

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2014-2017

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Andrea Vobinušková**

**Aspekty práce speciálního pedagoga v terapeutické  
komunitě pro drogově závislé**

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES**

2014-2017

**BACHELOR THESIS**

**Andrea Vobinušková**

**Work aspects of special pedagogue in the therapeutic  
community drug problem**

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 22.2.2017

Andrea Vobinušková

## **Anotace**

Cílem práce je zmapovat teoreticky i prakticky situaci v terapeutické komunitě pro drogově závislé se zaměřením na aspekty práce speciálního pedagoga. Pozornost je věnována roli speciálního pedagoga a jeho vlivu na komunitu drogově závislých. V rámci práce je v teoretické části popisována drogová závislost, její léčba, příčiny a terapeutická komunita a role zaměstnance v ní. V praktické části se pak vyhodnocuje dotazníkové šetření, které bylo zaměřeno na aspekty práce v komunitě drogově závislých.

## **Klíčová slova**

Léčba, role pracovníka v komunitě drogově závislých, speciální pedagog, systém péče o uživatele návykových látek, terapeutická komunita, závislost

## **Annotation**

The aim is to map the theoretical and practical situation in the therapeutic community for drug addicts, focusing on aspects of special needs teacher. Attention is devoted to the role of special educator and its impact on the community of drug addicts. In this work is described in the theoretical part of drug addiction, its treatment, causes and therapeutic community and the role of employees in it. In the practical part evaluates the survey, which focused on aspects of working in the community of drug addicts.

## **Keywords**

Addiction, Role of Worker in The Community Drug Problem, Special Pedagogue, System of Care for User Drug, Therapeutic Community, Treatment

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 OSOBNOST SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA .....</b>	<b>10</b>
1.1 Pojem speciální pedagog .....	10
1.1.1 Předpoklady speciálního pedagoga.....	11
1.1.2 Kompetence speciálního pedagoga.....	12
<b>2 DROGOVÁ ZÁVISLOST.....</b>	<b>13</b>
2.1 Závislost.....	13
2.1.1 Závislost na návykové látce .....	14
2.2 Vznik závislosti .....	16
2.3 Závislost a její příčiny .....	17
2.4 Léčba závislosti.....	18
2.5 Systém péče o uživatele návykových látek.....	20
2.5.1 Terénní programy.....	20
2.5.2 Kontaktní centra.....	21
2.5.3 Ambulantní centra, denní stacionáře, detoxifikační jednotky, střednědobá ústavní léčba.....	21
2.5.4 Terapeutické komunity .....	22
2.5.5 Doléčovací programy .....	23
2.5.6 Substituční programy .....	23
<b>3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA .....</b>	<b>24</b>
3.1 Terapeutická komunita .....	24
3.2 Definice terapeutické komunity.....	24
3.3 Hlavní zásady a pravidla .....	26
3.3.1 Klíčová (základní) pravidla.....	27
3.4 Fáze programu .....	28
3.4.1 Úvodní fáze – adaptační.....	28
3.4.2 Prostřední fáze – léčba .....	28
3.4.3 Závěrečná fáze – odpoutávání.....	29
3.4.4 Nástroje terapeutické komunity .....	29
3.5 Role pracovníka v terapeutické skupině .....	30
3.5.1 Složení a uspořádání týmu .....	31
3.5.2 Přínos terapeutické komunity pro pracovníky .....	32

<b>4</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
4.1	Zaměření a cíl výzkumu .....	35
4.2	Výzkumné problémy a hypotézy .....	35
4.3	Metodologie výzkumu .....	36
4.4	Vymezení pojmů.....	37
4.5	Metoda .....	37
4.6	Výzkumný vzorek.....	38
4.7	Průběh výzkumu .....	38
4.8	Výsledky a jejich analýza .....	38
4.9	Závěr výzkumu .....	45
<b>5</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>47</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>48</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>51</b>

## ÚVOD

Etopedický směr bakalářské práce byl zvolen vzhledem ke zkušenosti ze stáže v K – Centru a Terapeutické komunitě pro drogově závislé. Velice mě tato problematika zajímá a chtěla bych více proniknout do tohoto světa a to jak po stránce teoretické, tak po stránce praktické. Dříve jsem měla opravdu zkreslené představy o drogově závislých, o jejich životě, světě a všechny jsem házela do jednoho pytle jako „ztracené existence“, které si za všechno mohou jen sami. Jsem vděčná, že jsem měla možnost nahlédnout do těchto zařízení a nastudovat odbornou literaturu, vyslechnout si životní příběhy a cesty lidí, kteří nechtějí být úplně zatraceni a snaží se buď abstinovat a začít znovu či alespoň přistoupit ke svému tělu zodpovědněji na základě hygieny jídla nebo výměnou injekčních jehel nebo aspoň hygienou, jídlem a výměnou injekčních jehel.

Nikdy mě nenapadlo, jak práce speciálního pedagoga v těchto zařízeních může být těžká a psychicky náročná. Smutné je, jak tito lidé ví, že je to špatné, že je to ničí až vlastně zabíjí a i přes to nemohou přestat. Drogově závislí, dá se říct, jsou smíření s tím, že pokud opravdu nepřestanou užívat drogy, bude se jejich zdravotní stav zhoršovat a jejich život skončí velmi brzo.

Ve své práci bych se chtěla zaměřit právě na osobnost speciálního pedagoga v komunitě drogově závislých. Jeho práce bývá často velmi náročná, denně jsou na něj kladeny vysoké požadavky a nároky. V současnosti je tato profese stále více potřebná, vzhledem ke zvyšujícímu počtu závislých jedinců, kteří potřebují speciální pomoc a podporu.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, přičemž v první části, tj. teoretická část, jsou představeny základní pojmy, myšlenky, koncepty pojmového aparátu, a v druhé části, tj. v praktické části, se soustředí pozornost samotnému výzkumu práce.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena především na pojmy osobnost speciálního pedagoga, na drogovou závislost a na terapeutickou komunitu. Je zde představena celá řada teoretických přístupů, jsou zde zdůrazněny silné a slabé stránky výše uvedených pojmů a naznačena stěžejní východiska. Hned ze začátku teoretické části je zpracován stručný úvod k pojmu speciálního pedagoga. Ve snaze přiblížit co



nejvíce osobnost speciálního pedagoga v našem poli zkoumání je nezbytné i přistoupit k výkladu samotného termínu. Neboť profese speciálního pedagoga je v určitém smyslu specifická, tak jsou zde představeny i předpoklady a kompetence, které se k této pozici pojí. Druhým významným pojmem, kterému se v této části věnuje pozornost, je závislost na návykových látkách. V rámci tohoto pojmu jsou zde představeny příčiny, vznik a léčba závislosti. Dále se zde předkládá systém péče o uživatele návykových látek. Představují se nejčastěji se vyskytující instituce různého charakteru.—Závěr práce čerpá z praxe, která byla vykonaná v terapeutické komunitě. Důležité aspekty, na které je poukázáno hlavní zásady a pravidla pro fungování terapeutické komunity pro drogově závislé.

V praktické části se představuje výzkum celé práce. Jsou zde představeny hypotézy, průběh a výsledky výzkumu. Zjišťuje se, zda u pracovníků v komunitě drogově závislých, konkrétně tedy speciální pedagog, má na význam jejich práce vliv praxe či teorie. V této práci jsou kladeny konkrétně dvě hypotézy, které se zaměřují na témata aspekty práce v komunitě drogově závislých. Za prvé je položena hypotéza, zda praxe má větší význam než dosažené vzdělání. Dále se ptáme, jestli se zkušenosti v daném oboru zvyšují s přibývajícím věkem.

V rámci výzkumu byl využit pro sběr dat dotazník. Tento typ metody byl zvolen zejména z toho důvodu, že si lze zvolit pevně danou strukturu otázek a že respondent může vyplnit dotazník v okamžik, který je pro něho nejlepší. Lze tak predikovat, že získaná data by neměla být vyřčena ze zbrklosti a bez rozvahy. U používaného dotazníku byly použity tzv. uzavřené otázky. Na druhé straně se však lze setkat i s nevýhodami této metoda a to zejména té, že u standardizovaného dotazníku je omezený rozsah platnosti odpovědí, které se mohou často stát i zavádějící.

Cílem této práce bude zjistit, zda aspekty práce speciálního pedagoga v terapeutické komunitě pro drogově závislé jsou nejvíce ovlivněny jeho získanými zkušenostmi z praxe.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 OSOBNOST SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA

V této kapitole se zaměřuje pozornost na osobnost speciální pedagoga v komunitě drogově závislých osob. U každého speciálního pedagoga se stává jeho osobnost významným faktorem, který zásadně ovlivňuje další činitele během terapie. Z toho důvodu je vhodné zmínit i teoretické základy, které se váží k osobnosti speciálního pedagoga. Hlavním cílem je zde definovat pojmy speciální pedagog, předpoklady a vlastnosti speciálního pedagoga pro práci v komunitě drogově závislých.

### 1.1 POJEM SPECIÁLNÍ PEDAGOG

Poprvé se pojem speciální pedagogika ustálil na přelomu 60. a 70. let 20. století. V současné době se vnímá speciální pedagogika jako vědní disciplína, která se zabývá *„zákonitostmi rozvoje, výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění postižených jedinců a na řešení výzkumných úkolů vyplývajících z poslání oboru“* (Renotierová, 2004, s. 13). *„Speciální pedagogika je vědním oborem v soustavě pedagogických věd, který je zaměřen na teorii a praxi výchovy, vyučování a vzdělávání dětí, mládeže a dospělých se speciálními potřebami z důvodu somatického, sensorického, mentálního, řečového nebo psychosociálního defektu, poruchy nebo omezení či jejich kombinace“* (Tamtéž, s. 13). Speciální pedagogika v širším slova smyslu označuje každou speciálně zaměřenou pedagogiku, která je ve vztahu k pedagogice obecné. Naopak speciální pedagogika v užším slova smyslu je samostatnou vědní disciplínou, které *„zkoumá zákonitosti speciální výchovy a vzdělávání a přípravy pro pracovní a společenské uplatnění jedinců, kteří jsou znevýhodněni, handicapováni v důsledku mentálního, smyslového, motorického postižení či sociálního znevýhodnění“* (Tamtéž, 13).

Pracovník, který pracuje v oboru speciální pedagogika, se nazývá speciální pedagogem. V pedagogickém slovníku je definován jako *„pedagog, který má vzdělání a kvalifikaci pro práci s osobami vyžadující zvláštní péči ve školách a zařízeních speciálního školství. Může se uplatnit i ve vědecko – výzkumné, organizační a metodické činnosti příslušného oboru“* (Průcha, Walterová, Mareš, 2003, s. 57). Celkově tak speciální

pedagog představuje „erudovaného odborníka, který svou odbornou způsobilost získal vysokoškolským studiem oboru speciální pedagogika se zaměřením a profilací pro problematiku vzdělávání osob s různými druhy zdravotního postižení“ (Votava, 2003, s. 126-127). Speciální pedagog v České republice prochází univerzitní přípravou bez ohledu na to, zda se ve své praxi bude věnovat učitelství ve specializovaném zařízení, či jako diagnostik nebo poradenský pracovník. Pod pojmem kvalifikace si lze představit: „souhrn požadovaných předpokladů pro vykonávání určitého povolání nebo sjednaný druh pracovní činnosti, a to s předepsaným stupněm složitosti, přesnosti a namáhavosti práce a ve vyžadované kvalitě“ (Průcha, 2002, s. 31). Kvalifikace je v pedagogické profesi utvářena dvěma hlavními zdroji. První je prostřednictvím formálního vzdělávání, druhý pak praktickými zkušenostmi, které pedagog získává při výkonu svého povolání. Například Průcha uvádí, že s kvalifikací je velmi úzce spojen i pojem pedagogická způsobilost, kterou chápe jako: „souhrn vědomostí a dovedností v oblasti pedagogiky, didaktiky, pedagogické psychologie aj., jež jsou získávány příslušným studiem učitelského zaměření“ (Tamtéž, s. 31).

Během kvalifikace speciálního pedagoga by se tak měly získat i vědomosti širšího společensko-vědního základu a speciální poznatky. Znalosti by měly být čerpány z věd, jako jsou obecná pedagogika, psychologie, filozofie a sociologie. V nemalé míře též znalosti z oblasti biologie člověka, somatologie, sociální politiky a legislativy. Speciálními poznatky jsou míněny vědomosti z oblasti speciální pedagogiky, znalosti postupů a metod výchovného a vzdělávacího působení, diagnostiky a také poznatky z oblasti komunikace, organizace a vedení edukačního procesu. Profese speciálního pedagoga vyžaduje určité obecné i osobnostní předpoklady pro vykonávání této profese (Vališová, Kasíková, 2007, s. 16).

### **1.1.1 PŘEDPOKLADY SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA**

Profese speciálního pedagoga přináší v sobě určité očekávání specifických kompetencí a předpokladů k výkonu své profese. Podle mnohých autorů je během této profese důležitý vztah mezi pracovníkem a tím komu je pomáháno (Kopřiva, 1997, s. 23). Dále se uvádějí velmi často předpoklady jako zdatnost a inteligence, přitažlivost, důvěryhodnost a komunikační dovednosti. Také se lze setkat s tzv. přitažlivostí: „pracovník se pro klienta může stát přitažlivým nejen pro svůj fyzický vzhled a pro to, jak se

*obléká a chová, ale i pro odbornost a pro pověst, které se těší, a konečně i kvůli tomu, jak jedná s klienty“ (Tamtéž, s. 52). Dále je nezbytné, aby byl pracovník důvěryhodnou osobou pro klienta, měl by mít smysl pro čestnost, srdečnost a otevřenost, dále diskrétnost, spolehlivost, využívání moci a hlavně porozumění. Mezi poslední důležité předpoklady patří komunikační dovednosti. Celkem se uvádějí čtyři základní komunikační dovednosti, tj. fyzickou přítomnost; naslouchání (je třeba přijímat a rozumět verbálním a neverbálním signálům); empatii (vcítění se do uvažování, pocitů a jeho problémů); analýzu klientových prožitků (schopnost nalézt, vyjádřit a popsat klientovy zážitky, chování a pocity) (Tamtéž, s. 58).*

### **1.1.2 KOMPETENCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA**

*„Klíčové kompetence zahrnují schopnosti, dovednosti, postoje, hodnoty, názory a další charakteristiky osobnosti, které umožňují člověku jednat adekvátně a efektivně v různých životních situacích. Tvoří základ jak pro celoživotní učení, tak pro získání odborné kvalifikace. Jsou založeny na aktivitách, nikoli pouze na vědomostech“ (Kofroňová, Vojtěch, 2005, s. 4).*

V literatuře se setkáváme s různými koncepcemi, které se zaměřují na profesní kompetence u profese pedagoga. Kompetence speciálního pedagoga, školského pracovníka, učitele, vychovatele se souhrnně označují jako pedagogické kompetence. Švec uvádí, že *„nejdůležitější profesní kompetence u pedagoga jsou: kompetence k vyučování a výchově, osobnostní kompetence a rozvíjející kompetence“ (Švec, 1999, s. 22). Do první skupiny kompetencí se řadí tři kompetence: psychopedagogické kompetence, kompetence komunikativní a dále kompetenci diagnostické. Psychopedagogické kompetence se zaměřují na projektování postupů podněcujících učení žáků a na realizaci těchto projektů a na výchovné působení. Dále kompetence komunikativní mají zásluhu na efektivní komunikaci se žáky, rodiči i dalšími pedagogy či jinými odborníky. Poslední kompetence, kompetence diagnostické, umožňují učitelům diagnostikovat znalosti, dovednosti žáka, styly učení, možné problémy a jiné potenciality, vztahy mezi žáky i školní klima třídy (Tamtéž, s. 22-24). Do druhé skupiny kompetencí, tzv. osobnostní kompetence, spadají dovednosti empatického, asertivního, autentického chování, flexibilitu, dovednosti akceptovat sebe i ostatní například žáky, rodiče a kolegy. Do skupiny rozvíjejících kompetencí lze zařadit adaptivní kompetence, informační kompetence, výzkumné kompetence a sebereflexivní kompetence, autoregulační kompetence (Tamtéž, s. 24-26).*

## 2 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Drogová závislost je druhou důležitou oblastí, které se zde věnuje pozornost. V této části je kladen důraz zejména na pojem závislost v kontextu práce, tj. k drogové závislosti. V první řadě se zde definuje samotný pojem a následně popisuje vznik závislosti a její příčiny. Zároveň je i zmíněná léčba závislosti, které je věnovat poměrná část. V rámci toho se nastiňuje i systém, který pomáhá drogově závislým jedincům. Výčet definic a přístupů k tématu závislosti zde není zmíněn v plném rozsahu, ale pouze k přihlídnutí k tématu celé práce.

### 2.1 ZÁVISLOST

Už od nepaměti se lidé snažili prodloužit či zintenzivnit příjemný prožitek, radost, slast, euforii a naopak se vyhnout bolesti, negativním pocitům. Člověk vymyslel mnoho technik, které pomáhají k dosažení pozitivního pocitu. Tyto techniky mohou být bezpečné (například meditace), ale také výrazně rizikové (užívání omamných a psychotropních látek). Opakovaným užíváním těchto psychosomatických a omamných látek jedinec ztrácí často kontrolu a mohou vést k rozvoji tzv. závislosti, kterou si jedinec zprvu vůbec neuvědomuje (Janíková, Daněčková, 2007, s. 26).<sup>1</sup>

Poprvé se pojem závislost definovala v roce 1969 jako „*psychologický a někdy též somatický stav vyplývající z interakce organismu a dané látky a charakterizovaný reakcemi chování a jinými reakcemi, které vždy obsahují nutkání používat danou látku*“ (Janík, 1990, s. 46). Přičemž drogová závislost byla definována „*jako stav tělesné nebo psychické závislosti nebo obou závislostí na droze, která se objevuje u lidí používajících kontinuálně nebo periodicky tuto drogu*“ (Janík, 1990, s. 72).

V současných příručkách se lze setkat s definováním závislosti jako „*stavu, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti*“ (Matoušek, 2008, s. 254). Obvykle se při závislosti na určitých látkách uvádí alkoholová závislost a

---

<sup>1</sup> Ze sémantického hlediska je osa pojmů: užívání, zneužívání (misúzus), nadužívání (abúzus), návyk (nutkavý abúzus) a závislost. (Skála, 1987, s. 140)

následně závislost na návykových látkách. V kontextu této práce bude pozornost zaměřena na závislost na návykové látce.

### 2.1.1 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÉ LÁTCE

Dle medicínského pohledu je to stav, který odpovídá syndromu závislosti podle poslední 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)<sup>2</sup> jako „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“. Závislost lze definovat jako stav, v němž se „uživatel bez drogy nedokáže obejít, takže touze po droze je ochoten podřídit většinu jiných hodnot“ (Matoušek, 2008, s. 254). Užívání nějakých látek má tak u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, které pro něho hrálo nějakou významnou roli. Ústřední popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, jež se pro jedince stává velmi silnou. Mezi obvyklé jevy závislosti patří dle dr. Nešpora (2002, s. 3): silná touha nebo pocit puzení užívat látku; potíže v sebeovládání při užívání látky; průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolanými nižšími dávkami; postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky; pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (například poškození jater nadměrným pitím nebo toxické poškození myšlení). Blažková (2011, s. 40) uvádí ve své publikaci *Nástrahy dnešní doby* šest znaků závislosti. První znak je tzv. silná touha – craving, bažení. Jedná se o „nutkavou touhu po opětovném užití drogy“, která se objevuje při odeznění účinku drogy. Druhý znak je těžkost v sebeovládání, kdy jedinec ztrácí kontrolu nad svým chováním a sebeovládáním. Mezi třetí znak patří tzv. somatický odvykací stav, který se vyznačuje tělesným odvykacím stavem. Jedná se konkrétně o tělesné projevy, které se objevují při nadměrném užívání drog. Konkrétně se jedná například o bolesti svalů, křeče, pocení, zimnice... Růst tolerance na návykové látce je čtvrtým znakem. Tím je myšleno to, že po čase je k dosažení potřebného stavu potřeba stále více drogy. Výjimkou se zde stává pouze alkohol, kde je tzv. udržování hladiny. Předposlední znak je zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů. Během užívání

---

<sup>2</sup> Dokument vydává Světová zdravotnická organizace (WHO), která kodifikuje typy nemocí.

drog zapomíná jedinec na věci, které dříve dělal a přinášely mu potěšení. Poslední znak je tzv. pokračování v užívání i přes jasné důkazy škodlivých následků (Blažková, 2011, s. 7). Obvykle se to zjistí při zjištění nějakého zdravotního problému, který je způsoben užíváním drog. Taktéž do tohoto znaku patří i nezákonné prostředky k obstarání si drogy. (Tamtéž, s. 8).

V současné literatuře se obvykle uvádějí tři stránky závislosti: psychická, fyzická i sociální. Fyzická složka závislosti je návykem těla. Tělo si na drogu zvykne a stává se nedílnou součástí organismu. Bez pravidelné konzumace drogy tělo protestuje a reaguje tzv. abstinčním syndromem, který lze medicínsky zvládnout během dvou týdnů. Po dosažení stejného účinku organismus vyžaduje zvýšení dávky drogy, přičemž s tím vzrůstá i tolerance. Psychická složka závislosti se projevuje u jedince silnou touhou po droze. Touha po droze se stává nepotlačitelnou, neboť díky její pomoci se jedinec dostane do příjemného stavu. Veškeré chování, jednání se zaměřuje na získávání drogy. Díky tomu tak jedinec ztrácí zájem o okolní činnosti, které s drogou nesouvisí. Tento stav se dá zvládnout intenzivní léčbou, v nejlepším případě v terapeutické komunitě. Sociální složka je u daného jedince taktéž významná. Je to zejména spjaté s prostředím, ve kterém se stává braní drogy běžné. Z toho důvodu jedinec, který během pobytového léčení neužíval drogy, se pod vlivem lidí, kteří užívají drogy, může stát opět závislým. Sociální závislost tak lze zvládnout jen dlouhodobou následnou péčí.

Jinými slovy může při užívání některých drog vzniknout somatická nebo psychická závislost nebo obě. Psychosomatická závislost je „*zvláštní ladění mysli, které nutí jedince k periodickému nebo soustavnému používání látky*“ (Janík, 1990, s. 73). Cílem je tak vyvolat příjemný psychický stav a zabránit nepříjemným pocitům. Naopak somatická závislost je adaptace organismu na požívanou látku, tj. látka se stane nutnou součástí metabolismu (Tamtéž, s. 73). Lze se však setkat i s jiným dělením drogových závislostí. Například Janík uvádí rozdělení podle látek, na kterých je závislost: alkoholo-barbiturátový typ, amfetaminový typ, kanabisový typ, kokainový typ, halucinogenní typ, kachexický typ, solvenciový typ, tabákový typ, kofeinový typ závislosti (Tamtéž, s. 73-74).

## 2.2 VZNIK ZÁVILOSTI

Mnoho činitelů ovlivňuje uživatele, kteří konzumují návykové látky. Nejedná se tak o stejnorodou skupinu jedinců, kteří ve stejné míře užívají drogy. Závislost na návykových látkách také nevzniká náhle, ale probíhá v několika fázích. Z tohoto hlediska se tak lze setkat s různými kategoriemi užívání návykových látek.

Jan Radimecký (2007, s. 10) uvádí kategorizaci, která pojednává o pěti stupních. První fáze je tzv. **fáze abstinence**. V této fázi je jedinec zdrženlivý v rámci užívání jakékoliv látky měnící vědomí. Další stupeň je tzv. **experimentální**. V tomto bodě jedinec získává jednorázovou zkušenost s danou návykovou látkou, kterou užije nejvýše 2-3x za život. Toto občasné užívání návykových látek přináší báječné, doposud nepoznané prožitky. Drogy vždy pomůžou uniknout ze skutečného světa do jiné reality a stávají se tak spolehlivým přítelem. Povinnosti v práci, ve škole se s užíváním dají zvládat ještě lépe než dříve. Žádné negativní účinky drogy v této fázi nejsou patrné. Blízké okolí nemá žádné tušení a ve většině případů si dokonce ještě pochvalují změnu k lepšímu.

Dále je tzv. **rekreační stupeň**, neboli tzv. **sociální užívání**, v kterém jedinec užívá danou látku příležitostně. Obvykle se užívá na místech, která jsou k tomu sociálně přijatelná - diskotéka, kluby. Droga se tak stává součástí sociálního života jedince. Uživatel si stanovuje pravidla užívání, která mohou pomoci získat pocit nezávislosti. Postupně se začíná denní program uživatele pomalu přizpůsobovat touze po droze. Někdy se stává už menším problémem v případě, kdy si jedinec nemůže drogu obstarat. Původní zájmy se dostávají do pozadí a jedinec začíná mít už problém plnit všechny své povinnosti. Objevuje se občasná absence, časté jsou i pozdní příchody, zhoršuje se výkon a vztahy na pracovišti, ve škole a doma. Obvykle i jedinec začíná mít jiné kamarády, se kterými se nyní stýká. U této fáze začíná být už odborná pomoc potřebná (Tamtéž, s. 11).

Čtvrtý stupeň, tzv. **každodenní užívání** či **fáze problémová** označuje stádium, kde jedinec dlouhodobě nebo injekčně užívá heroin, kokain, metamfetamin, které způsobují zdravotní, sociální problémy. Uživatel v této fázi začíná ztrácet kontrolu nad užíváním drogy. Původní hodnotový systém je zcela zničen a nyní se život točí jen kolem drogy.



Jedinec pociťuje emocionální bolest, kterou opakovaně tlumí dávkami drogy. Problémy, neshody způsobují větší a větší stres a bolest, která je pro jedince řešitelná jen skrz drogu. Objevují se neshody v rodině, v práci, ve škole, což vede k přerušení kontaktu s nimi či k odchodu. Zájem o předešlé aktivity zcela zaniká a jedinou starostí se stává získání peněz na drogy. V této fázi je už nezbytně nutná dlouhodobější odborná pomoc (Tamtéž, s. 11).

Poslední stupeň je tzv. **závislý jedinec** neboli **užívání k dosažení normálu (narkoman na plný úvazek)**. V tomto stádiu se jedná o nepřetržité pravidelné užívání návykových látek, které určuje životní styl uživatele a působí mu vážné poškození somatického, psychologického a sociálního zdraví (Tamtéž, s. 11). Droga už nedává uživateli žádný pocit bezpečí, spokojenosti. Pouze má zoufalou touhu navodit drogou opět příjemný stav, který se vyskytoval na počátku užívání. V této fázi jedinec nedokáže vidět věci reálně. Je zcela pohlcen drogou, která ho nutí dělat věci, které nechce. Původní vztahy jsou zcela zničeny a stává se součástí izolované skupiny stejně závislých jedinců. Obvykle jedince žitím v tomto bludném kruhu ztrácí veškerou sílu vše změnit a také chuť žít (Tamtéž, s. 12).

### 2.3 ZÁVILOST A JEJÍ PŘÍČINY

V průběhu času mnoho odborníků věnovalo pozornost závislosti na drogách a i jiných látkách a problematiku zkoumalo z nejrůznějších hledisek. Zkoumány byly tak genetické aspekty, metabolické procesy a toxikologický fenomén, ale taktéž momenty vzniku závislosti na droze (Heller, Pecinová, 1996, s. 31). Dle Popova jsou za „*nejzákladnější faktory označování jednak člověk (se svou psychickou i somatickou výbavou, včetně zmiňovaných genetických dispozic), droga (tj. konkrétní látka, která má rovněž specifické vlastnosti a schopnost vyvolávat závislost pomaleji či rychleji, než jiné látky – drogy) a konečně prostředí (společnost, sociální struktury a vztahy)*“ (Tamtéž, s. 31). Jinde se uvádí, že výrazným faktorem závislosti se ukazují být genetické transmise, následně biochemické zvláštnosti organismu, osobnostní struktury jedince, prostředí a tolerantní postoje společnosti, droga a její dostupnost a neposledně podnět, neboli startér (Tamtéž, s. 12).

Dle různých pohledů lze však vymezit dva základní okruhy, které při vzájemné kombinaci na sebe působí. První okruh je tzv. **osobnost člověka a její charakteristika** (Janík, 1990, s. 123-127). Určitě lze s jednoznačností říci, že neexistuje osobnost, která by byla proti vzniku závislosti zcela chráněna. Velká pravděpodobnost vzniku je vyšší u osob, které lze rozdělit do čtyř základních skupin. První skupiny jsou osoby, které jsou zvýšeně citlivé, zranitelné, úzkostlivé či trpí komplexem méněcennosti. Do druhé skupiny patří lidé extrovertní, kteří se chovají impulzivně, agresivně. Tyto osoby mají sklon k dramatizování a zvýšené sebestřednosti. Do další skupiny lze zařadit osoby žijící v prostředí, kde žijí jedinci drogově závislí. Závislost může být na drogy, alkohol i třeba tabáku. Do poslední, čtvrté skupiny patří osoby, které mají mozkové poškození, duševní poruchy či jsou dlouhodobě nemocní (Blažková, 2011, s. 8).

Druhý okruh obsahuje **vlivy prostředí**, kam lze zařadit rodinu, školu, masmédia, vrstevníky i životní prostředí (Janík, 1990, s. 128-131). Do tohoto okruhu patří velmi široká skupina nejrůznějších jevů, které různou měrou a intenzitou působí a ovlivňují náš postoj k vnějšmu okolí. Za nejsilnější vliv lze označit rodinu. Obvykle hraje významnou roli nedostatečná rodičovská péče, která nezajišťuje pocit bezpečí, vyvolává konflikty mezi členy rodiny, může být vyvolána týráním, sexuálním zneužíváním, nedostatkem času, naopak i nadměrná rodičovská péče, tzv. hyperprotektivní rodič, který díky své nadměrné péči k dítěti může vést k neschopnosti přiměřeně reagovat na podněty. Za druhý významný vliv lze označit školu, v které může mít jedinec špatný prospěch, může být nepřijat vrstevníky ve škole či může mít zkušenost s necitlivým přístupem učitele. V souladu s tím hraje významnou roli i vrstevníci, kamarádi, parta, které nabývají na významu právě v době puberty, kdy se utváří osobnost. Jedinec se tak může dostat do skupiny, kde je droga akceptovatelná a užívána v různém množství. Mezi další vlivy lze zařadit masmédia, která mohou měnit názor daných jedinců, či i životní prostředí, která má zejména dopad na velikost měst na stres jedinců v tomto městě (například přelidněnost, spěch, hluk, anonymita, odcizenost...). (Tamtéž, s. 8)

## 2.4 LÉČBA ZÁVISLOSTI

Léčba závislosti je potřeba tehdy, když se „ze zneužívání vyvine chorobná závislost a postižení ztratí schopnost svými vlastními silami zvládnout cestu zpátky“ (Heller,

Pecinová, 1996, s. 83). Samotná léčba nevede k vyléčení chorobného stavu, ale dosahuje pouze „*úzdavu, tj. vymezení příznaků choroby*“ (Tamtéž, s. 83). Závislost je choroba, která se vyvíjí postupně a při které si většinou jedinec neuvědomuje svůj stav. Důležitým předpokladem pro úspěšné absolvování léčby se stává „*náhled choroby, náhled nutnosti léčby a s tím úzce souvisí i náhled vhodné léčby*“ (Tamtéž, s. 83). Díky těmto předpokladům se stává léčba drogově závislých jedinců zpravidla velmi obtížná. Ne každý jedinec, který je závislý, má v blízkém okolí lidi, kteří jsou trpěliví, obětaví a mají se závislým pevný vztah.

Díky specifickým rysům závislosti musí léčebný postup zajistit několik úkolů. V první řadě je odstranit drogu z organismu. Následně lze obnovit a rehabilitovat somatické funkce organismu a obnovit psychické funkce, vytvořit pozitivní struktury psychiky (náhled apod.) Poté odstranit základní problém (doplnit schopnost odpovědi na otázky života), přijetí a stabilizace životního stylu s dietou a v neposlední řadě resocializace. (Tamtéž, s. 84-85). S tímto léčebným postupem souvisí i nabídnutý způsob léčby od první pomoci, skupiny svépomoci a poradny pro drogovou závislost, až terapie.

Existuje síť poraden ambulantních psychoterapeutů u zařízení s možností léčby drogových závislostí, které mohou poskytnout tzv. první pomoc. Svépomocné skupiny dokážou nabídnout pomoc pro uživatele, kteří mají problémy pouze občas a necítí se nijak nemocní. Obvykle tyto skupiny využívají i rodinní příslušníci osob drogově závislých, neboť i pro ně je situace velmi obtížná. Následně se pak v poradnách řeší už konkrétní problémy, které se týkají přestupkové či trestní činnosti. Samotná terapie se pak u daných jedinců váže na síle závislosti samotného jedince. Ambulantní péče je vhodná pro jedince, kteří nadále chodí do práce a na terapii chodí jen několikrát do týdne. Daný jedinec se musí dobrovolně vzdát všech drog. Bohužel tuto léčbu často jedinci nedokončí. Naopak stacionární odvykání probíhá obvykle na speciálních odděleních psychiatrických klinik či léčeben. Jedinec zde absolvuje tzv. detoxikaci organismu, kdy dochází k tělesnému odvykání. Posléze podstoupí také dlouhodobou terapii, která by mu měla pomoc s řešením obtížných situací při návratu do běžného života (Petr, Kalová, Chmelařová, Zdražilová, 2007, s. 53-54).

## 2.5 SYSTÉM PÉČE O UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK

V současné době má systém péče několik jednotlivých složek, které jsou jak státní, tak i nestátní instituce. Instituce se soustředí na terénní programy, nízkoprahová zařízení, ambulantní ordinace a centra, denní stacionáře, střednědobou či dlouhodobou léčbu, doléčovací centra, substituční léčbu a další skupiny, kterou jsou svým programem zaměřené na cílovou skupinu.

### 2.5.1 TERÉNNÍ PROGRAMY

Tento typ služeb představuje specifickou formu sociálních služeb, která se poskytuje přímo na ulici. Hlavními důvody pro terénní práci lze shrnout následovně: *„cílové skupiny populace se nedaří účinně oslovit existujícími způsoby intervence a existující metody intervence neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují“* (Rhodes, 1999, s. 11).

Cílová skupina je tzv. skrytá populace, což jsou rizikovní jedinci či skupiny, kteří nejsou v kontaktu s žádnou sociální či zdravotnickou institucí (Radimecký, 2007, s. 37). Pracovníci terénních programů oslovují jedince v jejich přirozeném prostředí, kde se pohybují. Metody, které jsou používány při terénní práci, jsou dvě: poskytování vzdělávacích materiálů a preventivních prostředků přímo v komunitě nebo nasměrování a odesílání uživatelů do institucí, poskytujících léčení a podpůrné služby. Obě dvě aktivity se navzájem doplňují, tj. *„přímo v komunitě prostřednictvím osvěty, vzdělávání a prevence nebo nepřímě, když jednotlivci vstoupí do kontaktu se službami poskytovanými v rámci institucí“* (Rhodes, 1999, s. 13).

Do této cílové skupiny se řadí mladí lidé, kteří teprve experimentují s drogami, kteří pravidelně užívají drogy, ale nemají doposud vážnější problémy a následně uživatelé drog, kteří si drogy aplikují dlouhodobě a injekčně. Služby, které těmto jedincům či skupinám nabízejí, jsou postaveny na principu Harm reduction, tj. minimalizování poškození a rizik, které souvisí s užíváním návykových látek. Konkrétně se jedná o udržení nízkého výskytu HIV/AIDS pozitivitu, snížení výskytu hepatitidy B a C, snížit počet úmrtí v důsledku předávkování, předcházet kriminalitě a v neposlední řadě

motivovat uživatele ke změně životního prostředí. U terénních programů je kladen důraz zejména na individuální přístup ke klientovi (Radimecký, 2007, s. 37).

### **2.5.2 KONTAKTNÍ CENTRA**

Tento typ péče je zaměřen na jednotlivce či skupiny, které nemohou či nechtějí vyhledat standardní institucionální pomoc. Jedná se o tzv. nízkoprahové zařízení, které spočívá zejména v minimalizaci překážek. Překážkami je zde myšleno například využívat služby bezplatně a anonymně. Tato centra nabízejí výměnu injekčních stříkaček, různé typy testů, poradenství v oblasti zdravotní, psychologické a sociálně právní, zprostředkovávají komunikaci s jinými institucemi a v neposlední řadě i potravinový a hygienický servis. Tyto centra jsou obvykle využívána problémovými uživateli, závislími jedinci, ale také rodinnými příslušníky a blízkými osobami závislých jedinců (Tamtéž, s. 37-38).

### **2.5.3 AMBULANTNÍ CENTRA, DENNÍ STACIONÁŘE, DETOXIFIKAČNÍ JEDNOTKY, STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA**

Ambulantní centra, která bývají často státní, ale i nestátní zdravotnická léčebná zařízení, jsou zaměřena na velmi širokou cílovou skupinu. Mezi tuto skupinu lze zařadit uživatele na jedné straně experimentující, na druhé pravidelné a problémové, rodinní příslušníci uživatelů a také jedinci, kterým byla soudem uložena ochranná protialkoholní, protitoxikomanická léčba. Tyto centra nabízejí lékařské vyšetření, poradenství v sociální oblasti a vzdělání (Tamtéž, s. 38).

Naopak denní stacionáře, které jsou zařízením intenzivní péče, bývají na pomezí ambulantní a ústavní péče. Tento typ zařízení obvykle využívají jedinci, kteří jsou závislí na nelegálních návykových látkách, ambulantní péče jim není dostačující a mají dobré sociální zázemí. Obvyklým cílem této péče je udržení abstinence a návratu k běžnému životu bez návykových látek. Pobyt trvá obvykle tři až šest měsíců minimálně čtyři až pět hodin denně. Během pobytu v tomto zařízení jedinci procházejí tzv. strukturovaným léčebným programem. Tento program se vyznačuje: *„přesným časovým rozvrhem; souborem pravidel, která stanoví podmínky léčby včetně sankcí; vyváženou skladbou programu sestávajícího ze společných setkávání, skupinových*

*terapeutických, pracovních, sportovních, klubových a dalších volnočasových aktivit“* (Radimecký, 2007, s. 38).

Dále se lze setkat s tzv. detoxikačními jednotkami. Obvykle jsou samostatnými jednotkami v rámci nemocnic nebo součástí zařízení střednědobé či dlouhodobé léčby. Tento typ jednotek poskytuje *„farmakologickou léčbu stavů akutní intoxikace, odvykacích stavů a tělesných komplikací, dále pak psychologické a sociální poradenství a zprostředkovat další péči v systému služeb“* (Tamtéž, s. 38). Dalším obdobným zařízením je střednědobá ústavní léčba, která probíhá ve zdravotnickém typu psychiatrické léčebny. Cílem této léčby je trvalá a důsledná abstinence u jedinců, kteří mají základní motivaci k léčbě a kterým byla soudem nařízena protialkoholní nebo protitoxikomanická léčba v ústavní formě. Léčba v tomto zařízení trvá od třech do šesti měsíců (Tamtéž, s. 38-39).

#### **2.5.4 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY**

Terapeutická komunita se vyznačuje tím, že se jedná o specializované pobytové zařízení *„zaměřené na léčbu vedoucí k životnímu stylu spojenému s abstinencí a na sociální rehabilitaci“* (Tamtéž, s. 39). Tento typ poskytuje střednědobou a dlouhodobou péči, která obvykle trvá od 6-18 měsíců. Obvykle je to nestátní zařízení. Hlavní principy této komunity jsou: motivovat klienta k vlastní změně, podmínky v komunitě kopírují podmínky běžného života, základem je učení přijímat odpovědnost za sebe a ostatní, dobrovolnost účasti, skupinová terapie, terapeutický tým je průvodcem a poradcem klienta. V terapeutické komunitě jsou skupinová, individuální setkání, volnočasové, pracovní, vzdělávací, sportovní a zátěžové aktivity. Vše je časově naplánováno a strukturováno do 4 fází, přičemž každá fáze s sebou přináší určitá pravidla, povinnosti. Nejdříve se jedná o fázi nultou (cca 2-4 týdny), v které se jedinec adaptuje na chod komunity. V další fázi je nutné (cca 1-2 měsíce), aby si jedinec uvědomil, že je nutné vše podřídit životnímu stylu spojeného s abstinencí. V následující fázi (cca 2-3 měsíce) si jedinec osvojuje zodpovědnost ve spolusprávě a učí se novým sociálním rolím. V poslední fázi (cca 1-2 měsíce) se postupně vyčleňuje od komunity, chodí do zaměstnání a hledá stabilní zaměstnání nebo zajišťuje doléčování (Tamtéž, s. 39).

### **2.5.5 DOLÉČOVACÍ PROGRAMY**

Doléčovací programy jsou určeny pro osoby, které jsou abstinující a mají anamnézu závislosti na návykových látkách s minimálně tří měsíční abstinencí. Jedná se o ambulantní zařízení následné péče. Cílem tohoto programu je pomoc se stabilizací životního stylu spojeného s abstinencí. Během tohoto programu je nabídnuta psychoterapie, lékařská péče, rekvalifikace, volnočasové aktivity apod. Někdy může být i v nabídce chráněné bydlení či i chráněnou práci. Obvyklá délka docházení je minimálně šest měsíců (Radimecký, 2007, s. 39).

### **2.5.6 SUBSTITUČNÍ PROGRAMY**

Základem substitučního programu je *„náhrada původně používané návykové látky jinou látkou, která má výhodnější bezpečnostní profil“* (Tamtéž, s. 40.) Do tohoto programu jsou obvykle *„zařazeni jedinci, kteří jsou závislí na neinjekčním užívání opiátů po déle než šest měsíců či uživatelé závislý na opiátech injekčním způsobem aplikace. Cílem je zde snížení konzumace nelegálních návykových látek, kriminálního chování a i zlepšení celkové situace klienta“* (Tamtéž, s. 40).

### 3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Třetí, významná část teoretické části se týká terapeutické komunity. V této části práce se zaměřuje pozornost na její definování a vyzdvihnutí jejích hlavních rysů. Popisují se zde pravidla, která musejí členové skupiny dodržovat, vztah mezi klientem a speciálním pedagogem, jejich role a odpovědnost. Zároveň jsou zde zmiňovány fáze programu, kterými jedinec prochází, a také metody, které jsou využívány v této terapeutické komunitě.

#### 3.1 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Jak už bylo uvedeno výše, terapeutická komunita je jednou z možností léčby pro uživatele drog. Jedná se o tzv. rezidenční (pobytovou) formu léčby různých typů duševních poruch. Klienti, kteří přicházejí do této komunity „*potřebují získat kompletně představu o sobě a zásadně změnit životní styl*“ (Preston, 2007, s. 27). Léčí se zde ženy a muži dohromady, kteří se společně podílejí na provozních věcech, tj. zajišťování jídla, správa a úklid budovy, starost o zvířata apod. Základem se tak zde stává zapojení klienta do podmínek běžného života. Programem komunity je zde skupinová terapie, při které se klade důraz na vnímání vlastních emocí, pocitů. Během programu je kladen důraz na pravidelný režim různých aktivit – pracovní, sportovní, vzdělávací. Délka takové programu bývá většinou devět až patnáct měsíců, přičemž počet klientů ve skupině bývá okolo dvaceti osob. Některé komunity jsou určeny pro specializovanou skupinu, například pro klienty, kteří jsou v rozmezí 15 -26 let. Během této terapie jsou většinou angažováni i rodinní příslušníci a délka bývá obvykle kolem šesti měsíců. Mezi další specializované komunity lze zde zmínit terapeutické komunity pro matky s dětmi či křesťanské komunity (Tamtéž, s. 27-28).

#### 3.2 DEFINICE TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Terapeutickou komunitu lze definovat ze dvou pohledů: buď jako určitou teoretickou koncepci, anebo jako léčebnou metodu. V prvním, širším pojetí znamená tato komunita „*specifickou formu organizace léčebné instituce*“ (Hartl, 1997, s. 181). Jedná se tak o otevřenou skupinu, kde komunikace je otevřená mezi všemi členy skupiny a mají spolurozhodování a podílení se na léčbě společně. Pacienti tak přestávají být pasivními,



ale aktivními činiteli, kteří se podílejí aktivně na svojí léčbě. V tomto směru lze tak tuto komunitu považovat za léčbu prostředím (Hartl, 1997, s. 181). Na druhé straně, v užším slova smyslu jako „*přístup využívající dynamiku malé skupiny i většího společenství, přičemž na přestavbě pacientovy osobnosti pracuje jak on sám, tak malá skupina*“ (Tamtéž, s. 181).

Podle Kratochvíla existují dvě základní teoretické koncepce terapeutické komunity. První, tzv. interpersonálně-reflexologická terapie, je založena na předpokladu, že „*neurotické a jiné maladaptivní formy chování mají původ v zobecněné zraňující zkušenosti získané v mezilidských vztazích*“ (Kratochvíl, 1979, s. 24). Druhá, kognitivně-behaviorální terapie se prosazuje v komunitě velmi výrazně. Jedná se o proces přeučování jednání v sociálních situacích. Konkrétně se to děje třemi hlavními cestami: kognitivní učení, posilování žádoucích reakcí a imitační učení (Tamtéž, s. 24-28). Terapeutická komunita se vyznačuje zejména tím, že každý účastník hraje aktivní roli ve vlastním procesu uzdravení. Stres, konflikty s jinými lidmi, pocity znepokojení, strachu, bezbrannosti, špatná nálada, osobní problémy to vše je součástí terapie, která pomáhá jedinci v procesu uzdravení. Během této léčby je nutné se vzájemně otevřít v rámci komunity a společně řešit problémy. Dalším významným faktorem se tak stává spoluúčast neboli participace pacientů na léčení. Během jejich léčby si tak navzájem zvykají na vzájemnost odlišnost v názorech, v postojích v chování, tj. naučí se přijímat odlišnosti. „*Komunitu lze tak definovat jako skupinu, která se naučila překonat své individuální rozdíly*“ (Hartl, 1997, s. 183).

Další zásadou je tzv. vzájemná komunikace mezi členy komunity. Není zde důležitá hierarchie rolí, tj. vztah terapeut – klient není zde akceptován. Komunikace je tak otevřená a přináší větší porozumění a vhled do chování všech jednotlivců. To s sebou přináší i možnou kritiku na personál, který ji musí umět přijímat, jinak by nedocházelo k otevřené vyjádření názorů, postojů od členů skupiny. Ruku v ruce je s tím i spojena i další zásada a to rovnoprávnost v rozhodování. Každý člen komunity má stejné právo na rozhodování. Nikdo zde není v roli podřízeného či nadřízeného. Členové se tak společně podílejí na řízení komunity (Tamtéž, s. 184).

Pospolitost je dalším hlavním znakem této komunity. Členové se navzájem podporují, udržují blízké vztahy a společnými silami se motivují k dosažení stejného cíle. „*Zájmy*

*komunity zde stojí nad zájmy jednotlivce a přizpůsobení se vede k individuální spokojenosti všech členů a ke společnému cíli. Podporuje se řešení konfliktů tváří v tvář“* (Hartl, 1997, s. 184). Mezi poslední významný znak patří permisivnost, tj. postoj, při němž se vyhýbáme kritizování druhých osob. Základem je zde akceptování jiných názorů, i když s nimi nesouhlasíme a jsme si vědomi, že jsou nevšední. Díky tomuto postoji jedinec dochází k tzv. náhledu, což se uvádí jako první krok vedoucí ke změně chování (Tamtéž, s. 184).

### **3.3 HLAVNÍ ZÁSADY A PRAVIDLA**

Terapeutická komunita má systém psaných a nepsaných pravidel. Tyto pravidla lze rozdělit na tzv. klíčová a tzv. provozní pravidla, které upravují každodenní soužití společnosti. Lze je přirovnat k právním normám, kdy klíčová pravidla představují ústavu, která zůstává často neměnná, a provozní zákony zde zastupují zákony, které se často mění v závislosti na aktuální potřebě (Sobotka, 2010, s. 35). Obecně oba typy pravidel lze brát jako určitý nástroj, který slouží k *„udržení bezpečí, přežití společenství a zachování jeho kontinuity, k lepší orientaci a k naplňování společných cílů a který je používán všemi členy komunity“* (Tamtéž, s. 35).

Hlavní zásadou všech pravidel je jejich srozumitelnost a jasnost všem členům komunity. Pravidla mají i svojí váhu důležitosti. Při porušování klíčových pravidel dochází zpravidla k vyloučení jedince z terapeutické komunity. Porušování pravidel středně a méně důležitých pravidel může vést k úpravě klientových výhod a možností či k nárůstu povinností. Tento typ postihů má vést zejména k sociálnímu učení, k přijímání odpovědnosti za vlastní chování (Tamtéž, s. 35).

V odborných publikacích se lze setkat ještě s tzv. metapravidly, která stojí ještě nad klíčovými a ostatními pravidly. Jejich hlavním cílem je udržení samotné existence terapeutické komunity a jejich nejzákladnějších principů, tj. má za úkol fungovat jako systém, společenství, které pomáhá svým členům v osobním rozvoji. Sobotka uvádí ve své publikaci sedm metapravidel: *„za prvé terapeutická komunita zůstane terapeutickou komunitou v daném smyslu cílů, principů a poslání; první a konečnou odpovědnost má skupina personálu; všechna další pravidla jsou formulována tak, aby podporovala a uváděla do praxe existenci a zachování této skupiny; o všech dalších pravidlech lze*

*spekulovat, nesmí být však ohrožena existence a fungování této komunity; pravidla musí být srozumitelná, jasná i včetně způsobů, jimiž se dbá na jejich dodržování; při přestoupení pravidel se zvažuje prospěch jednotlivce a prospěch společenství – nelze-li jinak, má přednost společenství; čas od času se zkoumá, zda předešlé body mohou platit dohromady“ (Sobotka, 2010, s. 36).*

### **3.3.1 KLÍČOVÁ (ZÁKLADNÍ) PRAVIDLA**

Základní, klíčová pravidla lze rozdělit do čtyř či pěti základních oblastí. První oblast jsou pravidla, která zajišťují a vymezují bezpečí. Aby tato komunita mohla svým členům zajistit bezpečí, tak se zapovídá veškeré násilí, agrese. Nejedná se pouze o fyzické násilí, ale i psychické násilí v podobě šikany, vydírání apod. K zajištění bezpečí se vztahuje i zákaz užívání a přechovávání návykových látek a také pravidlo o nevynášení informací z komunity. Všechny činy, které se odehrají v komunitě, by měly v komunitě i zůstat a být tak chráněné před zneužitím v okolním světě.

Za další pravidlo lze označit zákaz intimních vztahů a sexuální kontakt mezi členy komunity. Tyto vztahy v komunitě negativně ovlivňují otevřenost a důvěru v rámci komunity. *„Léčba je někdy náročná a člověk se často chce skrýt do blízkého vztahu, aby nemusel řešit problémy, kvůli kterým do léčby přišel, nepříjemné pocity, které v léčbě zažívá, a celá terapie se tímto komplikuje a šance na úspěch se snižuje“ (Preston, 2007, s. 40).* Sankcionování tohoto pravidla může mít v komunitě různou podobu. Obvykle porušení tohoto pravidla vede k vyloučení jedince ze skupiny.

Další pravidla, která mají klíčovou roli, se týkají struktury a uspořádání času. Člen komunity musí dodržovat určitý denní režim, plánování společných a osobních aktivit. Pouze při akceptování řadu lze být v léčbě úspěšným. Díky této metodě si jedinci totiž naučí hospodařit s vlastním časem a časem druhých a k navození změny a jejímu udržení i v budoucnu, v reálném životě.

Významným pravidlem se stává i žádoucí zapojení klienta do komunity. *„Toto pravidlo sděluje klientům jaké formy chování a komunikace jsou v terapeutické komunitě žádoucí, neboli jak se má klient do terapeutické komunity zapojit tak, aby z toho měl užitek on i společenství“ (Sobotka, 2010, s. 38).* S tím je spojené i podřízení

se rozhodnutí komunity a skupiny. Jak už bylo výše uvedeno, tak v komunitě má nejdůležitější roli společné rozhodnutí, které se musí vždy respektovat a akceptovat (Preston, 2007, s. 40).

### **3.4 FÁZE PROGRAMU**

Pro terapeutickou komunitu je obvyklý dlouhodobý program, který trvá v řádech několika měsíců a lze jej členit na jednotlivé etapy, fáze. Každá etapa, fáze se liší v nárocích na klienta a očekávání od něho. „*Jednotlivé fáze programu podtrhují postup klienta v komunitní hierarchii i v rozvoji jeho schopností a osobností zralost*“ (Sobotka, 2010, s. 38). Díky tomu jednotlivé etapy přinášejí různé úkoly a různé stupně pokroku léčby. Během stupních jedinec dosahuje konkrétních úspěchů, při kterých získává větší sebedůvěru a získává motivaci k plnění dalších cílů. Obvykle jsou uváděny tři základní fáze, které samy osobě obsahují několik subfází. Časově lze rozvrhnout fáze tak, že 50% času připadá na první a konečnou fázi a dalších 50% na střední fázi.

#### **3.4.1 ÚVODNÍ FÁZE – ADAPTAČNÍ**

V této fázi se jedinec snaží orientovat v dané komunitě, pochopit komunitní systém, pravidla a principy soužití. Získává informace, jak v dané skupině fungovat, tedy jaké chování je podporováno a jaké naopak sankcionováno. V této fázi se ještě může vyskytnout určitá toleranci v rámci jeho chování, neboť se teprve orientuje v komunitě. Na konci této fáze by měl jedinec chápat pravidla a orientovat se v nich, měl by získat důvěru v léčení a vědět, v jakých oblastech se potřebuje rozvíjet a v jakých potřebuje pomoc. Během této fáze ho obvykle doprovází tzv. služebně starší klient, který mu pomáhá v porozumění pravidel (Tamtéž, s. 39).

#### **3.4.2 PROSTŘEDNÍ FÁZE – LÉČBA**

Tato fáze je uváděná jako stěžejní část léčby. Cílem této fáze je začít intenzivně pracovat na svých problémech: „*získat vyšší úroveň náhledu, měnit své chování a postoje, hledat účinnější strategie jednání, získat na autonomii*“ (Tamtéž, s. 39). Během této fáze nese jedinec zodpovědnost za své chování a jeho dopady na ostatní členy. Postupně se stává plnohodnotným členem komunity a aktivně se podílí na řízení

komunity. V této fázi už jedinec navštěvuje rodinu, své přátele i mimo komunitu (Sobotka, 2010, s. 40).

### **3.4.3 ZÁVĚREČNÁ FÁZE – ODPOUTÁVÁNÍ**

V této fázi se zaměřuje pozornost na postupné uzavření terapeutického procesu a odpoutání se klienta od komunity. Cílem této fáze je se připravit na život mimo terapeutickou komunitu, tj. hledá si zaměstnání, bydlení a sociální kontakty. Klient by si měl uvědomit, co se mu během terapie podařilo, co by měl ještě zlepšit a jakým směrem se chce dát. Jedním slovem by se mohlo říci, že hlavním úkolem je se separovat od terapeutické komunity a začít v reálném životě opět žít, fungovat. (Tamtéž, s. 40-41)

### **3.4.4 NÁSTROJE TERAPEUTICKÉ KOMUNITY**

Terapeutická komunita pracuje s několika nástroji, které pomáhají jedinci s léčbou. Každý nástroj představuje jiný způsob, jak jedinci pomoci v samotném léčebném procesu. Používané nástroje během celého procesu lze rozdělit do tří skupin: *režim, terapie, další součásti strukturovaného programu.*

Režim se stává významnou částí identity terapeutické komunity, který tvoří tzv. vnější rámce pravidel. Obvykle se sem řadí: časová struktura dne, týdne, pravidla chování, sankce z a jejich porušování či výhody za dodržování. Tato časová struktura odpovídá běžnému zdravému životnímu stylu, tzn. „*vyvážení pracovních, terapeutických, volnočasových aktivit a odpočinku*“ (Tamtéž, s. 44).

V terapeutické komunitě se používají různé terapie, které jsou odvislé od typu cílové skupiny nebo možnosti jedinců. Setkáváme se tzv. individuální terapií, rodinnou terapií, pracovní terapií či skupinovou terapií. Každý typ terapie je specifický a využívá se u jedinců v různém rozsahu. Jejich cílem je: získat nové dovednosti, nové pochopení vlastního bytí, zautomatizovat si běžné návyky, dodržování určitých pravidel, změnit životní styl a zejména připravit klienta na běžný život mimo komunitu (Tamtéž, s. 45-46).

Terapeutická komunita také nabízí různé formy kreativních a neverbálních technik v podobě arteterapie, dramaterapie, práce s tělem, taneční a pohybovou terapii. Dále se

snaží obstarat pestrost volnočasových aktivit, při kterých získává klient povědomí, co ho baví a co by ho mohlo v budoucnu zajímat. Obvykle se v programu terapeutických komunit lze setkat i s různými relaxačními technikami jako autogenní trénink, Jacobsonovu progresivní relaxaci apod. Velmi zajímavou součástí bývají i tzv. zátěžové pobyty, tj. několikadenní pobyty v přírodě v relativně náročných podmínkách (Sobotka, 2010, s. 46).

### 3.5 ROLE PRACOVNÍKA V TERAPEUTICKÉ SKUPINĚ

V terapeutické komunitě vystupuje pracovník v různých rolích, čímž se stává jeho práce velmi obtížnou. Péče je v této komunitě celodenní a skládá se z různých aktivit, od každodenních činností – společné jídlo, odchod ke spánku -, až po terapeutické, strukturované programy a sportovní, vzdělávací, výtvarné programy. Při každé aktivitě je nasnadě, že se pracovník chová jinak, nicméně vždy je sledovaným členy terapeutické komunity. *„Pracovník je klientovi vzorem, klient se od autorit, pracovníků učí chovat a jednat v různých situacích“* (Tamtéž, s. 42). Pracovník se tak stává vzorem i v míře *„sebezkoumání, v otevřenosti zpětné vazbě a konfrontaci, v zacházení s mocí a odpovědností, v pěstování terapeutické komunikace, v zapojení do komunitního procesu“* (Tamtéž, s. 42). Zároveň role pracovníka spočívá v utváření terapeutické komunikace. Tento jazyk musí být v souladu s principy komunity a musí být přijímán a napodobován klienty.

Mezi významné vlastnosti musí být vhodně použita aktivní vůdčí role. Ve skupině se obvykle střídá období stability s obdobím ohrožení stability, kdy se objevuje nevhodné chování. V této fázi je nutné ukotvit pravidla a strukturu terapeutické komunity a převzít odpovědnost, a stát se tak opravdovou autoritou v komunitě. Při zklidnění situace by měl personál opět ustoupit do pozadí a předat část odpovědnosti opět dalším členům komunity. I když tak členové komunity nesou část zodpovědnost fungování komunity, tak personál má *„původní a konečnou odpovědnost za fungování terapeutické komunity ve smyslu nastavení takového prostředí, principů a procesů, které umožňují klientům se terapeutické komunitě léčit“* (Tamtéž, s. 43).

Pracovníci by měli tak disponovat tzv. racionální autoritou. Znamená to *„upevňovat vlastním příkladem ethos teoretické komunity a hodnoty zdravého a hodnotového života,*

*činit rozhodnutí v souladu s filosofií a pravidly terapeutické komunity a facilitovat osobní růst klientů s využitím struktury terapeutické komunity“ (Kalina, 2008, s. 222). I když může tento pojem vzbuzovat, že zaměstnanec je osobou bez emocí, není tomu tak. Pracovník totiž musí zvládat zátěžové situace, náhlé změny, ale zároveň musí ukazovat vlastní zkušenosti, hodnoty, které „by mohly být klientům přínosné, nebo netajit radost či naopak hněv a rozhořčení tam, kde by jejich potlačení vyvolalo v komunitě zmatek v pocitech a hodnotách“ (Tamtéž, s. 222-223).*

Pracovníci v terapeutické komunitě tak musí být stejně jakýkoliv jiní pracovníci poskytující pomoc osobám v krizové situaci empatičtí a musí umět chápat lidské pocity a klientům pomoci zvládat osobní a sociální problémy. Pracovníci se tak musí naučit žít uprostřed konfliktů a napětí a zachovávat profesionální přístup (Hartl, 1997, s. 118). Tito pracovníci by měli mít tak vztah ke klientovi „plný zájmu a přijetí, ryzí a empatický“ (Mašát, 2012, s. 37). S empatií a pozitivním nábojem úzce souvisí i prvky výchovy, prvky poradenství a prvky řízení, vedení klienta. V poslední době se velká pozornost tak soustředí kolem motivujících faktorů, které pracovníci používají během terapie.

### **3.5.1 SLOŽENÍ A USPOŘÁDÁNÍ TÝMU**

Pracovníci, kteří pracují v terapeutické komunitě, mají různé vzdělání. Konkrétně jsou z oboru psychologie, sociální práce, speciální pedagogiky, medicíny – psychiatrie. Zároveň je jejich specializace doplněna často různými specializovanými výcviky, praktickými dovednostmi a zkušenostmi. Tato multidisciplinárnost je pro tento typ komunit velmi přínosný, neboť na samotný problém drogové závislosti nelze přistupovat pouze z jednoho pohledu, ale právě naopak z mnoho přístupů.

Mezi členy jsou jak profesionálové, tak neprofesionálové, bývalí uživatelé drog – obvykle absolventi terapeutické komunity. V rámci složení se často poukazuje na vyváženost, kdy skupiny má obsahovat vyrovnaný počet profesionálů i neprofesionálů. Ve stejném směru se mělo pohlížet na genderovost a věk daných členů týmů (Kalina, 2008, s. 219).

Bývalý uživatel drog je v odborné literatuře označován jako ex-user a je definován jako „bývalý uživatel drog, abstinující spontánně či po léčbě podstatnou dobu v řádu měsíců či let“ (Kalina, 2008, s. 226). Na jejich roli ve skupině se i dnes objevují značně divergentní postoje. Někteří autoři považují tyto jedince za významný článek celé terapeutické komunity a jejich úspěšné absolvování procesu léčby je kvalifikací samo o sobě. Na druhé straně se však poukazuje na faktor, že i když jsou zkušení, dobře motivovaní, tak jim mohou chybět specifické znalosti a dostatečná emoční distance. Mohou často podléhat přesvědčení, že jejich pohled je ten správný, neboť oni si tou situací už prošli. S tím je spojené i to, že se někdy mohou velmi negativně vyrovnat i s kritikou a stížnostmi od klientů. Obvykle je doporučeno, aby se ex-user nejdříve naučil žít v běžném životě a poté začal pracovat v terapeutické komunitě. Dále je nezbytné, aby práci v komunitě bral opravdu jako své zaměstnání a ne jako návrat do známého, bezpečného prostředí (Tamtéž, s. 227). V České republice převládá přístup, který význačně charakterizuje ve své publikaci Adameček a spol: „*V terapeutické komunitě mohou pracovat i bývalí uživatelé drog, i když v našich terapeutických komunitách jich najdeme podstatně méně než v zahraničních, kde tvoří v týmu často většinu. Užívání drog v minulosti a prodělaná léčba závislosti by neměly být jedinou kvalifikací ex-usera pro práci v terapeutické komunitě. Pokud má ex-user svou minulost zpracovanou a může ji otevřeně nabídnout, může jeho příklad rozšířit terapeutický potenciál týmu. Zároveň by se však neměl na svou roli trvale upnout jako na profesi nebo v ní být týmem fixován*“ (Adameček a spol, 2003, s. 89).

### **3.5.2 PŘÍNOS TERAPEUTICKÉ KOMUNITY PRO PRACOVNÍKY**

Pracovníkům terapeutické skupiny napomáhá jejich práce v osobním růstu a zrání, podporuje jejich schopnost zvládat náročnější situace a nakonec získávají díky ní cenné zkušenosti pro život i povolání. Kalina ve své práci uvádí několik věcí, které pracovník může během své práce získat či se je prostřednictvím ní naučit. Zaměstnanec tak „*poznává široké spektrum lidských příběhů a porozumění jejich jedinečnosti i obecnějším zákonitostem zdárného vývoje či selhání; ověřování a prohlubování vlastních schopností empatie, introspekce, porozumění sobě i druhým, vypořádání se s vlastní autoritou a nositelem moci v komunitě; osvojení řady terapeutických přístupů, metod a dovedností v práci s jednotlivcem; zkušenost v týmové spolupráci; poznávání a*



*řešení různých učících sociálních situací; vhled do lidského společenství a sociální skupiny atd.“ (Kalina, 2008, s. 229).*

Zaměstnanec může získávat pomocí své práce určitý přínos, nicméně ten nepřichází automaticky. Aby pracovník, ať už profesionál či ex-user, mohl rozvíjet svou osobnost i odbornost musejí být splněny určité podmínky. Za prvé je zapotřebí, aby se u zaměstnance vykytovala vlastní motivace, snaha a otevřenost. Zejména se jedná o proces sociálního učení, který hraje významnou roli. Dále je to podpůrný, korigující a učící styl týmové práce. Další podmínkou je zde dostatečná doba práce v terapeutické komunitě. Za minimální dobu pracovníka v komunitě se pokládají tři roky, přičemž až *„ve třetím roce se zvyšuje jeho samostatnost a odpovědnost, je již schopen být příkladem pro ostatní a předávat jim zkušenosti, a v neposlední řadě se dostavuje odměna ve smyslu zhodnocení přínosu pro osobní i odborný růst“* (Tamtéž, s. 230). S tím je spojena i organizační podpora, která se objevuje v podobě různých vzdělávacích kurzů, výcviků a supervize. Díky zvýšené úrovni odbornosti dochází nejen k osobnostnímu a odbornému růstu, ale taktéž se zmenšuje riziko vyhoření a dalších rizik, které může práce v této komunitě přinést. Určitou podporu v této oblasti může zajistit i tzv. supervize.

### **3.5.2.1 Supervize**

Pro pracovníky, kteří pracují v terapeutických komunitách, je důležitá tzv. supervize. Je to *„celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí“* (Matoušek, 2008, s. 349). Díky této metodě se zvyšuje profesionalita práce a zároveň se rozšiřují dovednosti pracovníka. Díky této technice se má lépe vyrovnávat se stresem, lépe řešit různé problémy a najít nejlepší řešení.

Podle počtu supervidovaných a způsobu realizace je možné rozdělit supervizi na individuální a skupinovou. Individuální supervize se odehrává s jedním pracovníkem. *„Její úkolem je reflektovat a podpořit profesionální fungování pracovníka a jeho dalšího rozvoje“* (Matoušek, 2008, s. 354). Na druhé straně je skupinová supervize, která dává pracovníkům možnost hovořit ve skupině o své práci. Cílem se zde stává diskuze, která

umožňuje jednotlivcům profesionální rozvoj. Mezi další formy supervize lze zařadit: vzájemné konzultování dvou kolegů (co-consultancy), intervize (peer-supervision) a autovize. Během vzájemného konzultování dvou kolegů dochází k příležitosti si vyměnit zkušenosti, získat nadhled. Intervize je setkávání osob bez supervizora. Autovize je určitý proces sebereflexe pracovníka. Klade si na sebe otázky a zkoumá způsoby své práce, vnímá své pocity a tělesné reakce, které písemně vyhodnocuje (Matoušek, 2008, s. 354).

Dále lze pohlížet na supervizi z pozice supervizora. Formy supervize se poté dělí na interní a externí vůči instituci. Nebo je lze klasifikovat podle toho, jak často a kdy se provádí; pravidelná, příležitostná a krizová (Matoušek, 2008, s. 354).

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST

### 4.1 ZAMĚŘENÍ A CÍL VÝZKUMU

Výzkum této práce má doplnit teoretickou část o poznatky, které jsou bezprostředně spjaty s prací speciálního pedagoga v terapeutické komunitě. Cílem výzkumu je zaměřit pozornost na aspekty jejich práce v této komunitě. Konkrétně se zde zkoumají faktory, které jsou spjaty s prací speciálního pedagoga. Tyto faktory mohou být ovlivněny různými věcmi – vzděláním, praxí speciálního pedagoga a též prostředím, v kterém pracuje. Taktéž je cílem zjistit, zda se tyto faktory mohou v průběhu praxe měnit na základě osobnosti speciálního pedagoga či jsou spíše ovlivněny členy terapeutické komunity, tj. zda jsou závislé zcela na osobnosti speciálního pedagoga či jsou ovlivněny zejména komunitou drogově závislých.

### 4.2 Výzkumné problémy a hypotézy

V teoretické části bylo několikrát poznamenáno, že role speciálního pedagoga hraje významnou roli v terapeutické skupině drogově závislých. Na jedné straně je to zejména z důvodu, že speciální pedagog je všeobecně definován jako „*erudovaný odborník, který svou odbornou způsobilost získal vysokoškolským studiem oboru speciální pedagogika se zaměřením a profilací pro problematiku vzdělávání osob s různými druhy zdravotního postižení*“ (Votava, 2003, s. 126-127). Na druhé straně také kvůli samotné osobnosti speciálního pedagoga, jež umožňuje pracovat efektivně ve ztíženém prostředí. Díky tomuto tzv. dvojsečnému pohledu na profesi speciálního pedagoga byl definován výzkumný problém celé této práce.

Hlavní výzkum v této práci je věnován práci speciálního pedagoga v terapeutické komunitě drogově závislých. Hlavní výzkumný problém lze definovat takto: „Čím jsou ovlivněny aspekty práce speciálního pedagoga v komunitě drogově závislých?

Dílčí otázky výzkumu jsou:

- Je primárně ovlivněna práce speciálního pedagoga v terapeutické komunitě drogově závislých jeho získanými zkušenostmi?

- Využívá speciální pedagog v terapeutické komunitě drogově závislých metody, které získal během svého vzdělání?
- Absolvuje speciální pedagog, který pracuje v terapeutické komunitě, vzdělávací programy?
- Jsou aspekty práce speciálního pedagoga v terapeutické komunitě drogově závislých přímo ovlivněny věkem?
- Má praxe speciálního pedagoga větší význam než dosažené vzdělání v terapeutické komunitě drogově závislých?

### **Hypotéza**

U daného tématu stanovujeme hypotézu: „Aspekty práce speciálního pedagoga v terapeutické komunitě pro drogově závislé jsou nejvíce ovlivněny jeho získanými zkušenostmi z praxe.“

Dílčí hypotézy:

1. Praxe by měla mít větší význam než dosažené vzdělání pro práci speciálního pedagoga v terapeutické komunitě drogově závislých.
2. Zkušenosti v daném oboru se u speciálního pedagoga zvyšují s přibývajícím věkem.

## **4.3 METODOLOGIE VÝZKUMU**

F. N. Kerlinger definuje výzkum jako: „*Systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy*“ (Chráška, 2007, s. 57). Dále se u výzkumu uvádí i fáze: 1. stanovení problému, 2. formulace hypotézy, 3. testování hypotézy a 4. vyvození závěru a jejich prezentace (Tamtéž, s. 20).

Při definování výzkumného problému je nezbytně nutné se zaměřit i na používanou metodologii, která je použita pro získání relevantních dat. Pro zjištění výše uvedeného výzkumného problému byl zvolen kvantitativní výzkum, který je definován v psychologických vědách jako „*přístupem využívajícím principů jedinečnosti, neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti, dynamiky a využívá kvalitativních*

*metod*“ (Tamtéž, s. 58). U použití této metodologie se na počátku určí téma a definují se základní výzkumné otázky. Poté kvantitativní výzkumník vyhledává, analyzuje jakékoli informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek a provádí závěry (Chráska, 2007, s. 16).

#### **4.4 VYMEZENÍ POJMŮ**

##### **Drogová závislost**

Tento pojem byl podrobně zpracován v teoretické části v podkapitole 2. na straně 14.

##### **Terapeutická komunita**

Tento pojem je podrobně zpracován v teoretické části v podkapitole 3. na straně 25.

##### **Pracovník v terapeutické komunitě**

Tento pojem je podrobně zpracován v teoretické části v podkapitole 3.5. strana 31.

#### **4.5 METODA**

Pro výzkum této práce byla zvolena jedna z kvantitativních metod výzkumu, konkrétně dotazníkové šetření. Tato metoda se nejčastěji používá v oboru sociologie, nicméně je hojně využívána také v oborech jako např. v psychologii, kulturní a sociální antropologii, managementu, marketingu, prognostice, demografii a v poradenství. Dotazník je určen výzkumnými otázkami projektu a slouží ke sběru dat. Struktura dotazníků má obvykle tři části: vstupní část, druhá část s vlastními otázkami a konec dotazníku, kde bývá poděkování. Otázky v dotazníku mohou být podle stupně otevřenosti: uzavřené, otevřené a škálové. V rámci výzkumu této práce byl použit typ dotazníku, který má pevně danou strukturu – pevně daný seznam otázek, na které respondenti odpovídají pevně danými odpověďmi. Výhoda tohoto typu dotazníku je, že data z těchto dotazníků mohou být snadno sečtena a porovnána. Nevýhoda standardizovaného dotazníku je omezený rozsah platnosti odpovědí. Ty mohou také být zavádějící (Gavora, 1996, s. 53-56).

## **4.6 Výzkumný vzorek**

Základním souborem pro výzkum této práce se stali lidé v produktivním věku, kteří pracují či pracovali v terapeutické komunitě drogově závislých. Jako výzkumný vzorek posloužili jedinci, kteří byli ochotni se do výzkumu zapojit. Na počátku nebylo striktně vymezeno, kolik účastníků se daného výzkumu zúčastní. Dotazník byl vyvěšen na sociálních sítích a odeslán v elektronické podobě pracovníkům, kteří pracují či pracovali v terapeutické komunitě. Celkem se do výzkumu zapojilo 16 respondentů, kteří byli ochotni věnovat svůj čas k vyplnění předem daných otázek. Pro výběr respondentů nebyl tak využit žádný stratifikovaný výběr. U všech respondentů musela být splněna pouze jedna podmínka a to, aby se jednalo o respondenty, kteří pracují či pracovali v terapeutické komunitě.

Zkoumaný vzorek respondentů nebyl nijak lokálně, ani věkově omezen. Byli osloveni respondenti škálově a to bez předem vybraného kritéria. Dotazníkového šetření se tak mohl zúčastnit kdokoliv, kdo byl ochoten zodpovědět všechny předem zvolené otázky.

## **4.7 PRŮBĚH VÝZKUMU**

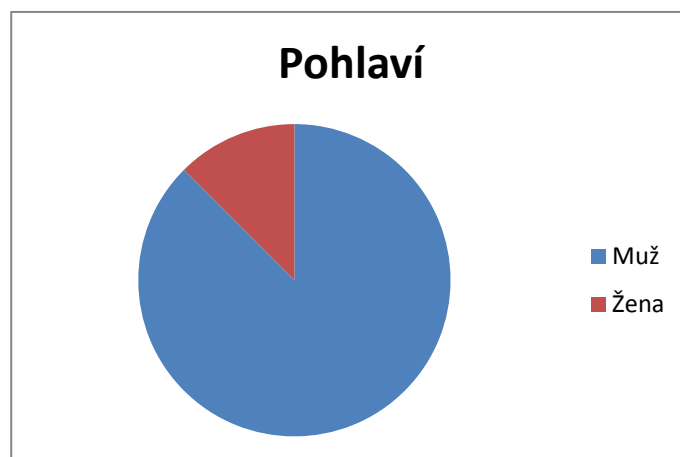
Dotazník byl rozeslán respondentům v elektronické podobě a umístěn na sociálních sítích. Byl umístěn na několika místech v kyberprostoru a přístupný tak velké škále lidí. Dotazníkové šetření bylo započato v listopadu roku 2016 a ukončen v lednu 2017. Dalo by se říci, že doba trvání šetření byla zcela závislá na ochotě respondentů účastnit se výzkumu. Dotazník byl vypracován na základě publikací zabývajících se výzkumnými metodami v pedagogice. Otázky byly zvoleny tak, aby měly co nejvíce vypovídající hodnotu o dané problematice. Celkem bylo v dotazníku třináct otázek a dvě podotázky.

## **4.8 VÝSLEDKY A JEJICH ANALÝZA**

V této části práce jsou popsány a graficky vyhodnoceny jednotlivé odpovědi výzkumného šetření se stručným komentářem.

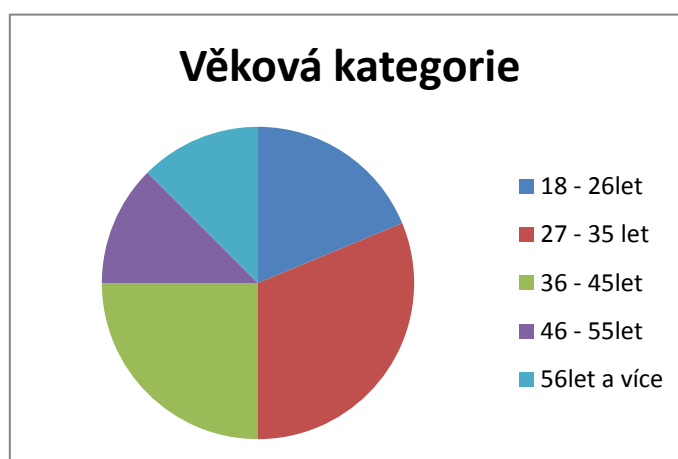
### **1. Jaké je Vaše pohlaví?**

V první otázce dotazníku bylo zjišťováno pohlaví respondentů. Celkem odpovědělo 16 respondentů, z nichž bylo 14 mužů a 2 žen.



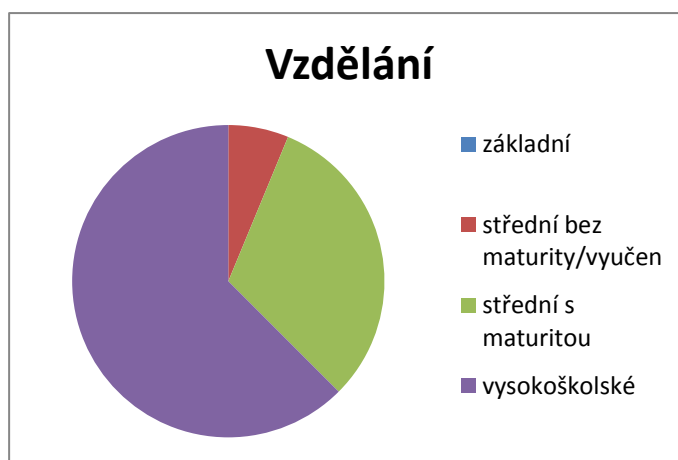
## 2. Jaký je Váš věk?

Druhá otázka byla zaměřena na věk respondentů. Celkem bylo vytvořeno pět věkových kategorií, konkrétně byly v rozmezí 18 - 26let, 27 - 35let, 36 - 45let, 46 - 55let a 56let a více. Z dotazníků vyplynulo, že většina respondentů lze zařadit do produktivního věku – pět respondentů je v rozmezí 27 - 35let a čtyři v rozmezí 36 - 45let. Z celkového počtu respondentů tak do těchto dvou kategorií patří 56% respondentů. Do první skupiny (18 – 26 let) patří tři respondenti, do čtvrté kategorie (46 – 55let) jsou dva respondenti a do poslední kategorie (56let a více) patří dva respondenti.



### 3. Jaké máte dosažené nejvyšší vzdělání?

Třetí otázka byla zacílena na věk respondentů. Celkem bylo možné vybrat ze čtyř možností: základní, střední bez maturity / vyučen, střední s maturitou a vysokoškolské. Žádný z respondentů nemá nejvyšší dosažené vzdělání základní. Jeden respondent má dosažené vzdělání bez maturity (vyučen). Do třetí kategorie, tj. středoškolské vzdělání s maturitou, patří pět respondentů. Nejpočetnější skupina jsou respondenti s vysokoškolským vzděláním. Celkem do této skupiny patří deset respondentů, tj. celkem 63% ze všech oslovených.



### 4. Jak dlouho pracujete/pracoval(a) jste v komunitě drogově závislých?

Tato otázka se zaměřuje na délku pracovního působení v daném oboru. Respondentů, kteří mají zkušenost do tří let, je celkem pět. Dále je celkem pět respondentů, kteří mají praxi v rozmezí tří až deset let. Dále ve všech třech kategoriích, kdy je zkušenost v rozmezí 11 -19 let, 20 -34 let a 35 roků a více, patří do každé kategorie dva respondenti. Největší procentuální zastoupení mají tak respondenti, kteří mají praxi v daném oboru do tří let, tj. 51%, a do deseti let také 51%.





#### 5. Jste spokojen/a se svou prací v komunitě drogově závislých?

U této otázky se dotazovalo na spokojenost svého pracovního působení v komunitě drogově závislých. Celkem bylo možné si vybrat z pěti odpovědí. Většina respondentů odpověděla pozitivně, tj. čtyři respondenti odpověděli ano a šest respondentů spíše ano. Celkem tak je spokojeno se svojí prací 63% respondentů. Velká část respondentů nedokázalo na otázku odpovědět. Konkrétně to bylo 25%, tj. čtyři respondenti. Dva respondenti odpověděli negativně, tj. odpověděli spíše ne. Žádný z respondentů vyloženě neuvedl, že je s prací nespokojen.



#### 6. Byl/a jste v minulosti drogově závislý?

Tato otázka byla zaměřena na respondenta v rámci závislosti, tj. jestli respondent byl někdy v minulosti závislý. Z celkového počtu šestnácti respondentů odpovědělo

pozitivně devět respondentů a sedm negativně. Dle procentuálního zastoupení tak mělo 56% zkušenost s návykovou látkou, na které byli závislí.

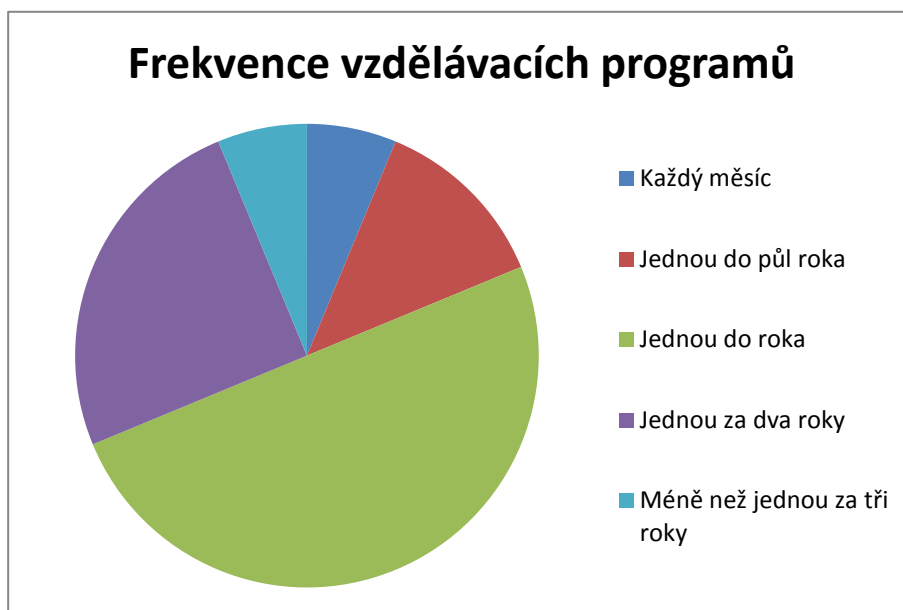


### 7. Absolvujete vzdělávací programy?

U této otázky se všichni kandidáti vyjádřili pozitivně v oblasti vzdělávání. Celkem 16 respondentů absolvuje vzdělávací programy.

### 8. Jak často se účastníte vzdělávacích programů?

U této otázky byla zaměřena pozornost na četnost vzdělávacích programů u respondentů. Na výběr bylo z pěti možností. Největší zastoupení byla odpověď u respondentů jednou do roka, celkem osm respondentů, což je 50%. Čtyři respondenti odpověděli jednou za dva roky, jednou do půl roka odpověděli dva respondenti, a jeden respondent každý měsíc a jeden respondent méně než jednou za tři roky.



## 9. Považujete vzdělávací programy za důležité?

Většina respondentů považuje vzdělávací programy za důležité. Z dotazovaných uvedlo 82%, že vzdělávací programy jsou pro ně důležité. Dva respondenti nedokázali vyjádřit svůj názor a jeden respondent uvedl, že pro něho vzdělávací program nemá takovou důležitost.



## 10. Absolvoval/a jste někdy supervizi?

Respondenti na otázku ohledně absolvování supervize odpověděli ze 100% kladně. Všech šestnáct respondentů uvedlo, že se v minulosti účastnili supervize. Přičemž čtrnáct respondentů uvedlo, že absolvovalo skupinovou supervizi a všech šestnáct uvedlo, že absolvovalo individuální supervizi. Všichni se shodli na tom, že pro ně supervize byla přínosná.

## 11. Které schopnosti/dovednosti by měl mít pedagogický pracovník v komunitě drogově závislých?

Na tuto otázku mohli respondenti odpovídat v několika úrovních. U každé kompetence byla odstupňovaná škála souhlasu/nesouhlasu. Nejvíce se shodli respondenti (14 respondentů z 16ti) na tom, že je důležitá empatie, naslouchání a porozumění. Dále třináct respondentů uvedlo, že je nutné mít schopnost učení se a motivace a dvanáct respondentů považuje schopnost reflexe za významnou. Naopak schopnost mít teoretické znalosti a dovednosti, organizační schopnosti a dominantnost se u některých respondentů považují za nepotřebné.

Schopnosti/dovednosti	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Teoretické znalosti a dovednosti	3	6	4	3	0
Empatie, naslouchání, porozumění	14	1	1	0	0
Organizační schopnosti	7	5	2	2	0
Komunikační dovednosti	10	5	1	0	0
Řízení práce ve skupině	9	4	2	1	0
Umění učit se a motivovat	13	2	1	0	0
Schopnost reflexe	12	3	0	1	0
Osobnost a vztahy s lidmi	10	6	0	0	0
Obliba své práce terapeuta	8	6	1	1	0
Dominantnost ve skupině	4	7	3	2	0

## 12. Je možné konstatovat, že uvedené schopnosti/dovednosti se s přibývajícím věkem se u pracovníků zkvalitňují?

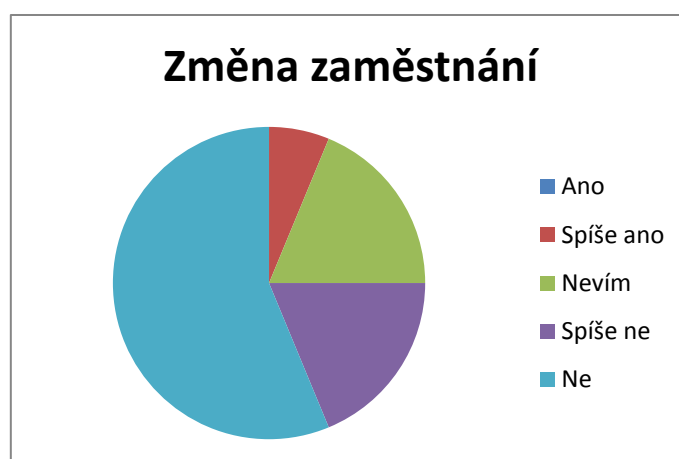
Respondenti měli možnost se vyjádřit, jestli uvedené schopnosti se s přibývajícím věkem zkvalitňují. Nejvíce uváděli respondenti komunikační dovednosti (sedm respondentů), schopnost reflexe (šest respondentů), a organizační schopnosti (pět respondentů) a empatii, naslouchání, porozumění (pět respondentů). Naopak uváděli, že schopnosti jako řízení práce ve skupině a obliba práce ve skupině se s přibývajícím věkem nezlepšují.

Schopnosti/dovednosti	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Teoretické znalosti a dovednosti	3	4	3	4	2
Empatie, naslouchání, porozumění	5	2	2	4	3
Organizační schopnosti	5	2	3	2	4
Komunikační dovednosti	7	3	1	0	5
Řízení práce ve skupině	2	4	3	1	6

Umění učit se a motivovat	0	3	4	9	0
Schopnost reflexe	6	2	3	3	2
Osobnost a vztahy s lidmi	3	3	3	7	0
Obliba své práce terapeuta	0	2	4	4	6
Dominantnost ve skupině	0	3	6	3	4

### 13. Chtěl/a byste změnit své zaměstnání?

V poslední otázce měli respondenti vyjádřit názor, zda by chtěli změnit své zaměstnání. Z respondentů 56% dotázaných vyjádřilo jasné ne a dále 19% spíše ne. Celkem tak 12 respondentů nechce změnit své zaměstnání. Tři respondenti uvedli, že neví, a jeden spíše ano.



## 4.9 ZÁVĚR VÝZKUMU

Z analýzy dat, které byly shromážděny na základě dotazníkového šetření, vyplynulo, že zaměstnanci v komunitách drogově závislých považují hned několik faktorů za důležité. Většina hypotéz, které se definovaly hned na začátku praktické části, byla potvrzena. Nicméně některé hypotézy se nepotvrdily tak výrazně, jak bylo z počátku očekáváno. Většina respondentů má několikaletou praxi v daném oboru, a proto se očekávalo, že nebudou vyzdvihovat tolik dovedností, které jsou zaměřeny na osobnostní

rysy pracovníka. Konkrétně se ukázalo, že respondenti nepovažují teoretické dovednosti za tak důležité, i přesto, že se zpravidla účastní různých vzdělávacích programů. Dokonce většina respondentů považuje další vzdělávací programy za důležité a přínosné pro svoji praxi. Na základě těchto údajů lze tak konstatovat, že i přes zkušenost daných respondentů považují teoretické zkušenosti za méně výraznou vlastnost pro jejich zaměstnání. Důvody lze hledat zejména v tom, že při výkonu pomáhající profese se často absolvují praktické či individuální supervize, které jim pomáhají v praktické složce jejich práce.

Cílem výzkumu práce bylo zjistit, čím jsou ovlivněny aspekty práce speciálního pedagoga v komunitě drogově závislých. Dále poté jestli jsou aspekty práce ovlivněny věkem speciálního pedagoga. Analýza ukázala, že věk hraje významnou roli při práci v komunitách drogově závislých. Dle respondentů je mnoho dovedností, které musí speciální pedagog mít, a které jsou s praxí dále rozvíjeny a zkvalitňovány. Překvapující je, že teoretické schopnosti s přibývajícím praxí nenabývají na síle jako třeba komunikační dovednosti. Lze tak usuzovat, že s praxí se získávají dovednosti, které jsou spojeny pouze s praktickou stránkou práce, ale teoretická část se už dále nerozvíjí.

Dále se také prokázalo, že jedinci pracující v tomto oboru jsou se svojí prací spokojeni a nemají v plánu profesi měnit. Lze tak usuzovat, že v této profesi se vyskytují zejména pracovníci, kteří osobnostně k této profesi inklinují.

## 5 ZÁVĚR

V životě člověka může kdykoliv dojít ke stavu, kdy se cítíme bezradní a na pokraji svých sil. Nejjednodušší a pro mnohé i jediný způsob, jak se vyrovnat s těmito stavy, je jim uniknout pomocí návykových látek. Zvolit si tento způsob řešení je pro mnohé nepochopitelný, ale pro některé jediné schůdné řešení v daný moment. Rozhodnutí je ovlivňováno jak sociálním prostředím, ve kterém se jedinec nachází, tak i životními úspěchy a to nejen ve sféře pracovní, ale i soukromé. Pro jedince, kteří se rozhodnout dlouhodobě užívat návykové látky, se po nějaké době stává závislost jejich hlavním nepřítelem. Na cestě k jeho poražení mu obvykle pomáhají sociální a pedagogičtí pracovníci v komunitách pro drogově závislé. Tato bakalářská práce chtěla poukázat na to, do jaké míry je ovlivněna jejich práce faktory, které na ně působí během jejich praxe. Zcela jistě můžeme tvrdit, že chce-li člověk pracovat v oblasti pomáhající profese, jsou zkušenosti nezbytnou vybaveností. Z výzkumu zcela jasně vyplynulo, že speciální pedagogové v dané komunitě musí mít v první řadě osobnostní rysy, které mu umožňují pracovat v daném oboru. Jsem přesvědčena, že lidé s těmito rysy si jaksí podvědomě vybírají zaměstnání, kde pracují s lidmi, inklinují k němu a dosahují v něm svého osobního uspokojení. Výzkum též poukázal na to, že tito pracovníci během narůstající praxe dále rozvíjejí osobnostní rysy a jsou ve své práci spokojeni. Je tedy zcela logické, že právě v povolání speciálního pedagoga je prioritní rozvíjet empatii, porozumění, naslouchání, protože jak již bylo v této práci zmiňováno, je denně konfrontován s dílčími úspěchy a neúspěchy svých klientů, musí citlivě a s vysokou mírou empatie přistupovat ke každému z nich a zcela individuálně řešit jejich problémy. Stejně nemalé nároky jsou na něj kladeny i z řad rodinných příslušníků jedince, ze strany jeho kolegů a spolupracovníků, protože jen v pozitivně laděném klimatu lze vykonávat tak náročné povolání.

Současný trend v komunitách prosazuje metody zaměřené na zvyšování kvality a profesionality práce, ale taktéž se snaží vzdělat celou naši společnost, která by se měla v této oblasti co nejvíce rozvíjet, dostávat nové informace a mít možnosti se dále zdokonalovat. Jen taková společnost je schopna bez předsudků a zábran přijmout mezi sebe i člověka, který byl v minulosti závislý, přijímat ho jako sobě rovnou bytost, se stejnými právy na uspokojení jeho životních potřeb.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

ADAMEČEK, D. a kol., 2006. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. 1. Vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 88 s. ISBN 80-86734-81-1.

BLAŽKOVÁ, B., ŠPAKLOVÁ, M., c2011. *Nástrahy dnešní doby*. 1. vyd. Praha: Raabe, 72 s. ISBN 978-80-87553-22-0 (brož.).

CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu, základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

GAVORA, P., 1996. *Výzkumné metody v pedagogice: Příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky*. 1. vyd. Brno: Paido, 130 s. ISBN 80-85931-15-X.

HARTL, P., 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 221s. ISBN 80-85850-45-1.

HELLER, J., PESINOVSKÁ, O., 1996. *Závislost známá neznámá*. 1.vyd. Praha: Grada, 162 s. ISBN 80-7169-277-8.

JANÍK, A., 1990. *Drogy a společnost*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 342 s. ISBN 80-201-0087-3.

JANÍKOVÁ, B., DANEČKOVÁ, T., 2007. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči*. 1.vyd. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 89 s. ISBN 978-80-239-9961-7.

KALINA, K., 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada, 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2 (váz.).

KOFROŇOVÁ, O., VOJTĚCH, J., 2005. *Analýza vzdělávacích programů z hlediska zaměstnatelnosti absolventů*. 1. vyd. Praha: NÚOV, 2005.



KOPŘIVA, K., 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 8071783188.

KRATOCHVÍL, S., 1979. *Terapeutická komunita*. 1.vyd. Praha: Academia, 122 s.

MAŠÁT, V., 2012. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*. 1. vyd. Středokluky: Zdeněk Susa, 157 s. ISBN 978-80-86057-80-4 (brož.).

MATOUŠEK, O., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8 (váz.).

NEŠPOR, K., 20002. „*Průchozí drogy*“: *co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající*. 1.vyd. Praha: Fortuna, 28s. ISBN 80-7071-198-1.

PETR, P., KALOVÁ, H., CHMELAŘOVÁ, V., ZDRAŽILOVÁ, A., 2007. *Návykové látky a alkoholismus. Drogová problematika*. 1. vyd. Č. Budějovice: Akademie J. A. Komenského, 98 s. ISBN 978-80-87230-03-9.

PRESTON, A., *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České Republiky, 59 s. ISBN 978-80-87041-28-4 (brož.).

PRŮCHA, J., 2002. *Moderní pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 8071786314.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. MAREŠ J., 2003. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.

RADIMECKÝ, J., 2007. *Úvod do adiktologie : učební texty ke kurzu*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 59 s. ISBN 978-80-239-9960-0.

RENÓTIEROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L. a kol., 2004. *Speciální pedagogika*. 2. Vyd. dopl. aktualiz. Olomoc: Univerzita Palackého, pedagogická fakulta, 2004. 313 s. ISBN 80-22-0873-2.

RHODES, T., 1999. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 70 s., ISBN 80-85834-71-5.

SOBOTKA, J., 2010. *Práce s komunitou*. 1.vyd. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 62 s. ISBN 978-80-904541-4-9 (brož.).

ŠVEC, V., 1999. *Pedagogická příprava budoucích učitelů*. 1. yyd. Brno: Paido, 1999. 160 s. ISBN 80- 85931- 70- 2.

VALÍŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. a kol., 2007. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 404 s. ISBN 978-80-247-1734-0.

VOTAVA, J. a kol., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A - Dotazník.....</b>	<b>I</b>
----------------------------------	----------

**DOTAZNÍK**

1. **Jaké je vaše pohlaví?**     muž             žena
2. **Jaký je Váš věk?**         18 - 26let                     27 - 35 let                     36 - 45let  
    46 - 55let                     56let a více
3. **Jaké máte dosažené nejvyšší vzdělání?**  
 základní         střední bez maturity/vyučen         střední s maturitou   
vysokoškolské
4. **Jak dlouho pracujete/pracoval(a) jste v komunitě drogově závislých?**  
 0 - 3 roky     3- 10 roků     11 - 19 roků     20 - 34 roků                     35 roků a  
více
5. **Jste spokojen/a se svou prací v komunitě drogově závislých?**  
 Ano     Spíše ano     Nevím         Spíše ne                     Ne
6. **Byl/a jste v minulosti drogově závislý/a?**     Ano     Ne
7. **Absolvujete vzdělávací programy?**                     Ano     Ne
8. **Jak často se účastníte vzdělávacích programů?**  
 Každý měsíc                     Jednou do půl roka                     Jednou do roka  
 Jednou za dva roky     Méně než jednou za tři roky
9. **Považujete vzdělávací programy za důležité?**  
 Ano     Spíše ano     Nevím         Spíše ne                     Ne
10. **Absolvoval/a jste někdy supervizi?**  
 Ano     Ne
- V případě že ano, byla:**     skupinovou                     individuální
- Byla pro Vás přínosná?**                     Ano     Spíše ano     Nevím     Spíše ne     Ne

11. **Které schopnosti/dovednosti by měl mít pedagogický pracovník v komunitě drogově závislých?**

Schopnosti/dovednosti	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Teoretické znalosti a dovednosti					
Empatie, naslouchání, porozumění					
Organizační schopnosti					
Komunikační dovednosti					

Řízení práce ve skupině					
Umění učit se a motivovat					
Schopnost reflexe					
Osobnost a vztahy s lidmi					
Obliba své práce terapeuta					
Dominantnost ve skupině					

**12. Je možné konstatovat, že uvedené schopnosti/dovednosti se s přibývajícím praxí se u pracovníků zkvalitňují?**

Schopnosti/dovednosti	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Teoretické znalosti a dovednosti					
Empatie, naslouchání, porozumění					
Organizační schopnosti					
Komunikační dovednosti					
Řízení práce ve skupině					
Umění učit se a motivovat					
Schopnost reflexe					
Osobnost a vztahy s lidmi					
Obliba své práce terapeuta					
Dominantnost ve skupině					

**13. Chtěla byste nebo potřebovala změnit své zaměstnání?**

- Ano  
 Spíše ano  
 Nevím  
 Spíše ne  
 Ne

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Andrea Vobinušková**

**Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství**

**Forma studia: Kombinovaná**

**Název práce: Aspekty práce speciálního pedagoga v terapeutické komunitě pro drogově závislé**

**Rok: 2017**

**Počet stran textu bez příloh: 40**

**Celkový počet stran příloh: 2**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 26**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 0**

**Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.**