

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Mgr. Zuzana Kocianová

Profesiogram jako východisko pro další vzdělávání sociálních pracovníků v nízkoprahových kontaktních centrech pro drogově závislé

Professiogram as the basis for further training of social workers in low- threshold centers for drug addicts

Praha 2015

Vedoucí práce: doc. PhDr. Oldřich Matoušek, CSc.

Děkuji především doc. PhDr. Oldřichu Matouškovi, CSc. za odborné vedení bakalářské práce, za jeho cenné připomínky, a za jeho čas a ochotu podílet se na tvorbě této práce.

Děkuji také všem participantům za jejich čas a ochotu zúčastnit se výzkumu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 4. 12. 2014

Mgr. Zuzana Kocianová

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je vypracovat profesiogram jako východisko pro další vzdělávání sociálních pracovníků v nízkoprahových kontaktních centrech pro drogově závislé. Bakalářská práce mapuje pracovní náplň sociálního pracovníka v nízkoprahových kontaktních centrech pro drogově závislé, zejména běžné činnosti, jejich frekvenci, míru zátěže, náročné situace, jejich frekvenci, čím zatěžují, jaké požadavky jsou kladeny na pracovníka ve smyslu psychické a fyzické odolnosti, jaké jsou kladeny nároky na týmovou spolupráci, spolupráci s jinými organizacemi, kvalifikační a znalostní předpoklady úspěšného zvládnutí profese, potřeby týkající se podpory pracovníků při výkonu profese a jejich dalšího vzdělávání, atd. Na základě zjištěných informací je vypracován profesiogram sociálního pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru pro uživatele drog. V teoretické části bakalářské práce je představeno, co je profesiogram, pro jaké účely se sestavuje, jakými metodami jej lze sestavit. Uvádím zde, co obnáší profese pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru, jaký je kontext organizace, ve které sociální pracovník pracuje, jaký je profil klienta nízkoprahového kontaktního centra, jaké jsou potřeby cílové skupiny klientů – kritické shrnutí teorií a výzkumu jak zahraničních, tak i českých a je zde popsán i systém služeb pro cílovou skupinu v ČR (terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, detoxifikační léčba, ambulantní léčba, střednědobá ústavní léčba, denní stacionáře, terapeutické komunity, doléčovací programy). V praktické části jsou analyzovány a interpretovány odpovědi na výzkumné otázky. Použitými metodami získávání dat je samostatně vytvořený dotazník odpovídající potřebám tohoto výzkumu, dále časový snímek dne, pozorování, rozhovor a vlastní zkušenost. V diskusi se věnuji bakalářské práci poněkud více kriticky a zachycuji zde možnosti a meze vhodnosti použitých metod, zhodnocuji adekvátnost kapitol v teoretické části a uvádím možné alternativy výsledků při jinak nastavených podmínkách pro kontaktní centra - více finančních prostředků. Souhrn je přehledem celé bakalářské práce. V závěru je zhodnoceno, do jaké míry došlo k naplnění cílů práce a je zde uvedena možnost dalšího využití bakalářské práce pro praxi.

Klíčová slova

profesiogram, sociální pracovník, nízkoprahové kontaktní centrum, uživatel drog, znalosti, dovednosti, osobnostní předpoklady

Abstract

The aim of the bachelor thesis is to develop a professionogram as the basis for further training of social workers in low-threshold centers for drug addicts. The bachelor thesis maps the workload of social workers in low-threshold centers for drug addicts, especially ordinary activities, their frequency, level of stress, challenging situations, their frequency. Find out what requirements are imposed on a worker within the meaning of mental and physical endurance, what demands are placed on teamwork, cooperation with other organizations, qualification and knowledge for successful completion of the profession, the need for support staff in the exercise of their profession and continuing education, etc. Based on the information drawn, a professionogram for a social worker in a low-threshold center for drug users is created. In the theoretical part of the thesis, what is a professionogram, for what purposes it is compiled, what methods it can be built. Here I make sense of the profession of a social worker in low-threshold centers for drug addicts, which is the context of the organization in which the social worker is working, what is the profile of the client - low-threshold center, what are the needs of the target group of clients - a critical summary of the theories and research both foreign as well as Czech and there is described a system of services for the target group in the Czech Republic (outreach programs, drop-in contact centers, detoxification treatment, outpatient treatment, medium-term inpatient treatment, day care centers, therapeutic communities, aftercare programs). In the practical part, answers to research questions are analyzed and interpreted. The methods of data collection are individually created questionnaires meeting the needs of this research, as well as the time frame of the day, observations, interviews and personal experience. The discussion is devoted to the bachelor thesis somewhat more critically and examines the possibilities and limits of the appropriateness of the methods used, evaluates the adequacy of the chapters of the theoretical part and mentions possible alternative results in otherwise set conditions for contact centers - more funding. Summary is an overview of the whole of the thesis. In conclusion, it is evaluated to what extent the objectives of the bachelor work have been achieved and here is presented the possibility of further use of the bachelor thesis for practice.

Key words

professionogram, social worker, low-threshold contact center, drug user, knowledge, skills, personality traits

OBSAH

I	TEORETICKÁ ČÁST	
1	Úvod	9
2	Profesiogram	10
2.1	Co je profesiogram	10
2.2	Účel profesiogramu	11
2.3	Metody sestavování profesiogramu	12
3	Kontext organizace, ve které sociální pracovník pracuje	14
4	Profese pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru	17
5	Profil klienta nízkoprahového kontaktního centra	19
6	Potřeby cílové skupiny klientů- kritické shrnutí teorií a výzkumu	22
6.1	Zahraniční studie	22
6.2	České studie	23
7	Systém služeb pro cílovou skupinu v ČR	26
7.1	Terénní programy	26
7.2	Nízkoprahová kontaktní centra	27
7.3	Detoxifikační léčba	29
7.4	Substituční léčba	29
7.5	Ambulantní léčba	30
7.6	Střednědobá ústavní léčba	30
7.7	Denní stacionáře	30
7.8	Terapeutické komunity	31
7.9	Doléčovací programy	31
II	PRAKTICKÁ ČÁST	
8	Cíl šetření, výzkumné otázky, formulace hypotéz	32
9	Metody získávání dat	35
9.1	Profesiografický dotazník	35

9.1.1	<i>Relevantnost použitých otázek v dotazníku ve vztahu k výzkumným hypotézám</i>	35
9.1.2	<i>Kvantitativní výzkum</i>	38
9.2	Časový snímek dne	39
9.3	Pozorování	40
9.4	Rozhovor	40
9.5	Zkušenost	40
10	Výběr respondentů, dalších dat a etika výzkumu	41
11	Výsledky šetření a analýza dat	41
11.1	Profesiografické dotazníky	42
11.2	Časové snímky dne	50
12	Interpretace výsledků a sestavení profesiogramu	51
13	Návrh vzdělávacích programů	62
14	Diskuse, souhrn a závěr	69
15	Seznam použité literatury	74
16	Seznam tabulek	77
17	Seznam příloh	79
18	Přílohy	80

Seznam použitých zkratek

ARO/ anesteziologicko resuscitační oddělení

EMCDDA/ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti)

bc/ bakalářské

HIV/ Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

IHRA/ International Harm Reduction Association

JIP/ jednotka intenzivní péče

KC/ kontaktní centrum

KP/ kontaktní pracovník

mgr/ magisterské

NTA/ National Treatment Agency for Substance Misuse

OPL/ omamné a psychotropní látky

RVKPP/ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SP/ sociální pracovník

SŠ/ střední škola

VOŠ/ vyšší odborná škola

VŠ/ vysoká škola

1. LF UK/ 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě mého předchozího absolvovaného studia oboru adiktologie na 1. LF UK a na základě zkušeností s danou cílovou skupinou- uživateli drog. Kontaktní práce s problémovými uživateli drog patří mezi pomáhající profese kladoucí na pracovníky zvýšené psychické, fyzické, znalostní i dovedností nároky. Z uvedeného vyplývá potřeba zvýšené psychické odolnosti chránící dané pracovníky mimo jiné také před syndromem vyhoření, nároky na průběžné vzdělávání pracovníků a nároky na celou řadu dovedností potřebných pro výkon práce kontaktního pracovníka v nízkoprahovém KC pro uživatele drog- komunikační dovednosti, práce s motivací, řešení krizových situací, atd. Některé požadavky na pracovníky KC jsou vymezeny Standardy odborné způsobilosti RVKPP, některé jsou postaveny na dobrovolnosti a zvážení každého pracovníka, co je pro něj konkrétně vhodné a v čem on sám cítí, že by se měl zlepšit. Ke zlepšení své profesionality a také ke splnění každoročních kvalifikačních požadavků může pracovník využít další vzdělávání, kterým se má na mysli průběžné obnovování, prohlubování, zvyšování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. V současné době je na základě zákona č. 366 ze dne 6. listopadu 2011 zaměstnavatel povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Další vzdělávání má různou formu, může být poskytováno prostřednictvím specializačního vzdělávání zajišťovaného vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka; dále pak účastí v kurzech s akreditovaným programem; odbornými stážemi; a také účastí na školicích akcích.

V této práci se snažím určit míru každodenní psychické i fyzické zátěže kontaktního pracovníka; vybavenost na psychickou zátěž; četnost náročných situací a způsob jejich řešení; běžné každodenní situace; úroveň teoretické připravenosti- vzdělání a míru podpory ze strany zaměstnavatele- supervize, podpora při vzdělávání. Ze získaných informací prostřednictvím zvolených výzkumných metod, kterými byly profesiografický dotazník, časový snímek dne, pozorování, rozhovor a pro ucelenější informace také vlastní zkušenost, jsem sestavila profesiogram kontaktního pracovníka v nízkoprahovém KC pro uživatele drog a navrhla další vzdělávání pro tyto pracovníky.

2 Profesiogram

2.1 Co je profesiogram

Profesiogram je, jak uvádí autoři Kohoutek a Štěpaník (2000) odborný popis a rozbor povolání a z něho vycházející popis nároků profese na organismus, psychiku a celou osobnost člověka. Hojně se využívá v oblasti pedagogické (výchovný poradce ve školách, pedagogicko- psychologické poradny), ve zdravotnictví a je využíván i pro sociální pracovníky v různých oblastech. *Profesiografie* je metoda, která se zabývá rozбором jednotlivých profesí. Rozbor je na úrovni psychologické, pedagogické, fyziologické, ekonomické aj. Jedná se o popis činností a stanovení požadavků určitého povolání na osobnost člověka a popis podmínek, za nichž má být dané povolání vykonáváno. Popis je prováděn podle předem připravených klasifikačních hledisek, kritérií, shrnovaných zpravidla pod názvem profesiografická schémata. Profesiografie se zabývá také pozitivními a negativními zpětnými účinky práce na člověka, např. vzhledem k utváření rysů jeho osobnosti, vzhledem k jeho tělesné i duševní výkonnosti apod. Profesiogram se dělí na část *obecnou*, která charakterizuje to, co člověk v profesi činí; a na část *speciální*, která vymezuje přesné a dominující požadavky na somatické a psychické funkce člověka. Profesiogramy můžeme také dělit podle toho, pro jaké účely je používáme. *Profesiogramy klasifikační* jsou určené většinou pro profesionální informaci a profesionální orientaci, kdežto profesiogramy sloužící jako podklad k dalšímu podrobnějšímu studiu v rámci jedné profese se nazývají *profesiogramy analytické*. *Profesiogramy klasifikační* poskytují výčet klasifikačních hledisek, podle kterých je možno jednotlivé profese seřadit: např. podle intelektuálních nároků, podle nároků na paměť, pozornost, vyrovnanost atd. Těchto hledisek bývá několik desítek a podle každého z nich můžeme srovnávané profese třídit určitým způsobem. *Profesiogramy analytické* se svými schématy v mnohem větší míře přizpůsobují cíli a předmětu výzkumu. Vždy musí rozlišovat popis konkrétních činností a výsledek vysuzování. Ten je vždy hypotézou, kterou je nutno teprve verifikovat. Profesiogram sestává ze dvou samostatných složek. První složkou analýza a popis samotné profese, to znamená jaké činnosti a k tomu vázané povinnosti profese obnáší. Druhou složkou je pak stanovení požadavků, které daná profese klade na uchazeče, a to z hlediska psychologického, fyziologického, ekonomického, atd. Z uvedeného vyplývá, že profesiogram, který se skládá pouze z jedné nebo druhé části, nejčastěji pouze ze složky stanovení požadavků aniž by došlo k popsání činností, nelze takovýto profesiogram považovat za odborný a objektivní. (Kohoutek, Štěpaník, 2000).

2.2 Účel profesiogramu

Účel profesiogramu (Kohoutek, Štěpaník, 2000) určuje záběr a zaměření profesiogramu, který sestavujeme. To znamená, že jiný je profesiogram pro účely orientační v dané profesi, pro účely profesionální orientace dorostu a jiný pro účely zlepšení obsahové a formální stránky pracovníků. Profesiogram umožňuje předpovědět, jak bude daný člověk v dané profesi úspěšný. Současně je ale nutné odhadnout, za jak dlouho a do jaké míry se dají určité návyky, znalosti a dovednosti vyvinout procesem učení, tedy získat v průběhu pracovní činnosti. Jsou totiž profese, kde je pro správný výkon potřeba dlouhý odborný výcvik, a jsou profese, které může průměrný člověk co do znalostí a dovedností vykonávat po několikadenním zaučení. Srovnáme-li *profesiogram* s *psychogramem* (profil osobnosti pracovníka), tak nesmíme opomenout jednu důležitou složku každé pracovní činnosti, která významným způsobem ovlivňuje proces učení, a tou je motivace. Mezi motivaci můžeme zařadit zájmy, potřeby, postoje, cíle a ideály, morální kritéria, hodnotový systém a celkový typ modální orientace osobnosti. Lze nalézt povolání, která se shodují ve svých nárocích na požadavky a osobnost pracovníka a jsou si i blízké svými pracovními podmínkami, za kterých se vykonávají. Takto vzájemně si podobná povolání se sdružují do skupin příbuzných povolání, tzv. rodin, v anglické terminologii se nazývají *job families*. Takto se dají sdružovat povolání pomocí tzv. trsové analýzy, která souvisí s teoriemi modálních orientací osobnosti, která tvrdí, že každý člověk má tendenci tíhnout k určité skupině podobných činností a tím upřednostňují určitá povolání. Nutno dodat, že většina lidí může vykonávat mnoho rozdílných povolání, jelikož existují rozsáhlé možnosti kompenzace jinými přednostmi dané profese (Kohoutek, Štěpaník, 2000).

2.3 Metody sestavování profesiogramu

Existuje mnoho způsobů, jak sestavit profesiogram. Níže jsou dle Kohoutka a Štěpaníka (2000) uvedeny nejdůležitější metody:

Volný popis povolání

Tato metoda slouží pouze pro orientaci. Osobám, které vykonávají profesi a osobám, které jsou s danou profesí dobře obeznámeni, se zadá, aby co nejpodrobněji a přitom věcně napsali vlastnosti, které jsou pro danou profesi v daných podmínkách nezbytné. Výsledky se poté shrnou a porovnají se a analyzují rozdíly v názoru na danou profesi.

Snímek pracovního dne

Tato metoda se provádí tak, že zástupci dané profese procentuálně vyjádří podíl činností za svůj typický pracovní den. Pro usnadnění je možné poskytnout inventář činností, kde jsou jednotlivé činnosti již vypsány, respondent nemusí tyto činnosti sám vymýšlet, čímž se zamezí i opomenutí určitých činností.

Analýza kritických událostí

Na základě rozhovoru či písemnou formou s přímými účastníky profese a s vedoucími pracovníky se určí nejčastější kritické události v dané profesi, nejčastější příčiny selhání nebo nutnosti dané místo opustit. Dále se zjišťují konkrétní příčiny, proč musel pracovník místo opustit či proč selhal v určité činnosti. Jednotlivých pracovníků se ptáme, zda někdy uvažovali o tom, že opustí pracovní místo a co je k tomu případně vedlo. Dále se zajímáme o názory pracovníků, které události dle jejich názoru vedou k nejčastějším kritickým událostem, či dokonce k selhání a neschopnosti dané místo vykonávat.

Dotazníková metoda

Považuje se za vhodné, aby dotazník vyplňovali jak přímí vykonavatelé profese, tak experti. Opět se získané výsledky porovnávají a analyzují. Srovnáním stanovených nároků profese a výsledků hodnocení jednotlivých pracovníků můžeme dát podněty pro profesní a osobnostní rozvoj těchto pracovníků, protože tím zviditelňujeme jejich přednosti a nedostatky. Za směrodatné se dají považovat hodnoty uváděné více než 50 % posuzovatelů. Za optimální počet považujeme čtyřicet posuzovatelů.

Metoda rozhovoru

Výsledky ze všech výše aplikovaných metod se konfrontují s osobními rozhovory s předními vykonavateli profesí a zasvěcenými řídicími pracovníky a společně se pak snažíme dobrat kvalitativní analýzou k pochopení případných sporných údajů a k sestavení konečných závěrů pro profesiogram. Využití výše uvedených metod nám může dát hodnotný, adekvátní popis sledovaných pracovních míst s nároky, které na pracovníky kladou. Pro další zpřesnění žádoucích vlastností se dá poté využít aplikace odborných *psychodiagnostických metod* psychologem (Kohoutek, Štěpaník, 2000).

3 Kontext organizace, ve které sociální pracovník pracuje

Nízkoprahová kontaktní centra pro uživatele drog dle autorů Libry a Kaliny (Libra, Kalina, et al., 2003) nabízejí svým klientům kontaktní služby, poradenství, programy snižování rizik, motivační trénink, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování detoxifikace a ústavní nebo ambulantní léčby. Cílovou skupinu tvoří problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich rodiny a blízcí. Často bývají KC první službou, kterou tito uživatelé využijí. Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Klienti mohou využít anonymního kontaktu, což vede k odbourání stigmatizace z návštěvy odborného zařízení, lépe dojde k navázání kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky (Libra, 2003).

Nízkoprahové služby jsou založeny na principech přístupu „harm reduction,“ (IHRA, 2010), který směřuje k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů souvisejících s užíváním drog. Důraz se tedy klade na prevenci rizik či škod a zaměření na osoby, které v užívání drog pokračují. Cílem přístupu „harm reduction“ je ochrana veřejného zdraví (IHRA, 2010).

Mezi základní služby poskytované KC patří podle Mravčíka a kol. (Mravčík et al., 2009) zejména prevence infekčních nemocí a to prostřednictvím poskytování informací, distribucí letáků upozorňujících na nebezpečí infekčních chorob a dalších zdravotních problémů, vzdělávání a motivace k bezpečnější aplikaci drog a k bezpečnému sexu, výměnný program jehel a stříkaček, distribuce kondomů, poskytování nebo zprostředkování testování infekcí a případné další zdravotní péče (Mravčík et al., 2009). Dále autoři (Mravčík et al., 2009) uvádějí, že k důležitým službám KC patří prevence předávkování, která je prováděna prostřednictvím poradenství a tréninku uživatelů drog v rámci těchto služeb. Mezi hlavní témata vzdělávání patří první pomoc v případě předávkování, rizika kombinování drog a zásady bezpečnějšího užívání. Většina KC poskytuje anonymně poradenství v těchto oblastech i prostřednictvím E-mailu či telefonu. K dispozici je také mnoho informačních materiálů, které zpracovávají přímo samotná zařízení, některé z nich jsou i v cizích jazycích (zejména v romštině a ruštině, ale i v angličtině, např. v rámci Safer Party Tour). Sdružení Podané ruce (Brno) zpracovalo manuál pro bezpečnější (injekční) užívání drog, který je dostupný na internetu. Pracovníci nízkoprahových zařízení, především terénních programů, jsou proškoleni v poskytování první pomoci v případě předávkování u klienta (Mravčík et al., 2009).

Je nutno však dodat, že většina uživatelů drog není v kontaktu s KC, často se nedaří tuto populaci účinně oslovit existujícími způsoby intervencí, nebo existující služby neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují. A jak uvádí Rhodes (1999) v takovýchto případech se jeví jako účinná intervence terénní práce, která se zaměřuje na ty jednotlivce, kteří nejsou v kontaktu se stávajícími službami a kteří odbornou pomoc potřebují (Rhodes, 1999). Podle EMCDDA (2001) se terénní programy zaměřují na těžko dostupnou populaci uživatelů drog, tedy takovou, která není v kontaktu s žádnými odbornými službami. Mezi nejrizikovější cílovou skupinu patří skupiny mladých uživatelů drog (EMCDDA, 2001). Terénní programy jsou ve Standardech odborné způsobilosti (RVKPP, 2003) definovány jako služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu snižování rizik s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení. (RVKPP, 2003). Dle Rhoda (1999) je terénní práce metoda, která šíří informace o možných zdravotních rizicích, čímž tedy pomáhá ke zdravotnické osvětě, podporuje změny směrem od rizikového chování a snaží se o udržení těchto pozitivních změn v chování (Rhodes, 1999). Jedním z takových zdrojů informací pro klienty nízkoprahových programů v hl.m. Praha je např. časopis Dekontaminace vydávaný o. s. SANANIM. Terénní pracovníci ho distribuují mezi aktivní uživatele návykových látek a je také k dispozici v kontaktní místnosti pro klienty KC. Časopis obsahuje informace týkající se bezpečného užívání drog, bezpečného sexu, sítě léčebných zařízení pro uživatele drog, drogové scény, apod. Existují také internetové poradny www.drogovaporadna.cz (o.s. SANANIM) a www.extc.cz (Sdružení Podané ruce), které poskytují informace o drogách a poradenství, které mimo jiné zahrnuje i problematiku předávkování, infekčních chorob a zdravotních problémů souvisejících s drogami.

Terénní práce by se měla snažit vyjít vstříc cílové skupině, protože jediné tak se dosáhne vedlejších cílů (Rhodes, 1999). Terénní programy se však nezaměřují pouze na vyhledávání skryté populace uživatelů drog, ale snaží se také mapovat současné trendy na drogové scéně jako například užívání nových drog nebo naopak užívání drog, které se již delší dobu neužívaly, nové způsoby v užívání drog, nové cílové skupiny, atd. Dle Mravčíka a kol. (2009) v rámci Systému včasného varování před novými psychoaktivními látkami (Early Warning System) jsou všechna nízkoprahová zařízení informována v případě, že je v ČR zachycen výskyt nových drog či nebezpečných drog se zvýšeným rizikem vzniku zdravotních potíží a předávkování (Mravčík et al., 2009).

Základními dokumenty pro zajištění kvality poskytovaných služeb jsou „Standardy kvality sociálních služeb“ (MPSV, 2007) a Standardy odborné způsobilosti – obecné a speciální (RVKPP, 2003). Cílem dodržování standardů je zvyšování kvality služeb pro uživatele drog a jejich efektivní financování z veřejných zdrojů.

Síť nízkoprahových programů tvoří podle Mravčíka a kol. (2013a) kontaktní nízkoprahová centra a terénní programy, v roce 2012 jich v ČR bylo celkem 103. Počet uživatelů drog, kteří v roce 2012 využili služby těchto zařízení, bylo 34200. Nejvyšší počet kontaktů vykazují nízkoprahové programy v hl.m. Praha a dále v krajích Ústeckém, Jihomoravském a Olomouckém. Nejvyšší počet výměn injekčního náčiní byl proveden v hl.m. Praha (Mravčík et al., 2013a).

V rámci projektu Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru adiktologie byla provedena analýza (Vavrinčíková et al., 2013 in Mravčík et al., 2013b). Pro analýzu bylo použito několik datových zdrojů: průzkum Sčítání adiktologických služeb 2012, výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích, databáze léčebných a poradenských center z Registru žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog, Národní zdravotnický informační systém. Analytickou jednotkou byl okres, v souboru je tedy 77 případů (76 okresů a hl. m. Praha). Analýza byla provedena pro základní typy služeb zvlášť, některé typy služeb byly dále sloučeny (kontaktní centra a terénní programy byly sloučeny do kategorie nízkoprahové programy a ambulantní programy včetně kontaktních center do kategorie ambulantní adiktologické centrum). Z výsledků je patrné, že v dostupnosti v nízkoprahových službách jsou rezervy ve 21 okresech, resp. v těchto okresech tento daný typ služby zcela chybí. Z šetření dále vyplývá, že v okrese Tábor zcela chybí terénní program, v kraji Libereckém a Královéhradeckém je nedostatečné pokrytí území terénními službami. (Vavrinčíková et al., 2013 in Mravčík et al., 2013b).

4 Profese pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru

RVKP konkretizuje požadavky na odbornost pracovníků nízkoprahových kontaktních center a zavádí termín *odborný adiktologický pracovník*, který se následně dělí (RVKPP, 2003):

Nižší odborný adiktologický pracovník- pracovník po absolvování jakéhokoliv učebního oboru či střední školy. Samostatně může poskytovat výměnný program, potravinový a hygienický servis a pod dohledem odborného adiktologického pracovníka může vykonávat též kontaktní práci.

Odborný adiktologický pracovník- pracovník s ukončeným středoškolským vzděláním v oborech zaměřených na práci s lidmi. Samostatně může poskytovat mimo výše uvedené také kontaktní práci, základní zdravotní ošetření, krizovou intervenci, testování infekčních nemocí, sociální práci a vstupní zhodnocení stavu klienta.

Vyšší odborný adiktologický pracovník- pracovník s ukončeným vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním v oborech zaměřených na práci s lidmi, nejlépe s terapeutickým výcvikem. Poskytuje zejména individuální poradenství a v případě ukončeného psychoterapeutického výcviku také rodinnou a skupinovou psychoterapii. (RVKPP, 2003):

Jelikož závislost vychází z tzv. bio-psycho- socio- spirituálního modelu, jinými slovy jedná se o *multidisciplinární problém*, měl by být tým KC složen z různých odborností, resp. mělo by se jednat o *mezioborový tým*. Libra (Libra In Kalina et al., 2003) uvádí, že mezioborový tým by měl být sestaven tak, aby byly zastoupeny profese, kvalifikace a dovednosti odpovídající různorodé skladbě programu. Dále uvádí, že standardy MZ a MPSV kladnou důraz na obligatorní vzdělávání zaměstnanců v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon, dodržování etických kodexů a práci se supervizí. (Libra In Kalina et al., 2003)

Co se týká kontaktních pracovníků v KC, tak požadavky jejich metodického rozdělení na kontaktní a terénní, zdravotníky a nezdravotníky dle standardů MPSV (2007) není v praxi vždy v souladu s konkrétními potřebami a možnostmi. Dalo by se říci, že „společné minimum“, které by měli všichni pracovníci v praxi ovládat, vyplývá z praxe. V odborné literatuře se můžeme dočíst (Libra, 2003), že *společné minimum* by se dalo definovat jako společný základ kompetencí, tzn., že konkrétní pracovník zná, umí a ví, kdy použít- má

k tomu informace, dovednosti a etické postoje. Podrobněji je toto téma rozebráno v kapitole 13 Návrhy vzdělávacích programů s definicí výstupů. (Libra, 2003)

Financování provozu kontaktního centra se odvíjí z největší části z dotací z MPSV a RVKPP. Oba tyto subjekty také formují podobu i proces poskytování služeb kontaktního centra. V katalogu prací nelze nalézt odbornost adiktologa, nemá ani oporu v žádných zákonných předpisech. Dle profesních předpokladů MPSV (2007) by měl být pracovník nízkoprahového kontaktního centra vysokoškolsky vzdělán v sociálních vědách nebo ve speciální pedagogice. Podle požadavků RVKPP (2003) si ovšem vystačí pouze se středoškolským vzděláním a s věkem vyšším než 21 let.

5 Profil klienta nízkoprahového kontaktního centra

Klient navštěvující kontaktní centrum se řadí dle odborné terminologie mezi *problémového uživatele drog*. EMCDDA (2011) definuje problémové užívání drog následovně: „*užívání drog nitrožilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání heroinu, kokainu a/nebo amfetaminů*“. Problémové užívání drog se dále dělí na dvě důležité podskupiny. Lze odlišit užívání heroinu či subutexu¹ nitrožilně, které se historicky podílelo na větší části problémového užívání drog ve většině zemí EU, a problémového užívání stimulantů, které převládá ve Finsku a Švédsku, kde je většina problémových uživatelů drog primárními uživateli amfetaminu. V České republice tvoří problémové uživatele drog převážně uživatelé metamfetaminu² (EMCDDA, 2011).

Autoři Nešpor a Millerová (2000) uvádějí, že problémový uživatel drog je spíše uzavřený do sebe, jeho zdravotní stav je zhoršený, příliš nedbá o svou hygienu, jeho životní styl se skládá zejména z koloběhu opatřit si prostředky na drogy a aplikovat si drogu, tím pádem výrazně ubývá jiných zájmů (Nešpor, Millerová, 2000). Většina problémových uživatelů žije život v konfliktu se zákonem nebo na hranici zákona, jelikož peníze na zaměstnání nestačí pokrýt vysoké náklady na drogy a v mnohých případech problémoví uživatelé nemají trvalé zaměstnání, protože to vzhledem k povaze jejich životního stylu není možné. Klienti užívající pervitin užívají většinou v tzv. „jízdách“, kdy užívají například čtyři dny v kuse, to jsou aktivní, mají hodně energie, a poté jsou naopak utlumení a dohánějí spánek, proto nelze jejich životní styl sladit s pravidelným docházením do zaměstnání. Příjem na drogy si tyto klienti opatřují většinou nelegální činnostmi (majetková trestná činnost), ze sociálních dávek, atp.

Injekční užívání drog je provázáno rizikovým chováním, mezi které patří mimo jiné také sdílení stříkaček. K omezení rizik plynoucích ze společného používání injekčního náčiní je realizován výměnný program injekčních stříkaček.

¹Buprenorfin byl objeven v roce 1960, v roce 1978 se začal používat jako lék proti bolesti a později k detoxifikační a substituční léčbě při závislosti na opioidech. ([http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg:-\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg:-(buprenorfin).html), cit. 20. 11. 2014)

²Metamfetamin (českou verzí je pervitin) je psychomotorické stimulant, jenž ovlivňuje lidský organizmus na všech úrovních (biologické, behaviorální, psychické a dalších). Text také pojednává o problematice předávkování a jeho rizicích. (<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/2788/Akutni-ucinky-metamfetaminu>, cit. 20. 11. 2014)

Následující kategorie vztahující se ke klientům KC uvedeny níže jsou sestaveny na základě vlastní zkušenosti autora této bakalářské práce.

Zdravotní stav

Mnoho klientů má abscesy, které se pracovníci kontaktního centra snaží léčit mastí (např. ichtoxyl) či doporučením navštívit lékaře, pokud se již jedná o pokročilejší stadium. Ve velké míře se také objevuje hepatitida B či C. V tomto případě je klientům jednoznačně doporučena návštěva lékaře.

Psychický stav

Řada klientů trpí depresivními náladami či negativními výkyvy nálad, uživatelé pervitinu popisují také příznaky tzv. paranoidního syndromu.

Sociální situace

Převážná část klientů žije na ubytovně spolu ještě s dalšími uživateli drog, ve squatu, v menší míře se objevují i klienti, kteří bydlí doma u rodičů, v takovém případě se jedná převážně o mladší klienty s kratší drogovou kariérou. Většinou mají jen základní vzdělání nebo jsou vyučeni. Tito klienti jsou většinou nezaměstnaní a pobírají dávky ze systému státní sociální pomoci. Velmi častým jevem je kumulace sociálních problémů následujícího typu- bezdomovectví, pobyt v diagnostických ústavech, pobyt v azylových domech výkon trestu odnětí svobody, konflikt se zákonem, nízké vzdělání a absence pracovních návyků a nezaměstnanost.

Právní oblast

Problémoví uživatelé drog navštěvující kontaktní centrum jsou v převážné míře nezaměstnaní, žijí pouze ze sociálních dávek a v některých případech ani to ne. Peníze na obživu si shánějí tedy trestnou činností, většinou se jedná o majetkovou trestnou činnost (krádeže v obchodech, krádeže autorádií, atd.), a proto většina z nich má uložený podmíněný trest odnětí svobody, někteří z nich již byli ve výkonu trestu odnětí svobody a někteří i

opakovaně, nebo jsou řešeni za opakované přestupky. Většina z nich jezdí ve veřejných dopravních prostředcích bez jízdenky, proto také mají někdy nemalé dluhy u dopravního podniku za pokuty za jízdu na černo. Je zde řada klientů, kteří byli vyloučeni z evidence uchazečů o zaměstnání na Úřadu práce a nejsou samostatnými plátcí zdravotního pojištění, je tedy pochopitelné, že jim narůstá dluh na zdravotním pojištění, který leckdy dosahuje hodnot i kolem dvě stě tisíc Kč.

6 Potřeby cílové skupiny klientů- kritické shrnutí teorií a výzkumu

Studií věnujících se analýze potřeb uživatelů drog ve vztahu k využívání odborných služeb je publikováno velmi málo. Fakt, že při rešerši odborné literatury nebylo nalezeno mnoho studií věnující se tomuto tématu, neznamená, že tyto studie nebyly provedeny, ale zřejmě se jedná o studie prováděné na místní úrovni a nepublikované v impaktovaných časopisech.

6. 1 Zahraniční studie

V Anglii bylo National Treatment Agency for Substance Misuse (dále jen NTA) realizováno v letech 2005-2007 (NTA, 2007) několik studií, které se zabývaly zkušenostmi, názory a spokojeností uživatelů drog s různými typy léčby. Každý rok se studie zaměřovaly na jiné téma, v roce 2006 se studie zaměřila na téma programů snižování rizik (v cizojazyčné literatuře používán termín harm reduction, který se již také hojně využívá i v literatuře české) (NTA, 2007). Studie byla konkrétně zaměřena na nabízené služby, které pomáhají ke snižování rizik. Impulzem pro toto zaměření studie byl zvyšující se počet uživatelů drog, kteří sdílí injekční náčiní s jinými uživateli drog a tím dochází ke zvyšování krví přenosných nemocí. Co se týká výsledků studie (NTA, 2007), tak můžeme zmínit fakt, že v rámci nabízených služeb většina injekčních uživatelů drog (více než 60 %) byla poučena o rizicích sdílení injekčního náčiní a o zvýšeném riziku předávkování při injekčním užívání drog. Další rizika spojená s injekčním užíváním jim byla zmíněna výrazně méně často. Služeb vedoucích ke snižování rizik se častěji dostávalo těm klientům, kteří byli současnými uživateli drog nebo měli léčebný plán, byli v substitučním programu, byli v kontaktu s klíčovým pracovníkem a byli muži. Podstatně velká část respondentů si myslí, že služby vedoucí ke snižování rizik jsou pro ně relevantní, ale ve skutečnosti je nedostali- například 33 % současných uživatelů drog věří, že trénink prevence předávkování je pro ně relevantní, ale neabsolvovali ho a 30 % respondentů udalo význam zdravotních prohlídek. Z uvedeného lze usoudit, že potřeby těchto respondentů nejsou naplněny. Výzkum jasně ukazuje potřebu zlepšit služby vedoucí ke snižování rizik napříč celým léčebným systémem se zvýšeným zaměřením na intervence pro nejrizikovější skupiny uživatelů drog a na ty, kteří těchto služeb neužívají (NTA, 2007). Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaká je úroveň programu snižování rizik a získat informace, kterou mohou být využity pro měření změn v čase. Druhým cílem bylo zjistit

rozsah poskytování služeb pro uživatele drog a na kolik tyto služby pracují v souladu s Modely péče a dalšími návody, definovanými NTA a Komisí pro zdravotní péči. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření (NTA, 2007).

6. 2 České studie

Jednou z prvních studií v České republice věnující se potřebám uživatelů drog byla „Analýza potřeb klientů nízkoprahových služeb ve Středočeském kraji“ (Charvát a Gabrhelík, 2004a; Gabrhelík, Charvát a Miovský, 2005). Studie se zabývala zkušenostmi a potřebami klientů, to znamená uživatelů nelegálních drog, kteří byli v kontaktu s odbornými službami. Konkrétně se jednalo o zkoumání toho, jak klienti vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jaká zlepšení by uvítali, v čem spatřují přitažlivost služeb pro uživatele drog, za jakých podmínek služby využívají (případně nevyužívají) a jaká je dostupnost služeb v rámci regionu. Z výzkumu vyplývá, že mezi nejčastější překážky patří obava z prozrazení, anticipace spíše zdravotnického zařízení a nevládného, spíše staršího personálu. V kontextu prvního setkání je personál vnímán velmi pozitivně. Téměř polovina respondentů je s nízkoprahovými službami spokojená. Klienti uvádějí, že jako nejdůležitější služba je pro ně výměna injekčního materiálu. Klientům chybí především časové rozšíření služeb v terénu a fungování kontaktního centra i o víkendech. Co se týká přístupu personálu, tak klienti nemají k tomuto žádné výtky. Jeden z respondentů výzkumu se vyjádřil následovně: *„No vlastně, že ty lidi, co tady pracujou, že jim vlastně žádnéj narkoman není lhostejnej, že se snažej pomoct. Navrhujou léčení. Znáám lidi, který jsou bez domova, že se tady můžou ohřát, najíst se.“* (Charvát a Gabrhelík, 2004b)

Mezi další studie provedené v ČR, konkrétně v hl. m. Praze patří „Analýza potřeb příslušníků národnostních menšin a přistěhovalců v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy“ (Miovská, Vacek, Gabrhelík a Miovský, 2006a). Cílem této studie bylo popsat aktuální stav drogových služeb na území hl. m. Prahy a to služeb určených příslušníkům národnostních menšin a zároveň popsat potřeby příslušníků národnostních menšin. Provedeno bylo celkem dvacet sedm rozhovorů se zástupci osmi národností (nejčastěji Romové, Slováci a Gruzínci). Z výsledků studie vyplývá, že respondenti byli se službami celkově spokojeni, nejčastěji jim chyběla lékařská péče, výdejní automaty na injekční materiál, případně noční výdej a výdej o víkendech. Převážná část klientů nevnímala jazyk jako faktor narušující

kontakt, pouze u rusky mluvících klientů byly zaznamenány větší problémy. Mezi důvody, proč někteří uživatelé nevyužívají nízkoprahové služby, patří především strach a nedůvěra v instituci a v pracovníky. Klienti uvedli, že v programu postrádají obyčejný lidský kontakt s pracovníky, což respondenti výzkumu vyjádřili např. slovy: *„Dostaneš tam akorát buchny čistý, daj ti polívku a vypadni, ale nejdůležitější nedostaneš... pokec, kterej chtěj někomu říct, někomu, komu věří.“* *„Máš tam jednu místnost, tam jsou feťáci, druhou místnost, tam jsou ti pracovníci a nic vlastně mezi...mezi tím dveře... je to hrozně rozdělený, oddělený“*. *„Je to takový strašně neosobní, takový jenom formální, že bych jim spoustu věcí neřekla, že bych s nima nemluvila o těch věcech.“* (Miovská, Vacek, Gabrhelík a Miovský, 2006b). Dále se klienti vyjadřovali k tomu, co by na programu zlepšili: *„Já bych to měl spíš orientovaný na to, lidi z toho vést ven z toho užívání, než tam být jenom proto, aby se vlastně jenom ty lidi podporovali, ale tím nemyslím, že jako zruším výměnu, ale že je to jako dost jednostranný ten přístup.“* (Miovská, Vacek, Gabrhelík a Miovský, 2006c).

Další studií zabývající se analýzou potřeb klientů nízkoprahového kontaktního centra je bakalářská práce Paštrnákové, která byla provedena v Břeclavi. Obhájena byla pod názvem *„Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Břeclav“* (Paštrnáková, 2009). Autorka se zaměřila na získání informací o tom, jak klienti uspokojují svoje potřeby prostřednictvím kontaktního centra, jak jsou spokojeni s poskytovanými službami tohoto centra a s jejich kvalitou, jak hodnotí přístup personálu a do jaké míry personálu důvěřují. Bylo provedeno devět rozhovorů s pravidelnými klienty kontaktního centra. Výsledkem studie je, že respondenti využívají služeb kontaktního centra v plné míře, to znamená nejenom výměnný program, ale i potravinový servis, hygienický servis apod. Co se týká nenaplněných služeb, tak se klienti vyjádřili, že jim chybí služby spojené se zázemím a naplňováním potřeb domova. Tyto služby však není možné v rámci dané služby naplnit (Paštrnáková, 2009).

V roce 2009 byla provedena studie zaměřená na aktuální trendy na drogové scéně (Radimecký et al., 2009), která se mimo jiné zabývala také potřebami klientů nízkoprahových služeb. Sběr dat proběhl prostřednictvím ohniskových skupin s pracovníky daných služeb. Proběhly celkem tři ohniskové skupiny, kterých se účastnilo dvacet pět pracovníků z Prahy a Středočeského kraje, z Čech a Moravy. Z výsledků se dá usoudit, že služby jsou klienty přijímány velmi dobře a lze mluvit o větší otevřenosti klientů k pracovníkům služeb, na něž si klienti již zvykli a vědí, co od nich mohou očekávat. Oproti minulosti je pozitivní posun, kdy klienti terénních programů nemají pouze jedinou zakázku na výměnu injekčního materiálu,

ale velmi často využívají také služeb sociálního poradenství. Uzavřenost skupin nebo celých komunit je nejčastěji způsobena náležením k nějaké etnické či národnostní menšině. V nových lokalitách se těžko buduje důvěra potenciálních klientů. V sociálně vyloučené lokalitě může být problémem střet otevřenosti klientů a uzavřeného prostředí. Při prvotním navázání kontaktu se nejvíce uplatňuje zprostředkování kontaktu stávajícím klientem, který pracovníky představí dalším klientům. Osvědčenu kontaktní metodou, která by měla do služby přilákat široké spektrum klientů, je nabídka testování na infekční choroby. Pro uživatele z prostředí taneční zábavy chybí nabídka testování tablet. Klienti projevují zvýšený zájem o nové pomůcky pro přípravu a aplikaci drog jako jsou lžičky či želatinové kapsle. Podle respondentů zejména v Praze zcela chybí aplikační místnosti a automaty na injekční materiál. Za další nedostatek, který je spatřován ve zdravotnických zařízeních poskytujících substituční léčbu, je dle klientů absence odpovídající míry komunikace lékařů s klienty a dostupnost psychosociální složky léčby. Nutno dodat, že respondenti uvedli, že se stále setkávají s případy, kdy uživatelům drog předepisuje substituční preparát nezávisle na sobě více lékařů. Respondenti by uvítali více specializovaných pracovišť pro uživatele s duální diagnózou a s určitým prahem programu pro uživatele, kteří chtějí výhledově substituční léčbu ukončit. Nejčastěji vnímanou překážkou v dostupnosti zdravotní péče pro klienty nízkoprahových programů je přístup zdravotnického personálu ke klientům, což se nízkoprahové programy snaží částečně řešit doprovodem klientů do zdravotnického zařízení, dále jsou překážkou chybějící doklady klientů a chybějící finanční prostředky na poplatky ve zdravotnických zařízeních a zároveň chybějící potvrzení o osvobození od placení poplatků. (Radimecký et al., 2009).

7 Systém služeb pro cílovou skupinu v ČR

Tabulka č. 1 zobrazuje přehled certifikovaných programů v ČR podle typu v letech 2011- 2013. Data jsou uváděna k 16. 5. 2011, 29. 5. 2012, 28. 6. 2013.

Tabulka 1 Přehled certifikovaných programů pro uživatele drog v ČR podle typu v letech 2011-2013 (Mravčík et al., 2012).

Typ služby	2011	2012	2013
Detoxifikace	2	1	2
Terénní programy	49	50	49
Kontaktní a poradenské služby	52	49	50
Ambulantní léčba	15	13	18
Stacionární programy	1	1	1
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	2	2	2
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	10	10	10
Ambulantní doléčovací programy	16	17	17
Substituční léčba	8	8	7
Celkem	155	151	156

7. 1 Terénní programy

Terénní programy jsou podle níže uvedených autorů určeny pro klienty, kteří nejsou v kontaktu s žádnými sociálními, zdravotními či výchovnými institucemi, pro klientelu obtížně dosažitelnou (skrytá populace) s minimální motivací vyhledat jakoukoli službu (Korčišová, Hrdina, 2003).

Dle Kaliny (2008) klienti, kteří jsou v kontaktu s terénními programy, využívají především výměnu sterilního injekčního náčiní a dalších potřeb pro bezpečnou aplikaci

(Kalina et al., 2008), očekávají popovídání si s někým, předání kontaktu na další služby, získání informací. Klienti mají představu, že kontakt s terénními pracovníky je může ochránit před policií. Terénní pracovníci zase očekávají práci s motivací u těchto klientů.

Z elektronického zdroje kontaktního centra Sananim vyplývá, že u této klientely se může vyskytnout obava z kontaktování kamenných zařízení a vedení jakékoli dokumentace. Někteří pociťují stigmatizaci ([http://www.sananim.cz/zarizeni-2-Kontaktni-centrum-\(KC\)/principy-prace.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-2-Kontaktni-centrum-(KC)/principy-prace.html), cit. 20.3. 2013).

Služba je poskytována anonymně nebo jsou klienti označeni „kódem“, ze kterého nelze určit věk. V případě viditelného velmi nízkého věku (méně než patnáct let) je možné klienta odkázat na specializované služby ([http://www.sananim.cz/zarizeni-2-Kontaktni-centrum-\(KC\)/principy-prace.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-2-Kontaktni-centrum-(KC)/principy-prace.html), cit. 5.3. 2013)

Služba je určena pro následující typy klientů (Hrdina, Korčíšová, 2003): experimentátoři, kteří nepociťují potřebu žádného kontaktu se službami; tzv. děti ulice, pro které je kontakt se službou na ulici jediný přijatelný; pravidelní uživatelé drog, kdy uživatel není motivován pro kontakt s kamennými zařízeními v jakékoli podobě; klienti chovající se rizikovým způsobem; uživatelé, kteří považují kontakt s pomáhající institucí pro sebe jako rizikový; klienti s jazykovou bariérou; klienti, kteří mají strach z následků kontaktování jiné instituce; skupina v populaci uživatelů, kterou se nedaří účinně oslovit jinými způsoby intervence (Hrdina, Korčíšová, 2003).

7. 2 Nízkoprahová kontaktní centra

Nízkoprahová kontaktní centra mají za cílovou skupinu uživatele návykových látek s různou motivací ke změně, v různém stádiu užívání a v různé fázi rozvoje závislosti (Richterová Těmínová, 2008). Libra (2003) uvádí, že dále tento typ služeb využívají klienti s vysoce rizikovým scénářem (především intravenózní uživatelé drog, klienti s nízkým stupněm osobnostní a sociální autonomie, klienti ohrožení sociálně patologickými jevy). Nízkoprahová kontaktní centra mají být zaměřeny na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné aktivity (Libra,2003). Cílovou skupinou kontaktních center pro drogově závislé jsou ale především problémoví uživatelé drog (Libra, 2003) (definice problémového uživatele drog viz kapitola 5). Další skupinu klientů KC tvoří blízcí uživatelů drog a jiné osoby jinak zainteresované v oblasti návykových látek, kteří žádají

služby, které zařízení poskytuje (Libra, 2003). Dle odhadů je v kontaktu se standardním zdravotnickým či sociálním zařízením pouze každý třetí nebo čtvrtý uživatel drog, zbylé dvě třetiny až tři čtvrtiny představují skrytou populaci (Hrdina a Korčíšová, 2003). Podíl problémových uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními se odhaduje na zhruba 60 – 70 %, což je poměrně vysoký podíl (Mravčík a kol., 2007).

Klienti navštěvují nízkoprahové kontaktní centrum především proto, aby si vyměnili sterilní injekční náčiní a další potřeby pro bezpečnou aplikaci, aby si popovídali s někým jiným, než jsou uživatelé drog, využívají také předání kontaktu na další služby v systému péče o uživatele drog. Kontaktní pracovníci je informují o různých potřebných informacích. Klientům KC nesmí samozřejmě scházet představa, že kontakt s kontaktním centrem je může uchránit před policií. Někteří klienti mají obavy ze stigmatizace, mají strach z podávání informací službou dalším institucím, o což mnozí klienti nestojí a obávají se zejména kontaktu s policií. Libra (2003) vidí rozdíl mezi kontaktními centry ve velkých městech a mezi kontaktními centry ve městech okresních. KC ve velkých městech mají denně velký počet klientů. Ti si přicházejí nejčastěji pro instrumentální podporu nebo pro potravinový a hygienický servis. Libra (2003) dále uvádí, že je potřeba dávat pozor na to, aby nezačaly převažovat služby doplňkové. Nízkoprahová kontaktní centra v malých městech mají klientů výrazně méně a řadoví pracovníci se jim proto mohou snáze individuálně věnovat (Libra, 2003).

Služba může být stejně jako v případě terénních programů poskytována buď anonymně nebo jsou klienti označeni „kódem“ ze kterého nelze určit věk. V případě, že je evidentní velmi nízký věk klienta (méně než patnáct let) je možné klienta odkázat na specializované služby zabývající se dětskými klienty a pacienty ([http://www.sananim.cz/zarizeni-2-Kontaktni-centrum-\(KC\)/principy-prace.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-2-Kontaktni-centrum-(KC)/principy-prace.html), cit. 5.3. 2013).

Co se týče návaznosti v systému péče, tak klienti KC využívají následující typy služeb a programů (Libra, 2003): specializovaná lékařská péče (infekční oddělení, psychiatrie, gynekologie, hepatologie); terénní práce – služby vedoucí ke snižování rizik pro klienty, kteří již nechtějí být v kontaktu s kamenným zařízením; programy substituční léčby, a to buď ve formě snižování rizik nebo s cílem vyabstinování; ambulantní léčba – intenzivní ambulantní léčba; denní stacionář – intenzivní strukturovaný program; krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá psychiatrická léčba (detox je zde podmínkou k nástupu); terapeutické komunity

(detox je zde podmínkou k nástupu); následná péče (doléčovací centra, chráněné bydlení, dílny); právní a sociální poradenství, pracovní agentura, sociální práce (Libra, 2003).

7. 3 Detoxifikační léčba

Detoxifikační jednotky jsou dle Nešpora (2003) určené pro osoby užívající omamné a psychotropní látky, alkohol a další látky. Pacienti jsou motivováni k abstinenci nebo alespoň ke snížení tolerance vůči látce. Služeb detoxifikačních jednotek využívají také osoby, u nichž by nebyla bezpečná detoxifikace v domácím prostředí a zároveň nevyžadují lékařskou péči spojenou s detoxifikací na jiném specializovaném pracovišti (JIP, ARO) (Nešpor, 2003).

Pacienti indikovaní pro tento typ služeb musí dosáhnout osmnácti let, v případě věku nižšího se odkazují na specializovaný dětský detox v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (<http://www.nmskb.cz/oddeleni/detox/>, cit. 5.3. 2013).

7. 4 Substituční léčba

Substituční léčba je určena pro neinjekční uživatele závislí na opiátech déle než šest měsíců a pro injekční uživatele opiátů (2003). Indikovaní do léčby jsou podle Richterové-Těmínové (2008) klienti s těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách látek opiátového typu; klienti s opakovanými neúspěšnými abstinenčními pokusy a léčbami; závislí klienti na opiátech s HIV pozitivitou; těhotné ženy užívající opiáty; klienti, u nichž jazyková bariéra neumožňuje léčbu v jiném zařízení (Richterová – Těmínová, 2008).

Mezi potřeby a očekávání klientů patří zejména resocializace, řešení a minimalizace dalších zdravotních a sociálních potíží a rizik, stabilizace vztahů a životního stylu, možnost dostávat drogy legálně a zadarmo. U klientů se může jako komplikace vyskytnout nízká motivace k dodržování pravidel programu a braní substituce jako možnosti získání drog legálně a zadarmo. Minimální věk přijetí do léčby je osmnáct let, do osmnácti let smí být klient přijat pouze se souhlasem zákonného zástupce.

7. 5 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je podle Hampla (2003) určená pro všechny potřebné osoby bez omezení věku, pohlaví nebo zaměstnání; abstinující klienty; experimentátory, konzumenty; víkendoví uživatelé; ale i pro problémové uživatele; klienty motivované (k další léčbě) i klienti nemotivované (přinucení další osobou nebo institucí); klienty, kteří mají nařízenou ochrannou ambulantní léčbu soudem nebo uloženou léčbu jako alternativní trest; pro osoby, jimž bylo soudem nařízeno zdržet se užívání látky (alkohol, OPL, atd); gamblery (patologické hráčství); pro osoby, které chtějí využít jen základního poradenství ; i pro osoby trpící nelátkovou závislostí; věk pro přijetí do služby by neměl být omezen (Hampl, 2003).

7. 6 Denní stacionáře

Kalina (Kalina et al., 2003) uvádí, že denní stacionáře využívají klienti v různých fázích rozvoje závislosti, tedy jak problémoví uživatelé a závislí na opioidech, stimulancích a alkoholu, tak i experimentátoři a dlouhodobí uživatelé THC, klienti s duální diagnózou, matky uživatelky (Kalina et al., 2008), abstinující klienti (ve formě léčby) i aktivní uživatelé (jako poradenství, práce s motivací). Minimální věk pro přijetí do služby je 17 let, horní hranice nebývá stanovena (Kalina et al., 2003).

Do služby jsou indikováni klienti, kteří mají relativně stabilní sociální zázemí – zajištěné bydlení, možnost pravidelně do služby docházet; klienti, kteří uvažují o změně životního stylu; klienti se schopností akceptovat program; motivovaní klienti; klienti s neškodícím sociálním prostředím a s podporou rodiny. Do programu mohou být přijati klienti, kteří mají somatické a psychické komplikace jen ve stupni nevyžadujícím odbornou nemocniční péči; klienti s maximálně mírnými odvykacími příznaky; klienti, jejichž potenciál pro relaps je nízký; mohou být přijati klienti s duálními diagnózami.

7. 7 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá ústavní léčba je podle Kaliny (Kalina et al., 2008) určená pro problémové uživatele návykových látek včetně alkoholu; pro klienty s nařízenou ochrannou ústavní léčbou i pro abstinující klienty jako udržovací léčba (Kalina et al., 2008). Věková hranice pro přijetí je nad patnáct let věku, horní hranice není stanovena. Do služby jsou indikováni klienti

po absolvování detoxu před nástupem do léčby; problémem nejsou ani medicínsky komplikovanější případy; klienti s chybějícím sociálním zázemím a podporou rodiny

7. 8 Terapeutické komunity

Terapeutické komunity jsou podle Kaliny (2008) určené pro osoby závislé na návykových látkách (obvykle nealkoholových) ve středním až těžkém stupni závislosti, a to jak mladiství tak i matky s dětmi a „senioři“ Do terapeutické komunity jsou přijímáni klienti obvykle mezi osmnácti až třiceti pěti lety, je ale možné přijmout i klienty mladší i starší. Indikováni jsou klienti s potenciálem pro relaps; se středním a těžkým stupněm závislosti; klienti se škodlivým sociálním prostředím, chybějící podporou a zázemím. Mohou být přijati klienti jen s nízkou mírou odvykacích příznaků (Kalina, 2008).

7. 9 Doléčovací program

Wanigaratne (2008) uvádí, že služba je určená pro závislé osoby, které absolvovaly ambulantní nebo rezidenční léčbu a aktuálně abstinují. Pracovat se musí zejména na prevenci relapsu (Wanigaratne et al., 2008). Věk přijetí do programu není omezen. Indikováni jsou klienti s alespoň tříměsíční abstinencí, kteří absolvovali léčbu, mají podporu rodiny a jsou motivováni pro život bez drog. Na doléčovací programy navazují chráněné bydlení, chráněné dílny/podporované zaměstnání, pracovní a sociální agentury, ambulantní doléčování.

II. Praktická část

8 Cíl šetření, výzkumné otázky, formulace hypotéz

Cílem šetření je vytvoření profesiogramu charakterizujícího pracovní místo sociálního pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru pro uživatele drog, a z něho vycházejících vzdělávacích programů. Pro účely tohoto výzkumu je sociálním pracovníkem v KC míněn každý pracovník vykonávající přímou práci s klienty v KC.

Minimální struktura profesiogramu je podle Matouška a Růžičky (1984):

- Běžné činnosti, jejich frekvence, míra zátěže.
- Náročné situace, jejich frekvence, čím zatěžují.
- Kvalifikační a znalostní předpoklady úspěšného zvládnutí profese.
- Osobnostní předpoklady úspěšného zvládnutí profese.
- Potřeby týkající se podpory pracovníků při výkonu profese a jejich dalšího vzdělávání.

Z této minimální struktury profesiogramu vycházejí výzkumné otázky použité v profesiografickém dotazníku a následně rozhovorech sloužící tomuto výzkumu.

Dle zjištěných informací byl navržen vzdělávací program pro pracovní místo sociálního pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru pro drogově závislé dle následující osnovy:

1. Navrhovaný obsah a forma (případně ve více variantách).
2. Definované výstupní znalosti a způsob jejich ověření.
3. Definované výstupní dovednosti a způsob jejich ověření.

(Matoušek, Růžička, 1984)

Pro ucelenou představu považuji za nutné zde uvést, co se *dalším vzděláváním* míní, jaké jsou formy dalšího vzdělávání, kdo poskytuje další vzdělávání a jaké jsou povinnosti zaměstnavatele vůči zaměstnanci v rámci dalšího vzdělávání. Níže uvedené řádky jsou citací ze zákona č. 366 ze dne 6. listopadu 2011, kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, přináší některé dílčí změny ve znění § 111 a

§ 116, které upravují další vzdělávání sociálních pracovníků (§ 111) a pracovníků v sociálních službách (§ 116). Formy dalšího vzdělávání jsou

- (a) specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka,
- (b) účast v kurzech s akreditovaným programem,
- c) odborné stáže,
- d) účast na školicích akcích.

Další vzdělávání podle odstavce 2 písm. b) se uskutečňuje na základě akreditace vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů udělené ministerstvem na vysokých školách, vyšších odborných školách a ve vzdělávacích zařízeních právnických a fyzických osob (dále jen "vzdělávací zařízení"). Dalším vzděláváním podle odstavce 2 písm. c) se rozumí výkon odborné činnosti na základě písemné smlouvy mezi zaměstnavatelem a zařízením zajišťujícím odbornou stáž. Dalším vzděláváním podle odstavce 2 písm. d) se rozumí vzdělávací akce v maximálním rozsahu 8 hodin organizovaná zaměstnavatelem nebo odbornou organizací, jejíž je zaměstnavatel členem, a která je vzdělávacím zařízením akreditovaným ministerstvem. Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně dvacet čtyři hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Pokud pracovní poměr sociálního pracovníka u téhož zaměstnavatele netrvá celý kalendářní rok, činí rozsah dalšího vzdělávání jednu dvanáctinu částky rozsahu uvedeného ve větě první za každý kalendářní měsíc trvání pracovního poměru. V případě nepřítomnosti v práci v rozsahu delším než jeden kalendářní měsíc se rozsah dalšího vzdělávání krátí o jednu dvanáctinu celkové částky rozsahu. Povinnost zabezpečení dalšího vzdělávání se nevztahuje na zaměstnance ve zkušební době. Povinnost účasti na dalším vzdělávání podle věty první se nevyžaduje za kalendářní rok, v němž pracovník v sociálních službách absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz. (<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11934/stanovisko.pdf>, cit. 22. 11. 2014).

Základní výzkumná otázka zní:

Mají pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog potřebné předpoklady pro tuto práci?

Dílčí výzkumné otázky zní:

Mají pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog požadované vzdělání pro tuto práci?

Jsou pracovníci kontaktních center pro uživatele drog dostatečně vybaveni na psychickou zátěž, kterou s sebou nese tato práce?

Jsou pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog dostatečně podporováni při výkonu své profese?

Zvládají pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog běžné situace, které se vyskytují při jejich práci?

Zvládají pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog náročné situace, které se vyskytují při jejich práci?

Formulace výzkumných hypotéz:

H1: V nízkoprahových kontaktních centrech pro drogově závislé pracují nedostatečně kvalifikovaní pracovníci.

H2: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center, kteří nemají požadované vzdělání, si jej dodatečně dodělávají.

H3: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center jsou dostatečně vybaveni na psychickou zátěž, která s sebou nese tato práce.

H4: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center jsou dostatečně supervidováni.

H5: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center zvládají běžné situace, které se vyskytují při jejich práci.

H6: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center zvládají náročné situace, které se vyskytují při jejich práci.

9 Metody získávání dat

9.1 Profesiografický dotazník

Stěžejní metodou získávání dat k této bakalářské práci bylo dotazníkové šetření. Dotazníkovou metodu lze vymezit podle Hartla a Hartlové (2000) jako nástroj dotazníkové metody, který slouží k hromadnému získávání údajů pomocí písemných otázek; otázky (nebo též položky) mohou být uzavřené, polouzavřené a otevřené. Používají se i položky škálové. Jde o způsob psaného řízeného rozhovoru, který je na rozdíl od rozhovoru méně časově náročný, protože na dotazy jsou od respondentů vyžadovány písemné odpovědi. (Hartl, Hartlová, 2000). Profesiografický dotazník sestavený k této bakalářské práci obsahuje 25 otázek. Použité otázky jsou označovány jako uzavřené, protože neposkytují respondentovi příliš široké možnosti pro vlastní vyjádření a nabízejí mu předem stanovené odpovědi. Tematicky je dotazník zaměřen na kvalifikaci pracovníků (9 otázek), psychickou zátěž pracovníků (3 otázky), supervizi (2 otázky), zvládání běžných situací (2 otázky), zvládání náročných situací (9 otázek). Dotazníky byly rozesílány po všech aktuálně existujících KC v České republice, a to prostřednictvím E-mailů. Sběr dat probíhal v měsíci červenci a srpnu 2014. Výzkumný soubor tvořili zaměstnanci nízkoprahových kontaktních center pro uživatele drog v České republice. Konkrétní přehled organizací vybraného souboru je uveden níže v Příloze č. 6. Seznam oslovených KC. Z uvedených 56 oslovených KC se výzkumu zúčastnilo 28 KC, návratnost dotazníků je tedy 50 %, avšak faktický počet vyplněných dotazníků činí 32, což je dáno tím, že v některých KC vyplnilo dotazník více pracovníků.

Dotazník tvoří přílohu č. 1.

9.1.1 Relevantnost použitých otázek v dotazníku ve vztahu k výzkumným hypotézám

Níže uvádíme přehled otázek použitých v dotazníku, kterými se zjišťovala pravdivost jednotlivých hypotéz.

H1: V nízkoprahových kontaktních centrech pro drogově závislé pracují nedostatečně kvalifikovaní pracovníci.

Otázky použité v dotazníku:

1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 2) V jakém oboru je toto vzdělání?
- 3) Považujete své vzdělání za dostatečné pro výkon profese sociálního pracovníka v KC pro drogově závislé?
- 4) Jaký obor vnímáte jako nejvhodnější pro práci pracovníka v KC?
- 7) Myslíte si, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník?
- 8) Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí sám sebe? Například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření? ¹
- 9) Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí klienta? Například že mu podá špatné či neúplné informace?

H2: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center, kteří nemají požadované vzdělání, si jej dodatečně dodělávají.

Otázky použité v dotazníku:

- 5) Doděláváte si v současné době vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce nebo jiný humanitní obor?
- 6) Cítíte ze strany vedení KC motivaci k vlastnímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností? Např. nabízení různých školení či kurzů nebo umožnění studování VŠ či VOŠ?

H3: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center jsou dostatečně vybaveni na psychickou zátěž, která s sebou nese tato práce.

Otázky použité v dotazníku:

- 12) Prošel/a jste kurzem krizové intervence?
- 13) Máte psychoterapeutický výcvik?
- 14) Pokud ano, jaký?

H4: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center jsou dostatečně supervidováni.

- 10) Realizují se na Vašem pracovišti supervize?

11) Pokud ano, považujete je za dostatečné s ohledem na náročnost Vaší práce a problematickou klientelu?

H5: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center zvládají běžné situace, které se vyskytují při jejich práci.

Otázky použité v dotazníku:

18) Pokud máte službu na výměně injekčního náčiní, kolik klientů za den obslužíte?

19) Kolik individuálních poradenství poskytujete za měsíc?

H6: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center zvládají náročné situace, které se vyskytují při jejich práci.

Otázky použité v dotazníku:

15) Stalo se Vám někdy, že jste se musel řešit náročnou situací při svém výkonu práce? Například fyzický konflikt mezi dvěma či více klienty na kontaktní místnosti, vyhrocený slovní konflikt či dokonce slovní či fyzické napadení Vás ze strany klienta?

16) Zvládl jste dle Vašeho názoru situaci dobře? To znamená, došlo například k urovnání konfliktu, atd.?

17) Jak často dochází ke konfliktu mezi klienty na kontaktní místnosti?

20) Stěžoval si na vás někdy nějaký klient?

21) Myslíte si, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce uživatele návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenosí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či podobná dilemata?

22) Cítíte se často po pracovním dni psychicky vyčerpaný/á? To znamená více jak třikrát týdně?

23) Pociťil jste za svou pracovní kariéru v KC nějaké příznaky tzv. syndromu vyhoření?

24) Uvažoval/a jste někdy o tom, že byste opustil pracovní místo v KC z důvodu náročnosti dané profese?

25) Které aspekty dle Vašeho názoru nejčastěji vedou ke kritickým situacím na pracovním místě pracovníka KC?

9. 1. 2 Kvantitativní výzkum

Teoretickým východiskem kvantitativního výzkumu je pozitivismus. Mezi významné představitele tohoto směru patří Durheim a Comte, kteří se snažili zkoumat sociální fenomény bez ohledu na subjektivní stav jedinců (Disman, 1993).

Ferjenčík (2000) uvádí, že kvantitativní výzkum je jakési reduktivní zkoumání, kdy výzkumník stojí před více danostmi objektu a je si vědom toho, že nelze zachytit zkoumaný jev dokonale ve všech jeho podobách. Dochází tedy k tomu, že výzkumník vybírá události, nehodnotí tedy všechny události. Výhodou je přesnější zjištění, avšak často chybí kontext (Ferjenčík, 2000).

V kvantitativním výzkumu se, jak vyplývá z Ferjenčíka (2000) používají ve velké míře čísla a nominální proměnné (číselné údaje). Velká pozornost je věnována kontrole a manipulaci daných proměnných. Je vytvořena experimentální a kontrolní skupina, výzkumník se snaží zredukovat nežádoucí proměnné, dochází k měření závisle proměnných, dochází k provádění procedur v přesně určeném pořadí. Velmi snadno se dá určit reliabilita a validita. Výzkumník je ten, kdo tvoří situaci (Ferjenčík, 2000).

Disman (1993) uvádí několik významných rozdílů mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem. V první řadě se jedná o velikost výzkumného vzorku. Kvantitativní výzkum vyžaduje mnohem rozsáhlejší vorek respondentů, avšak za cenu omezenosti údajů o daných respondentech. Kvalitativní výzkum je hlubší co do získávání informací od participantů, ale na druhou stranu se zaměřuje na výrazně menší výzkumný vzorek. Kvalitativní výzkum probíhá v přirozenějších podmínkách než výzkum kvantitativní. Kvantitativní výzkum se zaměřuje na testování hypotéz (jejich ověření či vyvrácení), kvalitativní výzkum hypotézy naopak vytváří. Kvantitativní výzkum musí mít velmi silnou standardizaci zajišťující vysokou reliabilitu³. Standardizace je ale na úkor přesnosti informací- dochází tedy k redukci informací- respondent je omezen na volbu pouze jedné kategorie z nabídnutých možností. Kvalitativní výzkum má slabou standardizaci, a proto také má i nízkou reliabilitu, ale díky volné formulaci otázek a odpovědí vede spíše k vyšší hodnotě validity⁴. Kvantitativní výzkum

³Reliabilita je vlastnost testu, která vypovídá o tom, s jakou spolehlivostí či přesností test měří to, co měří. Je třeba vzít v úvahu, že ani ten nejspolehlivější psychodiagnostický test neměří s absolutní přesností. Naměřené hodnoty jedince různě varíují a jakákoliv naměřená hodnota představuje jen odhad pravé – originální – hodnoty (Ferjenčík, 2000).

⁴Validita testu patří mezi nejdůležitější charakteristiky každého psychodiagnostického nástroje. Tento termín se do češtiny překládá jako platnost, tedy to, zda test je schopný měřit, diagnostikovat nebo predikovat to, co má.

vychází z tzv. deduktivní metody- na začátku je nějaký problém, který je přeložen do hypotéz a ty slouží pro výběr proměnných. Zjištěná data pak slouží pro testování hypotéz a na závěr je daná hypotéza buď potvrzena či zamítnuta. Kvalitativní výzkum vychází z tzv. induktivní logiky- na začátku je nějaké pozorování a sběr dat, poté dochází k určení pravidelností vyskytujících se v datech, formulují se předběžné závěry a na závěr se buď formulují nové hypotézy či teorie (Disman, 1993).

9. 2 Časový snímek dne

Profesiografie dokládá, jak vyplývá z Vůjtěcha (2002), že pracovní činnost lze rozložit do jednotlivých úkolů a úkonů. Je prokázáno, že požadavek na profesionála, aby odhadl, jak tráví pracovní čas, nepřináší směřodátne informace a to zejména proto, že ty činnosti, které jsou mu sympatické, obvykle v odhadu času nadhodnocuje a naopak. To dokazují prováděná šetření na toto téma. Z tohoto důvodu se využívá metod a technik, které reálně popisují podíl, někdy i sled činností ve stanovené kategorizaci po určitou dobu. Jedná se o denní snímky, jejichž zachycení je nejpřesnější za dohledu pozorovatelů. Metoda časových studií je formou kvalitativního výzkumu. Požadavek byl, aby se zachytil snímek celého pracovního dne s rozvrženými intervaly (Vůjtěch, 2002). Práce sociálního pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru je rozdělena do sedmi kategorií. Snímek pracovního dne byl prováděn pouze u vybraných respondentů ze vzorku. Respondentům byla předložena tabulka s činnostmi rozvrženými do celého pracovního týdne a rozdělenými do jednotlivých pracovních dnů od pondělí do pátku. Požadavek zněl, aby respondenti zachytili pokud možno jeden celý kompletní týden, tj. 5 pracovních dní, s intervalem 30 minut. Pozorované kategorie byly následující:

výměna injekčního náčiní

služba v kontaktní místnosti

pomoc klientům se zařizováním dokladů, s komunikací s úřady, hledáním práce, atd.

individuální poradenství

administrativa

komunikace s kolegy ohledně pracovních záležitostí

provozní záležitosti (příprava materiálu pro výměnu; praní prádla klientům; úklid, atd.).

Tedy zda test měří ty jevy, k jejichž měření byl zkonstruován (Ferjenčík, 2000). Můžeme ji také definovat jako korelaci s kritériem čili míru shody mezi naměřenými výsledky a tím, co jsme chtěli měřit (Ferjenčík, 2000).

Respondentům bylo vysvětleno, že je potřeba provádět záznamy průběžně a poctivě, aby byl získán co nejreálnější pohled na danou profesi. Data byla získávána v průběhu roku 2013. Časové snímky tvoří přílohu č. 2.

9.3 Pozorování

Jako doplňující metoda pro získávání dat posloužilo pozorování ve vybraných organizacích, prostřednictvím kterého se doplnila metoda časového snímku- viz výše. Jedná se o pozorování vybraného zaměstnance při jeho celodenní práci. Zaměstnanci byli informováni, že byli pozorováni, byla zde tedy také velmi reálná možnost záměrného jevu „vidění se v lepším světle“, čemuž se při této metodě dá zabránit pouze tehdy, byl by výzkumník skrytý, což je při této aplikaci nemožné. Zaměstnanci byli pozorováni a zároveň doptáváni, pokud bylo potřeba, aby byla vytvořena co nejlepší koncepce jejich celodenní práce. Pozorování byla uskutečňována v průběhu roku 2013. Pozorování tvoří přílohu č. 3.

9.4 Rozhovor

Pro doplnění a korekci informací byl použit řízený polostrukturovaný rozhovor s vybranými pracovníky. Výběr probíhal na základě referencí od spolupracovníků a to pro účely výběru pracovníků, kteří reprezentují průměr a pro výběr pracovníků, kteří reprezentují špičky ve svém oboru. Co se týče skladby otázek v rozhovoru, tak se jedná o vybrané otázky z dotazníku použitého v této bakalářské práci. Z dotazníku byly vybrané otázky, které bylo svým zněním zajímavé rozvinout a bylo zajímavé se k nim více vyjádřit, avšak v samotném dotazníku, který má kvantitativní charakter, nešlo toto obsáhnout. Se souhlasem respondentů byly z důvodu dosažení přesnějších výsledků při vyhodnocování rozhovory nahrávány. Rozhovory byly uskutečňovány v průběhu roku 2013. Rozhovory v plném znění viz příloha č.4.

9.5 Vlastní zkušenost

Jako subjektivní metoda pro ucelený obraz byla použita také vlastní zkušenost v dané organizaci na dané pozici. Jedná se o zkušenosti získané při dlouhodobé dobrovolné činnosti v nejmenovaném KC pro uživatele drog. Vlastní zkušenost v plném znění viz příloha č. 5.

10 Výběr respondentů, dalších dat a etika výzkumu

Výběr výzkumného souboru pro tento výzkum probíhal metodou *prostého záměrného výběru*. Podle Miovského (2006) jde o cílené vyhledávání účastníků na základě jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je daná vlastnost, projev vlastnosti nebo stav. Jsou vyhledáváni pouze ti jedinci, kteří splňují dané kritérium a zároveň jsou ochotni zúčastnit se výzkumu (Miovský, 2006). Kritériem pro výběr výzkumného souboru této práce bylo zaměstnání v nízkoprahovém kontaktním centru jako pracovník, který vykonává přímou práci s klienty. Popis výzkumného souboru tvoří přílohu č. 7. Z důvodu možnosti poznání sebe sama nebo poznání svého kolegy/ kolegyně nebyla položka „typ sebezkušenostního psychoterapeutického výcviku“ uváděna.

Respondenti dotazníku byli písemně informováni o účelu a průběhu výzkumu, o anonymitě výsledků dotazníku. Z důvodu zachování anonymity proběhl informovaný souhlas pouze úvodní otázkou zakomponovanou do dotazníku „*Jsem obeznámen/a s účelem výzkumu, souhlasím s anonymním prezentováním výsledků pro studijní účely a dobrovolně se zúčastňuji vyplňování dotazníku*“.

Respondenti rozhovoru byli ústně informováni o účelu a průběhu výzkumu, o anonymitě výsledků rozhovoru. Z důvodu zachování anonymity proběhl informovaný souhlas pouze úvodní otázkou na začátku rozhovoru „*Jsem obeznámen/a s účelem výzkumu, souhlasím s anonymním prezentováním výsledků pro studijní účely a dobrovolně se zúčastňuji řízeného rozhovoru*“. Při získávání dat byla dodržena základní etická pravidla pro psychologický výzkum.

Pozorování probíhalo zjevně. Pracovník byl rovněž poučen o účelu a průběhu výzkumu, o anonymitě výsledků pozorování.

Respondentům všech výzkumných metod byla zaručena z etického hlediska anonymita. Veškeré údaje, na základě kterých by se mohl respondent poznat, jsou změněny nebo neuváděny vůbec.

V průběhu celého výzkumu a zejména při tvorbě vlastní zkušenosti jsem se snažila o co největší sebereflexi, nestrannost a kritičnost.

11 Výsledky šetření a analýza dat

Data z profesiografického dotazníku byla zpracovávána pomocí statistického programu STATISTICA. Při analýze a interpretaci dat byl použit *deskriptivní přístup* a *metoda prostého výčtu*. Jedná se o popis získaných dat, jehož prostřednictvím je vyjádřena např. intenzita či frekvence výskytu daného jevu nebo poměr výskytu tohoto jevu k jinému, jde o třídění prvního stupně. Domníváme se, že takto zvolená analýza dat v tomto případě dostatečně charakterizuje zjištěné skutečnosti. Data z metody časového snímku dne byla vyhodnocena rovněž za použití metody třídění prvního stupně- popisné statistiky. Výsledky zjištěné prostřednictvím dotazníkového šetření a časového snímku dne jsou uvedeny v této kapitole. Ostatní výzkumné metody, tedy pozorování, rozhovor a vlastní zkušenost jsou interpretovány každá zvlášť a prezentovány v kapitole 18 Přílohy. Při sestavování profesiogramu pak tyto metody (pozorování, rozhovor a vlastní zkušenost) slouží jako doplnění a upřesnění dat získaných z profesiografických dotazníků a časových snímků dne.

11.1 Profesiografické dotazníky

Tabulka 2 Pracovní pozice respondentů.

Kategorie	Na jaké pracovní pozici pracujete?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
SP	15	15	46,87	46,87
KP	10	25	31,25	78,12
pracovník v sociálních službách	1	26	3,12	81,25
SP + KP	4	30	12,50	93,75
pracovník projektu	1	31	3,12	96,87
terapeut	1	32	3,12	100

Legenda:

SP- sociální pracovník

KP- kontaktní pracovník

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.

Kategorie	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
VŠ- bc	11	11	34,37	34,37
SŠ	3	14	9,37	43,75
VOŠ	4	18	12,50	56,25
VŠ- mgr	14	32	43,75	100

Legenda:

SŠ/ střední škola

VOŠ/ vyšší odborná škola

VŠ- bc/ vysoká škola- bakalářské

VŠ- mgr/ vysoká škola magisterské

Tabulka 4 Obor vzdělání.

Kategorie	V jakém oboru je toto vzdělání?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
sociální práce	13	13	40,62	40,62
jiný humanitní obor	13	26	40,62	81,25
sociální práce + zcela jiný obor	1	27	3,12	84,37
zcela jiný obor	4	31	12,50	96,87
sociální práce + jiný humanitní obor	1	32	3,12	100

Tabulka 5 Považují respondenti své vzdělání za dostatečné pro výkon profese sociálního pracovníka v KC pro drogově závislé?

Kategorie	Považujete své vzdělání za dostatečné pro výkon profese sociálního pracovníka v KC pro drogově závislé?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	26	26	81,25	81,25
ne	6	32	18,75	100

Tabulka 6 Jaký obor vnímají respondenti jako nejvhodnější pro práci pracovníka v KC?

Kategorie	Jaký obor vnímáte jako nejvhodnější pro práci pracovníka v KC?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
zcela jiný obor	4	4	12,50	12,50
sociální práce	16	20	50	62,50
jiný humanitní obor	6	26	18,75	81,25
zcela jiný obor- adiktologie	5	31	15,62	96,87
0	1	32	3,12	100

Tabulka 7 Dodělávají si respondenti v současné době vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce nebo jiném humanitním oboru?

Kategorie	Doděláváte si v současné době vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce nebo jiném humanitním oboru?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	6	6	18,75	18,75
ne	26	32	81,25	100

Tabulka 8 Cítí respondenti ze strany vedení KC motivaci k vlastnímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností? Např. nabízení různých školení či kurzů nebo umožnění studování VŠ či VOŠ?

Kategorie	Cítíte ze strany vedení KC motivaci k vlastnímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností? Např. nabízení různých školení či kurzů nebo umožnění studování VŠ či VOŠ?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	31	31	96,87	96,87
ne	1	32	3,12	100

Tabulka 9 Myslí si respondenti, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník?

Myslíte si, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník?				
Kategorie	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	29	29	90,62	90,62
ne	3	32	9,37	100

Tabulka 10 Myslí si respondenti, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí sám sebe? Například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření?

Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí sám sebe? Například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření?				
Kategorie	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ne	4	4	12,50	12,50
ano	28	32	87,50	100

Tabulka 11 Myslí si respondenti, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí klienta? Například že mu podá špatné či neúplné informace?

Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí klienta? Například že mu podá špatné či neúplné informace?				
Kategorie	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	32	32	100	100

Tabulka 12 Realizace supervizí na pracovištích.

Realizují se na Vašem pracovišti supervize?				
Kategorie	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	32	32	100	100

Tabulka 13 Považují respondenti supervize za dostatečné s ohledem na náročnost jejich práce a problematickou klientelu?

Kategorie	Pokud ano, považujete je za dostatečné s ohledem na náročnost Vaší práce a problematickou klientelu?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	31	31	96,87	96,87
ne	1	32	3,12	100

Tabulka 14 Absolvovali respondenti kurz krizové intervence?

Kategorie	Prošel/a jste kurzem krizové intervence?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	26	26	81,25	81,25
ne	6	32	18,75	100

Tabulka 15 Absolvovali respondenti psychoterapeutický výcvik?

Kategorie	Máte psychoterapeutický výcvik?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	10	10	31,25	31,25
ne	22	32	68,75	100

Tabulka 16 Typ absolvovaného psychoterapeutického výcviku.

Kategorie	Typ psychoterapeutického výcviku			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
KBT	1	1	3,12	3,12
0	23	24	71,87	75,00
SUR + dešinsanalýza	1	25	3,12	78,12
Gestalt	2	27	6,25	84,37
Integrovaná psychoterapie, Existenciální analýza a logoterapie	1	28	3,12	87,50
dramaterapie, rodinná terapie psychosomatických onemocnění	1	29	3,12	90,62

SUR	1	30	3,12	93,75
Solution Focused Therapy	1	31	3,12	96,87
Transakční analýza + SUR	1	32	3,12	100

Tabulka 17 Řešení náročné situace během výkonu své práce.

Kategorie	Stalo se Vám někdy, že jste se musel řešit náročnou situací při svém výkonu práce? Například fyzický konflikt mezi dvěma či více klienty na kontaktní místnosti, vyhocený slovní konflikt či dokonce slovní či fyzické napadení Vás ze strany klienta?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	31	31	96,87	96,87
ne	1	32	3,12	100

Tabulka 18 Domnívají se klienti, že zvládli náročnou situace dobře vyřešit?

Kategorie	Zvládl jste dle Vašeho názoru situaci dobře? To znamená, došlo například k urovnání konfliktu, atd.?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	29	29	90,62	90,62
0	3	32	9,375	100

Tabulka 19 Četnost konfliktů mezi klienty na kontaktní místnosti.

Kategorie	Jak často dochází ke konfliktu mezi klienty na kontaktní místnosti?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
1x měsíčně	13	13	40,62	40,62
nikdy	1	14	3,12	43,75
1x ročně	5	19	15,62	59,37
1x týdně	4	23	12,50	71,87
1x za půl roku	9	32	28,12	100

Tabulka 20 Počet obslužených klientů za den při výměně injekčního náčiní.

Kategorie	Pokud máte službu na výměně injekčního náčiní, kolik klientů za den obslužíte?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
31- 40	3	3	9,37	9,37
11- 20	9	12	28,12	37,50
21- 30	3	15	9,37	46,87
1- 10	16	31	50,00	96,87
41- 50	1	32	3,12	100

Tabulka 21 Počet provedených individuálních poradenství za měsíc.

Kategorie	Kolik individuálních poradenství poskytujete za měsíc?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
6- 10	14	14	43,75	43,75
1- 5	7	21	21,87	65,62
11- 15	8	29	25,00	90,62
20 a více	2	31	6,25	96,87
16- 20	1	32	3,12	100

Tabulka 22 Stížnost ze strany klientů na pracovníky.

Kategorie	Stěžoval si na vás někdy nějaký klient?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ne	23	23	71,87	71,87
ano	9	32	28,12	100

Tabulka 23 Myslí si respondenti, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce uživatele návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenosí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či podobná dilemata?

Kategorie	Myslíte si, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce uživatele návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenosí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či podobná dilemata?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	32	32	100	100

Tabulka 24 Pocit psychického vyčerpání po pracovním dni.

Kategorie	Cítíte se často po pracovním dni psychicky vyčerpaný/á? To znamená více jak třikrát týdně?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ne	24	24	75	75
ano	8	32	25	100

Tabulka 25 Pocit příznaků syndromu vyhoření za pracovní kariéru v KC.

Kategorie	Pocítil jste za svou pracovní kariéru v KC nějaké příznaky tzv. syndromu vyhoření?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ano	18	18	56,25	56,25
ne	14	32	43,75	100

Tabulka 26 Uvažování i opuštění pracovního místa v KC z důvodu náročnosti dané profese.

Kategorie	Uvažoval/a jste někdy o tom, že byste opustil pracovní místo v KC z důvodu náročnosti dané profese?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
ne	25	25	78,12	78,12
ano	7	32	21,87	100

Tabulka 27 Aspekty nejčastěji vedoucí ke kritickým situacím na místě pracovníka KC.

Kategorie	Které aspekty dle Vašeho názoru nejčastěji vedou ke kritickým situacím na pracovním místě pracovníka KC?			
	Četnost	Kumulativní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
osobnostní vlastnosti	19	19	59,37	59,37
dovednostní předpoklady	5	24	15,62	75
kvalifikační nedostatky	2	26	6,25	81,25
všechny možnosti	3	29	9,375	90,62
kvalifikační nedostatky + osobnostní vlastnosti	2	31	6,25	96,87
dovednostní předpoklady + osobnostní vlastnosti	1	32	3,12	100

11.2 Časové snímky dne

Níže je uvedeno, průměrně kolik procent ze svého pracovního týdne věnují pracovníci jednotlivým činnostem. Vyhodnoceny jsou všechny 3 časové snímky dohromady. Přehled jednotlivých časových snímků s uvedenými proporcemi trávení pracovního času jsou uvedeny v příloze č. 2.

výměna injekčního náčiní 13 %

služba v kontaktní místnosti 24 %

pomoc klientům se zařizováním dokladů, s komunikací s úřady, hledáním práce, atd. 14 %

individuální poradenství 4, 5 %

administrativa 23, 4 %

komunikace s kolegy ohledně pracovních záležitostí 13 %

provozní záležitosti (příprava materiálu pro výměnu; praní prádla klientům; úklid, atd.). 8 %

12 Interpretace výsledků a sestavení profesiogramu

Základní výzkumná otázka zněla, zda mají pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog potřebné předpoklady pro tuto práci. K tomuto účelu posloužil vlastně sestavený dotazník, kterým se stanovilo, zda mají pracovníci požadované vzdělání, zda jsou dostatečně vybaveni na psychickou zátěž, kterou s sebou nese tato práce, zda jsou dostatečně podporováni při výkonu své profese, zda zvládají běžné situace, které se vyskytují při jejich práci a zda zvládají náročné situace, které se vyskytují při jejich práci. K interpretaci výsledků profesiografického dotazníku byly použity tabulky četností, což je jedna ze statistických metod, konkrétně třídění prvního stupně. Dále byly ke zjištění výzkumné otázky použity doplňkové metody časový snímek dne, pozorování, rozhovor a vlastní zkušenost. Data z metody časového snímku dne byla vyhodnocena rovněž za použití metody třídění prvního stupně- popisné statistiky. Ostatní výzkumné metody, tedy pozorování, rozhovor a vlastní zkušenost jsou interpretovány každá zvlášť a prezentovány v kapitole 18 Přílohy. Při sestavování profesiogramu pak tyto metody (pozorování, rozhovor a vlastní zkušenost) slouží jako doplnění a upřesnění dat získaných z dotazníků a časových snímků dne.

Dílčí výzkumná otázka:

Mají pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog požadované vzdělání pro tuto práci?

H1: V nízkoprahových kontaktních centrech pro drogově závislé pracují nedostatečně kvalifikovaní pracovníci.

Vysokoškolské vzdělání v magisterském stupni má necelých 44% respondentů, vysokoškolské vzdělání v bakalářském stupni má 34% respondentů. Vyšší odborné vzdělání má téměř 13% a pouze 9% respondentů má středoškolské vzdělání. Dle profesních předpokladů MPSV (2007) by měl být pracovník nízkoprahového kontaktního centra vysokoškolsky vzdělán v sociálních vědách nebo ve speciální pedagogice. Podle požadavků RVKPP (2003) si ovšem vystačí pouze se středoškolským vzděláním a s věkem vyšším než 21 let.

Pokud se zaměříme na relevantnost oboru, tedy pokud budeme postupovat opět podle profesních předpokladů MPSV (2007), tak by měl být pracovník nízkoprahového kontaktního centra vysokoškolsky vzdělán v sociálních vědách nebo ve speciální pedagogice. Z výsledků

vyplývá, že necelých 13% respondentů má vzdělání ve zcela jiném oboru než je sociální práce nebo jiný humanitní obor. Zbývajících 87 % respondentů má tedy vystudovaný obor sociální práce či jiný humanitní obor.

Jako dostatečné pro výkon profese sociálního pracovníka v KC pro drogově závislé považují své vzdělání 81 % respondentů, naopak 19% respondentů hodnotí své vzdělání jako nedostatečné.

Jako nejvhodnější obor pro práci pracovníka v KC vnímá celá polovina respondentů (50%) obor sociální práce, dále pak jiný humanitní obor (19%), následuje obor zcela jiný a to konkrétně adiktologie (16%) a jako poslední je uveden zcela jiný obor (13%). Necelé 3% respondentů na tuto otázku z neuvedených důvodů neodpovědělo.

Převážná část respondentů (91%) se domnívá, že může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník. Naopak toto si nemyslí 9% dotazovaných.

Převážná část respondentů (87, 5%) se domnívá, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy může pracovník poškodit sám sebe a to například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření. Opak si myslí 12, 5% respondentů.

Všichni respondenti si myslí, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí klienta. Například že mu podá špatné či neúplné informace.

Závěrem lze H1 shrnout následovně: Co se kvalifikačních předpokladů týká, že je poměrně vysoké procento pracovníků, kteří mají vysokoškolské vzdělání, a to celkem 78 %, což odpovídá požadavkům kladeným na vzdělání vyslovených MPSV v roce 2007. Rovněž obor, ve kterém jsou pracovníci vzděláni je z 87% obor sociální práce či jiný humanitní obor, což opět odpovídá profesním předpokladům MPSV z roku 2007 kladených na adiktologického pracovníka v KC. Respondenti rovněž z 81 % hodnotí své vzdělání jako dostatečné pro výkon dané profese. Sociální pracovník v KC by měl být podle poloviny respondentů vzděláný v oboru sociální práce. 91% respondentů se domnívá, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník, z čehož vyplývá, že vzdělání hodnotí respondenti za významný předpoklad výkon profese sociálního pracovníka v KC. 87, 5% respondentů se domnívá, že syndrom vyhoření může být

způsoben mimo jiné také nedostatečnou teoretickou přípravou pracovníka, což opět vypovídá o důležitosti kvalifikačních předpokladů pracovníků. Podle všech respondentů je také možné, že vlivem nedostatečné teoretické přípravy může pracovník KC poškodit klienta. Z uvedeného vyplývá, že kvalifikační předpoklady vnímají jako významný faktor pro výkon profese sociálního pracovníka v KC.

Dílčí výzkumná otázka:

Jsou pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog dostatečně podporováni při výkonu své profese?

H2: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center, kteří nemají požadované vzdělání, si jej dodatečně dodělávají.

Vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce či jiném humanitním oboru si dodělává 19% respondentů. Z těch, kteří si dodělávají vysokoškolské vzdělání, 9% již vysokoškolské vzdělání má. Pouze jeden respondent (3%) z těch, kteří nemají vysokoškolské vzdělání ani vyšší odborné vzdělání (tuto skupinu tvoří 9%), si dodělává vysokoškolské vzdělání. 6% z těch, kteří mají vyšší odborné vzdělání, si dodělávají vysokoškolské vzdělání.

Motivaci ze strany vedení KC k dalšímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností pocítuje 97% respondentů, pouze 1 respondent (3%) podporu ze strany vedení nepocítuje.

Závěrem k H2: Pouze třetina respondentů (de facto jeden respondent), kteří mají pouze středoškolské vzdělání, si dodělávají vysokoškolské vzdělání. Na druhou stranu lze hodnotit kladně, že i ti, co již vysokoškolské vzdělání mají, se nadále vzdělávají a studují VŠ (9%).

Dílčí výzkumná otázka:

Jsou pracovníci kontaktních center pro uživatele drog dostatečně vybaveni na psychickou zátěž, kterou s sebou nese tato práce?

H3: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center jsou dostatečně vybaveni na psychickou zátěž, která s sebou nese tato práce.

Kurzem krizové intervence prošlo 81% dotazovaných, téměř 19% dotazovaných uvedlo, že kurz krizové intervence neabsolvovali.

Psychoterapeutický sebezkušenostní výcvik má necelá třetina respondentů, tedy téměř 31%. Tento výcvik tedy neabsolvovalo 69% respondentů. Pro zajímavost uvádíme typ absolvovaného psychoterapeutického výcviku- nejčastěji zastoupeným typem je SUR, tento typ uvedli 3 respondenti, tedy 9%, dále je pak zastoupený typ Gestalt, tento typ mají 2 respondenti, tedy 6%. Dále pak je zastoupení co do četnosti stejné, a sice pouze vždy jeden respondent, tedy 3%, jedná se o KBT; deseinsanalýza; transakční analýza; integrovaná psychoterapie; existenciální analýza a logoterapie; dramaterapie; rodinná terapie psychosomatických onemocnění; Solution Focused Therapy. Nejčastěji a zastoupený typ SUR se vyskytl jedenkrát samostatně (3%), jedenkrát v kombinaci s transakční analýzou (3%), jedenkrát v kombinaci s deseinsanalýzou.

Závěrem k H3: Většina respondentů je na náročné situace vybavena absolvovaným kurzem krizové intervence. Psychoterapeutický sebezkušenostní výcvik má ani ne třetina respondentů, tedy téměř 31%.

H4: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center jsou dostatečně supervidováni.

Všichni respondenti uvedli, že mají ve svém zaměstnání pravidelnou supervizi. Téměř 97% ji považuje vzhledem k náročnosti práce a problematickou klientelu za dostatečnou, za nedostatečnou ji v tomto ohledu považují 3% respondentů.

Závěrem k H4: Potřeba supervize je uspokojována na všech pracovištích. Převážná většina respondentů považuje supervizi za dostatečnou (97%), pouze 3 % respondentů (de facto 1 respondent) ji považují za nedostatečnou vzhledem k náročnosti práce.

Dílčí výzkumná otázka:

Zvládají pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog běžné situace, které se vyskytují při jejich práci?

H5: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center zvládají běžné situace, které se vyskytují při jejich práci.

Pokud mají respondenti službu při výměně injekčního náčiní, tak obslouží nejčastěji 1- 10 klientů, tuto možnost uvedla celá polovina (50%) respondentů; následuje (28%) 11- 20 klientů; 9% uvedlo 21- 30 klientů a stejně tak 9% uvedlo 31- 40 klientů; 3% uvedlo 41- 50 respondentů.

44% respondentů uvedlo, že za měsíc poskytnou 6- 10 individuálních poradenství; dále pak celá čtvrtina (25%) uvedla, že poskytne 11- 15 individuálních poradenství za měsíc; 1- 5 individuálních poradenství za měsíc poskytne 22% respondentů; možnost 20 a více uvedlo 6% dotázaných; 3% uvedlo možnost 16- 20.

Závěrem k H5: 78 % respondentů uvedlo, že při výměně injekčního náčiní obslouží denně do 20 klientů. Pouze jeden respondent (3 %) uvedl, že obslouží 41- 50 klientů. Nečastěji zastoupenou kategorií, kterou klienti uváděli, bylo poskytnutí 6- 10 individuálních poradenství za měsíc.

Dílčí výzkumná otázka:

Zvládají pracovníci v nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele drog náročné situace, které se vyskytují při jejich práci?

H6: Pracovníci nízkoprahových kontaktních center zvládají náročné situace, které se vyskytují při jejich práci.

Převážná většina respondentů (97%) uvedla, že musela řešit náročnou situaci při svém výkonu práce. Například fyzický konflikt mezi dvěma či více klienty na kontaktní místnosti, vyhrocený slovní konflikt či dokonce slovní či fyzické napadení ze strany klienta. Pouze jeden respondent uvedl (3%), že tuto zkušenost nemá. 90% respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, si myslí, že zvládli danou situaci dobře, tedy že došlo k urovnání konfliktu, apod. 9% respondentů (3) na tuto otázku z neuvedených důvodů neodpovědělo.

Co se týká vyhrocených situací, tak nejvíce respondentů (41%) uvedlo, že ke konfliktu mezi klienty dochází 1x měsíčně; dále pak k tomuto dochází nejčastěji jedenkrát za půl roku (28% respondentů); 1x ročně uvedlo 16% respondentů; 1x týdně 12,5% respondentů a možnost nikdy uvedli 3% respondentů.

Stížnost na svou osobu ze strany klienta uvedlo 28% respondentů, 72% uvedlo, že si na ně nikdy žádný klient nestěžoval.

Všichni respondenti uvedli, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce užívající návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenosí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či jiná podobná dilemata.

Co se týká aspektů, které nejčastěji vedou ke kritickým situacím na pracovním místě pracovníka KC, tak nejvíce respondentů (59%) uvedlo osobnostní vlastnosti; dále pak 16% dovednostní předpoklady; 9% se domnívá, že se na tomto podílejí všechny uvedené aspekty, tedy osobnostní vlastnosti, dovednostní předpoklady a kvalifikační nedostatky; 6% uvedlo kvalifikační nedostatky; 6% kvalifikační nedostatky a osobnostní vlastnosti; a 3% dovednostní předpoklady a osobnostní vlastnosti.

Únavu po pracovním dni vícekrát jak třikrát týdně pocítuje celá čtvrtina respondentů (25%), naopak toto nepocítují tři čtvrtiny respondentů (75%).

Příznaky syndromu vyhoření za svou kariéru v KC pocítilo 56% respondentů, 44% dotázaných uvedlo, že tyto příznaky za své působení v KC nepocítilo.

O opuštění pracovního místa z důvodu náročnosti dané profese uvažovalo 22% dotázaných, o tomto tedy neuvažovalo 78% dotázaných.

Závěrem k H6: Převážná většina respondentů (97%) uvedla, že musela řešit náročnou situaci při svém výkonu práce. Většina klientů, kteří uvedli, že již zažili vyhrcočenou situaci při výkonu své práce, se domnívá, že danou situaci zvládla dobře. Všichni respondenti si myslí, že může nastat situace, kdy někdo řeší vnitřní dilema v souvislosti výkonem dané profese. Jako nejdůležitější aspekt, který se může podílet při výskytu kritických situací, uvedli respondenti z nadpoloviční většiny osobnostní vlastnosti pracovníka. Téměř tři čtvrtiny respondentů (72%) uvedlo, že si na ně nikdy žádný klient nestěžoval. Většina respondentů také uvedla, že nepocítuje psychické vyčerpání (únavu) po pracovním dni vícekrát jak třikrát týdně. Na druhou stranu víc jak polovina respondentů uvedla, že již za svou kariéru v KC pocítila příznaky syndromu vyhoření. Většina pracovníků nikdy neuvažovala o opuštění svého pracovního místa z důvodu náročnosti.

Závěrem ke zjištěným výsledkům:

Respondenti zúčastnění v tomto šetření disponují řadou důležitých dovedností (řešení náročných situací, kdy se převážná většina respondentů domnívá, že umí tyto situace řešit efektivně; dále také například poskytnutí individuální poradenství a to celkem často za měsíc; absolvování kurzu krizové intervence), osobnostních vlastností (zamyšlení se nad osobními dilematy) a rovněž také kvalifikačními předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka (poměrně vysoké procento absolventů VŠ i VOŠ a další vysokoškolské studium i u těch, co již VŠ mají). Dalo by se říci, že výzkum neodhalil žádné závažné nedostatky v profesních předpokladech sociálního pracovníka v KC pro uživatele drog.

Na základě vyhodnocení výsledků výzkumu a na základě dosavadních zkušeností z praxe je níže vypracován *profesiogram*, jehož účelem je zmapovat činnosti vykonávané sociálním pracovníkem nízkoprahového KC pro uživatele drog. Profesiogram je sestaven podle tzv. *minimální struktury profesiogramu navrženého Matouškem (2012)*:

- Běžné činnosti, jejich frekvence, míra zátěže.
- Náročné situace, jejich frekvence, čím zatěžují.
- Kvalifikační a znalostní předpoklady úspěšného zvládnutí profese.
- Osobnostní předpoklady úspěšného zvládnutí profese.
- Potřeby týkající se podpory pracovníků při výkonu profese a jejich dalšího vzdělávání.

Běžné činnosti, jejich frekvence, míra zátěže

Sociální pracovník v KC pro uživatele drog musí za svůj pracovní týden nebo den, dle organizace daného KC, obsáhnout spektrum následujících činností: výměna injekčního náčiní; služba v kontaktní místnosti; pomoc klientům se zařizováním dokladů, s komunikací s úřady, hledáním práce, atd.; individuální poradenství (rodinné poradenství); administrativa; komunikace s kolegy ohledně pracovních záležitostí; provozní záležitosti (příprava materiálu pro výměnu, praní prádla klientům, atd.) a další činnosti, které se odvíjejí od specifik jednotlivých zařízení. Co se týká frekvence uvedených činností, tak je potřeba uvést, že jsou rozdíly mezi jednotlivými KC, které jsou dány jednak tím, zda se KC nachází v hl.m. Praze nebo v jiném podstatně menším městě, kde připadá na dané zařízení menší počet klientů.

Rozdíly nejsou dány pouze geografickou polohou KC, ale také systémem financování, tedy tím, jakým množstvím finančních prostředků KC disponuje. Ze statistického zpracování výsledků časových snímků dne vyplývá, že nejvíce časově zatěžující činností je služba v kontaktní místnosti, která zabere v průměru 24 % z pracovního týdne. Téměř stejné množství času zabere pracovníkům administrativa, které se věnují téměř 24 % pracovního času týdně, a pokud má pracovník den vyhrazený pro administrativu, dokáže tímto strávit i 55 % času denně. Na dalším místě je pomoc klientům se zařizováním dokladů, s komunikací s úřady, hledáním práce, atd., této činnosti se pracovníci věnují 14 % času týdně. Výměně injekčního náčiní zabere pracovníkům 13 % času týdně. Komunikace s kolegy ohledně pracovních záležitostí zabere pracovníkům téměř 13 % času týdně, jedná se o čas, který je převážně doplňkový, nebo například diskutují nad případy v průběhu jiné činnosti (provozní záležitosti, vyplňování archů, atd.). Provozní záležitosti zaberou pracovníkům kolem 8 % času týdně a individuální poradenství zabere 4, 5% času týdně. Ze statistického zpracování dotazníkové metody vyplývá, že nejčastěji uváděnou možností na dotaz „Pokud máte službu na výměně injekčního náčiní, kolik klientů za den obslužíte?“ byla možnost 1- 10 (50%) následovala možnost 11- 20 (28%). Co se týká individuálních poradenství, tak respondenti nejčastěji uváděli, že poskytují 6- 10 individuálních poradenství za měsíc (44%), následovala možnost 11- 15 (25%).

Náročné situace, jejich frekvence, čím zatěžují

Řešit náročnou situaci typu fyzický konflikt mezi dvěma či více klienty v kontaktní místnosti, vyhrocený slovní konflikt či dokonce slovní či fyzické napadení pracovníka ze strany klienta muselo 97 % respondentů, tedy téměř většina. Na otázku, zda situaci zvládli dle jejich názoru dobře, odpovědělo 90 % z nich a všichni se domnívají, že ano. Ke konfliktu mezi klienty na kontaktní místnosti dochází nejčastěji 1x měsíčně. Stížnost na svou osobu ze strany klienta zažilo 28 % respondentů, 72 % uvedlo opak. Více jak třikrát týdně se cítí psychicky vyčerpaná celá čtvrtina respondentů (tedy 25%). Příznaky syndromu vyhoření na sobě pocítilo za svou kariéru v KC 56 % dotázaných. O opuštění pracovního místa z důvodu náročnosti dané profese uvažovalo 22 % dotázaných. Respondenti v rozhovorech uváděli, že je dobré se na tyto situace připravit absolvováním kurzu krizové intervence, je dobré mít zastání v kolegově, využívají též zkušenosti nabyté a osvědčené praxí.

Kvalifikační a znalostní předpoklady úspěšného zvládnutí profese

Vysokoškolské vzdělání v magisterském stupni má necelých 44% respondentů, vysokoškolské vzdělání v bakalářském stupni má 34% respondentů. Vyšší odborné vzdělání má téměř 13% a pouze 9% respondentů má středoškolské vzdělání. Dle profesních předpokladů MPSV (2007) by měl být pracovník nízkoprahového kontaktního centra vysokoškolsky vzdělán v sociálních vědách nebo ve speciální pedagogice. Podle požadavků RVKPP (2003) si ovšem vystačí pouze se středoškolským vzděláním a s věkem vyšším než 21 let. Pokud se zaměříme na relevantnost oboru, tedy pokud budeme postupovat opět podle profesních předpokladů MPSV (2007), tak by měl být pracovník nízkoprahového kontaktního centra vysokoškolsky vzdělán v sociálních vědách nebo ve speciální pedagogice. Z výsledků vyplývá, že necelých 13% respondentů má vzdělání ve zcela jiném oboru než je sociální práce nebo jiný humanitní obor. Zbývajících 87 % respondentů má tedy vystudovaný obor sociální práce či jiný humanitní obor. Jako dostatečné vzdělání pro výkon profese sociálního pracovníka v KC pro drogově závislé považuje své vzdělání 81 % respondentů naopak 19% respondentů hodnotí své vzdělání jako nedostatečné. Jako nejvhodnější obor pro práci pracovníka v KC vnímá celá polovina respondentů (50%) obor sociální práce, dále pak jiný humanitní obor (19%), následuje obor zcela jiný obor a to konkrétně adiktologie (16%) a jako poslední je uveden zcela jiný obor (13%). Necelé 3% respondentů na tuto otázku z neuvedených důvodů neodpovědělo. Převážná část respondentů (91%) se domnívá, že může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník. Naopak toto si nemyslí 9% dotazovaných. Převážná část respondentů (87, 5%) se domnívá, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy může pracovník poškodit sám sebe a to například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření. Opak si myslí 12, 5% respondentů. Všichni respondenti si myslí, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí klienta. Například že mu podá špatné či neúplné informace. 91% respondentů se domnívá, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník, pouze 9% respondentů si toto nemyslí.

Osobnostní předpoklady úspěšného zvládnutí profese

Všichni respondenti uvedli, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce uživatele návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenosí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či jiná podobná dilemata. Co se týká aspektů, které nejčastěji vedou ke kritickým situacím na pracovním místě pracovníka KC, tak nejvíce respondentů (59%) uvedlo osobnostní vlastnosti; dále pak 16% dovednostní předpoklady; 9% se domnívá, že se na tomto podílejí všechny uvedené aspekty, tedy osobnostní vlastnosti, dovednostní předpoklady a kvalifikační nedostatky; 6% uvedlo kvalifikační nedostatky; 6% kvalifikační nedostatky a osobnostní vlastnosti; a 3% dovednostní předpoklady a osobnostní vlastnosti. Kurzem krizové intervence prošlo 81% dotazovaných, téměř 19% dotazovaných uvedlo, že kurz krizové intervence neabsolvovalo. Psychoterapeutický sebezkušenostní výcvik má necelá třetina respondentů, tedy téměř 31%. Psychoterapeutický výcvik tedy neabsolvovalo 69% respondentů. Pro zajímavost uvádíme typ absolvovaného psychoterapeutického výcviku-nejčastěji zastoupeným typem je SUR, tento typ uvedli 3 respondenti, tedy 9%, dále je pak zastoupený typ Gestalt, tento typ uvedli 2 respondenti, tedy 6%. Dále pak je zastoupení co do četnosti stejné, a sice pouze vždy jeden respondent, tedy 3%, jedná se o KBT; deseinsanalýza; transakční analýza; integrovaná psychoterapie; existenciální analýza a logoterapie; dramaterapie; rodinná terapie psychosomatických onemocnění; Solution Focused Therapy. Nejčastěji a zastoupený typ SUR se vyskytl jedenkrát samostatně (3%), jedenkrát v kombinaci s transakční analýzou (3%), jedenkrát v kombinaci s deseinsanalýzou.

Potřeby týkající se podpory pracovníků při výkonu profese a jejich dalšího vzdělávání

Vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce či jiném humanitním oboru si dodělává 19% respondentů z celkového souboru 32 respondentů. Z těch, kteří si dodělávají vysokoškolské vzdělání, tak 9% již vysokoškolské vzdělání má. Pouze jeden respondent (3%) z těch, kteří nemají vysokoškolské vzdělání ani vyšší odborné vzdělání, si dodělává vysokoškolské vzdělání. 6% z těch, kteří mají vyšší odborné vzdělání, si dodělávají vysokoškolské vzdělání.

Motivaci ze strany vedení KC k dalšímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností pocítuje 97% respondentů, pouze 1 respondent (3%) podporu ze strany vedení nepocítuje. Z provedených rozhovorů vyplývá, že respondentům není bráněno v případě, že se chtějí nadále vzdělávat formou studia na VŠ. Uvádějí, že dochází k vzájemnému zastupování kolegů v práci. Všichni dotázaní mají ve svém zaměstnání pravidelnou supervizi. Téměř 97% ji považuje vzhledem k náročnosti práce a problematickou klientelu za dostatečnou, za nedostatečnou ji v tomto ohledu považují pouze 3% respondentů.

13 Návrh vzdělávacích programů

Dle zjištěných informací z výzkumného šetření byl navržen vzdělávací program pro pracovní místo sociálního pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru pro drogově závislé dle následující osnovy (Matoušek, Růžička, 1984):

1. Navrhovaný obsah a forma (případně ve více variantách).
2. Definované výstupní znalosti a způsob jejich ověření.
3. Definované výstupní dovednosti a způsob jejich ověření.

Dalo by se říci, že „společné minimum“, které by měli všichni pracovníci v praxi ovládat, vyplývá z praxe. Libra (2003) v odborné literatuře uvádí, že *společné minimum* by se dalo definovat jako společný základ kompetencí, tzn., že konkrétní pracovník zná, umí a ví, kdy použít- má k tomu informace, dovednosti a etické postoje (Libra, 2003).

1. Navrhovaný obsah a forma

Pro odbornou způsobilost sociálního pracovníka v KC pro uživatele drog je vyžadováno, aby se orientoval především v oblastech *sociální práce, práva, psychologie, pedagogiky, práce s rizikovými skupinami, práce s etnickými menšinami, zdravotnictví*. Odbornou přípravu mohou zajistit vysoké školy a pro doplnění znalostí může sloužit řada dalších odborně vzdělávacích pracovišť, která nabízejí odborné semináře, kurzy celoživotního vzdělávání, atd. Řadu studijních programů na VŠ a VOŠ je v současné době možno absolvovat jak v prezenční tak i v kombinované formě. Ideálně by měl být sociální pracovník pracující v KC pro uživatele drog absolventem *vysokoškolského studijního oboru z oblasti sociálních věd nebo adiktologie (bakalářský či magisterský stupeň) popřípadě by měl být absolventem VOŠ v oboru sociálních věd*. Vysokoškolský obor sociální práce, adiktologie či podobné obory jsou koncipovány tak, že obsáhnou všechna podstatná teoretická i praktická témata, které je důležité znát pro výkon profese sociálního pracovníka v KC. Pokud nemá sociální pracovník výše uvedené vzdělání, je potřeba, aby absolvoval *akreditovaný vzdělávací kurz u MPSV, kterým si doplní potřebné znalosti*. Kurz je nutno zakončit závěrečnou zkouškou. Účastník obdrží certifikát (doklad) o tom, že daný kurz absolvoval. U pracovníků

mající požadované VŠ či VOŠ vzdělání je možné, aby si každý vybral zaměření vzdělávacího kurzu dle své potřeby, tedy zejména dle toho, v jaké oblasti si on sám myslí, že by se potřeboval zlepšit a vhodnost výběru kurzu by měl rovněž konzultovat se svým vedoucím. *Pravidelná supervize* na pracovištích je pokládána za samozřejmost a měla by být brána jako součást dalšího vzdělávání. Další formou, jakou si může sociální pracovník zvýšit své kompetence je absolvování *odborných praxí a stáží (výměnných programů)*, během nichž se seznámí se stylem práce svých kolegů, vymění si vzájemně svoje poznatky, má možnost si vyzkoušet práci v jiném kolektivu a mnohdy i pro něj se zcela jinými klienty- klienti se mohou lišit dle jednotlivých regionů v závislosti na tom, jaké zrovna kde převažují trendy v užívání drog, atd. Každý sociální pracovník by měl absolvovat jak teoretické, tak i praktické programy (stáže v jiných zařízeních) a měl by rovněž navštěvovat *sebezkušenostní výcvik*. Vzhledem k tomu, že profese sociálního pracovníka obnáší práci s lidmi, tak je pro její co nejlepší výkon potřeba neustálého dalšího sebevzdělávání prostřednictvím odborných seminářů, konferencí, odborných stáží, apod. Programy dalšího vzdělávání by měly být *dostupné jak finančně* (bráno v poměru k průměrnému platu sociálního pracovníka) *tak i geograficky* (pokrytí ve všech regionech).

Doporučeno absolvovat:

- Kurz krizové intervence

Cílem kurzu by mělo být naučit se nabyté dovednosti používat v praxi při práci s klientem; umět klienta bezpečně provést krizí; umět komunikovat jak s klientem, tak s jeho rodinou a blízkým okolím. K ověření nabytých dovedností by mělo docházet prostřednictvím přehrávání modelových situací a následné rozpravy nad tím, co bylo provedeno správně a co špatně. Z přehrávání modelových situací by měl být pořízen videozáznam, na němž by mělo být vysvětlováno, co bylo provedeno správně a co by mělo být provedeno jinak, lépe. Podmínky jednotlivých organizací poskytujících kurzy krizové intervence se mohou lišit co do minimálního věku uchazečů, vzdělání, procenta omluvených absencí, atd., stejně tak jako cena za absolvovaný kurz, rozsah kurzu, zakončení kurzu a obsahové zaměření kurzu se může měnit v závislosti na poskytovateli kurzu.

- Psychoterapeutický sebezkušenostní výcvik

Cílem výcviku by mělo být především lepší porozumění vlastnímu nitru a svému životu; získat dovednost předejít vlastnímu vyhoření; umět lépe porozumět druhým lidem a to jak jedinci, tak skupině lidí i specifickým skupinám zvláště pak závislým; naučit se efektivně jednat s jedinci, kteří zažili nějaké trauma; atd. Kurz by měl obsahovat část teoretickou, sebezkušenostní a supervizní s přesně vymezeným počtem hodin, které musí frekventant kurzu absolvovat, aby mohl přistoupit k úspěšnému zakončení výcviku, které se liší v závislosti na organizacích poskytujících sebezkušenostní výcvik. K ověření by mělo docházet prostřednictvím přehrávání modelových situací, následně by se mělo diskutovat nad tím, co bylo provedeno špatně a co správně.

- Motivační rozhovory

Výcvik v motivačních rozhovorech by měl být zaměřen zážitkově, to znamená, že účastník kurzu by si měl jednotlivé dovednosti nacvičovat ve skupině. Výcvik by se měl věnovat tématům, kterými jsou základní techniky motivačních rozhovorů, změna a předpoklady změny, struktura motivačního rozhovoru, vztahový rámec motivačních rozhovorů, práce s nemotivovaným klientem. K ověření nabytých dovedností by posloužil modelový motivační rozhovor ve skupině.

- Poradenské dovednosti

Kurz v poradenských dovednostech by měl posloužit k efektivnímu zhodnocení jak zjevné, tak i skryté zakázky klienta a hledání co nejefektivnějšího řešení pro klienta. Kurz by se měl zaměřit na specifické klienty, jako jsou mlčící nebo naopak příliš zahlcující klienti. K ověření nabytých dovedností by posloužil modelového poradenský rozhovor.

2. Definované výstupní znalosti a způsob jejich ověření

Adiktologické minimum

Sociální pracovník v KC by měl znát základní rozdělení návykových látek, projevy akutní intoxikace, předávkování, odvykacího syndromu, rizika kombinací různých druhů drog. Dále by se měl orientovat v systému péče o uživatele drog a návaznosti v systému péče- jak a kam klienty odkazovat. Měl by znát různé modely závislosti (bio- psycho-socio-spirituální; medicínský a další). Dále by měl určitě znát, jaké jsou minimální intervence s uživateli drog. Do adiktologického minima dále patří škodlivé užívání drog; vzorce užívání drog; medikace a farmakoterapie v adiktologii (substituční farmakoterapie, psychofarmaka).

Právní minimum a právní normy; Klienti v konfliktu se zákonem- spolupráce s jinými organizacemi (policie, probační a mediační služba ČR, soudy)

Pracovník KC by se měl orientovat v právních normách mající vztah k drogové trestné činnosti, v možných sankcích při porušení zákona a ve výchovných a ochranných opatřeních. Teoretickou základnu by mělo tvořit základní rozdělení protiprávního chování a jednání, tresty, výchovná a ochranná opatření, zákon o soudnictví ve věcech mládeže. Měl by se také orientovat v jednotlivých fázích trestního řízení a umět klientovi poradit, co která fáze obnáší, na kterou instituci se aktuálně v dané fázi může obrátit- policie, státní zastupitelství, soudy, probační a mediační služba, vězeňská služba- znát tedy roli jednotlivých institucí v trestním řízení.

Zdravotní poradenství pro uživatele drog

Sociální pracovník v KC by měl mít přehled o infekčních, krví přenosných chorobách a to zejména o způsobu přenosu a o možnostech léčby. Dále by zdravotní poradenství mělo zahrnovat poradenství týkající se zdravotních komplikací vzniklých intravenózním užíváním drog.

První pomoc při předávkování a prevence předávkování

Každý pracovník KC by měl umět poskytnout klientovi informace týkající se následujících témat: prevence předávkování drogami a to zejména co se týče míry tolerance (kdy se může stát, že se tolerance sníží- například po delší přestávce v užívání drog); kombinace různých drog a jejich interakce; interakce drog a léků; různá kvalita a potence drog- zásada vzetí si drogy od nového dealera (poprvé vždy raději menší dávku); neužívat drogy o samotě; různé způsoby aplikace a míra rizika předávkování (šňupání, kouření, intravenózní aplikace). Dále by měl pracovník KC umět rozpoznat známky předávkování jednotlivými druhy drog a měl by umět zasáhnout v případě, že k předávkování došlo a zároveň by měl znát, čeho se v případě předávkování vyvarovat (nenechávat dotyčného o samotě- zástava dýchání a smrt, nedávat nic pít ani nevyvolávat zvracení- riziko zadušení).

Nové syntetické drogy a nové trendy v užívání drog

Sociální pracovník v KC by měl mít přehled o tom, co se myslí pod pojem nové syntetické drogy. Dle Páleníčka, Kubů a kol. (2004) jsou to látky nově se vyskytující na drogové scéně/drogovém trhu, které mají podobnou strukturu/vlastnosti/účinky jako „tradiční“ drogy, ale na rozdíl od nich nejsou kontrolovány legislativou v oblasti omamných a psychotropních látek („nejsou na seznamu zakázaných drog“). Pracovník KC by měl mít přehled o chemickém složení a koncentraci účinných látek; o trhu- internetové prodejny, „head shop“ nebo „smart shop“; o typech uživatelů- většinou experimentátoři, ale zachycení i problémoví uživatelé; o vzorci užívání- většinou ve skupině s kamarády; a o systému včasného varování (Early Warning System). Mezi rizika užívání tzv. nových syntetických drog patří zdravotní důsledky vyvolané jak přímo jejich účinky, tak i záměnou jednotlivých látek a kombinací s jinými látkami.

Substituční léčba

Pracovník KC by měl mít přehled o možnostech substituční terapie závislosti na opioidech v ČR, tedy o substituci buprenorfinem a metadonem. Měl by se orientovat v nabídce typů substitučních programů, kterými jsou v současné době podle Standardů substituční léčby v ČR (2008) dva typy a to komplexní substituční léčba (specializované

zařízení rozšířeno o poradenství a terapii pro uživatele) a nízkoprahové substituční programy (omezeno pouze na poskytnutí substituční látky, neposkytuje se další terapie ani poradenství pro uživatele) Kontaktní pracovník by měl mít základní přehled o tom, kde program vyhledat a mít přehled o základních podmínkách přijetí do programu a podmínky setrvání v programu.

Určování potřeb klientů KC

Sociální pracovník v KC by měl umět rozpoznat zakázku od klienta a to jak tu zjevnou tak i tu skrytou a na základě toho by měl být schopen provádět patřičné intervence vedoucí k co největší efektivitě využívané služby.

Sociální práce s lidmi bez domova

Jelikož mezi uživateli drog je v důsledku jejich životního stylu vysoké procento lidí bez domova, měl by sociální pracovník znát potřeby této specifické cílové skupiny a způsoby jejich uspokojení. Měl by se seznámit s komunitní prací jakožto metodou sociální práce s touto cílovou skupinou.

Všechny výše definované znalosti by se měli ověřovat kolokviální rozpravou, kterou v tomto případě považujeme za účinnou formu zopakování a doplnění chybějících či neúplných znalostí u jednotlivých účastníků kurzu.

3. Definované výstupní dovednosti a způsob jejich ověření

Mezi základní dovednosti, kterými by měl sociální pracovník v KC disponovat, bezesporu patří *navázání a udržení kontaktu s klientem*. Při kontaktu s klientem v KC jde především o to, aby byl vytvořen důvěrný, bezpečný vztah mezi klientem a pracovníkem a aby se tím pádem klient opakovaně vracel do KC. Na druhou stranu se může někdy stát, že je poskytování služby klientovi neefektivní, a v tomto případě by měl pracovník umět toto správně posoudit a v takovém případě kontakt ukončit. Mezi další dovednosti, které by měl sociální pracovník ovládat, patří *správně posoudit potřeby klienta* a umět praktikovat *základní*

poradenství. V KC se sociální pracovník setká nejenom s problémovými uživateli drog, kteří tvoří převážnou většinu klientů KC, ale také přijde do kontaktu s rodinnými příslušníky klientů, tudíž by měl umět poskytnout základní poradenství i této skupině. Měl by být připraven na *práci se specifickou klientelou*, jako jsou mladiství, národností menšiny, atd. Kontakt s klientem by se měl nadále v případě potřeby rozvíjet a to tím způsobem, že pracovník KC by měl umět pracovat s motivací klienta a umět aplikovat v praxi znalosti kola změny dle slavných autorů DiClementeho a Prochasky. Naopak nežádoucím jevem je v tomto případě zcela špatně určená fáze motivace klienta, který se nachází v prekontemplaci a je „nucen“ do léčby stejně tak jako naopak „propásnutí“ šance nabídnout klientovi ve fázi kontemplace adekvátní formu léčby. Pracovník KC by měl tedy ovládat *techniku motivačního rozhovoru*. Jako další techniku by měl pracovník umět *praktikovat postupy krizové intervence*. Pracovník by měl být také jakýmsi *průvodcem klienta k jiným službám- navazujícím*, např. léčba abstinčně či substitučně orientovaná. *Poskytnutí základní zdravotní pomoci* je samozřejmostí. Práce sociálního pracovníka v KC obnáší i jistou *administrativní zátěž*, zejména pak vykazování jednotlivých činností, poskytování podkladů pro statistická zpracování dat, práce v programu případové agendy, toto by tedy sociální pracovník měl také ovládat. Jako další dovednost by se nemělo opomenout umět *komunikovat v rámci multidisciplinárního týmu a komunikovat s dalšími odborníky v oboru- lékaři, zdravotními službami, policií, probačními úředníky*, atd. Všechny tyto dovednosti se po skončení vzdělávacího programu dají ověřit prostřednictvím přehrávání modelových situací, kdy se budou frekventanti kurzu střídat v hraní rolí sociálního pracovníka a klienta. Z průběhu přehrávání modelových situací by měl být pořízen videozáznam, na kterém by se posléze ukazovalo všem frekventantům, jak jednat efektivněji popřípadě čeho se úplně vyvarovat. Toto je také možné ověřit rovněž přímo v praxi a to formou následků při práci s klienty (například přítomností při poskytování individuálního poradenství).

14 Diskuse, souhrn a závěr

Na tomto místě bych se chtěla věnovat mé bakalářské práci poněkud více kriticky a zachytit zde možnosti a meze vhodnosti použitých metod, zhodnotit adekvátnost kapitol v teoretické části a uvést možné alternativy výsledků při jinak nastavených podmínkách pro kontaktní centra - více finančních prostředků.

Praktická část zahrnovala shromažďování dat od sociálních pracovníků jednotlivých kontaktních center pro drogově závislé. Jednalo se o použití metod profesiografického dotazníku, časového snímku dne, pozorování, rozhovorů a vlastní zkušenosti. Co se týká *metodologie získávání dat*, tak k sestavenému dotazníku bych se chtěla vyjádřit kritičtěji, zejména co se týká obsahu, tedy zvolených otázek, které se mohou jevit na první pohled jako strohé, některé dokonce nejednoznačné. Nutno podotknout na druhou stranu, že dotazník byl sestavován tak, aby co nejméně zatěžoval dané pracovníky, tedy aby návratnost dotazníků byla co nejvyšší a výzkum tím pádem co nejvíce reprezentativní. Dle osobních i jiných zkušeností autora z jiných výzkumů je známo, že pokud je dotazník příliš dlouhý a pokud obsahuje otevřené otázky, na které je nutno odpovídat vlastními slovy, je návratnost nižší než v opačném případě. Praktická část obsahuje i jiné vědecké metody, které mají sloužit k doplnění dotazníků a vytvoření celkového obrazu o práci sociálního pracovníka v kontaktním centru pro drogově závislé. Je také důležité zmínit, že dotazník není schopen vzhledem ke svému rozsahu a výzkumnému cíli obsáhnout kvalitu absolvovaného odborného výcviku, což je jednou z otázek dotazníku. Jak je však známo, kvalita odborných výcviků se liší. Zjišťovat však hloubku dovedností nabytých během jednotlivých výcviků však již není záběrem této bakalářské práce.

Průběh získávání dat probíhal u dotazníku prostřednictvím E-mailové korespondence, u časového snímku dne prostřednictvím zachycení dat pracovníkem do předem připravené tabulky, u pozorování se jednalo o přímé zúčastněné pozorování, rozhovory byly prováděny jen s vybranými pracovníky a to na základě doporučení odborníka z oboru, vlastní zkušenost je pak založena na zkušenostech autora získaných během dobrovolné činnosti v jednom kontaktním centru.

Etická pravidla výzkumu tedy informovaný souhlas, anonymita a ochrana osobních údajů byla dodržena.

Bakalářská práce se dělí na dvě části- teoretickou a praktickou. V úvodu je stručně představen význam profesiogramu a popsán cíl bakalářské práce.

Teoretická část se dělí na sedm hlavních kapitol. První kapitola se věnuje vymezení pojmu profesiogramu. V podkapitole účel profesiogramu se zaměřujeme na profesiografii jakožto metodu, která se zabývá rozbohem jednotlivých profesí. Srovnává profesiogram a psychogram (profil osobnosti pracovníka). Podkapitola metody sestavování profesiogramu uvádí výčet metod, kterými lze stanovit profesiogram, jedná se o volný popis povolání, snímek pracovního dne, analýza kritických událostí, dotazníková metoda, metoda rozhovoru.

Následuje kapitola popisující kontext organizace, ve které sociální pracovník pracuje, se zaměřuje na popis služeb nízkoprahového kontaktního centra, které nabízejí své cílové skupině. Je zde zmíněn princip „harm reduction“, na kterém jsou služby kontaktního centra založeny. Hovoří se zde také o terénní práci, která je službou volby v případě, kdy není možné cílovou skupinu zachytit jiným způsobem, přičemž kontaktní centrum je v tomto případě navazující zařízení. Dále se zde zmiňujeme o „Standardech kvality sociálních služeb“ a o Standardech odborné způsobilosti- obecné a speciální a to jako o nástroji ke zvyšování kvality poskytovaných služeb uživatelům drog a jejich efektivnímu financování z veřejných zdrojů. Je zde také zmíněna studie věnující se geografické dostupnosti sítě adiktologických služeb v ČR.

Následuje kapitola věnující se profesi pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru, kde se snažíme o popis dané profese. Jsou zde konkretizovány požadavky na odbornost pracovníků nízkoprahových kontaktních center dle RVKPP včetně rozdělení odborného adiktologického pracovníka na nižšího odborného, odborného a vyššího odborného. Je zde pojednáváno o společném minimu, tedy něco jako společný základ kompetencí, to, co by měl konkrétní pracovník znát, umět a vědět, kdy to použít.

Následující kapitola popisuje profil klienta nízkoprahového kontaktního centra, kde je uvedena definice problémového uživatele drog jakožto klienta, který navštěvuje kontaktní centrum. Je zde popsána stránka zdravotního stavu, psychického stavu, sociální situace a právní oblast klienta nízkoprahového kontaktního centra. Vše je popsáno na základě vlastní zkušenosti autora.

Předposlední kapitola z teoretické části se věnuje potřebám cílové skupiny klientů a to prostřednictvím kritického shrnutí teorií a výzkumu. Kapitola je rozdělena do dvou podkapitol

a to zahraniční studie a české studie. Podkapitola zahraniční studie se věnuje studiím provedeným v Anglii National Treatment Agency for Substance Misuse a to v letech 2005-2007. Studie byla konkrétně zaměřena na nabízené služby, které pomáhají ke snižování rizik. Výzkum jasně ukazuje potřebu zlepšit služby vedoucí ke snižování rizik napříč celým léčebným systémem se zvýšeným zaměřením na intervence pro nejrizikovější skupiny uživatelů drog a na ty, kteří těchto služeb neužívají. Podkapitola české studie obsahuje studie publikované Charvátém Gabrhelíkem v roce 2004 a Charvátém a Miovským v roce 2005. Studie se zabývaly zkušenostmi a potřebami klientů, to znamená uživatelů nelegálních drog, kteří byli v kontaktu s odbornými službami. Konkrétně se jednalo o zkoumání toho, jak klienti vnímají kvalitu a účinnost nabízených služeb, jaká zlepšení by uvítali, v čem spatřují přitažlivost služeb pro uživatele drog, za jakých podmínek služby využívají (případně nevyužívají) a jaká je dostupnost služeb v rámci regionu. Mezi další uvedenou studii patří „Analýza potřeb příslušníků národnostních menšin a přistěhovalců v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy“ publikovaná Miovskou, Vackem, Gabrhelíkem a Miovským v roce 2006. Cílem této studie bylo popsat aktuální stav drogových služeb na území hl. m. Prahy a to služeb určených příslušníkům národnostních menšin a zároveň popsat potřeby této specifické cílové skupiny. Další studií zde uvedenou a zabývající se analýzou potřeb klientů nízkoprahového kontaktního centra je bakalářská práce Paštrnákové, která byla provedena v Břeclavi. Obhájena byla pod názvem „Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Břeclav.“ Autorka se zaměřila na získání informací o tom, jak klienti uspokojují svoje potřeby prostřednictvím kontaktního centra, jak jsou spokojeni s poskytovanými službami tohoto centra a s jejich kvalitou, jak hodnotí přístup personálu a do jaké míry personálu důvěřují. Dále je zde popsán výzkum Radimeckého publikovaného v roce 2009. Studie se zaměřuje na aktuální trendy na drogové scéně a mimo jiné se studie také zabývala potřebami klientů nízkoprahových služeb.

Poslední kapitola teoretické části s názvem systém služeb pro cílovou skupinu v ČR a v zahraničí uvádí přehled certifikovaných programů podle typu v letech 2011- 2013. Je zde uveden popis činností terénních programů, nízkoprahových kontaktních center, detoxifikační léčby, substituční léčby, ambulantní léčby, denních stacionářů, střednědobé ústavní léčby, terapeutické komunity konečně také doléčovacích programů.

Následuje praktická část bakalářské práce, kde jsou kapitoly věnující se samotnému výzkumu. Interpretace výsledku výzkumu jsou uvedeny v kapitole 12. Diskuse a závěr

nabízejí prostor pro kritické zhodnocení práce samotným autorem, o což se zde tedy snažíme a uvádíme možnosti a meze vhodnosti použitých metod, snažíme se o zhodnocení adekvátnosti kapitol v teoretické části a uvádíme možné alternativy výsledků při jinak nastavených podmínkách pro KC- více finančních prostředků. V souhrnu jsou uvedeny nejužitečnější body celé práce. Veškeré použité zdroje jsou uvedeny v seznamu literatury. Práce je doplněna tabulkami a přílohami.

Cílem výzkumu bylo vytvoření profesiogramu pro pracovní místo sociálních pracovníků v nízkoprahovém kontaktním centru pro uživatele drog, a z nich vycházejících vzdělávacích programů. Pro účely tohoto výzkumu byl sociálním pracovníkem v KC míněn každý pracovník vykonávající přímou práci s klienty v KC. Na tomto místě bych se chtěla vyjádřit k možnostem jiných výsledků, pokud by daná zařízení nebyla závislá na finančních dotacích a nemusela tedy regulovat otevírací dobu kontaktní místnosti v souvislosti s pracovními úvazky jednotlivých pracovníků. Pokud by tak bylo, tak by byly jistě jiné výsledky dat při použití metody časového snímku dne a to konkrétně u činností spojených právě s otevírací dobou kontaktní místnosti, tedy konkrétně u činnosti označené jako služba v kontaktní místnosti. Na tomto místě je také nutné uvést, že výsledky se mohou měnit také v čase, tedy že výsledky jsou závislé na tom, kdy byl sběr dat prováděn, jelikož finanční situace kontaktních center potažmo pak jejich otevírací doba je také mnohdy velmi odlišná v jednotlivých letech.

Celkově lze říci, že cíle, které jsme si stanovily na začátku, tato práce splnila. Podařilo se nám zmapovat běžné činnosti, jejich frekvenci a míru zátěže; dále pak náročné situace, jejich frekvenci a čím zatěžují; kvalifikační a znalostní předpoklady; osobnostní předpoklady; potřeby týkající se podpory pracovníků při výkonu profese a jejich dalšího vzdělávání. Na základě těchto zjištěných skutečností byl následně vypracován profesiogram sociálního pracovníka v KC pro uživatele drog a také návrh vzdělávacích programů pro tyto pracovníky, čímž došlo k naplnění hlavních cílů práce.

Jaké je praktické využití získaných výsledků pro užitek sociálních pracovníků v kontaktních centrech pro uživatele drog? Výsledky šetření byly rozeslány všem kontaktním centrům, které se na výzkumu podílely. Na základě výsledků se mohou jednotliví sociální pracovníci seznámit s tím, co profesiogram sociálního pracovníka obnáší, tedy že se jedná o soubor nejen znalostí, ale také dovedností a osobnostních charakteristik daného jedince. Na

základě tohoto mohou vnitřně zhodnotit své vlastní kompetence na dané pozici a díky tomu mohou posílit své slabé stránky. Své znalosti, dovednosti a schopnosti mohou pro lepší objektivitu konzultovat s ostatními pracovníky. Provedené šetření a seznámení jednotlivých kontaktních center s výsledky může také posloužit k zamyšlení vedoucích pracovníků nad tím, zda poskytují svým podřízeným pracovníkům dostatek prostoru pro sebevzdělávání, zda je adekvátní supervize na pracovišti, tedy zda celkově naplňují potřeby nejenom klientů, ale také zaměstnanců. Toto může rovněž vést k zamyšlení, zda mají ve svých týmech skutečně kompetentní pracovníky.

15 Seznam použité literatury

Disman, M. (1993). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum

EMCDDA (2001). Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.

Gabrhelík, R., Charvát, M., a Miovský, M. (2005). Kvalitativní analýza potřeb klientů využívajících nízkoprahové služby ve Středočeském Kraji. *Adiktologie*, 5, 23-33.

Gordon, D., Burn, D., Campbell, A., & Baker, O. (2008). The 2007 user satisfaction survey of Tier 2 and 3 service users in England London: National Treatment Agency for Substance Misuse.

Hampl, K. (2003). Lékařská ambulantní péče o závislé. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. 2 díl. Praha: Úřad vlády ČR.

Hartl, P., Hartlová, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000.

Hrdina, P., Korčíšová, B. (2003). Terénní programy. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. 2 díl. Praha: Úřad vlády ČR.

Charvát, M. a Gabrhelík, R. (2004a). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji Liberec: NTI-consulting, s.r.o.

Charvát, M. a Gabrhelík, R. (2004b). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji Liberec: NTI-consulting, s.r.o., s. 27.

IHRA (2010). Co je "harm reduction"? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA). *Adiktologie*, 10, 188-190.

Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. 2 díl. Praha: Úřad vlády ČR.

Krajská hygienická stanice středočeského kraje se sídlem v Praze. (2009). Výroční zpráva. Incidence a prevalence léčených uživatelů drog za rok 2009.

Kohoutek, R., Štěpaník, J. (2000). *Psychologie práce a řízení*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.

Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. 2 díl. Praha: Úřad vlády ČR.

Matoušek, O., Růžička, J. (1984): *Profesiografická schémata*. Praha, IVVPMP

Miovská, L., Vacek, J., Gabrhelík, R., a Miovský, M. (2006). Analýza potřeb příslušníků národnostních menšin a přistěhovalců v oblasti drogových služeb na území hl.m. Prahy. Ref Type: Slide.

Miovský, M. (2006a). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (2006b). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, s. 48

Miovský, M. (2006c). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, s. 49

Miovský, M., Janíková, B., Gabrhelík, R., Gajdošíková, H., Grohmannová, K., Miovská, L. et al. (2006). Závěrečná zpráva projektu analýzy potřeb léčených uživatelů návykových látek z hlediska jejich uplatnitelnosti na trhu práce Tišnov: Sdružení SCAN.

MPSV (2007). Standardy kvality sociálních služeb Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Mravčík a kol. 2007. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orliková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L. et al. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., et al. (2013a). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., et al. (2013b). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. p. 59. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nešpor, K. (1998). *Toxikologické vyšetření v klinické medicíně a při prevenci v pracovním prostředí, Alkoholismus a drogové závislosti*, Bratislava.

Nešpor, K., Millerová, M. (2000). *Jak přestat brát drogy: Svépomocná příručka*. Praha: Sportpropag a.s.

Páleníček, T., Kubů, P., Mravčík, V. (2004). *Nové syntetické drogy. Charakteristika a hlavní rizika*. Praha: Úřad Vlády České republiky.

Paštrnáková, N. (2009). *Analýza potřeb klientů Kontaktního centra Břeclav*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta, Olomouc.

Rhodes, T. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*, 1997, Praha: Úřad vlády.

Popov, P. (2003). *Programy metadonové a jiné substituce*. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. 2 díl. Praha: Úřad vlády ČR.

Radimecký, J., Janíková, B., & Zábanský, T. (2009). Trendy na drogové scéně v ČR - ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů. Závěrečná zpráva Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Richterová- Těmínová, M. In: Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita – Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti. Praha: Grada Publishing.

Rhodes, T. (1999). Terénní práce suživateli drog. Zásady a praxe. Brno: Sdružení Podané ruce a Nakladatelství Albert.

RVKPP (2003). Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele omamných a psychotropních látek Praha: Úřad vlády ČR.

Šťastná, L., Nevoralová, M., Pavlovská, A., Čablová, L., Mladá, K. (2011). Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2010. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Vůjtěch, J. (2002). Profesiogram soudce a státního zástupce. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Wanigaratne, S., Wallace, W., Pullin, J., Keaney, F. & Farmer, R. (2008). Prevence relapsu pro závislá chování. Manuál terapeuta. Praha: Sdružení SCAN.

Elektronické zdroje

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/2788/Akutni-ucinky-metamfetaminu>, cit. 20. 11. 2014

[http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-(buprenorfin).html), cit. 20. 11. 2014

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11934/stanovisko.pdf>, cit. 22. 11. 2014

<http://www.nmskb.cz/oddeleni/detox/>, cit. 5.1. 2013

<http://www.podaneruce.cz/cz/programy/terenni-programy/street-brno.html>, cit. 5.1. 2013

[http://www.sananim.cz/zarizeni-2-Kontaktni-centrum-\(KC\)/principy-prace.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-2-Kontaktni-centrum-(KC)/principy-prace.html), cit. 5.1. 2013

http://cs.wikipedia.org/wiki/Pervitin#.C3.9A.C4.8Dinky_a_p.C5.99.C3.ADznaky, cit. 6.3.2013

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Reliabilita>, cit. 23.3.2013

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Validita>, cit. 23.3.2013

16 Seznam tabulek

- 1) Tabulka 1 Přehled certifikovaných programů pro uživatele drog v ČR podle typu v letech 2011–2013 (Mravčík et al., 2012).
- 2) Tabulka 2 Na jaké pracovní pozici pracujete?
- 3) Tabulka 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 4) Tabulka 4 V jakém oboru je toto vzdělání?
- 5) Tabulka 5 Považujete své vzdělání za dostatečné pro výkon profese sociálního pracovníka v KC pro drogově závislé?
- 6) Tabulka 6 Jaký obor vnímáte jako nejvhodnější pro práci pracovníka v KC?
- 7) Tabulka 7 Doděláváte si v současné době vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce nebo jiný humanitní obor?
- 8) Tabulka 8 Cítíte ze strany vedení KC motivaci k vlastnímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností? Např. nabízení různých školení či kurzů nebo umožnění studování VŠ či VOŠ?
- 9) Tabulka 9 Myslíte si, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník?
- 10) Tabulka 10 Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí sám sebe? Například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření?
- 11) Tabulka 11 Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí klienta? Například že mu podá špatné či neúplné informace?
- 12) Tabulka 12 Realizují se na Vašem pracovišti supervize?
- 13) Tabulka 13 Pokud ano, považujete je za dostatečné s ohledem na náročnost Vaší práce a problematickou klientelu?
- 14) Tabulka 14 Prošel/la jste kurzem krizové intervence?
- 15) Tabulka 15 Máte psychoterapeutický výcvik?
- 16) Tabulka 16 Typ psychoterapeutického výcviku.
- 17) Tabulka 17 Stalo se Vám někdy, že jste se musel řešit náročnou situací při svém výkonu práce? Například fyzický konflikt mezi dvěma či více klienty na kontaktní místnosti, vyhrocený slovní konflikt či dokonce slovní či fyzické napadení Vás ze strany klienta?
- 18) Tabulka 18 Zvládl jste dle Vašeho názoru situaci dobře? To znamená, došlo například k urovnání konfliktu, atd.?
- 19) Tabulka 19 Jak často dochází ke konfliktu mezi klienty na kontaktní místnosti?

- 20) Tabulka 20 Pokud máte službu na výměně injekčního náčiní, kolik klientů za den obsloužíte?
- 21) Tabulka 21 Kolik individuálních poradenství poskytujete za měsíc?
- 22) Tabulka 22 Stěžoval si na vás někdy nějaký klient?
- 23) Tabulka 23 Myslíte si, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce uživatele návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenosí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či podobná dilemata?
- 24) Tabulka 24 Cítíte se často po pracovním dni psychicky vyčerpaný/á? To znamená více jak třikrát týdně?
- 25) Tabulka 25 Pocítil jste za svou pracovní kariéru v KC nějaké příznaky tzv. syndromu vyhoření?
- 26) Tabulka 26 Uvažoval/ la jste někdy o tom, že byste opustil pracovní místo v KC z důvodu náročnosti dané profese?
- 27) Tabulka 27 Které aspekty dle Vašeho názoru nejčastěji vedou ke kritickým situacím na pracovním místě pracovníka KC?
- 28) Tabulka 28 Časový snímek dne- respondent A
- 29) Tabulka 29 Časový snímek dne- respondent B
- 30) Tabulka 30 Časový snímek dne- respondent C
- 31) Tabulka 31 Časová náročnost jednotlivých činností v rámci pracovního týdne
- 32) Tabulka 32 Seznam oslovených KC
- 33) Tabulka 33 Popis výzkumného souboru.

17 Seznam příloh

- 1) Příloha č. 1: Profesiografický dotazník
- 2) Příloha č. 2: Časové snímky dne
- 3) Příloha č. 3: Pozorování
- 4) Příloha č. 4: Rozhovory
- 5) Příloha č. 5: Vlastní zkušenost
- 6) Příloha č. 6: Seznam oslovených KC
- 7) Příloha č. 7: Popis výzkumného souboru

18 Přílohy

Příloha č. 1

Profesiografický dotazník

„Jsem obeznámen/a s účelem výzkumu, souhlasím s anonymním prezentováním výsledků pro studijní účely a dobrovolně se zúčastňuji vyplňování dotazníku“.

Pracuji na pozici

- a) sociální pracovník
- b) kontaktní pracovník
- c) jiné- specifikujte

1) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské- bakalářské
- d) vysokoškolské- magisterské

2) V jakém oboru je toto vzdělání?

- a) sociální práce
- b) jiný humanitní obor
- c) zcela jiný obor

3) Považujete své vzdělání za dostatečné pro výkon profese sociálního pracovníka v KC pro drogově závislé?

- a) ano
- b) ne

4) Jaký obor vnímáte jako nejvhodnější pro práci pracovníka v KC?

- a) sociální práce
- b) jiný humanitní obor
- c) zcela jiný obor

5) Doděláváte si v současné době vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce nebo jiný humanitní obor?

- a) ano
- b) ne

6) Cítíte ze strany vedení KC motivaci k vlastnímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností? Např. nabízení různých školení či kurzů nebo umožnění studování VŠ či VOŠ?

- a) ano
- b) ne

7) Myslíte si, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník?

- a) ano
- b) ne

8) Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí sám sebe? Například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření?

- a) ano
- b) ne

9) Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí klienta? Například že mu podá špatné či neúplné informace?

- a) ano
- b) ne

10) Realizují se na Vašem pracovišti supervize?

a) ano

b) ne

11) Pokud ano, považujete je za dostatečné s ohledem na náročnost Vaší práce a problematickou klientelu?

a) ano

b) ne

12) Prošel/a jste kurzem krizové intervence?

a) ano (sem, i pokud právě probíhá)

b) ne

13) Máte psychoterapeutický výcvik?

a) ano (sem, i pokud právě probíhá)

b) ne

14) Pokud ano, o jaký typ psychoterapeutického výcviku se jedná?

a) KBT

b) Gestalt

c) Transakční analýza

d) Psychoanalytický

e) jiný- specifikujte

15) Stalo se Vám někdy, že jste se musel řešit náročnou situací při svém výkonu práce? Například fyzický konflikt mezi dvěma či více klienty na kontaktní místnosti, vyhrocený slovní konflikt či dokonce slovní či fyzické napadení Vás ze strany klienta?

a) ano

b) ne

16) Zvládl jste dle Vašeho názoru situaci dobře? To znamená, došlo například k urovnání konfliktu, atd.?

a) ano

b) ne

17) Jak často dochází ke konfliktu mezi klienty na kontaktní místnosti?

a) 1x týdně

b) 1x měsíčně

c) 1x za půl roku

d) 1 x ročně

e) nikdy

18) Pokud máte službu na výměně injekčního náčiní, kolik klientů za den obslužíte?

a) 1-10

b) 11-20

c) 21-30

d) 31-40

e) 41-50

19) Kolik individuálních poradenství poskytujete za měsíc?

a) 1-5

b) 6-10

c) 11-15

d) 16-20

e) více jak 20

20) Stěžoval si na vás někdy nějaký klient?

a) ano

b) ne

21) Myslíte si, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce uživatele návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenesí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či podobná dilemata?

a) ano

b) ne

22) Cítíte se často po pracovním dni psychicky vyčerpaný/á? To znamená více jak třikrát týdně?

a) ano

b) ne

23) Pociťil jste za svou pracovní kariéru v KC nějaké příznaky tzv. syndromu vyhoření?

a) ano

b) ne

24) Uvažoval/a jste někdy o tom, že byste opustil pracovní místo v KC z důvodu náročnosti dané profese?

a) ano

b) ne

25) Které aspekty dle Vašeho názoru nejčastěji vedou ke kritickým situacím na pracovním místě pracovníka KC?

- a) kvalifikační nedostatky
- b) osobnostní vlastnosti
- c) dovednostní předpoklady

Příloha č. 2

Časové snímky dne

Hodnoty uvedené v jednotlivých polích udávají, kolik % času z pracovního dne se pracovník zabývá danou činností. V průměru se jedná o osmi hodinovou pracovní dobu.

Tabulka 28 Časový snímek dne- v % jsou uvedeny základní proporce trávení pracovního času- respondent A

	výměna injekčního náčiní	služba v kontaktní místnosti	pomoc klientům se zařizováním dokladů, s komunikací s úřady, hledáním práce, atd.	individuální poradenství	administrativa	komunikace s kolegy ohledně pracovních záležitostí	provozní záležitosti (příprava materiálu pro výměnu; praní prádla klientům; úklid, atd.)
Pondělí	30 %	0 %	18 %	5 %	25 %	12 %	10 %
Úterý	0 %	60 %	30 %	0 %	8 %	2 %	0 %
Středa	30 %	0 %	7 %	10 %	30 %	8 %	15 %
Čtvrtek	0 %	50 %	25 %	0 %	15 %	10 %	0 %
Pátek	0 %	0 %	0 %	0 %	55 %	25 %	20 %

Tabulka 29 Časový snímek dne- v % jsou uvedeny základní proporce trávení pracovního času- respondent B

	výměna injekčního náčiní	služba v kontaktní místnosti	pomoc klientům se zařizováním dokladů, s komunikací s úřady, hledáním práce, atd.	individuální poradenství	administrativa	komunikace s kolegy ohledně pracovních záležitostí	provozní záležitosti (příprava materiálu pro výměnu; praní prádla klientům; úklid, atd.)
Pondělí	0 %	60 %	15 %	7 %	8 %	10 %	0 %
Úterý	35 %	0 %	20 %	0 %	10 %	25 %	10 %
Středa	0 %	40 %	30 %	5 %	15 %	10 %	0 %
Čtvrtek	25 %	0 %	10 %	10 %	15 %	15 %	25 %
Pátek	0 %	0 %	30 %	0 %	50 %	20 %	0 %

Tabulka 30 Časový snímek dne- v % jsou uvedeny základní proporce trávení pracovního času- respondent C

	výměna injekčního náčiní	služba v kontaktní místnosti	pomoc klientům se zařizováním dokladů, s komunikací s úřady, hledáním práce, atd.	individuální poradenství	administrativa	komunikace s kolegy ohledně pracovních záležitostí	provozní záležitosti (příprava materiálu pro výměnu; praní prádla klientům;
--	--------------------------------	------------------------------------	--	-----------------------------	----------------	--	---

							úklid, atd.)
Pondělí	10 %	50 %	0 %	10 %	20 %	10%	0 %
Úterý	10 %	50 %	0 %	20 %	15 %	5 %	0 %
Středa	15%	0 %	10 %	0 %	50 %	10 %	15 %
Čtvrtek	40 %	0 %	0 %	0 %	20 %	10 %	30 %
Pátek	0 %	50 %	15 %	0 %	15 %	20 %	0%

Tabulka 31 Časová náročnost jednotlivých činností všech respondentů dohromady v rámci pracovního týdne

Konkrétní činnosti	Časová náročnost jednotlivých činností v rámci pracovního týdne		
	Průměr	Minimum	Maximum
Výměna injekčního náčiní	13	0	40
služba v k kontaktní místnosti	24	0	60
pomoc klientům se zařizováním dokladů, atd.	14	0	30
individuální poradenství	4,46	0	20
administrativa	23,40	8	55
Komunikace s kolegy	12,80	2	25
provozní záležitosti	8,33	0	30

Příloha č. 3

Pozorování

Co se týká této metody, byli pozorováni totožní pracovníci jako při použití metody časového snímku dne. Při pozorování jsme se zaměřili především na to, zda vybraní pracovníci skutečně provádějí činnosti deklarované v metodě časového snímku dne. Dále jsme se pak zaměřili na to, zda co do objemu času korespondují s daty zjištěnými v metodě časového snímku dne. Pozorovaní pracovníci během pracovního týdne skutečně prováděli činnosti, které jsou uvedeny v příloze č. 2 Časový snímek dne. Co se týče časového nadhodnocení či podhodnocení jednotlivých činností, tak jsme nezaznamenali významnější (+/- 10%) odchylky od tabulky uvedené v příloze č. 3. Pozorovaní pracovníci tedy provádějí deklarované činnosti uvedené v příloze č. 2 a provádějí je v časové náročnosti uvedené v příloze č. 2.

Příloha č. 4

Rozhovory

Respondent A

Cítíte ze strany vedení KC motivaci k vlastnímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností? Např. nabízení různých školení či kurzů nebo umožnění studování VŠ či VOŠ? *„Určitě ano. Já sám jsem si během práce tady v káčku dodělal vysokoškolské vzdělání, studoval jsem kombinovanou formou. Co se týče dojíždění na přednáškové bloky a uvolňování na zkoušky, tak ze strany vedení našeho KC nebyl problém, vždy se mi snažili vyjít vstříc.“*

Myslíte si, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník? *„Tak k takové situaci asi může dojít velmi snadno. Mám zkušenost z předchozí práce v jiném káčku, kdy se klientovi, který užíval pervitin, rozjížděla psychóza a tehdy to nikdo nedokázal rozpoznat, i když při zpětném vyhodnocení byly signály vysílané klientem jasné, z jeho chování se to dalo, myslím, dobře rozpoznat. Myslím si, že elementární znalost psychických stavů a poruch po užití drog by měl mít každý pracovník kontaktního centra.“*

Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí sám sebe? Například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření? *„Nevím, jestli je tohle úplně tak otázka vzdělání, spíš bych tohle přičetl na vrub chybějící nebo špatně prováděné supervizi.“*

Stalo se Vám někdy, že jste se musel řešit náročnou situací při svém výkonu práce? Například fyzický konflikt mezi dvěma či více klienty na kontaktní místnosti, vyhrocený slovní konflikt či dokonce slovní či fyzické napadení Vás ze strany klienta? *„Tohle se mi už stalo, i když ne přímo mně, ale mé kolegyni, která měla tehdy se mnou službu a které jsem se tenkrát zastal. Šlo o to, že klient, který měl stopku (zákaz vstupu do zařízení na základě porušení pravidel daných zařízením, pozn. autora), se vehementně domáhal vstoupit na kontaktní místnost. Kolegyně, která mu šla otevřít dveře, mu vysvětlovala za co a jak dlouho má ještě stopku. Od dveří jsem najednou uslyšel řev a sprosté nadávky, okamžitě jsem se tam běžel podívat. Naštěstí to dopadlo dobře, klient našťavaně prásknul dveřmi a odešel.“*

Zvládl jste dle Vašeho názoru situaci dobře? To znamená, došlo například k urovnání konfliktu, atd.? „*Asi jo, klient se sebral a odešel. Po skončení zákazu vstupu přišel a za vzniklou situaci se omluvil.*“

Myslíte si, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce uživatelce návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenosí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či podobná dilemata? „*Tohle se mi v terénu stávalo docela často. Trvalo dlouho, než jsem si na to zvyknul. Viděl jsem třeba i klientku v pokročilém stadiu těhotenství, která měla rozpíchaný ruce, ale do třísel si už nemohla dávat, protože si tam neviděla přes břicho. Nabídlí jsme jí polykací kapsle, taky i pro bezpečnější aplikaci ohledně infekce, tak ty si od nás vzala, z toho jsem měl tenkrát aspoň trochu dobrý pocit, protože jinak se s ní směrem k nižšímu užívání nebo abstinenci prakticky nedalo nic dělat.*“

Pocítil jste za svou pracovní kariéru v KC nějaké příznaky tzv. syndromu vyhoření? „*Jeden čas jsem se snažil se víc vyhybat klientům, a pokud to šlo, tak dělat raději administrativu než být na kontaktní místnosti. To trvalo ale asi jen tak dva měsíce a souviselo to pravděpodobně s těžkým životním obdobím, kterým jsem v tu dobu procházel. Jinak si nejsem vědom toho, že bych nějaké příznaky měl, ale taky to je asi dané tím, že nepracuju ve službách zase tak dlouho (3 roky, pozn. autora). Jinak to asi budou mít pracovníci, kteří jsou ještě čerství a pracovníci, kteří jsou ve službách už léta.*“

Uvažoval jste někdy o tom, že byste opustil pracovní místo v KC z důvodu náročnosti dané profese? „*Tak to mě ještě nenapadlo. Jsem rád, že v dnešní době, kdy není snadné získat nějakou práci, jsem zaměstnaný a tady mi to zatím vyhovuje a práce s touto cílovou skupinou mě celkem baví.*“

Které aspekty dle Vašeho názoru nejčastěji vedou ke kritickým situacím na pracovním místě pracovníka KC? „*Myslím si, že se uplatňují a prolínají všechny jmenované aspekty-kvalifikační, osobnostní i dovednostní. Pokud je někdo prud'as, tak to může asi korigovat svými dovednostmi získanými například v sebezkušenostním výcviku. Pracovník, který zase má například dostatek znalostí, tak dokáže třeba efektivněji řešit konflikty mezi klienty na kontaktní místnosti nebo v terénu. Kdybych měl jmenovat pouze jeden aspekt, tak asi dovednostní*“

Respondent B

Cítíte ze strany vedení KC motivaci k vlastnímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností? Např. nabízení různých školení či kurzů nebo umožnění studování VŠ či VOŠ?
„Ano, u nás v KC je samozřejmostí, že pokud chce někdo na jednorázovou odbornou přednášku, tak se mu snažíme v tomto vyhovět a popřípadě pokrýt službu jinými pracovníky. Pokud se jedná o dlouhodobější kurz či o studium na VŠ, tak v tom taky problém není, jen je potřeba se vždy domluvit na službách.“

Myslíte si, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník? *„Tak to určitě. Když jsem byla na stáži v jednom nejmenovaném KC, tak jsem byla přítomna individuálnímu poradenství, při kterém byla motivovanému klientovi k léčbě nabízena jedna soukromá placená terapeutická komunita, která je odborné veřejnosti v podstatě uzavřena, její výsledky nejsou nikde zveřejňovány a dle mého názoru je jejich hlavním cílem vydělat peníze. Podle mého názoru se jedná o nechvalně známou terapeutickou komunitu, kterou by měl každý drogový pracovník znát.“*

Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí sám sebe? Například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření? *„Teď mě rychle nenapadá případ, jak jinak by mohl pracovník poškodit sám sebe, ale pokud jde o syndrom vyhoření, tak u toho je celkem důležité, aby měl pracovník dobře nastavené hranice u sebe a věděl, s jakou cílovou skupinou tady v KC pracuje, že prostě cíle, přání a touhy klientů se mění ze dne na den, jsou velmi nespolehliví a výsledky práce tady nejsou za člověkem tak vidět jako třeba v léčbě. Na tohle všechno jde teoreticky připravit, to určitě, takže dobrá teoretická příprava je základ.“*

Stalo se Vám někdy, že jste se musela řešit náročnou situací při svém výkonu práce? Například fyzický konflikt mezi dvěma či více klienty na kontaktní místnosti, vyhrocený slovní konflikt či dokonce slovní či fyzické napadení Vás ze strany klienta? *„Už jsem s tím na kontaktní místnosti měla zkušenost. Pár klientů se chtělo na kontaktní místnosti pustit do jiného klienta, vyřizovali si účty kvůli bydlení na ubytovně, kdy údajně dotyčný klient vodil na pokoj svého kamaráda, který měl někomu jinému na pokoji něco ukrást. Došlo to až do fáze, kdy na sebe klienti řvali, sprostě si nadávali a pár jich muselo kontaktní místnost opustit.“*

Zvládla jste dle Vašeho názoru situaci dobře? To znamená, došlo například k urovnání konfliktu, atd.? „Podle mě jsme s kolegou vyřešili konflikt dobře a to tím, že jsme přikázali dvěma nejagresivnějším klientům opustit místnost, jinak by možná i došlo k fyzickému napadení klienta.“

Myslíte si, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce uživatelce návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenosí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či podobná dilemata? „Podle mě řeší takové dilema alespoň jedenkrát za svou praxi každý. Těhotných klientek jsem za svou praxi taky už několik zažila, a jelikož jsem žena a mám navíc už vlastní děti, tak jsem s tímhle měla opravdu obrovský problém. Bylo to pro mě tak nepřekonatelné, že jsem to řešila i na supervizi a myslím si, že s tím mám pořád problém.“

Pocítila jste za svou pracovní kariéru v KC nějaké příznaky tzv. syndromu vyhoření? „Pracuju ve službách už 8 let a za tu dobu jsem na sobě zatím příznaky, které by se daly přičíst syndromu vyhoření, nepocítila. Snažím se využívat služeb supervize.“

Uvažovala jste někdy o tom, že byste opustila pracovní místo v KC z důvodu náročnosti dané profese? „O tomto jsem zatím neuvažovala, práce v KC a s danou cílovou skupinou mě naplňuje, ráda se zúčastňuji odborných konferencí, seminářů a dalších setkání, aktuálně jsem frekventantem sebezkušenostního výcviku. V práci, kterou dělám, vidím smysl, i když vím, že laická veřejnost to mnohdy tak nemá, ale nejsme jediným oborem, kde tomu tak je. Někdy je práce s klienty vyčerpávající, ale člověk si musí najít něco, co ho znovu nabíjí, nějaké viditelné výsledky své práce, a u mě to je například praktikování osobního poradenství, kdy se snažím určit fázi motivace klienta, udržet ho v tom, aby v prekontemplaci navštěvoval naše zařízení a až dojde do fáze kontempace, tak ho úspěšně namířit do léčby, kterou úspěšně dokončí a dá nám o tom vědět. Pravda, není takových případů mnoho, ale jsou.“

Které aspekty dle Vašeho názoru nejčastěji vedou ke kritickým situacím na pracovním místě pracovníka KC? „Myslím si, že znalosti jsou u této profese důležité, nějaké minimum by pracovník znát měl, ale pokud bych měla jmenovat jeden aspekt z nabízených (znalosti, dovednosti, osobnost), tak bych při práci s touto cílovou skupinou viděla jako nejdůležitější asi dovednosti, to, jak jednat s našimi klienty, jak je motivovat, atd.“

Respondent C

Cítíte ze strany vedení KC motivaci k vlastnímu rozvoji a prohlubování vědomostí a dovedností? Např. nabízení různých školení či kurzů nebo umožnění studování VŠ či VOŠ? *„U nás nikdy nebyl problém, pokud někdo chtěl navštěvovat nějaký kurz nebo studovat. Aktuálně studuje jedna má kolegyně, a i když je někdy nutné, aby se uvolnila z práce z důvodu konání zkoušky, tak pokud zrovna není většina z nás nemocná nebo prostě pokud jsou přítomní alespoň dva pracovníci v zařízení, tak v tom problém není.“*

Myslíte si, že v praxi může nastat problém, kdy je důsledkem nedostatečného vzdělání pracovníka v KC poškozen klient nebo sám pracovník? *„Sama jsem se s tím nesetkala, ale z jiné praxe si dokážu představit, kdy je například nemotivovanému klientovi vnucována léčba ať už abstinenční nebo substituční, a tím dojde k opačnému efektu, klient se uzavře a je na nějaký čas úplně nepřístupný jakýmkoliv změnám. Myslím si, že by každý pracovník, který pracuje s drogově závislými klienty v jakýchkoliv zařízeních, měl znát motivační kolo změny a vědět, jak s klienty v různých úrovních motivace pracovat.“*

Myslíte si, že se může pracovníkovi KC stát, že důsledkem nedostatečné teoretické přípravy poškodí sám sebe? Například že se u daného klienta přílišně angažoval a poté začal pociťovat syndrom vyhoření? *„Syndrom vyhoření hrozí každé pomáhající profesi, na VŠ, VOŠ se o syndromu vyhoření hodně hovoří, studenti se o tomto učí, což jim podle mého názoru pomáhá si daná rizika uvědomovat, takže ano, nedostatečná teoretická připravenost může k tomuto vést, ale to ještě podle mě neznamená, že vědomosti o tomto můžou zamezit syndromu vyhoření. Záleží taky podle mě hodně na osobnosti daného člověka.“*

Stalo se Vám někdy, že jste se musela řešit náročnou situaci při svém výkonu práce? Například fyzický konflikt mezi dvěma či více klienty na kontaktní místnosti, vyhocený slovní konflikt či dokonce slovní či fyzické napadení Vás ze strany klienta? *„To se asi během pár let ve službách stane každému zaměstnanci, že se s něčím takovým setká. Dobré je absolvovat kurz krizové intervence. Já jsem shodou okolností asi před měsícem řešila problém, kdy jeden klient opakovaně na kontaktní místnosti vyndával sáčky s drogami. Když jsme ho chtěli vyloučit z kontaktní místnosti, tak byl slovně agresivní a řval na nás, že pokud pracujeme s feťákama, tak musíme s tímhle počítat.“*

Zvládla jste dle Vašeho názoru situaci dobře? To znamená, došlo například k urovnání konfliktu, atd.? *„Já myslím, že jo, ale to asi proto, že už jsem tyto situace několikrát řešila. V situacích, kdy na mě klient zvyšuje hlas, se mi osvědčilo hlas nezvyšovat, vždy to bylo ještě horší.“*

Myslíte si, že někteří pracovníci mohou řešit vnitřní dilema v některých situacích jako je například poskytnutí služeb těhotné klientce uživatelce návykových látek; výměnu injekčního náčiní klientovi, který opakovaně nenosí na výměnu použité injekční náčiní, tudíž hrozí, že toto použité náčiní odhazuje a ohrožuje tím tak společnost, či podobná dilemata? *„No a nezřídka. Těhotných klientek je mezi uživatelkami drog několik a klientů, kteří nenosí na výměnu použité injekční stříkačky taky. Obecně mají asi s těhotnými uživatelkami drog větší problémy ženy než muži, si myslím.“*

Pocítala jste za svou pracovní kariéru v KC nějaké příznaky tzv. syndromu vyhoření? *„Je pravda, že někdy nemám na klienty zrovna náladu, projevuje se to tak, že jsem míň komunikativní, možná mám i menší snahu s nimi řešit jejich problémy, ale to jsou spíš přechodné stavy závislé na náladě, o syndrom vyhoření se určitě nejedná. Až na sobě budu něco takového pociťovat, tak ze služeb odejdu, protože jsem uran vlastní oči viděla vyhořelého pracovníka a tak teda dopadnout nechci.“*

Uvažovala jste někdy o tom, že byste opustil pracovní místo v KC z důvodu náročnosti dané profese? *„Zatím mě toto ještě nenapadlo, práce s uživateli drog mě baví, ale myslím si, že v horizontu pár let budu muset práci změnit, abych si zachovala svoje duševní zdraví (smích). Myslím si, že se jedná o psychicky náročnější práci, za kterou navíc nestojí moc viditelné výsledky, a nějaké ocenění pro člověka, že dělá svou práci dobře, je důležité, tedy aspoň u mě.“*

Které aspekty dle Vašeho názoru nejčastěji vedou ke kritickým situacím na pracovním místě pracovníka KC? *„Znalosti asi nebudou ten aspekt, který by toto nejvíce ovlivňoval. V tomto případě asi nejvíce záleží na dovednostech v kombinaci s osobnostními předpoklady pracovníka.“*

Příloha č. 5

Vlastní zkušenost

Moje vlastní zkušenost vyplývá z dobrovolné činnosti v jednom nejmenovaném kontaktním centru. Pokud bych měla zhodnotit kritické události v kontaktním centru, tak za mou praxi jsem byla přítomna situaci, kdy byl klientovi mající tzv. stopku do zařízení (zákaz vstupu do zařízení na základě porušení pravidel daných zařízením) za hrubé chování zamítnut vstup do zařízení. Klient se u vstupu projevoval slovně agresivně, nešetřil ani vulgarismy. Z mého pohledu byla situace zaměstnanci, kteří měli právě službu na kontaktní místnosti, zvládnuta výborně. Zaměstnanci spolupracovali jako tandem, což je dle mého názoru při práci s agresivními klienty velmi důležité a pokud dvojice ještě navíc genderově vyrovnaná, je to ještě lepší. Pokud bych měla popsat odbornou stránku praxe, tak během pracovního týdne byly zastoupeny všechny činnosti zaznamenané v časovém snímku dne, tedy výměna injekčního náčiní, služba na kontaktní místnosti, pomoc klientům se zařizováním dokladů, s komunikací s úřady, hledáním práce, atd., individuální poradenství, administrativa, komunikace s kolegy ohledně pracovních záležitostí, provozní záležitosti (příprava materiálu pro výměnu; praní prádla klientům; úklid, atd.). Činnosti byly rozvrženy jednak podle rozpisu služeb a jednak docházelo k prolínání všech činností navzájem, například pracovníci velmi často diskutovali navzájem nad jednotlivými případy vždy, když bylo třeba. Dále klienti hojně využívali odborného poradenství, co se týče práce, dluhů, konfliktu se zákonem, bydlení, atd. Toto se uskutečňovalo buď přímo v kontaktní místnosti, nebo pokud se jednalo o osobní problém nebo problém, při jehož řešení byl vyžadován klid, řešilo se toto v poradenské místnosti. Pokud se řešil s klientem problém přímo v kontaktní místnosti, tak ostatní klienti se většinou zapojovali, přidávali svoje zkušenosti a někdy i podnětné otázky. Kontaktní místnost byla ve své návštěvní době téměř vždy plně využita, někdy bylo dokonce nutné, aby klienti přišli později, jelikož kapacitně již nebylo možné aktuálně přijmout další klienty. Práce kontaktního pracovníka vyžadovala také určitý čas věnovaný administrativě- zapisování návštěvnosti klientů dle přidělených kódů včetně evidence nových klientů, zaznamenávání počtu vyměněných injekčních stříkaček a dalšího náčiní, zaznamenávání poskytnutých individuálních poradenství, atd. Psychicky náročné situace se dají zhodnotit nejlépe asi podle konkrétní psychické tolerance každého pracovníka, která je ovlivněna více faktory, ale pokud bych měla hovořit za sebe, určitě se během mého působení pár situací, které byly psychicky náročnější, vyskytly a zároveň by se daly zařadit mezi dilema či problém. Jednalo se o těhotnou klientku, uživatelku drog, která pravidelně chodila na výměnu injekčního náčiní a

jednoho dne přišla viditelně značně intoxikována. Doprovod k lékaři byl také využit a to ohledně otázky interferonu u klienta nakaženého hepatitidou C. Tento klient se tak moc bál návštěvy lékaře, že doprovod sloužil jako značná psychická podpora. Testování založené na dobrovolnosti na infekční choroby přenosné krví využilo také několik klientů. Na pracovišti byla poskytována pravidelná externí supervize a pracovníci praktikovali rovněž tzv. intervizi, kdy hojně diskutovali jednotlivé těžké případy mezi sebou navzájem. Během své dobrovolné činnosti jsem také zaznamenala péči o zaměstnance a to tím způsobem, že jim bylo umožněno se sebevzdělávat, tedy bylo umožněno navštěvovat odborné kurzy a dodělat si vysokoškolské vzdělání.

Příloha č. 6

Seznam oslovených KC

Tabulka 32 Seznam oslovených KC.

Číslo pořadové	Název zařízení	Adresa
1	Nízkoprahové středisko Drop In, o. p. s.	Kontaktní centrum Drop In, o. p. s. Karolíny Světlé 18, Praha 1, 110 00
2	Kontaktní centrum Arkáda	Kontaktní centrum Arkáda - sociálně psychologické centrum, o. s., nízkoprahové služby pro uživatele drog Husovo náměstí 2/24, Písek, 397 01
3	Kontaktní centrum Prevent Prachatice	Kontaktní centrum o. s. Prevent, kontaktní a poradenské služby Primátorská 76, Prachatice, 383 01
4	Kontaktní centrum s terénním programem Břeclav	Kontaktní centrum Oblastní charita Břeclav Stromořadní 8, Břeclav, 690 02

5	Kontaktní centrum Vídeňská	Kontaktní centrum Společnost Podané ruce, o. p. s. Vídeňská 3, Brno, 639 00
6	Kontaktní centrum Mladá Boleslav	Kontaktní centrum o. s. Semiramis Ptácká 162, Mladá Boleslav, 293 01
7	K- centrum Hradec Králové	Kontaktní centrum Laxus o. s. Říční 1252/3a, Hradec Králové, 500 02
8	K- centrum Česká Lípa	Kontaktní centrum Most k naději, o. s., Po-Pá (8-12 hod a 12.30-16.30 hod) Hálkova 1794, Česká Lípa, 470 01
9	Kontaktní centrum Karviná	Kontaktní centrum o. s. NET Družby 1125, Karviná - Nové Město, 735 06
10	K-centrum Krystal	Kontaktní centrum KRYSTAL HELP, o. s. Svatováclavská 7, Krnov, 794 01
11	Kontaktní v centru Olomouci	Kontaktní centrum Společnost Podané ruce, o. p. s. Sokolská 48, Olomouc, 779 00
12	služeb Centrum adiktologických služeb Magdaléna - Příbram Magdaléna – Příbram	Magdaléna, o. p. s., kontaktní a poradenské služby Žežická 193, Příbram VII, 261 01
13	Centrum adiktologických služeb Magdaléna - Benešov	Magdaléna o. p. s. Nová Pražská 399, Benešov, 256 01

14	K-centrum Chomutov s terénním programem	Kontaktní centrum o. s. Světlo Hálkova 224, Chomutov, 430 01
15	Kontaktní centrum Litoměřice	Kontaktní centrum Oblastní spolek ČČK Lidická 57, Litoměřice, 412 01
16	Kontaktní centrum Rumburk	Kontaktní centrum White Light I., o. s. tř. 9. května 1127/25, Rumburk, 408 01
17	Centrum u Větrníku	Kontaktní centrum Oblastní charita Jihlava U Větrníku 17, Jihlava, 586 01
18	Kontaktní centrum Klíč	Kontaktní centrum o. s. Agarta Ohrada 1879, Vsetín, 755 01
19	K-centrum Noe	Kontaktní centrum Oblastní charita Třebíč, víceúčelové regionální zařízení pro problematiku drog Hybešova 10, Třebíč, 674 01
20	Kontaktní a poradenské centrum pro drogově závislé, poradna pro rodiče- Centrum sociálních služeb Děčín, p. o.	Kontaktní centrum pro drogově závislé, poradna pro rodiče Teplická 31/45 Děčín IV 405 02
21	K- centrum Tachov	Kontaktní centrum o. s. KOTEC <i>Rokycanova 131, 347 01 Tachov</i>
22	K- centrum Pardubice	K-centrum Pardubice, Laxus

		o. s. Češkova 2701 Pardubice 530 02
23	Kontaktní centrum Charáč, Uherské Hradiště	Šromova 136 686 01 Uherské Hradiště
24	Kontaktní a poradenské centrum KRÉDO	Temenická 1, 787 01 Šumperk
25	STAGE 5 – kontaktní a poradenské centrum závislostí (PROGRESSIVE o. s.)	Kontaktní centrum Progressive o. s., Mahenova 4, Praha 5, 150 00
26	Kontaktní centrum Onyw, Zlín	Kontaktní centrum Onyx Zlín o. p. s. Gahurova 1563/5, Zlín, 760 01
27	K- centrum Sokolov	Kontaktní centrum o.s. KOTEC Marie Majerové 1764, Sokolov, 356 01
28	Kontaktní centrum Prevent, České Budějovice	Kontaktní centrum o. s. Prevent tř. 28. října 1312/16, České Budějovice, 370 01
29	Kontaktní centrum Sananim	Kontaktní centrum Sananim, o. s. Na Skalce 15, Praha 5, 150 00
30	Kontaktní centrum Auritus	Kontaktní centrum Farní charita Tábor Klokotská 114, Tábor, 390 01
31	Kontaktní centrum Netopeer, víceúčelová drogová služba	Kontaktní centrum Společnost Podané ruce, o. p. s., otevírací doba: Po, Út, Pá

	Znojmo	(10-16 hod) Horní Česká 4, Znojmo, 669 02
32	Kontaktní adiktologické centrum Vážka	Kontaktní centrum Oblastní charita Hodonín Pančava 56, Hodonín, 695 01
33	K- centrum Karlovy Vary	Kontaktní centrum o. s. Světlo Sportovní 359/32, Karlovy Vary, 360 01
34	Kontaktní centrum RIAPS, Trutnov	Procházková 818, Trutnov, 541 01
35	K- centrum Liberec	Kontaktní centrum Most k naději, o. s. Rumunská 5/a, Liberec, 460 01
36	Krizové a kontaktní centrum „Pod slunečником“	Kontaktní centrum Hradecká 16, Opava, 746 01
37	Kontaktní centrum Ostrava	Kontaktní centrum Renarkon o. p. s. Halasova 16, Ostrava - Vítkovice, 703 00
38	Kontaktní a poradenské centrum Frýdek-Místek	Kontaktní centrum Renarkon o. p. s. Pionýrů 1757, Frýdek - Místek, 738 01
39	Kontaktní centrum Přerov	Kontaktní centrum o. s. KAPPA - HELP Kojetínská 11, Přerov, 750 02
40	Kontaktní centrum Prostějov	Kontaktní centrum Společnost Podané ruce, o. p. s. Vrahovická 83, Prostějov, 798 11

41	Kontaktní centrum Prostor PLUS, o.p.s.	Kontaktní centrum o. s. Prostor PLUS Kutnohorská 17, Kolín 2, 280 02
42	K- centrum Nymburk	Kontaktní centrum Laxus o.s. Velké valy 995, Nymburk, 288 02
43	K- centrum Most	Kontaktní centrum Most k naději, o.s P. Jilemnického 1929, Most, 434 01
44	Kontaktní centrum DRUG-OUT KLUB, o.s.	Kontaktní centrum DRUG-OUT Klub, o.s. Velká Hradební 47/13, Ústí nad Labem, 400 01
45	Kontaktní centrum Kadaň	Kontaktní centrum o. s. Světlo Klášterecká 1720, Kadaň, 432 01
46	Kontaktní a poradenské centrum Spektrum	Kontaktní centrum Kolpingovo dílo ČR, o. s. Žižkova 16, Žďár nad Sázavou, 591 01
47	Kontaktní centrum Plus	Kontaktní centrum Oblastní charita Kroměříž Ztracená 63, Kroměříž, 767 01
48	K- centrum, víceúčelová drogová služba, Kyjov	Kontaktní centrum Charita Kyjov Palackého 194, Kyjov, 697 01
49	Kontaktní centrum – Centrum protidrogové prevence a terapie, Plzeň	Kontaktní centrum Centrum protidrogové prevence a terapie, o. p. s. Havířská 11, Plzeň, 301 00

50	K- centrum Cheb	Kontaktní centrum o. s. KOTEC Kostelní náměstí 15, Cheb, 350 02
51	Kontaktní centrum Teplice	Kontaktní centrum White Light I., o. s. Doubravská 122/5, Teplice, 415 01
52	Kontaktní centrum Žatec	Kontaktní centrum Most k naději, o. s. Dvořákova 11, Žatec, 438 01
53	Kontaktní centrum POINT 14, Plzeň	Kontaktní centrum POINT 14, zájmové sdružení právnických osob Husova 14, Plzeň, 301 00
54	Kontaktní centrum Darmoděj	28.října 885 Jeseník 790 01
55	Kontaktní centrum Orlová	Kontaktní centrum Sociální služby města Orlová, Energetiků 940, pavilon A, Orlová - Lutyně, 735 14
56	Kontaktní centrum Prevent Strakonice	Kontaktní centrum o. s. Prevent, kontaktní a poradenské služby Komenského 174, Strakonice, 386 01

Příloha č. 7

Popis výzkumného souboru.

Tabulka 33 Popis výzkumného souboru.

	pracovní pozice	dosažené vzdělání	obor vzdělání	dostatečné vzdělání	nejvhodnější obor	vzdělává se	motivace k rozvoji ze strany vedení
1	SP	VŠ- bc	jiný humanitní obor	ano	zcela jiný obor	ano	ano
2	KP	SŠ	zcela jiný obor	ne	sociální práce	ne	ne
3	SP	VŠ- bc	jiný humanitní obor	ano	jiný humanitní obor	ne	ano
4	pracovník v sociálních službách	VŠ- bc	jiný humanitní obor	ano	jiný humanitní obor	ano	ano
5	SP + KP	VŠ- bc	jiný humanitní obor	ano	zcela jiný obor- adiktologie	ano	ano
6	SP + KP	VOŠ	jiný humanitní obor	ano	zcela jiný obor- adiktologie	ne	ano
7	SP	VŠ- mgr	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
8	SP + KP	VŠ- mgr	jiný humanitní obor	ano	zcela jiný obor	ne	ano
9	SP + KP	VŠ- mgr	sociální práce + zcela jiný obor	ano	sociální práce	ne	ano
10	SP	VŠ- bc	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
11	KP	SŠ	zcela jiný obor	ano	sociální práce	ne	ano
12	SP	VŠ- mgr	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
13	SP	VŠ- mgr	sociální práce	ne	sociální práce	ne	ano

	pracovní pozice	dosažené vzdělání	obor vzdělání	dostatečné vzdělání	nejvhodnější obor	vzdělává se	motivace k rozvoji ze strany vedení
14	SP	VŠ- mgr	sociální práce + jiný humanitní obor	ne	jiný humanitní obor	ano	ano
15	KP	VŠ- bc	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
16	pracovník projektu	VŠ- mgr	jiný humanitní obor	ano	jiný humanitní obor	ne	ano
17	SP	VOŠ	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
18	SP	VŠ- mgr	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
19	SP	VŠ- bc	jiný humanitní obor	ano	zcela jiný obor	ne	ano
20	KP	VŠ- mgr	zcela jiný obor	ano	zcela jiný obor- adiktologie	ne	ano
21	KP	SŠ	zcela jiný obor	ne	jiný humanitní obor	ano	ano
22	KP	VŠ- bc	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
23	SP	VŠ- mgr	sociální práce	ne	zcela jiný obor	ne	ano
24	SP	VŠ- mgr	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
25	terapeut	VŠ- mgr	jiný humanitní obor	ano	0	ne	ano
26	KP	VŠ- mgr	jiný humanitní obor	ano	sociální práce	ne	ano
27	KP	VŠ- bc	jiný humanitní obor	ano	zcela jiný obor- adiktologie	ne	ano
28	SP	VŠ- bc	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
29	KP	VOŠ	jiný	ano	jiný	ne	ano

	pracovní pozice	dosažené vzdělání	obor vzdělání	dostatečné vzdělání	nejvhodnější obor	vzdělává se	motivace k rozvoji ze strany vedení
			humanitní obor		humanitní obor		
30	SP	VŠ- mgr	sociální práce	ano	sociální práce	ne	ano
31	SP	VŠ- bc	sociální práce	ano	zcela jiný obor- adiktologie	ne	ano
32	KP	VOŠ	jiný humanitní obor	ne	sociální práce	ano	ano

	nedostatečné vzdělání- poškození pracovník a či klienta	nedostatečná teoretická příprava- vlastní poškození	nedostatečná teoretická příprava- poškození klienta	realizace supervizí	dostatečnost supervizí	kurz krizové intervence	psychoterapeutický výcvik
1	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
2	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ne
3	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
4	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
5	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
6	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ne
7	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
8	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
9	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
10	ne	ano	ano	ano	ano	ano	ne
11	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ne
12	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
13	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ne
14	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
15	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
16	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
17	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
18	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
19	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
20	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
21	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
22	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne

	nedostatečné vzdělání-poškození pracovník a či klienta	nedostatečná teoretická příprava-vlastní poškození	nedostatečná teoretická příprava-poškození klienta	realizace supervizí	dostatečnost supervizí	kurz krizové intervence	psychoterapeutický výcvik
23	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
24	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ne
25	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
26	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
27	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
28	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
29	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne
30	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
31	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne
32	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ne

	náročná situace během při výkonu práce	zvládnuta dobře	konflikty mezi klienty	počet klientů na výměně	individuální poradenství	stížnost klientů
1	ano	ano	1x měsíčně	31- 40	6- 10	ne
2	ano	ano	1x měsíčně	11- 20	6- 10	ano
3	ano	ano	1x měsíčně	21- 30	1- 5	ano
4	ne	0	nikdy	1- 10	6- 10	ne
5	ano	ano	1x měsíčně	1- 10	20 a více	ne
6	ano	ano	1x měsíčně	1- 10	1- 5	ne
7	ano	ano	1x měsíčně	1- 10	11- 15	ne
8	ano	0	1x ročně	1- 10	6- 10	ne
9	ano	ano	1x týdně	21- 30	6- 10	ano
10	ano	ano	1x ročně	1- 10	1- 5	ne
11	ano	ano	1x měsíčně	1- 10	20 a více	ne
12	ano	ano	1x za půl roku	11- 20	1- 5	ne
13	ano	0	1x měsíčně	31- 40	1- 5	ano

	náročná situace během při výkonu práce	zvládnuta dobře	konflikty mezi klienty	počet klientů na výměně	individuální poradenství	stížnost klientů
14	ano	ano	1x ročně	1- 10	11- 15	ano
15	ano	ano	1x ročně	1- 10	6- 10	ne
16	ano	ano	1x za půl roku	1- 10	6- 10	ne
17	ano	ano	1x za půl roku	11- 20	6- 10	ne
18	ano	ano	1x za půl roku	11- 20	11- 15	ano
19	ano	ano	1x za půl roku	1- 10	16- 20	ne
20	ano	ano	1x za půl roku	1- 10	11- 15	ne
21	ano	ano	1x za půl roku	11- 20	1- 5	ne
22	ano	ano	1x měsíčně	31- 40	1- 5	ne
23	ano	ano	1x za půl roku	11- 20	6- 10	ano
24	ano	ano	1x týdně	1- 10	6- 10	ne
25	ano	ano	1x měsíčně	41- 50	11- 15	ne
26	ano	ano	1x ročně	1- 10	11- 15	ne
27	ano	ano	1x měsíčně	1- 10	6- 10	ne
28	ano	ano	1x za půl roku	11- 20	11- 15	ne
29	ano	ano	1x týdně	11- 20	6- 10	ne
30	ano	ano	1x měsíčně	21- 30	11- 15	ano
31	ano	ano	1x měsíčně	1- 10	6- 10	ano
32	ano	ano	1x týdně	11- 20	6- 10	ne

	vnitřní dilema	psychické vyčerpání	syndrom vyhoření	opuštění pracovníh o místa-náročnost	aspekty vedoucí ke kritickým situacím
1	ano	ne	ano	ne	osobnostní vlastnosti
2	ano	ne	ano	ano	osobnostní vlastnosti
3	ano	ne	ne	ne	osobnostní vlastnosti
4	ano	ne	ne	ne	osobnostní vlastnosti

	vnitřní dilema	psychické vyčerpání	syndrom vyhoření	opuštění pracovníh o místa-náročnost	aspekty vedoucí ke kritickým situacím
5	ano	ne	ano	ne	dovednostní předpoklady
6	ano	ne	ano	ne	osobnostní vlastnosti
7	ano	ne	ano	ne	kvalifikační nedostatky
8	ano	ne	ne	ne	osobnostní vlastnosti
9	ano	ne	ano	ne	všechny možnosti
10	ano	ne	ne	ne	dovednostní předpoklady
11	ano	ne	ne	ne	osobnostní vlastnosti
12	ano	ne	ano	ne	osobnostní vlastnosti
13	ano	ano	ano	ano	kvalifikační nedostatky
14	ano	ne	ano	ne	osobnostní vlastnosti
15	ano	ne	ano	ano	osobnostní vlastnosti
16	ano	ano	ne	ne	kvalifikační nedostatky + osobnostní vlastnosti
17	ano	ne	ne	ne	všechny možnosti
18	ano	ne	ano	ano	osobnostní vlastnosti
19	ano	ano	ne	ne	osobnostní vlastnosti
20	ano	ne	ano	ne	osobnostní vlastnosti
21	ano	ne	ano	ne	dovednostní předpoklady
22	ano	ne	ne	ne	dovednostní předpoklady
23	ano	ano	ano	ano	kvalifikační nedostatky + osobnostní vlastnosti
24	ano	ne	ne	ne	osobnostní vlastnosti
25	ano	ne	ano	ne	osobnostní vlastnosti
26	ano	ne	ne	ne	osobnostní vlastnosti
27	ano	ano	ano	ano	osobnostní vlastnosti
28	ano	ano	ne	ne	dovednostní předpoklady
29	ano	ne	ne	ne	osobnostní vlastnosti
30	ano	ne	ano	ne	dovednostní předpoklady + osobnostní vlastnosti
31	ano	ano	ano	ano	všechny možnosti
32	ano	ano	ne	ne	osobnostní vlastnosti

Legenda:

KP/ kontaktní pracovník

SP/ sociální pracovník

VŠ-bc/ vysoká škola- bakalářské

VŠ- mgr/ vysoká škola- magisterské

VOŠ/ vyšší odborná škola