

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE

**BEZDOMOVECTVÍ/OHROŽENÉ BYDLENÍ OSOB S DUŠEVNÍM
ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská diplomová práce

Obor studia: Sociální práce

Autor: Silvie Schwoiserová

Vedoucí práce: Mgr. Vít Dočekal, Ph.D.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Bezdomovectví/ohrožené bydlení osob s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce Mgr. Vítu Dočekalovi Ph.D. za odborné vedení a podněty při zpracování mé bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat respondentům za čas, který mi věnovali a za jejich ochotu a otevřenost v rozhovorech.

Anotace

Jméno a příjmení:	Silvie Schwoiserová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociální práce
Obor obhajoby práce:	Sociální práce
Vedoucí práce:	Mgr. Vít Dočekal Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Bezdomovectví/ohrožené bydlení osob s duševním onemocněním
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce pojednává o lidech s duševním onemocněním, kteří jsou bez domova nebo mají bydlení ohroženo. Cílem bakalářské práce je zpracovat mnohočetnou individuální případovou studii osob, jež naplňují tato kritéria a získat odpověď na výzkumnou otázku, která zní: Jak jedinci s duševním onemocněním bez domova nebo s ohroženým bydlením popisují svou situaci v oblasti bydlení? Práce se dále zaměřuje na hledání podobností v životních příbězích respondentů.</p> <p>Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů potřebných pro obsáhnutí této problematiky týkající se bezdomovectví a psychických nemocí. Praktická část obsahuje postup empirického šetření, ve kterém je zahrnutý průběh sběru dat, analýza a interpretace výsledků.</p> <p>Výzkumný vzorek respondentů naplňoval kritérium ohrožené bydlení, nikdo nepobýval na ulici, všichni jsou ve spolupráci se sociální službou. Výzkum ukázal, že i přes některé podobnosti momentální situace respondentů, rozdílně popisují své limity z důvodu duševní diagnózy a mají rozdílné představy o svých životech do budoucna.</p>
Klíčová slova:	Bezdomovectví, lidé bez domova, bydlení, duševní onemocnění
Title of Thesis:	The Mentally Ill And The Phenomenon of Being Homeless /Under Thread of House Loss

Annotation:	The bachelor thesis deals with people with mental illness focusing on those who are homeless or those with their housing situation being at risk. The aim of the thesis is to elaborate a multiple individual case study of those who meet these criteria, and answer the question: How do individuals with mental illness that are homeless or their housing situation is at risk describe their housing situation? The thesis also focuses on finding similarities in respondents' life stories. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part defines basic concepts needed to comprehend the issue in relation to homelessness and mental illnesses. The empirical part covers the procedure of empirical investigation, which includes the process of data collection, analysis and interpretation of results. The research sample of respondents fulfilled the criterion of their housing situation being at risk, none of the respondents had been staying on the streets, and all of them had been cooperating with the social service. The research has shown that, despite some similarities in their current situation, respondents describe their limits differently due to mental diagnosis and have different perspective about their lives for the future.
Keywords:	homelessness, homeless people, housing, mental illness
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha č. 1: Informovaný souhlas organizace Příloha č. 2: Informovaný souhlas respondentů Příloha č. 3: Osnova rozhovoru
Počet literatury a zdrojů:	24
Rozsah práce:	47 s. (74 912)

Obsah:

Úvod	8
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. Bezdomovectví	8
1.1 Charakteristika bezdomovectví	9
1.2 Příčiny bezdomovectví	11
1.3 Typologie bezdomovectví	13
1.4 Sociální práce s lidmi bez domova	15
2. Duševní onemocnění	17
2.1 Vymezení a základní dělení duševních nemocí	17
2.2 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy	18
2.3 Afektivní poruchy	21
2.4 Poruchy osobnosti	22
2.5 Zotavení	22
EMPIRICKÁ ČÁST	24
4. Metoda empirického šetření	24
4.1 Cíl výzkumu	24
4.2 Případová studie v kvalitativním výzkumu	24
4.3 Metoda sběru dat a terén výzkumu	25
4.4 Výběr respondentů	26
4.5 Zpracování a analýza dat	26
4.6 Etika výzkumu	27
5. Empirický výzkum	28

5.1 Průběh sběru dat.....	28
5.2 Analýza dat a interpretace výsledků.....	28
6. Diskuze.....	39
Závěr.....	41
Literatura a zdroje.....	42
Seznam příloh.....	44
Příloha č. 1: Informovaný souhlas organizace.....	45
Příloha č. 2: Informovaný souhlas respondentů.....	46
Příloha č. 3: Osnova rozhovoru.....	47

Úvod

Fenomén bezdomovectví je závažný problém, kterému se věnuje mnoho knih a sociálních studií. U samotných jedinců bez bydlení se někdy jedná o dobrovolně zvolený způsob života, ale mnohdy se v téhle situaci ocitnou, aniž by to tak plánovali. Laická veřejnost si pod pojmem „bezdomovec“ často představí osobu pod vlivem alkoholu pospávající na lavičce v zapáchajících šatech. Ale není tomu tak vždy, spousta lidí bez vlastního bydlení využívají ubytovny nebo azylové domy a balancují tak mezi životem na ulici a provizorním bydlením. Dále je mezi námi ještě další skupina lidí a ti jsou bezdomovectvím ohroženi. Mají sice momentálně kde bydlet, ale bydlení není stálé a může se snadno stát, že o něj přijdou. Příčin, proč se lidé ocitnou v takové nejisté situaci, je celá škála. Jednou z nich je onemocnění, které člověka nějakým způsobem limituje a vytváří překážky v nalezení nebo udržení vlastního bydlení. Má práce se zaměřuje na tyto osoby s onemocněním a za cíl jsem si zvolila zpracovat mnohočetnou individuální případovou studii osob s duševním onemocněním bez domova nebo s ohroženým bydlením a získat odpovědi na výzkumné otázky. Téma je mi blízké, jelikož pracuji s lidmi bez domova již několik let, z toho poslední rok v organizaci zaměřené konkrétně na osoby s duševním onemocněním.

Práce bude rozdělena do dvou částí. V první kapitole teoretické části se budu věnovat ukotvení klíčových pojmů důležitých pro dané téma. Zaměřím se na bezdomovectví, jeho příčiny, charakteristiku a dělení, popíšu i sociální práci s lidmi bez domova. V další kapitole teoretické části vymezím pojem duševní onemocnění a popíšu základní rozdělení psychických nemocí. Podrobněji se zaměřím na nejčastější z nich, jež se vyskytují u klientů, se kterými pracuji a nastíním i proces Zotavení. V druhé části se budu věnovat výzkumu, ke kterému použiji metodu polostrukturovaného rozhovoru. Hlavní výzkumná otázka, kterou jsem si zvolila pro svou práci, zní: Jak jedinci s duševním onemocněním bez domova nebo s ohroženým bydlením popisují svou situaci v oblasti bydlení? Z hlavní otázky jsem si odvodila podotázku ve znění: Jaké jsou podobnosti v životních příbězích u osob s duševním onemocněním s ohroženým bydlením nebo bez bydlení? Data, která získám, budu pomocí kódování analyzovat a hledat individuální vhledy do jednotlivých případů a jejich spojitosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Bezdomovectví

Obsahem kapitoly bude charakteristika, příčiny a typologie bezdomovectví, jelikož cílem mé práce je zpracovat případovou studii osob bez přístřeší nebo bezdomovectvím ohrožených.

Pro naplnění cíle je potřeba ukotvit základní pojmy této problematiky. Dále popíšu podpůrná opatření ze strany státu a úskalí sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Zaměřím se na vztahy mezi klienty a pracovníkem.

1.1 Charakteristika bezdomovectví

Předně bych se chtěla vyjádřit k označení osoby bez přístřeší slovem bezdomovec. Hradecký ve své publikaci, která byla výstupem projektu realizovaného v letech 2005 – 2007, se nad slovem bezdomovec zamýšlel a sdílel, že ač je potřeba toto slovo rehabilitovat, tak v pracovní skupině „*byl vysloven názor, že se bez termínu bezdomovec neobejdeme, přestože může mít negativní konotace. Označení bezdomovec lze ovšem vnímat jako stigmatizující a vylučující. Nespornou a velmi významnou výhodou je, že jde o zavedený jednoslovný pojem*“ (Hradecký a kolektiv, 2007, s. 28). Já jakožto sociální pracovník také chápu tenhle pojem jako diskriminující a rovněž ho tak vnímá i většina klientů, kterých se to týká. Nicméně ve své písemné práci se slovu bezdomovec nemohu vyhnout, jelikož cituji a parafrázuji z knih, kde je hojně zastoupeno.

Bezdomovectví je forma sociálního vyloučení, která v České republice se začala objevovat s příchodem demokracie. Jak zmínili Hradečtí (1996, s. 19) předchozí politický systém zaručoval právo na práci a „socialistické organizace“ měly povinnost zaměstnat i nepotřebné, málo schopné pracovníky. Zaměstnání bylo často i s ubytováním. Po roce 1989 se nadbyteční zaměstnanci propustili a ti přišli nejen o práci, ale i bydlení v podnikových ubytovnách, které se začaly přizpůsobovat trhu. Osoby nezdržující se v trvalém bydlišti již nebyly trestány pro příživnictví a na ulici skončila také spousta vězňů propuštěných při amnestii (Hradečtí, 1996, s. 19). Na počátku devadesátých let jsme zažili konfrontaci s realitou, která byla pro naši společnost nová. Začínalo se skloňovat slovo chudoba, které komunismus popíral a odsouval stejně jako veškeré sociální problémy od nás daleko na západ. Nepřipouštěli jsme si existenci osob v nouzi (Hradečtí, 1996, s. 29). Davidová (2016, s. 16) bezdomovectví charakterizuje

jako „*extrémní formu sociálního vyloučení, tedy tzv. extrémní izolaci od společnosti, rodiny, přátel a pracoviště, kdy dochází k přerušení až ztrátě kontaktu s bývalým životem a jeho hodnotami*“ (Davidová, 2016, s. 16). Schwarzová (2010, s. 316) bezdomovectvím označuje stav nouze, ve kterém se ocitne člověk bez domova a na slovo domov klade důraz, že neznamena pouze přístřeší, nýbrž asociaci s jistotou a bezpečím, nejen s místem na přespaní (Schwarzová in Matoušek, Kodymová & Koláčková, 2010, s. 316). S ní souhlasí i Kosorin (2015, s. 19), který také staví domov nad přístřeší: „*Domov není jen byt v materiálním smyslu. Tvoří jej především vztahy mezi těmi, kteří v tom bytě společně žijí. Ztráta bytu obvykle následuje poté, co přestanou fungovat vztahy vytvářející to, čemu se říká domov*“ (Kosorin, 2015, s. 19). Taktéž Keller (2013, s. 15) se zaměřil v souvislosti s bezdomovci na slovo domov. Zdůraznil, že člověk s domovem přijde nejenom o pocit bezpečí, ale i o jistotu a rytmus života. Osoba bez přístřeší ztrácí vyváženost cizího prostředí s možností návratu domů. A v neposlední řadě absence domova sebou nese i absenci vlastní identity (Keller, 2013, s. 15). Hradečtí (1996, s. 46) poukazují na to, že ztráta domova není jen ztrátou materiální, ale jde především o ztrátu místa ve společenství vedoucí k frustraci a zoufalství (Hradecká & Hradecký, 1996, s. 46). Co se dále týče definice osoby bez přístřeší, Průdková s Novotným (2008, s. 10) vnímají bezdomovce nejen jako člověka, kterého postihla z různých důvodů ztráta bydlení, ale i jako člověka, který může být touto ztrátou pouze ohrožen díky nejistým bytovým podmínkám (Průdková & Novotný, 2008, s. 10). Matoušek (2003, s. 34) bezdomovce popisuje jako osoby „*žijící bez stálého bydlení a obvykle i bez stálého zaměstnání, odříznuté od zdrojů, které jsou běžně dostupné jiným občanům*“ (Matoušek, 2003, s. 34). Matoušek stejně jako Průdková s Novotným poukazuje na hrozící ztrátu bydlení z důvodu např. neplacení nájmu. Za bezdomovce označuje i osoby žijící v sociálních zařízeních a ústavech nemající vlastní bydlení (Matoušek, 2003, s. 34) Osoby bez přístřeší nejdou vždy na první pohled rozpoznat od ostatních bydlících lidí, jelikož ne každý bezdomovec je špinavý a přespává na lavičce. Je potřeba tuto skupinu obyvatel vnímat ve své celistvosti už z důvodu, aby jim mohla být nabídnuta adekvátní sociální pomoc (Marek, Strnad & Hotovcová, 2012, s. 15). Průdková s Novotným uvádí (2008, s. 17), že bezdomovci jsou především lidé středního věku, i když nezanedbatelná je část i velmi mladých lidí opouštějících nevhodné sociální zázemí nebo dětské domovy. Mezi bezdomovci je převaha mužů a velmi často se u nich vyskytuje psychiatrická diagnóza nebo porucha osobnosti (Průdková & Novotný, 2008, s. 17). Hradečtí doplňují (1996, s. 34), že ač se veřejnost mnohdy přiklání k myšlence, že bezdomovectví je záležitost volby, tak sociologové uvádí, že

„bezdomecký fenomén je část sociálního procesu, důsledek kontinuálních sociálních a ekonomických sil, vedoucích až k sociálním strukturám“ (Hradecká & Hradecký, 1996, s. 34).

1.2 Příčiny bezdomovectví

O možných příčinách bezdomovectví se diskutuje, přemýšlí a píše často. Také o tom, jak jim předejít a jak nastavit prevenci této formy sociálního vyloučení. Průdková s Novotným (2008, s. 15) označují znalost příčin bezdomovectví jako základ potřebný k efektivní sociální práci s touto cílovou skupinou. Komplikace nastává v případech, kde nelze rozlišit příčinu a důsledek (Průdková & Novotný, 2008, s. 15). Keller (2013, s. 81) ve své knize uvádí: *„Proces ztráty domova lze chápat ve dvou souběžných rovinách: v obecné rovině jako ztrátu sociálního zakotvení, příslušnosti ke společnosti, ve smyslu užším jako problém s konkrétním domovem, tedy s bydlením a provozováním vlastní domácnosti“* (Keller, 2013, s. 81). Nad příčinami bezdomovectví se zamýšlí i Vágnerová (2004, s. 749) a přiznává široké rozpětí faktorů přispívajících k bezdomovectví. Lidé, kteří jsou více ohroženi bezdomovectvím, bývají dle jejích slov *„komplexně – somaticky, psychicky i sociálně – handicapováni“*. Takoví lidé pochází z nefunkčních původních rodin, kde jim v dětství nebyly ukojeny základní potřeby důležité pro zdravý sociální vývin, anebo si prošli ústavní výchovou. Později vlastní rodinu nezaložili nebo neudrželi a často *„mívají omezené kompetence“* (Vágnerová, 2013, s. 749). Hradečtí (1996, s. 43 - 44) dělí příčiny bezdomovectví dle faktorů objektivních a subjektivních. *„Faktory objektivní jsou ovlivněny sociální politikou státu, sociálním zákonodárstvím apod.“* Faktory subjektivní pak dělí do čtyř skupin: - materiální (např. ztráta/ohrožené bydlení, nezaměstnanost, zadluženost atd.), vztahové, osobní (např. duševní/tělesná nemoc, závislosti, sociální nezralost atd.) a faktory institucionální (opuštění z ústavu, vězení, dětského domova). A tyto faktory ovlivňují bezdomovectví v různých sestavách a obměnách, jediné co je neměnné bez ohledu na oblast výskytu, je fakt že *„všichni ti, kteří žijí svůj život bezdomovce, žijí jej ve výrazné chudobě, odlišně od ostatní populace, stejně jako jsou odlišné příčiny jejich bezdomství“* (Hradečtí, 1996, s. 43 – 44)

Marek, Strnad, Hotovcová (2012, s. 23 - 47) vytyčili hlavní příčiny bezdomovectví respektive *„bariéry reintegrace“* a to: nezaměstnanost, závislost na návykových látkách, rozpad rodiny a sociální izolace, pobyt v ústavu nebo vězení, psychické potíže a nemoci a nastavení sociálního a zdravotního systému. Já se více zaměřím na nezaměstnanost, závislosti

a psychické potíže ze skupiny možných příčin bezdomovectví a dále na bytovou problematiku.

Co se týče nezaměstnanosti, tam mají těžší postavení muži, kteří „jsou vnímáni jako živitelé rodiny“. U žen je nezaměstnanost více tolerována, viz ženy v domácnosti. Bohužel i v dnešní době je stále trh práce diskriminován a to pro mladé lidi do 25 let a starší nad 50. U první skupiny „se předpokládá nedostatek zkušeností, u starších pak snížení schopností“ (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 21). Celkově nezaměstnanost je zátěžová situace, jak zdůrazňuje Vágnerová a dodává, že „je spojena se ztrátou významné sociální role a snížením společenského postavení“ (Vágnerová, 2004, s. 756). Keller (2013, s. 83) zmiňuje, že ruku v ruce s nezaměstnaností přichází i rozepře v rodinném soužití a také se přiklání k názoru, že je-li ohrožen nezaměstnaností muž, pro rodinu je tahle situace z finančního hlediska více likvidační. Vlivem trvalého stresu mohou nastat i zdravotní potíže. Z počátku mohou finančně vypomoci příbuzní, ale ochota pomoci časem upadá. Nastává boj o domov (Keller, 2013, s. 83).

U závislosti na návykových látkách hraje prim alkohol. Marek, Strnad, Hotovcová (2012, s. 27, 28) uvádí, že ač se nachází mezi lidmi bez přístřeší i abstinenti, veřejnost vnímá problém bezdomovectví ve spojení s alkoholem. Obecně platí, že bezdomovci nad třicet let upřednostňují alkohol, „mladší koketují s nelegálními drogami.“ Lidé na ulici svou závislost zpravidla nevidí jako problém, jelikož vnímají situaci tak, že jim droga více dává, než bere. Dle svých slov „drogu či alkohol užívají jako anestetikum, aby mohli usnout na nepříjemném místě a snadněji zvládli krizovou situaci...“. Jsou ale osoby, u kterých závislost není příčinou, ale následkem života na ulici. „Samotné prostředí ulice alkoholika v konzumaci alkoholu podporuje a hodně lidí podléhá drogám vlivem prostředí, v němž žijí“ (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 27 – 28). Se závislostí jde ruku v ruce „zhoršené sebeovládání, ztráta pracovních i hygienických návyků. V jistém smyslu lze diagnostikovat bezdomovce závislého na životním stylu“ (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 33).

U lidí bez přístřeší se mohou vyskytovat psychické poruchy a ty, jak sdílí Marek, Strnad, Hotovcová (2012, s. 41), pokud jsou neléčené, vyvolávají i potíže v sociálním fungování a mohou být příčinou, že takový člověk skončí na ulici (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 41). Průdková se zamýšlí (2008, s. 20, 21) nad tím, že duševní nemoci komplikují osobám bez přístřeší případný návrat do běžného způsobu života a „jsou příčinou bezdomovectví i důsledkem tvrdého života na ulici“. Dále uvádí, že na rozdíl od fyzického zdraví, které mají

lidé na ulici zpravidla překvapivě dobré (netrpí na chřipky, angíny a ojedinělý je výskyt kožních a infekčních chorob), tak duševní zdraví těchto jedinců bývá daleko křehčí. Nejčastěji trpí na psychózy, neurózy, deprese a závislosti (Průdková & Novotný, 2008, s. 21). Na duševní nemoci jako na možnou příčinu bezdomovectví nahlíží i Marek, Strnad, Hotovcová (2012, s. 42 - 45), kteří vidí problém především v neléčených psychických potížích, které postupně dovedou člověka do sociální izolace. Spousta nemocných se dostane na ulici, aniž by se dostali do rukou psychiatrického lékaře. A venku bez potřebné pomoci zůstávají, pokud nijak neohrožují sebe či okolí. Sami si zpravidla o pomoc neřeknou. Jedinci trpící bludy zahrnou do svých představ i pobyt na ulici. Ostatním mohou tvrdit, že jsou bez přístřeší dobrovolně, jelikož musí splnit určitý úkol. Mezi bezdomovci se údajně nachází až 80 % jedinců s určitou poruchou osobnosti a to „*nejen disociálních, ale i emočně nestabilních, paranoidních, schizoidních, závislých i narcistických.*“ Život na ulici je pro tyto lidi v jistém smyslu přitažlivější z důvodu nelpění na sociálních normách (Marek, Strnad, Hotovcová 2012, s. 42 - 45).

V neposlední řadě je jedním z velkých problémů v otázce bezdomovectví nedostatek bytů. Bydlet je potřeba většiny z nás. Jak zmiňují Marek, Strnad, Hotovcová (2012, s. 59 – 60) „*základní regulí pro přijetí do společnosti je bydlet, být součástí pracovního trhu a přijmout roli společností očekávanou*“. Dále se zamýšlejí, která strana je větším viníkem za vytvoření propasti mezi lidmi bez přístřeší a většinovou společností, zda člověk bez domova nebo sama společnost. „*Je skutečně bezdomovec vinen svým chováním, když ztratil schopnosti i možnosti, aby své bydlení udržel?*“ (Marek, Strnad & Hotovcová, 2012, s. 60). Keller (2013, s. 260) zdůrazňuje, jak se trh s byty za poslední roky velmi proměnil. Silné ročníky dospěly, osamostatnily se a zvýšil se počet domácností jednotlivců. Tím poptávka po bytech zesílila a odrazilo se to i v cenách. Podíl pronajímaných bytů klesl, zvýšil se počet bytů na prodej, jejichž koupí si mnoho lidí nemůže dovolit. Následkem toho je nová tvář bezdomovectví. Na ulici se může dostat člověk, který by si za dřívějších podmínek byl schopen bydlení udržet. (Keller, 2013, s. 260)

1.3 Typologie bezdomovectví

Na dělení této subkultury se nahlíží z různých úhlů. Marek, Strnad, Hotovcová dělí osoby bez přístřeší na bezdomovce zjevné, skryté a potenciální. Zjevní jsou ti, na kterých lze jejich situaci poznat na první pohled a kteří nemají možnost se uchýlit mimo veřejný prostor. Oni

sami se nesnaží své bezdomovectví nijak skrývat. Skrytí bezdomovci jsou právně bez bydlení, ale nevolí přespávání na ulici. Noci tráví v azylových domech, ubytovnách, u známých. A do třetí skupiny spadají ti, kteří mají své bydlení různými způsoby ohroženo (Marek, Strnad, Hotovcová 2012, s. 14). Keller (2013, s. 93 – 94) mimo jiné rozděluje osoby bez přístřeší i dle toho, jak reagují na sociální vyloučení. První skupina svou situaci popírá. *„Počáteční i pokročilejší znaky ztráty domova jsou ignorovány, situace je přikrašlována a vlastní možnosti jsou přeceňovány.“* Jedinec si iluzorně vytváří svůj svět, ve kterém na sebe nahlíží vylepšenou optikou, než je tomu ve skutečnosti. Na druhé straně je skupina bezdomovců, kteří podleli rezignaci, která znamená *„konec hledání východisek a přijetí negativního obrazu sebe sama včetně přípuštění vlastní neschopnosti a neúčinnosti.“* Jedinec vnímá jen přítomnost a uspokojuje své potřeby jen na nejnižší úrovni (Keller, 2013, s. 93 – 94). Poté se obklopuje skupinou, ve které jsou na tom všichni stejně, což zmiňuje i Vágnerová (2004, s. 649) která klade důraz na potřebnost jedince náležet k sociální skupině, což je pro každého člověka významné i prospěšné pro jeho socializační vývoj. Společnost určuje normy a vzorce chování, což usnadňuje orientaci, jedinec dostává zpětnou vazbu o své sociální pozici. *„Důležitou psychickou potřebou je potřeba patřit k nějakému společenství, být jim akceptován a pozitivně hodnocen“* (Vágnerová, 2004, s. 649).

Hradecký (2007, s. 31) ve své publikaci klade důraz na širší vymezení bezdomovectví, jelikož úzké vymezení vykresluje osoby bez přístřeší přežívající pouze venku a tohle uchopení daného problému neumožňuje aplikaci prevenčních programů. FEANTSA (evropská federace národních organizací pracujících s bezdomovci) prosadila širší pojetí a vypracovala typologii bezdomovství ETHOS (evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení). Tato typologie umožňuje poskytnout jednodušší přístup k porozumění bezdomovectví. *„Úkolem typologie je ke zlepšení sběru a srovnávání dat. Zároveň je ETHOS nástrojem, který lze využít na národní úrovni a který může být pomocí při rozhodování a strategiích řešení bezdomovství.“* ETHOS nepopisuje příčiny, ale zaměřuje se na situaci jedince a jeho způsob bydlení. Vlastnictví domova můžeme dělit na tři oblasti a to fyzickou, sociální a právní. Z toho vyplývají formy vyloučení z bydlení: bez střechy, bez bytu, nejisté bydlení, nevyhovující bydlení a všechny tyto situace ukazují na absenci bydlení. Dále se tabulka ETHOS člení na subkategorie podle speciální problematiky (např. psychicky nemocní, osoby se závislostí), podle cílové skupiny (např. minority, věk, migranti), podle původu a další. *„Při formulaci definic jsme museli mít na paměti, že bezdomovství je víc proces než stav nebo jev“* (Hradecký & kolektiv, 2007, s. 31).

1.4 Sociální práce s lidmi bez domova

Pro osoby bez přístřeší máme různá podpůrná opatření. Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. sociální služby určené pro osoby bez přístřeší spadají do služeb sociální prevence. Cílem těchto služeb dle § 53 - 63 *„je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“* Patří tam zejména nízkoprahová denní centra, noclehárny, azylové domy a domy na půli cesty (zákon č. 108/2006). Pokud není jedinec schopen se postarat sám o sebe z důvodu zdravotních potíží, jsou mu určeny služby sociální péče. Osoby s duševním onemocněním využívají zejména služby zmíněné § 40 – 52 a to pečovatelskou službu, podporu samostatného bydlení, denní stacionáře, týdenní stacionáře domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (zákon č. 108/2006).

Průdková s Novotným (2008, s. 51, 52) zmiňuje důležitost poslušnosti při kontaktu s klientem bez přístřeší. Nejdříve se pracovník musí zaměřit na uspokojení nezbytných základních potřeb klienta. *„Teprve když je člověk nasycený, umytý, převlečený, odpočínutý a cítí se v bezpečí, může začít přemýšlet o tom, jaký život vede.“* Pracovník klienta musí podporovat v tom, co zvládne a nepřebírat na sebe jeho povinnosti a předcházet jeho případné závislosti na sociální službě (Průdková & Novotný, 2008, s. 51, 52). Mahrová (2008, s. 27, 28) vnímá základ sociální práce s lidmi bez domova v tom, že konečné rozhodnutí i zodpovědnost za svůj život nese klient a pracovník vždy ho musí respektovat. Zároveň však zdůrazňuje, že u klientů s duševním onemocněním může být náročnější toto nastavení nastavit a zachovat. Klient je zvyklý i na svou roli pacienta, kterou může vnímat i výhodně, obzvlášť v situaci, kdy by se měl umět rozhodnout. Rodina a okolí často klienta v závislé roli udržuje, byť s dobrým úmyslem. Tady se ukazuje, že sociální pracovník nespolupracuje pouze s konkrétním jedincem, nýbrž i s jeho nejbližším okolím. Pracovník by měl do péče o klienta zapojit všechny zúčastněné a podporovat klienta v zachování a rozvíjení jeho kompetencí v přístupu k nemoci. Na klienta nahlíží především jako na člověka, člověka s diagnózou, člověka se specifickými potřebami (Mahrová, Venglářová & kol., 2008, s. 27, 28). Sociální pracovník s duševně nemocnými klienty, jak zmiňuje Probstová (2010, s. 135, 136) může pracovat v institucích, v léčebných komunitách, v komunitních zařízeních nebo ve vlastním prostředí a podporuje je při obnově jejich sociálních rolí. Pracovník by měl přihlížet k odlišnostem u jednotlivých klientů nejen v diagnóze, ale také v zázemí, vzdělání, hodnotách, ve věku apod. *„Předpokladem k práci s duševně nemocnými je základní znalost*

nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních nemocí, terapeutických intervencí (včetně vlivů medikace), znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje“ (Probstová in Matoušek, Koláčková & Kodymová, 2010, s. 135, 136)

V této kapitole jsem se pokusila shrnout sociální problém bezdomovectví do celku, ze kterého vytanuly pojmy domov vs. bydlení, zmínila jsem základní možné příčiny bezdomovectví, ze kterých jsem se zaměřila na nezaměstnanost a závislosti, psychické potíže a bytovou problematiku. Dále jsem popsala charakteristiky a typy člověka bez přístřeší, který nemusí být poznatelný na první pohled. Za bezdomovce můžeme považovat i jedince využívající pobytové sociální služby nebo bydlicího sice ve svém, ale ohroženém bydlení. Zamyslela jsem se nad pojmy domov vs. bydlení. Také jsem se zaměřila na sociální práci s klienty s duševním onemocněním. Jak z první kapitoly vyplynulo, je důležité klienta podporovat v jeho kompetencích a umět se vcítit do jeho nálad a pocitů. V neposlední řadě v každé sociální práci vždy musí pracovník respektovat konečné rozhodnutí klienta, který i přes svou nemoc nese za ně zodpovědnost sám.

2. Duševní onemocnění

V další kapitole se zaměřím na vymezení a základní dělení duševních nemocí. Poté popíšu tři diagnózy, se kterými se potýkají mí klienti a budoucí respondenti. Největší důraz budu klást na schizofrenii, její formy, projevy a prognózy, jelikož tato nemoc je u mých klientů nejčastější. Také zmíním proces zotavení, který ve stručnosti znamená naučit se se svou nemocí žít ve svém přirozeném prostředí.

2.1 Vymezení a základní dělení duševních nemocí

Matoušek (2003, s. 60) definuje duševní nemoc jako poruchu „*prožívání a mezilidských vztahů*.“ Zároveň vymezuje pojem duševní zdraví, který popisuje jako „*Stav tělesné, duševní a sociální pohody; nikoli pouze nepřítomnost nemoci. V užším smyslu je duševní zdraví potenciál, který má každý člověk – tedy i osoba trpící duševní nemocí*“ (Matoušek, 2003, s. 60). Hartl (1993, s. 150) duševní poruchu vymezil jako změnu „*některých psychických procesů projevující se v chování a prožívání člověka a znesnadňující jeho interakci se sociálním okolím*“ (Hartl, 1993, s. 150). Jak zmiňuje Mahrová (2008, s. 69 - 70) pro práci s lidmi s duševním onemocněním je potřeba mnoho odborníků. Tudiž v pracovních týmech, které pracují s klienty s duševní diagnózou, by měli být zástupci různých profesí. Diagnózu stanoví lékař a na sociálním pracovníkovi je, aby klienta přijal se všemi jeho projevy a snažil se podpořit v něm zdravé kompetence potřebné pro běžný způsob života. K systematické pomoci je potřeba znát základní fakta o duševních diagnózách. Duševní poruchy a poruchy chování se dělí dle následujícího označení:

- F00 – F09 organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10 – F19 duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 – F29 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30 – F39 afektivní poruchy
- F40 – F49 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 – F59 behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 – F69 poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 – F79 mentální retardace

- F80 – F89 poruchy psychického vývoje
- F90 – F98 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 nespecifická duševní porucha

Tohle dělení je jeden ze základních pilířů pomoci, nicméně sociální pracovník musí ke klientovi přistupovat zcela individuálně. Je potřeba brát v potaz „*nejen jeho symptomy, ale i mechanismus, příčinu jejich vzniku, prostředí, ze kterého k nám klient přichází, jeho zázemí, jeho slabé a silné stránky*“ (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 69, 70). Styx (1991, s. 11, 12) se v otázce duševních nemocí zamýšlí nad tím, kdy je člověk duševně nemocný. Přiznává, že se názory, proč jedinec selhává v sociální oblasti, různí. Zda je jeho chování naučené, k čemuž se přiklání behaviorismus nebo zda se jedná o poškození mozku, k čemuž se přiklání medicínský model. U tohoto přístupu kriticky poukazuje, že ne vždy léky jsou nemocnému ku prospěchu, ale naopak jeho problémy mohou prohlubovat, například tím, že vyvolávají u jedince pasivitu. Sociologický model přiznává v chování lidí odlišnosti vlivem dědičnosti, výchovy nebo poruchy mozku. „*Duševně nemocným se člověk stává v okamžiku, kdy je mu udělena role duševně nemocného. Lidé se k němu začnou chovat odlišným způsobem a nakonec i on sám pod sociálním tlakem tuto roli přijímá.*“ Dále Styx shrnuje projevy duševně zdravého jedince, který „*má reálné představy o sobě, akceptuje svoje silné i slabé stránky, zajímá se o druhé, ve svém jednání se řídí více vnitřním přesvědčením, než vnějšími hodnotami, umí uspokojovat svoje potřeby tak, aby nepoškozoval druhé*“ (Styx, 1991, s. 11, 12).

2.2 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Hartl (1993, s. 188) vymezil v psychologickém slovníku schizofrenii jako název pro „*rozštěpení osobnosti; pojem používaný pro celou skupinu psychóz*“ (Hartl, 1993, s. 188). Vágnerová (2004, s. 333) schizofrenii popisuje jako „*závažnou duševní chorobu, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.*“ Termín schizofrenie pro tuto poruchu rozštěpení a rozpolcení osobnosti navrhl v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuer (Vágnerová, 2004, s. 333). Češková (2005, s. 15) považuje schizofrenii za jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění a zmiňuje, že výskyt tohoto onemocnění je v populaci 1%. U hospitalizovaných pacientů v psychiatrických nemocnicích je schizofrenie diagnostikována u 25 %. Schizofrenie celosvětově patří mezi deset příčin plné invalidity (Češková, 2005, s. 15).

2.2.1 Formy a projevy schizofrenie

Pavlovský (2006, s. 76, 77) popisuje členění schizofrenie do několika typů:

- F 20.0 paranoidní – jedná se o nejčastější formu nemoci, pacient bývá postižen bludy a sluchovými halucinacemi, může být přesvědčen o svých jedinečných schopnostech. Nemocný bývá ke svému okolí podezřívavý, někdy proti domnělým nepřátelům i agresivní.
- F 20.1 hebefrenní schizofrenie – vzniká v období adolescence, nemocný má sklon k podivným způsobům myšlení tzv. pseudofilozofování, k přehnanému grimasování, ztrácí citové vazby.
- F 20.2 katatonní schizofrenie – vzácnější typ, nemocný trpí poruchami chování, které se projevují neobvyklými pohyby, automatickým plněním pokynů, stereotypní mlouvou či motorikou.
- F 20.3 nediferencovaná schizofrenie – nelze s určitostí zařadit do předchozích třech typů.
- F 20.4 postschizofrenní deprese – nemocný má schizofrenní příznaky s projevy deprese.
- F 20.5 reziduální schizofrenie – chronický průběh nemoci, kdy vymizí pozitivní příznaky a přetrvávají negativní.
- F 20.6 simplexní schizofrenie – nemocný nenavazuje kontakt, straní se společnosti, projevuje se emoční plochostí (Rabot, Pavlovský & Janotová, 2006, s. 77, 77).

Vágnerová (2004, s. 336) zmiňuje rozdělení příznaků schizofrenie na pozitivní a negativní. Pozitivní popisuje jako „*zkreslené vyjádření standardních funkcí*“ mezi které patří bludy, halucinace, poruchy myšlení apod., negativní symptomy znamenají jejich útlum a patří sem apatie, pomalé myšlení i řeč, utlumené emoce a jiné (Vágnerová, 2004, s. 336). Pavlovský (2006, s. 74, 75) uvádí, že schizofrenické poruchy myšlení a vnímání mohou u nemocného probíhat jako stálý proces nebo můžou přicházet v tzv. epizodách, po kterých poškození se jeví stejné nebo narůstá anebo naopak nastává přechodné vymizení příznaků (Rabot, Pavlovský & Janotová, 2006, s. 74, 75).

2.2.2 Prognóza schizofrenie

Nelze odhadnout, jak přesně se bude tato nemoc u jednotlivých jedinců vyvíjet, což nepopírá ani Vacek (1996, s. 189), který odmítá náhled laické veřejnosti na schizofrenii přiklánějící se k tvrzení, že nemocného můžeme odepsat. Vacek se nebrání tvrzení, že některým nemocným pomoci nelze, ale jiní se mohou uzdravit a ve výjimečných případech i bez následků. Většinou bohužel nastane změna povahy a charakteru, celkové osobnosti. Pokud jsou následky hodně špatné, jedná se o tzv. schizofrenní deterioraci, která se dříve chybně zaměňovala za demenci (Vacek, 1996, s. 189). Vágnerová (2004, s. 352 – 354) se u prognózy nemoci zaměřuje i na faktory mající na průběh nemoci vliv. Mezi tyto určující faktory řadí zejména závažnost a průběh onemocnění, pohlaví, premorbidní osobnost a sociální zázemí nemocného. Obecně platí, že lepší prognózu má nemoc, jejíž začátek byl bouřlivý a náhlý a co se týče pohlaví, lépe jsou na tom ženy. Jedinec, který před propuknutím schizofrenie se jevil bez nápadností a neměl potíže v přizpůsobivosti, má taktéž větší šanci na vyléčení. A v neposlední řadě vhodné stimuluující a respektující sociální zázemí má nemalý vliv na zlepšení zdravotního stavu. V době uzdravování mohou nemocní působit sklesle, apaticky až vyhasle. Postupná adaptace na reálný svět se jim může jevit jako náročný úkol. „*V tomto obtížném období vyrovnávání se životem po nemoci může dojít i k pokusu o sebevraždu signalizujícímu, že pacient situaci nezvládl*“ (Vágnerová, 2004, s. 352 – 354). Styx (1991, s. 67, 68) kritizuje přístup některých zdravotníků k pacientům, který dle jeho pohledu může pramenit z vlastní úzkosti z psychózy. Nemocného usměrňují v jeho projevech a tímto znemožňují volný průchod jeho myšlenek a pocitů v neznámé situaci. Styx doslova uvádí, že „*úzkost z psychózy nám i nemocnému brání, abychom se vzájemně poznali, jací skutečně jsme.*“ Nemocnému se díky tomu horší stav a stává se „*psychotičtější*“ (Styx, 1991, s. 67, 68).

2.2.3 Schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Pavlovský (2006, s. 83, 84) uvádí členění těchto poruch takto:

- F 21 schizotypní porucha, která může být dle příznaků zaměňována z lehčí typ schizofrenie. Jedinec je chladný, podezřívavý, odtažitý, trpí vtíravými myšlenkami. Mohou se vyskytovat krátké epizody s bludy či halucinacemi.

- F 22 trvalé duševní poruchy s bludy, jsou poruchy dříve nazývány jako paranoia. Jedinec může být přesvědčen, že je sledován, že je s ním špatně nakládáno, případně, že mu jde o život. Jeho bludy mohou mít taky podtext žárlivecký, hypochondrický, inventorní. Tímto je zasaženo jedincovo myšlení, nikoli psychika.
- F 23 akutní a přechodné psychotické poruchy, příznaky jsou shodné jako u schizofrenie, liší se jen délka trvání. U diagnózy F 23 nepřesáhne trvání příznaků dobu jednoho měsíce. Pokud ano, bývá diagnostikována schizofrenie. Tato poruchy bývá vyvolána stresovou situací.
- F 24 indukovaná porucha s bludy, jedná se o vzácnou poruchu, kdy bludy přebírá od nemocného jedinec žijící s nemocným zpravidla v izolaci.
- F 25 schizoafektivní poruchy, jedná se o typ manický nebo depresivní (Raboch, Pavlovský & Janotová, 2006, s. 83, 84).

2.3 Afektivní poruchy

Vágnerová (2004, s. 369) definuje afektivní poruchu jako „*chorobnou náladu, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání.*“ Poruchy nálady lze nazvat jako „*narušení emočního prožívání*“. Sklon k určitému typu emočního chování je nám dán a je součástí našeho temperamentu, ale také se dá do jisté míry ovlivnit našimi zkušenostmi. Poruchami emocí nám organismus může dávat najevo narušení nebo ohrožení naší rovnováhy, které se projevuje duševními a somatickými potížemi. (Vágnerová, 2004, 369). Raboch (2006, s. 86 - 88) poukazuje na to, že „*poruchy nálady jsou třetí nejčastější duševní poruchou a postihují z hlediska celoživotního téměř pětinu populace. Ve vyspělých státech představují deprese nejčastější příčinu ztrát pracovní schopnosti.*“ U afektivních poruch dělíme epizody na depresivní (ty jsou častější) a na manické. Pokud jde o kombinaci obojího, pak hovoříme o bipolární afektivní poruše (Raboch, Pavlovský & Janotová, 2006, s. 86 – 88). Mahrová (2008, s. 77 – 79) popisuje manické stavy jako nepřirozeně dobrou náladu, kdy jedinec vykazuje malou potřebu spánku, je přehnaně sebevědomý a přeceňuje své schopnosti, díky čemu se může dostávat do nepříznivých sociálních situací. Nemocný navazuje nahodilé kontakty, lehkovážně utrácí peníze. Oproti tomu depresivní porucha se projevuje jako ztráta smyslu života a ztráta energie, jedinec i přes velkou únavu špatně spí, hubne, cítí se bezradně, mohou se objevovat myšlenky na sebevraždu. Jeho řeč je pomalá

a obtížná. Bipolární porucha se vyznačuje střídáním depresivních a manických epizod. Depresivní epizody trvají zpravidla déle. Epizody vyvolává stresové období a první fáze se může vyskytnout v jakémkoli věku (Mahrová, Venglářová & kol., 2008, s. 77 – 79).

2.4 Poruchy osobnosti

Raboch (2006, s. 162) vymezuje poruchu osobnosti (dříve nazývanou psychopatií) jako „*chorobný stav, který se projevuje nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými povahovými vlastnostmi v oblasti nižších a vyšších emocí a nálad, pudů, temperamentu, vůle a charakteru, a podivínským, neadaptivním až hrubě rušivým chováním, kterým trpí sám jedinec nebo jeho okolí, případně oba.*“ Projevy se mohou objevit již v dětství nebo mládí a zpravidla trvají celý život (Raboch, Pavlovský & Janotová, 2006, s. 162). Venglářová (2008, s. 85) uvádí, že lidé s poruchou osobnosti jsou emočně plošší a mají problémy v mezilidských vztazích. Viníky za své životní potíže hledají v okolí, nedokáží se poučit z trestu nebo profitovat z odměny. Pokud potíže jsou hlavně sociálního rázu, můžeme se setkat s označením sociopatie (Mahrová, Venglářová & kol., 2008, s. 85)

2.5 Zotavení

Zotavování je proces, který je součástí rehabilitace klienta. Jak nastiňují Wilken a Hollander (1999, s. 10) tento proces zpravidla začíná až po několika letech probíhání duševní nemoci a ač si jeho zákonitosti nedokážeme dobře vysvětlit, pracovníci poskytující rehabilitaci „*musí pracovat s klientovou perspektivou vývoje.*“ Jako synonymum pro zotavení by se dalo použít slovo učení, růst. Také může znamenat „*získat zpět, zachránit, rekultivovat, osvobodit*“ (Wilken, Hollander, 1999, s. 10). Ridgway, McDiarmid & kol. (2014, s. 7 - 9) ve své publikaci sestavili definice zotavení na základě životních příběhů nemocných. Jedna z nich zní: „*Zotavování znamená aktivní řízení svého života a duševního zdraví tak, aby měl člověk pod kontrolou psychiatrické symptomy, vytvořil si zdraví prospěšný způsob života a dostal se celkově do lepší kondice.*“ Klienti samotní pro zlepšení svého mohou hodně udělat, zotavovací programy jim umožňují žít a pracovat v jejich přirozeném prostředí. V tomto procesu je nezanedbatelná podpora od lidí s vlastní zkušeností (Ridgway, McDiarmid, Davidson, Bayes & Ratzlaff, 2014, s. 7 - 9). Wilken a Hollander závažné duševní diagnózy přirovnávají k jiným těžkým postižením a hledají podobu v procesu zotavování, který

rozdělili do tří fází, kterými jsou „*stabilizace, reorientace a reintegrace*.“ Každá z těchto fází přináší sebou nutné emoce a změny. Nemocnému se nejdříve vše rozpadne, na čas přijde o většinu svých sociálních rolí a nastává hlavní role pacienta. Poté, co se zdravotní stav stabilizuje, ukážou se následky nemoci a přijde druhá fáze, která sebou může přinášet pocity jako hněv, popření situace apod. Klient začíná hledat smysl dalšího života, ve kterém bude mít své místo i nemoc. Přestává zamýšlet nad tím, co nemůže a zjišťuje, co zvládá a jak se nejlépe vypořádat se svou nemocí. Klient začíná přivykat „*novým požadavkům na život, které časem přinesou nové perspektivy do budoucnosti*.“ V poslední fázi začíná mít život ‘ve svých rukou’ a „*obnovuje komunikaci s vnějším světem*.“ Pomalu nabírá ztracené sebevědomí a měl by být pracovníky podporován k obnově potřebných kompetencí (Wilken, Hollander, 1999, s. 11, 12).

Ve druhé kapitole jsem se věnovala základnímu členění duševních nemocí, ze kterých jsem se zaměřila na ty nejčastější diagnózy u cílové skupiny v mém zaměstnání. Získala jsem škálu projevů, se kterými se musí tito lidé potýkat a které mají vliv na běžný život jedince. Zároveň jsem nastínila i pohled na duševní nemoc jako na roli, která je jedinci přidělena a okolí se k jedinci může začít chovat jinak, což nemusí být vždy ku prospěchu nemocného. Klient, který se zotavuje, svou nemoc přijímá a učí se s ní žít.

EMPIRICKÁ ČÁST

V praktické části bylo mým záměrem v teoretické rovině objasnit důležité aspekty tématu k navazující empirické části mé práce, ve které se budu věnovat kvalitativnímu výzkumu. Nyní se zaměřím na jednotlivé kroky v postupu.

4. Metoda empirického šetření

4.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je zjistit a popsat, pomocí mnohočetné individuální případové studie osob s duševním onemocněním bez domova nebo s ohroženým bydlením:

1. *Jak jedinci s duševním onemocněním bez domova nebo s ohroženým bydlením popisují svou situaci v oblasti bydlení?*
2. *Jaké jsou podobnosti v životních příbězích u osob s duševním onemocněním s ohroženým bydlením nebo bez bydlení?*

4.2 Případová studie v kvalitativním výzkumu

Kvalitativní metodu výzkumu jsem si zvolila, jelikož nabízí možnost zaměřit se na daný problém více do hloubky. Jak zmiňuje Hendl (2005, s. 52, 53) u kvalitativního výzkumu případů „*nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy*“. Kvalitativní výzkum by měl svými výhodami vyvažovat nedostatky, na které poukazují jeho kritici jako je třeba subjektivita nebo potíže se „*zobecnováním výsledků*“. Nesporná výhoda kvalitativního výzkumu spočívá v možnosti získat podrobný vhled do jednotlivých případů v jejich přirozeném prostředí (Hendl, 2005, s. 52, 53). Walker (2013, s. 50) taktéž naráží na subjektivní pohled výzkumníka a možnost ovlivnění respondentů. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kvalitativní zabírá daleko více času, který výzkumník tráví s respondentem (respondenty) a ten ač nevědomky, výsledky „*filtruje*“ a ovlivňuje svými zkušenostmi a osobitostí. To by si každý výzkumník měl uvědomit a poté se s tímto problémem vypořádat. Nabízí se možnost být co nejvíce otevřený a začlenit do jednotlivých částí i svůj pohled. Někdo naopak vnímá subjektivní

náhled jako „*silnou stránku kvalitativní metody*“ (Walker, 2013, s. 50). Mišovič (2019, s. 36 – 38) zdůrazňuje, že kvalitativní metoda vyžaduje vzájemné porozumění mezi oběma stranami, což je předpoklad otevřeného rozhovoru. V neposlední řadě tento přístup „*vyžaduje velmi dobrou zkušenost se zkoumanou oblastí, předvídatost a přizpůsobivost, ale i vědomí určitého rizika...*“ (Mišovič, 2019, s. 36 – 38). V případové studii dle Hendla (2005, s. 104, 105) jde o podrobné studium jednoho nebo několika málo případů a díky tomu se nabízí předpoklad lepšího porozumění dalších podobných případů. U osobní případové studie jde o „*výzkum určitého aspektu u jedné osoby...zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory a procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah*“ (Hendl, 2005, s. 104, 105). Mišovič (2019, s. 231) doporučuje výzkumníkovi si zvolit problematický jev a uvést výzkumný cíl, který by měly „*zrcadlit*“ výzkumné otázky. Při sběru dat se nesmí opomíjet důležitost znalosti prostředí a každý „*výzkumný krok by měl být zúčastněným aktérům vysvětlený a zdůvodněný.*“

Já se ve svém výzkumu zaměřím na případovou studii osob s duševním onemocněním, které jsou bez bydlení nebo bydlení mají různými způsoby ohroženo.

4.3 Metoda sběru dat a terén výzkumu

Výzkum budu provádět v místě dle výběru jednotlivých aktérů. Může probíhat v jejich přirozeném prostředí, kde se cítí dobře, nebo mohu nabídnout volnou kancelář ve svém zaměstnání, která je určena individuálními schůzkám s klienty.

V rámci mého kvalitativního výzkumu jsem si zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Ten, jak zmiňuje Mišovič (2019, s. 80 – 82), je dostupný a dobře pochopitelný. Jde především o konverzaci, ve které může výzkumník měnit styl a pořadí otázek a flexibilně reagovat na odpovědi respondenta. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru můžeme udržet pozornost na hlavním výzkumném problému. Je ale potřeba vzít v potaz, že aktéři mohou být ovlivněni mnoha okolnostmi a výsledek výzkumu nelze „*pokládat za zdroj objektivní pravdy.*“ Stejně tak doslovný přepis rozhovoru neznamená nefalšovaný odraz reality, ale „*vyžaduje kritické zhodnocení ze strany výzkumníka*“ (Mišovič, 2019, s. 80 – 82). Hendl (2005, s. 166, 167) doporučuje si před začátkem kvalitativního rozhovoru (nebo je možno i během rozhovoru) dohodnout časové rozpětí, které budeme interview věnovat. Dále upozorňuje na důležitost začátku a konce rozhovoru, kdy počátek je potřebný k získání

důvěry a během ukončování se může respondent ještě rozpovídat a sdělit nám další potřebné informace. Samozřejmostí před jakýmkoli výzkumem je souhlas aktéra se záznamem (Hendl, 2005, s. 166, 167).

4.4 Výběr respondentů

V kvalitativním výzkumu jde především o téma. Jak sdílí Mišovič (2019, s. 40, 45) vzorek si výzkumník vybírá záměrně podle cíle výzkumu a výzkumné otázky. Výběr aktérů je pro téma výzkumu zásadní a „*ovlivňuje sběr a kvalitu dat, ale i využití citací při konečné interpretaci výsledků.*“ U určování počtu zapojených případů se bere v potaz, jaké odpovědi chce výzkumník nalézt. Může intenzivněji zkoumat případ jedné osoby nebo se zaměřit na více jednotlivců. Důležitý není počet, ale data, která se výzkumem získají. (Mišovič, 2019, s. 40, 41).

Respondenty pro můj výzkum jsem vybírala, s ohledem na téma práce, z klientů organizace, ve které pracuji, jejíž cílovou skupinou jsou osoby s duševní diagnózou. Výběr účastníků byl zaměřen na kritéria potřebných pro cíl práce a ta jsou: lékařem určená duševní diagnóza a absence bydlení nebo ohrožené bydlení.

4.5 Zpracování dat

Pro zaznamenávání kvalitativních dat jsem si zvolila doslovné písemné zápisy. Přestože tenhle způsob sběru dat bude zdlouhavější, jeví se mi vhodnější s ohledem na projevy diagnóz mých klientů než pořízení audiozáznamu. Před prováděním výzkumu jsem zjišťovala možnosti získávání dat a převážná část klientů by se u nahrávání necítila dobře. Pro zpracování jednotlivých příběhů použiji techniku otevřeného kódování. Dle Mišoviče (2019, s. 163) jde u téhle techniky u rozdělení zápisu dle významu na jednotky, přičemž volba jednotky je na volném uvážení výzkumníka, může jít „*o slovo, větu, odstavec.*“ Je potřeba být stále zaměřen na cíl výzkumu při dělení textu na témata. Těm výzkumník přiřadí otevřené kódy (názvy), které se poté rozdělí dle kategorií, které mají své určité charakteristiky (Mišovič, 2019, s. 163). Hendl (2005, s. 226) popisuje kódování jako hledání pravidelností, aby bylo možno analytické výsledky spojit do celkového příběhu. Některé pravidelnosti

můžeme očekávat předem, některé vyjdou na povrch až během studie (Hendl, 2005, s. 226). Jednotlivé případy budu analyzovat zvlášť, poté je porovnáám mezi sebou.

4.6 Etika výzkumu

Dodržet etiku výzkumu je pro mne v mé bakalářské práci stěžejní, jelikož by v žádném výzkumu neměla být zklamána důvěra respondentů. Štětovská (2011, s. 150,151) sdílí, že etiku můžeme vztahovat k morálce, dle které jsou dané hodnoty, normy. V takovém případě etika „*hodnotí činnost člověka z hlediska dobra a zla.*“ Ovšem můžeme ji pojmout i jako osobní zodpovědnost ke své profesi. Pokud bychom porušili zásady důvěry, ztížili bychom situaci budoucím výzkumníkům ve stejné oblasti. Etikou ve výzkumu se může rozumět i poctivost výzkumníka k sobě a umění interpretovat i takové výsledky, které se nám „*nehodí*“. V etice neseme zodpovědnost vůči respondentům, kolegům, konkrétním pracovištím, sobě i ostatním (Štětovská in Weiss & kol., 2011, s. 150, 151). Hendl (2005, s. 155) doporučuje v rámci etického jednání dodržovat několik zásad. Mezi ně patří dostatečně poučit zkoumanou osobu o průběhu výzkumu a získat podepsaný informovaný souhlas. Musí být zřejmé, že účast na výzkumu je zcela dobrovolná. Co se týče dodržení anonymity, nejideálnější je, pokud identita účastníků není známa ani výzkumníkovi. Pakliže toto zajistit nelze, neměl by s ní být obeznámen již nikdo další (Hendl, 2005, s. 155).

Informovaný souhlas mám připraven a před každým rozhovorem respondenta seznámím se všemi náležitostmi mé výzkumné studie. Především je budu informovat o dobrovolnosti účasti, a že mohou kdykoli během výzkumu svůj souhlas odvolat.

Pamatuji i na to, že některé otázky mohou být citlivější a mám v plánu se v průběhu rozhovoru individuálně přizpůsobovat a respektovat emoční rozpoložení klientů. Předem se dohodneme na odhadu časového úseku, po který bude rozhovor veden, nicméně není to nijak závazné a na přání klienta jsem připravena se přizpůsobit. Nepodepsaný informovaný souhlas bude přílohou bakalářské práce.

5. Empirický výzkum

5.1 Průběh sběru dat

Abych mohla dělat rozhovory, vyhledala jsem klienty naší organizace, kteří splňovali daná kritéria pro výzkum. Část potenciálních respondentů se nacházela na hospitalizaci v psychiatrické nemocnici a další část z různých důvodů rozhovor odmítla. Nakonec se našli tři respondenti, kteří souhlasili se spoluprací na výzkumu v rámci mé bakalářské práce. Dva rozhovory proběhly u mě na pracovišti v prostředí samostatné kanceláře, jeden u klientky doma. Předem jsme se dohodli, že nebudu rozhovory nahrávat, ale zapisovat. Jelikož jsem se s respondenty znala, nebyli nijak nervózní a i přes limity svého zdravotního stavu, byli v rámci možností sdílní a dobře naladěni. Ze zápisu rozhovorů to nemusí být patrné, ale na každou odpověď jsem dávala respondentům dostatek času a individuálně se přizpůsobovala jejich tempu. Se všemi respondenty jsme se předem přibližně dohodli, jaký čas budeme rozhovorům věnovat s tím, že pokud by se cítili unaveně, můžeme kdykoli rozhovor ukončit a pokračovat jindy. Také byli předem seznámeni se všemi náležitostmi výzkumu a podepsali informovaný souhlas.

Jednotlivé rozhovory trvaly zhruba hodinu a ani v jednom případě nebylo potřeba přerušení. U jednoho rozhovoru jsem špatně formulovala otázku, proto jsem respondentku navštívila druhý den znovu, abych vše uvedla na správnou míru.

Předem jsem měla připravenou osnovu rozhovoru, která se může jevit pevněji uchopená, než u polostrukturovaného rozhovoru obvykle bývá a byly zaměřeny především na otázky bydlení a duševního stavu klientů. Rozhovory proběhly během února 2020.

5.2 Analýza dat a interpretace výsledků

Jako první krok analýzy jsem si rozhovory znovu důkladně přečetla. Poté jsem si barevně rozdělila materiál do základních oblastí, kdy jsem zjistila, že se mi v kategoriích témata prolínají. Ty jsem si poté rozpracovala a podrobněji jsem pak rozdělovala text do jednotlivých kódů s ohledem na výzkumné otázky, kterými jsou popis situace v oblasti bydlení a hledání podobností. Při kódování jsem se vždy zaměřila na jedno konkrétní téma. Kódy jsem si

označovala někdy jen jednotlivá sousloví, někdy celé věty, které spolu souvisí. Poté jsem si dokumenty rozdělila na témata s ohledem na prolínání kategorií.

První téma bylo o tom, co pro klienta znamená domov a jak nyní bydlí. Jak vyplynulo z teorie, domov a bydlení nemusí jedinec vnímat totožně, proto mě zajímal pohled respondentů. Druhé téma se týkalo udržení stávajícího bydlení, co nebo kdo je klientovi nápomocen v udržení, či hledání bydlení. Třetí téma se týkalo nemoci, jak na ni klient nahlíží a jakým způsobem ho limituje. K výzkumné otázce se vztahuje tak, že respondent na svou situaci nahlíží především optikou své nemoci a ta ho samozřejmě může ovlivňovat v jeho bytové situaci. Poslední téma jsem zaměřila na smysluplnost života a to z důvodu, že mě zajímalo, zda je bydlení a nějaká jistota bydlení pro respondenta momentálně prioritou v jeho životě.

Pomocí analýzy jsem získala výsledky, které budu v téhle kapitole prezentovat. Cílem mé práce bylo vytvořit případové studie lidí bez domova nebo s ohroženým bydlením, kteří mají lékařem diagnostikovanou duševní poruchu. Nejprve zde představím případové studie jednotlivých respondentů, abych poté mohla popsat výsledky související s výzkumnou otázkou. Podotýkám, že podklady pro příběhy respondentů mi kromě rozhovorů sloužily i jejich osobní složky, které jsou dostupné v naší organizaci. Obsahem těchto složek jsou vstupní dokumenty, osobní údaje klientů, mapování potřeb, individuální plány, hodnocení těchto plánů apod. Klienti do svých složek mohou na požádání kdykoli nahlédnout.

5.2.1 Případové studie

Během analýzy jsem si pomocí kódů rozdělila materiál do jednotlivých témat, která mi složila k lepšímu přehledu u hledání podobností v jednotlivých případových studiích. Tam, kde budu uvádět úseky doslovných záznamů, je budu psát kurzívou a označovat uvozovkami v případě že respondent zmínil konkrétní jméno nebo název, pro dodržení anonymity dané slovo vykřížkuji.

Respondentka paní A (56 let, dg. dle lékaře F 200)

Paní A žije celý svůj život ve starém domě, který postavil její otec. Rodiče již zemřeli a paní A žije sama. Z rozhovoru vyplynulo, že již jako dítě vnímala, že dům není v pořádku, neměli

koupelnu a kuchyň, starý záchod byl na dvoře. Topilo se málo a pouze v jedné místnosti, paní A bývala zima, později se naučila více oblékat a dle svých slov si zvykla. Paní A je již dlouhou dobu v plném invalidním důchodu. Jelikož je velmi spořivá, dokázala ušetřit na částečné opravy domu, které proběhly za spolupráce sociální služby. Paní A v celém domě neměla topení, kamna již léta nepoužívala, neměla koupelnu ani suchý záchod, potřebu chodila konat na zahradu. Později přechodně měla za domem chemické wc. Přestože velmi špatně nese jakékoli změny, souhlasila s tím, že se v domě postavil záchod a sprchový kout, udělala se kuchyň a v každé místnosti má nyní plynové topení. Paní A uznává, že se jí žije lépe, přestože vnímá ve svých kompetencích velké limity ať už v udržování bydlení, tak i v celkovém svém životě. Paní A nesouhlasí s nemocí, kterou jí diagnostikoval lékař, je přesvědčena, že velkou roli v tom sehrál fakt, že matka paní A trpěla paranoidní schizofrenií a jí jako dceři byla takhle automaticky přidělena stejná diagnóza. Paní A vnímá vedlejší účinky léků, které bere, jako zásadní a mající hlavní vliv na její momentální život. Přiznává, že je pro ni jakákoli činnost velmi namáhavá, i to, co dělávala dříve ráda, nyní ji netěší. K alkoholu a návykovým látkám má negativní postoj, nikdy nebyla konzument. Chtěla by dům ještě postupně opravovat, ale zatím to odkládá. Říká, že si na hodně věcí zvykla.

Paní A nemá žádné sourozence, jen nějakou vzdálenější rodinu, se kterou se nestýká. S rodiči neměla nijak vřelé vztahy, ale nyní jí chybí, občas se cítí sama. Má jednu známou, se kterou se vídává zřídka a občas vzpomíná na poslední zaměstnání, že tam byla mezi lidmi a i když ty vztahy nebyly nijak pevné, pro paní A byly důležité. Práce jako taková ji nechybí, vnímala ji jako velmi náročnou a nezvládala ji, což byl i důvod propuštění. Nedovede si představit, že by se měla někdy do práce vrátit.

Paní A svůj život popisuje jako zničený z toho, že musí brát léky a svou diagnózu cítí jako nespravedlnost.

1. téma - co pro mě znamená domov, jak nyní bydlím a jak bych si přála bydlet

„Aby to bylo útulné, aby se tam člověk dobře cítil...“

Dále jsem se zajímala, jak respondentka momentálně žije a co by případně na své situaci chtěla změnit.

„Bydlím v domě, co postavil můj otec, dům je už v horším stavu, nikdy to nebylo úplně dodělané.“

„...aby to bylo pohodlné...chtěla bych ještě nějaké úpravy v domě...ale ne moc...jsem zvyklá, byla bych ráda, kdyby mi některé věci vydržely až do smrti...okna jsou špatná. ...všechno je nic moc...ten nábytek tady. Já jsem zvyklá“ Paní A jsem se ještě doptala, zda si dovede představit, že by bydlela jinde a na to odpověděla, že těžko nese změny a jinam by nechtěla.

2. téma - co/kdo mi pomáhá udržet stávající bydlení, případně hledat jiné. Kde jsou mé limity.

„Tak něco udržoval otec...až umřel, něco se opravilo s pomocí pracovníků od vás.

Tenkrát mi ale vadilo, když mi vyhodili hodně věcí....ted' už to беру jako přínos jo...nic mě nenutíte vyhazovat. Bylo tam moc textilu...že strašně moc...a hodně novin no a letáky, to mi nevadí, nakonec jsem si zvykla, že bez těch letáků...no“

Z rozhovoru vyplynulo, že proběhly v domě i nějaké rekonstrukce *„dvou místností...našli instalatéry...mám záchod, sprchu, kuchyň“*

„Máte dostatek financí na bydlení?“

„a já je...ani neumím odpovědět...normálně ne....ale jestli se chci smířit s některými věcmi, že by mi vydržely do smrti, tak jo....spíš ne...potřebovala bych nová kamna...“

Paní A měla peníze našetřeny, z dokumentů (Osobní složka, 2018) jsem zjistila, že opravy proběhly až před dvěma lety (Osobní složka, Plán průběhu služby, 2018) Jak paní A občas v rozhovoru zmínila, nemá ráda změny a na tenhle styl života byla zvyklá, nicméně vnímá, že změna co nastala, byla k lepšímu *„se záchodem je dobře...předtím jsem vše zakopávala na zahradě, bylo to strašné...chemický záchod byl taky strašný, taky to nebylo dobré...“*

3. téma – nemoc v mém životě, jak ji vnímám, v čem mě omezuje

„...vnímám se extrémně nemocná z prášků....ale necítím se na tu paranoidní schizofrenii....znala jsem případ....se stejnou diagnózou....a byl to jiný případ než já....byl to od známé bratr, bál se, že ho pronásledují, utíkal z domu....prostě se mi zdá, že nemám tu stejnou schizofrenii....viděla jsem pořad o tom....zdá se mi, že to je omyl u mě....“

„V nemocnici mi to určili neprávem podle mě....podle doktora xxxx, prvně jsem byla, jako že mám poruchu s bludy...dokonce tomu říkali trvalá porucha s bludy....to je teda něco...to bych nechtěla teda....“

„Proč myslíte, že vám tu diagnózu určili?“

„Zavinil to doktor xxxxx podle toho, že to měla moje matka, tak z toho vycházel...myslel, že co říkám o sousedech z vedlejší ulice, že není pravda....nic tak extra bláznivého jsem neřekla, diagnostikovat to neměl, neměl si být tak jistý...jen jsem byla velmi vyděšená z nájemníků toho souseda....“

„Takže tohle on měl za projevy nemoci...“

„Ano...ale podle mě to byla skutečnost...zvědavý nájemník se tam přistěhoval, řekl i ostatním....pak mě sledovali...teda pozorovali z okna.“

„Zjist'ovala jste si něco o své diagnóze, zmínila jste, že jste viděla v televizi nějaký pořad, víte, jak se může nemoc vyvíjet?“

„Ano, nevím, mám i psychologické knihy...když já nesouhlasím s diagnózou...“

myslím, že by mi pomohlo vysadit léky. Matka tu nemoc měla napořád...“

„Omezuje vás vaše diagnóza, případně projevy, které vnímáte vy sama, např. potíže v zaměstnání, co jste zmínila?“

„Mám potíže s psychomotorikou.....a s diagnózou nesouhlasím.“

„Co byste chtěla zvládat lépe?“

„Nerozumím...“

„At už v oblasti postarání se o sebe, věnování se koníčkům apod.?“

„...na koníčky nemám, nebaví mě čtení...z prášků jsem zničená... nevím“

Paní A jsem se ještě doptala, jaký vztah má kromě léků, což zmínila viz. výše, k alkoholu a návykovým látkám.

„Velmi špatný, nesnáším léky, alkohol, i návykové látky...jsou špatné“

„Léky, co vám doktor předepisuje, užíváte?“

„Beru ...ale nechci je brát, chtěla bych je vysadit.“

4. téma – smysluplnost mého života, co bych si přál(a)

„Nó tak těžko říct, jsem velmi zničená z prášků....v podstatě mám zničený život z léků už od doby první hospitalizace.....nejraději nedělám nic....a ani to není dokonalé...(úsměv)...jo a s kočičkou taky trochu...“

„Ta vám dělá radost?“

„Trochu...ty prášky projevy radosti tlumí, ale s kočkou je to takové lepší, někdy se na ni těším.“

„Je něco, co byste mi chtěla ještě na závěr sdělit, na co jsem se nezeptala a Vám přijde důležité?“

„Nó to mě nenapadá nic...prostě jsem zničená z té diagnózy, zdá se mi neprávem...prostě tak dokolečka no, je to složité.“

Respondentka paní B (43 let, dg. dle lékaře F 32)

Paní B v posledních pár letech bydlela v azylovém domě, pak krátce u tehdejšího přítele, nyní bydlí na ubytovně. Přála by si najít podnájem, ale je limitována penězi, jelikož se jí teď nedaří najít práce. Paní B je v invalidním důchodu 2. stupně, z dokumentů v osobní složce zjištěno, že jeho výše mírně přesahuje životní minimum. Paní B se podaří občas najít nárazová brigáda, ale vzhledem ke zdravotnímu stavu je limitována možnostmi. Kvůli zdravotním potížím přišla i o minulé zaměstnání, kdy pracovala krátce jako pečovatelka.

Paní B staví práci momentálně jako nejdůležitější bod, od kterého se bude vše odvíjet. S hledáním práce si dělá starosti, což se promítá i do jejího psychického zdraví. Užívání léků hodnotí jako přínos, pokud dodržuje léčebný postup, cítí se lépe. Co se týče alkoholu nebo návykových látek, z rozhovoru vyplynulo, že paní B je příležitostný konzument alkoholu.

Paní B má dva sourozence a rodiče, kteří jsou rozvedeni. Otec bydlí v azylovém domě a matka žije společně se sestrou paní B a vnoučaty v malém bytě, který mají v pronájmu. Vztahy s rodinou jsou v pořádku, paní B je s nimi v pravidelném kontaktu, kamarádské vztahy hodnotí jako málo upřímné. Paní B není připravena se kvůli případné práci dále stěhovat, ráda by zůstala v blízkosti své rodiny.

Paní B by si přála mít dostatečné příjmy na to, aby dokázala vše poplatit a ještě ušetřit, nebránila by se bydlení s případným partnerem. Se sociálními pracovníky spolupracuje nyní především na hledání práce, aby zvládla si udržet bydlení v ubytovně.

1. téma - co pro mě znamená domov, jak nyní bydlím a jak bych si přál bydlet

„Bydlení...střecha nad hlavou...jistota v celé rodině, vztahy.“

Stejně jako u předchozí respondentky jsem se zajímala, jak nyní bydlí a co by případně na svém bydlení chtěla změnit.

„Na ubytovně...je to lepší než azylový dům, na pokoji jsem sama.“

„Jsem tam spokojená, ale chtěla bych to změnit k lepšímu...abych měla svoje...tady to není jisté, nevím, jak to dopadne s placením.“

2. téma - co/kdo mi pomáhá udržet stávající bydlení, případně hledat jiné. Kde jsou mé limity.

„Kdybych si našla tu práci takovou, abych ji zvládla a ušetřila, pak bych si našla podnájem. Přes známé nebo internet ...já internet nemám...v azylovém domě mi pomáhala pracovnice... a chvíli jsem bydlela s přítelem.

Já neumím s internetem, tak takhle pomáhají pracovníci... vlastně i u vás“

„Máte dostatek financí na bydlení?“

„Nemám“

„Proč ne?“

„Nemám práci...jsem v částečném invalidním důchodu, s penězi vycházím taktak...spíše chybí...chodím do dluhové poradny.“

Z dokumentů (Osobní složka, 2019) zjištěno, že paní B má dluhy, které by ráda řešila insolvenční. Proces vyřizování insolvence je nyní pozastaven z důvodu nízkého příjmu (Osobní složka, Plán průběhu služby, 2019).

3. téma – nemoc v mém životě, jak ji vnímám, v čem mě omezuje

„Tak střídavě oblačno“

„Víte, jakou diagnózu Vám určil lékař?“

„Jó tak já doteďka nevím, co mám s nervama...to se musím zeptat doktorky, až tam půjdu...asi to mám napsané někde v papírech, třeba to najdu...“

„Jaké máte projevy nemoci?“

„Nó po psychické stránce jsem měla sklony sebevražedické, neuměla jsem se ovládat, neměla jsem se ráda...“

„Od doby, co berete léky, je to lepší?“

„Jó, už ty pocity nemám takové...zatím, někdy...nesmím zapomenou vynechat tabletky.“

„Jaký máte vztah k lékům, alkoholu, návykovým látkám?“

„Léky normálně, jím jak musím.....alkohol příležitostně...ted' už spíš příležitostně, nějaká oslava nebo tak...drogy vůbec, to vůbec.“

„Omezuje vás vaše nemoc v něčem?“

„V práci, hlavně tam.“

„Zmiňovala jste, že neznáte svou diagnózu, máte nějakou představu o tom, jak se může nemoc vyvíjet?“

„Nevím. Když mi bude všechno lépe, najít si práci...bude mi líp.“

„Co byste chtěla zvládat lépe, kromě té práce, co jste zmiňovala?“

„Já tak jinak vše jakžtakž...bývalo to horší.“

4. téma – smysluplnost mého života, co bych si přál(a)

„Naša mamka říká, že jsem cestovatelka, že se neztratím.

No nevím, jestli v Praze bych se neztratila...je velká...Brno je taky veliké...tam se taky dá ztratit...tam znám Bohunickou nemocnici“

„A vy byste chtěla do Prahy nebo Brna?“

„Asi ne, já to mám ráda tady...mám blízko rodinu.“

„Je něco na závěr, co byste mi ještě chtěla sdělit, co považujete za důležité?“

„Celý svůj život bych chtěla změnit. Chtěla bych bydlení a hodného partnera. Rodinu už ne, to už mám roky a ani ta zdravotní stránka, ale abych měla žít pro koho. Mamka mi říká, že ten pravý ještě dojde. Že ještě kolem mě nejel ten zlatý kočár. A víte, peníze taky nejsou všechno, to je pravda. Já bych chtěla mít tak akurát, abych si zaplatila vše, co potřebuju jako bydlení, něco na jídlo a něco pro sebe. Abych si mohla každý měsíc odložit tisícovku a šetřit. Aby se mi tak dobře žilo.“

Respondent pan C (56 let, dg. dle lékaře F 200)

Pan C bydlí se sestrou v menším podnájmu. Z dokumentů v osobní složce (Osobní složka, 2020) zjištěno, že za poslední rok vyměnili 3 podnájmy (Osobní složka, Plán průběhu služby, 2020). Pan C v rozhovoru kladl veliký důraz na to, že by si přál bydlet sám. Je přesvědčen, že by samostatné bydlení zvládl a doufá, že se mu podaří si našetřit dostatek peněz na samostatné bydlení. Rád by se vrátil na vesnici, ze které pochází. Pan C je v plném invalidním důchodu, v rozhovoru uvedl částku, kterou pobírá, která činí necelých devět tisíc, z toho tisíc měsíčně splácí dluh. Nyní má krátce brigádu, roznos letáků. Z dokumentů jsem zjistila, že tuhle práci získal za spolupráce terénní sociální pracovnice, která mu v rámci nácviku dovedností dělala první dny doprovod. Pan C je z práce nadšen, bylo to patrné i při rozhovoru, vnímá ji jako příjemné rozptýlení a navíc díky ní si vylepší svůj rozpočet. S penězi hospodaří společně se sestrou, v tomhle by pan C byl rád samostatnější. Z dokumentů v osobní složce (Osobní složka, 2019) vyplynulo, že pan C se pokoušel, po dohodě se sestrou, hospodařit s penězi samostatněji, zatím se mu ale nedařilo (Osobní složka, Plán průběhu služby, 2019). Nicméně spolupráce se sociální pracovnící je i v tomhle bodě, kdy se snaží rozvíjet dovednosti pana C a podporovat ho v jeho samostatnosti.

Co se týče nemoci, pan C si uvědomuje, že má jisté limity, nicméně nevnímá je jako přítěž, když má čas na odpočinek, zvládá vše podle svých představ. Léčebný postup dodržuje, popisuje se jako silný kuřák a lehčí konzument alkoholu.

Pan C kromě sestry má vzdálenější rodinu, se kterou se pravidelně nestýkají. Sousedské a přátelské vztahy popisuje jako bezproblémové.

1. téma - co pro mě znamená domov, jak nyní bydlím a jak bych si přál bydlet

„Když má člověk domov, tak je lepší, když žije sám, když je nemocný na nervy, ne? To je lepší, to je domov...“

„Na činžáku...se sestrou v podnájmu...a tam je to všelijaké s ní, máme jeden pokoj. Bývat se švicou nebo bratrem nebo s rodinou, to není dobré...pořád se stěhujeme“

„Sám bych chtěl být, všechno bych si udělal sám, chtěl bych bydlet v domě se zahradou...“

„Přál bych si, abych býval ve vesnici zpátky...“

2. téma - co/kdo mi pomáhá udržet stávající bydlení, případně hledat jiné. Kde jsou mé limity.

„Švica to pomáhá a někdy xxxxx (soc.pracovnice)

„Máte dostatek peněz na bydlení?“

„Mám ID osm sedm a tisíc mi strhávají...sám bysem utáhel, bysem šetřil...já bysem moc nekůřil...“

„se švicou máme peníze společně...moc nekupuju hadry, mně stačí málo...já bych si našetřil na baráček malý.“

Pana C jsem se doptala, proč nebydlí sám, když je to jeho přání a ten sdílel, že je to otázka peněz *„švica říkala, že mi sežene, až budou peníze, že mi sežene místnost na ubytovně...“* dále popsal, že ubytovnu by vnímal jako přechodné bydlení a šetřil by na domek.

3. téma – nemoc v mém životě, jak ji vnímám, v čem mě omezuje

„Já su nemocný aji zdravý, na něco zdravý na něco nemocný...já potřebuju klid, však to mám v papírech psané...“

„Víte, jakou máte diagnózu?“

„Jednou dobrů, jednou špatnů, v PN mi psali dobrů, špatnů...potřebuju klid.“

„Můžete mi popsat, jaké máte projevy?“

„Já potřebuju klid, já pomaly všechno udělám...chvilku si odpočinu, potom dělám rychle....“

„Co potřebujete kromě klidu?“

„Zabavit se...s prací ... s barsčím...“

„Zjist'oval jste si něco o své diagnóze? Víte, jak se může nemoc vyvíjet?“

„Já se můžu uzdravit, když budu mít klid.“

„Jaký vztah máte k lékům, alkoholu, drogám?“

„Alkohol moc neznášám, dám si po obědě, když mám peníze ...já piju také babské víno. Léky beru, už to snižuju“

„Je něco, co byste chtěl zvládat lépe?“

„Tak ...nó...osamostatnit sa pořádně...samostatně hospodařit s penězama... dělat...“

4. téma – smysluplnost mého života, co bych si přál(a)

„Přál bych si, abych býval ve vesnici zpátky, sám bych býval, měl bych hospodu, dopoledne bych byl v hospodě a odpoledne bych roznášel letáky...mám rád hodně kofolu a sladké zákusky...to bych si přál.“

„Je něco, co byste mi chtěl ještě na závěr sdělit, na co jsem se nezeptala a Vám přijde důležité?“

„No...že se těším se, jak puđu roznášet letáky, aspoň nebudu čučet doma...všecko si pamatuju, kde to mám roznést, zvládnou to.“

5.2.2 vyhodnocení výzkumu

Mít domov, nemusí pro některé znamenat pouze zajištěné bydlení. Pojem domov v nás může evokovat i mnoho jiného a někdy se to nemusí shodovat s tím, kde momentálně žijeme. Na tomhle tématu jde poznat, že pohledy jednotlivých respondentů se různily, zatímco paní B do domova započítává i vztahy, které zmínila, pan C klade důraz na samotu. Paní A vidí domov jako útulné místo, vztahům neklade v tomhle případě důležitost, když jsem se jí doptala, na to, zda si myslí, že s domovem souvisí i vztahy, odpověděla, že neví. Pan C na doplňující otázku odpověděl *„mně je nejlepší samému, já jsem rád sám...“* Co se týče úseku bydlení jako takového, z rozhovorů je patrné, že paní A by dům, ve kterém žije, by chtěla postupně opravovat a ráda by v něm zůstala, dle svých slov si již zvykla. I když v domě není vše, podle jejich představ, oproti druhým respondentům má jistotu bydlení, pokud bude dům udržovat v obyvatelném stavu. Paní B má na ubytovně pokoj pro sebe a cítila jsem, že kdyby ji

netrápily peníze, tenhle typ bydlení by nevadil. Pana C trápí vztahy se sestrou, snil by o domečku se zahradou. Nedokážu rozklíčovat, zda je pro něho důležitější ta představa domu nebo samoty. Nicméně stejně jako paní B vnímá své bydlení jako nejisté, u pana C z důvodu častého stěhování. Paní A a paní B na případné změně nelpí.

Z dalšího tématu je patrné, že pan C a paní B mají hlavní překážku nedostatek peněz. Paní A má příjem vyšší než výdaje a dokáže ušetřit. Její limity v udržování domu je nechutí k jakýmkoli změnám. Z dokumentů (Osobní složka, 2018) jsem zjistila, že paní A je potřeba dlouho motivovat, než se odhodlá uskutečnit zásadnější změnu ve svém obydlí potažmo ve svém životě (Osobní složka, Plán průběhu služby, 2018). Ale pak, jak je patrné z rozhovoru, s odstupem času to hodnotí jako přínos. Všichni tři uvedli spolupráci se sociální službou jako pomoc při udržování bydlení nebo hledání nového, i když v případě pana C se jedná o činnost převážně jeho sestry.

Třetí téma odkrylo, jak jednotliví respondenti nahlízejí na svůj psychický stav. Zatím co pan C a paní B berou fakt, že mají určenou diagnózu, jako daný, aniž by se dopodrobna pídili, co jejich nemoc obnáší, paní A, jak několikrát zopakovala, s tím nesouhlasí a to, že je označena jako psychicky nemocná, není smířená. Má pocit, že předepsané léky, které užívá, jí škodí. Přiznává limity vlivem svého psychického rozpoložení, které se odráží i v udržování bydlení. Paní B by si ráda našla práci a věří, že by jí pak bylo lépe i po psychické stránce, ovšem psychická stránka a omezení plynoucí z nemoci jsou překážkou v hledání práce a posléze bydlení, takže se tahle situace může jevit značně bezvýhodná. Pan C vystupuje velmi optimisticky, přiznává menší omezení, které nemoc přináší a věří, že se může za vhodných podmínek uzdravit. Ani jeden z klientů nemá problém se závislostmi. Další podobnost u všech tří respondentů je, že všichni dodržují léčebný postup předepsaný lékařem.

Z posledního tématu je patrné, že pan C a paní B mají své sny a přání oba by chtěli bydlet jinde, než žijí teď a oba by si svá přání mohli částečně splnit, kdyby měli více peněz. Paní B hledá práci, pan C je rád, že práci má. Paní A vnímá svůj život jako zničený a za svůj nepalčivější problém označuje užívání léků. Paní A během rozhovoru často opakovala, jak těžce se jí žije, přestože jako jediná ze tří respondentů měla bydlení nejvíce jisté.

6. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na osoby bez domova nebo s ohroženým bydlením trpící duševní diagnózou. Vybrala jsem si tohle téma, jelikož jsem s lidmi bez domova pracovala několik let v azylovém domě. Již tehdy jsem zaregistrovala, že někteří z uživatelů měli různé duševní obtíže, které byly jedny z příčin jejich sociální situace. Po odchodu z azylového domu jsem začala pracovat v terénní službě, jež se zaměřuje přímo na lidi s duševním onemocněním, kteří se nachází bez bydlení nebo mají bydlení ohroženo. Vzhledem k tomu, že delší dobu pohybuji mezi konkrétní cílovou skupinou, nemohla jsem být natolik objektivní, jako by byl výzkumník, pro něhož je tohle téma nové.

Další limity jsem pocítila u výběru respondentů, přestože se se všemi, které jsem oslovila znám, někteří spolupráci na výzkumu odmítli, s některými nebylo možné spolupracovat z důvodu momentálního psychického rozpoložení. Nepodařilo se mi do výzkumu zapojit nikoho vyloženě „z ulice“, všichni tři respondenti, se kterými rozhovor proběhl, mají kde bydlet, i když je to bydlení nejisté nebo se dá říci i ohrožené. Jak je zmíněno v teoretické části, bezdomovectví se dělí na zjevné, skryté a potenciální. Respondentka paní B je zástupcem skrytého bezdomovectví, zatímco další dva respondenti patří do potenciálních osob bez přístřeší. Všichni tři respondenti jsou spolupracující, ať už se sociální službou, tak i s odborným lékařem. Přestože jsem si pro větší objektivnost představovala výzkumný vzorek pestřejší, tak jak jsem zmínila výše, jedince, kteří s lékařem nespolupracují, jsem pro jejich kolísavý momentální stav, nemohla za tímto účelem oslovit.

I když na jednu stranu respondenti si byli stylem bydlení a stabilizací zdravotního stavu podobní, během kódování jsem zjistila, že se mi budou podobnosti s ohledem na výzkumnou otázku hledat těžko a musím přiznat, že závěr z jednotlivých úseků není takový, jak jsem si představovala. Jelikož jsem příběhy respondentů z větší části znala, bylo pro mě náročnější rozhovor vést a ptát se na věci, které vím. Na to jsem i respondenty upozornila před rozhovory, abych je neuváděla do rozpaků.

V sociální práci musíme konečné rozhodnutí nechat na klientovi, i když se s ním nemusíme shodovat. U jedinců s duševním onemocněním je náročnější udržet ty hranice jeho zodpovědnosti a zároveň naší podpory v rovnováze. Každý klient, pakliže není omezen na svéprávnosti, má právo se rozhodnout i v zásadních věcech. Z rozhovoru s paní A vyplynulo, že byla pracovníky posouvána ke změnám v domě, aby byl bezpečnější a splňoval požadavky i z hygienického hlediska, přestože ona uváděla, že „byla zvyklá“. Poté teda dodala, že změnu

vnímá jako k lepšímu, ale nastává zde dilema, zda by tyto změny byly ku prospěchu, pokud by respondentka zhodnotila, že jí změny nevyhovují.

Pan C uváděl, že si našetřil na dům a opakoval to velmi přesvědčivě. Pracovník by jej měl v jeho rozhodnutí podporovat, nicméně si můžeme klást otázku, na kolik je jeho úsudek ovlivněn diagnózou a jejími projevy? Nemá v bydlení se sestrou větší jistotu? Sestra mu pomáhá hospodařit s penězi, a přestože se často stěhují a jejich bydlení by se dalo označit za nejisté, ze záznamů vím, že na ulici nikdy nebyli. Pokud by pan C trval na odstěhování od sestry, nebyl by více ohrožen bezdomovectvím? To jsou otázky, které si kladu po celou dobu, kdy jsme spolu rozhovor prováděli a já pak dokumenty analyzovala.

Závěr

Cílem mé práce bylo zpracovat mnohočetnou individuální případovou studii osob s duševním onemocněním bez domova nebo s ohroženým bydlením. V teoretické části jsem se věnovala rozepsáním fenoménu bezdomovectví, jaké jsou možné příčiny a typologie, dále jsem se zaměřila na duševní onemocnění, základní členění a nejčastější diagnózy u našich klientů a také na sociální práci s duševně nemocnými klienty. Zmínila jsem i proces Zotavení, jež by se dal shrnout jako proces pochopení nemoci. V praktické části jsem vycházela z rozhovorů s klienty a z dokumentů získaných v naší organizaci, z nichž jsem sestavila případové studie jednotlivých respondentů. Ty jsem poté dle témat analyzovala. Ve studii jsem se zaměřila, jak jedinci s duševním onemocněním popisují svou situaci v oblasti bydlení a jaké podobnosti lze v jejich příbězích nalézt.

Jednu ze základních příčin ohroženosti jejich bydlení dva respondenti uváděli finanční situaci. Ta byla ovlivněna tím, že hlavní příjem obou jedinců je z invalidního důchodu. Třetí respondentka, přestože taktéž se nachází v invalidním důchodu, má ho natolik vysoký, že dokáže ušetřit a díky našetřeným penězům své obydlí učinila obyvatelnější. Tato respondentka jako jeden základní problém, který jí brání v tom vést život, jaký by si přála, uvádí psychický stav. Příčinu toho vnímá v braní léků, které jí předepsal lékař, je přesvědčena o jejich škodlivosti.

Ani jeden z respondentů netrpí žádnou závislostí, ani nadužíváním léků, alkoholu nebo návykových látek.

Co se týče vizí do budoucna, paní A by si přála, aby nemusela brát léky a bylo jí lépe. Paní B by si přála najít práci a od toho by se odvíjely další změny, pan C sní o bydlení o samotě v domku se zahradou. Nemohu a nechci hodnotit, nakolik jsou jejich přání reálná.

Jak jsem zmínila v předchozí kapitole, spoustu okolností a větší část příběhů těchto jedinců jsem již znala. Přesto čas strávený s nimi, kdy jsem nebyla s nimi jako pracovník, mně dovolil nahlédnout na jejich problémy z jiného úhlu. Zamyslet se nad otázkami, které jsem léty praxe již nevnímala. A oprostít se od postupů, které vnímám v jejich případech jako vhodné.

Literatura a zdroje

- Češková, E. (2005). *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf.
- Davidová, I. (2016). *Listy sociální práce: informační a odborný časopis (nejen) pro sociální pracovníky*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 6, 16.
- Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Jiří Budka.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hradecký, I. (2007). *Definice a typologie bezdomovství*. Praha: Naděje.
- Hradecká, V., & Hradecký, I. (1996). *Bezdomovství - extrémní vyloučení*. Praha: Naděje.
- Keller, J. (2013). *Posvácení bezdomovců: úvod do sociologie domova*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Kosorin, P. (2015). *Sociální služby: odborný časopis*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 3, 19.
- Marek, J., Strnad, A. & Hotovcová, L. (2012). *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál.
- Mahrová, G. & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (Eds.). (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (Vyd. 2.). Praha: Portál.
- Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon.
- Průdková, T. & Novotný, P. (2008). *Bezdomovectví*. Praha: Triton.
- Raboch, J., Pavlovský P. & Janotová, D. (2006). *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozš. Praha: Triton
- Ridgway, P., McDiarmid, Davidson, L., Bayes, J. & Ratzlaff, S. (2014). *Cesty k zotavení*. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare.
- Styx, P. (1991). *Zácházení s bláznem – Antipsychiatrie*. Brno: Společnost pro reklamu a tisk R & T.
- Vacek, J. (1996). *O nemocech duše: kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá fronta.

- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. Praha: Portál.
- Walker, I. (2013). *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada.
- Weiss, P. (2011). *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál.
- Wilken, J. P., Hollander, D. (1999). *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/download/odborne-texty>
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- (2018 - 2020) *Osobní složky: Plány průběhu služby*

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas organizace

Příloha č. 2: Informovaný souhlas respondentů

Příloha č. 3: Osnova rozhovoru

Příloha č. 1

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu bakalářské práce

Bezdomovectví/ohrožené bydlení u osob s duševním onemocněním

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Bakalářská práce je psána na oboru sociální práce Silvií Schwoiserovou.

Cílem tohoto výzkumu je zpracovat případovou studii osob s duševní diagnózou bez domova nebo s ohroženým bydlením.

Zaznamenané rozhovory budou zcela anonymní a stejně tak všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na konkrétní klienty organizace xxx.

Souhlasím s výše popsáním výzkumným projektem, který bude proveden v organizaci xxx.

V

Dne

Za organizaci:

Podpis výzkumníka:

Příloha č. 2

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce

Název práce:

Autor práce:

Vedoucí práce:

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumném projektu a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne

Jméno a příjmení

Podpis

Příloha č. 3

Osnova rozhovoru

1. Co si představíte, když se řekne domov?

- Patří tam vztahy?

2. Jak a kde nyní bydlíte?

- Chtěl/a byste to změnit?
- Máte rodinu (původní/nynější)?
- Máte dostatek financí na bydlení?
- Co Vám pomáhá/co by pomohlo udržet si bydlení?

3. Vy sám/sama se vnímáte po psychické stránce nemocen nebo zdrav/zdravá?

- Jaké máte projevy?
- Omezuje Vás diagnóza?
- Zjišťoval/a jste si něco o své diagnóze, víte, jak se může nemoc vyvíjet?
- Jaký vztah máte k nadužívání léků, alkoholu, návykových látek?
- Co byste chtěl/a zvládat lépe?
- Jak se k Vám chovají ostatní, okolí?

4. Jak vidíte svou smysluplnost života (náplň, přání), budoucnost?

- Je něco, co byste mi chtěl/a ještě na závěr sdělit, na co jsem se nezeptala a Vám přijde důležité?