

POSILÁNÍM ČASOPISU SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA JE:

- podporovat schopnost české a slovenské společnosti řešit životní problémy lidí prostřednictvím sociální práce,
- podporovat kvalitu sociální práce a profesionalizaci praxe sociální práce,
- přispívat k rozvoji sociální práce jako vědní disciplíny a ke zkvalitnění vzdělávání v sociální práci,
- podporovat zájmy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.

V zájmu dosažení těchto cílů bude časopis v rámci obce sociálních pracovníků a s nimi spolupracujících a pomáhajících pracovníků jiných oborů podporovat:

- postoje, které považují odbornost a lidskost za rovnocenná kritéria kvality sociální práce,
- postoje, které kladou důraz na propojení teoretického zdůvodnění postupů sociální práce s její praktickou orientací na problémy klientů a jejich reálné možnosti,
- soudržnost všech, kteří se angažují ve prospěch řešení problémů klientů prostřednictvím sociální práce,
- otevřenou, odlišností chápající, poučenou a věcnou diskusi v rámci obce sociálních pracovníků,
- chuť a zájem sociálních pracovníků vidět sebe samé očima jiných.

POSILÁNÍM ČASOPISU SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA JE:

- podporovat schopnost české a slovenské společnosti řešit životné problémy lidí prostřednictvím sociální práce,
- podporovat kvalitu sociální práce a profesionalizaci praxe sociální práce,
- přispívat k rozvoji sociální práce jako vědecké disciplíny a k skvalitnění vzdělávání v sociální práci,
- podporovat zájmy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.

V zájme dosažení těchto cílů bude časopis v rámci obce sociálních pracovníků a s nimi spolupracujících a pomáhajících pracovníků jiných odborů podporovat:

- postoje, které považují odbornost a lidskost za rovnocenné kritéria kvality sociální práce,
- postoje, které kladou důraz na prepojenie teoretického zdôvodnenia postupov sociálnej práce s jej praktickou orientáciou na problémy klientov a ich reálne možnosti,
- súdržnosť všetkých, ktorí sa angažujú v prospech riešenia problémov klientov prostredníctvom sociálnej práce,
- otvorenú, odlišností chápajúcu, poučenú a vecnú diskusiu v rámci obce sociálnych pracovníkov,
- chuť a záujem sociálnych pracovníkov vidieť samých seba očami iných.

Sociální práce/Sociálna práca

Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci

Časopis pre teóriu, prax a vzdelávanie v sociálnej práci

Vydavatel: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Na vydávání se podílí ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Číslo/ročník: 3/2007

Adresa redakce: ASVSP, Joštova 10, 602 00 Brno
tel.: +420 774 324 983

e-mail: socprace@fss.muni.cz

web: www.socialniprace.cz

Redakce: Pavel Bajer; Bc. Petra Zoubková; Mgr. Zdeňka Dohnalová, Bc. Marie Žižlavská

Foto na titulní str.: archiv združenia STORM pri UKF v Nitre

Grafická úprava: Petr Hrnčíř (pethr@seznam.cz)

Korektura: Vilém Kmuniček

Evidenční číslo MK: MK ČR E 13795

ISSN: 1213-6204

Redakční rada: prof. PhDr. Anna Tokárová, CSc. (předsedkyně/předsedníčka), doc. PhDr. Libor Musil, CSc. (místopředseda/podpředseda), Pavel Bajer (šéfredaktor), Mgr. Martin Bednář, Ph.D., doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D., Bc. Adam Kutěj (Společnost sociálních pracovníků), PhDr. Eva Mydlíková, Ph.D., PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D., PhDr. Mirka Nečasová, Ph.D., (výkonná tajemnice ASVSP), m.prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD, doc. PhDr. Anna Žilová, Ph.D

Předplatné: studentské 99 Kč/ks, občanské 129b Kč/ks, organizační 229 Kč/ks, v knihkupectví 149 Kč/ks, sponzorské 1200/rok

Akademické statě procházejí dvojím recenzním řízením. Otištěné příspěvky nejsou honorovány. Redakce si vyhrazuje právo upravit nevyžádané příspěvky do publicistické části.

SP SOCIÁLNÍ PRÁCE SOCIÁLNA PRÁCA

ČASOPIS PRO TEORII, PRAXI A VZDĚLÁVÁNÍ V SOCIÁLNÍ PRÁCI
ČASOPIS PRE TEÓRIU, PRAX A VZDELÁVANIE V SOCIÁLNEJ PRÁCI

3/2007 Vydává Asociace vzdělavatelů v sociální práci

Sociální práce s lidmi se závislostí



Editorial	1	Fakta, vyhlášky	48	Akademické statě	61	Inspirace pro praxi	128
O čem se mluví	3	Pohledy na věc	51	Studentské práce	102	Recenze	133
Anketa	46	Kvalita v sociálních...	57	Školy se představují	125	Akce, zprávy...	136

Editorial	1
O čem se mluví	
Ze strany státu není jasno, na co se chce zaměřit v drogových službách, konstatuje předseda Podaných rukou.....	3
Protidrogový koordinátor se chce zaměřit i na prevenci, léčbu, resocializaci a snižování škod	7
Ne každá obec k protidrogové politice přistupuje vstřícně, tvrdí krajská koordinátorka	10
Cílem terénních programů je stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatelů	13
Zkušený streetworker pozná rodiče se konfliktní situací už v zárodku	16
V Třebíči plánují nový projekt pro závislé s mottem Přijď a můžeš si vydělat.....	18
Činnost sociální pracovníce s drogově závislými je velmi pestrá	20
Združení STORM realizovalo v Nitre a Seredi projekt Odborníci na ulici.....	22
Terénní terapie A-klubu Maják přitahují abstinenty a jejich rodinných příslušníků	25
Zvyšování kvality života motivuje klienta k změně – aktivní práce so závislými v OZ Prima	26
Drop In nabízí závislým ženám-matkám strukturovaný substituční program	29
V doléčovacím centru má často relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam.....	32
Chci vrátit životu dluh, říká vedoucí K-centra Noe, který sedmáct let bral drogy.....	35
Účinnou metodou sociální práce se u vězňů osob s drogovými problémy jeví case management	37
Filozofie Teen Challenge je pomoci lidem najít lepší způsob života založený na křesťanských hodnotách	41
Partners Czech, o. p. s. – shrnutí a zkušenosti z Programu romské integrace	43
Anketa	
Otazníky závislosti	46
Fakta, vyhlášky	
Výňatek z novelizovaného znění zákona 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.....	48
Pohledy na věc	
Jak hodnotí čeští a slovenští právníci drogovou legislativu	51
Policie (J. Komorous) – Pachatele opakované trestné činnosti by postihoval přísněji.....	51
Neziskovky (H. Gajdošíková) – Trestněprávní úprava nerozlišující mezi jednotlivými druhy drog není vyhovující ...	53
Generální prokuratura (J. Čentěš) – Právní úprava drogové problematiky v Slovenskej republike	54
Kvalita v sociálních službách	
Ochrana práv uživatelů sociálních služeb (J. Miler).....	57
Akademické statě	
P. Kliment: Rodinný systém se závislým na alkoholu	61
M. Oláh, B. Kuchárová: Streetwork a harm reduction v pomoci závislému klientovi OZ Prima v Bratislave	68
L. Zatloukal: Postmoderní myšlení v poradenské praxi	75
M. Přidalová: Motivy k péči o stárnoucí rodiče.....	87
E. Šimková: Úloha sociálních služeb a kvalita života na venkově	97
Studentské práce	
T. Průdková: Harm reduction	102
M. Špiláčková: Historie sociálního plánování v Ostravě.....	112
Školy se představují	
V Liberci se zaměřují na penitenciární péči a na jedince zdravotně a sociálně znevýhodněné	125
Inspirace pro praxi	
Návrh na optimálně fungování socioterapeutického klubu.....	128
Standardy kvality, plánování sociálních služeb a osoby se zdravotním postižením.....	131
Recenze	133
Akce, zprávy a oznámení	136
Kontakty	140

Otištěné příspěvky jsou povinnou literaturou pro studenty ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Časopis vychází čtyřikrát v roce a publikuje co nejširší spektrum článků relevantních pro sociální práci. Články mohou být zaměřeny na jakýkoliv aspekt praxe, výzkumu, teorie či vzdělávání. Časopis má následující strukturu:

- 1) Editorial
- 2) O čem se mluví
- 3) Anketa
- 4) Fakta, vyhlášky, zákony, dokumenty...
- 5) Pohledy na věc
- 6) Kvalita v sociálních službách
- 7) Akademické statě
- 8) Studentské práce
- 9) Školy se představují
- 10) Inspirace pro praxi
- 11) Recenze knih
- 12) Zprávy, akce, oznámení
- 13) Kontakty

Časopis je zaměřen na publicisticko – praktickou a akademickou část. Zatímco v částech 7 a 8 jsou publikovány zejména texty, které referují o výzkumu a studentských pracích, ostatní části jsou koncipovány šířeji a jsou určeny pro publikování textů autorů z praxe (informace o zajímavých projektech, problematických skutečnostech výkonu profese atp.). Nároky na úroveň autorských textů určených pro publikaci v jednotlivých rubrikách jsou odlišné. Následující pokyny jsou pak adresovány autorům do akademické části časopisu.

1) Pokyny autorům akademických textů
Redakce přijímá příspěvky, které odpovídají profilu časopisu. Zasláný příspěvek musí být určen výhradně pro publikaci v časopise Sociální práce / Sociální práce. Může se však jednat i o přepracovaný a doplněný text, který byl již dříve publikován v jiném časopise.

Nabídka rukopisů a recenzní řízení Akademickým textem se pro účely našeho časopisu rozumí výzkumná, popř. přehledová stať (teoretická, historizující aj.). Předpokladem zařazení příspěvku do recenzního řízení je skutečnost, že v textu autor systematicky pracuje s relevantními prameny, objasňuje výzkumnou metodologii a s ohledem na svůj výzkumný cíl prezentuje také zjištění. Vzhledem k profesnímu charakteru časopisu preferujeme texty, které obsahují vedle zmíněných aspektů také aplikační dimenzi, v níž autor objasňuje relevanci svých zjištění v kontextu sociální práce. Recenzní řízení je oboustranně anonymní a je prováděno dvěma na sobě nezávislými recenzenty. Studentské práce procházejí jedním recenzním řízením. Práce jsou posuzovány po stránce obsahové i formální. V případě potřeby může být práce vrácena autorům k doplnění, či k přepracování. Na základě posudků bude rozhodnuto o jejich přijetí či odmítnutí. Ve sporných případech rozhoduje předseda redakční rady. Redakci se prostřednictvím emailové komunikace zasílají dvě provedení rukopisu. Jedno z nich nesmí obsahovat žádné údaje, které by mohly vést k identifikaci autora. Druhé provedení příspěvku odešle v kompletní verzi. Uveřejněná stať se stává majetkem časopisu a přetisknout její část nebo použít ji v jiné publikaci lze jen s citací původu. Redakce si vyhrazuje právo provádět drobné stylistické úpravy. Nevyžádané rukopisy a přílohy se nevracejí.

Rozhodnutí o vydání
O výsledku recenzního řízení je autor vyrozuměn. V případě potřeby je autor vyzván, aby dodal konečnou verzi práce elektronickou poštou.

Náležitosti rukopisu
Text musí být napsán v souladu s platnými jazykovými normami. Texty žádáme napsané písmem Times New Roman, velikost písma 12, styl písma Normální. Stránky jsou očíslované. Poznámky pod čarou lokalizujte výhradně na konec statí. Prosíme, abyste dodržovali standard časopisu pro citaci literatury podle ČSN ISO 690 (010197). Tabulky nesmí být širší než 14 cm.

1. Titulní strana obsahuje výstižný a stručný název práce v češtině – nebo slovenský ekvivalent – a v angličtině, jména všech autorů, biografickou charakteristiku (do 50 slov) a v poznámce pod čarou také kontaktní informaci pro korespondenci.

2. Český nebo slovenský **abstrakt** v rozsahu maximálně 200 slov.
3. **Abstrakt** v angličtině v rozsahu maximálně 200 slov.
4. **Vlastní text** (rozsah maximálně 5 000 slov)
5. **Seznam citované literatury:** Autory žádáme, aby zvýšenou pozornost věnovali přesnému a korektnímu odkazování (viz níže). V textu se odkazuje uvedením autorova příjmení, roku publikace (Korda, 2002) a v případě, že se jedná o doslovnou citaci, také strany uvedené za rokem po dvojtečce. Seznam literatury je uveden na konci statě a je v něm uvedena pouze literatura, na kterou se v textu odkazuje. Seznam je uspořádán abecedně podle autorů a v případě, že se odkazuje na více prací téhož autora, jsou jeho práce uvedeny chronologicky. Jestliže se odkazuje na práce autora, které publikoval v tomtéž roce, jsou práce odlišeny uvedením písmena a, b atd. o roku vydání.
6. Tabulky a grafy: Tabulka nesmí být širší než 14 cm. Výška písma alespoň 8 – 10.
Při grafech používejte laskavě **výrazné** kontrastní barvy (upozorňujeme, že časopis je černobílý).

Citace a odkazy se uvádějí v souladu s ČSN ISO 690 (010197). Vybrané příklady zde uvádíme:

Monografická publikace:
PELIKÁN, J. **Základy výzkumu**. Praha: Karolinum, 1998.

Citace z monografické publikace:
FOUCKOVÁ, M. **Reinkarnace a hlubinná terapie**. In WHITTON, J. L. a FISHER, J. **Život mezi životy**. Brno: Bollingenská věž, 1992, s. 9–14.

Citace z časopisu:
WINTER, J. **Z trosek likvidace signál celé Evropy**. *Českomoravský profit*, 1995, roč. 6, č. 28, s. 10–11.

Internetové zdroje:
www.romove.cz/cz/ [on-line] [17. 11. 2003]

Studentské práce akademického charakteru: Autoři by měli usilovat o stejnou úroveň jako u akademických článků. Předpokládá se pouze částečná znalost a orientace v dané problematice. Použití literatury a citace jako u akademických statí jsou předpokladem pro publikování. Upozorňujeme autory, kteří chtějí zveřejnit zkrácenou verzi své bakalářské nebo diplomové práce, že text nesmí zahrnovat obsah práce.

2) Pokyny pro formát knižních recenzí:
Rubrika Recenze nabízí prostor všem zájemcům, kteří chtějí seznámit ostatní čtenáře se zajímavými knihami z oblasti sociální práce a příbuzných oborů. Na zveřejnění recenze je nutno se předem domluvit s redakcí. Rozsah recenze je stanoven na 60–150 řádků. Recenze musí obsahovat bibliografický údaj o hodnocené knize (Daniela Vodáčková a kol.: Krizová intervence, Portál, Praha, 2002) a jméno autora recenze spolu s kontaktem. Nabídky recenzí zasílejte ve formátu doc, či rtf, jednoduchém řádkování, ve formátu písma Times New Roman, velikost písma 12.

3) Ostatní rubriky
Příspěvky do dalších rubrik v publicistické části časopisu nemají stanovený závazný formát, jejich podoba bude upřesňována individuálně na základě dohody s redakcí. Redakce si vyhrazuje právo nevyžádané příspěvky odmítnout, či upravit podle svých potřeb.

4) Kontaktní údaje:
Své příspěvky zasílejte na adresu redakce:

ASVSP – Sociální práce/Sociální práce
Joštova 10
602 00 Brno
tel.: +420 549 491 969 (články do publicistické části)
tel.: + 420 549 493 586 (články do akademické části)
e-mail: socprace@fss.muni.cz
http://www.socialniprace.cz

Vážené kolegyně, vážení kolegovia,

redakčná rada časopisu Sociální práce/Sociálna práca sa pri rozhodovaní o tematickom zameraní jednotlivých čísel pre rok 2007 priklonila k potrebe venovať pozornosť aj otázke jednotlivých typov závislostí. Na Slovensku stále prioritne reflektujeme riešenie problémov najmä drogových závislostí, a to na úrovni samotnej prevencie, liečby, ale aj resocializácie.

Na jednej strane samotná vláda venuje pozornosť riešeniu problémov prostredníctvom konštituovaných orgánov, ako sú Úrad vlády, Generálny sekretariát výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog, prijíma a zaväzuje uzneseniami jednotlivé rezorty, akceptuje európske štandardy a normy v boji proti drogám a pod. Je tu aj Protidrogový fond SR, ktorý podporuje najmä mimovládne organizácie pri činnostiach zameraných na prevenciu a resocializáciu drogových závislostí. Občianske združenia sa angažujú prostredníctvom projektov a v podstate by sme mohli vyjadriť spokojnosť s celým komplexom aktivít. V slovenskom prostredí však nachádzame niekoľko nedostatkov, ktoré akoby blokovali účinnosť niektorých aktivít, ktoré môžeme v konkrétnej podobe zaradiť medzi činnosti sociálnej práce. Odstránenie týchto nedostatkov je zložité a komplikované, lebo sa odvíjajú od potreby:

- zvýšiť podporu občianskym združeniam pri zabezpečovaní jednotlivých úrovní prevencie,
- zabezpečiť väčšiu zaangažovanosť samospráv obcí a miest v prospech vytvárania racionálnych sociálnych a rozvojových programov s cieľom preventívneho pôsobenia (ihriská, športoviská, podpora aktivít mládeže,

spontánna zaangažovanosť prostredia škôl, zamestnávanie sociálnych pracovníkov priamo na školách),

- vytvoriť podmienky pre väčšiu zaangažovanosť sociálnych pracovníkov úradov práce, sociálnych vecí a rodiny (obmedzujúce faktory, prečo je to len ťažko riešiteľné: zmena na postoch vedúcich zamestnancov na princípe politických rozhodnutí, dosadzovanie zamestnancov bez potrebného odborného zamerania, ohrozenie sociálnych pracovníkov pri zmenách vedenia, vysoké počty klientov, zlé pracovné podmienky),
- skvalitniť spoluprácu na miestnej a regionálnej úrovni, ešte stále absentuje ochota a zainteresovanosť samosprávy podieľať sa na riešení týchto problémov v konkrétnom meste alebo regióne,
- vytvoriť podmienky pre koordináciu pri riešení otázok drogových závislostí, je tu evidentná potreba prijať sociálneho pracovníka ako člena a koordinátora odborného tímu,
- presadiť záujem subjektov a ich lídrov podporiť vzájomnú spoluprácu medzi štátnym, samosprávnym a tretím sektorom.

Riešenie týchto nedostatkov je náročné a zložité, ovplyvňuje však kvalitu a možnosť využitia sociálnej práce a činností sociálneho pracovníka pri riešení problémov drogových závislostí. Predkladané číslo časopisu môže byť inšpiráciou a vzájomným obohatením českých a slovenských odborníkov, nositeľov aktivít v konkrétnych činnostiach, ako túto prácu skvalitniť a ako prekonávať prekážky, ktoré sa niekedy zdajú neprekonateľné.

Milan Schavel,
garant čísla

Vážení čtenáři, milé čtenářky,

možná jste očekávali po přečtení tématu čísla, že se dozvíte podnětné informace o různých formách závislostí. Rozhodli jsem se však zaměřit číslo, které se vám dostává do rukou, především na drogovou závislost, protože ji považujeme za nejrizikovější.

Pojďme se tedy podívat, co vám nabízíme: Předseda sdružení Podané ruce Jindřich Vobořil v komplexně pojatém interview hodnotí nejen stav současné české protidrogové politiky a sociálních služeb pro závislé osoby. Charakterizuje také jednotlivé přístupy při pomoci závislým, s kterými pracují různé organizace. Nutnost lepší koordinace protidrogové politiky i problematičnost financování drogových služeb připouští Kamil Kalina, místopředseda Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Co obnáší práce krajského protidrogového koordinátora, nastiňuje Pavla Doležalová, která tuto pozici zastává ve Středočeském kraji.

V dalších článcích představujeme konkrétní služby pro uživatele drog. Činnost streetworkera přibližují rozhovory s Romanem Hlouškem a Jiřím Valnohou, který se zamýšlí nad řešením různých dilemat, s nimiž se setkává kontaktní pracovník. Tři příspěvky se týkají charitního K-centra Noe v Třebíči. Jak se dozvíte v reportáži, nabídka služeb tohoto zařízení se neomezuje pouze na osoby závislé na drogách, ale také na dospívající mládež a širší veřejnost, kterou vzdělává a informuje v rámci programů primární prevence. Čím se konkrétně zabývá sociální pracovnice v K-centru, popisuje interview se Zdeňkou Vitamvasovou. Proč chce vrátit životu dluh, se dozvíte v životním svědectví Jaroslava Žáka, vedoucího K-centra, který sedmnáct let užíval drogy.

Do publicistické části čísla jsme získali i tři články ze Slovenska. Ve sdružení Storm realizují projekt Odborníci na ulici, kteří zodpovídají dotazy klientů ze zdravotní a sociální oblasti, na něž terénní pracovníci nejsou dostatečně kompetentní. Nutnost zapojení rodinných příslušníků do léčebných programů pro závislé osoby zdůrazňuje v dalším příspěvku Luba Pavelová, spoluzakladatelka A-klubu Maják. První nízkoprahové zařízení na Slovensku pro aktivní uživatele

drog, lidi pracující v sexbyznysu a bezdomovce v Bratislavě provozuje sdružení Prima.

Společnost Drop In a sdružení Sananim přirozeně realizují řadu programů pro uživatele návykových látek. Ze služeb Drop Inu jsme zvolili ambulantní program zaměřený na gravidní ženy a matky s drogovou anamnézou, podle slov vedoucí terapeutky Simony Sedláčkové jediný v republice. V doléčovacím centru Sananimu zase spravují ojedinělý program chráněného bydlení, který si klade za cíl zapojit klienta do běžného života. Dalším velkým poskytovatelem drogových služeb je sdružení Podané ruce. Olga Škvařilová stála u začátků drogové služby ve vězení a dobře ví, jakými peripetiemi musela projít, než se podařilo stabilizovat spolupráci s vězeňskou službou. Mozaiku představení různých typů služeb a organizací završuje organizace Teen Challenge, jejíž pracovníci svou pomoc lidem závislým na drogách staví na křesťanských hodnotách.

V akademické části upozorňují na tři příspěvky. Dva se zaměřují na metodu harm reduction, tedy redukci škod. Michal Oláh s Barborou Kuchárovou prezentují vybrané výsledky průzkumu realizovaného za účelem zmapování rozsahu činností sdružení Prima při pomoci závislým klientům, především injekčním uživatelům drog. Studentská práce Tani Průdkové se zabývá českou protidrogovou politikou se zvláštním důrazem na harm reduction, zejména výměnný program. Jeden příspěvek se zabývá také jiným typem závislosti. Pavel Kliment se ve své stati pokouší zachytit podobu rodinného systému, jenž je spoluutvářen členem závislým na alkoholu. K přečtení doporučujeme i stať Leoše Zatloukala Postmoderní myšlení v poradenské praxi. Představuje základní východiska tzv. systemických přístupů. Možnost působení opatření sociální politiky na zvýšenou motivaci rodiny ujmout se péče o stárnoucí příbuzné diskutuje ve svém příspěvku Marie Přidalová.

Věříme, že vás zaujmou i články, které jsem zde nejmenoval, a celé toto číslo přispěje k tomu, abychom lépe porozuměli problematice závislosti na drogách, jak na mikroúrovni konkrétní služby, tak na makroúrovni protidrogové politiky.

Pavel Bajer,
šéfredaktor

Ze strany státu není jasno, na co se chce zaměřit v drogových službách, konstatuje předseda Podaných rukou

Už 15 let se pohybuje v oblasti drogových služeb Mgr. Jindřich Vobořil, Pg. Dip., předseda sdružení Podané ruce. Má zkušenost s vytvářením místních a národních drogových strategií v České republice. Spolupracuje na mezinárodních projektech v Maďarsku, Velké Británii a Afghánistánu. Rovněž působí jako univerzitní lektor drogové problematiky. Je tedy osobou kompetentní k tomu, aby se vyjádřil nejen k současné české protidrogové politice a zamýšlel se nad vývojovými trendy v užívání drog.

Jak hodnotíte současný stav české protidrogové politiky?

Když srovnám Českou republiku s ostatními východoevropskými zeměmi nově přijatými do EU, jsme na tom dobře. Je zde vytvořena určitá síť různých sociálních služeb. V 90. letech nastal veliký rozvoj. V důsledku systematické spolupráce neziskového sektoru sociálních služeb, zdravotních služeb a státní správy jako koordináčního orgánu se podařilo vytvořit funkční síť, a tím se stabilizovala i drogová problematika. V oblasti problémových uživatelů drog zůstala stabilní dosud. Ohrožující ovšem je, že od roku 2000 se snižují rozpočty o 30 % na drogovou problematiku, sociální služby, především na centrální úrovni.

Celkový stav protidrogové politiky je vcelku dobrý, i když vzhledem k „regresi“ v posledních letech není srovnatelný se západními zeměmi, ale podařilo se nám v České republice to, co se podařilo málokteré z východoevropských zemí. Doposud byla stabilizovaná HIV situace, neobjevují se HIV pozitivní mezi nitrožilními uživateli, ale poslední dvě léta chybějí validní statistiky.

Co vyplývá z toho, že stát dává prostřednictvím grantů, dotací méně peněz na protidrogovou problematiku?

Zatím se neukazuje žádný negativní dopad, ale projeví se v dlouhodobém horizontu. Veškeré organizace, nejen neziskovky, poskytující drogové služby na principu sociální intervence postupně omezují služby, počty zaměstnanců, úvazky, prostě všechno.

Mají orgány státu skutečně komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup, jak



Mgr. Jindřich Vobořil, Pg. Dip.

se uvádí v národní strategii protidrogové politiky?

Státní orgány jen koordinují služby. Když byl šéfem meziresortní komise pro drogové služby, dnes Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), dr. Bém, tak prosazoval komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Dnes je to spíše profesní boj uvnitř služeb. Také donoři nemají úplně jasno, co chtějí podpořit. Jeden rok chtějí více financovat nějakou část služeb, další rok jinou oblast. Ze strany státu není jasno, na co se chce zaměřit. A potom není jasná zakázka na nás, sociální služby, zakázku vytváříme my. Existuje totiž veliký rozdíl oproti jiným sociálním službám. 80 % sociálních služeb nedrogových nedělají neziskovky, kdežto u drogových služeb je tomu naopak.

80–90 % drogových služeb poskytují neziskovky, v K-centrech je tomu v některých komunitách stoprocentně. V neziskových organizacích je jiný systém financování, dotacemi, což je problém. Finance se nedají oddělit od strategie, tvorby služeb.

Čím je dáno, že 80–90 % organizací poskytujících drogové služby jsou neziskovky?

To je fenomén v celé Evropě, jak v západní, tak v tzv. východní Evropě. Důvod je podle mého názoru jednoduchý. Drogové služby jsou tak složité téma, natolik nepředvídatelné, že málokdo v nich chce pracovat, lidé z pomáhajících profesí si najdou jinou oblast. Je to práce málo společensky oceňovaná. Při přírodních katastrofách a podobných náročných situacích jsou nejaktivnější občanské iniciativy. Stát „dobíhá“ se zpožděním, občanské iniciativy řeší krizovou situaci rychleji, protože je osobně trápí.

Domníváte se, že síť služeb pro uživatele drog je stabilizovaná a opravdu zahrnuje široké spektrum nabídek?

Znovu musím hovořit o penězích, i když bych raději hovořil o sociální práci. Síť služeb je destabilizovaná tím, že stát má dojem, že je vše v drogové problematice v pořádku, a snížil v posledních zhruba pěti letech výdaje na drogové služby o 30 %. Stabilizovaly se počty problémových uživatelů. Hororové předpovědi, kolik bude mezi uživateli drog HIV pozitivních, se nenaplnily, ale v podstatě zázrakem, v jiných bývalých východoevropských zemích je situace daleko horší, o Rusku nemluvě. Nikoho netrápí uživatelé drog, nikdo nemá spočítány ekonomické analýzy, kolik stojí daňového poplatníka léčba uživatele drog oproti represí. Usnuli jsme na vavřínech.

Síť služeb pro uživatele drog určitě zahrnují široké spektrum nabídek, ale některé služby chybějí a už na ně nejsou peníze.

Které služby chybějí?

Třeba takové, kterým říkáme domácí detox. 70 % problematických uživatelů drog se může odléčit ambulantně, představa, že se vyléčí jen rezidenčně, je mylná. Tím pádem potřebujeme domácí detoxy, jenže detoxy jsou k dispozici

jen v nemocnicích rezidenční, tedy velmi omezená kapacita. Dále chybějí služby na pomezí mezi sektorem zdravotnickým a sociálních služeb, například preskripční programy. Zdravotnictví má úplně jiné potíže. RVKPP je složená z několika ministrů, drogová problematika se nedá zahrnout pouze do zdravotnictví, pouze do sociálních služeb, pouze do školství. V některých regionech chybějí jakékoliv služby vůbec.

Co je důvodem, že nabídka drog výrazně neklesá a převyšuje poptávku po nich?

Jde o fenomén běžný všude na světě. Na jedné straně ekonomika drog, jde o dobrý prodejní artikl, protože se užívá každý den. Drogen jsou ilegální, což je také ekonomicky výhodné. Cena drogy (výrobku) oproti tomu, za kolik se prodává na trhu, činí rozdíl až 1 000 %. Až do dovezení do Evropy je droga velmi levná. Tady najednou vyskočí cena za drogu na neuvěřitelně vysoké částky.

Každá kultura má svoji drogu a lidé mají potřebu se nějak uvolnit, ať už si dám dvě deci vína, nebo si zakouřím hašiš, je to lákavé. Uvolnit se drogou patří k lidské psychice, dokonce i ze světa zvířat se ví, že se naučí chodit na místa, kde se přírodně vytváří alkohol. Na druhé straně víme, že zdravotní systém bude mít vždy problém zachytit určitý typ lidí, který má problém v oblasti duševního zdraví.

Rozlišil bych experimentování s drogami. Studie hovoří o tom, že mnoho lidí vyzkouší drogu, třeba i opakovaně, a nikdy se nestanou problematickými uživateli. Jen nějakých 10 % z těch, co vyzkoušeli drogu, se stane chronickými uživateli. Opakovaně se sleduje, zda má tato skupina společné znaky, které by mohly odhalit, proč zrovna těchto 10 % zůstává u drog. Ze všech studií vycházejí stejné závěry, až 50 % osob, které se stávají problematickými uživateli drog, má nějaký problém v oblasti duševního zdraví. Mnoho lidí umí zvládnout alkohol, a jen malá skupina jej zvládnout neumí, to je realita. Britové říkají, že polovina těchto osob se tzv. self medikuje. Vezmou si alkohol, drogu, zjistí, že jim dělá dobře, mají pocit, že je uschnopní žít, což je paradox.

Druhá skupina lidí ve výzkumech jsou osoby, kteří žijí v určité sociální deprivaci buď



Ilustrační foto: interný materiál zdruzenia Storm.

rodinné, nebo obecně společenské. Studie například říkají, že tam, kde stoupá nezaměstnanost, stoupá i počet uživatelů drog. Jedna z hypotéz, s níž souhlasím, říká, že dlouhodobá nezaměstnanost vytváří potřebu živit se nějak jinak. Když se nemohu živit legálně, tak se živím ilegálně, a mezi těmito lidmi narůstá prodej drog. Zažil jsem například na stáži ve Walesu, kde nastala 70 % nezaměstnanost v důsledku zavřených uhelných dolů, že dva nejbohatší lidé v každé vesnici byli dva drogoví dealeri, jeden legálních drog – hospodský, a druhý nelegálních – dealer heroínu.

Jaké jsou vývojové trendy v užívání drog?

Situace není tak dramatická, jak vypadala. Všichni si mysleli, že drogový trh převládne heroin. Sice narostlo jeho užívání oproti začátku 90. let, ale pervitin se drží jako droga číslo jedna. Dnes je naše klientela vzdělanější v důsledku masivní prevence existujících služeb v oblasti drog. Mnohem méně než dříve si uživatelé aplikují drogy rizikově. Hodně ovšem klesl průměrný věk uživatelů drog, to je velmi závažná negativní zpráva.

Teď s napětím čekáme, co nastane s příchozem cizinců především z ruský mluvících zemí. Na jedné straně máme HIV pozitivní cizince, kteří přicházejí z prostředí, kde se objevuje HIV mezi nitrožilními uživateli drog. Na druhé straně stojí absolutní laxnost ministerstva zdravotnictví, které z neznámých důvodů zakázalo rychlé testy, které užívají terénní sociální pracovníci kdekoli ve světě na rychlé otestování na HIV. V České republice se momentálně netestuje, což nese obrovské riziko, že už vzniklo epicentrum HIV pozitivních, někde mezi uživateli drog, a my o tom nevíme. Opakovaně na tento jev upozorňujeme a nikoho na úřadech tato situace netrápí. Ve chvíli, kdy vznikne epicentrum HIV pozitivních, tak už nikdo nikdy tento jev nezastaví. Jedině, že bychom tyto lidi vzali, oplotili místo jejich pobytu jako ve středověku malomocné, ale ani to by nepomohlo.

Jaká zdravotní a sociální rizika jsou spojena s užíváním drog?

Zdravotní rizika jsou různá u různých drog. U stimulantů (pervitin) je to oblast duševního zdraví, což mi připadá závažnější, než když

má někdo zničená játra. U heroinu přímé riziko zničení duševního zdraví není. Drogy jsou smíchané se vším možným, příměsí jsou rizikovější než drogy samotné. Hrozí porušení všech vnitřních orgánů, přes žilní systém, po neurologické, srdeční potíže, až po akutní situace, jako je předávkování.

Pak existuje směsice sociálních rizik, nejsem si však jist, že příčinou je vždy droga, ale spíše společenská situace. Užívání drog s sebou nese stigma, konkrétně si můžeme představit ženu, uživatelku drog, která má tři děti a žije se prostitutí. Dále je problém, že užívání, držení nějakého množství drogy je nezákonné nebo pololegální a nákup je ilegální, což přináší sociální otřesy. Neexistuje ani kontrola kvality, ani výrobku, tržních mechanismů, a k tomu přidejme represivní zákony.

Když se podíváme na kultury (Írán, Afghánistán), kde běžně užívají opium, nebylo to spojeno s kriminalitou. Jakmile však začaly považovat tamní vlády opium za ilegální záležitost, vzrostly ceny a nastala celková změna situace. Nejsem prolegalista, ale je nutné brát v potaz, že ilegálnost drog s sebou nese jev sociálního vyhoštění.

Lze nějak charakterizovat zaměření jednotlivých přístupů při pomoci závislým, kterými pracují různé organizace? Jaké jsou největší rozdíly v přístupu k závislým ze strany těchto institucí, organizací?

Základní filozofický pohled se dělí na dvě zaměření, jedno je hodně proabstinenční a druhé je odezvou na abstinenční přístup, nazývá se harm reduction, neboli redukce škod.

Ze samotných názvů vyplývá, že abstinenční přístup je založen především na léčebných programech a cílem je přirozeně úplná abstinence. Tento přístup původně vychází z amerických programů napojených na hnutí, jako jsou například Anonymní alkoholici.

Harm reduction říká: nebudeme si dávat cíle, které nejsou reálné, tedy aby všichni uživatelé drog abstinovali. I kdybychom měli velký balík peněz na sociální služby, stejně dostaneme do rezidenčních služeb jen pár procent uživatelů drog, proto musel vzniknout jiný přístup, zaměřený na redukci škod. S tím je spojeno vzdělávání klientů, nikoliv ve smyslu abstinence, ale ve významu neublížit sobě ani ostatním. Harm

reduction říká: Když chcete brát drogy, existuje hierarchie rizik.

Jde o dva extrémní přístupy. Dnes většina sociálních služeb pracujících s uživateli drog oba přístupy propojuje. Velké organizace u nás, jako jsou Podané ruce, Charita, Sananim, Drop In, jsou vyhraněné více na jednu či druhou stranu, buď harm reduction, nebo abstinence, ale všechny mají různé služby. Terénní práce je více zaměřena na redukci škod, které v důsledku otevřenosti, kdy nenutí uživatele ke změně v podobě abstinence, ale nabízejí sociální stabilizaci, otevírají cestu uživatelům, kteří by nikdy nešli do léčebného zařízení. Když existovala před dvaceti lety jen léčebná zařízení, tak zdravotní a sociální služby zachytily jen 20 % uživatelů drog.

Pak ještě existují organizace orientované na tzv. duchovní přístupy, spojené s určitým náboženstvím, konkrétně u nás s křesťanstvím. Jde především o nekatolické, protestantské organizace, které mají hodně abstinenční přístup, středem nabídky je náboženská výuka. Tyto organizace nikdy nebudou například vyměňovat jehly. Zato u katolických organizací jsem viděl i kněze vyměňovat jehly. Jeden z nich je můj spoluzakladatel Sdružení Podané ruce.

Považuji za důležité oba přístupy kombinovat. Pohled, že droga je nástroj satana, pokládám za špatný. Jde většinou o produkt nacházející se v přírodě. Fakt, že jej lidé užívají, má nějaký důvod, někdy třeba zdravotní.

Co stojí za změnou v oblasti pomoci závislým z hlediska poskytovatelů služeb? Dříve jim více pomáhala především zdravotnická zařízení, dnes je to spíše doménou sociálních služeb.

Zdravotnická zařízení jsou omezena, je v nich jen lékař, zdravotní sestra, popřípadě psycholog. A my víme, že zvláště uživatelé se bojí do těchto služeb jít, protože brání drog je často napojeno na nelegální činnost, bez terénního pracovníka se změna děje obtížně. Uzdravení nebo změna se musí dít v sociálním kontextu. Vidíme, že větší část práce je nasměrována do práce se sociálním kontextem, jen menší část je s vnitřním nastavením životního scénáře, tedy terapie, a pak malá část farmakoterapie, tedy zdravotnické služby.

Připravil Pavel Bajer

Protidrogový koordinátor se chce zaměřit i na prevenci, léčbu, resocializaci a snižování škod

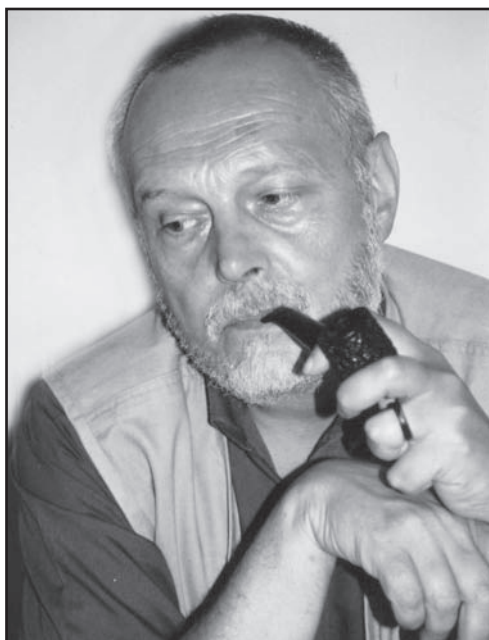
Stát realizuje svou protidrogovou politiku prostřednictvím Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Jaké jsou plány národní strategie protidrogové politiky, odpovídá MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., od února 2007 národní protidrogový koordinátor a výkonný místopředseda RVKPP. Uznávaný psychiatr a psychoterapeut se cíleně zajímá o problematiku užívání návykových látek a pomoci drogově závislým zhruba od roku 1987. Spoluzakládal nadaci Filia pro pomoc duševně nemocným a drogově závislým. V roce 1993 se stal prvním národním protidrogovým koordinátorem a vedoucím týmu, který vypracoval první vládní koncepci a program protidrogové politiky. Působil rovněž jako náměstek ministra zdravotnictví. V letech 1998–2007 pracoval v o. s. Sananim.

Jaké zásadní reformní kroky je nutné učinit, aby se zefektivnil systém protidrogové politiky?

Aby drogová politika byla efektivnější, musí být lépe koordinovaná. V posledních letech dosti upadla meziresortní koordinace (tj. na úrovni vlády a ministerstev) a poněkud zůstávala i koordinace s kraji. Vláda v červnu přijala nový statut Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který dává rámec pro zlepšení. Nyní je nutné naplnit rámec obsahem. Důslednost, zodpovědnost a hodnotitelnost všech kroků a opatření z hlediska účinnosti a účelného využívání finančních prostředků, to jsou zásady, které budeme prosazovat.

Co je nutné změnit, aby bylo financování protidrogové politiky výhodné pro stát i poskytovatele služeb?

To je v současné době hlavolam typu „ježek v kleci“. Poskytovatelům rostou náklady, což je dáno zvyšováním cen energií, ceny práce i vzrůstem zájmu klientů o služby, a také mají stále více co nabídnout díky prohlubující se odbornosti. Stát má na to všechno méně peněz než kdykoliv předtím, protože nevyhnutelná opatření ke zhojení deficitu státního rozpočtu se pochopitelně dotýkají i dotací na drogové služby. Prioritou nyní musí být udržet služby, které fungují, jsou efektivní a nepostradatelné. U služeb s regionálním a místním dopadem se na konkrétních prioritách musíme dohodnout s kraji, které k nim mají blíže a více o nich vědí. Dalším směrem je zjednodušení dotačního řízení a dodržování



MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

harmonogramu tak, aby dotace přišly včas. Perspektivně uvažujeme i o jakési objedávce služeb ze strany státu. Ale příznávám, že současná situace není lehká.

Jakým způsobem ověřujete naplňování standardů kvality u poskytovatelů služeb protidrogové politiky?

Procesu ověřování se říká certifikace odborné způsobilosti. Postup je ve stručnosti následující: organizace si požádá o certifikaci určité služby, na místo přijede tříčlenný tým vyškolených certifikátorů, prohlédnou si zařízení, prostudují dokumentaci, hovoří s vedením, s pracovníky i s klienty. Napíší protokol a se

závěry seznámí na místě vedoucího zařízení. Pak se závěry a doporučením certifikačního týmu zabývá Výbor pro udělování certifikací při RVKPP a nakonec udělení certifikace schvaluje Rada. Až dosud bylo uděleno asi 150 certifikací. Myslím, že certifikace má velký význam pro zařízení – je to určité zrcadlo, forma metodické pomoci, upozornění na nedostatky a ocenění dobré práce. Certifikace je také podmínkou pro poskytnutí dotace. Všechny materiály (Standardy, Certifikační řád atd.) jsou ke zhlédnutí a stažení na internetových stránkách Certifikační agentury – www.cekas.cz.

Jak chcete dosáhnout zlepšení v oblasti snižování poptávky i nabídky drog?

Česká republika již v r. 1993 přijala jako východisko své drogové politiky tzv. vyvážený přístup, doporučený OSN – tj. zaměření jak na stranu nabídky cestou prosazování zákona, tak na stranu poptávky cestou prevence, léčby, resocializace a snižování škod. Ačkoliv si to lidé většinou nemyslí, tento přístup má prokazatelné úspěchy. Například se stabilizoval počet tzv. problémových uživatelů drog (ti, co užívají dlouhodobě a/nebo nitrožilně heroin a pervitin) a předběžné údaje naznačují, že se v mladé populaci celkově snižuje zájem o nezákonné drogy, klesá počet úmrtí způsobených drogami a dále neroste počet těch uživatelů drog, kteří jsou nakaženi žloutenkou typu B a C. To jsou docela dobré výsledky. Ale

udržet tento trend v následujících letech bude obtížné, protože přicházejí nová rizika, např. ilegální nebo pololegální migrace ze zemí, kde je populace uživatelů drog vysoce promořená HIV i viry žloutenek, nebo nárůst nezákonného trhu s kokainem. Na tyto nové výzvy musíme zaměřit pozornost, opět vyváženě – na straně nabídky i na straně poptávky.

Je dostatečná primární prevence? Na koho a jakým způsobem by měla být zaměřena?

Hodnotit primární prevenci je vždycky obtížné. Na první pohled se zdá, že je dostatečně zajištěná, existuje řada programů ve školách, ale jaký je její faktický dopad? Je pravda, že se mění vzorce užívání drog, mladí lidé dnes užívají drogy jinak než počátkem století, ale je to vliv primární prevence, nebo módy? Kolegové z Centra adiktologie na 1. lékařské fakultě v současné době dokončují výzkum účinnosti programů primární prevence v Praze a jsem velmi zvědav na výsledky i na metodologii, která by mohla být použita i jinde. Na druhou část vaší otázky odpovídám: měla by být cíleně zaměřená na rizikové skupiny, na módní trendy braní drog (nyní tzv. rekreační užívání a v blízké budoucnosti kokain) a měla by být systematická, neodstrašovat, ale ukazovat, že lze žít zdravě a zajímavě bez drog. Jednorázové široké kampaně s využitím všech médií a billboardů milují politici, ale jejich nákladnost neodpovídá účinku.

Tabulka: Plnění úkolů Akčního plánu 2005–2006 podle oblastí

Oblast	Celkem úkolů	Z toho splněno		Z toho splněno částečně		Z toho nesplněno/nepodána informace	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Primární prevence	24	14	58,3	2	8,3	8	33,3
Léčba a následná péče	27	12	44,4	3	11,1	12	44,4
Snižování rizik	9	7	77,8	0	0,0	2	22,2
Snižování nabídky a vy-máhání práva	24	18	75,0	0	0,0	6	25,0
Informace – výzkum – hodnocení	27	24	88,9	0	0,0	3	11,1
Koordinace a financování	23	20	87,0	2	8,7	1	4,3
Mezinárodní spolupráce	10	10	100,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	144	105	72,9	7	4,9	32	22,2



ilustrační foto: interný materiál zdruzenia Storm

V roce 2007 se mají výsledky prvního plánu národní strategie protidrogové politiky podrobit hodnocení? Jsou už známy výstupy?

Ano, jsou známy. Sekretariát RVKPP zpracoval hodnotící zprávu realizace Akčního plánu 2005–2006, kterou vzala na vědomí vláda usnesením č. 442 v dubnu 2007. Akční plán 2005–2006 obsahoval celkem 144 úkolů rozdělených do 43 cílů vztahujících se k 7 oblastem protidrogové politiky: (1) primární prevenci, (2) léčbě a následné péči, (3) snižování rizik, (4) snižování nabídky drog a vymáhání práva, (5) koordinaci a financování, (6) oblasti informace, výzkumu a hodnocení a (7)

mezinárodní spolupráci. Z těchto 144 úkolů bylo 105 splněno, 7 bylo částečně splněno, 28 bylo nesplněno a o 4 úkolech nebyla podána dostatečná informace – viz Tabulka.

Tento přehled samozřejmě nic nevypovídá o obsahu. Myslím, že se udělalo hodně užitečného (za zmínku stojí např. zavedení systému certifikací odborné způsobilosti ve službách pro uživatele drog a závislé), ale přehlídka nesplněných úkolů (sem patří např. mapování sítě služeb, jejich dostupnosti a využívání) upozorňuje na řadu dluhů, které by měly být splaceny v nejbližší době v rámci nového Akčního plánu na období 2007–2009.

Připravil Pavel Bajer

Ne každá obec k protidrogové politice přistupuje vstřícně, tvrdí krajská koordinátorka

Každý kraj v České republice má svého protidrogového koordinátora. Ve Středočeském kraji tuto funkci zastává od roku 2002 PhDr. **Pavla Doležalová**, vedoucí oddělení prevence a humanitárních činností. Dříve pracovala na stejné pozici v okrese Třebíč. Vystudovala speciální pedagogiku. Dále působí jako psychoterapeutka, skupinově pracuje především s Pesko Boyden psychoterapeutickým modelem a jako arteterapeutka se závislými. Zabývá se lektorskou činností.

Začneme základní otázkou: Co je náplní vaší činnosti?

Krajský protidrogový koordinátor se zaměřuje na čtyři základní oblasti činností: koncepční a koordinační činnost, metodickou činnost, práci s daty, převážně epidemiologickými, a v neposlední řadě na ostatní činnosti, jde především o sebevzdělávání a organizování vzdělávacích aktivit.

Koncepční a koordinační činnost koordinátora spočívá ve zpracovávání protidrogové koncepce a závěrečné zprávy příslušného krajského úřadu v souladu s požadavky a doporučeními sekretariátu RVKPP a v souladu s Národní strategií. Metodicky vedu síť místních (regionálních) koordinátorů. Jako místopředseda a tajemník protidrogové komise iniciuji, navrhuji a předkládám protidrogové komisi návrhy k opatřením v protidrogové politice kraje. Spolupracuji s ústředními orgány státní správy při vyhlášení, přípravě a vyhodnocování dotačních programů na protidrogovou politiku. Přímo spolupracuji se všemi relevantními institucemi v kraji i mimo něj v oblastech nezbytně nutných pro realizaci protidrogové politiky kraje. Dále samostatně vyvíjím aktivitu směrem k rozvoji a udržení kvality a efektivity sítě protidrogových služeb a její kontrole, průběžně vyhodnocuji potřebnost a vytiženost jednotlivých článků této sítě. Rovněž vyhodnocuji údaje o situaci v oblasti prevence, léčby a nízkoprahových služeb a v případě potřeby iniciuji provedení výzkumných studií tam, kde chybějí potřebné údaje. Kontroluji také plnění úkolů vyplývajících z krajské strategie a úkolů zadaných v rámci realizace protidrogové politiky kraje včetně průběžného dohledu. Zároveň spolupracuji s ostatními krajskými protidrogovými koordinátory na jednotném naplňování Ná-



PhDr. Pavla Doležalová.

rodní strategie, podávání návrhů na zlepšení koordinační činnosti.

V čem spočívá vaše metodická činnost?

Jednou z hlavních funkcí je přenos metodických podkladů z centrální úrovně na úroveň regionální, místní – obecní. Koordinátor zpracovává metodické podklady pro zajištění realizace protidrogové politiky ze strany krajského úřadu. Koordinátor rovněž zajišťuje a zpracovává metodické podklady pro potřeby institucí a organizací spolupracujících s krajským úřadem na realizaci protidrogové politiky. V metodických otázkách spolupracuji se zástupci Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a nestátních neziskových organizací (NNO).

Co konkrétně obnáší získávání a analýza základních údajů potřebných pro realizaci protidrogové politiky?

Znamená to, že vedu přehled o dotační politice na všech úrovních. Také musím mít přehled o základních přidělených dotacích poskytovatelům služeb a aktivně podporuji získávání finančních prostředků na realizaci protidrogové politiky ze všech dostupných zdrojů. Tyto zdroje sleduji, vyhodnocuji a údaje zapracovávám do dlouhodobé koncepce financování protidrogových služeb.

Rovněž zpracovávám základní údaje potřebné pro hodnocení efektivity vynaložených finančních prostředků na protidrogovou politiku kraje. Průběžně monitoruji a shromažďuji údaje o užívání drog a jevů s tím souvisejících na území kraje. Spolupracuji s Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti a s poskytovateli těchto údajů v kraji. Dostupné údaje o užívání průběžně vyhodnocuji a navrhuji příslušná opatření pro realizaci adekvátních opatření, aby odpovídala skutečným potřebám v kraji a bylo hospodárně a efektivně využíváno finančních prostředků.

Co patří mezi ostatní činnosti koordinátora?

Koordinátor zajišťuje odbornou agendu týkající se realizace protidrogové politiky na úrovni kraje. Vykonává funkci tajemníka/místopředsedy/jedatele krajské protidrogové komise. Koordinátor se průběžně vzdělává tak, aby jeho znalosti a dovednosti odpovídaly všem základním požadavkům, a zajišťuje vzdělávací aktivity. Napomáhá komplexnímu procesu síťování služeb. Organizuje systém vzdělávání místních protidrogových koordinátorů a podílí se na jeho zajišťování. Inicjuje, spolupracuje a účastní se dalších odborných setkání na krajské i celostátní úrovni.

Přejděme k situaci ve Středočeském kraji. Jaká je zde situace ohledně uživatelů drog? Můžete ji porovnat s jinými kraji?

Situace na drogové scéně Středočeského kraje je nejvíce srovnatelná s Jihočeským a Jihomoravským krajem, ale ne ve všech ukazate-

lich. Všechny tyto údaje lze podrobně nalézt ve výroční zprávě o stavu ve věcech drog, kterou vydává Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Ve Středočeském kraji je nejčastěji užívanou drogou pervitin a ostatní stimulancia. Užívalo ho 43,7 % z celkového počtu uživatelů drog, na druhém místě byly kanabinoidy s 35,4 % a na třetím místě heroin s 18,2 %. V roce 2006 jsme zaznamenali nárůst objemu vyměněného injekčního materiálu o téměř 20 % (131 780 kusů), tento nárůst se nadále zvyšuje v důsledku většího rozšíření výměnného programu do lokalit, kde služby chyběly, a také díky efektivní práci streetworkerů. Poměrně velké rozšíření zaznamenalo zneužívání subutexu (substitučního léku), který klienti získávají od lékařů ve větším množství, lék se takto dostane na černý trh a smysl léčby se ztrácí. Problémem je nedostupná substituční terapie, s tím související nedostatečná síť AT ambulancí, psychiatrů se specializací AT, kteří chtějí pracovat v oblasti závislostí, a ojediněle poskytovaná komprehenzivní péče o závislé. Neexistence standardů léčby subutexem a registru uživatelů umožňuje naprostou nekontrolovatelnost. Naštěstí ještě letos zavede Ústav zdravotních informací a statistiky do praxe registr uživatelů subutexu.

Které dosavadní aktivity a opatření považujete za úspěšné?

Politická reprezentace schválila Koncepci základní sítě zdravotně sociálních služeb pro závislé ve Středočeském kraji, včetně navýšení finančních prostředků o tři milióny. Cílem této rozvojové koncepce je zajištění dostupnosti základních léčebně preventivních a resocializačních služeb pro občany Středočeského kraje (nezbytná akutní péče, kontinuita léčebného procesu, integrace služeb, zmírnění sociálně zdravotních škod, snížení kriminality) a vytvoření funkční provázané sítě služeb. Součástí koncepce je čtyřleté financování sociálních služeb pro čtyři nestátní neziskové organizace, které zabezpečují síť služeb pro závislé různými programy. Těmito kroky se daří propojovat sociální a zdravotní služby, především specializované AT ambulance, s kontaktními centry a dalšími návaznými

programy. Velmi dobře hodnocenou akcí je každoroční setkání týmu pracovníků protidrogové scény-outdoor, určené pro klíčové pracovníky z NNO, úředníky a politiky. Smyslem akce je nastavení synergických efektů, podpora motivace a efektivní spolupráce, to znamená, že máme stejné cíle, ale odlišné prostředky. Tradiční je odborná dvou denní krajská protidrogová konference se zahraniční účastí. Na podporu obcí je každoročně realizováno odborné vzdělávání místních protidrogových koordinátorů. Program byl zahájen roku 2003 a následně rozvíjen. Na základě těchto setkání se operativně řeší protidrogová problematika, jsou prodiskutovány příklady z praxe a nové trendy, kolegové sdílejí klíčové problémy a spolupracují mezi sebou navzájem.

Co je naopak třeba zlepšit, změnit?

I když jsou protidrogová opatření zařazována do komunitních plánů obcí, ne každá obec k protidrogové politice přistupuje vstřícně, neboť zákon 379/2005 Sb. jim pouze doporučuje se touto problematikou zabývat. Rovněž ambivalentní nebo negativní postoj některých politiků z obcí k programům snižování zdravotních a sociálních rizik (harm reduction) nepřispívá k zabezpečení cílů strategie a ochrany veřejného zdraví. Většinou jde o subjektivní postoj podpořený mnoha mýty

o závislostech, nezájmem o objektivní informace a populistické vystupování na veřejnosti. Pro politiky na všech úrovních by měla být prioritní protidrogová opatření, neboť závislost je především nemoc, podle WHO. Prevence a léčba je efektivní a finančně méně náročná než zdravotní, sociální, ekonomické a kriminální následné problémy. Rozhodně chybějí systémová opatření zaměřená na legální drogy – alkohol a tabákové výrobky. Dlouhodobé přehlížení problematiky alkoholových závislostí, neexistující síť služeb pro alkoholiky – nedostupná péče, nehrazený žádný lék pro léčbu závislosti na alkoholu zdravotními pojišťovnami, povede k nárůstu zdravotních a sociálních problémů, a v důsledku toho budou daňoví poplatníci více zatíženi. Podceňování protidrogové politiky a její podfinancování, především nedostatečné financování nestátních neziskových organizací ve všech oblastech prevence a léčby, mnohdy vede k nenaplnění cílů ze strategických dokumentů schválených vládou nebo krajskými úřady. Vysoké požadavky na kvalitu a péče o závislé jsou dány certifikačním procesem nebo inspekcemi sociálních služeb, ovšem pokud organizace nemá dostatek finančních prostředků na zaplacení odborníků, tak lze předpokládat, že může trpět kvalita péče, těmito vlivy jsou především postižení klienti.

Připravil Pavel Bajer

Témata časopisu Sociální práce/Sociálna práca na rok 2007

- 1/2007 Role sociálního pracovníka a metodika posuzování životní situace klienta (garant Mgr. Petr Hanuš – MPSV), termín vydání: konec března 2007**
- 2/2007 Sociální práce s imigranty (garanti PhDr. Imrich Vašečka, Ph.D., a PhDr. Peter Brnula), termín vydání: konec června 2007**
- 3/2007 Sociální práce s lidmi se závislostí (garanti doc. PhDr. Milan Schavel, Ph.D., a Mgr. Jindřich Vobořil, Ph.D.), termín vydání: polovina října 2007**
- 4/2007 Praxe a supervize v sociální práci (garanti PhDr. Mirka Nečasová, Ph.D., a h. doc. PhDr. Markéta Rusnáková, Ph.D.), termín vydání: prosinec 2007**

Cílem terénních programů je stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatelů

V kontaktní práci s uživateli drog se pohybuje Bc. **Roman Hloušek**, DiS., zhruba pět let, z toho rok jako dobrovolník. Sociální pracovník sdružení Podané ruce věnuje většinu času terénní práci ve městě Brně, v současnosti s kolegy začínají mapovat terén v oblasti Brno-venkov, účastnil se rovněž mapování lokality ve Vyškově. Absolvoval VOŠ sociálně právní, obor sociální pedagogika na Pedagogické fakultě MU, v současnosti studuje sociální politiku a sociální práci na Fakultě sociálních studií MU.

Co je cílem terénního programu?

Jeden z primárních cílů terénních programů je oslovit uživatele, kteří jsou z různých důvodů mimo dosah ostatních institucionálních služeb. Většinou o těchto službách nevědí nebo mají strach je využívat. V případě uživatelů drog navíc platí, že jde o stigmatizovanou skupinu, takže i to může být jeden z důvodů, proč uživatelé služby nevyhledávají. Mají špatné zkušenosti s úředníky, policií. S užíváním drog často souvisí trestná činnost, mají spíše zkušenosti s represivní stránkou oficiálních institucí.

Pokud už tyto lidi nakontaktujeme, jedním z cílů terénních programů vycházejících z filozofie harm reduction je stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatelů. Harm reduction se nesažíme pojímat jen jako výměnný program, který zabráňuje šíření infekčních chorob, např. HIV a žloutenky typu C, ale naše služba obsahuje i sociální práci. Snažíme se uživatele aktivně vyhledávat, nedělat jen výměnný program. Většinou se užívá formulka, že cílem terénních programů je změna chování klienta. Abstinence je však ideální cíl, zaměřujeme se především na bezpečnější chování klienta vůči sobě a svému okolí. Když terénní práce s určitým klientem pokračuje, zprostředkováváme kontakt na další instituce, delegujeme klienta na služby návazné péče. Může jít i o programy mimo drogové služby. Nasměrujeme ho do psychiatrické ambulance, zprostředkujeme kontakt se sociálními kurátory apod. Dost často je posíláme na kontaktní centrum, kde je prostor pro strukturovanější práci.

Na kolik pravidelných míst v Brně chodíte?

Pravidelná kontaktní místa v centru města, kam chodíme každý den, máme dvě. Míst, kam se snažíme během pochůzek dostat, v ulicích je kolem dvaceti. Chodíme na nejfrekventovanější



Bc. Roman Hloušek, DiS.

či něčím specifické brněnské ulice (Milady Horákové, Cejl) a zajíždíme do dalších městských částí mimo centrum, například do ubytovny v Židenicích. A pak nárazově navštěvujeme uživatelské byty, roztroušené po různých částech Brna včetně sídlišť. Záleží také na aktuální situaci, například když dealeri přesunou místo, kde předávají drogu klientům, musíme nejprve zjistit, kde je nové místo, kde se klienti scházejí. Jezdili jsme do Komína a do Líšně, ale jak tam trh s drogami zmizel, přesunul se, přestali jsme tato místa navštěvovat. Jezdíme i na Brno-venkov, pravidelně navštěvujeme lokality ve Šlapanicích a v Sokolnicích. V menších městech, vesnicích mimo Brno je drogová scéna uzavřená, napřed jezdíme za jedním, dvěma klienty a postupně se seznamujeme s ostatními členy skupiny. Účinným nástrojem, jak oslovit další klienty, jsou testy na infekční choroby, např. žloutenky.

Můžete popsat postup, jak vyhledáváte klienty, jak se dozvídáte o dalších uživateli, o místech jejich pobytu?

Buď oslovujeme uživatele aktivně sami, to je nejtěžší část, kdy oslovíme někoho, kdo není uživatel drog, nebo i když užívá drogy, tak se nechce s nikým bavit, například se stydí. Ptáme se proto raději, jestli někde v okolí neviděli pohozené stříkačky. Najít míru, jak a koho oslovit, je těžké. Když už máme několik kontaktů, tak se nabalují další, uživatelé si řeknou mezi sebou, že chodíme do dané lokality, pak už jde vyhledávání samospádem. Když pracovník dokáže poradit, získá si mezi uživateli dobrý kredit.

Jak se snažíte motivovat klienty ke změně rizikového chování?

Snažíme se k nim nepřístupovat se zdviženým prstem, nementorovat je za jejich životní styl. Spíše rozvíjíme ambivalenci klientů, bavíme se s nimi o jejich tématech, problémech. Usilujeme o jejich aktivní přístup při řešení problémů, nesnažíme se být v pozici chytrolína, který problémy vyřeší za ně.

Základem služby je, že výměnný program využíváme k tomu, abychom se s uživateli bavili o jejich chování. Od jisté doby nedáváme balíček se vším, co by mohli potřebovat, ale dáváme zvlášť stříkačku, dezinfekci a ostatní harm reduction materiál a přitom se ptáme: „Ty chceš jenom jednu stříkačku? Nebo potřebuješ víc? Kolikrát si dáváš za den? Pro kolik lidí chceš dezinfekci? Používáš na rozředění kupovanou kyselinu?“ Tím, že jim dáváte kus za kus a víte, co je k čemu potřeba, tak se vlastně dozvídáte, proč tomu tak není, proč si to neberou. Dostáváte se tak k záchytným tématům a můžete protáhnout hovor a bavit se s nimi o tématech, o kterých chcete. Jedním z témat může být používání kondomů, protože přes pohlavní styk se nejčastěji šíří infekční choroby i mimo subkulturu uživatelů drog.

První kontakty jsou o výměně, o poradenství o bezpečném brání drog, zvládání krizí, bezpečném sexu atp.

Přístup harm reduction je pragmatický z více stran, pro klienta, veřejnost i pracovníka. Výměnou stříkaček se zabraňuje šíření infekčních chorob. Pro klienty je tento přístup pragmatický tím, že nové stříkačky dostávají zadarmo. Nemusejí se trápit tím, že za stříkačku neza-

platili, a tím, jak a kde stříkačku znehodnotit. A pragmatický je i pro nás, protože nám umožňuje navazovat kontakty a rozvíjet komunikaci. Postupem času, když jsme s klientem v delším kontaktu, je vztah osobnější, už se můžeme ptát: „Vypadáš nějak smutněji, co se stalo?“ Ke klientovi si už můžete dovolit více než při prvních kontaktech, hloubka vztahu se buduje časem. Už můžeme pracovat na změně chování, bavíme se o léčbě, jak snižovat brání drogy, jak lépe kontrolovat svůj život, se studenty se například bavíme o tom, jak to mají se školou, častým tématem je práce.

Co znamená nízký práh vstupu do služby?

Obecně je to o anonymitě, společně s organizacemi, které pracují v sexbyznysu, jsme nejvíce nízkoprahový program, protože po klientech nechceme téměř žádné údaje. Vyplňujeme jen dotazník, kde jsou místo jmen kódy. Dotazník neobsahuje citlivé osobní údaje a týká se spíše rizikového chování klienta. Navíc vyplňování dotazníku není povinné. Často neznáme jména klientů, jen jejich přezdívky, občas křestní jména.

V širším slova smyslu se nízkoprahový přístup týká toho, jak s klienty pracujeme. Nemůžeme v naší terénní práci nic naplánovat. Nevíme, kdy klienta potkáme, například může být intoxikovaný nebo v depresi. Nevíme, kdy na něj zase narazíme, musíme využít situace tady a teď, pracovat s kontextem situace. Rozhovor je často nestrukturovaný. S klientem se začneme bavit o nějakém nenáročném tématu, pak se dostaneme k tomu, jak to má s bydlením, prací, a on se sám rozpovídá. Do toho přijdou jiní klienti, kteří chtějí jen vyměnit, začnou se mezi sebou hádat a situace je najednou pryč. Musíme je uklidnit, ale už se nemůžeme věnovat klientovi, se kterým jsme hovor začali. Už se těžko navazuje nit. Klient třeba i řekne, že se staví zítra, ale často se objeví až za týden.

S čím chtějí nejčastěji uživatelé drog pomoci? Jaké mají obvykle dotazy v oblasti zdravotní a sociální prevence?

Zdravotní prevence se týká infekčních chorob, možnosti nechat se otestovat. Pak mechanického poškození žilního systému, abscesů, zánětů žil, rozpíchaných rukou, bezpečného brání drog apod.

Co se týká sociální práce, odvíjí se od postavení klientů, nelze k nim přistupovat paušálně. Něco jiného je, když pracujete s 15letým Romem na heroinu, a něco jiného je kontakt s těhotnou uživatelkou opiátů, zase jiná je komunikace s 40letým dlouhodobým uživatelem pervitinu. Často jsou klienti i cizinci, což také přináší specifické problémy. Někteří klienti jsou v debaklové situaci, bydlí ve squatech, žebrají o peníze na ulici, kradou, pak se zase setkáváme s lidmi, kteří normálně chodí do práce, zvládají veškeré své povinnosti. Pomoc se liší se podle postavení klienta. Pokud by mělo jít o stručný výčet, také se pomoc nejčastěji týká zaměstnání, zprostředkování léčby nebo specifické pomoci např. při násilí v rodině, častý je zájem o substituční léčbu, spolupracujeme s K-centrem, právníkem, drogovou službou ve vězeňství, ale i s městskou policií při sběru pohozených stříkaček.

Jaké drogy berou nejčastěji klienti, s nimiž se setkáváte?

U nás na terénu „vede“ heroin, alespoň ve městě Brně. Na K-centru převažuje pervitin. V okolí Brna, na menších městech, je to pervitin. Když jsem před pěti lety začínal, brali uživatelé heroin z 20 %, postupně nastala fáze, když uživatelé drog ze 60 % preferovali heroin a teď je situace půl na půl – heroin a pervitin.

Jak už jsem řekl, v terénu se spíše setkáváme se silně závislými uživateli heroinu, protože ti si jej musí aplikovat několikrát denně, mají velkou spotřebu injekčních stříkaček, větší než u braní pervitinu. Ten berou uživatelé jednou denně až týdně nebo i méně.

Náš interní výzkum ukázal, že 60 % klientů jsou Romové.

Stává se, že se některý klient rozhodne léčit se, vstoupit do terapeutické komunity?

Stává, ale velice zřídka. Častěji se stává, že léčbu klientovi vyřídíme a on do ní nenastoupí, nebo nastoupí, ale zakrátko z ní odejde. Záleží na konkrétní zakázce. Z dlouhodobých léčebných zařízení jde o terapeutické komunity nebo psychiatrické léčebny, ale my častěji odkazujeme klienty na ambulantní programy, individuální poradenství. Často je potřeba, aby klientovu situaci a stav vyhodnotil psychiatr. Naši klienti často nastupují udržovací léčbu na metadonu.

Jaké předpoklady musí mít sociální pracovník pro terénní práci s uživateli drog?

Formální předpoklady jsou dány už legislativním rámcem, tedy určité vzdělání, absolvování VOŠ nebo VŠ sociálního zaměření, podle standardů RVKPP to může být i SŠ. Eventuálně by měl nejpozději rok od nástupu začít studovat. Na menších městech je však obtížnější získat kvalifikovaného člověka pro terénní práci s uživateli drog, protože VOŠ i VŠ sociálního zaměření jsou koncentrovány zejména v Praze, Brně a Olomouci. Dále je potřeba absolvovat různé vzdělávací kurzy, např. multidisciplinárního zaměření, kurs protidrogového poradenství, aby sociální pracovník získal základní orientaci v drogové problematice.

Dále jsou nutné určité specifické dovednosti, konkrétně vést motivační rozhovory, poskytovat krizovou intervenci. Týmy jsou většinou multidisciplinární, vítané je proto i psychologické a zdravotnické vzdělání, výcvik v některém z psychoterapeutických přístupů.

Důležité jsou rovněž osobnostní předpoklady, sociální pracovník by měl mít základní míru empatie, vyřešen svůj postoj k drogám, což často souvisí i s věkem. Standardy říkají, že s uživateli drog nemohou pracovat osoby pod 21 let, což se týká i dobrovolníků.

Sociální pracovník také musí mít vlohy – talent k tomu, aby uměl s druhými komunikovat, nebál se uživatele drog oslovit.

Ještě chci poznamenat, že nepodporuji mýty, že terénní sociální pracovník pracující s uživateli drog musí mít piercing, dredy či dokonce zkušenosti s užíváním drog. Naopak, záleží především na osobnosti sociálního pracovníka. Můžete mít vizáž, jakou chcete, ale pokud se s klienty nedokážete bavit, je k ničemu. Mám velice dobré zkušenosti se sociálními pracovníky, kteří nosí konformnější oblečení, nepěstují žádnou extravagantní vizáž. Klienti oceňovali, že lidé, kteří třeba ani nepijí alkohol, se s nimi dokáží bavit, oslovit je, pomoci jim. Sociální pracovník může být oblečený, jak chce, ale je pravda, že v obleku a s kufříkem v ruce by klienty v terénu oslovil asi těžko. Navíc klientela je velmi pestrá od pankáčů po lidi ve značkovém oblečení, kteří si pro stříkačku přijedou v novém mercedesu.

Připravil Pavel Bajer

Zkušený streetworker pozná rodící se konfliktní situaci už v zárodku

Sociální práce s lidmi závislými na drogách klade na člověka vysoké nároky. Obzvláště streetworkeri při své činnosti v terénu zažívají množství náročných situací. Jaký postup volí při řešení různých dilemat ve sdružení Podané ruce, odpovídá vedoucí oddělení kontaktní služby v Jihomoravském kraji **Jiří Valnoha**, MA, DiS.

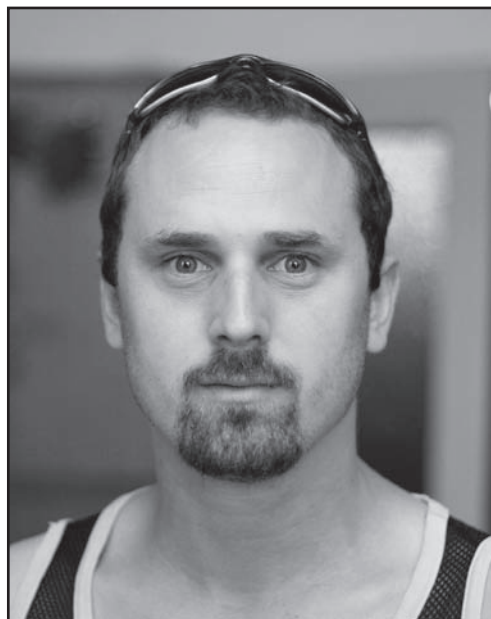
Jak rozlišujete, o čem je vhodné mluvit s klienty? Co je jim důležité zdůraznit a co je naopak někdy nutné jim zamlčet?

S klienty hovoříme otevřeně o všech záležitostech, které se jich týkají, nemá smysl jim něco cíleně tajit. To se týká i zdravotních záležitostí, pokud např. klientovi hnisá ruka, nemá smysl mu říkat: „To ještě není tak zlé,“ ale na rovinu mu řekneme, že pokud se nebude léčit, tak mu hrozí roztroušený zánět v paži, který může skončit amputací. Nebo pokud se týká třeba léčby v terapeutické komunitě, bylo by liché si myslet, že kdybychom na ni klienta připravovali stylem: „Tam si trochu odpočineš, je tam spousta hodných lidí, kteří se o tebe postarají, těch pár měsíců tam prostě nějak prozevluješ a je to...“, tak takový klient by asi velice rychle po nástupu z komunity utekl. Rozhodně je potřeba mluvit i o nepříjemných věcech a klienty na ně připravit.

Podle čeho rozlišujete, co je nutné úřadům nahlásit? Jak se vyrovnáváte s ohlašovací povinností a zároveň zajištěním anonymity klientů?

S klienty pracujeme anonymně a anonymita je jim zaručena. Při množství klientů, které v Terénních programech Brno máme, nám umožňuje zachovávat anonymitu a přitom mít identifikovaného klienta (kvůli kontinuitě práce, předatelnosti apod.) používání databáze Freebase. V této databázi se pracuje s identifikací klienta pomocí kódu, který tvoří šest písmen a čtyři čísla. Tuto databázi vytvořilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a standardně ji používají terénní programy a kontaktní centra, která mají certifikaci kvality služeb u Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Ohlašovací povinnost daná zákonem (kdy neohlášení je samo o sobě trestným činem)



Jiří Valnoha, MA, DiS.

se vztahuje na zvláště závažné trestné činy, za dobu 12 let, kdy se drogovým službám věnuji, jsem se ještě s takovým nesetkal.

Vaši pracovníci se určitě setkávají s ohrožením při terénní sociální práci. Zažili jste už napadení sociálního pracovníka? Jak zajišťujete ochranu zaměstnanců?

Pracovníky se snažíme vybírat velmi pečlivě a také dbáme na jejich další profesní růst, takže kromě vystudované sociální práce mají absolvovanou celou řadu dalších výcviků a kursů zaměřených na komunikační dovednosti, práci s klientem, zvládání náročných situací a podobně, takže k takový událostem nedochází příliš často. Zkušený streetworker pozná rodící se konfliktní situaci už v zárodku a dokáže se chovat tak, aby agresivní projev klienta tlumil a nerozdmýchával. Pokud



Foto: archiv oddělení kontaktních služeb sdružení Podané ruce.

už dojde k otevřenému projevu agresivity, v drtivé většině případů verbální, tak se pracovník musí chovat předepsaným způsobem, což je uvedeno v manuálu pro mimořádné situace, který pracovník zná. Zjednodušeně řečeno, pokud se agresivnímu jednání klienta nepodařilo předejít, tak pracovník chrání v prvé řadě zdraví své a svého kolegy, potom teprve zařízení a majetek sdružení a teprve v třetí řadě se stará o bezpečí klienta. V praxi to vypadá nejčastěji tak, že pracovníci rychle ukončí kontakt a opustí prostor, ve kterém se agresivní jedinec nachází. Často to nebývá klient, ale jiné osoby. Po skončení služby se situace zapíše do tzv. žurnální knihy, kam si streetworkeri zaznamenávají postřehy z terénu. S konfliktní situací obeznámí vedoucího programu, který provede záznam do knihy mimořádných událostí. Terénní programy Brno mají zpracovány operační manuály pro celou řadu situací, které mohou během služby nastat, což velice usnadňuje zvládání kritických momentů, protože pracovník nemusí vymýšlet, co udělá, ale má jasný postup

za první, za druhé, za třetí a může jednat okamžitě a správně.

Jak řešíte eticky komplikované situace, například když se setkáte s 13letým dítětem užívajícím drogu?

Takovéto situace jsou vždy náročné a vyžadují určité zkušenosti k jejich dobrému zvládnutí. Pokud přijde klient, který vypadá velmi mladě (klienty nelegitimujeme, takže skutečný věk neznáme), musí streetworker nejprve zjistit, jestli skutečně spadá do naší cílové skupiny (problémoví uživatelé drog podle definice EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost), pokud ne, tak jednoduše ukončí kontakt a odkáže jej na pro něj vhodnější typ služby. Pokud ano, tak se zabývá klientovou zakázkou a snaží se o včasnou intervenci v rámci přístupu harm reduction. V praxi se nejdříve zabývá způsobem aplikace drogy a snaží se takového klienta ještě více než obvykle motivovat k jinému způsobu aplikace než intravenóznímu a ještě více než obvykle ke snížení četnosti braní.

Připravil Pavel Bajer

V Třebíči plánují nový projekt pro závislé s mottem **Přijď a můžeš si vydělat**

Když jsem jednoho srpnového prosluněného rána zadýchaně šplhala ulicemi Třebíče, překvapilo mě, v jakých svazích bylo město vystavěno. To hlavní překvapení mě však teprve čekalo. S mapkou v ruce jsem se zastavila a z rozcestí nevěřičně nahlížela do široké ulice s úhlednými domky – centrum pro pomoc drogově závislým ve vilkové čtvrti? Evidentně ano, a tak jako desítky jiných přede mnou jsem i já váhavě stiskla zvonek u dveří a čekala.

Noemova archa naděje

Nízký rodinný domek původně obýval starší manželský pár. Ten ho odkázal Charitě ČR. Polistopadové období přineslo zájem o oblasti, kterým se v předchozích letech nikdo příliš nevěnoval. Drogy začaly být oficiálně společenským problémem a veřejnosti chyběly základní informace. I proto vzniklo v trebičské Hybešově ulici centrum, které se ve svých počátcích zaměřovalo především na primární prevenci a vzdělávací kursy.

Dnes se na svých internetových stránkách profiluje jako víceúčelové zařízení, které se orientuje na komplexní potřeby regionu v oblasti problematiky drog. Pokud se uživatel návykových látek odhodlá a do centra přijde, může zde získat kvalifikovanou radu ohledně své situace, a to nejen z právního hlediska, ale také například odbornou psychologickou pomoc a další poradenství. Vybavení zařízení umožňuje klientům vykoupat se či si vyprat oblečení. Standardní službou je zdravotní servis – testy rizikových onemocnění, zprostředkování léčby, výměna injekčního materiálu a další.

Vzhledem k tomu, že Třebíč není tak velké město jako například Brno, neomezuje se nabídka služeb zařízení pouze na osoby závislé na drogách, ale také na dospívající mládež a širší veřejnost, kterou vzdělává a informuje v rámci programů primární prevence. Zaměstnanci centra pořádají ve školách besedy a přednášky, organizují prohlídky zařízení pro školní kolektivy. Mladí lidé se tak dozvídají užitečné informace. Vedoucí zařízení Jaroslav František Žák vysvětluje: „Snažíme se zaměřovat na problematiku mládež Třebíče. Každý může být potenciální narkoman. Je třeba, aby mladí lidé viděli, že zde existuje tento typ zařízení, jak vypadá a co se v něm děje. Důležité je znát personál a vidět, jak komunikuje. Pokud pak mají

v budoucnu nějaké problémy, vzpomenou si na centrum a je pro ně jednodušší sem přijít.“

Kontaktní kavárna

Hlavní místnost centra je stylizována do podoby kavárny – pastelově vymalované stěny, pohodlná křesla a sedačky. Pozornost na sebe strhává barevná kresba stylizovaného středního ucha – originální dílo klientů. Prostoru vévodí barový pult, který skrývá rychlovárnou konvici a další nezbytné propriety. Široká nástěnka hlídá všechna pravidla – nejen práva, ale i povinnosti. Počítač, stolní hry, šipky, hudební přehrávač, televize – víc než dost příležitostí, jak využít čas zde strávený. Ten je přesně odměřen. „*Klienti v centru mohou pobývat nejdéle dvě hodiny. Jde především o to, aby si nevytvořili falešný dojem nového téměř rodinného zázemí. Je třeba, aby si uvědomovali realitu – to, že se nacházejí na dně, a že pokud chtějí něco jiného, musí se o to sami snažit,*“ vysvětluje Žák.

Otevřeno pro klienty je od jedenácti do šesti, v pátek od osmi do jedné. V případě, že je centrum zavřeno, mají klienti k dispozici telefon na terénního pracovníka. Sladit potřeby klientů a možnosti pracovníků není vždy jednoduché. „*Musíme hledat kompromis. Klienti si nestěžují, ale především ti, kteří jsou na pervitinu, což je droga, po které se nespí, by chtěli do kontaktní místnosti chodit především v noci,*“ objasňuje vedoucí zařízení. Právě tito uživatelé tvoří z větší části klientelu centra. Zaměření na převážně jeden typ drogy si Žák vysvětluje takto: „*Třebíč je malé město. Drogy se zde nevyrábějí v takové míře jako v ostatních městech. Tím pádem tady není tak velká nabídka. Kromě uživatelů pervitinu k nám často chodí také klienti, kteří užívají sezónní drogy – například opiáty či halucinogeny.*“

Krok do centra – krok do sociální sítě

Zajímá mě, jak se klienti o centru dozvědí, domeček je poměrně nenápadný, kromě tabule s nápisem nic nenasvědčuje, jakým účelům slouží. Vedoucí zařízení mi vysvětluje: „Potenciální klienty se snažíme kontaktovat především v rámci terénního programu, kdy je cíleně vyhledáváme.“ Informační kampaň probíhá také prostřednictvím samolepek a letáků, umístovaných na strategických místech, jako jsou například kluby nebo hospody. A výsledek? Přesné číslo lze určit obtížně, ročně však služeb centra využívají stovky osob v problematické životní

situaci. „Daří se nám klienty motivovat k tomu, aby vstoupili do sociální sítě. Devadesát pět procent činnosti těchto lidí je nelegální. Nejen kvůli braní drog, ale také kvůli nezákonnému získávání prostředků k živobytí. Logické je, že nemají zájem vstupovat do nějaké sítě. Proto je naše práce velmi náročná, klade velký důraz na vytvoření vztahu,“ popisuje Žák. Poté, co se klienta podaří do sítě služeb zapojit, lze na něj s větším či menším úspěchem uplatňovat protidrogovou politiku, aplikovat různé programy či sledovat míru zdravotního poškození. Klienti také dostávají informace, jak se chovat bezpečně nejen sám k sobě, ale i k ostatním, ať už co se týče výměny stříkaček či zdravotních rizik braní drog.

Na pracovníky centra jsou kladeny velké požadavky. Ačkoliv jsou kompetence rozdělené, musí být univerzální, to znamená být schopni pracovat v terénu i v kontaktním centru, řešit problémy, hledat východiska požadavků klientů. Kromě odpovídajícího vzdělání se očekává, že hodlají absolvovat další výcviky. „Určitě bychom přivítali, kdyby nás zde bylo víc. Přesné číslo vám neřeknu, ale ve čtyřech lidech je to opravdu náročné,“ podotýká Žák. Kromě práce v centru a podílení se na vzdělávacích aktivitách musí pracovník jezdit do terénu a řešit aktuální problémy klientů.

Ambiciózní plán

Vcházíme na dvoreček s dřevěnými lávkami a stolem. Malý trávníček, ovocný stromek, vý-



Dobrovolnice K-centra Noe Třebíč při výměnném programu.
Foto: Jaroslav Žák

hled na vysoké paneláky nedalekého sídliště. „Zakázali jsme klientům kouřit v budově, proto vzniklo toto místo. Můžou zde posedět, popovídat si,“ komentuje venkovní prostor Žák. Malý plácek by však v budoucnu měl být využit mnohem účelněji. Vedoucí zařízení mi představuje nový projekt, na jehož realizaci by chtěl využít peníze z fondů Evropské unie: „Vycházíme z faktu, že klienti mají snížený práh zodpovědnosti a sháňejí finanční prostředky nezákonnou činností. Myslíme si, že je třeba, aby nějakým způsobem dosáhli na základní živobytí, a to legální pracovní aktivitou. Proto zde chceme vybudovat skleník, který by fungoval jako víceúčelová hala.“ Motto projektu lze charakterizovat „Přijď a můžeš si vydělat.“. Jedná se samozřejmě o nízkoprahovou dílnu, kde nároky kladené na klienty nejsou tak velké. Vše by mělo běžet podle jednoduchého principu – kolik uděláš, tolik si vyděláš. Důležitá je aktivita a chuť pracovat.

Nezmeškej loď

Podstatu činnosti K-centra Noe tvoří nedirektivní vstřícný přístup přesně v duchu myšlenky: „Přijď za námi, nastup na loď, a budeš-li chtít, můžeme ti pomoci.“ Na základě vlastních dlouholetých zkušeností říká vedoucí zařízení Žák: „Drogy nejsou hlavním problémem, ale odpověď na něj.“ Kolektiv pracovníků centra se každý den snaží pomáhat svým klientům hledat jinou odpověď, než je drogová závislost.

Jana Kopřivová

Činnost sociální pracovnice s drogově závislými je velmi pestrá

Sociální pracovnice Mgr. **Zdeňka Vitámvášová** působí v třebíčském K-centru Noe dva a půl roku. Vždy chtěla pracovat s lidmi, ale věděla, že nechce být jen pasivní úřednicí v kanceláři. Po ukončení vysokoškolského studia se proto přihlásila do výběrového řízení svého současného pracoviště a uspěla. Ačkoliv se nikdy na práci s drogově závislými klienty cíleně nezaměřovala, je s ní velmi spokojená – různorodost jejich aktivit v centru jí zcela vyhovuje.

Jaká je náplň vaší práce v K-centru Noe?

S kolegy máme rozdělené kompetence. Každý má zodpovědnost za určitou oblast, ačkoliv do určité míry děláme všichni všechno. Část mé práce spočívá v tom, že jsem zde v centru a komunikuji s klienty, kteří docházejí sem k nám. Jednou týdně se dostanu do terénu, především mimo Třebíč, kde kontaktuji nové klienty, udržuji kontakty s klienty, se kterými již spolupracujeme, a pracuji na informační kampani. Také mám na starost případovou práci. Vedu evidenci klientů, kterých jsem garantem. Zapisuji, jaké problémy se řešily, jaké poradenství jsme klientovi poskytli, které služby využíval a podobně. Jednou za dva měsíce dochází k vyhodnocení vývoje klienta – jaké drogy užívá, jaký je jeho zdravotní stav, co se zlepšilo a co naopak zhoršilo. Tato evidence je pro nás velmi důležitá, protože klienti často chodí nepravidelně a bylo by obtížné si pamatovat, co jsme s nimi řešili při jejich poslední návštěvě. Další částí mé práce je primární prevence. Přípravujeme kampaně pro školy i vzdělávání pracovníků, vytváříme konkrétní nabídky a na základě zájmu o ně pořádáme besedy a podobné aktivity, jejichž cílem je informovat.

Jakým způsobem navazujete s klienty vztah?

To záleží na typu klientů. Když přijde klient, který je už v sociálním propadu, nemá žádné doklady ani bydlení, je velmi pravděpodobné, že se nachází ve fázi, kdy uvažuje, jestli už s braním drog neskončit, protože se dostal na dno a uvědomuje si to. Tyto klienty se snažíme prostřednictvím motivačních rozhovorů vést k léčbě. Můžeme jim například pomoci sehnat bydlení, vyřídit sociální dávky a podobně. Jiná skupina jsou tzv. klienti experimentátoři. Ti



Mgr. Zdeňka Vitámvášová

si myslí, že žádný problém nemají. Do centra přijdou, protože od kamarádů slyší, že je to tady fajn – dostanou něco k jídlu, můžou si vyprat, s někým se setkat. S nimi je obtížnější pracovat. Nic nechtějí, kontaktní místnost využívají jen k odpočinku. Odmítají komunikaci s pracovníky, protože ji podle svého pohledu nepotřebují. Pokud však docházejí častěji a získáme jejich důvěru, lze už více rozvíjet komunikaci, získat bližší informace a nastavit klientovi zrcadlo – ukázat mu situaci, ve které se nachází. Nejdůležitější je vždy první kontakt – je třeba klientům věnovat dostatek času, prostoru a do ničeho je netlačit, aby k nám získali důvěru a měli důvod znovu přijít.

V čem si myslíte, že se vaše práce liší od jiných pomáhajících profesí, v čem spočívá její specifičnost?

Určitě je tato práce pestřejší. Setkávám se s různými skupinami – nejen s drogově závislými, ale také se školní mládeží nebo s rodiči. Tato práce v žádném případě není jen o drogách. Prostupuje i například do zdravotnictví či školství. Navíc práce v centru není jen o tom, že bych seděla zavřená tady a čekala, kdo mi přijde. Když je období, kdy chodí méně klientů na kontaktní centrum, tak více vyrážím do terénu. V období relativního klidu zase můžu pořádat více besed ve školách. Svým způsobem je to také dobrá prevence syndromu vyhoření.

Stává se, že lidem, kteří k vám přicházejí, nemůžete vyhovět? V jakém případě?

Klienti to samozřejmě zkoušejí. Vyžadují služby, které neposkytujeme a nemůžeme jim je ani poskytnout. Většinou se jedná o zajištění nějaké volnočasové aktivity. Pokud se ale jedná o konkrétní službu, kterou neposkytujeme, tak ho odkážeme na jiné pracoviště. V akutním případě ho můžeme i na potřebné místo odvézt. Vzhledem k tomu, že máme síť nasmlouvaných organizací, není pro nás problém zprostředkovat mu pomoc u někoho jiného – například domluvit právníka, psychiatra a podobně. Rozhodně se nedá říct, že by u nás byla konečná, odkud už není cesta jinam.

Dostala jste se někdy do situace, kdy jste se cítila mezi klienty ohrožená?

Občas dochází k situacím, kdy se člověk necítí úplně dobře. Obzvlášť v zimě, kdy se brzy stmívá, se snažím pečlivěji kontrolovat, koho vpouštím do centra. Párkrát se mi stalo, že jsem se v dané situaci necítila moc dobře. Asi nejhorší pocit jsem měla při svém prvním klientovi, kterému jsem měnila jehly a brala krev na test HIV. Navíc se s ním poměrně

špatně komunikovalo. Vím, že tohoto klienta si budu do smrti pamatovat. Když jezdíme do terénu, jsme obezřetní. Pokud vidíme, že se situace nějak vyhorcuje, například se partička začne pošťuchovat a schyluje se ke rvačce, tak se snažíme do toho neplést, držet se bokem. V horším případě voláme záchrannou službu a policii, ale rozhodně se nesnažíme sami zasahovat. Klienti často trpí různými psychickými poruchami, takže se musíme přizpůsobit situaci a být opatrní.

Práce v pomáhajících profesích je psychicky velmi náročná. Stává se vám, že „si nosíte práci domů“?

Málokdy. Když odtud večer odcházím a zamýšlím dveře, snažím se nechat práci za dveřmi, abych na ni už doma nemusela myslet. Je ale pravda, že někdy se tomu člověk neubrání – když například některého z klientů čeká něco důležitého. Snažím se však práci z osobního života vytlačit, aby v něm vůbec nebyla. Jinak bych musela i svůj volný čas trávit v centru, i když jen myšlenkami.

Má podle vašeho názoru činnost centra smysl?

Myslím si, že tato práce má určitě smysl. Je pravda, že výsledky nejsou hned vidět. Tady všechno trvá rok a déle. Já sama v centru nepracuji tak dlouho, abych mohla konkrétní výsledky posuzovat. Můžu však říct, že dochází k situacím, kdy má člověk opravdu radost. K takovým okamžikům patří například odchod klienta do terapeutické komunity. Tehdy vidím, že má snahu něco změnit, někam se posunout. Samozřejmě vím, že může z léčby odejít, a tím pádem to nedopadne tak, jak bych si představovala. Jsem ale optimista – mám vždy sklon se na vše dívat s nadějí.

Připravila Jana Kopřivová

Združenie STORM realizovalo v Nitre a Seredi projekt Odborníci na ulici

Sdruženie STORM pri Univerzite Konstantina Filozofa v Nitre patrí k niekoľkým málo organizáciám na Slovensku, ktoré sa venujú terénnej sociálnej práci s užívateľmi drog podľa filozofie snížovania rizík spojených s užívaním nelegálnych drog. Činnosť združenia a taký projekt Odborníci na ulici predstavuje Mgr. **Miroslava Páleníková**, zakladateľka a členka správnej rady združenia, manažerka projektu Krok vpred a koordinátorka projektu Odborníci na ulici. Zároveň je manažerkou skupiny Komunitného plánovania sociálnych služieb v meste Nitra do roku 2009 – sekcie osoby se závislosti a osoby ohrozené závislosťou. Na Katedre sociálnej práce a sociálnych vied Fakulty sociálnych vied a zdravotníctví Univerzity Konstantina Filozofa pôsobí na pozícii interného doktoranda.

Môžete charakterizovať cieľovú skupinu klientů vašeho združenia? Je možné aspoň orientačne říci, kolik je uživatelů drog ve městech Nitra a Sereď? Kolik z těchto uživatelů je vašimi klienty?

Cieľovou skupinou, na ktorú je orientovaná väčšina projektov organizácie, sú injekční užívatelia drog (IUD) a osoby pracujúce v sexbiznise. Od roku 2003 v mestách Nitra a Sereď, od roku 2006 v Trnave a od júla 2007 v meste Šaľa. Sme jedinou organizáciou, ktorá pracuje podľa filozofie harm reduction v Nitrianskom a Trnavskom kraji. Naše služby sú nízkoťrahové. Znamená to napríklad, že služby sú bezplatné, anonymné a celoročné. Je náročné odhadnúť reálny počet aktívnych užívateľov drog v mestách, v ktorých realizujeme projekt, ale z našich štatistík vyplýva, že za posledné štyri roky (do konca roka 2006) nás v Nitre kontaktovalo 169 IUD a v Seredi 170 IUD. Pomer medzi mužmi a ženami je približne 9:1. V 900 službách v teréne nás títo klienti kontaktovali viac ako 5 400krát.

Kolik máte terénnych sociálnych pracovníků? Co konkrétně obnáší činnost terénního sociálního pracovníka?

V súčasnosti v našom občianskom združení aktívne pracuje pre Nitru, Sereď a Šaľu osem terénnych pracovníkov a pre Trnavu šesť. Ich činnosť pozostáva najmä z terénnej sociálnej práce, ktorej základom je bezprostredný (pravidelný) kontakt s klientom, poradenstvo, distribúcia zdravotníckeho materiálu a distribúcia letákov.



Mgr. Miroslava Páleníková

Súčasťou distribúcie injekčných striekačiek je aj ich následný zber. Vybieraný infekčný materiál je bezpečne likvidovaný v nemocničnej spalovni infekčného odpadu. V prípade záujmu klientov o liečbu vedú terénni sociálni pracovníci odporučiť klienta na zdravotnícke a následne resocializačné zariadenia. Terénni sociálni pracovníci sú špeciálne vyškolení pred nástupom na terénnu prácu, je pre nich zabezpečovaná pravidelná supervízia a vzdelávacie aktivity. Podľa potreby vieme klientom poskytnúť aj sociálnu asistenciu, kde terénny pracovník sprevádza klienta v styku s úradmi pri vybavovaní dôležitých dokumentov a tlačív.



Zdravotníci zo združenia Storm poskytujú ošetrovanie flegmón a abscesov a zatvrdnutých zapálených žíl. Foto: interný materiál združenia Storm.

Jak motivujete užívateľa drog k menej rizikovému chovániu?

Motivácia klienta k menej rizikovému správaniu je obtiažne merateľná a dlhodobo bez konkrétnej spätnej väzby. Terénni sociálni pracovníci klientov počas kontaktu – bezplatnej výmeny použitých injekčných striekačiek a distribúcie zdravotníckeho materiálu môžu s užívateľmi hovoriť o bezpečnejších spôsoboch (injekčného) užívania drog, bezpečnej likvidácii použitých injekčných striekačiek, o prenosoch krvou a pohlavne prenosných ochorení, o ich právach občana. Hovoríme s klientmi o ich živote, rodine, úspechoch a neúspechoch. Základom rozhovoru je dôvera, ktorá sa prejavuje napríklad tým, že klient

je ten, kto rozpráva, a sociálny pracovník ten, kto počúva.

Po štvorročnej aktívnej práci v teréne môžeme hovoriť o tom, že klienti opovrhujú používaním spoločného materiálu potrebného pre užitie drogy s inými užívateľmi alebo podľa slov náčelníka Mestskej polície v Nitre: „Odkedy pracujete v meste, nepovaľujú sa nám kade-tade striekačky.“

S jakými dotazmi v oblasti zdravotní a sociálni se na vás najčastejšie užívatelé obracajú?

Kontakt odborníka s klientom na ulici sa realizuje v bezpečnom prostredí zadnej časti úžitkového automobilu, prostredníctvom ktorého je naša terénna práca mobilná.

V zdravotnej oblasti je to poradenstvo zamerané na rady o ošetrovaní flegmón a abscesov a zatvrdnutých zapálených žíl. Zdravotník na mieste pomocou dobre vybavenej lekárníčky je schopný klientovi tieto miesta aj ošetriť.

Súčasnou poradenstva je aj poradenstvo o menej rizikovom správaní a užívaní drog.

S právnikom klienti najčastejšie potrebujú hovoriť o trestnoprávných záležitostiach. Napríklad klient dostal radu, ako preukázať protizákonnosť jednania policajtov, poučenie o právach klienta ako podozrivého z trestného činu, poučenie, ako sa správať pri výsluchu, informáciu o práve robiť si výpisky z trestného spisu. Potreby klientov v právnej oblasti sa ale nedotýkajú len trestného práva. Ich problémy sa dotýkajú často správneho, občianskeho a rodinného práva, dokonca i obchodného práva.

Co vás vedlo k realizaci projektu Odborníci na ulici?

K realizácii projektu Odborníci na ulici nás viedla najmä potreba našich klientov zodpovedať na otázky zo zdravotnej a právnej oblasti,

na ktorú naši terénni pracovníci nemôžu byť dostatočne kompetentní, napriek všetkému vzdelávaciemu servisu.

Uvedomujeme si, že kde končia kompetencie jedného odborníka, začínajú sa kompetencie ďalšieho. Táto potreba vznikla v roku 2005, kedy Nadácia pre deti Slovenska, organizujúca projekt Hodina deťom, vyhlásila projektové kolo pod názvom Systémové zmeny a my sme využili túto možnosť. Projektom sme chceli poukázať na skutočnosť, že práca odborníkov (v obmedzenej forme poradenstva) je realizovateľná aj na ulici, v prirodzenom prostredí klienta a je možné, aby odborná služba šla za klientom. Ďalším cieľom projektu bolo zapojiť takúto službu do širokej škály služieb samospráv.

Kdo vše je súčasťou tímu terénnych pracovníkov?

Súčasťou 14-členného tímu terénnych pracovníkov je ďalej zdravotník a právnik a ďalší štyri ľudia so zdravotníckym vzdelaním, ktorí nám zabezpečujú testovanie klientov na syfilis, žltáčky typu B a C a HIV. Tím externe dopĺňujú ešte supervízor, účtovník a odborní lektori.

Jaké služby konkrétne nabízejí lekári a právnik?

Služba sa realizuje v mestách Nitra a Sereď druhý rok a dvakrát mesačne každý z odborníkov navštívi každé mesto. Základom služby je odborné poradenstvo. Pokiaľ odborník nie je schopný na mieste pracovať s klientom napríklad kvôli nedostatku inej dokumentácie (s právnikom v určitých situáciách klient musí vyjsť z anonymity, ktorú zabezpečuje hlavný projekt výmeny ihl a striekačiek), funguje prostredníctvom „internej pošty“ komunikácia právnika s klientom za pomoci „zalepených obálok“, ktorú klient odovzdá terénny pracovník na službu a tí ju odovzdajú odborníkovi a naopak.

Lze už vyhodnotiť úspešnosť projektu, zapojení lékařů a právníka do týmu?

Obaja odborníci boli na začiatku fungovania projektu riadne zapojení do tímu terénnych pracovníkov a zaočkovaní proti hepatitídám typu A a B. Ich činnosť mala byť ukončená v máji 2007, kedy bol projekt ukončený. V súčasnosti obaja naďalej fungujú v tíme. Ich služby klienti ďalej využívajú a my sa budeme snažiť udržať takýto typ služby aj do ďalších rokov.

Připravil Pavel Bajer

Terénne terapie A-klubu Maják priťahujú abstinentov a ich rodinných príslušníkov

A-klub Maják vznikol v septembri 1995 pri I. oddelení Psychiatrickej nemocnice vo Veľkom Záluží, s cieľom poskytnúť doliečovací proces odliečeným závislým. Od r. 2002 je občianskym združením.

„Poskytujeme abstinujúcemu závislému i jeho rodine účasť na aktivitách, ktorými rozvíjame resocializačný a reedukačný proces, kde sa pod vplyvom plánovaného a dlhodobého koncipovaného učenia sa novým vzorcom správania a sociálnym spätným väzbám menia názory, motívy a postoje, hodnotenie skutočností,“ hovorí spoluzakladateľka a odborná garantka A-klubu Maják Luba Pavelová. Pri aktivitách sa využívajú i pozitívne a negatívne skúsenosti členov referenčnej skupiny v riešení problémov. *„Vypadnutím drogy zo vzťahov osobnosti a prostredia vzniká kvalitatívne nová situácia, ktorá si vyžaduje nové hodnotenie, nové vzorce správania, reagovania a prežívania,“* dopĺňa garantka.

Podľa jej slov, ak má byť celý liečebný program úspešný, je nutné doňho zahrnúť i všetkých rodinných príslušníkov. Potreba účasti rodiny na terapii je obzvlášť dôležitá práve počas doliečovacieho procesu. Rodinní príslušníci veľmi často považujú obdobie po liečbe za koniec útrap, ktoré ich sprevádzali v dobe rozvoja závislosti, a nemajú už ochotu, popri prípade silu, ďalej sa adaptovať na prichádzajúcu zmenu. *„To samozrejme platí i pre zmeny prinášajúce zlepšenie komunikácie alebo vzťahu, eventuálne súžitia,“* vysvetľuje Pavelová, ktorá má bohaté odborné skúsenosti s prácou v oblasti závislosti.

V A-klubu Maják sa zameriavajú na znovuoobnovenie aktívnej adaptácie na spoločenský systém a plnohodnotnej reintegrácie do spoločnosti, čo podmieňuje dosiahnutie takých zmien v správaní, ktoré závislému umožnia návrat do reálneho života v prirodzenom sociálnom prostredí. Hlavnými aktivitami združenia sú predovšetkým pravidelné, dvakrát mesačne konané stretnutia abstinujúcich členov A-klubu a ich rodinných príslušníkov. Ďalej v A-klubu Maják robia terénne aktivity – jednodňové, víkendové a týždňové pre rodiny abstinujúcich. Rovnako ponúkajú sociálne poradenstvo pre partnerov a deti závislých a skupinovú sociálnu terapiu rodín. *„Práca je založená na svojpomoci*

a dobrovoľníctve, preto doteraz nemáme v pracovnom pomere personál. Všetci spolupracovníci pracujú v oblasti riešenia závislosti a majú dlhoročné skúsenosti v doliečovacom procese abstinujúcich a ich rodín,“ upresňuje spoluzakladateľka združenia.

A-klub Maják organizuje aktivity pre abstinentov a ich rodinných príslušníkov s cieľom zlepšiť ich kvalitu života a pomôcť pri prekonávaní rôznych ťažkostí, vznikajúcich v rodinách závislých. *„Stretnutia členov klubu vychádzajú na 65 dní v roku, čo je nesmierne vysoké číslo, ktoré svedčí o príťažlivosti aktivít klubu a záujme zo strany abstinujúcich a ich rodinných príslušníkov,“* domnieva sa garantka združenia. Okrem jednodňových aktivít a stretnutí A-klub každoročne organizuje lektorované terénne terapie abstinentov a ich rodinných príslušníkov. Za desať rokov sa celkovo zúčastnilo terénnych aktivít 1 340 absolventov. Letných terénnych terapií sa v priemere zúčastnilo 60 osôb, takže dohromady asi 540 účastníkov. Na trojdňových terénnych pobytoch sa pohybovala účasť v priemere okolo 35 osôb, čiže spolu okolo 800 účastníkov.

V apríli 2007 dostal A-klub Maják do užívania budovu v Nitre, kde otvoril Centrum poradenstvo-intervenčných služieb v oblasti závislosti a plánuje rozšíriť oblasť pôsobnosti na širšiu sieť závislých a ich rodinných príslušníkov zavedením nových sociálnych služieb. *„Z našich dlhoročných skúseností vieme, že takéto centrum v nitrianskom regióne chýba a je našou snahou to zmeniť,“* konštatuje Pavelová.

V súčasnosti, od júla tohto roku, zamestnáva združenie jedného pracovníka, postupne plánuje rozšíriť personálne obsadenie o odborníkov z oblasti závislosti, psychológie a sociálnej práce s cieľom poskytovania kvalitných služieb. Rozvoj dobrovoľníctva podporí prostredníctvom študentov Katedry sociálnej práce a sociálnych vied FSVaZ UKF v Nitre, ale i iných katedier.

Pavel Bajer

Zvyšovanie kvality života motivuje klienta k zmene – aktívna práca so závislými v OZ Prima

Činnosť občianskeho združenia Prima predstavuje výkonná riaditeľka OZ Prima Mgr. **Barbora Kuchárová**. V OZ Prima založili svoju činnosť na princípoch harm reduction. S klientmi pracujú formu terénnej sociálnej práce – streetwork.

Ako ste sa, ako mladá klinická psychologička, dostala k práci sociálnej pracovníčky a streetworkerky v bratislavských uliciach? Nemali ste strach z určitého rizika vyplývajúceho z tejto práce?

Nemyslím si, žeby som zmenila profesiu, stále sa prežívam ako klinická psychologička pracujúca v problematike závislostí. Práve programy terénnej sociálnej práce formou harm reduction (redukcia negatívnych dôsledkov užívania drog) v sebe totiž akcentuje potrebu multidisciplinárneho prístupu. Na ulici pri priamej práci s klientom nemotivovaným pre liečbu či zmenu životného štýlu vedľa seba stoja profesie sociálneho pracovníka, psychológa, lekára či právnik.

K druhej otázke o strachu by som po pravde povedala, že určitý stupeň obáv pri rozbehu projektu som určite mala, ale takéto obavy sa vždy spájajú s niečím novým a určite boli umocnené mýtami, ktoré okolo injekčných užívateľov drog panujú. Samozrejme, ako náhle sme začali s našimi klientmi pracovať, obavy sa rozplynuli. Nie sme pre nich konfrontačné osoby, nepenalizujeme ich, nevyžadujeme akceptáciu nášho životného štýlu a predovšetkým im pomáhame, takže sa k nám správajú primerane.



Mgr. Barbora Kuchárová

Z akých princípov vychádza činnosť vášho združenia? Aké sú vaše hlavné ciele?

Základnou filozofiou našej organizácie okrem akceptácie princípov harm reduction je viera, že zvyšovanie kvality života motivuje klienta k zmene. Medzi naše hlavné ciele patria:

Charakteristika OZ Prima

Občianske združenie Prima je mimovládna nezisková organizácia združujúca mladých profesionálov a dobrovoľníkov, ktorej cieľom je prispieť k riešeniu drogovej problematiky, a to s dôrazom na realizáciu projektov v oblasti harm reduction (redukcia poškodení spôsobených užívaním drog). Združenie prevádzkuje prvé nízkoprahové zariadenie na Slovensku a realizuje projekt streetworku (terénnej práce). Cieľovou skupinou oboch projektov je riziková mládež a aktívni užívatelia drog, ľudia pracujúci v sex biznise a bezdomovci v Bratislave. Hlavným cieľom práce združenia je minimalizácia zdravotných a sociálnych rizík spojených s užívaním drog, a to nielen pre užívateľov, ale aj pre ich sociálne okolie. OZ Prima vznikla v roku 1998. Od svojho vzniku až doteraz pôsobí v problematike drogových závislostí. Viac informácií na stránke: www.primaoz.sk.

- minimalizácia zdravotných a sociálnych rizík spojených s užívaním drog a prostitúciou
- prevencia šírenia HIV, hepatitídy a iných infekčných ochorení
- motivovať klientov k menej rizikovému užívaniu drog a bezpečnému sexu
- nadviazanie kontaktu s cieľovou skupinou a motivovať ich pre postupné zaradenie sa do majoritnej spoločnosti

Určite sa stretávate pri vašej činnosti s mnohými problémami súvisiacimi s klientmi, úradmi, poslancami, financovaním..., vedeli by ste menovať najčastejšie prekážky, ktoré vaše OZ stretávajú, resp. priamo ohrozujú jeho existenciu?

Medzi najčastejšie problémy patrí nestabilné financovanie zo strany štátu a donorov, ktoré tento rok priviedli celú problematiku harm reduction ku kolapsu. Absurdnou je i nepodpora danej problematiky z kruhov profesionálov pracujúcich v iných oblastiach práce so závislosťami. V poslednej dobe sa stretáme s väčšou podporou ľudí z iných oblastí napomáhajúcich profesií, ako aj zo strany laickej verejnosti.

Napriek uvedeným problémom možno konštatovať, že ste sa už etablovali a fungujete bez existenčných problémov. Môžete podrobnejšie priblížiť fungovanie spolupráce s orgánmi verejnej správy?

Myslím, že patríme medzi problematiky, ktorým výrazne pomohol vstup Slovenskej republiky do Európskej únie. Ja a moji kolegovia pracujeme v mnohých komisiách ako experti. Rovnako sa podarilo po viac ako desiatich rokoch etablovať problematiku harm reduction. Spolupráca s orgánmi verejnej správy je predovšetkým na úrovni komunitného plánovania. Rovnako je cítiť, že v oblasti sociálnej pomoci pracuje čím ďalej tým viac profesionálov, absolventov sociálnej práce.

Kto všetko sú vaši klienti a koľkým približne poskytujete služby vo vašom regióne?

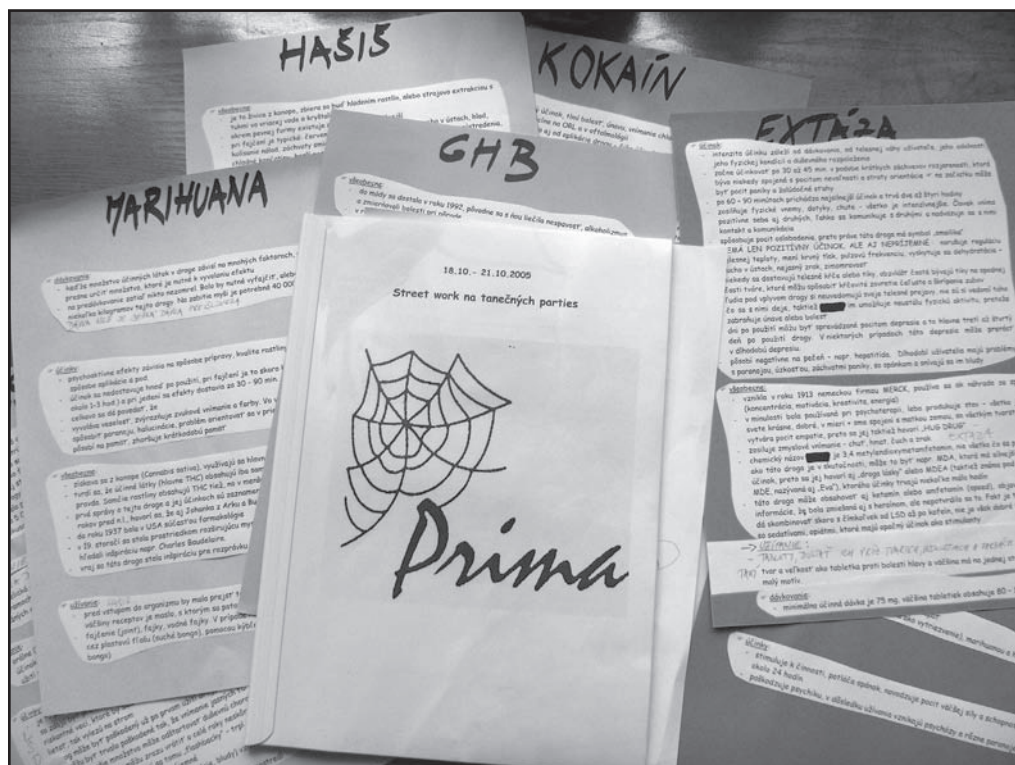
Našími klientmi sú predovšetkým aktívni užívatelia drog (najmä injekční), ľudia pracujúci v sex biznise, bezdomovci a pouliční alkoholicy. V minulom roku sme poskytli službu výmenného alebo iného programu 1 384 klientom, s ktorými sme mali 5 713 kontaktov v 307 službách.

Koľko ľudí pracuje vo vašich projektoch, spolupracujete aj s dobrovoľníkmi?

V programoch OZ Prima pracuje 12 terénnych sociálnych pracovníkov – streetworkerov, dva sociálni asistenti, dva lekári, traja koordinátori, supervízorka, ekonómka a ja ako výkonná riaditeľka, teda spolu 22 ľudí. S dobrovoľníkmi nespolupracujeme, rozhodli sme sa ísť smerom profesionalizácie našej práce, chceme etablovať profesiu streetworkera ako samostatnú špecializáciu. Prácu dobrovoľníkov v našom prostredí limituje aj rizikovosť prostredia, v ktorom pracujeme napríklad smerom k prenosu infekčných ochorení. Naši pracovníci majú povinné očkovania, ktoré sú drahé a nevieme ich pre dobrovoľníkov zabezpečiť.

Ktoré programy pomoci závislým považujete za najúčinnnejšie, vedeli byste v tejto súvislosti dať aj nejaké odporúčania pre zmenu súvisiacej legislatívy (napr. legalizácia tzv. mäkkých drog a pod.)?

Na túto otázku by som rada odpovedala z iného uhla pohľadu, účinnosť nevidím iba v jednotlivých programoch, ale predovšetkým v ich systematickom a zmysluplnom presieťovaní. Rovnako je pre mňa dôležitá v téme efektivity široká ponuka rôznych služieb pre závislého klienta. Samozrejme najefektívnejšie programy sú tie, ktoré akceptujú potreby klienta či už v oblasti liečby či resocializácie. Smerom k legislatíve, žiaľ podrobne poznám proces dekriminalizácie cannabisových produktov v Holandsku, tak sa mi zase odpovedá nejednoznačne. Podľa mňa je nutné predovšetkým rozbehnúť samotný proces smerujúci k legislatívnej zmene, a to tak ako v Holandsku na profesionálnej úrovni. A ešte dôvetok: Patrím medzi profesionálov, ktorí neakceptujú delenie drog na mäkké a tvrdé.



Informačné materiály združenia Prima. Foto: Michal Oláh

Čo je najväčšou prekážkou pri kontakte s klientmi (závislými)? Viete zhodnotiť vývoj vzťahov medzi streetworkermi a klientmi za obdobie, čo pôsobíte v danej lokalite?

Na začiatku to bola nedôvera a strach z nášho možného prepojenia s políciou či inými úradmi. Po desiatich rokoch práce v tejto komunite máme s našimi klientmi veľmi dobré vzťahy založené na vzájomnej akceptácii a spolupráci.

Jednou zo základných metód vašej práce so závislými je „harm reduction“ – redukcia škôd spôsobených užívaním drog. Aké výhody a limity vidíte pri tejto práci?

Nevýhodou, aj keď ja to ako nevýhodu nevnímam, je nemožnosť práce či intervencie postavenej na mocenskom princípe experta. Výhoda, a pre mňa tá najväčšia, je sprevádzanie klienta v jeho potrebách a osobných zmenách, ktoré vnímam ako vysoko efektívne.

Aké máte ďalšie plány, budete rozširovať vaše aktivity?

Samozrejme budeme rozširovať naše aktivity, pretože terénny sociálny program musí prispôbovať svoje služby meniacej sa drogovej scéne. Rozbiehame projekty zamerané na prácu s užívateľmi syntetických drog a chceme sa zamerať i na prácu s mladistvými.

Pripravil Michal Oláh

Drop In nabízí závislým ženám-matkám strukturovaný substituční program

Program zaměřený na gravidní ženy a matky s drogovou anamnézou realizují v Centru pro rodinu o. p. s. Drop In. Ambulantní program si klade za cíl dosáhnout abstinence matek. Podle vedoucí terapeutky **Simony Sedláčkové** momentálně mají v centru evidováno kolem 260 klientů, z toho asi 160 klientek. Do dvouletého programu je přijato vždy okolo 40 klientek, pochoptitelně ne všechny program dokončí. Pro pracovníky centra je zásadním kritériem úspěchu, když dítě zůstává v péči klientky. V její péči zůstává jedině tehdy, když klientka přesvědčila okolí – tedy nejen pracovníky centra, ale také orgán sociálně právní ochrany dětí a své rodinné příslušníky, že je schopna fungovat jiným životním stylem a chová se odpovědně.

Vypovídají o něčem údaje, které říkají, že každý třetí člověk závislý na drogách v Česku je žena?

Tyto údaje se týkají podle mých informací spíše alkoholu. Česká republika je se spotřebou alkoholu na jednom z prvních míst v Evropě a opravdu jedna třetina alkoholiků jsou ženy. U návykových látek, tedy drog, lze 0,4 % populace zahrnout mezi uživatele drog. Z tohoto počtu uživatelů je skutečně třetina žen. Za důležité považuji zmínit, že do počtu 0,4 % závislých na návykových látkách se počítají osoby, které užívají drogy neustále, přestaly kvůli nim pracovat, žijí na ulici.

Česko také patří v EU k zemím, kde se ženy k závislostem přiznávají nejvíce. Svědčí tento fakt o něčem?

Spíše to svědčí o tom, že se v ČR realizují strategie v prevenci užívání návykových látek. Už v polovině 90. let se praktikovaly v ČR výměnné programy nastavené jinak než původní AT ordinace. Téma závislosti na drogách se začalo odtabuizovávat a s tím souvisí fakt, že se ženy v ČR začínaly přiznávat k braní drog, více jsou ochotny hovořit o svých problémech a vyhledat odbornou pomoc. To je rozdíl od jihoevropských zemí, kde je silné procento populace věřících katolíků. V těchto zemích se téma závislosti na drogách stále tabuizuje a uživatelé se neradi k braní drog hlásí. Tito uživatelé prožívají hluboký pocit viny vůči své rodině.

Co vlastně vede ženu k tomu, že začne užívat drogu?



Simona Sedláčková

Existuje několik hypotéz. Jednou může být přílišná obliba štíhlých a drobných žen u mužů. Řada mladých dívek užívá nelegální látky, které umožňují výrazný úbytek váhy, s tím jsou však spojeny silné psychické změny.

Dílčím důvodem může být, že české ženy jsou muži velmi málo oceňovány. Na jihu Evropy jsou naopak ženám od mužů skládány neustále komplimenty.

Dalším vlivem, který nakonec přivede ženu k závislosti, je zamilování se do muže, který užívá drogy. Ve snaze mu pomoci bohužel sama spadne do drogové závislosti. Stává se, že nedokáže od závislého muže odejít, protože se nemá kam vrátit, v původní rodině prožila velké psychické trauma.



Ilustrační foto: interný materiál združenia Storm.

Jeden z dalších důvodů je nedostatečné bezpečné a citové zázemí v dětství, nebo také velmi citlivá osobnost, která není schopna vyrovnat se s požadavky okolí. Vysvětluje to fakt, že dvě děti z jedné rodiny nemusí být vždy závislé. Je to vždy individuální a nerada bych, aby to, co jsem uvedla jako jeden z mnoha příkladů, působilo jako dogma.

Jaké jsou rozdíly v užívání drog mezi muži a ženami?

Obľeba návykových látek se hodně mění. Nemáme přehled o uživatelích drog, především o těch, kteří nevyhledají pomoc. Jde především o uživatele pervitinu, kokainu a extáze. Dalo by se však říct, že muži brzy docházejí k opíatům typu heroinu.

Jaké ženy jsou vašimi klientkami?

Našimi klientkami jsou ženy, které mají v anamnéze užívání návykové látky a jsou buď gravidní, mají v péči dítě, nebo jim bylo dítě z péče odebráno. Tyto ženy musejí chtít

spolupracovat, podílet se na programu, dodržovat jeho podmínky. K nim patří i dodržování abstinence. Pokud ji nedokáží dodržovat, musí alespoň plnit podmínky substitučního programu.

Může nás vyhledat i nezletilá matka, v těchto případech spolupracujeme s orgány sociálně-právní ochrany dětí.

Jak se snažíte těmto ženám pomoci, co jim nabízíte?

Máme strukturovaný dvouletý program, který funguje sedmým rokem. Skládá se z několika fází. Klientky, pokud zvládají program, přestupují z jedné fáze do další.

Jaká jsou specifika navázání prvního kontaktu se závislými ženami, na co se zaměřujete v úvodní fázi?

Zaměřujeme se na méně formální navázání kontaktu. Klientky se k nám dostanou z terénu, nebo je přivedou kamarádky, případně je na nás odkážou sociální pracovnice z porodnice.

V první fázi klientce nabízíme respekt k její objednávce, zprostředkovanou spolupráci s gynekologem, později porodníkem. Klientka může docházet na přípravu k porodu. Dále nabízíme klientce sociální práci včetně psychologických služeb.

Co je náplní ambulantního programu?

Náplní ambulantního programu je pravidelné setkávání dvakrát až třikrát týdně. Klientka je monitorovaná, především co se týče jejích postojů k návykovým látkám. Je s ní navázán kontrakt ohledně další spolupráce. Musí dodržovat určitá pravidla, přijít bez známek intoxikace nelegálními látkami. Monitoruje se její péče o dítě, její psychický stav. S klientkami se dělají individuální plány, společně se zaměřujeme na to, čeho chce klientka dosáhnout v oblasti duševní a sociální, tedy bydlení, asistence při zajišťování sociálních dávek. Zjišťujeme, který model bydlení by byl pro ní vhodný, také je nutné stabilizovat její zdravotní stav.

Podle čeho, v jakých případech rozhodnete o odeslání klientky do ústavního léčebného programu?

Jde spíše o doporučení, pokud jsou klientky zletilé, musí s rozhodnutím o ústavní léčbě souhlasit. Ústavní léčbu doporučujeme v případech, když klientky navštěvují ambulantní program méně často, nepravidelně, zapomínají termíny setkání, nespolupracují, docházejí intoxikované a vidíme, že naše léčba není efektivní. Ústavní léčbu doporučujeme rovněž klientce, která nemá bydlení, žije na ulici. Klientku také odesíláme do ústavního léčebného zařízení, když ohrožuje sebe i ostatní, její chování postihuje blízké rodinné příslušníky a závislost zapříčiňuje finanční problémy, dostává se do potíží ze zákonem.

Co je nutné ze strany klientek k tomu, aby mohly být přijaty do třetí růstové fáze? Co se zde klientky naučí?

Pro tuto fázi je důležité, aby klientky zvládaly bazální potřeby v péči o sebe a rozhodně zvládaly péči o dítě. Jedná se o zvládnutí komplexu sociálních dovedností, zajištění potřeb pro rodinu, některé ženy si musí najít zaměstnání. Důležitý je sebenáhled na vlastní životní situaci.

Třetí, růstová fáze je určitou introspekci. Zaměřuje se na potřeby klientky, kombinuje se s psychotherapeutickými prvky, klientky už dosáhly určitého sebenáhledu, pracují na své sebereflexi, na svých potřebách. V této fázi často začínají více reflektovat své partnerské vztahy, které mnohdy byly účelové. Klientky se učí být připraveny na život, neřeší se drogy, ale psychologické problémy. Klientky z růstové fáze přicházejí ještě na doléčování.

Je dostatek sociálních zařízení pro závislé ženy?

Náš program je jediný v republice. Na program v současné době spolupracujeme s 1. LF, katedrou adiktologie, a se ZSF JU. Úzce s námi spolupracuje terapeutická komunita Karlov, sdružení Sananim, kam se ženy chodí léčit. A dr. Preslová v denním stacionáři Sananimu zase poskytuje diagnosticko-diferenciální filtr k přijetí do terapeutické komunity. Tyto programy bude nutné rozšiřovat nejen v oblasti uživatelé návykových látek, ale i v problematice domácího násilí, anorexie. V současné době se propaguje multidisciplinární přístup, tedy bio- psycho-sociální faktor. V současné době programy fungují tak, že poskytují buď sociální práci, nebo zdravotní péči, nebo jenom péči psychologickou. Smyslem těchto programů je, aby byly zaměřeny psychosociálně.

Připravil Pavel Bajer

V doléčovacím centru má často relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam

Doléčovací centrum o. s. Sananim zajišťuje následnou péči v oblasti léčby drogových závislostí. Kromě ambulantního doléčovacího programu centrum nabízí program chráněného bydlení. Jaké jsou cíle programu a co vše v centru nabízejí závislým osobám, přibližuje vedoucí zařízení Mgr. **Pavla Makovská Dolanská**, která pracuje v o. s. Sananim na různých pozicích od roku 1996.

Co znamená následná péče? Čím vším už klient musel projít, aby mohl být přijat do doléčovacího centra?

Následná péče v našem pojetí znamená, že jde o péči pro uživatele návykových látek, kteří prošli určitým typem léčebného zařízení a abstinují. Ve velké míře naši cílovou skupinu tvoří klienti s dokončenou ústavní nebo komunitní léčbou. Část našich klientů však léčebné zařízení opustila předčasně a léčbu řádně nedokončila. Skutečnost, zda klient pobyt v léčebném zařízení řádně uzavře, či neuzavře, ještě není odpovědí na to, zda klient bude nadále abstinovat a proces resocializace proběhne zdárně a úspěšně. Z menší části pečujeme také o klienty, kteří za sebou nemají žádnou léčbu, přesto se jim daří abstinovat.

Máme tedy široké spektrum klientů, ale základní podmínka pro vstup do doléčovacího centra – abstinence – platí pro každého. Klient musí abstinovat minimálně po dobu tří měsíců, pak může vstoupit do strukturovaného následného programu. Naše služby nejsou určeny klientům, kteří aktuálně užívají návykové látky a ještě nedospěli k rozhodnutí svůj problém řešit. Takovéto klienty odkazujeme obvykle na kolegy z nízkoprahového kontaktního centra.

Když zjistíte, že si klient znovu vzal drogu, přerušíte s ním spolupráci?

V žádném případě. Každé doléčovací centrum musí pracovat s relapsem. Musím říct, že velká část našich klientů projde jedním nebo opakovaným relapsem. S relapsem pracujeme za předem stanovených podmínek a pravidel. V první řadě klient nikdy nesmí přijít do prostor doléčovacího centra pod vlivem návykových látek nebo alkoholu. Pokud

k tomu dojde nebo přinese drogu či alkohol do centra, je to důvod pro vyloučení z programu chráněného bydlení i z ambulantní skupiny. Pak jednáme s tímto klientem o tom, v jaké podobě a za jakých podmínek mu budeme poskytovat další služby. Pokud je klient rozhodnut i nadále abstinovat, obvykle se vrací do ambulantního programu doléčovacího centra. Jestliže klient zrelapsuje, oznámí to týmu a je ochoten svůj relaps řešit a nadále abstinovat, pak není relaps důvodem pro vyloučení z programu. Často má relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam. Řada klientů si po proběhlém relapsu potvrzuje, že jejich rozhodnutí abstinovat bylo správné a zneužívání drog pro jejich život už není řešení. Při opakovaných relapsech s klientem často musíme hledat možnost opakovaného pobytu v léčebném zařízení.

Jaké předpoklady musí klienti splňovat k nástupu do doléčovacího centra?

K tomu, aby mohli nastoupit do programu chráněného bydlení, jim musí být nejméně 18 let. Dále musí mít řádně dokončenou pobytovou léčbu trvající minimálně šest měsíců. U klientů předpokládáme nalezení legálního zdroje příjmů, aby si mohl vlastními prostředky hradit nájemné a další životní potřeby. Pro vstup do ambulantního programu je nutná tříměsíční abstinence, věk nad 15 let, a jak již bylo řečeno, motivace k dalšímu životu bez návykových látek.

Jaký je denní program klientů, kteří se účastní doléčovacího programu?

Vzhledem k tomu, že jedním ze základních cílů doléčování je zapojení klienta do běžného života, musí denní program v doléčovacím centru co nejvíce odpovídat běžnému životu.



Ilustrační foto: Michal Oláh

Z tohoto důvodu je provoz doléčovacího centra prodloužen do večerních hodin tak, aby klienti mohli bez omezení chodit do zaměstnání a zároveň se bez komplikací zúčastnit terapeutického programu. Klienti si svůj denní program vytvářejí sami, ale plánovat ho musí předem v rámci tzv. týdenních plánů. Plány jim pak musí podepisovat garant, do jisté míry se snažíme mít o plánech klienta přehled. Povinností klienta je zahrnout do svého týdenního plánu terapeutický program v rozsahu stanoveném kontraktem. Obvykle se jedná o jednu individuální konzultaci s garantem a jeden až dva skupinové programy týdně, dobrovolné jsou pak volnočasové aktivity. Doléčování si také klade za cíl, aby se klientovi podařilo rozšíření jeho sítě blízkých osob mimo doléčovací centrum. Proto podporujeme klienty v aktivitách mimo centrum, např. o víkendech.

Jak je zaměřen program, co vše obsahuje? Jaké jsou jeho cíle?

Doléčování má sloužit k dokončení procesu resocializace, který u řady klientů trvá i ně-

kolik let. Primárně se program nezaměřuje psychoterapeuticky, ale psychosociálně. Tedy na stabilizaci klienta ve všech oblastech života tak, aby mohl abstinovat a svou abstinenci využívat jako prostředek k dosažení spokojenosti v životě. Základním tématem odborného programu je prevence relapsu. Do prevence relapsu v širším pojetí patří v podstatě veškerá témata týkající se klientovy aktuální situace, životních situací, vztahů a plánů. Na prevenci relapsu je zaměřena tematická skupina. Vedoucí skupiny do ní vnáší jednotlivá témata prevence relapsu, kterými mohou být: volný čas, chuť na drogy, jak vycházet z lidmi v zaměstnání, vztahy s rodinou apod. Na podpůrné a dynamické skupině se řeší aktuální témata klientů. Ta jsou si v prvních měsících abstinence u řady klientů velmi podobná. Klienti jsou často nespokojeni, nezvládají běžné denní úkony či vztahy a během doléčování znovu hledají motivaci, zda má abstinence smysl. Na skupině chráněného bydlení řešíme s klienty provozní věci ohledně domu, rozdělují se úklidy. V další části této skupiny

hodnotí, co se jim podařilo za uplynulý týden, a definují svá problematická témata.

Pracujeme také se specifickou skupinou klientek matek, které u nás absolvují program společně se svými dětmi, pro ně je určen specifický skupinový program. Maminky ve skupině řeší své doléčování, vztahy s dětmi, jejich výchovu, partnerské vztahy.

Jednou za 14 dní také máme skupinu pro rodiče našich klientů.

Jaký bývá obvyklý počet klientů na skupině a jak dlouho skupiny trvají?

Všechny skupiny probíhají jednu týdně v rozsahu 90–120 minut.

Na skupině chráněného bydlení je počet klientů zhruba 20, na ostatních se snažíme omezit počet klientů na 12.

Co je cílem programu chráněného bydlení?

Cíle jsou podobné jako u ambulantního programu, tedy zapojení klienta do běžného života. Chráněné bydlení je určeno pro klienty, kteří mají obtížné sociální podmínky. Často k nám nastupují klienti nepocházející z Prahy, obávají se návratu do svého regionu vzhledem ke své drogové minulosti.

Chráněné bydlení je trénink na samostatné bydlení, klienti zde mají byt s kuchyní a sociálním zařízením, o nějž se společně se spolubydlicími starají, uklízejí, nakupují, platí nájem. Většina klientů po dokončení programu odchází bydlet samostatně, obvykle formou pronájmu bytu. Chráněné bydlení bývá často posledním krokem směřujícím k odpoutání klienta od rodiny a ke skutečné dospělosti.

Daří se naplňovat cíle programu? Co je pro vás úspěšná léčba?

Úspěchem je, když klient abstinuje a je spokojený v životě a dokáže přijmout život takový, jaký je, a neřeší problematické situace nadměrným pitím alkoholu nebo bráním drog, má uspokojivé vztahy s rodinou, partnerské vztahy, zaměstnání.

Úspěšnost léčby se procentuálně obtížně sleduje. Abychom vyhodnotili úspěšnost, bylo by nutné sledovat klienta v dlouhodobějším horizontu aspoň po dobu pěti let, což u řady klientů není možné, protože po dokončení doléčování nejsou s naším zařízením v kontaktu.

Co je náplní činnosti sociálního pracovníka v doléčovacím centru?

Řada členů v týmu má sociální vzdělání, sama jsem původním vzděláním sociální pracovník. Tento směr je mi blízký. Těžko se odděluje, co je v rámci doléčování sociální práce a co už není. V obecném pojetí, vše, co děláme, považuji za sociální práci, protože naše úsilí směřuje ke stabilizaci a samostatnému fungování klientů.

Sociální pracovnice v týmu nevede terapeutické skupiny a nedělá garantské pohovory, ale věnuje se sociální oblasti. S klientem, který k nám přijde, udělá sociální anamnézu: zjistí, zda má dluhy, zda má soudní potíže, u maminek, jak to mají s dětmi, komu jsou svěřeny do péče, jaká je vyhlídka bydlení. Pak spolu s klientem plánuje postupné řešení. Sociální pracovnice komunikuje s různými institucemi, píše zprávy, žádosti, dohlíží, zda klienti splácejí dluhy. Je to velmi důležitá součást celého doléčování.

Připravil Pavel Bajer

Chci vrátit životu dluh, říká vedoucí K-centra Noe, který sedmnáct let bral drogy

Mgr. Jaroslav František Žák je vedoucím K-centra Noe v Třebíči. V roce 1993 patřil k lidem, kteří stáli u zrodu zařízení. Nyní po téměř patnácti letech stále nachází ve své práci smysl a uspokojení. Sam dobře ví, jak důležité je potkat v mezích životních situacích člověka, který vám nabídne pomocnou ruku. Možnost pomáhat drogově závislým lidem, mezi které část svého života patřil, chápe jako výzvu a příležitost ke změně a osobnímu růstu.

Co vás přivedlo k práci s drogově závislými lidmi? Proč jste si zvolil právě tuto oblast?

Je pravda, že drogová subkultura je mi velmi blízká, protože jsem z ní vyšel. Mezi uživateli drog jsem se pohyboval šestnáct let a v jedné etapě svého života jsem i drogy bral. Začal jsem v necelých šestnácti a skončil přibližně ve třiatřiceti. Poté, co jsem prošel léčbou, jsem dostal od kamaráda nabídku pracovat v této oblasti, a tak jsem ji využil. Zpočátku se mi do toho nechtělo, ale pochopil jsem, že mám příležitost něco změnit a začít na sobě pracovat.

Jaké drogy jste vyzkoušel?

V době před revolucí byla jiná nabídka drog. Zkoušel jsem halucinogenní tablety, marihuanu i opiáty, ale nemůžu říct, že bych v té době byl primárně závislý na nealkoholových drogách. Pak jsem přešel na pervitin a tehdy nastal rychlý propad, který měl velký vliv na můj život. Ten se podřídl droze. V té době přišla revoluce a v roce 1993 jsme nastoupil na léčbu.

Souvisel váš příklon k drogám například se špatným rodinným zázemím? Nebo jste měl v dospívání především problémy sám se sebou?

Nikdy není jen jeden důvod. Měl jsem především osobní problémy. Trpěl jsem tloušťkou a těžko se mi navazovaly vztahy. I v třídním kolektivu jsem vždy trpěl pocitem, že nejsem stejný jako ostatní. V té době mě svými postoji k životu oslovila drogová subkultura, která primárně nebyla jen o drogách. Byla to subkultura hippies sedmdesátých let. Obdivoval jsem lidi, kteří nosili dlouhé vlasy a nepoddávali se režimu. Vždy mi přišlo, že si žijí hodně svobodně a nepodřizují se společenskému diktátu. Také se mi líbila jejich otevřenost –



Mgr. Jaroslav František Žák

mohl jsem mluvit, o čem jsem chtěl, a oni mě brali takového, jaký jsem byl. V tomto prvopočátku nebyly drogy tím hlavním smyslem, bral jsem je spíš jen jako doprovod něčeho jiného. Všechno se pak hodně změnilo až užíváním pervitinu.

Je jedním z důvodů, proč člověk vyzkouší drogu, i pocit nudy a bezesmyslovosti života?

Jsou různé skupiny lidí. Vždy je několik příčin. Drogy nemusí být jejich hlavní problém, ale mohou být odpovědí na tento problém. Odpovídají na vlivy prostředí. Lidé mohou pocházet z nefunkčních rodin nebo je něco v jejich prostředí špatně. Svoji roli mohou hrát i genetické dispozice. Když mají lidé sklon k závislostem, stačí pak jen malý podnět. A velkou roli hraje také osobnostní stránka člověka.

Jaké má hodnoty v životě, nakolik je ochoten a schopen za ně bojovat. Myslím, že pokud někdo vyzkouší drogu, může to být zvědavost, může to být nuda, ale pokud v ní setrvává, je to proto, že droga mu dává odpověď na nějaký problém.

Mělo na vaše rozhodnutí skončit s drogami vliv i nějaké náboženství?

Ano. Během svého vývoje v drogách jsem poznal věřící kamarádka. Tehdy mě to hodně oslovilo. Bylo to pro mě období nejzazší abstinence – rok a půl. Pak jsem se k drogám opět vrátil, ale křesťanství tam pro mne vždycky bylo a provází mě dál. Mám však hodně oddělenou víru a profesionální způsoby práce. Nemyslím si, že by se to nějak vylučovalo. Myslím, že člověk může být dobrý profesionál a může být také dobrým věřícím. Víra je pro mne především dobrý praktický život podle určitých etických hodnot.

Myslíte si, že vám při vaší práci s drogově závislými pomáhá to, čím jste si prošel? Vědí klienti o vaší minulosti?

Nevím, jestli všichni, ale část klientů to o mně určitě ví. Moje zkušenost s drogami má svá pozitiva i negativa. Pozitivní je snazší empatie, protože jsem si část problémů vyzkoušel na vlastní kůži. Rozumím jim, když mluví o některých věcech. Lépe se mi s nimi komunikuje, protože mám osvojený jejich slovník. Z druhé strany je pravda, že člověk může empatii i ubližovat. Oni vždycky nepotřebují, aby jim lidi porozuměli. Potřebují také nastavit pravidla a podobně. V tomto směru se cítím trochu oslabený. Dále je tady nebezpečí toho, že ztratím kvůli svým dřívějším prožitkům odstup. Každý člověk je individuální osobnost, u každého jsou příčiny drogové závislosti jiné. Hlavní úskalí vidím v tom, že bych při své práci mohl mnohem víc vycházet ze svých zkušeností, ze sebe samého, což mi může bránit v tom, abych viděl jejich pohled. Ale já o tom vím, snažím se hlídat a pracovat s tímto omezením v rámci supervize.

Zmínil jste se, že v tomto zařízení jste nejdéle ze všech zaměstnanců. Myslíte si, že u této práce zůstanete?

(smích) To jste uhodila hřebíček na hlavičku. Pochopitelně tato práce velmi unavuje. A člověk někdy touží dělat i jiné věci. Na druhé straně já mám takovou vlastní životní filozofii, která mi únavu pomáhá překonávat. Je poznamenána svým vlastním příběhem – cítím k životu určitý dluh, který mu chci vrátit. Nepracuji jen tady na kontaktním centru. Mám hodně vedlejších aktivit. Učím v terapeutické komunitě. Pracuji jako lektor vzdělávacích programů. Pracuji pro ministerstvo jako certifikátor. Snažím se věnovat sociální práci také obecně a nezaměřovat se jen na drogovou problematiku. Navíc si dále rozšiřuji vzdělání. Dodělal jsem střední školu, dálkově bakalářské a magisterské studium. Absolvoval jsem psychoterapeutický výcvik, výcvik managementu a další vzdělávací kursy.

A měl jste někdy okamžik, kdy jste rozvažoval, zda má vůbec smysl v tomto sektoru pracovat?

Určitě. Člověk prochází také nějakým vývojem. Pracuji na pozici manažera, vedoucího zařízení, takže jsem se musel hodně učit. Někdy dochází k opravdu těžkým okamžikům, kdy člověk musí přijmout vlastní chyby, naučit se s nimi pracovat a něco s nimi udělat. To byly chvíle, kdy jsem si říkal, jestli by nebylo lepší, kdybych někde jen prodával. Právě práce na sobě a sebereflexe je velmi obtížná. Pro člověka je přirozené, že se vyhýbá tomu, co je obtížné, a raději to neřeší. Pro mne je to však známka nebezpečí. Pokud si člověk nevyřeší své vlastní problémy, opět se vrací ke drogám jako způsobu nejrychlejšího úniku.

Je tedy pro vás činnost v drogové problematice vedena i pudem sebezáchovy?

Já si nemyslím, že bych musel dělat jen v drogové problematice. Dnes už jsem si vytvořil vlastní rodinu, mám dobré zázemí. Chci však některé věci dotáhnout do konce. Říkám si, že by byla škoda, kdybych teď odešel. Až tady jednou skončím, zůstanu sice v problematice drogově závislých, budu se ale určitě věnovat něčemu jinému. To je však ještě otevřené. Stále zkouším nové věci.

Připravila Jana Kopřivová

Účinnou metodou sociální práce se u vězněných osob s drogovými problémy jeví case management

Sdružení Podané ruce nabízí drogově závislým řadu programů. Jedním z nich je drogová služba ve vězení, kterou pracovníci sdružení poskytují osobám s drogovými problémy, jež se v důsledku svého životního stylu dostaly do konfliktu se zákonem a následně do vězení. Služba je určena i klientům-uživatelům drog propuštěným z vězení a také rodinným příslušníkům a osobám blízkým klientům. U zrodu této služby stála Bc. **Olga Škvařilová**, která popisuje nejen spolupráci s vězeňskou službou, ale také zasvěceně sděluje, jakým vývojem pomoc „feťákům a kriminálíkům“ prošla a co jim pracovníci sdružení nabízejí, aby se vymanili ze spárů marginalizace a sociální exkluze.

Má generální ředitelství vězeňské služby, potažmo samotné věznice jasno v tom, jak chtějí řešit, případně jak řeší užívání drog ve věznicích?

Na tuto otázku neexistuje jednoznačná odpověď. V dokumentu Koncepce rozvoje českého vězeňství do roku 2015 se uvádí, že problematika drog ve vězeňství je závažná, protože četnost uživatelů drog je zde mnohonásobně vyšší než v běžné populaci. Nicméně se jedná o obecné záměry a konstatování, ale konkrétní podrobná koncepce či soubor protidrogových opatření není, poslední materiál byl vypracován do roku 2004.

V konkrétních věznicích se vlastní opatření realizují – jedná se zejména o zabránění průniku drog do vězení, jenže skutečnost je taková, že nikde na světě se zatím nepodařilo vytvořit taková opatření, která by průniku spolehlivě zabránila.

Co se týče práce s drogově závislými, tak je to v každé věznici jiné, byť existují podle nařízení Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR (GŘ VS) všude poradny drogové prevence, ve většině věznic bezdrogové zóny, v některých jsou specializovaná oddělení pro léčbu závislostí. Nicméně vzhledem k informacím z oficiálních zdrojů vězeňské služby (VS) o nízkém počtu specializovaných pracovníků ve věznicích a na základě vlastních zkušeností i zkušeností ostatních kolegů z nestátních neziskových organizací (NNO) si trávím tvrdit, že jsou některá opatření naplňována více méně formálně.



Bc. Olga Škvařilová

Jak hodnotíte spolupráci s vězeňskou službou?

Co se týče spolupráce s vězeňskou službou, je pro mne jako externistu znejistující dlouhodobě nejasný postoj GŘ VS ČR ve vztahu k zapojení NNO v této oblasti. Myslím, že s ohledem na nedostatek drogových odborníků z řad pracovníků VS máme co nabídnout. Jsme profesionálové a odborníci s letitými zkušenostmi v oblasti prevence a léčby drogových závislostí. Nabízíme kombinaci sociálních, poradenských a terapeutických služeb realizovaných individuálně a skupinovou formou, aktivně spolupracujeme se službami mimo vězení, což se ukazuje jako významná skutečnost v okamžiku po propuštění klientů

z vězení v rámci postpenitenciární a následné péče. V konkrétních věznicích, kde působíme již několik let, hodnotím spolupráci jako velmi dobrou a rozvíjející se podle potřeby věznic, klientů a našich možností.

Kolik procent uvězněných podle vašich poznatků užívá drogy? Mění se, vyvíjejí se druhy drog, které vězni užívají?

Drogová scéna ve vězení kopíruje drogovou scénu mimo vězení, v rámci monitoringu drog z moči (namátkového či plošného nebo dobrovolného) jsou klienti-vězni pozitivní většinou na THC, metamfetamin, amfetamin, efedrin, barbituráty, benzenodiazepany, občas opiáty, to se často jedná o Tramal, výjimečně heroin, braun, morfin. Toto je více méně neměnný seznam. Údaje na webu Vězeňské služby ČR hovoří o odhadech 38–48 % problémových uživatelů, včetně vězňů s drogovými delikty. Kolik z těchto klientů dále aktivně užívá drogy i ve vězení, není možné jednoznačně říci. Především dokumenty Světové zdravotnické organizace hovoří o neveselých číslech: 29–86 % vězňů v EU někdy užívalo nelegální drogy, 16–54 % vězňů v EU aktivně užívá nelegální drogy ve vězení, 0,3–34 % vězňů v EU je injekčními uživateli drog (IUD) a 0,4–21 % z nich začala s IUD ve vězení. Na základě těchto čísel si nemyslím, že by věznice ČR byly nějakou světlou výjimkou.

Kdo stál u zrodu drogových služeb ve vězení ve Sdružení Podané ruce (SPR)? Jakým vývojem tato služba prošla?

Když jsem v letech 1994–1996 pracovala jako kontaktní a sociální pracovník Kontaktního centra Drug Azyl Sdružení Podané ruce, často jsme se setkávali se skutečností, že klienti se dostávali do vězení, po nějakou dobu o nich nebylo slyšet a pak se opět v kontaktním centru objevili po výstupu z vězení, často v mnohem horších stavech než předtím, jednalo se nejen o užívání drog, ale i o kriminální návyky, agresivitu, hepatitidu typu C, atd. Začali jsme tedy přemýšlet, jak by bylo možné s těmito klienty být v kontaktu a pracovat, i když se ocitnou za mřížemi. V letech 1995–1997 jsme opakovaně kontaktovali ve-

dení věznic i Generální ředitelství VS ČR, ale v té době nebyla z jejich strany vůle a možná ani odvaha pustit někoho zvenčí do svého „teritoria“. Až v roce 1997 založením Vězeňské duchovní služby a nestátní organizace Vězeňská duchovenská péče (VDP) se pro nás našla cesta, jak začít ve vězení působit. Sdružení Podané ruce se stalo kolektivním členem VDP a s vědomím a souhlasem vedení věznic jsem nejprve já, pak i další kolega začali docházet do Vězeňské věznic Brno a v roce 1999 do Věznic Kuřim. Podotýkám, jednalo se o poskytování odborných drogových služeb, ne duchovní péče. V roce 2001 došlo k rozvoji projektu v důsledku naší potřeby transparentnosti a zamezení zmatkům, protože personál vězení nás často představoval klientům jako duchovní. Naše působení ve věznicích jsme formalizovali a spolupráci stabilizovali. V roce 2002 byla podepsána první Dohoda o spolupráci s Věznici Kuřim a následně v roce 2003 s VV Brno. Od roku 2006 působíme i ve Věznici Břeclav a v současné době jednáme o možnostech spolupráce s Věznici Znojmo. Zpětná vazba od personálu a vedení věznic, ve kterých působíme, je pozitivní, považují naše služby za potřebné, žádoucí a na vysoké odborné úrovni. Pravidelně se setkáváme se specialisty věznic a konzultujeme jednak vzájemnou spolupráci a její rozvoj, ale i konkrétní případy klientů a hledáme co nejlepší řešení, jak pro klienty, tak i pro věznic a společnost vůbec.

Intenzita naší práce se také velmi změnila, od původního docházení jeden den v týdnu po nynější tři až čtyři dny týdně, počet klientů narostl z prvních 15–20 klientů na cca 300 klientů ročně, což činí kapacitu našich služeb ve stávajícím personálním složení.

Do kterých věznic chodíte a kolik pracovníků se podílí na drogové službě?

Jedná se o Vězeňské věznic Brno a věznic Kuřim a Břeclav – tyto dvě věznic jsou mužské, v Kuřimi výkon trestu s ostrahou a dozorem, Břeclav – dohled a dozor.

Tým pracovníků je složen ze čtyř stálých zaměstnanců (speciální pedagog, arteterapeut, psycholog, sociální pracovník) a dvou externistů – dramaterapeut a exuser (korespondenční

motivační práce s klienty ve věznicích po celé ČR). Dále se na realizaci podílí odborný ředitel našeho Sdružení a externí supervizoři – na týmovou a případovou práci.

Z jakých principů, modelů drogová služba ve vězení vychází?

Základními principy jsou obecné, standardní modely pro drogové služby: *public health* (ochrana veřejného zdraví), *harm reduction* (snížování rizik) a *bio-psycho-sociální a spirituální model závislosti*.

Dále k tomu patří *motivační psychologie* a nutnost *kontinuity práce s klienty*. Naše služba se skládá z kombinace terapeutických intervencí a metod sociální práce. Výchozí premisou pro terapeutickou práci je předpoklad, že změna rizikového chování vyžaduje vlastní motivaci na straně klienta, která však nemůže být dosazena „zvnějšku“, ale musí vycházet z jeho vnitřních zdrojů.

S ohledem na dvojí stigmatizaci naší cílové skupiny – „feták a kriminálník“ – je užitečné se na celou situaci těchto lidí podívat prostřednictvím konceptů *marginalizace a sociální exkluze*. Těmito mechanismy jsou odsouváni jednotlivci nebo celé skupiny osob na okraj (marginalizace) nebo mimo (exkluze) hlavní proud společnosti na základě vlastní odlišnosti. Takto vyloučení jedinci se potom často spojují do skupin a vytvářejí specifické subkultury, které získávají od většinové společnosti negativní nálepky a prostřednictvím stigmatizace a stereotypizace je jim bráněno v participaci na veřejném životě. V těchto subkulturách si také jedinci vytvářejí poměrně pevné identity a specifické životní styly, většinovou společností potlačované.

Jako účinná metoda sociální práce se v případě těchto jednotlivců a skupin jeví case management, jehož smyslem je usnadnění klientova zapojení do podpůrných formálních i neformálních sítí. Základem je důvěrný neformální vztah mezi klientem a jeho klíčovým pracovníkem, tzv. case managerem. Pracovník přitom nejen poskytuje individuální poradenství klientovi, ale také aktivně působí v jeho přirozeném prostředí.

Podporou pro vznik tohoto typu služby byly i mnohé zkušenosti ze zahraniční literatury a ze

stáží ve Velké Británii a Itálii o roli a významu odborníků-externistů ve vězeňském prostředí.

Jaké typy služeb nabízíte ve věznicích? Kterou službu klienti-vězni nejčastěji využívají?

Naše služby jsou kombinací sociální, poradenské a terapeutické práce, co konkrétně převažuje, záleží na tom, zda se jedná o práci s klienty ve vězení, nebo po výstupu z vězení. Ve vězení je to zejména poradenství, terapie a motivační práce formou individuální a skupinovou (vzdělávací, prožitkové a sebezpěšovací skupiny). Po výstupu častěji realizujeme poradenskou sociální práci individuální formou, plánujeme rozšíření i o skupinovou práci se svépomocnými prvky a také vzdělávacími a sebezpěšovacími.

Ve vězení mají klienti zájem o vše, co nabízáme. Nejenže jsme někdo jiný než pracovníci vězeňské služby a může to být pro ně rozptýlení či změna, ale také hovoří o tom, že naši službu vnímají jako něco smysluplného a užitečného, často je to poprvé, co se rozhodují pro abstinenci, změnu životního stylu a nyní hledají cestu, jak ji uskutečnit. Po výstupu z vězení mají nejvíce zájem o podporu, poradenství, sociální práci – hledání zaměstnání, bydlení, řešení problémů s dluhy, zprostředkování následné léčby. Často se jedná o pokračování spolupráce s pracovníkem, se kterým byli v kontaktu již ve vězení.

Jak konkrétně realizujete pomoc během trestněprávního řízení?

Spolupracujeme s advokáty klientů, poskytujeme právní poradenství v rámci našich možností či zprostředkovaně přes Právní poradnu SPR Brno a Právní poradny Asociace neziskových organizací Praha, hledáme možnosti alternativ trestů, jednáme s Probační a mediační službou ČR. V případě motivovaných klientů, se kterými delší dobu pracujeme, píšeme k soudu reference – vyjádření o možnostech léčby a další spolupráce v případě propuštění na svobodu. Občas se stává, že jsme soudy či advokáty přizváni k hlavnímu líčení pro objasnění možností léčby u konkrétního klienta, toto ale není časté, dáváme přednost písemnému vyjádření.

Čeho, jakých kroků je třeba se vyvarovat, abyste neztratili současné klienty a navázali kontakt s novými?

Obecně si myslím, že pracovník v pomáhající profesi musí ke klientům přistupovat s respektem a v tomto vězeňském prostředí vnímám respekt jako obzvláště důležitý, stačí se podívat na veřejné mínění o věznicích jako zločincích... Velmi citlivou oblastí je důvěrnost informací, my se v důsledku naší pozice externistů musíme vyrovnat s dvojí důvěrností – vůči klientům a vůči vězeňské službě a jedna nesmí být na úkor druhé. To znamená transparentně vyjasněná pravidla spolupráce a kontaktu na obou stranách, která se nesmějí neporušovat. S tím také souvisí odborný a profesionální přístup. Mnohdy se stává, že klienti se zde ve vězení setkají s námi poprvé jako s první drogovou službou a na základě dobré zkušenosti s námi získají důvěru k využívání pomoci i mimo vězení. A v neposlední řadě musí být naše služby spolehlivé a pravidelné. Myslím, že jakékoliv nesplnění příslibů a dohodnuté schůzky může problematizovat další spolupráci s klienty i personálem vězeňské služby.

Co děláte pro to, aby vaši klienti propuštění z vězení nezačali znovu brát drogy a nedostali se opět do rozporu se zákonem?

Od loňského roku jsme začali rozšiřovat naše služby o nabídku pro klienty po výstupu, do té doby bylo naší snahou klienty předávat do jiného typu následné péče jak v rámci SPR, tak regionu či ČR, jako jsou terapeutické komunity, doléčovací centra, ambulance, ale bohužel z těchto programů část klientů vypadávala a opět se s námi kontaktovala, čímž se ukázala potřeba adresné postpenitenciární a následné péče.

Na druhou stranu s přípravou na výstup začínáme již několik měsíců před samotným výstupem. Zkušenosti nám ukázaly, o jak citlivé a rizikové období se jedná (zahraniční zkušenosti mluví o nejrizikovějších 48 hodinách

pro drogovou i kriminální recidivu), proto je potřeba s klienty, kteří o to mají zájem, tento moment naplánovat a připravit do detailu. V rámci projektu EU Začíní jinak, který realizujeme od října 2006, prohlubujeme již stávající a dlouholetou spolupráci s Probační a mediační službou ČR, střediskem Brno. Jedná se o spolupráci při podmíněčném propuštění na svobodu s dohledem či při náhradě vazby dohledem, kdy nabízíme odborné služby na čtyři až šest měsíců (podle potřeby i déle) po propuštění.

Určité se na vás obracejí rodinní příslušníci a blízké osoby klientů. S čím chtějí nejčastěji poradit, co jim můžete nabídnout?

Rodinní příslušníci a osoby blízké se často ocitají v nejistotě, sami nevědí, jak postupovat v některých záležitostech, proto jim nabízíme sociální pomoc, právní poradenství, informační servis, ale i podporu a pochopení v jejich situaci. Máme zkušenost, že i oni se cítí uvězněním někoho ze svých blízkých stigmatizování a těžko se s touto situací vyrovnávají. Důležitým momentem je i podpora a znovuoobnovení rodinných vazeb.

Jaká je úspěšnost drogových služeb ve vězení a podle čeho ji hodnotíte?

Službu hodnotíme kvantitativně i kvalitativně. Z hlediska kvantity jsou pro nás zajímavé počty klientů, první kontakty, počty klientů zařazených do jednotlivých programů a aktivit, počty poskytnutých služeb individuálních i skupinových, počty klientů v návazné péči, umístěných na detox a do léčebných programů, počty rodinných příslušníků.

Z hlediska kvality se jedná o hodnocení na úrovni našeho sdružení ze strany odborného ředitele, dále supervizní hodnocení a hodnocení spolupráce s dalšími subjekty – vězeňská služba, probační a mediační služba, atd. V těchto případech se jedná o hodnocení komplexnosti služeb, návaznosti, kontinuity.

Připravil Pavel Bajer

Filozofie Teen Challenge je pomoci lidem najít lepší způsob života založený na křesťanských hodnotách

Teen Challenge (TC), mezinárodní křesťanská organizace, pomáhá lidem s problémem závislosti na drogách. Vznikla v padesátých letech minulého století v New Yorku, v současnosti je rozšířena do 77 zemí světa. V České republice působí od roku 1994.

Marek Novotný přišel do Teen Challenge jako dobrovolník na podzim roku 1998. V roce 2003 se stal v brněnském K-centru kontaktním pracovníkem na plný úvazek. Předtím pracoval jako směnový technik elektro v cementárně v Mokré u Brna. „Práce tam mě bavila, ale později jsem pochopil, že pokud se má Teen Challenge v Brně rozvíjet, je čas jít na plný úvazek,“ vysvětluje.

Čím se liší TC od jiných organizací, které pomáhají uživatelům drog? A co je naopak společné?

Než se dostanu k rozdílům TC od jiných organizací, uvedu osobní zkušenost. Většinou se setkávám nejvíce s organizacemi z Jihomoravského kraje. Pokud se jedná o NNO (nestátní neziskové organizace), u jejich zrodu většinou stáli lidé, kteří tuto práci vnímají jako skutečné poslání. Většinou ji budovali od základů a rostli zároveň s ní a profesionalizovali se.

Podobné je to i s Teen Challenge, i tuto službu vytvořili lidé, kterým leží práce se závislými na srdci, je to jejich poslání, které vnímají jako povolání od Boha. Už u jejího vzniku byl pastor církve, který toto povolání přijal od Boha, a z jeho služby vznikla organizace, která působí po celém světě, na stejných základech.

Teen Challenge buduje vztahy s místními církvemi, s nimiž je existenčně svázána. Z nich většinou čerpá dobrovolníky a podporu, ať už finanční, hmotnou, nebo duchovní. Církev zároveň tvoří přirozené společenství, kde podpora a pomoc není nijak institucionalizována, ale probíhá na neformálních základech, tzn. přirozeném zájmu o bližního, společnost a společenské problémy a ochotě zapojit se a pomoci.

Když se vrátím k otázce, společný je náš zájem o protidrogovou prevenci. Organizace, které jsem poznal, se snaží s velkým nadšením a profesionalitou řešit problémy, které závislost způsobuje jak jednotlivcům, tak

společnosti. I my to tak vnímáme a chceme se podílet na této službě. Rozdíl vidím v přístupu, filozofie Teen Challenge je pomoci lidem najít lepší způsob života, který by nebyl naplněn destrukcí, násilím a nenávistí, drogami a alkoholem, je založena na evangeliu, křesťanském učednictví a hodnotách. Snahy směřují k pomoci lidem stát se duševně zdravými, citově vyváženými, sociálně zaopatřenými, fyzicky funkčními a duchovně živými.

Ostatní organizace deklarují v rámci minimálních standardů psychoterapii jako jediný způsob práce s klientem v rámci terapeutické komunity.

Jsem přesvědčen, že je dobře, že existují vedle sebe různé způsoby pohledu na problematiku drog a drogových závislostí. Zvláště přínosné je to z pohledu klienta, který si může vybrat službu pro něj nejvhodnější.

Jak oslovujete závislé osoby, chodíte do terénu?

Do terénu chodíme, vyhledáváme závislé přímo v jejich přirozeném prostředí, na ulici, v bytech a tzv. „squatch“. Neprovádíme výměnný program (výměna čistých injekčních stříkaček za použité), smysl práce v terénu je vyhledat závislé, nabídnout jim pomoc, vyslechnout je, získat jejich důvěru. Klienty oslovujeme jménem, pokud je známe, pokud ne, představíme se a navážeme s nimi hovor. Cílem rozhovorů je pochopit a poznat situaci, v jaké se člověk na ulici nachází, a nabídnout mu pomoc.

Co v K-centru nabízíte závislým osobám?

Centrem práce v konzultačním centru je motivace ke změně životního stylu. Lidé, kteří přijdou do konzultačního centra, dostanou najíst, zároveň se s každým, kdo přijde, snažíme osobně mluvit a pracovat na jejich motivaci. Pokud se rozhodnou pro změnu, probíráme s nimi možnosti léčby a snažíme se každého člověka kvalitně připravit na to, co jej čeká. Součástí přípravy je i asistence při vyřizování dokladů a spolupráce s úřady, včetně např. probační a mediační služby. Naši službu vnímáme jako misijní, nikoliv sociální.

Kolik osob ročně „projde“ brněnským Teen Challenge?

V roce 2006 jsme kontaktovali 45 osob závislých na drogách, 42 osob závislých na alkoholu, tři osoby závislé na hracích automatech a tři osoby s jinou formou závislosti. Kontaktovalo nás 33 partnerů nebo rodinných příslušníků závislých, z toho 15 se účastnilo skupiny Bod obratu. Telefonických kontaktů bylo 88. Osobních kontaktů bylo 312. Do střednědobé nebo dlouhodobé léčby jsme odeslali sedm klientů.

Při své pomoci závislým osobám kladete důraz na změnu života a vyrovnání s minulostí? Co to konkrétně znamená?

Lidé, kteří k nám přicházejí, jsou většinou hluboce poznamenáni závislostí. Jejich osobnost je do hloubky narušena, sociální vazby přetrhány, jejich zdraví a psychika narušená.

TC vytváří učednické programy, existenciálně svázané s církví, opírají se tedy o křesťanský pohled na člověka. Snaží se pomoci obnovit základní lidské hodnoty, jako úcta, sebeúcta, láska, odpuštění, zdravé morální hodnoty, zodpovědnost, schopnost mít zdravé vztahy, pracovní návyky, apod. Nejsme a nebudeme typickou terapeutickou komunitou, ale programem, který deklaruje, že nejpodstatnější a hlavní je základní víra, že drogově závislý potřebuje mít svůj osobní vztah s Bohem, pokud chce mít permanentní svobodu od závislosti ve svém životě. Tahle centrální duchovní dynamika je základem, na němž stojí všechny aspekty Teen Challenge programu, a která má dosah na všechny složky osobnosti klienta, v rámci bio-psycho-sociálního přístupu ke klientovi.

Z tohoto důvodu se vnímáme primárně jako duchovní služba, nikoli jako sociální služba – věříme, že změnu životního stylu našich klientů způsobuje právě systémem práce a jeho duchovní dynamikou (motivační složka), postavenou na křesťanských principech.

Co je obsahem schůzek s rodiči a partnery závislých osob?

Jednotlivý člověk nikdy není „ostrovem“, odděleným od ostatních. Problém závislosti jednotlivce zasahuje různou intenzitou do jeho sociálních vazeb. Na pracovišti bývá častý jev u alkoholiků, že zaměstnavatel je dlouhou dobu kryje, ostatní musí za ně pracovat a cítí to jako nespravedlnost, v rodině se závislost doslova „zažere“ jako rakovina do všech vztahů a interakcí a značně je ovlivní.

Lidé blízcí závislému jsou mnohdy poznamenáni jeho závislostí přesto, že sami závislí nejsou. Tento stav, který nazýváme codependence (spoluzávislost), se projevuje mnoha způsoby. Nejdůležitější je jev, který vznikne tak, že se blízká osoba závislého člověka v dobré víře, že pomáhá, postaví mezi něj a následky jeho jednání. Tyto následky padnou na blízkou osobu, nikoliv na člověka s problémem závislosti. Tento nezdravý jev se nazývá „umožňování“. Umožňujeme někomu, aby byl závislý a nenesl následky.

Lidé, kteří se účastní našeho programu, založeného na křesťanských základech, procházejí společně devíti setkáními, kdy se učí rozpoznat stavy, kterými procházejí, a zpracovat je. Jde o svépomocnou skupinu, kde působím spíše jako koordinátor. Cílem je nebýt spoluzávislý, naučit se lépe porozumět problémům závislosti, získat nový pohled a postoj, a tím i případně efektivněji a lépe pomoci.

Blízcí člověka s problémem závislosti často chtějí poradit, jak to udělat, aby se změnil ten druhý. Já je vedu k tomu, aby změnili sebe, svůj pohled a svůj postoj. Tím, že například přestanou „umožňovat“, dosáhnou toho, že jejich blízký se bude muset vypořádat s problémy, které mu způsobuje závislost, sám, což ho může vést k zamyšlení, rozhodnutí a změně.

Připravil Pavel Bajer

Partners Czech, o. p. s. – shrnutí a zkušenosti z Programu romské integrace

Program romské integrace znamenal čtyřletou mezinárodní iniciativu (2003–2007) hrazenou ze zdrojů Agentury Spojených států pro mezinárodní rozvoj (USAID), která na projekt vyčlenila 2,8 miliónu USD. Na výzvu uveřejněnou na sklonku roku 2002 reagovalo 16 žadatelů, z nichž byl vybrán návrh podaný organizací Partners for Democratic Change (PDC) sídlící v USA¹. Projekt byl následně realizován ve spolupráci se třemi partnerskými centry v Praze (Partners Czech), Bratislavě (PDCS) a Budapešti (Partners Hungary). V každé zemi se úsilí soustředilo zejména na práci ve třech cílových městech (Pardubice, Chomutov, Bruntál a Krnov; Rimavská Sobota, Kežmarok, Prešov; Pécs, Hatvan, Ózd)².

Před zahájením projektu byly vytyčeny ambiciózní cíle pokrývající celé spektrum oblastí od zvýšení participace Romů na veřejném životě přes odstraňování předsudků široké veřejnosti až po dosažení systémových změn na národní úrovni³. Cílů mělo být dosaženo komplexním přístupem kombinujícím aktivity na lokálních úrovních (úvodní vzdělávací semináře, kooperativní plánování, realizace projektů, smírčí rady, filmové diskusní večery, konzultant NNO), národních úrovních (kulaté stoly, semináře novinářského minima, stáže pro začínající romské redaktory, mediální kampaň, multikulturní výchova, kooperativní advokacie, propojování lokalit při dvou setkáních účastníků z ČR v Pardubicích a v Bruntále) i mezinárodní úrovni (mezinárodní setkání účastníků a působení regionálního koordinátora).

Při značném zjednodušení lze říci, že hlavními metodami práce byly komunikace s účastníky v lokalitách, s partnery na národní úrovni, s koordinačním centrem PDC v USA a s USAID a realizace návazných aktivit pro neziskový sektor, veřejnou správu, učitele i širokou veřejnost. Pilíř projektu tvořila pomoc Romům při rozvíjení spolupráce se samosprávami a při zvyšování kapacit občanských sdružení skrze vzdělávání zainteresovaných stran, jejich další propojování a poskytování servisních a konzultačních služeb.

Práce sledovala stejný model ve všech lokalitách: po **veřejném zahájení**, na němž byl projekt představen klíčovými osobám z veřejné správy a neziskového sektoru, se konala **série vícedenních seminářů** zaměřených na efektivní komunikaci, řešení konfliktů

a kulturní diverzitu. Během nich si účastníci jednak interaktivní formou osvojili nové dovednosti a dále měli možnost se neformálně seznámit navzájem. Nejednou tak došlo k situaci, kdy se poprvé na rovnocenné úrovni setkali lidé, kteří se dosud znali jen „z druhé strany přepážky“. Tyto skupiny čítající kolem dvaceti lidí tvořily základ účastníků navazujícího několikaměsíčního **kooperativního plánování**, které umožnilo všem zapojeným stranám podílet se na aktivním řešení konkrétních problémů skrze pravidelné setkávání v pracovních skupinách. Jeho součástí byly i krátké kurzy v dovednostech psaní projektů. Konkrétními výstupy se staly návrhy projektů vytvářené v partnerství zapojených subjektů, které se mohly ucházet o finanční podporu v jednom ze dvou grantových kol (částky na projekty se pohybovaly od 70 000 Kč do 400 000 Kč), přičemž Partners Czech nabízelo zájemcům konzultace žádostí. Žádosti byly vyhodnoceny externími hodnotiteli a grantovou komisí a schváleny donorem. Dohromady bylo podpořeno 29 projektů v celkové hodnotě necelých šest miliónů korun.

Specifickou činností v lokalitách zahrnovalo založení **smírčích rad**, jakožto dobrovolných občanských iniciativ zaměřených na mimosoudní řešení sporů, jejichž členové byli vyškoleni v dovednostech mediace. Původní záměr vtáhnout do činnosti přibližně stejným dílem Romy i Neromy se podařilo naplnit jen v Chomutově – ve zbylých dvou radách jsou Romové zastoupeni minimálně.

Pro důkladnější pomoc organizacím jsme zavedli pilotní funkci **lokálního konzultanta**

neziskových organizací, který nabízel zájemcům ve všech lokalitách pomoc při posilování kapacit organizací a při psaní projektů do dalších grantových výzev.

Mezi jednorázové akce patřily například **filmové večery** prokládající promítání dokumentu a celovečerního filmu s veřejnou diskusí za účasti zástupců samospráv, hostů a široké veřejnosti (návštěvnost všech tří večerů přesáhla celkový počet 500 diváků).

Specifickou roli v rámci programu sehrály mediální aktivity. V posledním roce projektu jsme realizovali šest většinou dvanáctiměsíčních **stáží pro začínající romské redaktory** v České televizi, Českém rozhlase a Mladé frontě Dnes, kterým program umožnil proplácení měsíčních stipendií i dodatečné vzdělávání podle individuálního výběru. V rámci programu též byla na podzim roku 2006 spuštěna **mediální kampaň** „Hlídejte si své předsudky“, kombinující promítání spotu v ČT a v kinech, výlep plakátů po celé ČR, inzertáty v tisku a webovou stránku www.predsudky.cz. Zatímco u stáží spočívala role Partners Czech v dojednání konkrétních podmínek a ověřování jejich úspěšného plnění, v případě kampaně v koordinování veškeré přípravy (ve spolupráci s agenturami) i realizaci (dojednávání spolupráce s komerčními i nekomerčními subjekty), jakož i její mediální pokrytí.

Na národní úrovni jsme dále uspořádali čtyři **kulaté stoly** ve spolupráci s MŠMT či s MPSV za účasti dalších významných institucí a organizací. Setkání mělo ambice přispět k dosažení systémových změn v aktuálně diskutovaných otázkách, přičemž jejich důležitou dimenzí bylo zapojení vybraných účastníků z lokalit⁴. Aktivity na regionální úrovni se omezily v podstatě na vzájemnou komunikaci mezi jednotlivými centry Partners (e-mailovou, telefonní a několikrát ročně i osobní) a na **čtyři velká vícedenní setkání vybraných zástupců všech devíti lokalit** (v Brně, v Popradu a v Pécsi; v Chomutově se konalo specifické setkání výhradně členů smírčích rad). Použité metody tak byly opět organizačního charakteru, zejména při národním zajištění reprezentativních mezinárodních setkání. Úspěchu činností napo-

mohly v každé zemi expertní poradní sbory, které poskytovaly cenné rady po celou dobu realizace projektu.

Obecné zkušenosti z realizace projektu

Během čtyřleté práce se projevil silný stránky i slabiny snahy o komplexní přístup. Délka projektu znamenala nesporně výhodu pro zefektivnění aktivit na lokální úrovni. Takto dlouhá doba přinášela rovněž výzvy pro koordinaci programu: každoroční rozpracovávání původního obecného projektu do podrobných implemetačních plánů, složitá struktura managementu programu (koordinování tří evropských týmů centrem v USA a zřízení funkce regionálního koordinátora v posledním roce projektu), komunikace v cizím jazyce, objasňování středoevropských kontextů i kulturních rozdílů a v neposlední řadě i časový posun ztěžovaly možnost okamžité reakce na nečekaně se objevující problémy. V důsledku došlo k velkému upozadění regionálních aktivit, protože se centra soustředila v první řadě na práci v rámci svých zemí, kde tak mohlo být dosaženo nesporných úspěchů.

Na národní a zejména na lokální úrovni se velmi osvědčila podpora vzájemné komunikace mezi co nejširším množstvím zainteresovaných subjektů. Započaté vztahy výrazně přispěly k dynamice dění v oblasti menšin ve městech, a ač třeba nebyl výstupem konkrétní projekt, navázané kontakty jsou nejednou využívány i nadále. Poněkud protichůdně působily principy partnerské spolupráce při společném hledání odpovědí na aktuální otázky a následné grantového řízení, které svým kompetitivním založením některé vazby zpřetrhalo. Zklamání neúspěšných žadatelů je pochopitelné, bez finanční motivace by však byl zájem účastníků i efekt celého projektu bezesporu menší (například v Chomutově vznikla dvě romská občanská sdružení, která i nadále pokračují ve své činnosti). Zároveň se potvrdilo, jak je důležitá i další technická podpora a nabízení pomoci od organizace s jiným typem zkušeností a s více nezávislým pohledem zvenčí. Poptávka po servisních službách, zejména po pomoci s psaním projektů, je zřetelná a je škoda, že nastavení programu neumožňovalo větší rozsah služby typu „lokální konzultant NNO“.

Samostatnou kapitolou je pak zavádění nových forem občanské angažovanosti. Smírčí rady se přes různé prezentační snahy dosud potýkají s nedůvěrou veřejnosti, a proto se první kauzy získávaly skrze osobní kontakty. Úskalím se stalo diskutování o legálním ukotvení rad, kde se volilo mezi několika možnostmi: vznik nového občanského sdružení (Chomutov), začlenění pod sdružení již existující (Krnov) či napojení na komisi magistrátu (Pardubice). Z popudu krnovské rady vznikla komunikační platforma www.smircirada.cz českých i slovenských smírčích rad, k jejímuž využívání však dosud nedošlo.

Na základě získaných zkušeností z realizace Programu romské integrace lze formulovat dvě hlavní doporučení: zjednodušit časově i finančně náročné struktury managementu a omezit typy aktivit tak, aby bylo možné věnovat se více do hloubky menšímu množství osvědčených činností a netříštit je usilováním o další cíle. S tím souvisí flexibilita implementačních plánů, v nichž by realizátor měl mít možnost pružně reagovat na měnící se okolnosti. Komplexní přístup je jistě smysluplný, ovšem realizovatelný je pouze v projektech s mnohem větší personální i finanční kapacitou. Tři tříčlenné týmy nemohou dosáhnout během necelých čtyř let komplexních změn ve třech zemích. Přestože nedošlo k naplnění všech cílů, zejména na mezinárodní úrovni, bylo dosaženo řady úspěchů při práci v rámci jednotlivých států.

Tomáš Habart,
vedoucí projektu

Poznámky

- 1 PDC je zakladatelem neustále se rozšiřující sítě Partners for Democratic Change International, jejíž centra po celém světě podporují občanskou společnost v nově vznikajících demokraciích. Od počátku 90. let takto vzniklo 14 finančně nezávislých center. Více viz www.partnersglobal.org.
- 2 Původní jednotné, ovšem obecné schéma programu se časem začalo přizpůsobovat místním odlišnostem, a proto se v jednotlivých zemích konkrétní podoby programu i zkušenosti mírně liší. Tento text proto pojednává pouze o české části programu.
- 3 Jako příklady cílů projektu lze uvést: vytvořit udržitelné struktury pro zlepšení vztahů mezi Romy a Neromy, a to i jako modely integrace použitelné i v jiných zemích; podpořit občany k účasti na komunitním rozhodování, předcházení a řešení konfliktů; zvýšit schopnosti Romů prosazovat vlastní zájmy; snížit diskriminaci vůči Romům; prosazovat objektivní způsob mediálního informování o romské tematice; podporovat multikulturní povědomí a vzdělávací iniciativy; definovat opatření na národní úrovni k urychlení integrace, apod.
- 4 U kulatých stolů byla diskutována tato témata: 1. Zlepšení přístupu Romů ke vzdělání (2004); 2. Formy metodické podpory krajských koordinátorů romských poradců (2005); 3. Subjekt pro řešení situace sociálně vyloučených romských lokalit prostřednictvím ESF v programovacím období 2007–2013 (2006); 4. Zkušenosti s novým školským zákonem po dvou letech jeho implementace (2007).

Otazníky závislosti

Mají občané dostatečné znalosti o užívání návykových látek a vzniku závislosti na drogy? Odpověď zjišťovala naše minianketa. Zvolili jsme k tomu tři otázky. První zjišťuje informovanost občanů, zda vědí, kam se obrátit, kdyby jejich blízký začal užívat návykové látky. Druhá se zdánlivě nelogicky zabývá ekonomickou prospěšností léčby závislých osob. Poslední otázka zkoumá názory na odlišnost ohrožení člověka různými drogami.

1. Co byste dělali, kdybyste se dozvěděli, že váš rodinný příslušník bere drogy?
2. Myslíte si, že je ekonomicky výhodné léčit závislé?
3. Vnímáte rozdíl v nebezpečnosti různých drog?

Michaela Světlá, 40 let, Praha, v domácnosti

1. Pravděpodobně bych se obrátila na odborníky ještě dříve, než bych začala mluvit s tím člověkem, jehož by se závislost týkala. Uvědomuji si, že nemám dost informací o tom, co mám udělat. Určitě bych hledala odbornou pomoc. Vím, že existuje v Praze Drop In a dělají skupiny pro rodinné příslušníky závislých.

2. To je záluďná otázka. Ekonomicky nejvýhodnější je určitě dělat prevenci. Na druhou stranu, když už je člověk závislý, tak není podstatné řešit ekonomickou výhodnost, nejdůležitější je ten člověk. Člověk je prostě nad všechny peníze.

3. Vím, že existuje rozdělení na tvrdé a měkké drogy. Riziko závislosti je z určitého pohledu různé, ale zároveň u všech drog stejně veliké. Jako u každé závislosti se začíná s málem a stupňuje se, nejlepší je tedy nezačít brát drogy.

Hanka Matulíková, 33 let, Olomouc

1. Nevím, jak bych se zachovala doopravdy, ale myslím, že by bylo dobré: zachovat klid, pokusit se navázat rozhovor a zjistit, o jaké drogy se jedná, jak dlouho je užívá a jak často, podle závažnosti situace kontaktovat dostupné krizové centrum a poradit se o postupu a modlit se za něj.

2. Závislost je nemoc a těžko říct, do jaké míry si za ni člověk může sám a do jaké ne. Domnívám se, že to samé se dá říct i o některých jiných nemocech. Třeba o rakovině. Těžko říct, do jaké míry si za ni dotýčný může sám (nevhodnou stravou, stresem, nevyřešenými problémy, kouřením), a přesto se nikdo neptá, zda léčení těchto nemocí je economic-

ky výhodné, i přesto, že se ne každý uzdraví. Jsem přesvědčena, že léčit závislé je stejně důležité, jako léčit kterékoli jiné nemocné. Tudíž v tomto smyslu je podle mého názoru léčení „ekonomické“.

3. Ano. Tak jako se různé druhy léků používají k léčení různých částí organismu s odlišnými účinky, tak i určité drogy vyvolávají jednak odlišné účinky, tak i důsledky jejich užívání mají odlišný dopad na organismus jedince, s ohledem na jeho individuální zvláštnosti. Vnímám rozdíl v nebezpečnosti různých drog, jednak v obecném rozlišení (měkké/tvrde) a pak s ohledem na individuální zvláštnosti osobnosti. Někdo dlouhodobé užívání pervitinu zvládne bez závažnějších následků, někdo i po krátké době užívání onemocní třeba schizofrenií.

Libor Haluza, 18 let, Brno, student

1. Tak zřejmě by hodně zaleželo na tom, v jakém příbuzenském vztahu bych k dotýčnému byl. Kdyby to byl někdo mladší, asi bych se mu to nejdřív snažil sám rozmluvit, kdyby se jednalo o někoho staršího, už bych to asi sám neřešil a poradil se s někým důvěryhodným z rodiny.

2. Myslím si, že ekonomicky výhodné to určitě není, stejně jako celé zdravotnictví, ale je to nutnost z důvodu dalšího osudu dotýčného člověka, a tím pádem vlastně celé společnosti, protože společnost je tvořena jedinci. Je taky možné říct, že ekonomická výhodnost léčení závislých se může projevit až za mnoho let, třeba až v další generaci.

3. Určitě. I když asi na všechny drogy vzniká závislost, rozdíl je ale, po jak dlouhé době. Navíc tzv. lehké drogy (např. marihuana)

nemají zdaleka tak silné degenerativní účinky, jako tvrdé drogy (čichání toluenu, popř. heroin či pervitin), kdy se tyto účinky projeví už po pár dávkách.

Veronika Patrovská, 42 let, Praha, asistentka

1. Určitě by mne tato informace dosti zaskočila. Vzápětí bych se však snažila se v nenadálé situaci rychle zorientovat, začala bych se pít po důvodech, zkoumat neprobádané končiny představ a tužeb závislého člověka, a jistě bych se snažila podle vážnosti situace doporučit ho do odborné péče lékaře či komunity. A především bych se snažila být mu stále nějakým způsobem nablízku.

2. Nevím, zdali je nutné či vůbec etické takovou otázku právě v oblasti léčby závislých

vznášet. Cítím a vnímám léčbu jako mnohdy otázku života a smrti mých blízkých, považuji léčbu za potřebnou a jsem ráda, že u nás síť léčeben a léčebných komunit funguje na dobré úrovni.

3. Určitě ano, při užívání tvrdých drog hrozí větší nebezpečí, jak uživatelům drog, tak jeho okolí. Především se obávám hloubky možné agresivity, která může být při užívání tvrdých drog skutečně nezměrná, a dále pak neschopnosti uživatele vnímat okolí reálně. Postupné odtrhávání od reality se stává naprosto zhoubným faktorem, a uživatel se tak dostává nejen do nebezpečí smrti, ale zároveň se ocitá na samém sociálním dně, stává se z něj zubožená lidská troska, které mnohdy není již k mé nesmírné lítosti pomoci.

Připravil Pavel Bajer

NESEHNUTÍ pořádá 5. ročník vzdělávacích seminářů na téma:

gender & rovné příležitosti žen a mužů

Semináře se budou konat v Brně od prosince 2007 do dubna 2008 vždy druhou sobotu v měsíci, tedy:

- ~ 8. prosinec 2007 – Úvod: gender a rovné příležitosti
- ~ 12. leden 2008 – Historie a současnost ženského hnutí
- ~ 9. únor 2008 – Rovnost příležitostí na trhu práce
- ~ 8. březen 2008 – Rodina, výchova, vzdělání
(spojeno s návaznou oslavou Mezinárodního dne žen)
- ~ 12. duben 2008 – Násilí na ženách a gender mainstreaming



ŽENSKÁ PRAVA JSOU LIDSKÁ PRAVA

Cyklus seminářů je bezplatný, a je určen zejména pro osoby z tzv. pomáhajících profesí a veřejnost. Semináře tvoří uzavřený cyklus, který je třeba absolvovat celý. Proplácíme cestovné.

Účast na cyklu je podmíněna výběrem ze všech přihlášených osob, **uzávěrka přihlášek: 18. listopadu 2007.**

Semináře jsou realizované ve spolupráci s Knihovnou Jiřího Mahena (www.kjm.cz) v rámci projektu Půl na Půl – rovné příležitosti žen a mužů (www.pulnapul.cz), spolufinancovaného Evropským sociálním fondem EU a státním rozpočtem ČR.

Bližší informace a přihlášky získáte na adrese:

NEzávislé Sociálně Ekologické Hnutí – NESEHNUTÍ, Tř. Kpt. Jaroše 31, 602 00 Brno, tel./fax: +420 543 245 342
kontaktní osoba: Zora Javorská, e-mail: infocentrum@nesehnuti.cz, [www: http://zenskaprava.ecn.cz](http://zenskaprava.ecn.cz)



Výňatek z novelizovaného znění zákona 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

ČÁST PRVNÍ OCHRANA PŘED ŠKODAMI PŮSOBENÝMI TABÁKOVÝMI VÝROBKÝ, ALKOHOLEM A JINÝMI NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

HLAVA I OBEČNÁ USTANOVENÍ

§ 1

Tento zákon stanoví

- a) opatření směřující k ochraně před škodami na zdraví působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami,
- b) opatření omezující dostupnost tabákových výrobků a alkoholu,
- c) působnost správních úřadů a orgánů územních samosprávných celků při tvorbě a uskutečňování programů ochrany před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek.

HLAVA IV OPATŘENÍ K PŘEDCHÁZENÍ A MÍRNĚNÍ ŠKOD PŮSOBENÝCH TABÁKOVÝMI VÝROBKÝ, ALKOHOLEM A JINÝMI NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI

§ 20

Typy odborné péče poskytované osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám na těchto látkách závislým

(1) Osobám škodlivě užívajícím tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky a osobám závislým na těchto látkách se poskytuje odborná péče, jejímž cílem je mírnění škod na zdraví působených tabákovými

mi výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Tato odborná péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních, zařízeních sociální péče, popřípadě v jiných zařízeních zřízených za tímto účelem.

(2) Typy odborné péče o osoby závislé na tabákových výrobcích, alkoholu nebo jiných návykových látkách jsou:

- a) akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,
- b) detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,
- c) terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- d) kontaktní a poradenské služby,
- e) ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- f) stacionární programy, které poskytují ne-lůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- g) krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,
- h) rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resociali-

zace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,

- i) programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
- j) substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře; zdravotnická zařízení, která poskytují substituční léčbu, jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek, zřízeného na základě zvláštního právního předpisu.

HLAVA V ORGANIZACE A PROVÁDĚNÍ PROTI- DROGOVÉ POLITIKY

§ 21

Státní orgány

(1) Realizaci protidrogové politiky zajišťuje a koordinuje vláda prostřednictvím ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy, jak vyplývá z jejich působnosti na základě zvláštního právního předpisu. Komplexní preventivní opatření v oblasti protidrogové politiky provádějí zejména

- a) Ministerstvo zdravotnictví, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence zdravotních škod působených užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek,
- b) Ministerstvo práce a sociálních věcí v oblasti sociálních služeb, jde-li o opatření primární, sekundární a terciární prevence sociálních škod působených užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek,
- c) Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti primární prevence ve školách a školských zařízeních, v léčebné výchovné péči o děti a mladistvé do 18 let a o uživatele návykových látek mladší 18 let.

(2) Vláda může za účelem koordinace protidrogové politiky zřídit zvláštní poradní orgán a případně ho pověřit přímým výkonem některých činností.

(3) Orgány uvedené v odstavcích 1 a 2 se podílejí na financování programů protidrogové politiky a kontrolují účelné využití finančních prostředků ze státního rozpočtu. Při své činnosti se řídí Národní strategií protidrogové politiky, kterou schvaluje vláda. Národní strategií protidrogové politiky předkládá pověřený člen vlády.

§ 22

Územní samosprávné celky

(1) Kraj v samostatné působnosti

- a) koordinuje a podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány obcí a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,
- b) ve spolupráci se státními orgány i s orgány obcí zpracovává krajskou strategii protidrogové politiky,
- c) podílí se na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků,
- d) zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území funkci krajského protidrogového koordinátora,
- e) zřizuje svůj iniciativní nebo poradní orgán pro oblast protidrogové politiky v souladu se zvláštním právním předpisem,
- f) zřizuje záchytné stanice v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva zdravotnictví,
- g) koordinuje zřizování a činnost záchytných stanic zřizovaných obcemi v samostatné působnosti,
- h) ročně soustřeďuje a vyhodnocuje údaje o situaci týkající se škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami na svém území.

(2) Obec v samostatné působnosti

- a) podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány kraje a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,
- b) v případě potřeby a ve spolupráci s orgány kraje zpracovává a přijímá místní plán

- protidrogové politiky, který schvaluje zastupitelstvo obce,
- c) v případě potřeby se podílí na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků,
 - d) v případě potřeby zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území funkci místního protidrogového koordinátora, případně zvláštní iniciativní nebo poradní orgán,
 - e) je oprávněna zřizovat záchytné stanice, nebo se podílet na financování takových stanic.

(3) Obec mohou uzavřít smlouvu o společném výkonu některých činností podle odstavce 2.

(4) Obec v přenesené působnosti kontroluje dodržování ustanovení tohoto zákona a dalších předpisů týkajících se ochrany před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, činí opatření k odstranění zjištěných nedostatků a vyvozuje důsledky, zejména ukládá sankce.

§ 23

Krajský a místní protidrogový koordinátor

- (1) Krajský protidrogový koordinátor
- a) napomáhá při uskutečňování veškerých činností kraje v oblasti protidrogové politiky,

- b) koordinuje, průběžně kontroluje a vyhodnocuje plnění úkolů vyplývajících z krajské strategie protidrogové politiky,
- c) spolupracuje s obcemi na tvorbě místních plánů protidrogové politiky,
- d) spolupracuje se státními a nestátními subjekty zabývajícími se programy prevence a léčby návykových nemocí,
- e) řeší úkoly v oblasti protidrogové politiky státu na úrovni kraje a poskytuje součinnost státním orgánům v oblasti protidrogové politiky.

(2) Místní protidrogový koordinátor

- a) napomáhá při uskutečňování veškerých činností obce v oblasti protidrogové politiky,
- b) koordinuje, průběžně kontroluje a vyhodnocuje plnění úkolů vyplývajících z místního plánu protidrogové politiky,
- c) spolupracuje se státními a nestátními subjekty zabývajícími se programy prevence a léčby návykových nemocí.

(3) V rámci pracovního poměru krajského protidrogového koordinátora nemůže být sjednán jiný druh práce, než je plnění úkolů krajského protidrogového koordinátora. Vedlejší činnost krajského protidrogového koordinátora u téhož zaměstnavatele je vyloučena. V rámci pracovního poměru místního protidrogového koordinátora může být sjednán i jiný druh práce, pokud tím není ohroženo plnění úkolů místního protidrogového koordinátora.

Jak hodnotí čeští a slovenští právníci drogovou legislativu

Mezi zákony související s drogovou problematikou patří i zákon 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Nejen k tomuto zákonu, ale k celé šíři drogové legislativy se vyjadřují dva odborníci-právníci.

V každém čísle usilujeme získat do této rubriky názor zástupce státní správy. V tomto čísle tedy najdete rozhovor s JUDr. plk. **Jiřím Komorousem**, ředitelem Národní protidrogové centrály. Miněni neziskových organizací zabývajících se pomocí drogově závislým, prezentuje Mgr. **Hana Gajdošíková** z právní poradny Asociace neziskových organizací. Právní úpravu drogové legislativy na Slovensku představuje také představitel státu, zástupce ředitele trestního odboru Generální prokuratury JUDr. **Jozef Čentěš**, PhD.

Pachatele opakované trestné činnosti by postihoval přísněji

Na boj s drogovou kriminalitou se zaměřuje Národní protidrogová centrála (NPC), jejímž ředitelem je JUDr. plk. **Jiří Komorous**. V rozhovoru se vyjadřuje nejen k právním aspektům drogové problematiky, ale také popisuje současný stav zápasu proti organizovanému zločinu zapojenému do nezákonného nakládání s drogami. V roce 1983 ukončil studium na právnické fakultě a po vojně nastoupil k policii, kde se věnoval problematice mládeže a toxikomanie. Ředitelem NPC je už od jejího založení v roce 1991. Tento útvar má na starosti především odhalování a dokumentování organizované drogové kriminality v ČR. NPC reprezentuje a zastupuje policii mimo resort, spolupracuje s Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a dalšími ústředními orgány státní správy. Od svého založení má NPC za sebou stovky ukončených operací, je nositelem řady mezinárodních uznání a ocenění. Jedním z nich je plaketa policejního prezidenta norského království za dopadení mezinárodního drogového bosse Prince Dobroshiho v České republice detektivů NPC.

Jak se díváte na současnou drogovou legislativu? Jsou zákony dostatečně přísné a účinné, aby postihly společenskou nebezpečnost pěstování, výrobu a distribuci drog?

Současná legislativa je dostatečně nastavena, aby účinně postihla trestnou činnost v oblasti výroby a distribuce nelegálních omamných a psychotropních látek (OPL). Na základě praxe bych ale byl pro zpřísnění postihů pro pachatele, kteří se dopustí trestné činnosti opakovaně.

Mělo by být trestné vlastnictví drogy pro vlastní potřebu?

Přechovávání nelegální drogy pro vlastní potřebu je v České republice v současné době vždy protiprávní a pro posouzení společenské



JUDr. plk. Jiří Komorous. Foto: Jan Kovář

nebezpečnosti je rozhodující množství omamné a psychotropní látky, kterou má daná osoba u sebe. Takže se jedná buď o přestupek v případě množství OPL menšího než malého, nebo o trestný čin v případě množství OPL většího než malého.

Domníváte se, že by mělo být zákonem rozlišováno vlastnictví konopných látek a ostatních nelegálních drog? Souhlasíte s tím, že u vlastnictví konopných látek by mělo dojít ke snížení trestní sazby?

Domnívám se, že by právní úprava mohla zůstat tak, jak je nyní. Marihuana dostupná v současné době běžně obsahuje kolem 15 % THC, což je mnohem více než v minulosti. THC je psychoaktivní látka a zdravotní, společenská a další rizika související s dlouhodobým zneužíváním marihuany jsou podle mého názoru podceňována a bagatelizována.

Jsem přesvědčen, že současná právní úprava umožňuje soudcům v jednotlivých případech zohlednit konkrétní stupeň nebezpečnosti činu pro společnost, a uložit tak trest v rámci rozpětí, které trestní zákon obsahuje. Tedy jinými slovy řečeno v rámci praxe jsou v konkrétních případech menší tresty již ukládány a např. pachatel, který prodal jeden kilogram heroinu, bude souzen jinak než ten, který prodal jeden kilogram marihuany.

Co konkrétně děláte pro dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog?

Pokud máte na mysli distribuci legálních drog, tedy zejména alkoholu a tabáku, dětem a mládeži, oblast kontroly dodržování zákona ve vztahu k legálním návykovým látkám spadá do kompetence jiných subjektů. NPC je útvar, jehož hlavním úkolem je vyhledávat a dokumentovat závažnou trestnou činnost na úseku nelegálních OPL, a snižovat tak jejich nabídku. Tím nechci říci, že bychom o tomto problému nevěděli nebo že nás to nezajímá. V současné době je dostupnost alkoholu a tabáku směrem k dětem a mládeži nepochybně vysoká a zde např. vidím velkou možnost pro městské nebo obecní policie.

Podle jakých kritérií rozhodujete, že určitý člověk už vlastní drogu ve větším množství než malém?

Policie ČR se při posuzování, zda množství přechovávané OPL přesahuje množství větší než malé, řídí přílohou č. 1 závazného pokynu policejního prezidenta č. 86/2006, která orientačně vymezuje hranici pro stanovení tohoto množství. Tyto hodnoty byly stanoveny na základě praxe a jsou v obdobné podobě využívány i státními zástupci.

Můžete nastínit současný stav v oblasti organizovaného zločinu zapojeného do nezákonného nakládání s drogami?

Organizovaný zločin je v ČR plně etablován a týká se to zejména drog, které jsou na naše území dováženy ze zahraničí. Mám na mysli zejména heroin, extázi a kokain. V rámci aktivit souvisejících s dovozem drog na naše území jsou do této trestné činnosti zapojeni jak cizinci žijící na našem území, tak čeští občané. Typickým rysem organizovaného zločinu v ČR je v současné době například obchodování s více než jedním druhem drogy a využívání různých způsobů pašování drog. U typicky české drogy metamfetaminu (pervitinu) dochází v současné době k jeho výrobě zejména s využitím volně prodejných léčiv, která obsahují pseudoefedrin, což je nezbytná látka nutná k jeho výrobě.

Zvyšuje se počet odhalených a stíhaných trestných činů nezákonné výroby a distribuce drog?

Počet odhalených a stíhaných trestných činů v oblasti nezákonné výroby a distribuce drog se za posledních několik let příliš nezměnil. Např. v roce 2004 bylo Policií ČR odhaleno 1 913 trestných činů nedovolené výroby OPL podle § 187 trestního zákona, v roce 2005 bylo odhaleno 1 888 těchto trestných činů a v roce 2006 to bylo 1 910 těchto trestných činů. Mohu však říci, že pozorujeme, alespoň v našich případech, že pachatelé trestnou činností s přibývajícími zkušenostmi páchají kvalifikovaněji.

Připravil Pavel Bajer

Trestněprávní úprava nerozlišující mezi jednotlivými druhy drog není vyhovující

Právní poradna A.N.O. (Asociace nestátních organizací), zabývající se prevencí a léčbou drogových závislostí, je projektem právní pomoci v otázkách drogové problematiky. Vedoucím poradny je od jejího založení v roce 2002 Mgr. **Hana Gajdošiková**. Absolvovala Právnickou fakultu Masarykovy univerzity v Brně. Od ledna 2001 vykonává advokátní praxi, při níž se specializuje na poskytování právní pomoci v oblasti právních problémů spojených s užíváním drog. Od dubna 2002 je členkou pracovní skupiny Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti Data trestněprávního sektoru.

Jak se díváte na současnou drogovou legislativu? Jsou zákony dostatečně přísné a účinné, aby postihly společenskou nebezpečnost pěstování, výroby a distribuce drog?

Domnívám se, že současná právní úprava, máte-li na mysli trestněprávní úpravu, je dostatečně přísná, mnohdy podle mého názoru až nepřiměřeně. Např. podle současné právní úpravy hrozí pěstitelům malého množství konopí pro vlastní potřebu či za předání konopí třetí osobě stejná trestní sazba jako při výrobě pervitinu či předání heroinu. Je však pravda, že soudy se v praxi často snaží v mezích zákona mezi těmito případy rozlišovat.

Domníváte se, že by mělo být zákonem rozlišováno vlastnictví konopných látek a ostatních nelegálních drog? Souhlasíte s tím, že u vlastnictví konopných látek by mělo dojít ke snížení trestní sazby?

Ano, jak jsem uvedla, domnívám se, že aktuální trestněprávní úprava, která nerozlišuje mezi jednotlivými druhy drog, není vyhovující. Již i vládní návrh nového trestního zákoníku proto obsahuje mírnější postihy za přechovávání a pěstování konopných drog. Nepřiměřené přísné postihy uživatelů/pěstitelů konopí, s nímž jsou spojeny výrazně nižší zdravotní, sociální i společenská rizika než s jinými více devastujícími drogami, jsou pro trestní systém zbytečně zatěžující, a to jak personálně, tak ekonomicky. Stejně tak považuji kriminalizaci uvedených případů zacházení s konopím za zbytečně stigmatizující pro uživatele konopí, kteří se jinak obvykle nedopouštějí jiné trestné činnosti na úkor společnosti.

Umožňuje stávající legislativa tvrdý postih obchodníků s ilegálními drogami?

Stávající legislativa umožňuje trestat např. mezinárodní organizovaný obchod s drogami či páčání této činnosti ve velkém rozsahu tresty odnětí svobody v rozpětí 10 až 15 let. Tyto sazby se mi jeví dostačující, problémem spíše je, jak často se daří postavit před soud skutečné špičky organizovaného obchodu. Pokud se týče „nižší“ úrovně obchodu, např. pouličních dealerů, za pouhé předání či prodej jakéhokoli množství drogy třetí osobě hrozí pachateli trest odnětí svobody v rozpětí jednoho až pěti let. S přihlédnutím k okolnostem (tzv. okolnosti podmiňující použití vyšší trestní sazby) hrozí i tresty přísnější. Aktuálně např. při předání drogy osobě mladší 15 let, a to bez ohledu na druh drogy či množství, hrozí pachateli již trest odnětí svobody od 8 do 12 let. V tomto směru se mi právní úprava jeví až nepřiměřeně přísná. Je třeba si uvědomit, že totéž ustanovení dopadá jak na dealery, tak např. i na kuřáky konopí, kteří si drogu předávají bezúplatně.

Mělo by být trestné vlastnictví drogy pro vlastní potřebu?

Vlastnictví drogy pro vlastní potřebu je v ČR trestné, a to konkrétně podle ustanovení § 187a zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon. Trestnost držení drog v množství větším než malém byla zavedena novelou trestního zákona, provedenou zákonem č. 112/1998 Sb. Ustanovení § 187a je účinné od 1. ledna 1999. Jak uvedeno, podle tohoto zákona je trestné držení drogy, resp. omamné a psychotropní látky (jejich seznam obsahuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách), v množství větším než malém.

Držení malého množství drogy je pouze překupkem. Množství větší než malé není stanoveno zákonem, nicméně policie a státní zastupitelství se řídí svými interními pokyny a pro potřeby řízení mají množství drog stanovená. Soud však těmi pokyny vázán není. Stručně lze tedy říci, že není trestná tzv. konzumní držba, tj. držení drogy pro vlastní potřebu v množství, které je určeno k bezprostřední spotřebě.

Jste spokojeni s tím, jak vláda prostřednictvím ministerstev realizuje protidrogovou politiku?

Protidrogová politika zahrnuje řadu aktivit. Pokud bychom hovořili o financování protidrogové politiky např. v oblasti dotací pro neziskové organizace, tady nepochybně převažuje názor, že financování činnosti neziskových organizací v této oblasti je nedostatečné. Tento názor sdílím, což se však netýká pouze výše přidělovaných prostředků, ale i např. možnosti víceletého financování. Uvidíme, jakých změn dosáhne nové vedení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), které tuto oblast zajišťuje.

Měla by být ještě více zpřísněna opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem, například omezen jejich prodej?

Prodej tabákových výrobků i alkoholu je podle mého názoru zákonem dostatečně omezen, tj. existuje zákonný zákaz prodeje těchto výrobků osobám mladším 18 let. Otázkou však je, nakolik jsou tato ustanovení aplikována v praxi. Nejsou mi známa žádná data např. o objemu uložených pokut a jejich úhradě v této oblasti. Stejně tak netuším, zda byl nějakému podnikateli v souvislosti s porušením těchto zákazů uložen zákaz činnosti. Předtím než začneme volat po dalším zpřísnění, bychom se měli zabývat efektivitou stávajících opatření. Sebeprísnejší zákon situaci nezlepší, není-li v praxi dobře aplikován, resp. jednotlivé zákazy skutečně vymáhány. Získání dat v této oblasti bylo navrženo jako jeden z úkolů při přípravě nového akčního plánu národní protidrogové strategie, připravované RVKPP.

Připravil Pavel Bajer

Právna úprava drogovej problematiky v Slovenskej republike

Narastajúce sociálne problémy obyvateľov vyvolávajú neustálu potrebu skvalitniť niektoré činnosti orgánov verejnej moci. Jednou z možností, ako sa podieľať na riešení týchto problémov, je naučiť sa tieto problémy efektívne riešiť, problémom predchádzať, prípadne ak sa už prezentujú, zabrániť ich ďalšiemu prehlbovaniu alebo zamedziť ich opakovaniu.

Narastajúce sociálne problémy obyvateľov vyvolávajú neustálu potrebu skvalitniť niektoré činnosti orgánov verejnej moci. Jednou z možností, ako sa podieľať na riešení týchto problémov, je naučiť sa tieto problémy efektívne riešiť, problémom predchádzať, prípadne ak sa už prezentujú, zabrániť ich ďalšiemu prehlbovaniu alebo zamedziť ich opakovaniu.

Zvyšovanie spotreby omamných látok a psychotropných látok (ďalej len „OLPL“) ako aj prekursorov, neoprávnené zaobchádzanie s nimi, rozširovanie organizovaného zločinu zameraného na obchodovanie s týmito látkami a prekuzormi, ako aj samotné zneužívanie týchto látok v spoločnosti

predstavuje jeden z najzávažnejších globálnych problémov. Niet pochybností o tom, že na ďalší vývoj ľudstva bude mať podstatný význam vysporiadanie sa s týmto problémom (Oláh–Schavel, 2006).

Uvedomujeme si, že určujúce prostriedky zamerané na obmedzovanie súvisiacej trestnej činnosti treba hľadať mimo sféry trestného zákonodarstva. Z uvedeného vyplýva, že Trestný zákon má subsidiárnu a podpornú funkciu a nastupuje v prípade, kde zlyhali iné prostriedky na riešenie problémov spojených s týmito látkami (Čentéš, 2007).

Cieľom tohto príspevku je stručne oboznámiť čitateľa s právnou úpravou drogovej

kriminality v Slovenskej republike so zameraním najmä na trestnoprávnu úpravu, ktorá je upravená v zákone č. 300/2005 Z. z., Trestný zákon, v znení neskorších predpisov (ďalej len „Trestný zákon“). V tejto súvislosti uvádzame, že v Trestnom zákone sú upravené viaceré trestné činy, ktoré umožňujú postihnúť neoprávnené zaobchádzanie s omamnými látkami alebo psychotropnými látkami ako aj prekurzormi. Pre potreby čitateľov tohto časopisu venujeme pozornosť nasledovným vybraným skutkovým podstatám trestných činov.

Trestný čin nedovolenej výroby omamných a psychotropných látok, jedov alebo prekurzorov, ich držanie a obchodovanie s nimi (§ 171)

Z hľadiska právnej úpravy tohto trestného činu možno uviesť, že *skutková podstata trestného činu je rozdelená do dvoch odsekov, a to podľa množstva OLPL, jedu alebo prekurzora alebo jedov prechovávaných pre vlastnú potrebu*. Odsek 1 upravuje trestnosť neoprávneného prechovávania OLPL, jedu alebo prekurzora **pre vlastnú potrebu** a odsek 2 upravuje trestnosť neoprávneného prechovávania OLPL, jedu alebo prekurzora **pre vlastnú potrebu vo väčšom rozsahu**.

Kvantifikovanie neoprávneného prechovávania týchto látok pre vlastnú potrebu Trestný zákon určuje výkladovým pravidlom, ktorým je ustanovenie § 135. V tomto ustanovení sa rozlišuje prechovávanie OLPL, jedu alebo prekurzora pre vlastnú potrebu (odsek 1) alebo prechovávanie týchto látok pre vlastnú potrebu vo väčšom rozsahu (odsek 2), a to v **závislosti od počtu obvykle jednorazových dávok na použitie, a to pre osobnú spotrebu**. Ak množstvo týchto látok zodpovedá najviac trojnásobku obvykle jednorazovej dávky, konanie páchatela možno posúdiť podľa § 171 ods. 1 Trestného zákona (trest odňatia slobody až na tri roky). Ak množstvo týchto látok preyšuje najviac trojnásobok obvykle jednorazovej dávky, ale nepreyšuje najviac desaťnásobok obvykle jednorazovej dávky na použitie, konanie páchatela možno posúdiť podľa § 171 ods. 2 Trestného zákona (trest odňatia slobody až na päť rokov).

Trestný čin nedovolennej výroby omamných a psychotropných látok, jedov alebo prekurzorov, ich držanie a obchodovanie s nimi (§ 172)

Závažnosť následkov vyplývajúcich z nedovoleného zaobchádzania s OLPL a prekurzormi našla vyjadrenie v Trestnom zákone pri tomto trestnom čine, a to najmä z hľadiska sprísnenia právnej úpravy postihu protiprávných konaní (spravidla obchodníkov, dílerov a distribútorov a ďalších osôb nedovolené zaobchádzajúcich najmä s OLPL), ako aj v možnostiach ukladania prísnych trestov (trest odňatia slobody od štyroch rokov až po trest odňatia slobody na doživotie). Oprávnené možno konštatovať, že vyjadrenie skutkovej podstaty trestného činu v ustanovení § 172 Trestného zákona je najdôležitejšou právnou normou v oblasti trestného postihu nealkoholovej toxikománie v Slovenskej republike.

Základná skutková podstata tohto trestného činu upravuje trestnosť neoprávneného konania vo forme *výroby, dovozu, vývozu, prevozu, prepravy, kúpy, predaja, výmeny, zadováženia alebo prechovávania OLPL, jedu alebo prekurzora po akúkoľvek dobu alebo sprostredkovania takejto činnosti*. V prípade tohto trestného činu ide o ohrozovací trestný čin, dokonaný niektorou z foriem konania páchatela, ktorá je upravená v § 172 ods. 1 Trestného zákona. Tieto formy konania sú alternatívne a na vyvodenie trestnej zodpovednosti voči páchatelovi postačuje naplnenie čo aj len jednej z nich (Čentíš a kol., 2006).

Prvá kvalifikovaná skutková podstata trestného činu upravená v ustanovení § 172 ods. 2 Trestného zákona je naplnená, ak *páchatel spácha čin uvedený v odseku 1 a bol za taký čin odsúdený alebo pre osobu, ktorá sa lieči z drogovej závislosti alebo závažnejším spôsobom konania, prípadne na chránenej osobe alebo vo väčšom rozsahu*.

Kvalifikovaná skutková podstata upravená v ustanovení § 172 odsek 3 Trestného zákona je naplnená, ak *páchatel spácha čin uvedený v odseku 1 a spôsobí ním ťažkú ujmu na zdraví alebo smrť alebo voči osobe mladšej ako pätnásť rokov alebo prostredníctvom takejto osoby, alebo v značnom rozsahu*.

Kvalifikovaná skutková podstata upravená v ustanovení § 172 ods. 4 Trestného zákona je naplnená, ak páchateľ *spácha čin uvedený v odseku 1 a spôsobí ním ťažkú ujmu na zdraví viacerým osobám alebo smrť viacerých osôb alebo ako člen nebezpečného zoskupenia, alebo vo veľkom rozsahu.*

Trestný čin nedovolennej výroby omamných a psychotropných látok, jedov alebo prekurzorov, ich držanie a obchodovanie s nimi (§ 173)

Tento trestný čin poskytuje ochranu spoločnosti a jej jednotlivým členom v obdobnom rozsahu ako v prípade ustanovenia § 172 Trestného zákona. Účelom ustanovenia § 173 Trestného zákona je postih výroby, zaobstarávania alebo prechovávania **predmetov určených na nedovolenú výrobu označených látok.**

Základná skutková podstata tohto trestného činu upravuje trestnosť neoprávneného konania vo forme výroby, *zadováženia alebo prechovávania predmetu určeného na nedovolenú výrobu omamnej látky, psychotropnej látky, jedu alebo prekurzora.*

Ustanovenie § 173 Trestného zákona o trestnom čine nedovolennej výroby omamných a psychotropných látok, jedov alebo prekurzorov, ich držania a obchodovania s nimi upravuje *tri kvalifikované skutkové podstaty*, ktoré sú vyjadrené v odsekoch 2 až 4. Na rozdiel od ustanovenia § 172 Trestného zákona spoločným znakom kvalifikovaných skutkových znakov podľa ustanovenia § 173 Trestného zákona je získanie **prospechu, a to pre seba alebo pre iného.** Pri určení výšky prospechu sa vychádza z interpretačného pravidla upraveného v § 125 ods. 1 Trestného zákona. Na podklade tohto interpretačného pravidla sa v súčasnosti väčším prospechom rozumie 80 000 Sk, značným prospechom 800 000 Sk a veľkým prospechom 4 000 000 Sk.

Šírenie toxikománie (§ 174)

Toto ustanovenie poskytuje ochranu záujmu spoločnosti a jej jednotlivým členom proti možnému ohrozeniu, vyplývajúcej zo zneužívania návykových látok iných ako alkohol, ako aj pred rozširovaním informácií so sna-

hou propagovať užívanie alebo nakladanie s týmito látkami. Trestný postih uvedeného konania je súčasťou *protidrogovej prevencie* zameranej najmä na osoby, ktoré neprišli do kontaktu s takouto látkou. Tieto osoby môžu byť ovplyvnené informáciami, ktorých zámerom je presvedčiť ich o zneužívaní iných návykových látok ako alkoholu.

Základná skutková podstata tohto trestného činu upravuje trestnosť konania, ktoré spočíva v tom, že páchateľ *zvádza iného na zneužívanie inej návykovej látky než alkoholu alebo ho v tom podporuje, alebo kto zneužívanie takej látky inak podnecuje alebo šíri.*

Ide o ohrozovací trestný čin, dokonaný niektorou z foriem konania páchateľa, ktorá je upravená v § 174 odseku 1 Trestného zákona. Tieto formy konania sú alternatívne a na vyvodenie trestnej zodpovednosti voči páchateľovi postačuje naplnenie čo aj len jednej z nich. Na spáchanie tohto trestného činu postačuje preukázanie tzv. ohrozovacieho úmyslu, a nie je nutné, aby osoby, ktorým je takéto konanie páchateľa určené, skutočne zneužili inú návykovú látku než alkohol.

Kvalifikovaná skutková podstata tohto trestného činu je naplnená, ak páchateľ *spácha čin uvedený v odseku 1 voči chránenej osobe, alebo verejne.*

JUDr. Jozef Čentéš, PhD.,
zástupca riaditeľa trestného odboru
Generálnej prokuratúry SR
externý učiteľ Katedry trestného práva,
kriminológie a kriminalistiky,
Právnická fakulta Univerzity
Komenského v Bratislave

Použitá literatúra:

- ČENTÉŠ, J. A KOL.: **Trestný zákon s komentárom.** Eurokódex, Poradca podnikateľa, Žilina: 2006.
- ČENTÉŠ, J., HERETÍK, A., OLÁH, M., A KOL.: **Vyšetrovanie drogovej kriminality.** Bratislava: Euroformes, 2007.
- OLÁH, M., SCHAVEL, M.: **Sociálne poradenstvo a komunikácia.** Prešovská univerzita v Prešove, Pravoslávna bohoslovecká fakulta, Prešov 2006.

V čísle 1/2007 jsme avizovali novou rubriku věnující se standardům kvality sociálních služeb. Do čísla 2/2007 jsme připravili úvodní dva články věnující se této problematice. V prvním Martin Bednář čtenáře seznamuje obecně s problematikou kvality, ve druhém Jaroslava Sýkorová vysvětluje základní ustanovení standardu č. 1. V tomto čísle přinášíme článek Jiřího Milera, v němž se zabývá standardem č. 2 – dodržováním a respektováním práv uživatelů služeb. V dalším čísle vysvětlíme naplňování standardu č. 3 – jednání se zájemcem o službu. a č. 4. – uzavírání smlouvy.

Věříme, že rubrika umožní nejenom kvalifikovanou diskusi, ale především poskytne poskytovatelům oporu v tom, že standardy kvality sociálních služeb jsou užitečné jak pro jejich uživatele, tak pro ně samotné.

Své reakce, náměty a příspěvky do diskuse posílejte na adresu socprace@fss.muni.cz.

Ochrana práv uživatelů sociálních služeb

Respekt k právům uživatele služeb je základem a součástí naplňování všech klíčových aspektů, které kvalitu života uživatelů sociálních služeb významným způsobem ovlivňují. Je obtížné hovořit o kvalitě života tam, kde nejsou ctěny základní lidské hodnoty – soukromí, nezávislost, důstojnost, právo volby. Být uživatelem sociální služby ještě samo o sobě nemusí znamenat automaticky omezení práva na sebeurčení. Pracovníci v sociálních službách však často považují ochranu a bezpečí uživatelů za prioritní a řada z nich zdůrazňuje konflikt mezi zajišťováním bezpečnosti uživatelů a prosazováním jejich nezávislosti. V současnosti jsou práva uživatelů především v rezidenčních sociálních službách stále v mnohých případech výrazně omezena a největším úkolem těchto služeb je zajistit rovnovážný vztah mezi rizikem, právy a odpovědností. Je třeba analyzovat rizikové situace, vypracovat účinná vnitřní pravidla pro poskytování sociální služby, definovat oblasti, v nichž by mohlo dojít v souvislosti s poskytováním služeb k porušení práv uživatelů, vytvořit mechanismy, které zajistí zjištění případů porušení práv (např. stížnostní postupy), zamezí porušování práv a zajistí nápravu.

Obecná znalost legislativy a správné pochopení jednotlivých ustanovení pracovníky sociálních služeb je nutným základem, na kterém je však potřebné „stavět“ ochranu práv individuálně u každého uživatele služby.¹ To je prakticky nemožné bez stanovení srozumitelného poslání služby, funkčního systému individuálního plánování a zajištění spolupráce s ostatními mimo sociální službu (návaznost na další zdroje). V opačné situaci pracovníci sociálních služeb v mnohých případech balancují na křehké hranici mezi omezováním práv a zanedbáním péče.² Zásadním problémem je pak to, že v rezidenčních sociálních službách je používáno omezování práv nebo osobních svobod uživatelů jako norma a jako běžná praxe. Není písemně zdůvodněno, proč se taková opatření používají a zda byly využity všechny možnosti podpory pro uživatele. Implementace zákona o sociálních službách je v této oblasti velmi složitá a ukazuje se, že je potřebné vytvářet dostatečný tlak na tolik potřebné a trvalé změny.

Dodržování a respektování práv uživatelů poskytovatelem služby v průběhu jejího sjednávání, trvání a ukončování je obsahem standardu kvality č. 2. Výchozí diskem tohoto standardu je Listina základních práv a svobod³: „Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“ Ochrana práv uživatelů, jak vyplývá ze závěrečné zprávy z pilotních inspekcí, kterou zveřejnilo MPSV ČR⁴, je velmi problematickou oblastí rezidenčních služeb. Uživatelé těchto služeb jsou závislí na službě a personálu téměř ve všech oblastech svého života: bydlení, jídlo, sebeobsluha, trávení volného času, vzdělávání, pracovní uplatnění.

Je potřebné znovu a znovu zdůrazňovat, že základní lidská práva patří všem lidem bez rozdílu věku, počtu končetin, ostroty vidění či výšky tzv. IQ a každému člověku jsou vlastní od narození. Případné omezení základních práv a svobod je možné pouze na základě zákona, mimo zákon nelze základní lidská práva omezit v žádném

případě⁵. Řadu práv uživatelů pak lze nalézt přímo ve Standardech. Požadavek ochrany uživatelů je také důležitou součástí evropských politik v oblasti služeb v obecném zájmu⁶. Evropská komise zveřejnila Zelenou knihu o službách v obecném zájmu jako konzultační materiál pro všechny zainteresované strany. Výsledkem konzultačního procesu by mělo být přijetí rámcové směrnice, kterou by členské státy musely následně transponovat do své legislativy⁷.

Oblast práv uživatelů sociálních služeb byla a doposud je provázena velkými zmatky a ve značném počtu rezidenčních služeb jsou podmínky v tomto směru tristní. Např. u uživatelů s mentálním postižením nebo demencí je zneužívání přirozená a často potřebná právní ochrana – zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům, a mnohdy se paradoxně stává základní příčinou omezování základních lidských práv lidí s postižením v sociálních službách. Jako by bylo stále jednodušší pod zástěrkou „ochrany a zájmů“ lidí žijících v domovech poskytovat „komplexní“ péči bez rozdílu individuálních potřeb, a tedy bez většího rizika. Implementace zákona o sociálních službách již v některých případech pomáhá vytvářet takovou atmosféru, kde přestávají pochybovat, obávat se a skládat účty ti, kteří chtějí pomoci uživatelům sociálních služeb domoci se jejich práv. Na druhou stranu je nutné zdůraznit, že necelý rok po účinnosti zákona o sociálních službách stále ještě v sociálních službách neexistují dostatečné motivační mechanismy pro zvyšování kvality služby v oblasti respektu k právům uživatele a podpory jeho nezávislého života. V naplnění požadavků ochrany práv uživatelů je potřeba poskytovatelem definovat právě ty oblasti, které při poskytování služeb práva uživatelů ohrožují. Účinnou prevencí před porušováním práv jsou vnitřní pravidla, která v praxi zamezují porušování práv uživatelů a předcházejí možným střetům zájmů mezi uživateli a pracovníky zařízení. Důležitým mechanismem pro zajištění ochrany práv uživatelů a zkvalitnění praxe je realizace efektivního postupu při řešení stížností. Postupy při vyřizování stížností musí být uživatelům dostupné a musí být použitelné v prostředí, ve kterém se rezidenti cítí schopni si stěžovat bez obav a pocitu obětování se. Poskytovatel by měl zaujímat kladné stanovisko k projevovaným stížnostem a vytvořit ve svém zařízení atmosféru dů-

věry při vyřizování stížností. Současné je to pro poskytovatele zdroj informací, jak jednotliví uživatelé vnímají jim poskytovanou službu a co by si přáli změnit. Důležité je s touto procedurou, kterou si zařízení vytvoří, důkladně seznamovat uživatele, pracovníky i veřejnost. Nesmí se přitom zapomínat, že seznamování s těmito vnitřními pravidly je nekončící proces a je třeba jej neustále připomínat a aktualizovat.

Předmětem častých nejasností, nesprávných výkladů nebo nepochopení již existující právní úpravy je otázka právního postavení osob, u nichž došlo k omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům. Lidská práva jsou podstatným znakem právního státu a jsou projevem civilizace na vyšší kulturní úrovni, výrazem morálky a humanismu. V demokracii musí platit zásada: „Co není zakázáno, je povoleno.“ Neboli – „každý může činit, co není zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá“. V České republice jsou lidská práva pod ochranou soudní moci, tzn., že v případě jejich porušení je možné se obrátit na nezávislé soudy, odvolací soudy vyšší instance, podat ústavní stížnost Ústavnímu soudu ČR nebo se svých práv domáhat na mezinárodní úrovni (Evropská komise pro lidská práva, Evropský soud pro lidská práva). Otázky způsobilosti k právním úkonům a přímému vztahu mezi zbavováním či omezováním způsobilosti a ochranou samotného člověka patří stále k aktuálním tématům v současné době. Slučování či záměna pojmů způsobilosti mít práva a způsobilosti k právním úkonům znamená stále ještě pro mnoho lidí žijících v ústavech prvopočátek jejich nedůstojnéhožití. Přirozená a často potřebná právní ochrana – zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům, se tak paradoxně mnohdy stává základní příčinou omezování základních lidských práv uživatelů sociálních služeb. Stále se tedy ukazuje nezbytnost diskuse všech zainteresovaných odborníků, zejména sociálních pracovníků a právníků. Způsobilost k právním úkonům⁸ je třeba odlišit od způsobilosti mít práva.⁹ Je potřebné si uvědomit, že právní subjektivita nelze nikoho zbavit a také osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům je způsobilá mít práva. Uvědomění si tohoto faktu je více než důležité pro řadu osob, které jsou v sociálních službách naprosto neadekvátně omezovány v základních lidských právech, přestože pro to nemají

pracovníci sociálních služeb žádné právní opodstatnění. Zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům může být v řadě případů zcela nepřiměřený zásah do práv lidí s mentálním postižením. Jeho použitím nemusí být doceněny základní potřeby těchto lidí a dopady na jejich život. V minulosti bylo zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům dokonce „nepřesnou“ podmínkou pro přijetí do ústavu. Jednalo se však o určitou tradici, která nikde neměla žádné právní opodstatnění.¹⁰ Návrh na zahájení o řízení způsobilosti k právním úkonům může podat i ten, kdo byl zbaven způsobilosti k právním úkonům. Ten, kdo je oprávněn podat návrh na zahájení řízení o způsobilosti osoby k právním úkonům, se po zahájení řízení stává účastníkem řízení a má právo účastnit se celého řízení před soudem (může navrhopvat další znalecké posudky, výpovědi osob, které osobu se zbavenou způsobilosti znají nebo s ní pracují atd.). Zde je velký prostor právě pro poskytovatele sociálních služeb, kteří chtějí hájit práva svých uživatelů. V praxi to ale zatím není dostatečně využíváno. Z mé praxe v Libereckém kraji v letech 2002–2006 vím, že pouze ve dvou případech podaly ústavy návrh na zahájení řízení o způsobilosti osoby k právním úkonům s cílem přehodnotit stávající stav. V jednom případě soud potvrdil bohužel původní stav, v jednom případě byla způsobilost k právním úkonům částečně navráćena. Tuto situaci je nutné řešit, neboť v minulosti byly často vydány velmi omezující rozsudky, nebo u osoby došlo později k rozvoji samostatnosti. Někteří poskytovatelé služeb se začínají o práva lidí s mentálním postižením zasazovat, avšak zkušenosti se změnou původních rozsudků nejsou vždy dobré.¹¹

Práva v sobě nesou povinnost jednat odpovědně

V souvislosti s naplňováním práv uživatelů sociálních služeb je potřebné hovořit také o jejich odpovědnosti a povinnostech. Také uživatelé sociálních služeb jsou zodpovědní za sebe i za své jednání. Míra jejich trestněprávní i občanskoprávní odpovědnosti se posuzuje v konkrétním případě bez ohledu na to, zda např. byli nebo nebyli omezeni nebo zbaveni způsobilosti k právním úkonům. Práva jsou tak vyvážena povinnostmi a ani uživatelé sociálních služeb nemohou bezpodmínečně uplatňovat svá práva, jestli by to

zatížilo ostatní. Důležitost práv nesnižuje odpovědnost lidí za své vlastní životy. Sociální služba je povinna pomáhat lidem uplatňovat svá vlastní práva i nést odpovědnost za důsledky svých činů pro druhé. Práva v sobě nesou povinnost jednat odpovědně.

**PaedDr. Jiří Miler, Ph.D.,
starosta města Český Dub**

Poznámky

- 1 Vedení domovů často očekává „univerzální“ řešení práv uživatele. Příklad očekávání ředitele a vedení domova na metodické skupině: „*Vhodné a pragmatické řešení problematiky vztahu volnosti a odpovědnosti pokládáme za významné a podstatné při zavádění standardů a jim odpovídajících vnitřních předpisů organizace. Uvítali bychom právně nezpochybnitelné řešení nebo návod, nejlépe obecně nebo resortně závazný, vymezující pravidla a omezující rizika poskytovatelů péče u uživatelů s výrazněji omezenou schopností učení a orientace v prostoru a ději.*“
- 2 Zvláště citlivá je v tomto ohledu např. otázka svobodného pohybu lidí s mentálním postižením, demencí nebo těch, kteří potřebují podporu pracovníka (např. nepohyblivý uživatel). Zajímavé v tomto ohledu je vyjádření veřejného ochránce práv ve zprávě z vykonaných kontrol v ústavech sociální péče: „...nemožnost obstarat si doprovod je nepřiměřenou překážkou v realizaci práva svobodného pohybu.“
- 3 Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.
- 4 <http://www.mpsv.cz>.
- 5 Volně citováno podle Průvodce poskytovatele, MPSV, 2002.
- 6 Termín „služby v obecném zájmu“ je používán v materiálech Evropské komise. Do této kategorie služeb patří také sociální služby.
- 7 Jabůrková, M.: Seminární práce: Koncepce služeb v obecném zájmu a její dopad na sociální služby. Praha, Karlova univerzita, 2004.
- 8 Způsobilost k právním úkonům podle zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, § 8:

(1) Způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti (způsobilost k právním úkonům) vzniká v plném rozsahu zletilostí.

(2) Zletilosti se nabývá dovršením osmnáctého roku. Před dosažením tohoto věku se zletilosti nabývá jen uzavřením manželství. Takto nabytá zletilost

- se neztrácí ani zánikem manželství, ani prohlášením manželství za neplatné.
- 9 Ta je upravena zejména v Listině základních práv a svobod, ale také v § 7 odst. 1 zákona č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník: *Způsobilost fyzické osoby mít práva a povinnosti vzniká narozením. Tuto způsobilost má i počaté dítě, narodí-li se živé.*
 - 10 Zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům je zásahem do nedotknutelnosti osoby, která je zaručena v Listině základních práv a svobod v čl. 7. Zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům je upraveno v zákoně č. 40/1964 Sb., OZ, v § 10:
 - (1) *Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví.*
 - (2) *Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí.*
 - (3) *Soud zbavení nebo omezení způsobilosti změní nebo zruší, změní-li se nebo odpadnou-li důvody, které k nim vedly.*
 - 11 Podle příslušné právní úpravy je soud vždy povinen vyslechnout znalce, přičemž znalecký posudek je významným podkladem pro rozhodování soudu, ne však jediným. Soud jej bere v úvahu v souvislosti s ostatními výsledky dokazování, které slouží ke správnému posouzení věci.
- Použitá a doporučená literatura:**
- CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: Fokus, 2004.
- JABŮRKOVÁ, M.: *Koncepce služeb v občanském zájmu a její dopad na sociální služby* (seminární práce). Praha, Karlova univerzita, 2004.
- JOHNOVÁ, M. *Sociální služby poskytované v ústavních zařízeních*. Praha: Zpráva modulu 2 Česko-britského projektu na podporu MPSV ČR při reformě sociálních služeb 2003.
- KOPŘIVA, K., a kol. *Kvalita sociálních služeb v domovech pro občany se zdravotním postižením – Metodika hodnocení kvality*. Praha: MPSV, 2000.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profesí*. Praha: Portál, 1997.
- KOŘÍNKOVÁ, D. *Ochrana práv uživatelů. In Sylaby pro vzdělávací program pro vzdělávání inspektorů kvality sociálních služeb*. Praha: Instand, 2006.
- KRAUSE, E. *Řízení o způsobilosti k právním úkonům*. Metodický text.
- MCLEOD, R. *Změna je nevyhnutelná, růst je dobrovolný*. Liberec: Metodický text.
- MICHALÍK, J. *Otázky náležitého dohledu a jeho vliv na kvalitu života v ústavech sociální péče*. Olomouc. Metodický text.
- MICHALÍK, J. *Některé faktory ovlivňující do držování práv uživatelů služeb* (včetně interních normativních směrnic). Olomouc: 2002. Příspěvek na konferenci.
- MITLÖHNER, M. *Právní problematika sexuality osob s mentálním postižením*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004.
- MURPHY, R. F. *Umlčené tělo*. Praha: Slon, 2001.
- Návrh norem poskytování rezidenční péče pro dospělé v Buckinghamshire*. Aylesbury: 1996.
- NOVÁ, H. *Nesvéprávní – nedostatečná právní ochrana* (1.). In: *Právo a rodina* č. 12/2005. Ročník 7. Praha: 2005.
- PAYNE, Ch. *Evaluating the Duality of Care: A Self Assessment Manual*. London: National Institute for Social Work, 1994.
- SCOTT PECK, M. *Postel u okna*. Votobia, 1996.
- SÝKOROVÁ, J., MILER, J., BROŽOVÁ, E. *Metodika pro vypracování rozvojových plánů*. Metodický text. Karlovy Vary 2004.
- ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: Karolinum, 2005.
- ŠÍŠKA, J. *Sebeobhájcem*. Praha: SPMP, 2000.
- ŠÍŠKA, J. *Lidská práva lidí s mentálním postižením*. Národní zpráva Česká republika. Praha: Modrý klíč, 2002.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004.
- VAVŘÍK, L.: *Bydlet znamená cítit se doma*. In <http://www.dobromysl.cz>.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2001.
- Vybrané rozsudky o návrhu na úpravu způsobilosti k právním úkonům.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.**
- Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník.**

Rodinný systém se závislým na alkoholu

The Family System with a Alcohol Addicted Member

Pavel Kliment

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.,¹ pracuje od roku 1997 jako odborný asistent na katedře sociologie a andragogiky Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Zabývá se zde obecnými problémy poradenství v sociální práci. V letech 1994–1997 pracoval jako psycholog Psychiatrické léčebny ve Šternberku na oddělení léčení závislostí, v letech 1999–2005 pracoval jako metodik sociální práce ve Správě uprchlických zařízení Ministerstva vnitra ČR, kde zastával i funkci psychologa.

Abstrakt

Ve své stati se pokouším zachytit podobu rodinného systému, jenž je spoluutvářen členem závislým na alkoholu. Na rodinu budu nahlížet z perspektivy psychologie rodiny. Rodinu tedy chápu v intencích psychologie rodiny jako dynamický systém, je vykládána ze systémových pozic. Uvedený přístup poskytuje nové možnosti, jak studovat rozličné jevy ovlivňující rodinu, tedy i dopad závislosti na alkoholu. Výchozí bodem rozboru rodinného systému se stane část rodinného FIRO modelu. Díky tomuto rozboru dospívám k identifikaci těch interakčních faktorů vystupujících v komunikaci v rámci rodiny, které udržují a posilují alkoholovou závislost svého člena.

Abstract

In my paper, I try to describe a form of the family system that includes an alcohol-addicted member. The family will be observed from the family psychology perspective, i.e. that the family is conceived, in the intentions of the family psychology, as a dynamic system and interpreted from systematical viewpoints. The presented approach allows new opportunities of studying various phenomena influencing the family, including the impacts of alcohol addiction. The family system analysis will be based on a part of the FIRO family model. This analysis allows me to identify those factors of interaction within the family communication that develop and deepen the alcohol addiction of its member.

Úvod

Ve své praxi jsem se opakovaně setkával se situací, kdy jedinec úspěšně prošel terapií směřující k abstinenci alkoholu, v terapii nabyl základní dovednosti k zvládnutí své závislosti, v době jeho odchodu bylo možno vysoudit, že je dostatečně motivován k další abstinenci. Navíc jeho návratu přála skutečnost, že její rodina neodvrhla a vyjadřovala mu podporu v jeho dalším doléčování. A přes to všechno tento jedinec dříve nebo později selhával a navrátil se k původním vzorcům svého jednání. Opakovaně jsem si v těchto souvislostech kladl otázku, do jaké míry může být toho selhání ovlivněno jeho rodinným systémem, do kterého se po ukončení léčby navrátil. Právě na tyto otázky se pokouším ve své stati nalézt odpověď.

I. Psychologie rodiny

Na rodinu se pokusím nahlížet z perspektiv psychologie rodiny, takto nově se rozvíjející akademické psychologické disciplíny. Zmíněný obor umožňuje rodinu studovat jako mnohovýrovný dynamický systém. Psychologii rodiny zajímá rodina nejenom jako celek ve svém dynamické proměnlivosti, ale též, což přesahuje koncepty jiných disciplín studujících rodinu, individuální vývoj jednotlivých členů. Daný vývoj je pak studován na úrovni jejich prožívání a chování. Psychologie rodiny studuje vztahy mezi jedincem a jeho rodinným systémem, který je navíc zasazen do širšího sociálního kontextu.

Předmětem psychologie rodiny je studium rodinné interakce, za jednotku analýzy je pak považována interakční výměna, která bývá též označována jako událost (Jacob, 1987).

Psychologie rodiny dospívá k teoretickým poznatkům, které jsou východiskem navazujících aplikovaných oborů, kterými jsou především rodinná terapie a rodinné poradenství. Je zjevné, že do oblasti teorie a praxe sociální práce se mohou promítat poznatky psychologie rodiny, jak se již děje v případě rodinného poradenství.

II. Rodina jako sociální systém

Psychologie rodiny, jak jsem již konstatoval, nahlíží na rodinu jako na sociální systém, rodina je tak studována ze systémových pozic. Rovněž mnou užitý rodinný FIRO model je systémově orientován, což mě nutí objasnit některé teze systémových přístupů, zejména pak ty, které se do uvedeného modelu promítají. Stručně a srozumitelně objasnit kategorie, jako je systémový přístup (myšlení) a rodina jako problémový systém, je však poměrně obtížné.

Značnou potíž způsobuje skutečnost, že termín systémový přístup nelze jednoznačně vyložit, systémové myšlení se totiž neustále vyvíjí, dochází tak k permanentním proměnám v jeho paradigmatu (východisku zkoumání rodiny).

Pokud na časovou osu zaneseme hranice, ve kterých se uplatňuje systémové myšlení, pak jednu hranici přirozeně tvoří současnost, druhou pak šedesátá, ale spíše sedmdesátá léta minulého století, ve kterých dochází k plnému rozvoji rodinné terapie, která v sobě začala obsahovat poměrně jasné systémové prvky.

Za prazákad systémového myšlení lze považovat empirické studie školy z Palo Alto, uskutečněné již v padesátých letech dvacátého století. Tyto studie zkoumaly podíl rodinné komunikace na vzniku schizofrenie (Kratochvíl, 1997).

První systémové přístupy s sebou přinesly nový pohled na fungování rodiny, lidské problémy začaly být nově nahlíženy z perspektivy rodinného uspořádání. Byl opuštěn vysvětlující model lineárně kauzální, ten byl nahrazen modelem předpokládajícím kauzalitu cirkulární. Základními výkladovými kategoriemi rodiny přestaly být stabilní vlastnosti a lineární kauzalita, nahradily je kvalita celku, zpětná

vazba a cirkularita. Rané přístupy jsou dále pozitivisticky orientovány, předpokládají totiž, že rodinný systém je objektivně poznatelný terapeutem, že v rámci rodinného systému lze rozlišit jednotlivé strukturní prvky a určit jejich funkce, díky tomuto lze jeho chod kontrolovat a regulovat, pomáhající jej může směřovat k dosažení rovnováhy. Pro toto chápání systémů se vžilo označení kybernetika 1. řádu, nutno dodat, že soudobé systémové přístupy předpoklady vyjádřené v předchozí větě odmítají (Schlippe, Schweitzer, 2006).

Tyto naopak zdůrazňují proměnlivost systémů, pochybují o jejich objektivní poznatelnosti, systémy považují za autonomní, regulující sebe sama a velmi nestabilní, tedy těžce předvídatelné ve svém vývoji, díky čemuž má poradce jen omezenou možnost je cíleně ovlivňovat svými zásahy. Pro tyto přístupy se užívá označení kybernetika 2. řádu (Kratochvíl, 1997). Uvedené konstatuji, jelikož mnou použitý rodinný FIRO model v sobě nese jak prvky kybernetiky 1., tak i 2. řádu, souběžně se ptá, co je zdrojem stability rodinného systému a co zdrojem jeho proměnlivosti.

Náhled na rodinu z perspektivy cirkularity je však platný do současnosti. Jednání jedince v rámci rodinného systému je ovlivněno jednáním druhých a souběžně toto jednání druhých je ovlivněno sledovaným jednáním jedince. Je zřejmé, že každé jednání jedince má zpětný dopad na jednotlivé členy sledovaného systému, jakož i na samotnou jednající osobu (Schlippe, Schweitzer, 2006).

Z uvedeného je zjevné, že pohled z perspektivy lineární kauzality s sebou přináší až příliš velkou míru zjednodušení při studiu sledovaných jevů. Systémové myšlení naopak umožňuje na dané jevy, a tedy i rodinu nahlížet komplexněji. Problém tak nelze redukovat pouze na jeho nositele nebo na pouhou interakci mezi nositelem a druhou osobou. Problém je natolik ukotven v systému, že ovlivňuje všechny prvky (komponenty) systému. V našem případě závislost na alkoholu ovlivňuje nejenom svého nositele a jeho partnera, ale též děti v rámci dotčené rodiny, a to buď na základě interakce se závislým rodičem, ale též na základě interakce mezi dětmi a druhým partnerem, jakož i na základě interakce mezi

děťmi navzájem. Z uvedeného vyplývá, že při řešení problémů týkajících se závislého člena rodiny nelze pracovat toliko s izolovaným jedincem, ale je nutno do procesu pomoci zapojit v jisté míře též ostatní členy jeho rodinného systému.

Pojetí cirkulární kauzality s sebou přináší také nutnost změny v přístupu pomáhajícího pracovníka k řešení existujících problémů. Nelze totiž, tak jak se tomu děje v pojetí lineárně kauzálním, očekávat, že problém lze jednoznačně vyřešit cílenými intervencemi. Pomáhající se musí vyrovnat s paradoxem, že jedná, aniž přesně ví, co jeho jednání vyvolává a vyvolá (Ludewig, 1994). Je zřejmé, že daný předpoklad může být v praxi pomáhajícího pracovníka různě vyložen. Dovedeno do krajnosti se touto cestou navrácí model „černé skříňky“, kdy pomáhající manipuluje v podobě svého jednání se vstupem do systému a sleduje, co toto jednání vyvolá. Pokud je zvolen méně krajní výklad, pak může být tímto předpokladem zmarněn předpoklad pomáhajícího, že na specifické typy problémů lze užít postupů v podobě algoritmů, aniž by proces pomoci ze strany pomáhajícího vyžadoval tvůrčí přístupy.

Dalším významným předpokladem systémového přístupu je, že sociální systém nelze vymezit jako pouhý souhrn částí utvářejících systém. Systém je vždy něco víc než souhrn částí. Systém je totiž tvořen prvky systému, vztahy mezi těmito prvky (komponenty), hranicemi systému a kontextem, do kterého je systém zasazen (Prochaska, Norcross, 1999).

Komponenty, vztahy a hranice vznikají současně, v jednom okamžiku a jsou základem soběvztázných organizací systému. Systémy jsou konstituovány událostmi, které jsou tematizovány v komunikaci (Ludewig, 1994). Uvedené znamená, že vznik problému předchází vzniku problémového systému. Problémový systém tak není pouhou modifikací původního systému, je mu naopak nepodobný, a to jak v zastoupených prvcích, tak zejména ve vztazích i hranicích. Uvedené není často respektováno a podobné je pak v procesu pomoci považováno za totožné.

Problémový systém je systém determinovaný problémem. Problémem je každé téma

v komunikaci, které hodnotí jednání jedince jako nežádoucí a současně jako změnitelné. Jde o téma, které v sobě obsahuje výzvu ke změně, a některý nebo někteří členové systému vinou tohoto zažívají negativní emoce. Jedinci tvořící problémový systém potenciálně vyhledají pomoc, pokud dojde k následující situaci. Ten, který byl vyzván ke změně, tuto výzvu hodnotí jako útok na své sebepojetí, reaguje na danou výzvu emočně negativně. Vlivem této odpovědi nebo spíše odpovědi jednotliví členové systému začínají jednat defenzivně nebo agresivně, což zužuje operativní prostor jejich další komunikace. Dialog začíná být blokován, jeden za druhým jsou řazeny jednotlivé monology. Problémový systém je tak stabilizován, navíc se může dále rozšiřovat na další témata. Z problémového systému lze vystoupit, může se také spontánně uvolnit, tehdy se však téma může zpětně navracet. Pokud zůstává problém zablokovaný, tak systém může začít hledat zdroje pomoci mimo vlastní hranice systému (Ludewig, 1994).

Problém tedy vzniká až v okamžiku, kdy je prvkem systému tematizován. Rodinný systém se stane problémovým systémem až v okamžiku, kdy abúzus člena je označen za nežádoucí a očekává se od něj změna a tento na tyto požadavky odpovídá opakovaně agresivně nebo defenzivně. Agrese a reaktivita je poměrně spolehlivou překážkou vyjednávání, hledání kompromisu, nalézání postupného řešení nastalého problému. Téma abúzu nebo závislosti na alkoholu však může být indukováno i zvnějšíku, kupříkladu ze strany pomáhajícího pracovníka, problémový systém tak vznikne „jeho zásluhou“.

III. Aplikace rodinného FIRO modelu na situaci rodiny se závislým členem

Rodinný FIRO model je pokusem o systémový pohled na procesy formování rodinného systému. Podstata tohoto modelu byla objasněna v článcích Dohertyho, Colangela a Hovandera (1984, 1991). V naší literatuře byl tento teoretický koncept nastíněn Sobotkovou (2007). Jelikož je daný model rodinného systému východiskem mých úvah, jsem nucen jej ve své stati alespoň v hrubých rysech čtenáři přiblížit.

Diskutovaný model vychází ze Schultzova dotazníku FIRO-B, který stanovuje základní dimenze osobnostní dynamiky individua, které determinují jeho obecné interakce s druhými lidmi neboli jeho interpersonální strategie. Rodinný FIRO model Schultzův koncept dále rozpracovává a aplikuje jej na dynamiku rozvoje malých sociálních skupin a stanovuje determinanty této dynamiky. FIRO-B model tak odhaluje determinanty individuální, zatímco rodinný FIRO model determinanty skupinové.

FIRO-B rozkrývá tři základní dimenze jedince ovlivňující jeho jednání v mezilidském kontaktu, těmi jsou potřeba inkluze, potřeba kontroly a potřeba afekce (Schultz, 1958). Rodinný FIRO model dospívá rovněž ke třem dimenzím, ale tentokrát se jedná o dimenze rodinného systému, které jsou podkladem určujícím výsledné podoby interakcí v rámci rodinného systému. Těmito dimenzemi jsou inkluze a kontrola, potud shoda s původním FIRO-B modelem, a nově je stanovena dimenze intimity (Doherty et al., 1991). Dimenze intimity nahrazuje dimenzi afektivity v původním Schultzově modelu.

Dimenze inkluze, tedy dimenze týkající se struktury a vazeb v rámci rodiny, je odečítána z těch rodinných interakcí, které se týkají organizace, propojenosti jednotlivých členů a sdílených významů v rámci rodinného systému. Dimenze kontroly se odráží v pokusech udržet nebo zvýšit své postavení ve skupině, tyto pokusy se mohou projevat ve volbě užité prosazující se strategie, která může být dominantní, reaktivní (defenzivní) nebo kooperující. A konečně dimenze intimity, takto dimenze týkající se sebeotevření, která se projevuje v procesech vzájemného sdílení pocitů, v respektu k druhým, sdílenou zranitelností a sexuálně podbarvenými interakcemi mezi partnery (Doherty et al., 1991).

Z dnešního pohledu rodinný FIRO model zohledňuje při studiu rodinného systému jak strukturálně funkcionalistické, tak i procesuální hledisko. Strukturálně funkcionalistické hledisko se nejvíce projevuje v chápání dimenze inkluze, a to v rozboru těch interakcí, které se týkají organizace systému, vzájemné propojenosti a sdílených významů

(především za předpokladu, že jsou chápány jako významy zastávané, a nikoli komunikované). Procesuální hledisko se pak projevuje v dimenzích kontroly a částečně intimity, kdy o procesuálním hledisku hovoříme tehdy, pokud uvedené dimenze jsou utvářeny tematizací v komunikaci.

Strukturálně funkcionalistické hledisko je také autory chápáno jako určující pro vlastní dynamiku rodinného systému. Nejvyšší význam podle nich mají pro zvládnání vývojových změn právě vzorce jednání plynoucí z inkluze, následně interakce týkající se kontroly a teprve až nakonec intimity (Doherty et al., 1991).

Soudobé systémové přístupy naopak předpokládají, že systémy nevznikají kolem struktury, ale vznikají okolo tématu a systémy pak ve svých projevech uskutečňují smysl nesený tímto tématem. Při rozboru problémových systémů je pak přednostně pozornost zaměřena na ta témata, která jsou v komunikaci jako problémová označena a nesou v sobě výzvu ke změně. Navíc kdy nositel tohoto nežádoucího jednání se cítí onou výzvou ohrožen, zažívá, že je v komunikaci zpochybněna jeho kompetence a odpovědnost, a snaží se svým jednáním udržet své sebepojetí. Z toho důvodu svou pozornost přednostně zaměřím právě na otázky zpracování výzvy ke změně, kdy daná výzva se bezprostředně promítá do interakcí týkajících se dimenze kontroly. Náznakem se rovněž dotknu témat týkajících se podob struktury rodiny se závislým členem, jakož i funkcí členů takového rodinného systému. Činím tak jednak z toho důvodu, abych shrnul stávající poznatky týkající se struktury a funkce rodiny se závislým opírající se o některé teze rodinného FIRO modelu, jednak proto, že členové takového systému chápou na základě svých vysouzení svou zažívanou situaci jako organizovanou strukturu, což determinuje jejich proces tematizace problému.

Uvedené chápání ovlivňuje též proces pomoci rodinnému systému. Strukturálně položené hledisko zdůrazňuje nutnost vyřešit otázky týkající se pozic, rolí, hranic, koalic, úkolů, zatímco procesuální hledisko hledá řešení v otázkách zahrnujících interakce vážící se na oblast kontroly.

Především, že níže uvedené vývody se týkají toliko nukleárních rodin, kdy je závislým členem rodinného systému rodič, eventuálně partner rodiče, mohly by však být po jisté úpravě aplikovány též na situace, kdy nositelem závislosti je dospívající nebo dospělé dítě.

Jak již bylo řečeno, problém vzniká v okamžiku, kdy je někým z rodiny tematizován v komunikaci, kdy je poukázáno na jednání, které je označeno jako nežádoucí, a vysloví se apel ke změně onoho nežádoucího jednání. Problémový systém pak vznikne, jestliže pro označeného jedince jsou tato témata významná a vedou jej k odpovědím. Základním komunikovaným tématem konstituujícím problémový systém rodiny se závislým členem je právě jeho závislost, přesněji řečeno projevy jeho jednání determinované právě jeho závislostí.

Podstatou jednání závislého jedince je neschopnost jeho kontroly konzumace alkoholu, což s sebou přináší zpočátku menší, později stále větší nepředvídatelnost jeho jednání. Ona nepředvídatelnost jednání narušuje průběh rodinné kooperace.

Členové takového rodinného systému zažívají, že závislý jen v omezené míře plní své sociální role. Hranice mezi rodičovským a sourozeneckým subsystémem začíná být nejasná, děti jsou více či méně vtahovány do koalice s nepijícím partnerem. Jsou na ně přenášeny rozhodovací pravomoci, protože pijící partner je shledán vinou své nespolehlivosti za nekompetentního nebo sám rozhodování bojkotuje. Děti tak získávají postavení a pravomoci, které neodpovídají jejich věku a ani zralosti. Vznikají tak spojení namířená proti závislému jedinci. Závislý je ve stále větší míře egocentrizován, zohledňuje vinou své závislosti především své potřeby, které staví nad skupinové potřeby, vyvazuje se tak ze své provázanosti s rodinným systémem, a to zejména v procesech poskytování, jeho provázanost se omezuje na přijímání. Dále je systém tlačěn ke změně vnímání své identity, systém se vnímá jako stigmatizovaný, což způsobuje uzavírání se vůči sociálnímu kontextu. Výkon rituálů je opomíjen, snižuje se loajalita, objevují se rozpory mezi sdílenými

hodnotami jednotlivých členů. Intimita rodiny je narušena, subsystém utvořený kolem nepijícího člena se uzavírá vůči subsystému pijícího jedince, tento je jen v omezené míře respektován. Výše uvedené je zúčastněnými členy vnímáno a diskutováno jako „rozštěp“ rodinného systému.

Jedinec, z jehož jednání je vysouzeno, že je problémovým abuzorem (pijákem) nebo závislým, ono označení přirozeně odmítá. Jedná se v souladu s výše konstatovaným o útok na jeho sebepojetí.

Tematizací problému jsou spuštěny procesy, které jsou namířeny proti základnímu atributu sebepojetí, kterým je udržet si celistvý a konzistentní obraz sebe sama (Balcar 1991).

Navozeným tématem se tak cítí být označený jedinec ohrožen a devalvován, podprahově se spouštějí obranné mechanismy jeho sebepojetí, které mají udržet jeho zažívané postavení v rámci rodinného systému. Jedinec tak opouští kooperující strategie, jejichž nositelem je dialogická komunikace (ve smyslu výměny informací a hledání strategií výhodných pro všechny prvky systému) a nahrazuje je strategiemi dominance nebo reaktivity. V komunikaci označeného jedince se tak na jedné straně objevují znaky nátlaku, konfrontace, zastrašování nebo vyžadování disciplíny, na straně druhé pak prvky odporu, odstupu nebo dokonce podřízení se. Zbylí členové rodinného systému v odpovědi na to opouštějí rovněž spolupracující strategie a nahrazují je postupy volenými označeným jedincem. Dialogová komunikace začíná být nahrazována sériemi za sebe kladených monologů, stává se tak rigidní, problémový systém se stabilizuje.

Taková komunikace může a nemusí být uvolněna, řešení může a nemusí být nalezeno. Pokud není uvolněna, daná podoba komunikace se stabilizuje a zautomatizuje, zúčastnění přestávají očekávat a hledat změnu. Naopak uvolnění může nabýt více podob. O uvolnění lze hovořit v případě, kdy zúčastnění z problémového systému vystoupí. Jindy dojde k uvolnění úpravou původně rigidní komunikace, postupně se opouští jak dominantní, tak reaktivní strategie jednání,

ty jsou alespoň částečně nahrazeny strategiemi kooperujícími a systém směřuje k dohodě. K oné dohodě může dojít za využití vnitřních zdrojů, rodina hledá spontánně alternativy ke své rigidní komunikaci, nebo za využití vnějších zdrojů, kdy problémový systém je ke své změně provázen poradcem. Řešením problémové situace je cesta k abstinenci označeného jedince.

Úkolem poradce je pak vytvářet smysluplné alternativy k problémové komunikaci vzniklé v problémovém systému (Ludewig, 1994).

Uvažuji o situaci, kdy jedinec nastupuje na léčení, ať již ambulantního nebo lůžkového typu. S nástupem jedince do terapie dochází k další přeměně původního problémového systému. Původní problémový systém se sice uvolnil, ale je nahrazen novým problémovým rodinným systémem. Mění se totiž problémové téma, kolem kterého je nově konstituován rodinný systém, což vyvolává nežádoucí jednání u jedince, který byl již dříve označen za problémového pijáka nebo závislého. Problémové téma závislosti a jeho projevů je nahrazeno problémovým tématem recidivy a návratu k původním nežádoucím vzorcům jednání. Ono téma vzniká na základě zkušenosti jednotlivých členů rodinného systému se svým pijícím členem, který opakovaně již nástupem do terapie verbalizoval své odhodlání abstinovat, a dokonce i po určitou dobu abstinovat, nicméně po čase se navrátil, z pohledu ostatních členů rodiny, ke svému nežádoucímu jednání. Dané téma může být indikováno také ze strany pomáhajících, kteří vycházejí ze své profesní zkušenosti. V rámci rodinného systému tak dochází k poměrně masívnímu střetu, kdy nositel nežádoucího chování po návratu z terapie očekává, že s ukončením terapie zanikne i téma jeho závislosti, a tím i problémový systém jako takový, zatímco ostatní postulují nové problémové téma. Tentokrát je ze strany členů rodinného systému anticipován vznik nežádoucího jednání a očekávání změny je negativně definováno. Přirozenou odpovědí na tuto skutečnost je ze strany označeného volba dominantních nebo reaktivních interakcí, což negativně ovlivní emoční odezvu u jednotlivých členů.

Daný a zákonitý stav zúčastnění zažívají jako variaci původního problémového systému, nevnímají jej jako nutný stupeň vedoucí k zániku tématu.

Uvedené vysvětluje nutnost vykládat problém závislosti v prostředí rodinného systému, z těchto důvodů by měl být systémový přístup aplikován jak ve fázi vlastní terapie závislého, tak i ve fázi doléčování, kdy se tento jedinec navrácí zpět do rodinného systému.

IV. Sociální práce s rodinou se závislým členem

Sociální práce týkající se rodiny se závislým členem by měla přirozeně respektovat výše uvedená zjištění.

- a) Problém závislosti by měl být pomáhajícím chápán jako problém zasahující a ovlivňující všechny prvky rodinného systému (tedy nejenom svého nositele nebo jedince žádajícího o pomoc). Žádný prvek systému není dopadu problému závislosti ušetřen. Pokud je na systém nahlíženo ze strukturálně funkcionálních pozic, tak zjevně vystupuje fakt „rozštěpu“ rodinného systému, z pozic procesuálních skutečnost, že komunikace ztrácí svou koordinující funkci.
- b) Při řešení obtíží plynoucích ze závislosti by se pomáhající měl vzdát představy, že existuje jednoznačný algoritmus vedoucí ho v procesu pomoci. Měl by mít na vědomí, že každý rodinný systém je jedinečný a vyžaduje alespoň v určité míře specifické přístupy k řešení svých obtíží. Pomáhající by měl být v odpovídající míře kreativní a na kreativní zásahy by měl být připraven.
- c) Pomáhající by měl respektovat skutečnost, že v komunikaci problémového systému je zpochybňováno dosavadní sebepojetí nositele závislosti, kdy přirozeným lidským nastavením je udržet si stále a jednotné vidění sebe sama i v případech, že je zpochybňováno nejbližšími členy rodinného systému. Závislý má v těchto chvílích „právo“ chovat se nerozumně, je zcela přirozené, že volí dominantní nebo reaktivní strategie, jako je i přirozené, že je mu odpovídáno těmito strategiemi. Pomáhající by měl toto v procesu pomoci reflektovat, aniž by zaujímal hodnotící stanovisko.

- d) Měl by se snažit, aby se téma závislosti nepřenášelo také na jiná rodinná témata. Jestliže platí, co již bylo řečeno, že systém je tvořen tématem a ve svých projevech uskutečňuje smysl nesený tímto tématem, pak lze na rodinu nahlížet jako na řadu systémů, kdy každý systém je určen jiným tématem. Je nutno změřit pozornost nejenom na tíživé životní problémy vážící se k závislosti, ale též na témata, která jsou závislosti jednoho z členů relativně ušetřena. Je nutno sledovat nejenom to, co rodinu rozděluje, ale také to, co ji stále ještě udržuje a drží pospolu. Tímto si uchováme možnost udržet si s nositelem problému komunikaci směřující ke kooperaci. Pomáhající tak zúčastněné nejenom podněcuje k novým pohledům, ale též je i potvrzuje, aby překonal jejich odpor.
- e) Pomáhající by měl respektovat, že i po úspěšné terapii závislého je stávající problémový systém nahrazen systémem jinak problémovým, došlo jen ke změně témat, okolo kterých je problémový systém utvořen. Daná skutečnost by měla být tematizována již v průběhu terapie, ať již tato je cílena individuálně nebo na rodinu. Závislý by neměl nabýt představy, že po ukončení terapie se situace rodinného systému výrazně a hlavně skokově změní oproti minulosti. Závislý pak odchází z terapie s nereálným očekáváním, toto se nenaplní, což u něj vyvolává dlouhodobou negativní odezvu. Pokud na dané není připraven a danou situaci veden, pak se snižuje jeho nezdolnost setrvat v abstinenci. Uvedené by mělo být dále tematizováno i v průběhu doléčování, tedy v době odchodu z terapie. Pomoc by se měla zaměřovat na uvolňování komunikace v rámci rodinného systému, komunikace pomáhajícího by měla být alternativou k problémové komunikaci po návratu jedince z terapie. Opět platí, že problémové projevy má brát pomáhající za přirozenou reakci na nastalou událost a má se vyhýbat zaujímání hodnotících hledisek.
- f) Pomáhající by měl ve své činnosti zohlednit, že téma vznikající kolem závislosti vymizí teprve v okamžiku, kdy postulované zevšední, ztratí svou naléhavost, kdy se

téma stane bezdůvodným. K zevšednění však nedojde v řádech dnů nebo týdnů.

Závěr

Ve své stati jsem se snažil z převážně systémových pozic zdůvodnit nutnost systémového přístupu k řešení problematiky alkoholové závislosti. Upozornil jsem v ní na existenci krizového bodu v procesu pomoci závislému, který vystupuje v okamžiku přechodu z terapie nazpět do rodinného systému. Jeden problémový systém je totiž nahrazen problémovým systémem druhým, který je podkladem dalších problémových komunikačních aktů.

Poznámky

1 pavel.kliment@seznam.cz.

Seznam literatury:

- BALCAR, K. **Úvod do studia psychologie osobnosti**. Chrudim: MACH, 1991.
- DOHERTY, W. J., COLANGELO, N. **The family FIRO model: A modest proposal for organizing family treatment**. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1984, 10, 19–29.
- DOHERTY, W. J., COLANGELO, N., HOVANDER, D. **Priority setting in family change and clinical practice: The family FIRO model**. *Family Process*, 1991, 30, 2, 227–240.
- JACOB, T. (Ed.) **Family interaction and psychopathology: Theories, methods, and findings**. New York: Plenum Press, 1987.
- KRATOCHVÍL, S. **Základy psychoterapie**. Praha: Portál, 1997.
- LUDEWIG, K. **Systemická terapie. Základy klinické teorie a praxe**. Praha: Pallata, 1994.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. **Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi**. Praha: Grada Publishing, 1999.
- SCHULTZ, W. C. **FIRO: A three dimensional Theory of Interpersonal behavior**. New York: Rinehart, 1958.
- SOBOTKOVÁ, I. **Psychologie rodiny**. Praha: Portál, 2007.
- VON SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. **Systemická terapie a poradenství**. Brno: Cesta, 2006.

Streetwork a harm reduction v pomoci závislému klientovi OZ Prima v Bratislave

Streetwork and Harm Reduction in the Help to Addicted Client of OZ Prima in Bratislava

Barbora Kuchárová, Michal Oláh

Mgr. Barbora Kuchárová je klinickou psychologičkou a psychoterapeutkou, v súčasnosti pracuje ako výkonná riaditeľka OZ Prima v Bratislave. Pôsobí v rôznych komisiách a radách v oblasti redukcie požiadaviek po drogách, ako trénerka Rady Európy v oblasti redukcie požiadavky po droge a je tiež externou spolupracovníčkou Katedry sociálnej práce, ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča v Prešove. Kontakt: barbora@t-zones.sk.

PhDr. Michal Oláh, PhD., h. doc., je sociálnym pracovníkom, psychoterapeutom a supervízorom, v súčasnosti pôsobí ako odborný asistent na PBF PU v Prešove a vedúci Katedry sociálnej práce v ÚSVaZ bl. P. P. Gojdiča v Prešove, kde prednáša problematiku sociálneho poradenstva a supervízie, terénnej sociálnej práce s rizikovým klientom a teórie sociálnej práce. Pracuje tiež ako supervízor street a harm reduction organizácií. Kontakt: molah@post.sk, +421 903 247 358.

Abstrakt

V našom príspevku chceme čitateľovi priblížiť problematiku práce so závislými so zameraním na injekčných užívateľov drog pomocou nami vymedzených metód. V texte prezentujeme vybrané výsledky prieskumu realizovaného za účelom zmapovania rozsahu činností OZ Prima, ktoré pôsobí ako mimovládna nezisková organizácia združujúca profesionálov a dobrovoľníkov, ktorej cieľom je prispieť k riešeniu drogovej problematiky, a to s dôrazom na realizáciu projektov v oblasti redukcie požiadavky po droge. Občianske združenie Prima vzniklo v roku 1998. Od svojho vzniku až doteraz pôsobí v problematike drogových závislostí, a to predovšetkým v oblasti:

- „harm reduction“ – redukcie škôd spôsobených s užívaním drog,
- primárnej prevencii.

Cieľom OZ Prima je:

- minimalizácia zdravotných a sociálnych rizík spojených s užívaním drog a prostitúciou,
- prevencia šírenia HIV, hepatitídy a iných infekčných ochorení,
- motivovať klientov k menej rizikovému užívaniu drog a bezpečnému sexu,
- nadviazanie kontaktu s cieľovou skupinou a motivovať ju pre postupné zaradenie sa do majoritnej spoločnosti.

Abstract

In our report we want to clarify the activities around work with addicted with a view to syringe drug users with the help higher introduced methods. In the text we present selected research results realized with the aim to map the scope of activities OZ Prima that works as a non-governmental organization matching young professionals and volunteers. Its aim is to support drug problems solutions with the accent on realization of the projects in the sphere of drug demand reduction. OZ Prima was set in 1998. Since its beginning till today it works in the field of drug addiction, first of all in following:

- “harm reduction” – reduction of harms effected by drug using,
- primary prevention.

The aim of OZ Prima is:

- to minimize health and social risks connected with drug using and prostitution,
- prevention of HIV, hepatitis and other infectious disease diffusions,
- to motivate its clients to less risk drug using and safe sex,
- to arrange contacts with the target group and to motivate for step-by-step joining to major society.

Na úvod – vymedzenie základných pojmov

Pojem **streetwork** môžeme preložiť ako pouličnú terénnu prácu na ulici a na miestach, kde sa pohybujú ľudia, ktorí potrebujú našu pomoc. Pojem terénna práca (s ktorým sa často zamieňa), je oveľa širší a má tradíciu už v sociálnej práci bývalého režimu (Schavel a kol., 2006). Streetwork je metóda zaradená do terénnej sociálnej práce. V tomto prostredí sa zameriava najmä na tých, ktorí užívajú drogy, nemajú kde bývať, prostituuju, aby si zarobili na drogu. Ide najmä o nadviazanie kontaktu s užívateľmi drog, vymieňanie použitých ihliel a striekačiek a poskytnutie zdravotníckeho materiálu...

Streetwork nie je nová metóda, jej podobné aktivity majú pôvod už v počiatkoch sociálnej práce. Prvé známe aktivity, ktoré môžeme označiť ako streetwork, sa objavili už na začiatku 20. storočia. Počas zlej hospodárskej a sociálnej situácie v USA vznikli chudobné štvrte – getá, prísťahovalecké kolónie a pod. Zistilo sa, že u týchto ľudí sa nedá použiť bežná sociálna práca, neboli ochotní z rôznych dôvodov prísť do sociálnej inštitúcie, ktorá poskytovala pomoc. Tu niekde začína dnešná podoba streetworku tak, ako ho poznáme dnes (Oláh–Schavel, 2006).

Výsledky pouličnej sociálnej práce v tejto skupine boli také efektívne, že sa čoskoro začali využívať aj v iných skupinách, ako bezdomovci, prostitútky, a od 50. až 60. rokov aj s drogovou závislosťou (Tokárová, 2003). V tomto kontexte môžeme streetwork definovať ako „*metódu sociálnej práce, ktorá sa zaoberá rizikovými skupinami klientov, ktorých životný štýl je priamo spojený s pouličným životom*“. Jej výhodou je, že klienti sú kontaktovaní vo svojom prirodzenom prostredí (Schavel a kol., 2004, 2005).

So streetworkom úzko súvisí práca **nízkoprahových centier prvého kontaktu (K-centrá)**, ktoré sa zameriavajú na prácu s aktívnymi užívateľmi drog. Na tých, ktorí sú motivovaní k liečbe, ako aj na tých, ktorí abstinovať nechcú alebo nemôžu. Orientuje sa teda

aj na tú časť populácie užívateľov, ktorá nie je podchytiiteľná zariadeniami s vyšším prahom (napr. zdravotnícke zariadenia, CVC, LVS).

Pojem „**harm reduction**“ chápeme ako realistický prístup k užívaniu drog, deklarujúci, že spoločnosť bez nich je nereálny cieľ. Pojmom „harm reduction“ sa v zásade označujú programy, ktorých cieľom nie je prevencia samotného užívania drog, ale znižovanie a predchádzanie škodám spojeným s ich užívaním. Prístup „harm reduction“ je obzvlášť dôležitý a potrebný pre prácu v komunite, kde sa nepredpokladá výrazné zlepšenie podmienok v krátkom časovom horizonte. Častokrát sú takéto komunity marginalizované, obývané bez prístupu k službám, s vysokým predpokladom užívania/zneužívania či už legálnych alebo nelegálnych návykových látok (Pírková, 2001).

Súčasnou „harm reduction“ sú programy ako napr. výmeny ihliel, striekačiek a iného zdravotného materiálu, metadónové udržiavacie programy, ale aj náuky o drogách postavené na reálnych základoch. Je potrebné zdôrazniť, že v súlade s filozofiou „harm reduction“ treba s ich zavádzaním začať ešte pred vznikom kritickej situácie – epidémie (napríklad rizikového injekčného užívania nelegálnych drog, ktoré je spojené aj s epidémiou krvou prenosných ochorení) (www.osf.sk).

V našom príspevku chceme čitateľovi priblížiť problematiku práce so závislými so zameraním na injekčných užívateľov drog pomocou troch vyššie uvedených metód. V texte prezentujeme vybrané výsledky prieskumu realizovaného za účelom zmapovania rozsahu činností naším OZ.

1. Prima street a Kontaktné centrum

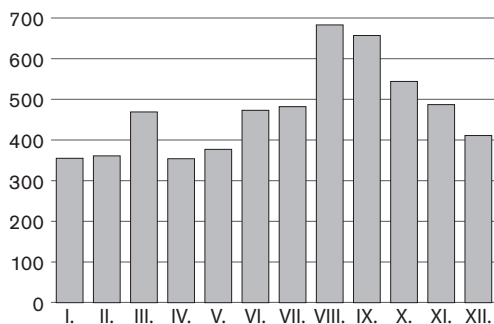
Hlavným cieľom našej práce je minimalizácia zdravotných a sociálnych rizík spojených s užívaním drog, a to hlavne medzi populáciou skrytých užívateľov drog, prostitútok a prostitútov. Zároveň nám ide aj o ochranu majoritnej

spoločnosti pred šírením nákazlivých ochorení. Naším ďalším cieľom je nadviazať kontakt so závislými a motivovať ich k liečbe smerujúcej k abstinencii.

Naše hlavné ciele napĺňame nasledovne:

- a) Znižujeme riziko prenosu infekcie HIV, hepatitídy a iných pohlavne a krvou prenosných ochorení, a to:
 - edukáciou cieľovej skupiny o bezpečnom likvidovaní použitých ihliel a striekačiek a taktiež k zodpovednosti, tým, že nám ihly a striekačky donesú späť na výmenu,
 - návikom používania ihliel, striekačiek a zvyškov zdravotníckeho materiálu iba raz, čím sa zníži frekvencia opätovného používania striekačiek, ihliel a zvyšného materiálu a následne sa zníži šanca nakazenia,
 - ozrejmieniu zásad bezpečného pohlavného styku, t. j. znížiť počet nechránených pohlavných stykov,
 - oboznámeniu, čo pre nich a ich okolie znamená rizikové správanie a aké to môže mať následky.
- b) Vytvárame poradenské siete – zdravotné, sociálne, psychologické alebo právne, čím sme našim klientom nápomocní, ak sa rozhodnú pre iný spôsob života a chcú sa zaraďiť späť do spoločnosti.
- c) Prevádzkujeme Prima Kontaktné centrum v Bratislave, kde terénni sociálni pracovníci pracujú s klientmi v oblasti harm reduction, zároveň priestory centra slúžia ako priestor na činnosť „poradenskej siete“ pre klientov.

Graf č. 1 Počet kontaktov za rok 2006



Zdroj: OZ Prima

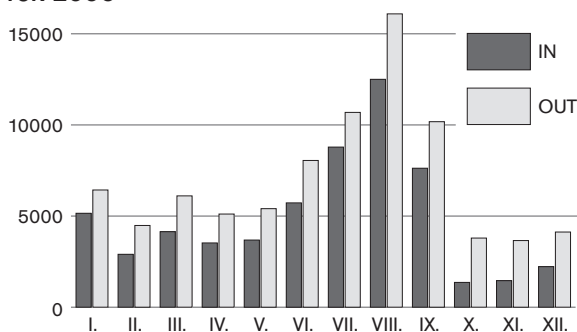
Ďalšími cieľmi pri práci s klientmi/klientkami v programoch Prima street a Kontaktné centrum sú:

- Prostredníctvom informačno-edukačných materiálov a časopisu Na ceste zvýšenie informovanosti cieľových skupín o možných následkoch rizikového správania sa.
- Minimalizovanie počtu nechránených sexuálnych stykov u osôb pracujúcich v pouličnom sex biznise, ako aj u užívateľov drog, s cieľom zníženia rizika prenosu infekčných ochorení v rámci cieľovej skupiny, ako aj na majoritnú populáciu prostredníctvom informovania a distribúcie prezervatívov.
- Motivácia k záujmu o vlastné zdravie, prostredníctvom motivačných rozhovorov.
- Sprostredkovanie kontaktu do siete sociálnych, zdravotných a iných relevantných zariadení (§ 19 ods. 1 písm. g, § 11 ods. 1 písm. f).
- Sprevádzanie klienta prostredníctvom priamej sociálnej asistencie do inštitúcií, ktoré sú kompetentné k riešeniu jeho aktuálneho problému. Ide o riešenie aktuálneho problému klienta a pomoc prekonať strach, či nedôveru pri komunikácii s inštitucionálnymi službami (§ 19 ods. 1 písm. c, d, g a h, § 11 ods. 1 písm. f).
- Zvýšenie informovanosti verejnosti o užívateľoch drog, rizikách spojených s užívaním drog a možnostiach prevencie (§ 11 ods. 1 písm. d).

Medzi hlavné služby poskytované klientom v rámci programov Prima street a Kontaktné centrum patrí:

a) Distribúcia injekčných striekačiek – je zabezpečovaná v rámci terénnej práce formou výmeny za použité ihly a striekačky. Likvidácia vyzbieraných ihliel a striekačiek je zabezpečená v spolupráci so spaľovňou infekčného odpadu v nemocnici na Antolskej ulici v Bratislave.

b) Distribúcia iného materiálu na bezpečnejšiu aplikáciu drog a bezpečnejší sex – okrem injekčných striekačiek je klientom/klientkám distribuovaný aj iný, najmä zdravotnícky materiál. Služí na prevenciu krvou a pohlavne prenosných infekcií, ako HIV/AIDS, zápalov pečene typu B, C a i. Sú to

Graf č. 2 Počet rozdanych a vyzbieraných ihlích za rok 2006

Zdroj: OZ Prima

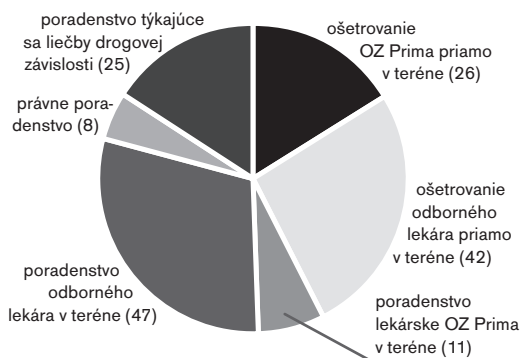
najmä alkoholové tampóny, injekčná voda, suché tampóny, filtre, lubrikačné gély, prezervatívy, škrtidlá, „steri cups“, alobal, čistý vitamín C – kyselina askorbová, dezinfekčné prostriedky, vreckovky na intímnu hygienu a pod.

c) Distribúcia informačno-edukačných materiálov – terénni pracovníci poskytujú klientom informačné materiály o infekčných ochoreniach, možnostiach ochrany zdravia, ako aj o službách iných organizácií a pod. Jednou z foriem, ako klientom sprístupniť aktuálne informácie zaujímavou formou, je aj **časopis Na ceste**, ktorý organizácia vydáva svojpomocne pre klientov programu. V časopise sú uverejňované informácie o fungovaní programu.

Tab. č. 1 Rozdaný materiál za rok 2006	
Materiál	Počet
Striekačky IN	59 084
Striekačky OUT	84 124
Askorbín	5 647
Alkoholové tampóny	34 333
Suché tampóny	64 234
Filtre	57 438
Voda	16 039
Kondóm	16 342
Rukavice	132
Obväz	375
Leukoplast	1 273
Zdroj: OZ Prima	

d) Špeciálne sociálne poradenstvo – terénni pracovníci poskytujú klientom poradenstvo, ktoré je zamerané na zistenie príčin ich ťažkostí, poskytovanie informácií o možnostiach riešenia ich hmotnej a sociálnej núdze. Pracovníci usmerňujú klientov pri voľbe a uplatňovaní foriem sociálnej pomoci. Pomáhajú sprostredkovať kontakt na špecializované inštitúcie kompetentné riešiť daný problém. V prípade potreby s klientom/klientkou dohodnú pomoc prostredníctvom sociálnej asistencie (§ 17 ods. 1 písm. f a i, § 19 ods. 1 písm. c a g, § 47 ods. 3 písm. a body 1, 3 a 4).

e) Sociálna asistencia – sprievádzanie klienta pracovníkom do verejných inštitúcií (orgány miestnej štátnej správy, nemocnice a pod.) za účelom umožniť mu poskytnutie administratívnych, právnych, zdravotných a iných úkonov, a tým zároveň zlepšiť aktuálnu situáciu, v ktorej sa klient nachádza. Sociálna asistencia pomáha pri prekonávaní bariér v kontakte s uvedenými inštitúciami a priamo sprostredkúva užívateľom drog inštitucionálne služby. Sociálna asistencia sa poskytuje za účelom aktivizovania a posilnenia vnútorných schopností užívateľa drog a jeho zapojenia do života v prirodzenom prostredí. Súčasťou sociálnej asistencie sú aj konzultácie týkajúce sa možnosti ďalšieho postupu klienta/klientky v rámci riešenia danej situácie a problému (§ 11 ods. 1 písm. f, § 17 ods. 1 písm. f a i, § 19 ods. 1 písm. g, § 47 ods. 3 písm. a body 1, 3 a 4).

Graf č. 3 Počet kontaktov v rámci sociálnej asistencie za rok 2006

Zdroj: OZ Prima

f) Základné zdravotné ošetrovanie – terénni pracovníci v prípade záujmu a potreby zo strany klienta poskytujú aj základné zdravotné ošetrovanie klienta, ktoré je neinvazívne a/alebo neodkladné ošetrovanie klienta/klientky poskytované pracovníkmi (dezinfekcia, prekrytie, preváz, prvá pomoc a pod.).

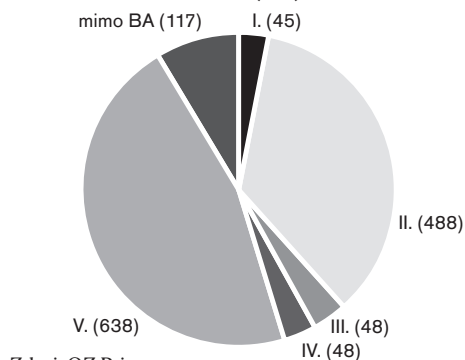
g) Program Odborníci na ulici – odborné zdravotné a právne poradenstvo – je zabezpečované inými odbornými pracovníkmi/pracovníčkami, nie terénnymi pracovníkmi. Cieľom je zatriktívniť a sfunkčniť služby pre klientov a uľahčiť terénnym sociálnym pracovníkom ich prácu, popri ktorej reálne nemôžu byť dostatočne kompetentní v právnych a zdravotníckych otázkach.

h) Motivačné rozhovory – pri výkone terénnej práce pracujú terénni pracovníci aj na motivácii klienta do liečby. Hoci základným cieľom nie je vstup klienta do liečby, v prípade záujmu klienta terénni pracovníci poskytujú informácie o jednotlivých možnostiach liečby, podporujú klienta v jeho prípadnom rozhodnutí vstúpiť do liečby, zisťujú a pomáhajú pri odstraňovaní príčin brániacich klientovi v nástupe na liečbu (§ 11 ods. 1 písm. f, § 17 ods. 1 písm. f a i, § 19 ods. 1 písm. c, d a h, § 47 ods. 3 písm. a body 1, 3 a 4).

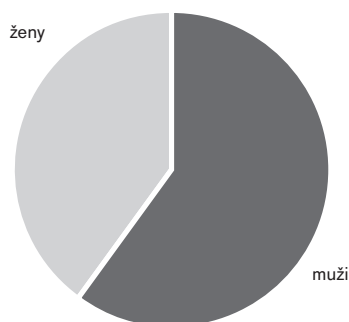
2. Charakteristika činností OZ Prima

Činnosť OZ je zameraná na terénnu sociálnu prácu so skrytou populáciou aktívnych užívateľov drog, prostitútkami, homoprostitútami, bezdomovcami a pouličnými alkoholikmi. Projekt zakladajúci činnosť združenia vznikol pilotne v roku 1999, kedy vznikol stacionárny

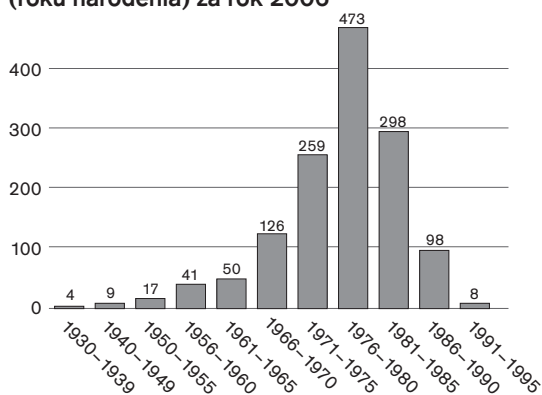
Graf č. 4 Rozdelenie klientov podľa obvodov v Bratislave (BA) za rok 2006



Graf č. 5 Rozdelenie klientov podľa pohlavia za rok 2006



Graf č. 6 Rozdelenie klientov podľa veku (roku narodenia) za rok 2006



streetwork, čo znamená, že sme mali stabilné miesto, ktoré bolo neutrálne aj pre cieľové skupiny a zároveň aj pre pracovníkov OZ Prima. V začiatkoch jednou službou za týždeň, keď počty klientov začali narastať, tak sme streetwork postupne rozširovali na dva a neskôr na tri dni. Do roku 2000 pôsobilo OZ výlučne v Starom meste, klientov sme mali prevažne z obvodu V a II, počas jednoročného pôsobenia v teréne a na základe mapovania nových miest pracovníci zistili, že je veľmi veľa klientov, ktorí nie sú motivovaní opustiť miesta, kde sa prioritne zdržujú – či už z dôvodu finančného (prostitútky alebo prostitúti) alebo z iných dôvodov (pasáci prostitútok, dealeri atď.). Preto OZ od 15. 12. 2000 rozbehlo projekt mobilného streetworku na perifériách Bratislavy, a to v obvode V a II. Začalo sa tak ako na stacionárnom streete najprv jeden deň, neskôr sme pridali ďalší a ďalší. V súčasnosti sú pracovníci v teréne 2-krát do týždňa na stacionárnom streete a 3-krát do týždňa na mobilnom streete. Kontaktné

centrum bolo sprevádzkované v júni 2005. V kontaktnom centre sa poskytujú rozšírené služby klientom, v porovnaní s prácou na ulici. Špecifikom práce v rámci Kontaktného centra je možnosť lepšieho kontaktu s klientom a následnej motivácie klienta. Kontaktné centrum je otvorené pre klientov trikrát do týždňa.

Otváracie hodiny Kontaktného centra OZ Prima:

- Pondelok 17.00–20.00
- Streda 11.30–17.30
- Piatok 17.00–20.00

Popis a harmonogram realizácie aktivít OZ Prima:

Mobilný street:

Utorok

- 17.00–17.30 parkovisko Slovnaft,
- 17.30–18.00 autobazár pri záhradách – Slovnaft,
- 18.00–18.45 pri krčme Bacil – Slovnaft,
- 19.00–19.45 Kopčianska – Petržalka,
- 20.00–20.30 krúžime s autom po ulici Pánónskej – Petržalka,
- 20.30–21.00 pod predposledným nadjazdom smerom do mesta – Petržalka.

Štvrtok

- 17.00–17.30 parkovisko Slovnaft,
- 17.30–18.00 autobazár pri záhradách – Slovnaft,
- 18.00–18.45 pri krčme Bacil – Slovnaft,
- 19.00–19.45 Kopčianska – Petržalka,
- 20.00–20.30 krúžime s autom po ulici Pánónskej – Petržalka,
- 20.30–21.00 pod predposledným nadjazdom smerom do mesta – Petržalka.

Sobota

- 11.00–11.20 parkovisko Slovnaft,
- 11.20–11.50 pri krčme Bacil – Slovnaft,
- 12.00–12.30 krúžime s autom po ulici Pánónskej – Petržalka,
- 12.30–13.00 pod predposledným nadjazdom smerom do mesta – Petržalka.

Stacionárny street:

Utorok

- 18.00–18.20 Hlavné nám. – Františkánske nám. pri morovom stĺpe,

- 18.25–18.55 Poštová ulica smer k podchodu na Mierko,
- 19.00–19.20 Tesco obchod, tam, kde sme doteraz stáli,
- 19.25–20.00 Šafárikovo námestie – park oproti Smirnof krčme, konečná autobusu 95.

Štvrtok

- 18.00–18.20 Hlavné nám. – Františkánske nám. pri morovom stĺpe,
- 18.25–18.55 Poštová ulica smer k podchodu na Mierko,
- 19.00–19.20 Tesco obchod, tam, kde sme doteraz stáli,
- 19.25–20.00 Šafárikovo námestie – park oproti Smirnof krčme, konečná autobusu 95.

Ďalšou pomôckou pri výkone v teréne sú tašky, bandasky a auto označené logom Prima (od apríla 2003 má OZ pre potreby streetu i služobné auto Fiat Ducato). Okrem materiálu, ktorý sa používa v teréne, je dôležité vybavenie, ktoré slúži pri administratíve – počítač, telefón a fax. Aktivita OZ, najmä programy Prima street a Kontaktné centrum, boli v minulosti podporené predovšetkým Nadáciou pre deti Slovenska, Nadáciou otvorenej spoločnosti – Open Society Foundation a Protidrogovým fondom SR.

Na záver

OZ Prima pracuje v otvorenom prostredí formou harm reduction s aktívnymi injekčnými užívateľmi drog nemotivovanými pre liečbu, ľuďmi pracujúcimi v sex biznise a bezdomovcami ako aj v prostredí prvého kontaktného nízkoprahového centra na Slovensku, v Petržalke na Kopčianskej ulici. Podmienky terénnej sociálnej práce sú z hľadiska poradenstva špecifické aj smerom k odberu anamnézy, ktorá podlieha princípu anonymity klientov.

Za obdobie minulého roka OZ Prima realizovalo svoju činnosť v nasledovnom rozsahu:

- Za rok 2006 malo OZ Prima dohromady 154 streetov (návštev v teréne) a 153 služieb v Kontaktnom nízkoprahovom centre (K-centre), dokopy je to **307 služieb**.
- Za rok 2006 je v evidencii OZ Prima 1 227 klientov, ktorí využívajú služby v teréne, a 157 klientov, ktorí využívajú služby

v K-centre, dokopy je v evidencii **1384 klientov**.

- V roku 2006 malo OZ Prima 4 298 kontaktov na streete a 1 415 kontaktov v K-centre, dokopy je to **5 713 kontaktov**.

Prezentované údaje sú len torzom rozsahu činností, ktorým sa OZ Prima venuje, v prípade záujmu o ďalšie informácie si môžete kliknúť na stránku www.primaoz.sk.

Prípadová štúdia

28-ročná Mária je matkou 10-ročnej dcéry, ktorá je zverená do starostlivosti starej mamy. Ona sama žije s druhom, ktorý ju predáva na ulici. Mária je užívateľka pervitínu (14-ročná závislosť) a sexuálnou komerčnou pracovníčkou už viac ako 12 rokov. Pri rozhovore odkrýva dôležité údaje z detstva, v ktorom bola sexuálne zneužívaná otcom. Je najstaršia z troch detí jednoduchej petržalskej rodiny. Jej otec je vodičom kamiónu a matka je predavačka. Otec ju sexuálne zneužíval od jej 8 rokov. Nemá ukončenú základnú školskú dochádzku a nikdy nebola v riadnom pracovnom pomere. Je evidovaná na ÚPSVaR ako nezamestnaná. Jej akútna situácia je, že ju jej druh týra za nízke zárobky, ktoré prináša z ulice, lebo je tiež drogový závislý. Má 36 rokov a nie je biologickým otcom jej dcéry. Jej otcom bol narkoman, ktorý zomrel pred šiestimi rokmi.

Kontakt s klientkou je obmedzený, pretože prichádza do centra vždy pod vplyvom drog. Má paranoidné prejavy a zrýchlené psychomotorické tempo, je neposedná a vzťahovacia. Primeraného zovňajšku (prostitútka), intelektovo subnormná.

Sociálna asistentka centra s ňou pomaly zostavuje jej sociálny program (počas 2 stretnutí). Je jej ponúknuté:

- testovanie na infekčné ochorenia,
- výmenný program (zdravotnícky materiál),
- návšteva lekára,
- potravinový a nápojový servis,
- výmena šatstva,
- vybavovanie dokladov a jednorazovej sociálnej výpomoci,
- detoxifikačná liečba,
- motivačný rozhovor,

- spolupráca s organizáciou pre obeť domáceho násillia. (Centrum Nádej)

Počas práce s klientkou, v priebehu troch týždňov, sa Mária nechala otestovať na syfilis, HIV a hepatitídu typu B a C, našťastie bola negatívna. Počas kontaktu využívala aj výmenný program a s pomocou streetov si vybrala nové a hlavne čisté oblečenie. So sociálnou asistentkou navštívila gynekológa. Pri doprevádzaní do centra Nádej jej bola poskytnutá možnosť bývania v útulku za podmienky ukončenia prostitúovania, Mária však potrebuje byť k tomuto rozhodnutiu viac motivovaná. Neskôr bola Márii v K-centre ešte poskytnutá sociálna asistencia zameraná na vybavovanie dokladov (poistky a občiansky preukaz, ktorý nemá, lebo ho predala na ulici). Mária je v súčasnosti zaradená i do motivačnej skupiny zameranej na bezpečnejšie užívanie drog a následnú abstinenciu.

Zoznam literatúry:

- OLÁH, M., SCHAVEL, M.: **Sociálne poradenstvo a komunikácia**. Prešov: Prešovská univerzita, PBF, 2006.
- PÍRKOVÁ, M.: **Rodina s drogovým závislým**. In Sociálna práca a zdravotníctvo. Trnava. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, č. 1–2/2001.
- SCHAVEL, M., ČIŠECKÝ, F.: **Sociálna prevencia**. Trnava: Trnavská univerzita, FZaSP, 2005.
- SCHAVEL, M., OLÁH, M., DEREVJANÍKOVÁ, Š.: **Sociálna práca vo verejnej správe**. Prešov: Trnavská univerzita, FZaSP, 2006.
- SCHAVEL, M.: **Príprava supervízorov v sociálnej oblasti**. In Empatia. roč. VI, č. 22., s. 54–56. 2004.
- TOKÁROVÁ, A. a kol.: **Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce**. Prešov: Prešovská univerzita, FF, 2003.
- Zákon o sociálnej pomoci č. 195/1998 Z. z. v znení neskorších predpisov.**
- Zákon o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele č. 305/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov.**
- <http://www.osf.sk/Default.aspx?CatID=81&IniciativaId=10> (15. 7. 2007)

Postmoderní myšlení v poradenské praxi

Postmodern Thinking in the Counseling Practice

Leoš Zatloukal

Mgr. Leoš Zatloukal¹ vystudoval sociální práci na Univerzitě Palackého v Olomouci a Ostravské univerzitě v Ostravě. V současné době je studentem doktorského studia sociální práce na Ostravské univerzitě v Ostravě a klinické psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a je frekventantem komplexního psychoterapeutického výcviku. Pracoval jako kurátor pro mládež, sociální kurátor, pracovník sociálně-právní ochrany dětí a koordinátor komunitního plánování sociálních služeb. V současnosti pracuje jako sociální pracovník v azylovém domě pro bezdomovce, vyučuje poradenské/psychoterapeutické přístupy v rámci předmětu Teorie a metody sociální práce na VOŠ Caritas a Univerzitě Palackého v Olomouci a působí jako krajský metodik komunitního plánování sociálních služeb pro Olomoucký kraj.

Abstrakt

K postmoderním filozofickým východiskům ((radikální) konstruktivismus a sociální konstrukcionismus) se explicitně hlásí zejména tzv. systemické přístupy. Tyto přístupy se řadí mezi přístupy, které se podle výzkumných zjištění v současné sociální práci a psychoterapii v USA i v západní Evropě rozvíjejí nejdynamičtěji (Prochaska, Norcross, 1999). V příspěvku jsou představena základní východiska těchto přístupů (konstruktivistická epistemologie, systemické pojetí kauzality). Uplatnění těchto východisek v praxi je demonstrováno popisem některých technik a postupů: důrazu na zdroje a řešení, přerámování, respektu založeného na myšlence nemožnosti instruktivní interakce a externalizace problému.

Abstract

Systemic approaches define themselves explicitly as influenced by the postmodern philosophy (radical constructivism, social constructionism). Those approaches belong to approaches which grow most dynamically in current social work and psychotherapy in USA and western Europe (Prochaska, Norcross, 1999). There are presented some basic premises of those approaches in this article (e.g. constructivist epistemology, systemic causality). Practice using of this premises is demonstrated by description of some used techniques and procedures: focusing on resources and solutions, reframing, respect based on idea of impossibility of instructive interaction, and externalization of problem.

Postmoderní myšlení v poradenské praxi

„Mistr prohlašoval, že svět, který většina lidí vidí, není skutečný svět, ale svět vzniklý v jejich hlavách.“

Když se o tom jeden učenec přišel přít, Mistr položil na zem dva klacíky ve tvaru písmene T a zeptal se:

„Co vidíš?“ „Písmeno T,“ pravil učenec. „Přesně jak jsem si myslel,“ povídá Mistr. „Nic takového jako písmeno T tu není; to je symbol ve tvé hlavě. To, co máš před sebou, jsou dvě uložené větvičky.“

(Anthony de Mello)

Poradenství patří mezi základní dovednosti a vykonávané činnosti nejen sociálních pracovníků (Barker, 1987), ale i dalších „pomáhajících profesionálů“ – psychoterapeutů a klinických psychologů, lékařů (zejm. psychiatrů), pedagogů, duchovních apod. Přestože panuje všeobecná shoda o tom, že poradenství je základní činností v pomáhajících profesích, ohledně definice poradenství se mezi odborníky hledá shoda mnohem hůře.

Matoušek kupříkladu definuje **poradenství** následovně: „Poradenství v užším smyslu je poskytování informací, které si klient vyžádá

a které potřebuje k řešení problému. V **širším smyslu** chápáné poradenství umožňuje navíc klientovi prozkoumat své přednosti i slabiny a nalézt účinné strategie ke zlepšení jeho života. V **nejširším smyslu** slova může být cílem poradenství i získání nového pohledu na sebe i druhé lidi a získání nových potřebných dovedností. V posledním případě se poradenství do značné míry překrývá s psychoterapií.“ (Matoušek, 2002: 132.) Uvedená definice vhodně naznačuje širku pojmu poradenství. V našem příspěvku chápeme pojem poradenství v nejširším slova smyslu, kdy se jeho význam již takřka překrývá s psychoterapií. Rozdíl mezi poradenstvím v nejširším pojetí a psychoterapií vidíme spíše v sebedefinici pomáhajícího pracovníka (například ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám) a v kontextu, kde se intervence odehrává (psychoterapie bývá tradičně spojována spíše s klinickými kontexty, zatímco poradenství bývá spojováno s „civilnějšími“ kontexty, jako jsou poradny nebo zařízení poskytující sociální služby apod.), než v použitých východiscích a metodách intervence. Dovolíme si proto v textu pojímat pojmy „poradenství“ a „(psycho)terapie“ jako synonyma a zároveň zde budeme používat poměrně zažitě označení „terapeut“ pro pracovníka a „klient“ pro člověka, který hledá odbornou pomoc se svými těžkostmi.

1. Filozofický rámec systemických přístupů

Poradenské či psychoterapeutické přístupy nejsou jen náhodným shlukem technik a postupů pro práci s klienty, ale zahrnují i jakýsi **filozofický rámec**, v němž se uvažuje:

- o klientovi (co by měl splňovat za předpoklady pro léčbu (indikace) a jak by se měl na léčbě podílet),
- o potížích klienta (co je příčinou problému, jak se problém udržuje apod.),
- o terapeutovi a jeho roli (odpovědnost terapeuta, jeho pozice),
- o tom, jaké to má být mezi terapeutem a klientem (terapeutický vztah),
- o tom, co by měl terapeut s klientem dělat (jak a na co se ptát, jak postupovat),
- o tom, čeho by společně měli dosáhnout (cíle terapie),

- o tom, co při společné práci funguje a co ji naopak hatí,
- a v neposlední řadě o tom, jak posoudit účinnost a úspěšnost terapie (evaluace efektu intervence).

Některé poradenské přístupy bývají označovány za „postmoderní“ (Mc Namee, Gergen, 1992; Becvar, Becvar, 2006), „konstruktivistické“ (Prochaska, Norcross, 1999) či „systemické“ (von Schlippe, Schweitzer, 2001). Výše uvedená označení odkazují na filozofický rámec, který je společný poměrně velkému množství různorodých přístupů (viz níže). Poslední uvedené pojmenování, systemické přístupy, se ujalo i u nás (Kratochvíl, 2002; Úlehla, 1999; Gjuričová, Kubička, 2003) a bude nadále používáno i v tomto příspěvku.

Mezi nejvýznamnější směry v rámci systemických přístupů lze řadit zejména krátkou terapii zaměřenou na řešení (De Shazer, Bergová, Miller aj.) a narativní terapii (White, Epston, Freedmanová, McLeod aj.); v našich podmínkách je díky překladu Ludewigovy knihy (Ludewig, 1994) dobře znám i hamburský „zakázkový“ model (Ludewig sám své pojetí nepovažuje za nějaký zvláštní systemický přístup, spíše mluví o příspěvku k rozvíjení teorie (Pecháčková, 1993)). Specifická systemická pojetí rozvíjí u nás například pražský Institut pro systemickou zkušenost (Strnad, Úlehla a další) či liberecké středisko krátké terapie (Chvála, Trapková, Knop a další).

Filozofický rámec systemických přístupů tvoří zejména dva proudy: **(radikální) konstruktivismus** a **sociální konstrukcionismus**. Přes někdy poněkud ostré polemiky (např. Gjuričová, Kubička, 2003) se zdá, že mezi oběma proudy existuje velmi mnoho podobností, **rozdíly se jeví být spíše komplementární** (doplňující se). Zásadní myšlenky týkající se epistemologie a kauzality, které v tomto textu ještě rozvedeme, jsou oběma proudům společné. Zásadní rozdíl mezi sociálním konstrukcionismem a konstruktivismem bývá spatřován v tom, že konstruktivismus (např. Maturana, Varela, von Glasersfeld, von Foerster) se zaměřuje zejména na jednotlivce jako uzavřený autopoietický (sebeorganizující) systém, který konstruuje realitu „narážením“ na prostředí,

zatímco sociální konstrukcionismus (Gergen, Hoffmanová, Goolishian) klade důraz především na sociální kontext, v němž se významy utvářejí (Hoffmanová, 1992).²

Oba zmíněné myšlenkové proudy (konstruktivismus i konstrukcionismus) přinesly do oblasti poradenství a psychoterapie dvě základní témata, a to nové pojetí epistemologie a nové pojetí kauzality. Zdá se, že tyto dva aspekty jsou jedinými společnými znaky pestré palety terapeutických přístupů, které nazýváme systemickými, a na těchto dvou prvcích je vystavěno celé „systemické myšlení“. Ludewig při jedné přednášce lakonicky prohlásil (In Pecháčková, 1993: 47): „Neexistuje žádná praxe, která by sama o sobě mohla být nazvána systemickou terapií. Jsou pouze terapeuti, kteří se obracejí na systemickou teorii pro inspiraci.“

Oběma základním tématům systemického myšlení věnujeme pozornost – v této části o nich pojednáme obecně a v následující části si ukážeme jejich aplikaci v každodenní praxi systemicky pracujících poradců a terapeutů.

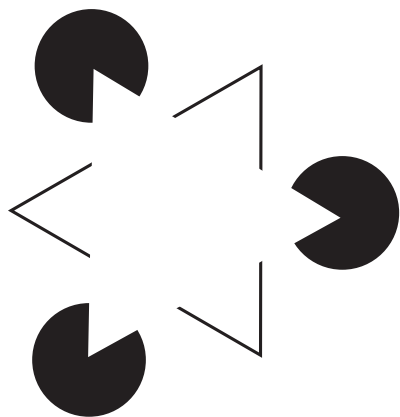
1.1. Epistemologie

Lyotard spatřuje podstatu postmoderního uvažování v „nedůvěřivosti vůči metanarativním příběhům“ (Lyotard, 1993). Postmoderní epistemologie³ vlastně radikálně zpochybňuje možnosti objektivního poznávání skutečnosti. Nedůvěřuje příběhům, které chtějí aspirovat na něco víc než na to, že jsou příběhy, tedy na objektivní platnost⁴.

Tato nedůvěra a skepse k možnostem člověka poznávat objektivní skutečnost má své pevné místo v dějinách filozofického zkoumání už od raných dob před Sokratických a významně se projevuje u Berkeley, Huma a především u Kanta. Zatímco objektivisté věří, že někde „za“ věcmi existuje nějaká objektivní pravda, kterou pozvolna odhalujeme, konstruktivisté jsou přesvědčeni o tom, že **realitu aktivně vytváříme – konstruuje**me. Jazyk není jen médiem, kterým by se poukazovalo na nějakou „vně“ existující skutečnost, ale je nástrojem, jímž a v němž je realita vytvářena. **Konstruktivisté** však – jak se někdy mylně traduje – **nepopírají možnost ontologického světa** (von Foerster, von Glasersfeld, 2005), jen tvrdí, že tento ontologický svět, ať už existuje nebo ni-

koli, **nemůžeme objektivně poznat**. K objektivnímu poznání ontologického světa nemáme přístup, protože **naše poznání není pouhé zrcadlení skutečnosti, ale je vždy interpretací**.

Tuto skutečnost lze dobře doložit již na **vnímání**, které bylo často chápáno jako zachycování a odrážení vnější skutečnosti smysly. Vnímání však zahrnuje v sobě nutně i interpretaci. Můžeme si to ukázat na následujícím obrázku:



Je velmi pravděpodobné, že pozorovatel na obrázku uvidí mimo jiné i bílý trojúhelník. Zajímavé je, že tento trojúhelník je tvořen prázdnými místy a pozorovatel si jej de facto domýšlí (konstruuje). A pokud pozorovatel vidí černé obtažené trojúhelník, pak je to opět jen jeho interpretace, protože na obrázku jsou jen naznačené úhly, nikoli celý trojúhelník. A kdyby někdo tvrdil, že žádný trojúhelník na obrázku není, ale jen tři kruhy s výsečí a tři úhly, bude interpretovat obrázek jinak než první pozorovatel, ale ani ne hůř (nepřesněji), ani lépe. Mohlo by se totiž – alespoň hypoteticky – jednat například o člověka z kultury, která nezná tvar (symbol) trojúhelníku. V případě, že daný tvar v nějaké kultuře není ukotven v jazyce a sdíleném „vědění“ (Berger, Luckmann, 1999), nebude pravděpodobné ani při pohledu na obrázek vnímán. To ale nic nevypovídá o „objektivní“ existenci či neexistenci trojúhelníku na obrázku, ale spíše o tom, že **to, co je vnímáno, je závislé na tom, kdo vnímá** (pozorovateli).⁵ Můžeme tedy říci, že to, co vnímáme, je ovlivněno určitými kulturními vzorci a je vždy výsledkem interpretace. Přitom nesmíme zapomínat, že nevíme nic o tom, zda a co „tam“ je, když to zrovna nevnímáme. Von Foerster (In

von Foerster, von Glasersfeld, 2005) výstižně glosuje: „**Objektivita je jen iluzí pozorovatele, že poznání může být učiněno bez něho.**“ Pozorovatel aspirující na objektivitu poznání totiž zapomíná, že o tom, co vnímá, nemůže vlastně nic říci ve chvíli, kdy sám sebe coby vnímajícího „vymaže“. Objektivistický postoj tedy lze označit také jako „naivní realismus“.

Konstruktivisté bývají někdy kromě popírání možnosti ontologické existence osočováni neprávem z toho, že jsou solipsisté⁶. Konstruktivistické pojetí ale nepředpokládá libovolnost konstruování reality. Konstruování reality a vzájemné porozumění je podmíněno tím, že je tato konstrukce **viabilní** (splavná, průchozí, dosažitelná).⁷ Viabilita znamená průchodnost ve smyslu, že vede k cíli, že umožňuje řešit problémy, které v dané chvíli máme (von Foerster, von Glasersfeld, 2005). Glasersfeld vysvětluje koncept viability na **příkladu slepce**, který se orientuje v neznámém prostředí: slepec tápe, ohledává si hůlkou cestu, a když narazí na nějakou překážku, tak se zase vrátí zpět a zkusí to jinudy. Tak si postupně vytváří určitou kognitivní mapu neznámého prostředí. V této mapě jsou záchytnými body překážky. Slepce nic neví o povaze překážek, jen ví, že tudy nyní nemůže projít, tato cesta pro něj není průchozí („viable“). Podobně je to i v sociálních systémech – v komunikaci každý stále nabízíme druhým určité konstrukce reality a některé tyto nabídky jsou průchozí (viabilní), jiné narazí na odpor (překážku).⁸

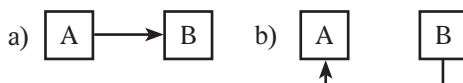
Systemická epistemologie má také silný **etický rozměr**. Pokud máme takovou moc konstruovat realitu, máme také odpovědnost za své konstrukce. V narativní terapii se proto někdy hovoří o „autorství příběhu“ (White, Epston, 1980; Strnad, 2002) – člověk by se měl v největší možné míře stát autorem příběhu svého života.

Část o systemické epistemologii můžeme shrnout ve čtyřech základních premisách (Freedman, Combs, 1996):

- reality jsou sociálně konstruované
- reality se utvářejí skrze jazyk
- reality jsou organizovány a udržovány vyprávěním
- nejsou žádné základní pravdy

1.2. Kauzalita

Podle některých autorů (např. von Schlippe, Schweitzer, 2002) je otázka kauzality (příčinnosti) rovněž otázkou epistemologickou – pozorovatel totiž při aktu poznávání redukuje komplexitu dějů do příčinných souvislostí. Přesto si téma systemické kauzality zaslouží zvláštní zamyšlení. Lze říci, že systemické myšlení je skeptické vůči jednoduchému označování příčin určitých jevů. Systemické myšlení opouští lineární kauzalitu (A je příčinou B; viz obrázek a)) a drží se kauzality cirkulární (viz obr. b)).



Cirkulární kauzalita je založena na předpokladu, že nejen změna A ovlivňuje B, ale i nastalá změna B ovlivňuje A, a tak to pokračuje stále dokola (v tomto pojetí samozřejmě přestává být důležité, co bylo dříve: zda změna A způsobila změnu B nebo změna B změnu A, je to jen otázka interpunkce (Watzlawick et al., 2000)). Kromě toho už skutečnost, že jsme se zaměřili pouze na dvě proměnné A a B, znamená, že jsme coby pozorovatelé provedli redukci komplexity pozorovaných jevů, protože ve hře je obrovské a nepostižitelné množství proměnných, které na sebe navzájem rekurzivně působí (Disman, 1993).

2. Systemické myšlení v praxi

Teoretické pozadí systemických přístupů se, tak jako filozofický rámec jakékoli poradenské intervence, projevuje především v každodenní činnosti poradců a terapeutů. Uvedeme zde několik příkladů.

2.1. Místo konstrukce problému konstrukce řešení

Systemická epistemologie s sebou přináší, jak bylo řečeno, i etický závazek – je-li posíláno naše autorství našich životních příběhů, pak neseme i odpovědnost za to, jakou realitu společně konstruujeme.

Lidé, včetně terapeutů, se jen stěží ubrání vytváření hypotéz o potížích vlastních i o potížích druhých lidí. Vlastně tak společně konstruujeme (vytváříme) problém. Pokud již ke konstruování problému v terapii dochází, je při konstrukci

problému třeba postupovat tak, abychom **konstruovali problém, který lze řešit** (De Shazer, 1993). Může to být i důležitá mezifáze před započítím konstruování řešení: neřešitelný problém se v terapeutickém systému pozvolna stává problémem řešitelným⁹, aby nakonec mohl být „rozpuštěn“ (Ludewig, 1994). Držíme-li se etické zásady „především neškodit“ (Knobloch, Knoblochová, 1999), pak je pro terapeuta důležité neustále reflektovat proces terapie a nepřijmout členství v problémovém systému¹⁰. Problémový systém (či systém determinovaný problémem – Andersonová, Goolishian, Winderman, 1986) je systém, který je organizovaný problémem (např. noční pomočování dítěte může být hlavním tématem či luhmannovským „smyslem“ systému, jehož členy mohou být nejen starostliví rodiče, ale i dětský lékař, sociální pracovník oddělení sociálně-právní ochrany dětí, dětský psycholog, který dítě vyšetřil, učitelé ve škole apod.)¹¹, terapeutickým úkolem je tento systém narušit tak, aby se jednotliví aktéři angažovali jako členové v uspokojivějších systémech (Ludewig, 1994).

Podle představitelů krátké terapie zaměřené na řešení lze jít však ještě dále a konstruování problému se pokusit pokud možno vyhnout a věnovat se především **konstrukci řešení**. Tým z Milwaukee tak radikálně zpochybnil spojitost mezi problémem a řešením (Pecháčková, 1993). De Shazer (1993) k tomuto tématu nabízí **metaforu zámeků na dveřích**: Stížnosti, s kterými klienti přicházejí, jsou jako zámky na dveřích, které vedou k uspokojivému životu. Klienti vyzkoušeli všechno, co bylo podle nich rozumné, správné a dobré, ale dveře zůstávají zamčené a oni dospěli k názoru, že jejich situace je neřešitelná. To často vede k tomu, že začnou analyzovat zámky – proč jsou takové, proč nejdou odemknout apod. Potíží je v tom, že analýza zámeků jim nijak nepomáhá otevřít dveře. Řešením jsou klíče, nikoli zámky. De Shazer pak formuluje známý radikální axiom: „Mluvení o problémech vytváří problémy, mluvení o řešení vytváří řešení.“ (De Shazer In von Schlippe, Schweitzer, 2001, s. 27.)

V následující tabulce je názorně ukázána souvislost orientace na problém či orientace na řešení s tématy, jimž se během sezení věnuje pozornost:

Otázky zaměřené na řešení		
Minulé úspěchy	Přítomná síla a zdroje	Budoucí možnosti
Minulá selhání	Přítomná slabost a nedostatky	Budoucí omezení
Otázky zaměřené na problém		

Nabízíme **několik příkladů otázek zaměřených na konstrukci řešení** (Berg, 1992; De Shazer, 1988, 1993, 1991, 1994; De Shazer et al., 1986):

- **Minulé úspěchy:** a) **otázky na výjimky** („Stalo se někdy, že se problém nevyskytl? Co jste dělal...? Co bylo jiného, když se problém nevyskytl? Jak si vysvětlujete, že tu problém chvíli nebyl?“), b) **otázky na zvládnání** („Muselo to být hodně těžké. Co vám pomohlo dosáhnout toho, aby to nebylo ještě horší?“), c) **otázky na změny před setkáním** („Co se zlepšilo od té doby, co jste si se mnou domlouval konzultaci?“).
- **Přítomná síla a zdroje:** a) **otázky na zvládnání** (v přítomnosti), b) **ocenění** (za něco, co upřímně lze ocenit a co souvisí s kompetencí řešit problém), c) **škálovací otázky** (např. škála od 0 (= když to bylo nejhorší) do 10 (= problém je vyřešen tak, že nepotřebujete terapii), „Kde mezi 0 až 10 jste teď?“).
- **Budoucí možnosti a cíle:** a) **otázka na zázrak** („Představte si, že jedné noci, zatímco spíte, nastal zázrak a problém, který vás přivedl sem, je vyřešený. Čeho si po probuzení všimnete, že je jiné? Na čem poznáte, že se zázrak stal? Na čem to pozná vaše žena?...“), b) **škála** („Říkáte, že jste teď na šestce ... podle čeho byste poznal, že jste o půl bodu výš? Co by bylo jinak?“), c) **otázka na budoucnost** („Představte si sám sebe za pět let ... co je jiného než teď?“), d) **otázka na zhoršení** („Co byste mohl udělat, aby věci byly ještě horší?“ – poukazuje na možnost ovlivnit problém; pokud lze ovlivnit problém směrem ke zhoršení, odporuje to představě, že klient nemá žádnou možnost něco s problémem dělat, a paradoxně tak rozšiřuje jeho možnosti).

Z výše uvedeného vyplývá i velká skepse systemických terapeutů k diagnózám. **Diagnózy** jsou z hlediska systemické epistemologie jen jedním z mnoha možných popisů situace nebo dokonce osobních vlastností klienta. Kromě toho, že jsou většinou popisy značně nepřesnými a rozpornými¹², jsou také většinou neužitečné nebo jen málo užitečné pro hledání řešení (tím nesplňují základní předpoklad dobré systemické hypotézy – užitečnost; Selvini-Palazzoli et al., 1980). Systemičtí terapeuti by se tedy zřejmě rádi připojili k Yalomově výzvě, aby terapeuti nedagnostikovali, a pokud se odhodlají diagnostikovat, tak jen tehdy, když potřebují svou práci vykázat pojišťovně (Yalom, 2003).

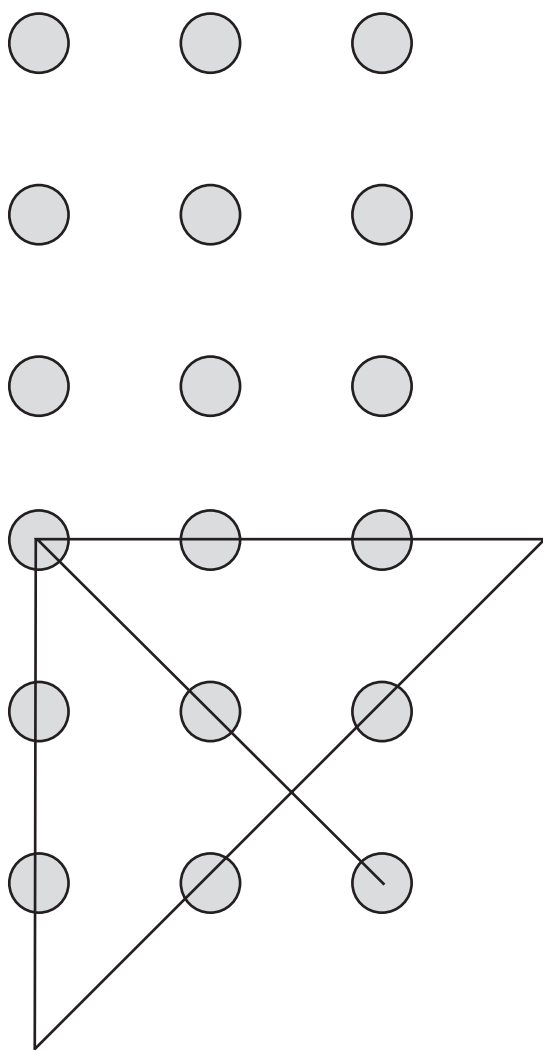
2.2. Přerámování

Uvádí se, že přerámování („reframing“, změna rámce) je snad vůbec nejdůležitější systemická intervence (von Schlippe, Schweitzer, 2001). Watzlawick a spolupracovníci definují přerámování jako „činnost, kdy se mění konceptuální a/nebo emoční nastavení úhlu pohledu, z něhož je daná situace prožívána, a kdy se tato situace přemístí do jiného rámce, který ale pasuje na ‚fakta‘ té stejné konkrétní situace stejně dobře nebo lépe a díky tomu pozměňuje její původní význam“ (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974). Při přerámování se tedy v terapeutickém rozhovoru mění významy spojené s nějakou situací, nikoli „fakta“ situace (jinými slovy bychom řekli, že přerámování musí být viabilní). Přerámování vychází ze systemické epistemologie: nabízí jiný pohled na stejnou situaci. Tím ale znesamozřejměje zatím převládající pohled.

Známostou ukázkou změny rámce je tzv. „problém devíti teček“ (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1974). Úkolem je spojit všech devět teček čtyřmi rovnými čarami tak, aby se při tom tužka nezvedla z papíru.

Většina lidí, kteří tento úkol neznají, po chvíli úsilí prohlásí, že to není možné. Řešení je však velmi prosté – některé čáry je prostě nutno vést mimo čtverec vymezený tečkami (viz obr.).

Nejčastější reakce lidí, kteří se s touto úlohou marně potýkali a bylo jim sděleno řešení, je: „To mě vůbec nenapadlo...“ Tito lidé před-



pokládali, že jejich možnosti volby jsou omezené na čtverec vymezený tečkami, myšlenka, že je možné při kreslení tento pomyslný čtverec přetáhnout, zcela změnila situaci a řešení již bylo velmi snadné. Podobně to platí i o nejrozumnějších problémech klientů – od rodinných problémů až třeba po psychiatrické diagnózy, kdy rozšíření možností vede k překvapivě snadnému řešení. Tunelové vidění klienta (mohu dělat jen toto, a to právě nefunguje) se rozšiřuje do širší perspektivy (mohu udělat ještě toto nebo i tamto... a zkusit, jestli to bude fungovat). „To mě vůbec nenapadlo“ – tak zní také reakce klienta po úspěšném přerámování.

Přerámování se řídí určitými **základními premisami** (von Schlippe, Schweitzer, 2001):

- každé chování dává smysl, pokud známe jeho kontext
- neexistuje vlastnost osoby oproštěná od kontextu
- každé chování má smysluplný význam pro koherenci celého systému
- existují pouze schopnosti – problémy někdy vznikají proto, že schopnost a kontext k sobě nepasují
- každá zdánlivá nevýhoda v jedné části systému se na jiném místě jeví jako přednost.

Příklady přerámování (podle von Schlippe, Schweitzer, 2001):

K: „Moje dcera stále více hubne!“

T: „Bylo to před vašim rozchodem, nebo po něm, kdy se rozhodla přestat jíst?“

(hubnutí se přerámovává na aktivní – a tím i ovlivnitelný – proces, vychází se z premisy, že chování dává smysl, pokud známe kontext)

K: „Mé ženě trvá věčnost, než se pro něco rozhodne... Přivádí mě to k šílenství. Než si v obchodě vybere nějaké šaty, musí si prohlédnout a porovnat všechny, které tam mají.“

T: „Takže se rozhoduje velmi pečlivě. Není to skvělá poklona, že si ze všech mužů vybrala právě Vás?“

(podle premisy, že existují jen schopnosti – v určitém kontextu je manželčina náročnost vítaná vlastnost)

2.3. Respekt

Ze systemického pojetí kauzality vyplývá nemožnost přímého ovlivnění kohokoli (včetně klientů). Kauzalita není v systemickém pojetí lineární, proto úvahy, že intervence působí tu a tu změnu, není ze systemického hlediska přesná. V návaznosti zejména na Maturanovu koncepci autopoietických systémů (které jsou organizačně uzavřené a jakákoli změna autopoietického systému je determinována jeho vlastní strukturou¹³) je v rámci systemické terapie zdůrazňována **nemožnost instruktivní interakce**. To má zásadní důsledky pro respekt ke klientovi. Každý člověk, tedy i klient, je bytostí biologicky jedinečnou a komunikativní (Ludewig, 1994). Biologická struktura člověka a jazyk, v němž se utváří realita, jsou hranicemi, v jejichž rámci se může životní prostředí

člověka měnit, aniž by se pro něj stalo neúnosným (Ludewig, 1994), základním postojem terapeuta by pak mělo být respektování těchto hranic.¹⁴

V systemické praxi se v důsledku těchto teoretických úvah setkáváme s jistou **opatrností vůči iniciování změn**. Ačkoli změna je nevyhnutelná (systemicky orientovaní terapeuti opustili tradiční koncept homeostázy a naopak předpokládají neustálou proměnlivost v systémech), nelze ji přímo iniciovat terapeutickým působením, naopak přehnaný tlak na změnu ze strany terapeuta může vést k „odporu“ klienta.

De Shazer (1993) místo direktivního tlaku na změnu často používá (podobně jako Erickson) **neurčité formulace** týkající se změny (např. při zadávání úkolů v párové terapii může terapeut na začátku prohlásit, že tým sledující konzultaci za jednocestným zrcadlem se shoduje, že neví, jestli se první změni John nebo Mary, a ani neví, kdy to bude, ale že oba mají schopnost učinit první krok...). Tím je možnost změny poměrně široce otevřena – je zasazeno očekávání změny, ale změna není konkrétně předepsána, čímž se dává najevo jednak respekt k autonomii klientů a jednak se tím vytváří prostor pro nečekaná a kreativní řešení.

Často se také využívá technika „**go slow!**“ („Jdi pomalu!“; Watzlawick et al., 1974), která zpochybňuje a omezuje rychlost zlepšení, zejména v případech, kdy je změna poměrně snadná a hladká. Například se často po distribuci škály zadává úkol na „dělání jako“ (vyberte si jeden den v týdnu a dělejte, jako byste byl na 10). Technika „go slow!“ by se zde aplikovala například příkazem, aby klient dělal, jako že je o stupeň výš (např. když se ohodnotil na 3, tak dělá, jako že je na 4), ale i kdyby šlo se posunout i na další stupeň (5), tak aby zůstal jen na 4. Ukázkou závěrečné intervence zahrnující „go slow!“ v obecnější podobě nabízí i následující ukázkou z párové terapie (De Shazer, 1993: 148):

„Jsme rádi, že věci se opravdu hýbou správným směrem a že oba jste si vědomí toho, že ať se vydáte kamkoli, na každé cestě jsou hrboly a jámy. Začínáme se ale obávat, že vy dva cestujete příliš rychle po této neznámé cestě a že

preceňujete svoje schopnosti a když narazíte na nějakou jámu, tak havarujete. Obáváme se, že příliš riskujete, a proto vám navrhneme, abyste šli stále stejným směrem, ale trochu pomaleji a nebezpečným místům se raději vyhnuli.“

Podobně se **pracuje i s možností relapsu**¹⁵, kdy terapeut vyjadřuje své pochybnosti o stálosti dosažené změny, upozorňuje na možnost relapsu, při posledních sezeních vytváří s klienty plán pro další postup v případě relapsu (to je velmi důležité, protože klienti často po selhání rezignují a propadají malomyslnosti, což jejich situaci komplikuje víc než relaps samotný) nebo dokonce relaps předeepisuje (blíže viz De Shazer, 1988, 1993; Watzlawick et al., 1974).

Někdy terapeut operuje přímo se **skepsi ohledně řešitelnosti problému**. Je to vhodné zejména tam, kde sám klient je velmi skeptický. Taková intervence má několik rovin působení. Především vyjadřuje respekt ke klientovi a skutečnost, že terapeut není žádný kouzelník, který může klienta přinutit se měnit (nemожnost instruktivní interakce). Navíc mění „jazykovou hru“ a její pravidla podle zásady, že „když něco nefunguje, dělej něco jiného“ (De Shazer, 1994). Je velmi pravděpodobné, že klient se již od svých blízkých i od jiných pomáhajících pracovníků dočkal přemlouvání, povzbuzování (to bude dobré, to zvládneš) a napomínání. Přesto je klient skeptický vůči možnostem změny. V případě, kdy terapeut vyjádří ještě větší (!) skepsi vůči změně, dostává jejich konverzace úplně jiný směr: najednou je to klient, kdo má přesvědčit terapeuta, že změna k lepšímu je možná! K tomu lze využít jednoduchou otázku: „Kde se bere ta naděje, že se to někdy zlepší?“ Pokud klient při škálovací otázce udává poměrně vysoké skóre, je možné se ptát na „něco“, co on ví a terapeut zatím neví, co mu umožňuje dát tak vysokou známku. Nebo lze použít variaci Watzlawickovy intervence (tzv. „judo techniku“ či techniku „why-should-you-change“), kterou autor použil v rozhovoru s dlouhodobým chronickým pacientem psychiatrické léčebny (Watzlawick et al., 1974: 134–135):

„Vím, že bych vám to neměl říkat, protože co si asi pomyslíte o doktorovi, který říká takové věci... ale bude to jen mezi námi... mu-

sím vám říct, co si ve skutečnosti myslím o vaší situaci. Popravdě jsem to spíš já, kdo by si měl nechat udělat vyšetření na hlavu, a ne vy. Protože jste to takhle udělal, našel jste způsob života, který by většina z nás velmi ráda žila. Když ráno vstanu, setkávám se s devětadevadesáti věcmi, které se pokazí, setkávám se se spoustou příšerných hodin všelijakých povinností a problémů. A vy ani nemusíte vstávat, když se vám nechce, váš den je bezpečný a předvídatelný, naservírují vám tři jídla denně, pravděpodobně odpoledne hrajete golf a večer koukáte na film. Víte, že vaši rodiče budou dále platit za váš pobyt v léčebně, a kdyby případně zemřeli, tak víte, že stát se o vás postará. Proč byste vlastně měl měnit svůj styl života kvůli tak hloupé honičce, jakou neustále zažívám já?“

2.4. Externalizace problému

Dalším postupem často užívaným v systematických přístupech, který je založen na systematickém pojetí epistemologie, je externalizace problému. Externalizace problému je postup, který znovuobjevil narativní terapeut Michael White (White, Epston, 1990) při práci s dětmi s enkoprézou (neschopnost udržet stolicí) a jejich rodinami (a později ji aplikoval na široké spektrum potíží včetně těch, které se diagnostikují jako „schizofrenie“). Všiml si, že dochází ke klinickému zlepšení, pokud se hovoří o problému jako o něčem vně dítěte. Problém není ztotožňován s osobou¹⁶, ale naopak je od ní pomocí citlivé práce s jazykem oddělen.

White (In Tomm, 1995) v případě enkoprézy vytvořil například označení „Poťouchlý Pů“ („Sneaky Poo“), personifikoval je jako cosi vně dítěte a pracoval s tím v terapii pomocí různých otázek (např. „Jak říkáš té protivné věci, která Tě vždycky dostane do potíží? Pů?“ ... „Už se ti někdy stalo, že se po tobě Pů vysplhal a zastihl tě nepřipraveného, řekněme tak, že se přikrčil ve tvých kalhotách, když jsi byl úplně zaujat hrou?“). White dále pokračuje mapováním vlivu Poťouchlého Pů na rodinu – jak ovlivňuje nepohodu, neštěstí, frustrace. Takto se ptá nejen dítěte, ale i ostatních členů rodiny (např. „Když byl váš syn zaskočen Poťouchlým Pů, co jste podnikli?“) Potom se dotazování obrací a terapeuta zajímá, jak rodina

ovlivňuje Potouchlého Pú (např. „Stalo se někdy, že jste nad Poťouchlým Pú zvítězili a odkázali ho do patřičných mezí, místo aby on zvítězil nad vámi?“), „Stalo se někdy, že Pú přiměl vašeho syna udělat nepořádek a vás naváděl, abyste na něj začali křičet, ale vám se to podařilo zvládnout a místo toho jste synovi nabídli podporu?“).

Externalizace problému je podobně jako přerámování založena na předpokladu, že realita je sociálně konstruována. Mohli bychom skoro říci, že se jedná o jistý druh přerámování. Nejedná se však o přerámování v pravém slova smyslu, protože symptomy zde nejsou přerámovány jako v jistém kontextu smysluplné a nejsou ani pozitivně konotovány, ale jsou a zůstávají „nepřáteli“ (což odporuje základním zásadám přerámování – viz výše). Negativní konotace problémů převládá i přesto, že se v externalizujících rozhovorech běžně dotazujeme také na případné výhody a přínosy problému.

Oddělení problému od osob externalizací nabízí obecně několik **výhod** (White, Epston, 1990):

- omezuje neproduktivní konflikty mezi lidmi, včetně debat o tom, kdo je odpovědný (či vinen) za problém
- podkopává dojem selhání, který se vyvinul u mnoha lidí v reakci na to, že problém stále trvá přes všechny snahy jej vyřešit
- umožňuje zaangažovaným osobám navzájem spolupracovat a společně bojovat proti problému s cílem vymanit se z jeho vlivu na jejich životy a vztahy
- otevívá lidem nové možnosti k tomu, aby mohli něco dělat pro zachránění svých životů od problému a jeho vlivu
- osvobozuje lidi k odlehčenějšímu, efektivnějšímu a méně stresujícímu přístupu k „smrtelně vážným“ problémům
- nabízí podmínky pro dialog o problému spíše než pro monolog

Závěrem

Soudě podle vycházejících publikací, rostoucího počtu kursů a výcviků a širokého uplatňování některých klíčových konceptů i mimo úzce vymezený rámec systemických přístupů bychom mohli směle považovat systemické

přístupy za přístupy s dobrou perspektivou budoucího vývoje. Tuto domněnku potvrzuje i epistemologická revoluce, která zasáhla nejen psychologii nebo společenské vědy, ale i tak donedávna „pozitivistické“ vědy, jako fyziku či chemii (Capra, 2002). Nedomníváme se, že systemické přístupy se stanou více populárními a užívanými jen proto, že budou „in“, že budou sdílet ideologii doby. Jejich výhodou bude jejich pragmatické zaměření na efektivní pomoc v co nejkratším čase, důraz na respekt a spolupráci, individualizovaný přístup ke klientům, využití zdrojů klientů a schopnost vytvořit základ pro integraci a sbližování různých terapeutických/poradenských přístupů. V systemickém rámci lze využít široké spektrum technik a postupů z nejrůznějších přístupů, včetně dynamických směrů (zejména individuální a interpersonální terapie), kognitivně-behaviorálních směrů (zejména v oblasti práce s kognitivními schématy/přesvědčeními), existenciálních a humanistických přístupů (důraz na svobodu a odpovědnost, důraz na vnitřní zdroje, respekt), směrů klasické rodinné terapie (paradoxní úkoly, experienciální techniky) a dalších. Přesto i tady platí, že „když dva dělají totéž, není to totéž“. Systemické využití zmíněných postupů je specifické tím, že důsledně vychází ze základních epistemologických premis.

Jistou dosud problémovou oblastí jsou výzkumy efektu systemické terapie. Ačkoli již existuje několik v odborných kruzích uznávaných týmů, které se kromě vlastní (systemické) práce s klienty věnují i systematickému výzkumu, výzkumné aktivity systemicky orientovaných výzkumníků neustále narážejí na omezení objektivistického pojetí výzkumů: systemicky orientovaný výzkumník nemůže akceptovat homogenitu populace (např. pacienti s depresí; pro systemického terapeuta se jedná o různé a v zásadě těžko srovnatelné životní příběhy) ani požadovanou standardizovanost intervencí (běžně se ve výzkumech užívá terapeutických manuálů, aby bylo možno zkoumat efekt právě daného přístupu, což odporuje důrazu na individualizaci terapie – viz Duncan, Miller, 2005), vlastně celý „objektivistický“ rámec sledování efektu terapeutické intervence na nápravu odporuje premise

o nemožnosti instruktivní intervence a o cirkulární kauzalitě. Velkým úkolem systemicky orientovaných výzkumníků efektu terapie je navrhnout jiné přijatelné způsoby dokladování efektu práce s klienty. Výzkumná metodologie využívaná v současnosti je podrobována stále silící kritice a jeví se jako těžko udržitelná (Lambert et al., 2004; Hubble, Duncan, Miller, 2004 apod.). Lze se domnívat, že se v budoucnu tyto metodologické principy ověřování efektu terapie změní a že místo dosud převládající tendence vybírat různé prvky různých přístupů podle výsledků podobných „objektivistických“ výzkumů (technický eklecticismus) bude integrace spíše směřovat ke sblížení teoretických východisek (teoretická integrace) ve spojení s důkladným a hutným zkoumáním terapeutické praxe (někdy se mluví o přechodu od „evidence-based practice“ k „practice-based evidence“), přičemž bude položen důraz na individualizaci terapeutického působení, na terapii „ušitou na míru“ (Prochaska, Norcross, 1999). V takovém případě by systemické přístupy mohly hrát ve vývoji psychoterapie a poradenství v budoucnu klíčovou roli.

Poznámky

- 1 Kontakt na autora: Mgr. Leoš Zatloukal, Řeznickova 6, 772 00 Olomouc. E-mail: leos.zatloukal@centrum.cz.
- 2 Výtka konstrukcionistů, že konstruktivisté sociální kontext zanedbávají, není z našeho pohledu zcela oprávněná, protože médiem, v němž se realita konstruuje, je i podle Maturany jazyk (tzv. „jazykování“) a konstrukce reality vždy vyžaduje sociální kontext – „nejdříve musíme být ve dvou“ (von Foerster, von Glasersfeld, 2005). Rozdíly mezi oběma filozofickými rámci jsou tedy spíše v úhlech pohledu, které se doplňují (konstruktivisté sledují, co se děje s autopoietickým systémem při srážení se s podněty z prostředí, zatímco konstrukcionisté sledují jazykovou hru, která vytváří společnou realitu).
- 3 Epistemologie je ve filosofii nauka o poznávání. O různých možných významech epistemologie viz Dell, 2005.
- 4 Objektivní skutečnost je v objektivistickém (či pozitivistickém) pojetí prezentována jako

něco za všech okolností platného, existujícího „nad“ příběhem nebo „mimo“ příběh, něco, co jednoduše je bez ohledu na to, kdo „vypráví“ o této zkušenosti. Proto Lyotard používá slovo „metanarativní“ (nad příběhem) pro vymezení postmoderního myšlení od objektivistického pohledu.

- 5 Podobně lze uvažovat i o diskusi Mistra a učence uvedené v úvodu článku. Pro jedince, který nepoužívá latinku, bude symbol T mít jiný nebo také vůbec žádný význam.
- 6 K solipsismu viz např. Fay (2002).
- 7 Pojem viabilita by měl podle Glasersfelda nahradit pojem pravdy, chápané jako objevování či zrcadlení skutečného světa „mimo“ (von Foerster, von Glasersfeld, 2005).
- 8 Je důležité upozornit, že tyto překážky nejsou nějakými objektivně danými věcmi (to by bylo opět objektivistické stanovisko), jsou to ale konstrukce, které v danou chvíli neumožňují pokračovat určitým směrem. Jedním z úkolů terapie v systemickém pojetí je právě zpochybnit samozřejmost těchto překážek, pokud působí potíže, a nabídnout možnosti jiného světa, v němž by bylo průchozí i to, co se nyní jeví jako neprůchozí (tzv. rozšiřování možností). Přesto cílem terapie není bezhraničnost, ale to, aby životní spokojenost byla zahrnuta do pole viability v systémech, aby uspokojivý život vůbec byl možný.
- 9 To znamená, že je v terapeutickém rozhovoru zpochybněna jeho neřešitelnost, popřípadě je zpochybněna předpokládaná existence jen jediného „správného“ řešení, které většinou vede k eskalaci problému (Watzlawick et al., 1974; Watzlawick et al., 2000; Coyne, Segal, 1995; Segal, 1991).
- 10 K pojmu „členství“ a jeho odlišení od „osoby“ a „role“ viz Ludewig, 1994.
- 11 Je pravděpodobné, že v problémovém systému se problém stále potvrzuje a uchovává, ba dokonce snahy problém řešit často vedou k jeho prohlubování (Segal, 1991). Je tragické, pokud se terapeut do této hry rovněž zapojí a stane se „členem“ problémového systému, tedy tím, kdo s autoritou své profesní role nadále potvrzuje a utvrzuje problém, aniž by si toho byl mnohdy vědom.
- 12 Yalom (2003) poukazuje na známý fakt, že čím více terapeut poznává klienta, tím je většinou pro něj těžší jej zařadit do některé diagnostické

kategorie. Dokud je naše poznání klienta ještě povrchní, například na prvním sezení, nebývá tak těžké jej zaškátulkovat do některé diagnózy. Mnohem těžší je provést totéž řekneme na desátém sezení, kdy už klienta známe více. Yalom se trochu provokativně ptá: „Není to podivná věda?“ Ke kritice diagnostiky srv. i Laing a Esterson (1970) nebo Szasz (1960).

- 13 Koncepce strukturního determinismu předpokládá, že organismus je determinován svou strukturou v tom smyslu, že jeho struktura specifikuje všechny interakce, které může podstupovat, jinými slovy struktura organismu určuje, s kterými událostmi ve svém prostředí bude interagovat a jak se bude při kterékoli z těchto interakcí chovat (Dell, 2005). Když nastane strukturní spojení, může vzniknout dojem kauzality (že A přímo ovlivní B), ale je to jen proto, že se nebere v potaz vzájemné vyladění obou struktur v danou chvíli a v daném kontextu. Podrobněji viz Dell (2005), von Schlippe, Schweitzer (2001), Ludewig (1994), Pecháčková (1993).
- 14 Ludewig (1994) popisuje tři hlavní postuláty systemické terapie: kromě respektu také krásu a užitek. V „dobré“ terapii musí být zastoupeny všechny tři (citovaný autor upozorňuje na riziko při posuzování kvality terapie jen na základě těžko definovatelné užitečnosti). Systemická terapie by se tak měla zaměřovat na „užitečnost jako cíl terapie, na respekt jako základní postoj a na krásu jako tvořivý princip intervencí“ (Ludewig, 1994: 87).
- 15 Prochaska, Norcross a DiClemente (In Prochaska, Norcross, 1999; Prochaska, Norcross, DiClemente, 1994) uvádějí, že fáze relapsu je velmi častou fází terapeutické změny, že většina klientů minimálně jedním relapsem projde, než dosáhne udržitelné změny. Proto je téma relapsu a práce s ním pro úspěšnou terapii velmi důležitou oblastí.
- 16 Naopak, jak připomíná Tomm (1995), medicínský model a užívané diagnostické manuály podporují negativní značkování osob, které trpí nějakými potížemi. Paradoxně se tím zřídka možností problém řešit: „Když je problém vtělen do osobní identity pacienta, je stále těžší mu uniknout. Je to zkrátka tím, že pro nikoho není snadné uniknout sám před sebou.“ (Tomm, 1995: 34.)

Seznam literatury:

- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H. A., WINDERMAN, L. **Problem determined systems: Towards transformation in family therapy.** *Journal of strategic and systemic therapies*, 5, 1986, s. 4–19.
- BARKER, R. L. **The social work dictionary.** Silver Spring: NASW, 1987.
- BECVAR, D. S., BECVAR, R. J. **Family therapy: A systemic integration.** 6th ed. Boston: Pearson Education, Inc., 2006.
- BERG, I. K. **Posílení rodiny.** Praha: ISZ, 1992.
- BERGER, P. L., LUCKMANN, T. **Sociální konstrukce reality.** Brno: CDK, 1999.
- CAPRA, F. **Bod obratu: Věda, společnost a nová kultura.** Praha: Dharmagaia a Maťa, 2002.
- COYNE, J. C., SEGAL, L. **Krátký strategický integrační přístup k psychoterapii.** *Kontext*, 11, č. 2, 1995, s. 5–18.
- CUMMINSOVÁ, D. D. **Záhady experimentální psychologie.** Praha: Portál, 1998.
- DE SHAZER, S. **Clues: Investigating solutions in brief therapy.** New York: W. W. Norton & comp., 1988.
- DE SHAZER, S. **Klíče k riešeniu v krátkej terapii.** Trenčín: Galanta, 1993.
- DE SHAZER, S. **Putting difference to work.** New York: W. W. Norton and comp., 1991.
- DE SHAZER, S. **Words were originally magic.** New York: Norton & co., 1994.
- DE SHAZER, S., BERG, I. K., LIPCHIK, E., NUNNALLY, E., MOLNAR, A., GINGERICH, W., WEINER-DAVIS, M. **Brief therapy: Focused solution development.** *Family process*, 25, 1986, s. 207–222.
- DELL, P. F. **Jak rozumět Batesonovi a Maturanovi: k biologickému základu sociálních věd.** In *Studijní materiály Umění terapie 05b*. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 2005.
- DISMAN, M. **Jak se vyrábí sociologická znalost.** Praha: Karolinum, 1993.
- FAY, B. **Současná filosofie sociálních věd.** Praha: SLON, 2002.
- FREEDMAN, J., COMBS, G. **Narrative therapy: The social construction of preferred realities.** New York: W. W. Norton Company, 1996.

- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. **Rodinná terapie (systemické a narativní přístupy)**. Praha: Grada, 2003.
- HOFFMAN, L. **A reflexive stance for family therapy**. In MC NAMEE, S., GERGEN, K. J. (eds.) **Therapy as social construction**. London: Sage Publ., 1992, s. 7–24.
- HUBBLE, M. A., DUNCAN, B. L., MILLER, S. D. **The heart and soul of change**. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.
- KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. **Integrovaná psychoterapie v akci**. Praha: Grada, 1999.
- KRATOCHVÍL, S. **Základy psychoterapie**. 4. vyd. Praha: Portál, 2002.
- LAING, R. D., ESTERSON, A. **Sanity, madness and the family**. 2nd ed. Harmondsworth: Penguin books, 1970.
- LAMBERT, M. J. (ed.) **Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change**. 5th ed. New York: John Wiley and sons, 2004.
- LUDEWIG, K. **Reality and construction in psychotherapy: Sense and nonsense of this distinction**. *Human systems*, 14, 2003, s. 69–82.
- LUDEWIG, K. **Systemická terapie**. Praha: Pallata, 1994.
- LYOTARD, J. F. **O postmodernismu**. Praha: Filosofie, 1993.
- MATOUŠEK, O. **Slovník sociální práce**. Praha: Portál, 2003.
- MCNAMEE, S., GERGEN, K. J. (eds.) **Therapy as social construction**. London: Sage Publ., 1992.
- MILLER, S. D., DUNCAN, B. L., HUBBLE, M. A. **Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice**. New York: W. W. Norton and comp., 1997.
- NORCROSS, J. C., LEVANT, R., BEUTLER, L. **Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions**. Washington, D. C.: American psychological association press, 2005.
- PECHÁČKOVÁ, S. **Zpráva o systemické terapii**. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 1993.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C., DICLEMENTE, C. C. **Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward**. New York: Avon books, 1994.
- PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. **Psychoterapeutické systémy**. Praha: Grada, 1999.
- SEGAL, L. **Brief therapy: The MRI approach**. In GURMAN, A. S., KNISKERN, D. P. (eds.) **Handbook of family therapy (vol. II.)**. New York: Brunner/Mazel, 1991, s. 171–199.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., PRATA, G. **Hypothetizing – circularity – neutrality: Guidelines for the conductor of the session**. *Family process* 19, 1980, s. 3–12.
- STRNAD, V. **Cestou příběhu**. *Psychologie dnes*, 8, č. 7–8, 2002, s. 18–19.
- SZASZ, T. S. **The myth of mental illness**. *American psychologist*, 15, 1960, s. 113–118.
- TOMM, K. **Externalizace problému a internalizace osobního působení**. *Kontext*, 10, 2, 1995, s. 32–36.
- VON FOERSTER, H., VON GLASERSFELD, E. **Radikální konstruktivismus (sbírka přednášek)**. In **Studijní materiály Umění terapie 05b**. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 2005.
- VON SCHLIPPE, A., SCHWEITZER, J. **Systemická terapie a poradenství**. Brno: Cesta, 2001.
- WATZLAWICK, P., BAVELASOVÁ, J. B., JACKSON, D. D. **Pragmatika lidské komunikace**. Hradec Králové: Konfrontace, 2000.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H., FISCH, R. **Change: Principles of problem formation and problem resolution**. New York: Norton & Company, 1974.
- WHITE, M., EPSTON, D. **Narrative means to therapeutic ends**. New York: W. W. Norton Company, 1990.
- YALOM, I. D. **Chvála psychoterapie**. Praha: Portál, 2003.

Motivy k péči o stárnoucí rodiče¹

Motives for Caregiving for Elderly Parents

Marie Přidalová

Mgr. Marie Přidalová² – v současné době působí jako výzkumný pracovník Institutu pro výzkum reprodukce a integrace společnosti při FSS MU Brno, zabývá se tématem mezigenerační solidarity v rodině. Několik let pracovala jako sociální pracovníce v hospici, na katedře Sociální práce a sociální politiky FSS MU přednáší kurs Thanatologie.

Abstrakt

Text vychází z dílčí analýzy kvalitativní studie „Pečující rodiny“ zaměřené na zkušenost dospělých dětí pečujících o své závislé rodiče a založené na 29 hloubkových rozhovorech s těmito dětmi. Autorka představuje pět okruhů motivů, které se objevily ve vyprávěních participantů výzkumu – praktické faktory, faktory spojené se vztahem rodič a dítě, socializační faktory, faktory vázané na osobu rodiče a faktory spojené s externími vlivy. Diskutuje možnost působení opatření sociální politiky na zvýšenou motivaci rodiny ujmout se péče o stárnoucí příbuzné.

Abstract

The study presents a sectorial/partial analysis of the qualitative study "Caregiving families", which explores the experiences of adult children caregiving for their elderly parents. Based on the data from 29 in-depth interviews, the author introduces adult children's motives for providing a daily care to their dependent parents. Five categories are presented – practical factors, factors connected to the parent-child relationship, socialization factors, factors connected to the parent figure and external conditions factors. The possible impact of social policy arrangements on motivation of family members to become a caregiver for elderly relatives is discussed.

Úvod

V kontextu široce diskutovaného jevu stárnutí společnosti se vynořuje problém mezigenerační solidarity ve vztahu dospělých dětí středního věku a jejich stárnoucích rodičů. Je otázkou, jakým směrem se bude vývoj tohoto problému ubírat v České republice, ve které ještě stále můžeme sledovat poměrně vysokou úroveň rodinné podpory mezi generacemi (Kuchařová 2002; Možný 2004). Na jedné straně leží velmi pravděpodobné zvýznamnění potřeby pomoci stárnoucím členům rodiny, na druhé straně objektivní překážky v podobě rysů postmoderní společnosti, které snižují kapacitu rodiny zabezpečit péči o závislé příbuzné (Přidalová 2006a).

V každém případě se pozvolna zvyšuje zájem o pečující rodiny, jejich problémy a možnou podporu těmto rodinám v rámci sociální politiky, jakož i snaha podpořit mezigenerační solidaritu na úrovni rodiny. Toto téma se objevuje v programech a prohláše-

ních národní i nadnárodní úrovně (Národní program přípravy na stárnutí 2005, Národní koncepce rodinné politiky 2005, Green Paper 2005) a je pravděpodobné, že se stane tématem, jemuž bude v sociálně-politických debatách věnována pozornost.

Zatímco angloamerická literatura poskytla poměrně rozsáhlý prostor problematice pečujících osob (v angličtině označovaných jako „caregivers“)³, znalost této oblasti v českém prostředí se opírá především o obecnější výzkumy zaměřené na jev mezigenerační solidarity v dimenzích frekvence kontaktu rodinných generací, vnímání kvality vztahu a hodnotového konsenzu, příklonem k normám příbuzenské odpovědnosti a frekvencí poskytované asistence. Víme tedy, co si generace o odpovědnosti dětí postarat se o staré rodiče myslí, jaká mají k této situaci očekávání a jak nakonec celá věc dopadne – jak často se stýkají, zda vztahy označují za dobré či špatné a v jakém rozsahu se podporují, ať už

jde o praktickou pomoc či psychickou podporu. O tom, co to však znamená být v českém prostředí dospělým dítětem pečujícím o své rodiče, příliš mnoho nevíme⁴.

Vycházejíce z tohoto bílého místa, realizovali jsme kvalitativní studii o dospělých dětech pečujících o své rodiče. Snažili jsme se postihnout způsob, jakým přijímají tento závazek, jak se na něj adaptují a stanovují mu hranice a jak tato zkušenost zasáhne do jejich života. Na základě kritiky dosavadního pojetí výzkumu rodinného pečovatelsství (Abel 1991, Walker 1995, Nolan et al. 1996) jsme zvolili kvalitativní metodologii, která poskytuje větší prostor pro hlubší a předem nestrukturované poznání životní situace. Výzkumný proces se opíral o zásady metody zakotvené teorie v pojetí Strausse a Corbinové (1999) a jeho cílem bylo vytvořit situační teoretický rámec, který by vnesl porozumění do zkušenosti pečujících dětí a toho, jak tyto osoby konstruují realitu své zkušenosti. Data vstupující do analýzy pocházela ze dvou zdrojů. První z nich představovaly přepisy 29 rozhovorů s lidmi, kteří každodenně poskytovali péči (definovanou jako pomoc s činnostmi vymezenými ADL a IADL testy) svým rodičům nebo tchánům v domácím prostředí, druhým zdrojem dat bylo zúčastněné pozorování podpůrných skupin pečujících o příbuzného s Alzheimerovou demencí a terénní poznámky z těchto sezení. Celkovým výsledkem analýzy byla identifikace centrální kategorie hledání bodu rovnováhy, jako procesu, v němž jsou alespoň dočasně překlenovány ambivalence plynoucí z naplňování tohoto závazku v podmínkách současné společnosti. Tento text se soustředí na meziprodukt analýzy a je deskripcí jednoho z témat, které se ve zmíněné studii objevilo.

Zájem o problematiku pečujících rodin totiž začíná u otázky, proč se vlastně daná rodina rozhodne řešit narůstající závislost svého stárnoucího příbuzného péčí v domácím prostředí. Jaké motivy v českém prostředí přetrvávají ve spojení s rolí rodinného pečovatele, jak jsou vřazeny do sociálního kontextu, v němž pečující osoba žije, a jak jsou jím ovlivňovány? Skutečnosti, kterými participant výše zmíněné

studie vysvětlovali své rozhodnutí a jednání, jsou předmětem následujícího textu.

Motivy k péči

V souladu s použitou výzkumnou metodou bylo záměrem poskytnout komunikačním partnerům co nejvolnější prostor k popisu toho, co v této konkrétní životní fázi prožívají v souvislosti se závislostí jejich rodičů na pomoci druhé osoby. Dříve či později se téma toho, proč o svého rodiče vlastně pečují, objevilo. Zviditelnilo se ve dvou liniích. Jednak jako manifestní motivy, které bychom vzhledem k socializaci v daném středoevropském kulturním prostředí mohli očekávat, ale také jako motivy latentní, podprahové, o kterých pečující děti nemluvily jako o důvodech k péči, ale spíše jimi opisovaly situaci předtím, než se objevila potřeba rodiči pomoci. Nikdy nešlo o jeden dominantní popud k jednání, ale spíše o komplexní a úzce provázanou mozaiku důvodů a okolností, které dospělé děti vedly k převzetí závazku péče. Kategorizace, kterou představíme níže, nemá ambice vyčerpávajícím způsobem postihnout celou realitu, poskytuje však detailní pohled na to, co rodiny vede k tomu, aby o své příbuzné pečovaly, umožňuje demytizovat určité stereotypy o mezigeneračních vztazích a zvýrazňuje ambivalenci, která se v těchto vztazích objevuje.

Ve vyprávěních pečujících dětí, které se účastnily našeho výzkumu, jsme identifikovali pět kategorií možných motivů či faktorů, které vedly k tomu, že se daná osoba začala o nemožoucího rodiče starat v domácím prostředí.

Praktické faktory

Do první kategorie spadají ty faktory, které jako by logicky podmínily převzetí závazku, protože na základě jejich existence se konkrétní dospělé dítě jeví jako nejvhodnější kandidát. Mezi tyto faktory patří *geografická vzdálenost*, která samozřejmě podmiňuje kapacitu člověka poskytovat péči. Řada dotazovaných se svými rodiči již dlouhou dobu žila ve stejné domácnosti nebo v porovnání s ostatními sourozenci bydlela velmi blízko, proto se zdálo přirozené, že se péče ujmou

zrovna oni. Přestože se geografická vzdálenost jeví jako nezávislá proměnná (a v kvantitativním výzkumu by tak s ní bylo pravděpodobně nakládáno), je potřeba vnímat, že i ona je určitým způsobem konstruována a podmíněna biografickými prvky konkrétní rodiny. Společné soužití nebo blízkost bydliště může být výsledkem kvalitativně odlišného vztahu mezi rodičem a daným dítětem (a to nikoliv pouze ve smyslu kladného či bezproblémového vztahu), ekonomickými podmínkami (ani jedna strana nemá dostatek prostředků k tomu, aby si mohla dovolit oddělené bydlení) nebo rodinným stavem (rozvedená a ovdovělá dcera či syn se vrátili zpět do domova rodičů). V tomto pojetí se vzdálenost stává spíše vyjádřením okolností, které se v historii rodinného života udály, než činitelem, který ovlivňuje vše ostatní.

Druhým faktorem této kategorie je skutečnost, že je pečující dítě jedináček, což ho staví do pozice bez výběru: „... *ale co jinýho můžu dělat, nebo kdo jinej by to měl dělat, že, když vlastně su sama?*“ „*Pokud to jde, tak je to povinnosti se postarat ... jako kdo jinej? Když su jenom já, tak musím já.*“ Na tento motiv ale také musíme nahlížet jako na částečně zastupný. Přestože jsou jedináčky, svou povinnost mohli přesunout na některou z institucí. Důvody, které je vedly k jinému rozhodnutí, jsou podstatnější než tato jejich objektivní charakteristika.

Posledním motivem ze skupiny praktických faktorů je pohlaví dítěte. Zatímco předchází dva motivy vytvářely objektivní předpoklady pro to, aby se dítě stalo pečovatelem, u tohoto motivu je zřejmá vázanost na připisované charakteristiky a na sociální konstrukci objektivní této proměnné. Genderová problematika do tématu rodinného pečovatelského vstupuje významným způsobem a podrobněji byla autorkou diskutována jinde (Přidalová 2006b). Přestože pečující dcery, které se výzkumu účastnily, své ženství výslovně nepoužívaly jako vysvětlení své situace, často na otázku, proč se o rodiče nestará bratr, odpovídaly, že „*chlapi k tomu, nemají vlohy, nemají k tomu vztah,*“ anebo *k tomu mají jinej postoj*“, což je jakoby automaticky vyvazuje z možnosti počítat s nimi jako s ade-

kvátními pečovateli. Gender je spolehlivým vodítkem, dojde-li na rozdělování povinností dětí vůči starým rodičům, a většinou se tohoto závazku ujímou ženy, ne vždy je však gender nejdůležitějším faktorem, o čemž svědčí zhruba 30% zastoupení synů mezi rodinnými pečovateli (Montgomery, Kamo 1989). V našem výzkumném vzorku byli 4 synové, kteří se péče o závislé matky ujali přesto, že měli sestry. Jejich situace byla specifická v tom, že byli všichni bez manželek či partnerek, všichni žili s matkou ve společné domácnosti a všichni byli v dané chvíli bez práce. Tři z nich navíc chovali k matce velmi silný citový vztah. Kombinace těchto faktorů je ve srovnání s jejich sestrami, které byly buď zaměstnané, staraly se o nemocného člena své vlastní rodiny, nebo měly zdravotní problémy, učinila vhodnějšími pro roli pečujícího. Genderová příslušnost tedy hraje významnou roli, ale za určitých podmínek ztrácí svou váhu. Posuzujeme-li podle našeho výběrového souboru, větší váhu než nedostatečná kapacita žen k péči v těchto rodinách, kde se o rodiče postarali synové, měla atypická souhra náhod na straně mužů – bez vlastní rodiny a placené práce neměli oproti svým sestrám přijatelnou omluvu, která by je z péče vyvázala.

Faktory spojené se vztahem rodič–dítě

Podle vlivné teorie mezigenerační solidarity (Bengtson, Roberts 1991; Silverstein, Bengtson 1997) je významnou dimenzí solidarity mezi příbuznými citové pouto, vzájemný respekt a pochopení. V některých pečujících rodinách, s jejichž členy jsme uskutečnili rozhovory, byla skutečně mezi dospělými dětmi a rodiči silná partnerství a pociťovaná láska byla jedním z motivů, proč stárnoucí rodič zůstal v domácí péči: „*Je fakt, že si taky někdy řeknu, že já nemám takovou povahu jako ten brácha nebo ségra, kteří se na to vykašlali ... pak si řeknu no protože ty rodiče máš rád ... já su na matku strašně fioxovanej, já ju mám strašně rád, jo ... vždycky jsem říkal, že ... že já budu jedinej, kdo se o ni postará.*“ (Zdeněk)

„*Já jako ... si to nedovedu představit, že bych ji někam dala, protože se máme s maminkou strašně rády. Sice vona teď už mně říká, že*

mně ráda nemá [smích] Seš na mně zlá, chceš abych cvičila ... ale ... jsme jako měly dobré vztah ... my jsme strašně dobře spolu vycházely, já jsem jí všechno mohla říct ... a tak jako jsme toho prožily spolu všechno krásný ...“ (Anděla)

Většina pečujících dětí však povahu vztahu jako důvod svého rozhodnutí nijak nevzdvihovala a jeho ambivalentní a dynamická povaha byla patrná z ostatního vyprávění. Paradoxně i složitý či přímo chladný vztah může iniciovat snahu dítěte postarat se o rodiče. V těchto případech může jít o psychologické motivy s cílem napravit něčím pokrivený vztah, přičemž toto úsilí může být vědomé nebo nevědomé, či spíše nepřiznané. Vanda mluvila otevřeně o svém špatném vztahu s matkou, kterou vnímala jako chladného člověka, který ji v životě spíš srážel, než podporoval, přesto se ve chvíli, kdy bylo potřeba řešit náhlou závislost matky na druhé osobě, rozhodla přestěhovat se k ní a pečovat o ni doma. Tuto situaci vnímala jako šanci udělat něco pro ně dvě, aby byly krivdy alespoň částečně napraveny a obě ženy si vzájemně odpustily. V době rozhovoru, po 10 letech péče, už na svůj vztah s matkou nahlížela jako na urovnaný a partnerský. V několika dalších rodinách se pečujícími staly dcery, které se cítily matkou upozadovány ve prospěch druhého sourozence. Žily a žijí s pocitem, že jejich sourozenec byl vždy preferovaným dítětem, kterého měl nyní závislý rodič raději. Ačkoliv to výslovně neformulovaly, v jejich vyprávění byla znatelná lítost nebo zklamání nad tímto stavem, korunovaná výroky „nakonec jsem to stejně já, kdo se o matku postaral“. Domněnku o syndromu opomíjeného dítěte, které se stará trochu i proto, aby svému rodiči dokázalo svou cenu a získalo jeho náklonnost, identifikuje v jednání pečujících dětí i sociální gerontoložka E. M. Brodýová (2004).

Do faktorů vázaných na vztah s rodičem patří i motiv reciprocity, který se ve vyprávěních pečujících dětí objevoval často ve smyslu pocitu vděku za předchozí pomoc a jakousi potřebu oplatit rodiči to, co pro ně dříve udělal: „*Maminka se ... rozvedla a od té doby je se mnou sama ... čili ... mám jí co vrátet, no, ona se o mně celý život starala a já jí to musím ně-*

jak vrátit.“ (Cyril) „Co na ní oceňuju ona mně hodně pomohla s dcerou, ona když byla malá, tak mi ji hlídala, ona vařila, všechno ... takže to je taková vděčnost za to, že mně pomohla, když jsem to potřebovala já, tak proto teď člověk musí pomoci jí.“ (Ladka)

Do pocitu vděčnosti a nutnosti splatit pomyslný dluh byly dospělé děti v některých případech jakoby natlačeny. Reciprocity nabývala na jiném významu, zejména v situacích, kdy rodič pomáhal víc, než by samo dítě vyžadovalo, a tato pomoc v jeho životě působila spíše jako negativní faktor. Mezigenerační pomoc s sebou obecně nese pozitivní konotaci a v širší společnosti je vnímána jako něco žádoucího. Její význam se však může měnit – tak jako pro stárnoucího člověka může být přehnaná pomoc rodiny problémem, protože ho uvrhuje do vyšší závislosti a připravuje ho o vlastní autonomii (Lee, Shehan 1989; Sýkorová 2006), tak pro dospělé dítě, které přijímá pomoc svého rodiče přesto, že narušuje jeho představu samostatného života: „*[Moje matka mi pomáhala] Strašně, no. Bohužel až to přeháněla. Pomáhala po všech stránkách. Vařila, prala, žehlila nebylo v stavu ji zastavit ... asi tak ... prostě věnovala i když jsme to nevyžadovali a dost nás to obtěžovalo ... tak člověk řádky ten vděk nebo tak pocituje to jako to nemohu říci že ne ... tak zase si říkám něco jí splatím ale je to víceméně na úkor teda ... té situace časové.“ (Monika)*

Ať už se pocit potřeby oplatit rodičům přechozí podporu opíral o pomoc přijímanou s vděkem, či s rozpaky, představuje v rozhodování o péči o rodiče ve stáří nepochybně významný motiv. Dvě ženy v našem výzkumném vzorku řešily vzrůstající závislost svých matek umístěním do instituce, přičemž hlavním důvodem, který prolínal jejich vyprávěními, byl jednak chladný vztah s matkou už od dětství, ale především hořkost nad tím, že v době, kdy měly samy malé děti, jim jejich matky odmítaly jakkoliv pomoci, a nemají tedy pocit, že by se jim cítily nějakým způsobem zavázány.

Bez ohledu na to, zda bylo na vztahy mezi dítětem a rodičem nahlíženo jako na emočně kladné či problematické, podstatná pro ně byla určitá neoddělitelnost vztahu, nemožnost

rozseknout pouto, které je k sobě biologicky i sociálně váže: „*Je to přece moje maminka ...*“ Tak jako jsou jejich rodiče závislí na pomoci a podpoře svých dětí, tyto děti, byť dospělé, jsou závislé na vztahu, který je (nebo by podle společenských zvyklostí měl být) něčím výjimečným. Právě tato výjimečnost, ať už pocíťovaná nebo vnímaná jako určitá kulturní norma, a vzájemná závislost jsou také jedněmi z motivů k péči.

Socializační faktory

Do zdůvodňování pečujících dětí, jak se do své současné situace dostaly, se prolínaly vlivy rodinného prostředí, ve kterém vyrůstaly, ale i celkového kulturního kontextu neseného odkazem křesťanské morálky, v němž je pomoc stárnoucím rodičům vnímána jako povinnost a žádoucí chování.

V některých rodinách nesly pečující děti dál odkaz toho, co viděly v chování předchozích generací. Vnímaly své jednání jako výsledek výchovy, byly svědky toho, že jejich nyní závislí rodiče se také starali o své příbuzné, a tento způsob řešení situace považují za rodinnou zvyklost. Daleko větší část se však stala prvními nositeli této tradice v rodině – jejich prarodiče zemřeli ve věku před sedmdesátkou, náhle anebo v nemocnici a jejich rodiče nebyli postaveni před nutnost řešit dlouhodobý stav závislosti. Tönniesovský pláč nad tím, že „dříve se rodiny o své staré postaraly lépe“, v kontextu našeho výzkumného vzorku ztrácí na významu, protože až současné generace středního věku jsou ve větší míře postaveny před nutnost řešit chronicky špatný zdravotní stav svých rodičů, a stávají se tak tvůrci tradice, o níž se sice opírají jako o očekávaný způsob řešení, ovšem v rámci své rodiny jsou jejími průkopníky.

Téma povinnosti jako významného motivu k převzetí péče se ve vyprávěních pečujících dětí objevovalo často, což jsme očekávali vzhledem ke stále silnému sdílení společenské normy o povinnosti dětí postarat se o stárnoucí rodiče v populaci (Veselá 2002, Možný 2004): „*Prostě to беру jako fakt, že člověk se postarat musí. Musí. Dokud bude moct tak to musí udělat. Jinak o tom takhle nějak nepřemýšlím.*“ (Ladka) Zároveň je

však u motivu povinnosti vnímána relativita a spíše individuální predispozice pečujícího dítěte než nějaký obecný morální závoj, pod nímž by se odehrávala rozhodnutí týkající se péče. Tato relativita sdílené normy byla vyjadřována jednak výčtem situací, v nichž je legitimní nepostarat se o rodiče, ale také vědomím absence nebo malé důležitosti sociální kontroly nad tím, jak se člověk nakonec rozhodne. Podle participantů našeho výzkumu by péče o stárnoucí rodiče „měla být povinností“, ale jsou situace a okolnosti, za kterých to není možné. Podmínky a okolnosti, které jsou považovány za přijatelné či ospravedlnitelné pro vymaňování se z jinak uznávané povinnosti, pojmenovaly J. Finchová a J. Masonová (1993) legitimní výmluvy. V souladu s tímto konceptem uváděly i pečující děti našeho výzkumného vzorku řadu důvodů, které mohou rozvolnit hranice povinnosti – kromě zjevné geografické vzdálenosti jsou to dobré zaměstnání, jiné závazky v rodině a vlastní zdravotní stav nebo i velmi vážný zdravotní stav potřebného rodiče, jehož zvládání v domácím prostředí je příliš náročné. Relativita motivu povinnosti jako jakési tradiční normy je dále patrná ve vědomí skutečnosti, že rozhodnutí, zda pečovat nebo ne, nakonec musí udělat každý sám a to, co v tomto rozhodnutí hraje roli především, je vlastní svědomí, nikoliv pocit závazku k tradici: „*já si myslím že to je každého věc a každý si to musí promyslet a udělat podle toho jak to sám cítí ... každý ať si to udělá tak jak mu dovolí svědomí*“ (Ladka) „*...já vůbec nevidím důvod, proč by se děti měly starat vo rodiče, pokud to samy ... když jim zajistí ústav a budou to platit ... když to snesou sami se svým svědomím, tam už nikdo jinej je soudit nebude ...*“ (Adéla)

Faktory vázané na osobu rodiče

Alespoň v krátkosti musíme zmínit tyto podstatné motivační faktory. Doposud jsme na kontext rodinné podpory nahlíželi pouze z pohledu pečujícího dítěte. Do rozhodování o tom, jakým způsobem se bude řešit situace náhle či postupně se zhoršující soběstačnosti, však velmi významně vstupuje přání a představa samotného stárnoucího rodiče

a jsou-li schopni své preference vyslovit, pak samozřejmě výrazným způsobem vstupují do hry. Právě mentální stav rodiče a jeho schopnost orientovaně nahlížet na svět i sebe sama je důležitým měřítkem přijetí a trvání závazku. Dokud „mu to myslí“ a případně pokud nesouhlasí s jiným typem pomoci při zvládání vlastní nesoběstačnosti, není pro pečující dítě často přijatelné hledat jiné alternativy.

Faktory spojené s externími tlaky

Vědomí vlivů, které leží mimo člověka rozhodujícího se o řešení příbuzenské odpovědnosti, zbavuje poznání mechanismů mezigenerační solidarity přílišného sentimentu či vázanosti na reprodukci tradičního chování. Lidé se o své nemohoucí příbuzné starají nejen proto, že je mají rádi, mají vůči nim pocit dluhu či považují daný způsob jednání za povinnost. Starají se také proto, že jinou možnost jednoduše nemají. Toto přesvědčení může být samozřejmě vyjádřením objektivního stavu, anebo subjektivního vnímání situace.

Často uváděným důvodem, proč se o rodiče starají doma, byla nedůvěra k institucím nebo přímo špatná zkušenost s institucionální péčí. Většina příběhů obsahovala osobní nebo zprostředkované historky z nemocnice, léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů důchodců, které byly kolorovány znepokojením nad absencí zájmu a dostatku péče pro závislé pacienty, završené jasně formulovanou obavou, že pobyt v instituci rovná se předčasná smrt. Žít dále s pochybami, že předáním rodiče do institucionální péče mu ukrátí život, bylo pro všechny děti, které nedůvěru institucím vyslovovaly, nepřijatelné, a proto pokračovaly v domácí péči bez ohledu na to, jakým způsobem závazek (ne)zapadal do jejich vlastního života. V této souvislosti se zviditelňuje pocit viny jako motiv k péči o stárnoucího rodiče. Pociť viny prostupuje úvahy pečujících velmi často – že se starají málo, že si dovolí odjet na týden na dovolenou, nebo že se starají tolik, že nemají čas na svého partnera a děti. Ve spojení s podmínkami institucionální péče však vina dostává sociální rozměr, protože je vyvolána úrovní dostupných služeb, kterou ovlivňuje sociální

politika dané společnosti. V tomto ohledu se zdá, že nejlepší strategií pro podporu mezigenerační solidarity (v kvantitativním smyslu) je jednoduše nulová politika státu vůči pečujícím rodinám. K tomuto problému se vrátíme později.

Na motiv obav z péče v institucích navazuje další důvod k péči, za který pečující děti považovaly neadekvátnost stávající nabídky sociálních služeb nebo přímo absenci profesionální služby, která by zapadala do jejich představ a potřeb. Postoj těchto rodin k institucím nebyl tak nedůvěřivý a rádi by se alespoň občas o péči s někým podělili, problém spočíval v tom, že dostupné služby nebyly vhodné pro pacienty s handicapem, kterým trpěl právě jejich rodič. Mezi nejnedostupnější patřily možnosti respitního pobytu pro zcela imobilní pacienty nebo pro pacienty s některým typem demence.

Tlak finanční situace taktéž vyvolával motivaci k péči. Peníze nepředstavovaly cílový objekt, např. ve formě potenciálního dědictví nebo možnosti získat příspěvek při péči o osobu blízkou, ale prostředek ke zvládnutí životních nákladů. Jeden příklad charakterizuje Vanda, pro niž bylo spojení jejího a matčina důchodu poměrně nutností; každá sama by jen těžko zvládala životní náklady: „*Takže jsem šla [do důchodu] v takové té nevýhodné době... a měla jsem trvale zkrácený ten důchod jakoby vlastně, on zrovna ten zákon se změnil, tak všechno to vypadalo finančně katastrofálně, takže... když jsme daly ty dva důchody s maminkou dohromady... přineslo to jakoby ovoce takový... tak si řeknu kdybych mamku neměla, tak s jedním důchodem bych dost těžko vyžila...*“ Druhý příklad představuje Monika, pro kterou úhrada za institucionální péči představuje příliš vysoké náklady, které jsou pro ni neúnosné, proto je postavena před nutnost pečovat o matku sama „*...dost je to drahé v dnešní době to nevím jestli bychom nemuseli i připlácet nebo podobně... a... do nějakého luxusního na to není prostě... mám dojem že by všechno padlo tady na toto... Je to pořád bohužel otázka peněz. Ani neříkám že jsou drazí, ani neříkám že bych na to neměla, měla bych na to, ale myslím si... když je to tak akorát*

všecko a v dnešní době kdy člověk šetří na byty a takdále jo že ... není ta situace tak růžová abychom zbytečně ztráceli za tyto služby peníze ... to znamená člověk se raději obětuje ...“

Péče o rodiče mnohdy „vyplyne ze situace“ a není výsledkem nějakého jednoznačného motivu. Souhra okolností v životě dospělého dítěte může zvýšit jeho kapacitu k zajištění potřebného opatrování, někdy také může vyřešit jeho jiná dilemata. Příkladem může být situace už výše citované paní Vandy, jejíž matka začala potřebovat pomoc v době, kdy Vanda z důvodu zrušení jejího pracovního místa musela odejít do předčasného důchodu a zároveň její dcera se dvěma malými dětmi přišla o bydlení. Paní Vanda svůj byt přenechala dceři, přistěhovala se k matce a začala se o ni starat, protože neměla pocit, že by ve svém věku a při své kvalifikaci našla nové místo. Zároveň vzala tuto souhru životních okolností jako výzvu pro napravení vztahu mezi ní a matkou. Jiný příběh představuje Adéla, která v době, kdy měla být její matka s narůstající nesoběstačností propuštěna z nemocnice do domácího ošetřování, dala výpověď v práci a zároveň odcházela od svého manžela. Nastěhovala se k matce, protože neměla kam jít, a začala o ni pečovat a pobírat příspěvek při péči o osobu blízkou, což její situaci v mnohém vyřešilo.

Z těchto (a mnoha dalších) příběhů je patrné, že rozhodnutí postarat se o nemohoucího člena rodiny se neodehrává „tady a teď“ a pouze v kontextu akutní potřeby vyřešit, co bude dál. Toto rozhodnutí na sebe váže předchozí a současné biografické charakteristiky obou aktérů, jakož i momentální konstelaci podmínek, které člověku umožňují pečovat. Tím samozřejmě mezigenerační solidarita nabývá podstatně obsáhlejších hranic a je otázkou, zda je možné na ni při vědomí těchto širokých souvislostí nějak působit.

Mohou opatření sociální politiky ovlivnit motivaci k péči?

Přestože důvodem k převzetí péče o nemohoucího rodiče nikdy není pouze jediný motiv a různí lidé uvádějí různé motivy v odlišných kombinacích, jeden z motivů prolínal

vyprávěními téměř všech účastníků výzkumu a přes rozdílnost jejich životních situací je spojoval. Nejčastěji uváděným důvodem k péči o starého rodiče byla mezi pečujícími dětmi, s nimiž jsme uskutečnili rozhovory, nedůvěra ke stávajícím zdravotně-sociálním institucím a obava z nedostatečné péče anebo nedostatek takových služeb, které by byly adekvátní situaci pečujících rodin. Jak jsme naznačili výše, může být právě nulová politika ve vztahu k pečujícím rodinám paradoxně tou, která by mohla zvýšit angažovanost rodiny, proto jí nyní věnujme větší pozornost jako prostoru, v němž mohou změny podmínit povahu rodinné pomoci stárnoucím příbuzným.

Předpoklad nulové či minimální intervence do oblasti rodinného pečovatelského vychází z toho, že budou-li mít rodinní příslušníci nadále obavy anebo nebudou mít vůbec možnost svěřit příbuzného do péče státem dotované či jinak podporované instituce, budou se muset aktivně účastnit na podpoře závislého člena. Naopak rozvětvená nabídka kvalitních služeb participaci rodiny nepochybně umenší. Pro tento substituční efekt, kdy nárůst služeb a lepší přístup k institucionální péči snížil účast rodiny na péči o její závislé členy, nachází podporu v datech L. Pickardová v Británii (2003), podobný vliv dokumentuje ve Švédsku L. Johansson a kolegové (2003), kteří předkládají data dokumentující zvýšení angažovanosti rodiny v péči o stárnoucí občany poté, co byl omezen přístup k nabídce domácí péče, zahrnující jak pomoc v domácnosti, tak zabezpečení osobní péče o nesoběstačné.

Snaha udržet angažovanost rodiny v péči o stárnoucí příbuzné snižováním nebo nepodporováním institucionální péče (ať už rezidenčního nebo ambulantního typu) vede ovšem ke zvýznamnění problematických rysů zkušenosti pečovatelských. Rozsáhlé množství studií mapuje syndrom pečovatelské zátěže (Zarit 1980, George, Gwynter 1986; Pearlin et al. 1990) a zviditelňuje psychické, fyzické, sociální a finanční problémy, které jsou s poskytováním péče spojeny. Jde-li o tak náročnou zkušenost, není pro potenciální pečovatele logičtější vynaložit větší úsilí k tomu,

získat trvalé umístění v instituci? Podle názorů pracovníků sociálně-zdravotních institucí, ze kterých se postupně rekrutovali účastníci našeho výzkumu, jsou příbuzní, postavení před nutností řešit péči o starého rodiče či jiného člena rodiny, vyděšení představou, že budou muset všechno zvládnout sami a že jim nikdo nepomůže, neporadí a nepřevzeme, být na čas, jejich pečovatelské povinnosti. Právě v důsledku této nejistoty dávají přednost hledání možnosti, jak trvale péči o závislého člena rodiny předat někomu jinému.

Pečující, se kterými jsme uskutečnili rozhovory, by za největší pomoc nepovažovali možnost kvalitního ústavu s dlouhodobou péčí, do něhož by rodiče trvale umístili, ale spíše možnost být vystrídáni, odpočinout si a zejména mít jistotu, že kdyby se s nimi něco náhle stalo, po určitou dobu se o jejich svěřence někdo postará. Nejvíce jim chyběl a naopak nejvíce oceňovali krátkodobý pobyt v ústavu respitní péče nebo pravidelný několikahodinový pobyt v denním stacionáři. Obojí jim dávalo prostor k vyvážení se z každodenní rutiny a k tomu, aby jejich život měl i jiný rozměr než role pečovatele. Podobně ceněnou službou byla možnost angažovat pečovatele či ošetřovatele, který by zabezpečil péči o závislého rodiče přímo doma, v době, kdy je primární pečující v práci, vyřizuje své vlastní záležitosti nebo si jednoduše udělá volno⁵. V obou případech však nejde o úplné *zbavení se* závazku příbuzenské odpovědnosti, ale o *sdílení* pravidelné péče s někým dalším. Využití těch služeb, které sdílení umožňují, by zřejmě výrazně vzrostlo, pokud by byly dostupné, fyzicky i finančně. Toto zvýšení by však nemuselo znamenat menší zapojení rodiny, ale naopak podporu pečujícím, pro něž by možnost rozdělení povinností mohla snížit stres z rolového konfliktu, z protichůdných požadavků, kterým jsou vystaveni, a prodloužit tak dobu, po níž se starají o svého závislého příbuzného. K podobnému závěru dochází H. Künemund (2003), který hledá teoretické i empirické argumenty, proč silná podpora sociálního státu pečujícím rodinám mezigenerační solidaritu podporuje a nikoliv přejímá. V praktické rovině toto přesvědčení prezentují autoři,

kterí se zabývali vlivem využívání respitních pobytů a denních stacionářů na prodloužení doby, po níž zůstává závislý senior v domácím prostředí, a tak oddálení momentu, kdy je trvale umístěn v některém z rezidenčních ústavů (Lawton et al. 1989; Kosloski, Montgomery 1995).

Domníváme se, že důležitým krokem v podpoře pečujících rodin, a tedy v motivaci převzít odpovědnost za péči o stárnoucí rodiče, je zřizování a zpřístupňování kvalitních podpůrných služeb, které péči nepřejímají úplně, ale plní respitní funkci, kdy je pečujícimu umožněn odpočinek, a funkci zástupnou, která dává prostor pečujícimu zůstat v zaměstnání či se věnovat i jiným aktivitám. V tomto ohledu by skutečně došlo k poklesu participace rodiny, je ale otázkou, zda jde zároveň o úpadek mezigenerační solidarity nebo jednoduše o vytváření nového obsahu tohoto fenoménu.

Závěr

Jaký smysl má analýza motivů k péči o stárnoucího člena rodiny? Ptáme-li se po ochotě a možnostech rodiny postarat se o stárnoucí příbuzné, je dobré vědět, kdo a za jakých okolností se k tomuto závazku rozhodne. K úplné znalosti problému by samozřejmě bylo důležité znát také okolnosti a charakteristiky osob, které se péče neujmou, nyní se opíráme pouze o data ze studie o pečujících dětech. Rozhodnutí převzít péči o stárnoucího rodiče v domácím prostředí není nikdy výsledkem jediného motivu a jejich mozaika, ovlivněná individuální biografií konkrétního člověka a sociálním kontextem, v němž se rozhodování odehrává, znemožňuje spolehlivě identifikovat, proč se někteří postarají a druzí ne. Přestože je motiv příbuzenské odpovědnosti v české společnosti stále silný, jeho váha ztrácí na síle v souvislosti s jinými požadavky kladenými na budování životního projektu jednotlivců. Analýza motivů k péči o závislého člena rodiny by neměla vycházet pouze z předpokladu zakotvení morálního pravidla v chování lidí, ale z toho, proč a kdy se z abstraktní společenské normy stává pociťovaná nutnost. Do hry vstupují skupiny faktorů, které v sobě zahrnují motivy osobní a psychologické, ale i motivy

sociální a vázané na dané společenské prostředí a sociálně-politická opatření.

Tento text nastínil důvody k péči, které se objevily ve vyprávěních pečujících dětí našeho výběrového souboru. Nepochybně nepokrýváme všechny možné motivy, ale šlo spíše o pokus ilustrovat jejich rozmanitost a ambivalenci. Explicitně formulovaná zdůvodnění, proč se starají o stárnoucího rodiče v domácím prostředí, nemusejí být vždy ta nejdůležitější. Skutečně podstatné motivy často prolínají historií rodiny a životní dráhou pečující osoby a jsou ovlivněny souhrnou okolností v dané chvíli. Motivace se navíc v průběhu dráhy pečovatelského mění – to, co se na začátku zdálo přirozené, překročilo v praktické zkušenosti určité meze snesitelnosti a naopak to, k čemu bylo přistupováno se strachem, se mění na pozitivní zážitek.

Znalost zkušenosti pečujících může napomoci při snaze vnějšími prostředky motivovat rodiny k převzetí péče o závislého příbuzného. Přestože je příbuzenská odpovědnost považována za tradiční hodnotu, je třeba si uvědomit, že období, v němž se věk masově prodloužil natolik, aby se závislost a potřeba pomoci od druhých ve stáří stala sociálním problémem, je záležitost poměrně mladá a že je zároveň provázena medikalizací stáří a profesionalizací péče. Zkušenost a schopnost pečovat byla vyvlastněna, převzata institucemi a mezi laiky je pěstována úzkost, že na péči o starého rodiče v domácím prostředí nebudou stačit. K tomu, aby byli ochotni postarat se o stárnoucí rodiče, potřebují nikoliv upevňování vědomí tradičního kulturního odkazu, ale jakési zpětné *uschopení*. Všechny pečující děti našeho výzkumného souboru v začátcích pociťovaly velkou nejistotu, jak mají co dělat, vyjadřovaly zklamání nad tím, že personál v nemocnici jejich rozhodnutí vzít si nemocného člena rodiny domů přijal jako samozřejmost, ke které není třeba nic vysvětlovat. Pečující potřebují praktický nácvik určitých aktivit (zvedání bezvládného těla, umývání, postupy při přebalování inkontinentních), aby pochopili, že je jde zvládnout, potřebují slyšet pochvalu a potřebují vědět, že se s úzkostí v krizových momentech mohou na někoho obrátit, být vyslyšeni a získat radu. Po-

třebují jistotu, že bude-li to potřeba, najdou pomoc, která jim umožní sdílet jejich závazek a umožní jim naplňovat i další role spojené s jejich osobou (především roli pracovní, která je zároveň existenční nutností). Jen takový obraz mezigenerační podpory, který respektuje, že péče o rodiče není jedinou povinností v životní dráze dospělého dítěte, a který přijme sdílení závazku s profesionální institucionální péčí jako potřebnou pomoc a nikoliv snižování kreditu rodiny, může představovat vnější motivaci k tomu, aby se dospělé děti staraly o své staré rodiče.

Poznámky

- 1 Tato studie vznikla s podporou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR – výzkumný záměr „Reprodukce a integrace společnosti“ (MSM0021622408).
- 2 Kontakt na autorku: e-mail: mpridal@fss.muni.cz.
- 3 Pro přehled srovnej Walker et al. 1995.
- 4 Výjimku tvoří texty D. Sýkorové, např. Sýkorová 2005.
- 5 Tuto nabídku jsou ale schopni přijmout jen někteří lidé, kteří nemají obavy z přítomnosti cizí osoby v jejich důvěrném prostředí.

Seznam literatury:

- ABEL, E. K. **Who Cares for the Elderly? Public Policy and the Experiences of Adult Daughters.** Philadelphia: Temple University Press, 1991.
- BENGTSON, V. L., ROBERTS, R. E. L. **Intergenerational solidarity in ageing families: an example of formal theory construction.** *Journal of Marriage and Family*, 1991, roč. 53, č. 4, s. 856–871.
- BRODY, E. M. **Women in the Middle: Their Parent-Care Years.** New York: Springer Publishing Company, 2004, 2. vydání.
- FINCH, J., MASON, J. **Negotiating Family Responsibilities.** London and New York: Tavistock/Routledge, 1993.
- GEORGE, L. K., GWYNTER, L. P. **Caregiver well-being, A multidimensional examination of family caregivers of demented adults.** *The Gerontologist*, 1986, roč. 27, č. 3, s. 253–259.

- Green Paper „Confronting demographic change: a new solidarity between the generations“.** http://europa.eu.int/comm/off/green/index_en.htm [on line] [16. 3. 2005]
- JOHANSSON, L., SUNDSTRÖM, G., HASSING, L. B. **State provision down, offspring's up: the reverse substitution of old-age care in Sweden.** *Ageing and Society*, 2003, roč. 23, č. 3, s. 269–280.
- KOSLOSKI, K., MONTGOMERY, R. J. **The impact of respite use on nursing home placement.** *The Gerontologist*, 1995, roč. 35, č. 1, s. 67–74.
- KUCHAROVÁ, V. **Život ve stáří (Zpráva o výsledcích empirického šetření).** Praha: VÚPSV, 2002.
- KÜNEMUND, H. **Theoretical Arguments and Empirical Explorations of Crowding In and Crowding Out.** Příspěvek přednesený na konferenci *Ageing in Europe – European Sociological Association Conference*, Murcia. 23.–26. září 2003.
- LAWTON, M. P., BRODY, E. M., SAPERSTEIN, A. R. **A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients.** *The Gerontologist*, 1989, roč. 29, č. 1, s. 8–16.
- LEE, G. R., SHEHAN, C. L. **Elderly Parents and Their Children: Normative Influences.** In MANCINI, J. A. (ed.). *Aging Parents and Adult Children.* Lexington: Lexington Books, 1998, s. 117–134.
- MONTGOMERY, R. J. V., KAMO, Y. **Parent Care by Sons and Daughters.** In MANCINI, J. (ed.). *Aging Parents and Adult Children.* Lexington, MA: Lexington Books, 1989, s. 213–230.
- MOŽNÝ, I. **Mezigenerační solidarita.** Brno: VÚPSV, 2004.
- Národní koncepce rodinné politiky.** [on line] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005. [cit. 27. 11. 2006] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce_rodina.pdf
- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007.** [on line] Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. [cit. 27. 11. 2006] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1057>
- NOLAN, M., GRANT, G., KEADY, J. **Understanding Family Care.** Buckingham: Open University Press, 1996.
- PEARLIN, L. I., MULLAN, J. T., SEMPLER, S. J., SKAFF, M. M. **Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their comments.** *The Gerontologist*, 1990, roč. 30, č. 5, s. 583–594.
- PICKARD, L. **The decline of intensive intergenerational care of older people in Great Britain, 1985-1995.** www.um.es/ESA/papers/Rn1_92.pdf [on line] [26. 9. 2003]
- PŘIDALOVÁ, M. **Péče o staré rodiče – nový úдел mladších seniorů?** *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006a, č. 2, s. 68–81.
- PŘIDALOVÁ, M. **Mezigenerační solidarita a gender (pečující dcery a pečující synové).** *Gender – rovné příležitosti – výzkum*, 2006b, roč. 7, č. 1, s. 1–5.
- SILVERSTEIN, M., BENGTSON V. L. **Intergenerational solidarity and the structure of adult child-parent relationships in American families.** *American Journal of Sociology*, 1997, roč. 103, č. 2, s. 429–460.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. **Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie.** Boskovice: Albert, 1999.
- SÝKOROVÁ, D. **Osobní autonomie seniorů v kontextu rodinných vztahů.** In SÝKOROVÁ, D., ŠIMEK, D., DVOŘÁKOVÁ, M. (eds). *Třetí věk trojí optikou.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 45–62.
- SÝKOROVÁ, D. **Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie.** Praha: SLON, 2006 – v tisku.
- VESELÁ, J. **Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům.** Praha: VÚPSV, 2002.
- WALKER, A. J., PRATT, C. C., EDDY, L. **Informal caregiving to aging family members: A critical review.** *Family Relations*, 1995, roč. 44, č. 4, s. 402–412.
- ZARIT, S. H., REEVER, K. E., BACH-PEETERSON, J. **Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden.** *The Gerontologist*, 1980, roč. 20, č. 6, s. 649–655.

Úloha sociálních služeb a kvalita života na venkově

The Role of Social Services and the Life Quality in the Rural Areas

Eva Šimková

Ing. Eva Šimková, Ph.D.,¹ působí na katedře sociální patologie a sociologie PdF Univerzity Hradec Králové. V rámci vědecko-výzkumné a publikační činnosti se zabývá problematikou trvale udržitelného rozvoje. Svými příspěvky aplikovanými do prostředí českého venkova se snaží poukázat na možnosti zlepšování kvality života a následně i životní úroveň venkovských obyvatel. Participuje také na realizaci regionálních vzdělávacích projektů podporovaných ze strukturálních fondů EU.

Abstrakt

Příspěvek se zabývá úlohou sociálních služeb v rámci rozvoje venkovských regionů. Poukazuje na to, že zabezpečení udržitelnosti sociálních služeb je nezbytným předpokladem v souvislosti se zaváděním nového evropského sociálního modelu respektujícího principy trvale udržitelného rozvoje. Rozvoj sociální sféry je tak nemyslitelný bez zvyšování kvality sociálních služeb a jejich komunitního plánování.

Abstract

This article describes the role of social services in the development of rural regions. Sustainable development of social services is inevitable part of the European social model, which is currently being implemented. The article highlights, that the development of social sphere is not possible without increasing the quality of social services and their further planning on the community level.

Úvod

Kvalita života je důležitá pro každého, bez ohledu na kulturu a zemi původu. Zvyšování kvality života souvisí se zvyšováním životní úrovně, přičemž kvalita života a životní úroveň jsou dva rozdílné pojmy, které se k sobě přímo nemusí vztahovat. V souvislosti se vstupem ČR do Evropské unie je třeba danou problematiku vnímat na evropské úrovni. Zvyšování kvality života souvisí s prohlášením EU z roku 1997, podle kterého by měli mít všichni občané přístup k přijatelné úrovni ekonomického zabezpečení a sociálního začlenění, žít v soudržných společenstvích a mít možnost plně rozvinout svůj ekonomický potenciál.

Příspěvek se zabývá úlohou sociálních služeb v rámci rozvoje regionů a poukazuje na nezbytnost uplatňování zásad udržitelnosti v rámci jejich poskytování. V popředí zájmu jsou především venkovské regiony. Důvod je prostý. Jsou to právě venkovská sídla, kde se v posledních

desetiletích v důsledku hlubokých politických a ekonomických změn v mnoha oblastech změnil způsob života a kde nastaly hluboké změny ve struktuře obyvatelstva. Především v malých obcích populace stárne, a to nejen v důsledku přirozeného vývoje, ale i stěhováním mladších lidí za prací nebo přistěhováním seniorů. V této souvislosti velký prostor představuje především problematika péče o staré lidi a s tím související rozsah a kvalita poskytovaných sociálních služeb na venkově následně ovlivňující kvalitu života i celkovou životní úroveň venkovanů.

1. Kvalita života na českém venkově

Kvalita života je záležitostí subjektivního hodnocení a vypovídá spíše o tom, jak se jednotlivci cítí, kde žije a jaký je jeho životní styl. Životní úroveň naopak bývá měřena nejrůznějšími ekonomickými a sociálními ukazateli – je tedy více spojena se spotřebou a výší příjmu. Je proto zřejmé, že někdo může mít životní úroveň

Tabulka č. 1: Hodnocení vybraných faktorů kvality života na českém venkově (%)

Faktory	Výborné	Dobré	Dostatečné	Nedostatečné	Žádné	Bez odpovědi
Příležitost k zaměstnání	1,04	13,40	21,36	50,61	13,16	0,43
Dopravní spojení	3,79	27,42	30,35	36,41	1,47	0,55
Kvalita prostředí	29,19	51,71	15,30	3,06	0,43	0,31
Kulturní a společ. vyžití	3,24	22,15	30,91	32,31	10,95	0,43
Bezpečnost v obci	8,69	51,84	28,27	9,24	1,59	0,37
Sociální služby	4,35	33,11	32,07	20,32	9,79	0,37

vysokou, ale přitom nízkou kvalitu života, což samozřejmě platí i naopak.

Kvalita života v sobě zahrnuje rozsáhlý komplex faktorů, které ji mohou ovlivňovat. Mezi důležité faktory ovlivňující kvalitu života na českém venkově patří především vybavenost venkovských obcí, jejich dopravní dostupnost, možnosti kulturního a společenského vyžití, kvalita sociálních služeb, pocit bezpečí a životní prostředí. Významným faktorem kvality českého venkovského života je příležitost k zaměstnání. Hodnocení vybraných faktorů je uvedeno v tabulce č. 1.

Na základě výzkumu provedeného v roce 2003 v rámci výzkumného záměru na ČZU v Praze (Majerová, 2003: 171) bylo zjištěno, že nabídka pracovních míst na českém venkově je velice omezená. Největší překážkou rozvoje venkova se tak stává nezaměstnanost. Ženy mají na tuto problematiku pesimističtější názory než muži, nabídka pracovních míst se zhoršuje se vzdáleností obcí od města. Nejméně příznivá situace na trhu práce se projevuje především ve venkovských mikroregionech, kde omezování, v některých případech zánik zemědělské výroby (státních statků a zemědělských družstev) spolu s nedostatkem nezemědělských pracovních příležitostí v důsledku podnikatelského a investorského nezájmu výrazně zvyšuje lokální či mikroregionální nezaměstnanost (zejména žen, mladých lidí a osob ve vyšším produktivním věku).

Co se týká kvality života z hlediska hodnocení prostředí obce (tj. klid, přírodní prostředí) – 52 % respondentů vidí tento faktor jako dobrý, dalších téměř 30 % jako výborný. Za největší klad života na venkově je považován klid (tj. klidné bydlení, tiché prostředí atd.), menší anonymita, dále příroda a samotné venkovské prostředí. Je oceňo-

ván hlavně čistý vzduch, životní prostředí, krajina, lesy, hory atd. Jako pozitivní jsou rovněž hodnoceny zdravý život (tradiční životní styl, konzumace zdravých potravin, více pohybu), větší soukromí, levnější život a větší bezpečí.

V oblasti sociálních služeb na venkově, jako je např. mateřská škola, zdravotnické zařízení, péče o staré lidi atd., je situace následující: 38 % respondentů hodnotí tyto služby v obci jako výborné nebo dobré, naopak 30 % jako nedostatečné či žádné.

Každý člověk si přeje mít své místo a roli v prostředí společnosti, v níž žije a pracuje. Sociální služby existují proto, aby pomáhaly lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo ve společnosti, pokud toho sami nejsou schopni, a zároveň je chránit před sociálním vyloučením¹. Každému občanu, ať žije kdekoli, proto musí být umožněn přístup k potřebnému spektru a kvalitě sociálních služeb. To platí samozřejmě i pro obyvatele žijící na venkově, neboť právě zde, jak vyplývá z výsledků výzkumu, tvrdší dopad tržního hospodářství má za následek nižší úroveň příjmů obyvatel na venkově vůči městskému obyvatelstvu. To se projevuje nižší kupní silou, v mnoha případech pak ohrožením venkovanů chudobou a sociální exkluzí. Zhoršuje se tak kvalita a přijatelnost životních podmínek obyvatel na venkově a zároveň i stabilita venkovského osídlení. Problémy českého venkova navíc zůstávají nepříznivá věková a vzdělanostní struktura a stále se zhoršující dopravní obslužnost.

II. Role sociálních služeb v úsilí o udržitelný sociální rozvoj venkova

Jedním z hlavních cílů Společné zemědělské politiky Evropské unie je vytvoření pevného a dlouhodobého záměru, který by posílil trvale udržitel-

ný rozvoj venkovských oblastí a zároveň podpořil tvorbu nových a zachování stávajících pracovních příležitostí na venkově. Programy EU pro podnikatele kladou důraz na vzájemnou toleranci a zkvalitňování života na venkově – pozornost je soustředována i na oblast sociální. Evropská sociální politika tak v posledních desetiletích sehrává ústřední roli v budování ekonomické síly Evropy. Jejím posláním je vybudovat unikátní sociální model, který by pružně reagoval na rychlé změny evropského hospodářství. Strategickým cílem evropské sociální politiky je „utvářet novou Evropu a stát se co nejvíce konkurenceschopnou a dynamickou ekonomikou založenou na znalostech a schopnou dosáhnout hospodářského růstu s více a lepšími pracovními místy a větší sociální soudržností“. Dosažení vytyčené strategie vyžaduje modernizovat evropský sociální model na principech trvale udržitelného rozvoje, investovat do lidí a potírat sociální vyloučení.

Mezi priority každého kraje pak patří zajištění takové sítě sociálních služeb, které jsou kvalitní a zároveň potřebné. Vytváří proto širokou podporu v podobě projektu standardizace kvality sociálních služeb a komunitního plánování. Moderně pojaté (udržitelné) sociální služby jsou tak jedním z hlavních nástrojů boje proti nezaměstnanosti, chudobě, sociálnímu vyloučení a sociálně patologickým jevům, jako je toxikomanie, prostituce, růst kriminality atd. Jakými znaky by se měly vyznačovat „udržitelné“ sociální služby? V každém prostředí, ať už městském nebo venkovském, by měly být občanům k dispozici sociální služby vyznačující se především těmito charakteristikami (Šimková, 2005: 13):

1. zaměřené na **boj proti sociálnímu vyloučení**,
2. **neziskového** charakteru,
3. **adresné**,
4. poskytované tak, aby zajistily **přímý kontakt s klienty**,
5. **standardizované**,
6. **orientované na klienta**,
7. **decentralizované** atd.

Ad 1 V průmyslově vyspělých zemích se prosazuje tendence chránit člověka před sociálním vyloučením, tj. poskytnout mu pomoc při hrozcím vyloučení. Takto pojatá sociální ochrana, která má podobu péče o chudé a ekonomicky sla-

bé (nízkopříjmové a ohrožené) skupiny obyvatel, se stává nástrojem k udržení sociální soudržnosti společnosti. Společenskou soudržností se přitom rozumí takový stav, kdy společnost sama sebe chápe jako kompaktní společenství, které se snaží pomoci všem vylučovaným jedincům k jejich opětovné integraci do takto soudržného celku.

Ad 2 Neziskový charakter sociálních služeb je odvozen z cíle, který uplatňuje neziskový sektor – a tím je především dosažení užitku u cílové skupiny klientů. I když tvorbu zisku nelze ze sociálních služeb zcela vyloučit, neměla by být tato „výhoda“ zneužitelná, neměli by být poškozování slabí a bezbranní klienti.

Ad 3 Posláním sociálních služeb je pomáhat lidem při řešení nepříznivé sociální situace, tzn. reagovat adresně na jejich existující potřeby.

Ad 4 Udržitelné sociální služby by měly být poskytovány na co nejnižší úrovni, aby byl zaručen přímý kontakt s klienty. Jedině tak jsou sociální služby nejúčinnější (mají největší efekt).

Ad 5 Vzhledem k tomu, že aktéry sociálních služeb jsou především nevládní organizace poskytující sociální služby různých forem a na různé úrovni, je třeba jejich činnost nějakým způsobem regulovat. Za účelem zachování, resp. zvyšování kvality poskytovaných služeb je třeba uplatňovat minimální standardy sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby. V ideálním případě se na procesu vytváření kvality sociálních služeb podílejí poskytovatelé služeb, nezávislí experti a uživatelé služeb. Kritéria mohou být zakotvena v zákoně nebo v normách z něj odvozených, v interních předpisech zřizovatele agentury poskytující službu nebo přímo v provozním řádu konkrétní instituce (Varvažovská, 2006: 1064).

Pozn. V oblasti sociálních služeb dochází v posledních letech v ČR k výrazným změnám, zejména v přístupu k uživatelům sociálních služeb a v používaných metodách sociální práce. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) ČR se snaží na tyto posuny reagovat pomocí systémových změn, které mají zajistit kvalitní poskytování služeb. Proto byly v roce 2002 publikovány MPSV ČR Standardy kvality sociálních služeb, které jsou v souladu s principy evropského sociálního modelu a obsahují jeho základní principy

(Johnová, 2003: 4). Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba, která podporuje zapojení uživatele do běžného života v jeho přirozeném prostředí, posiluje jeho samostatnost a nezávislost a je zajišťována bezpečně a odborně. Standardy jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, obsahují procedurální standardy, personální a provozní standardy.

Ad 6 Orientace na klienta znamená uplatňovat strategii cíleného marketingu, tj. marketingovou koncepci zaměřenou na uspokojení konkrétních potřeb cílové skupiny klientů.

Ad 7 Koncepce decentralizace sociálních služeb znamená přenášení pravomocí směrem k obcím. Na základě zkušeností jsou na sociální služby při uplatňování této koncepce sice stejné náklady jako při centrálně řízeném systému, pro klienta jsou však nesporně výhodnější. Přenos kompetencí na nižší úroveň řízení na jedné straně posiluje roli menších samosprávných celků. Na straně druhé vyžaduje vyšší nároky na kvalitu managementu. Řízení vzájemné závislosti jednotlivých oblastí udržitelného rozvoje by mělo dospět k tzv. „mixu politik“, který trvale udrží ekonomický a sociální pokrok (především v podobě plné zaměstnanosti a kvality života) a zároveň zabezpečí ochranu životního prostředí (viz schéma č. 1).

Uvedená charakteristika udržitelných sociálních služeb znamená jejich koncipování podle konkrétních potřeb cílového trhu s respektováním lokálních zdrojů. Moderní metodou plánování sociálních služeb, která se při zpracování podkladových materiálů pro různé oblasti veřejného života vyznačuje znaky udržitelnosti, je komunitní plánování.

Schéma č. 1: Mix politik zabezpečující trvale udržitelný rozvoj

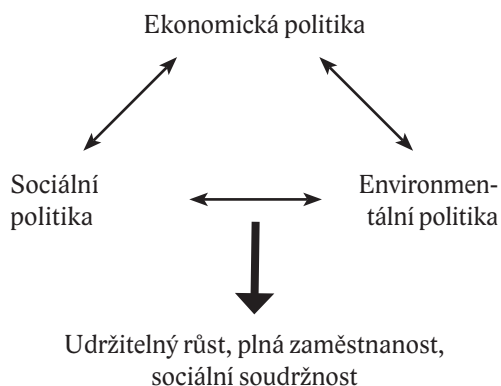
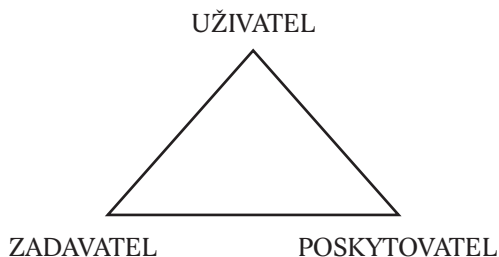


Schéma č. 2: „Triangl“ účastníků komunitního plánování



III. Komunitní plánování – nástroj udržitelnosti sociálních služeb

Komunitní plánování je nástroj, která pomáhá zajišťovat územní dostupnost sociálních služeb v jednotlivých obcích nebo regionech. Procesy komunitního plánování vycházejí ze zdrojů, které jsou k dispozici a odpovídají specifickým a potřebám komunity i jednotlivců. Znamená to, že jejich podoba je vždy pro dané místo originální.

Určité podobnosti však při tvorbě komunitního plánu sociálních služeb lze nalézt. Jsou to zásady a principy, které jsou při vlastním procesu komunitního plánování respektovány a které zároveň tvoří základ pro všechny aktivity bez ohledu na místo jejich realizace. Jde o následující zásady:

1. **partnerství** mezi všemi účastníky a jejich vzájemná a otevřená spolupráce,
2. **hledání zdrojů a potenciálů** pro zajištění služeb v komunitě,
3. **dostupnost informací** – zajištění dobré informovanosti o jednotlivých typech poskytovaných sociálních služeb všem členům komunity,
4. **vědomí souvislostí** – sociální služby musí být hodnoceny a řešeny v souvislostech s dalšími službami, např. zdravotnickými, volnočasovými a vzdělávacími aktivitami atd.,
5. **veřejný zájem** – komunitní plán musí být věcí veřejnou a veřejností kontrolovanou,
6. **kompromis** přání a možností, požadavků a dostupných zdrojů atd.

Respektování a dodržování uvedených zásad zvyšuje pravděpodobnost přijetí projektu ze strany veřejnosti a zároveň zabezpečuje udržitelnost místně poskytovaných sociálních služeb. Podnět k partnerství může dát při jejich realizaci

kterákoliv strana tzv. „trianglu“ (tj. uživatel – zadavatel – poskytovatel) – viz schéma č. 2.

Pozn. Uživatel sociálních služeb služby přijímá, dostává či spotřebovává. Poskytovatel služby provozuje, uskutečňuje, dodává nebo poskytuje. Zadavatelem sociálních služeb je ten, kdo služby platí, zřizuje, zadává, organizuje a dělá na ně výběrová řízení. Jde především o úřady státní správy a samosprávy, volbami pověřené zastupitele, dále nadace či grantové agentury. Zadavatelé obvykle mají zpracovány plány strategického rozvoje sociálních služeb.

V rámci zabezpečení udržitelnosti sociálních služeb je nezbytné upozornit ještě na dvě skutečnosti. Za prvé – pro dobře nasměrovanou sociální ochranu je nezbytná výkonná a dobře vyškolená pracovní síla. Znamená to uplatňovat kromě odborných znalostí a dovedností i základní etická práva a povinnosti ze strany poskytovatelů sociálních služeb (problematika uplatňování etických kodexů sociálního pracovníka). Další velmi důležitou otázkou je způsob financování sociálních služeb. V současné době je velmi pozitivně přijímanou koncepcí tzv. smíšená ekonomika³, kdy se na financování sociálních služeb podílejí jak samotní příjemci, tak i jejich rodiny, dobrovolníci, obecně prospěšné společnosti včetně dalších samostatně podnikajících subjektů.

Závěr

S ohledem na omezenost zdrojů naší planety se udržitelný rozvoj stává stále důležitějším pojmem a je postupně aplikován do všech oblastí lidského života. Zavedení pojmu „udržitelnost“ do oblasti sociálního rozvoje a sociální ochrany zdůrazňuje rostoucí potřebu kvalitního plánování a vytváření programů sociálního rozvoje, které však musí být akceptovatelné pro všechny zúčastněné subjekty a zároveň financovatelné z dostupných zdrojů. Sociální služby hrají v této souvislosti významnou roli, zejména vzhledem k jejich důležitosti v sociálních systémech evropských států. Žádnou koncepci sociálních služeb nelze univerzalizovat pro všechny státy, neboť výchozí situace každého z nich je zcela originální. Je tedy třeba je vzájemně harmonizovat a klást důraz na jejich udržitelné znaky. Jedině tak je možné chránit sociální práva všech občanů a následně zabez-

pečit sociální soudržnost a přiměřeně i stejnou kvalitu každodenního života lidí, tedy i obyvatel na českém venkově.

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: eva.simkova@uhk.cz.
- 2 Termín sociální vyloučení označuje nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti, resp. nedostatečný přístup ke společenským institucím zajišťujícím vzdělání, zdraví, ochranu a základní blahobyt. Sociální vyloučení fakticky znamená život v chudobě, bez účasti na trhu práce, u mladých lidí bez účasti na systematickém vzdělávání, dále bez přiměřeného bydlení, dostatečného příjmu, obvykle v izolaci či v malé skupině podobně deprivovaných lidí (Matoušek, 2003: 217).
- 3 Koncepce smíšené ekonomiky se odklání od dvou extrémů financování – od absolutního monopolu státu, na druhé straně je to ponechání financování zcela na principu volného trhu.

Seznam literatury:

- JOHNOVÁ, M. **Standardy kvality sociálních služeb**. Praha: MPSV, 2003.
- MATOUŠEK, O. **Slovník sociální práce**. Praha: Portál, 2003.
- ŠIMKOVÁ, E. **Chudoba a souvislost s udržitelným rozvojem**. In *Chudoba – společenský problém současnosti*. Sborník příspěvků. Banská Bystrica: PdF UMB, 2005, s. 146–150.
- ŠIMKOVÁ, E. **Životní způsob mládeže a souvislost s udržitelným rozvojem**. In *Socialia 2004*. Sborník příspěvků. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005, s. 153–158.
- ŠIMKOVÁ, E. **Udržitelnost sociálních služeb**. In *Možnosti sociální práce na počátku 21. století*. Sborník příspěvků. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005, s. 12–18.
- TUČEK, M. **Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí**. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2003.
- VARVAŽOVSKÁ, P. **Poslání neziskových organizací ve zdravotně sociální oblasti a jejich význam pro regionální rozvoj**. In *Agrární perspektivy 2006 – Zahraniční obchod a globalizační procesy*. Sborník příspěvků. Praha: PEF ČZU, 2006, s. 1061–1066.

Harm reduction

Harm Reduction

Táňa Průdková

Bc. Táňa Průdková¹ vystudovala sociální práci na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, kde v současnosti pokračuje ve studiu psychologie a etiky v sociální práci. Dále pracuje jako sociální pracovník a streetworker v Krizovém a kontaktním centru Strakonice.

Abstrakt

Práce se zabývá českou protidrogovou politikou se zvláštním důrazem na harm reduction, protože je to i v dnešní době kontroverzní téma. Zdůrazňuje přínos služeb harm reduction pro uživatele drog i pro společnost jako takovou, ale nezamlčuje ani argumenty odpůrců.

První kapitola stručně definuje protidrogovou politiku a její pilíře, druhá kapitola definuje harm reduction jako minimalizaci škod a rizik souvisejících s užíváním drog, osvětluje filozofii tohoto přístupu k problémovým uživatelům drog, jeho cíle a metody. Stručně popisuje služby harm reduction, zejména výměnný program, způsoby jejich poskytování a poskytovatele těchto služeb. Závěr práce se zabývá možností poskytování služeb harm reduction osobám ve výkonu trestu odnětí svobody.

Práce Harm reduction je koncipována jako sumarizace poznatků dostupných v odborné literatuře.

Abstract

The writing is concerned with the anti-drug policy with a special emphasis on the harm reduction, because even nowadays it is a controversial theme. It emphasises the benefit of harm reduction services for the drug users and for the whole society and it also does not conceal the arguments of the opponents.

The first chapter briefly defines the drug policy and its pillars, the second chapter defines the harm reduction as a minimisation of damage and hazards associated with the drug use, it is declaratory of the philosophy of the access to the problem drug users, as well as the targets and methods of the mentioned access. It briefly describes the harm reduction services, especially the exchange programme, the possible ways of the provision of services and the appropriate providers are defined there. The conclusion of the work deals with the possibility of the provision of harm reduction services to imprisoned persons.

The writing Harm reduction is conceived as a summarization of the findings available in the scholarly literature.

Úvod

Minimalizace rizik a škod plynoucích z toxikomanie (harm reduction) jako způsob intervence v sociální práci s uživateli nelegálních drog u nás ještě nemá takovou tradici, aby byla považována za samozřejmou a aby nebyla někdy chápána dokonce jako kontraproduktivní. Podle mých zkušeností široká veřejnost tyto služby (často bez znalosti věci) odmítá nebo o jejich efektivnosti alespoň velmi pochybuje, skeptici se však nacházejí i v řadách odborníků.

Tajemný a mýty opředený pojem harm reduction je potřeba oddémonizovat a věcně

vyložit nezbytnost poskytování těchto služeb, ospravedlnit jejich významné postavení v koncepci současné protidrogové politiky České republiky a srozumitelnou interpretací výzkumy podložených dat usilovat o změnu veřejného mínění v této záležitosti. Domnívám se, že je to v zájmu všech zúčastněných, tedy nejen uživatelů drog, kteří tyto služby využívají, a sociálních pracovníků, kteří jim je poskytují, ale celé naší společnosti, protože negativními důsledky toxikomanie je potenciálně ohrožen každý z nás, což je potřeba mít pořád na paměti.

Cílem práce je objasnit postavení minimalizace škod v současné koncepci české protidrogové politiky, výstižně definovat harm reduction a vysvětlit, na jakých hodnotách staví a co si klade za cíl, podat přehled služeb, které lze vzhledem k jejich charakteru zařadit do kategorie služeb harm reduction, a vymezit, kdo je v praxi jejich poskytovatelem. Jedním z nejkontroverznějších témat v rámci problematiky minimalizace škod je poskytování těchto služeb uživatelům drog ve výkonu trestu odnětí svobody. Touto myšlenkou se zabývám v samostatné kapitole.

Současná protidrogová politika České republiky

Zneužívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejen uživatelů drog a jejich blízkých, ale ohrožuje zdravý vývoj celé společnosti. Rozsah, struktura, dynamika i důsledky toxikomanie jsou alarmující a nutí nás jednat. „Problémy spojenými s užíváním návykových látek se zabývá protidrogová politika, jež je z definice součástí širší sociální politiky státu.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková et al., 2003; 13.)

Protidrogová politika je „komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a místní úrovni. Jejich konečným cílem je snížit užívání všech typů drog a/nebo potenciální rizika a škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku jejich užívání nastat“ (Úřad vlády České republiky, 2005; 13).

Protidrogová politika nemá v dějinách naší země dlouhou tradici. Po vzniku českého státu v roce 1993 se vláda České republiky přihlásila k závazkům vyplývajícím z Úmluv OSN a začala problém zneužívání drog systematicky řešit. Poradním orgánem vlády se stala Meziresortní protidrogová komise. Byly zavedeny okresní protidrogové komise, okresní protidrogoví koordinátoři a zdůrazněna úloha nestátních neziskových organizací jako poskytovatelů služeb a partnerů vlády ve vytváření a realizaci protidrogové politiky (Kalina, 2003). „První vládní koncepce na období 1993–1996 stanovila základní mechanismy

pro spolupráci v rámci protidrogové politiky na centrální úrovni, ale zároveň byl navržen i postup k naplnění aktivit na úrovni regionální.“ (Bém, Kalina, Radimecký, In Kalina et al., 2003; 35.)

Protidrogová politika je přístup státu k problematice zneužívání drog reprezentovaný **národní protidrogovou strategií**, která je koncipována jako dlouhodobý strategický plán, ve kterém jsou uvedeny principy a cíle vládních intervencí v záležitosti drogové problematiky. „Národní protidrogová strategie je schvalována usnesením vlády a usiluje především o vybudování koordinovaného, účinného a vyváženého systému protidrogové politiky. To předpokládá realizaci takových opatření, která odpovídají skutečným potřebám jednotlivých cílových skupin a vycházejí z nejnovějších vědeckých poznatků sdílených všemi evropskými zeměmi.“ (Mravčík, Korčíšová, Bejčková et al., 2004; 37.) „Koordinaci aktivit na místní úrovni zajišťuje síť 14 krajských koordinátorů.“ (Mravčík, Korčíšová, Lejčková et al., 2004; 5.)

Základním nástrojem realizace Národní protidrogové strategie je **Akční plán**, který „stanoví v daných oblastech konkrétní cíle, činnosti k jejich naplnění, zodpovědnosti, termíny a ukazatele jejich plnění. Cíle musí být reálné, měřitelné a musí přispívat k naplnění cílů Národní protidrogové strategie“ (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005; 5).

Protidrogová politika České republiky se zaměřuje na snižování poptávky po drogách a na snižování nabídky drog. „Za nejlepší strategii směřující k řešení problémů v oblasti zneužívání ilegálních drog se považuje **vyvážený přístup**, tedy přístup postavený na rovnováze snižování nabídky a snižování poptávky po ilegálních drogách.“ (Kalina, 2003; 21.)

„Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda České republiky.“ (Mravčík, Korčíšová, Lejčková et al., 2004; 3.) **Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky** (dřívější Meziresortní protidrogová komise) je „poradním a koordinacním orgánem vlády pro protidrogovou politiku, zabezpečuje realizaci opatření vyplývajících z mezinárodních smluv, metodicky řídí

činnost magistrátních a krajských protidrogových koordinátorů a spravuje systém poskytování finančních dotací na protidrogové programy“ (Matoušek, 2003; 177).

„Po letech polooficiálního statutu programu harm reduction v České republice se vláda shodla na tom, že v budoucnu budou protidrogovou politiku tvořit **čtyři základní pilíře**: primární prevence, harm reduction, léčba a resocializace a represe.“ (Bém, Kalina, Radimecký, In Kalina et al., 2003; 38.) Každý z těchto pilířů má v protidrogové politice nezastupitelnou roli a prořežování některého z nich může vést k narušení systému a stability protidrogové politiky.

Hlavním **cílem protidrogové politiky** je ochrana občanů před ohrožením, které plyne z toxikomanie, „řešení problémů spojených s šířením a užíváním ilegálních návykových látek a podpora schopnosti rozhodnout se pro život bez drog“ (Bém, Kalina, Radimecký, In Kalina et al., 2003; 34). Přístup k problematice zneužívání drog musí být realistický. „Protidrogová politika České republiky je moderní (tj. odpovídá současnému stavu vědění a poznání) a úspěšná (tj. dosahuje stanovených cílů) – a to i navzdory řadě nedostatků v jejích dílčích oblastech. Systém, který se podařilo České republice od roku 1993 v protidrogové politice vybudovat, je ojedinělý a v řadě aspektů srovnatelný se zeměmi EU, v některých oblastech dokonce i o několik kroků před nimi.“ (Bém, Kalina, Radimecký, In Kalina et al., 2003; 38.) Česká protidrogová politika tedy patří v procesu přibližování se k EU k prakticky bezproblémovým tématům. Podle mého názoru zde však přesto existuje prostor pro zlepšení.

Harm reduction

„Termín harm reduction je užíván pro snahu **předcházet negativním důsledkům souvisejícím s určitým typem chování nebo tyto důsledky minimalizovat**. Cílem harm reduction v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekčnímu užívání drog je především předcházet přenosu viru HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog.“ (Petroš, 2006; 19.)

V Národní strategii protidrogové politiky České republiky je harm reduction definováno jako „soubor aktivit, v němž výměnné programy injekčních stříkaček a jehel, programy primární zdravotní péče a substituční udržovací léčba patří mezi nejvýznamnější“ (Hejda, Duben, 2002; 131). Důvodem pro systematické vyčlenění aktivit harm reduction byl „**masivní výskyt řady onemocnění uživatelů drog** a poznání, že tato onemocnění představují pro uživatele drog a následně pro celou společnost **větší nebezpečí a ekonomickou zátěž než užívání drog samo o sobě**“ (Zábranský, 2003; 58).

„Jak ukazuje historická zkušenost lidstva, je nesmyslné domnívat se, že drogy nebo závislosti na nich se podaří z jakékoliv společnosti odstranit. Nemůžeme však rezignovat na trvalé a neochabující úsilí o minimalizaci negativních důsledků existence těchto látek a jejich zneužívání.“ (Zábranský, 1997; 8.)

Programy harm reduction představují „realistický a pragmatický přístup k problematice užívání omamných a psychotropních látek. Vycházejí z poznání, že **některé skupiny lidí nejsou schopny nebo ochotny upustit od užívání drog bezprostředně**“ (Hejda, Duben, 2002; 131), protože v určité fázi užívání drog jsou aktivity směřující k abstinenci pro klienta nepřijatelné. „Trvání závislosti neovlivní žádná vnější intervence. Je třeba umožnit závislým, aby se dožili v relativním zdraví doby, kdy budou schopni pochopit a ochotni uznat škodlivost a nedůstojnost svého návyku a nevýhody s ním spojeného životního stylu.“ (Zábranský et al., 1997; 42.)

Dosáhnout trvalé abstinence je v některých případech prakticky nemožné, přesto existují možnosti, jak závislým pomoci a vylepšit jejich životní situaci, „**pomoci se dá i tam, kde neexistuje motivace k léčbě**“ (Presl, 1995; 67). Model omezování škod akceptuje užívání drog jako sociální realitu, na drogovou závislost je pohlíženo jako na přechodnou fázi v životě dané osoby a „cílem omezování škod je pomoci tuto fázi překonat bez poškození nebo alespoň poškození v maximální možné míře redukovat“ (Petroš, 2006; 33). „Harm reduction je přístup, na který u nás nejsme příliš zvyklí. Společnost o lidi, kteří nejsou schopni abstinence, ztrácí zájem.“ (Presl, 1995; 65.)

Zastánci harm reduction dokládají, že toto „nezavírání očí před realitou užívání drog umožňuje zachránit mnoho životů a průběžně pracovat na motivaci k abstinenci léčbě“ (Kalina, 2003; 19). I zde je tedy konečným cílem život bez drog. **Odpůrci** argumentují tím, že „harm reduction je přitakáním drogám a otevíráním dveří pro jejich legalizaci“ (Kalina, 2003; 19).

V rámci Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí A.N.O. „vznikla v říjnu 1999 Sekce Harm reduction jako reakce na potřebu programů a zařízení poskytujících služby harm reduction setkávat se a spolupracovat a potřebu síťovat nízkoprahová zařízení a terénní programy. Významná je možnost spolupracovat na definicích minimálních standardů poskytované péče a především na utváření mechanismů kontroly kvality péče poskytované v programech harm reduction. Koncem roku 2000 bylo za 14 měsíců existence Sekce Harm reduction přijato 31 zařízení, to znamená téměř polovinu všech programů či zařízení harm reduction z celé ČR“ (A.N.O., 1999, [online]).

Cíle harm reduction a prostředky dosažení cíle

„Snížování nabídky a poptávky je v konečném důsledku zaměřeno především na snížení užívání drog. Oproti tomu přístup harm reduction se zaměřuje na rizika, jež mohou potenciálně vést ke škodám. **Podporuje méně rizikové chování** u osob, jež návykové látky užívají, a tak pomáhá **snížovat negativní dopad jejich užívání** na jednotlivce i na celou společnost.“ (Zábranský, 2003; 58.)

Nejzávažnějším rizikem spojeným s užíváním drog je **předávkování**. Prevence předávkování je prováděna prostřednictvím „vzdělávání uživatelů drog. Hlavními tématy jsou první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečnějšího užívání“ (Mravčík, Korčíšová, Lejčková et al., 2004; 44).

Dalším významným rizikem je **šíření hepatitid, viru HIV a pohlavně přenosných chorob** používáním nesterilního náčiní k aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem. „Virus HIV lze přenést sdílením kontaminova-

ného injekčního náčiní. Snazší přístup ke sterilním stříkačkám a méně časté používání kontaminovaného náčiní jsou významnými faktory přispívajícími k nižší míře infekce virem HIV“ (Mravčík, 2004; 27) i ostatními chorobami přenosnými krví. Je tedy nutné usilovat o odstranění opakovaného používání náčiní k aplikaci drog a praktikování méně rizikových způsobů aplikace drog, „pomoci uživatelům drog, aby nezačínali s injekční aplikací, aby ji ukončili nebo snížili její frekvenci a zvýšili její bezpečnost“ (Petroš, 2006; 20). Důležité je také praktikování chráněného pohlavního styku a upevnění či vytvoření hygienických návyků.

Cílů harm reduction se dosahuje prostřednictvím šíření informací o rizicích užívání návykových látek a jejich kombinování, o rizicích jednotlivých způsobů aplikace a sdílení injekčního materiálu, informací o zásadách bezpečnějšího užívání drog a bezpečnějšího sexu, informací o fungování orgánů státní správy a orgánů činných v trestním řízení. Dále prostřednictvím výměny injekčních stříkaček a jehel, bezplatné distribuce materiálu potřebného k aplikaci drog, potravinového, vitamínového, zdravotnického a hygienického servisu.

Velký význam má už samotné **navázání kontaktu s klientem** a vytváření prostoru pro spolupráci a motivační trénink ke změně chování, díky němuž může klient změnit svůj postoj k užívání drog. „Nenápadným způsobem posilování motivace ke změně jsou dotazníky, při jejichž vyplňování si člověk uvědomí spoustu svých problémů.“ (Nešpor, Csémy, 1996; 75.)

Služby harm reduction

„Vývoj služeb se profiluje podle vývoje drogové scény a také podle zakázky ze strany státu.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková et al., 2003; 87.) V České republice patří mezi standardní služby výměnný program, poradenství a poskytování informací, potravinový, hygienický a zdravotnický servis a substituční léčba.

Výměnný program

„Injekční stříkačka se k aplikaci drog začala používat roku 1850“ (Tyler, 2000; 159) a od té doby trvají problémy spojené s intravenózní aplikací drog, na jejichž řešení (nebo alespoň zmírňování) se podílí i výměnný program. „Po

vypuknutí epidemie hepatitidy B a hepatitidy C (a jak bylo zjištěno později, i HIV) mezi injekčními uživateli drog ve skotském Edinburghu v letech 1982 až 1984 se jistý lékárník rozhodl poskytovat těmto uživatelům drog sterilní injekční náčiní, úřady však toto počínání velmi brzy zakázaly. V současné době fungují oficiální programy výměny jehel a stříkaček ve více než 40 státech na světě.“ (Mravčík, 2004; 9.)

Výměnný znamená, že klient dostane **čisté** injekční stříkačky nebo jehly **výměnou za použité**. Díky tomu se zamezuje odhazování znečištěného náčiní na veřejných místech. Použité injekční stříkačky a jehly klient vhodí do speciálního kontejneru a poté obdrží stejný počet sterilních. Pokud nepřinesl žádnou použitou injekční stříkačku nebo jehlu, může ve většině zařízení dostat max. 2 sterilní, které musí po aplikaci vrátit, jinak na další nemá nárok.

Klient dostává k injekčním stříkačkám stejný počet dezinfekčních polštářků určených k očištění místa před vpichem, ampulku sterilní vody k ředění drogy a filtry používané pro natáhování látky do stříkačky. Uživatelé heroinu mohou dostat také kyselinu askorbovou potřebnou pro rozpuštění dávky.

Nedílnou součástí vlastního aktu výměny je **komunikace s klientem**, pracovník s ním hovoří o jeho způsobech aplikace, nevtrávnou formou ho informuje o bezpečnějších způsobech, zjišťuje, zda klient umí náčiní určené k aplikaci drog správně používat, chybějící informace mu poskytne a dotazuje se na zdravotní stav.

„Virus HIV je zákeřný tím, že infikovaný nemusí jeden až dva roky pociťovat žádné příznaky a během této doby může nemoc šířit. AIDS, virové hepatitidy a jiné krví přenosné choroby jsou zodpovědné za stovky úmrtí mezi intravenózními uživateli drog.“ (Oakley, Charles, 1996; 29.) „Za základní předpoklad všech komplexních a účinných programů prevence krví přenosných chorob je v současné době považováno zpřístupnění sterilních injekčních jehel a stříkaček injekčním uživatelům drog.“ (Mravčík, 2004; 9.) „Výměna stříkaček vede k výraznému snížení výskytu hepatitidy B i C mezi uživateli drog.“ (Mravčík, 2004; 28.)

V rámci výměnného programu jsou také zdarma distribuovány prezervativy. „Poskytování kondomů má vedle snižování přenosu in-

fekce virem HIV a hepatitid celou řadu pozitivních důsledků, jako je například snížení výskytu sexuálně přenosných infekcí a nechtěných těhotenství.“ (Mravčík, 2004; 29.)

„Podle závěrečných zpráv projektů nízkoprahových zařízení podpořených Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky se za rok 2002 do výměnného programu zapojilo celkem 88 zařízení a bylo vyměněno celkem 1 469 224 stříkaček a jehel a jejich počet každoročně stoupá.“ (Lejčková, Mravčík, Radimecký, 2004; 48.) „V roce 2003 bylo vyměněno 1 777 957 stříkaček a jehel.“ (Mravčík, Korčíšová, Lejčková et al., 2004; 46.) „Výskyt sdílení injekčního materiálu se pohybuje od 25 % do 51 %.“ (Mravčík, Korčíšová, Lejčková et al., 2004; 21.)

„Některé státy usilují o zvýšení dostupnosti injekčních stříkaček pomocí instalace výdejních **automatů na prodej nebo výměnu stříkaček**. Díky této strategii lze dosáhnout 24hodinové dostupnosti a zpřístupnit stříkačky i v obtížně dostupných lokalitách.“ (Mravčík, 2004; 33.) Podle mého názoru tím však dochází k eliminaci komunikace uživatele s kontaktním pracovníkem, což je nežádoucí. Pracovník motivuje k bezpečnější aplikaci drog či k abstinenci, poskytuje informace, poradenství, podporu, může zprostředkovat léčbu a ošetřit poranění – výdejní automat nic z toho nenabízí.

Poradenství a poskytování informací

Poradenství je „strukturovaný proces zakotvený v dohodě obou stran, který dává klientovi příležitost prozkoumat svoje přednosti a najít strategie ke zlepšení kvality svého života“ (Matoušek, 2003; 151). Poradenství je založeno na přímé komunikaci a má podpořit růst, zralost a uplatnění klienta.

„Závislost znamená u každého člověka a v každé situaci něco jiného“ (Oakley, Charles, 1996; 35), proto je potřeba při poradenství uplatňovat **individuální přístup**. Klient potřebuje důvěřovat a cítit se přijímaný. Možná to bude poprvé, co zažije opravdový zájem. „Potvrzuje se, že účinnost opatření harm reduction se zvyšuje poskytováním **psychosociální podpory**.“ (Petroš, 2006; 23.) Je však nereálné domnívat se, že všichni klienti budou motivováni pro spolupráci. „Poradce by měl akceptovat

klientovo rozhodnutí nespolupracovat a navrhnout mu ukončení poradenského procesu.“ (Gabura, Pružinská, 1995; 81.)

Poradenské služby jsou určeny nejen uživatelům drog, ale i jejich rodičům, partnerům, přátelům a lidem, kteří se při výkonu své profese setkávají s uživateli drog, např. pedagogům a policistům. V posledních několika letech „stoupá zájem rodičů o anonymní konzultace“ (Němec, Bodláková, 1996; 31).

Pracovníci poskytující služby harm reduction v případech potřeby zajišťují i **krizovou intervenci**, což je „rychlá psychologická a sociální pomoc člověku, který se ocitl v situaci, kterou nedokáže zvládnout vlastními silami“ (Matoušek, 2003; 98). Cílem je vrátit klientovi psychickou rovnováhu, umožnit mu náhled problému, pomoci mu vyjádřit emoce a aktivovat zdroje podpory v jeho okolí.

Je nezbytné, aby byli uživatelé drog **informováni** o rizicích aplikace drog a v souvislosti s tím o méně rizikových způsobech jejich aplikace, o tom, jak drogu připravit, aby bylo riziko somatického poškození co nejnižší, o možnostech ochrany před infekcí virem HIV a hepatitid, pohlavně přenosnými chorobami a nechtěným těhotenstvím.

Kontaktní pracovník by měl s klienty hovořit otevřeně a informace předávat srozumitelně, jasně a pokud možno pro ně atraktivní formou. Klientům programu harm reduction jsou většinou k dispozici informační letáky, brožurky a svépomocné příručky. „Zásadní význam pro vypracování vhodných a účinných informačních materiálů má zapojení uživatelů drog do jejich zpracování a distribuce.“ (Petroš, 2006; 23.)

Pracovník může klientovi pomoci s hledáním ubytování a zaměstnání, usnadnit jeho komunikaci s úřady a zprostředkovat mu služby lékaře, psychologa, právníka a dalších odborníků, kteří pomohou vyřešit problém, k jehož řešení není kompetentní personál zařízení, které poskytuje služby harm reduction.

Potravinový, hygienický a zdravotnický servis
Mezi služby harm reduction patří i základní potravinový, hygienický a zdravotnický servis. V rámci **potravinového** (resp. potravinového a vitamínového) **servisu** obdrží klient základ-

ní potraviny zdarma, většinou se jedná o pečivo, instantní polévku, čaj a vitamíny, a v některých zařízeních má možnost koupit si další potraviny za symbolické ceny. **Hygienický servis** představuje možnost osprchování se a vyprání prádla. **Zdravotnický servis** zahrnuje ošetření drobných poranění, nárok na základní zdravotnický materiál (náplasti, masti, volně dostupné léky, těhotenský test) a provedení testů na zjištění přítomnosti virů hepatitidy a HIV v kapilární krvi.

Orientační testování obsahu drog

„Je vážně průšvih, když je zrovna v té Vaší dávce jako přísada jed na krysy, ale to zjistíte, až když už je pozdě.“ (Ganeri, 2001; 70.) Aby se tomuto nebezpečí předešlo, provádí se orientační testování obsahu drog, především zjišťování příměsí tablet extáze (MDMA) na tanečních party. Pracovník kromě provedení testu upozorní majitele tabletky na nebezpečí spojená s užíváním drog, rozhodně jej nepovzbuzuje k užití drogy, ve které není nalezena nebezpečná přísada, většinou také distribuuje pitnou vodu, čímž pomáhá předcházet přehřátí a dehydrataci.

Kromě tablet jsou nepředvídatelné především drogy ve formě prášku. Mohou obsahovat velmi nebezpečné příměsi, např. drcené sklo, křidu, mouku a různé chemikálie, které jsou podobného vzhledu jako droga. „Příměsí lidské orgány ničí a způsobují smrt“ (Zábranský et al., 1997; 12), mohou být mnohem nebezpečnější než návyková látka samotná.

Substituce

„Do sekce harm reduction patří také substituční udržovací léčba.“ (Hejda, Duben, 2002; 133.) Jedná se o „dostupnost náhradní nebo původní drogy a její kontrolované podávání pod lékařským dohledem“ (Kalina, 2003; 19).

„Ve světě byly podniknuty pokusy s použitím řady látek, nejvíce se nicméně používá metadon, v menší míře pak buprenorfin.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 99.) Tyto preparáty jsou efektivní i „při orálním užití a účinkují po dobu 24–36 h (metadon), resp. 48–72 h (buprenorfin), mohou tedy být aplikovány pouze jednou denně, a to bez použití jehly a stříkačky. Zmírňují craving (bažení)

po droze, který je závislými uváděn jako hlavní důvod relapsů (opětovného užívání drog)“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 100). Dávky jsou nastaveny tak, aby snižovaly touhu po droze a zamezily projevům abstinenceho příznaku (Petroš, 2006; 25) a lze je postupně snižovat až k úplné abstinenci.

Odvážným průkopníkem substituce u nás byl lékař nadace Drop In, který „v roce 1992 přivezl ze Švýcarska několik kilogramů metadonu se záměrem poskytovat jej svým nejproblematictějšími pacientům, u nichž selhaly všechny ostatní možnosti léčby“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 100). Dnes je substituční léčba v České republice „standardní léčebnou modalitou“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 108).

Substituční léčba nekonkuruje abstinence orientované léčbě, naopak, „v ideálním případě bude klienty do abstinence léčby dodávat, naopak ti, kteří v abstinence léčbě selžou, budou mít možnost přejít do méně náročného, přesto však před užíváním nelegálních drog a z toho vyplývajících důsledky chránícího režimu“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 108).

Substituční léčba je „pomoc lidem, kterým nijak jinak pomoci nelze“ (Presl, 1995; 68), používá se výhradně „tam, kde **všechny preventivní i léčebné postupy selhaly**“ (Presl, 1995; 67) a nejedná se o nízkoprahovou službu, klient musí přistoupit na dohled lékaře a psychosociální konzultace. „Substituční centra poskytují orální substituční léčbu metadonem nebo buprenorfinem (Subutexem).“ (Mravčík, Korčíšová, Bejčková, 2004; 31.) „V roce 2002 se do tohoto programu zapojilo přibližně 1 000 osob, tedy asi 7 % uživatelů opiátů.“ (Lejčková, Mravčík, Radimecký, 2004; 61.)

Substituce si klade za cíl stabilizovat zdravotní stav a sociální situaci uživatele a zabránit často smrtelným rizikům a kriminalizaci (Kalina, 2003), vede ke zlepšení fungování klienta ve společnosti, k nabourání chaotického životního stylu, ke zvýšení zaměstnanosti, předchází šíření infekcí a předávkování, redukuje sebepoškozování při příznacích syndromu odnětí drogy. „Díky substituci závislý netráví celý den tím, aby si drogu pokoutně obstaral, a má čas uvědomit si, jak vypadá a kde žije.“ (Presl, 1995; 67.) „V důsledku skutečnosti,

že toxikoman si nebude muset prostředky na nákup návykové látky obstarávat nezákonně, významně se sníží podíl těchto trestných činů, a tedy i prostředků, které musí společnost na jejich vyšetřování vynakládat.“ (Zábranský et al., 1997; 48.)

Poskytovatelé služeb harm reduction

„Opatření směřující ke snižování rizik spojených s užíváním drog provádějí převážně kontaktní pracovníci nízkoprahových zařízení“ (Mravčík, Korčíšová, Lejčková et al., 2004; 44), terénní pracovníci a lékaři zajišťující substituční léčbu.

Nízkoprahová centra

Nízkoprahové zařízení je „dostupné bez nutnosti objednávat se a bez nutnosti udávat vlastní totožnost“ (Matoušek, 2003; 126). „Nízkoprahovost je chápána jako **minimalizace bariér mezi uživateli a poskytovateli služeb**. Klient má možnost zůstat anonymní a nemusí do zařízení docházet pravidelně.“ (Bednářová, Pelech, 2003; 50.) „Sít nízkoprahových zařízení se v České republice buduje od roku 1992. Na konci roku 2003 ji tvořilo 92 jednotlivých projektů a 94 % z nich provádějí výměnný program.“ (Mravčík, Korčíšová, Lejčková et al., 2004; 45.)

Kontaktní centra jsou „specializovaná nízkoprahová zařízení zaměřená na oblast sekundární a terciární prevence zneužívání nealkoholových drog. Smyslem K-center je umožnit kontakt s uživatelem drog a motivovat ho ke změně životního stylu, není-li to možné, vést ho k návykům, které omezí rizika jeho způsobu života“ (Hejda, Duben, 2002; 131). Klient má zpravidla možnost pobytu v kontaktní místnosti, během něhož může využít služeb, které K-centrum nabízí.

Cílovou skupinou K-center jsou injekční, dlouhodobí a jinak problémoví uživatelé drog. **Problémové užívání drog** je takové, které v sobě „nese značné riziko vzniku závislosti a/nebo poškození zdraví konzumenta. Počet problémových uživatelů drog v České republice se dlouhodobě pohybuje kolem 35 000–37 000, jde především o uživatele pervitinu a heroinu. Injekčních uživatelů je v ČR asi 30 000“ (Lejčková, Mravčík, Radimecký, 2004; 61). „Odhaduje

se, že v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními je cca 60 % problémových uživatelů drog.“ (Lejčková, Mravčík, Radimecký, 2004; 61.)

Streetwork

„Hledání neotřelých způsobů práce přinutilo sociální pracovníky opustit kanceláře a vydat se na ulici.“ (Bednářová, Pelech, 2000; 10.) Streetwork je mobilní sociální práce s rizikovými osobami či skupinami osob vykonávaná v přirozeném časoprostoru klientů a „zahrnuje nízkoprahovou nabídku sociální pomoci“ (Matoušek, 2003; 242). „Streetworker nečeká, až jednotlivec začne vyhledávat pomoc, ale snaží se uživatele kontaktovat dřív, než začne mít vážné potíže“ (Rhodes, 1999; 11), oslovuje ty klienty, kteří pomoc samostatně nevyhledávají nebo k ní nemají přístup.

Cílem terénní práce je „vyhledávat drogou ohrožené jedince a minimalizovat jejich zdravotní rizika“ (Hejda, Duben, 2002; 132). Terénní pracovníci usilují o kontakt se skrytou populací toxikomanů a navazují nové kontakty. „Pokud mají klienti možnost navštěvovat K-centrum, měl by je tam streetworker odkázat a pracovat s těmi, kteří tuto možnost nemají.“ (Rhodes, 1999; 17.)

Pracovníci zajišťují výměnu injekčních stříkaček, distribuují dezinfekci, sterilní vodu, filtry, kyselinu askorbovou, prezervativy, informační letáky a brožurky, ošetřují drobná poranění, poskytují klientům podporu a zprostředkovávají kontakt na různé odborníky.

„Terénní práce je fyzicky, duševně i emočně náročná“ (Rhodes, 1999; 33) a bezpečnost terénních pracovníků posiluje práce ve dvojicích. „Řada terénních programů využívá také **indigenní pracovníky**“ (Rhodes, 1999; 31), tzn. současné nebo bývalé uživatele drog. Je užitečné iniciovat šíření osvěty mezi klienty navzájem, avšak u abstinujících indigenních pracovníků hrozí relaps (Rhodes, 1999).

Harm reduction ve věznicích

„Drogy jsou k dostání i ve věznicích v České republice i jinde ve světě.“ (Zábranský et al., 1997; 34.) Oplocení kolem českých věznic je dlouhé více než 26 km a branami věznic ročně projde půl miliónu lidí. Učinit tento systém neprodyšným prostě nelze (Miovský, Spi-

rig, Havlíčková, 2003). „Přes veškeré úsilí a opatření vězeňské služby směřující ke snížení nabídky a zamezení vniku drog do tohoto prostředí se drogy do vězení dostávají různými cestami.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 86.)

„Existují a vždy budou existovat lidé, jejichž návyk je v danou dobu natolik výrazný, že jim žádná sankce ani kontrola nezabrání, aby si obstarali svou látku.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 18.) „Celková prevalence osob užívajících ve vězení nějakou nelegální drogu se může pohybovat mezi 20–30 % z celkové vězeňské populace.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 29.) Vzhledem k tomu, že vždy budou vězni, kteří si drogy ve věznici nějakým způsobem opatří, by měla existovat možnost jejich bezpečné aplikace (Petroš, 2006). „Pokud mají věznice jakékoliv poznatky o injekční aplikaci drog v jejich zařízení, měly by uvažovat o zavedení programu výměny injekčních stříkaček a jehel“ (Petroš, 2006; 29), protože věznice jsou „jsou z hlediska přenosu viru HIV extrémně rizikovým prostředím a počet osob sdílejících injekční stříkačky je zde vždy vyšší než mezi injekčními uživateli drog v běžné populaci“ (Petroš, 2006; 16).

Věznění nesmí znamenat větší trest než odnětí svobody, věznice musejí být bezpečným místem pro život (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003). Zavádění opatření harm reduction do věznic je však pro vězeňské systémy poměrně novou zkušeností a stále je vnímáno jako velmi **kontroverzní**, přitom je „významným příspěvkem ke zdravotní péči o drogově závislé vězně a ke snižování rizik pro personál“ (Petroš, 2006; 20) i ostatní vězně. „Je potřeba pomoci těm vězňům, kteří nechtějí být vystaveni tlaku k užívání drog.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 43.)

Evropské vězeňské systémy se k zavádění programů výměn injekčních stříkaček často staví odmítavě. Obávají se, že se zavedením těchto programů dojde k „nárůstu injekčního užívání drog, k náhodným poraněním o jehly a ke vzájemným konfliktům mezi vězni a personálem a přinášely by s sebou i riziko, že stříkaček nebo jehel bude použito jako zbraně. Z poznatků získaných ve věznicích ve Španělsku a v pěti dalších evropských státech, kde

byly tyto programy zavedeny, vyplývá, že uvedené problémy nenastaly. Zavádění programů harm reduction navíc zahrnuje mnohem širší škálu opatření než jen programy výměny jehel. Efektivní programy harm reduction je možné zavádět i v oblastech, kde se o výměně jehel a stříkaček v současné době neuvažuje“ (Petroš, 2006; 21).

Nejvyšší podíl vězněných uživatelů drog léčebných substituční léčbou je ve Španělsku. Země EU uznávají nutnost poskytovat pacientům ve výkonu trestu odnětí svobody léčbu ve stejném spektru a kvalitě jako na svobodě, substituční léčba ve vězení je však přesto v řadě zemí EU považována za kontroverzní téma (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003). Metadon je často personálem věznic vnímán jako „potěšení pro vězně a nikoliv jako lék, jenž je součástí léčby. Na substituci je také pohlíženo jako na krok směrem k povolení užívat drogy, tedy jako na podkopávání snahy věznic o trvalou abstinenci“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 105).

„Třísťené informační materiály o drogách, závislostech, rizicích a souvisejících infekčních onemocněních jsou více či méně dostupné ve většině českých vězení, nicméně systematické a opakující se preventivní aktivity jsou spíše výjimečné. Často závisejí především na iniciativě pracovníků externích služeb nebo individuální iniciativě pracovníků věznic.“ (Mravčík, Korčišová, Lejčková, 2004; 56.) „V České republice se v praxi doposud intenzivní spolupráci mezi nestátními neziskovými organizacemi a Vězeňskou službou ČR nepodařilo zavést. Ačkoli zákony tuto praxi umožňují, nebyla často ochota ze strany příslušných orgánů dát těmto zákonným možnostem prostor.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 87.) Některé věznice však již mají první zkušenosti s účastí odborníků z nestátních neziskových organizací, hlavními poskytovateli těchto služeb jsou sdružení **Podané ruce** (Brno), **Sananim** (Praha) a **Laxus** (Hradec Králové). Tito externí odborníci „jsou v programech integrováni za účelem konzultační činnosti“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 81).

„Drogová problematika ve věznicích u nás zatím není dostatečně řešena a dostupnost

uvedených služeb je minimální.“ (Petroš, 2006; 33.) Nejzávažnějším argumentem pro jejich zavedení je **zájem o ochranu veřejného zdraví** (Hejda, Duben, 2002). „V našem vězeňském systému by mohlo být učiněno mnohem víc pro efektivní protidrogovou prevenci i pro snižování rizik souvisejících s užíváním drog.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 97.) Změna této situace znamená „realizaci dlouhodobých úkolů spojených s množstvím systémových změn, z nichž mnohé jdou daleko za dosavadní tradiční, spíše velmi konzervativní, přístup“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2003; 37).

Závěr

Záměrem práce *Harm reduction* bylo stručně představit strukturu české protidrogové politiky s důrazem na minimalizaci škod, shrnout dostupné poznatky o tomto přístupu k uživatelům drog a zdůraznit jeho přínos pro klienty i pro celou společnost.

Protidrogová politika se může pochlibit řadou úspěchů, přesto před ní stojí ještě mnoho úkolů. „Drogy jako globální problém s námi překročily práh 21. století. Je třeba naučit se s ním žít, sledovat jej a dělat, co je možné a efektivní.“ (Kalina, 2003; 21.) Především je potřeba **propagovat strážlivý životní styl**. Nezbytné je vychovávat děti a mladé lidi k toleranci, odpovědnosti, solidaritě a odpuštění. „Nezdá se totiž, že by všeobecná vnímavost vůči lidem, kteří potřebují pomoc, byla v současné době příliš velká.“ (Kopřiva, 2000; 144.) Z Listiny základních práv a svobod však vyplývá, že **z práva na poskytnutí pomoci nesmí být nikdo vyloučen**. Důležité je preferovat v práci s klienty **holistický přístup** a v praxi jej důsledně prosazovat, přičemž je nezbytné každého klienta vnímat jako jedinečnou bytost a podle toho k němu přistupovat.

Tvrdým oříškem zřejmě **bude vzbudit v laické veřejnosti zájem o vědecké poznatky** týkající se drogových závislostí. Zdá se totiž, že lidé zaujímají postoj k této problematice spíše na základě pochybných informací z bulvárního tisku. Vždyť „lidé o drogách mnohdy nevědí víc než to, že jsou špatné“ (Ganeri, 2001; 129). Je potřeba dostat informace,

plynoucí z výzkumné činnosti, do povědomí veřejnosti, a přispět tím k přehodnocení jejich názorů na harm reduction.

V neposlední řadě je nutné **docenit činnost sociálních pracovníků** a jiných odborníků, kteří svou prací dennodenně uvádějí přístup harm reduction v život, a přispívají tím k ochraně prostředí, ve kterém žijeme my všichni. „Takovou práci nemůže dělat někdo jen pro peníze. Důležitá je velká dávka víry v člověka a přesvědčení, že za každý život se vyplatí bojovat.“ (Vacek, 1996; 53.) Tito pracovníci by si jistě zasloužili více úcty a projevů uznání, než se jim dostává.

Poznámky

1 Kontakt na autorku: taniccka@seznam.cz.

Seznam literatury:

- BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. **Slabikář sociální práce na ulici**. Brno: Doplněk, 2003.
- BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. **Sociální práce na ulici**. Brno: Doplněk, 2000.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. **Poradenský proces**. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995.
- GANERI, A. **Drogy**. Praha: Amulet, 2001.
- HEJDA, J., DUBEN, R. **Veřejně prospěšné organizace a jejich postavení v systému prevence a ochrany proti drogovým závislostem**. Praha: Vltavín, Ministerstvo vnitra České republiky, 2002.
- KALINA, K., et al. **Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup**. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.
- KOPŘIVA, K. **Lidský vztah jako součást profese**. Praha: Portál, 2000.
- LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V., RADIMECKÝ, J. **Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu**. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004.
- MATOUŠEK, O. **Slovník sociální práce**. Praha: Portál, 2003.
- MIOVSKÝ, M., SPIRIG, H., HAVLÍČKOVÁ, M., et al. **Vězeňství a nelegální drogy: sborník textů z oblasti užívání nelegálních návykových látek ve věznicích**. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
- MRAVČÍK, V. **Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog**. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004.
- MRAVČÍK, V., KORČISOVÁ, B., LEJČKOVÁ, P., et al. **Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003**. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004.
- NĚMEC, J., BODLÁKOVÁ, I. **Prevence zneužívání návykových látek**. Praha: Poly+, 1996.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L. **Léčba a prevence závislosti**. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996.
- OAKLEY R., CHARLES, K. **Drugs, society and human behavior**. Boston, Massachusetts: McGraw-Hill, 1996.
- PETROŠ, O. **Požiční dokument o drogách, věznicích a harm reduction**. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006.
- PRESL, J. **Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?** Praha: Maxdorf, 1995.
- RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. **Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2006**. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005.
- RHODES, T. **Terénní práce s uživateli drog**. Brno: Albert, Sdružení Podané ruce, 1999.
- ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. **Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009**. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005.
- VACEK, J. **Žít třeba i na kolenou**. Praha: Kentaura, 1996.
- ZÁBRANSKÝ, T. **Drogová epidemiologie**. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2003.
- ZÁBRANSKÝ, T., et al. **Racionální protidrogová politika**. Olomouc: Votobia, 1997.
- ASOCIACE NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ ZABÝVAJÍCÍCH SE PREVENCÍ A LÉČBOU DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ. **Historie a vývoj Sekce Harm reduction** [online]. Praha: A.N.O., 1999 [cit. 2006-07-20]. Dostupné na WWW: http://www.asociace.org/_2_cinnost_sekce.html.

Historie sociálního plánování v Ostravě¹

History of Social Planning in Ostrava

(Excerptum ze stejnojmenné diplomové práce)²

Mgr. Marie Špiláčková

Mgr. Marie Špiláčková³ je interní doktorandkou katedry sociální práce Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity v Ostravě.

Abstrakt

Předkládaná stať je věnována historii sociálního plánování v Ostravě. Popisuje vývoj sociálního plánování a metod sociální práce na území Ostravy v sedmdesátých a osmdesátých letech 20. století u tří vybraných cílových skupin. Zabývá se sociální péčí o rodinu, děti a mládež, sociální péčí o společensky nepřizpůsobené občany a v neposlední řadě sociální péčí o romské obyvatelstvo. Zdrojovými informacemi pro vypracování práce byly materiály primárního charakteru, získané z Archívu města Ostravy. Na základě vědeckých postupů a s využitím relevantních výzkumných strategií dokumentuje historický vývoj sociální péče a používaných metod sociální práce v Ostravě. V rámci lepší identifikovatelnosti zdrojových materiálů je ponecháno původní názvosloví, proto se můžete setkat v práci s označením romských obyvatel jako Cikáni, nebo s označením lidí s jakýmkoliv zdravotním postižením jako občané defektní, či zdravotně vadní.

Abstract

Presented article deals with "History of social planning in Ostrava". It describes the development of social planning and methods of social work at three selected target groups in the territory of Ostrava in the 70^{ies} and 80^{ies} of the 20th century. It covers the social care for family, children and young people, social care for socially non-adapted citizens and last but not least social care for Romany people. Sources of information for elaboration of the paper were materials of primary character obtained from The Record Office of the City Ostrava. On the basis of scientific procedures and with the usage of relevant research strategies it documents historic development of social care and methods of social work used in Ostrava. Original terminology is kept with the intention of better identification of source materials; this is the reason why there are expressions like **Gypsies** for Romany citizens, or term **defect citizens** or **health troubled** for people with any kind of handicap used in the paper.

Úvod

Ke studiu sociálního plánování v sedmdesátých a osmdesátých letech 20. století slouží jen velmi málo publikací, které by popisovaly historický vývoj jak sociální péče, tak užívaných metod sociální práce. Dosud publikované práce jsou podloženy pouze informacemi ze sekundárních pramenů, čímž ztrácejí hodnotovost, jakou mají prameny primárního charakteru. V Ostravě se zaváděly metody a formy sociální práce, které nikde v republice neexistovaly, čímž se sociální péče v Ostravě dostala na vysokou úroveň. Předkládaná práce svým obsahem tuto skutečnost bohatě ilustruje.

1 Koncepce sociální politiky NVO v 70. a 80. letech

Koncepce sociální politiky NVO byla vytvořena v roce 1973 a zabývala se řešením sociálních problémů v Ostravě včetně navržení úkolů k zajištění sociální péče pro nejbližší léta. Vzhledem k šíři problematiky v působnosti odboru sociálních věcí NVO a vzhledem ke krátkosti vývoje některých nových forem sociální péče byla v Konceptu navržena jednak konkrétní řešení, ale rovněž řešení mající alternativní charakter, která byla rozpracována v pětiletých a ročních plánech úkolů odboru sociálních věcí NVO (Koncept, 1973).

Sociální péče byla nedílnou součástí celospolečenské péče o člověka v socialistickém státě. Koncepce (1973) vymezuje sociálně potřebné občany jako „*takové občany, kteří se dostali do nepříznivé životní situace a zároveň nemohou nebo nejsou schopni řešit ji vlastními silami*“ (Koncepce, 1973, s. 4).

Příčemž „*sociální potřebnost jednotlivých osob nebo skupin občanů vzniká v socialistické společnosti v souvislosti s působením některých přirozených zákonů v jednotlivých fázích života člověka (např. ve stáří), v důsledku nemoci (získané nebo vrozené) a zároveň v důsledku některých společenských procesů (např. změn rodiny nebo životního stylu)*“ (Koncepce, 1973, s. 4).

Jako nejdůležitější byly v Koncepci (1973) zdůrazněny tyto oblasti zájmu:

- péče o staré občany,
- péče o občany se změněnou pracovní schopností,
- péče o děti, mládež a rodinu,
- péče o společensky nepřízpůsobené,
- péče o obyvatelstvo cikánského původu.

Veškerá dosavadní péče se soustřeďovala hlavně na dvě sociální oblasti – péče o děti a rodinu a péče o občany v důchodovém věku. Později se přidaly také úkoly v rozšiřování a prohlubování péče o staré občany a občany zdravotně postižené (Koncepce, 1973).

Péče o staré občany a zdravotně postižené se začala rozvíjet jako zvláštní účelová součást sociální politiky po roce 1948. Od roku 1953 bylo zahájeno provádění tzv. „*pracovní rehabilitace invalidů*“ a rok na to přešly domovy důchodců do působnosti bývalého Státního úřadu sociálního zabezpečení. Zároveň se začaly od roku 1954 zřizovat kluby důchodců a organizovalo se v nich společné stravování. Od roku 1958 byly do působnosti Státního úřadu sociálního zabezpečení soustředěny také „*ústavy pro mentálně a tělesně postiženou mládež, pro mládež nevzdělatelnou a ústavy pro tělesně, smyslově a mentálně postižené dospělé osoby*“ (Koncepce, 1973, s. 5). Rovněž pečovatelská služba se od roku 1958 začala organizovat mimo rámec dobrovolných organizací a přešla do řízení státních národních vý-

borů. Tímto vzrůstaly náklady na doplňkovou péči, která pečovatelskou službu pokrývala. Národní výbory začaly intenzivněji vyhledávat staré občany, kterým stát pomáhal řešit jejich situaci jak formou finanční pomoci, tak i formou věcných darů (Koncepce, 1973).

Od roku 1969 se začaly vytvářet předpoklady pro sociální péči o občany společensky nepřízpůsobené, a to o osoby propuštěné z výkonu trestu a osoby závislé na alkoholu. V roce 1968 přešla působnost vládního výboru pro otázky cikánského obyvatelstva rovněž na ministerstvo práce a sociálních věcí, ale v Ostravě se sociální práce na tomto úseku začala provádět od roku 1972 (Koncepce, 1973).

Rozvoj ústavní sociální péče na území města Ostravy začal zřízením **Městské správy ústavů sociální péče** v roce 1965. V té době v něm byly začleněny pouze dva domovy důchodců, v Ostravě-Porubě a v Ostravě-Prívěze, s kapacitou 505 míst. Rozhodnutím rady Národního výboru města Ostravy došlo v roce 1975 ke změně názvu Městské správy a byl vytvořen **Městský ústav sociálních služeb** (MÚSS). Postupně se okruh rozšiřoval o nově zřizované ústavy sociální péče pro mládež a dospělé, domovy-penzióny pro důchodce, domovy důchodců a ostatní zařízení sociální péče jako je manželská a předmanželská poradna, domov pro matky s dětmi, ubytovna pro přechodný pobyt osob bez přístřeší a zvláštní zařízení pro výkon pěstounské péče. Od 1. ledna 1975 došlo i k začlenění pečovatelské služby k MÚSS. Tím se zdokonalila řídicí, kontrolní a organizační činnost na úseku sociálních služeb ve městě (Kol. prac. MÚSS, 1987).

Práce sociálního pracovníka byla formulována počátkem sedmdesátých let takto: „*Stejně jako při jiných formách sociální práce musí sociální pracovník pracovat plánovitě a vědecky, vycházet ze shromážděných fakt a informací, na základě tohoto si vypracovat diagnosu, tj. utvořit si pokud možno přesný obraz o problémech a situaci skupiny jako celku i všech jejích členů a teprve potom vypracovat nejvhodnější formu dalšího postupu, a to z hlediska dlouhodobého*“ (AMO, ObNV O.1, kart. č. 304, sign. 561).

2. Sociální péče o rodinu, děti a mládež

Změny politických, hospodářských a sociálních poměrů, k nimž došlo po roce 1945, vedly i k velkým změnám na úseku sociální péče o děti a mládež. Až do roku 1948 tuto péči vykonávaly bývalé spolkové orgány **Okresní péče o mládež**, ovšem zákonem č. 48 z roku 1949 byly spolky zrušeny a jejich úkoly převzaly národní výbory (Koncepce, 1973).

Na úrovni národních výborů se postupně vyvinula poměrně hustá síť specializovaných pracovišť **oddělení péče o děti a mládež**, která zabezpečovala výkon úkolů v péči o děti podle vládního nařízení č. 59/1964 Sb., které navazovalo na tehdy nový a velmi pokrokový zákon o rodině č. 94/1963 Sb. Rozhodovací pravomoc příslušela **komisím péče o děti** při národních výborech, občanskou účast a pomoc v této oblasti zajišťovaly **důvěrnické sbory**, složené z řad občanů. Komise péče o děti na území Ostravy byly zřízeny již v roce 1964 u všech obvodních národních výborů a též u Národního výboru města Ostravy (Koncepce, 1973). Činnost těchto správních komisí byla zaměřena hlavně na rozhodnutí o napomenutích a dohledech, dále na pohovory s dětmi a rodiči a rozhodování poskytnutí příspěvku na výživu (AMO, NVO, kart. č. 376). Právě mezi nejúčinnější opatření patřila **hmotná pomoc** - vyplácení mateřského příspěvku, přídatků na děti, příspěvků na výživu nezletilých a hmotná pomoc rodinám s dětmi a těhotným ženám. Správní komise sehrávaly důležitou roli v preventivně výchovné činnosti, zaměřovaly se na zlepšení výchovných poměrů dětí a mládeže. Všechny úkoly se plnily ve spolupráci se sbory důvěrníků a aktivem dobrovolných spolupracovníků péče o rodinu a děti (AMO, NVO, kart. č. 1048).

Sociálním pracovnícím se podařilo do konce roku 1972 založit evidenci neúplných a disfunkčních rodin. Tímto se získal obsáhlý přehled, které rodiny potřebují pomoc společnosti. V obvodě Ostrava 3 a 4 docházelo k upřesnění evidence individuálně pomocí dotazníků do poloviny roku 1973 - vzhledem k nedostatku sociálních pracovníků. Při tvorbě přehledu disfunkčních rodin se vycházelo z úzké spolupráce se školami, zdravotními středisky, poradnami pro těhotné a občan-

skými výbory. Každý obvod měl vedenu evidenci abecedně na kartách, kde bylo uvedeno jméno hlavy rodiny, datum narození, bydliště, jména nezletilých dětí, číslo spisu Om a vyjádření, proč je rodina sociálně potřebná. Rozsáhlou depistážní činností byla evidence průběžně doplňována o nové údaje. (AMO, NVO, kart. č. 376)

K řešení problémů se využívala tzv. „**signalizační činnost**“. Na této spolupráci bylo založeno vyhledávání sociálně potřebných občanů a rodin, kterého se účastnili důvěrníci a aktivisté z řad obyvательства a členové společenských organizací. Signalizace se osvědčila ve spolupráci s gynekologickými odděleními, s terénními porodními asistentkami, s dětskými zdravotními středisky, protialkoholní poradnou a psychiatrickou ambulancí. Docházelo k vzájemné výměně informací, což napomáhalo k zajištění účinné pomoci (AMO, ObNV O.4, kart. č. 106).

Na úseku péče o rodinu se prováděla hlavně **individuální práce** s jednotlivými rodinami, které z nějakého důvodu potřebovaly pomoc. Postupně sociální pracovnice navštěvovaly rodiny, které byly v evidenci a jejich evidenční záznamy se neustále oživovaly. Ve všech případech byl zachováván individuální přístup k jednotlivým členům rodiny (AMO, ObNV O.-1, kart. č. 277, sign. 104).

V roce 1976 došlo k nové organizaci na odděleních péče o rodinu a děti, a to tak, že **práce na úseku péče o rodinu a na úseku péče o děti** (sociálně právní ochrana dětí a mládeže) byla **sloučena** podle zákona č.129/1975Sb. o působnosti orgánů České socialistické republiky v sociálním zabezpečení. Tudíž každá pracovnice zajišťovala komplexně práci ve svém rajónu z obou úseků současně. Došlo tím k úspoře času při návštěvách a také znalost situace o rodině se prohloubila. S rodinou pracovala jedna sociální pracovnice, která řešila situaci komplexně a rodina nebyla předávána jiné pracovnici, došlo-li k řešení problému, který nepatřil do její kompetence, jak tomu bylo dříve (AMO, NVO, kart. č. 1048).

Podstatnou část úkolů oddělení péče o rodinu a děti tvořila výchovná a poradenská činnost, která probíhala přímo v rodinách v terénu a sociálně právní ochrana dětí, háje-

ní zájmů dětí, zastupování nezletilých u soudních řízení v roli opatrovníka. Na úseku péče o rodinu byla hlavní pozornost zaměřována na disfunkční rodiny, osamělé těhotné ženy a rodiny s 5-ti a více dětmi. **Každá sociální pracovnice měla ve své individuální péči nejméně pět rodin, se kterými intenzivně pracovala** (AMO, NVO, kart. č. 1048).

Dalším způsobem sociálně výchovné práce byla **práce skupinová**. Oddělení péče o rodinu a děti organizovaly kurzy pro osamělé matky a dívky z disfunkčních rodin. Některá oddělení organizovala praktickou a teoretickou část kursů zvláště, jiná obě části spojila, tzn. že do průběhu kursů zařadila přednášky týkající se výchovy k manželství a odpovědnému rodičovství, přednášky o výživě, zdravotnictví apod. (AMO, NVO, kart. č. 1048).

Příkladem může být Obvodní národní výbor Ostrava 4 - Poruba, který každoročně v měsíci listopadu – lednu ve spolupráci s Obvodním kulturním střediskem pořádal **sociálně výchovné kurzy pro ženy a dívky** se špatnou sociální adaptabilitou, kterých se zúčastňovalo průměrně deset žen. Posláním kursu bylo naučit ženy řádně plnit povinnosti v péči o rodinu a domácnost. Výchovná práce v kurzech vyplňovala mezery ve znalostech a dovednostech, způsobené nedostatečnou výchovou v původních rodinách. Kurzy poskytovaly základní vědomosti o hygieně, péči o dítě, zásadách správné výživy, vedení domácnosti – ekonomické minimum, plánované rodičovství atd. (AMO, ObNV O.-4, kart. č. 106).

V lednu 1977 převzal odbor sociálních věcí – oddělení péče o rodinu a děti NVO spisy týkající se trestné činnosti mládeže ze všech obvodních národních výborů a začal je vést jednotně. Byla vytvořena **specializovaná skupina** sociálních pracovnic pro trestnou činnost mladistvých - **kurátorky pro mladistvé**, která zahrnovala sociální a postpenitenciární péči o osoby od 15 do 18 let (AMO, NVO, kart. č. 1048).

Od roku 1983 byl na všech odděleních péče o rodinu a děti v Ostravě zaveden **rajónní systém práce**. Sociální pracovnice zajišťovaly komplexní péči ve svém rajónu současně i pro cikánské obyvatelstvo (AMO, NVO, kart. č. 1048).

Sociální služby pro oblast péče o děti, mládež a rodinu se členily na poradenské služby pro rodinu a na speciální služby a speciální zařízení sociální péče o rodinu, která řešila problémy neúplných rodin, problémy opuštěných dětí a problémy rodin s dětmi s tělesným nebo mentálním postižením (Koncepce, 1973).

2.1 Poradenské služby pro rodinu

Manželské poradenství

Prvním článkem tohoto systému, který se v Ostravě teprve začal budovat, bylo manželské poradenství. Manželské poradenství začala vykonávat od listopadu 1971 na území města Ostravy **Stálá manželská poradna**. Hlavní úkoly, které vykonávala, se dělily do dvou skupin:

- a) práce s klienty, kteří poradnu požádají o pomoc při řešení jejich manželských problémů,
- b) přednášková činnost se zaměřením na manželství a rodičovství (Koncepce, 1973).

Práce probíhala v těchto etapách:

1. **Vstupní etapa** – sociální pracovnice prováděla s klientem vstupní orientační rozhovor, odkazovala jej na příslušného odborníka, zajišťovala objednávku a prováděla zápis základních osobních, statistických a demografických dat.
2. **Etapa určení diagnózy poruchy manželských vztahů** – prováděl psycholog na základě analýzy příčin a okolností, které podnítily vznik poruchy. Psychologové v Ostravě používali metodu volného nebo řízeného rozhovoru s každým manželem zvláště, někdy s oběma dohromady.
3. **Etapa terapeutická** – etapa byla nutná u většiny případů, kde byla naděje na úpravu vztahů (AMO, NVO, kart. č. 376).

Poradna byla střediskem poradenské činnosti pro řešení narušených manželských a rodinných vztahů. Na poradnu se také obraceli snoubenci, kteří vyžadovali individuální odborné posouzení a kvalifikovanou pomoc. Pozvání na individuální pohovory se provádělo v případech, kdy pro to byly závažné důvody: věkový rozdíl snoubenců, dítě u jedno-

ho partnera, invalidita jednoho ze snoubenců, uzavírání druhého a dalšího manželství. Po uskutečnění návštěvy v poradně donesli snoubenci zpět na matriku potvrzení, že se odborné konzultace zúčastnili. Staly se i případy (cca 3 - 4), že po návštěvě poradny jeden ze snoubenců sňatek zrušil (AMO, NVO, kart. č. 881).

Předmanželské poradenství

Předmanželské poradenství se od svého počátku praktikovalo formou besed se snoubenci, které organizovaly národní výbory, prostřednictvím sborů pro občanské záležitosti a rovněž snoubenci mohli využít služeb Stálé manželské poradny (Koncepce, 1973). Nezletilí snoubenci měli besedy od roku 1975 povinné (AMO, NVO, kart. č. 775). Stálá manželská poradna poskytovala metodickou pomoc lektorům besed se snoubenci tím, že pro ně organizovala pravidelné semináře (AMO, NVO, kart. č. 881).

V únoru 1976 rozšířila svou činnost o experiment ObNV Poruba, kdy na úřad docházel externí psycholog a řešil problematiku snoubenců v případech, že jeden z nich již byl jednou nebo vícekrát rozvedený, u svobodných matek, nebo při velkém věkovém rozdílu snoubenců (AMO, NVO, kart. č. 881).

2.2 Speciální služby a speciální zařízení

sociální péče o rodinu

Do této kategorie byly začleněny služby a zařízení řešící:

- a) problémy neúplných rodin,
- b) problémy opuštěných dětí,
- c) problémy rodin s dětmi s mentálním či tělesným postižením (Koncepce, 1973).

Péče o sociálně potřebné neúplné rodiny

Speciální formou sociální pomoci na úseku péče o neúplné rodiny bylo unikátní zařízení v Ostravě, **Domov pro matku a dítě** na ulici Budečská. Domov vznikl na podnět ředitelky Kojeneckého ústavu v Zábřehu MUDr. Poláčkové (AMO, NVO, kart. č. 384). Od 1. 1. 1970 převzal tento domov Národní výbor města Ostravy a soustředil se na pomoc neprovdaným matkám nebo matkám osamělým, neschopným vlastními silami zajistit ubytování pro

sebe a své dítě. Domov měl od svých počátků kapacitu deseti pokojů, které byly vybaveny kuchyňskou linkou a zařízením obývacího pokoje (Koncepce, 1973). Kapacita se časem navýšila na 12 míst.

Domov pro matku a dítě prokázal svou funkčnost především v tom, že pomáhal osamělým matkám překonat nejtěžší období mateřství, zvládnout nové úkoly mateřské role a vytvořit podmínky pro start do samostatného života. Zajišťoval matkám nejen ubytování, ale poskytoval podmínky pro kvalitní péči matky o dítě při trvalém bezprostředním styku matky s dítětem (Koncepce, 1973).

Na úseku sociální práce byla obyvatelkám poskytována pomoc při soudním řízení, při řízení o poskytování dávek sociálního zabezpečení, při navazování kontaktů s příbuznými a při umísťování dětí do předškolního zařízení (AMO, NVO, kart. č. 1020).

Na úseku výchovné práce byla prováděna neformální práce v denním styku s obyvatelkami, ale také formou organizované výchovné práce s cílem připravit matky pro samostatný život. Podle potřeb byly svolávány schůzky všech obyvatelk zařízení, kde se projednávaly různé záležitosti týkající se vzájemných vztahů, péče o děti nebo dodržování domácího řádu (AMO, NVO, kart. č. 1020).

Péče o opuštěné děti

Pomoc dětem, kterým jejich rodina nebyla schopna zajistit potřebnou péči a životní záze-
mí, byla ze strany národních výborů uplatňována různými formami, jednak umísťováním dětí do péče jiných osob než rodičů, většinou nejbližších příbuzných, nebo byla uplatňována náhradní rodinná péče, a to:

- a) osvojení,
- b) individuální pěstounská péče,
- c) skupiny dětí v náhradní rodině (Koncepce, 1973).

Významnou formou náhradní rodinné péče, kdy byla umístěna skupina dětí v náhradní rodině, byly **Domovy rodinného typu** založené na manželském principu (Koncepce, 1973). Domovy rodinného typu byly v Ostravě experimentálně vyzkoušeny prvně v republice, a to s velkým úspěchem. Přednost

tohoto domova byla, že nejlépe nahrazovaly rodinnou výchovu. Děti v domovech žily průměrně po deseti a už „necestovaly“ ze zařízení do zařízení, ale vyrůstaly v trvalém domově až do plnoletosti (Koncepce, 1973).

Uzákonění pěstounské péče (zákon č. 50/1973 Sb. o pěstounské péči) se stalo významným mezníkem ve vývoji společenské péče o tu část mladé generace, které nebylo dopřáno vyrůstat ve vlastní rodině. Průkopníkem této formy péče o děti byl již před účinností zákona právě Severomoravský kraj. Experimentálně byla pěstounská péče zajišťována v domovech rodinné výchovy a právě získané zkušenosti z nich byly využity pro tvorbu některých ustanovení zmíněného zákona (AMO, NVO, kart. č. 776).

Péče o děti s mentálním či tělesným postižením V oblasti sociální **péče o osoby se zdravotním postižením** bylo v dřívějších dobách pečováno různými způsoby, byla to většinou záležitost charitativní a podpůrná. Pomoc osobám s trvalým postižením byla soukromou záležitostí těch, kteří ji poskytovali, nikoliv péče státu.

Rozhodnutím vlády ČSSR z roku 1963 bylo uloženo, aby do roku 1970 bylo zajištěno ústavní umístění všech tělesně a duševně postižených dětí a mládeže od 3 do 25 let, pokud to jejich zdravotní stav vyžadoval (Kol. ZV SSM, 1979).

Péči o postižené děti a mládež zajišťovaly odbory zdravotnictví, školství a sociálních věcí. Ze *Souhrnné zprávy z provedené prověrky stavu a úrovně péče o defektní mládež* z konce roku 1972 vyplynulo, že defektním dětem a mládeži by měla být poskytována odborná péče a poradenská služba, která by mohla kompenzovat nedostatky postiženého dítěte, sociální situaci rodiny a tím i vztah rodiny k postiženému jedinci. Tato základní péče měla být zajišťována společně příslušnými resorty a NV v nižších stupních řízení od okamžiku zjištění defektního dítěte (AMO, NVO, kart. č. 197).

Tuto funkci převzalo Krajské poradenské středisko, které pořádalo **Poradenské dny** pro jednotlivá postižení. V rámci poradenské služby se jednalo o specializované dny pro rodiče těžce zdravotně postižených dětí za účelem

celkového zhodnocení zdravotního stavu dítěte, prognózy a navržení nejvhodnějšího způsobu komplexní péče (AMO, NVO, kart. č. 1020).

Pečovatelská služba pro rodinu

Pečovatelská služba pro rodinu byla zcela nová forma speciální sociální péče o rodinu s nezletilými dětmi. Podle rozhodnutí Ministerstva práce a sociálních věcí ČSSR byla experimentálně zavedena v Praze a Ostravě. V Ostravě začala fungovat již od ledna 1973 a byla vykonávána dobrovolnými pečovatelkami. Zabezpečovala péči o děti a chod domácnosti v případech, kdy rodiče nebo širší rodina nebyla schopna tyto úkoly plnit. Šlo o službu placenou jejími příjemci, přičemž o výši poplatků rozhodoval odbor sociálních věcí NVO. Protože to byl systém nový, jejím prvotním úkolem bylo obsah pečovatelské služby pro rodinu nejprve experimentálně vyzkoušet a důkladně propracovat (Koncepce, 1973).

Experimentální zavedení pečovatelské služby pro rodiny s nezletilými dětmi ukázalo, že jde o službu potřebnou, která by se měla dále rozvíjet. Tato forma sociální služby byla velmi účinnou pomocí hlavně v rodinách, které se ocitly v situaci, že nemohly zajistit péči o nezletilé děti a chod domácnosti vlastními silami, ani za pomoci širší rodiny (AMO, NVO, kart. č. 376).

2.3 Sociální práce v oblasti sociální péče o rodinu

Základní složkou sociální péče o rodinu na území města Ostravy byla sociální práce, vykonávaná týmem kvalifikovaných sociálních pracovníků. (Koncepce, 1973)

Práce sociálního pracovníka v sociální péči o rodinu měla tyto základní složky:

- vyhledávání sociálně potřebných rodin a jejich následná evidence,
- zjišťování údajů potřebných k provádění rozborů rodinných a sociálních poměrů dané rodiny,
- shromažďování údajů o rodině a jejích členech z hlediska sociálního, zdravotnického, ekonomického,
- vypracování potřebných opatření sociální péče, vypracování sociální prognózy a spo-

lupráce s rodinou a příslušnými úřady při realizaci stanovených postupů,

- spolupráce s příslušnými zdravotnickými zařízeními, školami, soudy, společenskými organizacemi,
- účast na vnitřních úkolech jednotlivých sociálních zařízení speciální péče o rodinu,
- účast na výchově v oboru výchovy k manželství a rodičovství (Koncepte, 1973).

V roce 1972 působila při každém obvodním národním výboru jedna sociální pracovnice pro rodinu. Kolektiv čtyř sociálních pracovnic pro rodinu byl řízen odborem sociálních věcí NVO prostřednictvím jedné sociální pracovnice – metodičky (Koncepte, 1973).

3 Sociální péče o společensky nepřizpůsobené občany

Odbor sociálních věcí NVO vytvářel předpoklady pro péči o společensky nepřizpůsobené osoby organizačním i institucionálním zajištěním. V roce 1970 bylo zahájeno budování sítě sociálních kurátorů, v roce 1973 na území města pracovalo šest sociálních kurátorů (Koncepte, 1973).

Kontakt k navázání spolupráce s klientem se prováděl formou pozvání klienta na pracoviště kurátora, návštěvou klienta v nápravně výchovném ústavu, návštěvou rodiny před propuštěním klienta, nebo se klienti dostavili sami. Dosavadní zkušenosti ukazovaly, že jednou z nejlepších a nejúčinnějších forem navázání kontaktu kurátora s klientem byla osobní návštěva klienta v nápravně výchovném ústavu a pak udržování písemného styku (AMO, ObNV O.-1, kart. č. 277, sign. 104).

Pohovorem sociální kurátor zjistil nejzávažnější problémy, se kterými se po propuštění lidé potýkali. Mezi nejčastější patřily problémy s hledáním zaměstnání, s ubytováním, s placením dluhů, ale také s řešením situace v rodině, do které se opět vrátili. Nutností se jevílo přijetí dalšího sociálního kurátora, aby sociální práce mohla být vykonávána jako opravdová individuální případová práce a nejen prosté evidování propuštěných z výkonu trestu (AMO, ObNV O.-1, kart. č. 277, sign. 104).

Na počátku 70. let byly stanoveny NVO hlavní opatření v zájmu řešení péče o společensky nepřizpůsobené osoby na území města Ostravy:

čensky nepřizpůsobené osoby na území města Ostravy:

1. vybudování Střediska postpenitenciární péče,
2. vybudování Ubytovny pro přechodné umístění sociálně nepřizpůsobených osob,
3. zvýšení počtu sociálních kurátorů a zkvalitnění jejich práce (Koncepte, 1973).

Postpenitenciární středisko se po otevření stalo jediným specializovaným pracovištěm svého druhu v ČSSR. Na základě zkušenosti v Ostravě byla budována obdobná střediska i v Brně, Mostě a Plzni (AMO, NVO, kart. č. 775).

Středisko, jako speciální zařízení v rámci odboru sociálních věcí NVO, zabezpečovalo lepší koordinaci s institucemi, společenskými organizacemi a podniky, usnadnilo kontakty a konzultace s klienty, a tím zajistilo intenzivní provádění individuální péče. Nejdůležitějším přínosem soustředěného pracoviště však bylo vytvoření odborného týmu, který sestával z psychologa, sociologa, psychiatra, právníka a sociálních kurátorů. Tento tým byl schopen kvalifikovaně řešit i složitější problémy (Koncepte, 1973).

Předpoklady o účelnosti zařízení se jednoznačně potvrdily hned v prvních měsících po jeho vzniku. Po vytvoření střediska se podařilo Komisi pro nápravně výchovnou činnost rady NVO rozšířit dosavadní kontakty sociálních kurátorů s orgány činnými v trestním řízení, s podniky a institucemi. Kontakty střediska s odbory v podnicích umožnily získat je pro podíl na převýchovné práci s osobami vracejícími se z výkonu trestu a realizovat rozsáhlý plán spolupráce (AMO, NVO, kart. č. 376).

Komise pro nápravně výchovnou činnost rady NVO ve spolupráci s postpenitenciárním střediskem a Městskou odborovou radou vytvořila v ostravských podnicích Aktivy pro nápravně výchovnou činnost, které se pod metodickým vedením sociálních kurátorů podílely na péči o společensky nepřizpůsobené občany, zejména o osoby propuštěné z výkonu trestu, kteří byli v podniku zaměstnáni. Prováděli systematicky výchovnou práci, kterou začínali vstupním pohovorem při přijetí do zaměstnání, jehož účelem bylo zjistit, jaké má klient

problémy. Byl zařazen do určitého pracovního kolektivu a byl mu přidělen tzv. „patron“, který se po dobu jednoho roku účastnil výchovného procesu a zařazení občana zpět do života (AMO, NVO, kart. č. 775).

V návaznosti na postpenitenciární středisko se rovněž uvažovalo do konce roku 1975 vybudovat ubytovnu pro přechodné ubytování osob bez přístřeší (AMO, ObNV O.-1, kart. č. 277, sign. 104).

Tento úkol se podařilo uskutečnit počátkem roku 1975, kdy byla dána do provozu **Ubytovna osob bez přístřeší** na ulici Palackého v Ostravě - Přívoze o kapacitě 15 lůžek, ovšem po zkušenostech sloužila pouze pro muže (AMO, NVO, kart. č. 376).

Metodicky byla vedena NV – střediskem postpenitenciárním. Poskytovalo dočasné ubytování občanům vracejícím se z nápravně výchovných ústavů a občanům společensky nepřizpůsobeným, kteří se ocitli bez rodinného zázemí. Důležitým cílem bylo pro tyto občany zajistit vhodného zaměstnavatele, který pak mohl později poskytnout podnikové ubytování (Kol. prac. MÚSS, 1987).

Již od počátku existence ubytovny zde byli záměrně dlouhodobě ubytováni mladí lidé propuštění z výkonu trestu. V letech 1976 až 1977 bylo experimentálně zřízeno v rámci ubytovny **Středisko pro pracovní výchovu mladých společensky nepřizpůsobených občanů** (Resocializační středisko) ve věku 18 až 25 let o kapacitě 4 míst. Problémem bylo, jak mladé lidi motivovat a přimět je, aby po propuštění považovali oni sami za vhodné bydlet v zařízení, které opět vyžaduje dodržování jistého režimu oproti svobodě někde na ubytovně. Věková hranice se nakonec musela posunout na třicet let, protože se ukázalo, že by byl nedostatečný zájem o služby střediska (AMO, NVO, kart. č. 775).

Cílem bylo upevnit pracovní schopnosti klienta, popřípadě zvýšit kvalifikaci zaučením, doučením nebo vyučením ve spolupráci s podnikem. Sociálně výchovná činnost s ubytovanými klienty byla prováděna průběžně podle **individuálního plánu**, který se stanovil na poradách postpenitenciárního střediska 1x týdně. Řešení sociální situace jednotlivých klientů vyžadovalo časté výchovné pohovory,

přímý kontakt se zaměstnavatelem, se závodním lékařem, s psychologem či s psychiatrem na protialkoholní ambulanci (AMO, NVO, kart. č. 1020).

Počátkem osmdesátých let se plánovalo umožňovat studentům vysokých škol a sociálně právní školy stáže v postpenitenciárním středisku za účelem vypracování diplomových a závěrečných prací, rovněž sociálním kurátorům v rámci nástupní praxe (AMO, NVO, kart. č. 75).

3.1 Sociální práce s občany společensky nepřizpůsobenými

Cílem sociální práce s nepřizpůsobenými občany a jejich rodinami byla prevence další trestné činnosti a navození schopnosti klienta adaptovat se přiměřeným způsobem k normám společenského života. Péče o společensky nepřizpůsobené se prováděla tak, že všichni občané propuštění z výkonu trestu byli evidováni a u vybraných případů byla zahájena individuální sociální práce průměrně v délce šesti měsíců, v případě potřeby však i déle. První kontakt s klientem byl navazován formou pozvánek na pracoviště kurátora, eventuálně návštěvou v rodině, nebo se klienti přihlásili sami. Někdy byl kontakt navázán osobním jednáním již v NVÚ. Jedním ze závažných problémů těchto lidí bylo stejně jako dnes hledání ubytování a zaměstnání, placení dluhů a řešení situace v rodině (AMO, ObNV O.-1, kart. č. 277, sign. 104).

U těch, kteří se nedostavili na středisko, vykonávali návštěvy dobrovolní spolupracovníci (z řad pedagogů, soudců z lidu a členů sociálních komisí občanských výborů), což byla rovněž jedna z forem užívaných jen v Ostravě. V roce 1977 se střediskem spolupracovalo 25 dobrovolných spolupracovníků (AMO, NVO, kart. č. 775).

Od roku 1976 bylo při intenzivním výchovném působení využíváno pro stanovení sociální diagnózy **výchovného plánu externích odborníků** – psychologů, psychiatra a pedagoga, také novinka jen v Ostravě (AMO, NVO, kart. č. 775).

Postpenitenciární středisko systematicky usilovalo o zvýšení intenzity péče a zvýšení

její odborné úrovni. Do praxe byly postupně zaváděny **nové metody**, které se jinde dosud nevyužívaly. Jednou z nich byla **péče o podminěně odsouzené a užívání metod psychologického poradenství**. Středisko bylo rovněž **školicím pracovištěm** pro sociální kurátory celé republiky (AMO, NVO, kart. č. 1020).

Středisko začalo hledat **nové formy práce** s klienty, mezi něž patřila **skupinová práce** v malé skupině za aktivní pomoci již **resocializovaných klientů**. Vycházelo se z myšlenky užívané u alkoholiků, kdy vyléčení alkoholici účinně ovlivňovali alkoholiky dosud léčené. Toto „výchovné ovlivňování“ za pomoci resocializovaných klientů se zatím dosud nikde nezkoušelo (AMO, NVO, kart. č. 775).

Závěrem se dá říct, že se v Ostravě podařilo najít klíč k vybudování komplexního systému péče o společensky nepřizpůsobené občany, v němž se sociální kurátoři jako profesionální pracovníci spolu s externími odborníky mohli věnovat nejsložitějším případům. Vyzdvihovala se systematická práce v podnicích, která sklízela velký úspěch (AMO, NVO, kart. č. 775).

4 Sociální péče o obyvatelstvo cikánského původu

V roce 1956 se přikročilo k likvidaci některých cikánských osad na Slovensku a k postupnému rozptýlu jejich obyvatel v českých zemích. Na území města Ostravy se z tohoto důvodu soustředil větší počet cikánských rodin, které bylo potřeba postupně začlenit a rozmístit ve městě. Zásadním vodítkem pro plánování další činnosti bylo vládní usnesení č. 279/1970 a č. 231/1972. Usnesení byla zaměřena na dlouhodobé plánování na úseku péče o cikánské obyvatelstvo (Koncepce, 1973).

Ke zlepšení situace v rodinách začaly během roku 1972 na obvodních národních výborech působit sociální pracovnice, které se zabývaly řešením problémů cikánských rodin. Sociální pracovnice prováděly nejméně 1x měsíčně osobní návštěvy v těchto rodinách. Pomáhaly při zařazování dětí do mateřských a základních škol, do učebních oborů, zajišťovaly trávení volného času cikánských dětí. Cílem byla postupná celospolečenská integrace cikánských obyvatel. Počátky práce sociálních

pracovnic byly zaměřeny na sestavování podrobné evidence obyvatel cikánského původu, která sloužila jako podklad pro dlouhodobou práci s těmito občany (Koncepce, 1973).

Všechny rodiny byly rozděleny do tří kategorií podle stupně integrace a následně se provádělo systematické působení na rodiny III. kategorie – zcela společensky nepřizpůsobených, t.j. na rodiny vyžadující největší pomoc při adaptaci na způsob života v Ostravě (AMO, ObNV O.-1, kart. č. 277, sign. 104).

Zařazení romského obyvatelstva do tří kategorií

- I. kategorie – asimilovaní,
- II. kategorie - schopni přizpůsobení,
- III. kategorie - obtížně adaptabilní

vycházelo v podstatě ze stupně jeho přizpůsobení majoritě a bylo typickým počínem státní politiky šedesátých let. Kategorie odrážely do jisté míry celkovou sociálně-společenskou úroveň jednotlivých romských komunit, míru jejich schopnosti kopírovat navenek způsob života společnosti. Odborná literatura je uváděla jako specifický ukazatel sociální struktury romského obyvatelstva (Pavelčíková, 1999).

Hlavní pozornost se zaměřovala na mladou generaci, protože právě u ní se předpokládaly viditelné výsledky sociální práce. Rodičům se zdůrazňovalo, aby dávali děti do mateřských škol, a tím si tyto přivkyly na pravidelnou docházku, na kterou si budou muset později zvyknout ve škole (AMO, NVO, kart. č. 1019).

V provozu byla **specializovaná třída pro předškolní cikánské děti** v MŠ na Nezvalově náměstí v Ostravě 4. V ostatních MŠ měly při zápisu cikánské děti přednost před ostatními dětmi, ale stále se naráželo na nezájem matek o umístování dětí (AMO, NVO, kart. č. 1019).

Sociálně výchovné působení mezi cikánským obyvatelstvem začalo skupinovou práci využívat od roku 1974, také pořádáním **14-ti denních internátních kursů** pro cikánské dívky, ukončující pravidelnou školní docházku. Jednalo se o zdravotně výchovné kursy, jejichž cílem byla příprava pro vstup do praktického rodinného a společenského života se zaměřením na pracovní uplatnění těchto dívek. V roce 1975 se kursu zúčastnilo 35 cikánských dívek (AMO, NVO, kart. č. 376). Sociálně zdravot-

ní kursy pro cikánská děvčata plnily sociální, zdravotní a kulturní poslání a přispěly k vytvoření předpokladů pro úspěšnou integraci cikánských dívek před vstupem do aktivního života. Kursy měly především velký význam v tom, že umožňovaly výchovné působení na účastníky mimo dosah rodiny (AMO, ObNV O.-1, kart. č. 305, sign. 561).

Pro cikánské děti ve věku 7 - 14 let se od roku 1974 uskutečňovaly **Letní rekreačně výchovné tábory**, kde měly děti možnosti nejen rekreační a výchovné, ale i výukové, doplňováním učiva v dopoledních hodinách (AMO, NVO, kart. č. 376). Posláním bylo získat a upevnit základní sociální, zdravotní, hygienické, kulturní a společenské návyky a také doplnit výchovnou a vzdělávací práci mezery způsobené nedostatečnou výchovou v rodinách (AMO, ObNV O.-1, kart. č. 305, sign. 561).

4.1 Kulturně výchovná práce mezi cikánským obyvatelstvem

Všechna kulturní střediska Severomoravského kraje měla v plánech činnosti práci s cikánským obyvatelstvem. Pořádaly se vzdělávací akce pro negramotné cikánské občany, kursy vaření a výchovy k mateřství. Jednak se organizovaly jednorázové akce, ale taktéž akce cyklické, většinou se jednalo o přednáškové cykly s orientací na společenskou výchovu, turistiku, oblast hygieny a zdravotnickou tematiku. Podařilo se utvořit dva soubory zájmové umělecké činnosti pro děti, a to pěvecký a taneční soubor. Při Třineckých železárnách fungoval taneční soubor pro dospělé. Výsledky vzdělávací činnosti byly velmi slabé, problémem bylo vlastní zapojení občanů do zájmové činnosti (AMO, ObNV O.-1, kart. č. 305, sign. 561).

4.2 Sociální práce v oblasti péče o cikánské obyvatelstvo

Členění metod sociální práce na tři skupiny vycházelo z *Návrhu metod sociální práce s občany cikánského původu* Věry Mezníkové (1973), který byl schválen jako metodická pomůcka na zasedání krajské komise Rady Sm KNV pro otázky občanů cikánského původu.

1. Individuální práci Mezníková (1973) dělila na tři části:. Byly to:

- a) **Diagnostická část** (navázání a vytvoření terapeutického vztahu, pátrání po příčinách problému),
- b) **Sociálně terapeutická část** (analýza sociální situace zpracovaná na záznamním listu ve formě sociopsychické anamnézy, stanovení sociální diagnózy, sociální prognóza, tj. hypotéza, jak se bude situace vyvíjet), která byla dále členěna na dvě formy – *forma restitutivní*, kdy klient přichází do sociální instituce z vlastní vůle a *forma represivní*, kdy iniciativa k jednání vychází od sociální instituce.
- c) Třetí částí byla **sociální terapie** (krátkodobé řešení nebo dlouhodobé plány). Mezníková vyzdvihuje vedení přesných sociálních záznamů, které byly důležitým zdrojem informací o sociální problematice případu.

2. Skupinovou sociální práci Mezníková (1973) dělila rovněž na tři fáze: anamnestickou, diagnostickou a terapeutickou. Cíl skupinové sociální práce viděla v dosažení toho, aby určitá skupina při minimálních zásazích sociálního pracovníka si objasnila své osobní problémy a začala být schopna je samostatně řešit. Metoda práce byla uplatňována jako doplněk zájmové činnosti včetně zdravotně výchovných a kulturně osvětových kursů pro cikánské obyvatelstvo. Optimální počet ve skupině měl být 10 - 15 členů a charakter práce byl dlouhodobý. Po skončení kursů se doporučovalo pokračovat v práci vytvořené skupiny.

3. Sociální práce se společenskými celky sloužila k rozvoji života cikánského obyvatelstva jako celku. Uplatnila se v místech soustředění cikánských občanů a k odstranění distance od ostatního obyvatelstva. Bylo zde zařazeno i organizování sociálně zdravotních a kulturně osvětových kursů nebo besed pro cikánské obyvatelstvo (Mezníková, 1973).

K práci se skupinou se řadila také práce s rodinou. Započalo se s ní v roce 1972 a prováděla se od svých počátků v 96 rodinách. Zahrnovala pravidelné návštěvy přímo v rodinách, při kterých se působilo na jednotlivé skupiny podle situace tak, aby došlo

k žádoucímu zlepšení ve vytipovaných rodinách. Ke znatelnému zlepšení došlo ve dvaceti rodinách a to ve školní docházce, údržbě bytů, péči o děti. Práce s převýchovou nepřizpůsobených rodin byla velmi náročná a zdoluhavá. Ke skupinové práci byly vybrány rodiny, které žily na velmi nízké úrovni. Práce sociálních pracovníků vyžadovala jednak dobrý vztah k cikánskému obyvatelstvu a velkou dávku trpělivosti s přihlédnutím k mentalitě jednotlivých členů rodiny a prostředí, ve kterém rodiny žily (AMO, NVO, kart. č. 1216).

Při provádění skupinové práce měly sociální pracovnice různé potíže. Narážely na nepochopení některých občanů a také některých organizací. Největší potíže byly s opravami bytů a přidělováním vhodnějších bytů pro cikánské rodiny. V mnoha případech opravené byty tyto rodiny v krátké době opět zničily a přidělování nových bytů naráželo na trvalý odpor okolních občanů. Ke zlepšení skupinové práce bylo zapotřebí účinnější spolupráce s ČSŽ a ČSČK (AMO, NVO, kart. č. 1216).

V roce 1985 je práce s rodinou chápána již jako individuální péče. Část rodin v individuální péči tvořily rodiny III. kategorie, u kterých byla sice malá naděje na jejich integraci, ale bylo třeba jim pomoci v řešení některých přechodných problémů bytových, zajištění výživy dětí apod. V těchto případech se využívala i represivní opatření formou zastavení výplaty rodinných přídatků. Byl to zákrok velmi náročný, neboť sociální pracovnice musela sama s přídatky hospodařit ve prospěch nezletilých dětí. Rodiny v individuální péči byly 2 - 3x měsíčně navštěvovány, v jejich zájmu pracovnice jednaly se školami, zdravotními středisky, OPBH apod. Nemalý podíl na sociální práci s cikánskými občany měly dobrovolné pracovnice z řad členek ČSŽ a ČSČK. Jejich práce, která byla podložena dohodami o vzájemné spolupráci, spočívala především v signalizačské činnosti, zdravotnické osvětě na školách, návštěvách v rodinách (AMO, NVO, kart. č. 1019).

Závěr

Výsledkem této práce je souhrnný popis sociální péče v Ostravě ve sledovaném období u tří cílových skupin, včetně identifikace užívaných forem sociální práce. V každé oblasti

sociální péče o danou cílovou skupinu se podařilo vystopovat aktivity, které dosud jinde v republice neexistovaly.

Například v sedmdesátých letech vznikly v Ostravě experimentálně **Domovy rodinného typu**, založené na manželském principu. V náhradní rodině byla umístěna skupinka dětí, která v ní setrvala až do plnoletosti, tudíž už děti nemusely cestovat ze zařízení do zařízení. Úspěšné výsledky domovů rodinné výchovy na sebe nenechaly dlouho čekat a zapříčinily v Ostravě rychlý rozvoj tohoto typu zařízení v péči o opuštěné děti.

Dalším významným zařízením v péči o rodinu a děti, jediným tohoto typu v republice, byl **Domov pro matku a dítě**, který vznikl již v roce 1966 jako účelové zařízení NHKG. Domov poskytoval osamělým matkám s malými dětmi, které se ocitly v mimořádně obtížné situaci, ubytování, výchovnou a poradenskou péči. Sociální práce v péči o děti a mládež využívala dvou forem sociální práce, a to práci individuální a skupinovou. Za zmínku jistě stojí pořádání **sociálně výchovných kursů pro ženy a dívky** se špatnou sociální adaptabilitou.

Oblast péče o společensky nepřizpůsobené se zviditelnila otevřením **Střediska postpenitenciární péče**, které zabezpečovalo lepší koordinaci práce sociálních kurátorů s institucemi, společenskými organizacemi a podniky, zjednodušilo rozsáhlou administrativu, usnadnilo kontakty a konzultace s klienty, a tím zajistilo intenzivní provádění individuální péče. Ve spolupráci s Komisí pro nápravně výchovnou činnost rady NVO a Městskou odborem radou vytvořilo v ostravských podnicích **aktivy pro nápravně výchovnou činnost**, které pomáhaly v zapojení osob propuštěných z výkonu trestu do pracovního procesu. V návaznosti na postpenitenciární středisko se rovněž podařilo otevřít **Ubytovnu pro osoby bez přístřeší** a v ní zavést resocializační středisko - **Středisko pro pracovní výchovu mladých společensky nepřizpůsobených občanů**. Sociální práce byla prováděna podle individuálního sociálně terapeutického plánu, který vznikl ve spolupráci sociálních kurátorů s externími odborníky. Středisko hledalo nové formy práce s klienty, mezi něž také patřila skupi-

nová sociální práce v malé skupině za aktivní pomoci již resocializovaných klientů. Podařilo se nám nalézt v 70. letech počátky sociální práce s podmíněně odsouzenými, kterou dnes známe pod názvem probace.

Stejně významného úspěchu dosáhla i péče o romské obyvatelstvo, která se věnovala všem věkovým kategoriím, ale zejména dětem a mládeži. S nejmladšími se začalo pracovat už ve specializované třídě mateřské školy, přes pořádání čtrnáctidenních **internálních kursů pro cikánské dívky i chlapce**, ukončující pravidelnou školní docházku, až po pořádání **letních rekreačně výchovných táborů**.

Na většině činností se aktivně spolupodíleli členové Českého svazu žen, Československého červeného kříže nebo Svazu československých invalidů.

Na základě množství získaných dat lze konstatovat, že s použitím vědeckých postupů se podařilo popsat vývoj sociálního plánování v Ostravě a současně zjistit užívané metody sociální práce v péči o rodinu, děti a mládež, v sociální péči o společensky nepřizpůsobené občany a v sociální péči o romské obyvatelstvo. Práce mapuje sociální plánování v Ostravě a obsahuje informace, které dosud nebyly nikde zveřejněny. Rozsahem a obsahem zjištěných informací vyzdvihuje sociální péči v Ostravě v celorepublikovém měřítku na samou špičku.

Poznámky

- 1 BEDNÁRKOVÁ, M. Historie sociálního plánování v Ostravě. Diplomová práce. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2006.
- 2 Stejnomená diplomová práce, ze které vzešla tato stať, se ve svém plném znění zabývá celkem pěti cílovými skupinami, ovšem vzhledem k uvedenému limitu maxima slov studentské práce jsem byla nucena „sociální péči o staré občany“ a „sociální péči o občany se změněnou pracovní schopností“ z tohoto článku vypustit. Proto případné zájemce odkazují na svou diplomovou práci, jejíž název uvádím v závěru textu, ve které najdete podrobnější informace, doplněné zajímavými rozhovory s pamětníky doby a přímými účastníky sociální péče v Ostravě.
- 3 Kontakt na autorku: spilackova@centrum.cz.

Seznam kartónů AMO

NVO (Rohlová, Barcuch, Borová, 2001)

- | | |
|---------------|--|
| kart. č. 197 | Péče o ženu a dítě, dorost, defektní mládež
1971–1974 |
| kart. č. 376 | Komise sociálních věcí
1972–1975 |
| kart. č. 775 | Komise NV, sbor pro předmanželské poradenství
1977–1981 |
| kart. č. 776 | Správní komise pro péči o rodinu
1975–1976 |
| kart. č. 881 | Předmanželské poradenství
1974–1980 |
| kart. č. 1048 | Komise péče o děti
1979–1987 |
| kart. č. 1019 | Komise sociálních věcí
1983–1986 |
| kart. č. 1020 | Komise sociálních věcí
1986–1989 |
| kart. č. 1216 | Cikánské obyvatelstvo
1977–1980 |

ObNV Ostrava 1 (Krumniklová, Šerka, 1997)

- | | |
|---------------|-------------------------------|
| kart. č. 277, | Záписы komise sociálních věcí |
| sign. 104 | a zdravotnictví
1972–1976 |
| kart. č. 304, | Řešení cikánské otázky |
| sign. 561 | 1972–1973 |
| kart. č. 305, | Řešení cikánské otázky |
| sign. 561 | 1972–1973 |

ObNV Ostrava 4 (Štěpán, Novotná, 2003)

- | | |
|--------------|---|
| kart. č. 106 | Záписы ze schůzí komise sociální
1964–1982 |
| | Záписы ze správní komise péče
o rodinu a děti
1970–1986 |

Seznam literatury:

- Kolektiv vedoucích pracovníků MÚSS Ostrava. **MÚSS – Ostrava 87**. Vydáno u příležitosti 20. výročí založení Městského ústavu sociálních služeb Ostrava a konání pracovní konference k rozvoji sociálních služeb. Ostrava: MÚSS, 1987. AMO, sign. A 16808.
- Kolektiv závodního výboru SSM. **Dítě a socialistická společnost**. Ostrava: Krajská

- správa českého statistického úřadu, 1979. AMO, sign. A 15094.
- Koncepce sociální politiky Národního výboru města Ostravy do roku 1980.** Ostrava: Odbor sociálních věcí NVO, 1973. AMO, sign. A 11295.
- KRUMNIKLOVÁ, L., ŠERKA, J. *Obvodní národní výbor Ostrava 1. 1971 - 1990.* Inventurní seznam. Ostrava: AMO, 1997.
- MEZNÍKOVÁ, V. *Návrh metod sociální práce s občany cikánského původu.* Metodická pomůcka. Ostrava: Odbor sociálních věcí a pracovních sil Severomoravského Krajského národního výboru, 1973. AMO, ObNV O.1, kart. č. 304, sign. 561.
- PAVELČÍKOVÁ, N. *Rómské obyvatelstvo na Ostravsku (1945 - 1975).* Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 1999. ISBN 80-7042-538-5.
- ROHLOVÁ, E., BARCUC, A., BOROVÁ, A. *NVO 1969 - 1990.* Prozatimní inventurní seznam. Ostrava: AMO, 2001.
- ŠTĚPÁN, V., NOVOTNÁ, J. *Obvodní národní výbor Ostrava 4. 1971 - 1990.* Prozatimní inventurní seznam. Ostrava: AMO, 2003.

Použité zkratky

AMO	Archiv města Ostravy
ČSČK	Československý červený kříž
ČSSR	Československá socialistická republika
ČSŽ	Český svaz žen
kart. č.	kartón číslo
MHD	městská hromadná doprava
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠ	materáská škola
MÚSS	Městský ústav sociálních služeb
NHKG	Nová huť Klementa Gottwalda
NV	národní výbor
NVO	Národní výbor města Ostravy
NVÚ	Nápravně výchovný ústav
ObNV	obvodní národní výbor
ObNV O.-1	Obvodní národní výbor Ostrava 1
ObNV O.-2	Obvodní národní výbor Ostrava 2
ObNV O.-3	Obvodní národní výbor Ostrava 3
ObNV O.-4	Obvodní národní výbor Ostrava 4
OPBH	Obvodní podnik bytového hospodářství
sign.	signatura
Sm KNV	Severomoravský krajský národní výbor
ZV SSM	závodní výbor Socialistického svazu mládeže

Časopis Sociální práce/Sociálna práca – Ceny inzerce

2. nebo 3. strana obálky 160 x 230 mm	15 000 Kč
4. strana obálky 160 x 230 mm	18 000 Kč
Formát 160 x 230 mm – celá vnitřní strana číslo 1 a 2	8 000 Kč
Formát 160 x 230 mm – celá vnitřní strana	6 000 Kč
Formát 160 x 115 (80 x 230) mm – 1/2 vnitřní strany	4 000 Kč
Formát 80 x 115 mm – 1/4 vnitřní strany	2 000 Kč
Formát 40 x 67 mm – 1/8 vnitřní strany	1 500 Kč
řádková inzerce	150 Kč za řádku

Objednávky inzerce a kontakt na redakci:

ASVSP – Sociální práce / Sociálna práca
 Joštova 10, 602 00 Brno
 Tel.: +420 549 497 788
 e-mail: socprace@fss.muni.cz
 www.socialniproace.cz

Požadované technické parametry:

- formát pdf, jpg (rozlišení 300 dpi), popř. word
- černobílé zpracování

U celostránkové inzerce prosím počítejte s 3 mm spadavkou (přesahem mimo stránku) a 15 mm u hrbe-
 tu časopisu, které skryje vazba.

Na vaše přání inzerát zpracujeme. Za grafickou práci si účtujeme částku od 500 do 2 000 Kč.

V Liberci se zaměřují na penitenciární péči a na jedince zdravotně a sociálně znevýhodněné

Už podruhé během existence rubriky jsme zavítali do severních Čech. Katedru sociálních studií a speciální pedagogiky Fakulty pedagogické Technické univerzity v Liberci představují PhDr. et PaedDr. **Ilona Pešatová**, Ph.D., zástupce vedoucího katedry, a Mgr. **Lenka Nádvorňáková**, odborný asistent na katedře.

Kdy byla vaše katedra založena? Kdo stál u jejího zrodu?

Počátkem devadesátých let, krátce po založení Fakulty pedagogické Technické univerzity v Liberci (FP TUL), se na podnět vedoucího katedry pedagogiky a psychologie doc. Ing. Jiřího Vacka, CSc., začala zabývat problematikou sociální péče Dr. Ilona Pešatová, Ph.D. Fakulta tak reagovala na společenské změny a poptávku veřejnosti. Bakalářské studium studijního programu *Sociální péče* bylo zahájeno v akademickém roce 1993/1994. V průběhu dalších let došlo k profilaci zaměření studijního programu na *Sociální práci*. Souběžně s pedagogickou činností se začala rozvíjet také vědecko-výzkumná činnost, byť zprvu v menší míře. Vznikl tým pracovníků spojených v Oddělení sociálních studií.

Počet studentů postupně rostl, odborné a vědecké aktivity se rozšiřovaly a přerostly rámec původní katedry pedagogiky a psychologie. V únoru 2003 vznikla organizačně samostatná *katedra sociálních studií a speciální pedagogiky* (KSS). Vznik katedry byl předpokladem pro rozšíření perspektiv studijních programů zaměřených na sociální práci a speciální pedagogiku. Vedoucím katedry se stal doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc. Katedra průběžně rostla a v současnosti má KSS dva profesory, pět docentů, čtyři pracovníky s hodností Ph.D., 15 odborných asistentů (pět v doktorském studiu) a čtyři technicko-administrativní pracovníky.

Jaké je zaměření katedry?

KSS se zaměřuje především na vzdělávání v sociální a speciálně-pedagogické oblasti. V současné době zabezpečuje bakalářský

studijní program *Sociální práce*, který zahrnuje dva studijní obory – obor *Penitenciární péče* se zaměřením na vězeňství a studijní obor *Sociální pracovník* se zaměřením na jedince zdravotně a sociálně znevýhodněné. Dále katedra zabezpečuje studijní program *Speciální pedagogika*, studijní obor *Speciální pedagogika předškolního věku* a studijní obor *Speciální pedagogika pro vychovatele*. KSS garantuje také programy celoživotního vzdělávání, např. *Sociální práce pro pracovníky ve vězeňství a policisty*, *Sociální práce pro sociální pracovníky*, *Pedagogické studium ke splnění kvalifikačních předpokladů*, *Speciální pedagogika se zaměřením na vychovatelství*. Podílí se také na výuce magisterského studijního programu Učitelství pro první stupeň základních škol a Učitelství pro druhý stupeň základních škol.

KSS se zapojuje do činnosti národních i mezinárodních profesních organizací, je řádným členem ASVSP, EASSW a IASSW. Členství v těchto prestižních organizacích umožňuje zaměstnancům katedry spolupráci s našimi i zahraničními školami, přístup k nejnovějším poznatkům oboru, sledování vývoje v oboru sociální práce a zapojení do projektů v sociální oblasti. Vážíme si také dlouhodobé spolupráce v oblasti vězeňství s Institutem vzdělávání vězeňské služby ČR.

Jaká je podoba praxe na vaší katedře?

Cílem odborné praxe je osvojení praktických dovedností ve vybraných oblastech sociální práce. Na základě spojení znalostí z teoretické výuky a dovedností výuky praktické si student během praxe osvojuje kompetence sociálního pracovníka. Konečným cílem praktické výuky je dovést studenta ke schopnosti kritické

Informace o přijímacím řízení:

Přijímací zkouška se skládá z písemné a ústní části.

Písemná část zkoušky je realizována formou vědomostního testu ze základů společenských věd a cílem ústní části je zjistit formou pohovoru u uchazeče motivaci ke studiu, rozhled v odborné literatuře z oblasti sociálních věd, přehled praxe v oboru včetně dobrovolnické činnosti, osobní zkušenosti s péčí o blízkou osobu, další vzdělávání a sebevzdělávání v oboru sociální práce, schopnost reflexe a sebereflexe v oboru sociální práce. Ústní části zkoušky se účastní pouze ti uchazeči, kteří uspějí v testové části.

Informace o oboru, formě, době studia:

Bakalářský studijní program *Sociální práce* zahrnuje dva studijní obory – obor *Penitenciární péče* a studijní obor *Sociální pracovník*. Oba studijní programy probíhají kombinovanou formou studia a standardní doba studia činí tři roky.

Informace pro uchazeče:

Potřebné informace pro zájemce o studium studijního programu Sociální práce jsou na internetových stránkách <http://www.tul.cz/uchazeci>.

Adresa školy:

Technická univerzita v Liberci

Fakulta pedagogická

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Hálkova 6

461 17 Liberec 1

<http://www.kss.tul.cz>

Představení projektu:

Vědecká a výzkumná činnost KSS se také zaměřuje na problematiku komunitního plánování sociálních služeb. Od roku 2003 do roku 2005 byl realizován projekt Komunitního plánování sociálních služeb Libereckého kraje, zaměřený na sociální analýzu sociálních služeb. Na projektu se kromě vyučujících a studujících podíleli poskytovatelé, uživatelé sociálních služeb a potenciální uživatelé. KSS zpracovala metodiku pro výzkum a výzkum úspěšně realizovala. Nadále se v obdobných projektech pokračuje a oblast se rozšířila o standardy kvality sociálních služeb, osobní asistenci aj.

reflexe jeho profese, k sebereflexi, k osobnímu i profesnímu růstu. Nově akreditovaný studijní program *Sociální práce* zahrnuje 360 povinných hodin odborné praxe a 60 hodin supervize odborné praxe. Systém praxí je realizován v rozsahu 60 hodin za každý semestr z oblasti sociálně právní, zdravotně sociální, speciálně pedagogické a sociální intervence. Na odborné praxe navazuje předmět Supervize odborné praxe v rozsahu 10 hodin společného tutoriálu. Odborné praxe jsou zajišťovány individuálně kontraktem mezi uni-

verzitou, studentem a vybraným pracovištěm (určeným konzultantem daného pracoviště). S jednotlivými pracovníky „cvičných“ zařízení se uzavírají formální dohody o provedení práce. Student na základě absolvované praxe zpracuje Deník odborné praxe a Záznamový deník, které slouží jako výstupy odborných praxí a jako podklady k předmětu Supervize odborné praxe. Student si výše uvedené dokumenty doplňuje průběžně během celého studia, čímž si vytváří vlastní **portfolio**, jehož vypracování podmiňuje přístup k SZZ.

Můžete přiblížit specifika, odlišnosti katedry?

Katedra se zaměřuje především na vzdělávání pracovníků z praxe a tomu je přizpůsobena forma výuky – tzv. kombinovaná, velký důraz klademe na samostudium. Na KSS lze studovat jak bakalářské studijní programy, tak programy celoživotního vzdělávání. K dispozici je bohatá nabídka studijních textů koncipovaných pro kombinované studium.

Jak vypadá život vašich studentů v prostorách školy?

Vzhledem k tomu, že studijní program Sociální práce je akreditován v kombinované formě, výuka se soustřeďuje na pátky a soboty a studenti se většinou neúčastní studentského života jako jejich kolegové v prezenčních typech studií. Věkový průměr našich studujících je vyšší, 90 % studujících studuje při zaměstnání a vítá ucelené informace v podobě distančních textů. Zároveň bychom všichni přivítali také nové a modernější prostory, které se rýsují v podobě nové budovy pro naši fakultu.

Navázali jste spolupráci s některou zahraniční univerzitou podobného zaměření?

Studenti naší katedry mohou v rámci studia absolvovat mezinárodní volitelný předmět *Multicultural Perspectives of Disability* a vyměnit si zkušenosti se studujícími obdobného studijního programu na švédské University of Växjö a Samfordské univerzitě státu Alabama v USA. Kurs je zaměřen především

na nové trendy péče o jedince se zdravotním znevýhodněním a na související sociální péči a právní legislativu. Kurs probíhá v anglickém jazyce v e-learningové formě. Na základě bilaterální spolupráce jsou v rámci programu Sokrates studijní výměnné pobyty na University of Växjö ve Švédsku.

Co všechno bude umět a znát váš absolvent?

Absolventi studijního programu Sociální práce jsou připraveni na výkon odborných činností ve státních i nestátních subjektech sociální sféry, například pro výkon sociálního šetření, zabezpečování sociální agendy, včetně řešení sociálně právních problémů. Absolvent je též způsobilý vytvářet a řídit sociální služby s důrazem na komunitní plánování, kvalifikovaně je poskytovat a hodnotit jejich průběh a efektivitu. Je schopen kooperace v pracovním týmu a kooperace s jinými subjekty v oblasti státní či nestátní sféry. Další dovednosti a odborná příprava vyplývá z profilu absolventa studijního oboru *Sociální pracovník* nebo *Penitenciární péče*.

Na jaký hodnotový systém je orientována vaše katedra?

V rámci studia se katedra orientuje především na rozvoj osobnosti studenta a vede jej k dodržování etického kodexu, principů sociální práce a respektování základních práv a svobod člověka, nejen při kontaktu s klientem. Podporuje kritickou reflexi studentů a otevřený postoj k otázkám své profesní praxe.

Připravil Pavel Bajer

Návrh na optimálne fungovanie socioterapeutického klubu

RAK (Ružomerský abstinčný klub) vznikol pred 10 rokmi. Ženy, ktoré absolvovali základnú protialkoholickú liečbu v Ústrednej vojenskej nemocnici (ÚVN) na psychiatrickom oddelení v Ružomberku, sa po liečbe stretávali vo svojich domácnostiach v Liptove a na Orave. Navzájom sa povzbudzovali a dodávali si životnej sily, aby vedeli odolať recidíve, ktorá sa po liečení hlásila o slovo. Na základe týchto stretnutí prišiel vtedajší primár psychiatrického oddelenia Ústrednej vojenskej nemocnice v Ružomberku s nápadom založiť Ružomerský abstinčný klub – RAK. Podobný klub už v minulosti v meste fungoval, ale bohužiaľ zanikol. Preto chcel primár obnoviť činnosť klubu a za týmto účelom oslovil niekoľko žien, ktoré sa podrobili liečeniu. Tie rozposlali pozvánky bývalým pacientom, o ktorých vedeli, že boli na protialkoholickom liečení, a v jednu sobotu sa zišli prví členovia budúceho klubu. Spočiatku sa členovia klubu stretávali každú poslednú sobotu v mesiaci, kde rozoberali háklivé témy, týkajúce sa ich života bez alkoholu.

Pacientov však po absolvovaní základnej liečby pribúdalo a stretnutie raz do mesiaca časovo nestačilo na to, aby si už abstínujúci alkoholici mohli porozprávať o všetkom, čo ich ťažilo, a súčasne aby sa ich problémy rozobrali aj po odbornej medicínskej stránke. Preto sa členovia RAK začali schádzať aj každý týždeň vo štvrtok.

Poslanie RAK

Cieľom a poslaním RAK je doliečovanie a resocializačný proces ľudí, ktorí sú závislí na alkohole. Klub pomáha človeku zaradiť sa do takpovediac normálneho života. Pre alkoholika návrat do normálu znamená začínať svoj život úplne odznova. Tí, čo prestali chodiť do klubu, sa po určitom čase dostali späť do bahna zvaného alkoholizmus v pravom zmysle slova.

Členstvo a financie

Členom RAK môže byť každý občan stotožňujúci sa s poslaním tohto spoločenstva a s jeho stanovami. RAK združuje ľudí závislých aj nezávislých, teda tých, ktorí podporujú trpezlivosť a zdravý životný štýl. Členstvo v RAK je riadne a mimoriadne. Riadne členstvo vznikne podpisom do knihy členov, čestné členstvo môže byť udelené fyzickým alebo právnickým osobám, ktoré sa významným spôsobom prispeli k rozvoju abstinentského hnutia v regióne Dolného Liptova.

Liečenie z alkoholizmu sa dotýka celej rodiny, a preto je veľmi potrebné, aby bola rodi-

na súdržná a nápomocná pri resocializačnom procese svojho závislého člena. A preto sú členmi RAK aj rodinní príslušníci.

RAK je zaregistrovaný ako občianske združenie. Časť financií získava z členských príspevkov, časť od sponzorov a približne päť tisíc korún ročne od mesta Ružomberok. Zo združených finančných prostriedkov má možnosť každý člen klubu aspoň raz v roku vycestovať na kongres, resp. stretnutie iných klubov v rámci Slovenskej republiky.

Činnosť klubu a metódy práce

Stretnutia abstínujúcich alkoholikov sa konajú každý štvrtok o 16.00 a v poslednú sobotu v mesiaci o 9.30 na psychiatrickom oddelení Ústrednej vojenskej nemocnice SNP v Ružomberku. Hlavnou zásadou každého stretnutia, ktoré trvá približne 2 hodiny, je – prísť triezvy. Na stretnutiach každý prítomný povie, s akým problémom sa počas uplynulého týždňa stretol a akým spôsobom ho riešil. Rozprávanie je úplne otvorené, prítomní hovoria o svojich pocitoch, o tom, čo sa im podarilo, čím potešili svoje okolie. Stretnutia sa nevyhnú ani citlivým témam, akými sú vzťahy v rodinách, v práci. Ak má niekto veľký problém a nevie si s ním pomôcť, ostatní členovia sa ho snažia podporiť a poskytnúť mu návod na riešenie. Klub vždy privíta aj alkoholika, ktorý chce napraviť stav, v akom sa nachádza, dostane radu, ako postupovať ďalej, prítomní mu odovzdajú

svoje skúsenosti, či sa boj s touto chorobou dá zvládnuť.

Na stretnutiach sa riešia najčastejšie problémy: ako odmietať alkohol na oslavách, ako si treba dávať pozor na tzv. „spúšťače“, ktorými sú napríklad rumové pralinky alebo punčové koláče.

Súčastou činnosti klubu sú spoločné rodinné terapie v prírode, ktorých sa každoročne zúčastňujú členovia klubu a ich rodinní príslušníci. Na utuženie kolektívu sa každoročne organizujú guláš partie, vianočný večierok s kapustnicou a každý rok v novembri výročné stretnutie, na ktorom sa zhodnotí činnosť RAK za uplynulé obdobie.

Odbornými garantmi stretnutí RAK sú lekári pracujúci na psychiatrickom oddelení ÚVN SNP – psychiater, psychologička a zdravotná sestra. Tí sa zúčastňujú klubových stretnutí, ale vedenie klubu nechávajú väčšinou na abstinujúcich alkoholikoch a zasahujú do rozhovorov len v malej miere.

Vzor pre Liptov a Oravu

Kedže sa v ružomerskej nemocnici liečilo veľa ľudí z iných regiónov Slovenskej republiky, mnohí z nich videli, akú výbornú úroveň má RAK. Preto sa rozhodli založiť niečo podobné aj v iných mestách. Podľa vzoru RAK vznikli podobné kluby v Liptovskom Hrádku, v Liptovskom Mikuláši alebo v Oravskej Jasenici.

Socioterapeutický klub z pohľadu sociálneho pracovníka

Liečba, to je obrazne povedané postavenie brány alebo vytýčenie určitej hranice. Čas pred liečbou i po nej je nepomerne rozsiahlejší priestorom, ako samotné dva-tri mesiace terapie.

Z nášho pohľadu je každý socioterapeutický klub (alebo A-klub, A-sekcia, psychoterapeutický klub) predovšetkým liečebným prostriedkom zameraným na udržanie sa v abstinencii, na vzájomnú podporu a pomoc, na prispôbenie sa role abstinujúceho alkoholika a na ďalší rozvoj osobnosti klienta. Sme presvedčení, že základná ústavná liečba alkoholizmu bez nasledujúceho doliečovania, rehabilitácie a resocializácie prináša spravidla iba krátkodobý efekt.

Socioterapeutický klub by mal byť miestom pre:

- šírenie informácií dôležitých pre abstinenciu,
- šírenie emočnej podpory člena klubu v ťažkostiach,
- racionálne konzultácie problémov.

Činnosť socioterapeutického klubu by mala:

- zmierňovať a odstraňovať pocity izolácie abstinujúcich alkoholikov,
- zvyšovať pocity kompetencie a sebaúcty,
- zvyšovať zodpovednosť za vlastné správanie,
- mať učebno-výchovný charakter.

Klub uľahčuje abstinujúcim závislým začleňovanie sa do spoločnosti a poskytuje im priestor na zverejňovanie vlastných skúseností bez strachu z odsúdenia alebo zosmiešňovania svojej osoby. Klubové stretnutia predstavujú miesto na sebauplatnenie, sebareflexiu či sebanápravu, vedú svojich členov k novému spôsobu triezveho života, ktorým sa odkláňajú od závislého a rizikového správania, poskytujú priestor na zosobnenie sa s predkladanou skúsenosťou niektorého iného člena klubu.

Je veľmi ťažko povedať, ako by mal vyzerat optimálny, resp. ideálny socioterapeutický klub. Jedna z najdôležitejších vecí je pravidelnosť stretávania sa abstinujúcich alkoholikov. Je veľmi dôležité, aby abstinujúci vedeli, že v prípade krízy sa majú na koho obrátiť, a aby vedeli, že v ten daný deň (napríklad v strede týždňa) sa majú kde a komu zdôveriť so svojím problémom. Ďalej si myslíme, že účasť odbornej pomoci na klube je nevyhnutná. Nie vždy si vedia abstinujúci poradiť s aktuálnymi problémami a jemné „posunutie“ správnym smerom môže urobiť len terapeut. Každý začínajúci alkoholik je v chápaní samého seba a iných väčšinou odkázaný na intuitívne, emocionálne závery stotožnenia s viacročným abstinentským modelom, neraz vzorom v ultimatívnom vyjadrení: „Chcem byť ako ty!“ Ešte častejšie však prijíma autoritatívnu a etickú formuláciu svojho terapeuta: „Buď na tento obraz.“ Osobnosť terapeuta je často oveľa významnejšia, ako sa pripúšťa. Zavislý býva šokovaný vlastnou odvahou pokúšať sa

o niečo také ťažké, ako je abstinencia, pri ktorej nik presne nevie, čím je limitovaná. Práve prítomnosť a často aj vzor nielen staršieho abstinujúceho, ale hlavne terapeuta býva pre začínajúceho abstinenta veľkou oporou a motiváciou pri zmene jeho osobnosti.

Je pravda, že ak niekomu skutočne pomáha a len neteoretizujeme, tak to robíme často bez učebnicovej čistoty. Pomoc v praxi nie je striktné uplatňovanie poučiek, ale je to zúčtovanie nadobudnutých vedomostí.

V niektorých amerických a nemeckých zariadeniach tvoria väčšinu zamestnancov ľudia, ktorí tiež prekonali problém s alkoholom a podstúpili ústavnú protialkoholickú liečbu. Skúsenosť so závislosťou na vlastnej koži a predovšetkým s jej prekonávaním má obrovskú hodnotu, a to najmä vtedy, keď sa doplní odborným vzdelaním, akým je napríklad sociálno-psychologický výcvik, osvojenie si komunikačných schopností a zručností. Takáto pomoc je jednak kvalitnejšia a jednak sa pomáhajúci môže uchrániť pred zbytočnými problémami.

Socioterapeutický klub z pohľadu abstinujúcich alkoholikov

Z našich rozhovorov s abstinujúcimi alkoholikmi sme sa dozvedeli, že klub je pre väčšinu z nich akýmsi prístavom a miestom, kde cítiť pod nohami pevnú zem. V klube dostávajú odpovede na mnohé nezodpovedané otázky, tu dozrievajú a začínajú nový život.

Väčšina z nich chodí na stretnutia pravidelne, pričom nerozhoduje ani vzdialenosť od miesta bydliska. Abstinujúci alkoholici si so svojimi kolegami z liečby, s ich príbuznými a priateľmi vymieňajú názory, poznatky a skúsenosti, týkajúce sa problematiky narušených rodinných vzťahov, dôvery, riešenia finančných otázok, zmien v životnom štýle abstinenta, pracovných možností a zaradenia abstinujúceho alkoholika do pracovného pomeru, zvládania cravingu, kríz, ale aj recidív. Pri svojich stretnutiach si navzájom celkovým svojim vystupovaním dávajú najavo, že im na každom jednom z nich záleží. Tam je miesto, kde si má každý možnosť overiť svoje pocity a postoje v reakciách ostatných členov klubu. V klube sa často analyzujú problémy a hľadajú sa riešenia v konkrétnych životných situáciách.

Pre väčšinu abstinujúcich alkoholikov je jedno, či socioterapeutický klub vedie zdravotný personál – lekár, psychológ, sociálny pracovník, alebo je klub vedený odliečeným abstinentom bez prítomnosti alebo akéhokoľvek zásahu terapeuta.

Každý z nich na ten „svoj“ klub (či už v mieste bydliska, alebo mimo neho) nedá dopustiť a prijíma všetky jeho zásady a stanovy. Chodí tam preto, lebo tam je jeho druhý domov a jeho istota.

**H. doc. PhDr. Markéta Rusnáková, PhD.,
Bc. Michaela Šavrnichová,
Katedra sociálnej práce,
Pedagogická fakulta
Katolíckej univerzity v Ružomberku**

Standardy kvality, plánování sociálních služeb a osoby se zdravotním postižením

Cílem sociálních služeb pro zdravotně postižené má být mj. omezení možného znevýhodnění a životní nepohody. Profesor Jan Pfeiffer, zakladatel české ucelené rehabilitace, k tomu říká: „Mám-li kratší nohu, jsem-li těžce krátkozraký, chybi-li mi ruka nebo jsem-li na vozíku, jsem postižený; ale nemám-li upravenou obuv, berle, korekční brýle, protézu či pro život na vozíku upravené prostředí, nemohu-li využívat potřebné služby a jsem omezen v nějakých činnostech, které bych jinak mohl dělat, jsem handicapovaný, tj. znevýhodněný.“ Znevýhodnění člověka v běžných aktivitách, přístupech k životním šancím i společenskému začlenění a uplatnění tedy nevzniká samotným zdravotním postižením či funkční poruchou, ale rozvíjí se až sekundárně, v návaznosti na absenci kompenzujících opatření (služeb) a překážky, které člověku brání v jeho osobnostním rozvoji, občanské emancipaci a činí ho zbytečně závislým či pasivním. Právě tomu může zabránit poskytování skutečně kvalitních, adresných, efektivních a pro klienta-uživatele akceptovatelných sociálních služeb.

Východiska kvality sociálních služeb

K zásadním předpokladům poskytování bezpečných a adresných sociálních služeb, které přispívají ke kvalitě života a zneumožňují špatné zacházení nebo jakékoliv zneužívání jejich uživatelů, patří zajištění a průběžné sledování úrovně (kvality) těchto služeb i zamezení „nepřímé diskriminace“ uživatelů v podobě odmítnutí či opomenutí nezbytných opatření ke zpřístupnění potřebných služeb. Nejde o to, abychoť uživatelům služeb, lidem s postižením, zprostředkovávali pocit, že žijí normálně, tj. v hlavním proudu společenského dění, ale o to, aby tak skutečně žili a mohli využít svých schopností i nadání a aktivně se zúčastnili občanského života. Znamená to snažit se porozumět životnímu příběhu, potřebám, náhledům, postojům, zkušenostem i pocitům uživatelů-klientů a umět tyto impulsy přenést, uplatnit v obsahu i formě poskytovaných služeb. Námitku, že u velmi těžce postiženého a obtížně komunikujícího člověka nemůžeme rozpoznat jeho potřeby, přání a pocity, nelze přimhouřit. Je to samozřejmě obtížnější, ale budeme-li si všimnout klientových projevů, naučíme-li se jim rozumět a nalezneme-li alternativní formu komunikace s ním, můžeme lépe rozpoznat jeho reakce a dekodovat signály, hovořící o jeho potřebách i pocitech. Sociální služby jsou o lidech, důstojnosti, postoji a hledání možností. Pokud budeme vnímat hodnocení sociálních služeb jako proces, do něhož jsou zapojeni všichni, jichž se týká, pak požadavek na prokazování kvality může povzbudit zúčastněné k aktivitě a proměněm k lepšímu. Za velmi důležité považují po-

chopit účel a pojetí „standardů“ (standards jako impuls, rámcový cíl, vodítko, nikoli jako rigidní norma, dogma). Při hodnocení kvality sociálních služeb (dále QSS) nejde o pouhé sledování plnění jednotlivých standardů kvality a k nim zpracovaných metodik. Celý proces propojuje týmové přemýšlení o formě i obsahu služby, dále hledání určitého konsenzu mezi možnostmi i potřebami uživatele a pracovními podmínkami i reálnými možnostmi poskytovatele a snahou o harmonizaci postojů a očekávání všech zúčastněných.

Kvalita plánování sociálních služeb

Se standardy QSS úzce souvisí kvalita plánování sociálních služeb (dále PSS). K dobrému zpracování plánu sociálních služeb, zpracování s komplexní znalostí věci, se předpokládá zmapování klientely a jejich potřeb, zmapování poskytovatelů a jejich kapacit i objektivní vyhodnocení demografických a sociologických dat i prognóz vztahujících se k předmětné problematice. Pro ilustraci se pokusím o popis postupu při *Zjišťování potřeb tělesně postižených občanů jako podkladu pro PSS na regionální úrovni*. Zcela záměrně volím jen jednu skupinu zdravotně postižených osob, tzn. osoby s tělesným postižením, protože každá skupina postižených (tj. tělesně, mentálně, smyslově, komunikačně, psychicky, interně aj.) osob, ba každý jedinec s určitým stupněm a typem postižení má potřeby, zájmy i zkušenosti odlišné a nezobecnitelné. Také schopnost definovat své potřeby i zájmy a prosazovat svá práva je velmi specifická – mj. daná povahou postižení, osobnostní

výbavou a určujícími životními okolnostmi. Proto *není přijatelné ani zjišťování a hodnocení potřeb zdravotně postižených občanů jako celku, ani zevšeobecnování dílčích zjištění pro potřeby tvorby plánu sociálních služeb*. Zjišťování a zapracování potřeb tělesně postižených občanů (dále TPO) jako podklad pro PSS předpokládá:

a) ve fázi prvotního sběru a zpracování podkladů pro tvorbu plánu sociálních služeb pro TPO:

- „vstupní“ znalost specifík TPO (projevy a dopady tělesného postižení, existující bariéry a limity, životní situace) a z nich plynoucích zájmů a potřeb TPO; znalost statistických údajů o TPO v dané lokalitě, včetně výhledu do budoucna,
- znalost obsahu, rozsahu, kapacit, ekonomičnosti, dostupnosti apod. všech typů služeb poskytovaných TPO; SWOT analýzu, tzn. zjištění, zda jsou poskytovány všechny potřebné služby a zda je jejich kvalita akceptovatelná pro TPO i zadavatele,
- znalost možností a kompetentnosti poskytovatelů i představ a zájmů zadavatelů, resp. zákonných garantů služeb,

b) ve fázi vlastní tvorby plánu sociálních služeb:

- schopnost porozumět všem podkladům, umět je interpretovat a zpracovat,
- strukturování plánu sociálních služeb v logické posloupnosti, aby byl pro všechny zainteresované dostatečně transparentní a mohli se na něm shodnout,

c) ve fázi monitoringu již realizovaného plánu sociálních služeb pro TPO:

- šetření, zda příjemci hodnotí poskytované služby jako adekvátní svým potřebám, zda jsou relativně spokojeni a zda poskytovatelé respektují občanská práva a důstojnost TPO; opakování SWOT analýzy, tzn. zjištění, zda jsou kvalitně poskytovány všechny potřebné služby pro TPO,
- ověřování možností a kompetentnosti poskytovatelů i komparace představ a zájmů zadavatelů s monitorovanou realitou v dané oblasti. Prognózování dalšího vývoje.

Ověření validity zjištěných a zapracovaných potřeb tělesně postižených občanů spočívá v hodnocení přijatelnosti zpracovaného plánu sociálních služeb všemi zúčastněnými a v porovnání plánovaného záměru se skutečností, tj. s kvalitou a adekvátností poskytovaných i plánovaných služeb. Současně můžeme jednoduchým a přehledným posouzením aktivit ve výše uvedených bodech a), b) a c) analyzovat, zda jsme zjistili relevantní fakta, zda jsme usilovali o srozumitelnost a konsenzus i zda jsme objektivně a komplexně zohlednili i zapracovali všechny podklady či aspekty podmiňující vypracování dobrého plánu sociálních služeb. Jestliže u některého bodu zjistíme, že jsme jej podcenili, nevěnovali mu potřebnou pozornost, lze očekávat, že právě zde může být příčina toho, proč plán není kvalitní, proč nereflexuje potřeby příjemců služeb nebo možnosti poskytovatelů, popřípadě proč v plánu chybějí impulsy k potřebným změnám. Výstupů z těchto „proč“ lze využít v další práci při plánování a vlastním poskytování sociálních služeb, které již bude vyváženě reflektovat jak potřeby TPO, tak i možnosti poskytovatelů, představy zadavatelů a zájmy zainteresované veřejnosti.

Některé obce či regiony zadávají komunitní plánování, SWOT analýzy a zpracování plánů sociálních služeb externím firmám, což přináší určité riziko nesouladu mezi očekáváním a výsledkem. Tyto subjekty sice mohou dobře „technicky“ zvládnout sběr dat, jejich rámcové zpracování a vyhodnocení i návrh plánů či možných řešení, ale neznají-li místní specifika ani specifika příslušné skupiny uživatelů *a nebudou-li během své práce v úzkém kontaktu se zadavatelem (obcí), poskytovateli služeb i zástupci uživatelů služeb, pak se může stát, že výstup z jejich práce nebude odpovídat místní situaci a potřebám uživatelů*.

Podobně jako standardy QSS nemohou být ani plány sociálních služeb rigidním dogmatem, naopak *musí jít o metodický nástroj, který je dynamický, otevřený a podněcující*.

PhDr. et Mgr. Libor Novosad, Ph.D.

Jozef Čentěš, Anton Heretik, Michal Oláh a kol.: Vyšetrovanie drogovej kriminality. Bratislava, Euroformes, 2007.

Učebný text pod názvom Vyšetrovanie drogovej kriminality pozostáva z úvodu, piatich kapitol, zoznamu použitej literatúry a má rozsah 95 stránok formátu A5. Autorský kolektív v učebnom texte rieši aktuálnu problematiku drogovej kriminality, ktorá predstavuje závažný problém pre celú spoločnosť. Treba uviesť, že drogová kriminalita je na odhaľovanie, vyšetrovanie a predchádzanie veľmi náročná a zložitá. Z tohto dôvodu považujeme problematiku obsiahnutú v učebnom texte za vysoko aktuálnu.

Obsah a štruktúra textu tvorí logicky previazaný celok. Na požadovanej pedagogickej, ale i vedeckej úrovni autorský kolektív vysvetľuje a rozoberá základnú terminológiu, kategórie a pojmy využívané pri riešení drogovej kriminality.

Positívum tohto učebného textu vidno najmä v tom, že v súčasných podmienkach teórie a praxe ide o v SR prvý ucelený spracovaný materiál, ktorý v koncentrovanej podobe rozpracováva tak závažnú problematiku, akou je drogová kriminalita. Posudzovaný text je potrebný ako pre teóriu, tak aj pre praktickú činnosť pracovníkov, ktorí sa touto problematikou zaoberajú.

Autori vydaním učebného textu sledujú predovšetkým cieľ zabezpečiť kvalifikovanejšiu činnosť na úseku boja proti drogám v rezorte Ministerstva obrany SR, Ministerstva vnútra SR a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR na základe teoretických informácií a ich využívania príslušníkmi polície, zaoberajúcimi sa odhaľovaním, dokumentovaním a vyšetrovaním trestných činov s drogovým prvkom. Tento učebný text je však možné využiť aj v širšej odbornej verejnosti, napríklad v rámci probačnej služby, sociálnych kurátorov, Policajného zboru SR, Zboru väzenskej a justičnej stráže a pod.

Autori jednotlivých kapitol vychádzajú z aktuálnej súčasnej platnej právnej úpravy vymedzených nových skutkových podstát trestných činov, v čom treba vidieť aj nóvum tejto publikácie.

V prvej kapitole objasňujú a vysvetľujú základnú terminologickú podstatu drog

z pohľadu psychologických aspektov a vykonávajú ich základnú klasifikáciu. V druhej a tretej kapitole autori venujú pozornosť prevencii a drogovej politike ako významným činiteľom v procese riešenia drogovej kriminality.

Problematika riešená v prvej, druhej a tretej kapitole vytvára východiskový predpoklad pre trestno-právnu a vyšetrovaciu činnosť. Jadro z hľadiska obsahu posudzovaného textu obsiahnuje štvrtá a piata kapitola, kde je vykonaná právna charakteristika vybraných druhov trestných činov s drogovým prvkom. Piata kapitola sa zameriava na vyšetrovanie drogovej kriminality s názvom Vyšetrovanie drogovej kriminality a má identický názov so samotným učebným textom.

Autori ku skúmaným a riešeným problémom na požadovanej úrovni uplatnili aktuálne metódy vedeckého skúmania a poznávania. Taktiež na požadovanej pedagogickej úrovni pracovali s dostupnou aktuálnou odbornou literatúrou. Pri spracovaní práce vhodne skĺbili teoretické poznatky so svojimi vlastnými praktickými poznatkami psychologické, sociálne, právnej a súdnej praxe. Získané údaje a informácie prostredníctvom použitých vedeckých metód sú názorným a vhodným spôsobom interpretované v texte v podobe sformulovaných vyšetrovacích úkonov a opatreniach pri vyšetrovaní drogovej kriminality. V tomto treba vidieť hlavný prínos uvedenej publikácie.

Ku zvýšeniu celkovej kvality publikácie slúži i excelentné zloženie autorského kolektívu pozostávajúceho z graduovaných odborníkov na danú problematiku, ako napr. vedúci autorského kolektívu JUDr. Jozef Čentěš, PhD. – zástupca riaditeľa trestného odboru Generálnej prokuratúry SR a dôležitý odborník na poli trestného práva, prof. PhDr. Anton Heretik, PhD. – významný slovenský klinický a forenzný psychológ, PhDr. Michal Oláh, PhD., h. doc. – vedúci katedry sociálnej práce a známy autor v oblasti sociálnej práce, doc. PhDr. Mária Bratská, CSc. – významná odborníčka z oblasti psychológie, veľkou mierou podieľajúca sa na publikačnej činnosti v danej problematike, a iní vynikajúci odborníci zaoberajúci sa danou témou.

Na záver možno konštatovať, že posudzovaná odborná publikácia tvorí ucelený logický celok, v ktorom sa prelínajú teoretické, psychologické, organizačné, sociálne, právne a metodické aspekty vyšetrovania trestných činov s drogovým prvkom.

Dezider Bango

Jean Vanier: Cesta k lidství. Praha, Portál, 2004.

Autor knihy Cesta k lidství Jean Vanier je synem bývalého kanadského guvernéra George Vaniera a zakladatelem Archy, mezinárodní sítě komunit pro lidi s mentálním postižením. Archa, dnes světově rozšířená organizace, má ekumenický charakter a neuzavírá se ani lidem bez vyznání. V Arše žijí společně lidé s mentálním i fyzickým handicapem s těmi, kteří s nimi chtějí žít. Vytváří vzájemné vztahy v „rodinných“ domech, dílnách, školách a denních stacionářích. Komunity vznikly v mnoha rozdílných kulturách a v každé z nich se odrážejí etnické a náboženské odlišnosti dané oblasti. Vzájemně však sdílejí společný světonázor a spiritualitu a právě o těchto aspektech pojednává kniha Cesta k lidství.

Cesta k lidství vznikla jako přepis cyklu rozhlasových relací, které Jean Vanier poskytl Kanadské rozhlasové společnosti (CBC) v roce 1998. Pro potřeby tištěné verze autor přednášky mírně upravil a doplnil.

Rozhlasové pásmo a potažmo i kniha se původně mělo jmenovat Ze zmatku k životu, nakonec se však Vanier rozhodl pro název Cesta k lidství. Stát se člověkem je podle něj totiž životním úkolem každého z nás. V knize se s čtenáři dělí o své zkušenosti s vlastním vykoupením na cestu k lidství – to pro něj nastalo v okamžiku, kdy začal žít společně s muži a ženami s mentálním postižením. Tito lidé, na intelektuální a praktické úrovni mnohdy zcela bezmocní, autorovi ukázali nový smysl života. Hranice mezi zdravým a postiženým člověkem je velmi křehká, Vanier hlásá, že člověk s mentálním postižením sice může být omezen ve svém intelektu nebo motorických schopnostech, není však omezen ve své schopnosti milovat. Potřebuje být, jako každý z nás, obklopen láskou a oceňo-

ván jako jedinečná a nikým nenahraditelná bytost. Myšlenka, že každý z nás je jedinečná osobnost obdařená specifickými dary, je jádrem spirituality komunit Archa a hnutí Vira a Světlo, jež Vanier založil spolu s Marie-Helene Mathieu.

Na příkladech lidí, s nimiž se Jean Vanier setkal na svých cestách po komunitách Archa, ukazuje, jakým způsobem lze dosáhnout skutečné osobní svobody, skrze otevření se těm, kteří jsou na první pohled jiní než my. Autor v knize nabízí inspiraci, jak vybudovat společenství rozdílných lidí a jak čerpat ze vzájemného obdarovávání.

Na přebalu knihy najdeme informaci, že autor v textu polemizuje s egoistickými, na výkon a materiální prospěch zaměřenými tendencemi v moderní společnosti. Pro koho je tedy určena? Domnívám se, že může být průvodcem pro některé z těch, kdo cítí potřebu přehodnotit vztah k sobě i k ostatním lidem, popřípadě uvažují o životě v nějakém společenství. Dále bych ji doporučila všem těm, kteří s lidmi s handicapem pracují, ať už profesionálně nebo jako dobrovolníci. A v neposlední řadě rodičům, kteří se vyrovnávají s tím, že jejich dítě má nějaký handicap. Těm tento text může pomoci v tom, aby na své dítě pohlíželi s láskou a něhou a nehlédli v první řadě na to, co mu chybí nebo čím je zraněné.

Kniha je napsána velmi čtivě, jako klad rovněž vnímám i zdařilou grafickou úpravu.

Zdenka Dohnalová

**Paul Henderson & David N. Thomas:
Zručnosti komunitnej práce
v susedstvách, Centrum komunitného
rozvoja, Nitra 2007.**

Na prebale sa dočítame, že držíme v ruke praktickú čítanku, ktorá v rámci anglosaského kontextu podáva poznatky, zručnosti a techniky potrebné pre komunitných pracovníkov a iných praktikov, aby mohli efektívne pracovať v komunitách a s komunitami. Autori dúfajú, že kniha bude slúžiť každému, kto chce rozvíjať skupiny a siete v susedstvách, a pomôže miestnym ľuďom naplňovať potreby a riešiť problémy, ktoré ovplyvňujú ich kvalitu života.

Kniha je určená komunitným pracovníkom, najmä tým, ktorí pracujú v susedstvách, pracovníkom v oblasti sociálnej inklúzie a partnerstiev zamestnaným v ekonomických a sociálnych programoch. Ďalej praktikom, ktorí vo svojej práci používajú metódy komunitnej práce, ako napríklad sociálnym pracovníkom zameraným na mládež, pracovníkom v oblasti komunitného umenia, pracovníkom v oblasti mestského urbanizmu a obnovy, pracovníkom v oblasti rozvoja vidieka, praktikom programu Miestna agenda 21, rehabilitačným pracovníkom a ošetrovateľom, resp. pracovníkom zaoberajúcim sa zdravým spôsobom života a zdravotníckou osvetou, manažérom programov sociálnej inklúzie, komunitného plánovania a miestnych strategických partnerstiev, komunitným lídrom aktívne podporujúcim prácu v susedstvách, študentom kurzov komunitnej práce či práce s mládežou, aplikovaných sociálnych vied a ekonomického rozvoja.

Obsahovo je kniha členená na tri časti. V kratšom úvodnom bloku autori podávajú výklad používaných kľúčových pojmov a popis kontextu, v ktorom kniha vznikla. Táto časť je pre nás zaujímavá pre porovnanie používania pojmov, ale i nahliadnutie do odlišného kontextu a porovnanie s našou súčasnou realitou.

Centrálna časť knihy je členená procesuálne. Od vstupu pracovníka/čky do komunity a jeho/jej zoznamovania sa s ľuďmi a prostredím, cez jeho/jej úvahy o potrebách, cieľoch a rolách, ktoré môže/má zastávať. Pokračuje fázou nadväzovania kontaktov a spájania ľudí, formovaním organizácií a pomocou pri vyjasňovaní cieľov a priorit a udržiavaním chodu organizácií. Strategicky ladená je kapitola o prístupe k priateľom a nepriateľom. Vzťahy s inými skupinami obohacuje o rozmer uvažovania vo vyšších než lokálnych úrovniach a prepájanie akcií v miestnych komunitách s celoštátnou či medzinárodnou politikou. Odchody a zakončenie práce sú popísané v desiatej kapitole.

Čitateľa kniha zaujme zrejme pohľadom na prácu a rozmýšľanie o nej z hľadiska komunitného pracovníka. Kladenie otázok a pro-

ces hľadania odpovedí je silnou stránkou publikácie. Neuspokojení ostanú tí, ktorí hľadajú jednoduché návody typu kuchárskej knihy. Čitateľ je vtiahnutý do procesu rozmýšľania, plánovania, vyhodnocovania a pochybností, ktoré prežívajú komunitní pracovníci počas práce v komunite.

V prílohe sa Ruth Stewart zo Siete vidieckych komunit v Severnom Írsku venuje komunitnému auditu ako procesu komunitného rozvoja. Príspevok je prínosom v popise dopadov kvalitne vedeného auditu na komunitu, rolí, ktoré zastáva pracovník/čka, a vyjasnením, za čo by pracovník/čka nemal/a byť zodpovedný/á. Audit sa zamieruje na rozvoj ľudí a posilnenie a zmocnenie komunity. Zaoberá sa zostavou auditnej skupiny, plánovaním a prípravou procesu, metodológiou zberu a vyhodnocovania dát a predstavením výsledkov.

V závere knihy sú kontakty, ktoré čitateľa uvedú do riešenia komunitnej práce a komunitného rozvoja. Predstavuje ich 29 odkazov na webstránky organizácií zaoberajúcich sa prácou vo vidieckych i mestských komunitách, ako i časopisov pre komunitnú prácu a rozvoj, Príručku komunitného plánovania, Federáciu tréningových skupín komunitnej práce, Alianciu komunitnej práce cirkví, Medzinárodné združenie pre komunitný rozvoj, Spojenú európsku kanceláriu pre sociálny rozvoj a iné. Zoznam použitej literatúry s viac ako stovkou uvedených zdrojov odporúčam do pozornosti najmä študentom a tým čitateľom, ktorí svoj smäd po vedomostiach čítaním Hendersona a Thomasa úspešne zväčšili. Index pojmov prispieva k rýchlej orientácii čitateľa.

Kniha vyšla prvýkrát v roku 1980 vo Veľkej Británii a bola preložená do viacerých jazykov. Do slovenčiny je preložená tretia, ostatná revízia pôvodného textu, na ktorej spolupracovalo množstvo trénerov, konzultantov a praktikov komunitnej práce. Je to jej prvý preklad do slovanského jazyka ako i jazyka užívaného v strednej a východnej Európe.

Kúpiť ju je možné v kníhkupectve Artforum a na Katedre sociálnej práce PdF UK v Bratislave.

Irena Vitálošová

Sociální práce s fotbalovými fanoušky

Sociální práce nemá jednu provždy dané oblasti své působnosti. Jednou z „nových“ oblastí, kde lze uplatnit teoretické i praktické poznatky sociální práce, sociální psychologie či sociální pedagogiky, je prostředí fotbalových fanoušků. Sociální práce s cílovou skupinou fotbalových fanoušků je často vnímána jako synonymum tzv. prevence diváckého násilí, které se stalo předmětem mediálního i sociálněvědního zájmu. Vedle technických (například moderně vystavěných fotbalových arén), represivních (vhodných legislativních úprav trestních řádů) i organizačních opatření (většinou během velkých fotbalových turnajů, jako jsou mistrovství Evropy či mistrovství světa) je potřebné se rovněž zaměřit na aktivitu preventivní, které by vedly ke snížení jednotlivých excesů spojených s fotbalovými zápasy.

Sociální práce s cílovou skupinou fotbalových fanoušků je v zahraničí respektovanou a vysoce etablovanou oblastí (SRN, Anglie či Itálie). Nejdůležitějšími oblastmi konkrétních přímých aktivit práce s fanoušky jsou: opatření ke stabilizaci fan-klubů a regionálních komunit fanoušků pomocí doprovázení a podílení se na skupinových procesech, podpora a posilování individuálních iniciativ a odpovědnosti mezi fanoušky, nekomerční volnočasové nabídky, práce s imigranty, individuální poradenství, asistování v nouzových situacích.

I proto skupina dvanácti fotbalových fanoušků, studentů a studentek sociálněvědních oborů z Karlovy (FHS, FSV) i Masarykovy univerzity (FSS) působících a spolupracujících s občanským sdružením Profotbalfans využila nabídku Britské rady k zajištění týdenního vzdělávacího pobytu v Anglii a Walesu v dubnu 2007. Ve Walesu se naše skupina střetla s jednotlivými fanoušky i zástupci fanouškovských skupin a sociálních pracovníků, kteří se podílejí na tzv. fanambasádách pro velšské fanoušky. Ambasáda pro fanoušky (Fans' Embassy) je jméno pro poradní, informační a podpůrnou službu pro fotbalové fanoušky, kteří za fotbalem cestují, především pro ty, kteří za zápasy vyrážejí na velké turnaje do zahraničí. Existence „ambasád pro fanoušky“ může zlepšit a zpříjemnit program fanoušků na turnaji, a snížit tak možné zdroje diváckého násilí a konfliktů. Hlavní náplní fanambasády je zprostředkovat komunikaci mezi fanoušky, orgány státní správy a organizátory. Část z účastníků vzdělávacího pobytu zajišťovala českou fanambasádu při ME v Portugalsku 2004 a při MS 2006 v Německu, takže dochází k výměně zkušeností a poznatků ohledně

financování těchto akcí a spolupráci s dalšími organizacemi.

Rovněž navštěvujeme velšský fotbalový svaz, kde nás vítá generální sekretář svazu John C. Deakin. Diskuse se věnuje tématům: fotbaloví rozhodčí, velšská reprezentace, rasistické incidenty ve velšském fotbale (spíše ojedinělé výjimky), sociální práce s menšinami, korupce ve fotbale. Poté následuje návštěva stadiónu Cardiff City, kde se setkáváme se Simonem Chiversem (Cardiff Central Police Station), s nímž diskutujeme o fanoušcích a hooligans Cardiffu a bezpečnostních opatřeních při fotbalových zápasech (více než 150 fotbalových chuligánů má v současnosti zákaz vstupu na fotbalová utkání podle zákona o fotbalovém diváctví z roku 1989). Zajímavá je ukázka uzavřeného kamerového systému (CCTV) na stadiónu Cardiffu a sledování videozáznamů z nepokojů zachycených kamerovým systémem z let 2000/2001, kterých se zúčastnili jak domácí, tak hostující příznivci. Chivers nás seznamuje s připravovanými opatřeními před rizikovým druholigovým zápasem Cardiff City vs. Stoke City, stejně tak jako o vztazích a skupinách působících při jednotlivých týmech.

Během celého pobytu se naše skupina dověděla mnoho zajímavých informací o sociální práci a dobrovolnictví zaměřených na oblast fotbalových fanoušků. Informace využijí a budou aplikovat jednotliví zástupci fanouškovských skupin Slovanu Liberec, Bohemians 1905 či Slavie Praha v následujících letech. Lze předpokládat, že i v České republice se tato specifická oblast sociální práce stane etablovanou a uznávanou oblastí a že ojedinělé fanouškovské projekty se osvědčí a budou je následovat mnohé další.

Josef Smolík

Projekt Podpora vytváření systému terénní sociální práce – vytvoření metodických příruček

V sociální práci bývají systémy péče rozlišovány na intramurální, semimurální a extramurální. Toto rozdělení se odráží i v členění sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí ČR na pobytové, ambulantní a terénní. Zejména třetí forma, terénní sociální služby, prochází v posledních letech výraznými změnami ve smyslu vnitřní diferenciaci a kvalitativního i kvantitativního rozvoje. Vývoj probíhá poměrně nerovnoměrně, jak z hlediska geografického, tak ve vztahu k různým typům poskytovatelů sociálních služeb. MPSV ČR na tuto situaci reagovalo projektem Podpora vytváření systému terénní sociální práce, v jehož rámci vyhlásilo veřejnou zakázku Podpora vytváření systému terénní sociální práce – vytvoření metodických příruček, realizovanou v Operačním programu Rozvoje lidských zdrojů, opatření 2.1 Integrace specifických skupin obyvatelstva ohrožených sociální exkluzí.

Cílem veřejné zakázky bylo vytvoření **Metodické příručky pro výkon terénní sociální práce**, včetně uvedení pracovní náplně terénního sociálního pracovníka a terénního pracovníka, aby se zabránilo dvojkoľejnosti a odlišnému přístupu nestátních neziskových organizací a obcí, a **Metodické příručky k výkonu přenesené působnosti v oblasti prosazování práv příslušníků romské komunity a integrace romské komunity do společnosti**. Tato veřejná zakázka byla realizována v období září 2006–květen 2007 katedrou sociální práce Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity v Ostravě.

Úroveň 1: Na tvorbě metodických příruček intenzivně pracovali členové pracovních skupin, které tvořili zástupci krajských úřadů, obcí, neziskových organizací (Člověk v tísni – společnost při České televizi, o. p. s; o. s. IQ Roma servis; o. s. Podané ruce) a Ostravské univerzity. Do tvorby metodik se zapojili i další odborníci (spolupracovníci, nadřízení, supervizoři). Jednotlivé texty zpracoval realizační tým, který texty postoupil k diskusím, připomínkování, doplnění či oponentuře.

Úroveň 2: V průběhu tvorby metodických příruček se objevila potřeba konzultovat vybraná témata s externími odborníky.

Úroveň 3: Odborná veřejnost měla možnost se zapojit do projektu prostřednictvím workshopu, realizovaného v říjnu 2006, tzn. v prvních fázích práce na příručkách.

Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce představuje souhrn dolo-

ručených praktik a postupů, pokrývajících základní činnosti pracovníků v terénních sociálních službách, kteří pracují s vymezenými cílovými skupinami. Metodická příručka je rozdělena na dvě části: obecnou a speciální. **Obecná část** ve svém úvodu vymezuje terénní sociální práci v kontextu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a zabývá se jejími specifiky a základními principy, kompetencemi terénního sociálního pracovníka/terénního pracovníka a nastiňuje možné způsoby spolupráce s dalšími subjekty. Samotnému procesu spolupráce terénního sociálního pracovníka/terénního pracovníka s uživatelem je věnována pozornost v kapitole Základy strukturované práce s uživatelem. Tento text jsme koncipovali také v souladu se Standardy kvality sociálních služeb. Zejména v průběhu koncipování kapitol Typická dilemata terénní sociální práce a Rizikové situace při výkonu terénní sociální práce se v pracovní skupině objevila potřeba tato témata hlouběji diskutovat.

Speciální část se zaměřuje na výkon terénní sociální práce s vybranými cílovými skupinami, jejichž příslušníci jsou nejčastějšími uživateli terénních sociálních služeb. Kapitoly speciální části se věnují specifickým cílových skupin, typickým rysům a úkonům sociální práce s lidmi žijícími v sociálně vyloučených lokalitách, s osobami ohroženými závislostmi, poskytujícími placené sexuální služby, dětmi a mládeží ohroženými spole-

čensky nežádoucími jevy, rodinami s dětmi a osobami bez přístřeší.

Vybrané kapitoly zpracovali odborníci z praxe, kteří s danou cílovou skupinou pracují v jejím přirozeném prostředí. Jednotlivá specifika terénní sociální práce ilustrují příklady dobré praxe, vybrané s ohledem na regionální působnost.

Reformou veřejné správy došlo k ukončení činnosti okresních úřadů a převedení kompetencí na krajské úřady nebo obce s rozšířenou působností. S touto změnou souvisí i přesun výkonu činnosti podporující integraci romské komunity. V rámci přenesené působnosti vznikla na krajích nově ustanovená funkce koordinátora pro romské záležitosti (novela § 67 zákona č. 129/2000 Sb., o krajích, ve znění zákona č. 320/2002 Sb.). Obcím s rozšířenou působností bylo uloženo plnit úkoly napomáhající výkonu práv příslušníků romské komunity a integraci příslušníků romské komunity do společnosti (novela § 6 zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů ve znění zákona č. 320/2002 Sb.). Jako reakce na tuto skutečnost vznikla **Metodická příručka k výkonu přenesené působnosti v oblasti prosazování práv příslušníků romské komunity a integrace rom-**

ské komunity do společnosti, která stanovuje kompetence a úkoly koordinátorů a kompetence a úkoly obcím s rozšířenou působností vyplývající z výkonu přenesené působnosti v dané oblasti a označuje rozsah působnosti, souhrn oprávnění a povinností koordinátora. Výkon funkce koordinátora pro romské záležitosti ilustrují čtyři příklady dobré praxe podpory prosazování práv příslušníků romské komunity a integrace romské komunity do společnosti v kraji z úrovně koordinátora.

V rámci připomínkového řízení jsme oslovili 88 organizací. V jeho průběhu se sešlo 91 připomínek a dalších komentářů, v rámci možností zapracovaných.

Na **Metodickou příručku pro výkon terénní sociální práce** byl vypracován nezávislý odborný posudek, který ji doporučil jako studijní materiál. V únoru byl podle metodické příručky sestaven pilotní výukový kurs Terénní sociální práce pro vysokoškolské studenty sociální práce. Jeho testovací výuka probíhala po dobu jednoho semestru.

Metodickou příručku pro výkon terénní sociální práce si lze stáhnout na webových adresách: www.sluzbyprevence.mpsv.cz, www.osu.cz/metakor.

Kateřina Pavlisková a Dominika Černá

Seznam některých zařízení, institucí a internetových serverů zabývajících se drogovou problematikou v Česku a na Slovensku

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Dříve Meziresortní protidrogová komise
www.vlada.cz/cs/rvk/rkpp/rvkpp_uvod.html

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Portál o legálních a nelegálních drogách
www.drogy-info.cz

Národní protidrogová centrála

Služby kriminální policie a vyšetřování
www.mvcr.cz/policie/npdc/prevence.html

Drop In

Nízkoprahové středisko a jeho působení v Praze
www.dropin.cz

Sananim

Drogový informační server sdružení Sananim
www.sananim.cz

Sdružení Podané ruce

Pomáhá lidem v tíživé životní situaci s jejich drogovými problémy
www.podaneruce.cz

A.N.O.

Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí
www.asociace.org/

Informační portál o primární prevenci

Prevence zneužívání návykových látek zejména na dětní a dospívajícími
www.odrogach.cz

Drogový informační server

Noviny zabývajících se drogovou problematikou
www.drogy.net

Centrum adiktologie

Psychiatrická klinika 1. LF a VFN UK
www.adiktologie.cz

Prev-Centrum

Centrum prevence drogových závislostí
www.prevcentrum.cz

Teen Challenge

Křesťanská nadace na pomoc závislým na drogách, alkoholu
www.teenchallenge.cz

Občianske združenie Prima

Združuje profesionálov a dobrovoľníkov, ktorí prispievajú k riešeniu drogovej problematiky
www.primaoz.sk/

Storm, o. s.

Zabýva sa terénnou prácou s užívateľmi drog
www.storm.ukf.sk/

Prevenca.info

Národný projekt v oblasti problematiky prevencie kriminality a drogových závislostí
www.prevenca.info/

Centrum pre liečbu drogových závislostí

CPLDZ sa zaoberá prevenciou, diagnostikou, liečbou a následnou starostlivosťou poskytovanou občanom pri užívaní psychoaktívnych látok
www.cpldz.sk/

Drogy a dievčatá

Web zameraný proti drogám
www.nikdy.com/

Klub Abstinents v Nových Zámkoch

www.klubabstinentov-nz.sk/

Národné monitorovacie centrum pre drogy

www.infodrogy.sk/

Changenet

Portál informujúci aj o sociálnej oblasti a drogách
www.changenet.sk/?cat=14824

Wybral a zpracoval pbb

Pracovníci v odborném sociálním poradenství se vzdělávají s ohledem na potřeby i specifika uživatelů a v souladu se Zákonem o sociálních službách

PhDr. Libor Novosad, Ph.D., Mgr. Hana Bartoníčková

CEKAS - NVF Praha



Úvodem

Na jakoukoli nepříznivou životní situaci se vztahují obecné zákonitosti příčiny a důsledku. Faktory osobní i sociální se prolínají tak, jak se vyvíjí každý životní osud, jak je každý z nás schopen akceptovat životní nároky, nést odpovědnost za sebe i druhé a přizpůsobovat se okolnostem i proměnám životních podmínek. Sociální poradenství patří k nástrojům podpory jakkoliv znevýhodněných či ohrožených občanů. Poskytuje uživatelům (osobám v nepříznivé sociální situaci) informace o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech, nabízí jim různé možnosti řešení jejich obtížné životní situace a pomáhá tyto možnosti realizovat, popř. navodit podporu přispívající k řešení nepříznivé situace. Cílovou skupinou poraden jsou lidé, kteří vnímají svoji životní situaci jako obtížnou či znevýhodňující a nejsou schopni ji řešit vlastními silami ani s pomocí svého okolí.

I. Moderní sociální poradenství jako forma psychosociální podpory klienta-uživatele

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jeho prováděcí vyhláška rozlišují dvě úrovně poradenské pomoci: Základní sociální poradenství, které je integrální součástí všech druhů sociálních služeb a odborné sociální poradenství, zahrnující občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřízpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Tato služba obsahuje poskytnutí informace nebo konzultace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, vzdělávací a aktivizační služby, pomoc při prosazování práv a zájmů. Rozmanité způsoby takové poradenské péče jsou v daném kontextu:

a) formou pomoci, která aktivitu sociální pomoci zahajuje a zprostředkovává, tj. občan se obrací na pracovníka „poradce“, když se ocitá v obtížné situaci a neví, jak ji řešit, nebo má konkrétnější představu, jak svoji situaci řešit – tedy např. ví, kterou sociální službu nebo péči by potřeboval, ale není schopen se orientovat v kompetencích jednotlivých institucí a požadovaných administrativně-byrokratických či posuzovacích postupech, protože přesně nezná optimální postup vedoucí k získání pomoci;

b) propojujícím prvkem spojují jednotlivé kroky řešení klientovy svízelné situace, pomáhají mu při volbě možných řešení, provázejí ho delší dobu a podporují ho při osamostatňování i při obnově nebo navazování pozitivních sociálních vztahů.

II. Vzdělávací projekt pro poradce

Neurážející, partnerské, akceptující a empatické jednání s lidmi v nepříznivé životní situaci má patřit k výbavě pomáhajícího profesionála, nicméně rutina, paušalizace, předsudky, neinformovanost či naopak přehnaná aktivita pomáhajících stále způsobují problémy i nedorozumění mezi nimi a klienty, což může vést i k posilování závislosti klienta na poskytovaných sociálních službách a dávkách. Právě proto a s ohledem na rostoucí nároky na odbornou vybavenost i praktické dovednosti poradců byl zpracován projekt JPD 3 „Společný a specializovaný systém profesního vzdělávání pracovníků a školitelů v poradenských službách v sociální oblasti pro NNO na území hl. města Prahy“.

Projekt realizuje **Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách (CEKAS)** při **NVF Praha, o.p.s.** ve spolupráci se čtyřmi partnery **Asociací občanských poraden (AOP)**, **Vida o. s.**, **Asociací manželských a rodinných poradců (AMRP)** a **Asociací poraden pro zdravotně postižené (APZP)**. Primární regionální působnost projektu je na území hlavního města Prahy s částečným přesahem do Středočeského kraje. Hlavním cílem projektu je vypracovat, ověřit a do praxe jednotlivých asociací zavést zatím neexistující systém profesního vzdělávání pracovníků a dalších odborníků v sociálním poradenství v České republice. Vytvořením vzdělávacího systému pro školitele a pracovníky sociálního poradenství chtějí realizátoři přispět ke zvýšení kvalifikace a odbornosti pracovníků v poradnách, pomoci zlepšit kvalitu a efektivitu služeb poskytovaných skupinám občanů ohrožených sociální exkluzí. Za stejně důležitý cíl projektu realizátoři považují nutnost vymezit „specifické a společné“ a potřebu definovat mezioborové přesahy v sociálním poradenství, dále zdůraznit potřeby kooperace a informovanosti mezi jednotlivými poradenskými institucemi.

Hlavní cílovou skupinou projektu jsou poradenští pracovníci jednotlivých partnerských asociací, dobrovolníci, začínající pracovníci, zkušení pracovníci a vedoucí pracovníci. Druhou cílovou skupinou projektu jsou odborníci z oblasti poradenství, školitelé poradenských pracovníků, supervizoři apod. Projekt je dvouletý, realizace projektu byla zahájena 1.8.2006, projekt potrvá do 31. 7. 2008.

III. Prezentace partnerů projektu:



Asociace občanských poraden (AOP) byla založena v roce 1997. AOP je servisní a zastřešující organizací pro členské občanské poradny. Ke konci května 2007 bylo v AOP sdruženo 38 občanských poraden z celé České republiky. Občanské poradny jsou nestátní neziskové organizace, které pomáhají lidem v obtížných životních situacích. Občanské poradny kladou zvláštní důraz na zpřístupnění svých služeb občanům, jejichž zdravotní, sociální a kulturní situace limituje jejich možnost uplatnění ve společnosti.

Občanské poradny poskytují občanům poradenství v následujících oblastech: sociální dávky; sociální pomoc; pojištění; pracovní právní vztahy a zaměstnanost; bydlení; rodina a partnerské vztahy; majetkoprávní vztahy a náhrada škody; finanční a rozpočtová problematika; zdravotnictví; školství a vzdělávání; ekologie; právo životního prostředí; ochrana spotřebitele; základy práva ČR; právní systém EU (úvod do práva EU; volný pohyb osob v rámci EU; sociální dávky v rámci EU; ochrana spotřebitele v EU; přibližování českého práva právu EU; občanské soudní řízení; veřejná správa; trestní právo; ústavní právo).

Občanské poradenství je dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 jednou ze služeb odborného sociálního poradenství. Toto poradenství je charakteristické systémem práce s klientem, zplnomocňováním klienta a komplexním přístupem k němu a jeho situaci. Poradenství je poskytováno v 18 oblastech, a to ve 4 úrovních: informace, rada (orientovaná na dojednané řešení problému), aktivní pomoc (přístup k řešení problému) a asistence (doprovázení, vyjednávání a zastupování). Poradenství je poskytováno na těchto principech:

- bezplatnost služby pro klienta;
- nezávislost při poskytování rady na jakýchkoli politických, obchodních, náboženských aj. vlivech;
- diskretnost: bez souhlasu klienta nebudou poskytnuty podrobnosti jeho dotazu mimo občanskou radu;
- nestrannost: stejné služby pro všechny klienty bez rozdílu rasy, pohlaví, náboženského přesvědčení.

Poradny mají za úkol svým klientům:

- poskytovat věcně správné informace a rady,
- kontakty na jiná odborná pracoviště,
- být jim průvodcem po celou dobu jejich obtíží.



Naše motto “Komu je rady, tomu je pomoci”

Občanské sdružení **VIDA** pracuje od roku 2003 v oblasti duševního zdraví a nemoci. VIDA je celonárodní organizace lidí s duševním onemocněním, která smysluplně využívá osobní příběh k pomoci stejně nemocným lidem, rodičům a příbuzným, široké veřejnosti. Posláním sdružení je aktivizovat a udržovat aktivní zapojení lidí s duševním onemocněním do systému péče o duševně nemocné. Záměrem všech činností VIDA je dát odpověď na čtyři potřeby: **(a) využít potenciál uživatelů péče o duševní zdraví, jejich důvěrné znalosti nemoci, léčby a životních situací duševně nemocného člověka; (b) podat uživatelům péče potřebné zasvěcené informace o léčbě a životě, o řešení rozličných zátěžových situací, které s sebou nemoc nese, z pohledu toho, kdo sám tím vším prošel a ví přesněji než profesionál, co se může stát a jaká řešení a postoje jsou nejschůdnější a současně životu a rehabilitaci nejpřínosnější (dobré zkušenosti); (c) dát uživatelům péče strukturovanou činnost, při níž by aktivně pomáhali a současně, skrze poskytování pomoci, se rehabilitovali; (d) napomáhat aktivizovat uživatelské hnutí.**

Hlavním projektem občanského sdružení VIDA je zakládání, provozování a rozvoj **VIDA center**. VIDA centra jsou informačně-poradenská centra pro problematiku duševního zdraví a nemoci, kde lidé s duševním onemocněním (dále jen uživatelé) poskytují bezprostřední podporu a cílené informace v oblasti duševní nemoci a péče o duševní zdraví. V tomto projektu v současné době pracuje 61 lidí (51 uživatelů a 10 profesionálů). **VIDA centra působí nejen v rámci návštěvních hodin, ale také v psychiatrických léčebnách, na telefonu, e-mailem** apod. Působí v Brně, Jeseníku, Jihlavě, Kolíně, Pardubicích, Plzni, Praze, Rakovníku a Ústí nad Labem. Dále nabízíme besedy, informování z pohledu uživatelů, poskytování zpětné vazby poskytovatelům psychiatrické péče. Každý rok pořádáme tři celorepubliková setkání, různé vzdělávací akce atd. V roce 2006 měla VIDA a VIDA centra 492 klientů, kteří se na centra obrátili s 670 dotazy.

Od roku 2005 funguje **Program prevence** (besedy a přednášky na školách, informační akce např. na veletrzích, akce pro širokou veřejnost) a Mediální skupina (spolupráce na osvětových kampaních, spolupráce s médii, produkce animovaného spotu apod.). Činnost VIDA center a všechny programy vedou s pomocí profesionála uživatelé sami.



Asociace manželských a rodinných poradců ČR

Asociace manželských a rodinných poradců (AMRP) vznikla v květnu 1990 jako profesní sdružení psychologů, sociálních pracovníků a dalších odborníků působících především v tehdejších manželských a předmanželských poradnách (nyní poradnách pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy). V současné době jsou jejími členy také další kolegové poskytující analogické služby buď na komerční bázi nebo v některých zdravotnických zařízeních. Klientelu manželského a rodinného poradce představují rodiny, manželské a partnerské dvojice i jednotlivci, kteří reprezentují své potíže jako životní problémy či krize a nežádají léčbu duševního onemocnění. Manželské a rodinné poradenství se opírá především o teorie techniky psychoterapie a nebo o systémový přístup k mezilidským vztahům. Manželští a rodinní poradci poskytují v souladu s platnými zákony klientům odborné poradenské a terapeutické služby.

Asociace se zaměřuje především na udržování a zvyšování profesních kompetencí, připravuje a realizuje kurzy, výcviky, supervize a další vzdělávací aktivity. O dosažené kvalifikaci vydává kvalifikační osvědčení. Dále AMRP zastupovala zájmy pracovníků poraden v průběhu reformy státní správy a tvorby zákona o sociálních službách a bránila obor před jeho zrušením, resp. komercializací.

V současné době působí v ČR více než 70 pracovišť pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, jejichž služby jsou hrazeny z veřejných prostředků krajů, měst či obcí. Právní postavení těchto poraden je vymezeno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Manželské a rodinné poradenství je odborným sociálním poradenstvím podle § 37 odst. 3.

Asociace manželských a rodinných poradců sdružuje v současné době téměř 250 kvalifikovaných poradců a sociálních pracovníků.

Cíle AMRP - především **udržování a zvyšování profesních kompetencí psychologů a sociálních pracovníků pracujících v poradnách pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy po celé republice**. V krátké době od vzniku AMRP byly vytvořeny a přijaty Kvalifikační požadavky manželských a rodinných poradců ČR, které jsou srovnatelné s požadavky ostatních evropských zemí, nejvíce Rakouska.

V souladu s evropskými standardy v sociální práci má Asociace manželských a rodinných poradců zpracovány Minimální standardy poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy a Etický kodex.

Členové AMRP a pracovníci poraden již při vstupu do oblasti manželského a rodinného poradenství musí splňovat základní kvalifikační předpoklady - pro pozici poradce to je vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie, humanitní obory a praxe v oboru včetně sebezkušenostního výcviku; pro pozici sociálního pracovníka pak nástavbové a vyšší odborné vzdělání v oblasti sociálně právní, sociální práce nebo bakalářské a magisterské studium v těchto oblastech, praxe a v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách také odborná způsobilost. V průběhu své odborné praxe jsou zapojeni do celoživotního vzdělávání, zvyšování kvalifikace a supervize. Vedle rozvoje profesních kompetencí pracovníků poraden a reprezentace oboru směrem k odborné a laické veřejnosti je hlavním cílem AMRP ochrana klientů před nekvalifikovaným působením.

AMRP spolupracuje s MPSV ČR i s dalšími odbornými organizacemi, např. s Asociací linek důvěry, Národním centrem pro rodinu, Českomoravskou psychologickou společností, Unii psychologů, Národním vzdělávacím fondem CEKAS, Bílým kruhem bezpečí atd.

IV. Kontaktní údaje partnerů projektu:

Asociace občanských poraden
Tachovské náměstí 3
130 00 Praha 3

Tel.: 222 780 599
Fax: 222 212 723

E-mail: aop@adam.cz
www.obcanske-poradny.cz

Vida o. s.
V Horkách 12
140 00 Praha 4

Tel.: 233 372 668
MT: 775 585 352

E-mail: vida@vidacentrum.cz
www.vidacentrum.cz

**Asociace manželských
a rodinných poradců**
V. Huga 4
150 00 Praha 5

Tel.: 257 325 638
MT: 739 374 402
Fax: 257 325 638

E-mail: prezidium.amrp@seznam.cz
www.amrp.cz



Sdružení Podané ruce, o. s. Vás srdečně zve na odborný seminář s mezinárodní účastí

DROGOVÉ SLUŽBY V ZRCADLE

uspořádaný jako příležitost k zamyšlení a reflexi nad současným vývojem v oblasti nejen drogových služeb

5. - 7. listopadu 2007 v areálu Regionálního centra Olomouc v Olomouci.

Děláme všechno, co umíme? Využíváme všech možností? A jak o tom přemýšlíte vy?

Cílem setkání je dát prostor těmto otázkám, pokoušet se společně nacházet odpovědi, hypotézy a otevírat nové možné pohledy.

V rámci semináře očekáváme vystoupení těchto zahraničních lektorů:

- » **Dr. Russell Newcombe** - Lifeline, Liverpool, Velká Británie
- » **Aidan Gray** - Rugby House, London, Velká Británie
- » **Debbie Savage** - St. Patricks Centre for Community Health, Birmingham, Velká Británie

Přesný harmonogram semináře bude upřesněn v nejbližších dnech.

Témata:

- | | |
|--------------------------|------------------|
| » reflexe služeb v kraji | » gambling |
| » prostituce a drogy | » NZD |
| » mobilní uživatelé | » cocain a crack |
| | » prevence |

Účastnický poplatek se nehradí. Jelikož je však počet účastníků semináře omezený, zasílejte své předběžné přihlášky s uvedením jména a kontaktní poštovní a e-mailové adresy co nejdříve v elektronické podobě na: ies.ol@podaneruce.cz nebo v písemné podobě na adresu:

Sdružení Podané ruce, o. s. - I.E.S., Sokolovská 41, 772 00 Olomouc.

OBJEDNÁVKA PŘEDPLATNÉHO 2006 Tuto objednávku vystřihněte a odešlete na adresu redakce

Jméno a adresa objednatele (uvádějte prosím včetně čísla popisného a PSČ):

Fakturační adresa (Uvádějte prosím tehdy, je-li fakturační adresa odlišná od adresy zasilací. Platí pro objednávky organizací.):

tel./mobil:

e-mail:

IČO, DIČ objednatele:

Závazně objednávám předplatné časopisu SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNÁ PRÁCA:
celý ročník 2007 (set 4 čísel) ☐ (vypište počet kusů)

☐ ks 1/07 Role sociálního pracovníka

☐ ks 3/07 Sociální práce s lidmi se závislostí

☐ ks 2/07 Sociální práce s imigranty

☐ ks 4/07 Praxe a supervize v sociální práci

Prosím o zaslání minulých čísel (vypište počet kusů):

☐ ks 4/06 Bezdomovectví

☐ ks 3/04 Komunitní práce*

☐ ks 3/06 Organizační kultura

☐ ks 2/04 Rodina a péče o seniory*

☐ ks 2/06 Domácí násilí**

☐ ks 1/04 Standardy kvality v sociální službě*

☐ ks 1/06 Sociálně-právní ochrana dětí**

☐ ks 4/03 Sociální práce v romských komunitách*

☐ ks 4/05 Probační a mediační služba**

☐ ks 3/03 Teorie a metody sociální práce*

☐ ks 3/05 Rovné příležitosti**

☐ ks 2/03 Děti a náhradní výchovná péče*

☐ ks 2/05 Sociální práce s rodinou**

☐ ks 1/03 Vzdělávání

☐ ks 1/05 Aktivní politika zaměstnanosti

☐ ks 2/02 Romové v české společnosti*

☐ ks 4/04 Hodnoty a etika v sociální práci*

☐ ks 1/02

* Čísla označená hvězdičkou již nejsou dostupná v tištěné podobě. Můžeme Vám je zaslat v el. formátu (PDF – pro Acrobat Reader). Cena je shodná s cenou výtisku. V případě zájmu toto číslo odešleme na Vámi uvedenou e-mailovou adresu. Velikost souboru se pohybuje kolem 1 MB.

** Tato čísla si můžete zdarma stáhnout z našich webových stránek.

Druh předplatného (zakřížkujte):

☐ studentské – 4 x 99 Kč za rok 2007: celkem 396 Kč

☐ občanské – 4 x 129 Kč za rok 2007: celkem 516 Kč

☐ pro organizace – 4 x 229 Kč za rok 2007: celkem 916 Kč

Studenty (kromě MU) žádáme o zaslání potvrzení o studiu (možno i e-mailem scan ISiCu – oboustranně).

Výtisky starších čísel časopisu (do roku 2005 včetně) prodáváme za nižší cenu oproti ceně za ročníky 2006 a 2007. Cena jednoho staršího výtisku činí: 189 Kč pro organizace, 89 Kč pro občany nebo 59 Kč pro studenty.

Platbu provedu (zakřížkujte):

☐ složenkou

☐ převodem z účtu

Adresa redakce: Časopis Sociální práce/Sociální práce • ASVSP, Joštova 10, 602 00 Brno • tel.: +420 774 324 983 (13–16 hodin) • fax: +420 549 491 920 • IČO: 49465619, číslo účtu: 777630001/2400 (E-banka) • e-mail: socprace@fss.muni.cz • www.socialniprace.cz

Podpis/podpis a razítko: