

TEORIE A PRAXE STRUKTUROVANÝCH DOLÉČOVACÍCH PROGRAMŮ V ADIKTOLOGII

SBORNÍK ZKUŠENOSTÍ

TEORIE A PRAXE STRUKTUROVANÝCH DOLÉČOVACÍCH PROGRAMŮ V ADIKTOLOGII

# TEORIE A PRAXE STRUKTUROVANÝCH DOLÉČOVACÍCH PROGRAMŮ V ADIKTOLOGII

„RESTART“

Teorie a praxe léčby závislostí

CZ.1.04/5.1.01/77.00377



p-centrum



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

**Michal Růžička, Pavlína Prachařová a kol.**

**TEORIE A PRAXE  
STRUKTUROVANÝCH  
DOLÉČOVACÍCH PROGRAMŮ  
V ADIKTOLOGII**

**SBORNÍK ZKUŠENOSTÍ**

Oponenti:

MUDr. Jarmila Šmoldasová

Mgr. Renata Kraftová

Autorský kolektiv:

Michal Růžička, Pavlína Prachařová (Vedoucí autorského kolektivu)

Markéta Hošková

Renata Jakubcová

Iva Klimešová

Dagmar Krutilová

Jana Olejníčková

Soňa Šebela

Petr Šeda

Hana Štěpánková

Edmund Wittmann

Julie Wittmannová

Vydání této publikace je spolufinancováno  
Evropským sociálním fondem z prostředků  
„Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost“  
a státním rozpočtem České republiky.

Publikace vznikla v rámci projektu „Restart“  
(reg. č. CZ.1.04/5.1.01/77.00377).

© Michal Růžička a kol., 2014

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2014

Katalogizace v knize

Růžička, Michal

Prachařová, Pavlína

následná péče

závislostní chování

výzkum

kolektivní monografie

## Předmluva

Cílem publikace je zmapovat aktuální situaci na poli následné péče, respektive strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii a to v teoretické, výzkumné a praktické rovině.

Publikace je výsledkem mezinárodního projektu „Restart“, který byl řešen P-centrem Olomouc ve spolupráci s britským partnerem, sdružením Hum London, v letech 2012–2014 v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost Evropského sociálního fondu. Na jednotlivých kapitolách knihy se podíleli jak zaměstnanci projektu, tak další odborníci.

Předložená monografie se skládá ze tří částí – teoreticko-výzkumné, empiricko-metodické a aplikační.

Snažili jsme se přistoupit k problému v bio-psycho-sociálním kontextu. Dvě výzkumné kapitoly první části knihy sledují na jedné straně aktuální stav na poli následné péče a na straně druhé kvalitu života klientů. Tyto výzkumy byly řešeny na Univerzitě Palackého v Olomouci v rámci diplomových prací, některé z nich v rámci projektu Výzkum kvality života jedinců se speciálními potřebami (č. PdF\_2013\_006).

Teoretické úvahy v prvním dílu monografie se dotýkají vymezení následné péče v kontextu biologických a sociálních teorií.

Druhá část knihy je metodická a má empirický charakter – to znamená, že je sepsána na základě kolektivní zkušenosti pracovníků P-centra Olomouc. Dotýkáme se zde nejen roviny praktické, jako je terapie a sociální práce, ale také roviny administrativní, kterou představují standardy kvality sociálních služeb a certifikace.

Třetí část monografie má praktický charakter a je určena pro klienty programu následné péče. Jedná se o manuál, který používáme v praxi. Smyslem manuálu je napomoci klientům k uplatnění na trhu práce a zároveň slouží jako inspirace pro kolegy z jiných zařízení v rámci služeb následné péče.

Strukturované doléčovací programy jsou jednou z posledních fází léčby závislostního chování. Primárním cílem těchto programů je inkluze klienta s drogovou minulostí. Parametry úspěšné inkluze jsou: práce, abstinence, aktivní volný čas a vztahy s intaktní populací.

Projekt „Restart“ byl zaměřen na jeden z pilířů úspěšné inkluze – na práci a zaměstnanost. Z tohoto důvodu jsou v práci tomuto tématu věnovány mnohé kapitoly.

Sudržením práce a úspěchem v ní však souvisí i ostatní, výše popsané parametry. Spolupráce se zahraničním partnerem v rámci projektu „Restart“ nám pomohla tyto parametry skloubit a zavést do praxe. Teoretické, praktické a supervizní zkušenosti projektu jsou náplní následujících kapitol.

Knih je primárně určena pro pracovníky v oblasti následné péče, případně terapeutických komunit. Dále je určena pracovníkům z řad adiktologických profesí a studentům příbuzných oborů či výcvikových kurzů.

## **Ujasnění terminologie**

Problematika následné péče a doléčování závislostního chování je rozsáhlá a je na ni nahlíženo různými obory. Setkáváme se s pojmy: ambulantní doléčovací programy, následná péče, doléčovací centra atd. Klíčovým tématem této knihy je teorie a praxe programů, které jsou certifikovány Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a zároveň fungují jako registrovaná sociální služba u Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Následnou péči v adiktologii chápeme v širším a užším kontextu. V širším pojetí se jedná o celou škálu aktivit napomáhajících udržet abstinenci. V užším pojetí jde o sociální službu realizující strukturované doléčovací programy. V rámci této publikace vnímáme následnou péči v užším kontextu a z tohoto důvodu používáme v kapitolách termín následná péče, což je i termín používaný v terminologii u registrovaných sociálních služeb u Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Jsme si vědomi jisté míry subjektivity, která je dána faktem, že autorský tým pochází z jednoho centra následné péče. Nebráníme se tedy polemice a případné diskuzi k jednotlivým tématům. Cílem publikace by určitě neměla být generalizace empirické zkušenosti autorů.

# OBSAH

## Část I

### TEORETICKO-VÝZKUMNÁ PROBLEMATIKA NÁSLEDNÉ PÉČE V ADIKTOLOGII

<b>1</b>	<b>Uvedení do problematiky teorie a praxe následné péče v adiktologii (Růžička, M.)</b>	<b>15</b>
1.1	Biologické aspekty problematiky následné péče v adiktologii	15
1.2	Sociální aspekty problematiky následné péče v adiktologii	18
1.3	Etické aspekty problematiky následné péče v adiktologii	21
1.4	Psychologické aspekty	25
1.5	Edukačně-terapeutický potenciál vyplývající z teoretických poznatků neurologie, etiky a lidské společnosti	26
<b>2</b>	<b>Aktuální stav následné péče v adiktologii v České republice (Růžička, M.)</b>	<b>27</b>
2.1	Co rozumíme následnou péčí a doléčováním	27
2.2	Poskytovatelé následné péče	28
2.3	Průzkumné šetření: analýza aktuálního stavu následné péče	28
<b>3</b>	<b>Následná péče jako sociální služba (Krutilová, D.)</b>	<b>37</b>
3.1	Pojetí následné péče dle požadavků MPSV	37
3.2	Pojetí následné péče dle RVKPP	49
3.3	Systém kontroly kvality a efektivity služby následné péče	50
<b>4</b>	<b>Kvalita života osob s psychosociálním ohrožením a narušením – kvalita následné péče (Růžička, M., Wittmannová, J., Šeda, P.)</b>	<b>52</b>
4.1	Průzkumná šetření realizovaná v doléčovacích programech	54
4.2	Průzkumné šetření č. 1: Možnost sociální rehabilitace v doléčovacích programech	55
4.3	Průzkumné šetření č. 2: Kvalita života absolventů doléčovacího programu	58
4.4	Průzkumné šetření č. 3: Kvalita doléčovacích programů pro muže závislé na alkoholu	73

4.5	Průzkumné šetření č. 4: Kvalita života klientů v doléčovacích programech z pohledu pracovníků	76
4.6	Průzkumné šetření č. 5: Využití metod měření kvality života při evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách	81
<b>5</b>	<b>Následná péče v kontextu genderové problematiky</b> (Krutilová, D., Olejníčková, J.)	<b>91</b>
5.1	Gender problematika v oblasti péče o lidi se závislostí	91
5.2	Aktuální témata v následné péči z hlediska gender problematiky	98
<b>6</b>	<b>Role výživy v léčbě osob s alkoholovou a drogovou závislostí</b> (Klimešová, I.)	<b>101</b>
6.1	Časté nutriční komplikace doprovázející alkoholovou a drogovou závislost	102
6.2	Základní výživová doporučení	106
6.3	Neutransmitery a drogová závislost	111

## Část II

### EMPIRICKO-METODICKÁ PROBLEMATIKA NÁSLEDNÉ PÉČE V ADIKTOLOGII

<b>7</b>	<b>Klient v následné péči</b> (Prachařová, P.)	<b>123</b>
7.1	Motivace pro vstup do programu	123
7.2	Průběh doléčování z pozice klienta	124
7.3	Časté důvody lapsu/recidivy	130
7.4	Průběh doléčování očima exklenta	131
<b>8</b>	<b>Individuální práce s klientem v následné péči</b> (Prachařová, P.)	<b>134</b>
8.1	Co je psychoterapie, účinné faktory v léčbě	134
8.2	Individuální psychoterapie – teorie a praxe	136
8.3	Terapeutický vztah	138
8.4	Osobní sdělení terapeuta	144
8.5	Práce s emocemi	145

8.6	Další častá témata v terapii	146
8.7	Terapie po doléčování	147
<b>9</b>	<b>Sociální práce v následné péči (Šeda, P., Hošková, M.)</b>	<b>149</b>
9.1	Sociální práce s uživateli návykových látek	149
9.2	Socializace a resocializace	150
9.3	Systematická sociální práce v doléčovacím programu P-centra Olomouc	152
9.4	Způsoby práce s klienty	157
<b>10</b>	<b>Skupinová práce s klientem v následné péči (Růžička, M., Krutilová, D.)</b>	<b>162</b>
10.1	Skupina jako smysluplný celek	163
10.2	Skupinová práce v následné péči v P-centru	166
10.3	Práce se skupinou mimo tradiční rámec	178

### Část III

#### APLIKAČNÍ PROBLEMATIKA NÁSLEDNÉ PÉČE V ADIKTOLOGII (kolektiv autorů)

<b>11</b>	<b>Základy práce na počítači aneb jak se s počítačem skamarádit</b>	<b>189</b>
11.1	E-mail	190
<b>12</b>	<b>Profesní životopis a motivační dopis</b>	<b>196</b>
<b>13</b>	<b>Úřad práce – k čemu je dobrý a jak se registrovat</b>	<b>202</b>
<b>14</b>	<b>Nemám peníze do začátku, co mám dělat?</b>	<b>206</b>
<b>15</b>	<b>Vyhledávání nabídek práce – internet a další zdroje</b>	<b>208</b>
<b>16</b>	<b>Jak komunikovat s potenciálním zaměstnavatelem</b>	<b>212</b>
16.1	Pracovní pohovor aneb jak se nejlépe „prodat“	215
16.2	Na co se můžete či máte ptát při pohovoru vy	217
16.3	Jak unést odmítání aneb když práci ne a ne najít...	218



16.4	Co brát v potaz při rozhodování, zda práci přijmout	220
16.5	Mzda – její výpočet a z čeho se skládá	222
16.6	Práce načerno	223
16.7	Co dělat, když nedostanu výplatu?	226
16.8	Co když dostanu výplatu?	227
16.9	Pracovní doba, přesčasy, pojištění	228
<b>17</b>	<b>Asertivita, říkání „ne“</b>	<b>230</b>
<b>18</b>	<b>Ukončení pracovního poměru</b>	<b>233</b>
18.1	Ze strany zaměstnance	233
18.2	Ze strany zaměstnavatele	235
<b>19</b>	<b>Exekuce na plat</b>	<b>238</b>
<b>20</b>	<b>Datová schránka</b>	<b>240</b>
<b>21</b>	<b>Alkohol a drogy na pracovišti</b>	<b>241</b>
21.1	Mluvit o své drogové/alkoholové minulosti?	248
<b>22</b>	<b>Krizové situace v práci</b>	<b>251</b>
<b>23</b>	<b>Vyvážený životní styl</b>	<b>254</b>

## **PŘÍLOHA**

1	Co jsou certifikace a inspekce, čím se řídí, jaká jsou jejich pravidla	261
2	Procedurální rozdíly procesů certifikací a inspekcí	266
3	Přehled drogových (adiktologických) služeb	270
4	Problematická místa praxe drogových služeb z hlediska výkladů a aplikace Standardů MPSV	277
5	Přehled terminologie	281
	Literatura	285
	Rejstřík	293





## **Namísto úvodu rozhovor**

Místo tradiční předmluvy uvedeme náš text rozhovorem se sociálním pracovníkem v následné péči, který zná adiktologická specifika i z „druhé strany“. Rozhovor je anonymní.

*Setkáváme se s odborníkem, který zná problematiku léčby a doléčování závislosti nejen z pozice sociálního pracovníka, ale prošel si jí i jako klient. Můžete nám říci více k tomu, jaká byla vaše cesta až sem?*

V devatenácti jsem šel na léčení, protože mě k tomu donutily okolnosti. Nebral jsem pervitin dlouho, ale najednou jsem stál na ulici a nevěděl jsem, co bych dělal. Tenkrát mým dnem bylo to, že bych měl být na ulici. Byla to moje první léčba, bylo to v roce 1995. Po absolvování TK (terapeutická komunita) Němčice jsem byl na DC (doléčovací centrum) v Sananimu v Praze v roce 1996. Potom jsem 10 let nebral drogy, ale pil jsem denně alkohol. Pracoval jsem, byl jsem ženatý. Ve dvaceti osmi jsem znovu začal kouřit trávu a po roce jsem přešel na pervitin. Tři roky jsem ho bral a byl na ulici, drogy jsem i vyráběl a hrozilo mně vězení. Pak jsem se ze všeho zbláznil a s toxickou psychózou odešel do komunity v Bílé Vodě. Pak jsem přišel na DC s myšlenkou, že bych chtěl dělat v budoucnu v tomto oboru. Následně jsem dostudoval VŠ a z počátku jako dobrovolník na volnočasových aktivitách jsem se více a více stával součástí týmu doléčovacího programu, až jsem podepsal smlouvu.

Původně jsem ale chtěl pracovat jako terapeut v terapeutické komunitě. Díky vzdělání jsem nakonec začal pracovat jako sociální pracovník v následné péči.

*Jak hodnotíte drogové služby tenkrát a dnes?*

To je hodně velký rozdíl. Postupně se vše hodně profesionalizovalo, dodržují se standardy atd. Což je na jednu stranu plus, ale dřív to mělo více své kouzlo a třeba v komunitě byla uvolněnější atmosféra. Bylo i méně klientů. V komunitě nás bylo 10, nyní je to 25 a víc.

Změnili se i klienti. Dřív nebylo tolik zadlužených klientů. Vyšel jsem z komunity a neměl jsem žádný dluh. Na druhou stranu zase nebyla

záchranná síť sociálních dávek. Klienti byli jiní v tom, že to byl stále ještě pozůstatek subkultury z dob socialismu. Uzavřená soudržná komunita, drogy se neprodávaly. Feťáci nebyli tak zkomercionalizovaní, tak jako nebyla zkomercionalizovaná celá společnost. Taky nebyli klienti na heroínu, protože heroin nebyl.

*V čem byla jiná následná péče?*

Následná péče, tak jak ji známe nyní, vůbec nebyla. Například v Němčicích následnou péči nahrazovala poslední fáze léčby. Klient dostal při přestupu úkol najít si práci a byl na pokoji s vlastním vchodem.

Když jsem končil, tak se otvíralo DC Sananim. Bylo to v domě, kde byla dřív pečovatelská služba. Jezdili jsme tam z Němčic to předělávat na DC – malovat atd. Otevřelo se v květnu 1996. Zpočátku jsme tam byli jen 2 klienti. Byl jsem tam já a ještě jeden fotograf. Vybavení sice bylo mizerné (to, co zbylo po domově důchodců), ale měl jsem svůj samostatný pokoj s umyvadlem a záchodem. Program byl takový, že jednou týdně byla skupina a navíc nebyla povinná. Brali jsme to spíše jako zvýhodněné bydlení. Náš terapeut byl Aleš Kuda, který tam s námi i bydlel. Martina Těmínová nám jezdila dělat skupiny.

*Co je největším rizikem v rámci udržení vlastní abstinence?*

Když jsem pracoval v jiném oboru a odpoutal se od této oblasti, tak to nebylo jiné, když jsem přímo v tom. Možná je to dáno tím, že nedělám s aktivními uživateli. Myslím si, že abstinence jako taková nezáleží na tom, jestli je člověk v kontaktu s klienty nebo ne, ale na tom, jak má uspořádaný život.

*Co byste řekl exuserům, kteří se chtějí uplatnit v této práci?*

Se svým statutem exusera pracuji tak, že jsem pracovník se vzděláním a se životními zkušenostmi. To že jsem exuser, je jakoby přidaná hodnota, ale nedává mi to žádné kompetence navíc. Pro mě být exuser je jakoby návrat zpět, cítím se být spíše sociálním pracovníkem, právě proto bych všem zájemcům doporučil kvalitní vzdělání. Ať už formální nebo výcvikové. Vzdělání dává profesionalitu, která exusera ochrání.

**ČÁST I**

**TEORETICKO-VÝZKUMNÁ  
PROBLEMATIKA NÁSLEDNÉ  
PÉČE V ADIKTOLOGII**



# 1

## Uvedení do problematiky teorie a praxe následné péče v adiktologii

### Uvedení do problematiky

*Cílem následujícího textu je uvedení do problematiky teorie a praxe následné péče v adiktologii. Při zkoumání tohoto fenoménu vycházíme z bio-psycho-socio-spirituálního modelu, kdy podpora a terapie mají zasahovat do všech čtyř oblastí osobnosti, a to v souladu s individuální potřebou klienta. Následující kapitola se podrobněji věnuje aspektům biologickým, sociálním a etickým. Psychologickým a spirituálním aspektům se věnují kapitoly v metodické části monografie. Následující text je inspirován zahraničním partnerem projektu Restart Aidanem Grayem a jeho publikací *Homo sapiens addiction or reaction* (2013).*

### 1.1

#### **Biologické aspekty problematiky následné péče v adiktologii**

Vliv psychoaktivních látek na tělesné zdraví jedince byl již mnohokrát popsán. Pro účely naší publikace, která je terapeuticky orientovaná, se zaměříme na práci se změnami, které alkohol a drogy způsobují v lidském mozku, respektive systému odměny. Dále se zmíníme o zásadním vlivu epigenetiky na kvalitu života. Jedná se o prvky, kterými se moderní psychoterapie inspiruje v neurovědách. Díky moderní technice dosahují neurovědy dynamického růstu a aktuálně patří na pověstný piedestal moderní vědy.

Jsme si vědomi faktu, že zacházení s neurologickými termíny se neslučuje s naším odborným vzděláním. Empirická zkušenost však ukazuje, že k pochopení vlastní závislosti, bažení a s tím související změny životního stylu nám edukace klientů o biologických aspektech závislosti velmi pomáhá.



## Edukační potenciál práce se systémem odměny

Systém odměny je podle Koukolíka (2012) definován jako fundamentální neurobiologický systém zajišťující přežití a rozmnožování. Při jeho zneužívání alkoholem a jinými látkami vyvolávajícími chemickou závislost vznikají změny, které mají negativní dopad zejména v oblasti zdravotní, ekonomické i sociální.

V oblasti práce s jedinci se závislostí se opíráme o poznatky neuroplasticity mozku. Neuroplasticita je pojem označující schopnost mozku adaptovat se a měnit v průběhu času. Předpokládá se, že je podkladem paměti, takže umožňuje adaptivní odpověď na podněty probouzející systém odměny.

V praxi víme, že bažení často vzniká na základě vzpomínek, kdy paměť generuje silné emoční zážitky spojené s užíváním. Setkáváme se s názorem, že závislost nemůžeme odstranit. Můžeme ji však vyměnit za závislost jinou, leč bohulibou. Tato úvaha má oporu v teorii, kterou známe od starověku a v souvislosti s moderní neurologií dostává jasnějších kontur.

Od Aristotelových dob se podle Koukolíka rozlišují dva systémy slasti: hedonia (slast) a eudaimonia (harmonicky žitý život).

Hedonia, se považuje za vědomý pocit příjemného bytí. Je afektivní složkou pocitu štěstí. Subjektivní pocit štěstí je vytvářen systémem, jehož těžištěm je orbitofrontální kůra tvořící pocit „mám to rád“, na kterém se mimo vědomí podílejí také podkorová hédonická ohniska (hotspots). Eudaimonia je označení dobře žitého života prostoupeného vyššími hodnotami společně s pocitem účasti na takovém životě. Je nazývána kognitivní neboli aristotelovskou složkou pocitu štěstí. Je tedy možné, že se na ní podílejí korové systémy tvořící pocit jáství, zejména implicitní (default) systém tvořený mediálními prefrontálními a parietálními korovými oblastmi.

Rozdělení dvou typů slastí na hedonii a eudaimonii může nabídnout zajímavý potenciál. V rámci teorie o neuroplasticitě mozku můžeme s klientem pracovat na přeučení neuronových drah tak, aby se rozvíjela eudaimonia. Toto rozdělení můžeme klientům ukazovat na řadě metafor (například metafora drogou rozmazleného mozku atd.) S uvědoměním aspektu dvou slastí můžeme klienta poučovat o tom, že užíváním drogy podporoval růst hédonistické části, která závislostním životem zbytněla

a nyní je čas podporovat (krmit) tu druhou část, která je živena prací, sportem, koníčky, kvalitními vztahy atd.

## **Edukační potenciál poznatků epigenetiky**

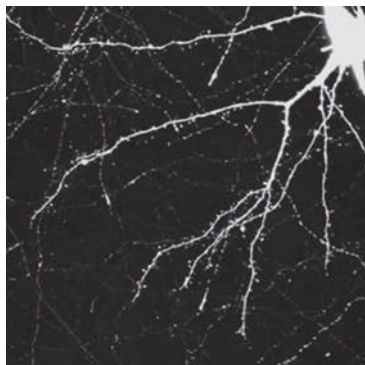
Genová exprese a tvorba funkčních a strukturální proteinů je kontrolována větším počtem proteinů vážících se na DNA, transkripčních faktorů. Tvorba a transport proteinů jsou podkladem funkční i strukturální plasticity synapsí, to znamená jejich vyšší nebo naopak nižší účinnosti, vzniku i zániku podmíněných změnami zevního světa (experience-dependent synaptic plasticity) (Koukolík, 2012).

Zjednodušeně můžeme říci, že to, jak žijeme, s kým se stýkáme, co se učíme a jak se stravujeme, má zásadní vliv na to, jakým způsobem naplníme svou genovou výbavu, a to jak pozitivním, tak negativním směrem.

V rámci práce s klienty to opět může znamenat důležité uvědomění, a sice že zdravý životní styl, kognitivní rozvoj a práce s emocemi může mít zásadní vliv na kvalitu života.

Je totiž vědecky prokázáno (Kozorovitskiy, 2005), že terapeutické aktivity, včetně expresivních terapií, rozvíjejí mozkové neortotropní faktory zodpovědné za neuroplasticitu mozku a zvyšují počet synapsí a dendritických trnů.

V rámci edukativní složky doléčování se opět ukazuje jako vhodné seznámit klienty se základy neurobiologie závislosti. U řady klientů může pochopení těchto principů vést k lepší motivaci pro plnění programu.



*Obr. 1: Dendrity v mikroskopu  
(zdroj: Wikipedie)*

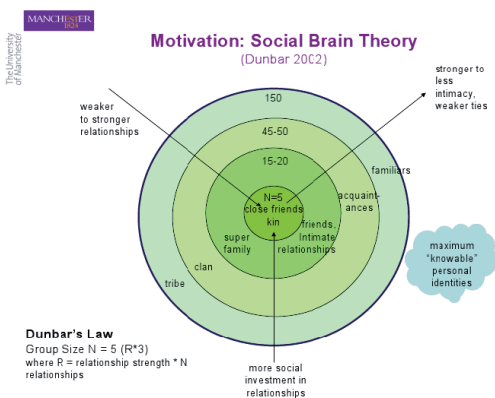
## 1.2

### Sociální aspekty problematiky následné péče v adiktologii

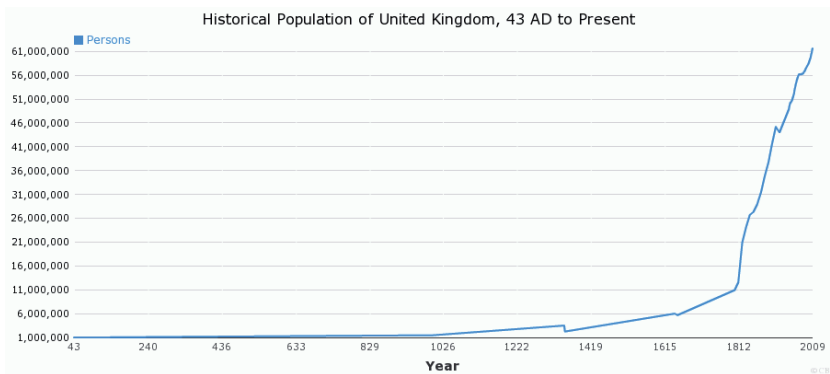
Aktuální stav na poli adiktologické problematiky je v mnohých aspektech ovlivněn společností a jejím dynamickým rozvojem. V rámci studia terapie závislostního chování se pro inspiraci seznámíme s teorií Dunbarova čísla (viz. obr. 2). Toto číslo je kognitivní kapacita osob, se kterými můžeme udržovat sociální vztahy. U většiny lidí je v rozmezí 100–230, tedy v průměru cca 150. Zajímavostí je, že toto číslo odpovídá počtu lidí žijících v osadách v období paleolitu, tedy dávno před průmyslovou revolucí. Při studiu současné společnosti bychom si měli uvědomit fakt, že historie lidstva byla po většinu času spjata se životem v právě takto velkých komunitách (klanech).

Následující obrázek poukazuje na nárůst populace Velké Británie v období začínající průmyslové revoluce. Nejen díky vynálezu secího stroje a dalším výtobytkům umožňujícím efektivnější zemědělství se lidé začínají stále více stěhovat do městských aglomerací a opouštějí své domovy, kde žili po celé generace. Mnoho příměstských vesnic v Evropě zaniká a mění se v městské čtvrti, ve kterých vyrůstají továrny.

Průmyslová revoluce rovněž přinesla zvýšení počtu výrobků a sortimentu zboží (železo, sklo atd.), výstavbu kanálů, železnic a silnic,



Obr. 2: Dunbarovo číslo (zdroj Gray, A: *Homo sapiens addiction or reaction*, 2013). Dunbarovo číslo poprvé navrhl britský antropolog Robin Dunbar, který předpokládal, že tento limit je úměrný k poměru velikosti mozkové kůry a zbytku mozku, a proto je to horní hranice velikosti skupiny, se kterými může jedinec udržovat stabilní vztahy.



Obr. 3: Vývoj populace Velké Británie (zdroj: Gray, A: *Homo sapiens addiction or reaction* 2013).

plynové, později elektrické osvětlení v domácnostech a ulicích, parní motory, budování nových měst a obcí.

Průmyslové revoluci jistě vděčíme za zvýšený blahobyt a další pozitiva, která zkvalitňují naše životy. Zároveň však do naší společnosti vnáší řadu negativ, jako jsou slumy plné chudiny jdoucí do měst za výdělkem, dětskou práci, otroctví, nárůst kriminality, násilí ve městech, alkoholismus a drogové závislosti.

Průmyslová revoluce je také jednou z příčin první a druhé světové války. Stroje na jedné straně dokážou vyrábět potraviny, na straně druhé mohou sloužit k hromadnému vraždění.

Vraťme se nyní zpět k Dunbarovu číslu a sociální kapacitě osob, se kterými můžeme mít nějaký vztah. Je známo, že ve velkých aglomeracích žijí lidé spíše v anonymitě. Sociální vyloučení, které bylo v malých osadách minimální, je ve velkých městských čtvrtích normou. Lidé na ulici či jinak sociálně vyčlenění se stávají skupinou, kolem které ostatní procházejí bez povšimnutí. Stávají se masou bezejmenných anonymních tváří, na kterých ostatním nezáleží. Tato anonymita probouzí v lidech lhostejnost k ostatním.

Konec monarchistických států, liberální systémy, průmyslová revoluce, nárůst počtu obyvatel měly rovněž za následek vyšší kriminalitu a odlišný přístup k trestání. Zatímco dříve bylo trestem vyloučení z komunity, fyzický trest nebo smrt, tak dějiny devatenáctého a dvacátého století znamenají éru trestů odnětí svobody. V městských aglomeracích se

ukazuje sociální jev dosud nevidaný, a to velké množství bezprizorních dětí a dospívajících. Společnost je v tuto chvíli rozdělena na dva tábory. Radikální přístup navrhuje zbavit společnost těchto „živlů“ deportací nebo nucenými pracemi. Osvícenější přístup začíná budovat nová zařízení pro výchovu a nápravu těchto jedinců. Můžeme uvést například polepšovnu Mettray ve Francii (1840), která v sobě nese základ dnešních moderních komunit pro zmíněnou cílovou skupinu. Je postavena na čtyřech modelech: 1. **model rodiny** (komunita je složená z „bratrů“ a dvou „nejstarších“, kteří je mají na starosti); 2. **model armády** (každá rodina řízená náčelníkem je rozdělena do dvou částí, z nichž každá má svého podnáčelníka, každý vězeň má své číslo, každý den je zde kontrolována čistota); 3. **model školy** (je zde šéf a mistři, kteří organizují vyučení mladých vězňů); 4. **model kláštera** (je charakteristický všudypřítomnou modlitbou a nápisem na každé cele „Bůh vás vidí“).

Pro zajímavost: *Jestliže spojíme v jedné rovnici masivní nárůst obyvatel ve dvacátém století a průmyslově vyráběné zbraně, dojdeme ke strašlivým výsledkům. Pro názornost můžeme uvést jeden příklad hovořící za všechny ostatní. Nacistický a sovětský teror vyvraždil ve středu Evropy kolem čtrnácti milionů lidí. V období konsolidace nacionálního socialismu a stalinismu (1933–1938), společné německo-sovětské okupace Polska (1939–1941) a poté německo-sovětské války (1941–1945) vládlo v prostoru střední a východní Evropy masové násilí, jaké dějiny do té doby nepoznaly. Oněch čtrnáct milionů lidí bylo vyvražděno za pouhých dvanáct let. Třebaže se jejich rodné země proměnily v bojiště, stali se všichni tito lidé obětmi vražedné politiky, nikoli padlými ve válce (Snyder, 2013).*

*Obrovský nárůst populace způsobil, že poprvé za celou historii druhu homo sapiens žily tisíce a postupně miliony jedinců pohromadě. Tato situace se v rámci evoluce musela nějakým způsobem projevit. Lidé si dodnes kladou otázku, jak se mohlo stát tolik krutosti v takzvané moderní době.*

V posledních dvou staletích se udála řada rozsáhlých sociálních a ekonomických změn, které v průběhu devatenáctého a dvacátého století zasáhly Evropu a Ameriku a postupně celý svět. Evoluce šla dvojí cestou. Na jedné straně cestou překotné výroby, na straně druhé cestou osvícenství, nalezení svobody, individualismu a humanismu. Obě tyto cesty se neustále proplétají a stávají se společenskými tématy. Díky druhé z cest

společnost opět objevuje archetypy, které nám připomínají naši minulost. Jejich oživení v moderním světě přináší nečekané výsledky. Tímto se dostáváme k otázce, která se váže k znovuoobjevování těchto archetypů v rámci pomoci lidem s problémem závislosti.

Z praxe léčby závislosti víme, že klienti velmi dobře abstinují v terapeutických komunitách. Po následném opuštění komunity dochází často ke stresu z takového opuštění. Člověk získává v komunitě novou rodinu, a to zvláště tehdy, pokud jeho původní rodina nefungovala ideálně nebo dokonce byla příčinou traumatu. Cílem následné péče by mělo být mimo doléčování klienta rovněž napomoci mu k nalezení takové sociální skupiny, která by tuto potřebu saturovala.

### 1.3

#### **Etické aspekty problematiky následné péče v adiktologii**

Neméně důležitým aspektem pro teorii a praxi následné péče je aspekt etiky a morálky. Podle Weisse (2011) je etika definována jako studium lidského chování či jednání a jeho posuzování z hlediska svědomí. Jedná se o filozofickou vědu o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, případně i zdůvodnit společné základy, na nichž morálka stojí. Etika je teorií morálky, tedy disciplínou zkoumající morálku, případně morální či nemorální chování.

Morálku či morální chování můžeme sledovat z několika úhlů pohledu. Můžeme se opírat o evoluční teorii morálky, sledovat její neuro-psychologické pozadí a studovat morální vývoj klienta či na morálku nazírat prizmatem cílové skupiny – v našem případě osob se závislostí.

V rámci psychoterapie jsou uváděny klíčové principy etického jednání. Jsou jimi: nonmaleficence, respekt k autonomii, spravedlnost, věrnost (loajalita), respekt, soucítění, kompetentnost, spolehlivost a odvaha (Hubálek, Kořová, 2011).

V oblasti práce na poli následné péče jsou etické otázky kladeny velmi často. Minulost klientů je většinou plná nevyřešených otázek, pocitů viny a řady protiprávních i nehumánních činů. Samotnými klienty jsou často osoby s pozměněným morálním vývojem, osoby s traumaty, na jejichž základě se vyskytují poruchy osobnosti, atd. Při studování

životního příběhu klienta se terapeut může setkat s momenty, které nejsou slučitelné s jeho vlastními morálními postoji.

Preslová (2011) uvádí některé zásadní morální otázky týkající se rodičů se závislostí. Jsou jimi například: Jak dlouho má na svého rodiče dítě čekat v kojeneckém ústavu či ústavní výchově? Kde je hranice mezi mlčenlivostí a potřebou restriktivních opatření s ohledem na dítě? Není svěřování dětí závislých rodičů prarodičům jen opakováním životního příběhu?

V rámci příběhů klientů v následné péči nás jistě napadnou další otázky: Do jaké míry mám mít pochopení pro člověka, který se choval násilně? Jak mám pracovat s člověkem, který vykrádal byty, když jsem byl sám okraden? Je morální, aby tato cílová skupina měla tolik psycho-terapeutické péče, když ostatní nemocní ji nemají?

Z předchozích otázek vyplývá jasná potřeba supervize, vzdělávacích výcvikových kurzů a funkčního etického kodexu. V rámci oblasti etiky a morálky jsou na terapeuta kladeny vysoké požadavky a terapeut na sobě musí pracovat stejně jako klient.

Z tohoto důvodu se budeme v následujícím textu více věnovat etickému kodexu a supervizi.

### 1.3.1

#### **Etický kodex**

Podle Honzáka (2011) je etický kodex zamýšlen jako doporučení ke správným postupům a nekryje se s civilněprávními či trestněprávními předpisy. To v praxi znamená, že jeho porušení automaticky nezakládá řešení problémů soudní cestou. Etický kodex by měl v relativní volnosti svých paragrafů umožnit pružné přizpůsobení konkrétním situacím a zabránit nespravedlnostem, které by mohly vyplývat z příliš rigidní dikce.

Se zněním kodexu by měli vnitřně souznít a souhlasit všichni pracovníci, proto je v praxi možné jeho formulace upravit například v rámci supervize.

Pro příklad uvádíme etický kodex zaměstnanců P-centra Olomouc.

- Respektovat osobní práva a svobodu klienta a poskytovat službu bez ohledu na rasu, víru, náboženství, pohlaví, původ, sexuální

orientaci, věk, tělesný nebo psychický handicap, polickou příslušnost, předešlou kriminální činnost nebo majetkové postavení.

- Poskytovat klientovi profesionální a lidskou péči v souladu s klientovými cíli, potřebami a cíli služby (profesionalitou rozumíme průběžné vzdělávání, pravidelné supervize a celkový seberozvoj pracovníka).
- Aktivně dbát o to, aby každý klient byl seznámen se svými právy a porozuměl jim.
- Zachovávat mlčenlivost o informacích týkajících se klienta – s výjimkou danou platnými zákony, kterou je ohlašovací povinnost v případě závažných trestných činů (např. vražda, týrání svěřené osoby, organizovaný zločin a další trestné činy, jmenované v § 168 trestního zákona). Terapeuti sdílejí informace o klientech v rámci porady o klientech.
- Podporovat klienta v samostatnosti, rozvoji vlastních kompetencí, zdrojů a přijetí zodpovědnosti za své rozhodování a jednání.
- Pracovníci nenavazují s klientem vztah jiný než terapeutický. Terapeutický vztah je navazován prostřednictvím setkávání s klientem, která mají své terapeutické cíle, obsah, jsou vedena v pracovní době, na určeném místě, jsou reflektována a jsou z nich vedeny zápisy.
- Sexuální vztahy s klienty a jejich blízkými rodinnými příslušníky jsou zakázány. Sexuální vztahy s klienty jsou zakázány i poté, co přestali využívat služeb P-centra.
- Kontakty s bývalými klienty, které jsou jiné než terapeutické (stáže bývalých klientů, pracovní vztahy apod.), jsou transparentní a reflektované. V týmu a se supervizorem jsou diskutovány přínosy a rizika těchto kontaktů pro bývalého klienta.
- Je zakázáno využívat klienta pro osobní zisk.
- Pokud chce klient nebo osoba klientovi blízká organizaci sponzorsky podpořit, je to možné minimálně 1 rok po ukončení služby. Přijímání drobných darů upravuje směrnice P-centra, která je dostupná v čekárně P-centra.
- Pracovníkům je zakázáno v pracovní době konzumovat alkoholické či jiné nelegální návykové látky a pobývat pod jejich vlivem na pracovišti.



- Pracovníkům je zakázána společná konzumace, obstarávání a vybírání ke konzumaci alkoholu či jiných nelegálních návykových látek s klienty všech programů P-centra.

### 1.3.2

#### Význam supervize

S pojmem supervize se můžeme setkat mnohokrát, například v souvislosti s rozvojem osobnosti terapeuta či sociálního pracovníka, a lze říci, že supervize je celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí. Jiný pohled chápe supervizi jako reflexi profesní praxe a dalšího vzdělávání (Matoušek, 2003).

Supervize je ale také příležitostí ke změně, k profesnímu i osobnímu růstu, k učení. Přispívá k prevenci syndromu vyhoření.

Prioritou supervizní práce je profesionální rozvoj pracovníka, rozšiřování jeho dovedností, současně má supervize pomáhat zvládat těžko řešitelné případy, má být zdrojem pomoci a podpory (Matoušek, 2003).

Supervize nám může dát příležitost podívat se na daný problém s odstupem, příležitost o věcech uvažovat jinak, vyhnout se snadné cestě obviňování druhých – klientů, kolegů, organizace, nebo dokonce sebe, pustit se do hledání nových možností, odhalit poučení, které se v těch nejobtížnějších situacích často skrývá, a získat podporu.

Podle Potměšilové (2013) supervize poskytuje supervidovaným příležitost vidět konkrétní situaci z jiného úhlu pohledu, a tím jim umožní zaujmout odpovídající postoj.

Jako velmi příznačné se nám jeví následující přirovnání: *„Úlohou pravé supervize je stát se katalyzátorem změn, zejména v důsledku zpracování emocí a získání odstupe k dobrému rozlišení těch, kdo změnami procházejí“* (Havrdová, 2002).

V odborné literatuře bychom našli celou řadu definic supervize. Výraz „supervize“ v angličtině pochází původně z ekonomického prostředí a znamenal „dohlížení“ či kontrola. Význam slova se však postupně značně košatil. Setkáme se s pojmy supervize jako vzdělávací proces, supervize s orientací na politiku organizace a veřejnou odpovědnost, supervize jako obnova osobnosti sociálního pracovníka, supervize jako emoční podpora, ale také supervize jako příležitost k reflexi možností,

jak jinak rozumět, jaké zaujímat postoje a jak jednat v situacích s klienty a kolegy, s cílem zvyšovat své profesionální kompetence (Havrdová, 2002).

V doléčovacím programu P-centra Olomouc se tradičně osvědčuje dvojí model supervize doplněný intervizí. V první rovině se jedná o supervizi terapeutického týmu, která probíhá jednou za dva měsíce. Tento typ supervize je prevencí proti konfliktům a pomáhá lepší spolupráci mezi kolegy.

V druhé rovině se jedná o supervizi případovou, kdy pracovníci v týmu prezentují svůj pohled na průběh a očekávaný výsledek terapie, popř. sociální práce. Tato supervize probíhá cca 1x za měsíc. Dle potřeby je problematika klientů řešena na intervizích vedených vedoucím centra.

Velmi častými tématy supervize jsou právě otázky týkající se etických aspektů práce. Psychoterapie a sociální práce s lidmi se závislostí přináší řadu různých morálních dilemat, která nemají jasně formulovaná řešení.

## 1.4

### **Psychologické aspekty problematiky následné péče v adiktologii**

Psychologickým aspektům se šířeji věnujeme v kapitolách Individuální práce s klientem v následné péči a Skupinová práce s klientem v následné péči.

Obecně můžeme konstatovat, že klienti se v předchozí léčbě dozvědí spoustu nezbytných informací o své nemoci – závislosti, naučí se jí porozumět a vstúpí si důležité zásady. Umějí tedy abstinovat v bezpečném prostředí léčebny či komunity. V doléčovacích programech se učí, jak abstinovat v běžném životě. Musejí tedy abstinovat a k tomu chodit do práce, prožívají stresové situace a učí se, jak je zvládat, aniž by sklouzli zpět k návykové látce.

Dříve jakékoliv obtížné zvládatelné psychické stavy tlumili návykovou látkou. V doléčovacím programu se učí, jak jinak lze situaci zvládat. Trénují trpělivost, zvyšují si frustrační toleranci, učí se, jak pracovat s bažením v reálném životě. Zjišťují, že některé situace se prostě musejí vydržet, a přicházejí na to, co jim k tomu pomůže.

Učí se jednak říkat si o pomoc, ale rovněž se učí i sebedopově.

Úkoly následné péče z psychologického hlediska spatřujeme v následujících bodech:

- Sebehodnocení klientů – naučit se vidět i své klady.
- Terapeutická práce je zaměřena na porozumění sobě samým i světu.
- Napomáhat klientům rozvíjet zdravý sebenáhled, rozpoznat, které požadavky vůči světu jsou oprávněné a jakou formou si o ně říkat.
- Odkrývat další problémové oblasti, které mají tendenci zůstat skryty.
- Sdílení těžkostí individuální a skupinovou formou.
- Motivace k otevřenosti.
- Snaha o nehodnotící postoj.
- Budování terapeutického vztahu.

## 1.5

### **Edukačně-terapeutický potenciál vyplývající z teoretických poznatků neurologie, etiky a lidské společnosti**

Na základě výše popsaných informací docházíme k teoretickým předpokladům, jež jsou ověřeny praxí aplikovanou v následné péči:

- Být součástí společenství lidí, které směřuje pozitivním směrem, má významný vliv na inkluzi klienta.
- Tělesná aktivita je prevence relapsu.
- Drama, hudba, malování a jiná umění mají pozitivní vliv na udržení abstinence a na kvalitu života.
- Dát životu, popřípadě abstinenci vyšší smysl, je prevence relapsu.
- Pravidelná strava, včetně příjmu tekutin, je prevence proti bažení.
- Altruistické činy mají pozitivní vliv na duševní život.
- Učení se novým věcem zvyšuje sebevědomí a chuť abstinovat.
- Stimulující prostředí přispívá k sociální stabilitě.

## 2

# Aktuální stav následné péče v adiktologii v České republice

### Uvedení do problematiky

*Cílem kapitoly je zmapovat aktuální stav následné péče v České republice v následujících rovinách: ekonomicko-správní, odborně metodické a praktické. K naplnění tohoto cíle jsme použili dotazník, který byl rozeslán vedoucím certifikovaných programů následné péče. Kapitola seznamuje čtenáře s výsledky tohoto šetření.*

### 2.1

#### Co rozumíme následnou péčí a doléčováním

Služby následné a doléčovací péče jsou dle § 20 zákona č. 379/2005 Sb. definovány jako programy, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení a které obsahují soubor služeb, jež následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence. Inovované standardy odborné způsobilosti (2012) je definují obdobně ve speciálním standardu Doléčovací programy, včetně programů chráněného bydlení a chráněných pracovních míst a rekvalifikace (Miovský, 2013).

Doléčovací programy jsou částečně založeny na formě odpoledních stacionářů v délce minimálně 6 měsíců. Programy jsou zaměřené na podporu a udržení abstinence klientů po léčbě a pomáhají jim v navrácení do podmínek běžného života. Program poskytuje podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností i chráněné bydlení a chráněná pracovní místa a rekvalifikaci. Cílová skupina: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Jsou preferovány osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či rezidenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci (Miovský, 2013).

## 2.2

### Poskytovatelé následné péče

Následná péče je specifickým typem služby. Je poskytována značným počtem a širokým spektrem programů, aniž by se za centra následné péče nebo doléčovací programy označovaly. V SAS 2012 uvedlo celkem 94 programů různých typů, že poskytují služby následné péče. Pokud se jedná o počet certifikovaných programů (jak ve sčítání, tak v databázi RVKPP) nebo programů uváděných krajskými koordinátory, shodují se na hodnotách 15, 18 a 17 programů následné péče. **Kombinovaný ukazatel (průměr z těchto tří údajů) je 16,7 programů.** Specializovaný (certifikovaný) program následné péče není v 61 okresech. Žádný program, který by deklaroval následnou péči ve sčítání služeb, nemají ve 35 okresech. Nejvyšší počet specializovaných/certifikovaných programů následné péče je v Praze (2–3), Plzni a Brně (1–2). Podle krajů chybí specializovaný program následné péče v Karlovarském, Královéhradeckém a Pardubickém kraji. V Libereckém, Středočeském a Zlínském kraji byl odhad pod 1 službu na kraj. Nejvyššího počtu v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let dosahují specializované programy následné péče v krajích Olomouckém (0,5), Plzeňském (0,4) a na Vysočině (0,4). Relativní počet programů různých typů, které uvedly poskytování následné péče ve Sčítání adiktologických služeb 2012, dosahuje za celou ČR hodnoty 1,3 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let a napříč kraji je relativně vyrovnaný s maximem 1,9 (Praha) a minimem v Libereckém kraji (0,7) (Miovský, 2013).

## 2.3

### Průzkumné šetření: analýza aktuálního stavu následné péče

*Cíl* Cílem průzkumného šetření je základní popis aktuálního stavu následné péče v adiktologii v následujících rovinách:

- ekonomicko-správní,
- odborně metodická,
- praktická (úspěšnost absolventů).

*Metoda* Metodou pro sběr dat byl dotazník, který byl určen vedoucím center následné péče. Položky dotazníku se dotýkaly několika rovin. Zajímalo nás ekonomicko-správní zázemí služby, míra poskytování odborné péče, včetně vzdělání pracovníků, zázemí služby, kapacita programu, včetně úspěšných absolventů, a hodnocení úspěšnosti programu. Dotazník byl vyplňován on-line a průběžně vyhodnocován. Šetření probíhalo v době od 15. 5. do 10. 6. 2014.

*Respondenti* Šetření se zúčastnilo celkem 10 programů následné péče. Jsou jimi: P-centrum Olomouc (1), DC Prevent České Budějovice (2), následná péče o exuživatele drog s podporovaným bydlením White Light I, Ústí nad Labem (3), Středisko následné péče Point 14, Plzeň (4), Circle of life, o. p. s., Koněšín (5), Následná péče CHRPA (6), Mníšek pod Brdy, Program následné péče, CPPT, o. p. s., Plzeň (7), Program následné péče Kyjov (8), Děčínské doléčovací centrum (9), Doléčovací centrum Renarkon, Ostrava (10). Index usnadňuje orientaci v grafech.

Výše uvedený celkový počet certifikovaných programů následné péče je 16,7. Můžeme tedy konstatovat, že našeho šetření se zúčastnilo **59,8% respondentů**. Výsledky šetření tedy mají jistou validitu.

### 2.3.1

#### Výsledky a diskuze

##### 2.3.1.1

#### Ekonomicko-správní rovina následné péče

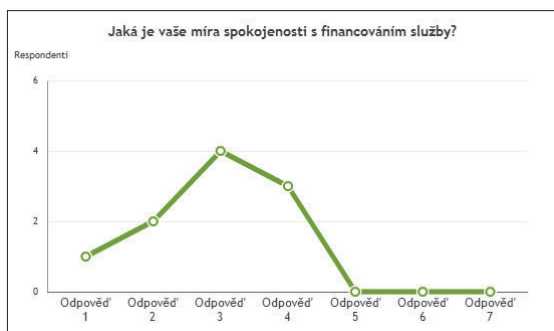
##### Financování následné péče

První položka dotazníku se týkala financování služby, které je u všech služeb vícezdrojové. Následná péče je ve většině případů financována následujícími donátory: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV), Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), kraje, města, Evropská unie, popř. sponzoři a jiní donátoři.

Z výsledků vyplývá, že nejtědřejším donátorem je MPSV a v těsném závěsu RVKPP, důležitými donátory jsou kraje, které následují města.

Fondy Evropské unie jsou využívány méně, což do jisté míry není vina samotných center následné péče, ale nevhodně zvolené metodiky ze strany ministerstva.

Míra spokojenosti s financováním je však poměrně nízká (viz obr. č. 4). Respondenti hodnotili míru spokojenosti na škále 1–7, kdy vyšší číslo znamená vyšší spokojenost. Průměrná hodnota spokojenosti s financováním služby činí 2,9.



Obr. 4: Jaká je vaše spokojenost s financováním služby?

## Objekt, kde je služba poskytována

Většina respondentů (8) poskytuje službu v pronajatém objektu. Vlastní objekt mají pouze 2 programy. Míra spokojenosti s prostory je nadprůměrná. Na stejné škále jako v předchozí položce se průměrná hodnota ukazuje 5,8 ze 7.

Podobný stav panuje v souvislosti s chráněným bydlením. Zde si 9 respondentů byty pronajímá a 1 respondent byt vlastní. Míra spokojenosti s byty je opět dobrá (5,5).

## Co vedoucí následné péče potřebují?

Další položka dotazníku nabízela možnost volné odpovědi a týkala se potřeb pro lepší fungování služby v oblasti ekonomicko-správní.

Vedoucí center následné péče by v oblasti ekonomicko-správní potřebovali:

- větší míru jistoty v přidělení dotací, rychlost v přidělení dotací,
- zmenšování administrativy,

- více finančních prostředků.
- jistotu ve financování – víceleté financování, zohlednění nárůstu cen energií, nájmu apod.,
- systémové financování odpovídající reálnému rozpočtu s výplatami ve stanovených termínech,
- sjednocení parametrů (MPSV, RVKPP, kraje, města...) pro hodnocení potřebnosti, kvality, výkonnosti a rentability služby,
- zlepšení koordinace donátorů pro stanovení výše uvedených parametrů, vytvoření průhledného a předpověditelného systému financování,
- více peněz, více zaměstnanců.

Z výše uvedeného textu se opět ukazuje potřeba lepšího financování a zlepšení systému v zasilání dotací. Z odpovědí respondentů je cítit nejistota, pro dokreslení uvádíme konkrétní výroky „První tři měsíce v roce jsou o přežívání.“ nebo „Nedodržení výplatních termínů je s přihlédnutím na absenci finančních prostředků na začátku roku přinejmenším neseriózní k pracovníkům zabezpečujícím sociální službu.“

Z výše uvedeného vidíme vysokou míru frustrace v souvislosti se stavem dotací a obavy vedoucích pracovníků o své zaměstnance.

### 2.3.2.2

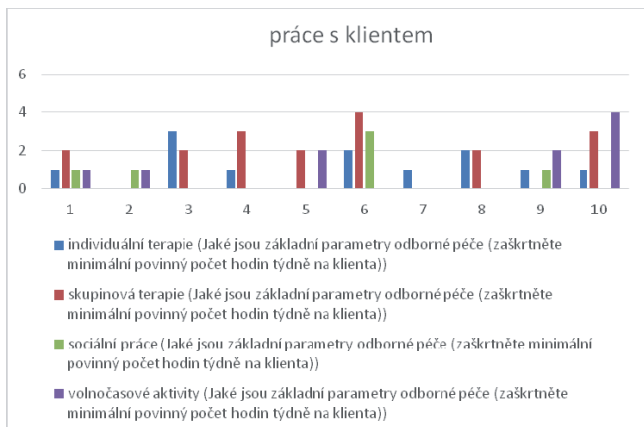
#### Odborně-metodická rovina následné péče

##### Počet hodin přímé práce s klientem

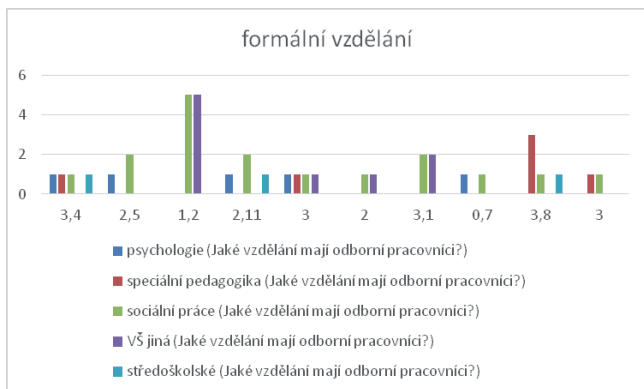
Položky dotazníků sledovaly přímou práci s klientem v následujících oblastech: individuální terapie, skupinová terapie, sociální práce a volnočasové aktivity. Polovina center nabízí klientům jednu hodinu individuální terapie týdně, dvě hodiny poskytují 2 centra a zbývající vždy po jednom hodinu a půl, dvě a půl hodiny a tři hodiny. V ostatních oblastech je situace obdobná, viz graf. V případech, kdy u jednotlivého respondenta chybí sloupeček v konkrétním typu práce, je tato poskytována dle potřeby.

Někde nemají pevně stanovený objem povinného množství aktivit, které klient musí absolvovat: *„Domlouváme se na struktuře doléčování podle jeho a našich možností. Většina klientů zpočátku vítá intenzivnější*

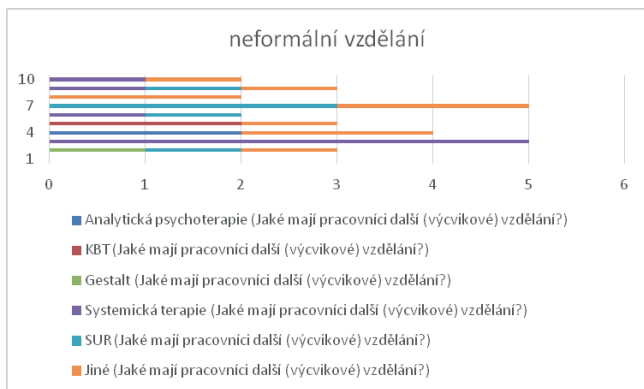




Obr. 5:  
Práce s klientem



Obr. 6:  
Formální vzdělání



Obr. 7:  
Neformální vzdělání

*kontakt (ST 1× týdně + IT 1–2× týdně + konzultace se sociální pracovníci). Ale je možná i jen individuální terapie + sociální práce, té je většinou třeba, podle indikace. Později (mezním časem je zpravidla vstup do práce) to je méně, či více podle toho, jak si dokáží poradit se změnou a s hledáním zdrojů mimo zařízení.“ (anonymní respondent)*

Jako další aktivity, které jsou s klienty realizovány, uvedli pracovníci: párovou terapii, rodinnou terapii, krizovou intervenci, krátký intervenční program pro uživatele pervitinu, program Cesta ke svobodě pro oběti zneužití, arteterapii, dramaterapii, muzikoterapii, jógu a relaxační cvičení, skupinu pro rodiče a blízké, lekce vaření, výuka práce na PC, půjčování sportovních potřeb, volnočasové víkendové akce, informační servis, zdravotní servis, výdej antabusu.

### **Vzdělání pracovníků v následné péči**

Vzdělávání pracovníků v následné péči jsme sledovali ve dvou kategoriích. První z nich bylo formální vzdělání (viz obr. 6). Nejvyšší počet pracovníků představují absolventi oboru sociální práce (17). Jistou zajímavostí je druhé nejvyšší zastoupení vysokoškoláků, kteří nevystudovali sociální práci, psychologii nebo speciální pedagogiku (9). Dalšími jsou speciální pedagogové (6) a psychologové (5). Na posledním místě jsou 3 středoškoláci. Připomeňme, že průměrný počet úvazků na jedno centrum následné péče je 2,481.

Zajímavá je rovněž situace na poli neformálního výcvikového vzdělání. Většina pracovníků doléčovacích center má jiné terapeutické vzdělání, než bývá v oboru tradiční. Mnoho odborníků, např. Kalina (2003), poukazuje na vysokou účinnost kognitivně behaviorální terapie při léčbě závislostí. V našem výzkumném vzorku mají toto vzdělání pouze dva pracovníci. Pevné pozice drží český evergreen SUR (6 pracovníků) a progresivní systemická terapie (8 pracovníků), a to převážně díky následné péči z Ústí nad Labem (5 pracovníků se systemickým výcvikem). Tradiční analytická terapie je v našem šetření zastoupena jedním terapeutem. Zajímavým fenoménem je vysoký počet absolventů nestandardních výcvikových kurzů. V příštím šetření můžeme toto téma hlouběji prozkoumat a zjistit, o jaké kurzy se jedná.

Mezi dalšími inspiracemi pro terapeutickou práci uvedli respondenti, že se řídí operačním manuálem a další interní dokumentací, jejíž

obsah je formulován v souladu se standardy RVKPP a MPSV. Dále použijí manuál prevence relapsu, Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu či publikace od Karla Nešpora.

Vedoucí pracovníci center dále uvádějí, že by pro lepší odbornou práci potřebovali mimo většího množství peněz také:

- zvýšit personální zabezpečení,
- mít sociální jistotu v podobě systémového financování,
- mít lepší podmínky pro pracovníky zabezpečující poskytovanou službu i pro malá zařízení,
- zvýšit odbornost pracovníků,
- rozšířit portfolia odborných služeb.

### 2.3.1.3

#### **Praktická rovina následné péče (úspěšnost absolventů)**

Průměrný počet absolventů za rok 2013 vychází na 29,8 absolventa na každé centrum. Celkový počet úspěšných absolventů v námi sledovaných zařízeních v loňském roce byl 269. Odhadujeme tedy celkový počet absolventů všech certifikovaných center následné péče na 448.

A jaký je podle vedoucích center úspěšný absolvent?

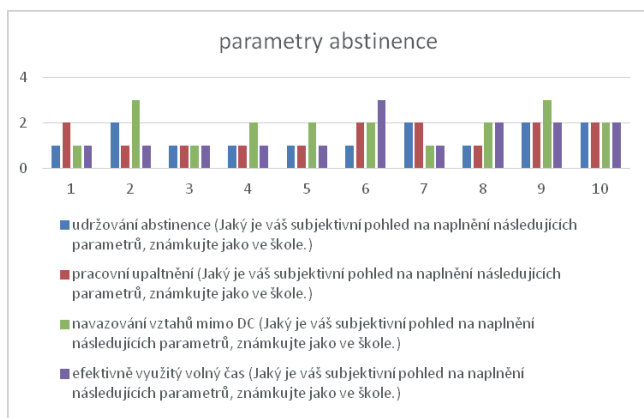
Mimo tradiční „pracuje, sportuje, projde závěrečným rituálem“ uvádíme následující inspirativní výroky charakterizující úspěšného absolventa:

- Má zajištěné bydlení, legální zdroj příjmů, vytvořenou sociální síť, dostatečné volnočasové vyžití, má krizový plán pro případ lapsu, budoucnost vnímá pozitivně a má realistické plány a očekávání od budoucnosti.
- Má náhled na příčiny závislosti.
- Rozpozná opakující se scénáře a vykročí z nich.
- Umí pracovat s relapsem – porozumí relapsu, má schopnost rozpoznat chutě a jejich příčiny, dovede vyhledat pomoc.
- Má schopnost osamostatnění – nalezení bydlení, schopnost pokračovat v doléčování ambulantně, schopnost ukončit doléčování.
- Ví, kdo teď je, kde je a kam zhruba míří. Umí nakládat s penězi, vařit si, zabavit se a poradit si s trápením. Má práci, alespoň dva

kamarády a je v kontaktu s rodinou (stačí, že o sobě vědí), pokud nějakou má. Cítí se převážně spokojený.

Poslední graf (obr. 8) znázorňuje subjektivní hodnocení respondentů v kategoriích: udržování abstinence, pracovní uplatnění, navazování vztahů mimo zařízení a efektivně trávený volný čas. Respondenti známkovali jednotlivé kategorie jako ve škole. Z grafu jasně vyplývá, že nejvíce pokulhává navazování vztahů a efektivně trávený volný čas.

Je škoda, že donátoři právě na tyto pilíře abstinence neslyší a volnočasové aktivity nepodporují.



Obr. 8:  
Parametry  
abstinence

## Závěr

Předchozí text se pokusil orientačně zmapovat následnou péči z různých úhlů pohledu. Některé položky vybízejí k dalšímu zkoumání a některé nás utvrzují v tom, co je ještě třeba zlepšit. Na druhou stranu řada věcí funguje dobře. Je evidentní, že doléčovací programy efektivně běží, vykazují úspěšnost u klientů a dobře spolupracují. Mohou tak být inspirací pro domy na půl cesty pro děti přicházející z ústavní výchovy, které nemají tak kvalitní odborné „know-how“ a odborné zázemí. Rovněž by podobné programy mohly vzniknout v rámci postpenitenciální péče. S trochou nadsázky můžeme říci, že po každém roce fungování center

následné péče přibude necelá pětistovka daňových poplatníků, kteří byli doposud na státu závislí.

## 3

# Následná péče jako sociální služba

### Uvedení do problematiky

*Následná péče se jako sociální služba opírá o dvě důležitá východiska. Jedním z nich je pojetí MPSV, které vychází ze zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., spolu s vyhláškou č. 505/2006 Sb., druhým z nich je certifikace odborné způsobilosti pro RVKPP, ve speciálních standardech zvaná Ambulantní doléčovací programy. Požadavky MPSV a RVKPP na následnou péči se v něčem podobají a v některých oblastech kladou specifické požadavky.*

### 3.1

#### Pojetí následné péče dle požadavků MPSV

Slovy standardů kvality MPSV jsou služby následné péče „*ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují*“.

Služby následné péče mají ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. definovány základní činnosti při poskytování služeb, a to v rozsahu těchto úkonů:

- a) **sociálněterapeutické činnosti:** socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob;
- b) **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:** aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí;
- c) **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:**
  1. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob;
- d) **poskytnutí ubytování**, jde-li o pobytovou formu služby:
1. ubytování,
  2. zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení,
  3. zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla;
- e) **poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy**, jde-li o pobytovou formu služby:
1. vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu stravy, nebo
  2. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.

Požadavky Standardů kvality MPSV a vyhlášky č. 505/2006 Sb. poskytují poměrně jasná měřítka, co má služba následné péče obsahovat a jaká má být její nepodkročitelná kvalita. Standardy pro následnou péči v diki MPSV jsou stejné jako pro každou jinou sociální službu, liší se pouze přizpůsobením popsanych postupů a metodik vzhledem k charakteru služby a také rozsahem základních činností stanovených vyhláškou č. 505/2006 Sb.

Rozsah standardů MPSV je definován v těchto oblastech:

- 1 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
- 2 Ochrana práv osob
- 3 Jednání se zájemcem o sociální službu
- 4 Smlouva o poskytování sociální služby
- 5 Individuální plánování průběhu sociální služby
- 6 Dokumentace o poskytování sociální služby
- 7 Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- 8 Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
- 9 Personální a organizační zajištění sociální služby
- 10 Profesní rozvoj zaměstnanců
- 11 Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
- 12 Informovanost o poskytované sociální službě
- 13 Prostředí a podmínky
- 14 Nouzové a havarijní situace
- 15 Zvyšování kvality sociální služby

Velký důraz je v následné péči v pojetí sociálních služeb dle MPSV kladen na sociální začleňování, aktivizaci klientů, zabránění jejich sociálnímu vyloučení a individuální přístup. Při stanovení, jaká bude cílová skupina (okruh osob, kterým je služba určena) pro následnou péči, je důležité vydefinovat si, v čem spočívá klientova nepříznivá sociální situace, kterou musí řešit s pomocí sociální služby. Ve většině oblastí definovaných požadavky obecných standardů kvality je třeba popsat konkrétní praxi pro následnou péči. Důraz je kladen zejména na „**případovou práci**“, tedy to, jak služba následné péče dokáže s klientem pracovat v rámci jednotlivých fází služby od jednání se zájemcem o sociální službu, sjednání si rozsahu a průběhu poskytování sociální služby až po individuální plánování. V rámci případové práce je sledováno zachování práv klientů, předcházení střetům zájmů a návaznost na další služby. V individuálním plánování je důležité prokazování toho, že služba se zaměřuje na nepříznivou sociální situaci klienta a ve spolupráci s ním se ji snaží řešit. Při sociální práci je také důležité nesuplovat služby jiné nebo běžně dostupné a naopak klienta směřovat k tomu, aby se učil využívat jiné zdroje a služby a nedocházelo tak k nadměrnému navazování klienta na poskytovanou službu následné péče.

Obecné zásady zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. nám říkají, k čemu mají sociální služby směřovat: § 2 – **Rozsah a forma pomoci a podpory** poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí **zachovávat lidskou důstojnost osob**. Pomoc musí **vycházet z individuálně určených potřeb osob**, musí **působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování**. Sociální služby musí být **poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě** takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno **dodržování lidských práv a základních svobod osob**.

V zákoně o sociálních službách jsou stanoveny také povinnosti poskytovatele, které určují, co každý poskytovatel **musí plnit**, a pokud by se tak nedělo, jde o **porušení povinnosti** poskytovatele, tedy o **správný delikt**, a službě může být vyměřena finanční pokuta. K jednotlivým povinnostem § 88, 89 se při inspekci kvality kontroluje i naplnění příslušných kritérií standardů, které se k jednotlivým povinnostem vážou.



## Paragraf § 88, 89

### Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni:

- a) **zajišťovat dostupnost informací** o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby;
- b) **informovat zájemce** o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným;
- c) **vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky**, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby;
- d) **zpracovat vnitřní pravidla** zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby;
- e) **zpracovat vnitřní pravidla** pro podávání a vyřizování **stížností** osob, kterým poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby;
- f) **plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností** osob, kterým poskytují sociální služby, **vést písemné individuální záznamy** o průběhu poskytování sociální služby a **hodnotit průběh poskytování sociální služby** za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců;
- g) **vést evidenci žadatelů** o sociální službu, **se kterými nemohl uzavřít smlouvu** o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3 písm. b);
- h) **dodržovat standardy kvality** sociálních služeb;
- i) **uzavřít s osobou smlouvu** o poskytnutí sociální služby, pokud tomu nebrání důvody uvedené v § 91 odst. 3;
- j) v případě, že poskytují sociální službu podle § 48, **přednostně poskytnout sociální službu dítěti**, kterému byla soudem nařízena ústavní výchova nebo předběžné opatření,

k **neprodleně písemně oznámit** obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností uvedenému v § 92 písm. a) **ukončení poskytování pobytové služby sociální péče osobě, která se může bez další pomoci a podpory ocitnout v situaci ohrožující její život a zdraví**, pokud tato osoba s takovým oznámením souhlasí.

## § 89 Opatření omezující pohyb osob

(1) Při poskytování sociálních služeb **nelze používat** opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, **s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob**, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.

Na co si dát pozor u jednotlivých standardů a kritérií?

### Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

**Kritérium 1a)** sleduje to, zda má služba definován a zveřejněn „veřejný závazek“, tedy poslání, cíle, cílovou skupinu a zásady služby, které by měly být v souladu s obecnými zásadami zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 2. Cíle služby by měly být SMART, neboť na jejich průběžné hodnocení a kontrolu se ptá kritérium 15a). Zveřejnění poslání, cílů, cílové skupiny a zásad služby by mělo být optimálně alespoň ve 3 zdrojích (např. v letáku služby, na webových stránkách služby, v registru MPSV, v Katalogu poskytovatelů sociálních služeb atd.). U vymezení cílové skupiny je důležité určit si, v jaké sociálně nepříznivé situaci se klienti následné péče nacházejí a v čem jim má služba pomáhat.

**Kritérium 1b)** se zaměřuje na zjištění, zda mohou klienti ve službě následné péče projevat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace. Bývá to výběrem rozsahu služeb, tím, že tento rozsah mohou klienti měnit, nebo že je pracovníky služby respektováno i to, když klient volí ne zcela dobré řešení a nenutí jej za každou cenu do řešení jiného.

**Kritérium 1c)** zjišťuje, zda má služba následné péče zpracovány pracovní postupy, které zaručují řádný průběh poskytování služby. Patří zde písemné postupy, které se vztahují k základním činnostem stanovených

vyhláškou č. 505/2006 Sb., ale také u jednotlivých požadavků kritérií standardů je uvedeno, když jsou zde písemné postupy vyžadovány.

**Kritérium 1d)** se zabývá tím, zda má služba vytvořena pravidla, jak předcházet předsudkům a negativnímu hodnocení, ke kterému by mohlo docházet ze strany veřejnosti při hodnocení klientů služby. Zde patří např. různé kampaně, jak měnit vnímání veřejnosti ke klientům služby, způsob, jak pracovníci klienty a službu prezentují, jak o klientech mluví, jak je budova označena atd.

## Ochrana práv osob

Jde o jeden z klíčových standardů, který je sledován při každé kontrole a odvíjí se od něj i řada dalších kritérií standardů, např. individuální plánování, návaznost na vnější zdroje, prostředí a podmínky či personální zabezpečení.

**Kritérium 2a)** požaduje, aby měla služba následné péče popsány situace, ve kterých by mohlo dojít k porušení práv klientů, dále to, jak těmto situacím předchází, a pokud k nim dojde, aby měla popsáno, jak postupuje. Vyžadován je popis konkrétních situací a ne jen oblastí práv, jak někdy bývá zpracováno.

**Kritérium 2b)** vyžaduje písemně zpracované situace, ve kterých může docházet ke střetům zájmů mezi službou následné péče, jejími pracovníky a klienty. Dále je vyžadován popis následných opatření, pokud k těmto situacím dojde.

**Kritérium 2c)** se zabývá tím, že po poskytované službě chce mít zpracovaná písemná pravidla pro přijímání darů. Jde jak o popis přijímání darů sponzorských, tak i o popis, jak pracovníci následné péče přijímají dary drobné (květiny, čokoláda, káva atd.) od klientů.

## Jednání se zájemcem o sociální službu

**Kritérium 3a)** požaduje písemný postup, ve kterém je popsáno, jak služba následné péče informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytnutí služby. V postupu by mělo být konkrétně popsáno, kdo se zájemcem jedná, s čím je zájemce seznamován, případně jaké materiály jsou mu v rámci jednání předávány.

**Kritérium 3b)** vyžaduje od služby následné péče, aby projednávali se zájemci jejich očekávání, požadavky a osobní cíle, které mu služba může pomoci realizovat. Je dobré mít tyto očekávání, požadavky a osobní cíle zaznamenány, protože jsou podkladem pro uzavírání smlouvy a také pro individuální plánování.

**Kritérium 3c)** chce od poskytovatele písemný postup, pro odmítnutí zájemce o službu z důvodů stanovených zákonem. V současné době jsou 4 zákonné důvody pro odmítnutí zájemce o službu. Při kontrole (inspekci) bývá seznam odmítnutých zájemců o službu vyžadován.

## **Smlouva o poskytování sociální služby**

**Kritérium 4a)** klade na poskytovatele následné péče požadavek na písemný postup, ve kterém je uvedeno, jak je uzavírána služba se zájemci o službu. V postupu je uvedeno, kdo smlouvu uzavírá, jakým způsobem, při inspekci se kontroluje také pověření a oprávnění toho, kdo smlouvy se zájemci uzavírá. Smlouva by měla obsahovat všechny náležitosti uvedené v § 91 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

**Kritérium 4b)** určuje požadavek, aby při uzavírání smlouvy postupoval jednatel pracovník tak, aby ten, s kým pracovník jedná, rozuměl účelu a obsahu služby. Je vhodné to popsat také do pracovního postupu vyžadovaného v kritériu 4a).

**Kritérium 4c)** vyžaduje, aby poskytovatel následné péče při uzavírání sociální služby sjednával rozsah a průběh poskytování služby, který je závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby, se kterou službu sjednává. Při inspekci se tak zjišťuje, zda jsou uzavřené smlouvy individualizované se sjednaným rozsahem a průběhem poskytování služby.

## **Individuální plánování průběhu sociální služby**

**Kritérium 5a)** opět určuje požadavek na písemný postup, ve kterém je popsáno, jak ve službě následné péče probíhá plánování služby, hodnocení služby, kde a jak jsou vedeny záznamy o poskytování služby, v jakých intervalech, kdo je klíčový pracovník a jak si mezi sebou pracovníci předávají informace o klientech služby.

**Kritérium 5b)** ukládá poskytovateli služby následné péče plánování průběhu sociální služby společně s klientem služby. Mělo by zde být zohledněno, jaké jsou osobní cíle a možnosti klienta, které byly již mapovány při jednání se zájemcem o službu a jsou uvedeny ve smlouvě.

**Kritérium 5c)** chce po poskytovateli, aby hodnotil to, co si klient ve službě naplánoval. V postupu u kritéria 5a) je vhodné mít popsáno, jak často hodnocení probíhá a kde se co zaznamenává. Pro hodnocení je dobré mít osobní cíle SMART, tedy takové, které jsou konkrétní a lze je hodnotit.

**Kritérium 5d)** určuje požadavek, aby poskytovatel měl systém určených pracovníků (klíčových pracovníků/garantů/patronů), kteří s konkrétním klientem pracují.

**Kritérium 5e)** se ptá, zda má služba vypracován **systém** získávání a předávání informací mezi pracovníky o průběhu poskytování sociální služby klientům. Systém vyžaduje pravidelnost a funkčnost předávání informací o klientech mezi pracovníky, vhodné je popsat v kritériu 5a), jak to konkrétně probíhá.

## **Dokumentace o poskytování sociální služby**

**Kritérium 6a)** žádá opět písemný postup, jak jsou o klientech zpracovávány, vedeny a evidovány informace (dokumentace), jaká jsou pravidla pro nahlížení do dokumentace a zda jsou v souladu s požadavkem na zachování lidských práv. V postupu by mělo být popsáno, jak je nakládáno s informacemi vedenými písemně i elektronicky.

**Kritérium 6b)** není pro službu následné péče relevantní, neboť vyžaduje vedení anonymní evidence osob.

**Kritérium 6c)** určuje službě následné péče stanovení doby pro uchování dokumentace o klientech po ukončení služby.

## **Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby**

**Kritérium 7a)** si žádá písemný postup, jakým způsobem mohou být podávány a vyřizovány stížnosti klientů na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě přizpůsobené klientům.

**Kritérium 7b)** vyžaduje od služby následné péče, aby měla v pracovním postupu informace pro klienty, že mohou stížnost podat, jak ji mohou podat, na koho se mohou obrátit, kdo stížnost vyřídí a jakým způsobem a že si mohou zvolit zástupce pro podání a vyřizování stížností. Jako jedno ze dvou kritérií také požaduje, aby s postupem byli **prokazatelně** seznámeni klienti i pracovníci.

**Kritérium 7c)** vyžaduje vést evidenci stížností v písemné podobě a vyřizovat stížnosti v přiměřené době. Při inspekci se evidence přijatých stížností předkládá a kontroluje se, zda je vyřízení v souladu s písemným postupem popsaným v kritériu 7a).

**Kritérium 7d)** vyžaduje od poskytovateli následné péče, aby informoval klienty o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti s podnětem na nadřízený orgán nebo na organizaci, která se zabývá sledováním lidských práv.

### **Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**

**Kritérium 8a)** vyžaduje od poskytovatele sociální služby, aby nenahrazoval běžně dostupné služby a vytvářel příležitosti, aby jejich klienti mohli tyto služby využívat. Jde například o to, že pracovníci nemusí zabezpečovat klientům třeba služby lékařské (nebo jiné), které si klient může zajistit jinde.

**Kritérium 8b)** požaduje od služby následné péče zprostředkování služeb jiných osob (fyzických nebo právnických). Důkaz o tom, že to služba následné péče dělá, bývá obsažen v záznamech z individuálního plánování s klientem.

**Kritérium 8c)** vyžaduje, aby pracovníci podporovali klienty v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím, pokud by došlo ke konfliktům klientů s těmito osobami, měli by pracovníci zachovávat neutrální postoj. Důkazy lze opět zpravidla najít v záznamech z individuálního plánování s klientem.

## Personální a organizační zajištění sociální služby

**Kritérium 9a)** si žádá písemný postup, ve kterém je stanovena organizační struktura služby, počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady pracovníků. Některé z těchto požadavků jsou uvedeny v § 115 zákona o sociálních službách. Organizační struktura a počty pracovníků by měly odpovídat kapacitě služby a potřebám klientů, ne vždy se to však vzhledem k finančním podmínkám služeb následně péče daří.

**Kritérium 9b)** vyžaduje písemný postup, ve kterém je v organizační struktuře uvedeno, jaká jsou oprávnění a povinnosti jednotlivých pracovníků.

**Kritérium 9c)** chce další písemný postup, ve kterém jsou popsána pravidla, jak jsou ve službě přijímáni a zaškolováni pracovníci a také osoby, které se službou nejsou v pracovně-právním vztahu.

**Kritérium 9d)** si vyžaduje další pracovní postup pro fungování a působení osob, které nejsou v pracovně-právním vztahu s poskytovatelem služby následné péče. Tím jsou míněni především stážisté, dobrovolníci či osoby, které se na službě následné péče podílejí.

## Profesní rozvoj zaměstnanců

**Kritérium 10a)** požaduje další pracovní postup, který popisuje to, jak jsou ve službě stanovovány osobních profesní cíle a potřeby pracovníků a jak s nimi dále poskytovatel pracuje, aby se pracovníci dále profesně rozvíjeli. Při inspekci jsou předkládány sebehodnotící dotazníky pracovníků, jejich vyhodnocení od nadřízeného a na jejich základě zpracované individuální vzdělávací plány pracovníků, které vyžaduje kritérium 10b).

**Kritérium 10b)** požaduje zpracované individuální plány jednotlivých pracovníků, ty se při inspekci předkládají.

**Kritérium 10c)** si žádá další písemný postup pro popsání systému výměny informací o sociální službě, patří sem konkrétní popis, kdy se tak děje, jak často, zda jsou vedeny z porad záznamy, při inspekci se také předkládají záznamy z porad.

**Kritérium 10d)** určuje požadavek na písemný postup pro popis systému finančního a morálního oceňování pracovníků. K morálnímu oceňování pracovníků patří i různé benefity, což jsou výhody, které mají

pracovníci navíc. Mohou to být třeba dny dovolené navíc, káva na pracovišti zdarma, možnost proplacení individuální supervize, proplacení týmového setkání v příjemném prostředí atd.

**Kritérium 10e)** žádá od poskytovatele zajištění podpory od nezávislého kvalifikovaného odborníka pro pracovníky služby. Je tím míněna především supervize, ale může to být také například konzultace s psychiatrem, právníkem atd.

### **Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby**

**Kritérium 11a)** zkoumá, zda doba a místo poskytování služby jsou přiměřené potřebám klientů. Pokud by byla služba následné péče poskytována na osamělém místě mimo dosah civilizace, je to zcela proti charakteru služby následné péče, tedy proti sociálnímu začleňování a vedení klientů k tomu, aby si našli práci, další bydlení, koníčky a nové vztahy a přátele.

### **Informovanost o poskytované sociální službě**

**Kritérium 12a)** se zabývá tím, co a jakým způsobem o sobě dává služba vědět pro veřejnost i pro potenciální zájemce o sociální službu. Zkoumá se také srozumitelnost a přiměřenost informací podávaných veřejnosti nebo zájemcům o službu.

### **Prostředí a podmínky**

**Kritérium 13a)** určuje, jaké jsou materiální, technické a hygienické podmínky pro klienty služby, jestli jsou přiměřené kapacitě služby a potřebám klientů. Pokud by bylo například ubytování pro klienty následné péče v pokojích po šesti osobách, bylo by to nepřiměřené charakteru služby následné péče.

**Kritérium 13b)** se ptá, zda poskytovatel následné péče poskytuje své služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá potřebám klientů. Posuzuje se zde třeba vybavení na bydlení, výzdoba bydlení, počet hygienických zařízení atd.



## Nouzové a havarijní situace

**Kritérium 14a)** vyžaduje písemný postup, ve kterém jsou definovány nouzové a havarijní situace, které mohou vzniknout při poskytování sociální služby následné péče, a postupy, které jsou využívány při jejich řešení. Mohou to být situace vzniklé z důvodů technických, selhání lidského faktoru, přírodních katastrof atd.

**Kritérium 14b)** je druhé, které určuje, že jsou pracovníci a klienti prokazatelně seznámeni s postupy při nouzových a havarijních situacích a jsou schopni je v těchto situacích použít.

**Kritérium 14c)** ukládá povinnost vézt záznamy o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací, při inspekci se tyto záznamy předkládají.

## Zvyšování kvality sociální služby

**Kritérium 15a)** vyžaduje od služby následné péče, aby průběžně kontrolovala a hodnotila, zda to, jak je služba poskytována, je v souladu s posláním, cíli a zásadami služby i osobními cíli jednotlivých osob. Při inspekci se předkládají vyhodnocené cíle služby a jejich průběžné kontrolování.

**Kritérium 15b)** chce další písemný postup, ve kterém je uvedeno, jak služba následné péče zjišťuje spokojenost klientů s poskytováním služby. Při inspekci se předkládají dotazníky, ve kterých je zjišťována spokojenost klientů, a vyhodnocení těchto dotazníků spokojenosti.

**Kritérium 15c)** zkoumá, zda poskytovatel zapojuje do hodnocení služby následné péče také další osoby, mohou to být například pracovníci služby, rodinní příslušníci, spolupracující organizace atd.

**Kritérium 15d)** zjišťuje, zda jsou stížnosti zpracovány jako podnět pro další rozvoj a zvýšení kvality služby. Pokud jsou ve službě následné péče evidovány a vyřizovány nějaké stížnosti, měly by být předmětem vyhodnocení, jak může být kvalita služby na jejich základě zvyšována.

## 3.2

### Pojetí následné péče dle RVKPP

Definice následné péče pro RVKPP zní: „*Strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců.*“ (Rada Vlády pro koordinaci protidrogové politiky)

Standardy pro RVKPP se dělí na část obecnou a speciální standardy pro jednotlivé typy služeb. Například rezidenční péče v terapeutické komunitě bude posuzována v části obecných standardů stejně jako třeba terénní programy či kontaktní a poradenské služby. Odlišné posuzování dle stanoveného typu služby najdeme ve speciálních standardech, kdy každý typ služby má své specifické, „na míru šité“ speciální standardy.

V obecné části standardů se u každé služby, tedy i u následné péče, posuzuje:

- 1 Přístupnost a cíle odborných služeb
- 2 Práva pacientů/klientů
- 3 Příjem a úvodní zhodnocení
- 4 Spektrum služeb a zásady jejich poskytování
- 5 Personální práce
- 6 Odborné vedení a rozvoj pracovníků a týmů
- 7 Dostupnost, vnější vztahy
- 8 Organizační aspekty
- 9 Finance
- 10 Prostředí a materiálně-technické zázemí
- 11 Minimální bezpečí
- 12 Hodnocení kvality a efektivity

Z výše uvedeného je patrné, že rozsah a požadavky standardů pro RVKPP jsou poměrně odborněji zaměřeny a pokrývají větší škálu zkoumaných oblastí. Například standard „Finance“ není v rámci standardů MPSV vůbec posuzován. U standardu „Minimální bezpečí“ je jeho posuzování srovnatelné se standardem pro MPSV „Nouzové a havarijní situace“.

Programy následné péče v drogových službách jsou určeny pro osoby, které absolvovaly ambulantní či rezidenční léčbu a abstinují, anebo pro osoby, které minimálně 3 měsíce abstinují samy a potřebují k tomu podporu. Další cílovou skupinou, pro kterou jsou služby následné péče

určeny, jsou i blízké osoby (rodiče, partneři, příbuzní) těchto osob. Cílem následné péče je tak udržet změny v životním stylu i po dokončení léčby a to v běžném prostředí abstinujících osob.

V rámci následné péče v pojetí RVKPP je velký důraz kladen na práci skupinovou a individuální. Každý klient má určen počet nezbytných aktivit skupinových i individuálních, které musí v rámci následné péče absolvovat. Tento počet může být do určité míry individualizován – pokud si třeba klient najde práci a nestíhá všechny aktivity, lze jeho individuální plán přizpůsobit jeho možnostem a potřebám. V rámci následné péče se pracuje také se specifickými tématy, např. prevence relapsu a bažení, trávení volného času, vztahy, stabilizace v oblasti financí a bydlení. Souběžně s individuálními zpracovávanými tématy jsou v rámci následné péče řešeny také otázky dluhů, zdraví a bývá zpracován krizový plán pro případ relapsu. V individuální terapii je klient podporován v zaměření se na osobní témata, které započal řešit v předešlé léčbě, mohou se objevit i témata nová, dříve potlačená nebo nezpracovávaná v rámci terapie a osobního růstu. Do práce s klientem je tak zahrnuto pojetí bio-psycho-spirituálně-sociálního modelu.

### 3.4

#### **Systém kontroly kvality a efektivity služby následné péče**

V současné době jsou v české republice pro následnou péči (pokud je registrovaná také jako sociální služba pro MPSV) aktuální dva procesy, jak měřit kvalitu poskytovaných protidrogových sociálních služeb na centrální úrovni, a to **inspekce kvality sociálních služeb** (dle standardů MPSV) a **certifikace odborné způsobilosti** (v dikci RVKPP). Na tyto certifikace odborné způsobilosti v roce 2007 navázaly certifikace primární prevence užívání návykových látek MŠMT. Důležité bylo usnesení vlády ČR č. 693 ze dne 7. 6. 2006, kdy absolvováním úspěšně certifikace bylo podmíněno získání státních dotací na rok 2008 pro programy primární prevence užívání návykových látek od MŠMT a RVKPP. V tomto textu se certifikaci odborné způsobilosti primární prevence užívání návykových látek blíže věnovat nebudeme.

Oba způsoby (**inspekce kvality sociálních služeb i certifikace odborné způsobilosti**), jak měřit kvalitu poskytovaných sociálních služeb, tedy i následné péče, jsou specifické, v některých oblastech shodné a v něčem se výrazně liší. Na pracovníky a management v zařízeních, který poskytují protidrogové služby, to klade velké nároky a někdy i neúměrně velkou zátěž při přípravě na oba procesy měření kvality.

V čem mají oba procesy měření kvality poskytovaných služeb oporu:

**Inspekce** vychází ze:

- zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (s platností od 1. 1. 2007),
- vyhlášky č. 505/2006 Sb.,
- zákona č. 552/1991 Sb., o státní kontrole.

**Certifikace RVKPP** se opírá o:

- usnesení vlády ČR č. 300/2005 schválené v březnu 2005,
- od 1. 6. 2005 byl zahájen systém certifikací, který funguje do dnešní doby,
- Standardy odborné způsobilosti – obecné,
- Standardy odborné způsobilosti – specifické – Ambulantní doléčovací programy.

**Kontrolní subjekt:**

- pro inspekce – úřady práce,
- pro certifikace – z pověření RVKPP je to Certifikační agentura.

Pokud srovnáme požadavky na následnou péči z hlediska požadavků a nároků RVKPP a MPSV, lze říci, že se do velké míry shodují a oba systémy se zaměřují na stejný cíl – výsledkem je klient sociálně začleněný do té míry, jak jen to v rámci jeho možností a schopností lze, a s důrazem na poskytnutí služby kvalitní, profesionální a s důrazem na „zplnomocnění“ klienta, tedy na nepřebírání jeho zodpovědnosti, ale s důrazem na jeho doprovázení a podporu.

## 4

# Kvalita života osob s psychosociálním ohrožením a narušením – kvalita následné péče

### Uvedení do problematiky

Existuje celá řada definic kvality života, ani jedna z nich ale není akceptována všeobecně napříč všemi oblastmi studia, výzkumu či praxe. Přestože se jedná o pojem velmi frekventovaný jak v odborných kruzích, tak i v běžné mluvě, nejen v definování, ale i v oblastech jeho konceptualizace a metodologických otázkách nenacházíme názorovou shodu (Hnilicová in Payne a kol., 2005).

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako „*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (WHO, 1994). Křivohlavý (2002, s. 164) cituje Engela a Bergmana a podává následující definici kvality života jednotlivce: „*Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) – jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamýšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žití.*“

Pojem kvalita života se objevuje zejména v oblasti zdravotnictví, psychologie, ekonomie, ekologie či politiky. Z těchto oblastí se odvozují i základní tři přístupy ke kvalitě života, a to medicínský, psychologický a sociologický, kdy každý přístup nakládá s tímto pojmem jiným způsobem.

Poprvé se termín kvality života objevil již ve dvacátých letech minulého století v USA, uvažovalo se o něm ve spojení s ekonomickými ukazateli, konkrétně při evaluaci dopadu dotační politiky státu na nejchudší vrstvy obyvatelstva. V poválečné historii se termín objevuje znovu v USA, opět ve spojení s politikou, jako slib tehdejšího prezidenta ohledně zlepšení kvality života všech obyvatel státu. Později, v 70. letech, použil termín kvalita života německý politik Brandt, jako cíl svého sociálnědemokratického programu – dosažení lepší kvality života

spoluobčanů. V té době se začal termín využívat i pro výzkumné účely, a to v sociologii. Od té doby se kvalita života objevuje či již zdomácněla ve všech zmíněných oborech, jako ukazatel různého pojetí života (Hnilicová, in Payne a kol., 2005).

Obecně lze říci, že kvalita života je chápána jako důsledek interakce mnoha faktorů (většinou sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek). Také panuje jistá shoda v tom, že tento konstrukt má v podstatě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Hnilicová (in Payne a kol., 2005) předpokládá, že vztah mezi objektivní stránkou kvality života (životní úroveň a zdravotní stav) a subjektivní stránkou kvality života je prostřednictvím očekávání. Roli zde tedy hraje idealizovaná představa o sobě a svém životě. Křivohlavý (2002, s. 169), podle Ehtelda zmiňuje souvislost mezi životní spokojeností a dosažením životních cílů v určitém, pro něj přijatelném čase. Doslova říká, že *„uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji“*. Určitou souvislost ve spojení s prožívanou kvalitou života lze vidět právě v tom, jak si člověk užívá to, co má k dispozici, čili jde jednak o zážitek spokojenosti a jednak o zážitek při dosažení naplnění v důležitých životních oblastech. Těmito doménami jsou:

- Bytí – souhrn hlavních charakteristik člověka, dále se člení na subdomény: fyzické bytí (zdraví, hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání, vzhled), psychologické bytí (psychické zdraví, myšlení, cítění, sebepojetí, sebeúcta a sebekontrola) a spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra).
- Přilnutí (napojení na vlastní prostředí) – má také tři subdomény, a to: fyzické přilnutí k domovu, sousedství, komunitě, pracovišti/škole; sociální přilnutí užšího charakteru k rodině, přátelům, kolegům, sousedům; přilnutí k širšímu společenství/prostředí/komunitě, skrze pracovní příležitosti, finanční příjmy, zdravotní péči, sociální práci a vzdělávací a rekreační možnosti.
- Realizace (dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací) – která obsahuje: praktické uskutečňování domácích aktivit, placenou

práci, školní a zájmové aktivity, péči o zdraví, sociální začlenění. Toto je dále členěno prostřednictvím relaxačních metod redukce stresu a uskutečňování růstu (zachování a zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu).

Rozsah kvality života v těchto oblastech a subdoménách je ovlivněn dvěma důležitými faktory: tím, jak jsou pro jedince důležité, a tím, jak je daná oblast naplňována, jak je s ní spokojen.

## 4.1

### **Průzkumná šetření realizovaná v doléčovacích programech**

Popsaná šetření byla realizována studenty Pedagogické a Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého a odbornými asistenty Ústavu speciálněpedagogických studií a Katedry aplikovaných pohybových aktivit, Fakulty tělesné kultury. Pro účely tohoto textu byla vybrána taková průzkumná šetření, která se dotýkají problematiky kvality života osob v doléčovacích programech z různých úhlů.

První šetření se zabývá efektivitou sociální rehabilitace klientů v doléčovacích programech. Jedná se o dotazníkový průzkum napříč doléčovacími programy v celé ČR. Dotazování byli samotní klienti s drogovou minulostí. Šetření č. 2 má kvalitativní charakter. Vychází ze strukturovaných interview a sleduje míru kvality života absolventů konkrétního doléčovacího programu. Jedná se s trochou nadsázky o studii směřující do nitra klientovy duše.

Jestliže ještě před několika lety byly doléčovací programy výsadou klientů s drogovou závislostí, nyní se stále více tlačí do popředí programy pro osoby závislé na alkoholu. U této skupiny osob, v minulosti na poli následné péče opomíjené, se stále více ukazuje důležitost vhodného doléčovacího programu. Právě fenoménem následné péče pro osoby závislé na alkoholu se zabývá třetí průzkumné kvantitativní šetření.

Čtvrté šetření patří pohledu pracovníků v následné péči na čtyři faktory kvality života klientů. Jsou jimi bydlení, práce, vztahy a volný čas. Jedná se o jediný praktický výstup této kapitoly mapující kvalitu života klientů z pohledu jejich odborných garantů – terapeutů.

Plné verze zmíněných čtyř šetření byly publikovány v monografii: Ludíková a kol. *Kvalita života osob se specifickými potřebami*, Olomouc UP, 2013. Zde uvádíme jen stěžejní výsledky důležité pro kontext této publikace.

Cílem pátého šetření bylo obohatit evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách o sebeposuzovací metody měření kvality života. K tomuto účelu byly vybrány metody SQUALA (Dragomirecká et al., 2006) a SEIQoL (Křivohlavý, 2003). Výzkumný soubor tvořilo 22 klientů doléčovacího centra P-centrum v Olomouci, kteří vyplnili dotazníky při vstupu do doléčovacího programu (22 klientů) a při výstupu z programu (11 klientů) po 6–8 měsících.

## 4.2

### **Průzkumné šetření č. 1:**

#### **Možnost sociální rehabilitace v doléčovacích programech**

(Michal Růžička, Kateřina Martínková, 2009)

Cílem šetření bylo ověřit, jak doléčovací centra pomáhají klientům k návratu do společnosti v klíčových parametrech, jako jsou: abstinence, vztahy, práce volný čas. Metodou sběru dat byl dotazník.

#### **Vzorek průzkumu**

Ke spolupráci v šetření byli svolní klienti DC Jamtana v Brně a DC P-centrum v Olomouci, jimž byly dotazníky předány osobně a bylo jim vysvětleno, jak se má dotazník správně vyplnit, za jakým účelem a jak s ním bude naloženo. (V době šetření bylo v programu Jamtany 9 klientů, z nichž 7 dotazník vyplnilo. V programu P-centra bylo 11 klientů, z nichž vyplnilo dotazník 8.)

Dále bylo s žádostí o účast na šetření osloveno 7 doléčovacích center prostřednictvím e-mailu. Doléčovací centra byla vybrána tak, aby byla rovnoměrně zastoupena klientela z celého území ČR. Jednalo se o doléčovací centra v Praze, Děčíně, Liberci, Plzni, Ostravě, Českých Budějovicích a Jeseníku. Těmto centrům byl zaslán vysvětlující dopis se žádostí o pomoc v šetření a s dotazníkem v příloze. Odpověděla a na spolupráci přistoupila čtyři doléčovací centra, a sice doléčovací centrum v Praze,



Liberci, Děčíně a Ostravě. Doléčovacímu centru Magdaléna, o. p. s., Praha-Podolí byly dotazníky následně poslány poštou, Centrum ambulancních služeb – DC Advaita Liberec, Centrum sociálních služeb Děčín a DC Renarkon Ostrava si dotazníky vytiskly z přílohy v e-mailu a vyplněné zaslaly poštou zpět. Do Magdalény, o. p. s., Praze-Podolí bylo zasláno 9 dotazníků a vyplnilo je 8 klientů. V DC ADVAITA, o. s., Liberec bylo osloveno 11 klientů a 6 vyplněných dotazníků bylo doručeno zpět, v Centru sociálních služeb Děčín bylo osloveno 8 klientů a na spolupráci jich přistoupilo 7. Z Ostravy se vrátilo 6 vyplněných dotazníků. Celkem jsme vycházeli ze 42 dotazníků. Průzkum se uskutečnil v průběhu roku 2009.

## Výsledky

*Pohlaví a věk uživatelů doléčovacích programů* Nejprve jsme si udělali přehled o tom, v jakém věkovém složení jsou klienti doléčovacích center a v jakém poměru jsou zastoupeni muži a ženy. Výsledky ukázaly, že více než dvojnásobně převládají muži nad ženami a že se v nadpoloviční většině jedná o mladé lidi mezi 20 a 29 lety. Věk je jistě dán způsobem života uživatelů. Se staršími uživateli se setkáme spíše výjimečně.

Bylo by jistě zajímavé ověřit věkové rozvrstvení i nyní, po pěti letech. Existuje domněnka, že by klienti mohli být straši.

*Předmět závislosti* Co se týká návykové látky, na níž byli klienti doléčovacích center závislí, potvrzuje se všeobecně rozšířené mínění veřejnosti o České republice jako o „pervitinové mocnosti“. Většina námi dotázaných klientů je závislá na pervitinu nebo na pervitinu v kombinaci s jinou látkou (většinou s alkoholem nebo heroinem, často byla uváděna také marihuana).

*Motivace k nástupu doléčovacího programu* Tato dotazníková položka zjišťovala motivaci klientů k nástupu do doléčovacího programu, co klienty vlastně vedlo po ukončení léčby v léčebně nebo terapeutické komunitě k jejímu pokračování. Naprostá většina respondentů před nástupem do doléčovacího programu očekávala jakési upevnění toho, co započali v léčbě. Tato skutečnost je zapříčiněna faktem, že klienti si z komunity odnášejí řadu otevřených témat a jsou tamními terapeuty

motivování pro jejich řešení (například znovuobnovení vztahů s rodinou).

*Práce* V doléčovacím programu se předpokládá a očekává, že klient si najde co nejdříve práci (alespoň brigádu nebo i dobrovolnickou činnost), splácí své dluhy, jenž ho z minulosti dostihly, a učí se hospodařit s penězi. Nalezení práce a chození do ní je velice kladně hodnoceno nejen terapeutickým personálem, jež tento přístup započítává do výčtu nutného aktivního přístupu k léčbě, ale také širší veřejností, která pracujícího uživatele (byť ve fázi léčby) dokáže tolerovat lépe než uživatele, který nepracuje. Pracovní uplatnění klientů po léčbě závislosti bývá nezhřídkavě problematické. Častou překážkou jsou zdravotní důvody (hepatitida typu C) nebo záznam v trestním rejstříku.

*Motivace k práci* Za přínos programu jako takového se dá považovat skutečnost, když klienty nalezená práce baví a chtějí si ji udržet. Klient si najde takovou práci, která ho těší, a protože ho těší a protože má za ni peníze, jež mu dávají možnost kvalitněji žít, platit si bydlení, splácet dluhy atd., chce si tuto práci i udržet a podle toho se chová (do práce chodí a dodržuje pracovní řád).

Je otázkou, jak dlouho tato motivace trvá, a stálo by jistě za zvážení sestavit takové šetření, které by takovou motivaci sledovalo a popsalo příčiny motivačních poklesů.

*Vztahy* Následující tabulka uvádí, kde nejčastěji hledá klienti „čisté“ přátele. Je evidentní, že by se v rámci programů měli klienti motivovat tak, aby se zvedl počet kladných odpovědí v položce *jinde*.

<b>nové přátele, kteří neberou drogy, získávám</b>	<b>počet klientů</b>
v zaměstnání	10
díky aktivitám doléčovacího centra	3
v doléčovacím centru	9
při volnočasových aktivitách	10
přátele mám z minulosti	16
jinde	2
nemám přátele	7

Tab. 1

*Volný čas – místo, které dřív vyplnila droga* Klienti doléčovacích programů mají svůj denní program poměrně nabitý. Navštěvují zaměstnání, mají povinné některé společné aktivity, účastní se skupinových a individuálních terapií a konzultací. Nicméně minimálně o víkendech mají volný čas pro sebe a nás zajímalo, s kým ho tráví. Zda např. přátelé ze zaměstnání jsou opravdu přátelé, nebo jen kolegové. Zkušenost ukazuje problém v udržení těchto aktivit i po skončení doléčování. Na tomto je třeba zapracovat např. v rámci ambulantního zacházení.

## **Závěr**

Z průzkumu vzorku klientů, již využili služeb následné péče, je zřejmé, že tato centra jsou potřebná jak pro ně, tak sekundárně pro celou společnost. Napomáhají závislým osobám upevnit si hodnoty, které si uvědomily během léčby v léčebně nebo terapeutické komunitě; zmírňují pro uživatele, již se pohybovali často po dlouhou dobu pouze v určitých „pochybných“ sférách společnosti, obtížný návrat mezi lidi, od nichž kdysi odešli, jimž se vzdělili nebo kteří je zavrhli; ukážou jim smysl práce a její hodnotu pro spokojený život; naučí je smysluplnému trávení volného času a jak se vyhýbat rizikovým místům a situacím, které by mohly spustit užívání drogy nanovo. Samozřejmě, že doléčovací centra nejsou všemohoucí, ale velmi, a nebojme se říct, i především záleží na představě samotného závislého člověka, jak chce žít dál, na jeho motivaci něco změnit a na podpoře jeho blízkého okolí – rodiny a nejbližších přátel.

## **4.3**

### **Průzkumné šetření č. 2:**

#### **Kvalita života absolventů doléčovacího programu**

(Michal Růžička, Kateřina Klusová, 2010)

*Stanovení problému a formulace cílů* Cílem šetření bylo zjistit, co bývalé klienty doléčovacího programu motivuje k abstinenci a jak se jim daří integrovat mezi běžnou populací. Další velmi důležitý cíl se týká zjištění spokojenosti bývalých klientů se službami a therapy P-centra,

popřípadě návrhů na jejich zlepšení. Dále zjišťujeme, zda by si klienti při odchodu z komunity dokázali poradit sami bez pomoci terapeutů a sociálních pracovníků doléčovacího centra.

*Výběr vzorku* Jak jsme již výše zmínili, praktická část se týká specifického vzorku jedinců, který v našem případě představují absolventi doléčovacího programu P-centra Olomouc. Nejvhodnější metodou výběru vzorku se tedy zdá být metoda záměrného účelového výběru přes instituci.

*Získávání kvalitativních dat* K získání kvalitativních dat byla zvolena metoda polostrukturovaného interview, která dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Naše interview bylo rozděleno do tří oblastí a každá tato oblast se skládala z několika otevřených položek.

První čtyři otázky jsou věnovány období začátku závislosti. Ptáme se na věk, ve kterém respondent začal drogy užívat, zajímá nás, na jaké droze byl závislý, co přitom prožíval a co ho přimělo k léčbě. V druhé oblasti se dotazujeme na typ, formu a průběh léčby a na okolnosti týkající se doléčovacího programu. Poslední oblast zkoumá problematiku integrace. Otázky se týkají volnočasových aktivit účastníků šetření, jejich rodinných vztahů, zvládnání cravingu, plánů do budoucna a především zjišťují jejich motivaci k abstinenci.

Ne vždy jsme se striktně drželi struktury interview, pořadí otázek bylo dle aktuální situace různě pozměňováno. V případě, že v průběhu interview došlo k nějakým nejasnostem, použili jsme doplňující a prohlubující otázky, které nám pomohly odpověď správně pochopit a interpretovat. Celé interview trvalo průměrně 30 minut.

*Analýza kvalitativních dat* Data byla nahrána a podrobena transkripci. Mezi nejčastější užívané dílčí postupy analýzy kvalitativního šetření výzkumu patří metoda vytváření trsů, kterou jsme použili i v rámci našeho šetření.

*Výsledky kvalitativního šetření* Výsledky šetření můžeme rozdělit do tří částí. V první části je popsána struktura rozhovoru, v druhé části

jsou z tohoto rozhovoru vytvořené stručné charakteristiky jednotlivých respondentů, které objasňují jejich „drogovou“ minulost, v třetí části se snažíme objasnit jejich motivaci, techniky zvládnání cravingu, plány do budoucna a spokojenost se službami doléčovacího centra pomocí metody vytváření trsů.

*Struktura rozhovoru* Jak již bylo zmíněno, rozhovor je rozdělen do tří oblastí, které se zabývají minulostí respondentů, čili „životem na drogách“, obdobím léčby a doléčování a v neposlední řadě také současností a plány do budoucna. Konkrétní podobu rozhovoru uvádíme níže:

### **Období začátku závislosti**

- *V kolika letech jste začal(a) brát drogy a jak dlouho jste je bral(a)?*
- *Na jaké návykové látky jste byl (a) závislý?*
- *Povídejte mi o tom, co jste zažíval(a) v období, kdy jste byl(a) závislý.*
- *Co vás přimělo jít na léčení?*

### **Léčba**

- *Jaký typ léčby jste zvolil(a), jaké zařízení a proč?*
- *Můžete popsat, jak Vaše léčba probíhala?*
- *Na základě čeho jste pak nastoupil(a) do doléčovacího programu P-centra Olomouc?*
- *Co Vám dal doléčovací program, co naopak chybělo?*
- *Využil(a) jste službu chráněného bydlení, pokud ano, jak ji hodnotíte?*
- *Jak Vám pomohli jednotliví terapeuti?*
- *Myslíte si, že byste se dokázal(a) začlenit do běžného života bez pomoci terapeutů?*

### **Integrace**

- *Kam jste šel(šla) po skončení doléčovacího programu?*
- *Povězte mi, jak probíhá Váš běžný den?*
- *Jste ve spojení se svou rodinou, pokud ano, podporuje Vás v abstinenci?*
- *Co děláte pro to, abyste dále abstinoval(a)?*
- *Kdo Vám v tom pomáhá?*

- *Jak zvládáte craving?*
- *Máte nějaké zájmy, koníčky?*
- *Co si myslíte, že Vás nejvíce motivuje k tomu, abyste nebral(a) drogy?*
- *Jaké máte plány do budoucna?*

## Výsledky šetření

Uvedení celé doslovné transkripce by svým rozsahem přesáhlo rámeček této kapitoly. Proto se zde snažíme uvést jen ta nejpodstatnější fakta, která z jednotlivých rozhovorů vyplývají. Z odpovědí na prvních šest otázek byly sestaveny stručné charakteristiky jednotlivých respondentů, které vypovídají o tom, na jaké látce byli závislí a jak dlouho, co v období závislosti prožívali, proč šli na léčení, jaký typ léčby si vybrali a jak konkrétní léčba probíhala. Zbývající odpovědi jsou zpracovány metodou vytváření trsů, kdy citujeme názory, které se svým významem vzájemně prolínají. Z etických důvodů označujeme respondenty namísto jména písmenem.

## Charakteristiky jednotlivých respondentů

**A. (24 let)** – ve 13 letech začal kouřit marihuanu, na tvrdé drogy – extázi, LSD a opium – přešel v 15 letech. Pervitin užíval v období mezi osmnáctým a třináctým rokem života. Začátek období závislosti si užíval, bylo mu dobře. Ale postupem času už jen ubíjel emoce, pocity a vztah s jeho přítelkyní. Každý den se točil kolem obstarávání drog a peněz na drogy. Tento způsob života jej však bavil.

Nejdříve na léčení jít nechtěl, ale měl problémy se zákonem a taky ho do toho tlačila rodina. Nakonec se rozhodl kvůli své přítelkyni, která tam chtěla jít s ním, sám by nešel. To, že chce abstinovat, si uvědomil až v léčbě, pod vlivem drog to neřešil. Typ léčby si vybral na základě rady rodiny a psychiatra, on sám nevěděl, kam jít. Léčbu tedy absolvoval v terapeutické komunitě. Ještě předtím však prošel léčbou na detoxifikačním oddělení, kde podepsal revers a začal drogy užívat nanovo. V terapeutické komunitě si prošel terapiemi, každé ráno byly komunity, odpoledne skupiny, večer zase komunity. Dopoledne probíhaly různé pracovní bloky, kde měl každý jedinec nějaké funkce. Např. starat se o zvířata, dělat

kotelníka, zahradníka nebo kuchaře. Tyto funkce se střídaly co dva týdny. To, co dostal za úkol, musel splnit, jinak by dostal sankci.

**D. (24 let)** – v 15 letech začal kouřit marihuanu, do té doby hrál hokej, avšak pak se tým rozpadl a on neměl s kým hrát. Našel si nové kamarády, kteří užívali marihuanu, chtěl to taky zkusit. Začal se s nimi stýkat každý den a každý den taky společně kouřili. Kouření se mu pak stalo koníčkem, nezajímalo ho nic jiného. Bavilo ho shánět peníze na drogy, motivovalo ho to. Ten, kdo dokázal sehnat peníze nebo drogu byl ve skupině těchto lidí žádaný. Bavila ho ta pohoda, neřešil žádné problémy. Pak se však tolerance k marihuaně začala zvyšovat a on potřeboval svou drogu k tomu, aby mohl normálně fungovat.

Marihuanu užíval asi do dvaceti let, pak přešel na pervitin a marihuanu vysadil, protože měl psychické problémy. Vždycky si říkal, že další drogy ho nezajímají, ale dostal se do party, kde se užíval pervitin, a tak to chtěl zkusit. Poprvé to bylo perfektní. Vždycky měl problém s navazováním komunikace, droga tyto zábrany odstranila. Do toho se pak ještě přidala závislost na automatech. Abstinovat začal v jednadvaceti letech, když si uvědomil, že je vlastně otrokem drogy.

Léčbu absolvoval nejdříve na detoxifikačním oddělení, kde pobyl asi deset dní, a potom nastoupil do terapeutické komunity. Hlavním důvodem byly halucinace a paranoidní myšlenky, myslel si, že ho někdo sleduje, pak si zneprátelel i známé, musel bydlet na ulici a neměl co jíst. Léčbu mu navrhla jeho matka, on sám nevěděl, že je ta možnost, a ani ho to nenapadlo. Léčit se chtěl hlavně kvůli rodině a přítelkyni, kvůli sobě to bylo až v komunitě. Než nastoupil do samotné komunity, prošel si oddělením, kde se léčili lidé s jinými psychickými nemocemi, jak to viděl, chtěl léčbu vzdát. Nakonec to vydržel a po třech dnech byl přemístěn do komunity. Tam to bylo náročné, někdy prožíval těžké chvíle, někdy naopak pěkné. Místo šesti měsíců pobytu zvolil měsíců deset.

**K. (35 let)** – začal užívat pervitin, když mu bylo 19 let. Tomu předcházelo období, kde bylo hodně alkoholu a marihuany, což začalo asi v 15 letech. Drogy neužíval celou dobu v kuse, se závislostí bojoval, chtěl s tím sám přestat kvůli psychickým problémům. V období závislosti neměl kde bydlet, poflakoval se po ulicích a po různých bytech, pak následovaly psychické problémy a paranoidní představy, což bylo pro něj nepříjemné,

a chtěl s tím něco dělat. Pod vlivem drogy si svou situaci neuvědomoval, ale tento stav trval jen chvíli.

Na léčení byl K. několikrát. Poprvé to bylo spíš na nátlak rodičů, léčbu mu domluvil jeden koordinátor ostravského kontaktního centra. Prošel detoxifikací, ale po třech měsících odešel a vrátil se do starých kolejí. Podruhé už se chtěl léčit sám. Neměl kde bydlet, nedokázal rozlišit realitu od představ, pořád před něčím utíkal, měl strach a nevěděl, co dělat. A tak se vrátil zpět do terapeutické komunity a léčbu absolvoval celou.

V terapeutické komunitě se musela dodržovat pevně stanovená pravidla. Vše se řešilo na skupinách, které byly každý den, mimořádné skupiny mohly být i několikrát denně. K. absolvoval i skupinu, která byla třeba jen jednou za týden a trvala od osmi večera až do čtyř hodin ráno. Mezi skupinami probíhaly různé aktivity, každý měl svou funkci stejně jako u ostatních terapeutických komunit. Nicméně i po této léčbě se pan K. vrátil k drogám. Pak absolvoval léčbu v psychiatrické léčebně, zkusil také křesťanskou terapeutickou komunitu, ale tam se necítil dobře, tak po čtrnácti dnech odešel. Po roce abstinování měl další relaps, proto nastoupil na léčbu v psychiatrické léčebně, tam si domluvil komunitu. Po úspěšně ukončené léčbě v této komunitě pak nastoupil do doléčovacího centra.

**M. (25 let)** – marihuanu začala užívat ve 14 letech, pak následoval heroin, pervitin a různé experimenty s houbami. Pervitin začala brát kolem 16., 17. roku až do 23 let. Nejdřív jí drogy dodávaly různé stavy, hlavně únik od normálního světa. Jinak vše cítila a vnímala. Její rodiče se rozvedli, možná proto potřebovala únik z reality. Ze začátku se cítila dobře, ale pak se dostala do fáze, kdy začala mít psychické problémy.

Pro léčbu se rozhodla, protože už toho všeho měla dost, myslela si, že umře, všude viděla kamery a mikrofony, myslela si, že ji někdo sleduje, bála se, že přijde o rodinu. Nedokázala rozlišit fikci od reality. Na základě rozhodnutí soudu měla M. absolvovat ambulantní léčbu, ale neučinila tak, tak jí byla navrhována léčba pobytová v psychiatrické léčbě. Léčebnu si vybrala sama, protože byla blízko bydliště a už se v ní jednou léčila. Vydržela tam skoro 6 měsíců. Pak nastoupila do doléčovacího centra.

**Mm. (30 let)** – začal brát drogy asi ve 13 letech a užíval je průběžně do 25 let. Většinou mu bylo jedno, co užívá, nejdřív to byl alkohol, pak



pervitin, marihuana a heroin. Drogami zaháněl své problémy. A tak to vlastně i začalo. Bez drogy měl strach navazovat kontakty a vůbec s někým mluvit, droga mu dodala potřebnou sebedůvěru.

Do první léčby šel Mm. proto, že se na jeho závislost přišlo. Bylo to také kvůli finančním problémům, měl nedostatek peněz, nevěděl, co má dělat, a tak se šel léčit. Dohromady absolvoval léčbu třikrát, protože mezi tím párkrát relapsoval. První léčba ho ovlivnila asi nejvíc, jenže si nevyřešil závislost na alkoholu, začal zase pít a pod vlivem alkoholu zavinil dopravní nehodu. Věděl, že kdyby se nešel znovu léčit, mohl by mít problémy s policií. Zahájil tedy svou druhou léčbu, ale závislost stále neřešil. Na tři měsíce se k drogám opět vrátil. Na třetí léčbu už šel sám, na základě vlastního přesvědčení.

Mm. si prošel léčbou v psychiatrické léčebně, ale i v terapeutické komunitě. Podle něj je terapeutická komunita efektivnější než léčebna, protože je tam méně lidí, kteří se navzájem dokonale znají, a léčba je intenzivnější.

**P. (24 let)** – přišel do kontaktu s alkoholem kolem 8. a 9. třídy, pořádně se rozpil, když mu bylo asi 15 let, to pil denně. Pak následovala marihuana a psychofarmaka, která měla řešit psychické problémy spojené s užíváním marihuany. Tu na tři roky vysadil a v období mezi osmnáctým a třiatřicátým rokem života užíval jen léky spolu s alkoholem. Později také toluen a pervitin.

Alkohol pil proto, aby si navodil pozměněný stav vědomí, potřeboval únik z reality a řešil si tím také své psychické problémy. Ze stejného důvodu začal užívat i ostatní drogy. Měl rád ten stav opojení, rád se bavil a to, že je závislý, si neuvědomoval.

P. absolvoval léčbu asi v šesti psychiatrických léčebnách, ale v tu dobu si nepřipustil, že má nějaký problém, myslel si, že má vše pod kontrolou. Radikální zlom nastal až při léčbě ve vězení na specializovaném oddělení pro toxikomany. Tam si uvědomil, že je závislý. Ve vězení se léčil asi 8,5 měsíce. Každý den zde probíhala skupinová sezení, každý měl možnost využít i individuální terapie. Ovšem s léčbou v terapeutické komunitě se to nedá srovnat, sezení nejsou tak častá a některé osoby jsou zde nedobrovolně, mají to nařízené, samy se většinou léčit nechtějí.

**Z. (27 let)** – začala asi v 15 letech pít alkohol a kouřit marihuanu, na to pak navázala asi v 17 letech pervitinem. K užívání drog ji vedla především zvědavost. Zajímalo ji, jak to funguje, požádala si o ně sama. Zpočátku se jí to líbilo, bylo jí dobře, ale pak začala mít psychické problémy, proto se rozhodla s užíváním přestat.

Měsíc léčby Z. absolvovala v psychiatrické léčebně, kde se dozvěděla o terapeutické komunitě, kam pak nastoupila. Na terapeutickou komunitu ráda vzpomíná i přesto, že odtud chtěla utéct.

## **Interpretace výsledků šetření**

Z prvních šesti odpovědí vyplývá, že všichni tázaní započali svou drogovou závislost nejdříve na tzv. měkkých drogách, jako jsou alkohol a marihuana, a poté přešli na drogy tvrdé. Každý z nich byl závislý především na pervitinu, k tomu M. a Mm. ještě užívali heroin, P. psychofarmaka a A. vyzkoušel extázi a opium. Věk, ve kterém začali experimentovat, se pohybuje mezi 13.–15. rokem života, na tvrdé drogy přešli kolem 15.–18. roku života.

D., K., M. a Z. prožívali zpočátku pěkné chvíle, bylo jim dobře, líbil se jim ten změněný stav, ovšem postupem času už to tak pěkné nebylo. Začali mít psychické problémy, cítili se v nebezpečí, mysleli si, že je někdo sleduje, a nedokázali rozeznat fikci od reality. I kvůli těmto stavům se rozhodli pro léčbu. Psychické problémy měl i P., ten si je však nepřipouštěl, protože pozitivní účinky drogy byly stále silnější než důsledky negativní. Snažil se je zahánět pomocí léků, avšak o léčbě neuvažoval. A tento způsob života ho bavil, bavilo jej shánět drogy a peníze na drogy, nad léčbou tím pádem také neuvažoval. Mm. drogy dodávaly sebevědomí, ztratil zábrany a neměl problém s navazováním kontaktů. Drogami se snažil řešit své problémy.

Čtyři respondenti ze sedmi šli tedy do léčby proto, že trpěli psychickými problémy. Zbývající tři respondenti měli problém se zákonem a jeden z nich dále trpěl nedostatkem finančních prostředků. U A., D. a K. hrál roli při nástupu do léčby i nátlak rodičů, až v léčebném procesu si uvědomili, že se léčí hlavně kvůli sobě.

A. s D. absolvovali léčbu na detoxifikačním oddělení a pak nastoupili do terapeutické komunity. K., Mm. a Z. si prošli léčbou jak v terapeutické komunitě, tak v psychiatrické léčebně. P. se několikrát léčil

v psychiatrické léčebně, to však nemělo valný význam. Pak však absolvoval léčbu na specializovaném oddělení pro toxikomany ve věznici, což mu velmi pomohlo. M. stačila léčba v psychiatrické léčebně.

Léčba v psychiatrické léčebně nebyla podle dotazovaných tak efektivní jako léčba v terapeutické komunitě. Terapeutická komunita je určena jen malému počtu klientů, proto je léčba intenzivnější a efektivnější. Jsou zde stanovena přísná pravidla, která musí každý klient dodržovat. V komunitě probíhá více skupinových i individuálních sezení než v psychiatrické léčebně, kdy to při velkém počtu lidí není možné. Léčbu v psychiatrické léčebně může klient absolvovat v relativně krátkém časovém období, v terapeutické komunitě musí každý projít několika stupni léčby, které jsou podmíněny splněním určitých podmínek. Pokud klient tyto podmínky nesplní, nemůže postoupit do další fáze a jeho pobyt se prodlužuje.

Výsledky vyplývající ze zbylých odpovědí dále rozvádíme pro přehlednost v samostatných bodech:

- *Na základě čeho jste pak nastoupil(a) do doléčovacího programu P-centra Olomouc?*

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že všem respondentům byl doléčovací program doporučen pracovníky institucí zabývajících se léčbou drogových závislostí. Tento fakt vypovídá o dobře fungující návaznosti služeb poskytovaných drogově závislým lidem. Pěti lidem ze sedmi byl doléčovací program doporučen v terapeutické komunitě, kde se léčili, a to buďto formou informací vyvěšených na nástěnkách nebo na skupinovém sezení v rámci poslední fáze léčby, což potvrzuje Z. P. byl doléčovací program doporučen v K-centru a M. v psychiatrické léčebně.

Pracovníci terapeutických komunit svým klientům radí, aby si vybrali doléčovací program co nejdál od místa jejich bydliště, což uskutečnil hlavně A. a D. Stejnou zkušenost potvrzují i zbylí respondenti. Při výběru doléčovacího programu se čtyři tázaní nechali ovlivnit názorem kamaráda a snažili se dostat do stejného města jako on. Ostatní si město vybírali podle toho, jak je daleko od domova a jak se jim líbí.

- *Co Vám dal doléčovací program, co naopak chybělo?*

Všem bývalým klientům dal doléčovací program chráněné prostředí, pocit bezpečí a možnost mít si s kým popovídat, když zrovna potřebují. D., K., M., Z. a Mm. doléčovací program pomohl při přechodu do běžného života, byla to pro ně taková základna, odrazový můstek. Pro M. bylo důležité také chráněné bydlení. P. díky Doléčovacímu centru změnil svůj život, začal brát svou léčbu vážně a nyní úspěšně abstínuje, je rád, že tato organizace funguje.

Všichni respondenti byli se službami Doléčovacího centra P-centra Olomouc spokojeni, nic jim nechybělo a nic by nemněli. D. jen vadili někteří spolubydlicí, protože podle něj potřebovali ještě léčbu a ne doléčování, ale z toho neviní P-centrum, protože ví, že i tito lidé potřebují pomoc. Z. měla ze začátku problém se samotou, jelikož v komunitě ji stále obklopovali lidé, ale brzy si zvykla a na doléčovací program nedá dopustit. Pozitivně hodnotí i způsob trávení volného času.

- *Využil(a) jste službu chráněného bydlení, pokud ano, ji hodnotíte?*

Chráněné bydlení hodnotí všichni respondenti kladně, z toho A., D., K. a P. jej měli jako základnu, díky které měli čas na hledání práce a dalšího bydlení. Pětí tázaným se bydlení líbilo, kladně hodnotí umístění budovy v centru, nízký nájem a možnost využití internetu. M. se líbilo, že mohla bydlení v průběhu doléčování změnit, v bytě mimo budovu P-centra se cítila samostatnější a volnější, ale na druhou stranu stále pod ochranou.

- *Jak Vám pomohli jednotliví terapeuti?*

Z odpovědí vyplývá, že všem lidem, kteří se doléčovali v P-centru, terapeuti hodně pomohli. Už jen vědomí, že se mají na koho obrátit a mohou si kdykoliv popovídat o svých problémech, bylo pro ně velmi důležité. Podle D. jsou tady terapeuti hodně dobří. K. jeho garantka vždycky vyhověla, věděla, co je pro něj dobré. P. je rád za svého terapeuta, potřebuje mít nad sebou nějakou autoritativní osobu, která ho dokáže někam nasměrovat, a tou jeho terapeut je. I Mm. je se službami terapeutů spokojen, nyní k nim dochází na individuální terapie se svou přítelkyní.

- *Myslíte si, že byste se dokázal(a) začlenit do běžného života bez pomoci terapeutů?*

Pět dotazovaných ze sedmi na tuto otázku nedokáže odpovědět, protože neví, co by dělali, kdyby na doléčování nešli, museli by to vyzkoušet. A. je rád, že se nemusel vracet domů. D. si myslí, že kdyby nešel na doléčování, tak by se vrátil domů a skončil by zase u drog. K. si myslí, že by to mohl zvládnout, ale zkoušet to nechtěl. M. s Mm. zastávají názor, že by si bez pomoci terapeutů možná poradili, ale bylo by to mnohem těžší, každopádně jsou rádi, že doléčovací program absolvovali. Z. s P. si myslí, že by to nezvládli. P. by neměl dostatečnou motivaci a pro Z. by byl přechod z komunity do běžného života hodně tvrdý.

- *Kam jste šel(a) po skončení doléčovacího programu?*

Všichni klienti si již v průběhu doléčovacího programu našli práci nebo brigádu a bydlení mimo chráněné prostředí olomouckého P-centra. Šest z nich šlo do podnájmu s kamarády, pouze D. si našel byt jen pro sebe. Všichni bývalí klienti P-centra zůstali v Olomouci, šest z nich se domů vracet nechce. M. nyní sdílí byt se svou přítelkyní, ale plánují stěhování do rodinného domku k jeho matce. Z. opustila byt, který sdílela s děvčaty z Doléčovacího centra a našla si bydlení s přítelem.

- *Povězte mi, jak probíhá Váš běžný den?*

Běžný den probíhá u všech respondentů většinou pracovně. V práci končí až k večeru, takže jsou celkem unavení a jsou rádi, že si mohou odpočinout. A., D., M. a Z. se rádi podívají na nějaký film a relaxují. M. si poslední dobou pročitá otázky do autoškoly anebo uklízí. P. tráví většinu času v Galerii, kde si třeba čte nebo poslouchá muziku. K. si buďto čte nebo se dívá na televizi. D. s A. si sem tam zajdou zaplavat na bazén, ale chtěli by začít sportovat pravidelně. To se daří Mm., který několikrát týdně navštěvuje posilovnu. V zimě je jejich trávení volného času pasivnější, s tímto problémem se potýkají hlavně D., A. a K.

- *Jste ve spojení se svou rodinou, pokud ano, podporuje Vás v abstinenci?*

Všichni dotazovaní jsou se svou rodinou v kontaktu, rodiče je podporují a mají spolu pěkné vztahy, což například u A., D. a P. dříve nefungovalo. Všichni tři jsou za to rádi a snaží se své rodiče nezklamat, protože jejich důvěru získávali hodně dlouho. U rodičů P. nedůvěra stále přetrvává, ale vidí, že se snaží a dělá pokroky. K. rodiče v abstinenci také podporují, ale je rád, že bydlí jinde a navštěvuje je jen zřídkka. Mm. má se svou matkou také dobrý vztah, ve všech směrech se ho snaží podporovat, dokonce se k ní bude i stěhovat, ale s otcem si rozuměl víc.

- *Co děláte pro to, abyste dále abstinoval(a)?*

A. se snaží o to, aby měl kolem sebe čisté prostředí, hlídá si, kam jde a s kým, sportuje a hledá si nějaký koníček. Stejně to řeší i Mm., nechodí do hospoda a stanovil si určitá pravidla, která musí dodržovat, k jednomu z nich patří i cvičení v posilovně. D. s P. se snaží pracovat, udržet si bydlení a hlavně zvládat chutě, které jsou především pro P. obrovské, ale věří, že brzy přejdou. K. a M. se snaží myšlenky na drogy přeměnit v myšlenky jiné. Odvádí je někam jinam, M. stačí třeba jen změnit činnost nebo místo, na kterém se nachází. Jsou naučeni negativní myšlenky nepotlačovat, ale změnit je v myšlenky pozitivní. Z. většinou postačí, když si řekne, že to přejde, pokud ani to nepomůže, dá si sprchu nebo čokoládu.

- *Kdo Vám v tom pomáhá?*

Pro všechny respondenty je v tomto směru velmi důležitá rodina a přátelé. Z toho Mm. a Z. k abstinenci pomáhají hlavně jejich partneři. Mm. také hodně myslí na svou malou dceru, ke které cítí velkou zodpovědnost. M. uvádí, že ji nad vodou drží zodpovědnost, konkrétně k zakrslému králíkovi, o kterého se musí každodenně starat. K. dále dodává, že i po dokončení doléčovacího programu občas vyhledá pomoc terapeutů.

- *Jak zvládáte craving?*

Ze všech odpovědí na tuto otázku je patrné, že se s chutěmi každý vy-  
pořádává po svém. A. s K. se to snaží někomu říct nebo začnou myslet  
na něco jiného. Což pomáhá i M., pokud změna myšlenek nepostačí,  
změní činnost nebo místo. U A. záleží na tom, jak je to intenzivní, po-  
kud jde o lehkou vzpomínku, stačí si jen odplivnout, v případě těžké  
vzpomínky si musí sednout a začít pravidelně dýchat nebo se osprchuje,  
zajde si na bazén. Sprcha pomáhá i Z., D. a P. Dále D. s P. si pak předsta-  
vují, co všechno už dokázali a jak by to nechtěli ztratit. P. dále uvádí, že  
potřebuje něco s maximálním efektem, musí tu nahromaděnou energii  
dostat ven, proto si třeba udělá kliky. Z. také kromě sprchy pomáhá,  
když sní čokoládu a nebo si popláče. Mm. své chutě zesměšňuje, dělá si  
z nich legraci. Když byly intenzivnější, zaháněl je cvičením v posilovně.

- *Máte nějaké zájmy, koníčky?*

Je evidentní, že všichni dotazovaní se snaží nějakým způsobem plno-  
hodnotně trávit svůj volný čas. Každý má nějakou činnost, kterou rád  
dělá. A. s K. rádi jezdí na kole, k tomu A. chodí ještě plavat a K. si čte.  
Literatura, umění a filozofie baví také P., který by k tomu chtěl začít cvi-  
čit. M. před časem cvičila aerobik, ale nyní ji trápí nedostatek financí.  
Mm. pravidelně chodí do posilovny a v létě hraje fotbal, přes zimu rád hra-  
je počítačové hry. Z. baví výlety do přírody, ráda jezdí s kamarády na vodu  
nebo někam na „čundr“. K D. koníčkům patří především sledování filmů.

- *Co si myslíte, že Vás nejvíce motivuje k tomu, abyste nebral(a) drogy?*

A., D., K., M. a Z. nejvíce motivuje strach z minulosti. Bojí se toho, že  
by se jim vrátily psychické problémy a museli by žít tak, jak žili v době,  
kdy užívali drogy. Už to nechtějí zažít. A., D., K., M. a Z. motivuje také  
svoboda rozhodování a samostatnost, možnost získat to, co si přejí.  
D. je pak dále motivován svou každodenní abstinencí a podporou rodičů,  
kteří jsou na něj hrdí. I M. je zčásti motivována svou rodinou, nechce jim  
ublížit. P. nejvíce motivuje vědomí, že ještě může něco dokázat, baví ho

na sobě pracovat a ty výsledky ho motivují. Vize do budoucna motivují i D. Mm. je motivován hlavně svou dcerou a slibem, který dal svému umírajícímu otci.

Můžeme říci, že většina respondentů je motivována negativními vzpomínkami na minulost, mezi které zahrnují psychické problémy, neshody s rodinou, nedostatek peněz, nepohodlí a zaměřenost jen na drogu. Jako další motivy můžeme označit svobodu v tom, co dělají, vědomí, že mohou dosáhnout toho, co si přejí, jejich přítomnost, poohlédnutí nad tím, co již dokázali, a vize do budoucna.

- *Jaké máte plány do budoucna?*

Všichni dotazovaní mají spíše krátkodobé cíle, A. si chce dodělat sanitářský kurz a autoškolu a najít si stabilní práci. Ta je důležitá i pro D. a P., kteří si ji chtějí udržet. Řidičský průkaz si chce dodělat i M. K jejím dalším plánům patří i stěhování do vlastního bytu. Stěhovat se budou i Mm. se Z. Dva ze sedmi respondentů (Z. a P.) by si chtěli dodělat školu. Sportovat by chtěli začít D. a P. Z. by si chtěla koupit vlastní dům a založit rodinu. Mm. by si přál v nejbližší době strávit Vánoce v klidu. K. do budoucna nic neplánuje, spíše žije ze dne na den.

### **Závěr šetření a možná doporučení**

V závěru šetření bychom rádi odpověděli na otázky týkající se jeho cílů. Zajímalo nás, co bývalé klienty Doléčovacího programu P-centra Olo-mouc motivuje k abstinenci, jak se jim daří integrovat mezi běžnou populaci a jak jsou spokojeni se službami a terapeutů P-centra, popřípadě co by zlepšili. Dále jsme se ptali na to, zda by si klienti při odchodu z komunity dokázali poradit sami bez pomoci terapeutů a sociálních pracovníků Doléčovacího centra.

Ze šetření vyplývá, že většina respondentů je k abstinenci motivována především negativními vzpomínkami na minulost. Mezi ně patří hlavně psychické problémy spojené s užíváním drog, nedostatek financí, bydlení na ulici a absolutní podřízenost droze. K pozitivní motivaci můžeme zařadit jejich samostatnost, kontrolu nad sebou samým, vědomí toho, co už dokázali, a plány do budoucna. Velkou roli zde hraje i podpora rodiny.



Můžeme říci, že integrace proběhla hladce. Všichni dotazovaní si již během doléčování našli práci a vlastní bydlení, což jim v začleňování mezi běžnou populaci velmi pomohlo.

Se službami Doléčovacího centra P-centra jsou všichni spokojeni, nemají žádné výhrady a nic jim nechybělo. Kladně hodnotí především možnost chráněného bydlení a možnost popovídat si s terapeutem, kdykoliv je potřeba.

Co se týká přechodu do běžného života, většina bývalých klientů Doléčovacího centra P-centra Olomouc neví, zda by se dokázali do běžného života začlenit sami bez pomoci terapeutů. Nicméně čtyři respondenti ze sedmi si myslí, že by to nezvládli, a další tři se domnívají, že by to zvládli, ale bylo by to náročnější.

Je evidentní, že služby doléčovacích center jsou pro osoby přicházející z léčby velmi důležité. Většina respondentů zastává názor, že k jejich úspěšnému přechodu z chráněného prostředí do běžného života přispěla hlavně možnost mít se od čeho odrazit, což v tomto případě představuje doléčovací centrum a jeho chráněné byty. Vzhledem k tomu, že většina osob závislých na drogách nedělá nic jiného, než že shání drogy nebo peníze na jejich pořízení, neví, jak žít život bez drog, jak hledat práci a bydlení a jak trávit volný čas, který předtím neměli. Právě proto je pro ně pomoc sociálních pracovníků a terapeutů nezbytná. Díky těmto pracovníkům dostávají cenné rady, které jim pomáhají překonat už tak složitý přechod z léčebného prostředí do běžného, všedního života. Všechny dotazované osoby jsou rády, že doléčovací centra existují a jsou přístupná lidem přicházejícím z různých typů léčebných zařízení.

Pro naše šetření jsou neméně důležité i odpovědi na otázku zvládnutí cravingu a udržování abstinence. Každý z dotazovaných má určité techniky, které jsou pro něj efektivní. Někomu pomáhá jen změna myšlenek, přeměnění negativních myšlenek spojených s drogou na myšlenky s pozitivním laděním. U někoho změna myšlenek nestačí, musí např. změnit činnost nebo místnost, někdo se potřebuje fyzicky unavit. Velkému počtu lidí pomáhá kontakt s vodou, ať už jde jen o sprchu a nebo o odreagování v plaveckém bazénu. Co se týká udržování abstinence, základem je zvládnutí cravingu, výběr vhodné společnosti a každodenní motivace. Všichni bývalí klienti doléčovacího centra se snaží o udržení své práce, aby mohli mít své vlastní bydlení a byli samostatní. Dále dohlíží na to, aby jejich prostředí bylo „čisté“, vyhýbají se místům, které

by v nich mohly vzbudit závislost, to platí i u okruhu lidí, se kterými se stýkají. Podstatnou roli zde hraje i trávení volného času, zejména koníčky. Každý z respondentů se snaží najít nějakou činnost, kterou by mohl provozovat pravidelně. Některým se to již daří, jiní na svých zájmech stále pracují.

Vzhledem k tomu, že již při výběru respondentů byli všichni potenciální účastníci aktivní a o šetření se zajímali, lze předpokládat jejich zvýšenou motivaci k abstinenci.

#### 4.4

##### **Průzkumné šetření č. 3:**

##### **Kvalita doléčovacích programů pro muže závislé na alkoholu**

(Michal Růžička, Kateřina Opavová, 2013)

V současné době je na poli doléčovacích zařízení pro lidi se závislostí na alkoholu velké množství nabízených služeb. Tak jako jakékoli jiné služby se liší svou kvalitou. Kvalitu služby zdaleka neovlivňují jen Standardy kvality sociálních služeb uvedené ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb. k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Důležitým kritériem je také vnímání a hodnocení kvality služby samotnými uživateli. Na základě takového hodnocení si může doléčovací zařízení samo vysledovat a zhodnotit, jak velká je efektivita jednotlivých služeb nebo chodu zařízení jako celku. Takovéto průzkumy nejsou nikde standardizovány, a tak jejich zavádění do praxe jsou na zvážení a posléze v rukou jednotlivých zařízení, pokud o to sama mají zájem. V praxi se spíše můžeme setkat s tím, že doléčovací zařízení si výzkum podobného charakteru nedělají. Proč tomu tak je, je otázkou do diskuze.

Přítom efektivita doléčovacích zařízení může mít přímý vliv na podporu klienta v jeho abstinenci, ať už v pozitivním nebo negativním slova smyslu. Proto se jeví jako důležité věnovat problematice efektivit doléčovacích zařízení zvýšenou pozornost.

Hlavní cíl šetření je postaven na otázkách „Jaká je efektivita doléčovacích zařízení v očích klientů?“, „V jakých kategoriích mají doléčovací zařízení mezery a v čem by se měla zlepšit, aby efektivita zařízení byla pokud možno co nejvyšší?“. Jak už bylo výše zmíněno, podpora

abstijnujícího jedince závislého na alkoholu může hrát velmi důležitou, ne-li zásadní roli v udržení abstinence a zdravějšího způsobu života. Míra a kvalita podpory je přímo úměrná její efektivitě. Cílem šetření se tedy zcela pochopitelně stala analýza uvedené efektivity.

## Stanovení hypotéz

Hypotézy byly stanoveny tak, aby za jejich pomoci bylo možné popsat, jaká je efektivita doléčovacích zařízení (dále DZ) z pohledu klientů využívajících jejich služeb. Na základě níže uvedených hypotéz byl sestaven dotazník.

**H1:** Klientů, kteří se o existenci DZ dozvěděli od lékaře, není statisticky významně více než klientů, kteří se o existenci DZ dozvěděli z jiných zdrojů.

**H2:** Není statisticky významný rozdíl mezi potřebami klientů a nabídkou služeb konkrétního DZ.

**H3:** Pro klienty bez konkrétních zkušeností s DZ je důležitost nabízených parametrů služeb srovnatelná jako u klientů navštěvujících již konkrétní zařízení.

**H4:** Není statisticky významný rozdíl v závislosti na osobě terapeuta mezi klienty, co jsou v DZ poprvé, a těmi, co navštívili DZ vícekrát.

**H5:** V hodnocení standardních a nadstandardních služeb není statisticky výrazný rozdíl mezi klienty s vysokoškolským vzděláním a klienty s nižším vzděláním.

**H6:** Není statisticky výrazný rozdíl v porovnání důležitosti služeb DZ mezi klienty pocházejícími z menších obcí a klienty ze středně velkých a velkých měst.

Jako metoda šetření byla zvolena metoda dotazníková.

## Průzkumný soubor

Šetření se snaží za pomoci výzkumných metod odpovědět na hlavní otázku „Jaká je efektivita doléčovacích zařízení očima jejich klientů?“. Zkoumanou skupinou se tak zcela logicky stali klienti doléčovacích zařízení, a to jak klienti současní, tak klienti budoucí i minulé.

Jedná se o muže starší 45 let využívající služeb doléčovacího zařízení, popř. muže, kteří jejich služeb využili v minulosti a nadále takových

služeb nevyužívají, nebo naopak muže v daném věku, kteří o využití služeb doléčovacího zařízení teprve uvažují. Dalším společným jmenovatelem sledovaného souboru je fakt, že se jedná o muže, kteří využívají služeb různých doléčovacích zařízení pouze v Moravskoslezském a Ústeckém kraji. Jedná se o regiony s vysokou mírou sociálního rizika. Sběr dat probíhal pomocí vyplňování dotazníku. Respondenti byli informováni o anonymitě dotazníku, stejně tak byli seznámeni s možností kdykoli od vyplňování dotazníku bez jakéhokoli odůvodnění upustit.

## Závěr

Hypotéza H<sub>1</sub>: Klientů, kteří se o existenci doléčovacího zařízení dozvěděli od lékaře, není statisticky významně více než klientů, kteří se o existenci doléčovacího zařízení dozvěděli z jiných zdrojů, se nepotvrdila. Je na první pohled zřejmé, že téměř 89 % respondentů se o existenci doléčovacího zařízení dozvěděla od lékaře. Možnou odpovědí na otázku, proč tomu tak je, je finanční rozpočet jednotlivých doléčovacích zařízení. Propagace zařízení a jeho služeb by byla jistě záslužná činnost, nicméně v dnešní době, kdy se většina doléčovacích zařízení potýká s akutním nedostatkem peněz, je záležitostí značně složitou.

Ani druhá hypotéza nemohla být přijata. Jedná se o hypotézu H<sub>2</sub>: Není statisticky významný rozdíl mezi potřebami klientů a nabídkou služeb konkrétního doléčovacího zařízení. Z uvedených výsledků lze vyčíst, že v porovnání potřeb klientů a nabídkou služeb doléčovacího zařízení nabídka značně pokulhává. Do určité míry by se dalo počítat s možností náhody nebo jednoduchou nespokojeností s jedním jediným konkrétním zařízením. Nicméně u tak vysokého počtu osob je to nepravděpodobné, nikoli však nemožné.

V pořadí třetí hypotéza, porovnávající důležitost nabízených služeb u klientů bez konkrétních zkušeností s doléčovacím zařízením a pravidelnými klienty, opět nemohla být přijata. Výsledky chí-kvadrátu jednoznačně potvrzují, že hodnocení důležitosti jednotlivých parametrů služeb je u takových klientů rozdílné. Vyplněné dotazníky navíc naznačují, že větší váhu parametrům služeb přikládají klienti, kteří již mají s doléčovacími zařízeními zkušenost.

Hypotéza H<sub>4</sub>: Není statisticky významný rozdíl v závislosti na osobě terapeuta mezi klienty, co jsou v doléčovacím zařízení poprvé, a těmi, co

navštívili doléčovací zařízení vícekrát. Byla rozdělena na 3 subhypotézy. Jednotlivé subhypotézy se týkají osobnosti terapeuta, věku terapeuta a jeho vzdělání. Jednotlivé subhypotézy byly na základě výpočtů přijaty, proto i hlavní hypotéza H<sub>4</sub> byla přijata. Potvrzená hypotéza dokazuje, že terapeut je velice důležitou součástí doléčovacího zařízení, na které leží největší váha zodpovědnosti. Překvapivé jsou ale jednotlivé výsledky u subhypotéz. Ukazují totiž, že respondentům velmi záleží na věku terapeuta, zatímco vzdělání je pro ně důležité středně nebo méně. Položku zaměřenou na věk terapeuta jsme do dotazníku zařadili na základě inspirace několika probandů ve průzkumné sondě předcházející samotné šetření. Nečekali jsme ovšem, že věk terapeuta bude mít tak výrazný vliv. Bylo by jistě zajímavé učinit průzkum toho, zda klienti preferují terapeuta mladšího či staršího, než jsou oni sami, popř. zda preferují terapeuta přibližně ve stejné věkové kategorii a proč.

I zbývající hypotézy s označením H<sub>5</sub> a H<sub>6</sub> byly přijaty. Dle výsledků tedy velikost obce, v níž klient doléčovacího centra žije, ani stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání nemají vliv ani na hodnocení standardních a nadstandardních služeb, ani na preference jednotlivých služeb.

## 4.5

### **Průzkumné šetření č. 4:**

#### **Kvalita života klientů v doléčovacích programech z pohledu pracovníků**

(Michal Růžička, Miluše Hutýrová, 2013)

#### **Cíle šetření, metoda a průzkumný soubor**

Cílem šetření je deskripce pohledu pracovníků v následné péči na čtyři faktory kvality života klientů. Jsou jimi bydlení, práce, vztahy a volný čas. Jedná se o jediný praktický výstup této kapitoly mapující kvalitu života klientů z pohledu jejich odborných garantů – terapeutů.

Průzkumnou metodou byl zvolen dotazník, který byl rozdán pracovníkům doléčovacích center na společném setkání. Dotazník vyplnilo osm pracovníků různých doléčovacích programů.

## Výsledky šetření

*Bydlení* V otázce bydlení na doléčovacím programu panovala mezi respondenty šetření převážně shoda.

Většina respondentů se shoduje na standardní délce bydlení, šest měsíců. Jeden respondent uvádí optimální délku doléčování osm měsíců až jeden rok. Kvalitu bydlení shledávají pracovníci především v provozování chráněného bytu či domu na půl cesty.

Většina respondentů se dále shoduje na důležitosti pravidel, která by měla být v bytě podporovaného bydlení, tj. noční příchody – omezení pro návrat, otevřenost pro návštěvy a možnost přespaní, pořádek – systém, zákaz alkoholu a drog, sankce proti projevům agrese a násilí. Na tato pravidla by pak měl ideálně dohlížet provozovatel ve spolupráci s pověřeným klientem. Částku, kterou by klienti měli přispívat na chráněný byt, vidí pracovníci ve výši 2500–3500 Kč.

*Práce* V položkách týkajících se zaměstnání klientů jsme v odpovědích našli drobné rozdíly. Šest pracovníků se domnívá, že klienti vědí, kde práci hledat (2× odpovědi ano, 4× spíše ano). Naopak dva pracovníci jsou názoru, že to klienti spíše nevědí. Podle pěti dotazovaných mají také klienti představu, co by chtěli dělat, naproti třem, kteří si to nemyslí. V otázce, zda si mohou práci vybírat (s ohledem na vzdělání, zdravotní stav, trh práce), jsou odpovědi rozděleny přesně na půl. Dle názorů pracovníků mají klienti možnost změnit profesi (rekvalifikace atd.). Představy o mzdě klientů jsou dle respondentů následující: nekvalifikovaná práce do 15 tis. Kč, kvalifikovaná práce kolem 20 tis. Kč, odborná práce 30 tis. Kč a více.

*Vztahy* Odpovědi na otázku, zda klienti během svého pobytu na doléčovacím centru navazují kamarádské vztahy, jsou opět rozděleny na půl. Naopak partnerské vztahy jsou dle výsledku šetření navazovány mnohem častěji (šest respondentů). Stejně tak klienti dle většiny odpovědí plánují dlouhodobý partnerský vztah.

*Volný čas* V otázce volného času se odpovědi dosti liší. Toto téma je velmi aktuální, ukazuje se, že klienti přicházející z komunit mají v rámci jeho organizace větší úspěch než klienti přicházející z psychiatrických

léčben. Napříč dotazovanými existuje shoda, že kvalita trávení volného času je přímo úměrná úspěšnosti abstinence. Řada doléčovacích programů vychází v tomto ohledu klientům vstříc a směřují je k nejrůznějším aktivitám, jako jsou turistika, vodáctví, umění atd.

## Diskuze

Ve světě již proběhla celá řada výzkumů týkajících se významu léčby závislosti bez ohledu na to, zda se jedná o detoxikaci, pobytovou nebo ambulantní léčbu či doléčování. Je to například americký výzkum DATOS (Drug Abuse Treatment Outcomes Study) nebo anglický NTORS (National Treatment Outcomes Research Study) (Radimecký, 2009). V ČR jsou to pak výzkumy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Tyto výzkumy ukazují, že léčba uživatelů drog je účinná, potřebná a každopádně se státům vyplatí. Pokud se klientům nepodaří setrvat v abstinenci, alespoň dojde ke zlepšení jejich zdravotního a sociálního stavu natolik, že méně vyžadují další odbornou péči. Většina uživatelů, kteří projdou léčbou, se chová méně rizikově a je u nich tendence k dřívějšímu nástupu k opakované léčbě v případě recidivy. Na výše zmíněných webových stránkách adiktologie (Radimecký, 2009) se také dočteme, že americký i anglický výzkum došly ke stejným závěrům, co se týká následné péče o závislé osoby. Podle nich doléčovací programy mohou zvýšit úspěšnost léčby, tzn. udržení dosažených změn, především abstinence, až o 80 %. Důvodem je již několikrát výše zmíněná pomoc při přechodu z režimové léčby do podmínek běžného života, poskytnutá psychická podpora při překonávání problémů běžného života.

Mezi zajímavé práce realizované na Univerzitě Palackého patří výzkum Evy Maierové (2009). Ta zkoumala motivaci osob závislých na návykových látkách v diplomové práci *Motivace uživatelé návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě*.

Autorka svůj zájem směřuje především k osobám ženského pohlaví. Ve svém výzkumu se snaží zjistit, jakou motivaci mají klientky v nařízené ochranné léčbě a jakou v dobrovolné léčbě. Z odpovědí získaných pomocí dotazníku a polostrukturovaného interview bylo zjištěno, že větší motivaci k léčbě mají ženy, které se léčí na základě vlastního rozhodnutí, čili dobrovolně.

Klientky léčící se v dobrovolné léčbě jsou nejvíce motivovány lepším

se duševním zdravím (86 %) a vztahy (83 %), dále sem patří pracovní oblast (69 %), životní úroveň (68%), právní záležitosti (49 %) a tělesné zdraví (47 %). Respondentky nařízené ochranné léčby k léčbě nejvíce motivují vztahy (68 %), pak duševní zdraví (61 %), pracovní oblast (52 %), životní úroveň (51 %), právní záležitosti (45 %) a tělesné zdraví (43 %).

U obou skupin lze v motivační struktuře sledovat jistou shodu. Ná-zory se liší pouze u motivačních oblastí týkajících se duševního zdraví a vztahů, kdy největším motivačním faktorem u dobrovolných klientek je duševní zdraví, zatímco u klientek umístěných v ochranné léčbě jsou na prvním místě lepší vztahy.

Dalším předmětem výzkumu byli terapeuti pracující v organizacích zajišťujících dobrovolnou léčbu a terapeuti pracující v nařízené ochranné léčbě. V tomto směru byl zájem zaměřen na konfrontaci názorů terapeutů na motivaci v léčbě se získanými odpověďmi dotazovaných klientek.

Podle terapeutů ochranné léčby existují u klientů tři typy motivů. Prvním z nich jsou motivy vnější, týkající se vztahů s rodiči a blízkými lidmi, kam patří asi 70 % klientek. Dalšími motivy jsou děti a klientky samotné. To samé lze pozorovat i u klientek dobrovolné léčby. V obou případech se klientky do léčby dostávají většinou na popud někoho jiného nebo v důsledku nepříznivých okolností, u klientek ve vězení je to trestný čin a u dobrovolných klientek jde o nátlak rodičů, známých nebo nepříznivou finanční situaci. Zpočátku je tedy jejich motivace vnější a negativní, až v průběhu léčby se začne měnit na vnitřní a pozitivní.

Pokud se pokusíme shrnout námi prezentovaná šetření, tak z odpovědí klientů v průzkumném šetření č. 1 vyplývá, že doléčovací programy pomáhají klientům nalézt práci a přátele mimo drogovou scénu. To jsou dva zásadní pilíře úspěšné sociální rehabilitace.

Výzkumné šetření č. 2 bylo zaměřeno na motivaci k abstinenci, a to u absolventů Doléčovacího centra v olomouckém P-centru. Na pohlaví respondentů nebyl kladen důraz, čili dotazování byli jak muži, tak ženy ve věkovém rozpětí 24–35 let. Větší zastoupení však měli muži.

Z výsledků získaných pomocí polostrukturovaného interview bylo zjištěno, že dotazovaní jsou k abstinenci motivováni hlavně negativními zkušenostmi, které získali v době závislého chování. Zde můžeme zařadit psychické a zdravotní problémy spojené s konzumací drog, nespokojivou finanční situaci, bydlení na ulici, špatné nebo žádné vztahy s rodinnými příslušníky či blízkými osobami a podřízenost droze. Jako



pozitivní motivaci k abstinenci můžeme uvést samostatné chování, sebekontrolu, dosažené úspěchy v léčbě, plány do budoucna a pozitivní vztahy s blízkými lidmi. Zde můžeme sledovat určitou podobnost s výsledky výzkumu Evy Maierové.

Dalšími otázkami týkajícími se našeho šetření jsme se snažili zjistit, zda by se klienti Doléčovacího centra P-centra Olomouc dokázali integrovat mezi běžnou populaci bez pomoci terapeutů a zda byli se službami této organizace spokojeni.

Z výsledků šetření č. 3 vyplývá, že existuje významný rozdíl mezi potřebami klientů a tím, co reálně doléčovací centra nabízejí. Jinak řečeno, šetření odhalilo disproporce mezi tím, co klienti chtějí a potřebují, a tím, s čím se setkali v konkrétním zařízení. Jako možné východisko se jeví pravidelné průzkumy této problematiky jednotlivými doléčovacími zařízeními, a pokud by to bylo možné a účelné, pozměnit nabídku, příp. parametry svých služeb. Rovněž se ukázalo, že důležitost nabízených parametrů služeb je srovnatelná u klientů, kteří už někdy služeb doléčovacího zařízení využili, u těch, kteří navštívili doléčovací zařízení poprvé. Bylo by zřejmě užitečné věnovat více pozornosti jak nově přichozím klientům, tak i těm stávajícím, především v oblasti jednotlivých parametrů služeb za účelem větší důvěryhodnosti a tím i podpory služby. Dále bylo zjištěno, že nezáleží na tom, zda jsou klienti v doléčovacím zařízení poprvé či zda do něj docházejí pravidelně, závislost na osobě terapeuta je neměnná. Výsledky šetření ukazují, že terapeut je v doléčovacím zařízení stěžejním bodem pro své klienty, a na této skutečnosti se v průběhu doléčování nic nemění. V neposlední řadě se šetření zabývá tím, zda jsou spojitosti mezi hodnocením služeb doléčovacího zařízení a jejich důležitosti a vzděláním a místem bydliště klientů. Ukázalo se, že se výrazné rozdíly mezi zmiňovanými charakteristikami nevyskytují.

Poslední průzkumné šetření (č. 4) se zabývalo pohledem pracovníků doléčovacích programů na čtyři kritéria kvality života u klientů. Jednalo se o bydlení, práci, vztahy a volný čas. Z výsledků šetření vyplývá, že by za správu chráněného bydlení měl nést zodpovědnost provozovatel s jedním z pověřených klientů. Jedná se o v praxi často užívaný postup.

Zajímavé jistě je, že i přes dopady ekonomické krize mají klienti představu o zaměstnání a řada z nich si zaměstnání také dokáže najít a udržet. V rámci vztahů plánují klienti dlouhodobý vztah. Nový stálý partner je často motivačním prvkem pro nový život bez drog.

V otázce volného času se odpovědi dosti liší. Toto téma je velmi aktuální, ukazuje se, že klienti přicházející z komunit mají v rámci organizace volného času větší úspěch než klienti přicházející z psychiatrických léčeben. Napříč dotazovanými existuje shoda, že kvalita trávení volného času je přímo úměrná úspěšnosti abstinence. Řada doléčovacích programů vychází v tomto ohledu klientům vstříc a směřuje je k nejrůznějším aktivitám, jako jsou turistika, vodáctví, umění atd.

## 4.6

### **Průzkumné šetření č. 5:**

#### **Využití metod měření kvality života při evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách**

(Julie Wittmannová, Petr Šeda, 2012)

#### **Cíl šetření a výzkumné otázky**

Odborná pracoviště nabízející programy pro osoby se závislostmi dodržují standardy kvality poskytovaných služeb, jejichž součástí je i evaluace. Cílem práce bylo obohatit evaluaci následné péče osob se závislostmi o sebeposuzovací metody měření kvality života a ověřit, zda dotazníky, které měří kvalitu života, přinesou relevantní informace pro evaluaci programu doléčování a chráněných bytů. Byly vybrány dvě metody, a to metoda SQUALA (Dragomirecká a kol., 2006) a metoda SEIQoL (Křivohlavý, 2003). Metoda SQUALA byla vybrána z důvodu velkých zkušeností z praktického využívání v ČR a možnosti využití orientačních populačních norem pro vyhodnocení. Metoda SEIQoL byla vybrána pro schopnost měřit subjektivně chápanou míru kvality života užitím vlastního systému hodnot evaluované osoby.

Výzkumný cíl je řešen prostřednictvím výzkumných otázek:

1. Jsou zvolené dotazníky kvality života přínosné pro evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách?
  - a) Jsou dotazníky schopny postihnout případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během programu následné péče osob závislých na návykových látkách?
  - b) Přinášejí škály obohacující evaluační informace pro zkvalitnění programu následné péče osob závislých na návykových látkách?

2. Hodnotí dotazníky SQUALA a SEIQoL stejné či podobné oblasti kvality života, jsou zástupné?
3. Jsou vstupní a výstupní hodnoty klientů u dotazníků SQUALA podobné jako výsledky orientačních populačních norem?

Následující text je zpracován za pomoci výstupů z bakalářské práce Šedy (2012) a příspěvku pro konferenci *Dokážu to? Teorie a praxe léčby závislosti* od autorů Šedy a Wittmannové (2012).

## Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili klienti Doléčovacího centra P-centra v Olomouci z programu následné péče a chráněného bydlení. Výzkumu se účastnili všichni klienti zmíněných programů P-centra, postupně tak, jak vstupovali do programu a vystupovali z něj. Celkem se účastnilo výzkumu 22 osob. Počty klientů (rozdělení dle pohlaví), kteří vyplnili dotazníky SQUALA a SEIQoL při vstupu a někteří i při výstupu z programu, vidíme v tabulce č. 2. Rozdíl v počtu obou vyplněných dotazníků při vstupu a výstupu je dán předčasným odchodem klientů z programu, část klientů také stále v programu zůstává. Počet klientů, kteří byli diagnostikováni na vstupu i výstupu u obou dotazníků, je 11.

Věkový průměr všech zúčastněných klientů byl 34 let, nejstarší bylo 52 let a nejmladší zúčastněné 22 let. Nejpočetnější skupinou, podle typu udané primární látky, na níž byli klienti závislí, byl pervitin (12).

počet osob	SEIQoL		SQUALA	
	vstupní data	výstupní data	vstupní data	výstupní data
muži	16	7	14	7
ženy	6	4	5	4
celkem	22	11	19	11

Tab. 2: Přehled respondentů se vstupními a výstupními daty

## Použitá metody

**Metoda SEIQoL** (Křivohlavý, 2002, 2003; O'Boyle, McGee & Joyce, 1994). V pojetí této metody je kvalita života čistě individuálním pojmem, není všeobecně platná pro všechny lidi. Dotazovaný sám rozhoduje o tom, co je pro něj důležité, jak sám chápe, definuje, jaký má žebříček hodnot.

Administrace probíhá formou polostrukturovaného rozhovoru, tazatel se ptá na pět nejdůležitějších aspektů, životních cílů. Na tyto aspekty či jak uvádí Křivohlavý tzv. „cue“, které překládá jako „životní cíle“, se můžeme ptát otázkou „Co co ti v životě nejvíce jde?“, „co je pro tebe, důležité?“. Příklady takovýchto životních cílů jsou: rodina, manželství; zdraví; duševní pohoda; duchovní život; vztahy mezi lidmi; práce na sobě; kultura; sport aj. (Křivohlavý, 2002, 173). Posléze se jednotlivým aspektům přisuzuje důležitost, kdy dotázaný má přisoudit vybraným tématům procentuální podíl ze 100 % podle důležitosti či významu. U každého uvedeného tématu uvede také míru uspokojení, výzkumná otázka zní: „Jak jsem v jednotlivém tématu či cíli spokojen v jeho naplnění či splnění?“, kdy dolní hranice 0 % vyjadřuje naprosté zklamání či nenaplnění a hodnota 100 % naopak vyjadřuje ideální stav, kde není co měnit k lepšímu (Křivohlavý, 2003, 243–245).

Metoda SEIQoL se vyhodnocuje tzv. *SEIQoL indexem* (celková úroveň kvality života) – vynásobíme u jednotlivých témat hodnotu důležitosti hodnotou spokojenosti a všechny tyto hodnoty následně sečteme. Aby výsledná hodnota byla v rozmezí od 0 do 100, vydělíme jí 100 (Křivohlavý, 2002).

**Dotazník SQUALA** vznikl ve v Nice (Francie), v českém prostředí se mu věnuje zejména Dragomirecká s kolektivem (2006), která připravila českou verzi tohoto dotazníku. Dotazník se skládá z původních 23 oblastí, které jsem rozšířil o dalších 7 oblastí dle adaptované verze dotazníku SQUALA (Vavrečková-Salihová, 2008, 85). Respondent ke každé z 30 oblastí vymezuje osobní důležitost přiřádanou dané oblasti a následně i spokojenost. Důležitost i spokojenost vyjadřuje na 5bodové škále, která je vyjádřena slovně, od „nezbytné“, přes „velmi důležité“, „středně důležité“, „málo důležité“ až k „bezvýznamné“. Spokojenost se vyjadřuje od „zcela spokojen“ přes „velmi spokojen“, „spíše spokojen“, „nespokojen“ až k „velmi zklaman“ (Dragomirecká a kol., 2006, 64–65). Dotazník je sebesposuzovací, jeho vyplnění trvá obvykle 15–20 minut. Zjišťuje se aktuální stav.

Skórování dotazníku SQUALA:

a) *Profil parciálních skóre* – je součin skóre důležitosti a skóre spokojenosti, kdy je bodově ohodnocena: a) důležitost od „bezvýznamné“ = 0 po „nezbytné“ = 4; b) Spokojenost od „velmi zklamán“ = 1 po „zcela spokojen“ = 5. Celkové skóre se pohybuje od 0 do 20, pokud je oblast kvality života hodnocena jako bezvýznamná, pak se vůbec bodově nepočítá.

b) *Hrubé skóre dimenzí SQUALA* – průměrné hrubé skóre jednotlivých dimenzí, představují průměrné hodnoty položek příslušných každé dimenzi. Dimenze se skládají z jednotlivých položek parciálních skórů. Dimenze: 1) Abstraktní hodnoty; 2) Zdraví; 3) Blízké vztahy; 4) Volný čas; 5) Základní potřeby.

## Zpracování dat

Základní statistické charakteristiky byly zpracovány v programu Statistica. Proběhlo skórování dotazníků SEIQoL a SQUALA (SEIQoL Index; SQUALA parciální skóre a hrubá skóre jednotlivých dimenzí a celkové skóre). Při zjišťování rozdílů mezi vstupními a výstupními daty klientů se srovnávaly soubory jako celky, nepracovalo se s daty klientů jako jednotlivců. Pro zjištění, zda jsou škály citlivé a schopné odlišit změny v subjektivním hodnocení kvality života u klientů, jsme porovnali vstupní data s daty výstupními (pouze u 11 klientů). Byl použit parametrický t-test pro závislé soubory a dva testy neparametrické (znaménkový test a Wilcoxonův párový test) a hladina významnosti  $p \leq 0,05$ .

Pro zjištění, zda škály měří podobné dimenze kvality života, byla použita Spearmanova korelace vstupních a výstupních dat obou dotazníků.

Pro zjištění vztahu mezi nejčastěji zmiňovanými tématy v dotazníku SEIQoL a zaměřením programu doléčování v P-centru jsme jednotlivá témata (tzv. cue) z dotazníku SEIQoL utřídili sestupně, podle počtu jejich výskytu. Z analýzy dokumentů P-centra a literatury o doléčování (Kuda, 2000) vyplynula témata, na která je program doléčování primárně zaměřen. Témata z dotazníku SEIQoL i témata o doléčování byla podrobena vzájemnému srovnání.

Došlo k porovnání dimenzí vstupních a výstupních dat dotazníku SQUALA se souborem populační normy prostřednictvím hodnotové křivky ve spojnicovém grafu.

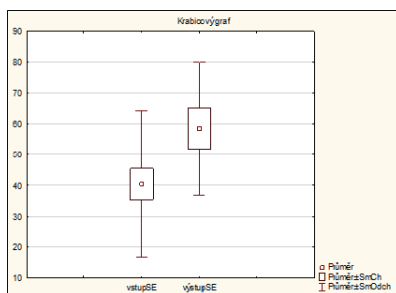
## Výsledky a diskuze

1) „Jsou dotazníky schopny postihnout případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během programu následné péče osob závislých na návykových látkách?“

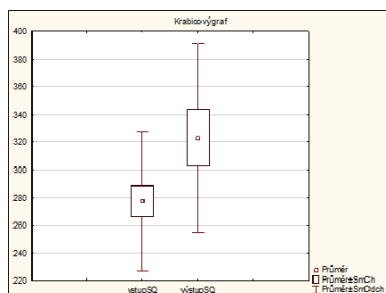
Výstupní data obou dotazníků vykazovala ve většině případů vyšší hodnoty než data vstupní. Výstupní data dotazník SQUALA byla vyšší u 91 % klientů (10 z 11). Dotazník SEIQoL tak jednoznačně výsledky neměl, vyšší hodnoty u výstupních hodnot než u vstupních mělo pouze 6 klientů z 11 (55 %), což nás překvapilo. Předpokládali jsme, že výsledky i u tohoto dotazníku vzrostou téměř u všech klientů. Jedním z důvodů může být úzké zaměření dotazníku SEIQoL na pět významných témat, která nemusejí vykazat během programu následné péče výraznější zlepšení mohou se i zhoršit. Individuální zaměření dotazníku SEIQoL koresponduje i s vysokými rozdíly mezi jednotlivými klienty, kdy SEIQoL index zaznamenal největší nárůst mezi vstupními a výstupními daty u jednoho klienta z hodnoty 10 na hodnotu 90 (o 800 %), největší pokles u jiného klienta o 55 %. U dotazníku SQUALA je největší nárůst mezi vstupními a výstupními daty o 40,5 % a u jediného poklesu jde o 21,4 %.

Na grafickém vyjádření rozdílů (viz grafy č. 1 a 2) lze vidět zvýšení subjektivně měřených hodnot kvality života jak u SEIQoL (obr. 9), tak SQUALA (obr. 10).

Provnáme-li oba grafy (obr. 9 a 10), můžeme vidět, že rozsah a směr růstové tendence je na podobné úrovni u obou analyzovaných dotazníků. Změna na vstupu a výstupu byla statisticky významná u dotazníku



Obr. 9: Vstupní a výstupní hodnoty SEIQoL



Obr. 10: Vstupní a výstupní hodnoty SQUALA

SQUALA (parametrický t-test pro závislé soubory na hladině významnosti  $p = 0,023$ ; znaménkový test na  $p = 0,016$  a Wilcoxonův párový test  $p = 0,041$ ).

Z důvodu malého výzkumného souboru nepracujeme s individuálními daty, nehledáme rozdíly mezi muži a ženami, nehledáme souvislosti mezi primární drogou či věkem. Přesto dotazníky nejlépe postihují změny v kvalitě života ve spojení se znalostí reálných osudů klientů a reálných změn v jejich životě po měřenou dobu. Sběr dat dále pokračuje a po pořízení dostatečného souboru dat bude možné zmíněné souvislosti analyzovat.

2) *„Přinášejí škály obohacující evaluační informace pro zkvalitnění programu následné péče osob závislých na návykových látkách?“*

Využití dotazníků kvality života přineslo z praktického hlediska nové informace a podněty do evaluace a potenciálně i pro práci s klienty. Klient při administraci dotazníku SEIQoL vybírá nejdůležitější aktuální oblasti či témata. Vybírá, co je pro něj důležité, pojmenovává to, přisuzuje důležitost a hodnotí, jak je v pro něj důležitém tématu spokojený. Tento proces může předcházet plánování jeho dalších kroků v léčbě či životě.

Významná témata, která klienti uvedli prostřednictvím dotazníku SEIQoL, korespondují se zaměřením programu P-centra (Kuda, 2000). V tabulkách č. 3 a 4 uvádíme 10 nejvýznamnějších témat seřazených sestupně podle počtu výskytu u klientů, rozdělených na vstupní a výstupní soubor. Prvních 5 nejvýznamnějších témat nám reprezentuje nejčastější možnou podobu volby tématu v dotazníku SEIQoL.

	V S T U P (22 klientů)		
průměr důležitosti	téma	průměr spokojenosti	Výskyt
22,0	práce	33,3	20
20,0	rodinné vztahy	35,7	14
20,4	partnerský vztah	35,1	12
16,0	bydlení	25,5	10
35,3	abstinence	76,7	9
18,1	volný čas	38,8	8
17,8	dluhy	10,8	6
23,8	zdraví	56,7	6
12,5	vzdělání	8,8	4
12,5	zvýšení vlast. schopností	40,0	4

Tab. 3: Významná témata SEIQOL, vstupní data

	V Ý S T U P (11 klientů)		
průměr důležitosti	téma	průměr spokojenosti	výskyt
20,0	práce	73,0	10
18,8	volný čas	53,8	8
25,0	partnerský vztah	37,0	6
21,0	rodinné vztahy	72,0	5
12,0	bydlení	64,0	5
18,8	zdraví	47,5	4
33,3	abstinence	80,0	3
17,5	založení vlastní rodiny	0,0	2
15,0	vztahy přátelské	30,0	2
15,0	vztahy obecně	95,0	2
25,0	dluhy	40,0	2

Tab. 4: Významná témata SEIQOL, výstupní data



## Významná témata v porovnání se zaměřením P-centra

- Práce – jedno z témat zaměření tematických skupin P-centra („Jak mluvit o své minulosti v zaměstnání“, „Zaměstnání, které splňuje vaše potřeby“, Zvládání problémů v zaměstnání“) (Kuda, 2000). Dále zaměření ranních skupin, které mají povinné klienti bez stálého zaměstnání. Skupina je zaměřena na plánování struktury dne při hledání zaměstnání. Dalším zaměřením přímo na práci je systematická sociální práce (sepsání životopisu, dovednosti k hledání práce atd.) (P-centrum, 2012).
- Volný čas – volnočasové aktivity jsou povinnou součástí strukturovaného programu doléčování, tzv. kluby. Další jsou i témata z tematické skupiny „Užívat si bez drog“ a „Navazování přátelství“ (Kuda, 2000).
- Partnerský vztah, rodinný vztah či obecně vztahy. Volitelnou součástí programu doléčování P-centra je párová a rodinná terapie, v modulech „Prevence relapsu“ (Kuda, 2000) najdeme tato témata: „Láska a intimní vztahy“, „Uspořádání zdravých vztahů“, „Témata léčení a rodina“ i „Navazování přátelství“ (Kuda, 2000).
- Bydlení – klient může využít souběžně s programem doléčování i bydlení v chráněných bytech, během doléčování pak hledá samostatné bydlení. Program chráněného bydlení je záměrně kratší o 2 měsíce, než je program doléčování, aby klient po přestěhování do samostatného bydlení měl možnost podpory skupiny a doléčování.
- Dluhy – na dluhovou oblast je zaměřena systematická sociální práce.
- Zdraví – program doléčování nevede jen k abstinenci, tedy neexistenci návykové látky v životě klienta, ale celý tým P-centra vede klienty ke zdravému způsobu života (stravování, spánková hygiena, kultura, volný čas, ekologie, kritické myšlení apod.). Toto

není zahrnuto v žádné metodice ani dokumentech, je to spíše součástí kultury organizace.

- Abstinence (od primární návykové látky) – základní předpoklad pro dokončení doléčovacího programu. Celoživotní trvalá abstinence od primární návykové látky je filozofií léčby závislosti na návykových látkách.

3) „Hodnotí dotazníky SQUALA a SEIQoL stejné či podobné oblasti kvality života, jsou zástupné?“

Každý z dotazníků hodnotí kvalitu života jinou formou a oba přinášejí důležité informace pro program následné péče. I při využití statistických metod (program Statistica) je korelace s využitím Spearmanova korelačního testu mezi dotazníky zanedbatelná.

Metoda SEIQoL je plně individuální, klient sám určí, jaká témata jsou pro něj důležitá. Tato metoda přináší nejen evaluační nástroj, ale i možnost využít vstupní diagnostikování jako podklad pro individuální plánování doléčování (CPPT, o. s., 2012). Nevýhodou u tohoto dotazníku je naopak omezenost na 5 nejdůležitějších témat, kdy se můžeme domnívat, že může dojít ke zkreslení výsledků. Klient může vybrat ty oblasti, o kterých si myslí, že jsou od něj očekávány (sociálně žádoucí odpověď). Dotazník SQUALA je podobného zaměření jako SEIQoL, ale více strukturovaný. Může být i citlivější použitím více oblastí (21–30), ale neposkytuje žádoucí individuální volbu témat. Na rozdíl od dotazníku SEIQoL existují pro dotazník SQUALA data od reprezentativního souboru, se kterým je možno získaná data porovnávat. Měli-li bychom se rozhodnout, například z časových důvodů, pro jeden, přikláníme se k použití dotazníku SEIQoL pro jeho individuální pojetí kvality života.

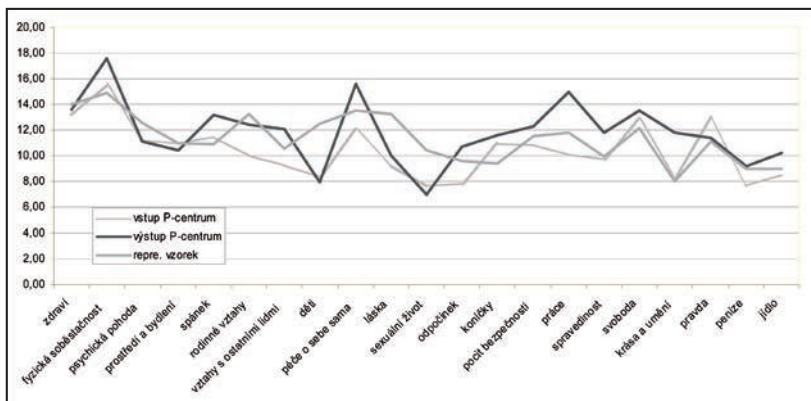
4) „Jsou vstupní a výstupní hodnoty klientů u dotazníku SQUALA podobné jako výsledky orientačních populačních norem?“

Výsledky dotazníku SQUALA je možné porovnat s reprezentativním vzorkem běžné populace. Aby porovnání vykazovalo relevantní hodnotu, upravili jsme dotazník (na 21 položek) podle Dragomirecké a kol. (2006, 22–28). Pro porovnání souboru P-centra a reprezentativního souboru běžné populace jsme použili data od 11 klientů, kteří prošli vstupní i výstupní diagnostikou SQUALA. Samozřejmě si uvědomujeme

orientační hodnotu srovnání, protože reprezentativní vzorek běžné populace je vytvořen z počtu 308 probandů a tento vzorek srovnáváme s 11 probandy našeho šetření.

Hodnoty pro porovnání z dotazníku SQUALA jsou: a) parciální skóre jednotlivých položek; b) hrubé skóre dimenzí.

U následujícího grafu (obr. 11) vidíme křivku složenou z průměrných parciálních skóre jednotlivých položek (čím vyšší hodnota, tím vyšší subjektivně prožívaná kvalita v jednotlivé oblasti), každá křivka představuje jeden soubor.



Obr. 11: Průměrné parciální skóre jednotlivých položek SQUALA, vzájemné porovnání

Z grafu je patrné, že vstupní i výstupní hodnoty jednotlivých položek mají podobnou křivku. Reprezentativní vzorek má tvar křivky odlišný (mimo posledních 6 položek), ale pohybuje se v podobné hladině hodnot jako oba soubory P-centrum.

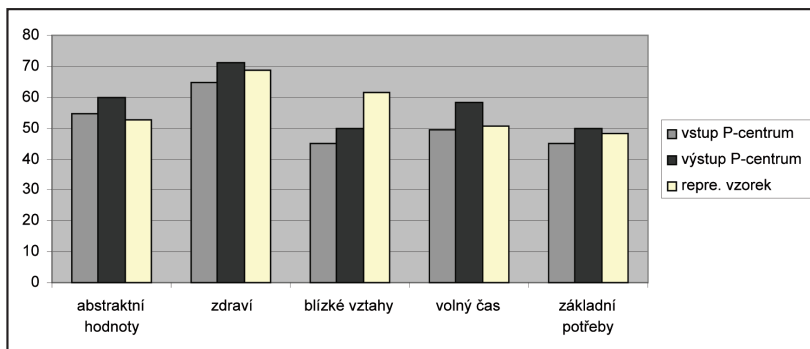
Pozorujeme však výraznější propad souboru P-centrum (vstupních i výstupních dat) u hodnot „děti“, „láska“ a „sexuální život“. Můžeme se domnívat, že důvod tohoto rozdílu u hodnoty „děti“ je ten, že výrazná část klientů buď děti nemá nebo nejsou v jejich péči a mnohdy jsou vztahy mezi klienty a jejich dětmi narušeny předchozí „drogovou“ minulostí. Hodnoty „láska“ a „sexuální život“ mohou být ovlivněny klientovou nově začatou životní etapou, kam patří i nově budované partnerské (sexuální) vztahy.

Rozdíl je také patrný u hodnoty „práce“, kde výstupní hodnoty souboru P-centrum jsou výrazněji vyšší než hodnoty vstupní. Výstupní hodnoty jsou také vyšší než u reprezentativního vzorku běžné populace. Můžeme předpokládat, že důvodem je získání zaměstnání v průběhu léčby v programu následné péče. Oproti stavu při nástupu do programu, kdy klienti přisuzují práci velkou důležitost, ale zatím nejsou většinou zaměstnaní, tudíž jsou v této oblasti obvykle nespokojeni.

Podíváme-li se na další graf (obr. 12), kde máme hodnoty seříděny do dimenzí dle klíče (Dragomirecká a kol., 2006, 29), tento předpoklad se částečně potvrdil. Graf porovnává hrubé skóre dimenzí (čím vyšší hodnota, tím vyšší subjektivně prožívaná kvalita v dané dimenzi) u vstupních a výstupních dat souboru P-centrum (11 klientů) a reprezentativní vzorek běžné populace (Dragomirecká a kol., 2006, 2).

Pokud se položky dotazníku SQUALA seřadí do dimenzí podle jejich zaměření, výsledné hodnoty ukazují, že lehce vyšší subjektivní hodnocení kvality života vykazuje soubor P-centrum při výstupu z programu ve většině oblastí. Hodnocení kvality života vzorku P-centrum při výstupu z programu je nižší pouze v oblasti „blízkých vztahů“ v porovnání s reprezentativním vzorkem běžné populace. Hodnoty při výstupu z programu jsou vůči reprezentativnímu vzorku běžné populace vyšší v oblasti abstraktních hodnot (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda) a v oblasti volného času (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky).

Můžeme se domnívat, že oblast „abstraktní hodnoty“ klienti hodnotí jako důležitou a cítí se v této oblasti spokojeni z důvodu, že opustili



Obr. 12: Porovnání hrubých parciálních skóre u dimenzí

předchozí nezdravý životní styl, zvládají žít se svou závislostí, z toho důvodu jsou pro ně tyto hodnoty (bezpečí, spravedlnost, svoboda, pravda) důležitější a jsou v nich více spokojeni než běžná populace (rozdíl není statisticky významný). Dalším důvodem může být i deprivace v jiných oblastech, proto mohou být více ceněny „abstraktní hodnoty“. U oblasti volného času vykazoval vzorek P-centrum u výstupu z programu vyšší hodnocení kvality než vzorek reprezentativní. Smysluplné trávení volného času, ke kterému jsou během programu vedeni, je jedním z předpokladů fungování klienta v běžném životě. Tento běžný život je ve srovnání s jejich předchozími životy „nudný“ a klienti mohou předpokládat, že je pro ně oblast volného času důležitá.

Příčinou obecně vyššího hodnocení kvality života ve většině oblastí, může být klientovo pozitivní očekávání běžného života a i klientovou „euforie“ po dokončení programu doléčování, kterým završil celé dosaavadní léčení své závislosti (celková doba léčebného procesu se obvykle pohybuje v rozmezí 9–18 měsíců).

Propad obou vzorků P-centrum vůči běžné populaci v oblastech blízkých vztahů je možné vysvětlovat klientovou začínající novou životní etapou, kde obvykle chybí partner a blízcí přátelé, neboť klienti měli rozvinuté vztahy v nezdravém drogovém prostředí a se začátkem nové životní etapy hledají nové zdravé sociální kontakty, včetně partnerů a blízkých přátel, což potvrzují i mnozí autoři (Kalina, 2008; Kuda, 2000; Makovská & Dolanská, 2007).

## **Závěr**

Cílem práce bylo ověřit, zda dotazníky, které měří kvalitu života, přinesou relevantní informace pro evaluaci programu doléčování a chráněných bytů. Téma práce vyšlo z potřeb konkrétního pracoviště, P-centra v Olomouci, kde následně probíhal i výzkum. Byly vybrány dvě metody, dotazník SQUALA (Dragomirecká a kol., 2006) a metoda SEIQoL (Křivoňavý, 2002, 2003), které se často používají pro evaluaci ve zdravotnickém prostředí.

Z šetření vyplývá, že použité metody jsou vhodné jako nástroj evaluace následné péče. Při nutnosti volby mezi metodami se kloníme k užívání metody SEIQoL. Významná témata, která klienti uváděli nejčastěji v rámci dotazníku SEIQoL, se shodují se zaměřením programu následné

péče P-centra. Navíc nám daný dotazník přináší možné podklady pro individuální plánování doléčování klientů. Metoda SEIQoL svým zaměřením na čistě individuální pojetí kvality života dobře zapadá do konceptu doléčování, kam přicházejí klienti s různými specifickými potřebami (dle návykové látky, typu předchozí léčby, věku, příchod z výkonu trestu a jiné).

Porovnání dat uspořádané do dimenzí dle Dragomirecké a kol. (2006) z dotazníku SQUALA ukázalo, že klienti při výstupu z programu následné péče v P-centru v porovnání s reprezentativním vzorkem běžné populace hodnotí svou kvalitu života ve většině oblastí podobně jako běžná populace (lehce zvýšeno). Jen v oblasti „blízké vztahy“ hodnotí kvalitu života jako výrazněji nižší než vzorek běžné populace. Důvodem může být klientova začínající nová životní etapa, kdy hledá i nové „blízké vztahy“.

Práce je svým obsahem spíše pilotní studií, během výzkumu vyvstala řada otázek (souvislosti mezi věkem, pohlavím, předchozím typem léčby atd.). Další analýzou dat, které se nám v dalším období podaří získat, můžeme na tyto otázky hledat fundovanější odpovědi. Sběr dat dále pokračuje a bude zajímavé je konfrontovat výsledky této práce, kdy z důvodu menšího počtu ukončivších klientů nebylo možné zahrnout do výzkumu více než 11 (10) klientů, kteří měli kompletní vstupní a výstupní data. Bylo by vhodné klienty kontaktovat po 6 a 12 měsících od skončení programu a znovu diagnostikovat pomocí obou metod.

## 5

# Následná péče v kontextu genderové problematiky

### Uvedení do problematiky

*V úvodu do tématu následné péče v kontextu genderové problematiky jen pár slov o programu v Doléčovacím centru P-centrum Olomouc. Cílem programu je poskytnout péči osobám, které absolvovaly minimálně tříměsíční pobytovou léčbu. Program je koncipován pro heterogenní skupinu, kdy se na skupinách i ve volnočasových aktivitách potkávají muži i ženy společně. Téma této kapitoly začíná pohledem do gender problematiky z hlediska dostupných odborných zdrojů. Nahlédnutí do historie a do vybraných výzkumů z dostupných periodik má sloužit jako úvod k tématům, se kterými se na skupinách a individuálních sezeních s klienty v následné péči setkáváme.*

### 5.1

#### Gender problematika v oblasti péče o lidi se závislostí

Dle časopisu Gender, rovné příležitosti, který je u nás vydáván od roku 2000, je gender popisován jako pojem odkazující na sociální rozdíly (v protikladu k biologickým rozdílům) mezi ženami a muži. Dané rozdíly jsou kulturně a sociálně podmíněné, konstruované a mohou se v průběhu času měnit a různí se jak v rámci jedné kultury, tak mezi kulturami. Dané rozdíly nejsou závazné a nejsou neměnitelné. Gender problematika se postupně odráží v mnoha oblastech lidského působení, v neposlední řadě také v péči o ženy a muže se závislostí.

Pohled na ženu a muže se ve vývoji společnosti měnil a s ním také postavení ženy a muže v konkrétních kulturách. Heller (in Heller a Pecinová, 2011) se ve své publikaci vrací do dávné historie, aby poukázal na pradávno pohledy na mužskou a ženskou intoxikaci návykovou látkou. Vrací se do období uctívání boha Dionýsa, kdy způsob jeho oslavování byl spojen s rituály a stavy extáze. Lidé se v období těchto

slavností zbavovali starostí a zábran za pomoci pití vína. Tento rituál probíhal vždy jen jednou ročně a mohly se ho zúčastnit i ženy. Jejich role na slavnostech byla ovšem značně odlišná než role mužů. Heller se však zaměřuje na Dionýsa jako na představitele mužského principu. Mužův únik od reality v podobě opilství byl odpradáвна legalizován a společností tolerován oproti ženskému opilství či jiné změně vědomí za pomoci nějaké látky. Heller to prezentuje i poukázáním na zobrazení opilství Noemova, které Michelangelo ztvárnil na jednom z devíti obrazů Geneze v Sixtinské kapli.

„Muži se něco takového přece může stát, žena svá pohnutí musí zvládnout sama“ (Heller a Pecinovská, 2011, s. 30). Heller pak prezentuje ženskou snahu o změnu vědomí za pomoci přírodních drog na období středověku, kdy ženy, které měly co dočinění s přírodními drogami, za pomoci kterých docílily změnou stavu vědomí, byly označovány jako čarodějnice. Ženskou závislost tak popisuje jako potřebu osobního úniku (Heller a Pecinovská, 2011).

Hellerův pohled předkládáme jako ukázkou vnímání gender problematiky v souvislosti s historickým vývojem a přístupem společnosti k oběma pohlavím v kontextu užívání návykových látek.

Dvacáté století s sebou přineslo velké změny, především pak po světových válkách, kdy žena začala mít jiné postavení ve společnosti a tím i větší přístup k návykovým látkám, u nás zejména k alkoholu. V léčebnách lze pozorovat, jak se počet pijících žen a mužů měnil. V poválečném období počet žen, které se léčí se závislostí na alkoholu, stoupal. Na počátku 20. století byla přijata jedna žena do ústavní léčby na dvacet mužů (1 : 20). V šedesátých letech 20. století to pak byla jedna žena na patnáct mužů a v současné době je to jedna žena na sedm mužů, jak se zmiňuje Jelinek (in Heller a Pecinovská, 2011).

Problematika gender v souvislosti se závislostmi se v literatuře začala objevovat koncem osmdesátých let, a to v anglicky psaných periodikách, především díky odborníkům, kteří byli zastánci feministického hnutí (Vobořil in Kalina, 2000).

Vobořil (in Kalina, 2000), který se zabývá gender problematikou, vychází z výzkumů EMCDDA (Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu, které je podporováno EU). Zmíněná organizace se ve svých výzkumech mimo jiné zabývá problematikou ženské závislosti, kdy se např. zjistilo, že ženy s drogami začínají



poměrně dříve než muži. Důvodem je často starší partner, který partnerku k drogám přivede. V problematice závislosti žen je velkým tématem stigmatizace. Ženy se obávají být spojovány s drogovou závislostí, jelikož to daleko více ohrožuje jejich společenskou roli, než je tomu u mužů. Nálepka „závislá“ může velmi ohrozit jejich společenské postavení. Feministická hnutí upozorňují na kultury, které donedávna, či některé i dodnes, zakazují ženám rozkoš v podobě návykové látky – alkoholu. Postavení muže a ženy v dané společnosti a užívání návykových látek ženami bylo vnímáno jako překračování jejich role a postavení ve společnosti. S vnímáním ženy ve společnosti je pak úzce spojeno využívání služeb v oblasti drogové problematiky, které ženy vyhledávají podstatně méně než muži. Na drogové scéně se většinou objevuje jedna žena ku dvěma mužům, ve službách to však je jedna žena ku třem mužům, tedy podstatně méně žen využije podpory, jelikož by se tak vystavovaly sociálně daleko většímu tlaku než muž. U ženy se opakovaně mluví o tzv. dvojí deviaci, kdy neselhává „pouze“ jako osoba závislá na droze, ale selhává taktéž ve své roli manželky či matky (Vobořil in Kalina, 2000).

S otázkou přístupu k ženám-uživatelkám souvisí také téma týkající se zneužívání a fyzického násilí od svých partnerů. Traumata vzniklá tímto fungováním s muži si často řešila právě užíváním drog. Heller a Pacinová (Kalina, 2008) poukazují na problémové užívání benzodiazepinu ženami. Ženám jsou daleko častěji než mužům lékařem předepisovány léky na zklidnění, které užívají k „řešení“ svých vztahových problémů. Stejní autoři se také vyjadřují k motivaci žen k léčbě, která je komplikovaná strachem ze stigmatizace. Dané odkládání léčby často vede k vytváření života ohrožujícího stavu.

Neopomenutelným tématem v oblasti užívání drog je komorbidita. Duální diagnóza se objevuje téměř u každého druhého uživatele návykových látek, kdy trpí nějakou duševní poruchou. Zde se právě nacházejí určitá specifika. Například u žen léčených s poruchami příjmu potravy bylo zjištěno mnohem větší procento zneužívání návykových látek. Studie Lisanskeho, Gomberga z roku 1996 (in Kalina, 2008) poukazují na velké procento (10–12 %) u žen trpících bulimií, které zneužívaly a byly závislé na amfetaminech či kokainu. Ženy právě dané látky využívaly ke kontrole své váhy. V případě vyhledání odborné pomoci zaměřené na závislost byla potřeba také znalost problematiky poruch příjmu potravy, které byly často příčinou užívání.

Ženy užívající drogy byly častěji zneužívány v dětství a dospívání, čímž se rozvinuly jejich psychické potíže, které řešily užíváním návykových látek (Rohsenow a kol., 1988, in Kalina, 2008). Vobořil (in Kalina, 2003) poukazuje na britské výzkumy zaměřující se na ženy a jejich využívání služeb, např. průzkum DAWN z roku 1996. Zjistil, že ve Velké Británii pouze 39 % léčeben nabízí gender skupiny. Upozorňuje také na fakt, že ženy v daleko větší míře vyhledaly pomoc u organizací zaměřených přímo na ženy. Vystoupit z anonymity a vystavit se tak stigmatizaci bylo pro ženu přijatelnější ve službě, která se prezentovala přímo jako „poradenství pro ženy“ (Department for Health, Vobořil in Kalina, 2008).

Pokud se zaměřujeme na gender problematiku, měla by zde být stejnou měrou zmíněna i témata mužů, kteří přicházejí do léčby. Této tematice se věnuje mnohem méně pozornosti. Galanter a Kleber (Vobořil in Kalina, 2008) se u mužů zmiňují o větším sklonu k sebevraždám, než je tomu u žen. Také mají častěji za sebou kriminální anamnézu a častěji trpí poruchami osobnosti disociativního rázu. De Leon (Vobořil in Kalina, 2008) se zmiňuje o tom, co již bylo možné výše vyčíst, a to že muži častěji nastupují na léčbu, ale také ji častěji dokončí. Na druhou stranu je mezi nimi více těch, kteří se k závislostnímu chování znovu vrátí.

Vobořil (in Kalina, 2008) popisuje v terapeutických komunitách psychologický profil mužů, kterým chybí pozitivní mužský vzor, zdravé vztahy se ženami i s muži. Mají sklon skrývat strach z intimity a sexuality, obavu připustit si vlastní sexuální zneužívání a mluvit o něm, větší sklony k agresivitě, ukazování vlastní dominance a neochota vyjadřovat vlastní emoce a odkrýt tak zranitelnost.

Pohlédneme-li však na gender problematiku z hlediska léčby, zjišťujeme, že muži i ženy potřebují stejnou citlivost s ohledem na jejich specifika.

Arbiter (Vobořil in Kalina, 2008) mluví o genderové citlivosti vůči ženám i mužům ve společné léčbě. Hovoří o léčbě, kde by měla být jak zkušenost žen, tak i mužů. Dle TCC je základní terapeutický přístup v léčení společný pro muže i ženy. V léčbě by se nemělo favorizovat ani potlačovat žádné z pohlaví. Jde o usilování o dialog, porozumění a zralou vzájemnost.

V následné péči poskytované Doléčovací centrem P-centra Olomouc se v rámci skupinového sezení setkáváme s následujícími tématy a problémy, které ženy a muži řeší. Témata však nejsou podmíněna

pouze pohlavím, ale také samozřejmě zkušeností a vlastní individualitou jedince.

## 5.2

### Aktuální témata v následné péči z hlediska gender problematiky

V následné péči, stejně tak jako v jiných oblastech lidského života, se objevují specifika ženského a mužského přístupu a řešení problematiky závislostí. V individuální i skupinové práci se liší problematika a přístup k ženám se závislostí od přístupu k mužům se závislostí. Menštinovou skupinou jsou také stále častěji se objevující témata přesahová, jako např. osoby s homosexuální orientací, transsexuálové a lidé s neujasněnou sexuální orientací, kterou začínají aktivněji řešit v následné péči. Nelze však gender odlišnosti v léčbě závislostí u následné péče redukovat pouze na téma sexuality, dotýkají se mnohem širšího spektra odlišností a specifických témat.

#### Odlišnosti u žen

Ženy, které se ocitají v programech následné péče, mívají některá specifická témata, která potřebují během programu v následné péči řešit. Hodně témat mají společných se skupinou mužů, kteří procházejí následnou péčí, například: najít si **práci** a obstát v ní, jak zaplnit **volný čas**, **vztahy** s blízkými – rodinou, přáteli, dětmi, partnery, jak předejít relapsu a návratu k životu se závislostí, jak si zabezpečit legální **finanční prostředky** k fungování při změně životního stylu. Tato témata jsou společná pro všechny skupiny klientů a na skupinách se objevují ve všech možných variantách.

Témata specificky ženská, představují oblasti **vztahu k vlastnímu tělu**, které nejsou tak aktuální a palčivé pro muže jako pro ženy. Bývá to téma „Jak se mít ráda“, související někdy s anorexií či bulimií. Průvodním znakem užívání některých drog, např. pervitinu, je snížená chuť k jídlu, zrychlený metabolismus a s tím spojený nižší příjem jídla. Pokud žena nebo dívka, zvyklá na svůj štihlý až vyhublý zjev, dokud je na pervitinu, začne abstinovat, velmi často se to projeví i na změně hmotnosti. To bývá

provázeno odporem k „novému tělu“, k jídlu a k tomu, jak ji nyní vnímá okolí. Reakcí na „tlusté tělo“ (což může být naprosto běžná váha pro ženy stejného věku) může být přechod na redukci příjmu potravy, k hladovění, používání legálních stimulantů (píjí třeba kávu a jiné metabolismus urychlující nápoje) nebo přímo k anorexii a bulimii. Je snadnější jíst a zpět vyzvrátit, když je zde prožitek „užít si beztrestně“ jídlo, ale zároveň zde není riziko zvýšení hmotnosti. V některých případech se ženy vracejí k braní drog právě proto, aby dosáhly nazpět svého hubeného zjevu a nemusely se potýkat s chutí na jídlo. Velmi bolestivé téma ve vztahu k vlastnímu tělu je způsob sexuálního chování v době závislosti. Objevují se traumata nezpracovaná, vynořují se popřené vzpomínky a ty někdy bývají zraňující a bolestivé. Mnohé ženy mají z doby závislosti na drogách zážitky znásilnění, zneužívání, prodávání svého těla za drogy a někdy i brutálního sexuální násilí. Tato témata se začínají objevovat v době nástupu do léčby, kdy však ještě zpracovávají témat více. Intenzivněji se některá témata objevují právě v době využívání následné péče. Mohou se objevovat i otázky, jak to žena se svou sexualitou vlastně má, jaká je její orientace. Specifickým tématem je téma role „hodná holka × rebel“. Dívky, často do určité doby bezproblémové, se občas pod vlivem drog po hlavě vrhají do rizikového chování a někdy platí i svým tělem. Po návratu k běžnému způsobu života potom obtížně hledají svou roli, protože jsou zvyklé se pohybovat pouze v kategoriích „hodná holka“ nebo „rebel“. Pokud jsem „hodná holka“, nechám si od okolí všechno líbit a neprosazuji své potřeby a zájmy (zde je míněno chování nejen ve vztahu k sexualitě) a potom ve mně narůstá vztek, odpor a naštvání. Což vede k braní drog, které mi pomáhají stát se „rebelkou“. Když jsem „rebelkou“, tak zlobím a říkám, co chci, co si myslím, beru si to, co právě chci, a když se ve mně probere „hodná holka“, mám z toho výčitky svědomí, stydím se a chci být zase „hodnou holkou“. Je to začarovaný kruh, ze kterého může pomoci jen ujasnit si vnitřně, jakou mám vlastně cenu, jaké je moje sebehodnocení a jak se prosazovat i jinak než za pomoci drog.

### **Odlišnosti u mužů**

Specifika léčby a odlišnosti mužů v následné péči spočívají především v tom, jak vnímají svou „cenu“ a jak se hodnotí ve vztahu k okolí, a to zejména k potenciálním partnerkám. Muži v následné péči často řeší

dilema spojené s **nedostatkem peněz**: „Nemůžu přece nikoho nikam pozvat a ani nikoho nového poznat, protože nemám peníze...“ Vede je to k pocitu méněcennosti, uzavírání se před okolím a zejména před novými vztahy. Jako by měli před sebou inzerát: „Narkoman/alkoholik s dluhy a bez perspektivy, který neumí mít vztahy, hledá ženu, která dodá vše chybějící.“ Je jasné, že na takto vnitřně formulované poselství se žádná „perspektivní“ partnerka neozve. Často jsou tito adepti v zájmu žen, které je chtějí „zachraňovat“ a samy mohou mít velmi složité pohnutky, proč tak činí. Důležitým tématem pro muže v následné péči bývají **značkové věci** jako punc kvality a určité výjimečnosti. Ve značkách oděvů a zboží tak mohou vidět zdánlivou kvalitu a záruku toho, že mají nějakou garantovanou cenu. Vychází to vlastně i z přírodních biologických zákonů: pokud je sameček hezky, zajímavě a pestře vybarvený, tím spíše upoutá potenciální samičku, a to je zárukou možného páření, rozmnožování a pokračování genů. Naprosto specifickým tématem v následné péči bývá také „**ztráta mocenské pozice**“. Někteří klienti-muži byli ve výlučném sociálním postavení, například „vařili drogy“, dealovali je. Byli „někdo důležitý“, mohli si koupit to, co chtěli a byli respektováni. V životě bez závislostí svou výlučnou pozici ztrácejí a nejsou nikým významným, jsou bez vlivu, bez moci. Ne každý muž zvládne tolik odlišnou sociální roli, která jej zařazuje jako běžného nevýznamného člověka.

## Závěr

Témata z hlediska gender problematiky v následné péči mají znatelně podobné rysy jako v jiných službách podporující osoby se závislostí. Následná péče má svá specifika a v určitých momentech řeší klienti podobná témata bez ohledu na gender problematiku. Klienti samozřejmě v rámci následné péče pracují také se svými tématy, která bývají podmíněna i gender problematikou. S každým pracujeme dle jeho možností a motivace a respektujeme jeho rozhodnutí přinášet dané problémy jak na skupinové sezení, tak na individuální sezení.

## 6

# Role výživy v léčbě osob s alkoholovou a drogovou závislostí

### Uvedení do problematiky

*Alkoholové nebo drogové závislosti jsou považovány za komplexní fyzické a psychické onemocnění. Z toho důvodu je nutné, aby rovněž léčba byla komplexní. Následující text se zaměřuje pouze na jednu specifickou součást komplexní léčby závislých – zkvalitnění výživy. Úpravou stravovacího režimu je možné snížit některé z častých zdravotních komplikací, které závislosti doprovázejí.*

Finnegan (1989) uvádí, že většina závislých trpí nejčastěji některou biochemickou, nutriční nebo metabolickou poruchou:

**Primárně nutričními nedostatky klíčových aminokyselin, vitamínů** (např. vitaminy skupiny B a vitamínu C) **a minerálních látek** (např. vápníku, hořčíku, železa a zinku).

**Sekundárně hypoglykemií** (snížená hladina krevního cukru), **onemocněním trávicího traktu**, jako je **porucha vstřebávání živin s následkem malnutrice** (podvýživa), **narušení mikroflóry střeva** (zejména ve smyslu přemnožení kvasinek). Častý je výskyt **zácpy** u uživatelů opiátů.

**Výjimečně potravinové alergie nebo intolerance** na kukuřici, pšenici, cukr a mléčné výrobky.

Bruha et al. (2009) dále rozšiřují zdravotní komplikace časté u alkoholové závislosti o **cirhózu jater, rakovinu úst, hrtanu, jícnu, žaludeční vředy a další nemoci gastrointestinálního traktu**. Dále autoři uvádějí, že játra jsou jedním z nejcitlivějších orgánů a při konzumaci alkoholu jsou výrazně ohrožena vznikem řady onemocnění, která se liší svou závažností a reverzibilitou.

## 6.1

### Onemocnění trávicího traktu

#### 6.1.1

#### Malnutrice

Podvýživou trpí lidé převážně v chudých zemích světa, kde je spojena s přírodními katastrofami nebo válečnými konflikty. I v našich podmínkách však existují početné skupiny obyvatel, do kterých patří i alkoholově a drogově závislí, kteří jsou podvýživou ohroženi díky nepříznivým sociálním a ekonomickým faktorům. Navíc je u alkoholiků energetická potřeba organismu kryta alkoholem na úkor výživy a u drogově závislých snížený pocit hladu zhoršuje stav výživy. Chronické záněty, se kterými se obě rizikové skupiny potýkají, pak ještě více zvyšují nechutenství.

**Příznaky a důsledky malnutrice:** Podvýživa se nejprve projevuje úbytkem na hmotnosti. Potřebná energie a bílkoviny jsou při nedostatečném příjmu potravy získávány odbouráváním svalové hmoty, což se projeví svalovou atrofií. Ztrátou svalové hmoty dojde velmi rychle k celkovému vyčerpání organismu a daný jedinec se cítí stále unavený. Nedostatek bílkovin a dalších nutrientů vede ke zhoršené funkci imunitního systému. Podvyživený organismus je náchylnější ke vzniku infekčních onemocnění. Při podvýživě častěji vypadávají vlasy a dochází k tvorbě kožních lézí. Snížená hladina bílkovin v krvi vede k přesunu vody do tkání, což se projevuje otoky, zejména v oblasti dolních končetin. Samotná podvýživa způsobuje i psychické poruchy a neuropatie (porucha funkce periferních nervů).

Při dietní terapii malnutrice je nutné zhodnotit, zda lze standardní dietu (kterou sestaví nutriční terapeut) jedinci dodat veškeré potřebné živiny i dostatečné množství energie. V některých případech je nutné přidat jednotlivé makro- či mikronutrienty ve formě potravinových doplňků (například vitaminy, vápník, draslík, hořčík...) anebo použít přípravky enterální (cestou trávicího traktu) výživy – v nejjednodušším případě ústy (sipping), ve složitějších případech sondou či gastrostomií. Pokud ani enterální výživa nestačí, je nutné využít parenterální (nitrožilní) výživu (Klimešová, Neumannová, Šlachta, 2012).

**Výživové doporučení:** Pokud se jedná o výraznou podvýživu, je nutná spolupráce s nutričním terapeutem. Strategie spočívá především

v zavedení pravidelného stravovacího režimu. Zpočátku postačí pokrytí základní energetické potřeby, později je vhodné energetický příjem postupně zvyšovat. Dieta by měla být především lehce stravitelná a podávána v menších porcích a kratších intervalech.

Jako hlavní zdroj energie jsou preferovány především komplexní sacharidy. Jsou upřednostňována jídla energeticky bohatá s malým objemem, nižším obsahem vlákniny a nestravitelných zbytků. Důraz je třeba klást na vyšší příjem bílkovin (1–1,5 g proteinů na kilogram hmotnosti). Vhodné jsou zejména potraviny bohaté na plnohodnotné bílkoviny, tzn. libové maso, vejce, mléko a mléčné výrobky (netrpí-li klient současně intolerancí laktózy). Doporučení pro příjem tuků odpovídá racionální výživě – měly by být preferovány rostlinné oleje a omezen příjem nasycených tuků (na 10 % denního energetického příjmu) a cholesterolu (na 300 mg).

Dieta by měla obsahovat dostatek vitaminů a minerálních látek, zejména v počáteční fázi je vhodné zvážit doplnění některých minerálů (K, Ca, Mg, Fe) a vitaminů (vitaminu C, B-komplexu a vitamínu D). Dle snášenlivosti jsou vybírány druhy ovoce a zeleniny, které jsou zpočátku pro lehčí stravitelnost zbaveny slupek a tepelně upravené. Luštěniny obvykle nejsou díky vysokému obsahu vlákniny a horší stravitelnosti vhodné. Při stanovení diety je důležité respektovat chuťová přání pacienta (např. vegetariánství). Postupně je nutné v souladu s další léčbou provádět edukaci stravovacích návyků ve smyslu kvantity i kvality (Navrátilová, Češková, Sobotka, 2000; Klimešová, Neumannová, Šlachta, 2012).

## 6.1.2

### Narušení mikroflóry střeva

Mikroflóra střeva dospělého jedince zahrnuje nepředstavitelné množství mikroorganismů a její celková hmotnost je zhruba 1 kilogram. Většina bakterií je obsažena v tlustém střevě a představuje jakýsi „bioreaktor“, který napomáhá rozkladu polysacharidů a syntéze mikronutrientů, jako jsou vitaminy a mastné kyseliny s krátkým řetězcem. Prospěšný vztah mezi bakteriemi a hostitelem je označován za komenzální a hraje důležitou roli ve vyzrávání a fungování slizničního imunitního systému. Střevní mikroflóra je tedy nedílnou součástí našeho imunitního systému;



má velkou metabolickou aktivitu a je významně ovlivněna skladbou naší stravy. Toxický vliv alkoholu na střevní sliznici způsobuje abnormální kolonizaci střeva bakteriemi (Wang, Zakhari, Jung, 2010). Časté je pomnožení parazitických kvasinek *Candida albicans*, které způsobují zejména ústní a genitální infekce. Tato mykóza je velice častou příčinou úmrtí u osob podvyživených se sníženou imunitou (například u nádorových onemocnění nebo AIDS).

**Výživové doporučení:** Nutričním prostředkem, který příznivě ovlivňuje fyziologickou kolonizaci střeva, je působení probiotických bakterií. Probiotika (nejčastěji se jedná o laktobacily nebo bifidobakterie) podporují růst kvasných bakterií na úkor hnilobných bakterií, kvasinek a plísní. Probiotické bakterie navíc regulují hladinu cholesterolu v krvi, napomáhají při trávení laktózy (mléčného cukru) a zvyšují vstřebávání vápníku z potravy. V potravě jsou probiotické mikroorganismy nejčastěji zastoupeny v zakysaných mléčných výrobcích, kysaném zelí, nakládaných houbách a okurkách, ve zrajících sýrech nebo brynze. Jsou také součástí některých obohacených výrobků – například dětské výživy – nebo je možné využít doplňky výživy. Jeden zakysaný mléčný výrobek (jogurt, kefir nebo například acidofilní mléko) denně zabezpečí potřebné množství probiotických bakterií. Vzhledem k zabezpečení širokého spektra potřebných bakterií je vhodné uvedené druhy potravin střídat (Klimešová, Stelzer, 2013).

### 6.1.3 Hypoglykemie

Hypoglykemie je stav nízké hladiny krevního cukru, který se může projevat celou řadou klinických příznaků, jako jsou úzkost, únava, bušení srdce, deprese a panické ataky, stejně jako porucha funkce nadledvin. Závažný stav hypoglykemie, který může vést až k bezvědomí, se vyskytuje jako komplikace léčby diabetiků.

Stavy hypoglykemie, která bezprostředně neohrožuje jedince na životě, ale nese s sebou celou řadu nepříjemných symptomů, mohou vzniknout jako důsledek požití většího množství alkoholu nebo potravin bohatých na jednoduché cukry. V tomto případě hovoříme o takzvané reaktivní hypoglykemii. U osob s podvýživou se pak jedná o hypoglykemii

z nedostatku příjmu živin, tato příčina je typická například pro osoby s nádorovým onemocněním nebo onemocněním trávicího traktu, ale také pro drogově závislé. U alkoholiků a drogově závislých někteří autoři uvádějí až 85% výskyt hypoglykemie (Stitt, 2004; Schauss, 1981). Parsaik et al. (2012) popisují, že nejčastější příčinou nutné hospitalizace pacientů s hypoglykemií bez diagnózy diabetu je kromě kritického onemocnění (např. terminální fáze nádorových onemocnění) intoxikace alkoholem a zneužívání drog.

Hypoglykemie je tedy u obou skupin závislých častou komplikací, i když její příčiny jsou odlišné. U osob, které jsou v léčbě nebo rekonvalescenci, se dietními opatřeními snažíme zmírnit riziko reaktivní hypoglykemie, ke které může dojít při excesivním příjmu potravin bohatých na jednoduché cukry. K takovým potravinám patří například cukrovinky, slazené limonády, výrobky z bílé mouky apod. Udržování vyvážené hladiny krevního cukru zabrání možným výkyvům nálad a nepříjemným stavům, které hypoglykemií doprovázejí.

**Výživové doporučení:** Pro udržování konstantní hladiny glykemie je vhodné upřednostňovat zdroje komplexních sacharidů před jednoduchými. K potravinám bohatým na komplexní sacharidy se řadí: výrobky z celozrnné mouky, pseudoobilovin (amarantu, pohanky nebo merlíku) a trav (např. jáhly), dále se jedná o luštěniny, brambory nebo kořenovou zeleninu (Klimešová, Stelzer, 2013). Pomalejší trávení a následné uvolňování cukru do krve zabezpečí kombinace sacharidových jídel s bílkovinou nebo tukem. Vyváženou hladinu glykemie také zabezpečí pravidelná konzumace menších porcí jídla během dne.

## 6.2

### Základní výživová doporučení

#### 6.2.1

#### Obecná výživová doporučení

Uvedená doporučení pro racionální stravování platí obecně pro jedince, kteří hledají návod pro zkvalitnění svého stravovacího plánu, a jsou shodná s doporučeními pro realimentaci klientů, kteří se doléčují z alkoholové nebo drogové závislosti. Uvedená doporučení určená přímo pro Českou republiku vypracovala Společnost pro výživu s názvem Zdravá 13.

**Zdravá 13** (Dostálová et al., 2006):

1. Udržujte si přiměřenou stálou tělesnou hmotnost charakterizovanou body mass indexem ( $18,5-25,0 \text{ kg/m}^2$ ) a obvodem pasu pod 94 cm u mužů a pod 80 cm u žen.
2. Denně se pohybujte alespoň 30 minut např. rychlou chůzí nebo cvičením.
3. Jezte pestrou stravu, rozdělenou do 4–5 denních jídel, nevynechávejte snídani.
4. Konzumujte dostatečné množství zeleniny (syrové i vařené) a ovoce, denně alespoň 500 g (zeleniny 2× více než ovoce), rozdělené do více porcí; občas konzumujte menší množství ořechů.
5. Jezte výrobky z obilovin (tmavý chléb a pečivo, nejlépe celozrnné, těstoviny, rýži) nebo brambory nejvýše 4× týdně, nezapomínejte na luštění (alespoň 1× týdně).
6. Jezte ryby a rybí výrobky alespoň 2× týdně.
7. Denně zařazujte mléko a mléčné výrobky, zejména zakysané; vybírejte si přednostně polotučné a nízkotučné.
8. Sledujte příjem tuku, omezte množství tuku jak ve skryté formě (tučné maso, tučné masné a mléčné výrobky, jemné a trvanlivé pečivo s vyšším obsahem tuku, chipsy, čokoládové výrobky), tak pomazánky na chléb a pečivo a při přípravě pokrmů. Pokud je to možné, nahrazujte tuky živočišné rostlinnými oleji a tuky.
9. Snižujte příjem cukru, zejména ve formě slazených nápojů, sladkostí, kompotů a zmrzliny.

10. Omezujte příjem kuchyňské soli a potravin s vyšším obsahem soli (chipsy, solené tyčinky a ořechy, slané uzeniny a sýry), nepřisolujte hotové pokrmy.
11. Předcházejte nákazám a otravám z potravin správným zacházením s potravinami při nákupu, uskladnění a přípravě pokrmů; při tepelném zpracování dávejte přednost šetrným způsobům, omezte smažení a grilování.
12. Nezapomínejte na pitný režim, denně vypijte minimálně 1,5 l tekutin (voda, minerální vody, slabý čaj, ovocné čaje a šťávy, nejlépe neslazené).
13. Pokud pijete alkoholické nápoje, nepřekračujte denní příjem alkoholu 20g (200 ml vína, 0,5 l piva nebo 50 ml lihoviny).

## 6.2.2

### Přiměřený energetický příjem a rozložení energie

Abychom tato doporučení splnili, je v první řadě nutný přiměřený energetický příjem, který pokryje energetické nároky organismu. Vycházíme z předpokladu, že chronický konzument alkoholu nebo drog obvykle trpí podvýživou, je psychicky i fyzicky zchátralý. Energetický příjem zvyšujeme postupně. Sledování změn tělesné hmotnosti je užitečným vodítkem. Přírůstek hmotnosti by neměl být vyšší než 0,25 kg/den nebo 1,5 kg/týden. Přijatou energii je vhodné rozložit do 5–6 porcí během dne (obr. 13).



Obr. 13: Vhodné rozložení energie během dne (Klimeshová, Stelzer, 2013)

### 6.2.3

#### Zastoupení nutrientů ve stravě

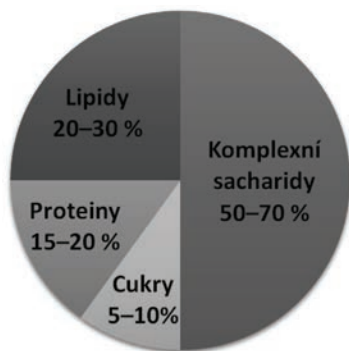
Přijatá strava by měla být nejen energeticky přiměřená, ale měla by také být nutričně vyvážená. To znamená, že by ve stravě měly být v optimálním poměru zastoupeny všechny potřebné nutrienty. Tyto nutrienty můžeme rozdělit na esenciální a neesenciální.

Esenciální nutrienty jsou takové, které jsou pro naše tělo nezbytné a musí být součástí naší stravy. Za neesenciální nutrienty považujeme ty, které si v případě potřeby dokážeme vyrobit, nebo takové, které nezbytně nepotřebujeme, ale mají pozitivní vliv na naše zdraví.

Existuje celkem šest základních nutrientů – sacharidy, tuky (lipidy), bílkoviny (proteiny), vitamíny, minerální látky a voda. Některé potraviny, jako je například celozrnný chléb, obsahují všechny nutrienty. V jiných, jako je olej, může být obsažen třeba jen jeden.

První tři nutrienty, které slouží zejména jako zdroj energie a materiál pro obnovu buněk, jsou sacharidy, lipidy a proteiny. Přijatá energie by měla být optimálně získávána z 50–70 % ze sacharidů (z toho by 5–10 % mělo být tvořeno jednoduchými cukry), z 15–20 % z proteinů a z 20–30 % z lipidů (obr. 14). Další dva nutrienty jsou vitamíny a minerální látky, které nám neposkytují žádnou energii, ale slouží zejména k regulaci buněčného metabolismu.

Poslední nutrient, voda, funguje zejména jako základní médium biochemických reakcí (Klimešová, Stelzer, 2013). Obr. 14 uvádí doporučené zastoupení základních živin v přijaté potravě.



Obr. 14: Vhodné zastoupení základních živin ve stravě (Klimešová, Stelzer, 2013)

## Sacharidy ve stravě

Z uvedených živin jsou nejvýznamnějším zdrojem energie v racionálním jídelníčku sacharidy. Ty by měly pokrývat asi 60 % přijaté energie. V 1g sacharidu je ukryto 16 kJ. Sacharidy ve stravě by měly být zastoupeny zejména komplexními sacharidy přijímanými formou celozrnných obilovin, zeleniny, včetně brambor a ovoce. V poslední době se setkáváme i s nabídkou méně tradičních zdrojů sacharidů, jako je například merlík, amarant nebo proso a jáhly. Část polysacharidů je rezistentních vůči trávicím enzymům a jsou pro člověka nevyužitelné. Tyto látky nazýváme vlákninou. Ačkoliv vlákninu neumíme využít jako zdroj energie, je velmi důležitou součástí naší stravy, protože významně ovlivňuje proces trávení a působí preventivně proti rozvoji celé řady civilizačních chorob. Nejvhodnějšími zdroji vlákniny jsou zelenina, výrobky z celozrnné mouky, luštěniny, ovoce a houby. Pro výživu dospělého člověka je doporučována konzumace asi 25g vlákniny na den (Klimešová, Stelzer, 2013; Svačina a kol., 2008).

## Lipidy ve stravě

Vhodný příjem tuků ve stravě je stanoven na 20–30 % denního energetického příjmu. Tuky jsou energeticky nejbohatším substrátem (38 kJ/g tuku) a slouží nejen jako zdroj energie, substrát pro tvorbu tkání a buněk, ale jsou rovněž významným nosičem vitaminů rozpustných v tucích a jsou nutné pro jejich vstřebání v trávicím traktu. Ve stravě je vhodné upřednostňovat rostlinné tuky před živočišnými, kdy doporučený poměr je 2 : 1. Mezi zdravotně prospěšné tuky řadíme rovněž rybí tuky, ačkoli se jedná o živočišný tuk, svojí skladbou se však podobá více rostlinným tukům. Ryby by se měly v našem jídelníčku objevit 2 až 3x týdně, a to jak mořské, tak i sladkovodní. Jednotlivé druhy ryb je vhodné střídat (Klimešová, Stelzer, 2013).

## Bílkoviny ve stravě

Třetí základní živinou nezbytně nutnou pro zajištění správného vývoje jsou bílkoviny. Ačkoliv by měly pokrývat pouze 15–20 % (1–1,5g bílkoviny na kg tělesné hmotnosti) z celkového denního energetického příjmu,

jsou rovněž nezastupitelnou složkou. Energeticky jsou srovnatelné se sacharidy (16 kJ/g proteinu). Stejně jako u tuků je vhodné přijímat bílkoviny rostlinného a živočišného původu v poměru 2 : 1. Dobrymi zdroji rostlinných bílkovin jsou luštěniny, celozrnné obiloviny nebo ořechy. Ze živočišných zdrojů jsou na proteiny bohaté mléko, maso a vejce (Klimešová, Stelzer, 2013).

## Vitaminy a minerální látky

Kvalitními zdroji vitaminů a minerálních látek se současně vysokou biologickou dostupností jsou obilniny, zelenina a ovoce. Konzumace mléka, libových druhů masa a ryb pak zajišťuje příjem vitamínu B<sub>12</sub>, vitamínu D a vápníku (Klimešová, Stelzer, 2013). Suplementace vitaminů a minerálních látek by měla být využívána pouze v odůvodněných případech, kdy hrozí riziko jejich nedostatečného příjmu potravou – tedy například na počátku rekonvalescence.

## Tekutiny

Voda je nezastupitelnou součástí našeho těla, a proto také zásadní pro udržování optimálního stravování. Dostatečný přísun tekutin je důležitý pro správnou látkovou výměnu, funkci ledvin, a tím i vylučování odpadních látek. Množství tekutin, které bychom měli za den přijmout, samozřejmě závisí zejména na jejich výdeji. Dospělý člověk denně v průměru vyloučí asi 2,5 litru vody močí, stolicí, dýcháním i potem. Asi třetina litru „nové“ vody se denně vytvoří v těle metabolickou činností a asi 900 ml vody je vázané v naší potravě. To znamená, že zbytek (asi 1,5 litru) musíme do těla dodat přímo ve formě tekutin. Nejvhodnějším nápojem je pitná voda. Obecně se dá říci, že pitná voda z veřejných vodovodů má v České republice velmi dobrou kvalitu a není třeba kupovat balenou vodu. Minerální vody jsou vhodné pouze k rozšíření nabídky nápojů a tekutin. Nejsou však vhodné k dennímu pití a jejich příjem by neměl u dospělých přesáhnout množství 0,5 l denně (Klimešová, Stelzer, 2013).

## 6.3

### Neurotransmitery a drogová závislost

Mozek funguje primárně jako komunikační a řídicí centrum těla. Mozková tkáň se skládá z miliard buněk nazývaných neurony. Neurony nejen komunikují mezi sebou, ale také zabezpečují komunikaci s ostatními částmi těla a díky nim organismus uskutečňuje všechny své mentální i fyzické aktivity. Neurony v mozku pracují neustále, i během spánku. Z toho důvodu vyžadují neustálý přísun energie ve formě glukózy (jednoduchého cukru). Energetické nároky mozkových buněk jsou vysoké. Fontana et al. (2014) uvádějí, že i když mozek tvoří jen 2 % tělesné hmotnosti, podílí se až 20 % na celkové spotřebě kyslíku a 25 % na celkové spotřebě glukózy. Protože mozek nemá možnost pro uskladnění glukózy, nároky na dodávku energie jsou neustálé. Z toho důvodu je pro zajištění dobré činnosti mozku vhodné plynulé dodávání energie ve formě komplexních sacharidů (viz kapitola Sacharidy ve stravě). Dodání „rychlých“ cukrů (ve formě sladkostí, cukru nebo bílého pečiva) je vhodné v případech akutního vyčerpání. Dlouhodobý nedostatek sacharidů ve stravě (při hladovění nebo některých redukčních dietách) se projevuje nejen velkou únavou, ale také negativním ovlivněním psychiky.

Mozkové neurony komunikují mezi sebou prostřednictvím složité sítě chemických posílů zvaných neurotransmitery. Tyto neurotransmitery předávají informaci díky svému navázání na receptor. Jakmile je informace přijata v místě receptoru, dojde k uvolnění vazby a neurotransmitter může být znovu využit nebo zlikvidován. Receptory jsou vysoce specializované a reagují pouze na určité neurotransmitery. Někteří autoři popisují tento proces jako nasazení klíče do zámku. Drogy a alkohol narušují tyto přirozené informační procesy. Některé látky například obsazují vazebná místa receptorů a mění význam nesené informace nebo zcela zabrání jejímu předání (Miller, 2010).

Neurotransmitery jsou v organismu syntetizovány z aminokyselin (stavebních složek bílkovin). Při nedostatečném příjmu bílkovin potravou, což je poměrně častá situace u závislých osob, může být negativně ovlivněna tvorba neurotransmiterů se všemi důsledky na nervový systém. Změna nálady může u závislých jedinců zintenzivnit bažení po droze, alkoholu nebo jiných stimulačních látkách.



Nedostatečný přísun sacharidů a bílkovin, které jsou nutné pro správnou funkci nervového systému, je mozek nucen kompenzovat jiným způsobem. Biochemické změny se následně projevují fyzickými symptomy, jako jsou bolesti hlavy, kloubů, podrážděnost nebo průjem. Tyto abstinenční příznaky, které se podobají chřipce, jsou typické pro většinu zotavujících se závislých.

Z chemického hlediska nejsou neurotransmitery jednotnou skupinou látek a jejich struktura je velmi různorodá. Fontana et al. (2014) je dělí do skupin: peptidy (beta-endorfin, leu-enkefalin, substance P), endogenní kanabinoidy, aminokyseliny (glutamát, aspartát či glycin), deriváty aminokyselin (GABA, katecholaminy – noradrenalin a dopamin, serotonin), acetylcholin, ostatní: puriny (ATP, ADP, adenosin) a plyny (NO).

Mezi neurotransmitery (zprostředkovatele nervového signálu), které nejvíce ovlivňují náladu a chování a jsou rovněž často spojeny se závislostí na alkoholu nebo drogách, patří dle Millera (2010) serotonin, dopamin, noradrenalin, endorfiny a GABA.

Vztah typu zneužívané drogy k depleci neurotransmiterů je uveden v tabulce 1.

<b>Droga</b>	<b>Porucha syntézy nebo účinku neurotransmiterů</b>
Alkohol	GABA, Serotonin, Endorfiny
Opiáty (např. morfin, heroin, opium, kodein, metadon)	Endorfiny
Marihuana	Dopamin
Stimulanty (např. kokain, amfetaminy, Ritalin)	Dopamin a noradrenalin

Tab. 1: Deplece neurotransmiterů vzhledem k typu zneužívané drogy (Gant, Levis, 2010)

### 6.3.1

#### Serotonin

Serotonin je jedním z přenašečů vzruchů v nervové tkáni (neurotransmitterů). Serotonin podporuje pozitivní emoce a dobrou náladu, zmírňuje stavy úzkosti, podporuje spánek, vnímání bolesti, ovlivňuje také chuť k jídlu (tlumí ji) a pocit sytosti. Tato látka ovlivňuje sebekontrolu, impulzní ovládání a schopnost plánovat. Látky blokující odbourávání a zpětné vychytávání serotoninu jsou proto součástí některých léků tlumících deprese a změny nálad (Gant, Lewis, 2002).

**Serotonin a bílkoviny:** Serotonin je v organismu syntetizován z aminokyseliny tryptofanu. Těto biochemické reakce se účastní rovněž některé vitamíny a minerální látky. Význam tryptofanu jako prekurzoru (stavebního základu) serotoninu je experimentálně ověřen, kdy při nedostatku tryptofanu dochází k rychlému zhoršení nálady i u zdravých lidí (Wallin, Rissanen, 1994). Tryptofan patří do skupiny esenciálních aminokyselin. To znamená, že se jedná o typ aminokyseliny, kterou si organismus nedokáže syntetizovat a musí být přijímána potravou. Tryptofan je obsažen například v mase (zejména drůbežím nebo rybím), mléce a mléčných výrobcích, čokoládě, banánech, vejcích, ořechách a semenech rostlin (Klimešová, Stelzer, 2013). Jeho transport však nezávisí pouze na jeho absolutní hladině v krvi, ale zejména na poměru k dalším velkým neutrálním aminokyselinám (valinu, leucinu, izoleucinu, tyrozinu a fenylalaninu).

Protože uvedené příklady potravin, které jsou bohaté na bílkoviny, obsahují v poměru k ostatním komplementujícím aminokyselinám relativně málo tryptofanu, je jeho využití v organismu výrazně limitováno (Yamamotová, 2010).

**Serotonin a sacharidy:** Strava bohatá na sacharidy stimuluje sekreci hormonu inzulínu, který zvyšuje uptake (vychytávání) velkých neutrálních aminokyselin do svalové hmoty. Pokud tedy je strava současně bohatá na bílkoviny i sacharidy, dochází v krvi ke změně poměru tryptofanu k těmto aminokyselinám a následně zvýšené syntéze serotoninu. Vhodnými potravinami v tomto případě jsou například obilniny, ovoce nebo zelenina s vyšším obsahem sacharidů (banány, hrozny nebo meloun).

Podle Fernstroma (2001) vysokoproteinová dieta s nízkým zastoupením sacharidů zvyšuje množství aminokyseliny tyrozinu, vychází

substrát pro tvorbu katecholaminů dopaminu a noradrenalinu. Působení těchto katecholaminů na centrální nervový systém je stimulační, na rozdíl od serotoninu, který působí tlumivě.

**Serotonin a vitamíny:** Vitamin C a pyridoxin (vitamin B<sub>6</sub>) se účastní přeměny tryptofanu na serotonin. Za dobré zdroje vitamínu C jsou považovány citrusové plody, jahody, kiwi nebo papriky, brokolice či brambory. Pyridoxin nalezneme například v celozrnných obilninách, libovém masu, vejcích, banánech nebo kvasnicích (Klimešová, Stelzer, 2013).

**Serotonin a minerální látky:** Vápník, hořčík a železo jsou minerální látky, které jsou důležité pro tvorbu serotoninu. Vhodnými potravinovými zdroji vápníku jsou například mléko a mléčné výrobky, libové maso, ořechy a semena nebo listová zelenina. Za dobré zdroje hořčíku jsou považovány celozrnné obilniny, kakao, luštěniny, ořechy a semena nebo listová zelenina. Na železo jsou bohaté například vnitřnosti a libové maso, obohacené snídaňové cereálie, vejce a listová zelenina (Klimešová, Stelzer, 2013).

**Výživové doporučení:** Pro optimální hladinu serotoninu je tedy důležitý vyvážený příjem potravin bohatých na bílkoviny, sacharidy a některé vitamíny a minerální látky. Ideálním příkladem může být třeba kvalitní jogurt doplněný snídaňovými obilninami, čerstvým ovocem a ořechy. V kontextu s uvedenými informacemi si také snadno odůvodníme úspěch tradičního receptu na zkvalitnění spánku a zklidnění v podobě teplého mléka s medem.

**Serotonin a pohybová aktivita:** Ačkoliv je kapitola zaměřena primárně na ovlivnění tvorby serotoninu dietou, vyhnout se vlivu pohybové aktivity na jeho produkci by bylo chybou. Studiemi je prokázáno, že zvýšená pohybová aktivita zvyšuje obrát serotoninu v organismu. Broocks, Schweiger a Pirke (1991) vysvětlují tento mechanismus tím, že aerobní cvičení zvyšuje uvolňování volných mastných kyselin z depot, které uvolňují tryptofan vázaný na plazmatických bílkovinách, s následným zvyšováním jeho poměru k ostatním velkým neutrálním aminokyselinám, a tím dochází ke zvyšování jeho dostupnosti v mozku. Pohybová aktivita může pozitivně modelovat náladu nejen díky zvýšení hladiny serotoninu, ale také hladiny  $\beta$ -endorfinu, takzvaného endogenního opioidu. Inhibici sekrece katecholaminů endogenními opioidy vyplavenými při intenzivní zátěži pak popsali Angelopoulos et al. (1995).

### 6.3.1

#### Dopamin a noradrenalin

Dopamin a noradrenalinu jsou dva primární katecholaminové neurotransmitery produkované v mozku. Dopamin hraje zásadní roli ve vzniku motivace, emocí, ale hlavně v systému potěšení a „odměn“. Způsobuje vznik příjemných pocitů buď v reakci na různé události či aktivity nebo vlivem požití jistých drog, např. kokainu. Noradrenalin, jehož prekurzorem je dopamin, umožňuje krátkodobě v organismu zvýšit aktivitu, stimuluje katabolické procesy a získávání energie. Je syntetizován z aminokyselin fenylalaninu a tyrosinu. Stresové situace zvyšují produkci těchto neurotransmiterů. Dlouhodobý stres pak může vést k situacím extrémní únavy, snížení motivace a neschopnosti soustředit se (Gant, Lewis, 2002).

Některé stimulační drogy fungují tak, že narušují přirozenou produkci a recyklaci dopaminu v mozku. Například amfetaminy obsazují dopaminové receptory přímo a napodobují účinky přirozeně produkovaného dopaminu. Kokain a podobné stimulanty, jako je například Ritalin, neumožňují dopaminu jeho zpětnou recyklaci nebo zničení po přenesení informace do receptoru. To způsobí abnormálně vysoké hladiny dopaminu v mozku dopamin vybudovat na abnormálně vysoké hladiny v mozku, což se projeví nástupem euforie, která je popisována na počátku požití dávky kokainu (NIDA, 2010).

**Výživové doporučení:** Dopamin je syntetizován z aminokyseliny tyrosinu. Na tuto aminokyselinu jsou bohaté všechny zdroje bílkovin, živočišného i rostlinného původu. Pro jeho tvorbu je důležitý i příjem sacharidů. Zvýšení hladiny dopaminu a noradrenalinu dosáhneme podobným stravovacím režimem jako u serotoninu. Vhodné jsou tedy potraviny bohaté na sacharidy a bílkoviny (Wurtman et al., 2003).

Možnost zvýšit hladiny dopaminu a noradrenalinu konkrétní potravinou je nejvíce prokázána u fazole fava neboli bobu obecného (Garland et al., 2013).

Kromě dostatečného příjmu potravin bohatých na bílkoviny a komplexní sacharidy je také prokázán význam n-3 polynenasycených mastných kyselin, jejichž nedostatek vede ke zhoršené funkci serotoninergních a dopaminergních neurotransmiterů (Grosso et al., 2014; Bloch, Hannestad, 2012). Potraviny bohaté na n-3 polynenasycené mastné

kyseliny jsou tučné mořské ryby, lněné semínko, řepkový a sojový olej nebo ořechy (Klimešová, Stelzer, 2013).

### 6.3.2

#### Endorfiny

Endorfiny patří do skupiny opioidních polypeptidů, které působí jako neurotransmitery a neuromodulátory. V plazmatické membráně cílových buněk se vážou na opioidní receptory. Jejich biochemické vlastnosti jsou tedy identické s exogenními opiáty, jako jsou heroin a morfin. Bývají také nazývány hormony štěstí, protože způsobují dobrou náladu, pocity štěstí, tlumí bolest a ovlivňují výdej některých hormonů. Endorfiny se vyplavují ve stresu a při fyzické zátěži. Při extrémní fyzické zátěži pomáhají blokovat přenos signálů bolesti a umožní pokračovat v aktivitě i v přítomnosti zánětu nebo poranění. U některých lidí může zvyk na fyzický stres a následná produkce endorfinů vyvolat závislost na tréninku, cvičení. Davis (2000) popisuje, že pokud jedinci závislí na fyzické zátěži a endorfinech nemají možnost trénovat, pociťují podobné abstinenci příznaky jako drogově závislí. Trénovaný jedinec vyvolá produkci endorfinů v kratším čase a ve větším množství. Také pocit prožitku a uvolnění po tréninku je hlubší. U netrénovaných jedinců však endorfiny hrají především roli opiátů, potlačovatelů bolesti, kterou vyvolává fyzický stres na netrénovaný organismus. Podpora endorfinové hypotézy je ovšem velmi slabá. Beta-endorfin je vyplavován pouze do krve a v závislosti na intenzitě cvičení a zároveň se zvyšuje hladina adrenokortikotropního hormonu. Proto je zvýšení hladiny periferního beta-endorfinu považováno za spíše stresovou odezvu na cvičení (Davis, 2000).

Zvýšení endogenní tvorby endorfinů je popisováno při nízké až střední expozici etanolem nebo opiáty. Tento mechanismus pak vede k preferenci drogy a zvýšené touze po jejím dalším příjmu (Gianoulakis, 2004). Studie Jarjour, Bai a Gianoulakis (2009) prokázala na krysách, že pití vysokých dávek alkoholu (2 a 2,4 g etanolu/kg) naopak tvorbu endorfinů snižuje, má sedativní a hypnotický efekt, a úzkostnost spíše zesiluje. Přesné mechanismy spojené s tímto rozdílným účinkem etanolu nejsou známy. Při abstinenci závislých na alkoholu nebo drogách je syntéza

endogenních endorfinů utlumena a abstinující často trpí depresemi a náhlými změnami nálad.

**Výživové doporučení:** Celá řada studií prokázala, že příjem tučných a sladkých jídel zvyšuje produkci endorfinů a následně vyvolává dobrou náladu (Imaizumi et al., 2001; Yamamoto, 2003; Mizushige et al., 2009). Kupříkladu kvalitní čokoláda může být dobrým příkladem potravin, která je bohatá na cukry i tuky a zlepší náladu. Pro zdravé jedince bez anamnézy závislosti je pak možné doporučit mírnou konzumaci alkoholu. Klimešová a Stelzer (2013) jako doporučenou denní dávku alkoholu uvádějí 20 g (tzn. 200 ml vína nebo 0,5 l piva nebo 50 ml lihoviny). Všem je pak možné doporučit pravidelný pohyb jako bezpečnou metodu stimulace tvorby endorfinů.

### 6.3.3

#### Gamma-Aminobutyric Acid (GABA)

Kyselina  $\gamma$ -aminomáselná (GABA) je hlavním inhibičním mediátorem v centrálním nervovém systému a podtřída receptorů GABA slouží jako vazebné místo pro benzodiazepiny a barbituráty. Má sedativní účinek a navozuje spánek. Někteří autoři ji proto nazývají „*přírodním Valiem (diazepamem) mozku*“ (Gant, Lewis, 2010). GABA také reguluje náladu tím, že řídí činnost jiných neurotransmiterů v těle, jako je serotonin, noradrenalin a dopamin, které jsou popsány výše (Cass a Holford, 2002).

Lidé často požívají alkohol a jiná sedativa tlumící úzkost (např. valium nebo neurol) k relaxaci a potlačení pocitů napětí. Zatímco zpočátku užívání mohou být takto nepříjemné stavy úzkosti potlačovány, dlouhodobé používání těchto typů látek se projeví snížením endogenní produkce GABA. Produkce GABA v mozku může být také snížena nedostatečným zastoupením glutamátu v potravě, protože tato aminokyselina je výchozím substrátem pro GABA. K této syntéze je nutný také enzym pyridoxalfosfát, aktivní forma vitamínu B<sub>6</sub> (pyridoxinu) (Gant, Lewis, 2010).

**Glutamát** je v organismu hojně zastoupen, nejčastěji ve vázané formě jako součást proteinů, a podílí se na většině biochemických reakcí (Gant, Lewis, 2010). Glutamát podporuje proces učení a zapamatování, ale také chuť k jídlu. V roce 2000 byl prokázán konkrétní receptor pro

vnímání chuti glutamátu, která je nově uznávána jako takzvaná pátá chuť umami, popisovaná také jako „masová chuť“. Glutamát se vyskytuje v přirozené podobě v potravinách s vyšším obsahem bílkovin, rostlinného i živočišného původu. Tedy nejen v mase, mléce a vejcích, ale také v luštěninách a houbách. V potravinářském průmyslu, kde se používá pro zvýraznění chuti, se vyrábí z mořských řas nebo fermentací z cukrové řepy, melasy nebo třtiny. Tradičně je typickým dochucovadlem asijské kuchyně. Díky jeho levné a jednoduché výrobě je obsažen ve většině polotovarů, kde několikanásobně zesiluje chuť potravin. Jeho konzumace může u vnímavých jedinců způsobovat alergickou reakci nebo zhoršovat poruchy soustředění. Z těchto důvodů se konzumace průmyslově vyráběného glutamátu nedoporučuje dětem do 3 let a těhotným ženám, pro ostatní pak platí doporučení umírněné konzumace (Klimešová, Stelzer, 2013).

**Pyridoxin (vitamín B<sub>6</sub>)** se kromě syntézy GABA účastní i na metabolismu aminokyselin a sacharidů v organismu. Jak již bylo uvedeno výše, podílí se rovněž na syntéze serotoninu. Jeho nedostatek je vzácný, vyskytuje se u celkově podvyživených osob. Hypovitaminóza se projevuje zvýšenou nervosvalovou dráždivostí, zmateností, stavy deprese nebo záněty sliznice dutiny ústní. V běžných potravinách je hojně zastoupen.

**Výživové doporučení:** Oba substráty podílející se na syntéze GABA, glutamát i pyridoxin, jsou v dostatečném množství zastoupeny v běžné stravě. Přiměřený příjem potravy tedy zajistí jejich dostačující množství. Vyšší koncentrace glutamátu se pak nacházejí zejména ve většině hub, kterým dávají charakteristickou chuť, dále v některých sýrech (zejména v parmezánu a rokfóru), sojové omáčce a ve zralých rajčatech. Dobrým zdrojem vitamínu pyridoxinu jsou celozrnné obiloviny, vejce, banány, kvasnice nebo ořechy (Klimešová, Stelzer, 2013).

Užívání návykových látek může narušit rovnováhu syntézy a funkce neurotransmiterů v mozku, a tím ovlivnit chování, paměť a náladu. Nutričně vyvážená strava může tuto nerovnováhu pozitivně ovlivnit. V období léčby a rekonvalescence závislých osob může tedy optimalizace stravovacích návyků hrát významnou roli nejen tím, že pokryje vzniklé nutriční deficity, ale také díky ovlivnění kolísání nálad a emocí může fungovat jako prevence relapsu.

## Závěr

Realimentace vede kromě přírůstku hmotnosti k úpravě vnitřního prostředí a zlepšení nutričních parametrů. Tyto faktory se následně projeví i na psychice. Není pochyb o tom, že vnímání příjemné chuti a radosti z jídla může zlepšit náladu a pohodu. Vlastní příprava a konzumace pokrmů pro mnoho lidí představuje příležitost pro vzájemné setkání rodinných příslušníků a známých a hraje důležitou roli při upevňování společenských vazeb.

I když je možné při výživové intervenci využít i potravinové doplňky (například jednotlivé aminokyseliny nebo vitaminy), tento text je zaměřen především na to, jak získat správné nutrienty z běžné stravy. Informace obsažené v této kapitole byly speciálně sestaveny na podporu léčby drogově a alkoholově závislých, mohou být však užitečné i pro jedince, kteří hledají návod pro racionální stravování.





**ČÁST II**

**EMPIRICKO METODICKÁ  
PROBLEMATIKA NÁSLEDNÉ  
PÉČE V ADIKTOLOGII**



## 7

# Klient v následné péči

### Uvedení do problematiky

*Tato kapitola si klade za cíl pokusit se vcítit do klienta v programu doléčování, poodhalit, co asi zažívá, s čím se potýká, jakými krizovými momenty může procházet. Zdrojem informací jsou klienti sami. Jejich sdílení, naše pozorování. Autorka si je vědoma toho, že výčet není a ani nemůže být úplný. Každý klient je jedinečný, jedinečným způsobem přemýšlí, cítí, jedná. A ne o vše se dělí. Jsou ale témata, která klienty propojují, a v následujícím textu se je snaží postihnout.*

### 7.1

#### Motivace pro vstup do programu

Do programu následné péče přijímáme klienty od 18 let po minimálně 3měsíční pobytové léčbě závislosti.

Klienti k nám přicházejí s různou motivací. Pro některé představuje doléčovací centrum „pouze“ střechu nad hlavou. Jenže to, co my zhodnotíme slovem „pouze“, pro klienty vůbec nemusí být málo, obzvláště pokud před léčbou žili na ulici. A ani v tomto případě nemusí jít o motivaci jedinou a konečnou. Pro jiné klienty je doléčování podmínkou příbuzných, pro jiné rozumné doporučení terapeuta z léčby, kterému ovšem tak úplně nerozumějí. Někteří se vracejí do doléčovacího centra, kterým již prošli, tzn. vracejí se tak trochu domů, a další část klientů má náhled na rizikovost návratu do místa spjatého s užíváním návykových látek a berou doléčovací centrum sami za sebe jako svůj možný nový start v pro ně neznámém městě.

Každá počáteční motivace je dobrá, neboť, jak již bylo uvedeno, její podoba nemusí být konečná.

## 7.2

### Průběh doléčování z pozice klienta

Fungování klienta v doléčovacím programu si pro usnadnění popisu rozdělíme do několika fází:

#### 7.2.1

#### Nástup do doléčovacího centra a první dny (až týdny)

Přichází k nám klient.

- a) Ve městě, které si vybral pro svůj nový začátek, nikoho nezná.

Čekají ho těžké první dny. Zažívá pocity osamocení, stesk po léčebném zařízení, odkud k nám přišel. Začleňuje se mezi „služebně starší“ klienty – někdo snadněji, jiný s obtížemi. V mnohých věcech tápe, ale ne vždy překoná ostych se ptát, aby třeba nebyl považován za hloupého nebo slabého. Čímž se může uvrhnout a uzavřít v nejistotě. Má žít „nový život“, ale možná tak úplně neví, jak na to. Někdy toto klienti sdílejí navzájem, jindy s terapeutem, pakliže s ním mají navázaný dobrý vztah. Pokud se se svými obavami, nejistotami a smutkem nesvěří, hrozí, že klient kontaktuje „staré známé“, kamarády, bývalé partnery, aby nebyl sám a cítil se jistěji. V předchozím životě klient „uměl chodit“, v podstatě se dá říci, že byl zaškolen mnohem důkladněji, než jak je to možné v případě života legálního.

Nejistota a z ní pramenící úzkost může být tak obtížně prožívána, že se klient skutečně zkontaktuje s lidmi z minulosti a „nový život“ vzdá. Takže z toho plyne, že když se klient v začátku nebo i v kterékoliv pozdější fázi pobytu izoluje, je důležité si toho všimnout a klientovi pomoci začlenit se do kolektivu a více se ostatním otevřít.

Díky vzájemnému sdílení může pak vidět, že tyto pocity nezažívá jen on sám, a může se nechat inspirovat, co komu pomáhá je překonávat.

- b) V novém městě, které klient hodlá pojmout za svůj nový domov, má spoustu kamarádů z řad bývalých uživatelů, spoluklientů z léčby.

Těžké to má taky. Musí si zvykat na nové terapeuty, sociální pracovníky a spoluklienty.

Bývalí klienti však představují jakousi cennou sociální základnu. Ale každá mince má dvě strany. Přítomnost mnoha dalších lidí z léčby také znamená bolest srovnávání. Kde jsou oni a kde jsem já? S tím souvisí soutěžení a místo toho, aby se člověk soustředil sám na sebe, spotřebovává energii na to, aby se vyrovnal druhým, kteří však mohou mít náskok několika měsíců i let.

Pokud člověk zakopne, už to ví celá skupinka exklientů. Jejich reakce mohou být z jedné strany dost nepříjemné. Ale na stranu druhou mohou představovat i dost velkou podporu. Zase záleží na tom, jak k celé věci každý přistoupí, což je i otázka sebevědomí.

- c) Klient se vrací do místa, kde žil předtím, než zrelapsoval.

Výchozí pozice je o mnoho snazší, neboť vztahovou základnu tady takový člověk má. Ze začátku mohou návrat komplikovat pocity studu ze „selhání“. Když toto klient překoná, může se radovat z návratu, ze znovu nabyté svobody a volnosti. Ale tyto pocity je třeba držet na uzdě.

Ať se klient vidí pod bodem a, b nebo c, na přílišnou volnost a užívání si je třeba si dát pozor v každém případě. „Oslava svobody“ může skončit konzumací alkoholu nebo něčeho dalšího a začne zatajování, které celou práci klienta s terapeutem naruší.

Po počáteční euforii je třeba zase si uvědomit svoji nemoc, závislost a všechno, co obnáší, a vrátit se ke své omezitelnosti.

Klient, který pochopí, že se musí mít na pozoru, a skutečně dbá na prevenci relapsu, má velkou výhodu. Na svoji závislost se totiž rychle zapomíná. Příliš komplikuje život. Málokdo chce vidět jiný úhel pohledu. Třeba, že mu přináší nové životní zkušenosti, rozšiřuje obzor. Závislost člověka může před něčím ochránit, vytrhnout z neuspokojivého životního stylu. Bere, ale také dává. Důležité je vidět oba úhly pohledu.

Začátek pobytu se rovněž pojí s překonáváním představy, že „mám slovo feťák/alkoholik napsáno na čele“, „jsem míň, než ti ostatní“. A to je záležitost, které je velmi těžké se zbavit. Ale ne nemožné.

Přikročme nyní k další fázi:

## 7.2.2

### Zatím bez práce

Klient je u nás už pár týdnů, komunikuje s úřady, učí se zbytečně neutráct, vhodně využívat volný čas. On i lidé kolem něj očekávají, že se bude snažit, plnit si povinnosti a že si brzy najde práci. Ale práce se nenalzá tak snadno, jak si klient myslí. Realita je jiná. Do cesty se staví překážka. Překážka, nebo příležitost. Kdyby šlo všechno hladce, člověk by se nic nenaučil. Náročné situace, pokud je klient překoná, mu pomáhají zvyšovat frustrační toleranci.

Ale ne každá komplikace je překonatelná. Takový záznam v trestním rejstříku dovede pěkně znepríjemnit život. A nic s tím neuděláte. Nebo základní vzdělání. Je to handicap. Ale lze jej vyvážit zapálením do práce, chutí učit se nové věci, bezproblémovostí, vstřícností, komunikativností, včasnými příchody do práce apod. Každý klient má co nabídnout. Je jedinečný, zajímavý, hodnotný. Ale sám to většinou nevidí. Na to přichází až s postupem času, pokud vůbec.

Když i přes objektivní obtíže je práce stále v nedohlednu, přicházejí nepříjemné a intenzivní pocity. Smutek, pocit nedostačivosti, stesk. Je těžké tyto pocity přiznat sám sobě, natož okolí.

Takže nakonec toho, co klienti musejí zpočátku unést, s čím se poprat, není málo. Dokud tyto pocity nezačnou sdílet, nezjistí, že všechno to, co prožívají, je přirozené. Že jejich pocity jsou pochopitelné a oni nejsou nenormální proto, že je zažívají, jak si často myslí. Právě naopak.

Někdy se klientovy pocity nedostačivosti související s nejistotou při hledání práce rozkrývají až tehdy, kdy klient v podstatě práci vůbec nehledá a své nicnedělání v tomto směru více či méně úspěšně maskuje.

Svou neaktivitu si mohou klienti zuby nehty bránit a všemožně vysvětlovat a omlouvat, často však za ní stojí obtížně překonatelná úzkost a strach, že nemají co nabídnout. A to se týká jak trhu práce, tak i partnerských vztahů.

V případě, že už klient pracoval, a octne se znovu bez práce, situace se zopakuje. Má už sice za sebou pracovní zkušenost, ale pokud byl propuštěn, na sebevědomí mu to nepřidá. Opět se objeví pocity selhání a obavy z dalšího odmítání, což může klienta stát spoustu energie, která by mohla být věnována hledání práce. Strach ze selhání může být tak silný, že klient se raději hledání práce úplně vyhýbá.

Jakkoliv je toto období náročné, klient má dostatek času pro odpočinek i poznávání, co by jej mohlo bavit, a rozvíjení uspokojivých aktivit a koníčků.

Důležité je věnovat se nějakému sportu – rekreačně (ne se hnát za výsledkem), neboť člověk se při něm příjemně unaví a stav, kdy je tělu dobře, nepřije tolik chutím. A opačně. Když přijdou chutě, mimo jiné může pomoci i pohyb. Pokud si klient pomoci chce.

Je důležité nastavit si a udržovat určitý režim, neboť doléčovací program už není tolik strukturovaný a může se snadno stát, že den uplyne, ani klient neví jak, aniž by přinesl cokoliv příjemného. Prosedět den u kafe nebo proležet ho u televize či prospat může znamenat pojítka s minulým životem, kde práce rovněž často neměla své místo, a pak se nelze divit chutím.

Ale každému dni se nepovede dát strukturu, je třeba tuhle skutečnost přijmout a odpustit si ji. A zkoušet to dál.

### 7.2.3

#### V pracovním procesu

Klient nastupuje do zaměstnání. Zpočátku se potýká se samozřejmým faktem, že některé věci se nenaučí okamžitě, dělá chyby. Ale ty bývají těžké přijmout a přicházejí různé soudy týkající se vlastní neschopnosti. Přitom to všechno chce čas a opakování. Klient se musí zaučit, proškolit a hlavně mít trpělivost. Ale klienti zvyklí mít všechno hned často obtížně snášejí, že získat cvik a zkušenost chce skutečně čas a neexistuje žádná zkratka. Nutný je trénink, opakování. Tím se člověk zlepšuje.

Netrpělivost a touha dosáhnout dobrého výsledku hned, neunášení vlastních chyb přináší chutě stejně jako nutnost pracovat rychleji, než je pro klienta v dané chvíli reálné. Obvykle se vyplatí zpomalit, zahájit dechové cvičení (často postačí jen hluboké nádechy a výdechy), odvést



pozornost jinam, projevit vůči sobě laskavost a dovolit si chybovat. Jednoduše se o tom píše či mluví, avšak složitěji provádí. Není v přirozenosti klientů chovat se k sobě hezky. Nelásku si projevovali řadu let, kdy se sebou zacházeli neuctivě, poškozovali si tělo, trýznili duši. Změnit své chování není jednoduché.

Klienti také mohou mít různé fantazie o propuštění z práce, jakkoliv k tomu není objektivní důvod. Kdo by chtěl zaměstnávat člověka, který má pocit, že slovo feťák, alkoholik nebo gambler má napsáno na čele? Ale je nutno si uvědomit, že toto slovo tam vidí jen klient sám.

Často uklidní až smlouva na dobu neurčitou. A někdy ani ta ne. Pocity nedostačivosti a méněcennosti si někteří klienti umně živí. A právě ti obzvlášť by se měli učit sami sebe ocenit, zejména za maličkosti.

Ať jsou klienti sebevíc šikovní, často to nestačí, pocity vlastní nejistoty a nedostačivosti jsou téměř všudypřítomné a obtížně zpochybnitelné.

Pokud klient zvládne náročný začátek a neuteče do nemoci, může mu toto období značně zvýšit sebevědomí. Vidí, kolik toho dokáže zvládnout. Nejen pracovat, chodit do zaměstnání včas, dodržovat životosprávu, nechodit pozdě spát, ale taky účastnit se aktivit doléčovacího programu a naučit se plánovat a využívat volný čas.

Zaměstnání přináší další významná témata: zvládnutí stresu, únavy, kolektivu ne-klientů, uznání autority, přijetí skutečnosti, že na světě se děje nespravedlnost a oni toho s tím často moc nenadělají. Samozřejmě je užitečné někdy jít do konfrontace, klidně s nadřazeným, ale **vhodnou formou**. Pracovní kolektiv netvoří klienti znalí terapie, k tomu je třeba rovněž přihlížet.

Jakkoliv jde o prostředí ne-klientské, o návykové látky v něm nemusí být nouze. Čili klienti jsou vystaveni dalšímu stresu. V jejich blízkosti může být kolega pod vlivem alkoholu či drog. Je na místě pamatovat na prevenci relapsu. Vyhybat se dotyčnému, nesledovat na něm jeho „stav“, uvědomovat si své tělo, případné rozlady a o tom všem mluvit.

Může se stát, že stávající práce je shledána jako natolik riziková, že další setrvání v ní může stát klienta abstinenci. Důvodů může být více. Návykové látky na pracovišti jsou jedním z nich. Dále to jsou například noční směny. A to nejen z důvodu, že bdít v noci může připomínat staré časy. Takovouto situaci je třeba si přeznačkovat. „Jsem v práci.“ Nemusí se to dařit hned ze začátku. Noční směny mohou být rovněž nedoporučené lékařem z důvodu duální diagnózy. Uvedené důvody jsou dostatečné

pro odchod z práce a většinou obhajitelné i před klientovým kritickým nitrem. Tato situace může přinést ocenění, že se klient včas ošetřil a z rizikového zaměstnání odešel. Ocenění může klientovi přinést sílu pro nové hledání práce.

Náročné období začátku zaměstnání klientům pomáhá zvládat nejen program doléčování, ale rovněž fakt, že dosud bydlí v chráněném bytě, podporou jim jsou rovněž namátkové alko- a toxitesty.

#### 7.2.4

#### **Bydlení „ve svém“**

Začneme tím, co bydlení „ve svém“ předchází. Obrovské stresy a nejistota. Klienty sice téměř od nástupu k nám do doléčování motivujeme k šetření, ale v některých případech moc není z čeho. Nedostatek financí ještě zvyšuje už tak velkou úzkost a strach.

Doba, kdy je možné bydlet na chráněném bytě, se chýlí ke konci. Klienti hledají, shánějí, sami podávají inzeráty, telefonují, domlouvají si schůzky, a tímto se učí jednat. Hledají bydlení. Podnájem. Často se domluví více klientů a jdou bydlet společně. Tady je potřeba si vyjasnit, co udělají v případě relapsu či recidivy každého z nich. Tato skutečnost se často opomíjí.

Společné bydlení je rizikové, ale klienti se pro něj často rozhodují z obavy ze samoty, se kterou se potýkají, když bydlí sami či s někým cizím.

Opuštění chráněného bydlení je pro klienty velice těžký moment. Nevědí, do čeho jdou, ale už není cesta zpátky. Potřebují mnoho naší podpory. Zvládnutí přechodu do bydlení v podnájmu přinese další zvýšení sebevědomí, klient začíná mít pocit, že se dobře infiltruje do populace ne-závislých.

I když před sebou máme dobře fungujícího klienta, stejně nás může překvapit to rozdělování na „my“ a „oni“. My závislí, oni bez drogové či alkoholové minulosti.

Dlouho trvá, než se toto uvažování začne rozpouštět.

Každopádně klient už sice bydlí mimo chráněný byt, ale pořád má podporu doléčovacího centra, stále je součástí skupiny, kde může sdílet, co zažil, čím se trápí i co se mu povedlo.

## 7.2.5

### Ukončování programu

Před ukončováním programu se často vynořují nová těžká témata, která by teoreticky mohla posunout ukončení (přece mě nemůžete nechat odejít z programu, když řeším takové těžkosti), setkáváme se s žádostmi o prodloužení programu. Ne vždy je dobré jim vyhovět, jelikož za mnohými se skrývá strach z osamostatnění, ze ztráty podpory, ze samoty.

Klientům hodně pomáhá fakt, že po ukončení své účasti v doléčovacím programu mohou docházet do naší druhé služby, Poradny pro alkoholové a jiné závislosti, a to na individuální sezení či sociální práci. Prakticky za těmi stejnými lidmi.

Takže podporu pořád mají. A je jí velmi třeba, neboť obtíže či krize se vyskytují průběžně a je důležité vědět, že „mám za kým jít, kdo mi rozumí, vyslechne mě, pomůže“.

## 7.3

### Časté důvody lapsu/recidivy

Klient už nějakou dobu abstínuje. Ostražitost se může vytrácet. Je příjemnější na svoji nemoc nemyslet, být „jako ostatní“. Ale laps pak na sebe nemusí nechat dlouho čekat. Možných důvodů opětovného užití návykové látky může být celá řada:

- osamělost,
- otevřené dveře „do minulosti“, kontakt s neabstijnujícími osobami,
- dlouhodobé úzkostné stavy či deprese,
- mluvení o abstinenci nepodpořené konkrétními skutky (představa, že stačí být rozhodnut a klidně se mohou chovat rizikově – např. být v kontaktu s uživateli návykových látek, chodit do hospod), není v tom spatřován rozpor,
- klient se nepovažuje za závislého (např. uznává svoji závislost na pervitinu, marihuany se ale nechce vzdát),
- účast na rodinné oslavě, svatbě apod.,
- potlačené pocity (zejména zlost),

- partnerské problémy, nedostatečná komunikace ve vztahu,
- ztráty (rozchod, rozvod, úmrtí, výpověď z práce...),
- nedostatečné sebevymezení, problém hranic,
- kompenzace jiné frustrace (např. sexuální, citové vyprahlosti),
- zmatení v oblasti sexuální preference,
- chybějící koníčky, neuspokojivě řešený volný čas,
- pocity vlastní nedostačivosti, záporné sebehodnocení,
- ztráta obezřetnosti, touha po kontrolovaném pití, „být jako ostatní“, čili nerozhodnutí pro abstinenci, nedostatečná práce s chutěmi,
- klientovo sociální okolí, rodina, přátelé nerozumějí tomu, co obnáší závislost a klient sám je needukuje, musí pak vyvinout značné úsilí, aby si své proabstinenční kroky obhájil, pokud už si ovšem nevyšlapává cestičku k lapsu.

## 7.4

### Průběh doléčování očima exklenta

Bývalý klient našeho doléčovacího centra shrnuje své působení u nás, popisuje důležité momenty i obtížné situace, kterým musel čelit.

Radek, 31 let, závislost na opiátech:

„Největší potíž jsem měl ze začátku s tím starat se sám o sebe. Nebyl jsem na to zvyklej. Tak jsem nemohl vydržet mezi lidma. Cítil jsem se, jako bych měl na sobě nálepku: feťák. Nikdo mi nedával nic špatného najevo. To bylo jen v mé hlavě, že jsem něco míň než ti ostatní.

Pomohlo mi, že jsem musel komunikovat s lidma v rámci zaměstnání. Že prostě nebylo zbylí. Měl jsem hroznej strach do té práce jít, s mým zadupaným sebevědomím, ale nějak jsem to překonal. Zkusil jsem to a zjistil jsem, že se nic hrozného neděje.

V rámci doléčováku se mi těžko přijímalo, že už si tady tu mimořádku nebouchnu, že je zodpovědnost víc na nás. A když je mi těžko třeba pozdě večer, musím hledat jiný ventily. Prostě počkat do druhého dne a za někým zajít. Udržet to v sobě.

Další rozčarování přišlo, když jsem zjistil, že kamarádské vztahy na DC jsou něco jiného než v komunitě. Že ta blízkost není zdaleka tak

velká. S tím jsem měl problém. Musel jsem hodně ubrat a teď si mnohem víc vážím přátelství, který mám. Myslím tím opravdový přátele.

Další můj velký krok byl, že jsem přestal vnímat terapeuty jako někoho nade mnou.

Krizovým momentem pro mě bylo, když mi vybuchlo bydlení, který jsem měl domluvený. Zase jsem byl v nejistotě. Za každou chybu jsem si nadával.

Pomohlo mi změnit přístup, říct si: to nebyla chyba, to byla zkušenost.

A taky pocit, že na to nejsem sám, že mám přátele, P-centrum, že můžu zavolat na komunitu.

Taky jsem si myslel, že tyhleto hovna se dějou jenom mně. Pomohlo mi vědomí, že to tak není. (smích)

Těžký chvíle musím vydržet. Odložit pomoc. Každý nemá čas tak, jak já potřebuju. Musím to vydržet a nepodělat se z toho.

Naučil jsem se přijmout, že problémy prostě přicházejí a už se z nich nehrotím.

Taky jsem se naučil být vnímavější k potřebám druhých a dělat kompromisy.

Na doléčováku jsem taky zjistil, co mě baví. Nějaký aktivity jsem si tady vyzkoušel a u některých jsem zůstal. Uvědomil jsem si, jak je volnej čas důležitěj.

Hrozně moc mi dává to, že jsem si pořídil zvíře. Je to výzva k zodpovědnosti. Ve vypjatých momentech, když mám velký chuť, mě hodně drží.

Naučil jsem se stát si za svojí pravdou, dokázat se prosadit.

Hrozně jsem se bál krizí, ale neuvěřitelně mě posunuly.“

## Závěr

Tato kapitola se zabývala průběhem doléčování z pozice klienta, se zacílením na obvykle těžce prožívané momenty. Doléčování bylo pro přehlednost této kapitoly rozděleno do několika fází. Jinak výraz „fáze“ ve smyslu „komunitním“ v praxi nepoužíváme. Díky tomuto umělému rozlišení je patrné, jak si každá etapa žádá své a čím je specifická. Další specifikum vnáší každý klient svou jedinečnou osobností.

V předposlední části jsou uvedeny časté příčiny lapsu. Kapitola je završena pohledem jednoho exklienta na své doléčování.

Celý text vychází ze zkušenosti z práce s klienty. Nečerpala jsem z žádné odborné literatury, ale „pouze“ ze sdílení ze strany klientů, kterým tímto děkuji za jejich otevřenost.

## 8

# Individuální práce s klientem v následné péči

### Uvedení do problematiky

*Důležitou součástí programu následné péče je individuální terapie, o které pojednává následující kapitola. Nejprve si definujeme psychoterapii jako takovou a účinné faktory v terapii. Pak se zaměříme na teorii a praxi individuálního přístupu ke klientovi. Jelikož hybnou silou terapie je terapeutický vztah, pojednáme o jeho aspektech, o důležitosti a podmínkách pro vytvoření atmosféry důvěry a bezpečí.*

*Terapeut je na sezeních přítomen nejen jako odborník, ale také jako člověk. Dotkneme se tedy i jeho „lidského“ sdílení a sdělování. Kapitulu završíme prací s emocemi a nastíněním dalších významných témat, která s námi klienti ponejvíce sdílejí.*

### 8.1

#### Co je psychoterapie, účinné faktory v léčbě

Klientům v doléčovacím programu se snažíme pomáhat v jejich novém začátku mimo jiné prostřednictvím individuální a skupinové terapie.

Co je to vlastně terapie či psychoterapie? Vymětal (2004, s. 20) definuje psychoterapii jako „zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že usnadňuje navození žádoucích změn, či tyto změny přímo vyvolá, a tak podporuje uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví“.

Vymětal dále hovoří o psychoterapii ve smyslu profylaxe, léčby a rehabilitace.

**Profylaxe (primární prevence)** v prostředí doléčovacího centra představuje včasné odhalení přicházející krize, subdepresivní naladění klienta apod. – v této fázi ještě můžeme danou obtíž zachytit a předejít

jejímu rozvoji do rozsahu, kdy by ji bylo nutné řešit například psychofarmaky či hospitalizací.

V případech **léčby (sekundární prevence)** mírníme či odstaňujeme danou obtíž psychologickými prostředky. Psychoterapie může mít též roli podpůrnou.

**Rehabilitace (terciární prevence)** si klade za cíl zmírnění následků poruchy zdraví, pokud možno návrat do původního stavu a vyrovnávání se s případnými následky nemoci.

Psychosociální rehabilitace napomáhá opětovnému zapojení klienta do života.

Kratochvíl (2002) popisuje pět hlavních faktorů účinných v léčbě:

- terapeutický vztah,
- výklad poruchy,
- emocionální uvolnění,
- konfrontace s vlastními problémy,
- podpora klienta.

Ať už terapeut preferuje jakýkoliv styl, výše uvedené faktory jsou vždy přítomny.

Kalina (2008) popisuje transteoretické účinné faktory v psychoterapii u návykových poruch, o kterých pojednávají Prochaska a Norcross (1999). Patří mezi ně:

1. Pozitivní očekávání – vědomí, že změna je možná, víra a rovněž důvěra v terapeuta a instituci.
2. Věnování pozornosti – a to pozornosti přijímající a nesoudící, která může zvýšit klientovu sebeúctu a morálku.
3. Terapeutický vztah (o něm pojednáme více v samostatné části).
4. Zvyšování vědomí – prostřednictvím sebepoznání, sebeexplorace, rovněž edukace, díky které klient lépe porozumí své nemoci.
5. Emoční uvolnění, katarze – souvisí se zvyšováním vědomí. Lidé závislí na návykových látkách mají strach ze síly vlastních emocí, mají obavy je zvědomit, zpracovávat a přijmout.
6. Konfrontace – otevřená konfrontace s vlastními problémy, situacemi, kterým měl klient dříve tendenci se vyhýbat. Konfrontace ve smyslu kritické zpětné vazby má být zaměřena na chování,



ne na osobu. Je nezbytným prostředkem růstu. Ale nesmí být zraňující.

7. Volba alternativ – klíčové je přijetí zodpovědnosti za své jednání, vědomá volba alternativ se vším, co s sebou nesou.
8. Tvarování chování – edukace, učení (např. jak pracovat s bažením, jak se vyhýbat rizikovým situacím, jak odkládat uspokojení, řešit problémy, plánovat...), patří sem i nácvik sociálních dovedností.

Některé z výše uvedených účinných faktorů terapie se uplatňují více při skupinové, jiné při individuální práci.

V doléčování je ale, na rozdíl od předchozí léčby (v terapeutické komunitě či psychiatrické nemocnici/léčebně), kladen důraz na individuální psychoterapii.

## 8.2

### Individuální psychoterapie – teorie a praxe

Při individuální terapii pomáháme klientům objevovat jejich vlastní cestu, jsme přítomni jejich sebepoznávání, jejich radostem i cenným přešlapům. Sdílíme s nimi určitý úsek jejich života a navzájem se obohacujeme.

Při individuální psychoterapii je terapeutické působení směřováno k jednotlivci. Setkání se účastní pouze terapeut a klient. Oba sedí zhruba naproti sobě, ale tak, aby měl klient možnost uhnout pohledem (ne konfrontační pozice). Pokud možno mezi nimi není stůl či jiná bariéra, která by narušovala kontakt a rovněž znemožňovala pohledem zachytit „řeč klientova těla“. Tělesný pohyb nese stejně hodnotnou informaci jako klientův verbální projev.

Komunikujeme prostřednictvím celé bytosti. Je důležité být si vědom toho, CO klient říká i JAK to říká, jak sedí, dýchá, intonuje, jak se mu mění výraz v obličejí, když mluví o různých tématech. Sledovat proces i obsah. Člověk je celistvou bytostí – jeho tělo, emoce, myšlenky a vnímání utvářejí jeden složitý propojený celek. Nemůžete člověka rozdělit na jednotlivé části a chtít ho pak pochopit či s ním navázat vztah (Mackewn, 2004).

Pracovat holisticky též znamená přistupovat ke klientům bez předpokladů, očekávání, předpokladů, což je dost obtížné, neboť většina z nás je naučena „škatulkovat.“ Rovněž často vycházíme z dřívějších zkušeností

s např. „podobným typem klientů“. Takže pak můžeme být náchylnější k očekáváním a předpokladům.

Ať se s klientem zabýváme jakýmkoliv tématem, musíme jít jeho tempem. Vyjadřujeme mu tak respekt, vytváříme bezpečnou atmosféru, ve které klient může otevřít své nitro.

Velký význam má úvodní setkání a první dojem, který si klient o terapeutovi udělá. A platí to samozřejmě i opačně. Někteří klienti mohou být ze setkávání s novým člověkem značně nervózní. Je na nás, abychom uvolnili atmosféru například tím, že projevíme zájem o to, jak se k nám klientovi cestovalo, jaké jsou jeho první dojmy z nového města a zařízení. Všimát si, projevit zájem. Neuškodí ani vtípek.

Každý terapeut má vlastní způsob, jak navazuje kontakt s klienty. Podstatné je být si vědomi důležitosti tohoto okamžiku pro klienta, dát najevo pochopení, že tato situace je pro něj asi obtížná, uklidnit ho, projevit vnímavost, vřelost. Už tímto budujeme základy dobrého terapeutického vztahu.

A rovněž získáváme důležitou informaci, jak klient vstupuje do kontaktu a navazuje vztah. Totéž je dobré vědět i o sobě a vnímat, jak vy jakožto terapeut ovlivňujete způsob, jakým klient vstupuje s vámi do kontaktu (Mackewn, 2004).

I když v rámci prvního setkání procházíme pravidla doléčovacího centra, věnujeme se kontraktování, ujišťujeme se, zda klient všemu porozuměl, případně vysvětlíme nejasnosti, nemusí ani toto sezení působit sterilně. Vždycky se najde prostor pro osobní sdílení, pakliže klient vnímá terapeutův zájem.

Důležitá je opravdová přítomnost terapeuta při sezení, skutečné naslouchání.

V případech momentálního zahlcení vlastními problémy a tématy je důležité je tzv. uzavřít (odložit stranou) a pomocí uzemňovacího cvičení, které nám pomůže vrátit pozornost plně k nám a našemu tělu, se takto připravit na klienta. Jak napsal Yalom (2003, s. 56): „*Terapeut má mnoho pacientů, ale pacient jediného terapeuta.*“

Dále je třeba sladit svůj slovník se slovníkem klienta. Zejména je důležité nepoužívat odborné výrazy, kterým klient nemusí rozumět. Zbytečně se tím vzdalujeme a přecházíme do pozice experta.

Do expertní pozice se dostaneme i častými interpretacemi. Interpretace je terapeutovo rozumění dané situaci, které může být odlišné od vnímání klienta. Terapeut může mít pravdu, ale klient ještě nemusí být připraven ji vidět, nebo se také může mýlit. A pro některé klienty je těžké nesouhlasit se svým terapeutem. Což je možná zajímavá otázka – nakolik umožňujeme našim klientům, aby s námi nesouhlasili a jak to děláme? Každopádně je to pro klienty růstová zkušenost.

O nezbytnosti a významu naslouchání bez hodnocení ještě bude pojednáno dále, ale je to tak důležitá věc, že ji neváhám zmínit vícekrát.

Na klienty se často snaší kritika ze strany blízkých osob za všechno, čeho se v minulosti dopustili, poslouchají výčitky, což ještě umocňuje jejich pocity viny. Takže už samotné naslouchání bez hodnocení má léčivý účinek. Dobré je klienty upozorňovat na jejich vlastní hodnotící výroky. Tím je učíme o sobě přemýšlet jinak. Laskavěji.

Podporujeme tím jejich sebezpřijetí, rozšiřujeme uvědomění.

Podpora z naší strany je rovněž velmi důležitá věc. Není jí nikdy dost. Oceňujme, co ocenit lze, ale autenticky. Klient nám to musí věřit. A když nevěří, máme téma do individuální práce.

## 8.3

### Terapeutický vztah

Prvotním úkolem terapeuta je vytvořit s klientem vztah.

Jelikož kvalita terapeutického vztahu významně ovlivňuje výsledek terapie, věnujeme právě tomuto tématu samostatnou podkapitulu.

Vymětal (2004) charakterizuje terapeutický vztah jako vztah vytvářený chováním terapeuta, které odpovídá jeho osobnosti a přístupu, jenž zastává. Chování terapeuta může být:

- a) expertní – toto chování je spíše neosobní, dominantní, patrná je větší vztahová distance;
- b) osobní setkání – atmosféra lidské blízkosti a vzájemnosti.

Asi nepřekvapí, který přístup u klientů slaví větší úspěch. Samozřejmě ten druhý.

Důležitou charakteristikou psychoterapeutického vztahu je principiální rovnost, byť je vzájemná pozice terapeuta a klienta asymetrická (Vymětal, 2004).

Klienti mají přirozenou tendenci tuto nerovnováhu „narovnávat“.

### 8.3.1

#### Dialogický vztah

Terapeutický vztah jakožto osobní setkání je rovněž označován jako dialogický.

Terapeutická zkušenost zahrnuje subjektivní přístup k člověku (Já–Ty) i mnohem objektivnější postoj (Já–Ono). Tyto postoje se střídají. Dialog člověka s člověkem jakožto setkání dvou respektujících se bytostí se může uskutečnit pouze při zaujmutí postoje v duchu Já–Ty, kdy od nás klient může cítit nepředstíraný zájem, respekt, přijetí.

Terapeutická zkušenost je spoluvytvářena – to znamená, že způsob, kterým jsme s klientem, ovlivní způsob, jakým je klient s námi (Joyce, Sills, 2011).

Při terapii sami sebe vydáváme všanc, jsme sami sobě terapeutickým nástrojem. Vztah s klientem prožíváme, sdílíme svá uvědomění, nesnažíme se klienta ovládat a násilně tvarovat. Jsme dva lidé, kteří jsou si rovni a kteří do terapeutického vztahu přinášejí každý jiné kvality a dovednosti.

Potenciál pro změnu a seberozvoj nemá zdroj v terapeutovi ani klientovi, ale v tom, co se odehrává při jejich existenciálním setkání (Mackewn, 2004).

To, kým jsme, objevujeme prostřednictvím vztahů s druhými lidmi. Terapeutický vztah poskytuje možnost zkoumat způsoby, jakými klienti utvářejí svou realitu, jak brání vlastnímu seberozvoji. Důležité je, že klient s terapeutem společně zkoumají, co je přítomné TADY A TEĎ, měli by mluvit stejným jazykem. To znamená neužívat odborné termíny a nevyvyšovat své prožívání, uvědomění a rozumění situaci nad to klientovo.

Na začátku terapie mívají klienti menší zájem na rozvíjení vztahu Já–Ty. Jednak jsou zahlceni vlastními obsahy, emocemi, jednak ještě

nemusejí vědět, jak terapie probíhá a nemusejí mít kapacitu na to vnímat terapeuta jako člověka s vlastním životem a emocemi. Postoj Já-Ty můžeme využívat, i když o nějaké lidské setkání klient ještě na vědomé úrovni nemá zájem. Pro terapii je významný i postoj Já-Ono, kterého docílíme díky poodstoupení od situace s klientem. Klient je objektem, o kterém můžeme přemýšlet.

„Vztah ‚Já-Ty‘ nemůžeme cíleně vyvolat. Tento druh kontaktu se objevuje sám. Vyrůstá na základě naší přípravy sám od sebe a nelze jej vyvolat účelově. Je požehnáním vašeho vztahu. Pokud vědomě usilujeme o dosažení vztahu ‚Já-Ty‘, paradoxně tím vytvoříme cílevědomý ‚Já-Ono‘ přístup“ (Buber, 1988, in Mackewn, 2004, s. 96).

### 8.3.2

#### Aspekty terapeutického vztahu

- a) lidský/reálný vztah
- b) pracovní spojení
- c) přenosový vztah

#### a) Lidský/reálný vztah

Vklady ze strany terapeuta popisuje Carl Rogers. Jsou to v podstatě rovněž podmínky, které umožní vznik vztahu Já-Ty: autentičnost, empatie a pochopení, bezpodmínečné přijetí.

*Bezpodmínečné pozitivní přijetí klienta a potvrzení jeho jedinečnosti* V rámci terapeutického vztahu je klient terapeutem přijímán se svými obtížemi a trápením, aniž by si terapeut kladl na oplátku nějaké emoční podmínky, jak tomu často bývá v osobních vztazích (o čemž svědčí např. výroky typu: „jestli tam půjdeš, budu na tebe naštvaný“). Terapeutův postoj vytváří atmosféru bezpečí a důvěry, které jsou nutné k tomu, aby se klient dokázal otevřít a mohl pozvat terapeuta do svého světa a odkrýt mu i choulostivé záležitosti.

Člověk potřebuje být vyslechnut se svým trápením, ale i sdílet radost a být přijat takový, jaký je. Potřebuje mít pocit, že je v pořádku takový, jaký je.

Nepodmíněným pozitivním přijetím je myšlen postoj terapeuta ke klientovi bez hodnotících soudů a výhrad, v plném rozsahu jeho bytí. To znamená, že terapeut dokáže přijímat všechny klientem sdělované obsahy a pocity, ať se jedná o obsahy bolestné, nenávislné či abnormální nebo o sebevědomé, vyspělé, radostné (Hájek, 2006).

Bezpodmínečné přijetí roste s tím, jak se prohlubuje vzájemný vztah.

*Opravdovost (autentičnost)* Jde o soulad mezi tím, co terapeut prožívá uvnitř, a tím, co projevuje navenek (verbálně i neverbálně). Klienti velmi citlivě vnímají rozpory mezi terapeutovými verbálními a neverbálními projevy.

Autentičnost se projevuje též vyjádřením svých pocitů v průběhu sezení. Terapeut tím dává klientovi příklad, jak se dá pracovat se svými emocemi. Ale důležité je vhodné načasování a také mít cit pro to, jakým sdělením klientovi můžu pomoci a co už je nadbytečné sdělovat, a především volit formu, která klienta nezraní.

*Empatické porozumění, pochopení* Tím je myšleno vstoupit do klientova subjektivního světa, jak nejvíce to je možné. Nehodnotit, neposuzovat, ale popisovat. Snažit se vidět očima klienta a porozumět jeho pocitům.

Vcítění se do klientova světa musí být nejen na úrovni rozumové, ale i na úrovni prožívání. Na terapeuta je kladen nárok být pevně zakotven v realitě a držet si hranice, aby ho klientův příběh a prožívání nepohltilo plně. Je třeba umět se vcítit do klientova prožívání, ale také z něj umět vystoupit a vzdálit se, neboť bez odstupeku by klientovi nemohl být terapeut patřičně nápomocen.

Terapeut si musí umět držet hranice mezi prožíváním svým a spoluprožíváním s klientem. Jinými slovy jde o pružné přecházení z postoje Já–Ty do postoje Já–Ono.

Vcítění se do prožívání klienta je nutnou, ale ne jedinou podmínkou pro empatické porozumění. Musí být také sděleno a v rozhovoru s klientem **ověřováno**. Jinak se z něj stane pouze domněnka. Když si neověříme, jestli klientovu prožívání rozumíme správně, nikdy nevíme, jak blízko mu skutečně jsme.

Důležité je rovněž umět odhadnout, které pocity a významy jsou klientovi natolik skryty, že je zbytečné je verbalizovat, neboť klient ještě není připraven si je přiznat. Jejich vyřčení by se mohlo stát spíše

překážkou v jeho sebepoznání a samozřejmě také ve vzájemném vztahu s terapeutem (Hájek, 2006).

## **b) Pracovní spojení**

Pracovní spojení mezi terapeutem a klientem se začíná tvořit od prvního kontaktu. Je to vlastně společná dohoda o spolupráci, přičemž jsou definována témata a domluveny podmínky spolupráce. Pracovní spojení potřebuje pevný rámec.

V případě doléčovacího centra jsou to pravidla, která jsou součástí smlouvy o účasti v doléčovacím programu a k jejichž plnění se klient zavazuje podpisem smlouvy. S terapeutem se volně domlouvají na termínech individuálních sezení. Ostatní záležitosti jsou součástí smlouvy.

Dalším pevným rámcem je kontrakt, který si klienti sestaví v počátku pobytu v doléčovacím centru. V kontraktu mají vytyčeny oblasti či témata, kterým se chtějí spolu se svým terapeutem věnovat. Každý klient má svého terapeuta, se kterým individuálně pracuje. A mimo jiné se setkávají i na skupinách. Může se stát, že si klient s terapeutem „nesednou“. Změna je možná, ale často to bývá jen snaha vyhnout se nepříjemným emocím, i když zažádat si o změnu terapeuta s sebou nese rovněž intenzivní emoce. Na místě je ocenit klientovu odvahu a navrhnout sezení, kde společně proberou, co se v jejich vztahu děje. Klientovi se tak naskytne možnost zažít si vůči terapeutovi negativní emoce, sdělit mu tváří v tvář výhrady, které vůči terapeutovi má, bez nutnosti ukončovat spolupráci. Klientovi tak můžeme umožnit korektivní zkušenost, že i terapeut je člověk, který dělá chyby, mohl se dopustit např. nějakého necitlivého výroku, ale klienta nezavrhne za to, že ho kritizuje, naopak ho ocení a spolupráce může pokračovat, pokud klient chce. Terapeutem není odmítnut. Taková zkušenost může velmi posílit pracovní spojení mezi klientem a terapeutem.

Vytváříme tím atmosféru rovnocennosti a posilujeme důvěru klienta.

Klienti k nám přicházejí ze zařízení, kde je pozornost zaměřena spíše na skupinovou, případně pracovní terapii, a s individuálními sezeními nemají moc zkušenost. Pak posílíme pracovní vztah, když klientům vysvětlíme, jak sezení probíhají a o co na nich jde, protože někdy klienti opravdu nevědí, co po nich vlastně chceme.

V rámci pracovního spojení se mísí vztah Já–Ty a Já–Ono.

Pracovní spojení je posilováno revizemi terapeutických cílů, rozhovory o pokroku v terapii, vyjasňováním si potřeb i hodnocením vzájemné spolupráce.

### c) Přenosový vztah

Přenosové jevy můžeme definovat jako pocity, postoje či způsoby chování související s minulostí, které jsou přenášeny do terapeutického vztahu. Ovlivňují to, jak si terapeut s klientem rozumí. Často se takto oživí nedokončené záležitosti z minulosti.

Přenos ukazuje na klientův stereotypní způsob jednání v situacích, vstupování do kontaktu, takže je pro terapii velmi cenný. Jde o klientovo rozumění dané situaci, které je třeba brát vážně, nepřistupovat k němu jako k něčemu vyčpělému, patřícímu minulosti.

Každý vztah je směsicí ryzího kontaktu a přenosu (Yontef, 1993, in Mackewn, 2004).

Klientovy přenosové pocity je možné přijmout jako autentické, a tak s nimi i pracovat.

Zabývat se přenosem znamená zkoumat svůj vlastní i klientův podíl na situaci a dále různé způsoby, jakými nahlížíme na realitu.

Protipřenos je terapeutův přenos na klienta, který je důsledkem nevyřešených záležitostí z minulosti.

Zahrnuje pocity terapeuta vůči klientovi. Může se týkat příjemného pocitu z toho, že klient terapeuta potřebuje, nebo též vzteku na klienta. Pak je dobré se ptát, jaké mé části se klient dotkl.

Jestliže klientovo téma zasahuje i terapeuta, který s ním má zkušenost, a to dosud nezpracovanou, v tomto případě jde o protipřenos proaktivní.

Reaktivní protipřenos je terapeutova reakce na klientův přenos.

Jevu, kdy klient externalizuje určitou svoji část, kterou nedovede přijmout, a promítne ji do terapeuta, říkáme projektivní identifikace. Klient své pocity přiřkne terapeutovi, který je sice neprožíval, ale klient je v něm dokáže vyvolat. Je důležité být si své protipřenosové reakce vědom a prozkoumat ji při supervizi. A nepohlížet na protipřenos jako na překážku v terapii, ale jako na zdroj cenných informací o klientovi, vztahu s klientem i o sobě samém.



## 8.4

### Osobní sdělení terapeuta

Terapeut je na terapeutickém sezení přítomen nejen jako odborník, který má pomoci, ale také jako člověk, ve kterém klient a jeho příběh vzbuzují nějaké pocity. V situaci tady a teď je důležité spontánně přinášet autentická sdělení. Když s klienty například sdílíme radost z jejich úspěchu verbálně i neverbálně (je na nás radost vidět), je to něco zcela jiného než konstatování ohledně schopností klienta.

Klienti velmi oceňují každý náš „lidský“ projev.

Sdílet můžeme i zkušenost z vlastního soukromého života, může-li to klientovi pomoci. Zjištění, že i terapeut něco podobného zažil a překonal, může být podpůrné. Ale je důležité věnovat takovému sdělení úměrné množství času.

Spontánní reakce terapeuta mohou být pro klienta příkladem, jak je možné své prožívání sdílet. Takovéto mezilidské setkání terapeuta a klienta je vztahem Já–Ty.

Osobní sdělení terapeuta slouží jako model otevřenosti k vlastnímu prožívání pro klienta.

Vyjádření autentických pozitivních emocí – radosti, podpory, oceňení, příjemného překvapení, údivu – posiluje klientovo sebevědomí, upevňuje vhodné způsoby jednání a podporuje dovedné zvládnání situací (Hájek, 2006).

Důležitý je i humor. Ale pozor na zlehčování klientova problému.

V pozdější fázi terapie klienta často zajímá terapeut i jako privátní osoba. Vyjádří-li mu svůj zájem dotazem na nějakou výše z terapeutova soukromí, je třeba mít na zřeteli, že pro klienta patrně není vůbec jednoduché svůj zájem verbalizovat, ať už se tváří jakkoliv sebevědomě. Terapeut se často po takové otázce lekne. Ale není to přirozené? Co přinese klientovi větší užitek: mnohdy ne úplně citlivá polemika nad tím, proč se klient zajímá o terapeutův osobní život, která může vést k zahanbení klienta a jeho pocitům viny, nebo upřímná odpověď, která má samozřejmě své hranice?

Sice před sebou máme klienty, kteří mají obtíže se svými hranicemi, ale taky lidi. A vědět něco o svém terapeutovi je naprosto lidská potřeba. Navíc pro klienty můžeme představovat model fungujících lidí – chtějí se inspirovat. V této souvislosti se jeví jako užitečné, aby vnímali, že

jsme rovněž chybující bytosti. Když nás uvidí trochu reálněji, třeba se tolik nebudou bránit ukázat nám svá slabá místa – vědomi si toho, že je máme taky.

Každopádně máme před sebou velmi citlivé téma, které je rovněž hodno supervize.

## 8.5

### Práce s emocemi

Jelikož vyjadřování emocí je často velká obtíž závislých klientů, věnujeme práci s emocemi samostatnou část.

První podmínkou je poskytnout čas a klidný prostor nerušené místnosti.

**Aktivním nasloucháním** dává terapeut upřímný, opravdový zájem o klientovo sdělení. Dává klientovi prostor, zbytečnými vstupy a přebíráním iniciativy neodvádí klienta od svého prožívání. Umí být v tichu. Terapeut zjišťuje, jaké pocity klient má, všimá si tělesných projevů, souladu mezi neverbálními projevy a sdělením.

Klienti se často drží v myšlenkách, je to pro ně bezpečné. Bojí se dát prostor emočnímu doprovodu toho, co bylo vyřčeno. Říkají, co si myslí, že by bylo dobré říci, co odhadnou, že chce terapeut slyšet. Zaměřují se raději na druhé než na sebe. Vyhýbají se soustředění na to, co prožívají „tady a teď“.

Aby se klient mohl více přiblížit svému prožívání, je nutný bezpečný a hlavně nehodnotící zájem terapeuta.

Ale jsou též klienti, kteří velmi intenzivně prožívají, nicméně nedokážou se ve svém prožívání vyznat. Jsou zaplaveni emocemi, které neumějí pojmenovat. Pokud však klient vydrží u svého prožívání neurčitých emocí, vydrží v situaci, kdy se ve svých pocitech nevyzná, neuteče, mohou se postupně vybat slova pojmenovávající danou emoci. Je potřeba trpělivosti při hledání upřesňujícího pojmenování pro daný prožitek. S klientem postupně pracujeme na jeho sebeexploraci, prozkoumávání jeho prožívání.

Důležité je neprojikovat své pocity, které jsme třeba my jako terapeuti zažívali v podobné situaci. I když jde třeba o stejnou emoci, prožívána může být různě. Každý má „jiný“ smutek, jinak prožívá radost. Toto je

rovněž třeba vzít v potaz. Stejně tak klientovi asi nepomůže naše řešení dané situace. Každý jsme jedinečný, řešení situace si musíme objevit sami.

Spontánní reakcí, která ovšem není moc funkční, je chlácholit a rozveselovat smutného klienta, konfrontovat našťvaného. Takové reakce klient pravděpodobně zná od svého okolí. Co však nemusí znát, je být přijat i s těmito emocemi.

**Vyjádření porozumění.** Pouze naslouchat, i když aktivně a se zájmem, však nestačí. Klient chce od nás také slyšet reakce, možná radu.

Terapeutovo porozumění situaci vyvěrá z verbálního a neverbálního sdělení klienta a ze spoluprožívání s klientem. Těmito směry se může ubírat i terapeutova reakce. Může se soustředit na obsah a shrnout, co slyšel, může zareagovat na emoční doprovod či nesoulad mezi verbální a neverbální složkou a také může sdílet, co s ním dělalo vyprávění klienta.

Pokud odhaduje, jak klientovi v popisované situaci asi bylo, musí si svou hypotézu ověřit. Pokud tak neučiní, domnívanou empatii může zaměnit za projekci svých pocitů na klienta.

Cílem je vystihnout význam klientova sdělení za použití jeho „slovníku“.

Když se klient cítí slyšen a pochopen, roste jeho důvěra k terapeutovi. Jak se terapeut víc a víc orientuje v klientově problematice a z nesouvislého vyprávění učiní souvislý příběh, i pro klienta je lecos srozumitelnější. Což ho jednak zklidní, jednak zvýší sebeuvědomění, je se svým problémem a vůbec sám se sebou v lepším kontaktu. Nová uvědomění zasazuje do kontextu svého života, může jim sám lépe porozumět.

## 8.6

### Další častá témata v terapii

Další velmi častá témata, která se objevují při individuální práci, už jen stručně vyjmenujeme, byť by si každé z nich zasloužilo mnohem víc prostoru:

- „zazděné pocity“, necítění;
- emoční zmatek – spousta prožívání zejména na tělesné úrovni, ale klient se v nich nevyzná, své pocity neumí pojmenovat;
- vztek, který klient dosud neumí kultivovat;

- vše výše jmenované obnáší rovněž práci s tělem;
- dalším silným tématem jsou pocity viny a studu;
- přijetí svých omezení, tzn. nutnost se kvůli své závislosti něčeho vzdát; klienti vidí jen tu ztrátu, už ne že jim to taky přeneso něco nového, jisté obohacení – pokud jej budou chtít vidět;
- duální diagnózy – nejčastěji psychotická onemocnění, bipolární afektivní poruchy, deprese a s tím vším spojené limity, se kterými je mnohdy obrovsky těžké se smířit; někdy je až nezbytný invalidní důchod; při práci na smířování se se svou nemocí máme dobrou zkušenost s přístupem, kdy spolu s klientem hledáme smysl nemoci – proč přišla zrovna teď, co nám chce říct, jaká přináší do života pozitivita;
- samota – naučit se být sám, dokázat být v tichu;
- vztahy – s rodinou, partnerské vztahy – velká souvislost se sebevědomím, sebehodnocením;
- vztah k autoritám;
- kompulzivní nakupování, přejídání se – jako jiný způsob zaplňování prázdna v sobě;
- touha po adrenalinu – adrenalinové sporty;
- volný čas vůbec – kvalita jeho trávení, zařazení uvolňující aktivity, vhodného sportu – rekreačně!;
- své místo má samozřejmě i práce s tělem, práce s dechem;
- věnování pozornosti „toxi-snům“ a
- v podstatě všudypřítomná je prevence relapsu.

## 8.7

### Terapie po doléčování

Po doléčování, někdy i s odstupem pár let, si klient zřetelněji uvědomuje, že to, co nechtěl vidět dříve, ho „doběhlo“. Zjišťuje, že jeho závislostní problémy jdou ruku v ruce s jinými, kterých si nechtěl všimnout z mnoha různých důvodů. Netřeba to hodnotit. Ať šlo o vědomý či nevědomý akt, klienta to před něčím chránilo. Ještě nebyl připraven. Je až teď.

A terapie může pokračovat nebo začít znovu. Často jde o zpracování dávných traumat či zaměření se na interpersonální záležitosti. Což mohou být faktory, které mají tu moc ovlivnit případný rozvoj recidivy.

V našem případě mohou klienti využít služby Poradny pro alkoholové a jiné záležitosti, což je jedna ze služeb P-centra, nebo si mohou vyhledat odborníky mimo naše zařízení.

## **Závěr**

Uvedený text je pohledem na individuální terapii jednoho člověka. Pohled každého z nás se trochu různí.

Teorie je důležitá. Je to základ, ale v praxi je rovněž důležité nechat se vést svojí intuicí. Pro každého klienta tvoříme novou terapii. Každý klient je jedinečný, i když všechny pojí stejný závislostní problém. A každý klient nás může mnoho naučit, pokud jsme dostatečně otevření.

Myslím, že abychom dělali svoji práci dobře, musíme ji mít rádi a musíme mít rádi klienty.

Nechme se inspirovat následujícím výrokem, který udělá hezkou tečku za touto kapitolou:

*Pracovat s klienty znamená „snažit se přistupovat ke klientům bez předsudků, nechat se jimi okouzlit, jako byste v němém úžasu zůstali zírat na mohutný strom, horskou bystřinu nebo panenské mořské pobřeží. Abychom dělali terapii, která bude skutečně citlivá vůči potřebám druhého člověka, musíme se nechat ovlivnit zázrakem jeho celistvé existence“ (Mackewn, 2004, s. 55).*

# 9

## Sociální práce v následné péči

### Uvedení do problematiky

*Tématu sociální práce s uživateli drog se již věnovala řada autorů (Pavel Navrátil, Oldřich Matoušek aj.), a proto se předkládaný text věnuje obecnému vymezení pouze okrajově. Ústředním tématem je popis způsobů práce, které jsou uplatňovány v Doléčovacím centru P-centra v Olomouci. Cílem práce je shrnout a představit způsoby práce s klienty se závislostí a aktivity určené pro jejich začlenění do společnosti. První kapitola je věnována krátkému představení tématu a pojmům, které se k dané problematice vztahují. Následující kapitoly jsou již více zaměřeny na konkrétní pracoviště s jasně stanoveným programem. Pro názornost zde představíme několik krátkých kazuistik, které se k dané aktivitě vztahují. Do kapitoly jsme zařadili i několik konkrétních problematických situací, se kterými se klienti v našem doléčovacím programu potýkají.*

### 9.1

#### Sociální práce s uživateli návykových látek

Sociální práce má nezastupitelné místo v procesu začleňování klientů se závislostí do společnosti, neboť časté sociální a právní problémy klientů, které nebyly řešeny, zabraňují jejich integraci. Je proto důležité, aby se vzniklé problémy začaly řešit ještě dříve, než se klient zcela osamostatní. Poskytnutá pomoc ze strany sociálních pracovníků by měla mít spíše podpůrný charakter, aby byl klient schopen řešit své záležitosti samostatně.

Sociální práce s uživateli drog se uplatňuje v oblasti snižování poptávky (léčba a resocializace), snižování rizik (omezování škod – harm reduction) a snižování dostupnosti (probační a vězeňští pracovníci působící v resortu Ministerstva spravedlnosti ČR, které garantuje potlačení společensky nebezpečného jednání) (Matoušek, 2005).

Mullerová, Matoušek a Vondrášková (in Matoušek a kol., 2005) zmiňují tři obecné principy systému léčby drogových závislostí.

1. *Co je účinné, musí být dostupné, co je dostupné, musí být účinné.*
2. *Odstranit bariéry včasné pomoci, zabránit odloženému využívání služeb.* Tento princip říká, že je účinnější včasná intervence nežli opožděné léčení, tzn. pracovat s klientem i přesto, že ještě není motivován k léčbě.
3. *Zabránit fenoménu otáčivých dveří, který je důsledkem léčby, která nebyla „dotažena do konce“, tzn. nebylo naplněno léčebné kontinuum.*

Každá cílová skupina vyžaduje specifický přístup, proto ani sociální práce s klienty následné péče není výjimkou. Zaměříme-li se na koncept sociálního fungování, jenž klade důraz na schopnost člověka zvládat obtížné životní situace, které vznikají jako důsledek jeho nerovnovážné interakce se sociálním prostředím, zjistíme, že se jedná o aktuální téma právě této skupiny lidí. Tato pro ně často sociálně a kulturně odlišná společnost na ně klade požadavky, které jsou pro ně těžko srozumitelné, příliš náročné a kterým z velké části nerozumějí.

V důsledku nesplnění požadavků společnosti se stávají sociálně vyloučenými a propast mezi nimi a většinovou společností se tím prohlubuje. Proto je důležité, aby se s nimi začalo pracovat takovým způsobem, který jim pomůže dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění (Navrátil in Kalina et al., 2003).

## 9.2

### Socializace a resocializace

Jelikož je jedním z hlavních témat sociální práce v doléčovacích programech proces resocializace klientů, je na místě vysvětlit tento pojem a také pojem socializace jedince. Začneme tedy tím prvním.

Náš život nabývá sociální podoby od samého počátku, neboť je do vysoké míry podmíněn vztahy s druhými lidmi. Naše sociální chování je ovlivněno stupněm vývoje „*zúčastněných jedinců, jelikož bod, v němž se ve vývoji nacházíme, značně působí na kvalitu i kvantitu našich zkušeností, znalostí, způsob reagování na svět kolem nás; na rozsah,*

v němž mu můžeme porozumět, i na způsob vnímání druhých lidí. Sociální chování člověka totiž vyžaduje, aby si uměl zobrazit a vysvětlovat si sociální svět kolem sebe a aby na něj uměl reagovat.“ (Durkin in Hewstone, Stroebe, 2006).

## Socializace

Socializace je proces, při kterém se utváří osobnost člověka. Jedinci si při něm osvojují pravidla chování, kulturní zvyklosti, soubor hodnot, názorů či postojů s cílem stát se plnohodnotnými členy společnosti. V procesu socializace se jedinec učí přebírat role, které jsou spojené s normami a hodnotami a které odpovídají věku a pohlaví jedince. Každému člověku do života vstupuje několik událostí, které mění průběh každodenního prožívání takovým způsobem, který je typický pro lidi určité věkové skupiny, pohlaví či sociální třídy. Můžeme je rozdělit na **jedinečné** (nemoc, smrt blízkého člověka, vážná dopravní nehoda), **celospolečenské** (krize, např. ekonomické, války aj.) či **běžnější**, „**zlomové**“ události (nástup do školky, školy, práce, sňatek, narození potomka, „prázdné hnízdo“, odchod do penze) (Havlík, Koťa, 2002).

Neúspěšný proces socializace vede k problémům nejen pro jedince samotného, který je ohrožen sociální vyloučením, ale i pro společnost, neboť ta je naopak ohrožována sociální deviací. Jedinec má jiný vztah k obecně platným normám. Podle Vágnerové (2008) „*je pro asociálně jednající lidi typický egocentrismus a z něj vyplývající subjektivizace při hodnocení čehokoli, tedy i norem chování. Jejich výklad je takový, jaký jim vyhovuje, ve svém chování tato pravidla nerespektují. Mají sklon k pocitům privilegovanosti a z něho vyplývající nezávaznosti jinak obecně platných norem*“.

Aby mohli být sociálně vyloučení klienti opět zařazeni do řádného života společnosti, je zapotřebí, aby prošli procesem resocializace.

## Resocializace

Resocializace je podle Hartla a Hartlové (2000) proces opětné socializace u člověka, který je propuštěný z dlouhodobé ústavní, vězeňské nebo nemocniční péče. Cílem procesu resocializace je navrácení společensky přijatelného způsobu chování u lidí, kteří se nějakým způsobem od něj



odchýlili. Tento proces však předpokládá, že u jedinců již došlo k nějaké socializaci. Proces resocializace se neobejde bez změn postojů a hodnotové orientace jedinců. Proto je vhodné, aby je program v léčebných zařízeních dokázal motivovat k akceptování změny jako přitažlivé alternativy (Matoušek, 2008).

### 9.3

#### **Systematická sociální práce v doléčovacím programu P-centra Olomouc**

Sociální práce s klientem začíná ještě před jeho nástupem do doléčovacího centra, a to konkrétně na jeho návštěvě. Na této schůzce pracovník klientovi představí program doléčovacího centra, provede ho centrem a předá mu smlouvy, které si klient před nástupem může v klidu pročíst.

Po nástupu klienta do programu s ním pracovník projde všechny smlouvy, které jsou oboustranně podepsány, a jedna kopie je vložena do klientovy složky. V rámci strukturovaného programu se klient se svým sociálním pracovníkem setkává jedenkrát týdně. Zpočátku je kontakt klienta se sociálním pracovníkem intenzivnější, neboť pracovník musí hlouběji zmapovat klientovu aktuální situaci a ujasnit si, na čem je potřeba začít pracovat prioritně. Oblasti, které je potřeba zmapovat:

- finanční oblast – aktuální finanční situaci, dluhy, exekuce atd.;
- zaměstnání – pracovní kvalifikace, předchozí praxe, očekávané zaměstnání, registrace uchazeče o zaměstnání na úřadu práce atd.;
- doklady – doklady totožnosti, karta pojištěnce atd.;
- sociální oblast – jestli je například osobou v hmotné nouzi atd.;
- právní oblast – aktuální trestní stíhání, podmíněčné tresty, dohledy u probační a mediační služby, nařízené exekuce;
- zdravotní oblast – jaké má předepsané léky, nový praktický a zubní lékař (jestliže má klient původní bydliště mimo Olomouc)
- a další individuální oblasti, například péče o děti atd.

V průběhu klientovy léčby mu sociální pracovník pomáhá aktivizovat vlastní schopnosti při řešení problémů ve výše zmíněných oblastech, poskytnout informace, poradenství.

Poté, co klient začne chodit zaměstnaní, se jeho kontakt se sociálním pracovníkem oddaluje, to znamená, že setkání probíhá jednou za čtrnáct dní. Avšak pokud má klient nějaký nečekaný problém, např. přišla mu exekuce, řeší se jeho nově vzniklá situace okamžitě.

Pavel (39) nastoupil do programu následné péče P-centra z psychiatrické léčebny v Opavě, kde prodělal 3měsíční léčbu závislosti na hracích automatech. Klient využil i nabídku chráněného bydlení. Sociální pracovník na první schůzce s klientem doplnil jeho anamnestická data, základní data obsahovala již žádost o přijetí do programu doléčování. Rozhovorem s klientem mapuje jeho situaci, z které vyplynulo, že klient má dluhy ve výši cca 300 tis. korun (přesnou výši ani počet věřitelů nezná).

V ostatních oblastech (až na různá potvrzení) nepotřebuje zatím klient podporu sociálního pracovníka. Další témata, spadající do terapeutické sféry, budou řešena v rámci individuální terapie s jeho klíčovým pracovníkem-garantem a prostřednictvím skupinové terapie.

Během schůzek se sociálním pracovníkem se nejprve stanovil cíl zakázky, což v tomto případě bylo začít splácet dluhy. Cíl jsme rozpracovali do dílčích úkolů:

- zjistit přesnou výši Pavlových dluhů, rozkrýt strukturu dluhů,
- zjistit všechny věřitele,
- oslovit všechny věřitele se žádostí o splátkový kalendář.

Postupným plněním dohodnutých úkolů jsme zjistili výši dluhů i počet věřitelů, předpokládaný dluh byl ve skutečnosti o něco nižší, než Pavel předpokládal. Po nastoupení do zaměstnání (pravidelný příjem), kontaktoval Pavel všechny své věřitele – část z nich přistoupila na navrhovaný splátkový kalendář. Zbytek věřitelů (většinou exekutorské úřady) nebyl ochoten přijmout navrhované řešení o splátkách a trval na uhrazení dlužné částky ihned. Pavel tedy začal splácet dohodnuté splátky a čeká, že mu bude uvalena exekuce na plat (věřitelé, se kterými se nedohodl). Začal si vést finanční deník (osobní účetnictví), aby měl přehled

o svých financích. Dál bude spolupracovat se sociálním pracovníkem. Sociální pracovník klientovi také pomáhá vyrovnat se s požadavky dnešní doby, kdy ho zejména učí ovládat počítač.

## **Asistenční doprovod**

V případě potřeby klienta či na jeho vyžádání může být realizován asistenční doprovod na úřady. Sociální pracovník může klientovi pomoci vyjednat, co je třeba. Vždy se snaží podpořit schopnosti klienta vyřídit si potřebné věci samostatně.

Karel (27) byl vyzván svědčit v rámci trestního řízení s jeho bývalým dealerem drog. U soudu se měl setkat i se svými bývalými známými z drogové minulosti. Karel měl z tohoto setkání obavy a požádal sociálního pracovníka o doprovod. K soudnímu řízení jeli společně se sociálním pracovníkem. Soudní řízení proběhlo, Karel svědčil, se známými se viděl, ale nesetkal se s nimi (bez bližšího kontaktu). Po skončení soudního řízení se oba bezpečně vrátili do P-centra.

## **Osobní kontakt**

Jde o krátká setkání klienta s kterýmkoliv členem týmu, ke kterým dochází během dne v prostorách P-centra (například i při náhodném setkání na chodbě zařízení atd.). Klient sám vyhledává kontakt s členy týmu, hlavně během jeho náročných období. Smyslem je sdílení běžných životních událostí, novinek a pocitů s nimi spojených. Významnou součástí těchto setkání je emocionální podpora klienta. Cílem je i průběžný monitoring klienta a předcházení krizí a s nimi spojených případných lapsů.

Petr (25) se právě vrátil z pracovního pohovoru, potkává sociálního pracovníka a sděluje mu, že ho přijali do zaměstnání, práci hledá již dva měsíce, zatím se mu nedařilo. V poslední době sděloval, že ho to velmi trápí, o to větší má dnes radost. O svou radost se dělí. Sociální pracovník zapisuje setkání do elektronického programu, do kterého mají přístup i ostatní terapeuti. Zápisem

těchto informací mají i ostatní kolegové přehled o běžném, avšak důležitém dění každého z klientů.

## **Skupinové aktivity vedené sociálními pracovníky**

Nosnou linkou strukturovaného programu jsou skupinové aktivity. Všechny skupiny, s výjimkou domovních skupin a volnočasových aktivit, se odehrávají v prostorách P-centra. Z organizačních důvodů jsou všechny skupiny otevřené, to znamená, že klienti průběžně přicházejí a odcházejí.

### **Ranní skupiny**

Jde o skupinové setkání, které je zaměřeno na sociální práci. Klienti, kteří ještě nemají pravidelné zaměstnání, mají za povinnost účastnit se ranních skupin. Ranní skupiny jsou každý pracovní den, vždy v 8 hodin. Klienti zde zhodnotí předchozí den a sdělí skupině svůj plán na aktuální den. Vzhledem k zaměření skupin na sociální práci sdělí klient také plán aktivit v sociální oblasti (primárně zaměřené na získání pracovního místa).

Na ranní skupině Jana (54) zhodnotila předchozí den, hledala zaměstnání. Navštívila několik potenciálních zaměstnavatelů, převážně firmy se zaměřením na úklidové práce. Nabídky práce nebo adresy zaměstnavatelů vyhledala na internetu. U většiny z oslovených firem nebylo volné místo, zanechala však u nich životopis s kontaktem, kdyby se nějaké pracovní místo uvolnilo. Předchozího dne odpoledne byla na procházce, poté s ostatními klienty v muzeu. Dále sděluje, že byla večer unavená a měla myšlenky na alkohol. Ostatní klienti na to reagují, padají otázky, jak s chutěmi na alkohol naložila. Jana odpovídá, že snědla čokoládu a četla knihu. Poté chutě na alkohol ustoupily. Tento den plánuje navštívit úřad práce, potřebuje tam dodat potvrzení o platbě nájmu v chráněném bytě. Požádala sociální pracovníci o vystavení potvrzení. Toto odpoledne bude Jana dále hledat nabídky práce, je také domluvena se stážistkou z VOŠ Caritas na lekci základní práce s elektronickou poštou – e-mailem. Večer má v plánu odpocívat.

## Socioterapeutické aktivity

Obsahem socioterapeutických aktivit, tzv. klubu, je ukázat klientům možnosti trávení volného času zdravým způsobem. Klub se koná 1x týdně v pravidelném čase, pokud není domluveno jinak. Klub je povinná součást programu, avšak klienti, kteří z pracovních důvodů nemají možnost se jich zúčastnit, jsou omluveni, nicméně musí prokázat, že svůj volný čas umí trávit smysluplně.

Socioterapeutické aktivity v P-centru vedou oba sociální pracovníci, výhodou je volba nabízených aktivit pro klienty. Praxí bývá i rozdělení klientů do dvou skupin, zejména v případě, kdy jedna z nabídek je spíše zaměřena na činnosti, jako je například keramika, jóga, rukodělné práce typu korálkování a podobně. Ta část skupiny, která nemá zájem o nabízenou aktivitu, provozuje s druhým sociálním pracovníkem například sportovní hry, projížďku na kole a podobně. Nabídka volnočasových aktivit je bohatší (zejména sportovního charakteru) během ročního období, které dovoluje aktivity ve venkovním prostředí (jaro, léto). Ve zbytku roku přijdou na řadu hlavně ty aktivity, které se odehrávají ve vnitřních prostorách budov, jako jsou návštěvy muzeí, divadel nebo také promítání filmů a společenské hry.

Obvyklé aktivity:

- sportovní aktivity: volejbal, fotbal, stolní tenis, plavání a další;
- kulturní akce: návštěva divadla, vernisáže, přednášky;
- návštěvy muzeí, kostelů, kulturních památek;
- tvůrčí aktivity, výtvarné a rukodělné činnosti, keramika.

V průběhu účasti v programu doléčování je pro řádné ukončení tohoto programu povinností klienta jeden tento klub volnočasových aktivit připravit.

Kromě povinných aktivit jsou klientům nabízeny dva doplňující programy aktivizačního charakteru. Jsou jimi paradižadelní večery a neformální středy. Podporou pro aktivní trávení volného času je i zvýhodněné půjčování sportovních potřeb a umožnění návštěvy plaveckého bazénu a fitness centra. Klienti v programu mají půjčení sportovních potřeb (jízdni kolo, běžecké lyže, sjezdové lyže, míčové hry, potřeby pro stanování atd.) zdarma, absolventi za zvýhodněných podmínek.

Návštěvu bazénu a fitness mají klienti v programu za symbolickou cenu.

## **Domovní skupiny**

Každý čtvrtek, vždy střídavě v jednom ze dvou chráněných bytů, se konají domovní skupiny, kterých se účastní jen klienti, kteří v chráněných bytech bydlí. Tématem je provoz těchto bytů, konkrétně úklidy, závady na bydlení, fungování šéfa bytu a dodržování pravidel bydlení. Domovní skupinu vede sociální pracovník.

Domovní skupinu začíná sociální pracovník a ptá se obou šéfů bytů na závady a na záležitosti kolem ubytování (šéf bytu má na starosti úklidy společných prostor, závady, funguje jako prostředník mezi klienty a pracovním týmem P-centra). U bytu I. je dle slov šéfa bytu Jakuba (25) vše v pořádku. Než přejde sociální pracovník k záležitostem druhého bytu, bere si slovo Dana (35) a sděluje, že není spokojená s pořádkem v bytě (umístěném v budově P-centra). Nejsou uklizeny společné prostory, prý protože šéf bytu Jakub (25) nerozdělil úklidové práce mezi ubytované klienty. Jakub se brání, že nemá dostatek času, je často v zaměstnání. Skupina reaguje a jednotliví členové podporují buď jednu, nebo druhou stranu. Sociální pracovník zatím nijak nezasahuje. Jakub poté, co od skupiny slyšel, že na sledování filmů si čas našel, přiznává, že mohl udělat více a své povinnosti neplnil. Domlouvá s ostatními klienty dodatečný úklid společných prostor bytu. Domovní skupina poté končí.

## **9.4**

### **Způsoby práce s klienty**

Každý z nás při komunikaci s druhým člověkem používá určité techniky, ať už vědomě či nevědomě. Pro lepší navázání kontaktu pracovníka s klientem je nezbytné, aby si pracovník některé techniky osvojil a vhodně je používal (například základní asertivní techniky nám umožňují chovat se přiměřeně v různých situacích). Především pokud pracujeme s klienty, je

žádoucí, abychom se vyvarovali některých nevhodných projevů. Určitě není vhodné se během rozhovoru dívat nepřítomně, jako bychom mysleli na vlastní problémy či sděujícímu nevěnovali pozornost. Zároveň bychom se měli vyvarovat tomu, abychom s klientem jednali úředně nebo s ním jednali jako s úkolem, který je nutno vyřešit.

Klientům poskytneme sociální poradenství, což neznamená, že bychom jim měli radit, jak co mají dělat, a chovat se u toho jako zaručení odborníci, kteří znají lék na všechno. Apriorní pozitivní či negativní přístup k partnerovi v komunikaci může velmi zásadně ovlivnit konečný efekt komunikace. Hlavním úkolem sociálního pracovníka je schopnost stát se dobrým partnerem v komunikaci, tedy umět nejen sdělovat, ale i dobře a aktivně naslouchat.

Při práci s klienty doléčovacího programu používají pracovníci přístupy, které jim napomáhají udržet strukturu práce s klientem v řešení jeho problémů. Strukturalizace práce je nezbytná, neboť někteří klienti mají tendenci utíkat od jednoho problému k druhému, a tím se pak v problémech a možnostech jejich řešení ztrácejí. V následujících řádcích představíme dva přístupy, které v sociální práci používáme nejčastěji.

### **Úkolově orientovaný přístup**

Úspěch tohoto přístupu spočívá v myšlence, že i malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu a že lidé se více nasazují pro úkoly, které si sami zvolili. Přístup vychází z přesvědčení, že klient je expertem na svůj život a že pracovník je tu od toho, aby mu pomohl rozhodnout, co chce dělat. Tento přístup je vhodné využívat při řešení těchto osmi problémových okruhů: *„interpersonální konflikty, neuspokojení v sociálních vztazích, problémy s formálními organizacemi, potíže v naplňování rolí, problémy vznikající v souvislosti se sociálními změnami, reaktivní emocionální úzkosti, neadekvátní zdroje a potíže s chováním“* (Navrátil, 2001). Pracovníka, který pracuje s tímto přístupem, nezajímá klientova historie či příčiny vzniklého problému, naopak se jeho pozornost soustředí na klientovu současnou situaci a možnosti řešení jeho aktuálního problému.

## Motivační rozhovory

Müllerová, Matoušek a Vondrášková (2005) uvádějí, že „*univerzálním přístupem sociální práce s uživateli drog, který je možné uplatnit ve všech fázích práce s tímto typem klientely, je motivační rozhovor*“. Jedná se o metodu, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním dělat. Zvláště účinná je u lidí, kteří jsou nerozhodní, neboť posiluje jejich vlastní motivaci. Klient sám je expertem na svůj život, proto má plnou svobodu v rozhodování.

„*Celkovým cílem je navýšit klientovu vnitřní motivaci tak, že se změna vynoří v něm samém, namísto toho aby byla na klientovi vyžadována zvenku*“ (Miller, Rollnick, 2003).

Techniky, které se v motivačních rozhovorech používají, jsou většinou odvozené od přístupu orientovaného na člověka. Motivační rozhovor je však oproti přístupu orientovaného na klienta více direktivní, neboť při něm má terapeut jasný cíl, např. změnit míru pití u klienta, proto prosazuje kroky, které k stanovenému cíli vedou.

Miller a Rollnick (2003) uvádějí osm obecných motivačních postupů, jsou jimi:

- předání rad,
- odstraňování překážek,
- nabídka výběru,
- snižování přitažlivosti,
- uplatnění empatie,
- poskytování zpětné vazby,
- vyjasňování cílů,
- aktivní pomoc.

Tyto postupy rozhovorů, které jsou cíleně zaměřeny na vyvolání změny v závislém chování, pomáhají klientům „vymanit se z pastí“, do kterých upadli během svého života, a nastartovat tím proces změny.

## Problematické situace klientů P-centra

Za nejčastější a zároveň nesložitější problém klientů považujeme jejich komunikaci s úřady, a to konkrétně s úřadem práce a oddělením nepojistných sociálních dávek – referátu hmotné nouze. Značný podíl



na tom má komplikovaný systém, který neumožňuje, aby se klient mohl zaregistrovat na místním úřadě. (Registrace je možná jen osobně a pouze na úřadě, v jehož správním obvodu má klient trvalé bydliště.) Což je pro řadu klientů, kteří jsou živi z dávek hmotné nouze, dosti finančně náročné. Na druhou stranu klienti mívají pocit, že je zbytečné si číst dokumenty, které jim daný úřad při registraci dává a které podepisují, a pak se stane, že jsou z evidence uchazečů o práci sankčně vyřazeni, neboť nesplní některou z povinností. Za příčinu vzniklých problémů poté mnohdy nepovažují vlastní jednání, ale někoho jiného. Nicméně jim tato situace bývá zpětnou vazbou, díky které poznají, že je nezbytné si vše dobře pročíst.

Někdy se stává, že klienti přicházejí do doléčovacího zařízení a myslí si, že dluhy, které měli, zaplatili a teď již žádné nemají. Problém nastává tehdy, kdy přijde klientovi zpráva, aby zaplatil do určitého data dluh, a on o něm nic neví. V první řadě je mnohdy zapotřebí krizová intervence, neboť je dotýčný v šoku. Dokud se klient neuklidní, není možné problém řešit. Poté začínáme mluvit o krocích, které je nutné udělat. Klient by měl dotýčný subjekt požádat o přesné informace vztahující se k dluhu, dokud nemá přesné a prokazatelné informace o dluhu, doporučujeme mu nic neplatit, neboť se může jednat o podvod. Klient může požádat okresní soud v místě bydliště o výpis všech řízení vedených proti němu nebo může nahlédnout do centrální evidence exekucí či do registru dlužníků (SOLUS), avšak informace z registrů jsou vždy poskytovány za nějaký poplatek.

Jelikož do našeho centra přichází většina klientů s nemalými dluhy, je velikým a možná i nejdůležitějším tématem správné hospodaření s penězi. Jedná se o téma, o kterém klienti neradi hovoří, nicméně patří k základním pilířům jejich úspěšného fungování v normálním životě. Z tohoto důvodu s klienty, kteří neumí hospodařit s penězi, sepisujeme finanční deník, respektive pomáháme jim v jeho založení. K finančnímu deníku nepřistupujeme vždy hned, většinou se k tomu však nakonec dostaneme, neboť klient například utratí za týden peníze, které mu měly vydržet na celý měsíc. Což vede k tomu, že si začne půjčovat od jiných klientů či od poskytovatelů nebankovních půjček, čímž se dostává opět do začarovaného kruhu a do způsobu života, který žil dříve. Tím ohrožuje svoji abstinenci.

## Závěr

Je důležité, aby si pracovník i klient uvědomili, že změnu nelze očekávat hned a že se bude jednat o proces velkého učení, procvičování a především sebeuvědomování. Je téměř nemožné očekávat od člověka, který nikdy neuměl hospodařit s penězi nebo komunikovat s úřady, obrat o 180 stupňů. Je však důležité ho v jeho krocích, byť malých, oceňovat a stále podporovat.

## 10

# Skupinová práce s klientem v následné péči

### Uvedení do problematiky

*Práce se skupinou v sobě nese velký potenciál v rámci terapeutické intervence, má však také svá specifika a omezení. Jejimi klady jsou především možnosti využití faktorů skupinové dynamiky, resp. procesů, které se dějí uvnitř skupiny. Na druhou stranu skupinová práce vyžaduje velmi zkušeného terapeuta (lektora, pedagoga...), neboť je třeba nejen zvládat mnohé z metod a technik, které se v rámci skupinové práce uplatňují, ale také respektovat skupinový proces, který je daleko komplikovanější než proces v rámci individuální intervence. (Polínek, 2013).*

Jedním ze stavebních kamenů služby následné péče a také velmi účinným prostředkem nutným ke změně životního stylu klientů je **skupinová práce**. Díky skupinám se mohou klienti od sebe navzájem učit dovednosti přijímat zpětnou vazbu, dávat zpětnou vazbu ostatním, pojmenovávat emoce a věci, které se jim dějí a které prožívají, a v neposlední řadě také nasloucháním toho, jak věci řeší a prožívají ostatní lidé ve skupině, získávají dovednost nápodoby chování, empatie a soucítění s dalšími lidmi. Skupinová práce může klientům být velmi přínosná, vždy však platí to, co tak často klientům říkáme: „Co do toho dáš, to dostaneš.“ Platí zde přímá úměra: osobní aktivita a otevřenost ke sdílení ve skupině přináší sociální zisky z ocenění, ale někdy i trpké a otevřené zpětné vazby.

Dále popsané fenomény skupinové práce se podle Polínka (2013) uplatňují nejen v rámci skupinové psychoterapie, ale působí často v rámci jakékoli skupinové práce (zážitková pedagogika, aktivní sociální učení aj.), rozdílná je spíše míra a struktura jejich využití v rámci intervence. Neznalost a nerespektování základních principů skupinové práce může mít výrazně kontraproduktivní efekt.

## 10.1

### Skupina jako smysluplný celek

Tento fenomén je základní filozofií v rámci humanisticky orientované skupinové práce, kdy chápeme skupinu jako entitu s vlastní dynamikou, vlastními tématy, které jsou zcela odlišné od dynamiky a témat jednotlivých členů skupiny. Mluvíme o tzv. transcendentní (přesahující) dynamice a transcendentních tématech. Chování jednotlivců ve skupině pak chápeme jako odraz takové dynamiky.

Z této premisy vyplývá, že to, co se může jevit na první pohled jako téma jednotlivce, může ve skutečnosti představovat část skupinového tématu (Meulmeester, 2010).

#### Skupinová dynamika

Skupinová dynamika sestává z jednotlivých faktorů, které musí mít terapeut na zřeteli, chce-li účinně využívat skupinovou formu práce. Mezi základní faktory patří (Kratochvíl, 2005):

**Cíle a struktura skupiny**, jimiž jsou z terapeutického hlediska např. změna maladaptivního chování, podpora zrání osobnosti, dovednosti v interpersonální komunikaci aj. V souladu s cíli této publikace to jsou především udržování abstinence, vztahy, volný čas a hledání práce.

**Normy skupiny** jsou souborem pravidel, která ovlivňují postoje a chování členů skupiny. K terapeutickým normám patří tolerování druhých, otevřenost, projevování emocí, poskytování zpětné vazby aj. Mohou se vytvořit též „antiterapeutické normy“, které ve svém důsledku brzdí či přímo znemožní terapeutický proces, např. neupřímnost, tabuizování, erotické vztahy mezi členy skupiny. V případě doléčovacích skupin se jedná o 5 základních pravidel, kterými jsou: pravidlo včasného příchodu, pravidlo vypnutí telefonu, pravidlo zákazu vynášení ze skupiny, pravidlo chovat se slušně a pravidlo říci ne.

Pro zajímavost uvádíme i motivační devítku pro doléčovací skupinu P-centra Olomouc.

Doléčovací devítka:

- Mluv o všem otevřeně.
- Neutíkej od problémů.

- Pomáhej ostatním zapadnout do skupiny.
- Neztrácej čas hovorem obecným, soustřeď se na konkrétní věci.
- Nevynášej, co ses dozvěděl – mimo skupinu.
- Vyslechni názory a podněty druhých, přemýšlej o nich, ale rozhoduj se sám.
- Vyvaruj se kritizování a hodnocení druhých.
- Každý může říct své stanovisko.
- Každý má právo říct v ohrožení stop.

**Role ve skupině** – vycházejí z morenovské sociometrie (např. role vůdce, černé ovce, hvězdy). Skupiny v následné péči jsou otevřené, proto se role ve skupině často mění. Roli pozitivního vůdce často přebírá takový člen, který prošel dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě. Naopak antivůdce se může rekrutovat z klientů přicházejících z výkonu trestu, kdy takový klient s sebou přináší mechanismy, jež fungují ve vězení, ale terapeutickou práci komplikují.

**Koheze a tenze** – představují faktory, jejichž rovnováha výrazně posiluje dynamiku skupiny. Je-li skupina příliš soudržná, ztrácí motivaci k práci, velké napětí ve skupině je často symptomem nedůvěry, nebezpečí. Obě polarity pak ve svém důsledku brání skupině ve vývoji. Systém tak ztrácí možnost růstu, což je základní atribut jeho zdraví.

**Vývoj skupiny** – je jedním z nejdůležitějších faktorů. Skupina má v jednotlivých fázích vývoje zcela jiné potřeby jak v přístupu terapeuta, tak i v práci s vyoňujícími se tématy. Tento vývoj je však v otevřených skupinách poznamenán přicházejícími a odcházejícími členy. Není však od věci si jednotlivé vývojové stupně uvést.

### Fáze vývoje skupiny

Vývoj skupiny člení jednotliví autoři různě. V zásadě se však neliší co do obsahů jednotlivých fází. Truckman (in Meulmeester, 2010) rozlišuje následující fáze:

1. forming (vznik, formování skupiny),
2. storming (fáze konfliktů, kde jedinci bojují o vliv ve skupině),
3. norming (vytváření skupinových norem),
4. performing (pracovní fáze, kdy skupina pracuje na zadaném úkolu).

Velmi účelně definuje jednotlivé fáze Levine (1991) in Polínek (2013). V následujícím textu vycházíme z jeho dělení, které doplňujeme o vlastní zkušenosti z doléčovacích skupin.

**Orientační fáze** – základními tématy jsou bezpečí, důvěra, závislost a struktura. Od vedoucího se očekává, že přinese strukturu, bude podporující a bude dávat zpětnou vazbu. Tato fáze je v rámci práce s krizí velmi důležitá. Potřeba jasných pravidel ve skupině a podpory od autority naplňuje základní psychickou potřebu bezpečí, která je často v rámci obtížné životní situace narušena.

Ve skupinách následné péče je důležité mít na paměti fakt, že se klienti často obměňují. Je tedy důležité častěji aplikovat techniky sloužící k navození důvěry a také neustále připomínat smysl, význam a pravidla skupiny.

**Fáze začlenění** – zpracovává témata moci, konfliktů, rozdílnosti. Autorita vedoucího klesá, roste intimita mezi členy skupiny, vytvářejí se role ve skupině. Fáze končí tzv. „zabitím vůdce“, kdy se vyrovnává autorita vůdce a autorita skupiny. Tato fáze je velmi obtížná pro vedoucího. Je však nesmírně důležité jí správně projít. V rámci této fáze můžeme posilovat klientovo přebírání odpovědnosti za sebe sama.

Klienti přicházející do programů následné péči si s sebou přinášejí své vzorce chování a kognitivní schémata, jak má skupina fungovat a jak má terapie probíhat. Někteří klienti, kteří jsou již v léčbě dlouho, často mluví o tzv. „přeterapeutizování“. Tím mají na mysli, že jsou již v nejrušnějších skupinách dlouho, a že už jim skupina nic nedává. Je dobré se s klienty bavit o tom, že doléčování je něco jiného než léčba samotná, a posilovat odpovědnost klientů samotných.

**Fáze vzájemnosti** – je charakterizována náklonností, podporou, kooperací, zodpovědností. Zde se zvyšuje koheze a je prostor pro otevírání ohrožujících témat, odkrývání tabu. Ne vždy má skupina možnost dospět do této fáze. V žádném případě není vhodné urychlovat vývoj skupiny, resp. pracovat na náročných tématech, aniž by skupina plně prošla předchozími fázemi.

V otevřených skupinách doléčovacích programů je výskyt této fáze neperiodický. Do této fáze přichází skupina na základě mnoha faktorů, kdy řadu z nich nedokážeme objasnit. Mezi ty, které známe, můžeme řadit: kvalitu aktuálních vztahů, míru ohroženosti recidivou, techniky, aktuální kvalitu supervize aj.

**Závěrečná fáze** – pomáhá přemostit zkušenosti členů skupiny, které získali prostřednictvím skupinové terapie tak, aby je byli schopni využít v životě mimo skupinu. Je důležité, aby si jak vedoucí, tak i jednotliví členové uvědomovali, že skupina je pouze prostředkem, nikoli cílem intervence.

Ve skupinách následné péče dochází často k rituálům, kdy někdo z klientů ukončuje program. Tyto rituály slouží zároveň k reflexi a k verbalizaci myšlenek a emocí, které se vyskytují před ukončením programu a jsou spojeny se změnou, která má přijít a kterou toto osamostatnění od programu přináší.

## Úrovně intervence

Jak již bylo v úvodu naznačeno, skupinová forma intervence je velmi složitým procesem, kde je nutné uvědomovat si, na jakou úroveň se právě zaměřujeme, na jaké úrovni zasahujeme. Wollants (in Meulmeester, 2010) definuje tři vertikální úrovně (tj. forma a zaměření intervence): **individuální**, **skupinovou** a **interpersonální**. U první z nich se soustředíme se na projevy jedince, což často bývají aktuální krize, vztahové problémy, obtíže při hledání práce či ohrožení relapsem. Ve skupinové intervenci se soustředíme na celou skupinu, řadíme sem edukaci a témata k prevenci relapsu. Interpersonální úroveň řeší konflikty vznikající mezi členy skupiny. Jedná se často o spory na společném bydlení.

## 10.2

### Skupinová práce v následné péči v P-centru

Pokud se bavíme o rozdělení skupinové práce v následné péči v organizaci P-centrum, dělíme ji na skupiny **tematické**, **dynamické** a **hodnotící**. Každý týden probíhají dvě skupiny v délce 90 minut a vedeny jsou dvojicí terapeutů, zpravidla mužem a ženou. Na skupinách je reflektováno to, co klienti v přechodu do běžného života prožívají, a skupiny jim tak pomáhají zpracovávat témata, která byla buď neřešena nebo je klienti začali řešit v předešlé léčbě a potřebují v nich pokračovat či jsou to témata nová, související s jinou fází jejich života.

Skupiny **hodnotící** se zabývají reflexí a hodnocením toho, co si klienti naplánovali v následné péči plnit. Na počátku využívání služby následné péče si každý klient sestaví **kontrakt – individuální plán**, ve kterém si podrobně rozepíše, jakým tématům a jakým oblastem se v průběhu využívání služby následné péče bude věnovat. Tento plán/kontrakt by měl každý klient vypracovat do cca 1 měsíce a využívat k tomu i individuální konzultace se svým garantem/klíčovým pracovníkem, kde společně mapují oblasti, na které by měl klient zaměřit pozornost v průběhu využívání služby následné péče. Kontrakt klient představí na skupině a prezentuje, co by během využívání následné péče chtěl dokázat. Skupina dává po představení kontraktu klientovi zpětnou vazbu a doplňující otázky k tomu, co má v plánu napsáno. Nejčastěji vytýkanými nedostatky kontraktu jsou obecnost bez konkrétních cílů, neurčitost, příliš velké nebo naopak velmi malé cíle, kterých chce klient dosahovat. Pokud skupina kontrakt klientovi schválí, může si jej vyvěsit do „kontraktové skříně“ a celá skupina, včetně terapeutů, jej podepíše na znamení toho, že bude klientovi nápomocna při jeho naplňování. Někdy se stává, že se skupina rozhodne kontrakt neschválit a klient si kontrakt musí doplnit nebo upravit dle připomínek a sdělení členů skupiny. Na některé další skupině klient kontrakt představí znovu a ten bývá skupinou schválen. Ke kontraktu a jednotlivým cílům v něm se klienti vrací na hodnotících skupinách a probírají, co se jim daří plnit a s čím mají při plnění cílů obtíže. Někdy si klienti v průběhu využívání služby následné péče kontrakt mění a upravují. Může to být například proto, že rozsah třeba sportovních aktivit a vyplňování volného času je příliš velký a po nástupu do práce jej nestíhají plnit. Hodnotící skupina probíhá 1x za 14 dnů a doprovází ji to, že klienti e-mailem před skupinou posílají terapeutům písemné hodnocení toho, co se jim dařilo a nedařilo za uplynulých 14 dnů a co mají v plánu na dalších 14 dnů. I k těmto písemným hodnocením se v průběhu hodnotící skupiny terapeuti vrací a reflektují klientům, co v hodnocení bylo.

Další skupinou je skupina **dynamická**, která se zaměřuje na to, co se aktuálně s klienty děje, a s využitím skupinové dynamiky jim pomáhá palčivá témata řešit, podporuje klienty v nalézání cest k řešení a k vyhledání vlastních zdrojů pro řešení. Dynamické skupiny probíhají každý týden, jsou tedy odrazem toho nejakutnějšího, co klienty potkává na jejich



cestě za sociálním začleněním k většinové společnosti. Na dynamických skupinách mají klienti možnost mluvit o úskalích přechodu k běžnému způsobu života a o strategiích, které využívají při zvládání obtíží, které řeší. V praxi se při vedení skupinové práce setkáváme nejčastěji s těmito probíranými tématy:

**Vztahy** – patří sem **vztahy s rodinou**, které bývají poškozeny dřívější závislostí klientů na návykových látkách. Někdy je obtížné pro klienty získat zpět důvěru rodiny po všech těch „prohřešcích“ a zklamáních, které rodině přinášeli. Nelehkým tématem bývá i to, jak se vymanit z určité role, např. „můj chlapec/holčička, kterou vždy chráním“, „zlobivý kluk/holka, ke které mám už nedůvěru a vždycky zklame“, nebo role „dělej to, co chceme my, a my tě přijmeme“. Klienti bývají ve vztazích s rodiči, vlastními dětmi, manželkami/manželi, partnery/partnerkami i se širší rodinou a někdy jsou pro ně tyto rodinné vazby bolestivé a čas pro jejich zpracování v individuální i skupinové terapii bývá dlouhý. Dalším vztahovým tématem je **přátelství** – přátelství dosavadní (někdy s lidmi, kteří pokračují v rizikovém způsobu života), klienti mají otázky, jak získat nová „bezpečná a čistá“ přátelství. Zažívali přátelství (nebo lásky) založené na vzájemné výměně drog, tedy nerovné a nepravdivé přátelství. Někdy si klienti lásky i vztahy jen kupovali (např. dáváním drog) a nyní si nejsou jisti, jak má vlastně vypadat „správný“ vztah. Tématem bývají i **vztahy na pracovištích** či v jiných sociálních skupinách, řeší otázky „Kolik toho mám říci o své minulosti?; Nezavrhnou mne potom?“.

**Relapsy** – na skupinách klienti řeší otázky, jak relapsům předcházet a jak se postavit k relapsu lidí ve skupině, ke kterým mám blízko. Jak a v čem mne jejich relapsy zasahují? Jak poznám, že jsem i já už relapsem ohrožen? Když zrelapsuji, co mám udělat, abych se opět nevrátil k užívání, ale dokázal relaps zastavit? Někdy bývá relaps u ostatních členů skupiny velmi ohrožující – „pomáhám tak, že se sám ocitnu v ohrožení nebo v relapsu“. Součástí skupinové práce v následné péči bývá i zpracování „Rizikového plánu pro případ mého relapsu“.

**Volný čas** bývá častým tématem ve skupinové práci. Většinou klienti během života se závislostí téma volného času neřešili, při braní drog, pití alkoholu či jiném závislostním chování čas utíká zcela jinak, než když je člověk bez návykových látek. Někteří klienti vůbec nevědí, čím by volný čas vyplnili a co by je bavilo. K volnočasovým aktivitám se tak musí „nutit“, nejsou jim vlastní. Velkým úkolem následné péče je tak pomoci

klientům v nalezení náplně volného času, který by je bavil a nebyl by jen „nutnou povinností pro doléčovací program“. Pokud klient objeví aktivitu, která by jej bavila a dávala mu „sociální satisfakci a syčení“, je nutné, aby v ní vytrval po dobu alespoň několika týdnů až měsíců, aby se stala pevnou součástí jeho životního stylu a zafixovala se mu do běžného režimu života a chování. V hledání náplně volného času pomáhají i volnočasové kluby, které bývají v následné péči povinné a nabídkou různých aktivit (sportovních, kulturních, čtení, vaření, dramaterapeutických atd.) pomáhají najít klientům individuálně to, co by je mohlo bavit.

**Práce** bývá velkým tématem, a to úrovní naprosto základní. Pokud nemá klient práci, nemá peníze na běžné fungování, na volný čas, na to pozvat někoho sympatického na kávu nebo do kina, nemá na to zajet za rodinou nebo přáteli. Někdy bývají klienti málo kvalifikovaní a nabídka volných míst je tak redukována na místa málo placená nebo žádnou práci nemohou najít. Situace bývá komplikována také tím, že někdy nemají klienti žádné pracovní návyky a nikdy zatím do práce nechodili. V praxi jsme zažili např. klienta, který nevěděl, že má do práce chodit každý den bez toho, že by jej k tomu jeho nadřízený den předtím vybízel. Klienti nevědí, že by si mohli do práce udělat např. svačinu či oběd a nemusí si kupovat drahé bagety, na které často nemají peníze. Provázejí je pochybnosti, zda na novou práci stačí, zda je v kolektivu spolupracovníci berou, jak se postavit k tomu, pokud se na pracovišti pije nebo užívají návykové látky, jak zvládnout třeba noční směny, které jim připomínají čas, kdy byli na návykových látkách, a tím se jim „rozjíždějí chutě“ na tyto látky. Stojí tak před volbou: „Zůstat v práci, která mne ohrožuje v abstinenci, ale mít peníze na základní živobytí, nebo odejít a být v nejistotě, zda nějakou práci ještě seženu?“

Velkým tématem, které souvisí s těmi předešlými, jsou **peníze**. Někdy bývali klienti zvyklí mít velký přísun peněz, který však souvisel s nelegálními aktivitami. Poté, co se rozhodli abstinovat a žít „spořádaným způsobem života“, jsou na tom mnohem hůř. Dohánějí je jejich dluhy, hrozí jim exekuce, musejí splácet půjčky. Pokud si chtějí vyřídit sociální dávky, musí jednat s úřady, vysvětlovat, vyřizovat. Pro mnohé z nich je to natolik nepříjemné, že v jednání se sociálními pracovníky na úřadech práce selhávají, mají konflikty, vyhýbají se jim a před nepříjemným jednáním utíkají. Někdy to řeší půjčováním peněz v rodině, což je však vede ke větší závislosti na někdy patologických rodinných vazbách, a to

je opět vede zpět k jejich závislosti. Zvláště pro muže je to téma citlivé – pokud mám peníze, můžu zabezpečit partnerku a jsem „Někdo“. Bez peněz postrádají sebevědomí, nemají odvahu někoho oslovit a cítí se jako „Nikdo“. Stojí tak před volbou, zda jít „správnou cestou“, nebo tou cestou snadnou...

Při skupinových aktivitách se mnohá výše uvedená témata prolínají, souvisejí spolu navzájem a nikdy nejsou v dynamických skupinách takto oddělena. Na skupinách se objevují případy, že pokud mám stres, protože nemůžu sehnat práci, nese to s sebou nedostatek peněz, čili nemám jak se odreagovat a dobře trávit volný čas, vyhýbám se tak novým a „zdravým“ vztahům, rodině, rozjíždí se u mne bažení, jsem ohrožen relapsem..., proto je důležité, aby klienti svá témata otevírali, dokud je čas je řešit a předcházet rizikovým situacím, poslouchat příběhy ostatních lidí ve skupině, kteří přede mnou procházeli podobnými problémy a dokázali je funkčně řešit. Někdy se také stane, že skupiny jsou už natolik vyspělé, že jsou skupinami s růstovým potenciálem pro jednotlivé účastníky než jenom skupinami zaměřenými na závislosti. To bývá velkým „benefitem“ a odměnou i pro terapeuty, kteří se tak často s dlouhodobým terapeutickým potenciálem nesetkávají a opakovaně s příchodem nových účastníků skupiny řeší témata základní a opakovaná.

### 10.2.1

#### Tematické skupiny

Tematické skupiny v P-centru realizujeme ve třech rovinách, které se navzájem prolínají. Jsou jimi:

- prevence relapsu,
- kognitivně behaviorální model témat,
- techniky expresivních terapií.

### 10.2.1.1

#### Témata prevence relapsu

Témata vycházejí z manuálu *Prevence relapsu*. Jednotlivá témata jsou volena tak, aby se postupně probraly různé problémy, které mohou klienty potkat – jak mluvit o své minulosti, jak si najít a neztratit práci, jak navazovat partnerské vztahy, jak rozpoznat své rizikové situace, nácvik asertivity atd. Součástí tematické skupiny je teoretický úvod do tématu, diskuse o tématu, přehrávání problematických situací, řešení vlastních problémů souvisejících s tématem. Velkou část témat přináší samotní klienti a v případě zájmu můžeme skupinu rozdělit na mužskou a ženskou a probírat gender témata či jiná specifická témata (poruchy příjmu potravy, sexuální tematika, agrese, příslušnost k minoritě...). Tato tematika je standardně ošetřena v individuální práci (Wittmann a kol., 2013).

### 10.2.1.2

#### Kognitivně behaviorální model témat

Nástroje kognitivně behaviorální terapie (KBT) nacházejí v prostředí léčby a doléčování osob se závislostí široké uplatnění, a to jak v individuální, tak ve skupinové práci. V rámci KBT postupu se podle Procházky (2012) teoreticky opíráme o Urbanův tetraedr, který vidí příčiny závislostního chování v následujících oblastech:

- Podnět (spouštěče)
- Droga (specifický účinek dané látky)
- Osobnost (schémata, scénáře aj.)
- Prostředí (okolí, volný čas apod.)

V rámci technik kognitivně behaviorální terapie vybíráme některá témata, která postupně zařazujeme do skupin tak, jak jdou po sobě (Procházka, 2012).

**1. Můj příběh** Cílem tohoto tématu je zpracování vlastního příběhu života v souvislosti s návykovými látkami. Pro ilustraci uvádíme přehled otevřených otázek, které klienti sepíší do pracovních listů a následně zodpoví.

- Jak se rodiče ve vašem dětství bavili, jak relaxovali, jak se odměňovali, uklidňovali, jak řešili problémy?
- Jakou roli hrály psychoaktivní látky, včetně alkoholu, tabáku i kávy, ve vaší rodině a při výše uvedených okolnostech?
- Jakou roli hrály psychoaktivní látky ve vašem okolí, kdo vás seznámil, jaký jste k němu měli vztah?
- Okolnosti prvního užití jak problémové látky, tak tabáku, kávy, alkoholu, první očekávání, pozdější očekávání?
- Existuje nějaká souvislost?

**2. Práce se spouštěči** Cílem tématu je pochopení role spouštěčů a zvyšování schopnosti je detekovat. Jedná se o verbální skupinu, kdy je kladen důraz na edukaci klienta. Tématy jsou sociální učení, klasické a operantní podmiňování ve smyslu pochopení vlastní závislosti. Dále učíme klienty identifikovat spouštěče a vytvořit plán pro jejich zvládnutí. K tomu je využíván kognitivně behaviorální model ABC. Je možno opět využít arch papíru a vše vyplnit do tabulky. Dalším z cílů skupiny může být hraní rolí za účelem nácvičku odmítání.

Další informace o analýze spouštěčů, popisu cyklů a vzorců užívání čtenář nalezne v publikaci *Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu*, který je zdarma ke stažení na stránkách P-centra.

**3. Práce s bažením** Na téma spouštěčů navazuje téma práce s bažením. Klienti jsou v první fázi skupiny edukováni o tom, co je bažení. Sami si pak odpoví na otázku, jak bažení sami vnímají, a pokusí se vymyslet rizikový scénář, včetně jeho řešení, v rámci něhož si mohou od spoluklientů nakontrahovat pomoc krok za krokem. Součástí skupiny je připomenutí důležitosti relaxačních cvičení, zejména progresivní svalové relaxace.

**4. Schémata** Schematerapie se odehrává spíše v individuální práci s klientem. Na skupině můžeme použít techniku dopisu svému selhávajícímu a abstinujícímu já. Tato technika vyžaduje, aby byli klienti k sobě

upřímní, ale zároveň laskaví a nic si nevyčítali. Součástí dopisu je i sebezpovzbuzení. Klienti mohou dále poslat svá přesvědčení o tom, jací si myslí, že jsou, a pak tato přesvědčení kriticky zkoumat, vždy s apelem na pozitivní a funkční vzorce.

**5. Abstinence a já** Toto téma slouží k připomenutí si výhod abstinence. Zmapování jejich pozitivních důsledků. Tématem může být i postoje veřejnosti k abstinenci a vliv nátlaku reklamy na alkohol. Součástí skupiny může být rolový nácvik rizikových situací (alkohol na pracovním večírku, alkohol na schůzce s partnerem, partnerkou atd.).

**6. Vztahy** Na skupinách je téma vztahů velmi vděčné. Rozebíráme vztahy k ostatním, ale i vztah sobě. Opět můžeme používat techniky neodeslaných dopisů aj. Klienti mají často potřebu řešit na skupinách vztahy vznikající na chráněném bydlení. V rámci řešení partnerských, rodinných a pracovních vztahů se opět jeví jako vhodné využití rolového nácviku.

**7. Volný čas** Víme, že volný čas je pilířem úspěšné abstinence. Někteří klienti mohou mít těžkosti realizovat aktivitu. Příklady otevřených otázek: Mám nějaký plán, co dělat?; Jak jej hodnotím, jsem s ním spokojený, co bych chtěl změnit, jak?; Co pro mne znamená stereotyp a nuda? atd.

### 10.2.1.3

#### Techniky expresivních terapií

Již od prvních chvil naší existence máme tendenci projevovat své emoce a city uměleckým znázorněním. Nejstarší umění nalézáme 40 800 před naším letopočtem ve Španělsku, a dále pak napříč celým světem včetně Austrálie. V těchto dobách vznikaly pravděpodobně i první náznaky hudby, dramatu a v souvislosti s tím i humor a první náboženské systémy.

Je tedy nesporné, že umění je s námi od nepaměti, je součástí našeho kolektivního nevědomí a pomáhá nám v komunikaci. Umění může v pravém slova smyslu spojovat národy a napomoci jim k dorozumění. V každém z nás je hluboce zakořeněn náš prastarý předek sedící u táborového ohně a přehrávající výjevy z lovu, které ten den zažil. Prvky

umění a dávné rituály se stále více stávají součástí programů, které mohou napomoci lepší integraci do společnosti.

## **Alexithymie, psychická disociace a práce se znovu uvědoměním emocí**

Teoretické předpoklady, jakož i výzkumy potvrzují výskyt alexithymie u osob se syndromem závislosti. Procházka (2011) uvádí výskyt alexithymie u alkoholově závislých klientů 43 %. Alexithymie u závislých na alkoholu představuje podle Procházky (2011) důležitý jev, který je žádoucí zohlednit v léčbě, při níž jsou emoce a práce s nimi velice důležité. Práce s emocemi totiž pomáhá pochopit vlastní psychické procesy, jejich provázanost a spolupodmíněnost.

Procházka (2011) dále poukazuje na omezení fantazijního života u těchto klientů. Společně s omezením fantazie jde ruku v ruce odklon od vnitřního emočního prostředí, které se může zdát danému jedinci obtížně popsitelné a pochopitelné. Externí orientace myšlení je pak efektivní obranou před vlastním negativním prožíváním.

Teoretické předpoklady (Valenta, 2011) i praktické zkušenosti poukazují na význam neverbálních aktivit v terapii jako potenciálu pro rozvoj emocí. Z tohoto důvodu sledujeme jako velmi přínosné využití různých expresivních technik v rámci tematických skupin.

V rámci programu P-centra Olomouc využíváme nejčastěji techniky dramaterapie, arteterapie a muzikoterapie.

V **dramaterapii** u osob se závislostí využíváme často práce s dramatickým motivem (viz projekt *Strážce* níže v textu). Hru v rolích používáme rovněž při nácvicích nejrůznějších krizových situací.

Z oblasti **arteterapie** využíváme velmi často práci se symbolem (viz kapitola Terapeutická skupina a symbolonové karty). Práci se symboly na obrázcích či fotkách používáme rovněž k lepšímu uchopení emocí.

**Muzikoterapie** podle Kantora (2013) u osob se závislostí využívá aktivní i receptivní metody a techniky. Příklady aktivní muzikoterapie zahrnují interpretační a kompoziční aktivity pro podporu kognitivně-percepčních funkcí, výuku hry na nástroj, vytváření zpěvníků a různé formy vystupování, skupinové hudební aktivity pro smysluplné trávení volného času a techniky hudební psychoterapie, zejména improvizaci na hudební nástroje a analýzu hudebních produktů klientů. Rozmanité

formy práce s hudebním materiálem se odvíjejí také teoretického zázemí muzikoterapeuta. V rámci programu v P-centru Olomouc využíváme v rámci především receptivní techniky muzikoterapie. Aktivní techniky praktikujeme pouze výjimečně s externím koterapeutem.

Pro názornost uvádíme několik expresivních projektů, které mohou sloužit jako inspirace. Aplikace těchto projektů by měla vycházet z aktuálních potřeb skupiny a výsledků intervize či supervize.

#### 10.2.1.4

#### **Dramaterapeutický projekt Strážce (Polínek, 2013)**

Následující dramaterapeutický projekt má za cíl uvědomit si své způsoby překonávání překážek, resp. své reakce a prožívání v situacích, kdy narážíme na překážky. Toto zvědomování posiluje volní vlastnosti jedince otřeseného krizovou situací.

**1. Stíny** Práce ve dvojici, z níž jeden chodí prostorem a dělá, cokoli se mu zachce, bez ohledu na druhého, který jej následuje, představuje stín prvního a musí vše napodobovat. Následuje výměna rolí. V následné reflexi se zaměřujeme na následující: Kdo raději vede? Kdo je raději veden? Jak je to ve skutečnosti? Jak bychom to chtěli?

**2. Tiché království** Námět: Je království, kde lidé nemohou používat slova, dorozumívají se jen gesty. Království vládne dobrý, moudrý, vtipný a laskavý král, který je štědrý a má léčivou moc. Do královského hradu vedou dvě brány. Kdo se potřebuje setkat s králem, musí přesvědčit (beze slov) stráž příslušné brány, aby jej pustila dovnitř. Strážím král důvěřuje a spoléhá se, že pustí dovnitř jen ty, kteří opravdu potřebují jeho pomoc.

Dva ze skupiny dělají strážce. Ostatní (poddaní) se je pokoušejí vždy jednotlivě přesvědčit, aby je pustili do hradu za králem. Nesmějí používat ani slova, ani fyzické násilí. Strážce mohou a nemusí prosebníka pustit.

**Verbální reflexe** Pro reflexi můžeme použít fenomény situace jako paralely reálného života. Strážce představují překážky v životě a způsoby přemlouvání mohou napovědět, jak klient řeší své životní překážky



– stereotypy chování. V rámci reflexe je nutné pouze prozkoumávání způsobů, jak se řeší dané situace, nikoli jejich hodnocení a porovnávání.

### 10.2.1.5

#### Terapeutická skupina a symbolonové karty

Níže popsaná metoda práce se symbolem, který je v našem případě prezentován symbolonovými kartami, pak poskytuje značný prostor pro verbalizaci emocí za pomoci jednotlivých karet. Potenciálně pak vhodný komentář a dynamický rozhovor k danému symbolu může vést k vyšší míře emočního prožívání, a tím i snížení externí orientace myšlení a také somatizaci emocí.

Skupinová terapie v Doléčovacím centru P-centra umožňuje, jak je výše zmíněno, různé způsoby práce, mezi něž patří i nonverbální techniky. V několika z pravidelných sezení jsme si zvolili vyjadřování skrze symboly. Symboly byly v našem případě reprezentovány symbolonovými kartami, a jak píší autoři těchto karet: „*symbol je hra rozpomínání*“ (Orban, Zinnel, Weller, 2007). Jedná se o 78 karet disponujících výjev, které mají zpřítomnit minulost.

Symbolon je spojnice dvou částí, přítomnosti s minulostí, nevědomí s vědomím. Nepracujeme se symbolonovými kartami jako s předmětem znajícím odpovědi na otázky, ale jako s prostředkem směřujícím k vyjádření emocí, situací či vztahů, které jsou pro klienta slovy jen těžko sdělitelné. Symbolonové karty se pro nás staly metaforou pro jevy, které nám sdělovaly informace o klientech a jejich světě.

Terapeutická skupina se na začátku seznámila se zmíněnými kartami tak, že jsme je rozprostřeli do středu místnosti se slovy, že se jedná o galerii obrazů s výjev, které jim mohou být něčím blízké. Klienti si karty v klidu prohlédli a měli si očima vybrat kartu, která by je v tu danou chvíli vyjadřovala. V momentě kdy si všichni kartu vybrali, sedli jsme si do kruhu kolem karet. Každý si měl nad kartou chvíli popřemýšlet a dát ji nějaký název, ale ostatním svůj výběr nesdělovat. Poté jsme se zaměřili vždy na jednu osobu v kruhu, nad kterou jsme měli na chvíli zamyslet. Postupně jsme se zaměřili na každého ve skupině. Jednotlivec měl chvíli jen poslouchat ostatní, kteří mu hledali kartu, ne však tu, na niž si sám myslel a zvolil, nešlo o hádanku, ale o to, jakou kartu by mu zvolili oni

sami. Skupina se měla shodnout na jedné kartě, což se zdálo nemožné, jelikož každý znal osobu z trochu jiného úhlu pohledu, proto se nakonec vybíralo více karet. Osoba, na kterou byla zaměřena pozornost, pak reflektovala nejen karty, které jí skupina zvolila, ale také interakce a rozhovory skupiny. Doptávali jsme se, jak klient vnímal rozhovor, do kterého se nezapojoval a jen vnímal, jak ho vidí ostatní. Následně klient odkryl vlastní kartu, prozradil její název a zdůvodnil, co ho vedlo k výběru, jaké souvislosti, co vlastně je na kartě pro něj důležité. Tímto způsobem se pracovalo se všemi členy skupiny. Přínosné na této technice bylo, že dávala prostor jak pro vlastní sebereflexi, tak pro zpětnou vazbu od ostatních členů skupiny. Zároveň byl jednotlivec konfrontován s kartami, které mu byly přiděleny, či s výroky ostatních klientů, kteří vnímali jeho výběr karty jinak. Karty, jak už bylo řečeno, nabízejí mnoho výjevů, jedním z nich je např. „pokušitel“ (nepracujeme však s výklady těchto karet), který vychází z ohně a má v ruce růži. Tuto kartu vnímal jeden klient jako člověka, který prošel ohněm a přežil, je tedy silný a odvážný, jiný klient mu oponoval tím, že ji vnímá jako lákadlo do pekel, které vábí na něco, co v pekle neroste. Přirovnával to k heroinu a životu na něm. Jiná klientka byla konfrontována s kartou královny, která jí byla přiřazena. Necítila se tak, královna si podle ní totiž může dělat a říkat, co chce. Jeden z terapeutů klientku vyzval k tomu, aby vyslovila, co asi královna říká, když může. Klientka skrze tento symbol byla schopna vyjádřit svůj vztek a naštvání, které ji tížilo, ale sama za sebe tyto emoce nedokázala projevit ze strachu, že by se na ni někdo mohl zlobit či ji brát špatně.

Symbolony nám tedy umožnily proniknout do toho, jak vnímají klienti sebe sama, a také pomoci jim vyjadřovat emoce a postoje, které jinak ztěžka formulovali, ať už z jakýchkoliv důvodů.

Práce se symboly je proces, který přináší mnoho cest a variant, a každé je průběh ovlivněn skupinou a energií, která v ní převládá. Určitě je však dobrým prostředkem k otevírání témat, která by jinak mohla zůstat nevyslovena. Vždy však, jako u kterékoliv jiné techniky, je důležitý vztah terapeuta s klientem.

## 10.3

### Práce se skupinou mimo tradiční rámec

Klienti v terapeutických komunitách jsou zvyklí na tzv. zátěžovky neboli zátěžové akce. Jedná se často o aktivity v přírodě spojené s překonáním sebe sama, terapii zážitkem, terapii dobrodružstvím atd. V následné péči již na podobné aktivity není prostor. Přesto se je snažíme čas od času realizovat. Jeví se jako vhodné pro posílení skupinové dynamiky, prevenci relapsu a v neposlední řadě jsou vhodné pro klienty, kteří přicházejí z léčby v nemocnicích, kde se podobné aktivity většinou nerealizují. Pro názornost a možnou inspiraci uvádíme projekt Perseus a Andromeda.

#### 10.3.1

#### Terapeutický projekt Perseus a Andromeda

##### Uvedení do problematiky

*Myšlenka tohoto projektu vznikla na doléčovacím programu P-centra Olomouc. Smyslem a cílem byla sebezkušenost klientů doléčovacího programu (absolventů terapeutických komunit a psychiatrických léčeben). Typický klient doléčovacího programu byl 5 i více let silně závislý na injekčně užívaném pervitinu nebo heroinu, má vážně poškozené zdraví (játra), byl ve vězení za trestnou činnost spojenou s drogami, absolvoval více neúspěšných léčeb a nyní je pevně rozhodnut žít bez drog. Jeho návrat do běžné společnosti mu komplikuje to, že skoro nikdy nepracoval, má pouze základní vzdělání, složité vztahy doma a obvykle je pro něj pobyt v rodném městě příliš rizikový, zná tam pouze lidi, se kterými bral drogy. Program je určen lidem, kteří jsou rozhodnuti změnit svůj dosavadní způsob života a považují za samozřejmé, že pro to budou sami něco aktivně dělat, a jsou ochotni dodržovat dohodnutá pravidla. Před nástupem do programu je vyžadována alespoň 3měsíční abstinence od drog a účast v léčebném psychoterapeuticky orientovaném programu (střednědobá či dlouhodobá léčba) nebo specializovaném léčebném programu ve vězení. Podmínkou je věk nad 18 let. Projekt byl realizován v červnu 2009.*

**Cíle:** Uvědomění si identity dospělosti, uvědomění si životní role, odpovědnosti a možností, posílení pozitivního myšlení a racionality, nácvik asertivních dovedností.

**Cílová skupina:** Mladí dospělí 18–25 let, genderově vyvážená skupina (8 žen a 8 mužů). Klienti terapeutických komunit pro drogově závislé a doléčovacích programů.

**Náročnost:** Střední.

**Čas:** 1 den a noc.

**Anotace:** Projekt vychází z řecké mytologie, konkrétně z příběhu Persea a Andromedy. Tento příběh je **obrazem archetypu** mužské statečnosti a ženské trpělivosti. Ztotožnění se s hrdiny pomáhá klientům k uvědomění si vlastních možností a limitů.

## Popis projektu

Projekt začíná v prostředí, na které jsou klienti zvyklí: komunita, doléčovací centrum. Klienti sedí v konzultační místnosti, kam posléze přicházejí členové terapeutického týmu v kostýmech antických hrdinů (Zeus, Perseus, Andromeda). Úvodní slovo patří bohovi Diovi, který uvádí klienty do příběhu:

*„Na počátku byl jeden věčný, nekonečný a temný chaos. V něm tkvěl pramen všeho života. Z nekonečného chaosu vzniklo vše, celý svět i nesmrtelní bohové. Z chaosu povstala i bohyně Země – Gaia. Hluboko pod zemí, tak daleko, jak je od nás vzdáleno nekonečné, jasné nebe, v nezměrné hlubině se pak zrodil Tartaros – strašná propast naplněná věčnou tmou.*

*Mocná blahodárna Země zrodila nekonečně modré nebe a nebe se rozestřelo nad Zemí. Hrdě se k němu vzeplaly vysoké hory, zrozené Zemí a široce se rozlilo věčně šumící moře. Z matky Země se zrodilo nebe, hory a moře, které nemají konce. A tento svět začali dobývat mocní hrdinové, kteří bojovali a trpěli pro oddanost žen-bohyní.“*

Následně jsou klienti seznámeni s příběhy **Persea a Andromedy**.

Příběh Persea: „Lynkeův vnuk, argejský král Akrisios, měl dceru Danaou, která byla proslavena svou nadpozemskou krásou. Akrisiovi bylo věštkyňi předpovězeno, že zahyne rukou syna Danaina. Aby tomuto osudu unikl, vybuodoval Akrisios hluboko pod zemí z bronzu a kamene

prostorné komnaty a tam svou dceru Danau zavřel, aby ji nikdo nespátril. Ale veliký hromovládce Zeus se do ní zamiloval, pronikl do podzemních komnat Danainých v podobě zlatého deště, a tak se dcera Akrisiova stala milenkou Diovou. Z tohoto svazku se narodil Danai rozkošný chlapec. Matka jej nazvala Perseem.

Malý Perseus nežil se svou matkou v podzemních komnatách dlouho. Jednou Akrisios zaslechl hlas a veselý smích malinkého Persea. Sestoupil ke své dceři, aby se dozvěděl, proč je v jejích komnatách slyšet dětský smích. I podivil se Akrisios, když uviděl malinkého překrásného chlapce. Jak se polekal, když zvěděl, že je to syn Danain a Diův. Ihned si vzpomněl na předpověď věstkyně. Opět musel přemýšlet, jak uniknout osudu. Konečně Akrisios nařídil, aby byla vyrobena velká dřevěná truhla, zavřel do ní Danau i Persea, zatloukl ji a přikázal hodit do moře.

Dlouho byla truhla unášena vlnami slaného moře. Naštěstí se truhla zapletla do rybářských sítí a rybář Duktus, který truhlu otevřel, ke svému úžasu spatřil ženu ohromující krásy a malé dítě. Duktus je odvedl ke svému bratru, serifskému králi Polydektovi.“

Příběh Andromedy: „*Andromeda, dcera krále Kéfea, musí vykoupit vinu své matky Kassiopeie. Kassiopeia rozhněvala mořské nymfy. Hrdá na svou krásu řekla, že ona, královna Kassiopea, je krásnější než všechny nymfy. Rozhněvaly se nymfy a uprosily boha moře Poseidona, aby potrestal Kéfea i Kassiopeu. Poseidon na prosbu nymf poslal nestvůru podobnou velrybě. Vyplovala z mořské hlubiny a pustošila Kéfeovu zem. Pláčem a sténáním se naplnilo jeho království. Kéfeus se obrátil na věštitrnu a dostal odpověď: Dej svoji dceru Andromedu napospas nestvůře a tehdy se ukončí trest Poseidonův.*“

Děj je dál rozveden. Příběhem o dalším údělu o Andromedy (známé z filmového zpracování, příběhu), která je stížena kletbou a musí své nápadníky posílat na smrt, aniž by viděla konce tohoto utrpení.

## Rozdělení skupiny

Účastníci akce jsou rozděleni na muže a ženy. Muži mají za cíl pěší cestu na určené místo v přírodě. Ženy se na cílové místo dopraví kratší cestou dopravním prostředkem, nejlépe na kole. Následující text bude popisovat nejprve mužskou část cesty, následně ženskou část.

## Mužská část akce

Muži se vydávají na cestu do cílového tábořiště. Po prvních pěti kilometrech je jim předčítán následující text:

*„Perseus vyrostl u dvora krále Polydekta v silného a urostlého jinocha. Jako hvězda vynikal mezi serifskými jinochy svou božskou krásou. Nikdo se mu nevyrovnal ani krásou, ani silou, ani hbitostí a statečností.“*

**Pohybová aktivita:** V této části příběhu jsou účastníci vyzváni, aby dokázali svou sílu a statečnost. Pro tyto účely volíme akční pohybovou hru s názvem „Hutututu“.

**Popis hry:** Na volném prostranství je vykolíkováno bitevní pole (rozloha dle počtu účastníků). Pole je rozděleno na dvě poloviny, na každé z nich je stejný počet hráčů. Vybraný hráč vybíhá do poloviny nepřátel, kde se může pohybovat pouze na jeden nádech. Aby bylo jasné, že dál nedýchá, vydává pokřik hutututu. Jeho úkolem je dotknout se co největšího počtu hráčů nepřátelského družstva a přitom se jimi nenechat chytit. Je-li chycen, vypadává ze hry. Pokud chycen není, vyhrává svému družstvu tolik bodů, kolik kontaktoval protihráčů. Hráči obou družstev se pravidelně střídají.

Po dalších kilometrech cesty je účastníkům přečten další text. „*Persee! Jsi-li opravdu synem hromovládného Dia, jistě neodmítneš vykonat veliký čin. Tvé srdce se nezachvěje před žádným nebezpečím. Dokaž mi, že Zeus je tvým otcem, a přines mi hlavu Gorgony Medúzy.*

*I vydal se Perseus na dalekou cestu. Musil dostihnout západního okraje světa, té končiny, kde vládli bohyně Noc a bůh smrti Thanantos. V té zemi žily i strašné Gorgony. Celé jejich tělo pokrývaly lesknoucí se šupiny, pevné jako ocel. Gorgony měly ohromné měděné ruce s ostrými ocelovými drápy. Kolem hlavy se jim místo vlasů se syčením vinuli jedovatí hadi. Tváře Gorgon s tesáky ostrými jako dýka, se rty rudými jako krev a s očima planoucíma zuřivostí byly naplněny takovou zlobou, byly tak strašné, že se každý při pouhém pohledu na Gorgony proměnil v kámen. Na křídlech se zlatými třpytícími se péry se Gorgony rychle vznášely vzduchem. Běda člověku, s nímž se setkaly! Gorgony jej svými měděnými rukama rozervali na kusy a pily jeho vřelou krev.“*

**Následuje diskuze.** Rozebírá se symbolika Medúzy. Jak vypadá starověká nestvůra? Jaké jsou naše vlastní, vnitřní „medúzy“? Také se jim

nemůžeme podívat přímo do tváře. Potřebujeme na to odlesk zrcadla či štítu. Tím štítem může být někdo blízký. Přítel, terapeut, kterému se můžeme svěřit. Přímý pohled do vlastního stínu není možný.

Perseus byl oslepen, když bojoval s Medúzou, musel se spolehnout jen na hlasy svých přátel.

**Následuje hra.** Polovině účastníkům jsou zavázány oči. Ti pak musí jít oslepeni hustým lesem. Za každým mužem s šátkem na očích stojí jeho herní partner a v problémových situacích navádí „oslepeného“ slovy. Po patnácti minutách se účastníci vymění. Následuje rozbor. Jaké to je být oslepen? Jaké to je spoléhat se na partnera? Které okamžiky byly nejtěžší? Jaké jsou situace v životě, kdy si připadáme oslepení a potřebujeme pomoc a podporu?

Následuje další přednes textu: „*Perseus měl vykonat těžký, nadlidský čin. Olympští bohové nemohli připustit, aby Perseus, syn Diův, zahynul. Na pomoc se mu objevil Hermes, posel bohů, rychlý jako myšlenka, a milovaná dcera Diova, bojovnice Athéna. Athéna dala Perseovi měděný štít, který byl tak lesklý, že se v něm vše odráželo jako v zrcadle. Hermes pak dal Perseovi svůj ostrý meč, který porazil nejtvrďší ocel jako měděný vosk. Posel bohů také ukázal mladému héroovi, jak Gorgony nalézt.*“

**Aktivita:** Každý z účastníků dostane prostor na zamyšlení se nad vlastním životem. Čím byl on obdarován prozřetelností? Jak svých darů využívá, jak jimi plýtvá? Co by ještě potřeboval pro boj s problémy a jak toho dosáhnout? Následně jsou individuální zjištění sdílěna ve skupinové diskusi pod širým nebem. Vybraný příběh je pak dramaticky ztvárněn.

Po dalších kilometrech chůze přicházejí účastníci do tábora, kde je čeká ženská část skupiny. Jako poslední hrdinský čin (vysvobození Andromedy) je vhodné použít silovou individuální aktivitu. Např. základní tábor je v údolí lomu, kam účastníci slaňují.

## Ženská část

Účastnice se dopraví do cílového místa. Vhodným místem je lom s jezezem nebo jiná krajina se skálou a přístupností k vodě. Tam se inspiřují příběhem Andromedy, která byla stížena kletbou. Její nápadníci postupně zmírali a ona musela trpělivě čekat bez vize pozitivního konce. Následuje skupinová diskuse nad paralelou takovéhoho údělu ve vlastních životech.

Příběh, který vyvolá ve skupině nejsilnější emoce, je následně zpracován formou dramatu s možností zásahů ostatních do děje. Dalšími tématy pro rozbor a zpracování jsou např. trpělivost, manipulace a vina.

**Téma trpělivosti:** „*Andromeda musela každý den trpělivě snášet prokletí, které na ni bylo uloženo. Musela se denně zdobit pro své nápadníky, aby pak večer sledovala jejich záhubu. I naším tématem bude nyní trpělivost.*“

Následuje diskuse nad životními situacemi, které si vyžadují naši trpělivost. Následně účastnice vykonávají aktivitu, která si vyžaduje trpělivý přístup. Aktivitou je výroba sádrové masky a její následná dekorace.

**Téma manipulace:** Do jaké míry byla Andromeda stížena prokletím olympských bohů a do jaké míry byla do své situace vmanipulována svou matkou? Jak je to ve vašich životech? Stává se vám, že s vámi ostatní manipulují? Do jaké míry vám to komplikuje život? Následuje diskuse nad vlastními životními situacemi, kdy jsme se nechali někam vmanipulovat. Ostatní členové navrhnou možná řešení, jak si v takové situaci poradit. Vybranou situaci pak skupinka zpracuje formou dramatu.

**Téma viny:** Kassiopeia svým chováním uvrhla celou zemi do utrpení. Její vinu musí vykoupit dcera Andromeda. Jak pracují účastnice aktivity se svou vinou? Vina a odpuštění jsou dalšími tématy diskuse.

## Společná část

Muži slaňují do tábořiště v cílovém místě, kde je vítají ženy ve zdobených maskách. Všichni společně zasednou k ohni, kde je nachystáno občerstvení. Toto společné setkání je uvedeno textem:

*„Bohaté oběti přinesl Perseus svému otci Diovi, Pallas Athéně a Hermovi. V paláci Kéfeově začala veselá svatební hostina. Hymén i Éros zazehli své vonné pochodně. Celý palác je ověnčen zelení a květy. Hlasitě se rozlévají zvuky fléten a Lyr, hřmí svatební sbory. Vrata paláce jsou otevřena dokořán. Hodovní sál hoří zlatem. Veselí a radost vládnou vůkol. Při hostině Perseus vypravuje o svých hrdinských činech.*

*Stejně jako Perseus, Andromeda a další hrdinové hodují, tak i vy si dopřejte po dlouhém dni dobrých pokrmů a sdílejte své dnešní zážitky s ostatními.“*

Následuje hodnocení celého dne. Které okamžiky byly náročné, co si každý odnáší v mysli a srdci atd.





**ČÁST III**

**APLIKAČNÍ  
PROBLEMATIKA NÁSLEDNÉ  
PÉČE V ADIKTOLOGII**



## Motivační úvod aneb pár slov na začátek

Milí klienti,  
držíte v rukou manuál, kterým bychom vám chtěli pomoci při hledání práce a při jejím udržení.

Pokusili jsme se dát dohromady to nejužitečnější pro vás. Spoustu těchto věcí sami víte.

Najdete tu kapitoly, jak psát životopis a motivační dopis, kde hledat práci, jak se připravit na pohovor i jak se vypořádat s případným odmítnutím nebo na co si dát pozor, když už práci máte.

Ale proč ji vlastně hledat? A kdy začít? Nad tím se pokusíme popřemýšlet v nadcházejících řádcích.

Přicházíte z léčebny, komunity, možná z výkonu trestu. V ideálním případě jdete do neznámého města, kde můžete začít „s čistým štítem“, bez rizikových lidí z minulosti.

Na druhou stranu tady nemáte ani „bezpečné“ kamarády, kteří by vám pomohli.

Čeká vás poznávání nových lidí, budování nových vztahů. A samozřejmě hledání práce.

Z léčby možná přicházíte s určitým nastavením, elánem, v něm je dobré se udržet co nejdéle a vrhnout se do hledání práce, dokud ta energie je. Pokud se rozhodnete, že si prodloužíte „prázdniny“, což můžete elegantně nazývat „rozkoukáváním“, můžete o tu energii snadno přijít a třeba i propadnout depresi.

To se děje a pak i několik týdnů trvá, než se odhodláte znovu a tentokrát opravdu začít. Nečekejte, až vám začne „téct do bot“. Spousta z vás si řekne: „Však ono to nějak dopadne.“ Zkuste to tentokrát jinak.

Ani když opravdu práci hledáte a nenacházíte, nevěšete hlavu. Je potřeba obrnit se trpělivostí, respektive učit se jí, dělat co nejvíc – už jen pro svůj dobrý pocit – a ono to přijde.

Pokud vám něco nejde, s něčím si nevíte rady, chceme vás povzbudit, abyste se zeptali, řekli si o pomoc. Nemusíte se tvářit, že vám všechno jde a nic vás netrápí, když to není pravda. Může se objevit strach, můžete zjistit, že vlastně nevíte, jak na to, ale přiznat tuto skutečnost nahlas vám může připadat hloupé. My to naopak považujeme za projev síly.

Máte spoustu dovedností z minulosti, které ovšem nevyužijete ve společnosti lidí, mezi které chcete nově patřit.

Nemůžete umět všechno. Nikdo neumí. Tak k sobě projevte kousek laskavosti a nechtějte po sobě dokonalost.

Uvědomujeme si, jak je takový nový začátek těžký. I my bychom na vašem místě potřebovali pomoc, tak využijte i vy pomoc námi nabízenou.

Základem všeho je práce na počítači (PC). Pokud je toto oblast, ve které se cítíte nejistí, čtěte dál. Nabízíme vám základní informace, podrobný návod a pár užitečných rad.

Věřte, že to není tak hrozné, jak to vypadá. Jen je potřeba trpělivosti a pořád dokola si to zkoušet a opakovat.

# 11

## Základy práce na počítači aneb jak se s počítačem skamarádit

K napsání životopisu, nalezení nabídek práce a následnému oslovování bude nutné využít počítače a internetu. Se základní obsluhou počítače vám pomůže pracovní poradce/sociální pracovník. Pro zopakování uvedeme základní ovládání PC s nainstalovaným ovládacím programem WINDOWS a některé programy, které můžete potřebovat.

**Zapnutí počítače** – na počítači obvykle největší tlačítko.

### Ovládání počítače

Počítač se ovládá myší – hybe šipkou, levé tlačítko na myši spouští programy a příkazy takzvaným dvojklikem – dvakrát rychle za sebou zmáčkní levé tlačítko myši. Nebo se používá jednoklik.

Text na počítači se píše na klávesnici, kde jsou i další klávesy, které budete používat. **Enter** – potvrzení, vstup. **CapsLock** – velká písmena, **Shift** – přepínání na vrchní klávesy, **Delete** – smazat, **BackSpace** – o jedno políčko zpět a další.

Více o používání počítače se můžete dozvědět od pracovního poradce, který vám rád poradí.

**Plocha** – je místo, kde jsou umístěny ikony (obrázky), které zastupují programy. Jsou tam obvykle ty nejvíce používané programy, které jsou tak připraveny k používání. Stačí na ně dvakrát kliknout levým tlačítkem myši a program se spustí.

Nabídka **Start** – v levém dolním rohu vašeho počítače se nachází ikona s podobou barevného okna. Když na ni jednou kliknete, otevře se nabídka. Když kliknete na nabídku „všechny programy“, rozbalí se všechny programy, které jsou nainstalovány ve vašem počítači.

### Programy

Počítač obsahuje velké množství programů – na psaní textů, kreslení, prohlížení obrázků, prohlížení internetu a další.

**Program pro psaní textů** – například WORD, WORDPAD a další.

V programu pro psaní textů se zobrazí stránka, která vypadá jako list papíru – tam můžete začít psát. Ve vrchní části obrazovky se nacházejí ikony pro ovládání programu (například změna typu písma, seřazení textu, velikost písma apod.). Pro další informace k ovládání programu pro psaní textu se obraťte na pracovního poradce.

**Program na prohlížení obsahu internetu** – například Explorer, Mozilla, Chrome atd.

Pokud spustíte program pro prohlížení internetu, spustí se zároveň i startovací stránka internetu – například Seznam, Google, Centrum, což jsou většinou vyhledávací stránky a stránky s e-mailem.

Ovládání programů pro internet je jednoduché, vše se ovládá přes obsah internetu, kde se klikne na odkaz (aktivní část stránky).

## 11.1

### E-mail

Získání e-mailu je snadné – na internetu si najedte na adresu [www.seznam.cz](http://www.seznam.cz) nebo [www.centrum.cz](http://www.centrum.cz), tam si můžete založit svou e-mailovou adresu. Uvedeme si zde návod na založení e-mailové adresy na stránce [www.seznam.cz](http://www.seznam.cz), kde klikněte na „založit nový e-mail“.

Následujte instrukce – vyplňte své jméno, zvolte si heslo a klikněte na „založit účet“.

Gratulujeme, založili jste si svůj e-mailový účet, e-mail.

Když odepisujete na nabídky práce, je vhodné, aby vaše e-mailová adresa měla formální podobu. Co to znamená? Název vašeho e-mailu – e-mailová adresa – by neměla mít podobu například [rambo@seznam.cz](mailto:rambo@seznam.cz) nebo [kocicka1985@seznam.cz](mailto:kocicka1985@seznam.cz). Pokud z takové adresy přijde žádost o zaměstnání, většina zaměstnavatelů ji lehce smaže s tím, že jim žadatel nepříjde věrohodný.

Takovou adresu si nezakládejte pro rozesílání odpovědí na nabídky práce.

V „e-mailových klientech“ (program pro prohlížení e-mailové pošty)

http://www.seznam.cz

Seznam - Najdu tam, co ne...

Seznam.cz

Internet Firmy Mapy Služby Zprávy Obchody Vídeň

Vyhledat

Uterý, 26. února, vítejte má Dorote

Auto / Mota Bazas Dmby Douchal Finance Iby

Jaserna Lidli Maza Dkace Sazmanka

SMS brána Spoluřad Vix.a

Česká republika Ústředí

Dnes Ztra Popřít

4 °C 4 °C 4 °C

Email.cz

Jméno: @seznam.cz

Heslo: Přihlásit se

přihlásit se třeba na tomto počítači

Novinky.cz

**Počet krádeží starých felcií raketově vzrostl**

UČE to vypovídá. Ze faktů magisté stonásobně vzrostl počet krádeží starých Felcií. Bude Felcia se rovnou od zvonění vjezdové odbočky...

Čestná zadání: Slib, Fial VIDEO, Cestující se vrhli na kapku, která z prahem mstru okradl mladou ženu Více než čtyři roky trvala svou domu, zakázavala ji trest a lež si jdu Za peníze se dohrý žvot koupil medle VIDEO, Dvakrát osvědčil let, tak si vyběhl zrak na přepážku. Stalo ho to kradení Více zapla..a

Super.cz

**Elitko, přišel! zaplatit Bučkově krápec po rozchodu nechtěně**

provozka má smlouvy Připravte na vše možné. Je to není pravda, teď už j ale asi někdo věte nebudet Moderna (Eliška Bučková (2)) celý rok se..

Další nechtěné úbe, Prahli lina, Barmidonec Tolalně neprovozuje, Kleté Břolova se nachází do obřhu kabátu a vypadala jako vankič. Více ze společnosti..a

Firmy.cz

Autobazary	Emilia	Letenky	Podniky
Auto servis	E-shopy	Mobyly	Dukce
Cestovní	Finance	Nabýtení	Realty
Časinky	Zanata	Náklady	Samozáloži
Dobry zprávy	Italka a hry	Obchodní služby	Společnosti
Doprava	Jack, Skaly	Okna a dveře	Střihování
Čím a jak?	Kolárni	Časomarkty	Šaty
Elitko	Lidni	Podniky	Uživatelé

Založit nový účet

http://regulace.seznam.cz/registrace/uzivatel

Registrace - Seznam účet

Seznam

Založení nového uživatele Seznam účtu

Zvolte si uživatelské jméno: bedrich.smatan @seznam.cz

Tělo uloženo jako přezdívka

@email.cz

Heslo: bezpečnost hesla: **nedobrá**

Heslo znovu:

Kontaktní e-mail:

Rok narození: vyberte

Pohlaví:  muž  žena

Kontrolní otázka: Číslo řidičského průkazu?

Odpověď:

Ověřovací kód:  Přihlaš. kód  Aktivizační kód

**Y 66 D H**

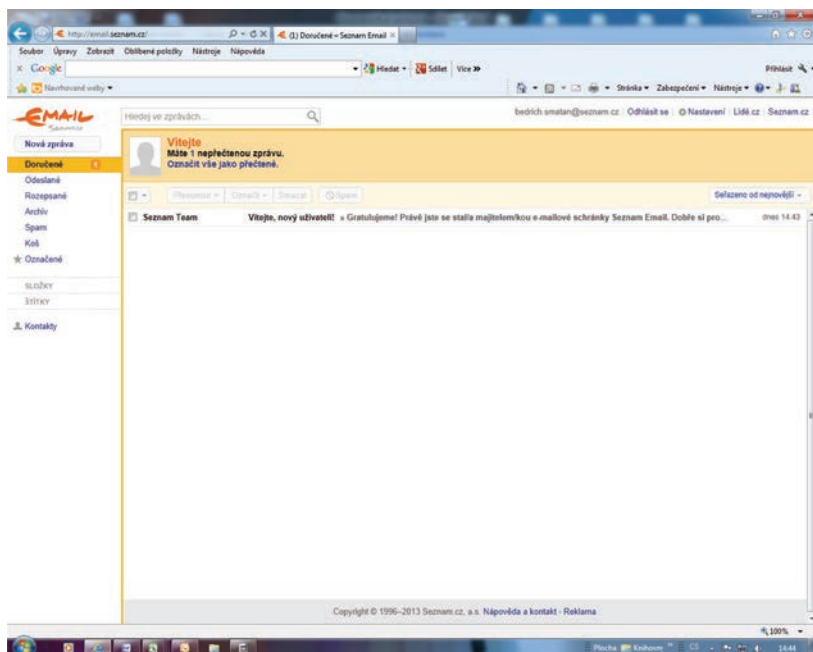
Souhlasím s podmínkami použití služeb Seznam.cz (článek) a sjezdovky

**Založit účet**

Údaje označené hvězdičkou je nutné vyplnit

Jestliže na Vašem počítači kromě registrace opakovaně chybou, zkontrolujte, zda v nastavení formátů používáte správnou zemi





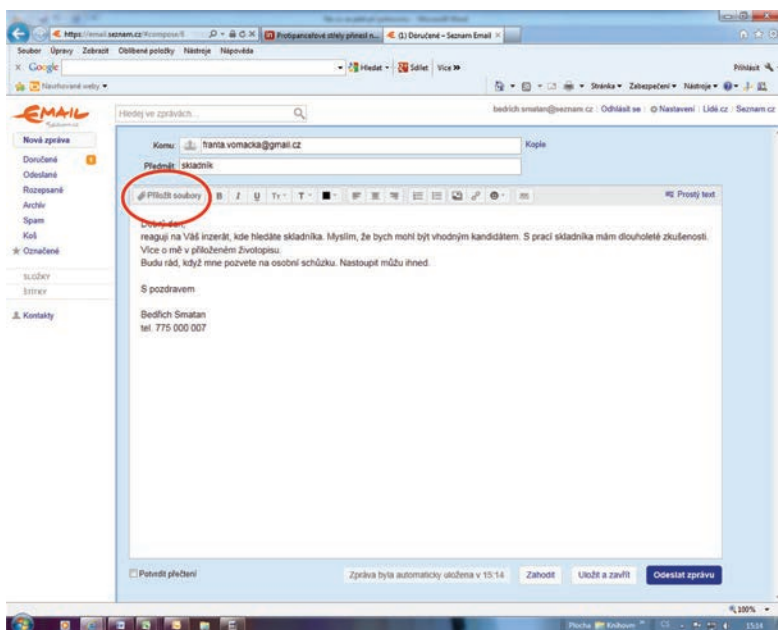
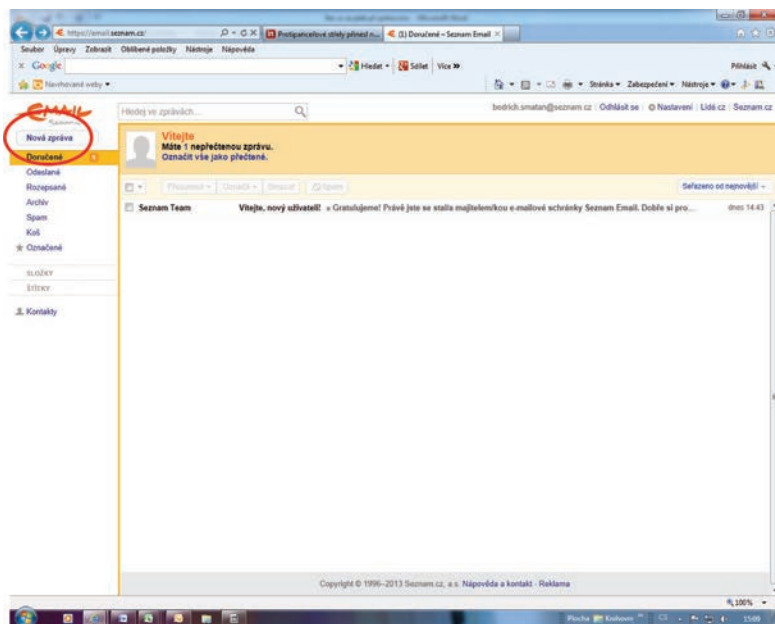
Ize většinou nastavit, že příjemce pošty vidí jméno odesílatele, nejen e-mailovou adresu. Toto se dá nastavit v nabídce „**nastavení**“. Pro pomoc se obraťte na pracovního poradce/sociálního pracovníka.

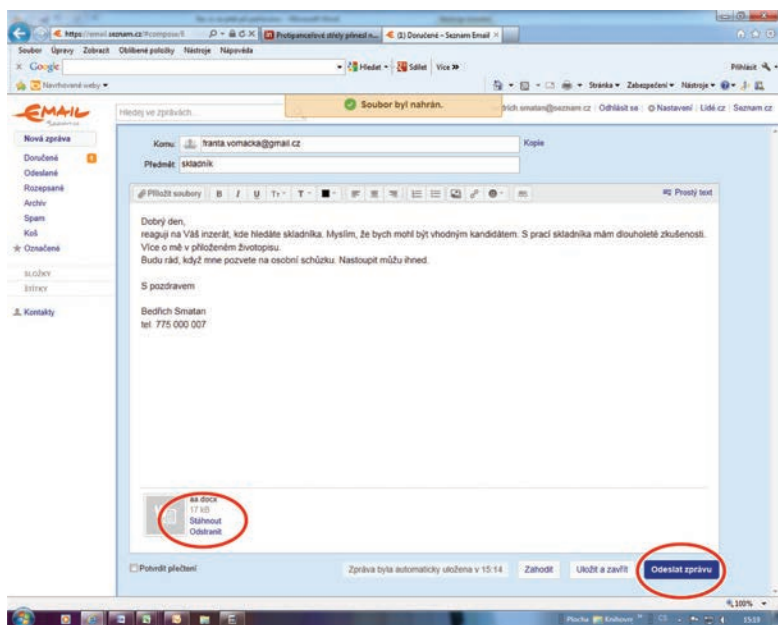
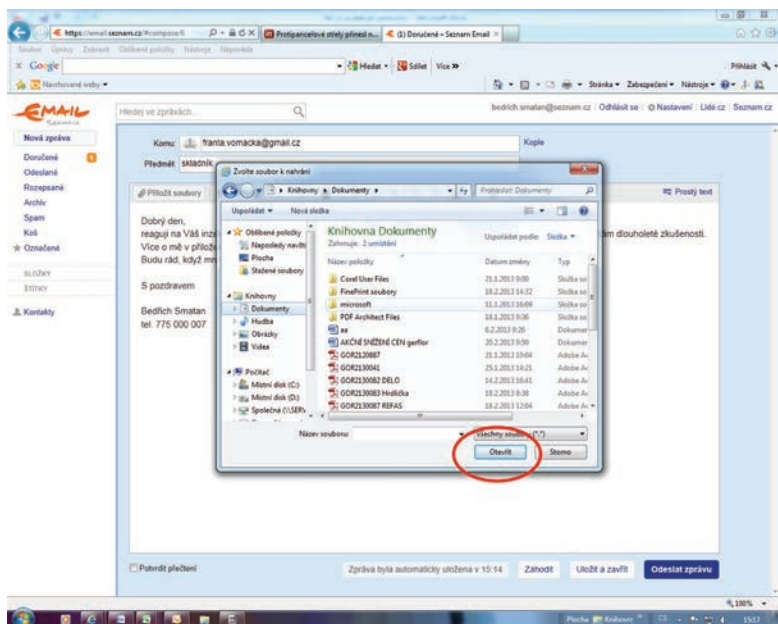
## Psaní emailu a vkládání příloh

Po přihlášení do e-mailového klienta (obrázek vpravo) klikněte na „**nová zpráva**“ v levé části obrazovky.

Otevře se vám psaní nové e-mailové zprávy. Do řádku „**komu**“ napište e-mailovou adresu příjemce, do prázdného pole napište samotnou zprávu, text. Pokud budete chtít připojit soubor, klikněte na „**přiložit soubor**“.

Otevře se okno, kde můžete přiložit k e-mailu vybraný soubor.





Poté stačí kliknout na „odeslat zprávu“. Bezva, jste šikovní! E-mail je odeslán!

A co že to vlastně potřebujete k hledání práce?

Základem je mít vhodně napsaný životopis a výhodou je také umět napsat motivační dopis.

Jak na to si přečtete v následující kapitole, kde najdete i vzor.

## 12

# Profesní životopis a motivační dopis

Pokud do vyhledavače na internetu zadáte slovo „životopis“, naleznete řadu vzorů a doporučení. V rámci této kapitoly se pokusíme vystihnout, co si při psaní profesního životopisu pohlídat, na co nezapomenout, co by nemělo chybět. Pokud se vám nechce dlouze vybírat ze vzorů na internetu, náš TIP najdete na konci této kapitoly.

Motivační dopis i životopis je určen tomu, kdo nabízí práci, tedy vašemu potenciálnímu zaměstnavateli – budeme mu zkráceně říkat „pan PZ“.

### Úhlednost a chyby

Když dostane pan PZ váš životopis, první, čeho si všimne, není obsah (co píšete), ale forma (jak píšete). To znamená, že by životopis měl být úhledný, stručný (nevynechávejte však pracovní zkušenosti) a přehledný.

Doporučení:

- Používejte jeden typ písma a jednu velikost písma. Pokud chcete něco zdůraznit, můžete použít tučné písmo.
- Rozmyslete se, co budete psát tučně, a dodržujte jednotnost, např. všechny názvy firem tučně.
- Životopis by se vám měl vejít na jednu stranu A4 (max. na dvě).
- Letopočty pište tak, aby byly pod sebou a mezi nimi stejně velká pomlčka, stejné mezery.

Pozor na chyby! Dobře si po sobě životopis přečtěte a zkontrolujte, zda vám někde nechybí háčky a čárky, projděte slova podtržená červenou vlnovkou, je možné, že podtržené slovo počítač nezná, druhá možnost je, že našel chybu.

## Foto

Fotka váš životopis oživí a může pana PZ zaujmout. Proto doporučujeme malé foto do životopisu vložit. (Pro ty z vás, kterým je to hodně proti mysli, máme dobrou zprávu, fotka v životopisu, pokud to není podmínkou pana PZ, není nezbytně nutná.)

Fotka by měla vypadat podobně jako na občanský průkaz, tedy hlava, ramena. Při jejím výběru myslíte na to, co chcete panu PZ sdělit („jsem komunikativní, přátelský“; „jsem spolehlivá, ráda se učím novým věcem“ nebo „proč bych se česal, o tu práci mi zase tak moc nejde“, „jsem mrzout, nemám rád lidi“, „bojím se, radši vezměte někoho jiného“...).

## Pravdy × nepravdy

Přikrášlení životopisu vám může pomoci dostat se na pohovor, při osobním kontaktu však mohou nepřesné informace snadno vyjít najevo.

Také se může stát, že jste panu PZ poslali životopis už před měsícem, když mu přijde znovu s jinými informacemi, dveře k práci u něj se vám velmi pravděpodobně zavřou.

Dalším rizikem je, že se do lži snadno zamotáte.

Nemusíte panu PZ sdělovat, že mezery ve vašem životopisu jsou vyplněny léčbou závislosti. Je to velice osobní informace, proto mějte připravenou neutrální odpověď. Např.: Pan PZ se ptá, kde jste se vzali v Olomouci? Do Olomouce vás mohla přivést potřeba změny nebo osobní problémy. Tato neutrální varianta může být vhodnější než lež o nastěhování k babičce do Lafayettovy ulice.

## Předání životopisu

Životopis můžete panu PZ donést osobně a předat na personálním oddělení. Nejčastěji ho asi budete posílat e-mailem. Životopis posílejte vždy v příloze e-mailu. Do textu mailu můžete dát krátký motivační dopis (viz dále) nebo krátký text, ve kterém nebude chybět pozdrav a informace, na co reagujete, o jakou pozici žádáte. Připojte také údaj, že životopis (případně i motivační dopis) posíláte v příloze, a nezapomeňte na rozloučení a vaše jméno.

## Motivační dopis

Pokud posíláte životopis e-mailem, vždy by měl být součástí také motivační dopis. Kratší motivační dopis může být v textu e-mailu nebo samostatnou přílohou. Záleží na povaze práce, o kterou žádáte. Pokud pan PZ vyžaduje zaslání motivačního dopisu, pak je lepší napsat jej o něco delší a přidat do přílohy.

Můžete se setkat i s pojmem **průvodní dopis**, znamená to totéž co motivační dopis.

Co by měl obsahovat:

- pozdrav,
- informaci, že reagujete na nabídku práce s uvedením, na jakou pozici reagujete, kde jste nabídku našli,
- napište, co je pro vás na této nabídce – práci lákavé, proč vás inzerát zaujal,
- zkuste ve svém textu vystihnout vaši motivaci = proč byste rádi danou práci získali a proč by vás měli pozvat na pohovor,
- můžete ze svého životopisu stručně vypíchnout, jaké máte pro danou práci předpoklady, zkušenosti, případně vlastnosti, které jsou pro tuto práci výhodou (např. zodpovědnost, pracovitost, pečlivost apod.), s odkazem na životopis,
- nakonec nezapomeňte na pozdrav a
- jméno.

Stejně jako u životopisu dbejte na úhlednost a bezchybnost, text by měl být **stručný**. Motivační dopis si po sobě důkladně přečtěte a opravte chyby (vždy se nějaká může vloudit).

Vzory motivačních životopisů a další informace najdete např. na [www.jobs.cz](http://www.jobs.cz), [www.prace.cz](http://www.prace.cz) v části Poradna.

## Vzor životopisu a motivačního dopisu

### ŽIVOTOPIS

#### **Josef Novák**

Datum narození: 12. 1. 1978

Trvalé bydliště: Marcipánova 1515/4, 161 00 Praha 6-Řepy

Přechodné bydliště: Kateřinská 15, 779 00 Olomouc

E-mail: josef.novak@seznam.cz

Telefon: 777 000 444

#### **Pracovní zkušenosti:**

2007 až doposud servisní technik

##### **Telefonica O2**

Podpora zákazníků, výjezdy k opravám, 2směnný provoz

2000–2007 skladník

##### **Kuchyně Koryna**

Zaskladňování, montáž kuchyňských linek

#### **Vzdělání:**

1993–1997

##### **Gymnázium Kojetín**

1997–2000

Vysoké učení technické Brno, obor informatika – nedokončeno

#### **Profesní zaměření:**

Zajímám se o instalaci hardware, sestavování PC. V budoucnu se chci orientovat na vedení lidí a automatické systémy údržby.

Výpočetní technikou se zabývám i ve svém volném čase.

#### **Jazyky a počítače:**

Čeština mateřský jazyk, bezchybný pravopis

Angličtina základy na úrovni dorozumění

Word, Excel pokročilá znalost

Databáze uživatel

#### **Zájmy:**

Plavání, turistika, dobrodružná literatura



## Důležitá poznámka

Pokud např. nevíte, co napsat do kolonky Profesní zaměření, raději vůbec tuto kolonku neuvádějte, smažte nadpis a pokračujte tím, kde máte co napsat.

Když nemáte čistý trestní rejstřík, vůbec o něm v životopise nepište, neupozorňujte na něj.

### MOTIVAČNÍ DOPIS

Název a adresa potenciálního zaměstnavatele....

V Olomouci dne.....

Vážený pane (Vážená paní)

Zaujala mě Vaše nabídka práce na pozici....., zveřejněná dne.... na pracovním portále...(v inzertních novinách – uveďte název.....). Mohu Vám nabídnout své několikileté zkušenosti získané odborným vzděláním a praxí v oblasti..... a odbornou znalost .....jazyka. Jak se můžete přesvědčit v přiloženém životopisu, splňuji veškeré Vámi kladené požadavky.

V případě dotazů mne kdykoliv kontaktujte na níže uvedeném telefonním čísle nebo e-mailu.

Vše ostatní rád zodpovím na případné osobní schůzce.

S pozdravem

Jméno

Adresa....

Telefon, e-mail

Životopis máte napsaný a průvodní neboli motivační dopis také. Asi se nedá předpokládat, že práci najdete okamžitě, proto je nutné zaevidovat se na úřadu práce. Proč je to důležité, vám řekne následující kapitola.

## 13

# Úřad práce: k čemu je dobrý a jak se zaregistrovat

Úřady práce (dále v textu také ÚP) mají v současné době na starost:

- oblast zaměstnanosti – evidenci uchazečů o zaměstnání, výplatu podpory v nezaměstnanosti, rekvalifikace,
- dávky státní sociální podpory (rodičovský příspěvek, příspěvek na bydlení, porodné a další),
- dávky pomoci v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a další),
- ochranu zaměstnance při platební neschopnosti zaměstnavatele.

Nás bude nyní zajímat první zmíněná oblast, tedy **evidence uchazečů a zájemců o zaměstnání** a částečně **podpora v nezaměstnanosti**.

Mnohým z vás při slovech „úřad práce“ možná naskočí husí kůže, často je to i vlivem špatných zkušeností. Nicméně možnost evidovat se na úřadě práce jako uchazeč o zaměstnání přináší i řadu výhod. Těm z vás, kteří máte z úřadu práce obavy, může získání informací pomoci ke snížení úzkosti. Všem pak znalost práv a povinností evidovaného uchazeče může pomoci k lepší orientaci a také zamezit nepříjemnostem, jako je např. vyloučení z evidence uchazečů o zaměstnání.

### K čemu je dobré být v evidenci ÚP

**Možnost žádat o podporu v nezaměstnanosti** – jednou z podmínek pro přiznání podpory v nezaměstnanosti je, aby jste se zaregistrovali v evidenci uchazečů o zaměstnání.

**Možnost zažádat o rekvalifikaci** – úřad práce s vámi může uzavřít dohodu o rekvalifikaci. Znamená to, že vám rekvalifikaci uhradí, případně i zprostředkuje, současně máte nárok na podporu při rekvalifikaci. Vše samozřejmě platí jen pro případ, že jste zájemci nebo uchazeči o zaměstnání.

**Úhrada zdravotního pojištění** – v neposlední řadě je výhodou hrazené zdravotní pojištění státem a rovněž skutečnost, že doba, po kterou

jste v evidenci, se započítává do doby, kterou potřebujete odpracovat, aby jste mohli do starobního důchodu.

**Zprostředkování zaměstnání** – na úřad práce přicházejí nabídky práce, přes úřad práce se tak vhodná nabídka může dostat k vám. Nespoléhejte se však pouze na tuto možnost.

### Co potřebujete k zaevidování

- Občanský průkaz (nebo jiný doklad totožnosti).
- Zápočtový list důchodového pojištění od bývalého zaměstnavatele.
- Potvrzení o výši průměrného výdělku z posledního zaměstnání.
- Potvrzení o ukončení studia, rodičovské dovolené, o výkonu samostatné výdělečné činnosti, dle situace, která evidenci předcházela.

**Zaevidovat se musíte v místě trvalého bydliště**, následně si můžete požádat o **převod kontaktního pracoviště** do jiného města. Žádost musí být vždy odůvodněná. Převod kontaktního místa je dočasný, pokud nastoupíte do zaměstnání, po jeho ukončení se budete evidovat opět v místě trvalého pobytu.

Na ÚP vás čeká vyplnění formulářů, které si však můžete vyplnit i doma. Ke stažení jsou na stránkách ÚP (<http://portal.mpsv.cz/sz/obcane/formulareobcana>).

### Na co si dát pozor

Pokud jste v evidenci ÚP, vyplývá z toho pro vás i řada povinností. Zde nabízíme krátký výčet toho, na co si dát pozor. Se všemi povinnostmi budete seznámeni při zaevidování, je nezbytné si je přečíst.

**Promeškání konzultace.** První důležitá věc je pohlídat si termín schůzky. Pokud se dopředu neomluvíte, nemáte závažné zdravotní důvody a na schůzku se nedostavíte, hrozí vám sankční vyloučení na 3–6 měsíců.

**Hlášení dohody o provedení práce (DPP) nebo dohody o pracovní činnosti (DPČ)** – pokud jste si našli brigádu a čeká vás uzavření dohody, nezapomeňte, že její uzavření musíte **nejpozději ten den** písemně nahlásit na ÚP. Máte několik možností, jak to udělat – zanést

dohodu na ÚP osobně, dát kopii dohody na podatelnu ÚP, napsat informační e-mail své zprostředkovatelce, pokud nemáte kontakt, pošlete jej na e-mailovou adresu ÚP.

**Nahlášení smlouvy** – pokud uzavřete pracovní smlouvu, nahláste tuto skutečnost na ÚP, doložit ji musíte **do 8 dnů**. Uzavřením pracovní smlouvy končí vaše evidence na ÚP.

**Přivýdělek v souběhu s evidencí** – je možné být v evidenci ÚP a přitom chodit na brigádu, nicméně jsou tu jistá omezení, a to: můžete pracovat průměrně za měsíc max. 20 hodin týdně a váš výdělek nesmí přesáhnout 4250 Kč čistého. Pokud pobíráte podporu v nezaměstnanosti, její vyplácení se na dobu brigády pozastavuje.

## Podpora v nezaměstnanosti

Na podporu v nezaměstnanosti máte nárok, pokud jste za poslední dva roky odpracovali aspoň 12 měsíců. Následně je potřeba se zaevidovat do evidence uchazečů o zaměstnání na ÚP a o podporu požádat.

Podpora se vyplácí po dobu: **5 měsíců**, pokud je vám do 50 let, **8 měsíců** pro ty, kterým je od 50 do 55 let, a **11 měsíců** pro ty z vás, kterým je nad 55 let.

Výše podpory se počítá z průměrného čistého výdělku v posledním zaměstnání a je následující: první dva měsíce 65 %, další dva měsíce 50 % a po zbytek podpůrčí doby 45 %. V případě, že jste podali výpověď nebo ukončili práci dohodou bez vážného důvodu, bude vám vypláceno 45 % z průměrné čisté mzdy po celou podpůrčí dobu.

## Rekvalifikace

Bližší informace o možnosti zprostředkování a hrazení rekvalifikace ÚP naleznete na těchto stránkách: <http://portal.mpsv.cz/sz/obcane/rekvalifikace> nebo se ptejte přímo na ÚP. Než se vydáte na ÚP, rozmyslete si, v jakém oboru se chcete rekvalifikovat, zmapujte si nabídku a možnosti práce v této oblasti.

## Kde naleznete další informace

Řadu užitečných informací, návodů a rad naleznete přímo na portále Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Kromě informací týkajících se evidence na ÚP, hledání zaměstnání a vzorů zde naleznete také nabídku volných míst a formuláře ke stažení. Hledejte na stránkách: <http://portal.mpsv.cz/sz/obcane> nebo do vyhledávače zadejte slova: *portal mpsv*.

## Kde naleznete Úřad práce Olomouc

Vejdovského 988/4, Olomouc

Zastávka tramvaje: Vejdovského, tramvaje číslo 1, 7



Obr. 15: Mapka – viz dále (zdroj: [www.mapy.cz](http://www.mapy.cz))

## 14

# Nemám peníze do začátku, co mám dělat?

V této kapitole se budeme věnovat tomu, co dělat, když zůstanete bez peněz. Ideální je se do takovéto situace vůbec nedostat, protože možnosti řešení jsou velice omezené.

### Co pomůže předejít této situaci

**Evidence na úřadu práce** – když jste bez zaměstnání, je důležité být v evidenci ÚP, jedná se o důležitou podmínku pro získání dávek pomoci v hmotné nouzi, můžete mít nárok na podporu nebo jiné dávky. Pozor si dávejte především na dodržování podmínek. Pokud vás sankčně vyřadí, můžete zůstat až 6 měsíců bez možnosti žádat o dávky.

**Úspory** – pokud chodíte do práce nebo pobíráte podporu v nezaměstnanosti, vždy si část peněz odkládejte, minimálně jeden následující měsíc po skončení práce/podpory nebudete mít nárok na dávky.

**Finanční plánování** – rozvrhněte si, kolik peněz potřebujete na výdaje za jeden měsíc. Když vám přijde mzda, oddělte si finance na bydlení, na jídlo (zkuste spočítat, kolik zhruba potřebujete na týden), na jízdenky, léky, cigarety, hygienické potřeby a další výdaje, které vás čekají. Snadno tak zjistíte, kolik vám zbývá na útratu a kolik si například můžete uspořit na horší časy.

**Uzavřená smlouva nebo dohoda** – písemná dohoda či smlouva v zaměstnání vám z velké části zaručuje, že za práci dostanete zaplacenou.

**Sociální vztahy** – budujte přátelské vztahy. Půjčovat si sice není dobré řešení, ale když nemáte jinou možnost, je lepší si půjčit od kamaráda než od banky nebo jiných institucí.

### Co když dojde k situaci, že jsem bez financí

Někdy se může stát (nemusí to být vlastní vinou), že ačkoli jste se snažili, zůstanete bez financí. Řešení, která vám zde nabídneme, nejsou ideální, mohou být pro vás těžko přijatelná, nicméně se můžete dostat

do situace, kdy vám nic jiného nezbude. Zde jsou nejlevnější varianty pro přežití těžké doby:

**Strava** – na Charitě v denním centru je možné jednou denně zajít na polévku zdarma (další je za 5 Kč). Také tam dostanete zdarma čaj, kávu s cukrem pak za 3 Kč. Charita sídlí na adrese Wurmova 5, Olomouc. Denní centrum nabízí rovněž možnost vyprání a osprchování.

**Nocleh** – pokud nemáte kde přespat, nejlevnější variantou je noclehárna již zmíněné Charity – je otevřena každý den od 18 hodin, stojí 20 Kč, nocleh si nelze objednat. Přes noclehárnu je možné se dostat na azylový dům Charity.

**Oblečení** – pokud potřebujete oblečení nebo boty, zajděte do střediska SOS, kde se dá pořídit nejlevněji. Adresa: Roosewelta 9 nebo Praskova 16, Olomouc.

**Peníze** – zajděte na Magistrát města – oddělení dávek v hmotné nouzi, Hálkova 20, Olomouc, a zjistěte, zda nemáte nárok na mimořádnou okamžitou pomoc.



## 15

# Vyhledávání nabídek práce: internet a další zdroje

Spolehlivé řešení, jak se nedostat do výše uvedené těžké situace, je chodit do zaměstnání a mít uzavřenou pracovní smlouvu. Tomu samozřejmě předchází hledání práce... V této kapitole se dozvíte, kde se nabídky práce mohou objevit a jak je vyhledat.

### Internet

Největším zdrojem informací je internet. Existuje řada portálů, které se zaměřují na nabídku práce. Na většině z nich si můžete zvolit, zda chcete vyhledat brigádu nebo práci, možné je vyhledat všechny inzeráty nebo jen pro určitou oblast či profesi. Důležité je zvolit si vyhledávání pro Olomoucký kraj nebo přímo pro Olomouc.

Kromě inzerátů zde často najdete také informace, jak napsat životopis, vzory motivačních dopisů a jiné důležité informace. Nabízí také možnost zaregistrování a zaslání nabídek práce dle vaší volby – na váš e-mail.

Příklady portálů, na kterých jsou nabídky práce:

- <http://portal.mpsv.cz/> – portál úřadu práce
  - [www.jobs.cz](http://www.jobs.cz)
  - [www.prace.cz](http://www.prace.cz)
  - [www.profesia.cz](http://www.profesia.cz)
  - [www.dobraprace.cz](http://www.dobraprace.cz)
  - [www.prace.centrum.cz](http://www.prace.centrum.cz)
- a další.

Nezapamatujete si tyto adresy? Nevadí. Vždy můžete využít vyhledávač na Seznamu ([www.seznam.cz](http://www.seznam.cz)), Googlu ([www.google.cz](http://www.google.cz)) nebo jinde. Do pole pro vyhledávaný výraz zadejte: **práce Olomouc** nebo **volná místa Olomouc**, případně **nabídka práce Olomouc**.

Jak také můžete využít internet? Řada firem a společností má na svých webových stránkách nabídku aktuálních volných pozic. Pokud

víte, že chcete například pracovat ve strojírenství, vyplatí se vyhledat si strojírenské firmy a projít jejich webové stránky. Nabídka práce se může ukrývat pod hlavičkou: KARIÉRA, VOLNÉ PRACOVNÍ POZICE, PERSONALISTIKA... a podobně.

## Časopisy, noviny

Některé noviny také zveřejňují nabídku práce. Existují i časopisy zaměřené na inzerci. V Olomouci zveřejňuje nabídku práce např. časopis **Profit**.

Jak na internetu, tak v Profitu (případně jiné inzerci) můžete narazit na podezřelé nebo podvodné inzeráty. Může to znamenat třeba to, že než začnete vydělávat, musíte nějaké peníze vložit, výdělek není jistý nebo při zjišťování bližších podmínek narazíte na fakt, že si ve výsledku vyděláte velmi málo, zkrátka se jedná o práci, která má více rizik než jistot.

Často se jedná o lákavé nabídky, např. velkého zisku, snadného získání práce apod.

Na co si dát pozor:

- inzerát nabízí vysoké výdělků,
- neuvádí, o jakou práci se jedná,
- obsahuje nekonkrétní informace,
- neuvádí zaměstnavatele, jméno firmy, nebo zodpovědné osoby.

Pokud vás taková nabídka láká, nezapomeňte si dobře zjistit všechny podmínky práce (co budete přesně dělat, kolik vám zaplatí, za jakých podmínek, zda budete pracovat na smlouvu, na dohodu nebo jako OSVČ – na živnostenský list). Ptejte se, nenechte se odbýt. **Než podepíšete smlouvu, dobře si ji přečtěte, vezměte si čas na rozmyšlenou.** Pokud ten, s kým jednáte, „mlží“, neposkytne vám konkrétní informaci, nechce vám dát smlouvu (či dohodu) k pročetí, není něco v pořádku a je lepší hledat práci jinde.

## Vývěska ÚP

Pokud internet není vaším přítelem nebo se s ním teprve učíte zacházet, nabídku volných míst najdete také na vývěsce před budovou ÚP. Adresu s mapkou naleznete v kapitole Úřad práce.

## Pracovní (personální) agentury

Další možností, jak rozšířit síť, do které se snažíte lapit pracovní nabídku, je registrace v pracovních agenturách. Ve většině z nich se můžete registrovat osobně, některé vyžadují registraci internetovou.

Zde nabízíme výčet některých pracovních agentur v Olomouci:

Manpower

Horní náměstí 7, 772 00 Olomouc

[www.manpower.cz](http://www.manpower.cz)

585 237 315

Personální agentura práce AC Jobs, s. r. o.

Fibichova 1141/2, Olomouc-Hodolany

[www.acjobs.cz](http://www.acjobs.cz)

775 787 342

Grafton Recruitment, s. r. o.

Horní náměstí 14/17, 779 00 Olomouc

[www.grafton.cz](http://www.grafton.cz)

584 108 780

INDEX NOSLUŠ, s. r. o.

Sokolská 569/31, 779 00 Olomouc

[www.indexnoslus.cz](http://www.indexnoslus.cz)

585 225 378

Trenkwalder, a. s.

8. května 448/4, 779 00 Olomouc

[www.trenkwalder.com](http://www.trenkwalder.com)

585 226 007

RODYCH, s. r. o.

Krapkova 1159/3, 779 00 Olomouc-Nová Ulice

[www.rodych.cz](http://www.rodych.cz)

585 051 208

## **Výlohy obchodů, kaváren...**

Dalším zdrojem nabídek mohou být výlohy obchodů nebo kaváren, cukráren apod. Pokud hledáte práci v oblasti prodeje, nezapomeňte si všimnout výloh ve městě i v obchodních centrech.

## **Firmy, obchody, výroby**

Vyhledávání nabídek práce v inzerátech je dobré doplnit o kontaktování firem/podniků/obchodů, kde volné místo nenabízejí. Jak oslovovat zaměstnavatele, kteří nenabízejí volné pracovní místo, si můžete přečíst v další kapitole.

**Příklad:**

Pavel si hledá práci ve strojírenství. Pravidelně prochází inzeráty na internetu, zaregistroval se ve třech pracovních agenturách. Co může dělat dál? Vyhledá si strojírenské firmy v Olomouci. Jak na to? Do vyhledávače např. na Seznamu si zadá „strojírenské firmy Olomouc“, následně postupně otevírá odkazy, které se mu nabídky, a vypisuje názvy vhodných firem a kontakty na ně. Nyní má možnost obvolat firmy a nabídnout jim, co umí, nebo (což doporučujeme spíše) firmy osobně obejít.

## 16

# Jak komunikovat s potenciálním zaměstnavatelem

Opět je tu pan PZ (potenciální zaměstnavatel) a nyní se dostáváme k tomu, jakým způsobem ho oslovit. Existují 3 způsoby, kterými můžete pana PZ kontaktovat:

- telefonicky,
- e-mailem,
- osobně.

Společně se podíváme, kdy jednotlivé způsoby zvolit a jaké jsou jejich výhody a nevýhody.

### Osobní kontakt

**Výhody:** Máte větší šanci udělat dobrý dojem, zaujmout, také dostanete okamžitou zpětnou vazbu o tom, zda volné místo mají nebo ne, případně jestli se volné místo může v budoucnu naskytnout.

**Nevýhody:** Jedná se o způsob, který je nejnáročnější na čas a energii.

Jestliže se chcete vypravit osobně na místo, kde byste rádi pracovali, a nevíte, jak na to, mohou vám pomoci **následující doporučení:**

1. Vezměte si s sebou dostatečný počet životopisů.
2. Nenechte se odbýt a přejte si mluvit s příslušnou osobou z personálního oddělení.
3. Představte se, řekněte, proč jste přišli a z jakého důvodu chcete pracovat právě v této firmě – co můžete nabídnout.
4. Pokud nemají volné místo nyní, zeptejte se, jak to vypadá výhledově.
5. Pokud je to možné, zanechte na daném místě životopis nebo kontakt na sebe.

## **Co je důležité při osobním obcházení firem (či jiných míst – dle toho co hledáte)?**

Stanovte si přiměřený počet firem, které navštívíte. Tento počet bude vždy individuální, někdo zvládne firem více, někdo méně – správně je to, co vám přinese pocit uspokojení a současně vás nezničí na další dny.

Než někam vstoupíte, zastavte se a zamyslete, jak jste naladěni, s jakou myšlenkou, pocitem jdete žádat o místo. To vše může hrát roli v tom, jaký uděláte dojem a zda vzbudíte zájem.

Zkuste se usmát, pozitivně naladit – není důležité být přijat, ale udělat dobrý dojem.

Nezapomeňte předat životopis a nechat na sebe kontakt.

### **Telefonický kontakt**

Výhody: Rovněž máte okamžitou zpětnou vazbu. Můžete se domluvit na dalších podmínkách, zda poslat životopis, přijít osobně, kdy bude výběrové řízení apod.

Nevýhody: Pokud jste při telefonickém kontaktu nervózní, můžete se zakoktat nebo na něco zapomenout, např. nenecháte na sebe kontakt.

Jak postupovat:

1. Pozdravte a představte se.
2. Oznamte konkrétní důvod, proč voláte – na jakou nabídku reagujete (např.: „reaguji na vámi nabízenou pracovní pozici, jedná se o místo telefonního operátora“), uveďte, kde jste ji našli.
3. Zjistěte, zda nabídka stále platí.
4. Dále můžete uvést, co vás zaujalo, jaké máte vhodné předpoklady pro danou práci.
5. Můžete se zeptat na základní informace k volnému místu.
6. Domluvte se, jak dále postupovat, zda máte zaslat svůj životopis, na jakou adresu apod.
7. Nezapomeňte předat vaše telefonní číslo – nechat na sebe kontakt.
8. Poděkujte, rozlučte se.

Při telefonickém rozhovoru je důležitý také tón hlasu, dokonce z vašeho hlasu může být znát, jak se tváříte. Usmívejte se a zkuste brát telefonický

hovor s optimismem. Voláte-li s pocitem, že to stejně nemá cenu, je dost možné, že to pan PZ pozná.

Jestliže o sobě víte, že jste při telefonování nervózní, můžete si pomoct například poznámkami, kterých se můžete držet.

Před vytočením čísla si připravte papír a tužku na poznámky.

## **Kontakt e-mailem**

Výhody: Text e-mailu si můžete v klidu promyslet – odpadá jistá nervozita z přímého kontaktu, také můžete touto formou oslovit více firem v kratším čase.

Nevýhody: Často nedostanete žádnou zpětnou vazbu. Do firmy může přicházet řada podobných e-mailů mnohokrát za den, pro personalistu je obtížné všechny přečíst. Může se stát, že váš e-mail snadno „zapadne“.

Na co nezapomenout při e-mailovém kontaktu:

1. Do předmětu e-mailu uveďte, že žádáte o pracovní místo – napište konkrétní pozici. Pokud nereagujete na nabídku, napište do předmětu např. žádost o pracovní místo.
2. Do textu e-mailu krátce uveďte, na co reagujete, co můžete nabídnout (více v kapitole motivační dopis). V případě, že píšete do firmy, která práci nenabízí, více rozveďte, jak jste na firmu přišli a proč kontaktujete právě je.
3. Do přílohy dejte svůj životopis – odkažte se na něj v textu e-mailu.
4. Nezapomeňte v úvodu na pozdrav a v závěru na uvedení svého jména.

## **Kdy jakou formu zvolit**

Našli jste inzerát se zajímavou nabídkou? Dobře si inzerát přečtěte, často je v něm vymezeno, jak pana PZ oslovit. Pokud je v inzerátu uvedeno: „kontakt pouze e-mailem“ nebo „kontakt pouze telefonicky“, respektujte dané pokyny a přání pana PZ.

V případě, že inzerát nabízí oba kontaktní údaje, můžete si vybrat.

Vhodné je zavolat, zeptat se, zda je místo volné, nabídnout, co umíte ve vztahu k nabízenému místu, a zjistit například další podmínky

nabízeného zaměstnání a případného pohovoru. Následně zašlete e-mailem motivační dopis a životopis.

Pokud si zvolíte variantu zaslání e-mailu, můžete rovněž následně telefonicky ověřit, zda e-mail došel. Při té příležitosti se připomenete, projevíte zájem, navíc můžete zjistit další informace, např. kdy se chystá pohovor apod.

Pokud o práci opravdu stojíte, neváhejte místo telefonátu vyrazit k zaměstnavateli osobně. Kromě zájmu můžete vytvořit dobrý dojem. Opět si ale pohlíďte, jestli v inzerátu neuvádějí informaci, že „osobní kontakt je možný jen po předchozí domluvě“. V takovém případě byste neplánovanou návštěvou body navíc nezískali.

Pokud už ovšem máte termín pracovního pohovoru, mohou vám být užitečné informace uvedené v následující kapitole.

## 16.1

### Pracovní pohovor aneb jak se nejlépe „prodat“

Příprava na pracovní pohovor:

- Zjistěte si, kde se má pohovor konat, a najděte si předem informace, jak se na místo dostanete a jak dlouho vám bude cesta trvat.
- Pokud si chcete být jisti, vyzkoušejte si cestu na pohovor předem „nanečisto“, ať se nemusíte v den pohovoru stresovat s hledáním adresy.
- Na internetu (a případně i z jiných zdrojů) si najděte informace o organizaci, ve které chcete pracovat, informace si pořádně pročtěte, ať při pohovoru můžete prokázat, že jste se o organizaci zajímali.
- Připravte si požadované doklady a dokumenty, vezměte si s sebou i další doklady, které můžete doložit k vaší kvalifikaci.
- Připravte si vhodné a přiměřené oblečení k pracovnímu pohovoru (např. pokud se hlásíte na místo kuchaře, neočekává se od vás společenský oblek), zkontrolujte si, zda je oblečení čisté (i boty).
- Na pohovor se vydejte dříve, ať máte alespoň 10–15 minut předstih (můžete se před pohovorem uklidnit, vydýchat se, zajít si na WC).



Při pracovním pohovoru:

- Dejte si pozor, ať vám nepáchne z úst nebo ať nepřiběhnete na poslední chvíli celí zpotení. Pozor i na přiměřenou vůni parfému, méně je někdy více.
- Čekejte, až vám někdo nabídne ruku, první ji má nabízet případný zaměstnavatel. Ruku stiskněte přiměřeně silně – nemačkáme ji moc ani ji nepodáváme jako „leklou rybu“. Pokud se vám ruka často a hodně potí, před vstupem do místnosti si ji dobře osušte.
- Při podání ruky udržujte přiměřený oční kontakt s tím, kdo vám ruku podává.
- Až vás vyzvou, představte se a řekněte důvod, proč jste přišel. Sedněte si, až vás k tomu vyzvou.
- Snažte se být klidní a uvolnění. Pokud vám to nejde, nenechte se „vykolejit“, je normální, že jste při takové příležitosti nervózní.
- Když se vás při rozhovoru někdo ptá, neskákejte mu do řeči a nechejte tazatele svou otázku dokončit. Odpovídejte stručně, výstižně a pravdivě. Pokud na něco nedokážete odpovědět, máte právo říci „nevím“, je to lepší než si vymýšlet.
- Nesnažte se být příliš vtipní, nepřiměřeně sebevědomí nebo žoviální. Odpovědi sděľujte přiměřeně nahlas, udržujte s tázajícím oční kontakt. Pokud je to vhodné, usmějte se.
- Pokud máte nějaké otázky k pracovnímu místu, ptejte se. Vždy působí lépe, když i vy projevujete aktivní zájem o nabízené místo.

Na co se vás mohou ptát při pracovním pohovoru:

- Proč se hlásíte na místo u naší organizace?
- Co nám můžete o sobě říct?
- Jaké máte doposud pracovní zkušenosti?
- Co víte o naší organizaci?
- Proč odcházíte z vašeho dosavadního zaměstnání?
- Proč jste tak často střídal zaměstnání?
- Co jste dělal v době, kdy jste nebyl zaměstnán?
- Jaké jsou vaše silné stránky vzhledem k pracovní pozici, o kterou se ucházíte?
- Jaké jsou vaše záporné stránky vzhledem k pracovní pozici, o kterou se ucházíte?
- Kde jste již pracoval a jakou máte kvalifikaci? Co umíte?

- Jak jste se o pracovním místě dozvěděl, proč vás toto místo zaujalo?
- Proč máme vybrat na toto místo právě vás?
- Čeho chcete dosáhnout za 2, 3, 5 let?
- Jaký si představujete plat?
- Očekáváte kromě platu i jiné výhody (benefity)?
- Jste ochotný pracovat přesčas? O víkendech?
- Kdy můžete nastoupit?

## 16.2

### Na co se můžete či máte ptát při pohovoru vy

Obvykle na konci pracovního pohovoru vám nechá potenciální zaměstnavatel prostor pro vaše otázky. Obecně se doporučuje aktivně se zajímat o nabízené pracovní místo. Na co se ptát?

Zeptejte se na věci, které při rozhovoru nezazněly a vztahují se k pracovnímu místu. Svými otázkami dáte najevo, že máte o místo skutečný zájem.

Nejdříve se ptejte na informace o nabízené pozici, otázky ohledně platu nechejte na konec.

Zde uvádíme příklady oblastí, na které se můžete zeptat:

- Budu pracovat na hlavní pracovní poměr či na tzv. dohodu (o provedení práce či o pracovní činnosti)? Výhody a nevýhody viz kapitola o druzích pracovního poměru.
- Jak vypadá obvyklý pracovní den?
- Jaká bude moje pracovní doba, dělají se přesčasy?
- Kde bude moje pracoviště?
- Co bych měl zvládnout ve zkušební době?
- Jaký bude můj plat?
- Potřebujete ode mne ještě nějaké další informace?
- Kdy a jak se dozvím, zda jste mne přijali nebo nepřijali?

Mějte na paměti, že rozhovor vždy ukončuje zaměstnavatel. Po ukončení pohovoru poděkujte za možnost se rozhovoru účastnit, podejte si ruce a s krátkým očním kontaktem se s přítomnými osobami rozlučte.

## 16.3

### Jak unést odmítání aneb když práci ne a ne najít...

Obcházíte firmy, společnosti, organizace, továrny, obchody... a nic. Stále jste nezaměstnaní a vidina práce zdá se být v nedohlednu. Možná už ztrácíte víru, že nějakou práci seženete.

Neúspěch je přirozenou součástí života a zažívá ho občas každý. Jestliže obcházíte firmy, které vyloženě pracovní místo nenabízejí, asi se budete častěji setkávat s odmítnutím. Obejdete spoustu míst a na spoustě z nich vám řeknou, že nikoho nehledají. Ale jednou to vyjde. Pro tento způsob hledání práce je třeba odvaha, a jestliže do toho opravdu jdete, gratuluji. Mnohonásobně tím zvyšujete šanci, že práci skutečně najdete. Navíc nesedíte na zadku a neutápíte se v chutích nebo sebelítosti, ale minimálně poznáváte město, do kterého jste se přestěhovali, máte pohyb a trénujete kontakt s „potenciálními zaměstnavateli“.

„Otrkáte se.“ Tato zkušenost se vám bude hodit.

Pokud jste byli na přijímacím pohovoru, věřili jste, že to vyjde, a na jednou slyšíte, nebo v e-mailu čtete, že si zvolili někoho jiného, přijde lítost. Pochopitelná. Možná smutek, pocity méněcennosti, sebevědomí klesne, přicházejí chutě.

Cítíte se zklamaní, objevují se myšlenky na dřívější „jednodušší“ život. Zkuste potlačit toto falešné mámení minulosti.

Jste tady, protože jste se rozhodli nefetovat, nepít, nehrát. Tyto cesty vám problémy vyřešit nepomohou.

Jestliže jste byli odmítnuti, cítit zklamání je pochopitelné a přirozené. **Ale zdravý způsob, jak s těmito pocity pracovat, je:**

- S někým si **popovídat, sdílet, jít si pro podporu**. Možná si zanádat. Každopádně je důležité vyčistit si hlavu. Jak? Mimo povídání také třeba sportem, zhlédnutím filmu, výletem... Dopřejte si něco, co máte rádi, „**zdravě se odměňte**“, oceňte, zlepšete si náladu.
- **Neberte toto odmítnutí jako odmítnutí sebe**. S vámi je všechno v pořádku. Odmítli vás jako zaměstnance, ne jako člověka. Ani s vaší závislostí to nijak nesouvisí. Pokud o ní nemluvíte na potkání, nikdo na vás nepozná, že jste se léčili ze závislosti.

- **Netopte se v sebelítosti.** Z každé takové situace se dá mnoho naučit.
- **Zanalyzujte** své chování, **možné chyby**, kterých jste se během rozhovoru s PZ mohli dopustit.

Opravdu jste působili tak, že tu práci chcete? Nebo jste tam šli jen proto, abyste měli co říkat na skupině? Skutečná motivace je poznat!

Nepůsobili jste naopak jako mistři světa? Arogance není na místě. Je velmi důležité umět zformulovat, co všechno umíte, o jaké zkušenosti se můžete opřít, ale potřebná je i trocha pokory.

Byli jste vhodně nebo alespoň čistě oblečení?

Atd.

Dělat chyby je lidské, ale také je potřeba se z nich umět poučit.

Řekněte si druhým o zpětnou vazbu. Oči druhých víc vidí. Pokud ji dokážete vyslechnout, což je umění, může vám hodně dát. Neustále se učíme. To platí pro nás všechny. Není ostudou dělat chyby, opravdu nikdo z nás není dokonalý.

**Odmítnutí** může být dobrá **výzva**, jak zjistit své slabiny a zapracovat na nich.

Poté, co vám po pohovoru sdělili, že si vybrali někoho jiného, můžete se zkusit **zeptat na důvod, proč jste nebyli vybráni** vy. Tím můžete získat další podnět, na čem pracovat.

Každopádně pokud vás odmítnou, je dobré zareagovat slušně, ne zhrzeně. **Berte odmítnutí s hrdostí**, slušně poděkujte za možnost se účastnit, a pokud jste o danou práci opravdu stáli, uveďte i tuto skutečnost. Může se stát, že kandidát, kterého si vybrali, se neosvědčí a oni se rozhodnou oslovit další, „neúspěšné“ kandidáty. I na tuto možnost myslíte a zanechtejte dobrý dojem.

Pokud se vám dlouho s výsledkem přijímacího pohovoru neozývají, nebuďte pasivní a **dejte o sobě vědět**. (Dlouho znamená třeba týden.)

Poté, co kriticky zhodnotíte, jestli váš životopis nepotřebuje úpravu, jestli jste nepodcenili přípravu na pohovor, zpracujete další postřehy od nás či svých spoluklientů, vydejte se znovu „do boje“. A pamatujte, **kritické poznámky vám mají pomoci**. Nechceme vás jimi ponižovat, ale naopak pomoci vám. Zkuste to tak brát. K čemu by bylo lichocení,

kdyby bylo plané. Kritika nikomu nedělá dobře, ale jediné ta vás popostrčí dopředu. Vždycky je přece co zlepšovat.

Je dobré si také uvědomit, že i vhodní kandidáti bývají často odmítnuti, jejich schopnosti mohou být podceněny, nedoceny, přehlédnuty. I člověk, který s vámi dělá pohovor, přece do celého procesu vstupuje. Může být rozladěný, naštvaný..., a tím může výsledek také ovlivnit.

**Nepodceňte přípravu na další pohovor.** Zjistěte si informace o organizaci, kam se jdete ucházet o práci (webové stránky). A rovněž nepodceňte naladění, se kterým do firmy/organizace vstupujete – ať je z vás cítit, že tam opravdu chcete pracovat! Jděte se ptát na práci s nastavením, že skutečně chcete pracovat – z tónu řeči, z mimiky je to znát.

A co je velmi důležité – pamatujte, že **neúspěch při pohovoru nebo při hledání práce nijak nesnižuje vaši hodnotu jako člověka**. Jen se to prostě nesešlo. I když jste dělali, co bylo ve vašich silách. Nezoufejte, naskytne se další příležitost.

## 16.4

### Co brát v potaz při rozhodování, zda práci přijmout

Byli jste přijati do zaměstnání? Gratulujeme! Práce je důležitá, protože vám umožní mít svůj stabilní, legální zdroj příjmů, díky kterému si můžete najít vlastní bydlení, realizovat své koníčky...

Asi vás to bude lákat, první peníze/výplatu si užít a nakoupit spoustu věcí, ale myslíte na to, že bydlení v chráněných bytech je jen na určitou, a to relativně krátkou dobu, a je třeba šetřit na vlastní bydlení.

Chodit do zaměstnání je důležité a nutné, ale ne každá práce je pro vás vhodná.

### Co všechno tedy brát v potaz?

**Legálnost** – vzít jen práci na smlouvu, práci načerno nebrat!

**Dostupnost** – kolik času a peněz vám vezme se do práce dostat a zase z ní přijet zpátky? Práce mimo Olomouc se vyplatí jen málokdy.

**Směnnost** – vícesměnný provoz je náročný jak fyzicky, tak i psychicky. Noční a dlouhé směny (12 hodin) často zhorší stavy těm, kteří se

v minulosti potýkali s psychózou. Obecně se objevují intenzivní chutě z důvodu velkého stresu a vyčerpání.

**Podmínky** – důležitá je jasnost pracovních podmínek – plat, pracovní náplň, zaškolení – slušný zaměstnavatel dává jasné podmínky. **Pozor na věty typu:** „Na tom se domluvíme později.“ Může se vám stát, že budete pracovat zadarmo a ztratíte čas na hledání seriózní práce. **Pokud nedostanete plnou výplatu či je posunuta, hledejte si novou práci – nemáte čas čekat.**

**Specifičnost** – je potřeba zvážit, jak to je s hrazením případných škod, které můžete zaměstnavateli způsobit – někdy je vhodné se pojistit na škody způsobené zaměstnavateli (tzv. „pojistka na blbost“).

**Náročnost** – zhodnoťte náročnost práce. Vysoká míra stresu je re-lapsový faktor. **Vezměte v potaz vlastní zdravotní stav** a to, kdy jste naposledy byli vystaveni podobné zátěži. Platí pravidlo pozvolného nástupu a zatěžování.

**Rizikovost** – zhodnoťte míru rizika možného opětovného relapsu. Jak je to v této práci s přístupem k alkoholu, trávě, jiným drogám? Jsou zde pro vás „riziková lidé“?

**Program DC a práce** – zvažte, jak vám bude práce zasahovat do programu a jestli je vůbec slučitelná s účastí na programu DC. Ujasněte si, proč jste vlastně tady na DC v Olomouci.

**Obavy** – „zvyk je železná košile“, „než vyzkoušet něco nového, tak raději zůstanu u toho, co znám, i když je to rizikové“. Občas je třeba jít i proti strachu a zkusit něco nového. Sama abstinence je pro vás vlastně něco nového.

## 16.5

### Mzda – její výpočet a z čeho se skládá

Držíte v rukou výplatní pásku, které je dobré rozumět. Jak se vlastně mzda vypočítává?

O mzdě se většinou hovoří jako o „hrubé“ a „čisté“. **Hrubá mzda** je částka, kterou máte napsanou ve mzdovém výměru, smlouvě, dohodě. Z ní se dále odečítají daně a platba pojistného, je to také částka, ze které váš zaměstnavatel odvádí státu odvody na pojistné.

MZDA		%
superhrubá mzda (hrubá + pojistné, co z vaší mzdy platí zaměstnavatel)	<b>33 500</b>	134,00
hrubá mzda – ve smlouvě či v platovém výměru.	25 000	100,00
daň před slevami (15 % ze superhrubé mzdy)	5025	20,10
sleva na dani na poplatníka (všichni si můžou odečíst z daně tuto částku, je stále stejná)	2070	8,28
pojistné – zaplatí zaměstnavatel	<b>8500</b>	34,00
daň po odečtení slevy na dani	<b>2955</b>	11,82
pojistné – sociální (6,5 % z hrubé mzdy) – nezaměstnanost, nemoc, stáří	<b>1625</b>	6,50
pojistné – zdravotní (4,5 % z hrubé mzdy) – lékař, léky, lázně, léčebny	<b>1125</b>	4,50
čistá mzda po odečtení všech plateb pojistného a daní	<b>19 295</b>	77,00

## 16.6

### Práce načerno

Práce načerno je každá práce, za kterou sice dostáváte mzdu, nicméně tato práce není podložena dohodou, smlouvou, není hlášena na příslušné úřady, z čehož mimo jiné vyplývá, že z ní ani „zaměstnavatel“, ani vy neodvádíte daně a zálohy na zdravotní a sociální pojištění.

V dnešní době se jedná o častou praktiku, proto se můžete setkat i s tím, že ten, pro koho máte pracovat, bude překvapen, když budete váš pracovní vztah chtít legalizovat.

Práce načerno přináší výhody zaměstnavateli i zaměstnanci, my se však podíváme především na její rizika a důvody, proč dohodu či smlouvu vyžadovat. Více v našem srovnání.

	<b>Legální práce</b>	<b>Práce načerno</b>
Podloženo	Pracovní smlouvou, dohodou o provedení práce (DPP) nebo dohodou o pracovní činnosti (DPČ)	Ústní domluvou.
Obtížnost nalezení	Může být obtížnější, záleží na oboru. Vyžaduje energii.	Často jednodušší, především u brigád.
Mzda	Je vyplácena pravidelně, je stanovena její minimální výše. Při nevyplacení ji lze vymáhat.	Může a nemusí být vyplácena pravidelně. Výše se může měnit a není zaručeno, že ji dostanete. Pokud vám zaměstnavatel nezaplatí, nic moc s tím nenaděláte.
Pojištění  + Invalidní a starobní důchod	Zaměstnavatel za vás odvádí zdravotní pojištění, které je povinné ze zákona, a také sociální pojištění.  Pokud vám bude přiznán invalidní důchod, musíte mít odpracovaný daný počet let, aby byl vyplácen. Stejně tak starobní důchod.	V případě, že jste v evidenci ÚP, hrađí zdravotní a sociální pojištění stát. Za práci „načerno“ vám hrozí pokuta ve výši 100.000 Kč. Pokud nejste na ÚP a nemáte hrazeno pojištění, doba práce se vám nezapočítává do důchodu (zjednodušeně to znamená: abyste mohli do důchodu, musíte mít něco odpracováno, práce „načerno“ se nepočítá).



	<b>Legální práce</b>	<b>Práce načerno</b>
Pracovní úraz/ nemoc	V případě nemoci vám zaměstnavatel hradí od 4. dne nemocenskou ve výši 60 % mzdy, od 22. dne hradí nemocenskou Okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ). V případě, že se jedná o pracovní úraz, vám bude následně dorovnána mzda, rovněž mohou být zaměstnavatelem uhrazeny výdaje na léčbu.	Můžete zůstat naprosto bez příjmu. Nemáte nárok na nemocenskou ani žádnou náhradu.
Mateřská dovolená	Žena, která má za poslední 2 roky odpracováno 9 měsíců, má nárok na peněžitou pomoc v mateřství (6–8 týdnů před porodem a 28 týdnů po porodu, pak pobírá rodičovský příspěvek).	V případě, že si žena sama nehradila nemocenské pojištění, nemá nárok na peněžitou pomoc v mateřství. Přechází rovnou na rodičovský příspěvek, a to až dnem porodu.
Podpora v nezaměstnanosti	Pokud přijдете o práci a nahlásíte se na ÚP, máte <b>nárok na podporu v nezaměstnanosti</b> v případě, že <b>jste odpracovali za poslední 2 roky minimálně 12 měsíců.</b>	Jestliže jste pracovali bez řádné smlouvy (např. i rok nebo více), na podporu nemáte nárok.
Doklad pracovních zkušeností	Při ukončení zaměstnání dostanete <b>zápočtový list</b> , který slouží jako doklad o vaší praxi. Zaměstnavatel vám může poskytnout doporučení.	Práci, ve které jste získali zkušenosti, nemáte jak doložit. Prezentovat se prací „načerno“ může být riskantní.

	<b>Legální práce</b>	<b>Práce načerno</b>
Odstupné	<p>Pokud vám dá zaměstnavatel výpověď z organizačních důvodů (např. musí zrušit vaši pracovní pozici), náleží vám odstupné ve výši minimálně <b>3násobku výdělku</b>.</p> <p>V případě, že nemůžete dále práci vykonávat ze zdravotních důvodů, které vznikly následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, a dostanete výpověď, náleží vám odstupné ve výši <b>12násobku výdělku</b>.</p> <p>Podrobné informace naleznete např. na: <a href="http://www.mesec.cz/clanky/kdy-mate-narok-na-odstupne/">http://www.mesec.cz/clanky/kdy-mate-narok-na-odstupne/</a>.</p>	<p>Zda dostanete mzdu, není jisté. Že nedostanete odstupné, na to se můžete spolehnout.</p>

### **Další rizika práce „načerno“**

Při odhalení práce načerno vám hrozí odebrání sociálních dávek se zpětnou platností.

Při odhalení práce načerno je vyžadováno zpětné doplacení sociálního a zdravotního pojištění.

Při odhalení práce načerno vás úřad práce, kde jste registrován/a, může (kromě pokuty) sankčně vyřadit z evidence, čímž ztrácíte práva uchazeče o zaměstnání a nemůžete využívat služby úřadu práce. Navíc až po uplynutí doby 6 měsíců můžete požádat o zpětné zařazení (během této doby tak ztrácíte nárok na výplatu dávek pomoci v hmotné nouzi, které jsou přímo podmíněné evidencí na úřadu práce).

### **Příklad na závěr**

Marek hledá práci kuchaře. Přejde do zajímavé restaurace, kde mají volné místo a příjemný kolektiv. Zajásá a s vedoucím se domluví, že přijde na zkoušku. Už v tuto chvíli začíná pracovat načerno. Ačkoli práce na zkoušku je v praxi obvyklá, správně by vám zaměstnavatel měl dát smlouvu a vyzkoušet si vás ve zkušební době. Z toho by jasně vyplývala jeho povinnost zaplatit vám odpracované dny. Ale přimhuříme oči a pojďme dál. Marek pracuje dva dny na zkoušku a vypadá to dobře, majitel je spokojený. Nyní je zaneprázdněný, ale na další týden slibuje uzavření

smlouvy. Marek odpracoval 8 dní, zatím stále bez smlouvy a v očekávání, co bude dál. Majitel uzavření smlouvy oddaluje a nakonec Markovi oznámí, že už chodit nemusí. Marek dostal pár stovek i přesto, že odpracoval mnohem více hodin. Také ztratil dva týdny, po které neměl čas hledat jiné zaměstnání.

Další příklad můžete zhlédnout v krátkém videu na: <http://www.sikmaplocha.cz/lekce/P19/Prace-nacerno?nvm=video>.

## 16.7

### Co dělat, když nedostanu výplatu?

V případě, že jste nedostali výplatu, se nejdříve zastavte a rozmyslete si další postup. Rozčilování je sice na místě, ale vynadání zaměstnavateli nic nevyřeší. Možnosti jsou následující:

- Pokud máte řádně uzavřenou pracovní smlouvu (HPP, DPČ, DPP) a vyčerpali jste všechny možnosti domluvy se zaměstnavatelem, můžete se obrátit na Inspektorát práce, konkrétně na adrese tř. Kosmonautů 8 (u Úřadu práce), Olomouc či přímo na Úřad práce Olomouc.
- Pokud vám zaměstnavatel nevyplatil mzdu a od termínu výplaty uběhlo již 15 dnů, můžete mu dát okamžitou výpověď a zároveň vám vzniká nárok na odstupné ve výši dvou platů.
- Pokud jste nedostali mzdu, protože váš zaměstnavatel zkrachoval, můžete se obrátit na úřad práce a požádat jej o vyplacení dlužné mzdy za zaměstnavatele.

Dokumenty potřebné pro jednání s ÚP i s Inspektorátem práce jsou: pracovní smlouva, včetně mzdového výměru, občanský průkaz.

## 16.8

### Co když dostanu výplatu?

Tato otázka se může na první pohled jevit jako zbytečná. Jedná se přece o okamžik, na který všichni čekáme a těšíme se na něj. Zdánlivá radost z vydělaných peněz se však může brzy proměnit v řadu starostí. Níže uvádíme nejčastější komplikace, které po vyplacení mzdy nastávají.

#### Exekuce na plat

Exekucí na plat se rozumí **strhávání určité částky ze mzdy**. Neznamená to, že tedy zaměstnanec, na kterého je nařízena exekuce, nedostane vůbec žádnou mzdu, ale je oprávněn získat pouze její část. Částka, kterou je zaměstnavatel povinen srazit, se vypočítává z čisté mzdy a činí její jednu třetinu. Pokud se jedná o přednostní pohledávku, tato sražená částka je ve výši dvou třetin čisté mzdy.

Exekuce na plat je pro většinu lidí dost citelný vstup do osobního života člověka, a to především v případě, pokud je v rodině pouze jeden živitel, na kterém jsou další členové finančně závislí. Ale samozřejmě platí, že pokud byste zaplatili dluh dříve a nespolehali na dobré srdce věřitele, exekutor by pak neměl šanci vám ze mzdy vůbec nic strhávat. Je tedy v takovém případě lepší, když se **dlužník snaží splácet** ku spokojenosti obou stran, jak jeho, tak věřitele (<http://www.exekucenaplat.cz/co-je-exekuce-na-plat/>).

#### Peníze spouštějí bažení

Mnoho lidí uvádí, že finanční obnos je významný spouštěč. Je jisté, že peníze, které mám na dlani, mi mohou našeptávat, abych si je pořádně užil a roztočil je. Myšlenky typu „proč bych se neodměnil za měsíc dřiny?“ a podobné se leckomu začínají vkrádat do hlavy a spouštějí bažení, protože jistě máte v živé paměti, jak taková odměna dříve vypadala. Je dobré tyto myšlenky reflektovat, uvědomovat si jejich sílu a pracovat s nimi v rámci „individuálů“ či na skupině.

## Touha po nových věcech

Řada z vás žila měsíce či roky v situaci, kdy jste obraceli každou korunu. Touha koupit si hezké věci je zcela přirozená. V nákupní horečce je však jednoduché se ztratit a následně zjistit, že mám sice mnoho krásných věcí, ale nemám si co namazat na chleba. Doporučujeme provést po výplatě okamžitou finanční rozvahu. Peníze vhodně natřídít (například formou obálek), z nichž jedna může obsahovat peníze na nějakou hezkou věc.

## Dluhy z minulosti

Na plat nemusí přijít rovnou exekuce, ale je možné, že dlužíte peníze svým blízkým nebo známým. Možná cítíte touhu vše rychle splatit a mít tak čistý štít. Nicméně přijít takto o peníze a pak po zbytek měsíce žít není právě nejvhodnější. Doporučujeme sestavení splátkového kalendáře, podobného jako u institucionálních věřitelů. Ze zkušenosti vyplývá, že i drobné splátky působí pozitivně pro narovnání dluhy pošramocených vztahů.

## Půjčování vydělaných peněz

To, že máte najednou peníze v kapse, se velice rychle rozkřikne. Mnozí z vašich přátel či spoluklientů takové štěstí nemají a rádi by si za vaše peníze obstarali také kousek radosti. Je na zvážení, do jaké míry a komu své peníze půjčit. Jsou tyto půjčky vždy návratné? Jsou tyto půjčky vymahatelné? Je dobré mít na paměti, že odmítnout půjčit peníze neznamena, že jste špatným člověkem.

## 16.9

### Pracovní doba, přesčasy, pojištění

Pracovní doba je stanovena na 40 hodin týdně, když se přičte půl hodiny přestávky, je to **42,5 hodin týdně**, to je **8,5 hodiny denně**. Přestávka na jídlo a oddech musí být nejdéle po 6 hodinách, a to minimálně půl hodiny. Přestávka nesmí být na začátku a na konci pracovní doby.

**Práci přesčas** může zaměstnavatel nařídít ve výjimečných případech a v týdnu nesmí přesáhnout 8 hodin, ročně 150 hodin.

Příplatek za práci přesčas je 25 % ke mzdě.

Příplatek za práci o víkendu (sobota, neděle) a v noci, je 10 % ke mzdě.

Příplatek za práci o svátku (např. 1. 5., 17. 11. atd.) je 100 % ke mzdě nebo poskytnutí náhradního volna.

## **Pojištění**

Pro případ, že v práci způsobíte zaměstnavateli škodu (například řídíte služební auto a máte nehodu), existuje možnost pojištění. Jedná se o „Pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou zaměstnavateli při výkonu povolání“. Výše pojistného, tedy toho, co budete ročně platit, se pohybuje od 850 do 2000 Kč, dle pojišťovny.

Pokud tedy máte tuto pojistku a v práci něco rozbijete, můžete to nahlásit pojišťovně, která tuto škodu uhradí (sníženou o vaši spoluúcast 10–25 %). Více informací se dozvíte u konkrétních pojišťoven, například ČSOB Pojišťovna, Česká pojišťovna a jiné.

## Asertivita, říkání „ne“

**Asertivita je zdravé, neagresivní sebeprosazení.** V práci strávíte i přes 40 hodin týdně, je tedy důležité mít zde podmínky, ve kterých se cítíte dobře a můžete v nich dlouhodobě fungovat bez negativních pocitů (negativní pocity = vyšší stres = vyšší pravděpodobnost chutí = vyšší pravděpodobnost relapsu).

Dobré podmínky si v práci vytváříme i vlastní aktivitou – tak, že si o něco dokážeme říci (třeba o lepší pracovní pomůcky), nebo tak, že **něco dokážeme odmítnout** (třeba příliš mnoho přesčasů).

K tomu nám slouží zdravé sebeprosazení – asertivita. Nejdříve si je třeba uvědomit, že máme určitá práva, a následně se je můžeme učit prosazovat.

V práci mohou nastat situace, kdy nezareagujete tak, jak byste chtěli, nebudete se svojí reakcí spokojeni. To se občas stává všem. Na skupině si můžeme zkusit přehrát jiné, „asertivnější“ možnosti reagování. Skupina tak může být tréninkovým místem pro nácvik asertivity. Využijte toho.

Asertivita je také obranou proti manipulativním technikám (např.: „Ty seš tak hodná, ty za mě určitě vezmeš tu sobotní směnu.“).

### Asertivní práva

„**Asertivní desatero**“ jistě přispěje k pohodě zejména: pokud máte tendenci reagovat pasivně, všem vyhovět, všechno odsouhlasit a jste „nadmíru hodní“. Je důležité umět odhadnout, kdy je na místě asertivně reagovat a kdy je efektivnější nechat věci být tak, jak jsou.

1. **Máte právo sami posuzovat své chování, myšlenky, emoce a nést za ně a za jejich důsledky odpovědnost.**

Manipulativní taktiky spadající do tohoto bodu se budou snažit vytvořit pocit a dojem, že je nutné se **za každou cenu** podrobit pravidlům, autoritám a morálním zásadám. Příkladem manipulace zde může být situace, kdy nám obchodník říká: „Je zvykem to tak dělat a dělá to tak přece každý.“ Diplomatičtější protireakcí, která je asertivní, může být třeba: „Ano, uznávám, že je to zvyk,

to tak dělat. Já to ovšem neudělám, protože nechci. Děkuji za nabídku.“

**2. Máte právo nenabízet žádné výmluvy či omluvy, ospravedlňující vaše chování.**

Není nutné každému všechno vysvětlit. Nikomu žádné vysvětlení opravdu nedlužíte. (Když se vás např. kolegové zeptají, proč jste tady v Olomouci a co jste dělali předtím, je možné podotknout, že si rádi necháváte nějaké věci pro sebe.)

**3. Máte právo sami posoudit, zda a nakolik jste odpovědní za problémy druhých lidí.**

Často můžeme prožívat pocity viny za to, že někomu něco odmítneme, zvláště když druhá strana dává najevo své zklamání, lítost apod. Necháváme se tak vtahovat do prožívání druhého člověka, podléháme manipulacím. Někdo může toto vymezení vnímat také jako bezohlednost a ignorantství. Vzdát se tohoto práva znamená zaplatit ztrátou své osobní pohody, nechat se vydírat skrze nepříjemné pocity viny a úzkosti. (Jak je těžké odmítnout kolegy, kamarády s prosbou o půjčku peněz...)

**4. Máte právo změnit svůj názor.**

Zkusíte-li uvažovat tak, že toto vaše právo jde ruku v ruce s vaší zodpovědností za jakoukoliv změnu rozhodnutí či názoru, pak v očích druhého člověka můžete být někdy spíše odvážnými a upřímnými lidmi, v očích jiného však třeba i nespolehliví. Zodpovědnost za sebe a své jednání nesete vy sami, tedy i vy budete ti poslední, kteří budou posuzovat vaše vlastní kroky. Připouštíme, že obhájit si svá práva (a někdy i před sebou samými) bývá mnohdy nelehké. Příklad: Změnili jste svůj názor na abstinenci a u „kamarádů“, kteří neabstínují, se to nemusí setkat s velkým pochopením a podporou. Zasloužíte si ocenění, když jejich „lámání“ nepodlehnete.

**5. Máte právo dělat chyby a být za ně odpovědní.**

Zkuste si představit, jak se asi žije člověku, který si odnáší ze svého dětství a dospívání ponaučení, že dělat chyby znamená být



špatným, slabým či neschopným člověkem. Chybovat je lidské. Důležité je však brát za tyto chyby odpovědnost, připustit si je, přijmout informace o nich a pokusit se je využít jako zkušenosti pro budoucnost. Z těchto pak nejlépe zjistíme, co příště nedělat či udělat jinak. **I dobře zpracovaný laps je užitečná zkušenost.**

**6. Máte právo říci: „Já nevím.“**

**7. Máte právo být nezávislí na dobré vůli ostatních.**

Ne nadarmo lidská zkušenost říká, že „není na světě člověk ten, který by se zavděčil lidem všem“. Mylné přesvědčení říká: „Lidé v mém okolí by ke mně měli mít kladný vztah a je důležité, aby mě měli všichni rádi.“ Pokud vyhovíte jen ostatním, tak zapomenete na sebe.

**8. Máte právo dělat nelogická rozhodnutí.**

**9. Máte právo říci: „Já ti nerozumím.“**

**10. Máte právo říci: „Je mi to jedno.“**

# 18

## Ukončení pracovního poměru

### 18.1

#### Ze strany zaměstnance

Může se vám stát, že v práci, kterou jste si našli, nebudete spokojeni, stane se pro vás z jakéhokoli důvodu příliš náročná nebo riziková, zkrátka se rozhodnete odejít. V této části kapitoly se dozvíte, jakým způsobem můžete pracovní poměr ukončit.

Existují čtyři možnosti ukončení pracovního poměru:

- Výpověď (jak ze strany zaměstnance, tak zaměstnavatele).
- Skončení doby, na kterou byl pracovní poměr sjednán (práce na dobu určitou).
- Dohoda o rozvázání pracovního poměru.
- Okamžité zrušení pracovního poměru.

**Jste ve zkušební době:** Pokud ano, máte možnost kdykoli písemně zrušit pracovní poměr. Ukončení oznamte aspoň tři dny před dnem, ve kterém chcete skončit. Zkušební doba je daná pracovní smlouvou a dává zaměstnavateli i vám možnost otestovat si, jak vám to v práci půjde, a také kdykoli pracovní poměr ukončit – bez udání důvodů.

**Práce byla sjednána na dobu určitou:** V případě, že nejste spokojeni a blíží se termín, do kterého byla smlouva uzavřena, můžete se se zaměstnavatelem domluvit, že nemáte zájem na jejím prodloužení.

**Pracovní poměr můžete ukončit dohodou nebo výpovědí:** Výpověď podejte **písemně**, zaměstnavateli ji předejte osobně nebo pošlete doporučeně.

Výpověď můžete dát z jakéhokoli důvodu. Důvod nemusí být ve výpovědi uveden. V pracovní smlouvě je uvedena výpovědní doba, která trvá minimálně dva měsíce a začíná běžet od začátku dalšího kalendářního měsíce po podání výpovědi. Např.: Výpověď dostane zaměstnavatel písemně dne 18. 2., začátek výpovědní doby běží od 1. 3. a pracovní poměr

skončí po dvou měsících, tedy 30. 4. Vzor výpovědi naleznete např. na webových stránkách: <http://www.vzory-zdarma.cz/tag/vypoved/>.

**Ukončení dohodou** (dohoda o rozvázání pracovního poměru) znamená, že si společně se zaměstnavatelem dohodnete podmínky, za jakých skončíte. Opět musí mít písemnou podobu, jinak je neplatná. Na rozdíl od výpovědi se můžete domluvit, že ukončíte pracovní poměr okamžitě, což znamená bez výpovědní doby.

**Další důležité informace:** Pokud ukončujete práci dohodou nebo dáváte výpověď, nemáte nárok na odstupné.

V případě, že pracovní poměr ukončujete bez závažného důvodu nebo dohodou, budete mít nižší podporu v nezaměstnanosti. Konkrétně bude vypočítána jako 45 % z průměrného čistého měsíčního výdělku.

### **Okamžité zrušení pracovního poměru**

Existují případy, kdy máte možnost zrušit pracovní poměr okamžitě.

Zaměstnavatel vám nezaplatil mzdu, náhradu mzdy nebo její část v zákonem stanovené lhůtě, která je do 15 dnů po skončení měsíce následujícího po měsíci, za který měla být mzda vyplacena. Např. pro únorovou výplatu je tato lhůta splněna 15. dubna. Únor je měsíc, za který má být vyplacena mzda, březen je měsíc následující, 15 dní po skončení března (15. 4.) vyprší lhůta, do které vám měl zaměstnavatel zaplatit.

Pokud podle lékařského posudku nemůžete dál vykonávat stávající práci a zaměstnavatel vám do 15 dnů neumožní dělat jiný typ práce, máte rovněž možnost okamžitě zrušit pracovní poměr.

V takových případech máte nárok na odstupné ve výši trojnásobku průměrného měsíčního výdělku. Okamžité zrušení pracovního poměru musí být písemné a obsahovat konkrétní důvod. Musí být podáno nejpozději do 1 roku od vzniku nároku.

## 18.2

### Ze strany zaměstnavatele

Neméně důležité je vědět, kdy a za jakých okolností vám může dát výpověď zaměstnavatel, na co máte nárok a kam se obrátit, pokud máte pochybnosti o způsobu nebo důvodech podání výpovědi.

Zaměstnavatel má čtyři způsoby, kterými může rozvázat pracovní poměr. Jsou stejné, jako má zaměstnanec.

#### Rozvázání pracovního poměru dohodou

V dohodě jsou sjednány podmínky, za kterých se práce ukončuje. Tato dohoda musí mít písemnou podobu a zaměstnavatel **musí** uvést konkrétní důvod skončení pracovního poměru. Aby byla dohoda o ukončení práce platná, musíte vyslovit svůj souhlas. Dobře si dohodu přečtěte, pokud s podmínkami ukončení nesouhlasíte, dohodu podepsat nemusíte. Dohodou je možné pracovní poměr rozvázat okamžitě bez toho, aby běžela výpovědní doba. Pokud s vámi chce zaměstnavatel ukončit pracovní poměr a vy jste nic zásadního neporušili (ani nejste ve zkušební době), jedná se většinou o situaci, kdy máte nárok na odstupné. Podepsáním dohody byste mohli snadno přistoupit na to, že o odstupné přijmete. Proto trvejte na tom, aby jako důvod rozvázání pracovního poměru bylo uvedeno: nadbytečnost zaměstnance nebo organizační důvody – v takových případech máte nárok na odstupné. Pokud s tím zaměstnavatel nesouhlasí, dohodu nepodepisujte.

#### Výpověď

Zaměstnavatel vám výpověď musí doručit **písemně** (to, že ji nepřijmete nebo nepodepíšete, neznamená, že je neplatná). Výpověď musí být **odůvodněná**. Náleží vám **odstupné**. Opět zde platí **výpovědní doba** sjednaná ve smlouvě, nejméně však dvouměsíční. Výpovědní doba běží od začátku dalšího měsíce po jejím obdržení.

Zaměstnavatel vám může dát výpověď pouze z důvodů, které jsou stanoveny zákonem.

Dělí se do následujících 3 skupin:

**Organizační** – zaměstnavatel se ruší, přemísťuje nebo se zaměstnanec stal nadbytečným. Máte nárok na odstupné ve výši, kterou určuje délka pracovního poměru. Jednásobek průměrného výdělku, pokud jste pracovali méně než rok. Dvojnásobek při práci 1–2 roky a trojnásobek, pokud jste pracovali déle než 2 roky.

**Zdravotní** – pracovní úraz, nemoc z povolání nebo případ, kdy vám zdravotní stav znemožní konat práci. Při splnění podmínek daných zákonem vám náleží odstupné ve výši dvanáctinásobku vašeho průměrného výdělku.

**Důvody na straně zaměstnance** – neuspokojivé pracovní výsledky, méně závažné porušení pracovních povinností, porušení povinnosti dodržovat režim dočasně práce neschopného (pobyt mimo domov při neschopence – mimo čas vycházky).

### **Okamžité zrušení pracovního poměru**

Zaměstnavatel s vámi může pracovní poměr ukončit okamžitě ze dvou důvodů:

- pokud vás odsoudí za trestný čin,
- pokud porušíte své pracovní povinnosti zvlášť hrubým způsobem.

### **Skončení smlouvy uzavřené na dobu určitou**

Pokud se s vámi zaměstnavatel nedomluví na uzavření další smlouvy a nepřiděluje vám další úkoly, váš pracovní poměr končí dnem, do kterého byla uzavřena smlouva. Naopak v případě, že smlouva skončí a neproběhne konkrétní domluva, co dál, a vy nadále do práce docházíte a konáte svou práci, přechází smlouva na dobu neurčitou.

Zaměstnavatel s vámi může uzavřít smlouvu na dobu určitou maximálně na 3 roky, a to celkem 3x, následně už s vámi musí uzavřít smlouvu na dobu neurčitou.

## Ochranná doba

Existují situace, za kterých vám zaměstnavatel dát výpověď nemůže. Těmi jsou:

- Pracovní neschopnost – výjimkou je, když si neschopnost přivodíte vědomě nebo jako následek požití alkoholu nebo návykové látky.
- V době těhotenství, mateřské dovolené nebo rodičovské dovolené.
- Pokud pracujete v noci a jste uznáni dočasně nezpůsobilými k noční práci.
- V době výkonu veřejné funkce.
- Při výkonu vojenského cvičení.
- Pokud jste dostali výpověď např. před nástupem na „neschopenku“, pozastavuje se výpovědní lhůta, znovu začíná běžet po vašem návratu do práce.
- Výjimky a neplatnost ochranné doby jsou uvedeny v zákoníku práce § 52 písm. a), b), g), h).

## Na závěr

Při odchodu z práce dostanete, a pokud ne, tak požadujte:

- **zápočtový list** (bude jej po vás požadovat úřad práce nebo nový zaměstnavatel),
- **potvrzení o průměrném čistém měsíčním výdělk** (potřebuje úřad práce pro výpočet podpory v nezaměstnanosti),
- **evidenční list důchodového pojištění** (dokument důležitý pro přiznání nároku na starobní důchod),
- **potvrzení o zdanitelných příjmech ze závislé činnosti** (nezbytný doklad pro daňové přiznání, které bude podávat váš nový zaměstnavatel nebo vy sami).

## Exekuce na plat

**Exekuční řízení**, tzv. **exekuce**, je soudním způsobem vymáhaná dlužná částka. Jedním ze způsobů, jak vymoci peníze, které někomu dlužíte, je i exekuce na plat, což znamená, že nedostanete celou výplatu, ale mzdová účetní začne strhávat peníze rovnou z vašeho platu/mzdy. Takže nedostanete celou výplatu. Jinou možností je zablokování vašeho účtu anebo zabavení vašich věcí.

**Jaké jsou celkové náklady exekuce?** Obecně se dá říci, že nárůst dlužné částky o náklady na exekuci jde do tisíců. Přesnější kalkulačka na výpočet celkových nákladů je na stránkách Exekutorské komory, odkaz <http://ekcr.cz>.

**Kolik vám můžou strhnout z platu?** Kalkulačka na výpočet srážek z platu při exekuci je na stránkách Exekutorské komory, odkaz <http://ekcr.cz>.

Zaměstnavatel je povinen začít zaměstnanci strhávat mzdu v okamžiku, kdy si převzal exekuční příkaz na příkázání pohledávky ze mzdy. Tato transakce se musí projevit na výplatní pásce, kde je přímo vyhrazená kolonka „exekuce“. Exekuční příkaz na příkázání pohledávky ze mzdy se zasílá zaměstnavateli, povinnému (kdo peníze dluží) a oprávněnému (komu dlužíte). Všechny strany musí být tedy o tomto kroku informovány. Částka, kterou je povinen zaměstnavatel srazit, se vypočítává z čisté mzdy a činí jednu její třetinu. Pokud se jedná o přednostní pohledávku, tato sražená částka je ve výši dvou třetin čisté mzdy. **Exekuce na plat** je tedy zásahem do finanční svobody člověka, který má právo dostat za vykonávanou práci odměnu. Ovšem toto omezení zaměstnance je nutné provádět pouze v rámci zákona.

Hlavním zákonem je v tomto případě zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, a podpůrným se stává zákon č. 120/2001 Sb., o soudních exekutorech a exekuční činnosti (exekuční řád). V občanském soudním řádu je přímo uvedeno, jak se taková sražená položka vypočítává, exekuční řád pouze stanoví postup exekutorského úřadu.

**Kolik vám nechají vybrat z účtu, pokud ho zablokují?** Jen dvojnásobek životního minima, tedy v roce 2013 částku  $2 \times 3410 = 6820$  Kč  
Pozor, ale jen jednou! Pak už z účtu nic nevyberete.



## Datová schránka

Datová schránka je obdobou emailové schránky, s tím rozdílem, že slouží pouze pro oficiální komunikaci mezi majitelem datové schránky a orgány veřejné správy (soudy, exekutoři, ministerstva, města atd.). Prakticky se jedná o obdobu normální pošty, která obvykle chodí doporučeně na místo vašeho bydliště.

Řada z vás má trvalé bydliště například na „radnici“ a neví, kdy jakou důležitou poštu dostává. I v případě, že máte trvalé bydliště například u příbuzných, je obtížné tuto poštu přebírat.

Do datové schránky máte přístup všude tam, kde je připojení k internetu, tedy na celém světě. Upozornění, že vám pošta přišla, si můžete nastavit, a to buď přímo na mobilní telefon (za poplatek) nebo zdarma na vaši obvyklou emailovou adresu.

Pokud budete mít datovou schránku a budete mít přístup na internet, nemělo by se vám stát, že vám unikne důležitá pošta.

### Postup na vytvoření datové schránky

Na adrese: [http://www.datoveschranky.info/assets/metodicke-postupy/zadost\\_zrizeni\\_fo.pdf](http://www.datoveschranky.info/assets/metodicke-postupy/zadost_zrizeni_fo.pdf) si vytiskněte jednoduchý formulář, který vyplňte.

Žádost předejte na některém kontaktním místě Czech POINT, které najdete na vybraných pobočkách České pošty (Horní náměstí Olomouc, Pošta na vlakovém nádraží).

Do 3 dnů vám přijdou přístupové údaje (nezapomeňte vyplnit kontaktní adresu do Olomouce).

V případě nejasností se obraťte na sociálního pracovníka, který vám pomůže se zřízením datové schránky.

## 21

# Alkohol a drogy na pracovišti

Zákon ukládá nepožívat alkoholické nápoje a nezneužívat jiné návykové látky na pracovišti zaměstnavatele a v pracovní době a nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště.

Na druhou stranu se téměř každý z nás setkal s alkoholem či drogou na pracovišti, a to buď jako aktivní uživatel nebo spíše jako svědek, kdy viděl „pod vlivem“ někoho ze svých kolegů.

Tato kapitola se věnuje užívání alkoholu a drog na pracovišti, a to jak z úhlu pohledu legislativy, tak z hlediska prevence relapsu.

Pití alkoholu či užívání drog na pracovišti není vhodné hned z několika důvodů. Tím prvním je samozřejmě riziko úrazu. Poškození svého zdraví nebo zdraví někoho z kolegů může mít obzvlášť na některých pracovištích doživotní následky. Dalším důvodem, který svědčí proti alkoholu, je nižší pracovní produktivita zaměstnanců, kteří jsou v práci přímo „pod vlivem“ nebo v kocovině. V neposlední řadě může díky psychoaktivním látkám docházet k nejrůznějším konfliktům na pracovišti.

Alkoholismus nebo užívání drog u kolegů může mít rovněž negativní dopad na abstinujícího jedince, který je neustále vystavován podnětům spouštějícím bažení. Otevřená láhev v šatně či svačínárně a nedostatek kontroly okolí je obvyklou „bludičkou“ lákající do bažiny recidivy.

Typické problémy v pracovním prostředí, které působí jednotlivé skupiny návykových látek:

Skupina látek	Typické problémy v pracovním prostředí
Alkohol	Úrazy, násilné konflikty, zdravotní komplikace a vyšší nemocnost, nespolehlivost, ohrožení dalších osob.
Opioidy (např. heroin)	Absence, trestná činnost s cílem opatřit si prostředky na drogu, v některých profesích (farmaceutický průmysl, zdravotnictví) krádeže návykových látek.
Kanabinoidy (marihuana, hašiš)	Pracovní úrazy a dopravní nehody, ztráta zájmu o práci, u disponovaných i duševní poruchy. Vyšší nemocnost (např. nemoci dýchacího systému).

Skupina látek	Typické problémy v pracovním prostředí
Sedativa a hypnotika	Úrazy (zpomalení reakčního času), zdravotní komplikace a vyšší nemocnost, nespolehlivost, ohrožení dalších osob v některých profesích.
Kokain a pervitin	Úrazy, násilné konflikty, duševní poruchy, vyšší nemocnost, ohrožení dalších osob.
Halucinogeny	Jejich zneužívání není pro pracovní prostředí typické, doznívající intoxikace může být provázána širokým spektrem duševních poruch.
Tabák	Zejména vyšší nemocnost. Podle amerických pramenů mají kuřáci nejen vyšší počet absencí z důvodů nemoci, ale také je u nich vyšší výskyt pracovních úrazů a disciplinárních problémů (Ryan et al., 1992).
Organická rozpouštědla	Může se jednat i o bezděčné intoxikace tam, kde se s těmito látkami pracuje. Mohou vyvolávat halucinace, při dlouhodobém vystavení se těmto látkám např. riziko poškození jater i mozku, možný rozvoj závislosti.

Tab. 1, zdroj: *Návykové látky a pracovní prostředí, České pracovní lékařství, 2, 2001, 4, 124–128.*

## Zvýšené riziko problémů způsobených alkoholem a drogou v práci

Pokud se týká výběru zaměstnání, mějte na paměti to, co si nesete z léčby, a sice, že na prvním místě není prestiž případné profese, ale **bezpečné a abstinenční prostředí**. Nebyli byste první, koho by zlákal sladké vábení rychle vydělaných peněz na stavbách, či barech, kde se pítí a konzumace návykových látek podporuje či toleruje. Povolování hranic v takovém prostředí je velice snadné a cesta zpátky do léčby je tak na dohled.

Nyní pojďme prozkoumat, na co si dát při výběru práce či při jejím výkonu pozor. Podle Nešpora (2001) se jedná o následující ukazatele:

1. **Prokonzumní atmosféra na pracovišti**, která povzbuzuje zaměstnance k nezodpovědnému jednání ve vztahu k alkoholu a jiným návykovým látkám.
2. **Stres**. Nadměrný nebo příliš dlouho trvající stres je rizikovým faktorem ve vztahu k alkoholu a jiným návykovým látkám i ve vztahu k řadě dalších zdravotních problémů.
3. **Dlouhodobá práce přesčas**, která vede ke stavům vyčerpání a chronické únavy.
4. **Dostupnost alkoholu a jiných návykových látek** v pracovním prostředí pronikavě zvyšuje riziko problémů, které působí.
5. **Další nepříznivé faktory**. Zde patří odcizenost, izolovanost, stereotypnost práce, malá možnost se rozhodovat, nuda, sexuální obtěžování, vystavování fyzické nebo slovní agresi a ponižování.
6. **Nedostatečný dohled** ze strany nadřízených a kolegů.
7. **Třísměnný provoz** se často kombinuje s předchozím rizikovým faktorem, je to však rizikový faktor sám o sobě s ohledem na nepravidelnost životního stylu, poruchy spánku a možné problémy v rodinném životě.
8. **Nepřítomnost jasných pravidel** týkajících se zákazu alkoholu a jiných návykových látek v pracovním prostředí a nepřítomnost soustavných preventivních programů.

## Test rizika pracovního prostředí pro recidivu

### Otestujte se...

Z výše uvedeného textu na vás může přijít splín, protože s některým z uvedených osmi bodů jste se na pracovišti již setkali nebo se pravděpodobně brzy setkáte. Přesto si můžete udělat krátký orientační test, který vám může napovědět, v jakém riziku ohrožení se nacházíte.

#### Jsou následující výroky pravdivé?

Po vystředání směny (např. z ranní na odpolední) máte potíže usnout.	ano	ne
V posledním čtvrtletí nebyla na vašem pracovišti provedena kontrola dechu.	ano	ne
Chodíte do práce s odporem.	ano	ne
V práci si nemáte s kým popovídat, popřípadě tam nikomu nevěříte.	ano	ne
Kolegové vás šikanují.	ano	ne
Na pracovišti se konzumuje alkohol či drogy.	ano	ne
Kolegové vás zvou na konzumaci alkoholických nápojů nebo vám nabízejí drogy.	ano	ne
Pracujete často přesčas.	ano	ne
Na pracovišti se nachází alkohol nebo se s alkoholem manipuluje.	ano	ne
Na pracovišti se neví o vaší abstinenci.	ano	ne
Častá nepřítomnost vedoucího na pracovišti.	ano	ne
Vedoucí pracovník konzumuje alkohol či drogy na pracovišti nebo je z něj alkohol cítit.	ano	ne

#### Výsledky testu

0–2 kladné odpovědi – nízké riziko relapsu

3–4 kladné odpovědi – zvýšené riziko relapsu

5–6 kladných odpovědí – vážné riziko relapsu

7–8 kladných odpovědí – vysoké riziko relapsu

9–10 kladných odpovědí – závažné riziko relapsu

11–12 kladných odpovědí – je zázrak, že doposud abstinujete

## Na co si dát pozor? Aneb kolegové na pracovišti a jejich případná konzumace alkoholu či drog

Vaše odhodlání abstinovat může stát na pevných základech. Ty však mohou být podryvány kolegy, kteří si s abstinencí hlavu nelámou, a tudíž je lépe jejich společnost nevyhledávat.

Kolegové nebo vaši podřízení na vás mohou působit, že jsou pod vlivem omamných nebo psychotropních látek. Níže uvádíme přehled příznaků, které svědčí pro intoxikaci kolegů na pracovišti.

1. Pozitivní toxikologický nález v moči.
2. Informace z okolí pracovníka svědčící pro konzumaci alkoholu a jiných návykových látek, pracovník je vidán intoxikován (zápach alkoholu z dechu, setřená výslovnost, nejistá chůze, třesy, ospalost atd.).
3. Časté odcházení na WC, kde pracovník pije alkohol nebo si aplikuje nějakou látku.
4. Shánění a vyžadování návykových léků.
5. Časté intoxikace alkoholem nebo jinou návykovou látkou v mimopracovní době.
6. Nezvyklé nebo nepřiměřené chování na pracovišti.
7. Častá nepřítomnost na pracovišti.
8. Emoční labilita, záchvaty hněvu, sebelítost, nezvyklé stavy rozjařenost a deprese či jejich střídání.
9. Obtížně vysvětlitelné zdravotní obtíže (únava, nespavost, poruchy trávení, výrazné změny váhy, třes).
10. Nespolehlivost, zanedbávání povinností.
11. Řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu.
12. Časté střídání zaměstnání.
13. Poruchy paměti a soustředění.

## **Právní aspekty související s pobýváním na pracovišti pod vlivem alkoholu a drog aneb co dělat v případě nejhorším**

Podle § 106 odst. 4 písm. i) zákoníku práce je zaměstnanec povinen podrobit se na pokyn oprávněného vedoucího pracovníka zjištění, zda není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek. Zaměstnavatel nebo vedoucí je v případě pochybností o způsobilosti zaměstnance vykonávat práci oprávněn podle § 106 odst. 4 písm. i) zákoníku práce požadovat, aby se zaměstnanec podrobil zjištění, zda není pod vlivem. Zaměstnavatel má právo provést dechovou zkoušku. Jestliže zaměstnanec dechovou zkoušku bez vážných důvodů odmítne, porušuje povinnosti vyplývající z pracovněprávních vztahů. Pokud je tomu tak opakovaně, může být upozorněn na možnost rozvázání pracovního poměru výpovědí z důvodu soustavného méně závažného porušování povinností, event. může obdržet i výpověď podle § 52 písm. g).

Uvede-li zaměstnanec vážné důvody, které mu brání podrobit se dechové zkoušce, má zaměstnavatel právo požadovat, aby se podrobil lékařskému vyšetření ke zjištění, zda není pod vlivem alkoholu. Vyšetření krve nebo moči nemůže provádět zaměstnavatel sám. Pokud zaměstnanci brání vážné důvody v dechové zkoušce a odmítne rovněž lékařské vyšetření krve nebo moči, nemůže ho zaměstnavatel nějakým způsobem postihnout, protože nebylo prokázáno porušení. Současně se zde ale uplatňuje zákon č. 379/2005 Sb., který říká: „Odmítne-li se osoba uvedená v odstavcích 1 a 2 vyšetření podle odstavce 4 podrobit, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.“

### **Co dělat, když...?**

Poslední odstavec naší kapitoly se věnuje častým případům z praxe. Jsou zde zachyceny nejčastější otázky a odpovědi týkající se alkoholu a drog v oblasti práce.

*Co dělat, když je mi na pracovišti nabízen alkohol?*

Nejlepší prevence proti podobným nabídkám je otevřené přiznání k abstinenci. Toto přiznání je však v mnohých situacích nereálné. Používání nejrůznějších výmluv se však nevyplácí, protože se tato situace bude

pravděpodobně opakovat. Pokud svou abstinenci nepřiznáte, můžete říci, že v práci nepijete ze zásady, a odejít. Přesvědčování a diskuse většinou nikam nevedou. Doporučujeme ze situace zmizet.

*Co dělat, když mne zvou kolegové nebo vedoucí do hospody?*

Zde opět pomáhá otevřeně mluvit o své abstinenci. Výmluvy jsou krátkodobé řešení. Pokud se už do restaurace dostanete, neberte si větší obnos peněz a pijte nealkoholické nápoje. V momentě, kdy se začne konzumace ostatních zvyšovat, opusťte lokál. Pokud je to pro vás obtížné, kontaktujte telefonem osobu, které důvěřujete.

*Co dělat, když je na pracovišti někdo opilý nebo intoxikovaný?*

Opilý nebo intoxikovaný člověk na pracovišti může způsobit problémy sám sobě a stejně tak i vám. Nehledě na to, že u vás může spustit bažení. Řekněte dotyčnému, že pokud z práce neodejde, budete kontaktovat nadřízeného pracovníka. V případě, že nadřízený pracovník kolegu kryje nebo je sám uživatel, je bezpečnější v zaměstnání dále nesetrvávat. Abstinence je na prvním místě!

*Co dělat, když se dozvím, že někdo na pracovišti bere drogy?*

Rozhodně s takovým člověkem nevyhledávat kontakt. Popřípadě je vhodné přejít na jinou směnu. Pokud to není možné, zvážit změnu zaměstnání. Znovu si opakovat, že abstinence stojí na prvním místě.

*Co dělat, když na pracovišti objevím alkohol nebo drogu?*

Tato situace může uvolnit adrenalin a spustit silné bažení. Je důležité zachovat klid a nepodléhat okamžitým emocím doprovázeným většími tělesnými pocity, jako bušení srdce, žaludek na vodě atd. Pokud je přítomen někdo, komu mohu důvěřovat, požádám ho, aby tyto „věci“ zlikvidoval. Mohu přítomnost těchto látek rovněž nahlásit vedoucímu.



*Co dělat, když mne na pracovišti zastihne intenzivní bažení?*

Na pracovišti stejně jako v jiných situacích mohu použít užitečné a naučené techniky zvládání bažení, které fungují. Dýchací technika, odvedení pozornosti, změna činnosti, rozhovor s někým na jiné téma atd. Zvláště při nudných pracovních výkonech mohou myšlenky na alkohol a drogy nabývat na cíle a cyklit se. Je třeba si toto uvědomovat a negativním myšlenkám předcházet. Pokud přijdou, okamžitě je opustit.

## **21.1**

### **Mluvit o své drogové/alkoholové minulosti?**

Sami víte, že vaše minulost není jen braní drog, ale také život spojený s užíváním drogy, který s sebou nese některé kostlivce, kteří vás stále straší. Někteří z těchto kostlivců minulosti jsou aktivní i v době abstinence. Straší vás v podobě onemocnění, dluhů, záznamu v trestním rejstříku atd.

*Jak a s kým tedy mluvit o své minulosti?*

Na tuto zdánlivě jednoduchou otázku není tak snadná odpověď. Pokusíme se rozmělnit tuto otázku do více podotázek či tvrzení, které vycházejí z naší zkušenosti. Obecně však můžeme říci, že se vyplácí o své minulosti říci pravdu, ale příliš se v konkrétních detailech nepitvat. Stačí, když budou ostatní vědět, že jste abstinent a že není dobré vás vystavovat situacím, které vyvolávají bažení. Konkrétní detaily vaší minulosti můžete sdílet s terapeutem, ne s lidmi, pro které je oblast závislostního chování velkou neznámou.

*Stejně na mně všichni poznají, že jsem bral.*

Spousta lidí trpí tímto podivným omylem. Myslí si, že druzí nemají na práci nic lepšího než myslet neustále na ně. To ale není pravda. Lidé většinou myslí především na sebe. Soustředěnou pozornost druhým věnuje v běžném životě málokdo. Lidé mívají někdy velký strach z toho, jak je přijmou ve škole, v práci, v domě, kde bydlí. Řada z nich je pak překvapená: „Oni se ke mně chovali docela normálně.“ A i kdyby ne, kdo chce

druhé pomloutvat, vždy si na nich něco najde. Není totiž na světě člověka, ať měl problémy s drogami nebo ne, kterého by měli všichni rádi.

### *Jak o své situaci mluvit v práci?*

Zde je dobré vycházet z konkrétní situace. Existují případy, kdy jsou spolupracovníci nebo vedoucí otevření a akceptují váš problém. Někdy je ovšem otevřenost zaměstnance možnou příčinou ukončení smlouvy. Doporučujeme tuto situaci pečlivě zvážit a probrat na individuále či na skupině.

### *Mluvit o své minulosti v začínajícím vztahu?*

Zde platí pravidlo, čím dřív to ze sebe dostanu, tím vyšší úleva. Stejně by to jednou prasklo. Navíc projevená upřímnost je kvalitním základním pilířem rýsujícího se vztahu. Obecně můžeme říci, že drogová minulost není vhodným námětem na první rande. Na druhou stranu tajemstvím opředená divoká minulost může na partnera či partnerku působit jako afrodisiakum. Pozor ale na bažení, které se po líčení zážitků z minulosti často dostaví!

### *Co mí noví přátelé a kamarádi?*

Je na zvážení, nakolik svým kamarádům důvěřujete. Můžete počítat s tím, že ne všichni si tuto informaci nechají jen pro sebe. I zde však platí, že nemusíte za každou cenu říkat všechno. Důležité je, aby se do povědomí dostalo to, že abstinujete. Tím se vyhnete nepříjemným situacím, které vás mohou potkat.

### *Co když to na mne řekne někdo jiný aneb je vázán lékař nebo jiný zdravotnický pracovník lékařským tajemstvím?*

Ano, zdravotnická pracoviště neposkytují informace o léčbě ani policii, natož dalším lidem. Informace o léčbě je ale třeba poskytnout na příkaz soudce, jestliže došlo k trestnímu činu, a v trestní věci i soudním znalcům. Informace o léčbě lze ovšem poskytnout také tehdy, když s tím pacient výslovně souhlasí. To se někdy děje, zejména pokud došlo

ke spáchání trestného činu pod vlivem drog a pacient chce doložit svoji upřímnou snahu problémy s drogou překonat. Zdravotník, který by porušil povinnou mlčenlivost, riskuje až dva roky nepodmíněně nebo zákaz činnosti.

## 22

# Krizové situace v práci

Jde o obtížné situace, ve kterých není jednoduché se zorientovat a rozhodnout se, co udělat. Často jsou tyto situace řešeny ve spěchu a vzteku, čímž naděláme více škody než užitku. Vždy jsou zdrojem velkého napětí – **stresu**. Tím pádem také zdrojem chutí a drogových snů.

Ovšem má to i pozitivní stránku. Krizová situace je také příležitostí naučit se něco nového.

V této kapitole zmapujeme nejčastější krizové situace a pak se podíváme, jak sami sobě můžeme pomoci ve fázi akutního stresu.

### Krizové situace

**Není výplata** – neptejte se na důvody, ptejte se, kdy ji obdržíte. Pokud se o tom s vámi nechtějí bavit či jsou odpovědi neurčité, je nejvyšší čas hledat nové zaměstnání.

**Trest na pracovišti, snížení mzdy, odebrání prémie** – nechte si vysvětlit, jak to vidí váš nadřízený, zkuste nereagovat hned, rozmyslete si, na co se chcete zeptat či jak se chcete hájit. Domluvte si čas, kdy o tom s nadřízeným budete mluvit. Nemluvte o tom „mezi dveřmi“. Procvičte si možné reakce na skupině. Zjistěte si více o svých právech na pracovišti – proberte to se sociálními pracovníky, garantem či je možné se i bezplatně obrátit na našeho právníka.

**Špatně vyměřená mzda – nerozumím výplatní pásce** – pokud jsou vám údaje na výplatní pásce špatně srozumitelné, a to často jsou, nechte si je nadřízeným vysvětlit, udělejte si poznámky. Proberte to se sociálními pracovníky/pracovními poradci. Pokud si pak budete jisti, že je na pásce chyba, reklamujte ji u svého nadřízeného.

**Exekuce na plat** – je dobré zaměstnavatele dopředu informovat, že vám hrozí exekuce na plat. Pak ho to nezaskočí. Následně je třeba probrat (na skupině, garantu) dopad nižší mzdy.

**Konflikt s nadřízeným či spolupracovníky** – zlaté pravidlo je nereagovat hned a připravit si argumenty – možné nacvičit i na skupině. Emočně je třeba to „vydýchat“ – viz pomoc při akutním stresu.

**Alkohol nebo drogy na pracovišti** – odmítnout a vymezit se (základní dovednost pro abstinenci – pokud vám to nejde – nacvičte na skupině), zvážit míru rizikovosti (zůstat na pracovišti, či nikoliv). Pokud zůstanete, vytvořte si krizový plán pro podobné situace a jasně se na pracovišti vymezte (já nepiju, nehulím, neberu).

**Velká únava** – únava je signálem toho, jak se sebou zacházíte. Ukažte na nevyvážený životní styl – přetěžování. Proberte na „individuálu“ váš denní a týdenní režim.

**Nehoda na pracovišti** – informujte svého nadřízeného a postupujte dle jeho instrukcí. Při odstraňování nehod na pracovišti se vyvarujte nelegálního postupu. Při nástupu do práce zvažte, jestli finančně zvládnete pojistku tzv. „na blbost“, to je na škody způsobené zaměstnavateli – může být užitečná.

**Nuda či nesmyslná práce** – pokud by se toto stalo hlavním prožitkem pracovního času, je důležité najít něco, co vás na té práci bude bavit, a pokud nic nenajdete, podívejte se po jiné práci. Nuda je velkým zdrojem stresu = bažení = relaps.

**Nechuť jít do práce** – potkává každého a není to nic neobvyklého. Je však dobré o ní mluvit na garantu či skupině, protože se za touto nechtutí můžou skrývat další strachy a obavy (zvládnou či nezvládnou danou práci, apod.).

## **První pomoc při akutním stresu**

Vždy se můžete dostat do **akutního stresu**, a při něm se lehce na všechny poučky zapomene, takže:

1. V akutním stresu nikdy nic nerozhodujeme nebo se nesnažíme něco řešit. Výjimku tvoří situace, kdy jde o záchranu života.
2. Počítejte v klidu do deseti.
3. Soustřeďte se na svůj dech, pomalu zhluboka dýchejte nosem, prodlužujte výdech.

## **Jste-li v místnosti**

- Vstaňte a projděte se, zkuste jít ven, na chodbu, na WC, někam, kde budete chvíli sami.
- Je-li to možné, opláchněte si pomalu obličej studenou vodou.
- Podívejte se z okna a pozorujte oblohu, svět je krásný, zajímavý.
- V klidu pomalu vypijte sklenici chladné vody, soustřeďte se na pocity při polykání.
- Narovnejte páteř, přivřete oči a pomalu zhluboka dýchejte.

## **Pokud jste venku**

- Rozhlédněte se a pozorujte krajinu a vaše okolí.
- Prohlédněte si oblohu, uklidňující je pozorování plynoucích mraků nebo korun stromů, letících ptáků apod.
- Pokud máte možnost, opět se pomalu napijte vody a soustřeďte se na pocity při pomalém polykání.
- Soustřeďte se na uvolňující dýchání, dýchejte zhluboka a s prodlouženým výdechem.

## Vyvážený životní styl

V předchozích kapitolách jste se mohli dozvědět spoustu důležitých informací týkajících se práce. Víte, proč si práci hledat, kde ji hledat a jak se o práci ucházet. Víte, která práce by mohla být pro vás vhodná, máte tipy, jak s potenciálním zaměstnavatelem komunikovat, jak unést odmítnutí, jak vést pracovní pohovor a jak se prezentovat. Víte, co dělat, abyste si práci udrželi. Znáte své povinnosti a práva, víte, proč nepracovat načerno a co dělat a jak se chovat v krizových situacích.

Hledání vhodného zaměstnání a dobrého fungování v něm je tedy velmi důležitým, ale ne jediným pilířem lidského života.

K dalším životním pilířům patří spolehliví rodinní příslušníci, partneři a/nebo přátelé, pravidelný a vyvážený životní styl, kvalitní a nerizikové zájmy a záliby, umění aktivně a pasivně odpočívat a s tím vším spojené smysluplné trávení volného času.

Naučit se užívat si života bez drog je tedy dalším důležitým krokem k životu bez závislosti.

### Rodina a přátelé

Na úrovni rodiny lze vysledovat řadu rizikových, ale i ochranných faktorů. Rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena, ale může také rozvoji závislosti předcházet nebo velmi účinně pomoci při překonávání návykového problému.

Pokud je komunikace s rodinou alespoň částečně zachována, vzájemné vztahy nejsou nenapravitelně porušeny, lze-li příliš nemoralizovat a nevyčítat, překonat nedůvěru, akceptovat osobnostní změnu, kterou na své cestě k abstinenci abstinující prošel, může takový vztah zásadně a pozitivně ovlivnit motivaci k abstinenci. Zdravé a nerizikové vztahy v rodině a její vhodný životní styl posilují rodinné vazby a poskytují pocit větší jistoty a bezpečí nejen v rámci rodiny. Taková rodina totiž může disponovat mocnými podpůrnými nástroji v oblasti hmotné i citové.

Rozhodnutí, jestli s rodinou styky udržovat, či ne a jak intenzivně, patří k rozhodnutím zásadním a důležitým. Základem takového rozhodnutí je postoj rodiny a jejich příslušníků k návykovým látkám. Pokud

neexistují zdravé vztahy v rámci rodiny, mohou být alespoň částečně nahrazeny kvalitními přátelskými vztahy. Partnerské a přátelské vztahy hrají neméně důležitou roli a jejich navazování patří k přirozeným lidským potřebám. Navazování přátelských vztahů mimo okruh „klientů“ je vašim dalším krokem k životu bez závislosti a velmi důležitou součástí zařazení do „běžného“ života.

## Životní styl

Závislost, která vás dlouhou dobu provázela a stala se náplní a smyslem vašeho života, vyplňovala váš veškerý volný čas a spotřebovávala vaši veškerou energii, ovládala celou vaši osobnost, zúžila kvalitu a bohatost vašeho života a vymezila váš životní styl na užívání návykové látky nebo čekání na ni.

Je tedy důležité přemýšlet o tom, jak návykové chování ovlivňuje životní styl a jak životní styl ovlivňuje návykové chování.

Vytvořením přiměřeného a bezpečného životního stylu, který je spojen s pravidelným denním režimem, stravováním a spánkem, aktivním a pasivním odpočinkem, časem na kvalitní zájmy a zábavu bez návykových látek, patří k základním dovednostem, které by si měl abstinující osvojit. Takový životní styl vám pomůže vyhnout se spouštěčům vedoucím k návykovému chování. Plánování aktivit neslučitelných s návykovým chováním a jednáním zůstane vašim celoživotním úkolem. Nejde tedy jen o to omezit vše, co by návykové chování umožňovalo, ale i o vytváření bezpečnějšího životního stylu a nerizikové náplně života.

V obavě z možného relapsu se někteří z vás snaží předejít nudě a vyplnit volný čas přemírou povinností, které mohou vést k extrémům, jakými jsou „přešponovaný“ životní styl vedoucí k vyčerpání. Může se stát, že to, co se zpočátku jevílo jako ochrana před závislostí, je nyní příčinou stresu, a z důvodu ubývajících sil dochází k únavě. Na druhou stranu prázdný a nenaplňovaný životní styl vede k nudě a chaotický životní styl přináší rizika únavy i nudy.

Únava a nuda patří mezi rizikové faktory nejen pro závislé na návykových látkách. V souvislosti s únavou dochází k poklesu pozornosti, zvyšuje se riziko úrazů, chybných výkonů a rozhodnutí, navazování rizikových vztahů apod.



Matthieu Ricard, buddhistický mnich, píše ve své knize *Štěstí: „Nuda je nemocí těch, kteří neznají hodnotu času. Čím více jsme si vědomi konečnosti našeho bytí, tím více si vážíme našeho času, uvědomujeme si, co je pro nás důležité a hodné úsilí a nemáme žádný čas se nudit.“*

## **Volný čas**

Trávení volného času by mělo být zdrojem pozitivních zážitků a mělo by obnovit smysl pro přirozené zdroje libosti. Najít radost a spokojenost ve sportu, odpočinku, uvolnění, čtení knih, návštěvě kina, malování, vaření, sociálních kontaktech a jiných běžných činnostech a nerizikových zábavách je kromě práce, rodiny a přátel dalším velmi důležitým pilířem lidského života.

Během pobytu v P-centru si může každý z vás vyzkoušet různé jednoduché, časově i finančně dostupné volnočasové aktivity, ke kterým se i později v životě můžete vrátet, vyplňovat tak svůj volný čas a vytvořit si příznivé podmínky pro svoji abstinenci.

Zbavení se závislosti je tedy základním a důležitým, ale ne jediným cílem abstinujícího. Abstinencí získáváte nový životní prostor pro smysluplné a nerizikové činnosti. Abstinence je prostředkem k návratu do běžného života. Pomáhá budovat vaše pozitivní a bezdrogové zázemí, podílí se na vytváření sítě bezpečných sociálních vztahů, zájmů a trávení volného času.

## **CITÁT MÍSTO ZÁVĚRU...**

**„Pokud si chcete v životě něco udržet,  
nikdy to nepovažujte za samozřejmost.“**





## **Příloha**

reaguje na praktickou potřebu pracovníků center následné péče.  
Cílem je předložit čtenáři souběhy a přesahy certifikací a inspekcí.

# **CERTIFIKACE A INSPEKCE**

PhDr. Dagmar Krutilová, Mgr. Dana Šedivá, Ing. Lucie Kiššová



# 1

## Co jsou to certifikace a inspekce, čím se řídí a jaká jsou jejich pravidla

V říjnu 2012 proběhla první jednání mezi Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále RVKPP) a Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) o možnostech spolupráce a případném propojení jejich systémů měření kvality. Výsledkem jednání byla dohoda, že vznikne tento materiál určený pro vzdělávání nových inspektorů pro kvalitu sociálních služeb, který jim ukáže, které dokumenty z oblasti RVKPP mohou využít jako další možný zdroj důkazů při inspekcích kvality.

V současné době jsou v České republice aktuální dva procesy, jak měřit kvalitu poskytovaných protidrogových sociálních služeb na centrální úrovni, a to inspekce kvality sociálních služeb (dle standardů MPSV) a certifikace odborné způsobilosti (v dikci RVKPP). V posledních letech se pro protidrogové služby užívá termín **adiktologické** služby (adiktologie – odborná disciplína zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám skupinám, které jsou drogami ohroženy, může mít medicínský nebo mezioborový charakter).

Důležité bylo usnesení vlády ČR č. 693 ze dne 7. 6. 2006, kdy absolvováním úspěšné certifikace bylo podmíněno získání státních dotací na rok 2008 pro programy primární prevence užívání návykových látek od MŠMT a RVKPP. V tomto textu se certifikaci odborné způsobilosti primární prevence užívání návykových látek blíže věnovat nebudeme.

Systém **certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog** (dále jen certifikace) byl schválen vládou ČR 16. března 2005 usnesením č. 300/2005 a následně 8. června 2005 vláda ČR rozhodla ve svém usnesení č. 700/2005, že poskytování finančních prostředků na protidrogovou politiku v oblasti sekundární a terciální prevence bude vázáno na získání certifikace.

**Inspekce** jsou aktuálně zákonným nástrojem pro kontrolu kvality sociálních služeb a plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb dle zákona č. 106/2006 Sb. Nedodržování zákonem daných povinností může znamenat ztrátu registrace služby a její ukončení.

Oba způsoby (inspekce kvality sociálních služeb i certifikace odborné způsobilosti), jak měřit kvalitu poskytovaných sociálních služeb, jsou specifické, v některých oblastech shodné a v něčem se výrazně liší. Na pracovníky a management v zařízeních, která poskytují protidrogové služby, to klade velké nároky a někdy i neúměrně velkou zátěž při přípravě na oba procesy měření kvality.

V čem mají oba procesy měření kvality poskytovaných služeb oporu?

Inspekce vychází ze:

- zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (s platností od 1. 1. 2007),
- vyhlášky 505/2006 Sb.,
- zákona 552/1991 Sb. o státní kontrole

Certifikace RVKPP se opírá o:

- usnesení vlády ČR č. 300/2005 schválené v březnu 2005,
- od 1. 6. 2005 byl zahájen systém certifikací, který funguje do dnešní doby,
- Standardy odborné způsobilosti – obecné,
- Standardy odborné způsobilosti – specifické.

Kontrolní subjekt:

- pro inspekce – MPSV/Krajské úřady práce,
- pro certifikace – z pověření RVKPP je to Certifikační agentura.

## Čím se liší inspekce a certifikace?

**Rozsahem požadavků** – standardy kvality sociálních služeb MPSV kladou větší nároky obecné na kvalitu poskytované sociální služby v oblastech procedurálních, personálních i provozních a tyto požadavky jsou jmenovitě uvedeny u jednotlivých kritérií standardů.

Certifikace klade velký důraz zejména na odbornost a odborné pracovní postupy poskytovaných služeb, členové certifikačních týmů se hodně zaměřují na zjišťování, zda poskytované sociální služby vycházejí z aktuálních odborných a vědeckých poznatků a jak jsou pracovníci schopni tyto odborné postupy v praxi s klienty aplikovat. Na to, zda odbornost pracovních postupů a pracovníků je v souladu s vědeckými

poznatky se zaměřují zejména standardy odborné způsobilosti specifické.

**Nároky na písemné zpracování pracovních postupů vyžadovaných od poskytovatelů sociální služby** – inspekce vyžadují podrobněji zpracované písemné pracovní postupy a trvají na naplňování jednotlivých kritérií standardů, pokud je zde uveden požadavek na jejich písemné zpracování. Standardy odborné způsobilosti obecné i specifické nestanovují jmenovitě tolik oblastí, kde jsou vyžadovány písemné pracovní postupy, a při jejich ověřování v praxi se členové certifikačních týmů z důvodu nedostatku času tolik nezaměřují na fyzickou kontrolu důkazů.

**Časovým rozsahem a počtem lidí v týmu při místním šetření** – inspekce hloubkové (v celkovém rozsahu kvality poskytovaných sociálních služeb) trvají zpravidla 2–4 dny pro jednu registrovanou sociální službu, v týmu jsou zpravidla 3–4 inspektoři, vedoucím inspekčního týmu je inspektor kontrolního orgánu.

Certifikace pro jednotlivou službu probíhá během jednoho dne a v certifikačních týmech jsou 3 členové, kteří jsou vždy odborníci z „praxe“, tedy pracovníci z jiných organizací z protidrogových služeb.

**Nutností předložit „důkazy“** – inspekce klade důraz na předložení a ověření důkazů, zda lze jednotlivé požadavky z kritérií standardů doložit, a to pokud možno z více zdrojů (z písemných postupů stanovených sociální službou, z rozhovorů s klienty a pracovníky, z pozorování atd.).

Při místním šetření odborné způsobilosti jsou také předkládány a vyžadovány důkazy o tom, že jednotlivá kritéria standardů jsou naplňována. Velký důraz je kladen zejména na vedení rozhovorů s klienty, pracovníky i vedením služby, které jsou důležitým zdrojem informací pro zjištění v certifikačních zprávách.

**Co mají inspekce a certifikace shodné?**

**Snahu o změření kvality poskytované služby** – inspekce i certifikace vycházejí z jednotného požadavku, a to zjistit, zda je poskytovaná služba kvalitní, a měřítkem pro měření kvality jsou vypracované



a „nepodkročitelné“ standardy kvality sociálních služeb, které jsou shodné pro všechny typy sociálních služeb.

Standardy odborné způsobilosti se liší tím, že v části specifických standardů jsou „ušité na míru“ pro jednotlivé sociální služby, což více zohledňuje jejich specifika a odlišnosti.

Požadavky na poskytovatele – certifikace i inspekce mají jasně stanoveny požadavky na poskytovatele u jednotlivých kritérií standardů.

**Hájení práv uživatelů/klientů** – certifikace i inspekce se při svém průběhu hodně zaměřují na to, jakým způsobem a zda vůbec jsou v poskytované sociální službě respektována a naplňována lidská práva osob, kterým je služba poskytována.

Zejména inspekce má vyčleněn velký časový prostor pro zjišťování, jak má poskytovatel identifikovány oblasti, v nichž mohou být práva klientů porušena, a na definování střetů zájmů. Dále se ověřuje, zda má poskytovatel popsány a zmapovány pracovní postupy, jak předcházet porušování těchto práv a střetů zájmů, a jak jsou stanoveny pracovní postupy, pokud k jejich porušení dojde. Nedílnou součástí při ověřování z praxe jsou rozhovory o právech s klienty i pracovníky. Certifikační týmy (vzhledem k časově omezené době trvání certifikace) to během jednoho dne šetření v místě služby nemohou tak podrobně zjišťovat.

**Předkládání „důkazů“** – certifikace i inspekce vyžadují předkládání důkazů od poskytovatele o naplňování jednotlivých kritérií standardů, certifikace tyto důkazy nevyžaduje (vzhledem ke svému odlišnému časovému režimu) v tak široké míře jako inspekce.

**Nutnost připravit se předem** – při certifikacích i inspekcích je kladen důraz na přípravu předem. Inspektoři i certifikátoři si předem nastudují a případně i vytisknou materiály, ze kterých při šetření vycházejí, a zjišťují, zda je praxe taková, jak je v dokumentech uváděno.

**Písemné výstupy** – po certifikaci obdrží poskytovatel na místě „Protokol o místním šetření“ se závěry místního šetření a návrhem o přidělení/nepřidělení certifikace. Po ukončení certifikace je zpracována a později poskytovateli zaslána „Závěrečná zpráva“ se závěrem z certifikace a doporučením pro další praxi poskytovatele.

Při inspekci obdrží poskytovatel „Inspekční protokol“ s uvedením požadavků jednotlivých kritérií, zdrojů, ze kterých jednotlivá zjištění vycházela, bodového hodnocení a popisu situace při inspekci. Pokud je naplňování standardu shledáno nedostatečným, je zde uveden i zjištěný nedostatek kritéria. Písemné výstupy po inspekcích jsou rozsáhlejší a podrobnější než písemné výstupy z certifikací.

**Nejdůležitějším rozdílem mezi certifikací a inspekcí je jejich výsledek pro poskytovatele v konečném důsledku.** Požadavek úspěšné certifikace programu je podmínkou pro to, aby si sociální služba mohla požádat o poskytnutí státních dotací z prostředků RVKPP a některých krajů. Certifikace tedy přímo ovlivňuje, zda poskytovatel může žádat o potřebné finance na svůj program od RVKPP nebo musí prostředky na provoz získat z jiných zdrojů.

Pokud sociální služba neprojde úspěšně inspekcí, nemá to v současné době vliv na to, zda si může žádat o dotace na svou službu. Kontrolní orgán jej vyzve k vypracování plánu následných opatření a následně někdy později k další inspekci, zaměřené na kontrolu nápravných opatření. Pouze velmi hrubé porušování lidských práv a zcela nepřijatelná praxe poskytované služby by mohly být důvodem k odebrání registrace sociální služby, a tedy k ukončení její činnosti.

Velmi důležitým rozdílem je dále to, že certifikací procházejí **všechny** služby v opakovaných intervalech, zatímco inspekci hodně sociálních služeb ještě neprošlo.

## 2

# Procedurální rozdíly procesů certifikací a inspekcí

	<b>certifikace</b>	<b>inspekce</b>
<b>Legislativní rámec</b>	Usnesení vlády	Zákon
<b>Rozdíly ve filozofii a zacílení</b>	Důraz na odbornost služeb, materiálně-technické zabezpečení, odbornost týmů, multidisciplinární přístup jenž vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislosti.	Dodržování práv a svobod osob. Poskytování dobré praxe dle požadavků jednotlivých kritérií standardů MPSV, praxe je v souladu s písemnou metodikou poskytování služeb.
<b>Iniciace šetření</b>	O certifikaci žádá sám poskytovatel služby (první žádá do roka od jejího vzniku).	Inspekci iniciuje úřad práce na základě svého plánu inspekcí.
<b>Režim šetření</b>	Certifikační řád, Metodika místního šetření, Standardy odborné způsobilosti, Etický kodex certifikátora.	Vyplývá ze zákona č. 108/2006 Sb., vyhlášky č. 505/2006 Sb. a děje se v režimu zákona č. 552/1991 Sb. o státní kontrole.
<b>Finanční zajištění procesu</b>	Vláda je vázána zajištěním 70 % finančních prostředků na úhradu certifikací. Poskytovatel si a certifikaci přispívá 30 %.	Vláda je vázána zajištěním finančních prostředků na realizaci inspekcí. Poskytovatel nepřispívá.
<b>Metodika postupu</b>	Dána usnesením RVKPP.	Forma doporučení MPSV úřadům práce, v jejichž působnosti realizace inspekcí je.

	<b>certifikace</b>	<b>inspekce</b>
<b>Rozsah šetření</b>	Je dán Standardy odborné způsobilosti, které mají obecnou část platnou pro celou službu a příslušný standard speciální pro daný typ služby (pro terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčbu, stacionární programy, rezidenční péči v terapeutických komunitách, ambulantní doléčovací programy atd.).	Plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb stanovených v § 88 a 89 ZSS. Kvalita poskytovaných sociálních služeb ověřovaná v souladu s § 99 ZSS pomocí Standardů kvality sociálních služeb ve znění přílohy č. 2 prováděcí vyhlášky k ZSS. Posouzení, zda smlouva o poskytování sociální služby obsahuje náležitosti smlouvy podle § 91, odst. 2 ZSS. Posouzení, zda je výše úhrady sjednána v rámci výše úhrady stanovené v § 73-77 ZSS.
<b>Zdroje šetření</b>	Dokumentace poskytovatele, rozhovor s klienty a osobní dokumentace klientů s jejich písemným souhlasem (výběr klientů většinou dělá poskytovatel předchozím oslovením o spolupráci), rozhovor s vedoucím programu a pracovníky, pozorování.	Dokumentace poskytovatele a sociální (nikoli zdravotní) dokumentace uživatele služby, rozhovor s uživateli služeb a osobní dokumentace klientů lze bez písemného souhlasu (výběr respondentů neurčuje poskytovatel), dále rozhovor s referujícím pracovníkem za přítomnosti uživatele, rozhovor s vedoucím programu a pracovníky, doprovázení, pozorování, náslechy atd.
<b>Typy šetření</b>	Místní šetření standardní a místní šetření cílené.	<u>Základní inspekce</u> (zúžený rozsah předmětu kontroly, 1–2denní). <u>Hlubková inspekce</u> (plný rozsah předmětu kontroly, 2–4 denní). <u>Následná inspekce</u> (kontrola plnění uložených opatření k odstranění nedostatků zjištěných při inspekci, 1–2 denní).

	<b>certifikace</b>	<b>inspekce</b>
<b>Proces</b>	1 denní šetření, může trvat i 2 dny.	1–3denní šetření (dle zvážení vedoucího inspekčního týmu).
<b>Dokládání praxe</b>	Standard je považován za naplněný, pokud certifikátoři neprokáží opak. Standard uvádí mnohdy jen požadavek na písemné zpracování požadovaného materiálu, nikoli na kvalitu a doložení realizace, „presumce neviný“.	Poskytovatelé musí prokazovat, nebo dávat důkazy, že jednotlivá kritéria jsou v praxi naplněna, nestačí ústní sdělení (pokud však popsaná situace nenastala, a není tedy praxe doložitelná, hodnotí se plným počtem bodů). Tzv. důkazní břemeno nesou poskytovatelé. „Presumce viny“.
<b>Kontrolní orgán</b>	RVKPP prostřednictvím Certifikačního týmu odborníků školených RVKPP, výstupy šetření vyhodnotí Certifikační výbor RVKPP.	Úřady práce prostřednictvím inspekčního týmu složeného z inspektorů zaměstnanců úřadu práce, externích inspektorů z KÚ a externích inspektorů specializovaných odborníků školených MPSV, inspektoři z oboru však nemusí být přizváni, každý úřad práce má jinou praxi.
<b>Ukončení procesu</b>	CT zanechá na místě Protokol o místním šetření, dále do 5 dnů vypracovává podrobnější Závěrečnou zprávu pro Certifikační výbor, ten na svém jednání rozhodne o výsledku šetření z protokolu na základě návrhu CT. Také námitky proti výsledku šetření jsou podávány Radě vlády.	Inspekční tým na místě (většinou – zde se může praxe měnit dle krajů) zanechá kompletní dokumentaci o zjištěních, která poskytovatelé mohou připomínkovat v dané lhůtě v rámci řízení o námitkách za doložení relevantních důkazů. Připomínky jsou vypořádány a poskytovatel je o rozhodnutí informován v zákonné lhůtě.

	<b>certifikace</b>	<b>inspekce</b>
<b>Důsledky nesplnění požadavků kvality</b>	Neudělení certifikace znamená nepřidělení státní dotace RVKPP a návazně často i od krajských úřadů na danou službu.	Nesplnění povinností poskytovatele a požadavků Standardů MPSV může vést ke zrušení registrace služby, ukončení služby, popř. v rámci správního řízení dle zákona č. 500/2004 Sb., o státní kontrole, mohou být vyměřeny pokuty (§106–108, ze zákona 108/2006 Sb.).

## 3

# Přehled drogových (adiktologických) služeb

Cílem sociálních služeb, které se zabývají pomocí pro osoby se závislostí a jejich blízké, je zejména včasné zajištění odborné pomoci, podpora ve změně životního stylu a zabránění tomu, aby osoby se závislostí ohrožovaly svým chováním a způsobem života co nejméně sebe i širokou veřejnost.

Škála služeb pro osoby se závislostí je velmi široká, svým spektrem je mezioborová, kdy některé typy služeb poskytují i zdravotnická nebo soukromá zařízení. V tomto přehledu nejsou uvedeny např. detoxifikační jednotky, které jsou poskytovány v rámci zdravotnických zařízení nebo substituční léčba, i když mají v systému služeb pro osoby se závislostí nezastupitelné a důležité místo. V přehledu jsou uvedeny pouze služby, které jsou zahrnuty v typologii sociálních služeb.

Jde o tyto služby:

- poradny, specializované poradenské pracoviště,
- terénní programy,
- kontaktní a poradenská centra (K-centra),
- krizová centra,
- denní stacionáře,
- terapeutické komunity,
- následná péče (někdy je zde možnost využít chráněné byty, chráněnou práci).

### Poradny, specializovaná poradenská pracoviště

Jde o zařízení, kam osoby se závislostí docházejí v pravidelných intervalech a kde využívají odborné poradenství vzhledem ke své závislosti. Výhodou je, že tyto osoby zůstávají ve svém přirozeném prostředí.

Cílem je změna nebo stabilizace životního stylu, příprava na léčbu v jiném typu služeb, podpora v rozhodnutí k abstinenci od návykových látek.

Cílová skupina: osoby závislé na návykových látkách, které jsou už

motivovány ke změně životního stylu. Do některých poradenských pracovišť přichází i osoby nemotivované ke změně, experimentující nebo se soudně nařízenou léčbou. Služby poradenských pracovišť využívají i blízcí těchto osob, kteří potřebují podporu a radu od odborníků na návykové látky.

## **Terénní programy**

Tyto programy jsou základním a prvním místem, kdy osoby se závislosti mohou využít služby péče. Základem terénní práce je snižování zdravotních a sociálních rizik, která jsou spojena s užíváním návykových látek („harm reduction“), a ochrana zdraví veřejnosti („public health“). V těchto programech jsou smlouvy uzavírány pouze ústně.

Cílem těchto programů je navázání bezpečného kontaktu (a případně i vztahu) v terénu (na ulici, v bytech či na dalších veřejných místech) s osobami, které užívají návykové látky a někdy žijí rizikovým způsobem života.

Cílová skupina: osoby, které většinou nejsou v kontaktu s jinými službami v oblasti sociální nebo zdravotní. Služby mohou být poskytovány anonymně a tato možnost je často využívána.

## **K-centra**

Jde o nízkoprahová zařízení, která jsou časově i místně snadno dostupná pro osoby užívající návykové látky. Často tato zařízení navazují na práci terénních programů. V těchto zařízeních jsou smlouvy uzavírány pouze ústně.

Cílem kontaktních center je motivace osob užívajících návykové látky ke změně životního stylu, motivace k léčbě a případně i k abstinenci, minimalizace zdravotních a sociálních rizik a ochrana veřejnosti.

Cílová skupina: osoby užívající návykové látky v různé fázi jejich užívání a s různou mírou motivace. Další skupinou jsou blízcí těchto osob, kteří potřebují podporu a radu od odborníků na návykové látky. Služby mohou být poskytovány anonymně a tato možnost je využívána.



## **Krizová centra**

Nabízejí osobám v akutní krizi ambulantní nebo pobytovou péči.

Cílem je stabilizovat a podpořit osoby v akutní krizi, které by jinak svou nepříznivou sociální situací s ohledem na svůj psychický stav nedokázaly řešit.

Cílová skupina: osoby v akutní krizi, které potřebují okamžitou stabilizaci svého psychického stavu a nezvládnou to svými silami. Součástí služby je i podpora těchto osob a odborné poradenství.

## **Denní stacionáře**

Ambulantní zařízení s intenzivním a strukturovaným denním programem. Jsou mezistupněm mezi poradenským pracovištěm a pobytovou léčbou.

Cílem je podpořit osoby závislé na návykových látkách ve změně životního stylu pomocí intenzivních strukturovaných aktivit. Tyto osoby je mohou využívat bez vytržení ze svého přirozeného sociálního prostředí.

Cílová skupina: osoby s různě rozvinutou fází závislosti na návykových látkách, které jsou motivovány ke změně životního stylu a mají stabilní sociální prostředí, které nechtějí opustit.

## **Terapeutické komunity**

Zařízení, které se formou intenzivní skupinové terapie zaměřuje na osoby se závislostí na návykových látkách, které tak mohou získat náhled na své nefunkční sociální chování a učit se jiným vzorcům chování, prožívání a komunikace.

Cílem je napomoci osobám se závislostí na návykových látkách ke změně životního stylu, náhledu na své chování a prožívání, podpora v osobním růstu, přijetí zodpovědnosti za svůj život a zlepšení jejich sociálních vztahů.

Cílová skupina: osoby se závislostí na návykových látkách, které jsou motivovány ke změně životního stylu formou intenzivní pobytové péče, rozhodnou se respektovat i specifické metody a způsoby práce s nimi, které vedou k žádoucímu osobnímu růstu.

## Následná péče

Služba, která se ambulantní nebo pobytovou formou zaměřuje na podporu osob, které jsou po léčbě závislosti, v oblasti udržení změny jejich životního stylu nebo abstinence. Jde o službu navazující na pobytovou nebo ambulantní léčbu a snahou je naučit tyto osoby fungovat v běžné společnosti.

Cílem je udržet změnu životního stylu osob po léčbě, kdy jsou tyto osoby ohroženy případným návratem k původnímu stylu života před léčbou.

Cílová skupina: osoby, které absolvovaly ambulantní nebo pobytovou léčbu, jsou motivovány k udržení změny životního stylu a potřebují podporu v přechodu do běžného prostředí.

## Typologie služeb podle terminologie certifikací

### Detoxifikační jednotky

Lůžková akutní standardní péče poskytovaná při předcházení a léčení odvykacích stavů spojených s přerušáním či vysazením užívání návykové látky.

### Terénní programy

Služba aktivního vyhledání, prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném a vlastním sociálním prostředí uživatelů drog. Služba je vedena především přístupem snižování rizik (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní) s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu a rizikového chování a k vyhledání dalších vhodných služeb. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky problémově, rekreační uživatelé drog, experimentující či škodlivě užívající návykové látky, včetně alkoholu, osoby ohrožené patologickým hráčstvím.

### Kontaktní a poradenské služby (K-centra)

Nízkoprahová služba zaměřená na navázání kontaktu s cílovou skupinou, na kontaktní práci, poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti,

práci s motivací pacientů/klientů, na sociální práci, na vybrané výkony zdravotní péče. Je vedena zejména přístupem snižování rizik spojených s problémovým užíváním drog (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní), usilujícím o ovlivnění motivace pacientů/klientů osob ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání další odborné pomoci. Služba poskytuje vedle poradenství i zhodnocení stavu klienta a zprostředkování léčby. Rovněž poskytuje podmínky pro vykonání osobní hygieny. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky, problémoví, rekreační uživatelé drog, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky, včetně alkoholu, osoby ohrožené patologickým hráčstvím.

### **Ambulantní léčba (odborné sociální poradenství)**

Ambulantní léčebná a preventivní péče ve zdravotnických a nezdravotnických zařízeních.

Specializovaná ambulantní péče poskytovaná diferencovaně uživatelům všech typů návykových látek, patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami. Sestává zejména z komplexní diagnostiky, individuální a skupinové psychoterapie, poradenství, sociální práce, farmakoterapie, socioterapie, rodinné terapie a edukace příbuzných osob pacientů/klientů. Cílovou skupinou jsou osoby, které trpí návykovými poruchami nebo jsou jimi ohroženy. Další využívanou léčebnou metodou dle specifických potřeb pacientů/klientů může být např. detoxifikace v domácím prostředí.

### **Ambulantní stacionární péče (denní stacionáře)**

Ambulantní léčebná a preventivní péče ve zdravotnických a nezdravotnických zařízeních.

Specializovaná ambulantní péče poskytovaná diferencovaně uživatelům všech typů návykových látek, patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami. Sestává zejména z komplexní diagnostiky, individuální a skupinové psychoterapie, poradenství, sociální práce, farmakoterapie, socioterapie, rodinné terapie a edukace příbuzných osob pacientů/klientů. Cílovou skupinou jsou osoby, které trpí návykovými poruchami nebo jsou jimi ohroženy. Další využívanou léčebnou

metodou dle specifických potřeb pacientů/klientů může být např. detoxifikace v domácím prostředí. Péče je doplněna o strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3–4 měsíce.

### **Krátkodobá a střednědobá lůžková péče**

Krátkodobá a střednědobá léčba závislých na alkoholu, jiných návykových látkách a patologických hráčů v rámci lůžkové péče na samostatných specializovaných odděleních zdravotnických zařízení v obvyklém rozsahu 5–24 týdnů.

### **Rezidenční péče v terapeutických komunitách (terapeutické komunity)**

Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních typu terapeutických komunit, obvykle v délce 6–18 měsíců.

Terapeutická komunita je pobytové zařízení, jehož prvořadým cílem je pomáhat klientům k uzdravě ze zneužívání návykových látek prostřednictvím aktivit napomáhajících jejich osobnímu rozvoji za současného dodržování abstinence od látek ovlivňujících vědomí.

Terapeutická komunita nabízí strukturované, bezpečné a podnětné prostředí pro učení, růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spoužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.

### **Doléčovací programy (následná péče)**

Strukturované programy intenzivního doléčování jsou určeny abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Doléčovací programy jsou částečně založeny na formě odpoledních stacionářů v délce minimálně 6 měsíců. Programy jsou zaměřené na podporu a udržení abstinence klientů/pacientů po léčbě v základním léčebném programu a pomáhají jim v navrácení do podmínek běžného života. Program poskytuje podpůrnou individuální

a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností i chráněné bydlení a chráněná pracovní místa a rekvalifikaci.

### **Substituční léčba**

Ambulantní časově předem neomezená udržovací léčba substituční látkou. Je určena osobám závislým na opiátech často s přítomností psychických a somatických komplikací. Jejím cílem je efektivně potlačit odvykací příznaky a spolupůsobením zdravotní účinků poskytované zdravotní péče a sociálních služeb všestranně zlepšit kvalitu života pacientů/klientů.

Z tohoto přehledu je patrné, že některé ze služeb v adiktologické oblasti nespádají pod služby v sociální oblasti, jde zejména o detoxifikační jednotky, krátkodobou a střednědobou lůžkovou péči a substituční léčbu.

## 4

# Problematická místa praxe drogových služeb z hlediska výkladu a aplikace Standardů MPSV

### Problematické oblasti z hlediska ochrany práv a svobod

Služby, které se zabývají péčí, pomocí a podporou osobám závislým na návykových látkách, mají některé oblasti velmi specifické a odlišné od většiny běžných sociálních služeb. Je to tím, že jde o služby, které se pohybují na rozhraní služeb sociálních a zdravotních, což přináší i specifické oblasti, které pracovníci těchto služeb musí řešit. S užíváním návykových látek souvisí mnoho negativních zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů na osoby tyto látky zneužívající. Ohrožují nejenom je a jejich blízké osoby ale i veřejné zdraví a bezpečnost.

Do přístupu k osobám závislým na návykových látkách (dále viz klienti) se tak od pracovníků služeb promítají i znalosti a poznatky z oborů medicínských, psychologických, sociologických a sociálních. Pokud pracovníci znají neurobiologii závislostí, musí tyto poznatky promítat i do přístupu ke svým klientům a někdy i do úpravy prostředí, kde své služby poskytují. V následujících příkladech jsou uvedeny některé z mnoha situací, kdy musí pracovníci při poskytování služby přihlížet k neurobiologii závislostí.

### **Klient nemá možnost vstupu do zařízení, pokud je pod vlivem legálních či nelegálních drog**

Jedním z cílů služeb je i ochrana klientů dalších, kteří jsou v zařízení. Blízký kontakt s klientem pod vlivem návykové látky by je tak ohrozil v jejich vlastní abstinenci. Setkání s intoxikovanou osobou by mohlo spustit proces „chuti a bažení“, a pokud by klienti v zařízení ještě nebyli dostatečně stabilizováni ve zvládnání těchto „spouštěčů“, může je to přímo ohrozit a způsobit jejich návrat k užívání návykových látek. To, že klient nemůže využít služby zařízení v okamžiku, kdy je pod vlivem návykové látky, neznamená, že je mu služba odepřena. Intoxikovaný

klient může později (po odeznění následků návykové látky) opět využívat služeb zařízení, případně je mu nabídnuta a zprostředkována pomoc služby jiné, která více odpovídá jeho fázi závislosti.

### **Odběr toxikologických odběrů moči za přítomnosti personálu**

Jednou z podmínek některých typů služeb (např. terapeutických komunit či následné péče) je zásadní pravidlo a podmínka pro klienta, a to nezneužívat v době využívání sociální služby návykové látky. Klient si danou službu vybral dobrovolně a za účelem zbavit se (nebo omezit) své závislosti a součástí terapie je i pravidlo abstinence od návykové látky. Tato podmínka pro využívání služby je u klientů náhodně kontrolována, a to toxikologickými testy z moči klientů, kdy odběr moči klienta probíhá pod dohledem odborného pracovníka. To proto, že někdy dochází ke „švindlování“ a jedinec, který požil návykovou látku, zamění svou moč za moč někoho jiného, kdo návykovou látku neužil. Tím zdánlivě plní podmínku služby – nezneužívat návykové látky. Opět tak ohrožuje další klienty v léčbě, kdy je může ohrozit v jejich abstinenci a ovlivnit je až k braní návykových látek. Především však tento podvod ohrožuje klienta, který návykové látky zneužívá, tají to a nepracuje s tím ve své terapii. Často se tak objevuje nějaký nefunkční model chování klienta, kdy problém neřeší, tají jej a odmítá přemýšlet o tom, co jej k takovému chování vede a jak lze situaci předejít nebo ji řešit jinak.

Důležité je v těchto situacích uvědomit si, že testování z moči probíhá se souhlasem a často i na přání klienta, provádí jej personál, který má stanoveny takové postupy, aby nedocházelo k situaci urážející důstojnost klienta, a testování je pouze podpůrný prostředek k další terapeutické práci s klientem. Limit kontroly tak vede klienta k větší zodpovědnosti vůči sobě, pomáhá mu v náročných situacích lépe „odolat“ pokušení vzít si návykovou látku, protože ví, že by se na to mohlo přijít.

Zásadou pro testování v zařízení by tak mělo být to, že dohled u odběru moči u klienta dělá pracovník stejného pohlaví, je se souhlasem klienta a pracovník je veden pracovním postupem, který přesně stanovuje, jak má takový dohled u odběru moči probíhat.

**Částečné omezování práv klientů v terapeutických komunitách (svoboda pohybu, právo na soukromí apod.)**  
**Povinnost klientů účastnit se určitých činností (skupinové aktivity, individuální terapie apod.)**

Klient, který se rozhodne pro léčbu v terapeutické komunitě, tam vstupuje s vědomím a poučením, že vzhledem k jeho závislosti, což je specifický druh nemoci, musí dodržovat určitá pravidla, která mu v léčbě závislosti mohou pomoci. Řád komunity je tvořen souborem daných pravidel, která musí klient dodržovat. Jde o strukturu dnů, povinnost účastnit se programů komunity, dodržovat pravidla v komunitě a plnit určité povinnosti, které má klient během léčby. Tyto pravidla nejsou samoúčelná, jejich plnění je po klientovi vyžadováno za účelem změny jeho chování, což je „zakázka“ klienta, který si tuto službu vybral. Klient se učí změně životního stylu a chování, opouští modely chování nefunkční a ohrožující jej. Změna chování je pro klienta někdy velmi náročná, do určité míry je mu vnucená a někdy se jí klienti do určité míry brání. Z psychologického hlediska je to naprosto pochopitelné, že i ačkoli si klient změnu přeje, v něčem se jí brání. Aby změna v chování klienta během pobytu v komunitě proběhla, je nutné do jeho léčby zapojit prvky psychoterapie a výchovy. Při nástupu do komunity bývá obvyklé, že klient vstupuje do fází programu, které jsou odstupňovány podle míry zodpovědnosti, kterou klient přijímá. Přejechod z jednotlivých fází do dalších je provázen různými rituály, které v klientovi upevňují jeho nově získávané změny v chování. Pokud by například v úvodních fázích léčby měl klient možnost naprosto volného pohybu a mohl by komunitu opouštět tak, jak se mu zachce, vedlo by to k tomu, že při prvním „bažení“ po droze by komunitu opustil a opět by zneužíval návykové látky, žádoucí změna chování by tak u něj nenastala. Pokud je volný pohyb klienta částečně omezen, je při „bažení“ po droze nucen o svých pocitech mluvit, a učí se tak získávat náhled na své chování a přijímat důsledky svých rozhodnutí. Pokud je „bažení“ po droze tak silné, že klient již nechce v léčbě setrvat, je mu to umožněno, ale klient si musí uvědomit důsledky, které to pro něj může mít. Jde o to, že pracovníci nepřebírají zodpovědnost za klienty, ale vedou je ke změně náhledu na řešení jejich obtíží a nechávají na nich zodpovědnost za jejich chování. Také povinnost účastnit se určitých aktivit (skupinové a individuální terapie) vede k tomu, že



klient pomocí nich získává náhled na své chování, učí se rozeznávat své „chutě“ na drogu, dostává cennou zpětnou vazbu od dalších členů v komunitě a to napomáhá jeho sociálnímu začleňování. Jinak by klient nemohl postoupit v další léčbě a nedošlo by u něj ke změně v chování, což je cílem klienta i dané služby.

## 5

### Přehled terminologie

Slovník vznikl jako porovnání výkladů z pojmů, které jsou používány ve standardech MPSV a standardech RVKPP. Níže uvedené termíny nejsou z hlediska adiktologického v souladu s termíny z oblasti sociální. Tyto výklady nejsou konečné a předpokládáme, že se v rámci užívané praxe budou ještě vyvíjet.

#### **Osoba, které je sociální služba poskytována**

(terminologie ve standardech MPSV)/

**Uživatel** (termín často užívají sociální služby)/

**Klient** (termín užívaný v drogových službách)

Se zmiňovaným vymezením služeb souvisejí i pojmy klient a uživatel sociální služby. Pojmu uživatel služeb užívaných v terminologii běžných sociálních služeb odpovídá dle standardů RVKPP pojem klient. Pokud se užívá v drogových službách pojem „uživatel“, je tím zpravidla míněna osoba, která užívá návykové látky.

#### **Okruh osob / Cílová skupina / Cílová populace**

Ve smyslu standardů MPSV je **okruh osob** závazná definice, jde „de facto“ o veřejný závazek, komu budou služby poskytovány. Naplňování tohoto závazku – tedy deklarace versus skutečnost – je pak inspekci kontrolována. Nedostatkem v tomto ohledu poté může být, že uživatelem služeb je někdo, kdo není uveden v okruhu osob/cílové skupině.

Standarty RVKPP v obecné části uvádějí: „*Pro službu je definována cílová skupina. Poskytované služby odpovídají deklarovaným cílům a posláním a jsou poskytovány pacientům/klientům, kteří odpovídají stanovené cílové skupině.*“ Dále cílovou skupinu vymezují v odborné části pro jednotlivé typy služeb, např. pro Terénní programy, takto: „**Cílová populace:** *program je zaměřen na uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu se zdravotními a sociálními zařízeními, na uživatele drog s rizikem získání infekce HIV a hepatitid, na nezletilé a mladistvé uživatele drog,*

*prostituuující uživatele drog, bezdomovce, etnické menšiny a další populaci se zvýšeným rizikem.“*

Z výše uvedeného je zřejmé, že pojmy okruh osob, cílová skupina a cílová populace mohou být rozdílné, a je nutné, aby je každý poskytovatel pro své potřeby uchopil a definoval.

## **Zásady poskytování služeb / Principy**

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. odkazuje v § 2 na definici **základních zásad sociálních služeb** a v § 5 dále požaduje, aby poskytovatel měl písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a okruh osob v souladu s těmito zásadami. V zákoně o sociálních službách jsou principy konkrétně popsány.

Standardy RVKPP termín zásady nepoužívají. V obecné části používají termín **principy**, kdy uvádějí: „*Zařízení/organizace deklaruje poslání a cíle odborné péče, kterou poskytuje, v souladu s odbornými a humanitickými principy a vymezuje cílovou skupinu. Služby jsou poskytovány v souladu s těmito deklaracemi.“*

## **Jednání se zájemcem / První kontakt, příjem a úvodní zhodnocení klienta**

„**Jednání se zájemcem o službu**“ je dle standardů MPSV proces, kdy poskytovatel stanoví, jaké informace o zájemci zjišťuje a jaké (část z nich povinně stanovují standardy) zájemci sděluje. Dále je stanovena povinná evidence zájemců o službu.

Pojmy „**první kontakt**“ a „**služby prvního kontaktu**“ se vyskytují ve slovníku a metodikách nízkoprahových drogových služeb dle standardů RVKPP, často obsahují popis procedury jednání s novým klientem, který nemusí být totožný s nároky standardů MPSV na jednání se zájemcem.

Termínem „**příjem a úvodní zhodnocení klienta**“ se ve standardech RVKPP rozumí popsáný způsob přijímání nového klienta, vycházející ze zdravotnického modelu léčby (odebrání anamnézy, dekurz, stanovení léčby).

## **Odmítnutí zájemce o službu / Odmítnutí poskytnutí služby na základě poskytnutí pravidel v nízkoprahových službách**

Odmítnutí zájemce o službu je možné jen z důvodů uvedených v zákoně.

Drogové služby, především nízkoprahové, pod pojmem odmítnutí, myslí dočasné omezení či přerušování poskytování služeb (tzv. distanc), kdy klient porušil smluvená pravidla.

## **Smlouva o poskytování sociální služby / Dohoda/kontrakt o poskytnutí odborné péče**

Dle standardů MPSV je smlouva o poskytování sociální služby vymezena jenom k sociálním službám.

Dle standardů RVKPP jde o dohodu, kontrakt o poskytování odborné péče, která je otevřená komplexnímu (multidisciplinárnímu) a mezioborovému pojetí, ale musí korespondovat s § 91 zákona č. 108/2006 Sb.

## **Individuální plánování průběhu sociální služby / Individuální plán odborné péče**

Dle standardů RVKPP se individuální plán odborné péče přiklání k pojetí multidisciplinárnosti. Individuální plán odborné péče dle standardů RVKPP je chápán jako hlavní (mezioborový) plán.

V pojetí standardů MPSV jde o plánování v rámci možností a nabídky sociální služby. Individuální plánování průběhu sociální služby dle standardů MPSV je v tomto kontextu dílčí.

## **Anonymní evidence / anonymní klient**

Standardy MPSV uvádějí termín anonymní evidence v souvislosti, kdy poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby, nebo na žádost osoby, jde tedy o zajištění možnosti anonymní evidence.

Standardy RVKPP u Kontaktních a poradenských služeb uvádějí: „Nízkoprahové služby jsou přístupné všem přicházejícím klientům včetně anonymních.“ Dále se k dokumentaci uvádí: „Vedení dokumentace: formou individuálních spisů, evidujících podrobně poradenský či léčebný

*proces. Dokumentace je důvěrná a zabezpečená proti zneužití. U anonymních klientů nebo na přání je dokumentace vedena pod dohodnutým kódovým označením.“*

Další podrobnosti a informace k certifikacím najdete na webových stránkách certifikační agentury Cekas (<http://www.cekas.cz/category/hlavni-nabidka/certifikace-rvkpp>).

## Literatura

- Kalina, K. a kolektiv, 2008. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada.
- Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál.
- Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011. *Sociální služby – Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. 1. vyd. vydáno vlastním nákladem ve spolupráci s APSS.
- Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb.
- Standardy odborné způsobilosti RVKPP.

## Literatura a prameny

- AGELOPOULOS, T. J., DENYS, B. G., WEIKART, C., DASILVA, S. G., MICHAEL, T. J., ROBERTSON, R. J. 1995. Endogenous opioids may modulate catecholamine secretion during high intensity exercise. *Eur J Appl Physiol*, 70, 195–199.
- BLOCH, M. H., HANNESTAD, J. 2012. Omega-3 fatty acids for the treatment of depression: systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 17, 1272–1282.
- BROOCKS, A., SCHWEIGER, U., PIRKE, K. M. 1991. The influence of semistarvation-induced hyperactivity on hypothalamic serotonin metabolism. *Physiol Behav*, 50, 385–388.
- BRŮHA, R., DVOŘÁK, K., PETRTÝL, J., ŠVESTKA, T. 2009. Alkoholové poškození jater. *Medicína pro praxi* 6(3), 144–146.
- CAMMACK, R., et al. 2006. *Oxford dictionary of biochemistry and molecular biology*; revised edition 1. th ed. New York : Oxford university press.
- CASS, H., HOLFORD, P. 2002. Natural Highs Feel Good All the Time. New York: Penguin Putman, Inc.
- ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál
- ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. 2011 *Sociální služby – Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. 1. vyd. Vydáno vlastním nákladem ve spolupráci s APSS.
- CPPT, o. s. 2012. Anotace k příspěvkům a autobiografie přednášejících [online]. Retrieved 27. 3. 2012 from [http://www.cppt.cz/comm/docu/konf\\_2010\\_anotace\\_autobiografie.pdf](http://www.cppt.cz/comm/docu/konf_2010_anotace_autobiografie.pdf).
- DAVIS, C. 2000. Exercise Abuse. *Int. J. Sport Psychol.*, 31, 278–289.
- ECONOMIC A SOCIAL AFFAIRS 2005. *Word population prospects The 2004 revision*. United Nations. New York.
- GRAY, A. 2013. Human & Community Enrichment, Homo Sapiens Addiction or Reaction? 1th ed. London: HUM. United Kingdom.
- DOLEŽALOVÁ, P. 2006. Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, 1, 13–24.
- DRAGOMIRECKÁ, E., a kol. 2006. *SQUALA: Subjective quality of life analysis: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum.

- DOSTÁLOVÁ, J., KUNEŠOVÁ, M., OTOUPAL, P., STARNOVSKÁ, T. 2006. Zdravá třináctka – stručná výživová doporučení. *Výživa a potraviny*, 61 (1), 7.
- EBERHARD, G. F. 2003. *Konflikty v práci*. Praha: Grada.
- FERNSTROM, J. D. 2001. Diet, neurochemicals, and mental energy. *Nutr Rev*, 59, 22–24.
- FINNEGAN, J. *Addiction: A Nutritional Approach to Recovery*. Mill Valley: Elysian Arts.
- FONTANA, D. 1997. *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál.
- FONTANA, J., MAĎA, P., IVÁK, P., ŠAJDÍKOVÁ, M., LAVRÍKOVÁ, P., NOVÁKOVÁ, L., PAVELKA, M., TRNKA, J. 2014. *Funkce buněk a lidského těla*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova.
- GANT, CH., LEWIS, G. 2002. *End Your Addiction Now*. New York: Warner Books, Inc.
- GARLAND, E. M., CESAR, T. S., LONCE, S., FERGUSON, M. C., ROBERTSON, D. 2013. An increase in renal dopamine does not stimulate natriuresis after fava bean ingestion. *Am J Clin Nutr*, 97, 1144–1150.
- GILLERNOVÁ, I. 2001. Konflikty a jejich zvládání (pp. 77–88). In R. Kormárková, J. Slaměnik, & J. Výrost (Eds.). *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik*. Praha: Grada.
- GIANOULAKIS, C. 2004. Endogenous opioids and addiction to alcohol and other drugs of abuse. *Curr Top Med Chem*, 4, 39–50.
- GROSSO, G., GALVANO, F., MARVENTANO, S., MALAGUARNERA, M., BUCCOLO, C., DRAGO, F., CARACI, F. 2014. Omega-3 Fatty Acids and Depression: Scientific evidence and Biological Mechanisms. *Oxid Med Cell Longev*, Vol 2014, Article ID 313570. <http://www.hindawi.com/journals/omcl/2014/313570/>
- HÁJEK, K. 2006. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál.
- HAVLÍK, R., KOŤA, J. 2002. *Sociologie výchovy a školy*. Praha: Portál.
- HELLER, J., PACINOVSKÁ, O. 2011. *Pavučina závislostí, alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*, Togga.
- HEWSTONE, M., STROEBE, W. 2006. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál.

- HNILICOVÁ, H. 2005. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J., a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 197-205.
- HUTYROVÁ, M., RŮŽIČKA, M. 2013 *Follow-up care for adolescents and young adults with risk behaviours*. Seville: ICER12013 Proceedings
- IMAIZUMI, M., TAKEDA, M., SAWANO, S., FUSHIKI, T. 2001. Opioidergic contribution to conditioned place preference induced by corn oil in mice. *Behavioural Brain Research*, 121 (1-2), 129-136.
- JARJOUR, S., BAI, L., GIANOULAKIS, C. 2009. Effect of Acute Ethanol Administration on the Release of Opioid Peptides from the Midbrain Including the Ventral Tegmental Area. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 33(6), 1033-1043.
- JÍLEK, J. 2008. *Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislí a nešťastní)*. 1. vyd. Praha: Roční Období.
- JOYCE, P., SILLS, CH. 2011. Základní dovednosti v gestalt psychoterapii. Praha: Portál.
- KALINA, K., a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- KALINA, K., a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- KALINA, K. 2008. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada.
- KALINA, K., a kol. 2008. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada.
- KANTOR, J. 2013. *Muzikoterapie*. In DOSEDĚLOVÁ, J., KANTOR, J. *Muzikoterapie a tanečně-pohybová terapie*. 1.vyd. Olomouc: VUP.
- KASTOVÁ, V. 2000. *Dynamika symbolů: základy jungovské psychoterapie*. Praha: Portál
- KLIMEŠOVÁ, I., NEUMANNOVÁ, K., ŠLACHTA, R. 2012. Astma a výživa: stravovací doporučení pro prevenci a léčbu astmatu. *Prakt Lék*, 4, 198-202.
- KLIMEŠOVÁ, I., STELZER, J. 2013. *Fyziologie výživy*. Olomouc: VUP.
- KLUSOVÁ, K. 2009. *Motivace absolventů doléčovacích programů k abstinenci* Olomouc: Univerzita Palackého, Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta.
- KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, J., & VÝROST, J. (Eds.). (2001). *Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik*. Praha: Grada.



- KOUKOLÍK, F. (2012) *Lidský Mozek* 1. th ed. Praha, Galen. Czech Republic.
- KOZOROVITSKIY Y, 2006. HUGHES M, LEE K, GOULD E. Fatherhood affects dendritic spines and vasopressin V1a receptors in the primate prefrontal cortex. *Nat Neurosci*. Harvard, FAS Society of Fellows. USA.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- KUDA, A. 2000. *Tématické skupiny prevence relapsu*. Olomouc: P-centrum.
- KRATOCHVÍL, S. 2002. *Základy psychoterapie*. 4. Vyd. Praha: Portál.
- MACKEWN, J. 2004. *Gestalt psychoterapie*. Praha: Portál.
- MAIEROVÁ, E. (2009) *Motivace uživatelé návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě*. Olomouc: Univerzita Palackého. Katedra psychologie Filosofické fakulty.
- MAKOVSKÁ, J., & DOLANSKÁ, P. 2007. V doléčovacím centru má často relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam. *Sociální práce/Sociální práce*, 3, 32-33.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing.
- MATOUŠEK, O., a kol. 2005. *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál
- MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál
- MILLER, W., R., ROLLNICK, S. 2003. *Motivační rozhovory*. Tišnov: Sdružení SCAN
- MILLER, R. P. 2010. Nutrition in Addiction Recovery. <http://mhof.net/sites/default/files/Nutrition%20in%20Addiction%20Recovery.pdf>
- MIZUSHIGE, T., SAITOH, K., MANABE, Y., NISHIZUKA, T., TAKA, Y., EGUCHI, A., YONEDA, T., MATSUMURA, S., TSUZUKI, S., INOUE, K., FUSHIKI, T. 2009. Preference for dietary fat induced by release of beta-endorphin in rats. *Life Sci*, 84, 760–510.
- NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L. 2000. *Klinická výživa v psychiatrii*. Olomouc: Maxdorf.
- NAVRÁTIL, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse). 2010. Research Report Series: Cocaine. <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/cocainerr.pdf>
- NEŠPOR, K. 2006. *Jak přestat brát drogy*. Svépomocná příručka. Ministerstvo zdravotnictví: Praha. Česká republika.

- NEŠPOR, K. 2011. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- NEŠPOR, K. 2001. Návykové látky a pracovní prostředí. *České pracovní lékařství*, 2, 2001, 4, 124-128.
- O'BOYLE, C. A., McGEE, H., & JOYCE, C. R. B. 1994. Quality of life. Assessing the individual. *Advances in medical sociology*, 5, 159-180.
- OPAVOVÁ K, 2013. *Možnosti a formy podpory pro dlouhodobě abstijnující alkoholiky* Olomouc: Univerzita Palackého. Ústav speciálněpedagogických studií Pedagogická fakulta.
- ORBAN, P., ZINNEL, I., WELLER, T. 2007, *Symbolon*. 3. vydání. Synergie CZ.
- PAYNE, J., a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- P-centrum 2012. *Operační manuál následné péče*. Olomouc: P-centrum.
- PARSAIK, A. K., CARTER, R. E., MYERS, L. A., DONG, M., BASU, A., KUDVA, Y. C. 2012. Outcomes of community-dwelling adults without diabetes mellitus who require ambulance services for hypoglycemia. *Journal of diabetes science and technology*, 6, 1107-1113.
- POLÍNEK, M. 2013. Skupinová práce v rámci krizové intervence. In RŮŽIČKA, a kol. *Krizová intervence pro speciální pedagogy*. Olomouc: UP.
- POTMĚŠILOVÁ, P., POTMĚŠIL, M., ROUBALOVÁ, M. 2013. Supervision as a prevention and support to teachers in integrated education. *E-pedagogium*, č. 2, s. 30-42.
- PROCHÁZKA, R. 2012. *Tematické skupiny P-centra Olomouc*. Interní materiál. Olomouc: P-centrum.
- PROCHÁZKA, R. 2011. *Disociace, alexithymie a selfu lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: UP.
- Průvodkyně *Doléčovací centrem P-centrum*. 2009. Interní materiál P-centra. Olomouc: P-centrum.
- RADIMECKÝ, J. *Funguje léčba uživatelů drog?* Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika I. LF a VFN UK v Praze, 2006 [cit. 2009-01-30]. Dostupný z: <URL: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/168/Funguje-lecba-uzivatelu-drog-.html>
- RÖHR, H. P. 2008. *Sucht – Hintergründe und Heilung*. Patmos Verlag.
- RŮŽIČKA, M., MARTÍNKOVÁ, K. 2011. Význam doléčovacího programu pro resocializaci osob s drogovou závislostí. *E-Pedagogium III*. 2011.

- RŮŽIČKA, M. a kol. 2012. *Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a terapeuticko intervenční program pro uživatele pervitinu*. Metodika, Olomouc: P-centrum.
- RŮŽIČKA, M., KRUTILOVÁ, D. (2013) Restart – nová šance pro sociálně vyloučené. In *Sborník z XIV. Mezinárodní konference pro osoby se speciálními potřebami*.
- SDRUŽENÍ PODANÉ RUCE. 2012. *Průvodce pro výstup z vězení*. Brno.
- SCHAUSS, A. 1981. *Diet, Crime and Delinquency*. California: Parker House.
- SNYDER, T. *Krvavé země*. 2013. Praha. Paseka.
- STITT, P. 2004. *Beating the Food Giants*. Wisconsin: Natural Press.
- ŠVAČINA, Š., a kol. 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada.
- Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a re-socializaci*. Praha: Úřad vlády ČR – Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003.
- ŠEDA, P. 2012. *Využití metod měření kvality života při evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách* (Bc. práce). Olomouc: Univerzita Palackého. Katedra křesťanské sociální práce Cyrilometodějské teologické fakulty.
- ŠEDA, P. & WITTMANNOVÁ, J. 2012. *Využití metod měření kvality života při evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách*. In *Dokážu to? Teorie a praxe léčby závislosti*. Olomouc: P-centrum.
- TETŘEVOVÁ, M., ZAHUMENSKÝ, D. 2011. *Jak se bránit v pozici zaměstnance*. Brno: Liga lidských práv.
- VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál.
- VALENTA, M. 2011. *Dramaterapie*. Praha: Grada.
- VAVREČKOVÁ SALIVOVÁ, H. 2008. *Kvalita života u pacientů s dg. schizofrenie v období remise* (rigorózní práce). Brno: Masarykova univerzita. [online]. Retrieved 12. 3. 2012 from [http://is.muni.cz/th/128268/ff\\_r/rigor.prace.pdf](http://is.muni.cz/th/128268/ff_r/rigor.prace.pdf).
- MIOVSKÝ, M, VAVRINČÍKOVÁ, L., LIBRA, J. 2013. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. 4. verze Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Praha, Česká republika.
- YMĚTAL, J., a kol. 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing.

- WALLIN, M. S., RISSANEN, A. M. 1994. Food and mood: relationship between food, serotonin and affective disorders. *Acta Psychiat Scand*, Suppl 377, 36–40.
- WANG, H. J., ZAKHARI, S., JUNG, M. K. 2010. Alcohol, inflammation, and gut-liver-brain interactions in tissue damage and disease development. *World J Gastroenterol*, 16, 1304–1313.
- WOLLSCHLAGER, M. E. 2002. *Symbol v diagnostice a psychoterapii. Práce s předmětnými symboly v individuální, rodinné a skupinové terapii*. Praha: Portál.
- WURTMAN, R. J., WURTMAN, J. J., REGAN, M. M., MCDERMOTT, J. M., TSAY, R. H., BREU, J. J. 2003. Effects of normal meals rich in carbohydrates or proteins on plasma tryptophan and tyrosine ratios. *Am J Clin Nutr*, 77, 128–132.
- YALOM, I. D. 2003. *Chvála psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál.
- YAMAMOTO, T. 2003. Brain mechanisms of sweetness and palatability of sugars. *Nutrition Reviews*, 61, 5–9.
- YAMAMOTOVÁ, A. 2010. *Neurofyziologie stresu a bolesti u pacientek s poruchami příjmu potravy*. In Papežová, H. (Ed.). 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.

## **Weby k aplikační části**

<http://www.ekcr.cz>

<http://www.jak-najit-praci.cz/neuspech-pri-prijimacim-pohovoru/>

<http://www.jobs.cz/poradna/uvod/>

<http://www.mesec.cz/>

<http://www.mojedatovaschranka.cz>

<http://www.mpsv.cz/cs/>

<http://www.ossz.cz>

<http://www.prace.cz>

<http://www.prace.cz/poradna/uvod/>

<http://www.profesia.cz/cms/kariera-v-kostce/odchazim-z-prace/vypoved/41123>

<http://www.seznam.cz>

<http://www.sikmaplocha.cz>

<http://bcmensa.blog.cz/1006/kdyz-vam-reknou>

[http://casopis.mensa.cz/kariera/kdyz\\_vam\\_reknou\\_ne.html](http://casopis.mensa.cz/kariera/kdyz_vam_reknou_ne.html)

## Rejstřík

### A

abstinence 3, 12, 26, 27, 35, 55, 72, 74, 78, 81, 87, 89, 163, 173, 178,  
221, 247, 248, 256, 273, 275, 278  
aktivita pohybová 54, 114, 181, 298  
arteterapie 33, 174

### D

deviace dvojí 96  
DNA 17  
doléčovací centrum 4, 11, 29, 33, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 67,  
68, 71, 72, 76, 77, 79, 80, 82, 94, 97, 123, 124, 129, 131, 134, 142,  
149, 152, 176, 179, 298  
dotazník měření kvality života SQUALA 55, 81, 82, 83, 84, 85,  
86, 89, 90, 91, 92, 93  
duální diagnóza 96, 128, 147  
dramaterapie 33, 147, 297  
dramaterapeutický 169, 175  
Dunbarovo číslo 18, 19  
dynamika skupinová 162, 163, 167, 178

### E

epigenetika 15, 17  
etika 21, 22, 26  
etický kodex 22, 266  
eudaimonia 16

### F

financování 29, 30, 31, 34

### G

gender 94, 97, 98  
gender problematika, genderová problematika 94, 95, 97, 98, 100, 171  
genderový 179  
Gestalt terapie 297

## H

hedonia 16

## CH

chráněné bydlení 27, 30, 60, 67, 72, 80, 82, 88, 129, 153, 173, 276  
chráněný byt 77, 81, 88, 92, 129, 155, 157, 220, 270

## K

kognitivně behaviorální terapie 33, 171, 279  
kognitivně behaviorální model 170, 171, 172  
konfrontace 79, 128, 135  
konfrontovat, konfrontační 93, 136, 146, 177  
kontrola 24, 39, 41, 42, 43, 45, 50, 51, 71, 96, 241, 244, 261, 262,  
263, 265, 266, 267, 269, 278  
kontrolovat, kontrolování 17, 20, 48, 131, 278, 281  
kontrola kvality 39, 50, 261  
krátký intervenční program 33, 34, 172  
kvalitivní charakter 54  
kvalita života 3, 15, 17, 26, 52, 53, 54, 55, 58, 76, 80, 81, 82, 83, 84,  
85, 86, 89, 91, 92, 93, 276

## M

metoda práce 176, 272  
motivace 17, 26, 27, 52, 56, 57, 58, 59, 60, 68, 71, 72, 73, 78, 79,  
80, 96, 100, 115, 123, 159, 164, 198, 219, 254, 271, 273, 274  
motivační 79, 159, 163, 197, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 208, 214, 215  
muzikoterapie 33, 174, 175

## N

neuroplasticita 16, 17

## O

očekávání pozitivní 92, 135  
očekávání do budoucnosti 34  
odbornost 34, 261, 266  
odborný 34, 78, 262

## P

- podpora rodiny 71
- podpora klienta 73, 135, 154
- podporovat klienta 23, 45, 167
- potřeba supervize 22
- posouzení kvality viz kontrola kvality
- proces socializace 150, 151
- profesionalita 12, 23
- program následné péče 3, 27, 28, 29, 89, 91, 92, 93, 98, 123, 134, 153, 165, 275
- služba následné péče 3, 27, 28, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 58, 162, 167
- požadavky na kvalitu, nároky na kvalitu 262
- přímá práce 31
- přístup k ženám 96, 98
- přístup k mužům 98
- přístup k člověku 139

## S

- sebekontrola 53, 80, 113
- SEIQoL 55, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 92, 93
- skupina dynamická 166, 167, 168, 170
- skupina tematická 88, 166, 170, 171, 174
- skupina terapeutická 174, 176
- skupina hodnotící 166, 167
- sociální vyloučení 19, 39, 150, 151
- sociokulturní rozdíly 94, 150
- společenská role 96
- system odměny 15, 16, 115

## U

- uvolnění emocionální 135



## **V**

výklad poruchy 135

vzdělání formální 12, 32, 33

vzdělání neformální 12, 32, 33

vztah terapeutický 23, 26, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 177

začlenění sociální 51, 54, 168

## **Z**

změna životního stylu 15, 50, 98, 125, 162, 270, 271, 272, 273, 274, 279



## Summary

The aim of this publication is to map the current situation in the field of aftercare in addictology in theoretical, practical and research level.

This publication is a result of the „Restart“ project which was implemented in P-center of Olomouc. The project staff and other experts participated in writing the chapters. (The chapters participated as project staff and other experts.)

The present monograph consists of three parts – theoretical research, empirical methodology and practical application.

We tried to approach the problem in the bio-psycho-social context. Two research chapters in the first part of the book follow the current state of the field of aftercare on one hand and the quality of life of clients on the other. The researches were conducted at Palacky University in Olomouc as part of writing of the diploma theses and some were included within the project called: Research of the quality of life of individuals with specific needs, SPP: 43413041/31.

Theoretical considerations in the first volume of the monograph concern the definition of aftercare in the context of biological and social theories.

The second part of the book is methodical and has an empirical character – it means that it is drawn up based on the collective experience of members of P-center in Olomouc. Here, we not only touch upon the practical level, such as therapy and social work, but also on the administrative plane such as social services quality standards and certifications.

The third part of the monograph is practical in nature and is designed for clients in aftercare program. This is a manual that we make use of in practice. The purpose of the manual is to assist clients in the labor market while also serving as an inspiration for workers in aftercare services.

The book is primarily intended for workers in the area of aftercare therapeutic communities. It is designed for representatives from among addiction treatment professionals and students in related fields of study or training courses.

## **O autorech**

### **Markéta Alexandra Hošková**

Sociální pracovnice, studentka. Zabývá se uplatněním exuserů v sociální práci a terapii.

### **Mgr. Renata Jakubcová**

Sociální pracovnice. Pracuje jako vedoucí Poradny pro alkoholové a jiné závislosti. Zabývá se prevencí a sociální prací u osob s drogovou závislostí.

### **Mgr. Iva Klimešová, Ph.D.**

Vysokoškolský pedagog a výzkumný pracovník Katedry přírodních věd v kinantropologii Fakulty tělesné kultury v Olomouci. Její výzkumná práce je zaměřená na problematiku racionálního stravování, sportovní výživy a roli výživy v léčbě civilizačních chorob.

### **PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová**

Speciální pedagožka, terapeutka. Pracuje jako ředitelka a terapeutka následné péče P-centra Olomouc. Je inspektorka pro kvalitu v sociálních službách MPSV, certifikátorka pro RVKPP a MŠMT, lektorka, supervizorka. Dlouhodobě se zabývá kvalitou v sociálních službách.

### **Mgr. Jana Olejníčková, Ph.D.**

Speciální pedagožka. Pracuje jako terapeutka v P-centru v Olomouci. Profesně se zabývá závislostním chováním, tancem a dramaterapií.

### **Mgr. Pavlína Prachařová**

Pracuje jako psycholožka a terapeutka v P-centru Olomouc. Zabývá se závislostmi, ale nejen jimi. Nejvíce ji obohacují myšlenky a přístup ke klientovi Gestalt terapie.

### **Mgr. Michal Růžička, Ph.D.**

Speciální pedagog, terapeut. Pracuje jako odborný asistent v Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého a jako terapeut v P-centru v Olomouci. Profesně se zabývá závislostním chováním, kognitivně behaviorální terapií a dramaterapií.

**Bc. Petr Šeda, DiS.**

Sociální pracovník a sociální podnikatel. Pracuje jako sociální pracovník Doléčovacího centra a Poradny pro alkoholové a jiné závislosti v P-centru v Olomouci, je autorem projektu sociálního podnikání kavárny Naše Café v Olomouci, kterou i vede. Profesně se věnuje cílové skupině osob se závislostí.

**Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.**

Odborná asistentka na Katedře aplikovaných pohybových aktivit Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého, psycholožka v soukromé poradenské praxi TERAPO Olomouc. Profesně se zabývá integrací, pohybovými aktivitami osob s postižením, speciálněpedagogickým poradenstvím, aktivním životním stylem seniorů.

**Mgr. Edmund Wittmann**

Vedoucí doléčovacího programu P-centra Olomouc. Terapeut. Zabývá se závislostním chováním a analytickou psychoterapií.



Mgr. Michal Růžička, Ph.D. a kolektiv

# **Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii**

## **Sborník zkušeností**

Odpovědná redaktorka Mgr. Jana Kreiselová

Technický redaktor Jakub Kovařík

Autor obálky Lucie Šilberská

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

[www.upol.cz/vup](http://www.upol.cz/vup)

e-mail: [vup\(at\)upol.cz](mailto:vup(at)upol.cz)

Olomouc 2014

1. vydání

z. č. 2014/526

ISBN 978-80-244-4171-9

Neprodejná publikace