

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE

Abstinující uživatelé pobytové služby azylový dům
Bakalářská práce

Studijní program: Sociální práce

Autor: Terezie Gartnerová

Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma „*Abstinující uživatelé pobytové služby azylový dům*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Želči dne.

Podpis

Ráda bych poděkovala především PhDr. Ondřeji Skopalovi, Ph.D., za jeho odborné vedení, lidský přístup a cenné rady.

Velice děkuji mému manželovi a celé naší rodině, za podporu, trpělivost a důvěru, kterou ve mě po celý čas studia vkládali.

Poděkování patří i všem zúčastněným participantům, kteří byli ochotní mi věnovat svůj čas a střípky z jejich životních zkušeností.

Anotace

Jméno a příjmení:	Terezie Gartnerová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociální práce
Obor obhajoby práce:	Sociální práce, psychologie.
Vedoucí práce:	PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Abstinující uživatelé pobytové služby azylový dům
Anotace práce:	<p>Předkládaná bakalářská práce s názvem Abstinující uživatelé pobytové služby azylový dům se zaměřuje na problematiku a krátkou historii osob bez přístřeší. Práce bude zkoumat, co vede klienty olomouckých azylových domů k abstinenci, co jim v abstinenci pomáhá, a co naopak klienti vnímají jako rizikové faktory. K získání potřebných dat byla využita metoda kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Z empirického výzkumu vyplývá, že důležitým faktorem v udržení abstinence je podpora. Důvodem, který vedl komunikační partnery k započatí abstinence jsou fyzické nebo psychické komplikace. Prostředí azylového domu se v očích některých participantů jeví jako rizikové. U jiných není rizikovost tohoto prostředí vnímána.</p>
Klíčová slova:	Abstinence, lidé bez přístřeší, azylový dům, motivace.
Title of Thesis:	Abstinent users in the social service asylum house
Annotation:	<p>This bachelor's thesis named Abstinent users in the social service asylum house is focused on the issue and brief history of homeless people. The research will examine what motivates the clients of the Olomouc asylums to abstain, what helps them in their abstinence, and what the clients perceive as risk factors. A qualitative research method using semi-structured interviews was used to obtain the necessary data. Empirical research shows that support is an important factor in maintaining abstinence. The reason that led communication partners to initiate abstinence is physical or psychological complications.</p>

	The environment of the asylum house appears risky in the eyes of some participants. For others, the riskiness of this environment is not perceived.
Keywords:	Abstinence, homelessness, asylum house, motivation.
Názvy příloh vázaných v práci:	Dotazník. Rozhovor. Tabulka zúčastněných participantů. Tabulka primárních kódů. Tabulka kategorií, které byli generovány z primárních kódů. Ukázka kódování.
Počet literatury a zdrojů:	31
Rozsah práce:	57 stran, 53 806 znaků

OBSAH

ÚVOD.....	1
I. TEORETICKÁ ČÁST	3
1. PROBLEMATIKA BEZDOMOVECTVÍ	4
1.1 Historie bezdomovectví.....	4
1.2 Vymezení pojmů.....	5
1.2.1 Osoba bez přístřeší.....	5
1.2.2 Bezdomovectví.....	6
1.2.3 Domov.....	6
1.3 Typologie bezdomovectví.....	8
1.4 Příčiny bezdomovectví.....	9
1.5 Prevence bezdomovectví.....	10
2. ZÁVISLOST A MOTIVACE K LÉČBĚ	12
2.1 Závislost.....	12
2.1.1. Syndrom závislosti dle WHO	12
2.1.2 Syndrom závislosti dle ASAM	13
2.1.3 Vznik závislosti.....	13
2.1.4 Znaky závislosti.....	14
2.2 Motivace.....	15
2.2.1 Rozdíl, mezi motivací a stimulací	15
2.3 Léčba.....	16
2.3.1 Techniky léčby	16
2.3 Relaps.....	18
2.4.1 Laps a relaps.....	18
2.4.2 Prevence relapsu.....	18
3. SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI BEZ PŘÍSTŘEŠÍ.....	20
II. EMPIRICKÁ ČÁST	24
4. METODOLOGIE A POPIS VÝZKUMU	25
4.1. Cíl empirického šetření.....	25
4.2 Výzkumné otázky.....	25
4.3 Zvolená metodologie	26
4.3.1 Kvalitativní výzkum	26
4.4 Technika sběru dat	27

4.4.1 Polostrukturovaný rozhovor	27
4.5 Popis sběru dat.....	27
5. ANALÝZA DAT.....	30
5.1 Získání primárních kódů.....	30
5.2 Kategorizace kódů.....	30
5.3 Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi.....	33
5.4 Interpretace získaných dat	34
5.5 Odpověď na výzkumné otázky	36
6. DISKUZE	37
ZÁVĚR	39
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	41
SEZNAM PŘÍLOH	44
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Závislost a bezdomovectví představují jednu z hlavních sociálních nerovností této společnosti a mají vliv na každého z nás. Plynou z mnoha zkušeností, osobnostních rysů, výchovy, z širších sociálních příčin a myšlenkových vzorů, které se u jednotlivce ukládají a mohou vést k tomu, že se stane osobou bez přístřeší nebo osobou závislou na návykových látkách. Přesto existují lidé, kteří se po mnoha letech zneužívání návykových látek a života na ulici rozhodnou pro abstinenci a svou pevnou vůlí dokážou svůj život změnit k lepšímu. Jako pracovníci Nízkoprahového denního centra mě velmi zajímá, co vede tyto osoby ke změně, tedy k rozhodnutí abstinovat.

Tato práce bude zkoumat, co v současnosti vede klienty azylových domů v Olomouci k abstinenci a co pro ně samotné pojem abstinence znamená. Práce se zaměřuje na to, jaké aspekty klientům v abstinenci pomáhají a jaké faktory jsou naopak negativní nebo rizikové při pobytu na azylovém domě. Cílem výzkumu je tedy zjistit, co motivuje klienty azylových domů k abstinenci, zda jsou pracovníci azylových domů klientům v udržení jejich abstinence oporou, a zdali je prostředí těchto sociálních služeb vhodné k podpoře abstinujících klientů.

Fenoménem bezdomovectví se zabývá mnoho autorů, jejichž publikace nabízejí široký a zajímavý pohled na dané téma. Informace o problematice závislosti jsou dohledatelné a je překvapující, že větší část informací vychází z osobních zkušeností samotných autorů nežli z vědecky ověřených údajů. Tématem relapsu, tedy znovu užití látky v době abstinence, se zabývá i tuzemská literatura. Relaps již není vnímán negativně, ve smyslu selhání, nýbrž jako téměř nedílná součásti procesu a léčby k trvalé abstinenci. Tématikou abstinujících mužů na azylovém domě se zabývá Zemanová ve své magisterské práci z roku 2007. Ta je však především zaměřena na zjištění důvodů, proč abstinující uživatelé využívají azylový dům. Tato práce se naopak zaměřuje především na důvody k abstinenci a podporu těchto klientů v udržení abstinence.

První kapitola se soustředí na problematiku bezdomovectví. Rozebírá pojmy jako je domov, osoba bez přístřeší či bezdomovectví. Dotýká se typologií, příčin a prevencí bezdomovectví. V druhé kapitole budou vysvětleny pojmy jako závislost, motivace, proces léčby a relapsu. Třetí a poslední kapitola bude věnována sociální práci s osobami bez přístřeší. Představím její formy a sociální služby, které jsou pro osoby bez přístřeší určeny.

V empirické části představím cíl výzkumu, výzkumné otázky a interpretuji získaná data. K dosažení potřebných informací a získání odpovědí na výzkumné otázky bude aplikován kvalitativní přístup za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Data budou analyzována za pomoci metody kódování.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1.PROBLEMATIKA BEZDOMOVECTVÍ

„Ještě v nedávné minulosti existovaly představy, že s rostoucím společenským blahobytem bude lidí bez domova ubývat a díky sociální solidaritě dopomůže společnost hrstce zbylých“ (Kliment, P., & Dočkal, V., 2016, s. 5). Opak je pravdou. Bezdomovectví neubývá, jen mění svou podobu a vyvíjí se na základě změn společnosti. Jedná se tedy o komplexní problém, který se dotýká všech složek jedince, zaměstnává nemálo sociálních pracovníků a je hlavním logem kampaně kandidujících politiků.

Dle Průdkové a Novotného (2008) je bezdomovectví tématem především velkých měst, kde lidé bez přístřeší očekávají větší možnosti výdělků, anonymity a uspokojení svých potřeb. Jsou ale i jedinci, kteří si vybrali život na vesnici. Toto rozhodnutí může být spojeno se sociální fobií nebo fixací na místo. Fakt, že osobu obyvatel vesnice znají může vést k pomoci obyvatel vesnice. Na základě psychických problémů jsou však i tací, kteří se uchýlili k životu o samotě a přebývají mimo civilizaci v boudách či lesích. O těchto jedincích se toho moc neví.

1.1 Historie bezdomovectví

„O první zmínce, která hovoří o vyhoštění mimo společnost, se můžeme dočíst ve starém zákoně, kdy Hospodin odsoudil Kaina k životu bezdomovce a tuláka“ (Zemanová, 2007, s. 14). Pomoc chudým byla historicky spojena s vírou a křesťanskou láskou, podle níž je každý člověk důstojnou bytostí, která je hodna plnohodnotného života. „Zastánci chudých byli proroci – stavěli se proti lichvě a korupci a pobízeli ke spravedlivému jednání s chudými ve snaze zmírnit jejich utrpení“ (Průdková a Novotný, 2008, s. 27). Péči o chudé zajistila církev. „Cílem charity bylo pouze uspokojit ty nezákladnější potřeby chudých“, (Mareš P., 1999, s. 88) převážně tedy, aby neumírali hlady. Individuální přístup neexistoval, a tak bylo rozdáváno všem bez ohledu na míru potřeby. Důležitým mezníkem byla reformace, se kterou protestantská církev koncentrovala péči na ty, kteří jí opravdu potřebovali.

„V době, kdy neexistovala celostátní systém nemocenského pojištění a nemocenské péče, znamenala nemoc v rodině či náhlá smrt živitele rodiny neštěstí, které jí většinou uvrhlo do bídy“ (Mareš P., 1999, s. 80-81). Dle Průdkové a Novotného (2008) však problém bezdomovectví ve velké míře vyplynul na povrch po roce 1989. Změna politicko-ekonomické situace přinesla novou svobodu, která s sebou nesla i zodpovědnost a zvýšení nároků kladených na jedince. Slovo bezdomovec se do českého slovníku zařadilo s odchodem komunismu. Do té doby byli lidé bez přístřeší spíše lidé, kteří žili na ubytovnách zaměstnavatele a neměli dostatečné schopnosti k tomu, aby dosáhli na vlastní bydlení. Tito lidé tedy pracovali, ale domov neměli. Ten, kdo nepracoval byl do roku 1989 stíhán za příživnictví.

1.2 Vymezení pojmů

1.2.1 Osoba bez přístřeší

Osoba bez domova, osoba ohrožena bytovou nouzí, osoba bez přístřeší. I takto můžeme popsat člověka, „kterého z různých důvodů postihlo společenské vyloučení a ztráta bydlení, nebo který je touto ztrátou ohrožen, žije na veřejných místech, či v neadekvátních či nejistých bytových podmínkách“ (Průdková a Novotný, 2008, s. 10).

Přestože Průdková s Novotným (2008) popisují osoby bez přístřeší jako vyloučené ze společnosti, Vašát (2021) si naopak myslí, že jsou lidé bez přístřeší její nedílnou součástí. Nachází se v „centru“ dění a jsou v každodenní přítomnosti běžných spoluobčanů.

Zákon o pomoci v hmotné nouzi č. 111/2006 Sb. definuje osobu zasaženou ztrátou domova jako „osobu bez přístřeší, jež nemá naplněny důležité životní potřeby“.

V mysli společnosti je osoba bez přístřeší zobrazována převážně jako zapáchající, špinavý a obtěžující muž. Z praxe ale víme, že je to jen viditelný zlomek této problematiky, a bytovou nouzí jsou ohroženi nejen muži, ale i ženy, rodiny, děti a senioři, u kterých na první pohled není tento problém viditelný. Současní lidé

bez přístřeší jsou mnohdy upravení, moderně oblečení a na první pohled je nouze kterou prožívají nečitelná. „Málokdy je však přístup laické veřejnosti k této problematice věcný a racionální, bývá silně ovlivněn emocemi a zkušenostmi s chováním jednotlivců z řad bezdomovců“ (Průdková a Novotný, 2008, s. 25).

1.2.2 Bezdomovectví

„Kolo, které roztáčí fenomén bezdomovství pod stále narůstající odstředivou silou tíže chudoby a vyloučení, traumatizuje každého, komu nejsou lhostejné neduhy civilizace, a burcuje nás k všeobecné mobilizaci intelektuální, morální i materiální solidarity“ (Hradečtí, 1996, s. 28).

Průdková a Novotný (2008) popisují bezdomovectví jako společenský jev, který vede na základě předchozího jednání a procesů ke ztrátě životních jistot, zázemí a ke společenskému vyloučení. Lidé zasaženi touto problematikou jsou mnohdy handicapováni zdravotně, duševně, nízkým vzděláním či sociálním původem.

Bezdomovectví je svou definicí vnímáno jako sociální deviace. „Je jen vzácně volbou, častěji je výsledkem procesu postupného sociálního propadu a následné rezignace na lepší alternativu“ (Baumruková, 2006, s. 10). Jedná se o výraznou odchylku od společenské normy, jejíž součástí je marginalizace, tedy vyloučení těchto lidí na okraj společnosti. Je však potřeba se touto problematikou zabývat, a ne od ní dávat ruce pryč. Ačkoliv si to běžná společnost neuvědomuje, bezdomovectví je součástí života každého jedince populace, a tak je nezbytné mu věnovat pozornost, jak od laické společnosti, tak od měst a organizací.

1.2.3 Domov

„Člověk má jeden domov, ale bezdomovec sto“ (Keller, 2013, s. 65). Pro někoho je domov jeho vlastní obydlí, pro jiného rodný dům a místo, ve kterém vyrůstal. V širším kontextu jsou lidé schopni výrazu domov porozumět, i když pro každého z nich zobrazuje něco zcela odlišného. „Význam pojmu domov je intersubjektivní, tedy je definován ve společenské interakci, vynořuje se v jejím průběhu“ (Fišerová,

2005, s. 8–9). Domov je více než fyzickou strukturou a vyjadřuje zpravidla pocit bezpečí, uvolnění a klidu, který máme s místem spojený. Domov se pojí s rodinou, s lidmi, které máme rádi a se kterými tvoříme pevné vztahy. Někteří z nás však mohou najít domov v plechové boudě, kterou si sami nebo se známým postaví, a cítí v ní všechny výše popsané pocity. Je poté tento člověk osobou bez domova pouze v byrokratickém měřítku, jelikož jeho bouda nemá číslo popisné a není vedena na katastrálním úřadě? Odpověď je mnohem komplikovanější. O pocitu domova jinak smýšlejí například děti v dětských domovech, či lidé ve výkonu trestu, kteří sice střechu nad hlavou mají, ale přesto jim pocit domova chybí.

„Mít domov znamená vědět, že se mám kam vrátit a že existují lidé, kteří mě mají rádi.“ (Průdková a Novotný, 2008, s. 10) Lidem bez přístřeší chybí kromě střechy nad hlavou i zdravé mezilidské vztahy, naděje, sebevědomí a smysl života.

Vášát (2021) ve své knize přináší zajímavé poznatky o pojetí domova. Popisuje situace z praxe, kdy místo, ve kterém žili tři lidé, bylo domovem jen pro jednoho z nich. Šlo o prožívání místa a o pocit s ním spojený.

Přesto Vašát (2021, s. 239) rozdělil domov osob bez přístřeší do možných sedmi forem:

1. **Ulice** – například parky, lavičky nebo kanály
2. **Kolonie** – permanentní místa mimo budovy – například stanová městečka
3. **Squat** – chatky, opuštěné budovy nebo garáže
4. **Instituce** – například noclehárny, azylové bydlení
5. **Ubytovny**
6. **Doubling** – pravidelné přespávání u kamarádů a známých
7. **Konvenční byt a dům**

1.3 Typologie bezdomovectví

Práce a třídění osob bez přístřeší nikdy nebude přesně plnit a zohledňovat všechny faktory a kategorie bezdomovectví. První z typologie, kterou ve své knize uvádí Hradecký (2007) se třídí podle Evropské federace národního sdružení FEANTSA, která je založena na terminologii ETHOS a je jedinou velkou evropskou sítí, která se výhradně zaměřuje na bezdomovectví na evropské úrovni a nabízí rozdělení do čtyř kategorií.

1. **Osoby bez střechy** – sem řadíme osoby přežívající venku, ve veřejných prostorech, osoby přespávající na ulici či na noclehárnách.
2. **Osoby bez bytu** – jedná se o osoby žijící v podpůrných či přechodných ubytovnách. Spadají sem azylové domy, ubytovny, dále i osoby před propuštěním z instituce, jako je například věznice nebo zdravotnické zařízení.
3. **Nejisté bydlení** – tyto osoby žijí v nejistém bydlení, jsou ohroženy vystěhováním, ať už kvůli výpovědi z nájemního bytu či ztrátou vlastnictví. Řadí se sem například osoby ohrožené domácím násilím, které při útěku od násilníka mnohdy nemají kam odejít.
4. **Nevyhovující bydlení** – do této kategorie se řadí osoby žijící v nevhodném bydlení, kterým mohou být vybydlené byty bez přívodu vody či elektřiny. Dále sem řadíme osoby žijící v přelidněných bytech, či v provizorních a neobvyklých stavbách jako jsou například mobilní obydlí, nebo jiná z neobvyklých staveb, zejména přístřešek, bouda nebo chatrč.

Další typologii bezdomovectví se věnuje Průdková a Novotný (2008) ve své knize *Bezdomovectví*. Autoři se shodují v názoru, že není jednoduché začlenit různorodé příběhy lidí do kategorií, ale pro lepší orientaci v dané problematice považují za potřebné vytvoření těchto následných forem bezdomovectví.

1. **Zjevné bezdomovectví** – tito lidé bez přístřeší jsou charakterističtí svým vzhledem, většinou je můžeme poznat na první pohled podle zašpiněného či zapáchajícího oděvu. Mezi další znaky se řadí žebrání, prohledávání odpadků či velký batoh nebo zavazadlo, ve kterém tyto osoby nesou celý svůj život. Jsou to lidé, kteří žijí na veřejných místech a ve většině případů využívají sociální pomoc jim určenou.
2. **Skryté bezdomovectví** – jsou ti, u kterých na první pohled nepoznáme, že jsou lidmi bez přístřeší, jelikož se za svou životní situaci stydí. Často jsou čisti, moderně oblečení a dbají na svůj vzhled. Mnohdy se distancují od zjevných bezdomovců a sociální služby nevyužívají vůbec, nebo jen krátkodobě.
3. **Potencionální bezdomovectví** – jsou osoby ohrožené ztrátou bydlení a nejistou budoucností. Spadají sem osoby žijící ve výchovném ústavu, osoby, které jsou propuštěny z psychiatrické léčebny, výkonu odnětí svobody či terapeutické komunity, kteří po dokončení léčby nemají kam jít.

1.4 Příčiny bezdomovectví

Bezdomovectví je jev, který zasahuje všechny oblasti života daného jedince a je způsobeno řadou vnitřních a vnějších faktorů. Kliment a Dočkal ve své knize uvádí čtyři nejčastější příčiny bezdomovectví, jimiž jsou „nadužívání psychoaktivních látek, rozpad rodinného systému, ztráta domova a ztráta zaměstnání“ (2016, s. 37). Ve své knize dále hovoří o příčinách strukturálních, též označovaných jako objektivních neboli vnějších, a o příčinách individuálních, též označovaných jako subjektivních neboli vnitřních.

S Vacínovou (2006) se shodují na dvou nejčastějších příčinách bezdomovectví, jimiž jsou rozpad rodiny a ztráta zaměstnání. Z praxe však víme, že spouštěčem a cestou na ulici není jeden, ale kombinace mnoha faktorů spojených s různými životními událostmi a traumaty.

„Objektivní (vnější) faktory ovlivňují formu bezdomovství, zatímco subjektivní (vnitřní) faktory ovlivňují šanci jedince na návrat zpět do společnosti, přičemž hranice mezi těmito skupinami faktorů nejsou vždy jednoznačné“ (Kliment & Dočkal, 2016, s. 38).

Vnější příčiny bezdomovectví „jsou ovlivnitelné především sociální politikou státu a jeho zákonodárstvím“ (Haasová, 2005, s. 13), která se promítá do sociálněpolitických opatření. Řadí se sem například finanční nedostupnost bydlení, vysoká míra nezaměstnanosti nebo diskriminace z důvodu příslušnosti či minorit.

Vnitřní příčiny „zahrnují materiální, vztahové, a osobní podmínky jednotlivců a rodin“ (Vacínová., 2006, s. 128). Jsou jimi prožitá traumata, duševní poruchy, závislost rodičů na návykových látkách či úplná absence rodinného zázemí.

1.5 Prevence bezdomovectví

Na konci této kapitoly budou popsány možnosti prevence bezdomovectví, která je efektivnější variantou řešení, jelikož se zaměřuje na situaci před samotným vznikem této problematiky. Pokud je prevence komplexně prezentována a využita, je možné, že se jedinec vyhne sociálnímu vyloučení na okraj společnosti a místo toho se stane její plnohodnotnou součástí.

„Primární prevence vyloučení začíná ve funkční rodině, v samotném soužití rodičů s dětmi v lásce, aniž by bylo nutno něco vyslovit“ (Hradečtí, 1996, s. 54). Bylo zvykem, že jsou-li sousedské a příbuzenské vztahy příznivé, rodiny si pomáhají navzájem tak, aby obstály a byly materiálně i citově zabezpečeny. Životní styl se mění a v městském prostředí je možné nalézt tuto podporu jen zřídka. K závažnosti tématu působí pomáhající profese v rodinách sociálně slabších či doprovázející profese v odvětví pěstounství, které mohou pomoci dítěti získat důvěru a rozvíjet jeho schopnosti. Ať už tito profesionálové vykonávají svou práci sebelépe, pro dítě je blahodárné najít tyto hodnoty ve své biologické rodině.

Kliment a Dočkal (2016) rozdělují prevenci primární, sekundární a terciální.

- 1. Primární prevence** – je založena na podpůrných aktivitách, které mají pomoci v zabránění nežádoucího jevu, bezdomovectví. Cílem je posílení autonomie jedince a podpora jeho vlastního sebezvoje. Tuto prevenci mnohdy ve školách poskytují podpůrné organizace prostřednictvím přednášek a besed, kde mapují sociální klima a snaží se předejít rizikovému chování žáků. Primární prevencí je podpora nezaměstnaných, neúplných rodin, tělesně znevýhodněných a zadlužených osob.
- 2. Sekundární prevence** – je určena těm, kteří ztratili domov a zůstali na ulici. V rámci sociální pomoci mají preventivní opatření zastavit sociální vyloučení a podpořit proces opětovného začlenění do společnosti. Znakem těchto osob je na rozdíl od osob spadajících do terciální prevence touha po změně a víra v integraci. Mezi sociální služby sekundární prevence patří služba vzestupná spirála nebo azylové domy.
- 3. Terciální prevence** – pomáhá osobám, které se již adaptovali na život bez domova a nejsou motivováni ke změně. Cílem terciální prevence je pomoci zmírnit dopad negativních jevů na společnost a na jedince. Terciální prevence je poskytována terénními pracovníky a pracovníky nízkoprahových center.

2. ZÁVISLOST A MOTIVACE K LÉČBĚ

Bezdomovectví a užívání návykových látek souvisí se sociálními problémy v oblasti sociální práce (Netopilová, 2012). Můžeme se jen domnívat, kolik osob bez přístřeší dostala na ulici právě jejich závislost na návykových látkách, a kteří naopak začali s užíváním návykových látek následkem bezdomovectví. Míra stresu ze ztráty bydlení a zaměstnání je řazena společně se smrtí blízkého nebo rozvodem k jedné z nejvyšších. Alkohol či jiná návyková látka je účinným útekem před prožívanou, nehostinnou realitou. Spojitost těchto faktů je tedy začarovaným kruhem, kvůli kterému je začlenění do běžné společnosti nelehkým úkolem.

2.1 Závislost

Definice závislostí lze dohledat mnoho. Existují definice zdravotnické, které se dívají na závislost spíše jako na poruchu mozku nežli na psychickou poruchu. Další definice zohledňují u závislosti enviromentální a sociální faktory. V následujících podkapitolách budou uvedeny definice významných organizací.

2.1.1. Syndrom závislosti dle WHO

World Health Organization (WHO, 2018), v českém jazyce Světová zdravotnická organizace vymezuje syndrom závislosti v kapitole páté, kategorii F00-F99, která nese název Poruchy duševní a poruchy chování. Závislost definuje jako: „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“.

2.1.2 Syndrom závislosti dle ASAM

American Society of Addiction Medicine (ASAM) je sdružení šesti tisíc profesionálních lékařů, které bylo založeno roku 1954. Lékaři v tomto sdružení se zabývají především léčbou závislostí. Ti definují syndrom závislosti jako: „chronické onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Dysfunkce těchto systémů vede k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům, které se odrážejí v patologickém chování jednotlivce, jenž užíváním různých substancí průběžně usiluje o dosažení odměny či úlevy“ (West, 2016, s. 19).

2.1.3 Vznik závislosti

Vznik závislosti je u každého jedince individuální a dochází k němu různorodě na základě organismu, věku, prostředí a druhu užívané látky. „Závislostmi trpí všechny vrstvy společnosti, od těch nejchudších vrstev, až k nejbohatším. Také v případě závislostí nezáleží ani na pohlaví, ani na inteligenci jedince, závislý může být každý z nás a nemusí si to ani uvědomovat“ (Hamarová, 2018, s. 7). Dle Vágnerové (2004) se největší riziko vzniku závislosti objevuje v období adolescence.

Griffinová (2011) ve své knize popsala čtyři stádia vzniku závislosti:

1. V prvním stádiu začíná osoba s látkou **experimentovat**. Látku užívá občasné, zkouší, jak látka působí. Motivem v tomto stádiu může být zvědavost, touha zapadnout mezi vrstevníky, touha po vzrušení nebo experimentu, či potřeba vzbouřit se proti rodičům a zkusit to, o čem jedinci vštěpovali, že je nebezpečné.
2. O druhém stádiu je hovořeno již jako o **problémovém**. V tomto stádiu jedinec užívá látku pravidelně, ať už sám, nebo ve společnosti. Objevují se změny v chování, problémy v rodině, ve škole či v práci. Návyková látka již zasahuje do života jedince v nezdravé míře.
3. Třetí stádium je nazváno **stádiem samostatné závislosti**. Jedinec užívá návykovou látku kvůli potřebě vyhnout se abstinčním příznakům. V tomto stádiu je pravidelné užívání viditelné na zdravotní kondici ale i vzhledu jedince. Jedinec již není schopen

běžně fungovat, ztrácí pravidelnost, práci, vztahy s rodinou a jinými blízkými osobami. Provázejícími emocemi jsou stud, výčitky, pocity viny, deprese.

4. Posledním stádiem je **stádium uzdravení**. Jedná se o dlouhý proces, ve kterém mnohdy dochází k opětovné recidivě, která je přirozenou součástí cesty k uzdravení. Změna vychází z touhy jedince, který by dle autorky měl přijmout svou minulost a naučit se budoucnost prožívat s jiným myšlením a přístupem především k sobě samému.

V procesu bezdomovectví a závislosti tedy chátrá tělo i duše, pro kterou je přirozené a obohacující se vzdělávat, mít pohyb, kvalitní mezilidské vztahy a prožívat plnou přítomnost. Spiegelmaová (2015) tento proces vystihuje ve větě: Když stagnujeme, jsme ve válce se svou vlastní přirozeností. V přítomnosti závislosti odmítá jít osoba na návykových látkách vpřed. Opakuje stále stejné činnosti, a i když ví, že plýtvá svým talentem je to zóna známá. Závislost pak tupí bolest z nenaplnění, a proto je tato skutečnost pro tělo, mysl i ducha v rozporu s jeho základní přirozeností expandovat.

2.1.4 Znaky závislosti

Znaky závislosti jsou výstražné faktory, které mohou pomoci k určení osoby závislé na návykových látkách. Návykovou látkou se myslí psychoaktivní látka, která může dle Vágnerové (2004) změnit psychický stav a prožívání jednice (akutní intoxikace), způsobit abúzus (zneužití látky) a má tendenci způsobovat závislost.

Znaky závislostního chování Carr (2003) popisuje jako proces, při kterém osoba opakovaně dělá něco, co si již dělat nepřeje, nebo by si to přála dělat méně, ale nemůže přestat.

Dle Nešpora (2007) se mezi znaky závislostního chování řadí tělesný odvykací stav, zvýšení tolerance na látku, postupné zanedbávání jiných zájmů a potřeb a opakované užívání látky i přes jasný důkaz škodlivých následků. S Carrem se shoduje na znacích jako jsou potíže se sebeovládáním, a bažení po látce, odborně nazývané Craving.

„Bažení má měřitelné tělesné projevy, obvykle jsou to změny charakteristické pro stres“ (Nešpor, 2015, s. 17). Dle Hamarové (2018) souvisí pocit bažení s narušením dopaminergního systému, který je spuštěn na základě nedostatku podnětů v neuronech, které se nacházejí v několika oblastech mozku.

2.2 Motivace

Termín motivace vychází z latinského slova „movere“ který se do českého jazyka překládá jako „hýbat se, pohybovat“. Pojem motivace je chápán jako pohnutka, která vede jedince k určitému jednání. Jinak řečeno, „člověk vykonává úlohu, protože jej to baví nebo protože to považuje za významné a důležité“ (Plamínek, 2007, str. 15). Tato úloha se u jednotlivých činností liší od jedince k jedinci. Například: Jedinec chce pracovat jako sociální pracovník u charity. Pohnutkou může být potřeba pomáhat druhým, dělat práci, která dává jedinci smysl, anebo vykonávat činnost po vzoru rodičů. Motivace, proč si jedinec vybere svůj cíl se liší, je naplněním vlastní potřeby, vlastního snu nebo přání.

Dle Plamínka (2007) je motivace chápána jako „nenásilné vytvoření pozitivního přístupu k něčemu – často k nějakému výkonu či typu chování. Smyslem motivace se obvykle označuje jak proces, tak jeho výsledek – tedy skutečnost, že se něco děje (někdo na někoho nějak působí), stejně jako fakt, že něco existuje (konkrétně onen zmíněný pozitivní přístup)“ (str. 14). Vytvoření pozitivního přístupu k úspěšné abstinenci je tedy klíčové.

2.2.1 Rozdíl, mezi motivací a stimulací

Zatímco motivace je podnět, který vychází z nitra jedince, stimulací se rozumí jev krátkodobý, vycházející z působení a vnímání okolí, látky nebo podnětu. Stimulace rovněž způsobí aktivitu jedince, ne však trvale. Její působení je dle Plamínka (2007) možné pouze po dobu působení stimulu. Příkladem může být užití návykové látky. Při užití látky, tedy stimulu, dochází ke změně prožívání. Pokud však jedinec

užívá látku dlouhodobě, jeho organismus si na ní navykne a stimulace nepřichází. Je nutné dávku zvyšovat, pokud tomu tak není nastávají abstinenční příznaky.

2.3 Léčba

Sociální rehabilitace a léčba osob závislých na návykových látkách zastupuje obsáhlé spektrum přístupů a metod. Průběh léčby je ovlivněn osobností a charakterovými rysy jak léčeného, tak terapeuta či lékaře, který jedince léčbou provází. Stejně jako proces vzniku závislosti zasahuje do mnoha individuálních prvků jedince, tak i proces léčby je rozdílný a není možné specifikovat, jaká metoda či technika bude univerzálně úspěšná pro každého.

2.3.1 Techniky léčby

„Léčba závislosti by měla být, pokud možno dlouhodobá a intenzivní. To často vyžaduje, aby pacient využíval nabídek různých zařízení“ (Nešpor, 2007, s. 58). Léčba u závislých jedinců začíná substituční léčbou neboli detoxem. Poté pokračuje léčbou pro závislosti (návykové nemoci) v psychiatrické léčebně. Po dokončení léčby je možné přesunout se do terapeutické komunity, která nabízí jedinci skupinové i individuální terapie, začlenění řádu do každodenních zvyklostí a především čas naučit se znovu pracovním návykům (součástí terapeutických komunit jsou velmi často keramické dílny, práce se zvířaty nebo kovářské či jiné manuální práce). Po zařazení do společnosti mohou abstinující jedinci navštěvovat společenství anonymních alkoholiků, individuální terapie či jiné svépomocné skupiny. Je důležité, aby o sobě služby věděly, spolupracovaly a aby si sám jedinec mohl vybrat, v jaké službě chce pokračovat. Tento proces se odborně nazývá matching. Dle Kaliny a kol. (2003) se jedná o komplexní pohled díky kterému je jedinci přiřazen nejvhodnější typ léčby a vhodný terapeut dle jeho potřeb a možností. Je potřeba zhodnotit psychický i zdravotní stav jedince, prostředí, ve kterém se pohybuje, ale i potenciál pro abstinenční příznaky a relaps.

Mezi nejčastější techniky léčby Nešpor (2007) uvádí:

- **Posilování motivace** – struktura motivačního tréninku má pět principů. Jsou jimi: vyjádření respektu a empatie, vyhýbání se sporu, posilování sebedůvěry, práce s odporem klienta (reflexe), a vytvoření rozporu mezi cíli a jednáním jedince. Motivaci pomáhá posílit terapeut se kterým jedinec prochází sezení, na kterých mohou diskutovat o následcích užívání návykových látek, probírat problémy běžného dne. Terapeut jedinci naslouchá, klade a rozvíjí otázky, poskytuje pozitivní zpětnou vazbu a pomáhá mu k uvědomění si svých pocitů a následcích jeho jednání.
- **Dobré vnímání sebe a vnějšího světa** – schopnost pozitivně vnímat sebe a vnější svět závislému jedinci napomáhá k časnému rozpoznání rizikových faktorů. Tyto faktory mohou být vnitřní (například pocit bažení), nebo vnější (například reklama v časopise na alkohol). Pomocí technik meditace, psychoterapie, tělesných cvičení nebo zapisování si v deníku se jedinec učí, jak rozpoznat své emoce, jak se ovládat, a tím předejít možným komplikacím či relapsu.
- **Dovednosti autoregulace** – cílem těchto technik je naučit se jak oddálit uspokojení, motivovat se ke zdravému životnímu stylu a zvládat negativní emoce. Rizikovými faktory jsou únava, nuda a stresové situace. Za pomoci relaxačních a jógových technik se jedinec učí zklidnit mysl a nepodlehnout intenzivnímu nutkání. Mít schopnost umět ovlivnit svou duševní pohodu a duševní stav může posílit sebedůvěru a sebevědomí jedince.
- **Sociální dovednosti** – pomocí technik sociální dovednosti se jedinec učí zdravé asertivity. Jedná se o schopnost odmítání, například při nabídnutí alkoholu či jiné návykové látky ve společnosti. Schopnost rozhodovat se a předvídat následky rozhodnutí, k čemuž se používají techniky jako je rozhodovací analýza, během které jedinec očisluje jednotlivé aspekty možných následků. Nebo schopnost empatie, které je možné se naučit hlubokým nasloucháním

bez přerušení nebo sledováním neverbální komunikace. Tyto techniky napomáhají k udržení abstinence po dokončení léčby při nátlaku povinností běžného způsobu života.

2.3 Relaps

Porušení abstinence, je dle soudobých odborníků součástí procesu k úplnému vyléčení se ze závislosti na návykových látkách. V této kapitole bude vysvětleno, jaký je rozdíl mezi lapsedem, relapsem a co může pomoci k prevenci těchto syndromů.

2.4.1 Laps a relaps

Jednorázový návrat k užití látky se označuje jako laps. Relapsem se označuje opakované navracení k užití návykové látky. „V tradiční definici relapsu je každý „laps “ nebo „uklouznutí“ vnímán jako spínač, který spustí plně rozvinutý relaps“ (Wanigaratne a kol., 2008, s. 13). Lapsedem tedy rozumíme porušení zásady nebo pravidla, které si jedinec s lékařem stanoví v průběhu léčby a abstinence. Především jsou to jeho vnitřní pravidla a přesvědčení, díky kterým udržuje jeho cíl. Hlavní prací odborníků je tedy zajistit, aby se jednorázový laps nerozvinul v relaps. K tomu může dojít například na základě vnitřního přesvědčení jedince, který je přesvědčen, že „napije-li se jednou, je opět alkoholik“.

Dle Kaliny a kol. (2003) je relaps definován jako návrat k původnímu užívání. Je to stav, při kterém jedinec ztrácí kontrolu, má pocit marnosti, pozbývá smysl života, a tak se znovu uchýlí k užití látky, od které již nějaký čas abstinuje.

Hartl (2004, s. 504) definuje relaps jako „Zvrat, návrat choroby k předchozímu stavu, opětovné vzplanutí předtím potlačené choroby“.

2.4.2 Prevence relapsu

„Prevence relapsu vychází z klinické praxe a výzkumu, který jasně ukázal, že ve většině případů jednorázové porušení abstinence nemusí logicky vyústit k návratu na původní úroveň užívání“ (Kalina a kol., 2003, s. 118). Jedinec

je již vybaven po absolvování léčby sebereflexí a prací se svými pocity. Relaps tedy může být vnímán jako „vybočení“ z léčby a abstinence, jako náznak opomenutí určitého faktoru v terapii a pohnutka k dalšímu učení. U některých klientů však relaps vyvolá několikaleté znovu užívání a ztracení již dosažené léčby.

Kuda (2003, s. 117) uvádí, že lze závislost na návykových látkách vnímat jako stav relapsování. Dle jeho názoru a kognitivně behaviorálního přístupu, se kterým Kuda pracuje, je relaps více součástí nežli výjimkou. Prevencí relapsu tedy není naučit jedince, jak se rizikovým situacím vyhnout, ale zvyšování jeho kompetencí a dovedností tak, aby v rizikových situacích dokázal obstát. Klient by se tak měl stát sám sobě terapeutem s vědomím a zodpovědností za svou abstinenci a průběh života.

S tím, že by se měl klient stát sám sobě terapeutem k udržení změny souhlasí i Wanigaratne a kol. (2008) kteří okrem toho uvádí jako hlavní cíle terapeutů v prevenci relapsu: „snížit množství a četnost relapsů, být zprostředkovateli informací, zvýšit uvědomění klientů o problémech týkajících se relapsu a identifikovat a konfrontovat kognitivní chyby našich klientů (myšlenky a hodnoty, které brání udržení změny)“ (s. 34).

3. SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI BEZ PŘÍSTŘEŠÍ

Třetí a poslední teoretická kapitola je zaměřena na sloučení sociální práce s lidmi bez přístřeší. Jejím cílem je popsat, na jakou formu pomoci mohou tyto osoby dosáhnout a jaká zařízení jsou pro jejich podporu určeny.

Teoretických knih a poznatků o sociální práci s lidmi bez přístřeší je dostatečné množství. Podstatné a vycházející informace však poskytuje především zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. Základní zásadou tohoto zákona je umožnit sociální poradenství každému, bez jakékoli výjimky, k pomoci a řešení náročné životní situace. „Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování“.

Mezinárodní federace sociálních pracovníků definuje sociální práci jako profesi, která „podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti“ (Mezinárodní etický kodex, 2004).

„Smyslem poskytování sociálních služeb je zmírnění nebo vyřešení kritické sociální situace, která vznikla vztahovou krizí, konfliktním způsobem života, případně rizikovým prostředím, v němž se osoba nebo skupina nachází“ (Zemanová, 2007, s. 39).

Pro Průdkovou a Novotného (2008) je sociální práce profesionální pomocí člověkem pro člověka. Neznamena to, že by sociální pracovník dělal něco za klienta, ale má mu být podporou v jeho vlastních kompetencích. Cílem sociálního pracovníka je tak

využití zdrojů klienta. Jinak řečeno jej lze považovat za prostředníka mezi osobami bez přístřeší a většinovou společností.

Dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. § 32–70 se formy sociální práce rozdělují na:

a) sociální poradenství – dělí se na základní a odborné. Základním poradenstvím je myšleno poskytování obecných informací k řešení náročné situace pro osoby navštěvující sociální služby. Odborné poradenství je naopak zaměřeno na konkrétní potřeby a okruhy požadavků jednotlivce, skupiny, nebo komunity. Jedná se o sociální poradenství zaměřené například pro seniory, manželské poradny nebo poradny pro osoby závislé na návykových látkách.

b) služby sociální péče – napomáhají a podporují osoby, které potřebují z důvodu fyzického či psychického handicapu pomoc druhé osoby. Pracovníci jedince podporují v jejich kompetenci a soběstačnosti, s cílem uspokojení základních životních a sociálních potřeb. Řadí se sem například pečovatelská služba, odlehčovací služba, domovy pro seniory nebo denní stacionáře.

c) služby sociální prevence – jsou poskytovány osobám v krizových situacích. Cílem je zabránit vyloučení těchto osob ze společnosti a poskytnout jim k nepříznivé situaci potřebnou podporu. Spadají sem například Nízkoprahová denní centra, krizová pomoc nebo tlumočnické služby.

Podle místa poskytování služeb a § 33 dělíme sociální práci na:

a) ambulantní – sociální služby, za kterými spolupracující osoba dochází,

b) pobytovou – služby, spojené s ubytováním v institucích sociálních služeb,

c) terénní – jedná se o služby poskytované v přirozeném prostředí spolupracující osoby.

Kliment a Dočkal (2016) řadí mezi služby určené osobám bez přístřeší:

a) Noclehárny – Dle zákona o sociálních službách 106/2008 Sb. § 63 je noclehárna službou ambulantní, která je poskytována osobám bez přístřeší k přenocování

a vykonání osobní hygieny. Noclehárny se dělí na ženské a mužské. Osoby na noclehárnu přicházejí ve večerních hodinách a ráno musí prostory i se všemi svými osobními věcmi opustit. „Noclehárny jsou určeny zjevným bezdomovcům, kteří žijí ve veřejném prostoru. Ubytování v noclehárnách využívají klienti často jednorázově a nepravidelně, s ohledem na panující klimatické podmínky, finanční kondici či momentální nutnost uspokojení bazálních potřeb uživatelů“ (Kliment & Dočkal, 2016, s. 67).

b) Azylové domy – „Azylové domy nabízejí celodenní ubytování, ve kterých je pobyt jedince formálně limitován délkou jednoho roku. Časové omezení poskytované služby má podpořit motivaci klientů k hledání vyšších forem bydlení, za které lze považovat bydlení v ubytovnách a bydlení v bytech“ (Kliment & Dočkal, 2016, s. 67). Azylový dům je zařízení pro osoby, které mají zájem o znovu začlenění do společnosti a obnovení soběstačnosti. V tomto zařízení mají osoby možnost vaření, praní, a hospodaření s penězi, což je připravuje na samostatný život. Proto jsou to zařízení s vyšším prahem, individuálním plánováním a na klienty jsou kladeny větší nároky. „Individuální plán je výsledkem dojednávání zakázky sociálního pracovníka s klientem, v rámci něhož pracovník seznámí klienta s tím, co mu azylový dům nabízí a v čem mu může jeho personál pomoci. Klient naopak sdělí pracovníkovi, co od pobytu v azylovém domě očekává, v čem a jak chce pomoci, jaké má do budoucna cíle a jakou má představu o jeho dosažení. Individuální plán má být co možná nejkonkrétnější, obsahuje cíle klienta a způsob, jakým na jejich dosažení budou klient a sociální pracovník participovat“ (Průdková & Novotný, 2008, s. 45).

c) Domov na půl cesty – je zařízení určené pro osoby do 26 let. „Jsou určeny osobám, které ve věku dospělosti opouštějí totální instituce určené dětem a mladistvým a jedincům přicházejícím z věznic“ (Kliment & Dočkal, 2016, s. 68). Má funkci podpůrnou, a stejně, jako Azylový dům je jeho cílem za dobu maximálně jednoho roku nalézt následné bydlení. Jejím cílem je zamezit přechodu osob z instituce rovnou na ulici. Tak stejně, jako je tomu v Azylových domech se jedinci učí vařit, prát

a hospodařit s financemi. Individuální plán je vytvořen ve spolupráci s klíčovým pracovníkem. „Člověk ubytovaný v domě na půl cesty má povinnosti pracovat nebo studovat“ (Průdková & Novotný, 2008, s. 48).

d) Nízkoprahová denní centra – je zařízení jehož cílem je poskytovat lidem bez přístřeší bezpečné zázemí a prostor k uspokojení základních životních potřeb ve formě stravy, ošacení, praní prádla, poskytnutí prostoru pro hygienu a sociální poradenství. „Služby nabízené klientům jsou snadno dostupné, a pokud nebyla překročena kapacita služby, tak jsou určeny všem příchozím potřebným, jsou nabízeny blízko místa pobývání klientů a jsou poskytovány anonymně“ (Kliment & Dočkal, 2016, s. 67). Spolupráce klientů s pracovníky je postavena na respektující komunikaci, při které mohou společně hledat zaměstnání, napomoci zlepšit jejich komunikaci s institucemi, s rodinou nebo cokoliv jiného, co klienti potřebují. „Každý klient má být kompetentním pracovníkem seznámen s vnitřním řádem a nabídkou služeb denního centra, se svými právy a povinnostmi. Vstup je zakázán pouze osobám pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek, agresivním a osobám trpícím infekční onemocněním“ (Průdková & Novotný, 2008, s. 43).

e) Terénní program neboli streetwork – posláním terénního programu je aktivní vyhledávání a kontaktování osob bez přístřeší, či osob, kteří jsou ztrátou bydlení ohroženi. Úkolem terénních pracovníků je navázání kontaktu a vytvoření bezpečné vazby ke spolupráci. „Terénní programy mají podpůrný charakter, v ideálním případě jsou určeny všem bezdomovcům bez ohledu na to, zda deklarují ochotu ke změně svého způsobu života, umožňují bezdomovcům uspokojování základních životních potřeb“ (Kliment & Dočkal, 2016, s. 66). Terénní pracovníci mohou doprovázet jedince do institucí či přinášet potraviny, ošacení, nebo hygienu do jejich přirozeného prostředí.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4. METODOLOGIE A POPIS VÝZKUMU

Teoretická část práce představuje základní terminologii zmíněných problematikách, jako je bezdomovectví, závislost na návykových látkách a téma abstinence. V empirické části se tyto teoretická témata práce propojí s praxí a zkušeností klientů Azylových domů, kteří si prošli závislostí, a v současné době abstínují déle než půl roku. V empirické části definuji výzkumný cíl, výzkumné otázky, popíšu použitou metodologii a zpracování dat. Na konci kapitoly uvedu získané poznatky společně s diskusí.

4.1. Cíl empirického šetření

Před psaním bakalářské práce či jiného výzkumu je zapotřebí zjistit, co by mělo být výzkumným cílem a na jakou otázku, si chce autor odpovědět. Před samotným započítím jsem si stanovila za hlavní cíl výzkumu prozkoumat a zjistit, co vede klienty Azylových domů v Olomouci k abstinenci. Současně se zaměřím na to, co klientům k udržení abstinence napomáhá, jaké jsou rizikové faktory abstinence v sociální službě Azylový dům, a zda vnímají podporu při abstinenci od pracovníků.

4.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou položeny tak, aby odpověděli na stanovený výzkumný cíl a zvolené téma. Sběr dat probíhal za pomoci dotazníku a polostrukturovaného rozhovoru. Otázky k rozhovoru byli pokládány v pořadí, ve které jsou uvedeny níže, nicméně nastala i situace ve které bylo pořadí otázek proměněno proto, aby rozhovor přirozeně plynul a k vynechaným otázkám se navrátila řeč později. Možnost pracovat plynuje a nedržet se striktně pořádní otázek byla i důvodem, proč jsem si k tomuto výzkumu vybrala právě metodu polostrukturovaného rozhovoru.

VO1: „Co vede uživatelé pobytové služby azylový dům k abstinenci?“

Na tuto otázku v rozhovoru odpovídají otázky č. 1 až č. 5. Tato otázka je vyvozena z cíle práce a také z její teoretické části, která se zabývá lidmi bez přístřeší, závislostí, abstinencí na návykových látkách a pobytovou službou Azylový dům.

VO2: „Co klientům k udržení abstinence pomáhá, co je naopak překážkou, a jak pracovníci Azylových domů jedince v jejich abstinenci podporují?“

K získání odpovědí na tuto výzkumnou otázku napomohou otázky v rozhovoru č. 6 až č. 11. Tato otázka má pomoci zjistit, jakou podporu dostávají klienti Azylových domů k abstinenci nebo co je pro ně důležité k její udržení. Také jaké nástrahy vnímají na půdě Azylového domu, kde mohou být i klienti, kteří nadále návykové látky užívají.

4.3 Zvolená metodologie

Tato podkapitola se zaměřuje na vybrané metody k získání a analýze výzkumných dat. Uvede, co je kvalitativní výzkum, proč byl v rámci této bakalářské práce zvolen.

4.3.1 Kvalitativní výzkum

Před započatí psaní bakalářské práce a sběru dat jsem oslovila Azylové domy v Olomouci s prosbou, zda v jejich zařízení pobývají klienti, kteří by se mohli stát respondenty tohoto výzkumu. Z důvodu poměrně malého množství klientů a hlubokého tématu se jevílo vhodné zvolit formu kvalitativního výzkumu, který je zaměřen na popis procesů, okolností, vztahů, nebo situací lidí či systému. Kvalitativní pojetí výzkumu je osobnější a zároveň flexibilnější. Je přístupem „využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky“ (Miovský, 2006, s. 18). Zakládá se na osobním kontaktu a zkušenosti mezi výzkumníkem a respondentem. Hendl (2005) ve své knize popisuje výhody a nevýhody kvalitativního výzkumu. Podle něj je výhodou podrobný vhled do problematiky a také průzkum v přirozeném prostředí respondentů. To tvoří bezpečnější a bližší vztah mezi výzkumníkem a respondentem a zároveň podtrhuje jejich autenticitu. Nevýhodou je časová náročnost a osobní zkušenost výzkumníka, jehož zkušeností a postojem bude výzkum nehledě na jeho profesionalitu a odstup ovlivněn.

4.4 Technika sběru dat

Níže popíšu a odůvodním techniky, které byly ke sběru dat použity.

4.4.1 Polostrukturovaný rozhovor

K psaní této práce byla vybrána forma polostrukturovaného rozhovoru neboli interview. Důvodem pro zvolení této metody je, že ačkoliv umožňuje sestavení otázek a bodů, o které se mohu opřít v průběhu rozhovoru, dává na rozdíl od strukturovaného rozhovoru prostor k tomu se ptát na nové otázky které vyvstanou v průběhu, nebo mezi otázkami libovolně přeskakovat. „Polostrukturované interview je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview (Miovský, 2006, s. 159).

Před započítím rozhovoru byli participanti požádáni o vyplnění dvou otázek v dotazníku. Otázky měly rozčlenit, zda jedinec v minulosti zneužíval návykové látky, a zda v současné době může být zařazen do výzkumu. Důvodem, proč je v dotazníku uvedena otázka na to, zda jedinec v posledních 30 dnech užil návykovou látku je proto, aby se roztrídili klienti na ty, kteří návykové látky užívají, a ti kteří návykové látky neužívají. Požadovaná půl roční abstinence bude následně zmíněna na začátku rozhovoru.

4.5 Popis sběru dat

Pro výběr participantů jsem si zvolila **metodu záměrného výběru**, jehož principem je dle Miovského (2006) cílené vyhledávání jedinců s určitými vlastnostmi, které si stanoví výzkumník. Jako kritéria výběru jsem určila zneužívání návykových látek v minulosti, minimálně půl roční abstinenci a současný pobyt na Azylovém domě. Výběr mých respondentů tedy mířil přesně na tyto jedince, kteří jednotlivá kritéria splňují a zároveň jsou ochotni se do výzkumu zapojit.

Celkem bylo k dosažení tohoto cíle osloveno 5 sociálních zařízení v Olomouci, které jsou v Registru poskytovatelů sociální služeb vedeny jako Azylové domy.

Z něhož na dvou z nich nebyli jedinci, kteří by byli pro empirické šetření vhodní a jedno zařízení nechtělo v rámci tohoto šetření spolupracovat, tedy nevím, zda by vhodní respondenti v tomto zařízení byli, či nikoliv.

Z vybraných Azylových domů byli k realizaci výzkumu osloveni za pomoci sociálních pracovníků v Olomouci klienti, kteří abstinují déle než 6 měsíců. Proběhla individuální schůzka s každým z nich, kde jsem představila svůj výzkum, vysvětlila, jak bude jejich participace probíhat a zodpověděla jejich otázky. Pokud se klienti chtěli zapojit, byla domluvena další schůzka, na které již došlo k vyplnění dotazníku a rozhovoru. To vše probíhalo na půdě Azylového domu, ve kterém klienti pobývali. O tom, kde chtějí projít rozhovorem jsem s každým z nich jednotlivě diskutovala, a nabízela možnost neutrálního prostředí. Všichni se nezávisle na sebe shodli na uskutečnění dotazníku a rozhovoru v prostředí, které znají.

Z devíti tázaných participantů, které doporučili sociální pracovníci zařízení, bylo zjištěno, že dva z nich sice nezneužívají návykové látky tak, jak tomu bylo v minulosti, ale například jednou za měsíc si dají pivo po obědě. Díky tomu nemohli být zařazeni do výzkumu, jelikož nesplňovali kritérium šesti měsíční abstinence. Vyplnili tedy dotazník a byli požádáni o rozhovor, během kterého vyšly najevo tyto skutečnosti, díky kterým bohužel nemohly být zařazeni do výzkumu.

U dalších dvou participantů nastala situace, při které o jejich minulosti a zneužívání návykových látek nebyli ochotni či schopni otevřeně povídat. Důvodem může být to, že jsem oba klienty znala, jelikož jsem v daném Azylovém domě chodila na výpomoc, a cítila jsem, že si chtějí přede mnou zachovat určité postavení. Domnívala jsem se, že fakt toho, že se známe, napomůže k otevření a plynulé komunikaci. Tato skutečnost však měla přesně opačný efekt stydlivosti a uzavření se.

Pro všechny výše uvedené důvody se výzkumu plně zúčastnilo pět klientů Azylových domů. Data byli sbírány v březnu roku 2022. Potvrzení a souhlas jednotlivých

Azylových domů není do příloh přiložen z důvodu co největší ochrany anonymity participantů.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, o čemž byli participanté před započítím informováni. **Na začátku každého rozhovoru bylo zmíněno, že budou všechny data a sdělené informace anonymizovány, a nebude uvedeno ani jméno ani jiné informace, které by mohly ohrozit jejich identitu.**

5. ANALÝZA DAT

Získané rozhovory jsem na základě poslechu přepsala, a k jejich interpretaci jsem si vybrala metodu Kódování. „Kódování je procesem, v němž neagregovaná data (prvotní, autentickou podobu záznamu dat) převádíme do datových segmentů (jednotek), s nimiž je možné dále pracovat“ (Miovský, 2006, s.210).

Hendl rozděluje zpracování dat za pomoci kódování do kódování otevřeného a kódování axiálního: „Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata. Tato témata jsou nejdříve na nízké úrovni abstrakce. Mají vztah k položeným výzkumným otázkám, k přečtené literatuře, k pojmům používaným účastníky nebo jde o nové myšlenky vznikající, jak výzkumník proniká k textu“ (2005, s. 247). V Axiálním kódování hledá výzkumník a propojuje ze získaných témat určité kategorie, mezi kterými hledá návazné vztahy (Hendl, 2005).

5.1 Získání primárních kódů

Metoda kódování tedy spočívá v hledání jednotlivých kódů, témat, nebo interakcí. Definované kódy jsem zpracovávala za pomoci programu Word, ve kterém jsem si každý z kódů zbarvila rozdílnou barvou, a hledala stejné kódy v rozdílných rozhovorech. Celkem jsem interpretovala **23 kódů** (viz. příloha), které jsem si jednotlivě roztřídila. Taktéž za pomoci programu Word – každý kód má svou jednotlivou stránku, do které jsem si kopírovala pod každého respondenta jeho odpověď na daný kód. Po rozdělení těchto kódů jsem přešla k jejich kategorizaci. Hledala jsem tedy mezi jednotlivými kódy souvislosti, které jsem se pokusila kategorizovat.

5.2 Kategorizace kódů

Po dedukci kódů jsem mezi nimi hledala vztahy a návaznosti, díky kterých jsem stanovila kategorie. Tyto kategorie by mi měli pomoci zodpovědět výzkumné otázky, jednotlivé souvislosti a cíl práce.

Z jednotlivých kódů jsem vyvodila 7 kategorií:

1. ABSTINENCE

Do kategorie abstinence spadají následující kódy:

- kód začátek abstinence,
- kód co znamená abstinence,
- kód důvody k abstinenci,
- kód jiné služby pomáhající v abstinenci.

2. ŽIVOT NA AZYLOVÉM DOMĚ

Do kategorie život na Azylovém domě spadají tyto kódy:

- kód délka pobytu na Azylovém domě,
- kód chování pracovníků ke klientům,
- kód prostředí na Azylovém domě
- kód pohlaví,
- kód věk.

3. NÁSTRAHY

Do této kategorie spadá kód:

- nástrahy na Azylovém domě,
- kód zaměstnání.

4. KOMPLIKACE

Do kategorie komplikace řadím následující kódy:

- kód fyzické zdraví,
- kód psychické zdraví,
- kód rodinná situace,
- kód ztráta bydlení.

5. MOTIVACE

Do kategorie motivace jsem přiřadila kódy:

- kód podpora,
- kód pomoc k udržení abstinence.

6. ZÁVISLOST a

Do této kategorie spadá:

- kód doba zneužívání návykových látek,
- kód důvody k užívání návykových látek,
- kód zkušenost s alkoholem,
- kód zkušenost s psychotropní látkou.

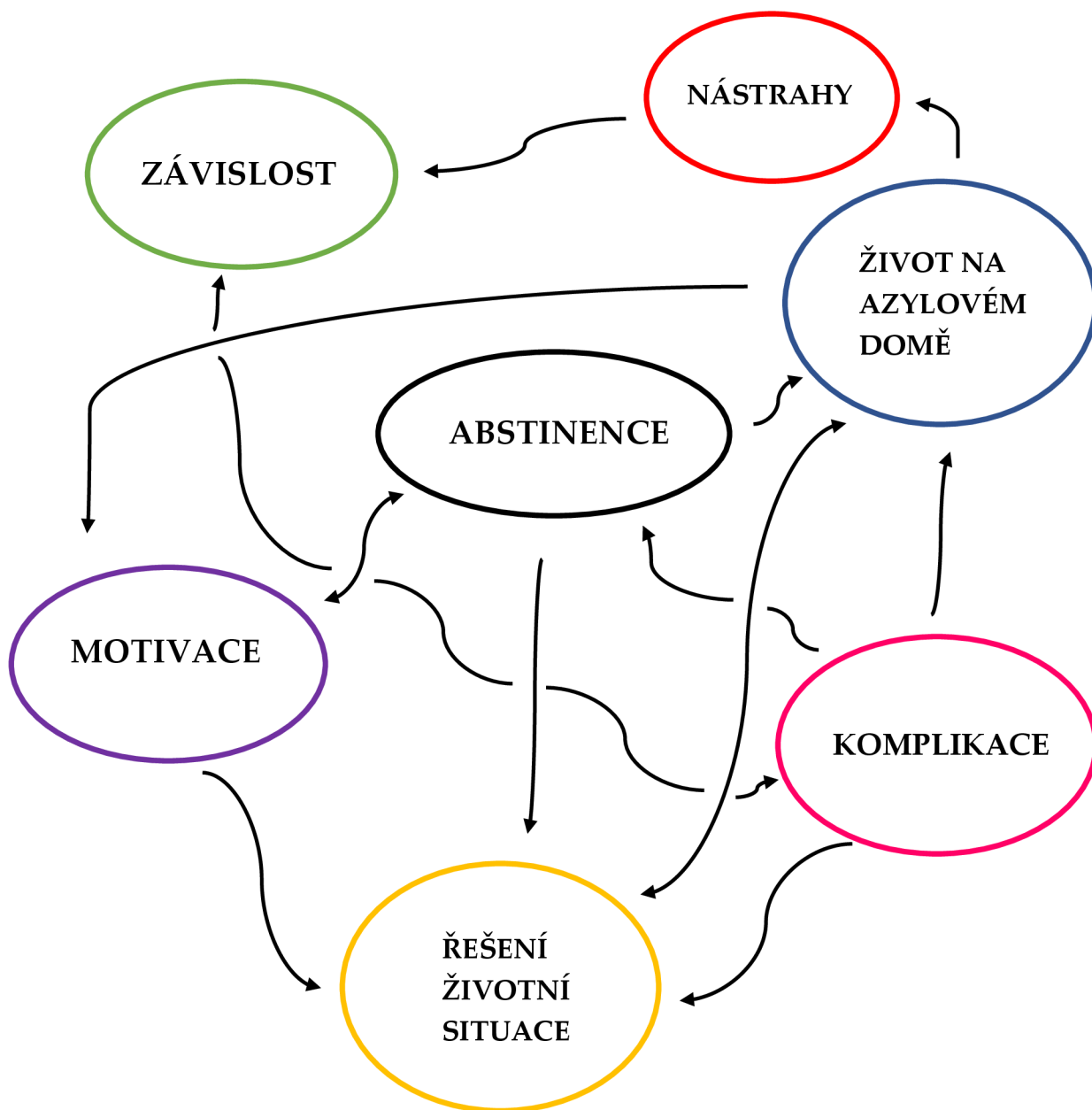
7. ŘEŠENÍ ŽIVOTNÍ SITUACE

Do kategorie životní situace jsem zařadila kódy:

- kód budoucnost,
- kód začlenění do společnosti.

5.3 Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi

Po získání výše uvedených kategorií, jsem mezi nimi začala dedukovat návazné vztahy. Ty zobrazím za pomoci myšlenkové mapy a následně popíšu jednotlivé směry a návaznosti na základě analyzovaných dat.



Obrázek 1: Vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Zdroj: Vlastní zpracování.

5.4 Interpretace získaných dat

Z dat a výše uvedené myšlenkové mapy vyplývá, že jednotlivé kategorie na sebe navazují. Tyto kategorie jsem zvýraznila tučně. Pro lepší čitelnost v textu jsou citace participantů zvýrazněny kurzívou.

Na základě dat bylo zjištěno, že **život na Azylovém domě** je pro abstinující klienty náročný. Vnímají **nástrahy** k relapsu, tedy znovu užití látky, jelikož na Azylovém domě pobývají i klienti, kteří nadále návykové látky užívají. To potvrzuje například Radovan, který v minulosti užíval alkohol i psychotropní látky a to, že potkává na Azylovém domě klienty, o kterých ví, že mají návykovou látku u sebe jej nutí o ní přemýšlet. *„Tady ty drogy jsou všude, na ulici, klienti je tady nosí a mě to nutí přemýšlet o tom, že bych si dal. Buď to tady dám a najdu bydlení nebo začnu zas fetovat a skončím na ulici“*. Zároveň popisuje i produkci psychotropních látek v okolí Azylového domu. Snaží se tedy pobývat především na pokoji a ven vycházet jen občas, popřípadě za doprovodu pracovníka, který mu asistuje například na úřadech či jiných institucích kde si Radovan řeší své dluhy či vyřizuje dávky hmotné nouze. Naopak Iveta či Milan, kteří **abstinují** dlouhodobě **nástrahy** nevnímají. *„Slabé jedince to svést může. Já už to mám v sobě vyřešený a bavím se s ostatními i bez alkoholu“*, říká Iveta, která abstínuje již 27 let.

Z toho vyplývá, že **život na Azylovém domě** nepřináší pouze nástrahy, ale také napomáhá klientům v **řešení jejich životní situace**. Milanovi například pomohly pracovníci s podáním žádosti o městský byt. *„Mě pracovníci pomáhají s nalezením následného bydlení. Občas také vyrazíme na nákup nebo procházku. Je super, mít kolem sebe lidi a nemuset být sama“* říká Věra. Pracovníci Azylových domů v Olomouci jsou tedy větší částí klientů vnímáni jako podpora. Z dat vyplývá že **život v Azylovém domě** klientům napomáhá v **motivaci** k řešení **životní situace**. Zde se jedná o oboustranný vztah, jelikož pro osoby, jako je například Mirka, která byla v minulosti na základě závislosti osobou bez přístřeší, je **život na Azylovém domě** velkou změnou a **řešením životní situace**. *„Přišla jsem o bydlení a byla na ulici. Odjakživa jsem byla náchylná na chlad,*

po dvou zimách venku mi museli amputovat obě končetiny. Teď jsem ráda, že mám kde složit hlavu a nemusím být venku“ říká Mirka.

K řešení své **životní situace, závislosti** na návykových látkách a také k **abstinenci** přiměla některé participanty bohužel až **komplikace**, která se jim v životě udála. Ve vztahu **komplikace** a **závislosti** se jedná o **oboustranný** vztah, jelikož některým klientům spustilo každodenní užívání a vznik **závislosti** způsobené **komplikace**, a někomu naopak **závislost komplikaci** způsobila. Například Radovanovi několikaleté užívání návykových látek způsobilo psychické problémy. *„Mám pocit, že mě všichni pronásledují a sledují, občas si říkám že se z toho zblázním“* odpovídá. Jedná se tedy o vztah, kdy **závislost** způsobila zdravotní **komplikace**. Naopak pro Mirku byla náročná rodinná a zdravotní situace spouštěčem ke každodennímu zneužívání návykových látek... *„po odchodu dětí z domu, se zhoršujícím zdravím, bez práce... byla jsem na dně a začala pít každý den. Neviděla jsem smysl života“*. Zde je tedy znázorněn opačný vztah kdy zdravotní a rodinné **komplikace** způsobily **závislost**.

Ze získaných dat také vyplývá, že velmi důležitým faktorem v udržení **motivace** k **abstinenci** je podpora. Podpora může být ze strany rodiny, přátel, pracovníků Azylových domů, anebo se může jednat o podporu sebe samého či vlastní přesvědčení. *„Ano od pracovníků podporu dostávám. Nicméně nikdo mě nemůže udržet, všechna práce je dobrovolná a jedná se především o mé přesvědčení. Největší **motivací** k **abstinenci** je můj zdravotní stav“*, říká Radovan.

Pro Věru je důležitý bezpečný prostor ke komunikaci: *„Velkou podporu vnímám ze strany pracovníků, jsou to opravdu fajn ženský, se kterými si mohu o čemkoliv povídat. K **abstinenci** mě **motivuje** především zázemí, které mám. Důvodem k dlouhodobé abstinenci jsou ale i finance a zdravotní stav“*.

Naopak pro Mirku je největší podporou její spolubydlící: *„Když mám trápení mám tady Janu (pozn. spolubydlící), které můžu všechno říct. Občas se chytáme ale máme se rády“*.

Na základě dat tedy vyplývá že **motivace** je potřebná k **abstinenci**, a naopak **abstinence** pomáhá k **motivaci** a řešení **životní situace**, což je například i **pobyt na Azylovém domě**, který napomáhá se začleněním se do společnosti.

5. 5 Odpověď na výzkumné otázky

VO1: „Co vede uživatele pobytové služby Azylový dům k abstinenci?“

Na základě získaných dat bylo zjištěno, že v dnešní době vede k abstinenci uživatelé pobytové služby Azylový dům především jejich zdravotní či psychický stav. Důležitou součástí jsou však i jejich přání a vize do budoucna, které každý z nich má. Pobyt na Azylovém domě abstinující uživatelé vnímají jako takzvaný mezistupeň k následnému bydlení ve vlastním pronajatém, či městském bytě, zapojení se do společnosti, nalezení práce či vyřízení si získaných dluhů.

VO2: „Co klientům k udržení abstinence pomáhá, co je naopak překážkou, a jak pracovníci Azylových domů jedince v jejich abstinenci podporují?“

Pro participanty zúčastněných se výzkumu v udržení abstinence pomáhá zázemí, které mnozí z nich vnímají jako podpůrné, především ze strany sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Podpora, kterou pracovníci klientům poskytují je motivací k udržení si abstinence. Ta spočívá dle participantů především ve vytvoření si bezpečného prostředí pro komunikaci, stěžování si, pochvalu nebo sdílení radosti. Pokud podporu abstinující uživatelé nevnímají v pracovnících, vnímají jí například v rodině nebo kamarádech. Podpora z jakékoliv strany se tedy v tomto výzkumu ukazuje jako klíčová k motivaci v udržení abstinence.

Prostředí Azylových domů je však také vnímáno jako rizikové. Je tomu tak především pro jedince, kteří abstinují krátkodobě a nástrahy na Azylovém domě jsou lákavé a všudypřítomné. Byl viditelný rozdíl mezi klienty, kteří abstinují například 10 let a nástrahy na Azylovém domě nevnímají, a mezi klienty, kteří abstinují například 14 měsíců a prostředí je pro ně stále nebezpečné a nutí je o užívání návykových látek přemýšlet.

6. DISKUZE

Do této diskuze přináším téma osobní znalosti klientů, samotnou těžkost tématu a možnosti rozvinutí tohoto téma do budoucna.

Zajímavý poznatek, který vyplynul během výzkumu byl v tom, že jsem některé z oslovených respondentů osobně znala. Před započítím výzkumu jsem se domnívala, že díky tomu budou odpovědi upřímnější, jelikož s těmito jedinci mám již navázaný pozitivní vztah. Ukázalo se však, že právě to bylo překážkou. Jedinci se styděli, chtěli si v mých očích zachovat určité postavení a dá se říct, že jsem díky tomu přišla o dva vhodné komunikační partnery.

Zároveň se mi po zpracování všech dat jeví samotné téma jako limitující, jelikož je to téma těžké, náročné a nese si sebou vlastní minulost a zranění. K tomu, aby jedinec opravdu otevřeně komunikoval a popisoval zneužívání návykové látky je zapotřebí mnoha jednotlivých faktorů, mezi které vnímám například vzájemné sympatie mezi participantem a výzkumníkem, vytvoření bezpečného prostředí, ale také to že má participant minulost zpracovanou a dokáže jí otevřeně reflektovat. I to je dle mého názoru důvodem proč se většina participantů příliš neotevřela a rozhovory tedy byli spíše kratšího a stručnějšího rázu. Přece jen otázka závislosti je náročná a mnohdy pro každého z nás těžce zpracovatelná. Uvědomuji si tedy, že to pro samotné participanty nemusel být zrovna nejpříjemnější rozhovor ale i tak jsem ráda, že se rozhodli zúčastnit.

Limitem této práce může být také to, že sama pracuji již nějakou dobu s osobami bez přístřeší. Je tedy pravděpodobné že se do práce odrazili mé vlastní názory, postoje a možná i zkušenosti, i když jsem se snažila být profesionální a přistupovat k tématům s určitým odstupem. To, že pracuji s osobami bez přístřeší však vedlo k výběru tohoto tématu, za což jsem vděčná. Sama se ve své praxi setkávám s jedinci, kteří dlouhodobě zneužívají návykové látky. Jsou však i takový (i když jich není mnoho), kteří při například nástupu na Azylový dům či byt, ucítí podporu od okolí, začnou pravidelně chodit do práce a abstinují či užívají návykové látky příležitostně.

Tak, jak vyšlo najevo i z výzkumu, toto rozhodnutí bývá ve většině případů spojeno s komplikací fyzického zdraví (u starších klientů), nebo s komplikací psychického zdraví (mnohdy u mladších klient zneužívající psychotropní látky). Domnívám se, že výzkum potvrdil tyto hypotézy, o kterých jsem mnohdy ve svém volném čase přemýšlela. Zároveň mi tento výzkum napomohl k většímu pochopení svých klientů.

Při psaní teoretické i výzkumné části práce jsem se zamýšlela nad postavením osob bez přístřeší v této společnosti, a naopak i nad jejich vnímání osob, které jsou začleněny do společnosti. Je zajímavé sledovat, jaké odtaživé postavení má společnost k těmto osobám a domnívá se, že nejsou její součástí. Tak jako Vašát popisuje ve své knize, jsou tyto osoby naopak neodlučitelnou součástí, jsou vně společnosti, tak i já jsem měla a mám pocit, že tomu tak je, jelikož přítomnost těchto osob v prostředí náměstí, parků, či vlakových nádraží, kde se všichni z nás pohybují jejich přítomnost nepřehlédnutelná.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce měla za cíl zjistit, co vede klienty Azylových domů k abstinenci, co jim v udržení abstinence pomáhá, a co vnímají jako nástrahy k relapsu. Důvodem k výběru tohoto tématu jsou mé osobní zkušenosti v práci s lidmi bez přístřeší a lidmi závislími na návykových látkách, u kterých jsem chtěla více pochopit, jak oni sami vnímají abstinenci a co je vede k tomu začít abstinovat. Po léčbě na návykových látkách mohou jít jedinci například do terapeutické komunity nebo doléčovacího centra. Kam poté dál když nemohou nebo nejsou schopni dosáhnout na samostatné bydlení? Z praxe vím, že jsou to mnohdy ubytovny či právě Azylové domy, kde klienti pobývají. A proto pro mě bylo důležitou otázkou, zda je prostředí Azylového domu vhodné či nevhodné v udržení a podpoře abstinence.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsem se dotkla historie bezdomovectví a jejím základním pojmům. Následně jsem popsala, co je to závislost, motivace, léčba a také relaps, tedy návrat k zneužívání návykových látek. V poslední kapitole teoretické části popisuji sociální práci s lidmi bez přístřeší, rozděluji její formy a představuji zařízení, které jsou pro osoby bez přístřeší určeny. V empirické části jsem došla k odpovědi na výzkumné otázky za pomoci kvalitativního výzkumu, díky metodě polostrukturovaného rozhovoru. K získání potřebných dat jsem použila metodu kódování. V každém rozhovoru jsem určila kódy, ze kterých jsem následně vytvořila kategorie, mezi kterými jsem hledala související vztahy.

Ze zpracovaných dat vyplývá, že velmi důležitým faktorem k udržení abstinence je podpora, kterou někteří jedinci našli v pracovnících, a jiní například ve spolubydlícím či kamarádovi. Je to faktor, který ovlivňuje motivaci k udržení abstinence a jejím smyslu. Důvodem, co vedlo participanty k abstinenci, je především zdravotní stav a s ním spojené psychické či fyzické komplikace. Komplikace jsou zajímavým faktorem. Mají oboustranný vztah a z výzkumu vyplývá, že některým

z participantů jejich závislost spustily rodinné, zdravotní, či jiné komplikace. Zatímco u jiných komplikaci způsobilo dlouhodobé zneužívání návykových látek.

Na základě výzkumu je popsáno, že pobyt na Azylovém domě je pro některé abstinující participanty náročný. Participant, který abstinuje méně, než pět let uvedl, že je pro něj prostředí rizikové, jelikož jak v něm, tak v jeho okolí vnímá přítomnost návykových látek, která jej svádí o užití látky přemýšlet. Participanti, kteří abstinují déle než pět a zúčastnili se výzkumu uvádějí, že je již přítomnost návykových látek neláká. Ví, že jsou návykové látky přítomny ale na základě užívajících léků znovu užívat návykové látky nemohou či nechtějí. Už jen však to, že je na Azylovém domě přítomnost těchto látek vypovídá o tom, že prostředí Azylového domu není ideální pro osoby, které v minulosti zneužívaly návykové látky a nyní chtějí abstinovat, anebo abstinují.

Uvědomuji si limity tohoto výzkumu ať už z toho důvodu, že to byl můj první výzkum nebo i kvůli nízkého počtu participantů. Domnívám se, že by byly data zajímavější a více relevantní, kdyby se výzkum rozšířil do například Olomouckého kraje, a podařilo se sesbírat více participantů a dat.

Tak jak je uvedeno v teoretické části a potvrzováno panem Nešporem – léčba závislosti je dlouhodobá a intenzivní, a je zapotřebí nabídek různých zařízení. Bylo by zajímavé zjistit, zda je dostatek těchto doléčovacích center v Olomouci vůči poptávce klientů.

Na druhou stranu vnímám, že by tato práce mohla být prospěšná pro praxi k většímu pochopení sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách k podpoře těchto klientů.

Tak jak nazval Petr Vašát svou knihu: Na jedné lodi – vnímám i já společnost a přítomnost všech osob nehledě na barvu, rasu, či společenské postavení. Každý z nás ovlivňuje své okolí a je jeho součástí. A i proto je pro mě ve své práci sociálního pracovníka důležité vytvářet přijímací a bezpečný prostor naprosto pro každého.

Být a žít na jedné lodi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Baumruková, E. (2006). *Bezdomovci v Liberci jako sociálně patologická skupina*. [Bakalářská práce]. Technická Univerzita v Liberci.
- Carr, A. (2003). *The easy way to stop drinking*. Sterling publishing.
- Griffinová, V. (2011). *Cesta ke svobodě: jak překonat své každodenní závislosti*. Advent-Orion.
- Fišerová, D. (2005). *Domov jako místo*. [Diplomová práce]. Univerzita Karlova v Praze.
- Haasová, J. (2005). *Jak žijí v Olomouci ženy bez domova*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Hamarová, N. (2018). *Závislost jako negativní fenomén v rodině a jeho dopad na život dítěte*. [Bakalářská práce]. Univerzita Palackého v Olomouc.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Portál.
- Hradecký, I. et al. (2007). *Definice a typologie bezdomovství*. Naděje.
- Hradečtí, I., & V. (1996). *Bezdomovectví – extrémní vyloučení*. Naděje.
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti II*. Úřad vlády České republiky.
- Keller, J. (2013). *Posvícení bezdomovců: Úvod do sociologie domova*. Sociologické nakladatelství (SLON).
- Kuda, A. (2003). *Relaps a prevence relapsu*. In: Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Mezioborový přístup.
- Kliment, P., & Dočkal, V. (2016). *Pohled na bezdomovectví v České republice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Mareš, P. (1999). *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Sociologické nakladatelství (SLON).
- Mezinárodní etický kodex. (2004). Dostupné z:
https://is.muni.cz/th/hieca/Poradensky_system_-_Priloha_1.pdf

- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Netopolová, L. (2012). *Bezdomovectví z pohledu sociální práce*. [Bakalářská práce]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Portál.
- Nešpor, K. (2015). *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!* Portál.
- Plamínek, J. (2007). *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé pracovali*. Grada.
- Průdková, T., & Novotný, P. (2008). *Bezdomovectví*. Triton.
- Spiegelman, E. (2015). *Rewired: A Bold New Approach to Addiction and Recovery*. Hatherleigh Press.
- Vacínová, T. (2006). *Problematika bezdomovectví*. In Fleischmann, O. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál
- Vašát, P. (2021). *Na jedné lodi: Globalizace a bezdomovectví v českém městě*. Academia.
- Wanigaratne a kol. (2008). *Prevence relapsu u závislých chování. Manuál pro terapeuty*. Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.
- West, R. (2016). *Modely závislosti*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- Zákon č. 111/2006 Sb. (2006). Dostupné z <https://www.mpsv.cz/pomoc-v-hmotne-nouzi>.
- Zákon č. 108/2006 Sb. (2006). Dostupné z https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006
- Zemanová, K. (2007). *Abstinence u mužů v Azylových domech*. [Diplomová práce]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

World Health Organization. (2018). Dostupné z:

<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-10>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Rozhovor

Příloha č. 3 – Tabulka zúčastněných participantů

Příloha č. 4 – Tabulka primárních kódů

Příloha č. 5 – Tabulka kategorií, které byly generovány z primárních kódů

Příloha č. 6 – Ukázka kódování

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník:

Měl jste v minulosti potíže se zneužíváním návykových látek?

- a) Ne, nemyslím si
- b) Ano, s alkoholem
- c) Ano, s marihuanou
- d) Ano s pervitinem
- e) Ano, ale s jinou (specifikujte)

Jaké návykové látky jste užil v posledních 30 dnech?

- a) Alkohol
- b) Marihuanu
- c) Pervitin
- d) Jiné (specifikujte)

Příloha č. 2 – Rozhovor:

Dobrý den. V úvodu vám děkuji za váš čas. Zároveň vás chci ujistit, že všechny vámi poskytnutá data budou anonymizovány. Chci se zeptat, zda je vám srozumitelné, o čem si budeme povídat, nebo se chcete ještě na něco zeptat?

- 1) Z jakého důvodu jste začal/a užívat návykové látky?
- 2) Jak dlouho jste návykové látky užíval/a?
- 3) Co bylo hlavním důvodem k tomu začít abstinovat?
- 4) Jak dlouho abstinujete?
- 5) Co pro vás v současné době pojem abstinence znamená?
- 6) Jak dlouho využíváte služeb Azylového domu?
- 7) Vnímáte při abstinenci na Azylovém domě nějaké nástrahy?
- 8) Myslíte si, že dostáváte od pracovníků Azylového domu podporu k udržení abstinence?
- 9) Co by vám mohlo pomoci v tom si abstinenci udržet?
- 10) Pomáhá vám podle vás Azylový dům se začleněním zpět do společnosti?
- 11) Pomohla vám s abstinencí jiná služba? Například pobytová léčba, svépomocná skupina apod.

Příloha č. 3 – Tabulka zúčastněných participantů:

Participant	Pohlaví	Věk	Přezdívka	Délka abstinence	Délka pobytu na Azylovém domě
Participant č. 1	Žena	41	Věra	7 let	8 měsíců
Participant č. 2	Žena	57	Mirka	10 let	14 měsíců
Participant č. 3	Žena	64	Iveta	27 let	3 měsíce
Participant č. 4	Muž	63	Milan	5 let	6 měsíců
Participant č. 5	Muž	32	Radovan	14 měsíců	2 měsíce

Tabulka 1: Zúčastnění participantů. Zdroj: Vlastní zpracování.

Příloha č. 4 – Seznam primárních kódů:

V tabulce primárních kódů budu používat tyto zkratky:

Azylový dům = AD,

Návykové látky = NL,

Psychotropní látky = PL.

Seznam primárních kódů	
Název kódu	Vysvětlení, co kód znamená
Kód pohlaví	
Kód věk	
Kód délka pobytu na AD	
Kód doba zneužívání NL	
Kód zkušenost s alkoholem	
Kód zkušenost s PL	
Kód budoucnost	Pod tímto kódem jsou označeny plány, přání a vidiny participantů do budoucna.
Kód důvod k užívání NL	
Kód začátek abstinence	Kdy abstinence začala, jaké bylo začít abstinovat.
Kód důvody k abstinenci	Tento kód je určen pro zachycení skutečnosti, která vedla k započatí abstinence.
Kód podpora	V tomto kódu jsou označeny činnosti a jedinci, které participanty podporují. Jedná se například o pomoc rodiny či přátel, myšlenkového schématu či volnočasová aktivita.
Kód pomoc pracovníků	Tento kód zachycuje podporu a pomoc, kterou poskytují pracovníci AD jejím klientům.
Kód motivace k udržení abstinence	Co participantům pomáhá a motivuje je k udržení abstinence.

Kód psychické zdraví	
Kód fyzické zdraví	
Kód začlenění do společnosti	Co a kdo napomáhá participantům se začleněním do společnosti.
Kód jiné pomáhající služby	Návazné či pomáhající služby, které participanti využili či využívají.
Kód ztráta bydlení	
Kód zaměstnání	Vliv zaměstnání na zneužívání NL.
Kód rodinná situace	Pod tímto kódem jsou kódovány rodinné situace z minulosti i přítomnosti.
Kód co znamená pojem abstinence	Co si participanti pod pojmem abstinence představí, co pro ně znamená v současné době.
Kód nástrahy na AD	Jaké nástrahy k udržení abstinence vnímají participanti na AD.
Kód prostředí na AD	Jak na participanty působí prostředí na AD.

Tabulka 2: Seznam primárních kódů. Zdroj: Vlastní zpracování.

Příloha č. 5 – Tabulka kategorií které byli generovány z primárních kódů:

Kategorie	Kódy, ze kterých byla kategorie generována
Abstinence	Kód začátek abstinence, kód co znamená abstinence, kód důvody k abstinenci, kód jiné služby pomáhající v abstinenci.
Život na Azylovém domě	Kód délka pobytu na Azylovém domě, kód chování pracovníků ke klientům, kód prostředí na Azylovém domě, kód pohlaví, kód věk
Nástrahy	Kód nástrahy na Azylovém domě, kód zaměstnání
Komplikace	Kód fyzické zdraví, kód psychické zdraví, kód rodinná situace, kód ztráta bydlení
Motivace	Kód podpora, kód pomoc k udržení abstinence
Závislost	Kód doba zneužívání návykových látek, kód důvody k užívání návykových látek, kód zkušenost s alkoholem, kód zkušenost s psychotropní látkou
Řešení životní situace	Kód budoucnost, kód začlenění do společnosti

Tabulka 3. Kategorie vycházející z kódování. Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 6 – Ukázka kódování

Žena 64 let. Na Azylovém domě pobývá 3 měsíce. Dle jejích slov užívala alkohol pravidelně přes 17 let. Pracovala tu dobu jako vrchní servírka, dané zaměstnání vykonávala 22 let. Důvodem ke každodennímu užívání alkoholu uvádí zaměstnání, respektive nápor dlouhých směn a rizikové prostředí. „Moje děti tvrdí, že piji od té doby, co mě znají, ale to není pravda, oni jsou drzé jak dvě opice. Já si dala po práci, to ja, ale že bych nemohla chodit nebo se někde válela, to ne. To víš mladá, byl to stres, od rána do večera na nohách, drží štamgasti, tož nedé si!“. Respondentka vychovala dva syny, oba v současné době žijí na ulici. „Jsou to bastardi!“, říká. Je viditelné že se jí třepe hlas, se syny se moc nestýká a stěžuje si, že za ní v současné době chodí jen pro peníze. Důvodem pro abstinenci bylo především úmrtí maminky, která zemřela roku 1996. „Já jsem se ožrala ze slivovice, když umřela. Ona měla sedmýho ledna pohřeb, a mě ještě skákal z krku švestkovej sad, brrr, fuj!“ Ze žalu a ze zlosti bylo opití a kocovina tak náročná a špatná že jí to tak odradilo, a už se k tomu dle jejích slov znovu nevrátila. Pojem abstinence pro respondentku nic neznamená. Říká, že už si toho veselí užila dost, a tak jí ta chuť po alkoholu přešla. Konkrétně nerozvádí podrobnosti, ale z našeho povídání vyplývá, že pro ni úmrtí maminky bylo velmi náročným psychickým aspektem, díky kterému byla hospitalizovaná v nemocnici (neuvádí na jakém oddělení, ani zda podstoupila léčbu, při této otázce mění téma).