

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Lucie Šauerová

*Možnosti sekundární a terciální prevence u uživatelů
nealkoholických drog z pohledu sociálního pracovníka*

Bakalářská práce

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

2013

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

Dne 22. 3 2013

Podpis: _____

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Haně Krylové Ph.D. za odbornou pomoc a cenné rady. Také bych chtěla poděkovat své rodině za podporu při psaní práce. Děkuji i svému příteli za jeho podporu a lásku.

Děkuji

Obsah

Úvod	5
Teoretická část.....	6
1 Vymezení základních pojmů	6
1.1 Pojem droga a typy nealkoholových drog.....	6
1.2 Uživatel drog.....	7
1.3 Sekundární a terciální prevence jako součást protidrogové politiky ČR	9
1.3.1 Základní pilíře protidrogové politiky ČR.....	10
1.3.2 Legislativní úprava drogové problematiky v ČR	12
2 Sociální práce s uživateli drog v rámci systému sekundární a terciální prevence.....	14
2.1 Nízkoprahové služby.....	16
2.1.1 Kontaktní centra	16
2.1.1.1 Poradenství.....	18
2.1.1.1.1 Cíle poradenství.....	19
2.1.1.1.2 Poradenství pro rodinné příslušníky a blízké	20
2.1.1.1.3 Předléčebné poradenství	20
2.1.2 Harm Reduction	26
2.2 Terénní práce s uživateli drog	31
Výzkumná část	34
3 Empirický výzkum	34
3.1 Formulace výzkumných otázek.....	34
3.2 Metodologie výzkumu.....	34
3.3 Zpracování dat.....	35
3.4 Výzkumný vzorek	35
3.5 Průběh výzkumu.....	36
3.6 Analýza výsledků výzkumu	37
3.6.1 Náplň práce sociálního pracovníka v kontaktním centru	37
3.6.2 Přímá práce sociálního pracovníka s uživatelem drog v kontaktním centru.....	37
3.6.3 Práce s motivací u uživatelů drog.....	44
3.7 Diskuse	46
3.8 Závěry výzkumu.....	47
Souhrn	49
Seznam zkratk	51
Seznam literatury.....	52
Seznam příloh.....	56

Úvod

Ve své bakalářské práci se zaměřím na sekundární a terciální prevenci u uživatelů nealkoholických drog a možnosti sociálního pracovníka v této oblasti. Sekundární prevence a terciální prevence jsou součástí protidrogové politiky. Součástí je i primární prevence, která jim předchází. Jestliže primární prevence selže, tak musí nastoupit sekundární a terciální prevence. Zaměřuji se na uživatele drog a oblasti, které s užíváním drog souvisí. Oblast sekundární a terciální prevence je velice široká, proto se konkrétně budu zabývat oblastí současných uživatelů a práce sociálních pracovníků v oblasti poradenství, konkrétně motivace ke změně a přístupu Harm Reduction.

Cílem práce je popsat sekundární a terciální prevenci u uživatelů nealkoholických drog a zjistit možnosti sociálního pracovníka v rámci sociální práce v kontaktním centru. První část cíle je popsat sekundární a terciální prevenci u uživatelů nealkoholických drog, kterou vymezují obecně, popisují i systém. Konkrétně zde popisují již jen vybranou složku, jako je nízkoprahová a terénní služba. Druhá část cíle je zjistit možnosti sociálního pracovníka v této oblasti, naplnění cíle bych popsala jako přímou práci s uživatelem v rámci kontaktního centra. Tento cíl bude naplněn především v teoretické části práce, která bude doplněna výzkumnou částí. K naplnění cíle jsem využila dvě metody. V první teoretické části práce jsem využila analýzu literárních zdrojů a v druhé výzkumné části jsem použila kvalitativní výzkum.

Teoretická část má dvě kapitoly, které na sebe navazují. První kapitola vymezuje hlavní pojmy, kterými jsou pojem droga, uživatel, sekundární a terciální prevence v rámci protidrogové politiky v ČR, kde popisují a vyjmenují zákony na národní úrovni. Druhá kapitola je již konkrétně o systému sekundární a terciální prevence, kde se zaměřím na nízkoprahové a terénní služby, které pracují s uživateli drog.

Ve výzkumné části jsem zvolila jako cíl popsat přímou práci sociálních pracovníků s uživateli nealkoholických drog jako součást náplně práce sociálních pracovníků kontaktních center. Použiji kvalitativní výzkum. Ke sběru dat použiji metodu polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Data budou posléze vyhodnoceny pomocí deskriptivního přístupu.

Teoretická část

1 Vymezení základních pojmů

V této kapitole vymezím pojmy, které jsou podstatné pro tuto práci. Pro pochopení spojení sekundární a terciální prevence uživatelů nealkoholických drog je potřebné se zaměřit na obecné vysvětlení pojmů: co je droga, popsání uživatelů dle užívání nealkoholických drog a na konci vymezím sekundární a terciální prevenci a její propojení s protidrogovou politikou v ČR.

1.1 Pojem droga a typy nealkoholových drog

Kultura dnešní společnosti je ovlivněna drogami, které se staly její součástí. Již od minulého století jsou drogy rozšířené, zvláště v šedesátých letech s rozšířením masmédií a hudby. Pojem droga je ve společnosti často používán. Lze zde operovat s mnoha jinými výrazy, které jsou používány jako synonymum pro pojem droga jako návyková látka, psychoaktivní, psychotropní, omamná nebo stimulační látka.

Presl (1995, s. 9) ve své publikaci uvádí, že drogu lze chápat jako „každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva požadavky. Zaprvé má tato látka tzv. **psychotropní účinek**, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality a působí na naši psychiku. Zadruhé tato látka, může **vyvolat závislost**, ale každá látka má různý závislostní potenciál.“ Tato definice je nejvíce vystihující látky, které nazýváme drogy, vystihuje jejich charakter a nebezpečnost.

Drogou rozumíme látku, které mění lidské vědomí, chování nebo jednání se všemi **zdravotními i sociálními důsledky**. Je tedy zcela samozřejmé, že kromě příjemných pocitů, droga přináší i negativní působení a možné komplikace s užíváním. (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003, s. 75)

Kalina (2001, s. 32 - 33) popisuje, že droga je nejčastěji synonymem pro drogy nezákonné neboli také nelegální. Zaměřuji se na nelegální, tedy nealkoholové drogy. Nealkoholové drogy lze také rozdělit na jednotlivé skupiny podle různých kritérií, například podle účinků či složení jednotlivých látek. Vybrala jsem si rozdělení nelegálních drog na opiody, halucinogeny, konopné drogy a stimulační drogy a těkavé látky. (Presl, 1995, s. 15 – 43) Chci zde pouze stručně charakterizovat každou skupinu a uvést hlavní látky, které sem patří.

Opioidy jsou skupina, která je tvořena alkaloidy z rostliny máku. Mají schopnost navodit euforii, analgesii a ve vyšších dávkách může způsobit stupor až kóma. Nejčastěji užívané jsou morfin, heroin, metadon. (Kalina, 2001 s. 74) Halucinogeny jsou skupina látek, přírodních i syntetických, jejichž efektem je změna vnímání. Mezi nejčastější halucinogeny patří LSD. (Presl, 1995, s. 39) Konopné drogy jsou vyrobené z rostliny zvané Cannabis sativa. Znamější název rostliny je konopí. Užívané produkty konopí obsahují účinné látky cannabinoidy. Jsou zneužívány především dvě formy drogy marihuana a hašiš. (Miovský, 2003, s. 174-175) Stimulující drogy jsou látky, které mají jako základní efekt celkovou stimulaci, povzbuzení. Mezi stimulanty patří metamfetamin (pervitin), efedrin, kokain, MDMA. (Presl, 1995, s. 15-22) Těkavé látky jsou především látky skupiny organických rozpouštědel. Těkavým látkám se také často říká inhalační drogy. Látky jsou aplikovány „čicháním“ a všechny ovlivňují CNS, která se projevuje euforií, někdy i s útlumem a někdy se objevují zrakové a sluchové halucinace. Mezi těkavé látky patří především toluen (methylbenzen), Trichlorethylen a dále potom Éther, Benzin, Aceton, Rajský plyn. (Hampl, 2003, s. 193) Toto je tedy stručný přehled nealkoholických drog, které uživatelé užívají.

1.2 Uživatel drog

Dnešní populace je jistě ovlivněna mnoha negativními vlivy, které v ní působí. Jedním z nich je i velký vliv a rozšířenost drog, které jsou nedílnou součástí dnešní kultury. U mladých lidí je nejvyšší riziko vzniku závislosti, ale důvodů k užívání je řada. Důvodem k užití drogy tedy může být nuda, zvědavost či mladická nerozvážnost, ale mnohem závažnějším důvodem může být snaha řešit tak svoje problémy. (Vágnerová, 2004, s. 562)

Uživatel drog je tedy člověk, který drogy pouze jednou vyzkoušel či s nimi experimentuje. Podle četnosti užívání lze tedy rozlišovat několik typů uživatelů.

Kalina se zabývá rozdělením uživatelů dle intenzity užívání a popisuje jednotlivé typy uživatelů. **Experimentátory** označuje osoby, které drogy převážně jen zkouší, tedy s nimi „experimentují“. Označení je však spíše slangový výraz, který se ovšem velice často používá i v odborné řeči. Výraz není zcela jasně definovaný a ohraničený, lze sem zahrnout i např. závislý uživatelem může experimentovat s jinou drogou. Ale především je zde myšleno užívání drogy, které je časově nerovnoměrně

rozložené, nepravidelné a občasně. Experimentátor bere různé druhy a typy drog a nemusí mít problémy v jiných oblastech. (Kalina, 2003, s. 17)

Dalším typem v závislosti na intenzitě užívání jsou příležitostní neboli **rekreační uživatelé**. Tato cílová skupina vnímá užívání drogy jako součást svého životního stylu. Ovšem jejich intenzita užívání není vyšší než jednou týdně a jeho důsledkem zde nevzniká závislost ani další problémy. Typickými drogami jsou marihuana, LSD, extáze. Rekreační užívání často probíhá v souvislosti se soukromými večírky, diskotékami, hudebními festivaly či se sportovními příležitostmi. Rekreační užívání se spíše nepoužívá, protože vyvolává dojem, že jde pouze o užívání pro zábavu, ale pojem příležitostné užívání více zahrnuje snahu zvládnout negativní emoční stavy nebo jiné motivy, které vedou z užívání. (Kalina, 2001, s. 88 - 91)

Pravidelnost je typická pro **pravidelné uživatele**. Frekvence užívání je vyšší než jednou za týden. Toto pravidelné užívání již zahrnuje nejen životní styl, ale již zde můžeme hovořit o škodlivém účinku, jehož stupeň závisí na užívané látce. Můžeme zde hovořit o škodlivém užívání, které je definováno MKN-10. (Kalina, 2003, s. 17)

Všechny výše jmenovaní uživatelé mohou v závěru dospět až k poslednímu možnému stavu užívání, kde již hovoříme o závislosti. **Závislí** jsou uživatelé, kteří splňují diagnostická kritéria, které syndrom závislosti popisují. Starší terminologie používá pojem toxikoman, ale výraz závislý je současnější a používanější. (Kalina, 2003, s. 17)

Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je užívání psychoaktivní látky nebo jen touha po užívání látky. Jedinec vnímá, že je puzený k užívání drogy, což se projevuje snahou zastavit nebo kontrolovat užívání. Závislost je přítomna pro specifickou látku, třídu látek nebo širší řadu různých látek. (Nešpor, 1996, s. 33)

Závislost je definována v 10. revizi Mezinárodní kvalifikace nemocí tak, že „...užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisovanou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány).“ (Nešpor, 2003, s. 14)

Tato definice a diagnóza závislosti je podmíněna tímto: během posledního roku došlo u uživatele ke třem nebo více zde jmenovaných jevů jako „silná touha nebo pocit puzení užívat látku; potíže v kontrole užívání látky, pokud jde o začátek či ukončení nebo množství látky; tělesný odvykací stav, jelikož je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo

z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky; průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami; postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku; pokračování z užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Nešpor ještě okrajově popisuje i diagnostiku dle Americké psychiatrické asociace, kde je definice velice podobná, ale nezahrnuje první z šesti znaků jako bažení a klade mnohem větší důraz na zhoršené sebeovládání ve vztahu k látce. (Nešpor, 2003, s. 218)

1.3 Sekundární a terciální prevence jako součást protidrogové politiky ČR

V České republice je sekundární a terciální prevence součástí protidrogové politiky. Drogovou politiku lze definovat jako „komplexní soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, kontrolních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální, komunitní a individuální úrovni, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání drog nastat.“ (Radimecký, 2007, s. 9) Právní úprava v České republice se neustále mění a má svůj vývoj (viz dále). Drogová politika je jistou formou sociální kontroly, která je definována tím, jak daná společnost determinuje problém užívání drog. (Radimecký, 2007, s. 9)

Protidrogová politika se vyvíjí od vzniku českého státu v roce 1993, kdy vláda České republiky přijala závazky, které vychází z Úmluv OSN a začala, tak systematicky **řešit problém zneužívání drog**. Poradním orgánem se stala Meziřesortní protidrogová komise dnes přejmenována na **Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky**. Byly zavedeny okresní protidrogové komise, okresní protidrogoví koordinátoři a zvýrazněna úloha nestátních neziskových organizací jako poskytovatelů služeb a partner vlády ve vytváření a realizace protidrogové politiky. (Bém, Kalina, Radimecký, 2003, s. 35)

Vláda České republiky nese hlavní odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky. Protidrogovou politiku na národní úrovni koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP), která je „poradním a koordinačním orgánem vlády pro protidrogovou politiku.“ (Matoušek, 2003, s. 167)

Rada předkládá vládě základní dokumenty protidrogové politiky jako je **Národní strategii protidrogové politiky**.

Národní protidrogová strategie (dále jen Strategie) je koncipována jako dlouhodobý strategický plán a reprezentuje přístup státu k problematice zneužívání drog, jsou zde uvedeny principy a cíle vládních intervencí. Strategie usiluje o vybudování koordinovaného, účinného a vyváženého systému protidrogové politiky. Strategie je tedy realizována **Akčním plánem**. Akční plán stanoví v daných oblastech konkrétní cíle, činnosti k jejich naplnění, zodpovědnosti, termíny a ukazatele naplnění. Cíle musí být reálné, měřitelné a vést k naplnění cílů Strategie. (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2010, s. 2-3)

Národní strategie protidrogové politiky je důležitý dokument, který zaštiťuje protidrogovou politiku v České republice v současnosti na období 2010-2018. Koncept devítiletého období je poměrně rozsáhlá časová etapa, která má reagovat na konkrétní problémy. I z tohoto důvodu jsou vypracovávány tříleté navazující akční plány.

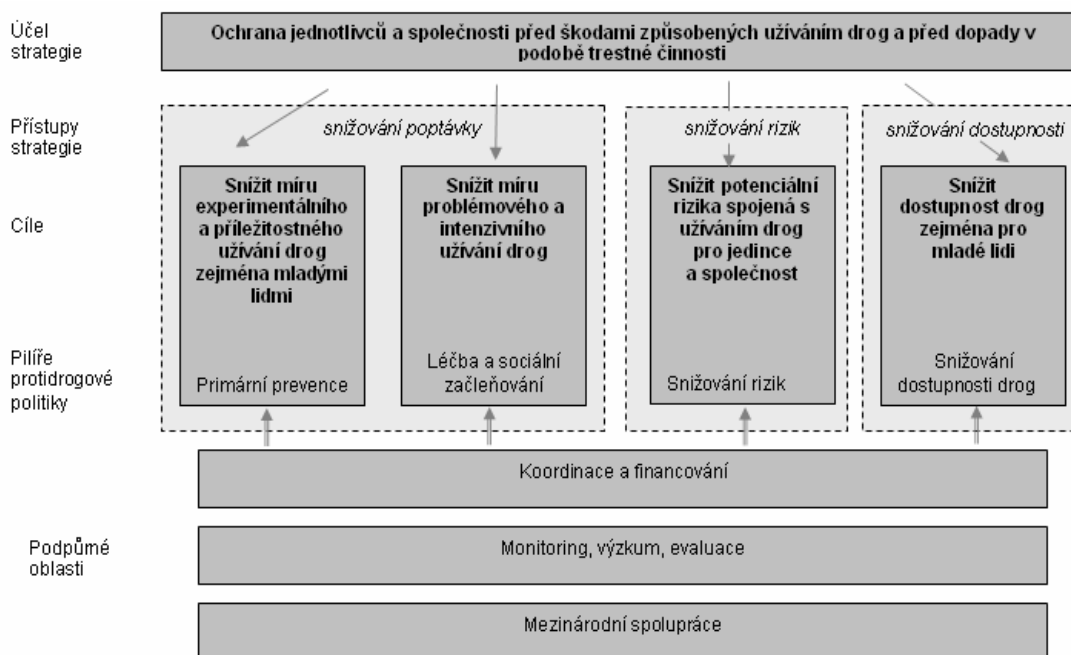
Národní strategie ukazuje směr, kterým se má drogová politika ubírat a definuje východiska a principy, které považuje vláda za nosné a účinné pro řešení problematiky užívání návykových látek.

1.3.1 Základní pilíře protidrogové politiky ČR

Drogová politika je tak uplatňována zejména díky čtyřem tradičním pilířům protidrogové politiky. Tyto čtyři hlavní pilíře korespondují s čtyřmi hlavními cíly. (Úřad vlády české republiky, 2011, s. 5 - 16)

Pro přehlednost ještě uvádím grafický přehled koncepce protidrogové politiky ČR a národní strategie, kde je dobře znázorněn celý koncept, pilíře a cíle.

Graf 1: Grafické znázornění konceptu protidrogové politiky ČR a národní strategie:



(Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2010, s. 2)

Strategie protidrogové politiky (2000) uvádí čtyři základní pilíře protidrogové politiky ČR: represe; prevence (tj. prevence primární); léčba a resocializace; Harm Reduction. (Kalina, 2001, s. 33)

Mezi pilíře pak tedy patří i **sekundární prevence**, patří sem právě *léčba a sociální začleňování*, jejichž cílem je snížit míru problémového a intenzivního užívání drog. (Úřad vlády české republiky, 2011, s. 16) Obecně lze sekundární prevenci chápat jako prevenci návaznou na primární prevenci. Pokud dojde k vzniku problému, tak problém vyhledá a následuje vlastní léčba v případě závislosti. Kohoutek definuje sekundární prevenci jako „*včasně rozpoznání (příp. i vyhledání) sociálních a zdravotních problémů, které již vznikly a jejich odborná náprava (léčba), zamezení rozšiřování negativního zdravotního či sociálního jevu.*“ (Kohoutek, 2005-2006, nestránkováno)

Zaměříme-li se na uživatele drog, tak sekundární prevenci lze vymezit podle WHO jako „*předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které užívají návykovou látku (drogu). Jedná se zde především o poradenství a samotnou léčbu.*“ (Kalina, 2001, s. 85)

Třetím pilířem je *snižování rizik*, jejichž cílem je snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince i společnost, které lze nazvat **terciální prevencí**. (Úřad

vlády české republiky, 2011, s. 16) Terciální prevence bývá nejčastěji popisován jako prevence zaměřená na zmírňování rizik vzniklých a působících rizikových jevů. Matoušek (2008, s. 154) popsal, že „*terciální prevence by se měla provádět u osob, u kterých již k sociálnímu selhání došlo.*“ V podstatě se jedná o to, aby se po vyléčení nebo odstranění jevu, **zabránilo opětovnému působení tohoto jevu** a případné **mírnění vzniklých následků**.

I u terciální prevence bych už rovnou uvedla vymezení, které se používá u prevence závislosti na návykových látkách. Podle WHO se jedná o „*předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog.*“ A v tomto smyslu se za terciální prevenci považuje: resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog; intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, pro tyto intervence se používá výraz Harm Reduction, jde zde především o zaměření se na snížení zdravotních rizik a to zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog. (Kalina, 2001, s. 109)

Sekundární a terciální drogová prevence zahrnuje v České Republice systém mnoha služeb, které tuto prevenci zabezpečují. Systém pomoci a služeb budou uvedeny v druhé kapitole této práce.

1.3.2 Legislativní úprava drogové problematiky v ČR

V České republice je protidrogová politika uskutečňována na místní, krajské, národní. Zaměřím se na národní úroveň a současnou podobu legislativy. Ze zákonů potom vyplývá i trestnost zacházení s drogami, šíření toxikomanie, držení drog atd. Mezi nejdůležitější legislativní (právní) dokumenty, které na národní úrovni působí je **zákon o návykových látkách**, a v rámci trestných činů v oblasti drog zde platí všechny postihy uvedené v trestním zákoníku.

Ústřední normou je tedy zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, který upravuje, jak lze zacházet s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory. Předepisuje „*pravidla výzkumu, výroby, zpracování, odběru, skladování, dodávání a používání těchto látek, přípravků a prekursorů, dále jejich koupě a prodeje, jakož i nabývání a pozbývání dalších věcných nebo závazkových práv s nimi spojených, zprostředkování smluv o jejich převodech a zastupování při uzavírání takových smluv.*“ Zákon reaguje na vyvíjející se situace v oblasti drog, z tohoto důvodu je neustále

aktualizován a novelizován. Je nezbytné, aby adekvátně reagoval na rychle se vyvíjející situaci v oblasti zneužívání nových syntetických látek jako drog.

Oprávněné, legální zacházení s omamnými a psychotropními látkami, přípravky a prekursory je v zásadě možné pouze na základě zvláštního povolení, které vydává Ministerstvo zdravotnictví. (Zákon o návykových látkách, §4 - §8) Kdo nemá povolení se zacházení s omamnými a psychotropními látkami podle zákona o návykových látkách (Zákon č. 167/1998 Sb.), může se dopustit trestného činu a trestné činy včetně sankcí jsou upraveny v **trestním zákoníku** (Zákon č. 40/2009 Sb.) v §283 až §287. Nejzávažnějším z drogových trestných činů je trestný čin nedovolené výroby a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy podle ustanovení § 283 trestního zákoníku. Tento trestný čin postihuje pachatele, který neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabízí, zprostředkuje, prodá, jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor¹ nebo jed. Tímto způsobem se trestní zákoník snaží chránit společnost i jednotlivce proti možnému ohrožení, které vyplývá z nekontrolovaného nakládání s uvedenými látkami a přípravky. Další formu trestného činu vymezuje § 284 trestního zákoníku a to přechovávání omamné a psychotropní látky, kde se hovoří o neoprávněném přechovávání pro vlastní potřebu v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC). Dle § 286 jde o trestný čin i v případě výroby a držení předmětu k nedovolené výrobě. Týká se tedy především prekursorů a pomocných látek a zařízení sloužících k výrobě drog. Také pouhé vypěstování rostlin, které obsahují omamnou nebo psychotropní látku pro vlastní potřebu v množství větším než malém je podle § 285 trestního zákona také trestným činem. (Trestní zákoník)

Je zřejmé, že v oblasti drogové politiky, je mnoho právních dokumentů, které na sebe navzájem navazují a v závislosti na sobě jsou také novelizovány, pokud dochází ke změně na mezinárodní úrovni, musí se změny promítnout i v národní legislativě. V samotné národní legislativě je také třeba, aby dokumenty odrážely situaci v České republice, a to na základě výzkumů, vznikajících situací a naplnění určitých cílů v rámci drogové problematiky.

¹ Představeň konečného stádia chemické látky (drogy).

2 Sociální práce s uživateli drog v rámci systému sekundární a terciální prevence

Sociální práce s uživateli drog má široké pole působnosti. Práci s uživateli drog vykonává kromě sociálních pracovníků i mnoho profesionálů s kvalifikací v různých pomáhajících profesích jako psychologové, psychiatři atd.. Pracovníci působí v různých resortech, které řeší problematiku drog jako státní správa, veřejná správa, státní a nestátní instituce. (Matoušek, 2005, s. 211)

Mnoho autorů se snažilo definovat principy sociální práce s uživateli drog. Navrátil zde zdůrazňuje „*nezbytnost systematických znalostí o závislostech; o člověku, společnosti i o jejich systémech; nezbytnost systematického sebepoznání; víry v hodnotu a důstojnost každého člověka.*“. Důležité je zaměřit se na jednotlivce i na systémové souvislosti jeho situace, tedy věnovat pozornost jak zjevným problémům, tak i širším sociálním vazbám. Sociální práce s uživateli drog zahrnuje mnoho disciplín a resortů, které se jí zabývají. (Matoušek, 2005 s. 211-214)

Sociální pracovník může pracovat s klientem v kterékoliv fázi vývoje jeho závislosti, což znamená i při jeho vývoji potřeby se této závislosti zbavit. Sociální pracovník je tedy součástí celého systému pomoci. Pro uživatele drog je vytvořena síť odborných institucí, které se snaží jedinci pomoci. Tento systém péče (pomoci), to jsou vzájemně provázané programy a služby, které odpovídají na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu. Jde tedy o komplexní systém, který bere na vědomí všechny klienty, kteří užívají drogy a nejsou ochotni k abstinenci, tak i osoby, které chtějí podstoupit léčbu a později potřebují pomoc s resocializací. Systém netvoří jen sociální služby, ale stejnou roli hrají i zdravotní služby. Za základní složky systému jsou pokládány:

- 1) **Nízkoprahové a terénní služby**, (viz. 2.1 Nízkoprahové služby; 2.2 Terénní práce s uživateli drog)
- 2) **Ambulantní péče** a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v **denních stacionářích**. Ambulantní léčba je nabízena různými zařízeními – krizová centra, poradenská centra, AT poradny. Na klienty jsou už zde kladeny nároky. S klienty jsou vytvořeny individuální plány léčby a jejich plnění se pravidelně reviduje. Denní stacionáře nabízejí intenzivní ambulantní léčbu, kterou tvoří celodenní program v rozsahu 2-3 měsíce. (Matoušek, 2005, s. 215)

- 3) **Ústavní detoxifikace a léčba** krátkodobá a střednědobá. Péče je zde zaměřena na minimalizování projevů odvykání a zabavení organismu drog i s využitím medikamentů. Detoxikace trvá asi 5-10 dní nebo i déle. (Matoušek, 2005, s. 215)
- 4) Dlouhodobá – rezidenční péče v **terapeutických komunitách** (dále TK). TK, poskytuje střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu v rozmezí 6-18 měsíců. Léčba je strukturovaná, intenzivní a rozdělena do čtyř fází. Je zde kladen důraz na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. V zařízení využívají poradenství individuální, skupinové a rodinné a pracovní terapie. (Matoušek, 2005, s. 215)
- 5) **Doléčovací centra** včetně chráněného bydlení, chráněné práce. Tyto centra se specializují na následnou péči a prevenci relapsu u uživatelů drog. Doba doléčování je obvykle v rozmezí 6-12 měsíců. Zařízení nabízí poradenství, individuální a skupinové terapie někdy i párovou, rodinou terapii, či případně i pomoc při hledání práce a bydlení. (Matoušek, 2005, s. 215-216)
- 6) Dlouhodobé udržovací **substituční programy**. Programy jsou zavedeny pro uživatele drog opiátového typu. Klientům je podávána náhražka drog prostřednictvím specializovaného programu nebo odborného lékaře. Využívanými látkami je metadon a subutex. Můžou trvat od několika týdnů, přes léta až neohraňeně. (Kalina, 2001, s. 104 – 105)

Pro funkčnost jednotlivých služeb a programů je nezbytná odborná schopnost doplňovat se, kompatibilita východisek a cílů, vzájemná informovanost, základní koordinace, pružné předávání klienta a vzájemná spolupráce na jeho problémech. Systém je tvořen a rozvíjen např.: *„průzkum potřeb, plánování služeb, matching (párování potřeb a intervencí), standardy, hodnocení kvality a účinnosti péče, vzdělávání, výcvik a supervize, usnadňování komunikace, koordinační porady apod.“* (Kalina, 2001, s. 105 - 106)

Programy a služby zde popíši v rámci systému péče dle definice WHO, kterou jsem již použila. Sekundární prevence tak probíhá v rámci nízkoprahových služeb, ambulantní léčby a ústavní léčby. A terciální prevence probíhá v rámci následné péče, resocializace či sociální rehabilitace, substitučních programů a intervence v rámci přístupu Harm Reduction. Takto je komplexně popsán systém péče.

Dále bych dle svého tématu práce již konkrétněji popisovala sekundární a terciální prevenci u uživatelů nealkoholických drog, kteří ještě aktuálně drogu užívají. Dle mého názoru jsou podstatnou složkou, kterou zde musím vymezit, nízkoprahové

služby, kde sociální pracovník pracuje s uživateli a motivací klienta k abstinenci, lze zde předcházet vzniku a rozvoji závislosti u osob, které užívají drogu, a důležitou roli zde má především poradenství. V rámci terciální prevence bych se zaměřila na přístup Harm Reduktion, který jsem zvolila a i vzhledem k cílové skupině uživatelů drog, kteří užívají, protože ostatní složky systému již kooperují s abstinencí či detoxikací uživatelů.

2.1 Nízkoprahové služby

Nízkoprahové služby jsou součástí sociálních služeb. Obecně lze říci, že důležité je zde právě „*nízký práh*“ služeb, která se odráží v dostupnosti služeb. Nízký práh znamená možnost vstupu klienta do programu, čím nižší je práh, tím je program dostupnější. Nízkoprahová zařízení či služby fungují způsobem, který je anonymní, tedy vyžadují jen takové osobní údaje, které jsou nezbytné k dosažení cíle či řešení zakázky klienta. Pro některé uživatele není nízký práh dostatečně motivující k navštívení zařízení, či využívání služeb, proto jsou často služby poskytovány v rámci terénních programů, které také spadají do oblasti nízkoprahových služeb. (Kalousek, L.; Staníček, J., 2002, s. 77)

Nízkoprahové zařízení jsou velmi často místem prvního kontaktu s uživatelem. První kontakt je bezesporu nejdůležitějším momentem, který rozhoduje o postoji klienta k zařízení. V praxi to znamená, že pokud se klient při své první návštěvě nízkoprahového zařízení setká s nedostatkem respektu či pochopení ze strany personálu, může to být také na dlouhou dobu jeho poslední návštěva v zařízení obdobného typu. Zvyšuje se tak riziko, že klient nebude v kontaktu s žádným zařízením, což může vést k tomu, že se bude při užívání návykových látek chovat rizikově a ohrožovat tak sebe i své okolí. Je proto velmi žádoucí, aby v nízkoprahových zařízeních pracovali zkušení odborníci, kteří jsou vedle znalostí vybaveni i dobrými komunikačními dovednostmi. (Klinika adiktologie, 2006, nestránkováno) Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog působí v oblasti sekundární a terciální prevence. Těmito zařízeními jsou myšlena právě **kontaktní centra**.

2.1.1 Kontaktní centra

Kontaktní centra (KC) jsou nízkoprahová zařízení určená klientům, jimž stačí pravidelný nebo občasný ambulantní program. KC nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která nemůže nebo nechce být v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi. Klienti mají přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení,

bezplatně, anonymně, v neformálním prostředí a kdykoli v době, kdy je otevřené. (Matoušek, 2008, s. 88) Kontaktní zařízení je zaměřené na práci s jednotlivci nebo skupinami. Služby směřují k minimalizaci negativních dopadů v oblasti tělesného a duševního zdraví, sociální situace uživatelů. V centrech jsou podmínky pro cílenější a dlouhodobou práci s uživateli. (Grohmannová, 2007, s. 37)

Základní program kontaktního centra je kontaktní práce, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní, zdravotní, psychologické a sociálně právní poradenství i poradenství pro rodiče a blízké, služby harm reduction (výměna injekčního náčiní a základní zdravotní ošetření), testování infekčních chorob, krizová intervence, asistence, zprostředkování kontaktu s dalšími institucemi v systému služeb a další služby jako potravinový servis, hygienický servis a vitaminový servis. (Grohmannová, 2007, s. 37-38) Všechny tyto metody je možné realizovat i v terénní práci kromě hygienického servisu. (viz. 2.2 Terénní práce)

Činnost KC probíhá především v **kontaktní místnosti**. Provozu kontaktní místnosti často napomáhá spoluspráva z řad klientů, kteří jsou povinni se o pořádek v místnosti starat. Doba pobytu v kontaktní místnosti je obvykle časově omezena, ale tato doba je individuální podle jednotlivých zařízení. Kontaktní místnost má svá pravidla, která musí klienti dodržovat. Při porušení těchto elementárních pravidel klient musí odejít a mívá vysloven zákaz vstupu na určité časové období. (Kalina, 2001, s. 55-56)

Klienti v kontaktní místnosti mohou využívat služby, které zařízení nabízí. Od potravinového servisu (polévka, čaj a pečivo, případně další potraviny, nápoje zdarma nebo za symbolickou cenu); vitaminový servis (potravinové doplňky, minerály, vitamíny) až po hygienický servis jako možnost se osprchovat, vyprat prádlo v pračce atd. (Kalina, 2001, s. 55-56) Klienti mohou využít i služby testování, pokud se testy uskutečňují v KC, v některých zařízeních nejsou testy realizovány, v takovém případě jsou klienti doprovázeni do příslušného zařízení (nemocnice, klinika), kde se nechají otestovat nejčastěji na HIV, hepatitidu B, C. (Kalina, 2001, s. 55-56)

Prostřednictvím nabídky služeb lze také navázat kontakt s klientem i jej prohlubovat např. dotazem na jeho případné tělesné obtíže či doporučením větší péče o sebe sama. Všechny služby se tak vzájemně prolínají, pokud pracovník s klientem hovoří, tak mu může nabízet jiné služby, například výměnu použitých jehel a na druhé straně, když klient chce jen vyměnit jehly či jiný materiál, má pracovník

možnost s uživatelem hovořit o jeho životě, problémech atd. (Klinika adiktologie, 2006, nestránkováno)

V kontaktním centru probíhá kromě klasických služeb, také **kontaktní práce**. Kontaktní práce patří mezi hlavní aktivity nízkoprahového zařízení. Cílem kontaktní práce je především navázání kontaktu s klientem, tento kontakt prohlubovat. Následně s klientem komunikovat díky vytvořené důvěře, otevřenosti a zjišťovat základní problémy a potřeby. Vytvoření vzájemné důvěry pomáhá následně lépe motivovat klienta ke změně rizikového chování. Dalším cílem je právě zprostředkovat klientům pozitivní zkušenost z kontaktu s odbornou institucí, tak aby překonaly své předsudky a obavy klientů. (Klinika adiktologie, 2006, nestránkováno).

Kromě rozhovoru lze kontaktní práci využít jako prostředek pro nabízení základního servisu k „přežití“, aby byl klient co nejméně fyzicky či sociálně zdevastovaný, pokud by se rozhodl pro změnu životního stylu. Nízkoprahovost služby napomáhá kontaktní práci, jelikož je dostupná v čase a prostoru. V neposlední řadě můžeme díky kontaktní práci získat cenné informace o změnách na drogové scéně. (Klinika adiktologie, 2006, nestránkováno).

Kontaktní práce zahrnuje i kontaktní poradenství, které je důležitou složkou k definování problému uživatele, které zahrnuje i možnosti řešení a případné zprostředkování odborné pomoci. (Kalina, 2001, s. 56)

Velmi důležitou složkou práce KC je **poradenství**. Poradenství se již zaměřuje na systematictější řešení problému dle zhodnocení potřeb klienta. Poradenství zahrnuje i podporu v abstinenci nebo přípravu na léčbu, což lze nazvat předléčebné poradenství a motivační trénink. (Kalina, 2001, s. 56) Předléčebné poradenství pracuje s motivací uživatele k léčbě a zde bych viděla jako nezbytné věnovat pozornost technice motivačního rozhovoru, který souvisí i se stádiem změny chování, které u uživatelů nastávají.

2.1.1.1 Poradenství

Poradenství jako služba probíhá v rámci kontaktních center mezi základními službami. Poradenství je vnímáno jako poskytování informací, které si klient sám vyžádá, ale toto pojetí je značně úzké. Měli bychom poradenství chápat jako možnost, aby klient mohl poznat své přednosti či slabá místa, našel strategii k zlepšení svého života a třeba i obtížně získal nový náhled na svůj život, druhé lidi či nové dovednosti. Poradenství lze různě časově vymezit na krátkodobé, dlouhodobé, ale také může být

jednorázové. Aby mělo poradenství dostatečný vliv na klienta, musí být strukturované v závislosti na zvoleném plánu a cíli, který je dohodnut mezi klientem a pracovníkem. Příkladem strukturovaného poradenství u uživatelů drog je právě motivační trénink. (Matoušek, 2008, s. 142)

Poradenství jako takové je založeno na vztahu mezi pracovníkem a klientem. Jedná se o vztah založený na vzájemné spolupráci. Iniciace kontaktu je rozdílná podle místa, kde například v terénní práci je aktivita více na pracovníkovi, jelikož se často jedná o nemotivované uživatele, ovšem na druhou stranu v kontaktním centru je snaha přesunout aktivitu na klienta. (Broža, 2003, s. 270)

2.1.1.1.1 Cíle poradenství

Pro efektivní poradenství je důležité oboustranné vytyčení společných cílů. Tyto cíle jsou závislé na potřebách a motivaci klienta. Cíle jsou různé i podle místa výkonu. V terénu jde především o vytvoření vazby mezi světem drog a bezdrogovým světem, který je uživateli mnohdy vnímán jako ohrožující. Pracovník má být především dobrý posluchač, který vyslechne, pokud je klient ochotný diskutovat o svém životě, své nespokojenosti atd. a případně by mu následně měl umět nabídnout přijatelnou formu další možnosti aktivit. Naopak cílem poradenství v kontaktním centru není primárně abstinence, ale klient by měl být informován o tom, že nejučinnější a nejbezpečnější snížení všech rizik je drogy nebrat. Cíle by měly být aktuální vzhledem k reálným možnostem uživatele, které vychází i ze spolupráce, kde by měl klient přebírat aktivitu, a cíle by měly být splnitelné v krátkém časovém období. (Broža, 2003, s. 271 - 272)

Kvalitní kontakt a výsledek poradenské intervence závisí na určitých faktorech. Dle Broži (in Kalina, 2003) jsou nejdůležitější tyto faktory:

1. schopnost pracovníka znát dobře problematiku;
2. vytvořit vhodné podmínky pro kontakt přijatelné pro obě strany;
3. být klientovi důvěryhodným partnerem;
4. být si vědom své role a dokázat udržet hranici vztahu;
5. odhadovat reálné možnosti klienta i svoje a respektovat je;
6. dokázat strukturovat rozhovor tak, aby napomohl klientovi vytvořit představu svého očekávání tedy svoji zakázku či kontrakt;
7. poslední důležitý faktor je umět používat svou osobnost ve prospěch klienta.

Mnoho z těchto faktorů právě z osobnosti pracovníka, která je důležitým nástrojem pro práci s uživateli, jelikož ji máme v rukou. Znalosti, dovednosti a osobnost

pracovníka musí být dostatečné, jelikož kvalita poradenství a celkově práce s uživatelem jsou na nich závislé. Mezi takové základní charakteristiky dobrého poradce patří empatie, autenticita, akceptace, důvěryhodnost. Nezbytné jsou u pracovníka i znalosti o drogové problematice, o klientech, se kterými je v kontaktu, o sociálním prostředí, ve kterém se klienti pohybují a specifické konkrétní znalosti o jeho činnosti. Tyto všechny výše jmenované skutečnosti související s pracovníkem mají vliv na poradenství.

Poradenství se může dotýkat mnoha oblastí jako pracovní, sociální, právní, pedagogicky-psychologické, rodinné, partnerské. Je tedy zřejmé, že poradenství se věnuje všem oblastem života uživatelů, ve kterých mohou nastat problémy. (Broža, 2003, s. 269)

2.1.1.1.2 Poradenství pro rodinné příslušníky a blízké

Poradenská služba, kterou pracovníci v rámci kontaktního centra nabízejí, se netýká jen samotných uživatelů, ale i jejich rodinných příslušníků, kteří se mohou také zapojit do pomoci uživatelům drog. Rodinní příslušníci nejsou jedinou skupinou, které je také poradenství určeno, ale lze sem zahrnout přátele, známé, spolužáky, partnery a jiné osoby, které mají podezření na užívání drog či starost o někoho blízkého. Patří sem osoby, které přicházejí s uživateli drog do styku a poradenství zahrnuje obecné informace o drogách a závislosti, možnostech přístupu k uživatelům drog, poskytování krizové intervence. (Kalina, 2001, s. 81) Kromě poradenství v kontaktním centru existují pro rodinné příslušníky a osoby blízké i další zařízení, které mohou využít pro získání informací a pomoci. Tato zařízení nemají jednotný název, mohou se být nazvány například jako Centrum adiktologických služeb, Centrum drogové pomoci, Poradenské centrum nebo Ambulantní centrum. (Registr poskytovatelů sociálních služeb)

2.1.1.1.3 Předléčebné poradenství

Hovoříme-li o předléčebném poradenství v kontextu nízkoprahových služeb, na jeho počátku může často stát poradenství zaměřené na minimalizaci rizik souvisejících s injekčním užíváním návykových látek. Tato poradenská péče může napomoci **prohloubení kontaktu s klientem** a postupnému vybudování jejich vztahu, o který je pak možné se v budoucnu opřít, začne-li klient o případné změně svého chování uvažovat. (Dobiášová, Broža, 2003, s. 283)

Předléčebné poradenství zaměřené na klienty, kteří mají problémy s užíváním drog, se jednoznačně vztahuje k práci s motivací. Předléčebné poradenství se snaží klienta namotivovat ke změně, nejlépe k abstinenci a léčbě. (Libra, 2003, s. 167)

Miller a Rollnick (2002) přistupují k motivaci jako k něčemu, co by se dalo popsat jako stav připravenosti nebo touhy po ní. Tento přístup jim umožňuje s motivací nakládat jako s něčím, co je dynamické, co se mění a co lze tedy i ovlivňovat.

V minulosti převládající model vycházející z předpokladu, že klient nebude dostatečně motivován ke změně, dokud si nesáhne obrazně řečeno na dno, nemusí platit u všech klientů. Není proto třeba čekat, až u klienta dojde k tělesnému, psychickému i sociálnímu propadu, ale nabízet mu pomoc mnohem dříve. O co jde v první řadě, je forma této pomoci a přístup terapeuta ke klientovým obtížím. Jestliže terapeut po úvodním sezení s klientem zjistí závažnost jeho situace, může se ocitnout v pasti. Spadne do ní v okamžiku, kdy na sebe nechá dolehnut tíhu klientových obtíží (která může být klientem subjektivně prožívána jinak) a začne klienta přesvědčovat o nutnosti změny. Klient pak nemá dostatek prostoru pro rozhodnutí změnit svůj životní styl, protože veškerou energii vyčerpává při oponování terapeutovým argumentům, proč by se měl měnit. Rázem se tak na scéně objevují obranné mechanismy jako odpor či popírání. Poradenský kontakt může skončit nezdarem, protože na obou stranách dochází k velkému rozčarování plynoucímu z rozdílných názorů a postojů terapeuta i klienta. Východiskem z této situace může být přenesení zodpovědnosti za změnu na klienta (Miller, Rollnick, 2002). Terapeut je pak zodpovědný „pouze“ za to, aby vytvořil pro klienta podmínky, které mu jeho rozhodování co nejvíce usnadní. (Dobiášová, Broža, 2003, s. 283)

Motivační trénink

V předléčebném poradenství se úspěšně uplatňují principy **motivačního tréninku**, který se vyhýbá přímé konfrontaci s klientem a opírá se o předpoklad, že klient péči vyhledává v okamžiku, kdy již motivován je (byť na různé úrovni). Úspěšnost kontaktu se odvíjí od schopnosti terapeuta identifikovat, v jaké fázi motivace se klient nachází a podle toho s ním pracovat a nabízet možné varianty řešení jeho problému. (Dobiášová, Broža, 2003, s. 283)

Motivační trénink má za cíl změnu, která povede nejen k bezpečnějšímu, ale také spokojenějšímu a úspěšnějšímu životnímu stylu, než jaký klient doposud vedl. Tento cíl otevírá dostatečný prostor pro takovou změnu, která nemusí vést

k radikálnímu kroku, jakou je například naprostá abstinence klienta. Jde o to zlepšit jeho stávající stav ať již snížením užívání drog, zlepšením sociálních kontaktů či zázemí apod. Motivační trénink souvisí s orientací na řešení problému, a proto se mj. úspěšně uplatňuje právě v předléčebném poradenství, které bývá časově omezeno. Úkol identifikovat problém leží na klientovi, pracovník by mu měl proces hledání usnadňovat a podporovat klienta v uskutečňování změny a také v jejím udržování.

Cíle motivačního tréninku by měly být formulovány v kontraktu, který mezi sebou uzavírá terapeut a klient. Kontrakt by měl být písemný a měla by v něm být jasně vydefinovaná zakázka klienta. Důležitým předpokladem je, aby cíle byly realistické a klient se s nimi ztotožnil, tj. přijal je za své. Je vhodné mít na paměti při vytváření cílů, že by měly splňovat následující podmínky (Dobiášová, Broža, 2003, s. 284): „*Cíl by měl být konkrétní a jasný; měřitelný; dosažitelný (v čase i možnostmi klienta); reálný (skutečně proveditelný); jasně časově omezený.*“

Vedle cílů by měl kontrakt zahrnovat také způsob, jak bude kontrakt naplněn, jak bude terapeut s klientem kontrolovat průběh plnění, a v neposlední řadě také způsob, jakým se budou obě zúčastněné strany domlouvat na případné úpravě kontraktu.

Motivační trénink se opírá o model Prochasky a DiClementa (in Miller a Rollnick, 2002), z něhož vychází. Tento model sestává z pěti stadií, jimiž člověk prochází při zahájení a udržování změny. První stadium – tzv. prekontemplace – je obdobím, které předchází uvažování o změně, klient tedy v této chvíli ještě o změně neuvažuje. V předléčebném poradenství se pracovníci setkávají nejčastěji s klienty právě v tomto stadiu. Užívání drog pro tohoto klienta ještě naznamená problém, který by měl řešit. Pozitiva spojená s užíváním drog z jeho pohledu jasně převažují a klient nejen, že nemá chuť měnit svůj stávající životní styl, ale nemá ani důvod. Klient je přesvědčen, že má vše pod kontrolou a své chování si sám sobě racionalizuje. Změna se navíc jeví uživateli jako obtížná a zbytečná. V tomto období je vhodné nabízet pouze služby a intervence zaměřené na minimalizaci rizik spojených s užíváním drog a udržujeme kontakt, pokud to jde.

Druhé stadium neboli kontemplace je fází, kdy klient začíná uvažovat o možnosti změny. Uživatel začíná vidět nejen pozitiva, ale i negativa, která pramení z užívání drog a jejich vzájemný poměr je zhruba vyvážený. Klient si je schopen dát do souvislosti, že některé z jeho problémů přímo souvisí s užíváním drog. Toto uvědomění probouzí nárůst pochybností o správnosti jeho chování a obavy, které souvisí s budoucím vývojem jeho užívání. V tomto stádiu je vhodné pracovat s rozpory –

zdůrazňovat rozpory a motivovat k drobným, dílčím změnám, které mohou (v případě úspěšné realizace) posílit klientovo sebevědomí i jeho motivaci ke změně. A potom dále tento stav udržovat. (Dobiášová, Broža, 2003, s. 284)

Třetí stádium je označované jako rozhodnutí či připravenost k akci. V tomto stadiu nastává zhoršení situace klienta, protože již ztráty z užívání drog jednoznačně převažují nad zisky a klient si ochotně uvědomuje přímou souvislost mezi svou špatnou životní situací a užíváním drog. Klient pociťuje reálnou potřebu změny, současně se ale často pohybuje v prostředí, ve kterém nevidí příliš podpory. Pracovník by měl být v této fázi klientovi nejvíce oporou. Klienti v této fázi nejvíce spolupracují, tedy se i aktivně podílejí na stanovení cílů, které budou dosažitelné, a také společně plánují strategii. Klienti jsou plni odhodlání a bývají pozitivně naladěni. V optimálním případě je klient i ochoten přistoupit na léčbu. Předléčebné poradenství předáním klienta do léčby končí, nikoli však potřeba pracovat dál s klientovou motivací. (Dobiášová, Broža, 2003, s. 284)

Na stadium rozhodnutí navazuje stadium čtvrté, označované také jako akce či pokus o změnu. Tento krok nastane, pokud klientův rozpor dostatečně vzroste a potřeba změny dosáhne vrcholu. Důvěryhodný vztah s terapeutem a jeho motivace v předchozích stádiích značně přispívají k rozhodnutí a realizaci aktivit, které přispívají k léčbě. (Dobiášová, Broža, 2003, s. 284)

Páté stadium je fází tzv. udržování, resp. udržení změny. Klient se v něm učí schopnosti žít život, který není spojený s užíváním drog a oživuje si dovednosti, které bude potřebovat při návratu do normálního života. Jedná se o náročné období, které je plné těžkostí, kdy klient opouští bezpečné prostředí léčby a mnohdy se musí vrátit do prostředí, které stále vnímá pro něho jako ohrožující. (Dobiášová, Broža, 2003, s. 284)

Nedílnou součástí pětidílného modelu Prochasky a DiClementa je relaps. Relaps je možné přeložit jako selhání nebo návrat do předchozího stadia. K relapsu může dojít v každé fázi výše popsaného modelu. Je důležité mít tuto skutečnost na mysli v každé fázi a snažit se relapsu předcházet. (Dobiášová, Broža, 2003, s. 284)

Předléčebné poradenství zahrnuje první čtyři fáze, kdy pracovník s klientem pracuje a pokud nastane relaps, bývá potom první, s kým se setkává, pokud začne znovu využívat nízkoprahové služby.

Motivační trénink je prostoupen těmito pěti fázemi změny, ale zásadní je zde pracovat v rámci těchto změn s motivací. Jednou ze základních technik je i motivační

rozhovor, který ke změně přispívá a pracuje s klientem. Zásady praktického vedení motivačního tréninku jsou uskutečňovány v pěti principech motivačních rozhovorů.

Motivační rozhovor

Základní filosofie přístupu je úzce spjata se stádií změny (viz. motivační trénink). Motivační rozhovor zahrnuje okruh technik, vypracovaných k podpoře postupného posunu uživatele drog těmito stádií.

Autory techniky motivačního rozhovoru jsou W. R. Miller a Rolnick. Motivační rozhovor je metodou, jehož koncepce je duchem i stylem poradenství. Obsahem je kombinace direktivních a na klienta zaměřených přístupů s důrazem na pomoc při dosažení změny v chování prostřednictvím rozebírání a řešení ambivalence. Vliv poradce je značný, jelikož on vytváří atmosféru a ducha poradenství, který přispívá ke změně. Motivační rozhovor se dá využít, jak na samotném počátku k získání klienta pro léčbu, při udržování kontaktu v průběhu léčby a dá se s ním pracovat, kdykoliv se během léčby objeví ambivalence ohledně změny. Jádro motivačního rozhovoru tvoří spolupráce mezi poradcem a klientem, změny v klientově nitru a samostatnost ve vztahu ke změně. (Millerová, 2005, s. 284 – 285)

Motivační rozhovor tvoří pět základních principů: vyjádření empatie, rozvíjení rozporů, vyhýbání se argumentaci, otočení odporu, podpora vlastních schopností klienta. (Dobiášová, Broža; 2003, s. 285)

Motivační rozhovory jsou bez **empatie** v poradcově přístupu nemyslitelné. Vyjádřením empatie je myšleno reflexivní naslouchání a schopnosti zdržet se domněnek a udílení rad a skutečně druhému naslouchat. Empatie a reflektivní naslouchání napomáhají terapeutovi pochopit nejen klientovy pocity, ale i jeho postoje, aniž by musel klienta hodnotit či kritizovat. Soustředíme se na to, abychom se dozvěděli co nejvíce o klientově pohledu na věc. Důležitý je i respekt v přístupu ke klientovi, aby poradce klienta vyslechl a nepřepisoval jej na základě předsudků, stereotypů či proti přenosu. K iniciování změny je dobré zjistit, co má klient a tím si lze pomoci při rozvíjení jeho motivace ke změně nebo rozbití vzorce návykového chování. Některé klienty je třeba učit znát zdravé hodnoty, a tím zlepšit kvalitu jejich života. Zde k rozvoji motivace slouží poradci i zvýraznění jakýchkoli rozporů mezi tím, co klient je a kým chce být, či co klient dělá a co by chtěl dělat. Ambivalence je zde chápána jako přirozený, normální proces změny, v němž úloha poradce spočívá v tom, že klientovi pomáhá ambivalenci rozebrat. (Millerová, 2005, s. 285)

Druhý princip navazuje na první. Nutné je pojmenovat a objevit v klientově mysli a **rozvinout rozpor mezi tím**, co v dané chvíli dělá a jeho dalšími cíli. V obecné rovině lze tento proces chápat jako „*uvědomování si rozporu mezi tím, kde se člověk nachází a tím kde by chtěl být*“. Spouštěcím momentem je uvědomění si klienta, jak vysokou cenu platí za svůj stávající způsob života. Pokud je tento jeho styl v rozporu s jeho vlastními cíli, kterých chtěl dosáhnout, je pravděpodobné, že se rozhodne pro změnu a začne ji uskutečňovat. Uvědomění si rozporu je prvním krokem ke změně. Motivace ke změně vzniká, když člověk zažije rozpor mezi svým stávajícím chováním a svými osobními cíli. Motivační rozhovory se na tento rozpor zaměřují, pracují s ním, snaží se ho zvětšit, aby zastínil vazbu k současnému způsobu chování. Chceme, aby tento proces proběhl především v nitru klienta, aby sám v sobě dozrál k rozhodnutí pro změnu. Důležitou zásadou je, že důvody pro změnu předkládá klient, pokud se motivační rozhovor daří, je to klient, kdo vyslovuje obavy a přiklání se ke změně. Terapeut „pouze“ naslouchá klientovým obavám a podporuje ho v jeho rozhodnutí pro změnu. (Miller, 2004, s. 50-51)

Třetí princip spočívá ve vyhýbání se **argumentaci a přímým hádkám s klientem**. Konfrontace do motivačních rozhovorů jistě patří, ale měla by sloužit i k tomu, aby si klient jasně uvědomil své problémy i potřebu na nich pracovat. V okamžiku, kdy terapeut vnímá klientovu situaci jako problematickou a klientův náhled je diametrálně odlišný, může být terapeut stržen k silné argumentaci, aby klienta o velikosti jeho potíží přesvědčil. V takovém případě může dojít k tomu, že klientovi začne stanovovat diagnózu či ho jinak „nálepkovat“, což vede pouze ke zvýšení odporu ze strany klienta. Nejlépe je třeba začít pracovat s každým klientem tam, kde se právě nachází, a netlačít ho prostřednictvím nálepkování ke změně jeho postoje. (Miller, 2004, s. 51-52)

Čtvrtý princip je práce s odporem. Při práci je nutné, aby byl přítomný respekt ke klientovi a jeho volbě. V závěru je jen na klientovi, jak a jestli vůbec se problém bude řešit. Proti jeho pohledu na věc nemusí jít terapeut přímo, ale může s ním pracovat tak, že nabídne klientovi jiný úhel, z něhož by se mohl na svoji situaci podívat. Jde o to nabízet klientovi nové možnosti spíše než předkládat nové cíle. Miller a Rollnick (2004) hovoří o postupu „*vezmi si, co můžeš, a zbytek nech být*“. Klient si tak sám může svobodně rozhodnout a vybírat z různých rad. Zmenšuje se prostor pro konfrontaci mezi terapeutem a klientem a současně se otevírá prostor pro vlastní aktivitu klienta. (Miller, 2004, s. 52-53)

Podpora vlastních schopností klienta je poslední pátý princip. Důvěra klienta ve vlastní schopnosti se opírá o přesvědčení jedince, že je schopen úspěšně vykonat a dokončit určitý úkol. Vlastní schopnosti jsou v motivačním rozhovoru klíčovým elementem důležitým předpokladem léčby. Cílem je zvýšit u klienta vědomí vlastních schopností a možností zvládnout překážky a uspět na cestě k proměně. Vhodné je posilovat klientovu sebedůvěru, že je kompetentní se s daným problémem úspěšně vypořádat a může zvládnout obtížnou situaci. Možností, jak posílit klientovu sebedůvěru je mnoho, jednou u nich je důraz na to, aby **klient sám za sebe převzal zodpovědnost**. Poradce není v roli toho, kdo klienta změní, ale je v roli pomocníka ve smyslu – „*Pokud si to sám přeješ, pomůžu ti, aby ses změnil.*“ Posilující pro klienta může být také dobrý příklad ostatních, například setkání s úspěšnými klienty nebo vyprávěné pozitivní příběhy z praxe poradce. Selhání klienta nemusí být nutně vnímáno a prožíváno jako prohra. Úkolem poradce je pak rozšířit spektrum nabízených možností a hledat s klientem dál, co by pro něho bylo optimální. (Miller, 2004, s. 53-54)

Miller a Rollnick (2004, s. 55) vnímají motivační rozhovory jako „*začátek, který lidi postaví na start, a změna může začít.*“ Tyto uvedené principy tvoří obecnou teorii motivačních rozhovorů, které v praxi používají pracovníci k práci s motivací ke změně. Z principů vychází specifické postupy motivačních rozhovorů, které popisují praktické otázky. Těchto postupů je mnoho, proto uvedu nyní jen některé. Zprvce sem patří budování motivace ke změně, zaměření se na postupy na začátku, vyvarování se nejzrádnějších pastí, využití vyhodnocení před léčením, které zjišťuje míru připravenosti ke změně, rozpoznávání a zvládnání odporu, objasnění postupů, které jsou vhodné pro posílení závazků ke změně. Tyto postupy se samozřejmě vzájemně prolínají. Je samozřejmé, že mnohdy se pracovník musí potýkat i s mnoha obtížnými situacemi či dilematy.

2.1.2 Harm Reduction

Přístup Harm Reduction je mezinárodně uznávaný přístup, který vznikl jako odpověď na vysoký nárůst HIV/AIDS v osmdesátých letech minulého století. Kalina (2001) uvádí, že jako „Harm Reduction“ se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají. Uživatelé nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali a ani proto není cílem tohoto přístupu abstinence od drog. Přístup uznává skutečnost, že klient v dané chvíli užívá drogy

a nechce či nemůže přestat a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možným zdravím v bio-psycho-sociálním smyslu. (Hrdina, 2003, s. 263)

Model HR se chová pragmaticky a nechce absolutně eliminovat drogy a užívání, jelikož chápe, že je to nereálná představa, ale snaží se „minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti.“ (Kalina, 2001, s. 43) Zmírňování škod je realizováno mnoha postupy v drogové oblasti. Nejznámějším postupem tohoto přístupu je *výměna použitého injekčního náčiní* za sterilní materiál, *poskytování informací* (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), *kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích*. Oblast nechráněného pohlavního styku je pokryta díky distribuci kondomů, které zabezpečují bezpečný sex a i nešíření nemoci AIDS. (Kalina, 2001, s. 43)

Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace, je tedy nezvratné, že se takto zvyšuje informovanost uživatelů. Edukace zaměřená na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů. (Kalina, 2001, s. 43) Přístup může klientovi pomoci dosáhnout abstinence, ale jen díky postupným realistickým krokům. A dobře se doplňuje s přístupy motivačního rozhovoru, o kterém jsem již hovořila dříve. Harm Reduction neodmyslitelně patří do systému péče o drogově závislé tam, kde selhávají jiné léčebné intervence. (Millerová, 2005, s. 35)

Přístup Harm Reduction je nedílnou součástí sekundární i terciální prevence a prostupuje téměř všechny služby, které jsou provozovány v kontaktním centru, ale i v terénní práci. Přístup HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Níže budu popisovat HR v kontaktním centru, tedy snižování rizik díky výměně injekčního materiálu či informování uživatele o rizicích atd.

Minimalizace rizik v Kontaktním centru

Kontaktní centra ve svojí činnosti neodmyslitelně využívají aktivity a prostředky, které směřují ke snižování rizik. Téměř všechna tato zařízení na území naší ČR mají služby HR zahrnuté ve své filozofii, což ukazuje, jakou nedílnou součástí

tento přístup je při práci s uživateli. V Kontaktním centru jsou přístupem Harm Reduction označovány veškeré aktivity a prostředky, které usilují o co největší možné omezení zdravotních a sociálních rizik, které souvisejí se zneužíváním drog.

Vymezení přístupu HR jako snižování rizik je poměrně široké. Několik konkrétních rizik, které se snaží minimalizovat, již bylo uvedeno. Ovšem mnohem podstatnější je jaké cíle mají aktivity HR v kontaktním centru. Lze je jednoduše vymežit v několika bodech. Radimecký (2006, nestránkováno) uvádí těchto jedenáct cílů:

1. *„motivovat klienta, aby upustil od opakovaného používání stejného náčiní k aplikaci drog nebo dokonce od jeho sdílení s jinými uživateli drog (u intravenózních uživatelů)*
2. *naučit a motivovat klienty k užívání méně rizikových způsobů aplikace drog popř. aplikace méně rizikovými způsoby*
3. *informovat klienty o rizicích spojených s užíváním nealkoholových drog (druhy, účinky drog, ale též způsoby aplikací)*
4. *informovat klienty o zásadách bezpečnějšího sexu*
5. *změnit chování uživatelů drog směrem k méně rizikovému, omezit je nebo od něj zcela odradit*
6. *minimalizovat rizika somatického poškození v důsledku užívání drog*
7. *zvýšit znalosti a dovednosti klientů v otázkách poskytování první pomoci (včetně kardo-pulmonální resuscitace)*
8. *zvýšit informovanost klientů o systému fungování orgánů státní správy a orgánů činných v trestním řízení (způsoby komunikace, práva a povinnosti)*
9. *upevnit u klientů či znovuvytvořit základní hygienické návyky*
10. *přispět ke snížení trestné činnosti páchané uživateli drog*
11. *motivovat uživatele drog k pravidelnému kontaktu s odborným zařízením, protože pak lze ovlivňovat jeho chování směrem k méně rizikovému.“*

Těchto jedenáct cílů zcela vymezují obsah HR a práci, kterou pracovníci v praxi vykonávají, aby minimalizovali všechna rizika s užíváním drog spojená. Tyto cíle je nutné naplňovat. K jejich dosažení je třeba vhodných prostředků, které pracovníci využívají. Můžeme tyto prostředky komplexně nazývat jako služby, které jsou klientům poskytovány v rámci kontaktních center jako *„šíření informací o rizicích spojených s užíváním drog i s nechráněným sexem písemnou, obrazovou (informační materiály, letáky, časopis) i verbální formou; výměna injekčních stříkaček a jehel; poskytování materiálu potřebného k aplikaci drog bezpečnější formou (desinfekční alkoholové*

tampony, voda pro injekční aplikaci, kyselina, bavlněné filtry, aluminiová fólie, náplast); motivační trénink ke změně rizikového chování (bezpečnější užívání drog, bezpečnější sex); základní zdravotní ošetření; reference klienta do specializovaných zdravotnických zařízení (chirurgické ambulance, infekční, gynekologické, kožní odd., testování HIV positivity apod.); reference klienta do léčebného zařízení (terapie, substituce, atd.); zprostředkování Detvu; testy zjištění na přítomnosti viru HIV ze slin; kondomy; potravinový servis; vitaminový servis; hygienický servis.“(Radimecký, 2006, nestránkováno)

Množství služeb je poměrně široké a všechny mají své neodmyslitelné místo v práci s uživateli drog. Zaměřím se na nejvýznamnější složku přístupu HR, a to výměnný program stříkaček a jehel. Jelikož jejím prostřednictvím lze navázat kontakt s klienty, prohlubovat vztah, minimalizovat rizika spojená s užíváním atd.

V kontaktním centru je možné ve vymezeném času **výměna stříkaček a jehel**. Uživatel má možnost přinést použitý materiál a vyměnit ho za nový, kolik jehel přinese, tolik jich i dostane. Klient, který využije tento servis a nemá žádné jehly na výměnu, může dostat omezený počet čistých jehel s podmínkou, že je musí po použití odevzdat. Pokud podmínku nedodrží, nemá potom již nárok na další jehly. K vyměněným jehlám dostane uživatel i stejný počet desinfekčních alkoholových polštářků, ty slouží k očištění místa vpichu. Klienti mohou dostat i ampulku sterilní vody. Uživatelé diacetylmorfinu (heroin) mohou dostat také kyselinu askorbovou v jednorázových balíčcích potřebnou pro přípravu dávky k aplikaci. Do standardní nabídky pro klienty výměnného injekčního programu patří rovněž i bavlněné filtry, které se používají pro natahování látky do stříkačky. Po použití uživatelé vhazují stříkačky a jehly do kontejnerů, které jsou k tomu určeny a poté dostanou nové náčiní. Tyto kontejnery jsou speciální a většinou plastové, poté jsou odborně likvidovány a to především firmami, které zpracovávají infekční nemocniční materiál. Důležitá je bezpečná likvidaci použitého injekčního materiálu, tím se snižuje riziko přenosu virových infekcí z použitých a odhozených jehel a stříkaček. Pracovníci by neměly přijít do styku s použitým a infikovaným materiálem a musí striktně dodržovat základní bezpečnostní pravidla. Nutností je i informovanost o rizicích intravenózní aplikace, zvláště v případě již použitého náčiní a možnosti jiné méně rizikové aplikace. (Radimecký, 2006, nestránkováno)

Výměnný program můžeme i hodnotit, jak je účinný, a to podle návratnosti (poměr vydaných a vrácených stříkaček), optimální je v tomto případě přes 100%,

protože se do oběhu dostává i náčiní, které je získané jinde, např. v lékárnách. (Kalina, 2001, s. 115 – 116)

Výměna injekčního náčiní je spojena s komunikací s klientem. Kvalitní předávání informací je základní předpoklad úspěchu této práce, a protože tato úroveň závisí na pracovnících, je nezbytné, aby byly schopni o tématech hovořit otevřeně bez zábran, aby tyto témata nebyla tabu a byly odstraněny stigmatizující předsudky. Pracovníci v kontaktním centru mají povinnost předávat uživatelům informace o bezpečnějším užívání drog, ale také o jiném možném přenosu onemocnění, a to o bezpečnějším chování při sexu. (Radimecký, 2006, nestránkováno)

Informace o bezpečném užívání zahrnují nejvhodnější místa k aplikaci, jakým způsobem se k aplikaci připravit, aby bylo riziko poškození uživatele co nejmenší, co je nezbytné pro ochranu zdraví před, během i po aplikaci drogy. Tyto informace mají za povinnost pracovníci předávat klientům při vhodné příležitosti a pokud možno atraktivní, pro klienty přijatelnější, efektivnější a hlavně nevtíravou formou. Předávání informací probíhá během provozu kontaktní místnosti při výměnném programu, ale také v rámci individuálního poradenství, či motivačního tréninku. (Radimecký, 2006, nestránkováno)

Informace o bezpečném užívání musí být maximálním možným způsobem dostupné i veškeré informace o rizicích nechráněného pohlavního styku a jiných forem sexuálních kontaktů. S uživateli je třeba hovořit o všem bez zábran. Nejen o rizicích, které vyplývají z nedostatečné ochrany, o formách a způsobech styku; o tom jaké jsou prostředky ochrany proti pohlavně přenosným chorobám, jaké existují druhy antikoncepce; o možnostech a prostředcích testování zdravotního stavu, o vlivu užívání drog na kvalitu sexu, o průběhu těhotenství a porodu u uživatelék – matek atd. Efektivní metodou je např. instruktážní cvičení vedené erudovaným pracovníkem. (Radimecký, 2006, nestránkováno)

Přístup Harm Reduction se realizuje jak v kontaktním centru, tak i při terénní sociální práci, kde se tento přístup také uplatňuje. Služby, které se v terénu realizují, jsou podobné jako v kontaktním centru, ale tato sociální práce je specifická. Vše je realizováno tzv. v terénu, klienty musí pracovník vyhledávat, nabízet služby atd. Nyní budu o terénní sociální práci hovořit podrobněji a nejen v rámci přístupu HR.

2.2 Terénní práce s uživateli drog

V dnešní společnosti je terénní práce spojována s prací sociálních pracovníků, kteří ji vykovávají v „terénu“. V současné době se používá pojem streetwork, což je doslovně přeloženo jako práce na ulici. Terénní práce je specifickou formou sociálních služeb, které probíhají na ulici a jsou často vstupní branou do systému služeb. Dle Matouška (2008, s. 229) jde o speciální typ terénní sociální práce, která je **vyhledávací, doprovodná a mobilní práce** s nízkoprahovou nabídkou sociální pomoci.

Uživatelé drog tvoří specifickou cílovou skupinu terénní práce. Můžeme cílovou skupinu ještě konkrétněji rozdělit na osoby experimentující s drogami, problémoví uživatelé drog nebo osoby na drogách závislé. (Matoušek, 2008, s. 229)

Mezi uživateli drog jsou riziková jedinci a skupiny, které často nejsou efektivně zachycovány existujícími institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim, nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují, a i z tohoto důvodu probíhá terénní práci. (Kalina, 2001, s. 109)

Terénní práce vyhledává uživatele mimo instituci či zařízení a to konkrétně přímo na ulici, veřejných místech jako nádraží, restaurace nebo je vykonávána v jiných institucích či zařízeních jako věznice, školy, azylové domy, domovy mládeže atd. anebo je vykonávána přímo v bytech uživatelů. (Kalina, 2001, s. 109)

Při terénní práci s uživateli drog hraje důležitou roli dlouhodobé působení a dobrá znalost přirozeného prostředí klientů, ve kterém se sociální práce odehrává. Pracovníci při terénní práci nečekají na klienta, až sám vyhledá pomoc, protože má problémy s drogami či zdravím, ale vyhledávají jednotlivce a nabízejí se jim informace a služby. Proto může intervenovat v počáteční fázi drogové dráhy konzumenta, než by mohl přejít k nebezpečnějším způsobům užívání drog. Optimální je ovlivnění rizikového chování klientů. (Rhodes, 1999, s. 11)

V rámci přístupu minimalizace rizik jsou vymezeny cíle terénní práce: předcházet, aby lidé začali brát drogy, začali brát drogy nitrožilně, podporovat uživatele, aby přestali brát drogy a minimalizovat rizika spojená s užíváním drog. V dosažení těchto cílů se a v podpoře veřejného zdraví je terénní práce nejpragmatičtější a nejpružnější z dostupných metod intervence, dokáže reagovat na změny ve vztahu k uživatelům drog a poskytovat služby, které potřebují. (Rhodes, 1999, s. 10)

I nabízené služby v terénních programech jsou na principu Harm Reduction, který se v sociální práci s uživateli drog používá. Užívání může poškodit jak zdraví uživatelů drog, tak zdraví určitého společenství či veřejné zdraví. (Matouška, 2008, s. 229) Jedná se především o sběr použitého injekčního materiálu a dále o poskytování informací, různých hygienických prostředků, injekčního materiálu; klientům. (Wedlichová, 2008, s. 98)

Mezi služby poskytované v terénu patří i jiné aktivity, které nespádají do přístupu Harm Reduction. (Rhodes, 1999, s. 10) Součástí terénní práce je tak i navazování kontaktů, poskytování sociální pomoci, depistáž, mapování lokality včetně sběru, analýzy a sumarizace poznaných informací o příčinách, charakteru a intenzitě nepříznivé sociální situace cílové skupiny. (Matoušek, 2008, s. 229)

V praxi má mnoho organizací certifikovány K-centra na Kontaktní služby a zvláště Terénní programy hlavně tedy ve větších městech například v Brně, Olomouci, Plzni; v menších městech mají registrovány pouze Kontaktní centra a v rámci něj poskytují ambulantní a terénní služby jako například v Hodoníně, Břeclavi, Prostějově, Jihlavě. (Registr poskytovatelů sociálních služeb)

O terénní sociální práci pojednává i časopis Sociální práce, který je zaměřen na sociální práci s lidmi se závislostí a je z roku 2007. Článek se jmenuje „Cílem terénních programů je stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatelů.“ a autorem Pavel Bajer, který hovoří s Bc. Romanem Hlouškem, DiS., který je sociální pracovník ve sdružení Podané ruce. Ten zde uvádí, že za cíl terénních programů považují oslovit uživatele mimo dosah institucionální dosah. Po kontaktování lze za cíl brát, dle filosofie Harm Reduktion, stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele. Zahrnují sem kromě výměnného programu i sociální práci. Nejčastější cíl je uváděn jako změna chování klienta. Chápejí, že abstinence je ideální cíl, a proto je zde hlavním záměrem bezpečnější chování klienta vůči sobě a svému okolí. Pokud práce s klientem pokračuje, tak je klientovi zprostředkován kontakt s institucemi, či je delegován na služby následné péče. Často to jsou programy mimo drogové služby, lze ho nasměrovat do psychiatrické ambulance, kontakt se sociálními kurátory atd. Klienti jsou nasměrováni na kontaktní centrum pro strukturovanější práci. Terénní program tedy zahrnuje návštěvu různých míst a lokalit, dle aktuálního výkonu terénní práce. Pracovníci mají často vytipované lokality a místa, ulice, centra či ubytovny nebo také města. Vybraná místa také záleží na aktuální situaci, tedy například dle přesunu místa dealera, trhu s drogami, kde se klienti scházejí atd. Lze se přes jednoho klienta seznámit s dalšími členy třeba uzavřené

skupiny. Častým způsobem oslovení je nabídka testů na infekční choroby. Aktivní vyhledávání klientů je důležité, ale těžké, protože občas se stává, že pracovník osloví neuživatele nebo se uživatel stydí. Je těžké určit kdy a koho oslovit a často se ptáme spíše na pohozené injekční stříkačky. Po navázání kontaktu se ale často další kontakty nabalují. Dobře poradit proto znamená mít dobrý kredit mezi uživateli.

Po klientovi se nevyžadují téměř žádné údaje. Často se s klientem vyplňuje dotazník, kde je veden pod kódem a případně je zaznamenána přezdívka či křestní jméno a jde zde hlavně o zaznamenání rizikového chování klienta. V terénní práci je problém plánovat dopředu. Nikdy nevíme, kdy na klienta narazíme, proto zde používáme termín „využít situace tady a teď“. Důležitý je kontext situace, se kterým pracujeme a i vzhledem k tomu jsou rozhovory nestrukturované a další schůzky těžko plánovatelné.

Uživatelé chtějí nejčastěji pomoci s problémy v oblasti zdravotní a sociální prevence. Po zdravotní stránce je nejčastější oblast dotazů směřována k infekčním chorobám, možnosti otestovat se, mechanické poškození žilního systému, abscesů, zánětů žil, rozpíchaných rukou, bezpečného brání drog atd. Sociální práce se zde odvíjí od postavení klienta a i pomoc se od něj odvíjí. Nutné je nepřístupovat ke každému klientovi všeobecně, ale individuálně. Klienti se mohou nacházet v debaklové situaci nebo zvládat povinnosti jako práci bez komplikací. Podle životní situace se potom liší i pomoc, s některým se probírá právě téma zaměstnání, zprostředkování léčby, specifická pomoc jako substituční léčba, násilí v rodině. S mnoha oblastmi pomáhá spolupráce pracovníků s institucemi jako právník, K-centrum, policie či drogovou službou ve vězeňství. Pro terénní programy není zcela typické, že by se klienti rozhodli pro léčbu a nástup do terapeutické komunity, spíše jsou jen odkazováni na ambulantní programy a individuální poradenství. (Bajer, 2007, s. 13-15)

Výzkumná část

3 Empirický výzkum

Cílem mého výzkumu je popsat přímou práci sociálních pracovníků s uživateli nealkoholických drog jako součást náplně práce sociálních pracovníků kontaktních center. Tento cíl vychází z teoretických poznatků, které bych ráda doplnila tímto výzkumem, který ukáže práci sociálních pracovníků v praxi. Pro výzkum jsem si zvolila kvalitativní metodu, dle mého názoru je nejvhodnější, protože teoretické poznatky jsou zkoumány v praxi. Miroslav Disman uvádí, že kvalitativní přístup je nenumerné šetření a interpretace sociální reality, jehož cílem je odkrývat význam podkládaný sdělovanými informacemi. Štech chápe kvalitativní výzkum jako určitý princip nebo rámec, určující v závislosti na výzkumném problému výběr a způsob aplikace kvalitativních metod. Rozhodující není kolik a jakou mírou jsou ve studii využívány kvalitativní metody, ale zde je v jeho některé části uplatněn kvalitativní přístup. (podle Miovský, 2006, s. 16 – 17)

3.1 Formulace výzkumných otázek

Abych zvládla naplnit zvolený cíl výzkumu, tak jsem vytvořila tři výzkumné otázky. Tyto otázky vychází z cíle výzkumu. Výzkumné otázky jsem stanovila takto:

- Jaká je náplň práce sociálního pracovníka v kontaktním centru?
- Jak pracuje sociální pracovník v přímé práci s uživatelem drog v kontaktním centru?
- Jak sociální pracovník motivuje uživatele drog?

3.2 Metodologie výzkumu

Metod k získávání dat je v kvalitativním přístupu mnoho. Já jsem si zvolila vzhledem ke svému tématu metodu polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je náročnější na přípravu než nestrukturovaný. Je třeba vytvoření schématu, které bude specifikovat okruh otázek, na které se budeme ptát. Pořadí lze v průběhu rozhovoru měnit a upravovat ho podle potřeby a možností, abychom maximovali výtěžnost z rozhovoru. Vhodné je i nechat si následně upřesnit či vysvětlit odpověď účastníka. Po pochopení správnosti odpovědi můžeme klást doplňující otázky a rozpracovávat tím téma do hloubky. Rozhovor má stanoven minimum témat a otázek,

kteřé musí tazatel probrat. Je tak zaručeno, že budou všechna témata skutečně probrána. (Mioviský, 2006, s. 159 - 160)

Získávání dat je velmi důležité, a proto je i zvolený způsob získávání rozhodující pro další práci s daty. Zvolila jsme pro zaznamenání dat z rozhovorů metodu **audiozáznamu**. Výhodou této metody je komplexnost a autentičnost záznamu. Pro záznam obsahu není třeba si dělat poznámky, ty si můžeme dělat jen pro své potřeby a zaznamenávat si informace z pozorování pro dokreslení atmosféry. Záznam je zcela nestranný a je na něm vše, jak se odehrálo. Pro další práci s daty je třeba zvukový záznam převést do textové podoby.

3.3 Zpracování dat

Nejdříve jsem zvukový záznam převedla, přepis záznamu se nazývá **transkripce**. Přepsaný text může být ovlivněn výzkumníkem, pro jeho minimalizaci použiji techniku kontroly transkripce opakovaným poslechem. Technika je jednoduchá, tím že po skončení přepisu procházíme záznam znova a porováváme původní záznam s jeho přepsanou podobou. Při přepisu vytvářím současně osnovu pro přepsaný text. Odděluji otázky s označením tazatele a otázky označuji kurzívou, odpověď mám vždy na novém řádku s označením respondenta. Po přepsání záznamu do textové podoby jsem již začala s textem pracovat. (Mioviský, 2006, s. 197- 207) Dále jsem pokračovala s kódováním textu, aby se pro mě stal přehlednější. Kódování je podle Mioviského (2006, s. 219 - 220): „přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoli snadno pracovat s většími významnými celky. Proces kódování je identifikace a systematické označování významných celků dle vytvořených kritérií.“. V kódování jsem použila techniku barvení textu, která udělala text přehledným. Každé výzkumné otázce jsem přiřadila jednu barvu. Následně jsem při pročítání textu podtrhávala místa, která se týkala jednotlivých výzkumných oblastí. Tyto oblasti jsem poté rozdělila na jednotlivé kategorie, které mi z dat vyplynuly. Následovala analýza výsledků výzkumu, kde jsem zvolila deskriptivní přístup. Jeho podstatou je proces utřídění, klasifikace a deskripce dat.(Mioviský, 2006, s. 220)

3.4 Výzkumný vzorek

Pro určení metody výběru výzkumného vzorku jsem vycházela z Mioviského (2006, s. 127 - 136), kde jsem se rozhodla pro metodu prostého záměrného (účelového)

výběru. Metoda spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod a technik vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu, kteří splňují určitá kritéria a který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně také souhlasí. Vybírala jsem respondenty, kteří pracují na pozici sociálního pracovníka v nízkoprahovém zařízení. Z druhů nízkoprahových zařízení jsem vybrala kontaktní centrum.

Výzkumu se účastnili dva muži a jedna žena. Pracovníci byli ve věkovém rozmezí od 26 – 31 let. Dva respondenti dosáhli magisterského vzdělání, jeden pracovník měl pouze maturitu a za sebou neúspěšné bakalářské studium. Délka pracovního poměru v zařízení byla od roku a 9 měsíců po sedm let.

Tabulka 1: Přehled základních údajů respondentů

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka zaměstnání
Respondent 1	Žena	26 let	VŠ-Mgr.	1 rok a 9 měsíců
Respondent 2	Muž	30 let	SŠ s maturitou	7 let
Respondent 3	Muž	31 let	VŠ-Mgr.	6 let

3.5 Průběh výzkumu

Pro naplnění cíle výzkumu jsem oslovila e-mailem šest kontaktních center v Jihlavě, Žďáře nad Sázavou, Pardubicích, Brně, Olomouci, Táboře. Ve třech jsme se setkala s tím, že se mi ze zařízení neozvali. Jedno zařízení mě z nedostatku personálu odmítlo a dvě zařízení mi vyšli vstříc, že mi některý z pracovníků rozhovor poskytne. Obě tyto zařízení se nacházejí na Vysočině. Kontakty probíhaly přes email, kdy jsme si domluvili osobní setkání. Všechny rozhovory jsem získala v měsíci únoru 2013. Doba jednoho rozhovoru se pohybovala okolo 50 minut. Vždy na začátku jsme se domluvili, že všechna data, která získám, budou anonymní. Všichni pracovníci souhlasili s nahráváním rozhovoru, pro další zapracování v rámci výzkumu. Všechny tři rozhovory probíhaly v pracovní době pracovníků a v prostorách kontaktního centra,

konkrétně vždy v ambulanci, jak tuto místnost nazývají. Občas někdo vyrušil pracovníka, zazvonil telefon nebo přišel jiný pracovník, v tu chvíli jsem nahrávání vypnula, abych respektovala soukromí. Rozhovory jsme následně přepsala. Poté jsem začala s analýzou dat.

3.6 Analýza výsledků výzkumu

Data z výzkumu jsem rozdělila do výzkumných oblastí, které odpovídají na výzkumné otázky. Tučně jsem zvýraznila důležité údaje, které se podařilo z rozhovorů získat.

3.6.1 Náplň práce sociálního pracovníka v kontaktním centru

Respondenti se při otázce náplně práce shodli na tom, že jde především o práci v kontaktní místnosti. Stěžejní je tedy **komunikace a práce s klienty**. Respondent 1 říká: „*Tak hlavní náplň je komunikace s klienty, která v různých fázích té komunikace sleduje nějaký cíle, ať už navázání důvěry klienta, tím pádem navázání na zařízení nebo komunikace ve smyslu Harm Reduction.*“ Sociální pracovníci také samozřejmě **pracují s administrativou**, protože většina pracovníků zastává kromě sociálního pracovníka i pozici, která vede nějaký úsek kontaktního zařízení. Respondent 3 uvádí: „*Pracuji jako vedoucí a sociální pracovník. Takže píšu projekty, mám na starosti správu budov, vytváření metodických materiálů, předkládání materiálů vedení.*“ Nedílnou součástí náplně práce sociálních pracovníků je i **nabídka služeb**. Nabídka služeb slouží i jako prostředek k navázání kontaktu, protože je zde prostor pro komunikaci. Respondent 2 popisuje, že: „*vyměňuju použitý injekční materiál za nepoužitý, dělám základní ošetření, poradenskou činnost, testy. Všechny tyhle ty věci.*“ Respondent 1 ještě doplňuje svoji náplň práce o **práci s rodinnými příslušníky a osobami blízkými**. Podle respondenta je to důležitá oblast lidí, ale k tomu dodává, že jich je jak „*šafránu, těch co se přijdou zeptat, informovat, aby aspoň věděli o tom jejich světě, co jsou ty drogy, jak to můžou užívat, co to s nimi prostě dělá a potom řešit to co s tím dál.*“

3.6.2 Přímá práce sociálního pracovníka s uživatelem drog v kontaktním centru

Práce s uživatelem v kontaktním centru je podle sociálních pracovníků především **individuální**. Práce se **odvíjí od stavu klienta**, jeho **případné zakázky** či

potřeby. Přímá práce se rozvíjí především díky **rozhovoru.** Tato práce má nějaký vývoj, stanovila jsem tak oblasti, které práci popisují.

Navázání kontaktu

Všichni sociální pracovníci uvedli různé prostředky, které jim pomáhají k navázání kontaktů s novými klienty. Ale nejvíce se asi všichni respondenti shodli na tom, že jde především o **nabídku služeb,** kterou klientům v zařízení nabízejí, tedy **výměna injekčního materiálu a nabídka testování.** Respondent 2 uvedl, že: *„nabízím klientům služby, který poskytujeme. V případě, že je chtějí využít, tak je to bod, ve kterém se střetáváme, a dochází k tomu kontaktu.“* Respondent 1 dodává: *„ta výměna, to je pro mě jakoby velice zajímavá věc. Nabízíme něco, co chtějí využít. Takže u toho, tady je prostor ke komunikaci. Dobrý je taky nabídka testů. Hlavně na žloutenku typu C. To je hodně motivuje přijít a vzhledem k tomu, že máme možnost tady dělat test, který trvá celý tak půl hodiny, tak je tam prostor k tomu si povídat a zjistit kam až můžu zajít. Jak on to má s tou institucí a takže si ho tak oťukat a pomaličku navazovat ten vztah.“*

Dalším způsobem k vyhledávání nových klientů a navázání kontaktu a je **i informovanost,** a to v mnoha směrech. Respondent 3 k tomu hovoří: *„snažíme se propagovat a rozšiřovat informace do škol, i prostřednictvím primární prevence. Pořádáme různé propagační akce a snažíme se proniknout i do periodik. Rozdáváme informační materiály a i sirky, který vydrží dýl. Informujeme hodně i rodinné příslušníky. V současné době se snažíme i díky facebooku rozšířit povědomí.“* Prostředkem k motivaci klientů, aby přivedli nového klienta je **i odměna.** Respondent 3 uvádí, že: *„když přivedou klienta, tak dostanou on i nový klient stravenku v hodnotě 50 korun.“*

Již při navázání kontaktu **se formuje vztah** mezi klientem a pracovníkem. Ten je základ. Pracovníci k tomu využívají **různé techniky** z kurzů či výcviků. Respondent 2 uvádí: *„motivační rozhovory například.“* Respondenti se shodují, že s uživatelem, s kterým mám vztah, tak se mohu posunout dál a dovolit si k němu víc. Respondent 2 vypráví: *„pracuju, tak abych je nikam netlačil, to znamená jsem trpělivej, snažím se reagovat na to, v čem jsou ty klienti jiný oproti třeba té době co se známe. Přijde klient je nějaká změna, snažím se jí chytit.“*

Jednání s klientem

Jednání s klientem je zásadní pro práci s uživatelem, tak jak k němu pracovník přistupuje, tak i klient přistupuje potom k pracovníkovi. Respondent 2 říká: „*snažím s něma jednat úplně normálně. Není potřeba jim dávat najevo, že jsou ztracenci, protože to jim dávají najevo všichni.*“ Respondent 2 ještě dodává: „*jednat s nima narovinu, nehrát s nima žádný hry, netancovat s nima tanečky jakože mohli bychom, kdybyste náhodou chtěli. Takže kladu přímí otázky, chceš tohle, děláš tohle, chováš se takhle a tak podobně.*“ Jednání je závislé také na tom, v **jakém stavu klient** v zařízení je a také na tom jaké **množství klientů** se v zařízení zdržuje. Řešení konkrétního problému s klientem probíhá dle Respondenta 1 takto: „*často je z kontakty odveden do kanceláře. Když teda se řeší něco konkrétního, aby pracovník s klientem probral všechny možnosti, ale nic za něj nedělal. Takže jako by, obecně pracujeme s nimi na motivaci k něčemu. Je tam ta podpora. Nic za nikoho neřešíme.*“ Respondent 3 vidí jako hlavní při jednání dodržování **anonymity** a **mlčenlivosti**. „*Klient ví, že když se na něho někdo zeptá, tak pracovník o něm nemluví, že tam dochází.*“ dodává Respondent 3.

Metody, techniky a přístupy při práci s uživateli

Vymezení jednoznačného přístupu, který je využíván, v odpovědích nezaznělo, ale všichni respondenti několikrát uváděli techniku **motivačních rozhovorů**. Respondent 1 říká, že čerpá: „*ze systému kladení těch otázek, jaký otázky klást. Ne uzavřený otázky. Furt opakovat, rozvíjet rozpory a fakt ptát se. Nechat ho dojít samotného k tomu poznání, který si tam člověk utvoří na začátku.*“ Technika probíhající v rámci kontaktní práce je především **poradenství**, kde s klientem otevírají pracovníci různá témata nebo se jen baví o běžných věcech. Respondent 2 dodává k přístupům, že využívají filosofický **přístup Harm Reduction**. „*Ten je zásadní.*“ A dále dodává, že: „*důležitý prvek je to, že toho klienta doprovázím, neukazuju mu cestu a neříkám mu co a jak má dělat, protože to by měl vědět on a měl by si na to přijít sám a já ho v tom jen doprovázím a kladu otázky. Hodně se ptám, hodně se ty lidi snažím poslouchat.*“

Respondenti 1 a 2 hovoří o **využívání své povahy**, která pomáhá utvářet přístup ke klientovi, který musí být autentický, bez přetvářky a nehrát žádné hry. Respondent 2 uvádí: „*Jsem přijímající, respektuju je, jsem upřímný.*“ Respondent 1 doplňuje: „*Oni*

mají hrozně citlivý sensory na to, jestli je člověk přirozený nebo si na něco hraje a to pak je jako konec.“

Pro zvládání náročných situací je taky důležité rozvíjet techniky a metody a k tomuto účelu pomáhá pracovníkům odborné vedení jako **pravidelná supervize** nebo výcvik **krizové intervence**. Respondenti uvádějí, že hodně čerpají i ze **spolupráce**, jak mezi sebou, tak s **jinými organizacemi**. Respondent 1 udává: *„si i sdělujeme zkušenosti s ostatními káčkama. Snažíme se navázat nebo máme navázanou spolupráci i s jinými organizacemi, úřady, ospod, přestupkový oddělení a další. Takže sosáme informace přímo od ostatních služeb a oni zase od nás.“*

Specifičnost práce

Všichni pracovníci vnímají několik specifík od jiných sociálních služeb. Především je to **specifická klientela**. Respondenti 1 a 2 se shodují na tom, že klienti jsou extrémně **nemotivovaní, nechtějí změnit svůj životní styl**. Klientela je typická i velmi **nízkým sebevědomím**, ale svým způsobem jsou **konzervativní, hrdí** a je velmi těžké s nimi pracovat, dodává Respondent 2.

Ze společenského hlediska je specifický pohled společnosti, který shledávají Respondenti 1 a 3 jako **špatně společensky hodnocena** a přijímána. Respondent 3 dodává: *„povědomí o ní, je velice různorodé. Někdo ví, co přesně se tady odehrává, někdo neví nebo si jen něco myslí.“*

Respondent 3 vidí jako specifické **nízký práh** této služby a **nastavení otevírací doby** pro uživatele, *„Kdy je dána otevírací doba různá pro kontaktní místnost a celkově pro zařízení, kdy sem může klient přijít a má jistotu, že zde bude mít větší soukromí a to i na rozhovor s pracovníky.“*

Co se týká samotné práce, tak ta je specifická, tím, že je **každý den jiná** *„takovou neorganizovaností, nesystematičností, že s těmahle lidma se nedá plánovat individuální plány a něco domlouvat se na schůzkách na čas.“* dodává Respondent 1.

Rizikovost v přímé práci

Sociální práce s uživateli drog je stejně jako jiná práce s lidmi riziková **syndromem vyhoření**. Je to dáno extrémně **náročnou klientelou**, případně i přehnaným **očekáváním** pracovníků, kteří do práce nastupují. Respondent 2 popisuje vlastní pozorování: *„Takovým jako pozorováním za tu dobu, co v té práci jsem, že ty co vydrží dýl jak dva roky, tak mají na to pak už vydržet dlouho. A do dvou let ty lidi jako vyhořej,*

za rok, za dva jdou pryč, nemůžou to dělat. Myslím, že kdo v téhle práci vydrží dva roky a neodejde po dvou letech, tak už je schopný si to jako ohlídat.“

Podle všech respondentů hrozí i **zdravotní riziko**, které vyplývá hlavně z **manipulace s injekčním materiálem**. To ovšem není jediný způsob nákazy, lze se nakazit i **kontaktem s klientem**, který může být nakažený HIV či žloutenkou typu C. Respondent 2 rozvíjí možnost nákazy i na „*riziko nějakých kožních onemocnění*.“ Respondent 1 popisuje: „*nesedíme nikde za plexisklem, jsme s nimi v tom prostoru, takže i tam se dají některý věci nakazit*.“

K dalším rizikům v práci s uživateli drog patří i **práce s klienty**, kteří jsou v **různých situacích**. Sem lze zahrnout kontakt s **intoxikací, agresivitou, psychiatrickým onemocněním**. V těchto stavech může dojít k napadení. Respondent 3, ale tuto možnost vylučuje: „*pracujeme s klienty, takže hrozí riziko zranění, ale to se nestává. Klienti většinou nebývají agresivní, proti pracovníkům*.“

Respondenti rozdělují dva možné **rizikové stavy intoxikace**: „*klient je akutně intoxikovaný nebo je na dojezdu*.“ Stavy uživatelů jsou v obou případech odlišné a i přístup k nim musí být specifický. S klientem **na dojezdu** je třeba **jednat opatrně**, protože „*klient na dojezdu je samozřejmě podrážděný, vzteklý, už z podstaty toho svého stavu*.“ **Akutní intoxikace** u klientů většinou způsobuje špatnou orientaci v čase, proto se často na něčem zasekne nebo jsou zase hyperaktivní, někteří klienti mají tendenci řešit hlouposti, navážet se nebo provokovat. Pracovník tak musí **adekvátně reagovat**, i když jednání s klientem v tomto stavu není jednoduché. Hlavní je v tomto stavu **udržovat s klienty především kontakt**, případně bavit se o neutrálních tématech a snažit se je mírnit v projevech. Respondent 1 řeší tuto situaci takto: „*pokud se neděje nic mimořádného, specifického, tak se snažíme nějakým způsobem udržet něco. Snažit se bavit fakt jako o normálních neutrálních tématech, protože tam se prostě nedá nikam hloub zajít. Asi zjednoduším mluvu na nějaký ten jejich slovník, protože abychom si rozuměli, kolikrát si vysvětlujeme, co jsme si chtěli říct a vůbec to jako nejde*.“ Respondent 2 ovšem uvedl, že: „*málo kdy se stává, že by v kontaktním centru byl klient, který je akutně intoxikovaný. A prožívá jako kdyby těžký stav. To se stává málo kdy. A už z podstaty výjimečnosti té situace je člověk adekvátně opatrný*.“ Respondent ještě dodává: „*většina klientů, když sem dojde, tak je v nějakém stavu, ve kterém jsou použitelný*.“

Příprava na léčbu (předléčebné poradenství)

U uživatelů před nástupem na léčbu předchází velká **spousta příprav**. Prvním krokem je **rozhodnutí změnit** tento **životní styl**, který teď provozuje. Respondenti se, ale shodli na tom, že pokud klient dojde se zakázkou, že už ho tento životní styl nebaví a chtěl by se léčit, tak to nutně neznamená, že na léčbu opravdu nastoupí. Respondent 2 ale k tomu říká: *„V okamžiku, že ten klient zvažuje, že by jako, tak do něj trochu šťoucháme a tak, tak postupně s ním můžeme pracovat, na tom že si uvědomí, že ten stav jak je teď je neudržitelný a léčba je změna, která směřuje někam do lepšího. To jsou přesně ty okamžiky, který podporujeme, který podpíráme a je důležitý hodně se s tím člověkem bavit o tom co od toho čeká a z čeho má strach.“*

Na začátku je stěžejní u uživatelů, aby si přiznali, že **mají problém** a, že to sami **bez podpory nezvládnou**. Respondent 1 uvedl, že do léčby se většinou vrhnou uživatelé, kteří *„už mají odfetováno aspoň víc jak pět let, rozhodně víc jak pět let.“*

Pokud se tedy uživatel rozhodne pro nástup do léčby, tak je důležité probrat s ním **možnosti zařízení**, které by si měl zvolit. Respondent 3 se k tomu vyjadřuje: *„musíme s klientem probrat všechny možnosti, které má před sebou, tedy možná zařízení, kam může nastoupit. Je několik možností, které je třeba zvážit a odvíjí se to klient od klienta, aby si zvolil nejvhodnější variantu, když je motivovaný k léčbě. Je několik variant, kam může nastoupit od komunity, kde může být až rok, nebo do ambulantní PL nebo psychiatrii, kde je několik týdnů, či měsíců.“* Respondent 1 k tomu uvádí: *„Myslím si, že ta ideální varianta je komunita. Takže je více méně do těch komunit směřujeme.“*

Potom následuje fáze příprav to je **dlouhodobý proces**. Rozhovory směřuje pracovník na pozitivitu změny a také rizika. *„Je důležitý hodně se s tím člověkem bavit o tom co od toho čeká a z čeho má strach.“* Respondent 2 k tomu ještě dodává: *„dobrý je změkčovat ty strachy a úzkosti a na druhou stranu tahat trochu dolu ty očekávání a vracet to do nějakého realistického rámce.“*

S klienty se dále pracovníci snaží probrat **režim v zařízení** a to co je tam čeká, aby byli připravení, protože pro mnoho z nich je to nepředstavitelný, *„že musím někam nastoupit, dodržovat nějaký řád a teď tam budu zavřený půl roku nebo neví jak dlouho“*, popisuje Respondent 2. V průběhu příprav na nástup je třeba **probrat, jak bude probíhat léčba** a *„že je to skvělí, že ta léčba bude, proběhne a ty ji zvládneš, ale to co bude potom, tak nebude vůbec jako snadný, protože ten normální život je taky*

*docela drsný a spousta těch věcí, který tam zažiješ tak budou hnusný. Ale zase je dobrý je upozorňovat na to, že ten normální život nese nějaký jako pozitiva, který možná vůbec v životě nezažil. To tak jako vyvažovat. “ Klienty je třeba vést k **realistickému přístupu** toho, „že teď se máš reálně nějak a pak se budeš mít reálně taky nějak a děje se kolem toho věci, který reálně vypadají takhle. “*

Respondent 1 vyzdvihuje výhody, které sebou nese **udržování kontaktu** s klienty i během léčby. Pracovníci tak mají **přehled o postupu** klientů a „samozřejmě je motivujeme, aby pak šly nejlépe ještě do následné léčby. To je takový ten ideální model vracení se do života. “

Smysluplnost práce

Na otázku smysluplnosti práce jsem se od každého respondenta dozvěděla různé odpovědi, ale všichni vnímají **velký smysl** v této práci a to hlavně z **hlediska práce s uživateli** drog.

Respondent 1 vnímá jako důležité v práci s uživateli, aby měli co **nejlepší startovní podmínky**, při rozhodnutí jít na léčbu. A důležitým smyslem je udržení **kontaktu** uživatelů s **reálným světem**, jelikož mnoho klientů nic nechtějí a „*tak je ta možnost poskytovat aspoň tohle.* “

Pro Respondenta 2 není žádný člověk, se kterým pracuje ztracený, u každého vidí **možnost na změnu**, že přestane užívat a bude žít normálně. „*Smysl má to, aby si ty lidi uvědomili, že můžou žít svobodně a to drogy neumožňují. Drogy vás neosvobodí, možná na chvílku. Ale ne ve skutečnosti.*“ Zásadní je, že sem **uživatelé přijdou pro radu**, když potřebují a pracovníci tady pro ně jsou „*v tom okamžiku kdy to potřebují a oni to potřebují jen v nějakém čase. Ty lidi potřebují to teď, pak to potřebovat nebudou a to je dobře, to je skvělé.*“ Asi největší **smysl** má práce **pro společnost**. „*To že se o tyhle lidi někdo postará, znamená, že se někdo stará o celou společnost, protože skrze péči o tyhle lidi pečuju o všechny ty lidi okolo. To že dokážu snížit počet stříkaček, které se válejí po městě, snižuje riziko, kterému vystavuji svoje děti.* “

Důležité je podle Respondenta 3 to co pracovníci pro klienty **dělají**, jak s nimi **pracují a že tady pro ně jsou**. To, že **můžou pomoci** jim i jejich blízkým, je zásadní. Respondent ještě dodává, že pro ně má velký smysl i **návazný kontakt** „*s klienty, kteří sem chodili, ale už třeba neberou, ale pohybují se v této skupině, nebo se už ani nepohybují, ale potřebuje třeba poradit v nějaké situaci. Nebo také lidé, kteří nemají*

možnost si jinde vyplnit nějaký formulář, něco si obvolat nebo si něco vyřídit, tak ti sem také za námi se vrací.“

3.6.3 Práce s motivací u uživatelů drog

Pro sociální pracovníky v kontaktním centru je práce s motivací uživatelů drog podstatnou částí práce. Všichni respondenti uvedli, že pro práci s motivací je třeba, aby byl mezi pracovníkem a klientem **vytvořený vztah**. Je to základní kámen nějakého postupu v rozvoji motivace. *„My kreslíme na přednáškách takovou pyramidu. Na spodku je důvěra, nad tím je vztah a špička toho ledovce je změna. A tak to jde, klient nám musí věřit, skze tu důvěru vybudujeme ten vztah a skze ten vztah můžeme usilovat o změnu.“* popisuje Respondent 2. Bez vztahu se pracovníci neobejdou, protože díky tomu klienta znají. Některé klienty znají pracovníci lépe než ostatní, hodně je to závislé na pravidelném kontaktu. *„Někdy se to prostě přehupuje, že chvíli si rozumí tady s tímhle, protože se víc vídají.“* doplňuje Respondent 1.

Všichni respondenti se shodli, že **nemotivovaného klienta** je třeba vhodnými prostředky **zmotivovat**. Podle Respondenta 2 je důležité být autentický a nespokojit se s odpovědí uživatele: *„mám se dobře“*. Klient má subjektivní pocit, že je to dobré, ale sociální pracovník **vnímá práci s klientem kontinuálně**, protože ho vidí několik let a eviduje tak vývoj. Respondent 3 k tomu říká: *„když toho klienta déle známe, tak vidíme tu cestu a tak můžeme vidět, kam se posunuje.“* Respondent 1 používá k práci motivační rozhovory. *„Je to fakt jako dobrý způsob práce, jak klienta dovést k tomu, že sám si přijde na to, že je něco špatně a uvědomí si to, co dělá a ta motivace se někdy objeví.“*

Uživatelům je nutné **zpochybnit** jejich spokojenost s jejich stavem, že není úplně skvělý a oni si to uvědomili. Respondent 2 jim stále klade *„zpochybnující otázky“*. *„To je tanec mezi tím, že on něco řekne, já to chytím a podepřu ho v tom, že tak, takovým jako posťuchováním, když to vypadá, když on tvrdí, že je to pevný, tak do toho šťouchám a když vyleze s něčím co je křehký, ale mohlo by to někam směřovat, tak je třeba, to podepřít, vytáhnout mu to, pochválit mu to, podpořit ho v tom, aby on byl motivovaný a chtěl to.“*

Respondenti vědí, že **motivace** je u klienta **velmi důležitá** a neexistuje špatná motivace, ať už je to: *„maminka nechce, abych fetoval, nebo mám holku a ona nefetuje, tak já taky nechci fetovat.“* Podle Respondenta 3 **pracujeme s motivací** a s tím s čím klient přijde: *„motivaci rozvíjíme a posilujeme motivaci, krok za krokem, až třeba*

dojdeme k léčbě.“ Respondent 2 shrnuje práci s motivací takto: „u motivovaných klientů podporovat motivaci a jakoby rozšiřovat ji.“

Podpora motivace je podle Respondenta 1 důležitá, proto by měl sociální pracovník klienta **oceňovat, chválit** a dávat mu najevo, že mu **věří**. „Vidím, co dělá, a že oceňuju, co dělá. Myslím, že to bude pro něj znamenat docela dost.“

Motivovanost ke změně rizikového chování

Změna rizikového chování a motivace k bezpečnému užívání probíhá **různými prostředky**. Asi největší podíl při motivaci ke změně hraje **informovanost** uživatelů. Respondent 1 uvádí, že mají celou paletu způsobů jako **racionální vysvětlení**: „takhle to je, takhle funguje lidské tělo. Popsat mu co vlastně se sebou dělá. Říct jako by tu pravdu, možný rizika, co a jak, jak je možný to napravit, kam to může dovést.“ Respondent doplňuje ještě: „samozřejmě přehánět, strašit je. Anebo prostě dělat takový ty naivky,“ *aha, ty jo fakt*“ a nechat si to vysvětlit od něj. A zjistit prostě co on ví a pak tam jako nenápadně mu podsouvat ty informace, protože někteří nemají rádi, když my jim to říkáme, tak jsme ty chytrý. Takže oklikou, dělat blbečka.“

Respondent 2 z vlastní zkušenosti popisuje: „někdy je tak, že mi to odkývnu a stejně si to dělají po svém. Výsledek je i o tom, že se podaří u jednoho člověka to změnit a on to pak šíří tu změnu, jakoby v té populaci. Slovo jiného uživatele má vždycky větší váhu než moje slovo. Čili pokud se mi podaří, skze to, že mám s tím klientem dobrý vztah a řeknu mu, hele tohle můžeš dělat jinak a on mi uvěří a udělá to jinak a zjistí, že to je funkční. Tak skze jednoho můžeme ovlivňovat jakoby myšlení těch dalších.“

Respondenti se zmiňují o **testování**, ke kterému je třeba uživatele také motivovat. Pracovníci se k tomuto staví velmi kreativně. Respondent 1 říká: „děláváme třeba i testovací akce jakože když se nechají otestovat tenhle měsíc na HIV, tak dostanou sušenku.“ Respondent 3 zase uvádí: „testy nejsou omezeny ničím, jen naší přítomností. Takže kdykoliv klient dorazí a chce se nechat otestovat, tak to lze provést kdykoliv, když je nějaký pracovník v zařízení.“

3.7 Diskuse

Výsledky ukazují, že hlavní náplň práce respondentů tvoří přímá práce s uživateli drog. Všichni respondenti se shodli na tom, že práce sociálních pracovníků je hlavně o rozhovoru. Kontakty s uživateli tvoří zásadní část práce v zařízení. Přímá práce se hodně odvíjí od toho, v jaké situaci se klient zrovna nachází. Tato práce je závislá na vývoji cílové skupiny, tedy uživatelů drog. Z výsledků je patrné, že všichni respondenti hovořili o práci s uživateli ze svých vlastních bohatých zkušeností, a že nemají problém popisovat přímou práci s uživateli.

O problematice přímé práce v kontaktním zařízení jsem hledala zmínky, jak v bakalářských pracích, tak odborných časopisech vydaných v ČR. Většina výzkumů v těchto pracích je zaměřena převážně na uživatele v konkrétním kontaktním centru a rozhovory s uživateli. V odborném časopise Sociální práce/Sociálna práca jsem narazila na článek Činnost sociální pracovníce s drogově závislými je velmi pestrá od Kopřivové, který byl publikován v roce 2007. Nejedná se o výzkum, ale o rozhovor se sociální pracovnící v kontaktním centru. Otázky jsou podobně pokládány jako otázky v mém výzkumu. Odpovědi se ve velké míře překrývají s výsledky mého výzkumu. V odpovědích se objevuje jako náplň práce komunikace s klienty, kontaktování nových klientů, udržování kontaktů klientů i práce v terénu. Pro vytvoření vztahu považují důležité vytvoření důvěry. Jako prostředek k dosažení léčby u klientů v sociálním propadu zmiňují také motivační rozhovory. Jako specifičnost zde uvádí pestrost práce, která není jen o drogách. Hovoří zde i o rizicích, kdy se pracovník cítí ohrožen v kontaktu s klientem, když například trpí psychiatrickou poruchou, jsou opatrní. Řeší zde i smysl práce v centru, který vidí ve výsledcích, které sice nejsou hned vidět, ale přináší radost v tom, že klient má snahu něco změnit. V mém výzkumu jsou informace velmi podobné, ale mnohem podrobnější a přesnější informace.

Respondenti ve výzkumu byli 2 muži a žena, zpětně mě mrzí, že se mi nepodařilo získat více respondentů, jelikož výsledky výzkumu by byli jistě ještě pestřejší. Takto je pohled pracovníků ovlivněn i umístěním všech zařízení, která jsou na Vysočině, kde je práce ovlivněna i látkou, která se zde převážně užívá, tedy pervitin. Zařízení jsou v menších městech (asi 22 tis. -50 tis. obyvatel) a proto by bylo zajímavé srovnání i s prací ve větších městech (nad 100 tis.), jestli je v této práci nějaký rozdíl, i z hlediska užívané látky.

3.8 Závěry výzkumu

Zjistila jsem, že hlavní náplň sociálního pracovníka v kontaktním centru tvoří **komunikace a práce s klienty**, dále pracují i s **administrativou** a zásadní roli hraje i **nabídka služeb** či **práce s rodinnými příslušníky a osobami blízkými**.

Sociální práce s uživateli drog se nějak vyvíjí. Dochází při ní k **navázání kontaktu** a to především prostřednictvím **nabídky služeb**, dále slouží k získání novým klientů a navázání kontaktu **informovanost**. Dále probíhá **jednání s klientem**, a to se odvíjí *od stavu klienta* a jejich *množství* v zařízení a důležité je dodržování **anonymity** a **mlčenlivosti**. Pro práci je zásadní jaké **metody, techniky a přístupy při práci s uživateli** pracovníci využívají. Nejvyužívanější metodou jsou pro tuto práci **motivační rozhovory** a **poradenství**. Sami pracovníci využívají, pro přístup ke klientovi, **svou povahu**. Pro zvládnání náročných situací je třeba rozvíjet metody techniky, k tomuto účelu pomáhá pracovníkům odborné vedení jako **supervize, krizová intervence** a **spolupráce s jinými organizacemi**. Jak pracovník pracuje s uživateli drog, se odvíjí i od **specifičnosti této práce**. Specifická je hlavně **klientelou**, i díky tomu, je **špatně společensky hodnocena**. Objevuje se zde i specifický pojem **nízký práh**, který mnoho zařízení nemá. Na práci má velký vliv její **rizikovost v přímé práci**. Konkrétně se jedná o hrozící **syndrom vyhoření, zdravotní rizika**, rizikovost **některých situací** jako **intoxikace klienta, agresivita**. Pokud je klient rozhodnutý pro změnu, tak probíhá **příprava na léčbu**. Pracovníci řeší především zvolení **vhodného zařízení**. Potom je nutné probrat **režim v zařízení** a **průběh léčby**. Pokud klient nastoupí na léčbu, je dobré s ním **udržovat kontakt**, a tím mít možnost sledovat jeho **postup**. Aby byla práce sociálních pracovníků kvalitní, je nutné, aby vnímali **smysluplnost této práce**. Smysl je možné vnímat v **samotné práci s uživateli**, kde je možná změna a jejich posun a udržení jejich **kontaktu s reálným světem**.

Zjistila jsem, že motivace je důležitou součástí práce s uživateli drog. Pro práci s ní je nejprve nutné vytvoření **vztahu**. Potom lze nemotivovaného klienta motivovat tím, že subjektivní pocit toho, že se má dobře, **se zpochybňuje** a klient si uvědomí a chce změnu. **Motivace** je velmi důležitá a je nutné s **ní pracovat, podporovat** ji a v dalších krocích **ji rozšiřovat**. Podporu motivace je vhodné upevňovat i **oceňováním, chválením a důvěrou**. Jednou z oblastí motivace je **motivovanost ke změně rizikového chování**. Pracovníci uvádějí **mnoho způsobů**, jak se snaží motivovat uživatele k bezpečnému užívání. Nejfrekventovanější je **informovanost** klientů, a to

užitím *racionálního vysvětlení*. Důležitá je i ***motivovanost k testování***, pracovníci jsou v této oblasti dost ***kreativní***, protože pořádají *testovací akce* nebo nemají omezenou *dobu na testování*.

Souhrn

V dnešní společnosti je téma užívání drog velice aktuální. Stejně jako se vyvíjí drogová scéna, tak se vyvíjí i protidrogová politika a služby zaměřené pro uživatele drog. Systém pomoci sekundární a terciální prevence je multidisciplinární systém zahrnující jak zdravotní, tak sociální zařízení. Na prvním místě stojí nízkoprahové kontaktní zařízení a terénní práce, které slouží jakou vstupní brána do systému. Nízký práh zařízení usnadňuje vstup, protože minimalizuje nároky na klienty a terénní práce vyhledává uživatele, kteří nejsou efektivně zachycováni institucemi. Práce v kontaktním centru se uskutečňuje v kontaktní místnosti, kde je realizována kontaktní práce i všechny služby. Cílem kontaktní práce je navázání kontaktu a vytvoření vztahu, to lze i prostřednictvím nabídky služeb. Následně může pracovník s klientem komunikovat díky vytvořené důvěře, otevřenosti, zjišťovat problémy a potřeby. Vytvoření vzájemné důvěry napomáhá motivovat klienta ke změně rizikového chování. Zásadní roli zde při práci s uživateli drog hraje poradenství a to především předléčebné poradenství. Pracovníci pracují s uživateli drog na motivaci k léčbě. Metoda, kterou při práci pracovníci využívají je motivační trénink, který je založen na modelu změny chování, které u uživatelů nastávají. S filosofií modelu změny chování je spjata i technika motivačních rozhovorů, která je používaná v poradenství. Tyto přístupy pracují s motivací, snaží se ji zachytit a rozvíjet, aby klient dosáhl změny. Důležitým přístupem k uživatelům drog je přístup Harm reduction, který se snaží minimalizovat rizika spojená s užíváním drog. Přístup je realizován jak v kontaktním centru, tak v terénní práci. Cílem je minimalizovat, omezit či zmírnit riziko spojené s užíváním drog prostřednictvím sběru použitého injekčního materiálu, výměna použitého materiálu za sterilní, poskytování informování a kontaktní poradenství a edukace o rizicích. Terénní práce je specifická forma práce s uživateli drog, která se odehrává se v terénu. Pracovníci vyhledávají uživatele, kteří nejsou zachycováni institucemi a pracují s nimi v jejich přirozeném prostředí. V terénní práci jsou poskytovány stejné služby, které nabízí uživatelům kontaktní centrum.

Výsledky praktické části bakalářské práce, kterou jsem realizovala pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky v kontaktních centrech na Vysočině. Pracovníci se shodli na tom, že hlavní náplň práce tvoří přímá práce s uživateli, kterou vnímají hlavně jako kontakt a komunikaci. Při práci je důležitá důvěra, vytvoření vztahu a práce s motivací. Pracovníci pracují s uživateli i dle jejich

specifik a rizikivosti, kterou tahle práce přináší. K práci nejčastěji používají poradenství a motivační rozhovory, ty slouží k vytvoření, podpoře a rozšíření motivace uživatelů. Práce s motivací uživatelů je zásadní a drobnými kroky lze přivést klienta i k léčbě. Součástí pracovní náplně pracovníků je i nabídka služeb, a to především výměna injekčního materiálu a testování. Pracovníci se snaží motivovat uživatele k bezpečnému užívání především racionálním vysvětlením. V oblasti testování je třeba klienta zaujmout, to se pracovníkům daří díky novým nápadům jako testovací akce, či neomezená doba na testování.

Bakalářskou práci jsem se snažila pojmout tak, aby ukazovala opravdovou práci s uživateli drog v kontaktním centru. Díky práci jsem si uvědomila, že práce s touto cílovou skupinou je různorodá a odvíjí se od osobností pracovníků i klientů. Myslím, že práce může sloužit pro studenty sociální práce, kteří se zajímají o tuto práci a pro společnost. Tyto dvě skupiny mohou získat nadhled, jak probíhá práce v kontaktním centru s uživateli drog.

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

s. – strana

HR - Harm Reduction

Atd. – a tak dále

KC – Kontaktní centrum

TK – Terapeutická komunita

Seznam literatury

- KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
- MATOUŠEK, Oldřich, ed., KODYMOVÁ, Pavla, ed. a KOLÁČKOVÁ, Jana, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Praha: Galén, ©2011. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.
- MILLER, William Ross a ROLLNICK, Stephen. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vyd. v českém jazyce. Tišnov: Sdružení SCAN, 2004. xviii, 311 s. ISBN 80-86620-09-3.
- NEŠPOR, K. - CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
- POKORNÝ, V. – TELCOVÁ, J. – TOMKO, A. *Prevence sociálně patologických jevů: manuál praxe*. 3. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2003. 186 s. ISBN 80-86568-04-0.
- PRESL, Jiří. *Drogová závislost*. Vyd. 2. Praha, 1995.
- RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999. 70 s. Scan; sv. 4. ISBN 80-85834-71-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- WEDLICOVÁ, I. *Terénní sociální práce v praxi*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2008. 143 s. ISBN 978-80-7044-975-2.

- BÉM, P., KALINA, K., RADIMECKÝ, J. (2003). Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové*

závislosti: mezioborový přístup 1. (s. 283-289) Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drog. závislosti.

- BROŽA, J. (2003). Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci). In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1.* (s. 269-275) Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drog. závislosti.
- DOBIÁŠOVÁ, D., BROŽA, J. (2003). Motivační trénink. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1.* (s. 283-289) Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drog. závislosti.
- GROHMANNOVÁ, K. (2007). Systém péče o uživatele návykových látek. In Radimecký, Josef et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: učební podklady ke kurzu.* (s. 36-41) Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova.
- HAMPL, K. (2003). Těkavé látky. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1.* (s. 193-199) Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drog. závislosti.
- HRDINA, P. (2003). Harm Reduction – Snižování poškození drogami. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1.* (s. 263-268) Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drog. závislosti.
- KALINA, K. (2003). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1.* (s. 15-24) Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drog. závislosti.
- LIBRA, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2.* (s. 165-171) Praha: Úřad vlády České republiky.
- MIOVSKÝ, M. (2003). Konopné drogy. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1.* (s. 174-178) Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drog. závislosti.
- NEŠPOR, K. (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti:*

mezioborový přístup 1. (s. 217-222) Praha: Úřad vlády ČR: Národní monitorovací středisko pro drogy a drog. závislosti.

- RADIMECKÝ, J. (2007). Úvod do adiktologie – terminologie, modely a přístupy. In Radimecký, Josef et al. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: učební podklady ke kurzu.* (s. 8-18) Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova.
- BAJER, Pavel. (2007). Cílem terénních programů je stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatelů. *Sociální práce/Sociální práce.* č. 3, s. 13-15.
- KALOUSEK, L.; STANÍČEK, J. *Systém péče o uživatele drog.* Éthum, 2002, č. 34, s. 77-80.
- PRŮDKOVÁ, Táňa. (2007). Harm reduction. *Sociální práce/Sociální práce.* č. 3, s. 102-111.
- KLINIKA ADIKTOLOGIE (2006): Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog [on-line]. Dostupné 1.10.2012 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/640/Nizkoprahova-zarizeni-pro-uzivatele-drog>.
- KOHOUTEK, R. (2005-2006): *ABZ slovník cizích slov* [on-line]. Dostupné 1.10.2012 z <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/sekundarni-prevence>.
- RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (2009-2012): Protidrogová politika v ČR [on-line]. Dostupné 1.10.2012 z <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/>.
- RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (2010): Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012 [online]. Dostupné 28.11.2012 z http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/Akcni-plan-realizace-Narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010_2012.pdf
- RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (2011): Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 [on-line].

Dostupné 1.10 2012 z http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/strategie_akcni_plany/narodni_strategie_protidrogo_ve_politiky_na_obdobi_2010_az_2018.

- RADIMECKÝ, Josef (2006): *Minimalizace rizik (harm reduction) v kontaktním centru pro uživatele drog* [on-line]. Dostupné 1.10.2012 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/197/?acc=enb>.
- *Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 1.10. 2012.
- *Trestní zákoník*. Zákon č. 40/2009 Sb. v účinném znění ke dni 1.10.2012.
- *Zákona o návykových látkách*. Zákon č. 167/1998 Sb. v účinném znění ke dni 1.10.2012.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor

Obecné otázky

Identifikační

Věk:

Délka praxe:

1. Jak dlouho pracujete v pozici sociálního pracovníka (kontaktní pracovník) v kontaktním centru?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Otázky o práci v kontaktním centru

1. Jaká je náplň Vaší práce v kontaktním centru?
2. **Jak pracuje sociální pracovník s uživatelem drog v kontaktním centru?**
3. Jaké možné prostředky využíváte k navázání kontaktu a následně k vytvoření vztahu?
4. Jak probíhá jednání s uživatelem, jaké přístupy a dovednosti v práci využíváte?
5. Jaké metody a techniky při práci s uživateli využíváte?
6. V čem si myslíte, že je specifická tato práce?
7. Je Vaše práce v něčem riziková?
8. Je jednání s klientem, který je pod vlivem drogy nějak specifické (jak)? Jaká jsou rizika v jeho stavu a jak situaci řešíte?

Otázky na motivaci uživatelů ke změně

1. Pomáhá Vám vytvoření vztahu s klientem při jeho motivaci ke změně?
2. Jak se snažíte motivovat klienty ke změně rizikového chování?
3. Jak pracujete s motivací ke změně u uživatelů drog?
4. Jak připravujete klienta na léčbu? (co vše zařizujete a co klient?)
5. Jaké metody práce používáte s motivovaným klientem a jaké s nemotivovaným?

Jaký vidíte v této práci smysl?

Závěrečné otázky na zklidnění

1. Napadají Vás ještě nějaké informace, které jsou důležité a ještě nezazněli?