrůstajících se sociálních firem. Více je tato problematika popsána v podkapitole 5. 3.

4. **Chráněné bydlení.** Chráněné bydlení patří mezi velmi důležitou službu následné péče. Návrat do starého prostředí může být komplikovaný. Více v podkapitole 5. 2.

5. **Lékařská péče.** Tato oblast by neměla být zanedbávána. Je třeba, aby se v rámci programu následné péče pomohlo klientovi s nalezením adekvátní lékařské péče a klient tak mohl zapracovat na svém fyzickém zdraví. U klientů se může vykytovat např. hepatitida typu B a C, problémy se zuby či problematika viru HIV.

6. **Práce s rodinnými příslušníky.** V případě, že se podaří do procesu léčby a doléčování začlenit i rodinu, stoupá potom míra efektivity celého snažení. Práce s rodinou je tedy velice důležitou složkou v rámci následné péče.

7. **Psychoterapie.** U klientů se může vyskytovat mnoho problémů, které si ponesou z rodiny, z období braní drog, a tyto problémy mohou postupně vyplouvat na povrch. Je třeba tyto problémy diagnostikovat a pracovat s nimi, není však žádoucí pracovat se všemi. Je vhodné mít vytvořenou síť odborníků, kam lze klienta případně poslat. Taky je třeba pracovat s podpůrnými aktivitami a zaměřit se na podporu změn v chování klienta, aby dokázal žít v budoucnu plnohodnotný a samostatný život.

8. **Nabídka volnočasových aktivit.** Program následné péče by měl zahrnovat různé aktivity k tomu, aby mohl klient trávit smysluplně svůj volný čas. Například nabídka odpoledních aktivit, cvičení, jóga, kulturní akce apod. Podnět k aktivitám by měl přicházet především od klientů. (Kuda, 2000)

5.1 Doléčovací program

Doléčovací program řadíme mezi ambulantní služby. Zaměřuje se především na udržení změny v chování, které u klienta nastaly během léčby či abstinence. Tento program může nabízet různé formy doléčování. Jednak může probíhat v rámci ambulantních skupin jednou do týdne nebo také jako strukturovaný program, který je doplněn dalšími aktivitami. Doléčovací program usiluje především o vytvoření vhodného prostředí a podmínek pro udržení abstinence klienta. Doléčovací program je ve své podstatě páteří celé následné péče a je tvořen všemi výše popsanými aktivitami, tedy psychoterapií, prevencí relapsu, sociální prací apod. Doléčovací program poskytuje tedy celý komplex služeb a využívá se v rámci následné péče. (Kalina, 2008)

5.2 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení lze vymezit jako prostředek k dosažení sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. Chráněné bydlení je často součástí daného zařízení, kde klient realizuje svoji léčbu či doléčování. Hlavní cíl lze spatřit v poskytnutí ubytování během absolvování programu a to zejména pro lidi, kteří v rámci svého bydliště nemají možnost dané služby nebo pro ty, kterým by jejich dosavadní bydlení narušovalo hladký průběh léčby. Mezi základní pravidla chráněného bydlení patří tzv. čistá zóna, tedy prostředí bez drog. Chráněné bydlení se může lišit vzhledem k tomu, v jakém druhu léčby probíhá. I u nás existují doléčovací centra, která svým klientům nabízejí možnost chráněného bydlení. Mezi tato centra lze jako příklad zahrnout P-centrum v Olomouci, Podané ruce v Brně apod. (Dvořák in Kalina a kol., 2003b)

Chráněné bydlení není pouze sociální službou, která může nabízet levné ubytování, ale obsahuje i velmi důležitou výchovnou složku. Klienti mohou pravidelně spolupracovat s terapeuty a řešit tak otázky každodenního života, jako je např. hospodaření s financemi, životospráva, hledání vlastního bydlení apod. Pro některé klienty může být tato forma bydlení vůbec první zkušenost se samostatným bydlením a přebírají tak zodpovědnost za svůj život a své jednání. Tato forma bydlení by měla být poskytována na určitou dobu, aby se klient nestal na službě závislý. (Kuda, 2000)

5.3 Chráněné zaměstnání

Pro bývalé uživatele návykových látek je práce velice významná a přínosná, protože práce má v životě člověka nezastupitelné místo. Význam práce pro tyto klienty lze spatřovat v následujících příkladech:

- Práce pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka, jeho já.
- Status „být zaměstnán“ u člověka, který má drogovou minulost zlepšuje postoj společnosti k těmto lidem.
- Pomocí práce se rozvíjí sociální interakce.
- Práce je jedna ze způsobů, jak bývalí uživatelé pokračují v rozvíjení svých nově nabytých kompetencí.
- Zaměstnání znamená dosažení dospělosti.

Pro bývalé uživatele návykových látek existuje několik možností, jak sehnat práci. Mají možnost najít si práci u běžného zaměstnavatele, nebo u zaměstnavatele, který spolupracuje se zařízeními zabývajícími se touto klientelou, anebo využít možnost podporovaného zaměstnání, což pro tyto klienty není až tak běžné, jak pro jinou klientelu. Jako příklad zaměstnávání této klientely může sloužit Pracovní a sociální agentura o. s. SANANIM v Praze, která spolupracuje s Pracovními programy o. s. SANANIM, které fungují pod doléčovacím centrem a zajišťují personál pro restauraci a kavárnu Café Therapy. Tam mají možnost pracovat jejich klienti a díky chráněnému prostředí je větší možnost přistupovat individuálně ke každému klientovi. Klienti, kteří v Café Therapy pracují, musí přemýšlet do budoucnosti o dalším zaměstnání, protože zaměstnání v Pracovních programech je jen dočasné. (Ambrož a kol., 2007)

6 Klientela následné péče

V této kapitole se budeme věnovat klientele následné péče. Vymezíme si, pro koho je určená služba následné péče, jaké jsou faktory pro výběr této služby, a vymezíme si, kdo je vůbec klientem. V literatuře se často objevuje rozdílné pojmenování pro člověka, který využívá nějakou službu, proto je stěžejní si udělat jasno v dané terminologii.

Matoušek ve Slovníku sociální práce (2008, s. 83) definuje problematiku klient/uživatel sociálních služeb jako „*subjekt, který využívá sociální služby. Může to být osoba, rodina, skupina i komunita. Protože výraz klient navozuje představu pasivního a závislého postoje, dávají někteří soudobí autoři přednost výrazům uživatel, respektive konzument služeb, nebo dokonce zákazník (Francie, Německo). V ČR však zatím převládá označení klient.*“

Tentýž autor ve své další knize Encyklopedie sociální práce (2013) rozebírá tuto problematiku podrobněji a vymezuje jednotlivé pojmy následovně:

- a) **Klient** se nevyznačuje tím, že by byl v nějaké oblasti deprivován, ale spíše nám vymezuje osobu, která může vyjednávat o dané zakázce. Tento výraz nám tedy dává prostor pro to, aby pracovník s klientem danou zakázku formuloval a upřesňoval.
- b) **Pacienta** lze vymezit jako osobu, která trpí a to většinou nějakou nemocí. Pacient tedy kvůli svému stavu nemá takovou možnost volby. Pacient hlavně přijímá i určitý druh péče.
- c) Termín **zákazník** nám určuje osobu, která poptává určitou nabídku od prodávajícího. Zákazník si tedy službu hradí a s osobou, která mu ji prodává, sepisuje smlouvu.
- d) Termín **uživatel** můžeme brát jako termín neutrální. Uživatele vymezujeme jako osobu, která využívá danou službu.

Pro naše potřeby budeme používat termín klient. Klienta popisuje i Kalina (2001, s. 43) jako „*uživatele speciálních profesionálních služeb, které mají aspoň částečně soukromý a důvěrný charakter, např. psychoterapie, poradenství, služby sociální, právní a finanční. Role klienta je spojena s očekáváním větší informovanosti, aktivity, spolupráce a partnerského postavení vůči odborníkům než role pacienta; na rozdíl od termínu “pacient” neimplikuje označení “klient” přímo nemocného člověka či nositele chorobných příznaků a pokládá se*

za nestigmatizující. Z těchto důvodů se rozšiřuje pojem “klient” i do léčby závislosti, což je patrné i v ČR.“

6.1 Cílová skupina uživatelů následné péče

V této podkapitole si vymezíme cílovou skupinu uživatelů následné péče z pohledu adiktologických služeb a z pohledu sociálních služeb.

6.1.1 Vymezení z pohledu adiktologie

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (RVKPP, 2. revize, 2003 [online]) definují ve speciálních standardech v oddíle 8. 3. cílovou skupinu uživatelů služeb následné péče jako:

„Cílová populace: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či rezidenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením. Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale nikoliv nezbytné. Služby následné péče by se však podle standardů neměly uzavírat abstinujícím klientům, kteří neprodělali léčbu či jiný intenzivní odborný program vedoucí k abstinenci. Uvedené tři měsíce abstinence však představují minimum a je třeba vzít v úvahu ještě další faktory.“

Tato definice se zaměřuje pouze na abstinující uživatele na návykových látkách, lze ji uplatnit i na abstinující uživatele, kteří prodělali závislost na alkoholu. Tato definice, ale nezahrnuje problematiku patologického hráčství. Podobnou definici, která zároveň problematiku patologického hráčství zahrnuje, můžeme nalézt v tzv. inovovaných standardech pro uživatele drog (2012 [online]), které definují cílovou skupinu uživatelů služeb následné péče jako:

„Cílová skupina: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či rezidenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci.“

6.1.2 Vymezení z pohledu sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění, o sociálních službách, se také věnuje problematice následné péče. V ust. § 64, odstavec (1) vymezuje, že *„služby následné péče jsou poskytovány osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.“*

Když shrneme dané pohledy na tuto problematiku, je patrné, že v rámci adiktologických služeb je zásadní, aby se jednalo o klienta abstinujícího, a to v minimální délce alespoň 3 měsíců, což je pro doléčování nezbytné a navíc vymezujícího všechny formy léčby. Navíc se zaměřují i na problematiku patologického hráčství. Dále zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb. v platném znění) nestanovuje délku abstinence potřebnou k doléčování. Zákon o sociálních službách opomenul ve svém vymezení, že by byla následná péče poskytována osobám, které prodělali léčbu v rezidenčním zařízení, tedy např. v terapeutické komunitě, kterou nemůžeme zařadit mezi zdravotnické zařízení lůžkové péče ani mezi ambulantní služby.

Do cílové skupiny uživatelů služeb následné péče bychom mohli zahrnout i rodinné příslušníky a blízké osoby uživatelů návykových látek. (Pavlovská, 2013 [online])

7 Individuální práce s klienty v následné péči

Individuální práce je při práci s klienty velmi rozšířená a také velmi účinná. V rámci této kapitoly se zaměříme na vymezení psychoterapie, terapeutického vztahu a procesu, v závěru popíšeme možnost využití psychoterapie u klientů v následné péči na příkladu konkrétního psychoterapeutického směru.

7.1 Vymezení psychoterapie

Psychoterapii můžeme vymezit jako samostatný obor, který se zabývá zvláštní psychologickou pomocí, kterou poskytuje lidem, kteří jsou vnitřně destabilizováni, nebo jim tato destabilizace hrozí. Předmětem tohoto oboru je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které je třeba změnit, protože nejsou optimální. Psychoterapie je účinná při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Psychoterapie je obor jednak interdisciplinární a zároveň i transdisciplinárním. Interdisciplinaritu můžeme chápat tak, že čerpá z mnoha teoretických i aplikovaných disciplín. Zatímco transdisciplinaritu lze chápat tak, že se prolíná s lékařskými i nelékařskými obory. Psychoterapie používá psychologické prostředky, jako je např. verbální a neverbální komunikace, práce se sny, psychodrama, relaxační techniky, katatymní prožívání obrazů apod. Psychoterapii jako oboru se věnují psychoterapeuti. Psychoterapeuti se starají o člověka, jeho život, smysl a naplnění jejich života a také o vztahy, do kterých klienti vstupují. Vymezení psychoterapie může být pro každého autora či odborníka jiné, protože každý v ní může spatřovat rozdílné, ale pro něj důležité aspekty, a proto i přístupy k tomuto oboru mohou být zcela odlišné. (Vymětal, 2010)

7.2 Individuální psychoterapie

Individuální psychoterapie se účastní pouze dva lidé, a to terapeut a jeho klient. Tato forma psychoterapie bývá v praxi nejvíce rozšířená. Protože jde o intenzivní terapii, vytvoří se mezi klientem a terapeutem taktéž poměrně intenzivní vztah. Pro tento vztah je velmi důležité osobnost terapeuta, chování terapeuta a způsob práce s klientem, protože od toho se pak odvíjí

průběh celé terapie. Individuální psychoterapie je tvořena především komunikační výměnou, ovlivňováním, interakcemi a hlavní odpovědnost za výsledek terapie má terapeut.

V rámci individuální psychoterapie se využívá slovo, obraz nebo akce. Jako hlavní nástroj se využívá rozhovor, který slouží ke sdělování názorů, sebepoznání, porozumění životní situaci a celkově pro komunikaci. Využití obrazu spočívá především k tomu, aby si klient dokázal něco vizualizovat, imaginovat, asociovat apod. Práce s obrazem se může vyžívat i jako pomocná technika. Akce v psychoterapii znamená, že terapeut a klient jsou svým způsobem činní a provádějí nějakou aktivitu.

Uspořádání v této formě psychoterapie bývá dvojího typu. Většinou se využívá způsob face to face, tedy že terapeut sedí naproti klientovi a vidí si do tváře. V rámci druhého způsobu leží klient na lůžku či pohovce a terapeut vedle něj sedí tak, aby byl možný oční kontakt, ale není v popředí. (Vymětal, 2010)

7.3 Terapeutický vztah a terapeutický proces

Terapeutický vztah. Vztahy jsou obecně velmi komplikované. My lidé jsme vlastně součástí nějaké vztahové sítě. Každý má vztahovou síť jinak bohatou a jinak komplikovanou. Vztahy mohou být osobní nebo neosobní, jednostranné, anebo oboustranné. Člověk pak zaujímá určitý vztah i sám k sobě. Psychoterapeutický vztah probíhá v rámci psychoterapie a je to tedy vztah mezi terapeutem a klientem. To, jaký má vztah klient k terapeutovi, může být určitým ukazatelem toho, jaké vztahy má daný klient ke svému okolí. Významným faktorem v psychoterapeutickém vztahu je terapeutova schopnost empatie. Je velice zásadní, aby terapeut dokázal porozumět druhému člověku, dokázal ho pochopit a měl pro něj pochopení. Terapeut by měl být schopný vidět svět očima svého klienta, netlačit na něj a být mu svým způsobem oporou. Dále je v terapeutickém vztahu důležitá oblast bezpečí a důvěry. Pokud se klient nebude cítit ve vztahu bezpečně a nebude svému terapeutovi důvěřovat, nemůže terapie fungovat. Ze strany terapeuta je důležité, aby bezpečnost prostředí dodržoval formálním rámcem terapie, konzistentností jeho chování, diskrétností, zájmem o pacienta a přijetím pacienta. Od terapeutického vztahu se pak odvíjí terapeutický proces. Tyto dvě složky spolu velmi úzce souvisí. (Vavrda in Vymětal a kol., 2004)

Terapeutický proces. Lze jej vymezit jako průběh dané terapie, tedy to, jak daná terapie probíhá, co ji doprovází apod. Je důležité rozlišit proces terapie, tedy průběh a její výsledek.

Terapie má několik fází:

1. **Úvodní fáze.** Tato fáze začíná v momentě, kdy klient kontaktuje daného odborníka a požádá o pomoc. Terapeut by měl zhodnotit, zda na klientovi obtíže dokáže pomoci psychoterapie. Dále by měl zhodnotit aktuální situaci klienta, psychický stav a motivaci. Terapeut by si měl vymezit postupy, které u daného klienta povedou k optimálnímu výsledku.
2. **Fáze vlastní terapie.** Tuto fázi tvoří pravidla, která jsou obsažena ve smlouvě a rovněž pravidla, kterými se řídí terapeut během terapie. Důležitým prvkem je tu sám klient, jeho osobnost a chování. Je důležité vědět, zda přichází dobrovolně, či v nátlaku, protože i tato problematika může výrazně ovlivnit průběh terapie. Je třeba pracovat i s odporem klienta.
3. **Fáze ukončení.** Ukončení léčby nemusí být vždycky jednoduché. Průběh ukončení terapie se odvíjí od mnoha dalších faktorů, např. délky terapie, výsledcích léčby, osobnosti terapeuta a klienta, jejich vzájemném vztahu apod. Je lepší si stanovit pevnou dobu trvání terapie, protože pak je ukončení pro terapeuta i klienta snazší. Klientovi by měl být umožněn dostatečný čas na to, aby se připravil na ukončení léčby.
4. **Postterapeutická fáze.** Terapie nekončí tím, že klient již nenavštěvuje terapeuta. Klient si s sebou nese do života prožité změny, které pak uplatňuje v každodenním životě a při interakci s lidmi. Navazuje nové vztahy, přátelství, hledá si lépe zaměstnání apod. Pro klienta je zásadní, aby věděl, že v případě potřeby se může na terapeuta kdykoliv znovu obrátit. (Tamtéž, 2004)

7.4 Využití psychoterapie v následné péči

Při práci s bývalými uživateli návykových látek se využívá psychoterapeutický směr KBT. Je to psychoterapeutický směr, který vznikl kolem 70. let v Anglii a to spojením historicky starších přístupů, tedy behaviorální a kognitivní terapie. Terapeut KBT se snaží analyzovat maladaptivní vzorce chování a myšlení, zjistit, jak tyto nevhodné vzorce vznikly a proč přetrvávají, a v průběhu terapie pomáhá klientovi tyto vzorce změnit na vhodnější a konstruktivnější strategie, které zmírní či odstraní nežádoucí chování a emoční prožívání. (Praško, Možný, 2007)

KBT v léčbě závislostí na návykových látkách nachází v současnosti čím dál větší uplatnění. Řada léčebných programů pro klienty závislých na drogách využívá některé přístupy, které jsou odvozené nebo přímo pocházejí z KBT přístupu. KBT vnímá užívání návykových látek jako naučenou strategii, která dominuje v životě klienta při vyrovnávání se s danými problémy. KBT je krátkodobý psychoterapeutický přístup, je však velmi strukturovaný a zaměřuje se především na aktuální problémy klienta. Kognitivně behaviorální terapie závislostí zahrnuje několik základních úkolů, mezi které lze zařadit, např. fungující terapeutický vztah, analýza současných problémů klienta, použití kognitivních a behaviorálních technik, stanovení a vyhodnocení cílů a v neposlední řadě vyhodnocení terapie a její ukončení. Důležité je využívání intervencí, jako je práce s bažením po droze, plánování pro případy nebezpečí a relapsu, nácvik odmítnutí drogy, zvládání krizových situací apod. V rámci léčby závislostí obecně platí, že by tato léčba měla mít tři fáze. V první fázi klient získává pocit závazku a motivaci ke změně svého dosavadního chování. V druhé fázi se naučí zavést změny chování do praxe, jejich nácvik a zároveň upevňování. Terapeut v této fázi pracuje s problematikou bažení, sleduje a vyhodnocuje rizikové situace, věnuje se nácviku odmítnutí drogy apod. V této fázi je mnoho práce, protože je nejrizikovější. Poslední, třetí fáze léčby se zaměřuje na udržení změn v chování. Lze klientovi i nabídnout docházení do svépomocných skupin, pro lepší udržení změn. Postupně by klient měl snižovat míru vnější kontroly a méně spoléhat na druhé. Problematika léčby závislostí není jednoduchá a je proto třeba kombinovat různé možnosti a hlavně se nevzdávat při práci s těmito klienty. (Záleský in Praško a kol., 2007)

8 Skupinová práce s klienty v následné péči

„Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Tím se liší jak od individuální psychoterapie, v níž jde o vztah mezi terapeutem a jedním pacientem, tak od kolektivní či hromadné psychoterapie, ve které působí terapeut psychologickými prostředky na více pacientů současně, avšak nevyužívá systematicky k léčebným účelům to, co se mezi nimi děje.“ (Kratochvíl, 2009, s. 15)

8.1 Vymezení skupiny jako celku

Skupiny jsou jednotky, do kterých jsme zařazováni a tvoří tak součást našeho života a tyto skupiny pak ovlivňují náš život. Z pohledu každodenních událostí se jedná spíše o malé skupiny, jimiž jsme součástí. Skupina je tedy v nejjednodušším pojetí označení určitého počtu lidí, které spojuje něco společného. Když vzniká skupina, tak se většinou velmi rychle vytvoří i vztahy mezi jednotlivými členy. Podle vztahů se potom uspořádají její členové a toto vnitřní uspořádání skupiny pak tvoří skupinovou strukturu. Skupinovou strukturu tvoří především role uvnitř dané skupiny. Role uvnitř skupiny jsou velice důležité. Podle rozdělení rolí ve skupině se pak od daného člověka očekává, že se bude podle role také chovat a plnit dané úkoly vyplývající z ní. Jako příklad rolí může sloužit role vůdce, pokladníka, nováčka apod. Se skupinou souvisejí i skupinové normy. Ty jsou většinou odvozené od skupiny jako celku a vztahují se na všechny její členy. Skupinové normy jsou vlastně určitá očekávání, jak se mají chovat její členové, hodně to souvisí i s rozdělenými rolami ve skupině. Skupiny se mohou dělit na několik typů, např. formální, neformální, primární, sekundární, členská, nečlenská, referenční a přirozená. Tyto typy se od sebe liší a člověk může zároveň patřit do víc typů skupin. (Lovaš in Výrost a Slaměník, 2008)

Se skupinou souvisí i skupinová dynamika. Tu lze vymezit jako souhrn skupinového dění a vzájemného skupinového působení jedinců. Skupinovou dynamiku tvoří vztahy ve skupině a interakce členů skupiny spolu s činnostmi skupiny a vlivy z okolí. Se skupinovou dynamikou souvisí výše popsané cíle a normy skupiny, dále vůdcovství, koheze a tenze, projekce minulých

zkušeností a vztahů do současných interakcí, vytváření podskupin a vztahy mezi členy skupiny. (Kratochvíl, 2009)

8.2 Terapeutické faktory ve skupinové psychoterapii

Yalom a Leszcz (2008) se domnívají, že terapeutická změna je především komplexní proces, který se děje skrze vnitřní lidské zážitky či zkušenosti, které lze pojmenovat jako terapeutické faktory. Tyto terapeutické faktory člení do jedenácti podoblastí:

1. **Dodávání naděje.** Dodávat klientovi naději je důležité v každé psychoterapii. Pozitivně pak funguje na ostatní faktory léčby a může významně zvýšit pozitivní výsledek léčby.
2. **Univerzalita.** Během terapie je důležité klienta přesvědčit o tom, že on není jediný s těmito problémy a že v dané skupině se bude potkávat s podobnými problémy jiných lidí, což může klientovi pomoci někam zapadnout a být pochopen.
3. **Předání informací.** Jedná se o předávání informací, rad a doporučení.
4. **Altruismus.** Jde o to, aby si klient v rámci terapie uvědomil, že i on může ostatním něco předat. Klienti si jsou navzájem oporou, pomáhají si a sdílejí s ostatními stejné problémy. Klienti často přijímají raději rady či doporučení od ostatních klientů než od samotného terapeuta, protože ostatní klienti jim mohou být lidsky blíže.
5. **Korektivní rekapitulace primární rodiny.** Mnoho klientů si může nést negativní zkušenost s rodinou a rodinnými vztahy. Skupiny by pak měly být vedeny tak, aby psychoterapeuti simulovali rodinný pár. Klienti pak mohou ve skupině jednat způsobem, jakým by jednali se svojí rodinou a řešit tak jejich problémy. Pro klienty je potom přínosem, že mohou negativní zkušenosti prožívat znovu a zároveň jinak.
6. **Rozvoj socializačních technik.** Rozvíjení socializačních technik a dovedností je výborným terapeutickým faktorem, jelikož se klienti učí, jak mají v daných situacích jednat a na co se mají připravit. Jde i o zpětnou vazbu, která může být v daných situacích klientovi poskytnutá ostatními členy skupiny.
7. **Napodobující chování.** Napodobování v chování se může objevovat jednak ve vztahu k terapeutovi a jednak k ostatním členům. V rámci skupiny je určitě pro klienty prospěšné, když vidí zlepšení u ostatních členů skupiny v podobném problému, jako trápí je samotné.

- 8. Interpersonální učení.** Taktéž se jedná o velice významný terapeutický faktor. Souvisí s mezilidskými vztahy, emoční zkušeností a se sociální skupinou, která je svým způsobem takovým malým sociálním světem. Díky skupině si členové mohou uvědomovat své rysy chování a vztahů, objevit své možnosti a limity, apod.
- 9. Skupinová soudržnost.** Soudržnost skupiny se liší podle toho, o jakou skupinu se jedná, v jaké v ní jsou vztahy apod. Ve skupinách, kde panuje dobrá soudržnost, lze vypočítat mnoho pozitivních faktorů, jako je podpora, vzájemná účast, lepší docházka, pocit bezpečí apod. Pokud je skupina vysoce soudržná, ovlivňuje pak pozitivně sebehodnocení ostatních členů a pomáhá k sociální adaptaci klientů mimo danou skupinu.
- 10. Katarze.** Možnost sebevyjádření, vyjádření pocitů, nálady.
- 11. Existenciální faktory.** Spojeny s existencí, uvědomění si problémů, lidského bytí, bolesti, smrti apod.

8.3 Využití expresivních terapií v následné péči

Při práci s klienty v následné péči lze také využít expresivní postupy. Mezi tyto postupy můžeme zahrnout metody, při kterých se klient či klienti vyjadřují jednak verbálně, ale zároveň i neverbálně pomocí specifického média (uměleckého, pohybového). Pomocí exprese může člověk vyjádřit svoje spontánní vnitřní pocity a tyto techniky mohou pomoci k uvolnění vnitřního napětí. Při využití expresivních metod nedokáže klient plně kontrolovat vnitřní cenzuru a dochází k obejití obranných mechanismů klienta a na povrch tak mohou vyjít věci, které jsou pro klienta citlivé. V rámci expresivních terapií se využívá mnoho prostředků, např. pohyb, malba, drama, hudba apod. (Hanušová in Vymětal a kol., 2007)

Pro doplnění si tu vymezíme dramaterapii, muzikoterapii a arteterapii, které lze využít i při práci s klienty se závislostí na návykových látkách.

- **Dramaterapie.** Tento druh terapie využívá prostředky dramatického umění, např. hru v roli, symbolická gesta apod. Podle Valenty (2011, s. 23) je dramaterapie „*léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení*

somatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“

- **Muzikoterapie.** Muzikoterapie využívá hudební zkušenosti, tedy zejména hudbu, hudební složky a zvuk. Hudba má především neverbálně komunikační, emocionální a kreativní kvality. Využívá se u širokého spektra klientů a zahrnuje širokou terapeutickou oblast působení, a to zejména v učení, rozvoji sociálních interakcí, komunikaci, sebevyjádření, motivaci apod. (Kantor, 2009)
- **Arteterapie.** Arteterapie využívá výtvarné umění k tomu, aby klient mohl vyjádřit jeho osobní pocity v rámci komunikace. Nezaměřuje se na estetický projev, a proto je tento výtvarný výrazový prostředek dostupný úplně každému. Při práci s klienty se závislostí na návykových látkách se dá využít řada her, cvičení a témat. Je vhodné je uzpůsobit dané skupině, aby byly respektovány jejich potřeby. Těchto metod je velká spousta a uvedeme zde pouze ukázkou.
 - a) Mandalý – Sezení, které se věnuje mandalám, je dobré začít nějakou meditací, aby se lidé mohli na střed dané mandaly a protiklady v ní obsažené lépe soustředit a následně s nimi pracovat. Náměty na tvoření mandal mohou znít:
 - Váš den a vaše noc a přechod mezi nimi
 - Tento rok nebo celý Váš život
 - b) Osobnostní změna – Vizualizujte sami sebe, jak děláte něco, po čem jste vždy toužili. Poté namalujte obrázek toho, co jste viděli.
 - c) Malování do hudby – forma skupinového malování, kdy celá skupina maluje do hudby. Prožitek je zaměřen na vnímání vlastních pocitů a celku. (Liebmann, 2010)

8.4 Využití rodinné terapie v následné péči

U klientů v následné péči se často využívá i možnost rodinné terapie. Rodinná terapie usiluje o zlepšení vztahů, které mohou být na základě klientovi drogové kariéry značně narušeny. V případě rodinné terapie je třeba si uvědomit, zda je třeba pracovat s celou rodinou, její částí, nebo pouze s jednotlivcem a na základě toho použít patřičné metody. Aby se doporučila rodinně rodinná terapie, měly by být splněny základní podmínky, mezi které můžeme zařadit důkaz

o maladaptivním fungování rodin a důkaz o tom, že funkce rodiny, která je narušená, souvisí s problémy, kvůli kterým byla pomoc vyhledána. V rodině může být mnoho problémů, např. problémy v komunikaci, špatné rozložení rolí v rodině, problémy s kontrolou chování, apod. Každá rodina je individualitou a podle toho se odvíjejí její problémy. Rodinní terapeuti se v rámci terapie snaží navodit změnu ve fungování dané rodiny. Při navozování změn mohou používat řadu terapeutických přístupů. Mezi tyto přístupy lze zařadit např. rodinné „sochání“, hraní rolí, práce s rodinnou sítí, intervenující rozhovor apod. Rodinná terapie nemusí pomoci v každém případě všem a je proto vhodné ji zkombinovat např. s individuální terapií jednotlivých členů v rodině. (Barker, 2012)

9 Sociální práce s klienty v následné péči

Vymezení sociální práce se věnuje mnoho autorů, a proto zde nastíníme pouze některé pohledy autorů na tuto problematiku. Pojem sociální práce vymezuje Kalina (2001), který vidí sociální práci jako aktivitu prováděnou profesionály, která se zaměřuje na pomáhání jednak jednotlivcům, skupinám, ale i komunitám. Cílem sociální práce je zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování v rámci společnosti. Sociální pracovníci pomáhají klientovi v rámci zlepšení jednotlivých rolí, jako je např. role rodiče, dítěte, partnera, zaměstnance, občana či souseda. Během života se role člověka proměňují a právě v situacích, kdy se role mění, je práce sociálního pracovníka velmi potřebná. Sociální práce by měla umožňovat klientovi přístup k sociálním dávkám, sociálním službám a sociální síti.

Geist (1992, s. 409) vymezuje termín sociální práce neboli social work, jako „*termín, používaný k označení mnoha různých metod pomoci lidem, kteří své potřeby nemohou saturovat. Původně, v 19. století se tyto metody ve Velké Británii a USA týkaly ekonomické pomoci, později se rozšířily na duševní, emocionální a sociální složku. Metody social work je možno rozdělit do tří hlavních kategorií – 1. Social case-work (sociální pomoc jednotlivým případům), 2. Social group work (sociální skupinová pomoc), 3. Community work (pomoc společnosti, v níž je soustředěna pozornost na využití pomoci sousedního okolí a celého společenského útvaru).*“

Pojem sociální práce definuje i Matoušek (2008, s. 200-201) jako „*společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.*“

Jak je z jednotlivých definic patrné, sociální práce se zaměřuje hlavně na pomoc lidem v nepříznivé sociální situaci či životní tísni. Jedná se tedy o odbornou činnost, kterou provádějí profesionálové, kteří k praktikování sociální práce a pomoci používají metody sociální práce. Jaké metody sociální práce budou v praxi použity, se rozhoduje až v návaznosti na daný sociální

případ, na osobnost klienta atd. Sociální práce se zaměřuje na řešení mnohých problémů např. na nerovnost mezi lidmi, nespravedlnost, sociální bariéry, vztahy mezi lidmi, chudobu atd. Sociální práce je tedy odezvou na krize a akutní situace v životě klienta. Mezi metody sociální práce můžeme zahrnout např. případovou práci, poradenství, krizovou intervenci, mediaci, práci se skupinou, streetwork, práci s dětmi a rodinou, komunitní práci, terapie apod. (Darek, Martínková, 2008)

Pro orientaci si jen stručně vymežíme některé metody, např.:

Případovou práci lze charakterizovat jako činnost, která se zaměřuje především na případ, nebo na jednotlivce a velmi často se tato metoda uplatňuje. Tuto metodu lze využít samozřejmě i při práci s osobami se závislostmi, či v péči o lidi nakažené virem HIV nebo o nemocné AIDS. Případová práce staví na tom, že hodnota jedince je nadřazena všemu ostatnímu. Případová práce zahrnuje jednotlivé fáze, podle kterých postupuje (sociální studie, vyšetření, intervence, ukončení). (Havránková in Matoušek, 2013)

Krizová intervence je profesionální pomoc lidem, kteří se ocitli v nějaké krizi. Pomoc v rámci krizové intervence by měla být zejména okamžitá, také by měla být snadno dosažitelná, kontinuální, měla by probíhat v co nejméně ohrožujícím prostředí a je třeba definovat především malé cíle, protože krizová intervence není zásah, který by měl vyřešit veškeré klientovi problémy. V rámci krizové intervence je důležité se zaměřit na určité oblasti v kontaktu s klientem, např. sledovat signály, které značí riziko, odhadovat situaci, umět posoudit situaci apod. (Lucká in Matoušek, 2013)

Mediaci vymezuje Hartl (2000, s. 132) jako „*zprostředkování, vyjednávání; odborná pomoc v konfliktní situaci, nalezení oboustranně přijatelného kompromisu, při rozvodech, národnostních a ozbrojených konfliktech, v probační službě.*“

9.1 Sociální práce s uživateli návykových látek

Když klienti nastupují do léčby, často přicházejí se značnými sociálními problémy. Mezi tyto problémy můžeme zahrnout bezdomovectví, anamnéza, fyzické a sexuální zneužívání, nezaměstnanost, nízké vzdělání a chudoba. Mezi nejrizikovější sociální problémy patří trestná činnost. (Gossop, 2009)

Sociální práci s uživateli návykových látek se věnuje mnoho profesionálů a to zejména v různých pomáhajících profesích. Nejedná se pouze o sociální pracovníky, ale i o lékaře, psychiatry, speciální pedagogy apod. Sociální práce pracuje s danou klientelou v oblastech, které jsou hlavními principy protidrogové politiky státu (tudíž) v rámci snižování poptávky, snižování rizik a snižování dostupnosti. Pokud člověk pracuje s klienty se závislostí na návykových látkách je třeba, aby měl kvalitní znalosti o návykových látkách, o člověku, společnosti a aby měl víru v hodnotu a důstojnost každého člověka bez ohledu na to, zda drogy užívá či nikoliv. Při práci s touto klientelou je třeba se zaměřit na jednotlivce i na celkový kontext jeho situace. Mezi univerzální přístup sociální práce s uživateli návykových látek můžeme zařadit motivační rozhovor. (Müllerová, Matoušek, Vondrášková in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010)

9.2 Sociální práce s klientem v doléčovacím programu

V procesu začleňování klientů se závislostí do společnosti v rámci následné péče, má sociální práce velmi důležitou roli. U těchto klientů se často objevují neřešené sociální a právní problémy, a to může vést k zabránění jejich integrace do společnosti. Tyto problémy je podstatné řešit předtím, než se klient zcela osamostatní a bude na tyto problémy sám. Sociální pracovníci by tudíž měli plnit podpůrnou funkci a pomoc, aby byl klient schopný svoji situaci a dané problémy řešit sám pouze s podporou pracovníků. Sociální práce začíná již při prvním kontaktu s klientem a to v době, kdy klient poprvé navštíví centrum, ve kterém se rozhodnul absolvovat doléčovací program. Při první schůzce se klientovi ukáže zázemí daného centra, upřesní daný doléčovací program, případně se klientovi předají smlouvy, aby si je mohl prohlédnout před tím, než je podepíše. Kontakt klienta se sociálním pracovníkem je ze začátku častější, protože pracovník musí poznat osobnost klienta, zmapovat jeho problémy a je třeba si stanovit strategii, jak budou postupovat při řešení klientovi situace. Oblasti, které je důležité zmapovat a znát u každého klienta jsou např. zaměstnání, finance, doklady, sociální oblast (zda pobírá dávky apod.), právní oblast, zdravotní oblast, individuální potřeby klienta, rodina klienta atd. Jak je již zmíněno výše, sociální pracovník pomáhá při řešení těchto problémů, poskytuje pomoc, informace a poradenství tak, aby byl klient schopen aktivizovat své možnosti v rámci řešení nastalých situací. Pokud již klient řeší svou situaci a jeho situace se zároveň zlepšuje, schůzky se sociálním pracovníkem nejsou již tak časté, ale stále je klient podporován. Mezi činnostmi sociálního pracovníka v rámci doléčovacích programů bychom mohli zahrnout např. asistenční

doprovod, osobní kontakt v rámci krátkých setkání, skupinové aktivity, ranní skupiny a odpolední skupiny, pomoc s hledáním práce, pomoc s exekucí, socioterapeutické aktivity, motivační rozhovory atd. Sociální pracovník by měl klienta podporovat i v malých krocích a změnách, protože i malé kroky povedou ke kýžené změně. Zároveň i klient si musí být vědom toho, že změna životního stylu i jeho samotného nebude okamžitá. (Šeda, Hošková in Růžička a kol., 2014)

Sociální práce v doléčovacích programech má tedy spíše podpůrný charakter, protože klient už je většinou samostatný a umí aplikovat naučené strategie v rámci reálných situací. Podporuje se především trpělivost klienta a vědomí, že dokáže své problémy řešit sám. Před ukončením doléčovacího programu je nezbytné zhodnotit aktuální situaci klienta, jeho sociální stabilizaci a hlavně jeho schopnosti a možnosti i nadále fungovat správným směrem bez podpory tohoto programu. (Müllerová, Matoušek, Vondrášková in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010)

Závěr

Ve své bakalářské práci „Následná péče u osob se závislostí na návykových látkách“ jsem se zabývala problematikou vymezení služeb následné péče a především jejich zmapováním na území ČR.

Práce není členěna na teoretickou a praktickou část. Snažila jsem se komplexně popsat danou problematiku ze všech stran. Popsala jsem systém péče o osoby se závislostí na návykových látkách, motivaci uživatelů k léčbě, následnou péči, služby následné péče, zmapovala jsem dostupnost této služby na území ČR a vyhodnotila, v jakém kraji je nejvyšší dostupnost této služby a kde naopak chybí; v neposlední řadě jsem se zaměřila i na klienta v následné péči, na sociální práci, která se v tomto typu služeb využívá a dále na individuální a skupinovou psychoterapii. Z práce je patrné, že služba následné péče, která je registrovaná MPSV jako sociální služba, je v ČR dostupná ve všech krajích kromě Karlovarského kraje. Dále je patrné, že rozložení počtu těchto služeb se výrazně liší kraj od kraje. Největší zastoupení služeb NP je v Moravskoslezském kraji, poté v Praze a na třetím místě je Jihomoravský kraj.

Myslím, že služba následné péče by se měla nacházet v každém kraji, a proto bych doporučila zřízení tohoto zařízení i v Karlovarském kraji. V dnešní době, kdy je problematika závislostí a jejich léčby aktuální, je potřebné, aby služby následné péče byly dostupné všude a pro všechny. Každá služba není samozřejmě stejná, všechny služby následné péče, které jsou uvedené v této práci, jsou zaregistrovány jako sociální služba, ale ne všechny mají certifikaci v rámci RVKPP, tudíž se může lišit dostupnost aktivit v zařízení, dostupnost chráněného bydlení apod.

Jak jsem již zmínila v úvodu, mým cílem bylo popsat danou problematiku a především zmapovat dostupnost této služby, aby tyto informace mohla využít veřejnost, rodina a zároveň i bývalí uživatelé návykových látek, kteří se rozhodnou pokračovat v doléčování formou služeb následné péče. K tomu má sloužit především interaktivní mapa, která má praktické uplatnění především pro klienty, širokou veřejnost či pro odborníky erudované v této problematice, kteří chtějí na jednom místě získat informace o dostupnosti dané služby. Cíl práce je naplněn.

Hlavní důvod, proč jsem si vybrala toto téma, je potřeba, aby se o této službě dozvědělo co nejvíce lidí a zároveň i klientů. Je důležité, aby věděli, jaké mají možnosti a kam se mohou v případě potřeby obrátit. Myslím, že doléčování je pro klienty po léčbě nezbytné a významně

jim může pomoci při návratu do běžného života, při hledání práce a řešení dalších osobních problémů.

Vypracování této práce mě velmi obohatilo, protože jsem si rozšířila svoje znalosti o poskytované službě a dalších doprovodných programech. Doufám, že bude přínosem i pro ostatní a pomůže případně v orientaci v nabídce služeb následné péče a jejich dostupnosti v ČR.

Seznam zkratk

ČR	Česká republika
TK	Terapeutická komunita
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
NP	Následná péče
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
kol.	kolektiv
ust.	ustanovení
Sb.	sbírka
č.	číslo
s.	strana

Prameny a použitá literatura

I. Monografie

AMBROŽ, Marcel a kol. *Manuál dobré praxe: [zaměstnání jako cesta k návratu do života a destigmatizaci v očích veřejnosti]*. 1. vyd. Praha: Sananim, 2007. 26 s. ISBN 978-80-254-0730-1.

BARKER, Philip. *Rodinná terapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. 324 s. Psyché; sv. č. 75. ISBN 978-80-7387-530-5.

DAREK, Roman, MARTÍNKOVÁ HANA. *Metody sociální práce*. In: VAŠŤATKOVÁ, Jana, ed. a HOFERKOVÁ, Stanislava, ed. *Příručka sociálního pracovníka*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 230 s. Sborníky. ISBN 978-80-244-1991-6.

GEIST, Bohumil. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. 647 s. ISBN 80-85605-28-7.

GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.

HANUŠOVÁ, Ingrid. *Expresivní postupy*. In: VYMĚTAL, Jan a kol. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. 396 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1315-1.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.

HELLER, Jiří, PECINOVSKÁ, Olga (eds.). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. [Praha]: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003a. sv. Monografie. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. [Praha]: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003b. sv. Monografie. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, vydalo o.s. Filia Nova, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4. Dostupné z: http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/0_mezioborovy_glosar_pojmu/mezioborovy_glosar_pojmu_z_oblasti_drog_a_drogovych_zavislosti

KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

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

KANTOR, Jiří a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 295 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2846-9.

KASTELIC, Andrej, PONT, Jörg, STÖVER, Heino. *Substituční léčba opioidy ve věznicích: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2010. 64 s. Učební texty. ISBN 978-80-86620-23-7.

KOOYMAN, Martien. *Terapeutická komunita pro závislé*. In: *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: vznik a vývoj*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj, 2004. 239 s. ISBN 80-7106-876-4.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Terapeutická komunita*. 1. vyd. Praha: Academia, 1979. 124 s. ISBN 509-21-826.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, 2009. 297 s. ISBN 978-80-7262-347-1.

KUDA, Aleš. Následná péče (doléčování). In: *Drogy ze všech stran II, Sborník příspěvků o drogové problematice*. 1. vyd. Praha: Institut Filia, 2000. 103 s. ISBN není.

LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 279 s. ISBN 978-80-7367-729-9.

LOVAŠ, Ladislav. Malé sociální skupiny. In: VÝROST, Jozef a SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. 404 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1428-8.

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

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd., přeprac. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MÜLLEROVÁ, Pavlína, MATOUŠEK, Oldřich, VONDRÁŠKOVÁ, Andrea. Sociální práce s uživateli drog. In: MATOUŠEK, Oldřich, ed., KODYMOVÁ, Pavla, ed. a KOLÁČKOVÁ, Jana, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

NEŠPOR, Karel, CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.

PARULA, Martin. Práce o. s. Ulice na „toxibytech“ v Plzni. In: ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork*. 1. vyd. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork, 2010. 143 s. ISBN 978-80-86728-42-1.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 80-200-1086-6.

PRAŠKO, Ján a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.

RŮŽIČKA, Michal a kol. *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii: sborník zkušeností*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 300 s. ISBN 978-80-244-4171-9.

SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 246 s. ISBN 80-244-0249-1.

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., v nakl. Grada 2. Praha: Grada, 2011. 264 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3851-2.

VAVRDA, Vladimír. Psychoterapeutický vztah a psychoterapeutický proces. In: VYMĚTAL, Jan a kol. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 339 s. Psyché. ISBN 80-247-0723-3.

VERSTER, Annette, BUNING, Ernst. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 38 s. ISBN 80-86734-15-3.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. 287 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2667-0.

YALOM, Irvin D., LESZCZ, Molyn. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 5 th ed. Basic Books, 2008. 688 pages. ISBN 0465092845. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=mBq2l4oNMI8C&printsec=frontcover&dq=Yalom&hl=en&sa=X&ei=JLM0VdvPKeT4yQOLooDoDg&ved=0CCYQ6AEwAQ#v=onepage&q=Yalom&f=false>

II. Legislativa

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. 3. 2006 Zákon o sociálních službách [online]. In: Sběrka zákonů České republiky. 2006, částka 37, 1-61 [cit. 2015-04-03]. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKO. Předpis č. 505 ze dne 15. 11. 2006 Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. In: Sběrka zákonů České republiky. 2006, částka 164, 1-34 [cit. 2015-04-03]. Dostupný z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

III. Internetové zdroje

Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách. *Inovované standardy pro uživatele drog* [online]. 23. 5. 2012 [cit. 8. 4. 2015]. Dostupné z:

http://www.cekas.cz/sites/default/files/u6/8_SS_Dolecovani_2.3_0.pdf

MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Služby následné péče [online]. © 2006 – 2015 [cit. 6. 3. 2015]. Dostupné z:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene_hledani_sluzby.do?zn=&zao=&sd=slu%C5%BEby+n%C3%A1sledn%C3%A9+p%C3%A9%C4%8De&pic=&zak=&spd=&spo=&zaok=&sbmt=Vyhledat&zau=&pn=&scs=9&si=&srp=pdaz&SUBSESSION_ID=1429521856158_3

PAVLOVSKÁ, Amalie. Popis sítě služeb následné péče. In: *Adiktologie.cz* [online]. 6. 12. 2013 [cit. 10. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/594/4489/Popis-site-sluzeb-nasledne-pece>

RVKPP. *Informační portál o ilegálních a legálních drogách*. Standardy odborné způsobilosti - Speciální [online]. 2003 [cit. 8. 4. 2015]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/search?SearchText=standardy+odborn%C3%A9+zp%C3%B9sobilosti&x=0&y=0>

Střední odborné učiliště a Střední odborná škola Žatec. *Mapa ČR* [online]. [cit. 6. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.sousos-zatec.cz/sites/default/files/zemepis/prilohy/mapacr.jpg>