

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE

**VYUŽITÍ TELEMEDICÍNY PRO LEPŠÍ DOSTUPNOST
PSYCHIATRICKÉ PÉČE O LIDI BEZ DOMOVA**

Bakalářská práce

Studijní program: Sociální práce

Autor: Ing. Hana Gregorová

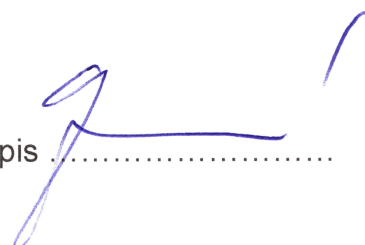
Vedoucí práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „*Využití telemedicíny pro lepší dostupnost psychiatrické péče o lidi bez domova*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Drahlově dne 1. 4. 2024

Podpis

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized initial 'J' followed by a horizontal line and a small flourish at the end.

Ráda bych velice poděkovala paní PhDr. Evě Klimentové, Ph.D., která jako vedoucí mojí práce měla se mnou obrovskou trpělivost, a kromě odborných rad mi vždycky poskytla i lidskou podporu.

Velký dík také patří mé rodině, kamarádům, přátelům a spolupracovníkům, bez vás a vaší podpory bych to nikdy nemohla zvládnout.

V neposlední řadě patří dík panu Mgr. Zdislavu Dolečkovi z Národního telemedicínského centra Fakultní nemocnice Olomouc a za odborné rady co se týče tématu telemedicíny.

Moc děkuji také paní Mgr.et. Mgr. Martině Friedlové, Ph.D., za její cenné rady a podporu.

Poděkování také posílám mým respondentům, klientům azylového domu pro muže, bez jejich ochoty by můj výzkum nemohl být realizován.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Gregorová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociální práce
Obor obhajoby práce:	Sociální práce
Vedoucí práce:	PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Využití telemedicíny pro lepší dostupnost psychiatrické péče o lidi bez domova
Anotace práce:	<p>Cílem této bakalářské práce je zjistit, jestli mají klienti azylových domů zájem řešit své duševní problémy. A zda by pro ně byla přijatelnou cestou pomoc psychiatra prostřednictvím telemedicíny. Potřebná data jsem získala prostřednictvím kvantitativního výzkumu, metodou dotazníkového šetření. Z empirického výzkumu vyplívá, že většina klientů nevnímá psychické zdraví jako součást celkového zdraví. Respondenti jsou natolik sžiti se svými psychickými problémy, že si je neuvědomují. Pomoc psychiatra odmítají z důvodu stigmatizace. Telemedicína by byla skvělou volbou pro poskytování péče psychiatra, ale napřed je zapotřebí pomoci klientům uvědomit si své onemocnění a poté se teprve mohou rozhodnout se léčit, možná i prostřednictvím telemedicíny.</p>
Klíčová slova:	Bezdomovec, bezdomovectví, azylový dům, duševní zdraví, telemedicína.

Title of Thesis:	Using telemedicine to improve access to care for homeless people
Annotation:	The aim of this Bachelor thesis is to find out if clients of reception centres are interested in solving their mental problems. And whether the help of a psychiatrist via telemedicine would be an acceptable way for them. I obtained the necessary data through quantitative research, using a questionnaire survey method. Empirical research shows that most clients do not perceive mental health as part of their overall health. The respondents are so familiar with their mental problems that they are not aware of them. They refuse the help of a psychiatrist because of stigmatization. Telemedicine would be a great option for providing psychiatric care, but first the clients need to be helped to become aware of their illness and only after that they can decide to seek treatment, possibly through telemedicine.
Keywords:	Homeless, homelessness, asylum house, mental health, telemedicine
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha 1: Dotazník 1 Příloha 2: Dotazník 2 Příloha 3: Souhlas organizace se sběrem dat Příloha 4: Mailová konzultace s psychiatrickou ordinací Charity Olomouc
Počet literatury a zdrojů:	55
Rozsah práce:	69 stran, 129 326 znaků včetně mezer

Obsah

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 Bezdomovství	10
1.1.1 Vymezení pojmů	10
1.1.2 Typologie bezdomovství	12
1.1.3 Příčiny bezdomovectví	13
1.1.4 Sociální práce s lidmi bez přístřeší	16
1.2 Zdraví a nemoc lidí bez domova	21
1.2.1 Bariéry přístupu lidí bez domova ke zdravotní péči	21
1.2.2 Fyzické zdraví	23
1.2.3 Duševní zdraví lidí bez domova	24
1.2.4 Nejčastější duševní poruchy u osob bez přístřeší	26
1.3 Podpora psychického zdraví lidí bez domova prostřednictvím telemedicíny	30
1.3.1 Úvod do telemedicíny	30
1.3.2 Současný pohled na využití telemedicíny v psychiatrii	33
1.3.3 Bariéry využití telemedicíny k podpoře psychického zdraví	34
1.3.4 Zkušenosti s využitím telemedicíny pro podporu zdraví lidí bez domova	35
2 METODICKÁ ČÁST	39
2.1 Výzkumný cíl	39
2.2 Výzkumná metoda	39
2.3 Výběr respondentů	40
2.4 Etika výzkumu	40
2.5 Výzkumné otázky	41
2.6 Popis sběru dat	43
3 EMPIRICKÁ ČÁST	45
3.1 Analýza a interpretace získaných dat	45
3.2 Odpovědi na výzkumné otázky	58
4 DISKUSE	62
4.1 Limity výzkumu	65
5 ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
SEZNAM TABULEK	74
SEZNAM GRAFŮ	75
PŘÍLOHY	76
Příloha 1 – Dotazník 1	76

Příloha 2 – Dotazník 2.....	76
Příloha 3 – Souhlas organizace se sběrem dat	80
Příloha 4 – Mailová konzultace s psychiatrickou ordinací Charity Olomouc.....	80

ÚVOD

K zvolení tématu bakalářské práce mě vedl vysoký výskyt duševních onemocnění mezi klienty azylového domu pro muže, kde již několik let pracuji, a snaha těmto lidem pomoci v přístupu k psychiatrické péči.

Lidé bez domova mají mnohem častěji podlomené zdraví než bydlící populace. Je to způsobené jejich životním stylem, nedostatkem kvalitního jídla, stresem a traumaty, která v minulosti prožili, ale také třeba zneužíváním návykových látek, nebo nedostatkem zdravotnické péče a špatným přístupem bezdomovců k vlastnímu zdraví.

Celkové zdraví člověka je jako spojené nádoby, nelze sledovat jen zdraví fyzické nebo jen psychické, protože obě tyto složky patří dohromady a vzájemně se ovlivňují. Proto se tato práce nezaměří pouze na duševní zdraví, jak by se mohlo zdát z názvu, ale bude se snažit obsáhnout celkové zdraví, tj. zahrnout i fyzické zdraví lidí bez domova.

V teoretické části budou formou rešerší představeny základní pojmy jako člověk bez přístřeší a bezdomovství. Dále typologie a příčiny, které vedou ke ztrátě domova. Bezdomovci jsou lidé, kteří si neumějí sami pomoci. Ke zlepšení jejich situace je zapotřebí sociálních služeb, jaké sociální služby mohou využívat lidé s psychickým onemocněním a jaké lidé bez domova, bude také popsáno v teoretické části.

Zhoršení fyzického zdraví v důsledku úrazu nebo stáří může vést k objevení příznaků duševního onemocnění. Jaké poškození fyzického zdraví se u bezdomovců nejčastěji vyskytuje spolu s příznaky duševních onemocnění, kterými bezdomovci nejvíce trpí bude také popsáno v teoretické části.

Pandemie covid 19 přinesla velký rozvoj technologií a zavedení mnohých postupů, které byly do té doby nemyslitelné. A zdravotnictví není výjimkou. Před covidem by nikoho nenapadlo, že lékař může ordinovat jinak než v tváři v tvář, ale vlivem covidu byli lékaři nuceni používat metody a technologie, které tu sice byly, ale pro pacienty i lékaře se zdály nepřijatelné. Jednou takovou možností je poskytování služeb psychiatra formou telemedicíny na dálku. Během covidu vlivem stresu a izolace stoupl počet duševních onemocnění a bylo nutné je řešit, vzhledem k tomu, že se používání telemedicíny v psychiatrii osvědčilo, zažívá telepsychiatrie rozmach i po skončení pandemie. Telepsychiatrie by mohla odstranit některé bariéry v přístupu bezdomovců k psychiatrické péči. O telemedicině, výhodách a nevýhodách telepsychiatrie bude pojednáno v poslední části teoretické části práce.

V metodické části práce bude naplánován výzkum, který bude realizován dotazníkovým šetřením mezi klienty azylového domu pro muže v Olomouci. V empirické části proběhne

analýza, budou interpretovány výsledky a odpovězeny výzkumné otázky, které vzejdou z teoretické části práce a cíle práce.

Cílem práce je zjistit, jaký je zájem klientů azylových domů řešit své duševní problémy a zda by pro ně byla přijatelná pomoc psychiatra prostřednictvím telemedicíny.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Bezdomovství

Bezdomovství je široký a těžce uchopitelný problém. V této první kapitole je popsán nejprve historický vývoj tohoto fenoménu. Posléze definice, která není jednotná, a lze nalézt mnoho různých definic, podobně jako samotné označení. Někteří odborníci užívají termín bezdomovectví, ale naopak např. Hradecký et al. (2007) se zasazují o používání termínu bezdomovství, protože lépe vystihuje realitu ztráty domova, zatímco bezdomovectví označuje podle něj nějaké řemeslo nebo stav, který nelze měnit. To, že mezi bezdomovci nejsou jen lidé bez domova ale i ti, kteří žijí v nevyhovujícím bydlení nebo jsou ohroženi ztrátou bydlení, popisuje jedna z uvedených typologií. Příčinou ztráty domova jsou různé okolnosti. U některých životních příběhů je těžké rozeznat, co bylo příčinou a co následkem bezdomovství jeho hlavních hrdinů. Pro pomoc lidem bez přístřeší je užitečné mít alespoň vhled do toho, co bylo spouštěčem jejich životního propadu, proto jsou v této kapitole uvedeny příčiny bezdomovství a jejich dělení.

V České republice v současnosti patří k osobám nejvíce ohroženým bezdomovstvím osoby s vážnou duševní poruchou, rodiny s dětmi a také senioři (Stanoev, 2015).

Tento trend se projevuje i na azylovém domě, kde bude probíhat výzkumná část práce. Velká část klientů je v seniorském věku, někteří trpí duševním onemocněním nebo jsou závislí na návykových látkách. Z tohoto důvodu jsou v této první kapitole popsány také možnosti sociální práce nejprve s lidmi bez domova, poté s duševně nemocnými, a nakonec s lidmi závislými na návykových látkách.

1.1.1 Vymezení pojmů

Bezdomovec

Před rokem 1989 se v ČR oficiálně tvrdilo, že bezdomovci u nás neexistují. Proto za bezdomovce byli považováni lidé, kteří žili sami na levných ubytovnách a nestýkali se s rodinou ani příbuznými. Koncem 20. století se začalo označení bezdomovec používat pro rostoucí skupinu lidí, kteří nemají ani kde spát, přespávají na nádražích, v zchátralých budovách, v parcích nebo využívají pomoc charitativních organizací (Giddens, 1999). Podle mého názoru tito lidé, kteří nemají, ani kde přespát jsou lidé bez přístřeší a tvoří jen část bezdomovců, ovšem tu nejvíce viditelnou.

Jak už bylo uvedeno výše vzhledem ke složitosti tohoto jevu, je velice těžké stanovit jednotnou definici. Matoušek (2008) označuje bezdomovce jako lidi, kteří nemají stálé bydlení, zaměstnání a přístup ke zdrojům.

Jiná definice vidí bezdomovce jako extrémně sociálně izolovaného člověka, v jehož možnostech a silách není tuto svou situaci řešit (Formánek et al., 2020).

Bezdomovec je člověk, co ztratil domov nebo je jeho ztrátou ohrožen. Přičemž domov můžeme chápat ve třech rozměrech jako:

- fyzické místo, kde mohu důstojně naplňovat své potřeby,
- prostor pro soukromí a sociální vztahy,
- prostor ke kterému má osoba právní vztah (Feantsa, 2024)

Z toho to pohledu je bezdomovcem i klient azylového domu a osoba s nejistým nebo nestálým bydlením.

Bezdomovství

Jak již bylo v úvodu této kapitoly uvedeno odborníci se neshodují, zda užívat pojem bezdomovství či bezdomovectví. Proto u citací, kde je doslovné znění může být i bezdomovectví.

„Bezdomovectví je synonymem pro extrémní sociální vyloučení, jemuž je chudoba jak příčinou, tak i důsledkem. Faktory sociálního vyloučení mají povahu jak individuální, tak strukturální, přičemž je často nelze od sebe navzájem jednoznačně rozlišit. Současné poznatky upozorňují na to, že propad do bezdomovectví téměř nikdy nemá jednu příčinu, důvody pro vznik bezdomovectví jsou velmi individuální, v čase proměnlivé a na začátku mnohdy jen obtížně identifikovatelné“ (MPSV, 2013, s. 5).

Vytvořit jednotnou definici bezdomovství, která by umožňovala určit rozsah tohoto jevu, jeho příčiny, následky a vlivy společnosti, je velice těžké. Každá definice je schopná zahrnout pouze část tohoto fenoménu, a proto bude nutné ji vždycky upřesňovat, rozšiřovat a aktualizovat (Barták, 2004).

Bezdomovectví je *„více než nedostatkem přístřeší a více než chudobou, je součástí procesu marginalizace založeného na neschopnosti bezdomovců participovat na způsobu života, který je standardní pro většinu populace“ (Mareš, 1999, s. 58).*

Bezdomovec je tedy osoba, která nemá domov a někdy dokonce ani střechu nad hlavou. A bezdomovství je společenský jev, který se zabývá příčinami, projevy a důsledky ztráty domova a sociálního vyloučení bezdomovců.

1.1.2 Typologie bezdomovství

Podle definic bezdomovectví uvedených výše nejde většinou jen o ztrátu bydlení, přesto první typologie bezdomovectví vychází z toho, jakou mají bezdomovci možnost přístupu k bydlení. Průdková a Novotný (2008) si jsou vědomi zjednodušení, když rozdělují osudy lidí bez přístřeší do tří základní kategorií, a to bezdomovci zjevní, skrytí a potencionální.

Zjevní bezdomovci – jsou velmi malou, za to velice nápadnou podskupinou bezdomovců. Jsou to osoby, které mnohdy působí zanedbaným zevnějškem, zapáchají a jsou pod vlivem návykových látek. Často mají u sebe jen jednu tašku nebo batoh, kde mají veškerý svůj majetek. Tyto bezdomovce potkáváme na veřejných místech, kde si chtějí opatřit jídlo, teplo a přístřeší. Svým chováním vzbuzují u ostatních obyvatel odpor a strach. Na základě setkání s nimi si veřejnost buduje mylný a zjednodušený obraz o bezdomovectví. Zjevným bezdomovcům se věnuje nejvíc sociálních služeb (Průdková & Novotný, 2008).

Skrytí bezdomovci – se od zjevných bezdomovců distancují. Za to, že nemají stálé bydlení, se stydí a své problémy tají. Dbají o svůj vzhled, jsou čisti a dobře oblečení. Hledají ubytování v ubytovnách, noclehárnách, azylových domech nebo u známých. Často mění místo pobytu. Jejich přesné počty nejsou známy i proto, že nevyhledávají pomoc sociálních pracovníků. Předpokládá se, že jsou početně mnohem větší skupinou než zjevní bezdomovci (Průdková & Novotný, 2008).

Potencionální bezdomovci – jsou lidé, kteří mají kde bydlet, a většinou pracují, avšak jsou ohroženi, že o svou střechu nad hlavou mohou z nějakého důvodu ze dne na den přijít. Jsou to lidé v podnájmu, pokud nebyla sepsaná nájemní smlouva, rozvedení, nezaměstnaní, ti kteří pracují pouze příležitostně a nelegálně, závislí na návykových látkách, patologičtí hráči. Ale i lidé, kteří se nemají kam vrátit z výkonu trestu, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity apod. Tito lidé se nechovají jako bezdomovci, ani nevyužívají sociální služby, pomoc vyhledávají až po ztrátě střechy nad hlavou (Průdková & Novotný, 2008).

Se vstupem České republiky do Evropské unie se začala i u nás používat typologie bezdomovectví ETHOS vytvořená Evropskou federací národních organizací pracujících s bezdomovci – FEANTSA. Tato typologie dělí osoby vyloučené z bydlení do čtyř kategorií: osoby bez střechy nad hlavou, osoby bez bytu, osoby v nejistém bydlení a osoby v nevyhovujícím bydlení (Feantsa, 2024).

Osoby bez střechy – tyto žijí a přespávají venku ve veřejném prostoru, bez jakéhokoliv přístřešku. Hradecký et al. (2007) uvádí, že tyto lidé přespávají na ulici nebo v noclehárnách.

Osoby bez bytu – mají místo na spaní, ale jen dočasně. Jsou ubytovaní na ubytovnách a ubytovnách pro imigranty, azylových domech, v domech na půl cesty a v podpůrném bydlení. Do této skupiny řadíme také osoby před propuštěním z výkonu trestu, psychiatrické léčebny, dětského domova apod. (Hradecký et al., 2007).

Osoby v nejistém bydlení – mají sice střechu nad hlavou, ale hrozí, že o ni můžou z různých důvodů kdykoliv přijít ať už z důvodu skončení nájemní smlouvy nebo ukončení vlastnictví bytu. Do této skupiny se řadí i oběti domácího násilí, lidé přespávající u příbuzných nebo neoprávněně užívající budovu či pozemek (Hradecký et al., 2007).

Osoby v nevyhovujícím bydlení - jedná se pobyt v bytech, které byly z nějakého důvodu označeny jako neobyvatelné, bez přívodu vody, elektřiny a tepla, dále o přelidněné byty. Do této kategorie řadíme i ty, co přebývají v různých mobilních obydlích, přístřešcích a chatrčích. Určitě zde můžeme zařadit obyvatele squatů (Hradecký et al., 2007).

Marek et al. (2012) uvádí v publikaci *Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb*, další typologie bezdomovectví od různých autorů v závislosti na tom, z jakého pohledu budeme na tento problém nahlížet. Z časového hlediska půjde o bezdomovectví chronické, přechodné a epizodické. Podle způsobu obživy – žebrání, krádeže, sběr kovů, vybírání popelnic nebo pomoc charitativních organizací. Dále je možné zohlednit hledisko geografické (místo přespávání), využívání služeb pro bezdomovce. Sami bezdomovci se rozdělují podle závislostí nebo podle příslušnosti k určité skupině.

1.1.3 Příčiny bezdomovectví

Podle výzkumů považuje majoritní společnost často lidi bez domova za „*neschopné, lenochy a příživníky, kterým se nechce pracovat*“ a za svou situaci si mohou sami (Lebeda et al., 2021, s. 8).

Abychom mohli pracovat s lidmi bez přístřeší a pomáhat jim, chceme znát příčiny, které je do této situace přivedly. Problémem může být to, že tyto informace získáváme od klientů, kteří mají snahu tyto informace podávat zkresleným způsobem, aby vytvořili lepší obraz o sobě a vinu či příčinu hledat hlavně v okolí nikoliv u sebe. Naopak ti, co se s bezdomovci setkávají, nebo s nimi pracují budou příčiny spatřovat na straně bezdomovců samotných. V životních příbězích bezdomovců lze nalézt několik příčin, které přivedly tyto lidi na dráhu bezdomovce a jsou to: zadlužení, chudoba, dlouhodobá nezaměstnanost, vysoké mandatorní náklady, rozpad rodinných vrahů, výkon trestu, nadužívání psychoaktivních látek, zdravotní omezení

a problémy (Malý et al., 2022). Tyto atributy můžeme různě kombinovat, měnit pořadí, prisuzovat různou váhu a pokaždé dostaneme jiný životní příběh.

Sociální pracovníci, kteří pracují s bezdomovci na ulicích, ze své zkušenosti uvádějí, že pro práci s klienty není až tak důležité, co je vedlo ke ztrátě domova, tj. jaké jsou primární příčiny. Ale spíše to, proč klient na ulici zůstává (sekundární příčiny) nebo ještě i to, proč se klient na ulici vrací (terciální příčiny) (Marek et al., 2012).

Podle Giddense (1999) jsou bezdomovci lidé, které do jejich situace přivedla nějaká životní katastrofa nebo zkouška, většinou šlo o více negativních jevů zároveň. Průdková a Novotný (2008) rozděluje faktory, které vedou k bezdomovectví na vnější a vnitřní. Vnější (objektivní) faktory jsou výsledkem spolupůsobení ekonomicko – společenské situace a společenského klimatu dané země. K těmto faktorům řadíme nezaměstnanost, chudobu, nedostatečné zabezpečení ve stáří a nemoci či nemožnost finančně udržitelného bydlení a institucionální příčiny, kdy například – mladí lidé po dosažení plnoletosti nemají kam odejít ze zařízení ústavní výchovy, a ani nejsou připraveni na samostatný život. Podobně končí lidé přicházející z výkonu trestu odnětí svobody nebo z psychiatrické léčebny. Zmírňování těchto příčin by mělo být předmětem sociální politiky státu a iniciativ jeho zákonodárců.

„Subjektivní faktory bezdomovectví lze uspořádat do čtyř kategorií:

faktory materiální (ztráta bydlení, nejisté bydlení, ztráta zaměstnání, dlouhodobá nezaměstnanost, nedostatečné příjmy, zadluženost, neschopnost obhospodařovat vlastní rozpočet, tragická událost ve formě ztráty živitele, majetku apod.),

faktory vztahové (změny struktury rodiny, rodinné nebo manželské problémy, diskriminace ženy, porušené vztahy mezi partnery, mezi rodiči a dětmi, mezi dětmi a rodiči, rozvod manželů, rozchod partnerů žijících v konkubinátu, rozdělení nebo rozpad rodiny, násilí v rodině, sexuální zneužívání a znásilnění, osamělost),

faktory osobní (mentální retardace, duševní či tělesná choroba, nesamostatnost, osamělost, invalidita, alkoholismus a další závislosti, hráčství, sociální nezralost),

faktory institucionální (propuštění z ústavu, z vězení, opuštění dětského domova) (Hradecký & Hradecká, 1996, s. 33-34).

K bezdomovectví můžou vést různé cesty, ale podle Hradeckého et al. (2012) je lze rozdělit do tří základních „trajektorií“.

První trajektorie, označovaná Hradeckým et al. (2012) jako **dlouhá**, je způsobena celoživotní dráhou jedince, který se rodí do neúplné rodiny nebo vyrůstá v ústavní péči s nízkým vzděláním a kvalifikací. Tento jedinec má malé osobnostní vlohy a okolí mu také neposkytuje přiměřenou podporu a příležitosti. Na tuto dráhu se většinou dostávají mladší lidé a předpokládá se, že zahrnuje 30–40 % skrytých a zjevných bezdomovců.

Druhá trajektorie, nazývaná jako **krátká**, je způsobena souborem faktorů, které mohou velice rychle vést k bezdomovství. Do této skupiny řadíme lidi středního až staršího věku, na všech stupních vzdělání (lze sledovat vyšší podíl lidí s nižším vzděláním), kteří byli v minulosti ekonomicky aktivní, ale z nějakého důvodu svou situaci nezvládli. Většinou jde o souběh zadlužení, dlouhodobé nezaměstnanosti, zhoršení zdravotního stavu a vysokých nezbytných nákladů na chod domácnosti. Ve snaze svou situaci řešit si půjčují další peníze a propadají se hlouběji do dluhové pasti nebo na svou situaci rezignují a utíkají se k návykovým látkám, hráčství a drobné kriminalitě. To pak vede k vyloučení z rodiny, ztrátě bydlení a kariéře bezdomovce. Tuto dráhu lze také pozorovat u seniorů, kteří po ztrátě partnera zůstali sami, nejsou schopni pokrýt mandatorní náklady na živobytí a vzhledem k nedostatku malometrážních bytů nejsou schopni vyměnit byt za menší, který by byli schopni ufinancovat. Tato skupina je zastupována víc jak polovinou bezdomovců. Tito lidé často propadají pocitům viny, bezradnosti a zoufalství z toho, že se dostali dosavadním způsobem života do této situace a neví, jak ji řešit (Hradecký et al., 2012).

Třetí trajektorie, Hradecký et al. (2012) ji nazývá **zdravotní**. Je typická pro jedince, kteří mají nějaké zdravotní nedostatky, a ty jim znemožňují běžný životní styl a společností uznávaný život. Tito lidé většinou nemají své problémy diagnostikované a mnohdy na ně není ani specifická diagnóza, jedná se o různé psychické poruchy. Při vstupu do bezdomovectví zaujímá tato skupina 10 % a její podíl se s délkou života bez domova zvyšuje.

Čtvrtá trajektorie, označovaná jako **volbou**, není u nás prozatím tak běžná jako v ostatních vyspělých zemích. Hradecký et al. (2012) ji uvádí, aby popsal všechny možné cesty vedoucí k bezdomovectví. Zároveň nezastírá, že možnost zvolit si tuto životní dráhu dobrovolně se stává pro mladé lidi lákavou a podíl těchto bezdomovců se bude zvyšovat.

Jak bylo uvedeno výše, příčiny bezdomovectví mohou být různé a většinou je ztráta domova kombinací několika příčin. Vzhledem ke složitosti tohoto jevu je často velice nesnadné rozlišit, co bylo příčinou a co následkem (Kliment a Dočekal, 2016).

1.1.4 Sociální práce s lidmi bez přístřeší

Sociální služby pro osoby bez přístřeší jsou podle Zákona o sociálních službách (č.108/2006 Sb.) řazeny mezi služby sociální prevence, přičemž bezdomovci mohou využívat služby, které jsou určeny výhradně pro ně, jako jsou noclehárny, azylové domy a domy na půl cesty, ale i služby, které mají více cílových skupin, a jednou z nich jsou bezdomovci. Mezi tyto služby řadíme terénní programy a nízkoprahová centra (Hradecký et. al., 2012).

Marek et al. (2012) popisuje, že reintegrační program pro bezdomovce v ČR je tvořen ambulantními službami, jako jsou terénní služby nebo nízkoprahová denní centra, a pobytovými službami, kam řadíme noclehárny, azylové domy, domy na půl cesty, komerční ubytovny, sociální byty a nájemní byty.

Praxe ukazuje, že komplexní práce s bezdomovci zahrnuje jak služby vycházející ze zákona o sociálních službách, tak i další služby, které nejsou v tomto zákoně definované, ale jsou důležité pro úspěch práce s lidmi bez domova (Hradecký et. al., 2012). Proto v dalším textu budou nejprve popsány služby, které vycházejí ze zákona o sociálních službách, a posléze ty, které nejsou v zákoně ukotveny.

Sociální služby vycházející ze zákona o sociálních službách

Terénní služby se podle zákona č. 108/2006 o sociálních službách zaměřují na: „*vyhledávání osob bez přístřeší a minimalizování rizik spojených s jejich způsobem života*“ (§ 69). Dále se zaměřují na: „*zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“ (§ 69, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Terénní programy jsou poskytovány klientům v jejich přirozeném prostředí, tedy na ulici. Pomoc může mít také formu materiální, poradenství nebo sociální asistence. Služba může být poskytována anonymně, což je dobré pro vytvoření a posílení důvěry mezi pomáhajícím a klientem (Marek et al., 2012). Sociální pracovníci při setkáních s lidmi bez přístřeší jim v rámci terénní práce často mimo jiné nabízejí, aby navštívili nízkoprahové denní centrum a využili jeho služeb.

Nízkoprahová denní centra jsou v § 61 zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách definovány jako ambulantní, případně terénní sociální služba pro osoby bez přístřeší. Mezi základní činnosti této služby řadíme: „*poskytnutí stravy, poskytnutí podmínek hygieny a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí*“ (§ 61, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). Většina nízkoprahových denních center navazuje na terénní programy a podobně jako v těchto centrech jsou služby klientům poskytovány

anonymně a poskytnutí služeb není podmíněno snahou klientů o změnu své životní situace. Služby těchto center jsou pro klienty snadno dostupné a jsou poskytovány bezplatně všem příchozím do naplnění kapacity (Marek et al., 2012).

Hradecký et al. (2012) uvádí, že některá nízkoprahová denní centra, kromě služeb vycházejících ze zákona, nabízejí svým klientům i další služby. Denní nízkoprahové centrum Charity Olomouc, kde jsem vykonávala jednu z praxí, umožňuje klientům praní prádla, poskytuje ošacení, zprostředkovává zdravotní služby (lékař, sestra, psychiatr), přijímá poštu a v rámci sociální rehabilitace umožňuje odpracovat další služby poskytované organizací (Charita Olomouc a, 2024).

Klienti nízkoprahových denních center, kteří ještě nedospěli k tomu, že by chtěli mít střechu nad hlavou alespoň na azylovém domě. Tráví přes den čas v nízkoprahovém denním centru a přespat chodí na noclehárnu.

Noclehárny jsou podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách řazeny mezi ambulantní sociální služby poskytované osobám bez přístřeší. Služba nabízí: *„přenocování a pomoc při osobní hygieně a poskytnutí podmínek osobní hygieny“* (§ 63, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). Kliment a Dočekal (2016) uvádějí, že často lidé bez domova využívají noclehárnu jednorázově. Krátký čas pobytu klienta na noclehárně vnímá Hradecký et al. (2012) jako limitující pro sociální práci, kdy v takto krátkém čase není možné s klientem pracovat a sociální pracovník tak může klientovi poskytnout maximálně podporu. Další sociální službou pro bezdomovce jsou azylové domy. Z mé zkušenosti část klientů vyhledá nejprve noclehárnu. Po několika přespáních si požádají o tiskopis žádosti a doptají se na možnost ubytování na azylovém domě.

Azylové domy poskytují lidem bez domova ubytování po celý den s možností vykonat hygienu, připravit si jídlo, vyprat prádlo a využít sociální poradenství. Většina azylových domů je zřizována pro muže, ženy nebo matky s dětmi. Zkušenosti z praxe ukazují, že jsou zapotřebí i azylové domy pro jiné cílové skupiny jako např. pro páry, seniory z řad bezdomovců, osoby s duševními poruchami, mentálním postižením, závislé nebo oběti násilí (Marek et al., 2012).

Od azylového domu se čeká, že během doby jednoho roku dokáže vyřešit všechny problémy klienta (Vágnerová et al., 2018). *„Časové omezení poskytované služby má podpořit motivaci klientů k hledání vyšších forem bydlení, za které lze považovat bydlení na ubytovnách a bydlení v bytech“* (Kliment, Dočekal, 2016, s. 67). Ve skutečnosti existují klienti, kteří pobývají na azylovém domě i několik let, protože jejich zdravotní stav nebo věk jim znemožňuje přechod k lepšímu bydlení (Hradecký et al. 2012).

„Azylový dům by měl fungovat jako „diagnostická služba“, kde se během pobytu zjistí, jaké má člověk bez domova potřeby, a následně bude poslán do zařízení specializovaného na daný typ služeb“ (Vágnerová et al., 2018, s. 292). Nedá se předpokládat, že se ze dne na den změní, dlouhodobě nepříznivá situace se specializovanými azylovými domy. Možným řešením, pokud je dostatečná kapacita, by bylo rozšíření služeb pro bezdomovce v rámci stávajících azylových domů. Jednou takovou cestou by byla možnost nabídnout klientům azylového domu možnost psychiatrické péče prostřednictvím telemedicíny.

Pro mladé bezdomovce, vracející se z výkonu trestu odnětí svobody nebo opouštějící dětský domov jsou určeny speciální služby, které jsou poskytovány v tzv. domech na půli cesty.

Domy na půl cesty jsou pobytová zařízení pro osoby do 26 let věku, které přicházejí z ústavní výchovy nebo z výkonu trestu. Podle zákona o sociálních službách mladým lidem bez přístřeší poskytují: *„ubytování, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím a pomáhají při uplatnění práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí“* (§ 58, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). Ubytování v těchto zařízeních má napodobovat bydlení v domácnosti v běžné rodině. Věkové omezení neumožňuje využívat tuto službu i starším klientům, kteří přicházejí z výkonu trestu nebo bydlí na azylovém domě a potřebovali by spíše typ služby, který poskytují domy na půl cesty (Hradecký et al., 2012).

Systém sociálních služeb by měl s klientem pracovat tak, aby vždy nejdéle po roce přešel do o stupínek lepšího bydlení. Je nutné, aby na sebe jednotlivé sociální služby navazovaly, což se v současnosti neděje pro nedostatek kapacit sociálních a tréninkových bytů. A tak v lepším případě lidé bez domova setrvávají v jednom typu služby několik let a stávají se závislími na sociální službě. A v horším případě se vracejí o stupeň zpět nebo znovu na ulici (Vágnerová et al., 2014).

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách neupravuje pouze výše popsané sociální služby pro bezdomovce, ale také činnost sociálních kurátorů a sociální práci s lidmi bez přístřeší na obcích.

„Sociální kurátoři vyhledávají lidi v nouzi (provádějí depistáž), dále osoby, jejichž způsob života může vest ke konfliktu se společností a další osoby, které nemají uspokojivě naplněny životně důležité potřeby pro přežití, což jsou i bezdomovci“ (Hradecký et al., 2012, s. 85).

Obecní úřad *„zajišťuje osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci, a to v nezbytném rozsahu; místní příslušnost se řídí místem trvalého nebo hlášeného pobytu osoby“* (§ 92, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Z toho plyne, že obec má povinnost poskytnout pomoc v nezbytném rozsahu, a to ještě jen lidem s trvalým bydlištěm v obci. Ze zkušenosti vím, že obce si to často vykládají, že nemusejí pomoci nikomu a nijak. A tak pomoc obcí s bezdomovci často přechází na velká města, do nichž přicházejí bezdomovci z venkova za vidinou lepšího bytí.

Služby pro osoby bez přístřeší, které nevycházejí ze zákona o sociálních službách

V praxi se ukazuje, že pro návrat bezdomovců do společnosti jsou zapotřebí i služby, které neupravuje zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Mezi tyto služby řadí Hradecký et al. (2012) dlouhodobé institucionální bydlení, bydlení s podporou, zdravotnické služby, potravinové banky a kaplanskou službu. Dále v této kapitole uvedeny ještě sociální byty a komerční ubytovny, protože ty jsou také důležitou součástí služeb pro lidi bez domova a nejsou nijak upraveny v zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách.

Dlouhodobé institucionální bydlení. Hradecký et al. (2012) už před mnoha lety uváděl, že by se mělo jednat v podstatě o nájemní bydlení s podmínkou sociální služby. Jednalo by se o dlouhodobé nebo trvalé ubytování, kde by byla poskytována základní sociální i zdravotní péče a uplatňovány protialkoholní a protidrogové postupy. Tyto služby by měli sloužit lidem bez domova, kteří nejsou schopni adaptace a běžného života. Bohužel, doposud tuto službu nikdo neposkytuje.

Bydlení s podporou. Zákon o sociálních službách sice definuje chráněné bydlení (§ 51, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách), ale to je určeno pro osoby, které nejsou soběstačné buď z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, ať už fyzického nebo psychického. Není možné v něm tedy ubytovat zdravého bezdomovce, který potřebuje pomoc s návratem do běžného života. Organizace poskytující služby bezdomovcům proto tuto chybějící službou nahrazují alternativními službami pomocí sociální rehabilitace, terénních programů, bytů v režimu azylového domu nebo sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi. Využívání každé z těchto služeb jako náhrady bydlení s podporou přináší pokaždé jiná pozitiva i negativa. Tyto programy se skrývají pod různými názvy, např.: bydlení na zkoušku, tréninkové bydlení, prostupné bydlení. Nemožnost ubytovat bezdomovce v chráněném bydlení a nedostatek kapacit náhradních řešení je považováno za největší zábranu resocializace bezdomovců (Hradecký et al., 2012).

Zdravotní služby. Marek et al. (2012) uvádí, že součástí každého denního centra pro bezdomovce by měla být ordinace praktického lékaře, nebo alespoň zdravotní sestra. Zdravotníci poskytují klientům jednorázové ošetření, pravidelnou péči, odborná vyšetření a potvrzují bezinfekčnost uchazeče o ubytování na azylovém domě.

Nízká podpora zdravotních služeb pro bezdomovce ze strany státu, krajů, měst a nezájem lékařů o tuto práci vede k tomu, že je dlouhodobý nedostatek zdravotních služeb pro osoby bez přístřeší (Hradecký et al., 2012).

Potravinové banky rozdělují potravinovou pomoc od dárců potřebným. Pomáhají ušetřit finance za potraviny a hygienické potřeby poskytovatelům sociálních služeb i jejich klientům z řad nejen bezdomovců (Hradecký et al., 2012).

Kaplanská služba. Některá denní nízkoprahová centra nabízejí jako doplňkovou službu možnost dobrovolné účasti na nedělní mši nebo jiné bohoslužbě s občerstvením. Jinde působí na pozici sociálního pracovníka kněz, který je zároveň i jako psychoterapeutem a duchovním (Marek et al., 2012).

Sociální byty. Kliment (2018) upozorňuje na to, že sociální bydlení není v České republice nijak centrálně řízeno a definováno. Zřizovatelé sociálních bytů jsou místní samosprávy a neziskové organizace, ale kapacitně je těchto bytů nedostatek. Vzhledem k tomu se tak lidem bez domova poskytuje většinou jen krizové bydlení.

Komerční ubytovny jsou sice dle Vágnerové et al. (2014) mimo reintegrační program, ale jsou využívány jako levné ubytování. Autorka práce uvádí ze své zkušenosti, že vzhledem k nedostatku následného bydlení klienti azylového domu a noclehárny v Olomouci často přechází mezi azylovým domem a ubytovnou a naopak.

Součástí první kapitoly je nejprve vymezení pojmů bezdomovec a bezdomovství. Poté tato kapitola teoretické části řeší typologie a příčiny bezdomovství. Pokud chceme pomáhat lidem bez přístřeší k návratu do společnosti potřebujeme k tomu, různé na sebe navazující služby. Proto v podkapitole sociální práce s lidmi bez přístřeší jsou popsány tyto služby ať už vycházejí ze zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách či nikoliv.

1.2 Zdraví a nemoc lidí bez domova

V této kapitole jsou nejprve popsány zábrany, které znemožňují lidem bez domova přístup ke zdravotní péči, ať už na straně bezdomovců nebo ze strany zdravotníků, a nastavení zdravotnické péče v ČR. V další části kapitoly je popsán zdravotní stav lidí bez domova a nejčastější zdravotní komplikace a onemocnění tělesná i duševní.

„Lidé bez reálného stálého bydliště jsou téměř všichni zdravotně postižení. Mnozí, z nich se stali bezdomovci v důsledku svého zdravotního postižení (mentálního, psychického), protože se nedovedli sami vyrovnat se životními situacemi. Další choroby (kožní, parazitické, respirační) se přidružují v důsledku jejich životního stylu“ (Hradecký & Nedělková, 1998, s. 37).

Data o zdravotním stavu bezdomovců jsou v České republice nedostatečná, pokud nějaká šetření máme, tak nejsou cílená, komplexní anebo nebyla v rámci společenství bezdomovců opakovaná. Pro odhad zdravotního stavu populace lidí bez domova, ať už fyzického nebo duševního zdraví používáme přístupná data ze zahraničí a aplikujeme je na komunitu našich bezdomovců. Je otázkou, zda jsou výsledky platné i pro naše bezdomovce (Kliment, 2018).

Ze statistik Evropské unie je patrné, že zdraví bezdomovců je mnohem horší než u bydlící populace. Například ve Velké Británii se lidé bez domova dožívají průměrně čtyřiceti devíti let oproti běžné populaci, kde je průměrný věk dožití až sedmdesát devět let. V Německu lidé žijící na ulici umírají až o 10 let dříve oproti bydlící společnosti (Hradecká & Hradecký, 1996).

1.2.1 Bariéry přístupu lidí bez domova ke zdravotní péči

U lidí bez domova často dochází k podceňování příznaků a přizpůsobení se zhoršujícímu se zdravotnímu stavu. K vyhledání lékaře dojde až v případě akutních problémů (Veverková et al., 2020), což představuje mimo jiné velkou zátěž pro zdravotnický systém, protože řešení nemocí v počátcích je vždycky levnější než léčení závažného či chronického stavu (Martínková, 2008). Za tím, proč se lidé bez domova neobracejí na lékaře včas, mohou stát také různé překážky jak na straně bezdomovců, tak ze strany zdravotníků.

Mezi bariéry na straně bezdomovců můžeme zařadit (Pekárková, 2014):

- problémy s hygienou (znečištěné oblečení, nedostatečná hygiena, přítomnost vši, blech, svrabu);

- předchozí negativní zkušenost s lékařskou péčí (pacient, kterému bylo v minulosti odmítnuto ošetření, nebo s ním bylo jednáno pro něj nepříjemným způsobem, je zklamán a lékařům se vyhýbá);
- nedostatek zájmu o zdraví a o budoucnost, rezignovanost, nedodržování léčebného režimu (člověk pobývajcí na ulici má většinou jiné starosti, než sledovat čas v kolik hodin si píchat inzulín nebo brát léky. Často také pobyt na ulici neumožňuje dodržet nařízení lékaře, jako například klid a teplo na lůžku);
- nedostatek komunikačních schopností (vlivem pobytu na ulici tito lidé ztrácejí schopnost komunikace, zvláště ti, co trpí nějakým duševním onemocněním, mohou mít obavu ze setkání s neznámými lidmi);
- absence dokladů, průkazu zdravotní pojišťovny, cizinci bez zdravotního pojištění (lidé bez domova často ztrácejí občanský průkaz a většinou jim chybí i kartička pojištěnce. Pokud mají dluhy na zdravotním pojištění, tak jim zdravotní pojišťovna odmítne vydat novou kartičku).

Šupková et al. (2007) uvádí, že nedostatečný přístup lidí bez domova ke zdravotní péči může ovlivnit zdraví toho konkrétního člověka, ale také může mít negativní vliv na zdraví lidí kolem něj. Proto je nutné pracovat na odstranění výše zmíněných bariér na straně bezdomovců, například zřizováním ordinací praktického lékaře pro bez domovce.

Mezi bariéry na straně zdravotníků můžeme zařadit (Pekárková, 2014):

- nízká informovanost a předsudky personálu;
- strach z choroby a agresivity;
- důsledek předchozí negativní zkušenosti;
- zdravotnická zařízení nemají k dispozici doporučené postupy pro ošetření bezdomovců, nejsou zpracovány vnitřní předpisy pro poskytování zdravotnické péče skupiny lidí bez domova;
- oddělenost zdravotnictví a sociálních služeb a nedostatečná spolupráce mezi pracovníky obou těchto odvětví;
- hospitalizování bezdomovce dle místa trvalého bydliště;
- absence sociálních lůžek.

Pro zlepšení zdravotní péče o bezdomovce navrhují lékaři, sestry i zdravotničtí záchranáři vytvoření speciálního sociálně zdravotnického zařízení pro bezdomovce, nebo alespoň speciálního ošetrovatelského zařízení pro tuto cílovou skupinu. Z pohledu zaměstnanců azylových domů by pomohlo vytvoření prostoru, který by umožnil oddělení krátkodobě ubytovaných (Šupková et al. 2007).

1.2.2 Fyzické zdraví

Jednou z příčin, proč má bydlící populace obavy z bezdomovců, je, že jsou přenašeči infekčních nemocí. Rozsypal (2015) uvádí, že mezi typická infekční onemocnění u bezdomovců řadíme: respirační infekce (bronchitida, pneumonie, tuberkulóza), infekce kůže (plísňe, vši, svrab), infekční onemocnění podkoží a měkkých tkání (růže, flegmóna, infekce bércových vředů) a jiné (volyňská horečka). Tyto nemoci jsou zapříčiněné nedostatkem hygieny, nezájmem o vlastní zdraví, alkoholismem, špatnou výživou s nedostatkem vitamínů a častým prochladnutím. Největší problém z infekčních nemocí spatřují epidemiologové ve výskytu a léčení tuberkulózy. Jednou z cest by mohlo být poskytování jídla pro bezdomovce, kteří budou ochotni se testovat a léčit.

Výsledky výzkumů ohledně počtů bezdomovců trpících konkrétní nemocí jsou mnohdy protichůdné. Záleží na výběru lokality, velikosti výzkumného vzorku a výskytu nemoci v bydlící populaci, např. vyšší výskyt hepatitidy a HIV lze očekávat u lidí, kteří si aplikují intravenózně drogy (Kliment, 2018).

Zdrojem informací o akutních zdravotních problémech bezdomovců mohou být záznamy o nejčastějších diagnózách a jejich četnosti v ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce. Šupková et al. (2007) uvádí přehled diagnóz v jedné ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce v Praze během roku 2005 a prvních pěti měsíců roku 2006. Mezi nejčastější příčiny návštěvy této ordinace patřily: nemoci dýchací soustavy, nemoci kůže, podkožního vaziva a nemoci oběhové soustavy.

Dalším cenným zdrojem informací o zdravotních potížích bezdomovců mohou být záznamy nemocnic o důvodech hospitalizace. Malý et al. (2022) provedl analýzu příčin hospitalizací bezdomovců v letech 2006–2015 a došel a prezentoval následující výsledky.

Mezi hospitalizovanými bezdomovci převažovali muži, nejčastěji ve středním věku. Dominantními příčinami hospitalizace byla duševní onemocnění, často spojená s užíváním alkoholu a návykových látek, dále poranění a onemocnění oběhového systému. Z infekčních nemocí byl zaznamenán hlavně svrab, zavšivení, mykóza, bakteriální infekce a tuberkulóza. V průběhu let klesal počet hospitalizovaných a délka hospitalizace. Dvě třetiny hospitalizací skončily propuštěním zpět na ulici, necelých 5 % skončilo úmrtím (Malý, 2022, s.29.)

Při využití těchto dat je nutné si uvědomit, že se jedná pouze o dílčí data o zdraví bezdomovecké populace, protože k hospitalizaci dojde z důvodu akutního stavu nemocného.

Nejnovější informace o zdravotních problémech lidí bez domova uvádí Veverková et al. (2020) ze šetření mezi pražskými bezdomovci. Jako největší zdravotní omezení vnímají tyto lidé zhoršený zrak nebo sluch. Tyto problémy jsou ještě umocněny nedostatkem kompenzačních pomůcek, protože lidé bez domova nemají finanční prostředky na pořízení si brýlí nebo naslouchátek. Další zastoupení zdravotních obtíží, jak je uvedli lidé bez domova v Praze, ukazuje následující tabulka. Z té je patrné, že potencionální přenašeči chorob, jak je vnímá bydlící populace, uvádějí, že infekce a záněty se u nich moc nevyskytují.

Tabulka 1 - Zdravotní problémy bezdomovců

Zastoupení zdravotních problémů u pražských bezdomovců v %		
<i>Zdravotní problémy</i>	<i>Ano</i>	<i>Částečně</i>
Zhoršený zrak nebo sluch	30	19
Problémy pohybového aparátu	19	15
Problémy se srdcem a cévami	14	7
Problémy s dýcháním	12	12
Problémy s trávením	11	10
Infekce a záněty	7	5

Zdroj: Vlastní zpracování na základě podkladů Veverkové et al. (2020)

1.2.3 Duševní zdraví lidí bez domova

Lidé bez domova z praktických důvodů řeší hlavně zdraví tělesné a o svém duševním zdraví nepřemýšlí. A tak jsou příznaky duševních onemocnění i těchto lidí často potlačovány nebo vytěšňovány.

Duševní zdraví drtivé většiny bezdomovců je oproti tomu fyzickému opravdu velmi oslabené. Máme zkušenost, že velká část lidí na ulici má psychiatrickou diagnózu anebo závažnou poruchu osobnosti. Obojí jim komplikuje život a hatí pokusy o návrat do společnosti. Největší problém představují psychózy, závislosti, neurózy a deprese. Duševní nemoci jsou příčinou bezdomovectví i důsledkem tvrdého života na ulici (Průdková & Novotný, 2008, s. 20).

Podobně jako je u zdraví tělesného nedostatek výzkumů a dat, o duševním zdraví české populace bezdomovců to platí ještě více. Proto se často využívají data ze zahraničí, kde již

výzkumy proběhly (Kliment, 2018). Některé zahraniční práce uvádějí, že mezi obyvateli azylových domů je výskyt duševních poruch až osminásobný, u klientů nocleháren až jedenáctinásobný oproti běžné populaci (Fitzpatrick, 2000 in Barták 2004). Dle výzkumů, které byly realizovány v USA, je odhadováno, že mezi bezdomovci je výskyt psychických onemocnění mezi 10 až 33 %, což odpírá dřívějšímu tvrzení, že většina bezdomovců je psychicky nemocná (Veverková et al., 2020). Dostupná data o počtech bezdomovců s duševní poruchou získaná ze zahraničí jsou mezi sebou obtížně porovnatelná a nemusejí být platná v našich podmínkách. Výsledek je ovlivněn tím, o jakou skupinu bezdomovců se jedná a zda využívají terénní či pobytové služby. Pokud v pobytových službách není tolerován alkohol a návykové látky, tak lidé se závislostí na těchto látkách vypadnou ze zkoumané skupiny. Zahrneme-li do psychických onemocnění i závislosti, tak opět může dojít ke zkreslení výsledku, tito lidé nemají na svůj problém dostatečný náhled nebo se odmítají o své závislosti bavit (Kliment, 2018). Odborníci se sice neshodují v četnosti jednotlivých duševních poruch u bezdomovců, ale shodnou se alespoň na nejčastějších diagnózách (Marek et al., 2012). Jako nejčastější uvádějí závislosti, poruchy nálady a deprese (Veverková et al., 2020).

Jednou z cest, jak získat informace o duševním zdraví bezdomovců, jsou údaje z ordinace praktického lékaře pro bezdomovce. V následující tabulce je uveden výskyt duševních nemocí v ordinaci pro bezdomovce v Praze za období od 1. 1. 2005 až 31. 5. 2006 (Šupková, 2007). Tabulka ukazuje, že nejčastější duševní poruchou bezdomovců je závislost. Velmi častá je i komorbidita, tj. kombinace duševních poruch, kdy duševní onemocnění nebo porucha je doprovázena závislostí. Na druhém místě jsou zastoupeny depresivní stavy, což potvrzují i zkušenosti psychologů a pracovníků v denních centrech. Pracovníci azylových domů upozorňují, že kromě nemocí zaznamenaných v ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce, stoupá počet psychotických klientů a klientů s mentální retardací (Šupková, 2007).

Tabulka 2 - Nejčastější duševní nemoci bezdomovců

Zastoupení duševních nemocí u pražských bezdomovců dle údajů praktické ordinace pro bezdomovce	
<i>Diagnóza</i>	<i>%</i>
Závislosti	23
Depresivní stavy	19
Poruchy spánku	17
Reakce na stres a poruchy přízpusobení	16
Nemoci schizofrenního okruhu	8
Poruchy osobnosti	7

Úzkostné poruchy	2
Ostatní	11

Zdroj: Vlastní zpracování na základě výsledků Šupková (2007).

Ve výzkumu Veverkové et al. (2020) uvedla necelá polovina dotazovaných, že mají tíživé myšlenky, cítí se beznadějně a všechno ztrácí smysl. Tato spíše obecná tvrzení mohou být příznakem deprese. Dalších 30 % respondentů uvedlo, že někdy zapomínají nebo se cítí dezorientovaní, i tyto příznaky mohou znamenat počínající neurodegenerativní choroby.

Z výsledků ordinace praktického lékaře pro bezdomovce je patrný nižší výskyt duševních onemocnění, než uvádějí zahraniční zdroje. Toto může být způsobeno jinou metodikou získávání dat nebo tím, že bezdomovci přicházejí za praktickým lékařem většinou z jiného důvodu, než je psychické onemocnění: Zkušenosti pracovníků denních center ukazují, že lidé s duševním onemocněním lékařskou péči nevyhledávají nebo se jí dokonce vyhýbají (Šupková, 2007).

Z analýzy Národního registru hospitalizovaných, bylo v českých nemocnicích v letech 2006–2015, přijato k hospitalizaci 3 387 bezdomovců. Nejčastější diagnózy byly v pětině případů duševní poruchy a poruchy chování, často doprovázené závislostí na alkoholu a návykových látkách (Malý et al., 2022). Lze tedy předpokládat, že výskyt duševních onemocnění u bezdomovců v ČR je reálně ještě vyšší, protože analýza zachytila pouze bezdomovce, kteří byli hospitalizováni. V následující podkapitole budou stručně uvedeny nejčastější duševní poruchy osob bez přístřeší.

1.2.4 Nejčastější duševní poruchy u osob bez přístřeší

Marek et al. (2012, s. 42) uvádějí, že u bezdomovců tyto nejčastější duševní poruchy: „závislosti, psychotická onemocnění, depresivní a úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, pokusy o sebevraždy, poruchy chování a poruchy osobnosti“. V této kapitole budou stručně popsány příčiny, projevy a léčba závislostí a psychických onemocnění, se kterými se můžeme nejčastěji v praxi u lidí bez domova potkat.

U lidí bez domova se často vyskytují různé formy a varianty závislostního chování, zejména závislost na alkoholu a na nealkoholových návykových látkách. Ta vede k poškození fyzického i psychického zdraví. Užívání provází změny v chování a prožívání, které vedou ke ztrátě rodiny, zaměstnání a jiných sociálních vazeb a nemocný ztrácí zázemí. Projevy spojené

s užíváním návykových látek či alkoholu nejsou dlouhodobě slučitelné s běžným rodinným životem (Hradecký & Hradecká, 1996).

Závislost na alkoholu může být příčinou, ale také důsledkem toho, že se člověk ocitl na ulici. Většina bezdomovců nadužívala alkohol ještě před ztrátou bydlení, po ztrátě bydlení lidé s alkoholovým abusem zvyšují dávky konzumovaného alkoholu, což vede rychleji k vytvoření závislosti. Při omezení kontaktu se svým sociálním zázemím ztrácejí překážku k užívání alkoholu, a ten jim navíc pomáhá vyrovnat se s nastalou životní situací a stresem (Vágnerová et al., 2018).

Situaci ztěžuje fakt, že v České republice je alkohol nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou a že tolerance k pití alkoholu je z pohledu společnosti vysoká. Alkohol je společenská droga, pije se na večírcích, oslavách a je spojen s různými rituály. Při společenských událostech je užíván pro své pozitivní účinky, protože uvolňuje napětí, dodává sebedůvěru, zlepšuje náladu, stimuluje organismus a boří zábrany. Na organismus člověka však působí i negativně: způsobuje zažívací potíže a vyvolává smutek. Vysoké dávky alkoholu člověka utlumí a ten usíná tam, kde se právě nachází (Vágnerová, 2012). Dlouhodobé nadměrné užívání alkoholu vede k poškození CNS a následkem jsou psychické i somatické poruchy. Mezi psychické poruchy podmíněné dlouholetým zneužíváním alkoholu řadí (Vágnerová, 2012) alkoholový abstinenční syndrom, alkoholový abstinenční syndrom s deliriem, alkoholové psychózy a halucinózy a amnestické alkoholové poruchy a demence.

Další velkou skupinou závislostí, typických pro lidi bez domova, je **závislost na nealkoholových návykových látkách**. Souhrnně lze říci, že na drogách jsou závislí spíše bezdomovci mladšího věku. Kvůli užívání drog a s tím spojenou finanční náročností pro obstarávání stále se zvyšujících dávek se tyto lidé dostávají na ulici dříve než při požívání alkoholu. Na drogy také vzniká rychleji závislost (Vágnerová et al. 2018). Léčba závislosti na psychoaktivních látkách a alkoholu bývá dlouhodobá, obtížná. Jen zhruba jedna třetina lidí, kteří prošli léčbou, se znovu nevrátí k nadužívání. Je potřeba nastavovat každému léčbu individuálně dle druhu látky, motivace k léčbě. Obtížnost léčby se u lidí bez domova zvyšuje, protože často postrádají adheenci k léčbě, a protože jejich situace je provázena tak nepříjemnými emočními projevy, že požití psychoaktivní látky je značnou úlevou.

Dalšími chorobami, které se ve zvýšené míře vyskytují u lidí bez domova, jsou **psychotická onemocnění**. Mezinárodní klasifikace nemocí spojuje tyto choroby do jedné skupiny. Jejich společným znakem je psychóza, jako odtržení člověka od skutečného světa a nahrazení skutečnosti halucinacemi nebo bludy. Nemocný se projevuje podivným, pro okolí nesrozumitelným chováním. Mezi nejznámější psychotické poruchy patří schizofrenie nebo spíše skupina schizofrenií, protože se jedná o několik onemocnění s podobnými příznaky

a projevy (Hosák et al., 2015). Podle Vágnerové (2012) se příznaky onemocnění dělí na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou způsobené zvýšenou aktivitou mozku a patří sem bludy, halucinace, vkládání nebo vysílání do toku myšlenek, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování. Negativní projevy onemocnění jsou důsledkem útlumu některých oblastí mozku a vnímáme je jako apatii, zpomalené myšlení, útlum emocí, ztrátu vůle, neschopnost cílevědomě jednat. Nemocní často nemají náhled na své onemocnění.

U bezdomovců se dále často můžeme setkat s **afektivními poruchami** neboli poruchami nálady, mezi které lze zařadit **deprese**, a **úzkostné poruchy**. Mezi příznaky depresivního prožívání řadíme smutek, tíhu, bolestivé sevření, které tyto nemocné paralyzuje. Jindy nemocní pociťují takovou únavu, že nejsou schopni vstát několik dní z postele, postarat se sami o sebe a dodržovat základní hygienické návyky (Probstová & Pěč, 2014). Depresivní příznaky mohou být projevem různých duševních onemocnění, mohou provázet i somatická onemocnění a organické změny mozku nebo reaktivní stavy. Na vzniku depresivních poruch se různou měrou podílí dědičnost, změny ve struktuře a funkci mozku a vnější vlivy. Mezi rizikové vlivy rodiny a výchovy můžeme řadit úzkostný výchovný styl, depresivní rodinné klima a ztráty, které jedinec nedostatečně zpracoval. Vyvolávajícím podnětem také může být stěhování, rozvod, ztráta zaměstnání. (Vágnerová, 2012). Těžká deprese může vyústit v sebevražedné myšlenky a chování.

U osob bez domova se vyskytuje rovněž **posttraumatická stresová porucha**. Je to úzkostná porucha vyvolaná velkou emoční zátěží při život ohrožujících zážitcích, jako jsou autohavárie, přepadení, znásilnění, požár nebo živelná katastrofa. Projevy této poruchy nelze sledovat hned, ale až po delší době po prožití tragické události. Posttraumatická stresová porucha je typická flashbacky, kdy se prožitá trauma vrací prostřednictvím neodbytných vzpomínek a snů. Postižená osoba nemá schopnost pozitivního emočního prožívání, uzavírá se do sebe, na podněty reaguje nepřiměřeně. K těmto příznakům se často přidává úzkost a deprese, někdy i suicidální myšlenky (Látalová et al., 2014). Mohou se objevovat také pocity viny, že postižený neštěstí přežil a jiní nikoliv (Probstová a Pěč, 2014).

U lidí bez domova se také mohou vyskytovat **organické duševní poruchy**. Mezi nejčastější řadíme demence. Nejznámější a nejčastější je demence u Alzheimerově nemoci. Typickým příznakem je narušení poznávacích funkcí. Riziko těchto onemocnění stoupá s věkem (Hosák et al., 2015).

Posledním okruhem poruch, které se mezi lidmi bez přístřeší vyskytují často, jsou **specifické poruchy osobnosti**. „*Porucha osobnosti je obecně definována jako přetrvávající, stabilní způsob myšlení, cítění a chování, které vede k adaptačním potížím s důsledky v oblasti sociální, profesní či v oblasti subjektivního prožívání*“ (Probstová a Pěč, 2014, s. 119).

Porucha osobnosti je trvalý stav způsobu reakce na vnější prostředí, založený v raném dětství, který s jistými odchylkami trvá po celý život. Lidé trpící poruchou osobnosti se dostávají mnohem častěji do konfliktů s okolím v důsledku svého chování, které je podivínské, maladaptivní a rušivé. Tímto jednáním trpí nejen okolí nemocného, ale i on sám. Nemocný ovšem často nemá dostatečný náhled na své chování, neumí se poučit ze své zkušenosti a brání se jakýmkoliv změnám (Vágnerová, 2012).

Na základě uvedeného lze konstatovat, že hledání a nacházení nových, přístupnějších způsobů léčby psychiatrických poruch u lidí bez domova podpoří nejen jejich psychické uzdravování, ale má vliv, zvláště u bezdomovců závislých na psychoaktivních látkách, také zcela zásadně na tělesné zdraví.

„Zdravotní péče o bezdomovce není v systému zdravotní péče ani v systému zdravotního pojištění nijak koncepčně řešena“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2013, s. 37). Lidé bez domova pobývající na ulici nevyhledávají lékařskou pomoc, ani při velmi špatném zdravotním stavu, což způsobuje větší nemocnost a častější předčasná úmrtí. Dostupná zdravotní péče pro tuto cílovou skupinu by umožnila řešení akutních případů, omezení šíření nakažlivých chorob a zmapování zdravotního stavu populace bezdomovců (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2013).

Odborníci se shodují, že zdravotní problémy bezdomovců vyžadují podporu. Je nutné pomáhat překonávat bariéry, které brání bezdomovcům v přístupu k lékařským službám a současně zřizovat a provozovat ordinace praktického lékaře pro bezdomovce. Dále pak rozšiřovat služby, jejichž kapacita je nedostatečná, jako jsou: centra denních služeb, nízkoprahová denní centra, týdenní stacionáře, intervenční centra, zařízení následné péče a nízkoprahové ubytování (Malý et al., 2022). Sociální pracovníci v azylových domech a denních centrech navrhují pro kvalitnější práci s duševně nemocnými a závislými bezdomovci, aby tato zařízení zaměstnávala nebo spolupracovala nejen s psychology ale také i s psychiatry, kteří by pomáhali se stabilizací a léčbou klienta a pomáhali sociálním pracovníkům (Šupková, 2007). Charita Olomouc byla druhá v ČR, která zřídila ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce a v současnosti provozuje jedinou psychiatrickou ordinaci pro bezdomovce v ČR. Nyní jsou již otevřeny další ordinace praktického lékaře pro bezdomovce, ale pořád je lékařů, kteří by se specializovali na lidi bez domova, nedostatek. Kromě tlaku na zřizování dalších ordinací by řešením pro zabezpečení lékařské péče pro lidi bez domova mohl být tzv. Mohučský model, který navrhuje změnu v lékařské péči o lidi bez domova tak, že, by nedocházel pacient k lékaři, ale zdravotník za pacientem (Glumbíková et al., 2017). Takto například funguje terénní medicína poskytovaná Armádou spásy (Armáda

spásy, 2024). Nabídnout bezdomovcům pomoc při řešení problémů s duševním zdravím by mohlo poskytování péče psychiatra prostřednictvím telemedicíny.

1.3 Podpora psychického zdraví lidí bez domova prostřednictvím telemedicíny

Telemedicína je nový způsob poskytování zdravotnické péče za využití moderních technologií. Ještě v nedávné době by bylo nepředstavitelné poskytovat medicínské služby jinde než v ordinaci. Pak ale přišla pandemie Covid – 19, lékaři se často nemohli setkávat s pacienty, ale izolace a nejistota prohlubovala psychické problémy mnoha lidí a bylo potřeba je řešit. A najednou se zjistilo, že to, co lékaři dosud odmítali, je jediná využitelná cesta. A tak podle expertů a jejich zkušeností z praxe pandemie Covid- 19 uspíšila rozvoj využívání telemedicíny v Česku (Těšinová & Dobiášová, 2022). Podobně jako byla lékařská péče nedostupná během covidu pro všechny lidi, tak je nedostupná pro lidi bez domova. Jedním z řešení by mohlo být poskytování zdravotnické péče pomocí telemedicíny.

V této kapitole bude popsáno, co je telemedicína, jak se poskytuje, které lékařské odbornosti lze poskytovat na dálku. Jednou z oblastí, která má svou telemedicínskou variantu, je psychiatrie. Co je obsahem telepsychiatrie, jaké jsou její benefity a bariéry, je také uvedeno v této kapitole. Na závěr jsou uvedeny zahraniční zkušenosti s poskytováním telepsychiatrie lidem bez domova.

1.3.1 Úvod do telemedicíny

"Telemedicína se rozumí používání informačních a komunikačních technologií pro poskytování zdravotních služeb na dálku" (Telemedicínské centrum Fakultní nemocnice Olomouc, 2024). Z definice světové zdravotnické organizace vychází rozdělení telemedicíny na čtyři formy (World Health Organization, 2024):

- konzultace mezi poskytovatelem zdravotních služeb a vzdáleným pacientem
- telemonitoring zdravotních a diagnostických dat
- přenos dat/snímků k poskytovateli zdravotních služeb
- konzultace mezi poskytovateli zdravotních služeb.

V širším pojetí lze do telemedicíny zařadit i monitorování různých fyziologických údajů (krevní tlak, váha, obsah cukru v krvi) pomocí aplikací v mobilních telefonech. Pod telemedicínou je

také možné chápat online vzdělávání, konference, webináře a konzultace zdravotníků (Táborský et al., 2023)

Telemedicínské služby se dále rozdělují podle vzájemně komunikujících stran. Pokud je na jedné straně pacient a na druhé zdravotník, jedná se o telemedicínskou poradnu nebo telemedicínskou konzultaci. Pokud na dálku získává zdravotník data z nějakého přístroje, mluvíme o telemonitoringu. Pokud komunikují dva zdravotníci, jedná se o telekonzilium nebo supervizi. Dále je možné rozdělit telemedicínské služby podle toho, jak probíhají v čase. Když jsou připojeni oba aktéři online v reálném čase, může jít o telefonát nebo videohovor. Pokud probíhá komunikace následně, tak pomocí mailu nebo textových zpráv. Telemedicínská konzultace probíhá anonymně na různých fórech a webech. Tato forma je vhodná pro prevenci a zvyšování zdravotního povědomí. Poskytovatel musí být znám a dodržovat etický kodex. Telemedicínská poradna není zdravotnickou službou a nemůže být, proto hrazena ze zdravotního pojištění (Mucha et al., 2020). Klinickou telemedicínu může provádět jen lékař se specializací v registrovaném zdravotnickém zařízení (Táborský et al., 2023)

Telemedicínská konzultace je poskytování individuální zdravotnické péče distanční formou, které by mělo nahradit fyzickou návštěvu u lékaře. Poskytovatel musí splňovat spoustu náročných kritérií, jako například (Mucha et al., 2020):

- musí mít oprávnění k poskytování zdravotnických služeb;
- mít fyzickou ordinaci;
- musí dodržovat zákonné podmínky a etický kodex;
- musí být stanovené podmínky telemedicínské konzultace, jednak technické ohledně kvality koncových zařízení;
- musí být stanovené podmínky garantující ochranu soukromí;
- na začátku telemedicínské konzultace musí dojít ke ztotožnění pacienta i zdravotníka;
- před začátkem poskytování musí být podepsán informovaný souhlas mezi lékařem a pacientem;
- lékař musí mít aktuální anamnestická data o pacientovi a první konzultace musí proběhnout fyzicky;
- z každé konzultace musí být zpracován zápis;
- telemedicínskou konzultaci není možné požadovat ze strany pacienta, o jejím konání rozhoduje lékař, pacient musí s jejím konáním vyslovit souhlas;
- hardware a software používaný v telemedicině musí splňovat státem stanovená kritéria na bezpečnost a musí být pro pacienty uživatelsky přívětivý (interaktivní, návod

i popisky v mateřském jazyce. Úlohou státu je stanovit podmínky, které musí výše uvedené nástroje splňovat;

- zdravotní pojišťovny nebo jiné státní organizace by měly zajistit, aby nebyl ohrožen přístup ke zdravotní péči formou telemedicíny pro některé skupiny obyvatel.

Výhody používání telemedicíny

Telemedicína umožňuje spravedlivý přístup ke zdravotní péči bez ohledu na vzdálenosti a sociální rozdílnosti. Pokud pacient komunikuje s lékařem na dálku, zkracují se doby od projevení příznaků k ošetření o čas, který by pacient strávil na cestě a čekal v čekárně. Zkracuje se doba mezi primární a odbornou péčí. Snižuje se zátěž odborných pracovišť, protože při konzultaci online se mnohdy zjistí, že odborné ošetření není zapotřebí. Zvyšuje se vzdělání a kompetence všech zúčastněných zdravotníků i pacientů.

Rizika zavádění telemedicíny

Těšinová a Dobiášová (2022) uvádějí výsledky rozhovorů s odborníky, hlavně s lékaři. Tito si uvědomují, že zavádění telemedicíny v České republice přináší jistá rizika. Zdravotnický systém není na telemedicínu připraven, nejsou stanovena pravidla, kdo komu a za jakých podmínek bude tyto služby poskytovat. Nejsou stanoveny lékařské postupy pro poskytování telemedicínských služeb v jednotlivých oborech. Není stanoveno, jaký má být výstup a jak se má vést zdravotní dokumentace z takové péče. Důležité je také riziko úniku dat. Telemedicínu nelze využít ve všech případech, někdy je potřeba při vyšetření vizuální a pohmatový kontakt s pacientem.

Další bariérou v zavádění telemedicíny v ČR je to, že není ukotvena v legislativním prostředí. V České republice v současnosti není zákonná úprava, která by umožňovala hrazení telemedicínských výkonů ze zdravotního pojištění. Zákon č.372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, úpravu telemedicíny a jejího poskytování neobsahoval a hodně se v této oblasti čekalo od jeho novelizace. Novela platná od 1.1. 2022 umožňuje poskytovat konzultační služby mimo lékařské zařízení, což není úpravou, která se očekávala jako definice telemedicíny jako takové. Nikde však není uvedeno, že by telemedicínu zakazoval, a v českém právním řádu, co není zakázáno, je povoleno (Smrž et al., 2023). S telemedicínou souvisí shromažďování velkého množství osobních údajů, bude proto nutné zpracovat systém ochrany osobních dat.

Některé medicínské specializace už mají svoje podobory zabývající se telemedicínou jako: telekardiologie, telechirurgie, teleneurologie, telerehabilitace, telepatologie, teledermatologie a telepsychiatrie (Středa a Hána, 2016).

1.3.2 Současný pohled na využití telemedicíny v psychiatrii

Telepsychiatrie někdy také e-psychiatrie je forma poskytování psychiatrické pomoci prostřednictvím telefonu, videokonferencí, chatu nebo mailu. Výhodou je poskytnutí péče pacientovi na dálku, aby nemusel za lékařem dojíždět. K telepsychiatrii jako oboru bývá přiřazována dálková péče o duševní zdraví. Původně byla telepsychiatrie vítaným moderním prostředkem pro poskytnutí psychiatrické péče pacientům v oblastech s nedostatečným pokrytím psychiatrických služeb, hlavně v zemích s rozsáhlým územím jako USA, Austrálie a Kanada. V České republice není vzhledem k rozloze akutní potřeba poskytování psychiatrické péče formou telemedicíny. V našich podmínkách by bylo výhodné poskytovat individuální či skupinovou terapii (Středa a Hána, 2016).

Kukurková a Labaš (2013) uvádějí dva příklady využití telepsychiatrie v praxi. Jednak při monitorování už diagnostikovaných pacientů s psychiatrickým onemocněním, pravidelné vyplňování a odesílání dotazníku, který se zaměřuje na jejich chování a životních funkce. Údaje v dotazníku mohou signalizovat relaps onemocnění a lékař na ně může včas reagovat. Druhým příkladem je možnost stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby na dálku.

Jako další možnosti užití telemedicíny v psychiatrii uvádí Středa a Hána (2016) tyto:

- domácí telepsychiatrie – léčba pacientů doma nebo v jiném jim přirozeném prostředí s použitím webové kamery a vysokorychlostního internetu;
- forenzní telepsychiatrie – konzultace v nápravném zařízení, na dálku lze provádět vyšetření, konzultovat medikaci a řešit prevenci sebevražedného jednání;
- urgentní telepsychiatrie – jejím cílem je poskytovat konzultace pacientům se sebevražednými a násilnickými sklony. Také u akutních psychóz především v manických nebo depresivních fázích onemocnění;
- že lze telepsychiatrii poskytovat na dálku, jí umožňuje rozšíření působení na vojenských základnách, lodích, krizových centrech, léčebnách a v místech neštěstí;
- preventivní telepsychiatrie – si klade za cíl rychlé a cílené rozpoznání prvotních příznaků duševních onemocnění za použití telekomunikačních technologií;
- dětská telepsychiatrie – se zabývá řešením mentálních a emocionálních poruch u dětí a adolescentů. Využívá kognitivně-behaviorální terapie, dotazníků a online rozhovorů.

Vzhledem ke zvyšující se potřebě dětských psychologů a zároveň jejich kritickému nedostatku v současnosti dětská telepsychiatrie v České republice nabývá na významu. Pro tento obor byly zpracovány Doporučené postupy psychiatrické péče pro děti (Bínová & Uhlíková, 2023).

Postupy telepsychiatrické péče o dospělé jsou v současnosti stále diskutovány a do doby dokončení bakalářské práce nebyly zveřejněny (Česká psychiatrie, 2024).

Elektronická péče o duševní zdraví

Jak již bylo uvedeno výše, do telepsychiatrie bývá zařazována dálková péče o duševní zdraví, tzv. e-mental health. Tato využívá informační a komunikační technologie pro diagnostiku a léčbu, například závislosti na drogách, alkoholu nebo gamblerství. Ke komunikaci je využíváno emailu, chatu, diskusních skupin, audio nebo videokonference. Do péče o duševní zdraví na dálku lze zařadit i krizové telefonní linky. Ty poskytují anonymní telefonický rozhovor o problémech vyžadujících okamžité řešení. Původně byly zřízeny k prevenci sebevražd, dnes je jejich působení mnohem širší. Pomáhají jak lidem s duševním onemocněním, tak jejich rodině a přátelům. S rozvojem nových technologických možností poskytují pomoc také po chatu nebo mailu (Středa & Hána, 2016).

1.3.3 Bariéry využití telemedicíny k podpoře psychického zdraví

Telepsychiatrie se jeví velkou výhodou hlavně pro pacienty, ale tak jako u všeho musíme vnímat, že co pro jednoho může být přínosem, druhý může vnímat jako negativum. Uvádím jen některé příklady, jak může být telepsychiatrie různě vnímána.

Technologické bariéry

Využívání nových technologií může být bariérou pro některé především starší klienty, kteří budou raději volit klasickou návštěvu psychiatra. Používání techniky může být pro některé lidi velkým stresem, už před videorozhovorem a pak i při něm, že se něco pokazí nebo dojde k ztrátě signálu apod. (Kister et al., 2023).

Sociální izolace

Tradiční návštěva u lékaře na psychiatrii donutila pacienta vstát, vyjít mezi lidi a komunikovat. Někteří pacienti se obávají, že při použití telepsychiatrie dojde k prohloubení jejich osamělosti (Kister et al., 2023).

Nedostatek soukromí

Telemedicínská konzultace umožňuje uspořít pacientům čas a finance spojené s cestováním, jak již bylo uvedeno výše. Telekonzultace se může konat doma nebo v zaměstnání, což může být ovlivněno nedostatkem soukromí, pokud nemá pacient speciální místnost např. u rodin, kde žije velký počet lidí v malém bytě. Pokud musí pacient odejít mimo domov nebo práci

a nechává tam všechny starosti a problémy s tímto prostorem spojené, tak má prostor věnovat se léčení. Pokud v tomto prostředí zůstává, působí to na něj rušivě (Kister et al., 2023).

Navázání terapeutického vztahu

Pro léčbu duševních nemocí je důležitý vztah mezi pacientem a terapeutem. Obě strany uvádějí, že pomocí videohovorů se jim tento vztah těžce navazuje, proto se doporučuje používat telemedicínu pro následné konzultace u dlouhodobých dobře známých pacientů (Kister et al., 2023).

Jsou i další limity, které už byly popsány v telemedicině, jako např. zákonný rámec, ochrana dat a kódování přístupu k nim, systémy a aplikace, které budou v telepsychiatrii používány a jejich certifikace (Kister et al., 2023).

Je těžké posoudit, zda je pro pacienty s duševním onemocněním lepší využívat služby konvenční psychiatrie nebo telepsychiatrie. Jak uvádí Oncu a Balcioglu (2021), některé studie prováděné u pacientů s depresemi, úzkostnými poruchami, obsedantně kompulzivními poruchami, posttraumatickou stresovou poruchou a poruchami příjmu potravy prokázaly, že videokonference a další telepsychiatrické postupy používané v léčbě jsou stejně účinné nebo ještě účinnější oproti postupům používaným tváří v tvář. Je důležité, aby zdravotník vždy zvážil, co je pro daného pacienta nejlepší, a v případě podezření, že forma telepsychiatrie není pro pacienta vhodná, zvolil klasickou léčbu. Například u pacientů, kteří se v minulosti pokusili o sebevraždu se telepsychiatrie nedoporučuje. Dalším možným negativem může být nedostatečná evidence pacientů. V Polsku byly zaznamenány pokusy o podvody s předepisováním některých léků, proto bude v budoucnu nutné vytvořit centrální evidenci pacientů, aby se zamezilo těmto podvodům a závislostem na těchto látkách (Kister et al., 2023).

Telepsychiatrie může sloužit velkému počtu lidí, kteří už trpí duševní chorobou nebo jsou ohroženi jejím rozvojem. Je však potřeba pro její dobré fungování, aby tyto služby byly organizované, udržitelné, byly poskytovány na základě právního rámce, profesní etiky a přesně stanovených pokynů pro praxi. Bez tohoto nastavení není možné poskytovat kvalitní péči duševně nemocným pacientům (Oncu a Balcioglu, 2021).

1.3.4 Zkušenosti s využitím telemedicíny pro podporu zdraví lidí bez domova

V České republice je nízká dostupnost psychiatrické péče pro lidi bez domova. Jedinou vlaštovkou, kde mají tři odpoledne v týdnu bezdomovci možnost návštěvy psychiatra,

je psychiatrická ordinace Charity Olomouc (Charita Olomouc c, 2024). Jiné organizace poskytují třeba služby psychologa (Naděje, 2024). Lidé bez domova trpí nedostupností psychiatrické péče, a řešením této situace by pro ně mohlo být poskytování psychiatrické péče formou telemedicíny na azylových domech nebo nízkoprahových denních centrech. Informace od pracovníků Národního telemedicínského centra, že charitní psychiatr ordinoval v době Covid 19 formou telemedicíny, byla mailovou konzultací vyvrácena. Charitní psychiatr i v této velmi těžké době ordinoval fyzicky a potkával se s pacienty tváří v tvář (emailová komunikace s ordinací psychiatra Charity Olomouc, 28.2.2024). Nepodařilo se mi tedy najít žádné informace o tom, že by v ČR někdo poskytoval psychiatrickou péči bezdomovcům online.

Ve světě se zkouší poskytování telemedicíny duševně nemocným bezdomovcům na mnoha místech, všechny níže uvedené projekty byly konzultovány s Mgr. Zdislavem Dolečkem z Národního telemedicínského centra Fakultní nemocnice Olomouc.

V USA:

- Program Project ASSERT (Assertive Community Treatment) v New Yorku používá telemedicínu k poskytování psychiatrické péče a péče o duševní zdraví lidem bez domova.
- Program PATH (Program Access to Health) v San Franciscu používá telemedicínu k poskytování psychiatrické péče a péče o duševní zdraví lidem bez domova a lidem s nízkými příjmy. (San Francisco General Hospital, 2024).

V Kanadě:

- Program Inner City Health Associates v Torontu používá telemedicínu k poskytování psychiatrické péče a péče o duševní zdraví lidem bez domova.
- Program At Home/Chez Soi v Montrealu používá telemedicínu k poskytování psychiatrické péče a péče o duševní zdraví lidem bez domova.

V Austrálii:

- Program Telepsychiatry v New South Wales používá telemedicínu k poskytování psychiatrické péče lidem bez domova na venkově.
- Program Royal Flying Doctor Service v Queenslandu používá telemedicínu k poskytování psychiatrické péče lidem bez domova v odlehlých oblastech.

V Evropě:

- Program The Big Issue v Londýně používá telemedicínu k poskytování psychiatrické péče lidem bez domova.
- Program FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless) v Bruselu podporuje používání telemedicíny v péči o lidi bez domova v celé Evropě.

Tyto příklady potvrzují, že poskytování psychiatrické péče pomocí telemedicíny lidem bez domova je možné a má své výhody, jako (De La Cruz et al., 2023):

- Lepší dostupnost péče – telemedicina může lidem bez domova zpřístupnit péči. Jednak nemusejí nikde cestovat a trávit čas v ordinaci s ostatními pacienty, kteří na ně hledí z patra;
- Snížení nákladů – telemedicina může být nákladově efektivnější než tradiční způsoby poskytování péče;
- Zlepšení kvality péče – telemedicina může zlepšit kvalitu péče tím, že poskytuje lidem bez domova přístup ke specialistům, kteří by jinak nemuseli být k dispozici;
- Zvýšená spokojenost pacientů – pacienti s telemedicínou jsou obecně spokojeni s péčí, kterou dostávají.

Využití telemedicíny pro lidi bez domova může mít díky svému charakteru také překážky (De La Cruz et al., 2023):

- Nedostatek přístupu k technologii – ne všichni lidé bez domova mají přístup k technologiím, které jsou potřebné k používání telemedicíny. (mobilní telefon, internetové připojení a jeho kvalita);
- Nedostatek technické podpory – lidé bez domova nemusí mít technické znalosti potřebné k používání telemedicíny;
- Nedůvěra k technologiím – hlavně u dříve narozených klientů (Bran, 2021);
- Potřeba sociálního kontaktu s lékařem a ostych před obrazovkou či displejem.

I přes tyto výzvy se telemedicina ukazuje jako slibný způsob, jak zlepšit přístup k psychiatrické péči pro lidi bez domova.

Teoretickou část bakalářské práce tvoří tři pod kapitoly. První se zabývá bezdomovstvím, definicí pojmů, typologiemi bezdomovství a uvádí příčiny toho se lidé ocitnou na pokraji společnosti a nemají sílu sami tento stav zvrátit. Proto je potřeba těmto lidem poskytnout služby, které jim mají pomáhat při návratu do běžného života. Součástí sociální práce s lidmi bez domova jsou služby, které vycházejí ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách služby, které jsou pro pomoc lidem bez domova potřebné, ale nejsou v tomto zákoně definovány.

Druhá podkapitola teoretické části se zabývá zdravím bezdomovců. V první řadě jsou popsány bariéry, které brání lidem bez domova v tom, aby vyhledali lékaře a aby jim byla poskytnuta odpovídající zdravotnická péče. Kapitola o zdraví se také zabývá tělesným i duševním zdravím bezdomovců a jejich nejčastějšími onemocněními. Lidé bez domova pod pojmem zdraví, většinou chápou zdraví fyzické. Tím se stává, že bezdomovci si své duševní zdraví nepřipouštějí a když si nejsou vědomi svého stavu tak ho nemohou řešit. Přitom duševní zdraví bezdomovců je mnohem křehčí než u běžné populace. Na konci kapitoly jsou uvedeny nejčastější duševní onemocnění, včetně závislostí a jejich charakteristika.

Poslední podkapitola teoretické části se věnuje telemedicině. Telemedicína jako nový způsob poskytování zdravotnické péče na dálku má svou velkou budoucnost, ale určitě existují také překážky v jejím zavádění, některé jsou v textu teoretické části popsány. Jednou z možností využití telemedicíny je poskytování psychiatrické péče – telepsychiatrie. Využití telepsychiatrie pro léčení duševních onemocnění bezdomovců, by umožnilo odstranit některé bariéry ve zdravotní péči a mohlo zlepšit psychické zdraví těchto lidí. V závěru podkapitoly jsou uvedeny příklady z praxe, kde ve světě už poskytují psychiatrickou péči lidem bez domova a pomáhají jim tak v návratu do komunity.

2 METODICKÁ ČÁST

V metodické části bakalářské práce bude uveden výzkumný cíl a naplánována strategie výzkumu. Vybrána a odůvodněna výzkumná metoda. Uvedeno, jak bude probíhat výběr respondentů. Součástí metodické části bakalářské práce bude také formulace výzkumných otázek. Pro dodržení etiky výzkumu budou stanovena etická pravidla výzkumu a na závěr bude popsáno, jak bude probíhat sběr dat.

2.1 Výzkumný cíl

Cíl výzkumné práce je to první, co se stanovuje na začátku bakalářské práce. Tomuto cíli se vše podřizuje a přizpůsobuje. Cíl práce by měl autorovi celou dobu znít v uších, aby se vše, co je v práci uvedeno, vztahovalo k tomuto cíli. Na azylovém domě pro muže, kde pracuji, stoupá počet klientů s duševním onemocněním, které v mnohých případech není ani diagnostikováno, natož léčeno. Tito lidé mají celkově špatný přístup ke zdravotní péči a své zdravotní obtíže většinou neřeší. Hledali jsme s některými kolegy cestu jak těmto lidem pomoci. Jeden z bývalých kolegů pracuje na Národním telemedicinském centru Fakultní nemocnice Olomouc a nabídl, že bychom na azylovém domě mohli vyzkoušet poskytovat klientům psychiatrickou péči pomocí telemedicíny. Pro sociální pracovníky to vyznělo jako dobrý nápad, ale důležité je, jak by to přijali klienti.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký je zájem klientů azylových domů řešit své duševní problémy a zda by pro ně byla přijatelnou cestou pomoc psychiatra prostřednictvím telemedicíny.

2.2 Výzkumná metoda

Pro získání potřebných dat byla zvolena kvantitativní strategie výzkumu, metoda dotazování za použití dotazníkového šetření. Mezi výhody kvantitativních metod výzkumu patří, že jsou časově rychlé a plošné, umožňují oslovení většího množství klientů, jsou standardizované a poskytují omezený rozsah informací o velkém množství jedinců (Hendl, 2015).

Kvantitativní výzkum bude realizovaný prostřednictvím dvou různých dotazníků u klientů azylového domu pro muže Magistrátu města Olomouce. První dotazník se bude dotazovat na kvalitu života klientů azylového domu, tento dotazník je volně přístupný na stránkách

Ústavu zdravotnických informací (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2024). Druhý dotazník bude vytvořen na základě výzkumné otázky a teoretické části. Každý dotazník bude vyplňován zvláště v rozmezí několika dní, protože jeden dlouhý dotazník by klienty rozladil a znechutil. Mohlo by se také stát, že by otázky na konci dotazníku už zůstávaly nezodpovězeny. Každý dotazník bude také zvlášť hodnocen.

2.3 Výběr respondentů

Výzkum bude probíhat na azylovém domě pro muže v Olomouci Řepčíně, kde již několik let pracuji. Poté co byla vedoucím odboru schválena žádost o povolení realizace dotazníkového šetření, mohla jsem začít s klienty pracovat na výzkumné části mé práce.

Azylový dům pro muže má kapacitu 48 lůžek, což by znamenalo 48 respondentů dotazníkového šetření, za předpokladu že:

- bude kapacita azylového domu plně vytižena – což nebývá ani v zimních měsících a letos je mírná zima;
- všichni klienti budou k zastižení – někteří klienti mohou být hospitalizováni nebo někde za hledáním práce apod.;
- všichni klienti budou ochotní a schopní se dotazování zúčastnit – účast na dotazníku je dobrovolná a neplynou z ní pro klienta žádné benefity, mezi klienty je několik lidí s postižením sluchu a pokud nechtějí, tak se s nimi nedomluvíte ani na běžných věcech, natož na nějakém dotazníku. Jiní klienti by sice spadali do cílové skupiny výzkumu, ale vlivem svého psychického onemocnění prakticky nekomunikují.

Prvotním záměrem je oslovit všechny klienty azylového domu.

2.4 Etika výzkumu

Při kontaktu s každým jednotlivým klientem se představím, protože v době konání výzkumu budu již několik měsíců mimo azylový dům a někteří klienti si mě můžou pamatovat i z minulé doby, ale jiní ne. Poté vysvětlím, proč za nimi přicházím, co bude cílem mého výzkumu, jak bude výzkum probíhat, kde bude výzkum probíhat. Zdůrazním, že výzkum je anonymní a jejich odpovědi povedu pouze pod číslem, abych byla schopná spárovat oba dotazníky. Poté se klientů dotážu, jestli všemu rozuměli, jestli souhlasí s tím takto a jsou ochotni vyplnit se mnou tyto dotazníky. Klientům také vysvětlím, že kdykoliv mohou odmítnout

odpovídat a dotazování ukončit. S klienty nebudu sepisovat informovaný souhlas, pokud je šetření anonymní, tak nezískávám žádné údaje podléhající ochraně dat, a pokud na dotaznících není klientovo jméno, příjmení a další údaje, není možné si odpovědi spojit s konkrétním člověkem.

2.5 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly stanoveny na základě cíle výzkumu a obsahu teoretické části práce. Odpovědi na první výzkumnou otázku získám z prvního dotazníku. Pro získání odpovědi na další otázky je sestaven druhý dotazník.

První výzkumná otázka

Jak respondenti vnímají své zdraví?

Odpověď na tuto otázku lze najít v Dotazníku 1, v otázkách č.1 a 2, jak respondent vnímá své zdraví a jak se tento jeho stav změnil oproti situaci před rokem. V automatickém vyhodnocení dotazníku je pak uvedena fyzická aktivita, vnímaná jako součást fyzického zdraví. Otázka č. 5 a č. 12 se zabývá soběstačností respondentů. Protože pokud je jejich zdravotní stav omezuje v jejich soběstačnosti, jako je obstarání nákupu nebo hygiena a oblečení, nejsou schopni se sami o sebe postarat a potřebovali by jinou službu, než je azylový dům, na kterém bude probíhat výzkum. V automatickém vyhodnocení dotazníku je uvedeno, jaké je celkové vnímání zdraví, jaké je celkové psychické zdraví a jaká je fyzická aktivita respondenta.

Kapitola 1.2 se zabývá zdravím a nemocností lidí bez domova, vzhledem k tomu, že zdraví a zdravotní stav bezdomovců je výrazně horší než zdraví bydlící populace. Existují různé bariéry, které brání bezdomovcům v přístupu k lékařské péči. To, že člověk nemá domov a blízké příbuzné, ho často ani nemotivuje, aby se staral o sebe a své zdraví. Zhoršení zdravotního stavu mnohdy může být příčinou bezdomovství. Na druhou stranu nemocný člověk nemá mnohdy sílu na to, aby se pokusil o návrat do společnosti. Zaměstnavatelé nemocného člověka nepřijmou do práce a bez zaměstnání pak nedosáhne na komerční bydlení.

Kapitola 1.2.2 popisuje fyzické zdraví lidí bez přístřeší. Pokud jsou lidé bez domova na ulici, mohou pro ně být zdravotní problémy omezující, že si například nedojdou ani do denního centra se ohřát nebo na polévku. Na azylovém domě, kde bude probíhat výzkumná část práce, je nutné, aby byli klienti soběstační. Musí se o sebe postarat nakoupit si ve městě, uvařit si,

zvládnout se sami obléknout a vykonat hygienu. Azylový dům tyto služby neposkytuje a klienti nemají finanční prostředky, aby si tyto služby objednali a uhradili. Azylového bydlení pro postižené a nemocné bezdomovce nebo v seniorském věku je nedostatek a čekací doby na místo jsou dlouhé.

V kapitole 1.2.3 je popsáno duševní zdraví. Projevy duševních nemocí mohou být často zaměňovány za lenost, neschopnost apod. Duševní onemocnění může způsobit, že respondent není schopen si plnit své povinnosti, pracovat na zlepšení své životní situace. Z výsledku dotazníku by mělo být patrné, jak jsou na tom respondenti s psychickým zdravím.

Druhá výzkumná otázka

Jaký je výskyt příznaků duševních onemocnění u respondentů?

Odpověď na tuto otázku je v Dotazníku 2, otázky č. 2 a č. 3.

V kapitole 1.2.4 teoretické části jsou popsány nejčastější duševní onemocnění u bezdomovců a jejich příznaky. Není možné sledovat všechny příznaky psychických onemocnění, proto je v otázkách vybráno jen několik příznaků a jejich četnost. První tři řádky – přes den mám smutné myšlenky, ztrácím naději v lepší budoucnost a mám pocit, že nic nemám smysl by mohly být příznakem deprese (Veverková et al., 2020). Další tři řádky, kde respondent uvádí, zda zapomíná, běžné věci neví, co je za den nebo neví kde je, by mohly být podle Veverkové et al. (2020) příznakem neurodegenerativní choroby. Další čtyři řádky – se dotazují na to, zda se respondent cítí přes den v napětí, mívá bolesti břicha bez zjevné příčiny, trápí jej špatné sny a trpí nedostatkem spánku. Tyto příznaky uvádí Hosák et al. (2015) jako možné příznaky úzkostných poruch. To, jestli respondenti nevykazují znaky schizofrenie se snaží zjistit otázky na sluchové halucinace a bludy, které mohou být příznakem tohoto onemocnění (Probstová & Peč, 2014). Poslední řádek otázky 2 a otázka 3 se zabývají tím, jestli respondent myslel někdy na sebevraždu nebo se o ni pokusil. Tyto otázky směřují ke zjištění projevů suicidálního chování (Vágnerová, 2012).

Třetí výzkumná otázka

Jaký je u respondentů výskyt závislostí?

Odpověď na otázku je v Dotazníku 2, otázky č. 4-7.

V teoretické části v kapitole 1.3.4 jsou popsány alkoholové a nealkoholové závislosti. Odborníci uvádějí, že alkohol je spíše drogou starších bezdomovců, zatímco mladí lidé bez přístřeší preferují spíše užívání nealkoholových drog. U lidí bez domova se také často

vyskytuje duální diagnóza, kdy kromě duševního onemocnění se vyskytuje ještě i závislost. Lidé se závislostí nemohou být klienty azylového domu. Aby se respondenti nebáli odpovídat na otázky ohledně závislostí ve strachu, že přijdou i o toto přechodné ubytování, jsou otázky kladeny tak, zda se toto chování projevilo v posledním roce. A předpokládá se, že se během té doby respondenti nepodrobili léčbě. Ostatně pokud by se podrobili, tak se s tím rádi pochlubí, protože pro mnohé už jen to, že se rozhodnou k léčbě, je krok, ke kterému potřebují mnoho energie.

Čtvrtá výzkumná otázka

Disponují respondenti technickými dovednostmi pro práci s moderní technikou?

Odpověď na tuto otázku je v Dotazníku 2, otázky č. 8–10.

V kapitole 1.4 je popsáno, že telemedicína je poskytování zdravotnických služeb na dálku, prostřednictvím technických zařízení jako chytrý telefon, tablet, notebook a internet. Jednou z bariér pro využití telemedicíny pro klienty azylového domu může být, že tito lidé neumějí používat tyto technologie. Proto je položena tato otázka, aby se případně zajistila potřeba pomoci a podpory respondentů ze strany pracovníků azylového domu a odstranila se takto bariéra v případném využívání telemedicíny.

Pátá výzkumná otázka zní

Chtěli by respondenti řešit své problémy v oblasti duševního zdraví spojením s odborníkem formou telemedicíny?

Odpověď na tuto otázku je v Dotazníku 2, otázky č. 11-17.

V kapitole 1.3.2 teoretické části je popsána telepsychiatrie jako nová forma poskytování psychiatrické péče. Tato forma by mohla být výhodná pro klienty azylového domu, protože by pomohla k lepšímu přístupu těchto lidí k péči, která je pro ně jinak nepřístupná. Důležité je, jestli by respondenti měli o takovou službu zájem. A jestli to, co je považováno obecně za výhodu, je jako výhoda vnímáno i respondenty.

2.6 Popis sběru dat

Kvantitativní výzkum bude realizovaný prostřednictvím dvou různých dotazníků u klientů azylového domu pro muže Magistrátu města Olomouce. První dotazník se bude

dotazovat na kvalitu života klientů azylového domu, tento dotazník je volně přístupný na stránkách Ústavu zdravotnických informací (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2024). Druhý dotazník bude vytvořen na základě výzkumných otázek a teoretické části. Každý dotazník bude vyplňován zvlášť v rozmezí několika dní, protože jeden dlouhý dotazník by klienty rozladil a znechutil. Mohlo by se také stát, že by otázky na konci dotazníku už zůstávaly nezodpovězeny. Každý dotazník bude také zvlášť hodnocen. Jen z Dotazníku 2 bude využita otázka č. 1, zjišťující věk dotazovaných i pro hodnocení Dotazníku 1.

Po stanovení cíle výzkumu, výběru výzkumné metody a charakteristice respondentů. Byla popsána také etická pravidla výzkumu, formulovány jednotlivé výzkumné otázky a rozpracován sběr dat. Podle těchto pravidel proběhne výzkum, který bude analyzován a jeho výsledky budou interpretovány v empirické části.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V této kapitole budou pomocí tabulek a grafů představena data z výzkumu a popsáno, co je výstupem výzkumu k jednotlivým výzkumným otázkám. Na základě výsledku výzkumu pak budou formulovány odpovědi na výzkumné otázky.

3.1 Analýza a interpretace získaných dat

V této podkapitole budou představeny výsledky odpovědí respondentů na vybrané otázky z obou dotazníků. Některé odpovědi, budou pouze popsány, u jiných bude kromě slovního popisu i tabulka nebo graf pro lepší znázornění. Na konci podkapitoly budou uvedena zjištění, která lze z výzkumu vyvodit.

Do analýzy dat bylo zařazeno 25 dotazníků. Obsazenost azylového domu se v době výzkumu pohybovala okolo 35 klientů. Dotazník 1 se podařilo vyplnit s 31 klienty. 3 klienti mají problémy se sluchem a další 2 klienti se výzkumu cíleně vyhýbali. Vzhledem k tomu, že je výzkum dobrovolný není možné nikoho nutit. Mezi dotazováním k Dotazníku 1 a Dotazníku 2, proběhl asi měsíc. Za tu dobu 3 klienti ukončili využívání sociální služby azylový dům. Jeden klient byl dlouhodobě hospitalizován v Pasece. A další dva klienti se odmítli dalšího výzkumu zúčastnit.

Nyní představím výsledky výzkumu dle jednotlivých výzkumných otázek. Všechny dotazníky jsem přepsala s pomocí číselných kódů do excelu a poté s jeho pomocí vytvářela tabulky a grafy.

Výsledky výzkumu k první výzkumné otázce

První výzkumná otázka: **Jak respondenti vnímají své zdraví?**

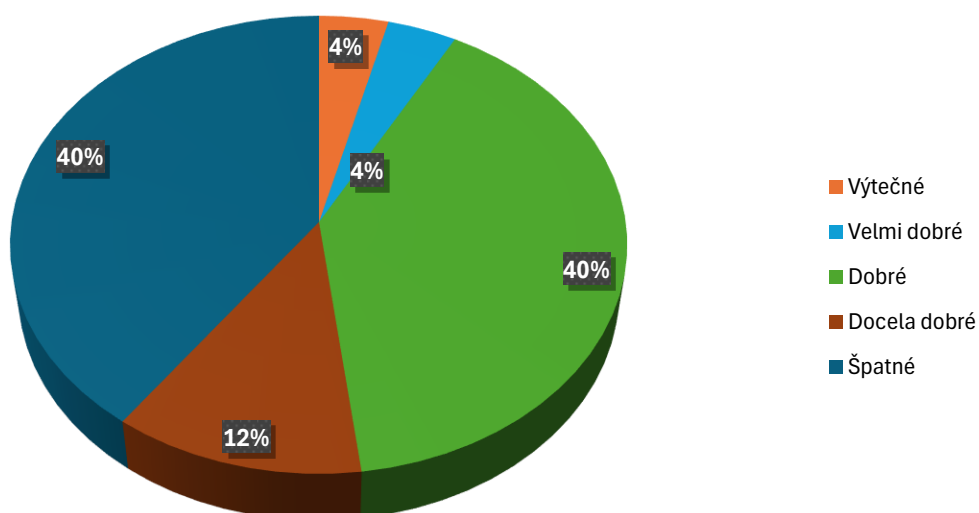
Tato výzkumná otázka sleduje nejprve odpověď na otázku č.1 v Dotazníku 1, která zní: Řekl byste, že vaše zdraví je celkově? Respondenti měli na výběr z možností: výtečné, velmi dobré, dobré, docela dobré a špatné. Následující Tabulka 3 uvádí, kolik dotazovaných si myslí, že jejich zdraví je výtečné, velmi dobré, dobré, docela dobré a špatné.

Tabulka 3 - Vnímání vlastního zdraví respondenty

Stav zdraví	počet respondentů
Výtečné	1
Velmi dobré	1
Dobré	10
Docela dobré	3
Špatné	10

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě tabulky pro lepší přehlednost jsem vytvořila Graf 1, který uvádí četnost odpovědí v procentech.



Graf 1 - Vnímání vlastního zdraví respondenty

Zdroj: Vlastní zpracování

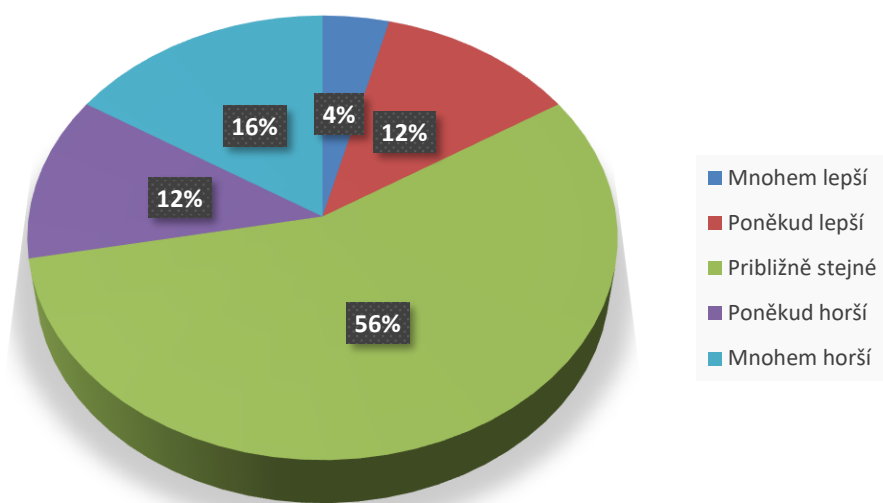
Součástí toho, jak respondenti vnímají své zdraví je i otázka č. 2 v Dotazníku 1, která se ptá, zda se zdraví respondentů ve srovnání před rokem zlepšilo nebo zhoršilo? Četnost odpovědí, uvádí Tabulka 4.

Tabulka 4 - Změna zdraví respondentů oproti stavu před rokem

Změna zdraví	Počet respondentů
Mnohem lepší	1
Poněkud lepší	3
Přibližně stejné	14
Poněkud horší	3
Mnohem horší	4

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě tabulky a pro lepší názornost uvádím i Graf 2, který uvádí zastoupení odpovědí v procentech.



Graf 2 - Změna zdraví respondentů oproti stavu před rokem

Zdroj: Vlastní zpracování

Z odpovědí při vyplňování dotazníků i z praxe na azylovém domě vyplynulo, že klienti azylového domu jako zdraví vnímají hlavně tělesné zdraví. První dotazník zjišťující kvalitu života, byl automaticky nastaven. Pro správné vyhodnocení bylo potřeba zodpovědět všechny otázky. Při vyplňování odpovědí bylo patrné, že pro respondenty není až tak důležité, zda je jejich zdraví omezuje v jízdě na kole nebo ve zvedání těžkých předmětů,

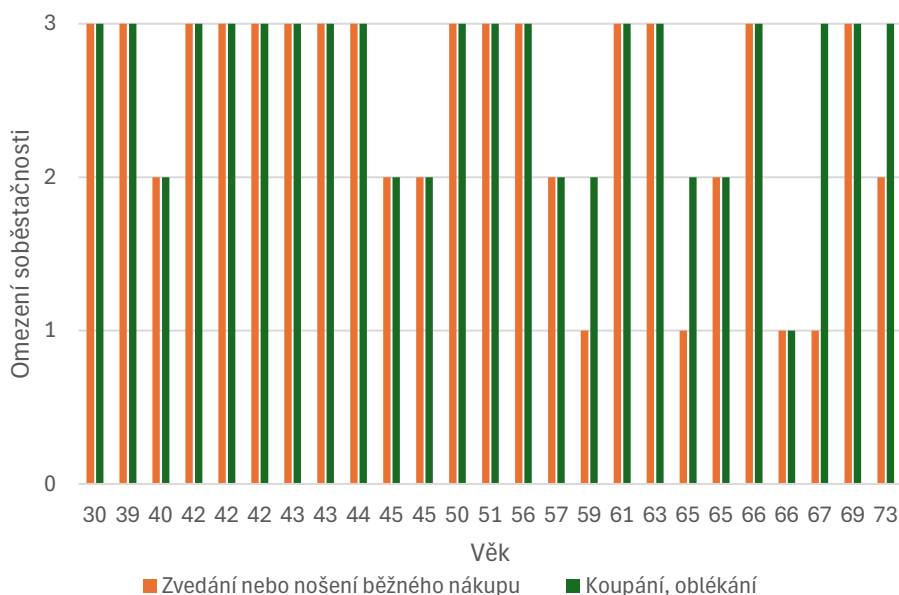
ale pro respondenty bylo důležité, zda si sami zvládnou nakoupit, případně se sami umýt a obléknout. Proto jsem se rozhodla tyto dvě otázky také zpracovat do Tabulky 5.

Tabulka 5 - Soběstačnost respondentů a její omezení

Aktivita	Zdraví mě neomezuje vůbec (3)	Zdraví mě omezuje trochu (2)	Zdraví mě omezuje hodně (1)
Zvedání nebo nošení běžného nákupu	15	6	4
Koupání, oblékání	17	7	1

Zdroj: Vlastní zpracování

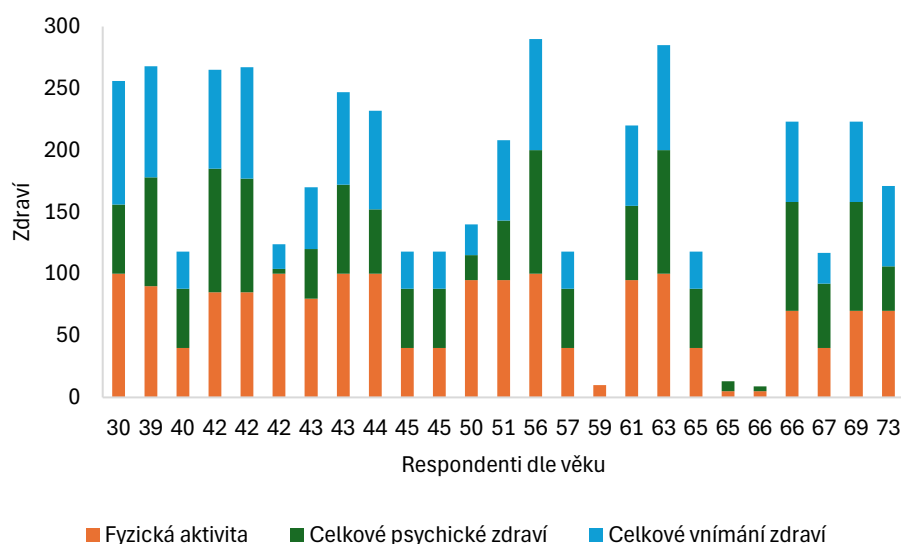
Abych byla schopná určit, jak jsou problémy s obstaráním nákupu, oblékáním a hygienou spojené s věkem, seřadila jsem klienty dle věku a omezení těchto činností vlivem fyzického zdraví jsem zobrazila v Grafu 3. Kdy na ose y odpovídají čísla 1-3 podobně jako v tabulce odpovědím fyzické zdraví mě omezuje hodně (1), přes fyzické zdraví mě omezuje trochu (2), až po fyzické zdraví mě neomezuje vůbec (3).



Graf 3 - Omezení soběstačnosti zdravotními problémy

Zdroj: Vlastní zpracování

Poslední součástí otázky, jaké je zdraví respondentů, je zobrazení fyzické aktivity, celkového psychického zdraví a celkového vnímání zdraví. Součástí vyhodnocení Dotazníku 1, který se zaměřuje na kvalitu života respondentů, je vyjádření všech tří kategorií v procentech. Pro prezentaci výsledků není možné dělat průměry pro různé věkové kategorie nebo zprůměrovat všechny respondenty, tyto výsledky by neměly žádnou vypovídací hodnotu. Proto jsem v Grafu 4 zobrazila výsledky fyzické aktivity, celkového psychického zdraví a celkového vnímání zdraví u každého klienta. Aby bylo možné sledovat rozdílnost těchto hodnot u každého klienta, každá z těchto kategorií může v maximální výši dosahovat sto procent. Pokud je tedy v grafu postavíme na sebe tak maximálně tři sta procent.



Graf 4 - Zdraví respondentů

Zdroj: Vlastní zpracování

Závěr: Můj průzkum ukázal, že respondenti, kteří považují své zdraví za dobré, tvoří stejně velkou skupinu jako respondenti, kteří považují své zdraví za špatné, tyto dvě skupiny jsou osmdesát procent dotázaných. To, jak své zdraví hodnotí klienti se téměř výlučně pohybuje v kategorii dobré, docela dobré a špatné. Své zdraví jako výtečné a velmi dobré hodnotí 2 respondenti z 25 dotázaných.

Co se týče změny za poslední rok, tak nejvíce respondentů 14, se domnívá, že jejich zdraví se ve srovnání se stavem před rokem nezměnilo, další větší skupina 4, si myslí, že jejich zdraví je mnohem horší než před rokem. Dvě stejně velké skupiny po třech klientech

se domnívají, že jejich zdraví je poněkud lepší a poněkud horší, než bylo před rokem, pouze jeden klient si myslí, že jeho zdraví je mnohem lepší než před rokem.

Při zpracování odpovědí na otázky, zda a jak zdraví klientů ovlivňuje schopnost sebeobsluhy, což zahrnovalo schopnost nošení, zvedání nákupů, koupání a oblékání, uvedli nejméně tři pětiny respondentů, že tyto aktivity zvládají bez problémů a jejich zdraví je při vykonávání těchto činností neomezuje. Aby bylo lépe určitelné, koho z respondentů postihuje snížení nebo ztráta soběstačnosti, byly odpovědi na tyto dvě otázky zaznamenány do grafu, ze kterého je možné vyčíst, že omezení a ztráta soběstačnosti respondentů přichází se zvyšujícím se věkem.

Na otázku, jak tedy klienti vnímají své zdraví, lze hledat odpovědi v grafu 4, kde jsou zobrazeny fyzická aktivita, celkové psychické zdraví a celkové vnímání zdraví. Tyto hodnoty se každá mohou pohybovat od nuly do sta procent. Podle výzkumu lze říci, že celkové zdraví je ovlivněno jak fyzickou aktivitou, tak psychickým zdravím a pokud je jedna část nižší, většinou dojde také ke snížení té druhé a projeví se to na celkovém zdraví.

Výsledky výzkumu k druhé výzkumné otázce

Druhá výzkumná otázka: **Jaký je výskyt příznaků duševních onemocnění u respondentů?**

Data pro zodpovězení této výzkumné se nacházejí v Dotazníku 2, otázky č. 2 a č. 3. Otázka č. 2 je vlastně tabulka s vybranými projevy duševních onemocnění a respondenti měli uvést, jak často tyto příznaky na sobě vnímají. Četnost jednotlivých odpovědí uvádí následující

Tabulka 6 - Výskyt příznaků duševních onemocnění u respondentů

Příznaky duševního onemocnění	Nikdy	Někdy	Často	Velmi často	Pořád
Přes den mám smutné myšlenky	8	7	1	3	6
Naději v lepší budoucnost ztrácím	4	6	6	5	4
Pocit, že nic nemá smysl mám	7	7	5	3	3
Zapomínám běžné věci	11	9	3	1	1
Stává se mi, že nevím, co je za den	11	8	2	3	1
Stává se mi, že nevím, kde jsem	20	0	3	0	2
Cítím se přes den v napětí	6	11	2	2	4
Mívám bez příčiny bolesti břicha	12	12	0	0	1
Trápí mě špatné sny	8	12	1	2	2

Málo spím, nemůžu spát v noci	6	9	3	3	4
Zdá se mi, že vidím zvláštní věci, které ostatní nevidí	17	6	1	0	1
Zdá se mi, že slyším hlasy	16	5	3	0	1
Myslel jsem někdy na sebevraždu	14	8	0	2	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku číslo 3, zda se respondenti někdy pokusili o sebevraždu odpovědělo pět klientů, že ano. Což je jedna pětina.

Závěr: Z výzkumu zpracovaného do tabulky 6, lze vyvodit, že nejvíc respondentů, celkem víc jak dvě pětiny, uvádí, že někdy trpí příznaky deprese jako smutné myšlenky, ztráta naděje v lepší budoucnost a pocit, že nic nemá smysl. U těchto příznaků uvádí kolem jedné pětiny klientů, že je pociťují pořád.

Podobně jsou na tom projevy úzkosti – cítím se přes den v napětí, trápí mě špatné sny, málo spím a nemůžu v noci spát, kdy alespoň někdy tyto příznaky pociťují víc jak tři pětiny klientů. Přičemž 16 procent respondentů se pořád cítí v napětí a pořád špatně spí a nemůže v noci spát. Výjimkou ve skupině úzkostných příznaků je bolest břicha bez příčiny, kde jen polovina respondentů uvádí, že jimi trpí někdy a druhá polovina, že nikdy.

Co se týče projevů neurodegenerativního onemocnění téměř tři pětiny klientů zapomínají běžné věci nebo nevědí, co je za den. Co se týče orientace v prostoru, tak jen jedné pětině respondentů se někdy stalo, že nevěděli, kde jsou.

Další část tabulky se dotazovala na možné projevy schizofrenie, jako jsou bludy a halucinace. Víc jak tři pětiny respondentů uvádějí, že nikdy se jim nezdálo, že vidí zvláštní věci a nikdy neslyšeli hlasy.

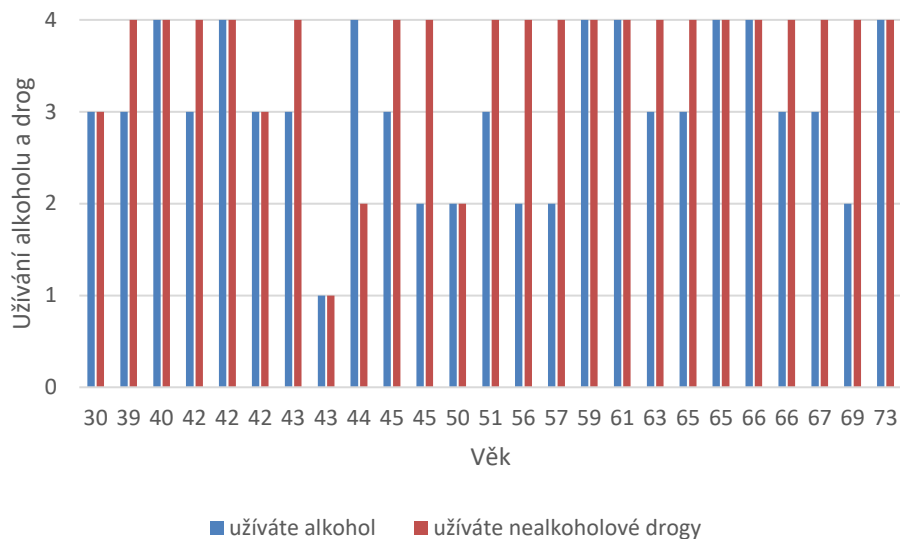
Poslední řádek tabulky a odpověď na otázku 3 se zaměřili na příznaky suicidálního chování. Téměř tři pětiny klientů uvádějí, že nikdy nemysleli na sebevraždu. O sebevraždu se pokusilo pět respondentů z pětadvaceti, což je jedna pětina.

Výsledky výzkumu k třetí výzkumné otázce

Třetí výzkumná otázka: **Jaký je u respondentů výskyt závislosti?**

Otázky č. 4 a č. 6 se ptají respondentů, zda užívají alkohol nebo zda užívali během posledního roku nealkoholové drogy? Možností odpovědí mohlo být 1 ano jsem závislý, 2 ano nadměrně,

3 ano střídě a 4 ne. Následující Graf 5 porovnává odpovědi respondentů ohledně jejich závislosti na alkoholu a nealkoholových drogách podle věku.



Graf 5 - Užívání alkoholu a nealkoholových drog

Zdroj: Vlastní zpracování.

Otázky č. 5 a č. 7 se dotazovaly, jak často má během posledního roku respondent silnou touhu napít se alkoholu anebo užít drogu. Tabulka 7 uvádí, kolik respondentů má tuto touhu každý den, jednou týdně, jednou za měsíc a nemá vůbec.

Tabulka 7- Jak často mají respondenti touhu napít se alkoholu nebo užít drogu

	každý den	jednou týdně	jednou za měsíc	nemám vůbec
Silnou touhu napít se mám alkoholu	7	3	5	10
Silnou touhu užít drogu mám	4	1	1	19

Zdroj: Vlastní zpracování

Podobně je z otázek č. 5 a č. 7 zpracována následující Tabulka 8, která zobrazuje, jestli a jak často se respondenti cítí špatně, pokud neužijí alkohol nebo drogu.

Tabulka 8 - Odpovědi na otázky 5 a 7

	pokaždé	často	někdy	nikdy
Pokud se nenapiji je mi špatně	0	2	4	19
Pokud neužiji drogu je mi špatně	1	3	0	21

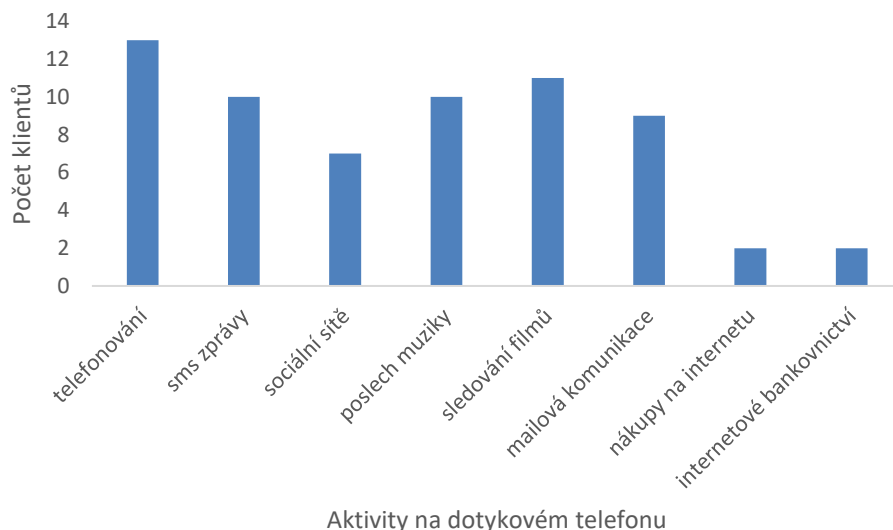
Zdroj: Vlastní zpracování

Závěr: Můj výzkum ukázal, že alkohol užívají respondenti bez rozdílu věku a užívání nealkoholových drog se u respondentů vyskytlo do 50 let a u starších už ne. Závislost na alkoholu uvedl jeden klient, který zároveň jako jediný uvedl závislost na nealkoholových drogách. Užívání alkoholu popírá 8 respondentů, což představuje 32 procent, zbytek alkoholu užívá. Užívání drog popírá 20 klientů, což je 80 procent. Z toho vyplývá, že užívání alkoholu je pro respondenty častější než užívání drog. Silnou touhu napít se alkoholem každý den má 7 respondentů, což je 28 procent, naproti tomu silnou touhu napít se alkoholem nemá dle výzkumu vůbec 76 procent respondentů. U nealkoholových drog jsou čísla uživatelů opět nižší, takže silnou touhu užít drogu každý den uvedli 4 respondenti, což je 16 procent, a touha užít drogu se vůbec nevyskytuje u 76 procent respondentů. Abstinenční příznaky, pokud neužijí alkohol, se vyskytují v 24 procentech případů. U nealkoholových závislostí je to opět méně. To že je klientům špatně, pokud neužijí drogu, uvedli 4 respondenti, což je 16 procent.

Výsledky výzkumu ke čtvrté výzkumné otázce

Čtvrtá výzkumná otázka: **Disponují respondenti technickými dovednostmi pro práci s moderní technikou?**

Na to, zda a k čemu používají respondenti dotykový telefon, tablet a notebook se dotazovaly otázky č. 8-10 Dotazníku 2. Tři pětiny respondentů používají dotykový mobilní telefon. Jaké je zastoupení jednotlivých činností, podle odpovědi v dotazníku uvádí následující Graf 6.



Graf 6 - Používání dotykového telefonu

Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku č. 9 k čemu dotazovaní používají tablet, uvedli jen dva respondenti, že tablet používají, a to pro sledování filmů, poslechu muziky a sledování sociálních sítí. Podobně notebook také používají dva respondenti, a to pro sledování sociálních sítí, poslech muziky, sledování filmů, mailovou komunikaci, nákupy na internetu a internetové bankovníctví.

Závěr: Z mého výzkumu vyplynulo, že 15 respondentů je schopno používat dotykový telefon, což jsou celkem tři pětiny. Nejméně dvě pětiny respondentů používají mobilní telefon k telefonování, posílání SMS zpráv, sledování filmu a poslechu muziky. Méně respondentů 9, používá telefon k mailové komunikaci a ještě méně 7 ke sledování sociálních sítí. Notebooky a tablety používá tak malé množství respondentů, že není relevantní se jím zabývat. Navíc respondenti, kteří uvedli, že jsou schopni pracovat s tabletem nebo notebookem, uvedli také, že umí ovládat i dotykový mobilní telefon.

Výsledky výzkumu k páté výzkumné otázce

Pátá výzkumná otázka: Chtěli by respondenti řešit své problémy v oblasti duševního zdraví spojením s odborníkem formou telemedicín?

Data pro zodpovězení této výzkumné otázky je nutné hledat v odpovědích na otázky č. 11-17 Dotazníku 2. Začnu otázkami č. 11, 12 a 13. Máte svého psychiatra, kterého pravidelně navštěvujete? Uvažoval jste, že byste kvůli svým psychickým obtížím vyhledal pomoc psychiatra? Pokud byste potřeboval pomoc psychiatra, bylo by pro vás přijatelné využít nového

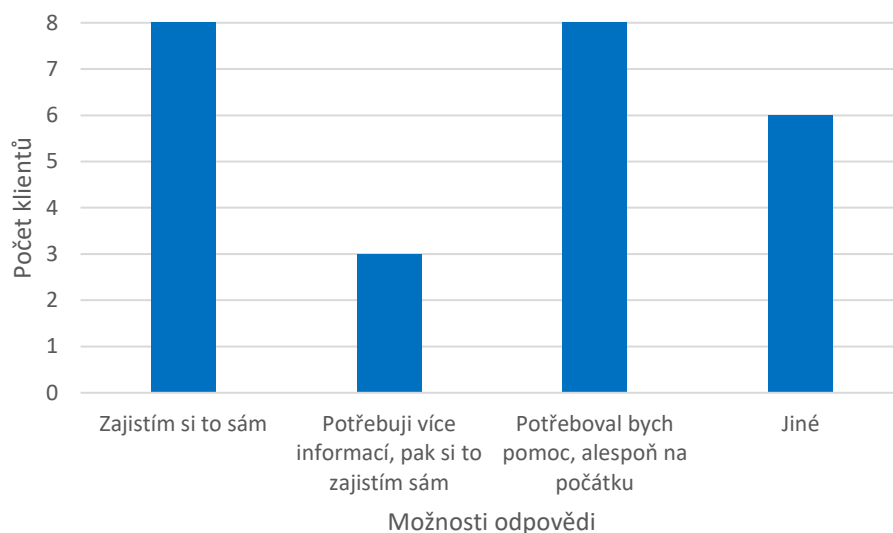
způsobu poskytování lékařské péče na dálku přes internet? Na všechny tři otázky bylo možné odpovědět ano nebo ne. Četnost jednotlivých odpovědí uvádí následující Tabulka 9.

Tabulka 9 - Odpovědi na otázky 11, 12 a 13

	Ano	Ne
Máte svého psychiatra, kterého pravidelně navštěvujete?	8	17
Uvažoval jste, že byste vyhledal psychiatra?	12	13
Využil byste pro kontaktování psychiatra nového způsobu lékařské péče přes internet?	13	12

Zdroj: Vlastní zpracování

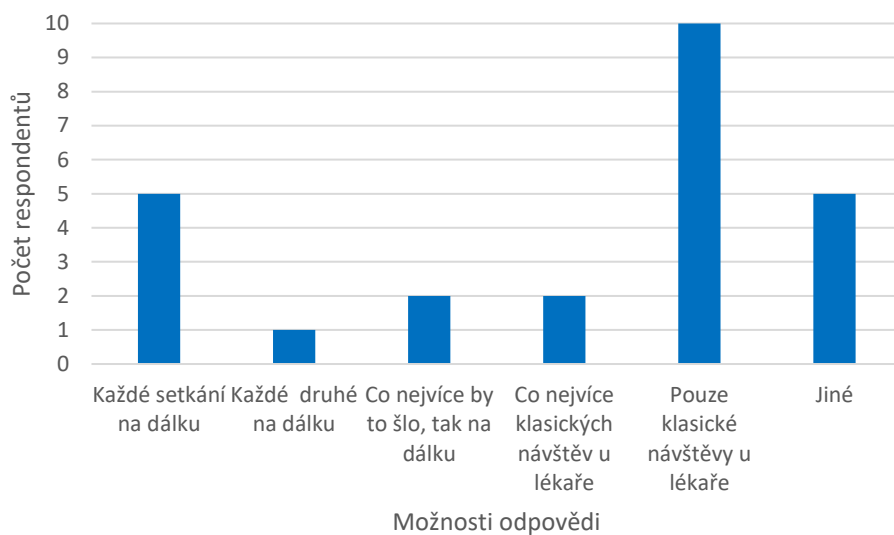
Otázka č.14 zjišťuje, pokud by se respondent rozhodl pro setkání s psychiatrem na dálku, zda je schopen si tuto schůzku zajistit sám nebo kdo by to měl zajišťovat? Četnost jednotlivých odpovědí uvádí následující Graf 7.



Graf 7 - Zajištění kontaktu s psychiatrem na dálku

Zdroj: Vlastní zpracování

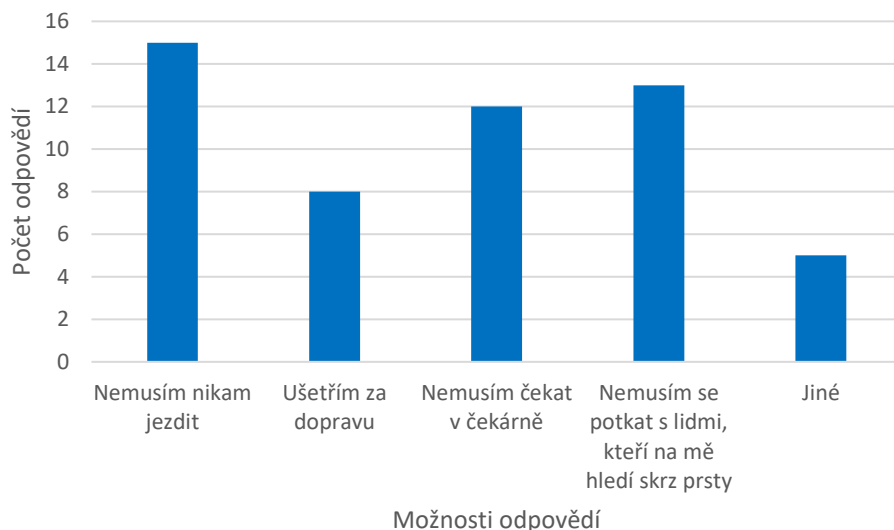
Otázka č. 15 se snaží zjistit, jaká je pro respondenty nejlepší kombinace setkání s psychiatrem na dálku a v klasické ordinaci. Četnost jednotlivých odpovědí uvádí následující Graf 8.



Graf 8 - Kombinace návštěv u psychiatra v ordinaci a na dálku

Zdroj: Vlastní zpracování

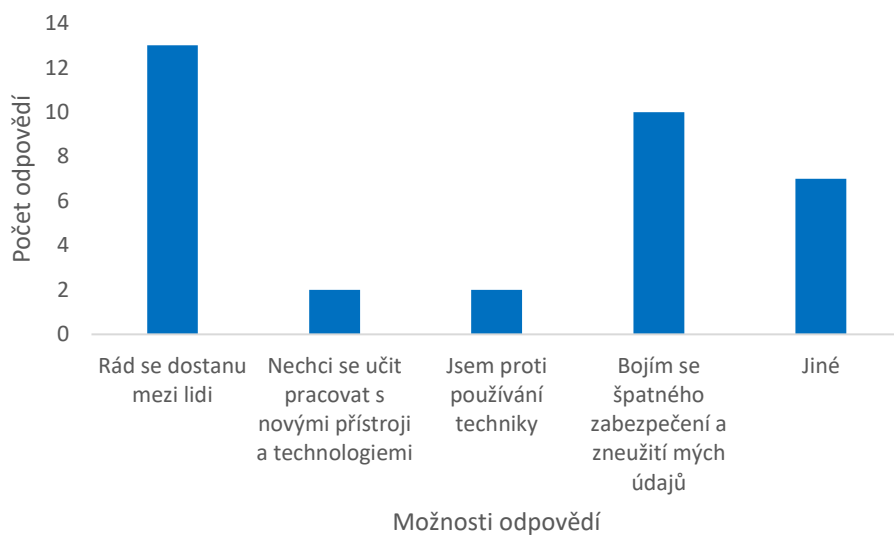
Otázka č.16 zjišťuje, co respondenti považují za klady, které by byli podpořili respondenta v rozhodnutí komunikovat s lékařem na dálku. Počet odpovědí uvádí následující Graf 9.



Graf 9 - Pozitiva komunikace s lékařem na dálku

Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka 17 zjišťuje, co u respondentů nejvíce rozhoduje pro zvolení varianty návštěvy psychiatra v klasické ordinaci. Přehled výsledků uvádí následující Graf 10.



Graf 10 - Argumenty rozhodující pro návštěvu psychiatra v ordinaci

Zdroj: Vlastní zpracování

Závěr: Z mého výzkumu vyplynulo, že 17 respondentů nemá svého psychiatra, což je víc jak tři pětiny. 12 respondentů uvažovalo, že by vyhledalo pomoc psychiatra, což je téměř polovina, a 13 dotazovaných by využilo ke kontaktu s lékařem spojení na dálku formou telemedicíny. Co se týče zajištění online konzultace, 8 respondentů by bylo schopno si zajistit vše samo a stejný počet dotázaných by potřebovalo pomoc, nejlépe alespoň ze začátku. Na otázku č. 15 odpovědělo 10 dotázaných, že by upřednostnilo pouze klasické návštěvy u lékaře a 5 respondentů by chtělo každé druhé setkání na dálku. U kladů, které mluví pro využití psychiatrie na dálku, je počet odpovědí mezi 8 a 15 hlasy téměř stejný pro všechny 4 možnosti. Mezi argumenty rozhodujícími pro klasickou návštěvu u lékaře v ordinaci převládá názor respondentů, že se rádi dostanou mezi lidi v 13 případech a pak to, že se dotazovaní obávají špatného zabezpečení a nedostatečné ochrany dat v 10 případech. V otázkách č. 14–17 byla jako jedna z možností odpovědi jiné a možnost upřesnění dopsáním. Respondenti, pokud tuto možnost uvedli tak většinou proto, aby uvedli, že psychiatra nepotřebují a až ho budou potřebovat, pak teprve to budou řešit.

V této kapitole jsou výsledky výzkumu shrnuty do tabulek a grafů. Za těmito výstupy je u každé výzkumné otázky zpracován závěr, který uvádí, co lze z výsledků výzkumů usuzovat a jak je možné je interpretovat. Následuje kapitola, ve které na základě výsledků výzkumů budou formulovány odpovědi na výzkumné otázky.

3.2 Odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole budou zjištěné výsledky výzkumu přeformulovány v odpovědi na výzkumné otázky.

Odpověď na první výzkumnou otázku

První výzkumná otázka: **Jak respondenti vnímají své zdraví?**

Nejvíce klientů azylového domu vnímá své zdraví jako dobré a stejně velká skupina jako velmi špatné. Lze říct, že většina klientů se pohybuje na škále od velmi špatného po dobré zdraví. Zdravotní stav dotazovaných se za poslední rok nezměnil nebo téměř nezměnil. Při vyplňování dotazníků bylo patrné, že pokud respondenti přemýšlejí o svém zdraví, tak většinou pod tímto pojmem vnímají pouze zdraví fyzické.

Pro klienty azylového domu, kde probíhal výzkum, je důležité, aby byly schopní soběstačnosti a sebeobsluhy, jako je oblékání, vykonávání hygieny a zajištění jídla, protože azylový dům tyto služby neposkytuje a není schopen je ani zajistit. Proto bylo mezi vyhodnocení otázky zdraví

zahrnuto i to, jestli zdravotní stav respondenta omezuje jeho soběstačnost a jak. Klienti, které jejich zdravotní stav omezuje v nošení nákupu, oblékání nebo koupání jsou sice v menšině, ale vyskytují se mezi respondenty. Snížení a omezení soběstačnosti a sebe obslužnosti přichází se zvyšujícím se věkem.

Při porovnání fyzické aktivity, celkového psychického zdraví a celkového zdraví nelze jednoznačně říci, jestli jsou respondenti více či méně zdraví. Celkové zdraví i jeho jednotlivé složky jsou natolik individuální a u každého klienta natolik rozdílné, že je nelze zprůměrovat. Ve všech třech sledovaných kategoriích lze najít respondenty s hodnotou blížíící se nule nebo nula a stejně tak tam lze najít klienty jejichž zdraví je stoprocentní. Stav fyzického, psychického i celkového zdraví není vázán na věk respondentů.

Odpověď na druhou výzkumnou otázku

Druhá výzkumná otázka: **Jaký je výskyt příznaků duševních onemocnění u respondentů?**

Dle výsledků výzkumu se nejčastěji u respondentů vyskytují příznaky depresivních a úzkostných poruch, přičemž největší skupina respondentů pociťuje příznaky depresivních onemocnění často až pořád. Zatímco u úzkostných poruch velká část respondentů, pokud je příznává, uvádí, že příznaky pociťuje pak jenom někdy.

Příznaky neurodegenerativních chorob uvádí mnohem méně respondentů než deprese nebo úzkosti, a to ještě většina respondentů uvádí, že má tyto příznaky jen někdy.

Nejméně klientů uvádí, že alespoň někdy na sobě pozorovali příznaky schizofrenie nebo suicidálního chování. Přesto příznaky těchto velice závažných onemocnění pociťovala, alespoň někdy třetina klientů. U suicidálních sklonů, kromě myšlenek i pět respondentů v minulosti pokusilo o sebevraždu.

Odpověď na třetí výzkumnou otázku

Třetí výzkumná otázka: **Jaký je u respondentů výskyt závislostí?**

Závislosti jsou řazené mezi duševní onemocnění, ale u lidí bez domova se často vyskytuje komorbidita, že kromě duševního onemocnění trpí ještě i závislostí, proto jsou závislosti posuzovány samostatně. Na otázku, jak často užívá alkohol, pouze jeden klient uvedl, že je závislý na alkoholu, tento klient zároveň jako jediný uvedl, že je závislý na nealkoholových drogách.

Kromě závislosti výzkum také zjišťoval užívání alkoholu i nealkoholových drog, protože ne všichni klienti mají nad svou závislostí náhled a přiznávají si ji. Nadměru užívá alkohol 5 klientů a 2 klienti nadměru drogy. Většina klientů, kteří užívají alkohol, uvádí, že jej užívají střídavě. Drogy užívají střídavě 2 klienti. V porovnání užívání vzhledem k věku jsou drogy užívány do 50 let věku a alkohol užívají klienti napříč věkem. Drogy jsou dle výzkumu méně často užívány než alkohol. Silná touha napít se alkoholem se někdy objevuje u třech pětina respondentů. Silnou touhu užít drogu nemají téměř čtyři pětina klientů. Abstinenční příznaky, že pokud neužijí alkohol, tak je jim špatně, uvádí jen asi pětina klientů. U drog klienti, kterým je špatně, pokud neužijí drogu, tvoří 16 procent.

Odpověď na čtvrtou výzkumnou otázku

Čtvrtá výzkumná otázka: **Disponují respondenti technickými dovednostmi pro práci s moderní technikou?**

Jednou z překážek pro užívání telemedicíny lidmi bez příštřeší by mohlo být, že tito lidé neumějí pracovat s potřebnou technikou. Ze tří přístrojů, jako je dotykový mobilní telefon, tablet a notebook, které byly uvedeny při šetření, nejvíce respondentů uvedlo, že umí nějak pracovat s dotykovým telefonem, a to 15 klientů z 25 dotázaných. Nejvíce 13 klientů používá telefon k telefonování, okolo 10 klientů umí psát SMS zprávy, sleduje na telefonu filmy a poslouchá muziku. Maily vyřizuje po telefonu 9 respondentů. Sociální sítě sleduje 7 klientů azylového domu. Užívání tabletu a notebooku uvedli 2 respondenti z 25, což je zanedbatelný počet. Tito uvedli, že umí používat také mobilní telefon. Používání dotykového telefonu nesouvisí s věkem klientů, ze zkušenosti autorky práce spíše se vzděláním. Při dotazování klienti uváděli, že s mobilním telefonem neumí, ale rádi by se to naučili, pokud by je to někdo naučil.

Odpověď na pátou výzkumnou otázku

Pátá výzkumná otázka: **Chtěli by respondenti řešit své problémy v oblasti duševního zdraví spojením s odborníkem formou telemedicíny?**

Na úvod části dotazníku, zaměřené na ochotu klientů řešit své duševní problémy formou telemedicíny, je dotaz, zda již mají klienti svého psychiatra, kterého pravidelně navštěvují. Na tuto otázku odpovědělo 8 klientů, že ano. Téměř polovina dotázaných uvedla, že už uvažovala, že by vyhledali pomoc psychiatra, mezi těmito respondenty, jsou však i někteří, ti co už psychiatra mají a navštěvují. K setkání s psychiatrem by setkání na dálku využilo 13 dotazovaných z 25. Co se týče zajištění, 8 respondentů by si vše domluvilo

a zajistilo samo a 8 klientů by chtělo pomoci, alespoň ze začátku. Otázku, jak by si respondenti představovali kombinovat návštěvu u psychiatra v ordinaci a na dálku pomocí telemedicíny, někteří klienti asi nepochopili, protože nejvíce a 10 respondentů uvedlo, že pouze návštěvy v ordinaci a 5 respondentů by chtělo každé druhé setkání na dálku. Mezi pozitiva, která mluví pro využívání telemedicíny, jsou možnosti jako nemusím nikam jezdit, nemusím čekat v čekárně a nemusím se potkat s lidmi, kteří se na mě dívají skrz prsty zhruba na stejné úrovni mezi 12–15 hlasy. Nejméně je pro 8 respondentů výhodou, že ušetří za dopravu. U otázky, co by respondenty přesvědčilo pro klasickou návštěvu u lékaře, se 13 respondentů rádo dostane mezi lidi a 10 dotazovaných se bojí špatného zabezpečení a zneužití citlivých údajů.

4 DISKUSE

V předchozí části byly popsány výsledky empirického výzkumu a vyvozeny odpovědi na výzkumné otázky. V této kapitole se budu snažit shrnout výsledky výzkumu a jejich vazbu na cíl bakalářské práce.

Cílem práce bylo zjistit, jaký je zájem klientů řešit své duševní problémy a zda by pro ně byla přijatelnou cestou pomoc psychiatra prostřednictvím telemedicíny.

Duševní zdraví je důležitou součástí celkového zdraví. Tělesné a duševní zdraví se vzájemně ovlivňují. Mnohdy potíže v oblasti psychického zdraví souvisí se zraněním nebo omezením v oblasti tělesné. A jindy problémy v oblasti fyzického zdraví jsou důsledkem psychického onemocnění. Proto jsem u respondentů nejprve zjišťovala, jak vnímají své zdraví celkově.

Veverková et al. (2020) uvádí, že při jejich výzkumu prováděném mezi bezdomovci v Praze 59 % respondentů považovalo svůj zdravotní stav za dobrý, 29 % uvádělo drobné až středně vážné zdravotní problémy a 12 % vnímá své zdravotní problémy jako vážné.

U klientů azylového domu, kteří vyplnili dotazník mého výzkumu, vnímá 40 % své zdraví jako dobré, 12 % docela dobré a 40 % jako špatné, zbývajících 8 % považuje své zdraví za velmi dobré a výtečné. To, že více respondentů při výzkumu uvedlo, že jejich zdraví je špatné, může souviset s věkem. Na azylovém domě je velká skupina klientů, kteří svým věkem spadají spíše do nějakého zařízení pro seniory, ale vzhledem k tomu že nemají starobní důchod ani rodinu, tak jim nezbyvá jiné řešení než azylový dům.

Charita Olomouc (Charita Olomouc a, 2024) sice provozuje dva domy pro osoby se sníženou soběstačností, které by byly pro tyto klienty řešením, ale vzhledem k počtu bezdomovců, kteří by tuto službu potřebovali, je kapacita nedostačující. Všichni klienti azylového domu, kteří mají o tuto službu zájem, mají podanou žádost a jsou v pořadníku, ale zájemců je hodně a pořadí klientů se posouvá pomalu. Proto často klienti i se sníženou soběstačností, čekají na místo v domově svaté Anežky nebo v domově svatých Kosmy a Damiána na běžném azylovém domě.

Při dotazníkovém šetření bylo patrné, že respondenti výzkumu vnímají pod pojmem zdraví hlavně zdraví fyzické. Někteří uváděli: „No bolí mě ty nohy, ale jinak mám zdraví dobré“ jiný respondent uvedl: „Teď jsem měl celý měsíc chřipku, tak to nestálo za nic, ale jinak dobré“ a podobně. Nikdo z klientů neuvedl, moje zdraví je špatné, protože mám deprese nebo proto, že jsem závislý na alkoholu.

Jak jsem už uvedla, respondenti si primárně neuvědomují, že součástí jejich zdraví je i jejich duševní zdraví. Pokud jsem se ve výzkumu zaměřila na tuto součást zdraví respondentů a dotazovala na příznaky duševních onemocnění, tak nejvíce klienti pociťují příznaky depresivních a úzkostných poruch. U depresí se tyto příznaky projevují nejen někdy ale i často, velmi často nebo pořád, a to celkem u 75 respondentů. U úzkostných poruch se příznaky, pokud se vyskytnou, tak se většinou objeví jen někdy, a to celkem u necelých 60 %. Vzhledem k tomu, že mezi klienty azylového domu, dlouhodobě převládají klienti seniorského věku, jsem mezi příznaky duševních onemocnění zahrнула i možné příznaky počínající neurodegenerativní choroby. Zapomenout běžné věci nebo co je za den, se stává, alespoň někdy více jak polovině klientů. Že by nevěděli, kde jsou se klientům téměř nestává. Příznaky neurodegenerativní choroby alespoň někdy pociťuje 44 % respondentů. Příznaky schizofrenie pociťuje 54 % respondentů, naštěstí ve většině případů jen někdy. A suicidální myšlenky mělo 44 % respondentů naštěstí také jen někdy. Jedna pětina respondentů se v minulosti pokusila o sebevraždu.

Veverková et al. (2020) uvádí, že mezi bezdomovci příznaky deprese uvedla téměř polovina respondentů a příznaky neurodegenerativních chorob uvedlo 30 procent.

Když porovnám výsledky z výzkumu v této bakalářské práci s výsledky výzkumu Veverkové et al. (2020), tak výskyt příznaků těchto dvou onemocnění je o polovinu vyšší. Což mě jen utvrdilo v tom, že azylový dům, kde pracuji je specifický a duševním onemocněním tam trpí velká část klientů, což bylo největším impulsem pro hledání cesty, jak těmto lidem pomoci.

Závažnější psychické problémy se vyskytují u víc jak třetiny bezdomovců ve středním věku. Bezdomovci, u kterých se vyskytují nějaké psychické problémy, často aby zmírnili jejich projevy, užívají drogy nebo nadměrně konzumují alkohol (Vágnerová et al., 2018).

Proto i součástí mého výzkumu bylo několik otázek zaměřujících se na závislosti. Jeden klient uvedl, že je závislý na alkoholu i na drogách. Počet respondentů, kteří užívají alkohol je mnohem vyšší než počet uživatelů drog. Alkohol užívají respondenti bez rozdílu věku, zatímco drogy jen do věku 50 let. Marek et al. (2012) uvádí, že drogy užívají mladí bezdomovci do 30 let. V našem výzkumu se tato hranice posunula o 20 let výše, ale pořád to odpovídá tomu, že v době mládí dnešních padesátníků nebyly drogy tolik dostupné jako dnes. Dostupný byl i v té době alkohol.

V mém výzkumu uvádí velká část respondentů, že jej užívá střídavě. K jakémukoliv užívání drog se přiznala jen malá část respondentů. Z praxe na azylovém domě, mohu říci, že tyto výsledky výzkumu neodpovídají realitě. Množství klientů závislých na alkoholu je mnohem vyšší. To, že mají pocit, že nejsou závislí, může být způsobeno tím, že nemají nad svou závislostí náhled a sami si ji nechtějí připustit. Někteří klienti již absolvovali protialkoholní léčbu,

tak mohou mít pocit, že ve srovnání před léčbou pijí mnohem méně. Důvodem k nepravdivým odpovědím může být také obava, že já jako zaměstnanec azylového domu, informaci o závislosti klienta zneužiji nebo budu klienta nálepkovat. Nemusím zdůrazňovat, že abych zjistila, jak to má klient se závislostí, nepotřebuji dotazník. I množství klientů užívajících drogu je mnohem vyšší, než jsem zjistila při výzkumu. U závislostí i u ostatních duševních onemocnění, pokud respondent nezíská náhled a nepřipustí si, že má problém, který by měl řešit nebo jej nechce řešit, tak není možné mu pomoci. Nikoho není možné nutit, aby se léčil.

Pomoci respondentům k rozhodnutí svou situaci řešit by mohla spolupráce azylového domu s peer pracovníky z řad duševně nemocných a závislých, kteří už mají kontrolu nad svou nemocí. V Praze už v roce 2020 plánovali, že by každá pražská část měla mít svého terénního peer pracovníka v oblasti psychiatrie (Korcová, 2020). Terénní peer pracovník je součástí týmu Centra duševního zdraví Olomouc (Centrum duševního zdraví Olomouc, 2024), ale jeden pracovník na tak velké město je málo. Šupková (2007) uvádí, že sociální pracovníci v azylových domech, by chtěli, aby azylové domy kromě psychologů spolupracovali i s psychiatry. Myslím si, že spolupráce s peer pracovníky by byla lepší, protože ti si často lépe získají důvěru klienta. Psychiatři jsou navíc velice časově vytížení, takže nejprve by peer pracovník pracoval s klientem a pomohl mu najít cestu, jak své onemocnění řešit, a teprve pak by mohl klient využít služeb psychiatra, pokud by mu to vyhovovalo i prostřednictvím telemedicíny.

Cílem práce bylo také zjistit, zda by respondenti při řešení svého duševního zdraví využili pro kontaktování psychiatra telemedicínu. 8 klientů z 25 uvedlo, že už má svého psychiatra, téměř polovina klientů uvedla, že by chtěla své problémy řešit návštěvou psychiatra. A nesmyslně o jednoho respondenta více by využilo kontaktování lékaře na dálku prostřednictvím telemedicíny. Tady došlo ke špatnému nastavení dotazníku, respondenti, kteří již mají svého psychiatra, už neměli dále odpovídat. Pak by počet těch, co chtějí svůj zdravotní stav řešit návštěvou psychiatra, byl 6 respondentů. Ti, co zatím ještě nechtějí komunikovat s psychiatrem, již opět dále neměli odpovídat. Pak by počet respondentů, kteří jsou ochotni pro kontaktování psychiatra pomocí telemedicíny byl 4. Není to mnoho z 25, ale pokud by se Národní telemedicínské centrum Fakultní nemocnice Olomouc rozhodlo vyzkoušet poskytování psychiatrie formou telemedicíny, tak na pilotní odzkoušení by to stačilo. Navíc si myslím, že pokud by se respondenti přímo seznámili s tím, jak telemedicína funguje, tak by si pozitivní zkušenosti velice rychle sdělili a došlo by k většímu zájmu.

Z výzkumu dále vyplynulo, že v současnosti nejvíce klientů by chtělo všechny návštěvy u lékaře v ordinaci. Tam pravděpodobně došlo k nepochopení otázky, neboť měli opět odpovídat jen ti, co mají o telemedicínu zájem. Z pozitiv setkání na dálku nejméně klientů uvedlo,

že ušetří za dopravu, možná chodí pěšky nebo za dopravu neplatí, proto to není pro ně důležité. Z kladů návštěvy lékaře v ordinaci je pro klienty nejdůležitější to, že se dostanou mezi lidi a pak také obava ze špatného zabezpečení osobních údajů a možnost jejich zneužití, pokud by využili telemedicínu.

Ke spojení s lékařem na dálku je zapotřebí umět používat moderní techniku, což by pro víc jak polovinu respondentů nebylo problémem. Lze předpokládat, že ti klienti, kteří neumí ovládat dotykový telefon nebo tablet, by buď volili návštěvu lékaře v ordinaci nebo by požádali někoho o pomoc.

4.1 Limity výzkumu

Limity výzkumu jsou omezení, která provázela výzkum a mohla jej nějakým způsobem ovlivnit. Prvním omezením mého výzkumu byla nízká reprezentativnost výzkumu. 25 dotazníků z možných 48 klientů azylového domu, je polovina. Na azylové domě v době šetření pobývalo něco přes třicet klientů, i když jsem se snažila realizovat dotazník s každým klientem, tak to z různých důvodů nebylo možné. Například jsem strávila celé odpoledne při vyplňování dotazníku a rozhovoru se suicidálním klientem a za 14 dní odmítl druhou část dotazníku vyplnit. Mám si jej prý vyplnit sama. Větší reprezentativnosti výzkumu, by se dosáhlo, pokud by se výzkum prováděl na více azylových domech.

Druhým omezením výzkumu bylo omezení na region, jiných výsledků by pravděpodobně bylo dosaženo, pokud by se dotazník vyplňoval s klienty azylového domu v Praze nebo naopak někde v malém městě.

K dalším limitům výzkumu patřila citlivost až intimita tématu duševního onemocnění, kdy respondenti nechtěli o tomto tématu mluvit. Snažila jsem se při šetření vytvářet ovzduší důvěry, nikoho do výzkumu nenutit, pokud nechtěl a klientům jsem zdůrazňovala, že dotazník je anonymní a nikde nebudou uvedeny jejich údaje. A že dotazník potřebuji pro potřeby své závěrečné práce a jejich odpovědi nezneužiji.

Obavy ze stigmatizace, pokud přiznají duševní onemocnění byly dalším omezením mého výzkumu. Opět jsem respondentům zdůrazňovala, že ani já si nepamatuji co mi kdo v dotazníku sdělil a nebudu to sdělovat dalším pracovníkům azylového domu ani já nemám zájem tyto informace v budoucnu vytáhnout. Také jsem klientům zdůrazňovala, že pokud mají závažné psychické potíže nebo problémy s alkoholem či drogou, tak by je měli řešit a návštěva psychiatra není žádnou ostudou.

Dalším limitem by se mohlo zdát to, že jsem zaměstnanec azylového domu a většina klientů mě zná, proto se budou obávat spolupráce. Ale spíše opak byl pravdou. Jako člověk klientům

známý jsem měla získala mnohem více respondentů, než kdyby se mezi klienty pohybovala neznámá osoba.

Jsem si vědoma těchto limitů mého výzkumu a snažila jsem se je nejvíce minimalizovat.

5 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala zdravím klientů azylového domu pro muže Magistrátu města Olomouce a ochotou klientů této sociální služby řešit své psychické problémy za použití telemedicíny.

Bylo pro mne důležité zvolit si téma, které bude mít význam pro praxi a pro mou další práci sociálního pracovníka. Vzhledem k tomu, že mezi klienty azylového domu se velice často setkáváme s tím, že tito lidé vykazují příznaky duševního onemocnění, které jim velice znesnadňuje život a sociálním pracovníkům ztěžuje práci, hledala jsem cesty jak těmto lidem pomoci. Nejprve se jako cesta jevílo využívání služeb centra duševního zdraví, ale jeho kapacity byly velice brzy obsazeny. Tak velké město jako je Olomouc, by potřebovalo několik takových center. Další možností je nabídnout klientům možnost psychiatrické péče formou telemedicíny. Původně se moje bakalářská práce měla zaměřit ve spolupráci s Telemedicínským centrem Fakultní nemocnice Olomouc na vyzkoušení telepsychiatrie na azylovém domě, ale nakonec byla zvolena cesta výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, zda si klienti azylového domu uvědomují své duševní onemocnění, jsou připraveni své problémy řešit kontaktováním psychiatra a zda by byli ochotni ke komunikaci s lékařem formou telemedicíny.

Bakalářská práce je rozdělena do tří částí: teoretické, metodické a empirické. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů, typologií a příčinami ztráty střechy nad hlavou. Dále popisuje možnosti sociální práce s lidmi bez domova a s lidmi trpícími duševním onemocněním. Součástí teoretické části je i seznámení s tím, co brání lidem bez domova, aby se jim dostalo lékařské péče, a jaké zdravotní problémy se nejčastěji u bezdomovců vyskytují. Důvodem ke zvolení tématu bakalářské práce byl častý výskyt duševních onemocnění u klientů azylového domu a snaha najít pro tyto lidi pomoc. Proto součástí teoretické části je i popis příznaků duševních onemocnění, která se nejčastěji u bezdomovců vyskytují.

Telemedicína jako poskytování lékařské péče na dálku našla využití hlavně během pandemie covid 19, ale dobré zkušenosti s tímto způsobem poskytování péče podporují její rychlejší a intenzivnější zavádění. Telepsychiatrie, což je telemedicína v psychiatrii, by mohla umožnit klientům azylového zprostředkovat péči psychiatra, pokud o ni budou mít zájem. Součástí teoretické části je tedy i kapitola věnovaná telepsychiatrii, její výhody, nevýhody a zkušenosti z jiných zemí s poskytováním telepsychiatrie lidem bez domova.

V metodické části je uvedeno, že cílem práce je zjistit, jaký je zájem klientů azylových domů řešit své duševní problémy, a zda by pro ně byla přijatelnou cestou pomoc psychiatra

prostřednictvím telemedicíny. Pro získání dat byla použita kvantitativní strategie, konkrétně dvě dotazníková šetření s tazatelem. V rámci metodické části bylo stanoveno 5 výzkumných otázek, které vycházely z cíle výzkumu a teoretické části práce.

Empirická část práce se byla tvořena výzkumem samotným, tj. dotazníkovými šetřeními a analýzou získaných dat. Poté byly interpretovány výsledky a zodpovězeny výzkumné otázky.

Zjistila jsem, že zdravotní stav klientů je horší, než uvádějí podobné výzkumy v populaci bezdomovců, a to může být způsobeno velkým počtem klientů v seniorském věku. Co se týče vnímání zdraví, tak většina klientů, pokud mluví o zdraví, tak má na mysli zdraví fyzické. Velká část klientů má nějaké příznaky duševního onemocnění nebo je závislá na alkoholu či jiných drogách. Klienti si buď tyto nemoci neuvědomují, nebo jsou s nimi již natolik zžití, onemocnění jsou jejich součástí, že je ani nenapadne je řešit. Pro velkou část klientů je také označení, že mají příznaky duševního onemocnění stigmatizující, a proto slovo psychiatr v nich vyvolává odpor. Výskyt duševních onemocnění u respondentů je vyšší než u podobných výzkumů. Opět to může být způsobeno tím, že vzhledem k volné kapacitě jsou na azylový dům přijímáni klienti, kteří pro svůj věk nebo psychické onemocnění, patří na jiné zařízení (chráněné bydlení, domy pro osoby se sníženou soběstačností, domovy pro seniory).

Co se týče závislostí, tak výzkum ukázal určitě menší výskyt, než je skutečnost, což opět může být způsobeno tím, že klienti nemají na svoje onemocnění náhled nebo téma závislosti i psychického onemocnění je pro klienty natolik soukromé, že pro ně mohlo být těžké mluvit o těchto tématech se zaměstnancem azylového domu. Respondenti se také mohli obávat, že když přiznají závislost, tak by mohli přijít o ubytování.

Pro spojení s lékařem na dálku je zapotřebí umět pracovat s technikou, jako je dotykový telefon. Pokud by to klienti neovládali, mohlo by to být pro ně překážkou pro využívání telemedicíny. Výzkumem bylo zjištěno, že pro víc jak polovinu respondentů je používání dotykového mobilního telefonu běžnou součástí jejich života. Aktivity na dotykovém telefonu nejsou vázány na věk, ze zkušenosti vím, že spíš souvisí se vzděláním a potřebou komunikovat s okolním světem.

Při stanovení tématu a cíle práce jsem se domnívala, že telemedicína vyřeší nedostupnost psychiatrické péče pro klienty azylového domu, a hlavně bude řešením pro klienty, u kterých ještě nebylo onemocnění diagnostikováno a nemají svého psychiatra. Do výzkumu byly zařazeni i klienti, kteří už svého psychiatra mají, a toto potom ovlivnilo výsledky. Hlavně jsem si neuvědomila, že pomáhat můžu jen tomu, kdo o to stojí. Pokud si respondenti neuvědomují své onemocnění a nedospěli k tomu, že by ho chtěli řešit, je psychiatr ať už v ordinaci, nebo telepsychiatr bezmocný. Jsem proto ráda, že nedošlo na zkušební provoz poskytování psychiatrie klientům azylového domu formou telemedicíny. Nejprve je nutné

pomoci klientům uvědomit si zdravotní potíže psychického rázu, třeba prostřednictvím peer pracovníka nebo sociální pracovníka azylového domu. Poté, co si klient uvědomí své onemocnění a bude ho chtít řešit, se může rozhodnout pro klasickou medicínu nebo telemedicínu. Tento kontakt si pak zajistí sám nebo může někoho požádat o pomoc.

Telemedicína, a hlavně telepsychiatrie má velkou budoucnost a bude velkým přínosem pro lékaře, kterým umožní poskytovat péči s nekonečnými možnostmi rozvoje individuálního přístupu pro jakýkoliv typ poruchy nebo pacienta (Bran, 2021).

Provedením výzkumu a zpracováním bakalářské práce můj zájem o poskytování psychiatrické péče lidem bez domova nekončí. Pokud by se Telemedicínské centrum Fakultní nemocnice Olomouc rozhodlo uskutečnit pilotní projekt poskytování telepsychiatrické péče lidem bez domova, určitě chci být u toho.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Armáda spásy. (2024). *Pouliční medicína*. <https://armadaspasy.cz/pomahame-vam/zdravotni-pece/poulicni-medicina/>

Barták, M. (2004). *Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky.

Bínová, Š., & Uhlíková, P. (2023). *Telemedicína v dětské a dorostové psychiatrii*. <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/obecna-psychiatrie/telemedicina-v-detske-a-dorostove-psychiatrii>

Bran, M. (2021). The telepsychiatry “dilemma.” *Psihiatru.ro*, 66(3), 40-42. <https://doi.org/10.26416/psih.65.2.2021.5376>

Centrum duševního zdraví Olomouc. (2024). *Leták centra duševního zdraví*. https://www.cdzolomouc.cz/letak_cdz.pdf

Česká psychiatrie. (2024). 2023 9 veřejný zápis výboru PS. <https://www.ceskapsychiatrie.cz/spolecnost/zapisy-ze-zasedani-vyboru/3639-zapisy-z-jednani-vyboru-cls-jep-a-cps-z-s-pro-rok-2023>

De La Cruz-Jiron EJ, Hahn LM, Donahue AL, Shore JH. *Telemental Health for the Homeless Population: Lessons Learned when Leveraging Care*. *Curr Psychiatry Rep*. 2023 Jan;25(1):1-6. doi: 10.1007/s11920-022-01400-w. Epub 2022 Dec 8. PMID: 36480149; PMCID: PMC9734763.

FEANTSA. (n. d.). *ETHOS – Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR*. [cz___8621229557703714801.pdf](https://www.feantsa.eu/files/2022/08/ETHOS_-_Evropska_typologie_bezdomovstvi_a_vyloucen%C3%AD_z_bydlen%C3%AD_v_prostred%C3%AD_CR.pdf)

Formánek, V., Csölleová, E. & Jambora, J. (2019). *Bezdomovcem snadno a rychle*. Petrklíč

Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Argo

Glumbíková, K., Gojová, A., & Gřundělová, B. (2017). *Zdraví a přístup ke zdravotním službám u obyvatel a obyvatelek azylových domů – téma pro sociální práci? Czech, 17(3), 23-40*.

Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod. Analýza a metaanalýza dat*. Portál.

Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum.

Hradecký, I., Barták, M., Cveček, D., Edgar, M., V., Ondrák, P., Pěnkava, P. & Ruzsová, P. (2007). *Definice a typologie bezdomovectví*. Naděje.

- Hradecký, I. & Hradecká, V. (1996). *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. Naděje
- Hradecký, I. & Nedělková, M. (1998). *Sborník ze semináře na téma bezdomovství v Evropě Olomouc 4.3.1998*. Naděje
- Hradecký, I. (2012). Dvacet let vývoje bezdomovectví v naší společnosti. Rozšířený sborník z konference. Charita.
- Hradecký, I., Plachý, A., Prudký, L., Růžička, J., Slavíček, A., Šmídová, M., Šos, L. & Riadová, B. (2012). *Souhrnný materiál pro tvorbu Koncepce práce s bezdomovci v ČR na období do roku 2020*. MPSV.
https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Souhrnny_material_pro_tvorbu_Koncepce_race_s_bezdomovci_v_CR_na_obdobi_do_roku_2020.pdf/2f520871-3e3d-35d8-31cb-2036d3615527
- Charita Olomouc a. (2024). *Domy pro osoby se sníženou soběstačností*.
<https://www.olomouc.charita.cz/nase-sluzby/lide-bez-domova/domy-pro-osoby-se-snizenou-sobestacnosti/>
- Charita Olomouc b. (2024). *Nízkoprahové denní centrum*.
<https://www.olomouc.charita.cz/nase-sluzby/lide-bez-domova/nizkoprahove-denni-centrum/>
- Charita Olomouc c. (2024). *Ordinace psychiatra*. <https://www.olomouc.charita.cz/nase-sluzby/lide-bez-domova/ordinace-psychiatra/>
- Kister, K., Laskowski, J., Dybała, E., & Makarewicz, A. (2023). Are we ready for Telepsychiatry? Benefits and challenges of digital psychotherapy. *Current Problems of Psychiatry*, 24, 52-67. <https://doi.org/10.12923/2353-8627/2023-0005>
- Kliment, P. (2018). *Dvojí optika bezdomovství*. Technická univerzita v Liberci.
- Kliment, P., & Dočekal, V. (2016). *Pohled na bezdomovství v České republice*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Korcová, L. (2020). *Konzultanti se zkušeností s duševním onemocněním pomáhají druhým. Dokážou si získat důvěru pacientů*. https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/dusevni-onemocneni-bona-peer-konzultanti-psychiatrie_2012131738_tkr
- Kukurová, E., & Labaš, P. (2013). *Fragmenty z elektronizácie zdravotníctva v teórii a praxi*. Evropská asociace pro fototerapii.

Lebeda, T., Kubátová, H., Šaradín, P. & Hojgrová, K. (2021) *Bez střechy nad hlavou. Empirická studie bezdomovectví v Olomouci*. Togga

Malý, M., Orlíková, H., Kynčl, J., & Kříž, B. (2022). *Charakteristiky bezdomovců hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních v České republice v letech 2006-2015. Epidemiology, Microbiology, Immunology / Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 71(1), 21-31.

Marek, J., Strnad, A. & Hotovcová, L. (2012). *Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Portál.

Martínková, L. (2008). *Zdravotnická péče a bezdomovectví*. Sborník z konference Olomouc 4. prosince 2008. Charita

Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Portál. Druhé vydání

Mareš, P. (1999). *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Sociologické nakladatelství.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2013). *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Mucha, C., Býma, S., Šonka, P., Halata, D., Nosek, T., Mucha, V., & Uher, J. (2020). *Telemedicína: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2020*. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství.

Naděje. (2024). *Psychologické poradenství*.

<https://www.nadeje.cz/praha/phpsychologickeporadenstvi>

Národní telemedicínské centrum Fakultní nemocnice Olomouc. (2024) *Úvod do telemedicíny*. <https://ntmc.fnol.cz/uvod-do-telemediciny>

Oncu, F., & Balcioglu, Y. H. (2021). Virtualization of mental health care in the midst of chaos: is telepsychiatry a silver lining? *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry*, 34(3), 219-222. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2021.00141>

Pekárková, A. (2014). *Koncepce zdravotní péče o bezdomovce. Národní konference o zdravotní péči o lidi bez domova*. Koncepce zdravotní péče o bezdomovce – ppt stáhnout (slideplayer.cz)

Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Portál.

- Průdková, T. & Novotný, P. (2008). *Bezdomovectví*. Triton.
- Rozsypal, H. (2015). *Základy infekčního lékařství*. Karlova Univerzita v Praze, Karolinum Press.
- Smrž, I., Doležal, T., Kopsa Těšinová, J., & Doležal, A. (2023). Poskytování zdravotních služeb na dálku (telemedicína) ve světle zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. *General Practitioner / Praktický Lékař*, 103(2), 71-75.
- Stanoev, M. (2015). Bezdomovci jako nositelé stigmatu a příjemci pomoci. *Czech*, 15(5), 41-51.
- Středa, L., & Hána, K. (2016). *EHealth a telemedicína: učebnice pro vysoké školy*. Grada.
- Šupková, D., Pešek, J., Trnka, L., Vidovičová, H., & Volná, J. (2007). *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Grada
- Táborský, M., Klásková, E., & Hlavinka, A. (2023). *Základy digitální medicíny*. EEZY.
- Těšinová, J. K., & Dobiášová, K. (2022). Výzvy telemedicíny v Česku perspektivou expertů. *Journal of Czech Physicians / Časopis Lékařů Českých*, 161(6), 247-254.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2024). *Dotazník kvality života Short Form – 36*. <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/sf-36/sf-36-formular.pdf>
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál. Rozšířené a přepracované vydání.
- Vágnerová, M. Marek, J. & Csémy, L. (2018). *Bezdomovectví ve středním věku. Příčiny, souvislosti a perspektivy*. Karolinum.
- Vágnerová, M. Csémy, L. & Marek, M. (2014). *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Karolinum.
- Veverková, M., Lojkásková, M., Vašát, P., Horníček, J. & Mertlík, A. (2020) *Analýza situace bezdomovectví v Praze*. Centrum sociálních služeb Praha. https://www.csspraha.cz/_files/ugd/4834da_fda95704b74e4013b914726463f06dbf.pdf
- World Health Organization. (2024). Consolidated telemedicine implementation guide. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184>
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- Zákon č.372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Zdravotní problémy bezdomovců	24
Tabulka 2 - Nejčastější duševní nemoci bezdomovců	25
Tabulka 3 - Vnímání vlastního zdraví respondenty	46
Tabulka 4 - Změna zdraví respondentů oproti stavu před rokem	47
Tabulka 5 - Soběstačnost respondentů a její omezení	48
Tabulka 6 - Výskyt příznaků duševních onemocnění u respondentů	50
Tabulka 7 - Jak často mají respondenti touhu napít se alkoholu nebo užít drogu	52
Tabulka 8 - Odpovědi na otázky 5 a 7	53
Tabulka 9 - Odpovědi na otázky 11, 12 a 13.....	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Vnímání vlastního zdraví respondenty	46
Graf 2 - Změna zdraví respondentů oproti stavu před rokem	47
Graf 3 - Omezení soběstačnosti zdravotními problémy	48
Graf 4 - Zdraví respondentů	49
Graf 5 - Užívání alkoholu a nealkoholových drog	52
Graf 6 - Používání dotykového telefonu	54
Graf 7 - Zajištění kontaktu s psychiatrem na dálku	55
Graf 8 - Kombinace návštěv u psychiatra v ordinaci a na dálku	56
Graf 9 - Pozitiva komunikace s lékařem na dálku	57
Graf 10 - Argumenty rozhodující pro návštěvu psychiatra v ordinaci	57

Příloha 1 - Dotazník 1

SF-36

Dotazník kvality života Short Form - 36 (SF-36)

Identifikace respondenta	
Datum vyplnění	

NÁVOD: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte.

Zakroužkujte jednu odpověď u každé otázky

1.	Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:	
a.	Výtečné	1
b.	Velmi dobré	2
c.	Dobré	3
d.	Docela dobré	4
e.	Špatné	5

2.	Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?	
a.	Mnohem lepší než před rokem	1
b.	Poněkud lepší než před rokem	2
c.	Přibližně stejné jako před rokem	3
d.	Poněkud horší než před rokem	4
e.	Mnohem horší než před rokem	5

SF-36

Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

	Činnosti	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
3.	Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
4.	Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
5.	Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
6.	Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
7.	Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
8.	Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
9.	Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
10.	Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
11.	Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
12.	Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?			
		Ano	Ne
13.	Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
14.	Udělal(a) jste méně , než jste chtěl(a)?	1	2
15.	Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
16.	Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

SF-36

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?			
		Ano	Ne
17.	Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
18.	Udělal(a) jste méně , než jste chtěl(a)?	1	2
19.	Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

20. Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?		
a.	Vůbec ne	1
b.	Trochu	2
c.	Mírně	3
d.	Poměrně dost	4
e.	Velmi silně	5

21. Jak velké <u>bolesti</u> jste měl(a) <u>v posledních 4 týdnech</u>?		
a.	Žádné	1
b.	Velmi mírné	2
c.	Mírné	3
d.	Střední	4
e.	Silné	5
f.	Velmi silné	6

SF-36

22.	Do jaké míry Vám <u>bolesti</u> bránily v práci (v zaměstnání i doma) <u>v posledních 4 týdnech</u>?	
a.	Vůbec ne	1
b.	Trochu	2
c.	Mírně	3
d.	Poměrně dost	4
e.	Velmi silně	5

Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v posledních 4 týdnech:							
		Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
23.	Jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
24.	Jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
25.	Jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
26.	Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
27.	Jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
28.	Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
29.	Jste se cítil(a) vyčerpan(a)?	1	2	3	4	5	6
30.	Jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
31.	Jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

SF-36

32.	Uvedte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?	
a.	Pořád	1
b.	Většinou	2
c.	Občas	3
d.	Málokdy	4
e.	Nikdy	5

Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?						
		Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
33.	Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
34.	Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
35.	Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
36.	Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Tento překlad je založen na 36-Item Short Form Survey Instrument dotazníku vyvinutém a vlastněném společností RAND Corporation, copyright © RAND. Přestože RAND uděluje povolení k překladu, samotný překlad nebyl společností RAND schválen nebo přezkoumán. Povolení společnosti RAND reprodukovat dotazník se nevztahuje ke schválení produktů, služeb nebo jiných způsobů využití, v nichž se dotazník objevuje nebo uplatňuje. Při překladu byly dodrženy specifikace poskytnuté společností RAND Health.

Autoři: Ware, J. E. et al. (Medical Outcome Study (MOS), Health Assessment Laboratories (HAL), Quality Metric Incorporated)

Autoři českého překladu: MUDr. Zdeněk Sobotík, CSc., doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

Grafická úprava: MUDr. Miroslav Zvolský, Ing. Dana Krejčová, Ústav zdravotnických informací a statistiky, ÚZIS ČR 2018

Dotazník byl oficiálně publikován například v publikaci Testování v rehabilitační praxi – cévní mozkové příhody, doc. MUDr. Eva Vaňásková, Ph. D.

Aktuální verze dokumentu z 19. 10. 2018.

Další informace naleznete na webové stránce: <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/klasifikace>.

Příloha 2 - Dotazník 2

DOTAZNÍK 2

DOTAZNÍK PRO KLIENTY AZYLOVÉHO DOMU

1. Jaký je váš věk? Uvedte číslovku.

.....

2. Zakroužkujte odpověď, která nejlépe odpovídá realitě.

Přes den mám smutné myšlenky	nemám vůbec	mám někdy	mám často	mám velmi často	mám pořád
Naději v lepší budoucnost ztrácím	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád
Mám pocit, že nic nemá smysl	nikdy	někdy	často	často	Má pořád
Zapomínám běžné věci	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád
Stává se mi, že nevím, co je za den	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád
Stává se mi, že nevím, kde jsem	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád
Cítím se přes den v napětí	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád
Mívám bez příčiny bolesti břicha	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád
Trápí mě špatné sny	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád
Málo spím, nemůžu spát v noci	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád
Zdá se mi, že vidím zvláštní	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád

věci, kteří ostatní nevidí					
Zdá se mi, že slyším hlasy	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád
Myslela jsem někdy na sebevraždu	nikdy	někdy	často	velmi často	pořád

3. Pokusil jste se někdy o sebevraždu?

- Ano
- Ne

4. Užíváte alkohol?

- Ano, střídmě
- Ano, nadmíru
- Ano, jsem závislý
- Ne

5. Zakroužkujte podle pravdy za poslední rok

Silnou touhu napít se alkoholu mám	každý den	jednou týdně	jednou za měsíc	nemám vůbec
Pokud se nenapiji, je mi špatně	pokaždé	často	někdy	nikdy

6. Užíval jste během posledního roku nealkoholové drogy?

- Ano, střídmě
- Ano, nadmíru
- Ano, jsem závislý
- Ne

7. Zakroužkujte podle pravdy za poslední rok

Silnou touhu užít drogu	každý den	jednou týdně	jednou za měsíc	nemám vůbec
Pokud neužiji drogu, je mi špatně	pokaždé	často	někdy	nikdy

8. K čemu používáte dotykový telefon?

- K telefonování
- Psaní SMS zpráv
- Sledování sociálních sítí
- Poslech muziky
- Sledování filmů
- Mailová komunikace
- Nákupy na internetu
- Internetové bankovníctví
- Nepoužívám

9. K čemu používáte tablet?

- Sledování sociálních sítí
- Poslech muziky
- Sledování filmů
- Mailová komunikace
- Nákupy na internetu
- Internetové bankovníctví
- Nepoužívám

10. K čemu používáte notebook?

- Sledování sociálních sítí
- Poslech muziky
- Sledování filmů
- Mailová komunikace
- Nákupy na internetu
- Internetové bankovníctví
- Nepoužívám

11. Máte v svého psychiatra, kterého pravidelně navštěvujete?

- Mám, chodím k němu pravidelně
- Nemám

12. Uvažoval jste, že byste kvůli svým psychickým obtížím vyhledal pomoc psychiatra?

- Ano
- Ne

13. Pokud byste potřeboval pomoc psychiatra, byla by pro vás přijatelné využít nového způsobu poskytování lékařské péče na dálku přes internet?

- Ano
- Ne

14. Pokud byste se rozhodl pro setkání s psychiatrem na dálku, jste schopen si to zajistit sám?

- Ano, zajistím si to sám
- Potřebuji více informací, pak si to zajistím sám
- Potřeboval bych pomoc, alespoň na počátku
- Jiné.....

15. Jak často byste si představoval kombinaci návštěvy psychiatra v ordinaci a na dálku?

- Každé setkání na dálku
- Každé druhé setkání na dálku
- Co nejvíc by to šlo, tak na dálku
- Co nejvíc klasických návštěv u lékaře
- Pouze klasické návštěvy u lékaře
- Jiné.....

16. Zakroužkujte možnosti, které vnímáte jako plus komunikace s lékařem na dálku?

- Nemusím nikam jezdit
- Ušetřím za dopravu
- Nemusím čekat v čekárně
- Nemusím se potkat s lidmi, kteří na mě hledí skrz prsty
- Jiné.....

17. Zakroužkujte možnosti, které pro rozhodují pro návštěvu u psychiatra v ordinaci?

- Rád se dostanu mezi lidi
- Nechci se učit pracovat s novými přístroji a technologiemi
- Jsem proti používání techniky
- Bojím se špatného zabezpečení a zneužití mých údajů
- Jiné.....

Mockrát děkuji za vaše odpovědi a váš čas.

Hana Gregorová

Příloha 3 - Souhlas organizace se sběrem dat

Informovaný souhlas

Organizace:

Statutární město Olomouc

Zastoupená Mgr. Bc. Michalem Majerem, vedoucím odboru sociálních věcí

Horní náměstí 583, 779 11 Olomouc

uděluje

Ing. Haně Gregorové,

nar. 13. 3. 1974

bytem Draholov 140, 783 75 Charvátý

souhlas ke sběru dat potřebných k bakalářské práci, jenž nese název Využití telemedicíny pro lepší dostupnost psychiatrické péče o lidi bez domova.

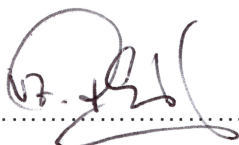
Sběr dat proběhne kvantitativním výzkumem. Cílem výzkumu je zjištění, jaký je zájem klientů azylových domů, řešit své duševní problémy. A zda by pro ně byla přijatelnou cestou pomoc psychiatra prostřednictvím telemedicíny.

Výzkum probíhá v rámci bakalářského studia na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Výzkum je realizován formou dotazníků, jejich následným zpracováním a analýzou.

Dotazníky budou použity k účelům výše popsané bakalářské práce. Tyto budou po zpracování deset let archivovány u autorky výzkumu. Účast na výzkumu je dobrovolná.

V Draholově, dne 26. 2. 2024



Mgr. Bc. Michal Majer

Vedoucí odboru sociálních věcí SMOL

Příloha 4 - Emailová komunikace s psychiatrickou ordinací Charity Olomouc

Příloha č. 4 Emailová komunikace psychiatrickou ordinací Charity Olomouc

Od: Marie Džudžová <marie.dzudzova@olomouc.charita.cz>

Odesláno: středa 28. února 2024 16:07

Komu: Gregorova Hana <hana.gregorova01@upol.cz>

Předmět: Re: Dotaz k psychiatrické péči o bezdomovce během Covidu

Dobrý den, paní Gregorová,
i v době pandemie byla u nás služba kontaktní, tedy pacienti docházeli do ordinace. S naší klientelou není možné online vyšetření vzhledem k jejich sociální a ekonomické situaci.

S pozdravem

Bc. Marie Džudžová

všeobecná sestra

Středisko zdravotních služeb

ordinace praktického lékaře pro dospělé, psychiatrická ambulance

Wurmova 5

779 00 OLOMOUC

+420 739 344 039 (ordinace praktického lékaře pro dospělé)

+420 736 765 140 (psychiatrická ambulance)

www.olomouc.charita.cz

Od: Gregorova Hana <hana.gregorova01@upol.cz>

Odesláno: úterý 27. února 2024 10:56

Komu: Olomouc psychiatr <psychiatr@olomouc.charita.cz>

Předmět: Dotaz k psychiatrické péči o bezdomovce během Covidu

Dobrý den, paní doktoro.

Moc se omlouvám, že Vás obtěžuji. Máte spoustu práce s pacienty bez domova. Ale nemám jinou možnost jak tyto informace získat.

Jsem studentkou 4 ročníku sociální práce FF UPOL a zpracovávám bakalářskou práci na téma Využití telemedicíny pro lepší dostupnost psychiatrické péče o lidi bez domova.

Hledala jsem nějaké zdroje, zda již někdo v ČR poskytoval psychiatrickou péči lidem bez domova on-line.

Údajně vaše ordinace během pandemie Covid 19 poskytovala péči on line. Bylo by prosím možné sdělit mi k tomu nějaké informace? O klienty, kterých služeb se jednalo (denní centrum, azylový dům, noclehárna)? Jak se klienti objednávali? Jakou pomoc jste poskytovali? Kdo zajišťoval technické vybavení (tablet, připojení) a bezpečný prostor pro klienta? Jak na to, že se nejednalo o kontakt tváří v tvář reagovali pacienti. Jaká se v praxi projevila pozitiva nebo negativa tohoto způsobu lékařské péče. Jsou nějaké psychiatrické diagnózy, pro které není využití telemedicíny vhodné? Myslíte si, že v budoucnu bude běžné pomáhat takto lidem bez domova. Nebo to, že je nedostatek psychiatrů i pro bydlící populaci telemedicina nevyřeší. A u bezdomovců poskytování psychiatrické péče on line, sice může odstranit některé bariéry v přístupu k psychiatrické péči, ale pouze za předpokladu, že se najdou psychiatři, kteří budou chtít s touto cílovou skupinou pracovat. První setkání musí proběhnout fyzicky.

Ještě jednou se moc omlouvám, že vás obtěžuji. Ale vaše odpovědi by mi opravdu moc pomohly. Pěkný den.

Hana Gregorová