

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2022

Eva Vernerová

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Eva Vernerová

*Kvalitativní šetření postupů sociálních pracovníků při
řešení krize osob v azylových domech*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Hana Krylová, PhD.

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury

V Olomouci dne 14.11.2022

.....

Eva Vernerová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. et Mgr. Haně Krylové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, cenné připomínky a laskavý i trpělivý přístup, které mi pomohly při vypracování této bakalářské práce. Srdečně děkuji celé mé rodině i přátelům, především za podporu a velké pochopení po celou dobu mého studia. Děkuji také všem statečným respondentům i klientům, kteří mi poskytli mnoho cenných informací a byli mi velkou inspirací při psaní této práce

Obsah:

ÚVOD	1
1 OSOBY BEZ DOMOVA	3
1.1 Vymezení pojmu osoba bez domova a bezdomovectví.....	3
1.2 Psychosociální příčiny bezdomovectví aneb bariéry reintegrace bezdomovců	4
1.2.1 Nezaměstnanost.....	5
1.2.2 Dluhy a exekuce	7
1.2.3 Závislost	8
1.2.4 Rozpad rodiny a izolace	10
1.2.5 Pobyť ve vězení či v ústavu	11
1.2.6 Psychické potíže.....	12
1.3 Specifické potřeby osob bez domova s duševním onemocněním či poruchou	15
1.4 Zdravotní péče a sociální služby	16
2 KRIZE.....	19
2.1 Základní pojmy.....	19
2.2 Typy.....	20
2.3 Průběh krize.....	20
2.4 Krizová intervence a krizová pomoc	21
2.5 Krizová komunikace.....	21
3 AZYLOVÉ BYDLENÍ PRO JEDNOTLIVCE	22
3.1 Azylové domy dle legislativy	22
3.2 Azylové domy pro osoby v krizi a kapacita krizových lůžek.....	23
3.3 Problematika vnitřních předpisů, směrnic a pokynů	24
3.4 Vzdělávání pracovníků	25
3.5 Péče o duševní zdraví pracovníků aneb prevence vyhoření	26
3.6 Role sociálního pracovníka v azylových domech	28
3.6.1 Práce se závislými osobami bez domova	29
3.6.2 Práce s lidmi s duševním onemocněním a bez domova.....	30
3.6.3 Individuální plánování a možné aplikace teorií a metod sociální práce	31
4 EMPIRICKÁ ČÁST.....	35
4.1 Cíl výzkumu	35
4.2 Metodologie.....	36
4.3 Technika sběru dat a výzkumná strategie.....	37
4.4 Výběr a popis výzkumného vzorku.....	39

4.5	Realizace sběru dat a jejich analýza	40
5	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	41
5.1	Postupy zařazení při konečném výběru uživatelů	41
5.2	Volené intervence při práci s lidmi v krizi	44
5.3	Práce s uživatelem, který nedodrží (nesouhlas) kritéria AD.....	47
5.4	Identifikace překážek a rizik v průběhu poskytnuté služby	48
5.5	Péče o duševní zdraví sociálních pracovníků v AD	49
5.6	Edukace sociálního pracovníka a další odborné vzdělávání.....	50
	SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	52
	ZÁVĚR.....	55
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	56
	SEZNAMY	63

ÚVOD

Cílem bakalářské práce jsou postupy sociálních pracovníků azylových domů při práci s lidmi v krizi, se kterými se pracují při přijímání do služby, v průběhu služby a při ukončování služby.

Nejobtížnější bylo definovat „psychosociální krizi“, protože ta se v odborných kruzích pojí se živelnými a hromadnými událostmi. S nejlepší definicí jsem se setkala v odborném časopise pro psychiatry, jenž korespondovala s obsahem a danou cílovou skupinou.

Na dané téma jsem se zaměřila proto, že jsem se během stáže v azylovém domě, setkala se suicidálním chováním klienta a během své praxe jsem narazila na určité limity azylových domů při práci s např. traumatizovanými lidmi, závislými i duševně nemocnými. Zatím se mi nepodařilo nalézt obdobně zpracované téma. Autoři, kteří mi byli inspirací, se spíše zabývali příčinami, souvislostmi a následky spojenými se socioekonomickými a zdravotními dopady na kvalitu života těchto lidí. Nenalezla jsem však pramen, který by spojoval všechny aspekty bezdomovectví v jeden celek, byť se v některých případech této oblasti autor/ka okrajově dotkl/a.

Je to tedy oblast, která je na okraji zájmu a sledovanosti, možná právě proto, že se to týká osob bez domova. Toto téma je velmi stigmatizované a opředené mýty, napříč celou společností, sociálních služeb nevyjímaje. K úspěšnému řešení chybí propojení zdravotní a sociální oblasti. Po celé zemi sice vznikají relativně úspěšné projekty zaměřené na duševní zdraví, které pracují multidisciplinárně, avšak nejsou příliš schopné reagovat včas na bytovou situaci klientů. Bytová situace napříč celou ČR je pro nízkopříjmové skupiny i běžné občany tíživá, natož pro lidi v psychosociální krizi.

To, do jaké míry svou krizi osoba ustojí, je dáno především jejími sociálními kontakty a zázemím. Nemá-li je, a chybí i podpora rodiny či blízkých osob, pak jsou sociální pracovníci v nemocnicích, na úřadech, poradnách či terénní sociální pracovníci zpravidla jedinými lidmi, kteří jsou schopni takovou osobu zachytit, pracovat s ní a pomoci jí nalézt alespoň nějaké přechodné řešení. Situaci umí zachytit i jiná pracoviště, jako např. policie, hasiči, vězeňská služba, krizoví intervenenti, probační pracovníci, zdravotní služba, psychologové, terapeuti, lékaři, pracovníci neziskových organizací apod., ale mnohdy jim chybí kapacita věnovat se těmto lidem, i znalosti sociální práce a nástrojů pomoci.

Jedním takovým významným nástrojem pomoci člověku v krizi během ztráty či po ztrátě domova, je azylový dům. Samotnou psychickou krizi umí řešit CKI či RIAPS

s přechodnou cca 7-denní péčí na krizovém lůžku, a nebo následně situaci může pomoci řešit hospitalizace osoby v nemocnici. Nicméně se objevuje otázka, co pak, když klient nemá prostředky, domov, rodinu, ani přátele, kteří by mu pomohli? Jak s takovou situací naložit? Přirozeně se tak většina sociálních pracovníků upíná k azylovým domům. Ale míra propustnosti člověka s duševním onemocněním je komplikovaná, jelikož je zde často přidružená závislost, zdravotní komplikace, absence příjmů, zadluženost, komplikovaná komunikace, apatie a rezignace klienta na život. To pak vylučuje spolupráci se sociálními pracovníky i plnění vnitřních pravidel azylových domů.

Proto jsem výzkum pojala tak, abych zjistila, jak jsou azylové domy propustné, vstřícné, respektující a tolerující k osobám v krizi. Teoretickou část rozdělují na dvě kapitoly. V první se tedy věnuji postupům sociálních pracovníků s lidmi v krizi. V podkapitolách se pak blíže zabývám procesem přijímání, spoluprací s klientem a podporou klientů. V druhé kapitole se zaměřuji na psychohygienu a vzdělávání sociálních pracovníků, jelikož vnímám proces prevence proti vyhoření a dostatek informací, jako součást eliminace nesprávných postupů a rozhodnutí při práci s lidmi v krizi s duševní poruchou či onemocněním a zároveň bez domova.

1 OSOBY BEZ DOMOVA

„Většina lidí žije, ať už fyzicky, intelektuálně nebo morálně, ve velmi omezeném kruhu svého potencionálního bytí.“

William James

V první kapitole se budu zabývat vymezením pojmu osoby bez domova a bezdomovectví, neboť s touto cílovou skupinou se setkávají sociální pracovníci v azylových domech.

„Bezdomovectví je jednou z variant extrémního sociálního vyloučení ze společnosti, která vede k omezení bezpečnosti a redukci dostupných materiálních zdrojů.“ (Mallet et al. dle Vágnerová, Marek, Csémy, 2018, s. 7) Bezdomovectví lze pojmut „jako jeden z projevů dysfunkčního chování a řešení problémů“ nebo také „jako syndrom komplexního sociálního selhání.“ (Vágnerová a kol., 2018, s. 7)

1.1 Vymezení pojmu osoba bez domova a bezdomovectví

Termín „bezdomovec“ lze „rozdělit na slova bez a doma.“ Anglickým rovnocenným názvem je homeless (domov, bez), německým pak Obdachlose aneb přístřeší, ztráta (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s.13)

„Bezdomovectví je třeba chápat jako proces než jako trvalý stav. K bezdomovectví jsou rozmanité a mívají multidimenzionální povahu, to znamená, že k nim přispívá kombinace všech faktorů“ (Vágnerová a kol., 2018, s. 8) Lze ho rozdělit na „dvě základní formy bezdomovectví“, a to „**zjevné**“ (jedinci pobývající na ulici, veřejných prostranstvích, odlehlých místech anebo ve squatech) a „**skryté**“ (lidé bydlí v AD či na ubytovnách, u přátel či v nevhodném prostoru, které není určeno k bydlení či nocující na noclehárnách). Hradecký, 2015 dle Vágnerová a kol., 2018, s. 8)

Výraz bezdomovec byl do naší právní legislativy zaveden v souvislosti s označením osoby „*bez státní příslušnosti a bez domovského práva.*“ (Průdková dle Marek a kol., 2012, s. 13)

Před pár desítkami let se slovo bezdomovec užívalo pro ty osoby, jež žily bez kontaktu s okolím, s rodinou či příbuznými a žily v levných ubytovnách. Později se tento pojem vztahoval na osoby, jež „*nemají kde spát.*“ (Giddens, 1999 dle Marek a kol., 2012, s.13)

Pojem domov však souvisí se zásadnějším významem, než je význam slova přístřeší, je asociací sociálního zázemí, tj. místem bezpečí, soukromí i rodiny. (Průdková, 2008 dle Marek a kol., 2012, s.13) V odborných zdrojích se hovoří o „*osobách bez přístřeší, sociálně slabých a nepřizpůsobivých občanech.*“ (Marek, 2012, s.13)

Dle sčítání osob bez přístřeší je v České republice cca 200 tis. lidí, jež jsou bez domova, event. jsou ztrátou domova ohroženi. Z daného počtu se jedná o „*23,6 % žen, 11,9 % osob do 18 let a 10,3 % osob nad 65 let.*“ Vedle toho je velmi nesnadné zjistit příčiny bezdomovectví pro vědce i státní správu. Dle výzkumu MPSV z roku 2015 lze do příčin ztráty domova zahrnout z „*90 % předlužení, posléze alkohol 79,2 % i nezaměstnanost 78,7 %,*“ byť se v něm také připouští širší souvislosti. Vašát s důrazem uvádí, že „*za bezdomovectvím alkohol ani jiná forma domnělé patologie, které velmi často akcentují politici, některá média, nebo dokonce sociální pracovníci, jednoduše nestojí a nikdy v historii nestály.*“ Zmiňuje také, že se „*nejedná o plošnou příčinu.*“ Spíše se přiklání k tvrzení, že u osob, které užívají alkohol, to nehraje významnou roli. (Vašát, 2021, s. 138-139)

1.2 Psychosociální příčiny bezdomovectví aneb bariéry reintegrace bezdomovců

Nyní se budu zabývat nejčastějšími příčinami, proč se lidé bez domova ocitají v azylovém domě.

Odborná veřejnost poukazuje, že mezi hlavní příčiny jsou ztráta zaměstnání, dluhy a exekuce a neschopnost splácet závazky, různé druhy závislostí, rozpad rodiny a izolace, pobyt ve vězení a psychické potíže, event.. další nebo jejich kombinace, které však již nezmiňují vzhledem k rozsahu práce a budu se zabývat pouze lidmi s psychickými potížemi, u nichž se sociální pracovníci setkávají se špatným zdravotním stavem, a proto musí spolupracovat jednak se zdravotníky a jinými odbornými sociálními službami.

Vágnerová vnímá psychosociální kontext životní krize jako „*výsledek generalizovaného selhání se ztrátou běžných rolí,*“ (Vágnerová, 2004 dle Marek a kol., 2012, s.14) jenž „*ústí v poruchu sociálního fungování mezi společností a jejími nároky a kapacitou zvládnutí jedince.*“ (Průdková, 2008 dle Marek a kol., 2012, s.14) To pak vede k „*sociálnímu vyloučení.*“ (Barták, 2004 dle Marek a kol., 2012, s.14) Jedinec se pak „*stává cizincem ve vlastním prostředí nebo součástí skupiny bezdomovců.*“ (Zatloukal, 2006 dle Marek a kol., 2012, s.14) Fenomén bezdomovectví tak zahrnuje řadu nepříznivých vlivů „*při ztrátě zázemí a domova.*“ (Kutálková dle Marek a kol., 2012, s.14)

Do výzkumu příčin bezdomovectví se v minulosti pustilo mnoho autorů. Podle Vašáta je důležité a neopomítlé ve „*způsobu zkoumání příčin bezdomovectví samotné subjektivní vnímání*“ respondentů. Mezi něž patří „*ztráta zaměstnání, dluhy a finanční potíže, vztahové konflikty a ztráta bytu (bydlení)*“. Alkohol byl pro ně příčinou pouze v 6%. (Vašát, 2021, s.142-167)

Další „*nereflektovanou a prokázanou skutečností výsledků výzkumů je to, že čím jsou lidé déle na ulici, tím spíše přijímají většinový názor na sebe samé*“ (Snow a Anderson dle Vašát, 2021, s.142), čímž se následně přiklánějí k názoru, že za jejich bezdomovectvím stojí vlastní rozhodnutí.

„*V situaci, kdy je člověk bez domova ve větší míře odkázán na externí vlivy, jako jsou počasí, solidarita lidí nebo zvláště policie, které jen těžko může ovlivnit, tíhne k redefinici své minulosti v intenci vlastního aktérství.*“ Autor je toho mínění, že jsou „*mnohé výzkumy mapující subjektivní příčiny z části nevalidní a sebeobviňování osob bez domova má pouze maskovat politickoekonomické pozadí příčin.*“ Dle něj vývoj bezdomovectví v ČR souvisí „*s porevoluční demokratizací společnosti a globalizací ekonomiky*“ a svoje poznatky z analýzy Petera Marcuse hodnotí tak, že příčinou bezdomovectví v ČR je především chudoba a zadlužení v důsledku nízkých mezd (druhořadá ekonomika) a vzniku „*lokální postsocialistické kultury parazitismu,*“ jenž pomohla zavést jako „*par excellence*“ např. Exekuční řád a z něho plynoucí byznys s chudobou. Dále uvádí fakta, jako neúměrně nízké životní minimum, nízkou minimální mzdu a nízkou průměrnou mzdu, jež považuje za „*systemově generovanou chudobu, kdy velké množství lidí balancuje těsně nad chudobou.*“ Také se zabývá otázkou dalších „*lokálně a třídně specifickými socioprostorovými procesy*“ jako jsou „*moderátní denitrifikace, (financování a podmínky bydlení, extrémní stigmatizace, represe a sociální kontrola apod.), která vede k „latentnímu bezdomovectví.*“ Lidé bez domova mají tedy určité společné jmenovatele, mezi něž patří vzdělání, pohlaví, věk, nezaměstnanost, exekuce a ztráta bydlení. (Vašát, 2021, s. 142-167).

1.2.1 Nezaměstnanost

Nezaměstnanost je tedy nejfrekventovanější oblast rozhovorů při práci s lidmi bez domova. Většina osob bez domova považuje získání práce jako východisko z jejich situace. Bohužel se často stává, že si práci nedokážou udržet. Ambivalentní souvislosti zůstává fakt, že zpravidla chtějí pracovat, přičemž však hledají záminky k tomu, jak ze zaměstnání odejít či do něj vůbec nenastoupit. Toto téma často klienti otevírají se sociálními pracovníky (dále

je SP, byť se často jedná pouze o obranný mechanismus, neboť ve skutečnosti nemají zájem zkoumat jeho hlubší příčinu. (Marek a kol., 2012, s.21).

Někteří jsou tedy pravidelně bez zaměstnání a pracují jen v sezóně a upadají proto, do tzv. „*sekundárního trhu práce*,“ kde jsou na ně kladeny minimální nároky a je jim poskytnut mnohdy jen minimální plat, ze kterého nejsou schopni hradit vlastní bydlení, ale jen ubytovnu. (Mareš, 2002 dle Marek a kol., 2012, s.22)

Ztráta řádného zaměstnání vede také k frustraci, kdy nejsou naplňovány určité potřeby jedince. (Vágnerová 2004 dle Marek a kol. 2012, s. 22) Dlouhodobá nezaměstnanost ohrožuje především pro muže, jelikož u žen bývá nezaměstnanost akceptována. Ačkoliv je v ČR diskriminace legislativně ošetřena, tak i přesto jsou nezaměstnaností stále ohrožena věková skupina lidí mladších 25 a osob starších 50 let. U mladších osob bez domova je to mnohdy způsobeno nedokončeným vzděláním, u starších ročníků odmítnutí rekvalifikace, ale také to bývá způsobeno různými zdravotními omezeními, jež jedince limitují v začlenění se do pracovního trhu a v konečném důsledku vedou i k sociální izolaci. Po ztrátě zaměstnání se sociální síť značně ztenčí a zůstává v ní jen rodina a přátelé. Taková osoba si pak kompenzuje nedostatek soc. kontaktů, např. trávením volného času s komunitou osob bez přístřeší. Nově získaný životní styl pak vylučuje možnost si udržet pracovní návyky, proto je nutné cílit na změnu sociálního fungování tak, aby mohli zaměstnání získat. (Marek a kol., 2012, s. 23-24)

Podle Warra (in Marek dle Nekvasilová, 2022, s.21), může nezaměstnanost dokonce nepříznivě ovlivnit psychické zdraví v důsledku změny společenského statusu, finančních obtíží, zániku příležitostí sebezvoje včetně strachu z budoucího vývoje a předsudků či ponížení při hledání zaměstnání.

„Dlouhodobá nezaměstnanost má nepříznivé důsledky pro společnost i pro nezaměstnané jedince. K sociálním následkům dlouhodobé nezaměstnanosti pro jedince, jimiž jsou zejména snížení životní úrovně, růst napětí v jeho rodině a v státních interpersonálních vztazích, deprese, ztráta motivace a pocit bezmocnosti, přistupují i zvýšené následky, jež pociťuje společnost skrze nároky na státní rozpočet (dávky v nezaměstnanosti a další podpory a sociální služby, ztráty neodvedených daní), nárůst sociálně patologických jevů a nestabilitu společnosti.“ (Mareš, 1998, s. 47)

„Chudoba není kauzálně spojena s nezaměstnaností a vyskytuje se i v domácnostech zaměstnaných osob, které mají nízký příjem, avšak růst nezaměstnanosti vede k růstu chudoby.“ Sociální pracovník v nastalém případě pomáhá zmapovat všechny pobírané dávky, které lze čerpat, jelikož je pro mnohé klienty (nezaměstnaní či bez vzdělání) je velice

složité se v systému dávek orientovat. Mnozí SP však pochybují o smyslu pracovního poradenství v kontextu hloubky a řešení souvisejících obtíží. Trefně to popsali Dhooge a Popay (1987 dle Mareš, 1998, s. 145-146) názorným příkladem pocitu jednoho SP: *“Pokoušíme se lidem pomoci akceptovat jejich nezaměstnanost. To je ovšem v celkovém kontrastu s povahou sociální práce, s prevencí, intervencí a pokusy vyřešit situaci. Pomáhat lidem akceptovat jejich situaci je to, co nerad dělám. Znamená to pomáhat lidem přizpůsobit se systému místo změny tohoto systému.”* Pro mnoho jedinců i jejich rodiny je „nezaměstnanost traumatizující zkušeností,“ kterou SP pomáhá zmírnit a řešit, včetně krize s ní spojené a zapříčiněné (Mareš, 1998, s. 145-146).

1.2.2 Dluhy a exekuce

V české republice je k 30.6.2022 dle statistických údajů exekutorské komory veden na 4 165 938 exekucí, z toho povinných 683 239 osob, přičemž průměrně vymáhanou částkou na jistinu je na jednu fyzickou osobu 488 533 Kč. Největší míru zadlužení procentuálně na celkový počet povinných představují kraje: Hl. m. Praha (11%), Moravskoslezský (13%), Středočeský (10%) a Ústecký (14%), které představují cca 48% (dostupné z <https://statistiky.ekcr.info/statistiky>).

Exekuce má nepřímé ekonomické dopady na snížení působení v aktivní ekonomice, nárůst výdajů na podporu nezaměstnanosti, na výdaje za sociální dávky (především na bydlení), dle MPSV vede k bezdomovectví, ke ztrátě bydlení, neplnění závazků (poplatky). Dle zdroje se situace osob v exekuci zhoršuje a mnohdy spadnou do dluhové pasti a nutí je působit v šedé ekonomice. Exekuce pak odrazuje budoucí zaměstnavatele od přijímání zatížených osob z důvodu vyšší administrativní zátěže (dostupné z: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/cz/Documents/public-sector/Exekuce-ekonomicke_dopady.pdf).

O získání podrobnějších dat o lidech s nadměrnými a těžko splatitelnými dluhy se pokusily autorky výzkumu Szénássy, Kňapová, Dvořáková. Pokusily se tedy zaměřit na to, jak lidé v dluhové pasti zvládají každodenní rutinu, jak se dostávají z dluhů a co brání tomu, aby se z nich vymanili. Mít jistý dluh (hypotéku, kontokorent, půjčky) je ekonomicky i společensky žádoucí. Dostane-li se však jedinec do potíží se splácením je hodnocen tak, že si svou situaci způsobil sám (např. finanční negramotností). Studie se zabývala i souvislostí, zda míra finanční gramotnosti stojí za dluhovou pastí i za více jak 4 miliony exekucí. Ze získaných dat bylo zjištěno, že bodem zlomu byla neočekávaná osobní krize,

kteřá zapřičinila neschopnost spláčet pohledávky. Respondenti se vyjadřovali o „*krizi na několika úrovních*“ (v osobní, zdravotní i v pracovní oblasti), tedy o těžkém období, kdy se dluhy „*nenápadně nabalily*“. Řada dlužníků se totiž o svých závazcích dozvídá až „*po rozvodu eventuálně po úmrtí blízké osoby anebo následkem nespěšného podnikání či sociálního handicapu*“. Respondenti se snažili ve složitém finančním i osobním období zaměřit na „*ochranu rodiny, majetku (či věci, jež mají spojené s domovem) i smyslem života*“. Dotazovaní hovořili o „*mnohovrstevnatém utrpení*“ v rámci životního období. Jedni hladověli, jiní strádali po zdravotní stránce, především zažívali strach, stres i tlak ze situace. Motivací k překonání nepříznivé situace jim byla rodina a sociální kontakty. Mnozí cítili neschopnost i paralýzu svou situaci řešit a později ztráceli přehled nad dluhy. Současný systém jim však řešení situace nezjednodušuje. Lidí s neschopností spláčet tak přibývá a tím se dostávají na hranu sociálního vyloučení. Povinností společnosti by měl být tedy zájem je integrovat zpět. (Szénássy, Kňapová, Dvořáková, 2017, dostupné z: http://mapaexekuci.cz/wp-content/uploads/2017/04/Vyzkum_shrnuti_web.pdf)

1.2.3 Závislost

Podle mezinárodní klasifikace nemocí je „*Syndrom závislosti skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (mohou být, ale nemusí předepsány lékařsky), alkohol nebo tabák*.“ (Nešpor, 2011, s. 9-10)

Dle Fischera a Škody vede závislost na alkoholu ke konfliktním situacím v rodině, ztrátě pracovních dovedností a v konečném důsledku ke ztrátě zaměstnání i rozpadu rodiny. Tolerance alkoholu je relativně společensky akceptována, kdežto u osob závislých na psychoaktivních látkách je takřka nulová, jelikož je často spojována s kriminálním jednáním. (Fischera a Škody, 2009, s. 117-120)

Oproti tomu Vašát (2021, s. 138-139) s důrazem ve své publikaci uvádí, že „*za bezdomovectvím alkohol ani jiná forma domnělé patologie, které velmi často akcentují politici, některá média, nebo dokonce sociální pracovníci, jednoduše nestojí a nikdy v historii nestály*.“ Zmiňuje také, že se „*nejedná o plošnou příčinu*.“ Spíše se přiklání k tvrzení, že u osob, jež užívají alkohol, to nehraje významnou roli a opírá se data osobního výzkumu z roku 2016, z něhož vyšlo, že mezi lidmi bez domova: „*46% nepije alkohol vůbec nebo jen při zvláštních příležitostech a jen 15% pije celý den. Z celkového množství*

dotázaných nepije vůbec dokonce 40% žen a 20%.. Ti, kteří bydlí v institucích či bytech pijí o 60% méně, než jedinci na ulici či v noclehárnách (cca 40%). “Dále zdůvodňuje proč „běžní občané, odborníci, ale i sociální pracovníci kladou alkoholismus jakou rovnítko bezdomovectví „a označuje to za „nebezpečnou logiku.“ Svá tvrzení opírá i o další výzkumy Rossiho, Wallace, Garapicha a Wagnera (dle Vašát, 2021, s.140-141).

Závislé osoby mnohdy společnost nevhodně nálepkuje a stigmatizuje. Osoby bez domova jsou tedy sdělovacími prostředky nejčastěji negativně spojovány s užíváním alkoholu a drogami. K umocnění takového obrazu ve společnosti přispívají hlavně lidé závislí na omamných látkách a alkoholu, jelikož jsou více viditelní pro svůj neupravený vzhled a asociální chování, přičemž se pohybují na veřejném prostranství. Evokují tak v majoritní společnosti dojem „pijanů a povalečů,“ ačkoliv se mezi osobami bez přístřeší se objevují i abstinenti. Sociální pomoc se takovým lidem paradoxně nedostává, jelikož řada sociálních služeb osoby s takovouto charakteristikou odmítá a přijímá je pouze ve střízlivém stavu. Samotná teze závislosti a alkoholismu není jasně definována. (Marek, 2012, s.25).

Nešpor definuje mezi základní příznaky závislosti: **mocnou touhu látku užít** „(bažení – craving),“ **sníženou schopnost sebeovládání** (měnící se osobnost, trestná činnost), **tělesný odvykací stav** (příznaky jako např. delirium tremens, jenž může skončit úmrtím)¹ **zvýšenou toleranci** (rostoucí množství drogy), **zanedbávání dalších radostí a zájmů** (fokus pouze na drogu) a **neustávající užívání drog i přes ničivé důsledky** (devastační dopad na celé spektrum oblastí, tj. rodinu, práci, vztahy). Nešpor (2011, s.12-22)

Mezi hlavní škodlivé účinky patří:

- 1) **akutní stavy - intoxikace** (přechodné změny psychických, fyziologický a behaviorálních funkcí)
- 2) **chronická poškození zdraví** (cirhóza jater, hepatitida C, AIDS)
- 3) **sociální důsledky:** akutní (reakce společnosti) např. ukončení styku s osobou, odsouzení, trest a chronické (v souvislosti s rodinným a profesním životem) např. ztráta zaměstnání, rozpad rodiny, trestná činnost (Fischer a kol., 2009, s.92)

Spojení závislosti na alkoholu a užíváním drog spolu s duševním chorobou představuje dle Swartze a kol. (1998 dle Cohen,2002, s.31) značné riziko násilného činu a dle Tiihonena (1997 dle Cohen, 2002, s.31-32) jsou násilné trestné útoky zapříčiněny alkoholem vyvolanou schizofrenií a psychózou

¹ Některé z nich však nepůsobí větší potíže, ale např. u hypnotik a sedativ mohou způsobit život ohrožující stav. Proto je nezbytné odvykací stavy svěřit do rukou psychiatrů.

1.2.4 Rozpad rodiny a izolace

Kromě biologického, psychologického a spirituálního významu má rodina i socioekonomický přesah, kdy plní funkci zajištění základních potřeb každého člověka: strava, spánek, bezpečí, ošacení, hygiena, střecha nad hlavou a rozvoj. Rozpadem rodiny ztrácí jednotlivec bazální spirituální pouta, sociální jistotu i stabilitu. (autorka)

Zásadní je prostředí, v němž dítě vyrůstá. U dětí, žijících v rodinách s horším společenským statutem je velmi pravděpodobné, že budou kopírovat stejný životní styl svých rodičů a reprodukovat stejné socioekonomické problémy, nízký sociální status i vzdělání (Katrňák dle Raková, s.33).

Život v příjmové nejistotě i chudobě člověka deprivuje a zpravidla se projeví psychickým i fyzickým strádáním, ztrátou iluzí i hodnot. „*Deprimovaní lidé klesají pod životní standart, který je dosahován majoritní společností, ať už ve stravování, bydlení, charakteru životního prostředí, lokalizace bydliště, trávení volného času, vybavení domácnosti*“ (Mareš dle Raková, s.33).

Podle Janebové má bezdomovectví dvě fáze počátků, přičemž každý jedinec disponuje dvěma záchrannými sítěmi, tj. vlastní rodinou, a přáteli, tedy první variantou sociální sítě, která má člověka v případě krize ochránit. Je-li však tato síť malá anebo ho stávající síť nepodpoří, pak lze pomoci jen skrze druhou variantu, tj. sociální služby, které pomohou zaopatřit bydlení a příslušné dávky tak, aby osoba nezůstala bez domova. Nemá-li však osoba nárok na získání státní pomoci a nemá-li za sebou osobní síť, která by mu pomohla překonat nepříznivou životní situaci, tzv. krizi, pak se daný jedinec ocitá na ulici. (Janebová 1999 dle Marek a kol., 2012, s. 18)

Krise spojená s traumatem v rodině může člověka přivést do finančních potíží a být původcem bezdomovectví, jelikož zasažená osoba přišla o primární záchrannou síť v důsledku zániku rodiny (podpora, zázemí, základní sociální kontakty) i následné společenské izolace. Je-li základní sociální síť velká, a jedinec se dostane do obtíží s bydlením, je možné, že svou tíživou situaci překoná za pomoci přátel poměrně dlouho. Více než množství společenských kontaktů je však důležitější kvalita a pevnost vztahů (emocionální podpora). Nevytvoří-li si člověk vhodné zázemí, tak posléze přichází o sebevědomí a na stav rezignuje. Jedinec se většinou za krizi stydí a svůj nový status osoby bez domova skrývá. Prvním impulsem je tak odchod z místa původního bydliště, kde však postrádá kontakty na rodinu i přátele a posléze potkává jiné osoby bez domova. (Marek a kol., 2012, s. 33-37)

„*Se ztrátou rodiny a přátel je dáván do souvislosti i abúzus alkoholu*“ a dosavadní poznatky svědčí o tom, že jedinci s nevelkou primární sociální sítí a se závislostí na alkoholu se častokrát potýkají s duševními potížemi (Westermeyer, Neider, 1988 dle Cohen, 2002, s.32).

1.2.5 Pobyť ve vězení či v ústavu

Dle Sirovátky (dle Nekvasilová, 2022, s.21) největší bariérou k resocializaci, po výstupu z výkonu trestu, sociální exkluze, ke které přispívá nezaměstnanost, vysoké dluhy, nedostatek financí, nepřijetí rodinou a bezdomovectví.

Po ukončení výkonu trestu má téměř 90% odsouzených potíže s drogami a alkoholem, mentálním zdravím či s poruchou osobnosti (dostupné z www.centreformentalhealth.org.uk) (dle Nekvasilová, s.22), což se dle Hodaňové (dle Nekvasilová, s.22) odráží na zdraví, psychice, mezilidských vztazích a chování. A následné potíže s nezaměstnaností má ekonomické dopady, jelikož mnozí propuštění mají vyšší dluhy vzhledem k výkonu trestu (Burgerová dle Nekvasilová, s.22) A poslední překážkou je, dle Bushwaye (dle Nekvasilová, s.22), záznam v rejstříku trestů, s nímž se obtížně hledá zaměstnání.

Společnost si mnohdy neuvědomuje, že většina odsouzených **je velmi psychicky narušená**, a proto se k nim staví tak, že je třeba je zavřít a mají tvrdě pracovat. Je tedy nutné vnímat to, že většina odsouzených byla v dětství traumatizována, má špatné vzorce jednání, čímž ubližují svým blízkým i okolí. Proto je nutné pracovat na získání nových vzorců chování (Jiríčka dle Nekvasilová, s.22)

Pobyť ve vězení pak změni psychiku i osobnost a čím déle je jim odejmuta svoboda, tím náročnější je rehabilitovat jedince do společnosti. K osobnostním změnám zapříčiněné pobytem ve vězení patří strach, stigma, trvalá ztráta svobodné vůle či zploštělá emotivita (Nekvasilová, 2022, s.22) Děje se tak v důsledku toho, že ve vězení chybí odsouzeným lidský dotek, přátelé, rodina, možnost výběru a musí se neustále přizpůsobovat danému prostředí (Jarrett dle Nekvasilová, 2022, s.22). Nekvasilová (2022, s.29) vnímá jako nejzásadnější problém fakt, že v naší zemi doposud neexistuje koncepce, která by řešila náročnou životní situaci trestaných osob. Sociální služby (terénní, pobytové, ambulantní) poskytující sociální rehabilitaci jsou primárně zaměřené na osoby v tísní.

Warr (dle Mareš 2002 dle Nekvasilová) pak míní, že propuštěným, pro které je těžké se zorientovat na svobodě, by mohl přispět ke snížení recidivy a sociálního vyloučení

tzv.: „mentor,“ tj. vyškolený laik, který by pomohl s hledáním bydlení, zaměstnání, s řešením dluhů a byl pro propuštěného podporou.

1.2.6 Psychické potíže

Duševní poruchy a duševní onemocnění tu byly vždy přítomné napříč minulostí. Dlouhá staletí byli lidé s duševním onemocněním perzekuováni, vyloučeni a tato problematika byla ve společnosti dlouhodobě značně tabuizována. Ovšem v posledních letech se množí počet případů, kdy má každý pátý jedinec potíže s duševním zdravím a více se o této oblasti hovoří, díky čemuž se pomalu boří mýty a předsudky (autor).

Nemalá pozornost by měla být věnována i vývoji jedince v kontextu vývojové psychologie. Např. dle Fischera a kol. (2009, s.145) může vést týrání, zneužívání či deprivace z neuspokojování potřeb dítěte k syndromu CAN- tj. týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, který má sociální důsledky jako jsou potíže s emocionalitou a v seberealizaci, sebepodceňování, převzetí negativních rodičovských vzorců, traumatizace, soc. stigma, rozvoj behaviorálních a duševních poruch (2009, s. 150 – 152).

Cohen (2002, s.13) hovoří o tom, že vede-li psychiatr rozhovor s klientem bedlivě (2-3h., vyvstanou symptomy včetně příčin, jako jsou průběh života, sociální status, rodinná anamnéza, aktuální duševní stav. Ve zdravotnických zařízeních však taková kapacita není.

Nejčastější duševní onemocnění či poruchy, s nimiž se sociální pracovník setká během své praxe jsou potíže, které mohou být vrozené či způsobené organicky, ale mohou být zapříčiněné i v důsledku prožití těžkého traumatu, týrání, dlouhodobého stresu i zátěže, anebo prožití kritických či neočekávaných situací. V takovém případě je vhodné, co nejdříve vyhledat odbornou pomoc, identifikovat příčinu a hledat řešení. Může to být:

Psychóza

doporučení pro SP: je nezbytné odstranit předsudky, obrnit se trpělivostí, vymezit si dostatek času, vyvarovat se zlehčování respekt k soukromí, povzbuzení, ocenění, vyvarovat infantilního vyjadřování (Umíme si poradit, nedatováno, s.15-19)

Suicidální chování

Dle odhadu zemře na 0,3 až 1,2 milionu osob v důsledku sebevraždy (Groot, 2021, s. 12-13). „Bezdomovci mívají častěji i suicidální tendence, opět dost často v souvislosti s užíváním drog či nadměrným pitím alkoholu, ale v závislosti na negativním bilancování svého života. Sklon k sebevraždě uvádí 12% bezdomovců, což je mnohem víc než u příslušníků majoritní společnosti, kde je takových lidí přibližně 1%“ (Vágnerová a kol., 2018, s. 190).

Termín suicidium je vědeckým termínem pro sebevraždu. Fakt, že se lidé uchylují k sebevraždě ve stále nižším věku, má mnohá objasnění jako např.: užívání drog a alkoholu, depresivní stavy, nezaměstnanost, ztráta spirituálních hodnot i víry. Dle autorů Fishera a Škody (2009, s.73-78) lze přesněji rozdělit na faktory medicínské, psychické, demografické, sociální (absence bezpečných vztahů, opory, vykořenění, násilí v rodině či ekonomické s psychosociálními důsledky) a biologické předpoklady.

Nejčastěji se objevuje u osamělých a rozvedených osob i u osob psychickým onemocněním (např. schizofrenie). Pravděpodobnost výskytu u lidí s duševními obtížemi je cca 8-10x, než u ostatních osob. Depresi je zasaženo 70-95% obětí. Často je to i z důvodu poruchy osobnosti, schizofrenie v kombinaci se závislostí (Groot, 2021, s.27-28).

Depresi někdy nelze mnohdy dobře rozpoznat a lidé svůj depresivní stav považují za přirozený. Náhled na nemoc však chybí i osobám s jinými psychickými obtížemi. Jejich blízké okolí to mnohdy popírá nebo toleruje. Pomoc tak nepřichází včas (Groot, 2021, s. 33-34)

Sebevražda může být i projevem agrese, která má demonstrovat hněv či zlost proti někomu či sobě samému. Významnou úlohu má prevence (např. linka důvěry). Při poskytování pomoci je nutné reflektovat, zda bude dostatečná ambulantní péče či je nutná hospitalizace (Fischer, 2009, s.72- 81).

Deprese nemusí být viditelná, dá se rozpoznat skrze únavu, zachmuřený výraz, plačtivost i zanedbaný vzhled. Z toho důvodu je nutné při komunikaci být aktivní, hovořit klidně, jasně a vyjádřit porozumění, umět povzbudit a ověřit si, zda klient informace zpracoval, příp. poskytnuté informace zopakovat. (Umíme se domluvit, nedatováno, s.7)

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

(fobické p., úzkostné p., obsedantně-kompulzivní p., disociativní poruchy, posttraumatická stresová porucha) jsou „jednou z posledních neprobádaných oblastí v naší společnosti je dostatečné uvědomění si rozsahu traumatu.“ (Middleton in Tobler, 2011 dle Klepáčková, Krejčí, Černá, 2020, s. 7)

Při komunikaci s úzkostnou osobou je třeba vyjádřit porozumění, nic neslibovat, podávat jasné instrukce, zachovat klid a udržet si pevný postoj, klid (Umíme se domluvit, nedatováno, s.23)

Afektivní (mánické, depresivní)

Při práci s manickou osobou je nutné zachovat hranice, vytvořit respektující prostředí, obrnit se trpělivostí, nenechat se vykolejit, příp. klienta během setkání přeobjednat, nejedná-li konstruktivně (Umíme se domluvit, nedatováno, s. 10-11).

Poruchy osobnosti

(Paranoia, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, anxiozní, závislá)

Organické duševní poruchy

(demence, mentální retardace, amnestický syndrom, delirium) Je skupina duševních poruch, u nichž je známa příčina (úraz, nemoc, poškození funkce mozku) a které způsobuje poruchu kognitivních funkcí včetně poruch chování vedoucích k trvalé změně osobnosti (Svoboda a kol. 2012, s.139).

Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Jedná se o duševní onemocnění s charakteristickou poruchou psychických funkcí, z nichž nejvýznamnější je zploštělá emotivita, narušené chování, jednání, myšlení i vnímání (Svoboda a kol. 2012, s.181). Kognitivní poškození vede k psychosociálním důsledkům, např. ke ztrátě sociálních dovedností a k obtížím v sociální a pracovní adaptaci, k omezení sociální komunikace a k selhávání v každodenních činnostech a v celkovém důsledku ke snížení kvality života. Nemocní tak znamenají pro rodinu mnohdy vysokou zátěž, mají méně přátel a vzniká u nich významné riziko sebevraždy či depresí v důsledku snížení kognitivních funkcí, snížení socioekonomického statusu (invalidní důchod) s přímým dopadem kvalitu života a sociální dovednosti. (Svoboda a kol. 2012, s. 192-194)

„Z výsledků různých studií vyplývá, že duševní poruchy a choroby mohou zvýšit riziko propadu na ulici. Důvodem bývá nezvládnutí požadavků běžného života, větší zranitelnost a neschopnost vyrovnávat se s běžnými zátěžemi. Někdy k tomu riziku přispívá ztráta původního zaměstnání, které vzhledem ke svému psychickému stavu tyto lidé nezvládají, s čímž souvisí nedostatek finančních prostředků. (Vágnerová a kol., 2018, s. 186) „Psychické problémy se někdy mohou rozvinout až po propadu na ulici, pravděpodobně kvůli nárůstu stresu nebo nadměrnému užívání psychoaktivních látek.“ (Early 2005 dle Vágnerová a kol., 2018, s. 186)

1.3 Specifické potřeby osob bez domova s duševním onemocněním či poruchou

Při definování potřeb lze vycházet z obecných pravidel a míry osobních a společenských standartů. Pojem standart je myšlena určitá úroveň, které by mělo být dosaženo za účelem naplnění individuálních potřeb jedince, která úzce souvisí s jeho vyspělostí. „Standart pro naplnění lidských potřeb je velice specifický a poznat potřeby lidí ve zdraví, nemoci, v krizi je záležitostí upřímného vztahu mezi lidmi, upřímné snahy vzájemné pomoci a pochopení“ (Šámanková, 2011, s.12)

Dle výzkumu Farkače a Kondrátové byly zjištěny nejčastěji zmiňované specifické potřeby, konkr.: „*podpora při nacházení náhledu na onemocnění, edukace klienta i rodiny, podpora v oblastech bydlení, vzdělání, zaměstnání a v celkové orientaci v systému sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním*“. Dle autorů je také podstatná širší edukace zasažených osob získáváním náhledu na onemocnění ohledně souvislostí s onemocněním, užívání omamných látek a následné možnosti k zotavení, kdy by tuto roli mohli vykonávat osoby s osobní zkušeností. Z výzkumu však plyne, že v rané fázi je, pro zasažené osoby, často nepřijatelné se řadit k duševně nemocným. K edukaci tedy může přispět rodina a blízcí, kteří se sami dostávají do nové životní situace. Informace očima klientů a blízkých nabízí např. preventivně edukační program PREDUKA (Farkač, Kondrátová, dostupné z: <http://www.cspsihchiatr.cz/detail.php?stat=1270>).

K úspěšnému zvládnutí a pojmenování potřeb je třeba dodržet

zásady komunikace:

- 1) naslouchání sdělení (dodržení intimní zóny – dodržení vzdálenosti)
- 2) srozumitelnosti (respekt k prostředí, vzdělání i ke zdravotnímu stavu)
- 3) respektu k autonomii jedince (vyjádření zájmu, přestávky v rozhovoru)
- 4) nepředávat informace bez souhlasu klienta dále (důvěra klienta)
- 5) respektovat osobnost klienta (charakter, věk pohlaví, zdrav. stav, intelekt aj.)

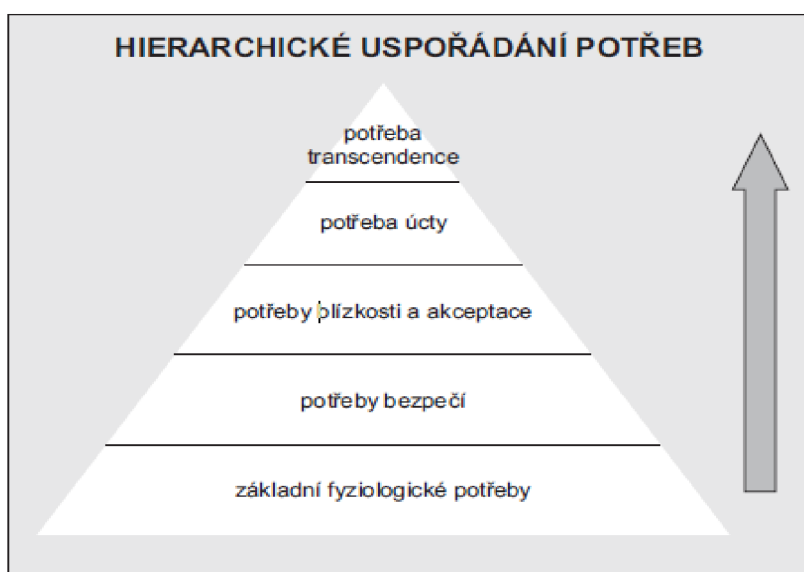
správnou reflexi bariér:

- 1) osobní b. (ostych, obavy, zklamání, nedůvěra)
- 2) psychická b. – je nutné znát podstatu nemoci a příznaky a pomoci klientovi pojmenovat chybějící potřebu a pomoci jí saturovat
- 3) jazyková b. - použití nesprávných slov, nedorozumění
- 4) fyziologická b. – lze řešit odstraněním tělesného nekonfortu.
- 5) Prostředí – zima, nekomfortní prostředí

6) Další (řeč těla, vyslovení kritiky, pochvaly, omluvy) (Šámanková, 2011, s.13-14)

Při nedostatečné saturaci potřeb, se může u klienta objevit změna chování, psychické (úzkost, neklid, nervozita) a somatické (porucha spánku, srdeční arytmie aj.) obtíže. Nenaplněná potřeba se může přejít ve stres, distres, frustraci a poté v deprivaci a depresi (dlouhodobý nepříznivý stav). Nakumulovanou energii (např. agrese) je třeba přeměnit.

Pro naplnění cíle či potřeby je nutná motivace, coby hybná síla k aktivaci jedince, která udává směr a vůli ke změně. Za pomoci motivace by měl pracovník klient dovést (podpora, pomoc) k naplnění potřeby (Šámanková, 2011, s.15-17).



Obr. 1 hierarchické uspořádání potřeb (zdroj: Vymětal, 2009, s. 71)

Při saturaci potřeb je třeba též vycházet z Maslowovi pyramidy potřeb, tedy od těch základních (bezpečí, ošetření) k těm vyšším se sociální a růstovou povahou (vztahy, začlenění, akceptace, seberealizace), jež pomáhají k integraci negativních událostí do svého života. (Vymětal, 2009 s. 70)

1.4 Zdravotní péče a sociální služby

Péče o zdraví je další důležitou oblastí, která nesmí být opomenuta právě proto, že se nízkopříjmové skupině nedostávají včasné informace i pomoc. Nejhorší je dostupnost lékařské péče pro ty, kteří nevlastní mobilní telefon ani osobní počítač, nejsou připojeni k internetu, kde by si potřebné informace vyhledali sami, nemají blízké osoby, které by jim pomohli situaci řešit, ani prostředky na dopravu, aby se mohli k lékaři přepravit (autorka).

Hovoří o tom i autoři sborníku (Chudoba, s. 86), jejichž cílem bylo vyzkoumat dostupnost zdravotní péče bezdomovcům, kdy byly zjištěny největší potíže s lékaři, a to, že

většina AD s nimi nemá stanovenou žádnou formální spolupráci. Klienti AD se potýkají s netečností a odmítnutím zdravotníků. Obecně je s lidmi bez domova vstupní byrokracie významnou překážkou (chybějící doklady, dluhy na pojistném). Výzkumy prokázaly mnohé zdravotní obtíže akutního i chronického charakteru a v porovnání s majoritní společností se jedná především o tuberkulózu o časté duševní potíže).

Klient má také právo žádat o pomoc specialistu např. klinického psychologa či psychiatra, aniž by bylo nutné doporučení. V případě akutních potíží a plné kapacity nejbližšího zařízení může klient kontaktovat krizovou linku či linku důvěry, případně situaci řešit s krizovým centrem jako např. RIAPS či s Centrem krizové intervence, kde jsou k dispozici krátkodobá krizová lůžka (Umíme se domluvit, s. 62).

Česká republika má v současné době k dispozici jen cca 10 psychiatrů a 8 klinických psychologů na 100 tis. obyvatel, dle WHO by to mělo být 26 odborníků. Německo má kupříkladu 27 psychiatrů a Finsko 24 na stejný počet obyvatel. Terapie je dokonce dostupná jen 4% osob. Přitom se spotřeba antidepresiv zvýšila, za posledních 15 let, trojnásobně a více jak 650 tis. lidí je duševním onemocněním zasaženo. K dalšímu nárůstu psychiatrické péče došlo v souvislosti s tzv. „*koronakrizí*.“ Avšak ani tato data zdravotní pojišťovny dostatečně nereflektují, aby rozšířili síť psychoterapeutů, proto až 42 tis. lidí vyhledá pomoc soukromého odborníka. Na tu však nedosáhnou nízkopříjmoví klienti. Dlouhé lhůty specialistů a přísná kritéria zákona pro výkon psychoterapie je pro tuto dobu nevyhovující. V každém kraji už dnes fungují centra duševního zdraví. K neziskovým organizacím pak patří např. sociální klinika, která nabízí on-line terapie i bezplatnou krizovou intervenci. K řešení akutních potíží lze využít linku důvěry, krizová centra (např. CKI, RIAPS) či konzultovat situaci s praktickým lékařem (Nový prostor, s.26-27).

„Zdravotní gramotnost má významný vliv na postoj lidí k vlastnímu zdraví a je tedy v zájmu společnosti úroveň zdravotní gramotnosti zvyšovat napříč celou populací“ (Bártlová a kol, 2018, s.24)

Lidem sociálně vyloučeným je možné zajistit podporu i skrze sociální služby, které jim pomáhají např. zajistit stravu, střechu nad hlavou, práva či jejich zájmy, zprostředkovat informace, a také pečovat o ně. S novodobou *“péčí o duševní zdraví je kladen důraz na služby poskytované v komunitě, které reagují na potřeby uživatelů především v oblasti poradenství v řešení nepříznivých sociálních situací, bydlení, práce a trávení volného času“*, mezi něž řadíme: *„poradenské služby, služby rehabilitace, chráněného a podporovaného bydlení i zaměstnávání nebo krizové služby, které jsou poskytovány buď bezúplatně, nebo za úplatu, v případech, jenž stanoví zákon o soc. službách.“* (Umíme se domluvit,?, s. 62-3)

2 KRIZE

„Způsob, jímž člověk na sebe bere svůj nezvratitelný osud a také všechna utrpení s ním spojená, i v těch nejtěžších situacích až do poslední minuty života otvírá plnost možností, jak smysluplně utvářet vlastní život“

Viktor E. Frankl... a přesto říci životu ano

Každý si pod pojmem krize představí něco jiného. Ta se může objevit v jakémkoliv úseku života v důsledku různých příčin. Špaténková (2017, s. 9-11) např. uvádí dvě roviny pohledu, jak na krizi nahlížet. První rovinou může být něco, co uvrhlo druhého do neštěstí jako: úmrtí, nemoc, nezaměstnanost, nevěř, rozchod či rozvod, havárie, úraz, závislost, týrání, živelná pohroma, uvěznění, nedostatek financí, exekuce, znásilnění, přepadení, potrat, ztráta bydlení, odebrání dítěte, válka atd., ale může to být také spojováno se strachem, panikou, situací, kdy si s ní člověk neví rady či jedná pod tlakem apod.

„Ke krizi tedy dochází tehdy, pokud člověk čelí problému, který neumí, nemůže nebo nedokáže (vy)řešit,“ přičemž zasažena nemusí být jen osoba, ale i společnost, rodina, komunita).

Příkladem, nám může být nedávná krize spojená s přítomností „koronaviru“, která působila nejen na celospolečenské klima, ale i na úrovni jedinců, co týče fungování, zdraví, vztahů, příjmů a existenčních důsledků, a kdy se její vliv propisuje do dnešních dnů (autorka).

2.1 Základní pojmy

Krize („crisis“) je situace, za níž je narušena rovnováha systému hodnot, poslání, fungování, cíle. Psychická krize přímo narušuje duševní rovnováhu, kdy jedinec není chopen vlastní silou překonat překážky běžným způsobem. Lze ji rozdělit na akutní (náhlá a neočekávaná) a chronickou (dlouhodobá zátěž). Lze se s ní vyrovnat samostatně nebo za pomoci jiných osob. Někdy dochází k psychické poruše anebo psychosomatickým obtížím či příp. sama odezní. (Vymětal, 2009, s. 15)

Krizová intervence („crisis intervention“) je okamžitá pomoc osobám v krizi, jejímž cílem je navrátit osobě ztracenou rovnováhu. Pomoc je komplexní a zaměřená na psycho (fokus na příčinu a řešení), sociální (sociální poradenství), lékařskou (medikace, hospitalizace) či právní (Vymětal, 2009, s. 16).

Krizová komunikace („crisis communication“) je komunikace v krizi v krizovém řízení i rizika. Mezi její aspekty zahrnujeme formu a obsah. úskalí, důvěru, práci s rizikem.

2.2 Typy

Krizi definují tři elementární oblasti:

- 1) **spouštěcí událost**
- 2) **událost člověk vnímá jako nebezpečnou a ohrožující**
- 3) **standartní postupy ke zvládnutí situace selhávají** a selžou-li zcela, pak nastává krize. Jak danou situaci poté jedinec vnímá je rozhodující pro další rozvoj krize.

Spouštěcím faktorem jsou „Kritické životní události,“ které mohou být emočně důležité (smrt blízké osoby, narození dítěte), vyžadují životní změnu (ztráta bydlení či práce) anebo jsou emočně ambivalentní (svatba). Tyto události lze rozdělit na **očekávané**, tj. vývojové (krize středního věku) a tranzitorní (stěhování) a **neočekávané** tedy náhlé a nepředvídatelné. Je-li její vliv hlubší, je řazena ke krizi **traumatické (situační)** či dle povahy spouštěčů ke **chronické** (pasivita, rezignace, zhoršení psychického a fyzického zdraví) a **k pramenícím z očekávaných změn**. Krize je nezbytné rozlišovat, neboť účinnost intervence v případě akutní krize se liší u té chronické, u nichž je důležité se zaměřit u jedince na motivaci ke změně. K rozlišení typů krize lze využít otázky: *“Jak dlouho dané potíže trvají?”* Každá z krizí se demonstruje v jinak dlouhém období, u akutní krize je to 6-8 týdnů od spouštěcí události, kdežto u chronické krize to může být až v řádu let. (Špatenková, 2017, s.12-14).

Některým lidem se podaří zpracovat krizi, ale někteří mohou mít neočekávané následky, při nichž dochází k chronickým, neurotickým i psychiatrickým obtížím, např. k rozvoji posttraumatické stresové poruchy (Mareš in Raková, s.17)

2.3 Průběh krize

Průběh krize ovlivňují okolnosti, za kterých krize eventuálně vznikla, probíhá a byla ukončena. Těmi jsou věk, pohlaví (gender), životní situace (práce, bydlení, rodina), zdravotní stav (psychický, fyzický), nevyřešené (nepřekonané) a spolupůsobící krize (sekundární k.), naděje (víra, smysl), sociální opora (emocionální, hodnotící, informační), schopnost zvládat krizové (coping a obranné mechanismy) (Špatenková, s. 17-18).

Do jaké míry bude jedinec zasažen je odvislé od **aktuální situace** (zdraví, další příčiny) a **od sociální souvislosti události** (podpora a pomoc okolí). Klimpl (dle Špatenková, s. 19-20) zdůrazňuje, že jinak probíhá krize u dysfunkční rodiny a jinak u té funkční.

2.4 Krizová intervence a krizová pomoc

Krizi je možné dobře zvládnout, poskytne-li se osobě pomoc včas. Poté do cca 6-10 týdnů odezní a může tak jedince posílit, postaví-li se k ní zasažená osoba zodpovědně. Prožitá krize může přinést nové příležitosti i nový rozměr bytí. Zda k tomu dojde, závisí na osobnosti jednotlivce i na příslušné pomoci.

Dle Fischera a Škody, (2009, s. 81) k hlavním zásadám KI patří navázání důvěry, udržení kontaktu, vyjádření empatie a porozumění „*volání o pomoc*“, nalézání řešení z krize (individuální zhodnocení).

„Cílem krizové intervence je zvýšení fungování klienta“

změna vnímání spouštěcí události ► eliminace distresu ►
zvýšení fungování jedince, získání nových kompetencí

obr. 2 Vzorec pro zvýšení fungování jedince (Špaténková, 2017, s.14)

2.5 Krizová komunikace

Lidem zasaženým mimořádnou situací má psychosociální krizová asistence zajistit především základní potřeby (ubytování, jídlo, pití, hygienu, ošacení), bezpečné a klidné zázemí (soulad, předání informací), oporu (spojení s rodinou, doprovázení), spravedlivé zacházení, relevantní informace, aby se zabránilo ponížení, vině, studu (ochrana, etický přístup, podpora). „*S krizovou komunikací souvisejí i mnohé sociální potřeby.*“ Reakce osob na traumatické události jsou velmi individuální a rozmanité a reakce mohou být jak emocionální (panika, šok, úzkost, hněv, deprese, beznaděj, otupělost), tak tělesné (bolest hlavy, svalů, zvracení, poruchy spánku), kognitivní (amnésie, porucha koncentrace, obtěžující vzpomínky) i behaviorální (izolace, vyhýbavost, impulsivita). Odborníci se shodují na tom, že většina osob se nedokáže sama vyrovnat s neštěstím, které prožila, bez odborného zásahu. Vypořádání se se situací může urychlit správná krizová komunikace (Vymětal, 2009, s. 70-71).

3 AZYLOVÉ BYDLENÍ PRO JEDNOTLIVCE

V této kapitole se zaměřím na azylové domy, tak abych popsala účel, úskalí a jistá specifika tohoto zařízení.

3.1 Azylové domy dle legislativy

Zákon o sociálních službách přinesl významnou změnu, konkr. prostor pro rozvoj vztahů mezi poskytovatelem služby a uživatelem služby. Důraz je kladen na respektování práv, důstojnosti, dobrovolnost, i přístupu s důrazem na zachování přirozeného prostředí uživatele s cílem zmobilizovat síly a spolupodílet se zodpovědném řešení nepříznivé situace včetně povinností dodržovat standardy kvality sociálních služeb dle §2 (Čámský a kol., 2011, s. 16-17)

Při tvorbě vnitřních pravidel by měl být kladen důraz na srozumitelnost, nejen pro veřejnost, ale především uživatelům a jejich smyslem je vytvořit takové podmínky pro perfektní poskytování služby za uchování respektu uživateli. Zájemci o službu i uživatelé by měli být řádně informováni skrze pracovníky o domovním řádu, sazebníku vč. formy stížností a měly by být umístěné na úřadech, na webových stránkách a v samotném zařízení. (Čámský a kol., 2011, s. 38).

Cílová skupinu uživatelů lze stanovit v souladu se zákonem jako osoby se zdravotním postižením, osoby v nepříznivé sociální situaci či osoby ohrožené sociálním vyloučením, jež potřebují pomoc a podporu ve více oblastech svého života, především při nepříznivé sociální situaci, ohrožení vývoje dítěte, snížení sebeobsluhy i soběstačnosti v základních dovednostech a životních způsobech vedoucích k bezdomovectví či ke konfliktům se společností. Formulování a specifikace cílové skupiny má respektovat občanská a lidská práva, svobodu volby vztahy, i cíle a zájmy uživatelů a má být v souladu se standardy kvality (Čámský a kol., 2011, s. 79-80).

Poskytovatelé služeb jsou dle standardů kvality povinni vytvářet takové podmínky, které uživatelům služby umožní zajistit vyjádření vlastní svobodné vůle a rozhodování (Čámský a kol., 2011, s. 81-82)

3.2 Azylové domy pro osoby v krizi a kapacita krizových lůžek

Dle analýzy z r. 2021² chybí České republice stovky krizových lůžek. Je nutné ale rozlišit standardní azylové domy (dále je AD) od AD určených pro oběti trestných činů či domácího násilí, které poskytují multidisciplinární pomoc obětem.

Minimálními standardy dle Rady Evropy by mělo být zajištěny dostupnosti sociálních služeb skrze:

Linku pomoci (Helplines) – jedna národní linka

Poradenství (Counselling) - 1 služba/50 tis. žen, zaměřená na oběti násilí vůči ženám

Azylové domy (Shelters), v západních zemích jsou služby AD poskytované obětem násilí na ženách (1 služba/10 tis. obyvatel vč. 1 rodinného místa/10 tis. žen). Každý kraj by měl tedy zřizovat 1 AD pro oběti násilí proti ženám

Krizová centra (Rape crisis centres) pro oběti znásilnění a centrum sexuálního napadení (1 služba/200 tis. žen)

Centrum sexuálního napadení (Sexual assault centres) - 1 služba/400 tis. žen

V ČR lze považovat za specializované jen tři AD s kapacitou 86 lůžek. K naplnění výše uvedených standartů chybí asi 3 tis. lůžek s příslušným rozmístěním do všech 14 krajů. Analýza se však zaměřuje pouze na oběti domácího a sexuálního násilí na ženách, nikde není uvedena kapacita v běžných azylových domech s krizovými lůžky ani kapacita obětí trestného činu např. pro muže. Tato oblast péče není v ČR vůbec uspokojivě ani dostatečně řešena. Z dílčích empirických výzkumů víme, že chybí řešení pro osoby bez domova s trestní minulostí, oběti trestných činů či traumatizované jedince, s duševním onemocněním, se závislostí, s invaliditou či s dluhy atd.

² dostupné z http://rsss.mpsv.cz/wpcontent/uploads/2021/03/Anal%C3%BDza-dostupnosti-specializovan%C3%BDch-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEeb-pro-ob%C4%9Bti-DN-a-GNP-v-%C4%8CR_fin%C3%A1ln%C3%AD-%C4%8Distopis.pdf

3.3 Problematika vnitřních předpisů, směrnic a pokynů

Vnitřní pravidla mají umožnit správné, efektivní a kvalitní poskytování služeb s možnou kontrolou. Pravidla organizace mají vytvářet ucelený propojený a strukturovaný koncept. Každý poskytovatel by měl mít vlastní systém (Čámský, Sembner, Krutilová, 2011, s. 45-46).

Směrnice a pokyny upravují významnější činnosti, je to tzv. návod jak postupovat při řešení situací a problémů, jak nakládat s daty, jak řešit krizové situace, jak vyřizovat stížnosti a jak jednat s uživateli. Dále se sleduje, zda nekolidují např. se zákonem o ochraně osobních údajů či listinou základních práv a svobod (Čámský a kol., 2011, s. 46-49).

Metodiky a manuály upravují postup zaměstnanců při řešení typických i netypických, krizových i havarijních situací. Uplatní se všude tam, kde lze předpokládat vznik určitých situací. Metodiky se tedy upravují tak, aby korespondovaly nejen v souladu zákonnými pravidly, předpisy apod., ale byly upravené tak, aby odpovídaly rozdílným činnostem daných poskytovatelů služeb (Čámský a kol., 2011, s. 49).

Každý poskytovatel sociální služby, která poskytuje služby uživatelům omamným a psychotropních látek musí dodržovat standardy kvality dané vyhláškou č. 505/2006 Sb. Zákona o soc. službách a musí procházet pravidelnými kontrolami, zda dané zařízení a programy, které nabízí, vyhovují požadavkům dle standardů odborné způsobilosti. *„Snahou standardů kvality je poskytování takové péče, která umožňuje dosáhnout maximální kvality a efektivity léčby pro problémové uživatele drog a drogově závislých.“* (Čámský a kol., 2011, s. 53-54).

Dle §89 odst. 1 zákona o soc. službách *„nelze při poskytování sociálních služeb používat opatření omezující pohyb osob“*, který souvisí s agresivním chováním“, kterému by se mělo předcházet za pomoci prevence a terapie a dle zahraničních zkušeností lze toho docílit i individuálním přístupem, zajištěním soukromí v co nepřírozenějším prostředí. §89 lze však použít *„v případě přímého ohrožení zdraví a života uživatele nebo zdraví a života jiných osob i při problémovém neagresivním chování na veřejnosti.“* *„Poskytovatelé jsou povinni těmto situacím předcházet, a pokud již nastanou, musí tento nežádoucí stav bezodkladně odstranit, a to dokonce do té míry, že byli příp. nuceni rezignovat na smluvní vztah s uživatelem nebo zájemcem o službu“* (Čámský a kol., 2011, s. 104-108).

„Zákon ukládá vést evidenci těch žadatelů o službu“, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů, čímž se má zamezit selekci ze strany pracovníků, bez ohledu na závažnost situace žadatele. Písemná dokumentace je jistotou, že se poskytovatel nechová diskriminačně (Čámský a kol., 2011, s. 39).

Vnitřní pravidla, směrnice a metodiky zařízení jsou tedy tvořena na základě legislativní opory v zákoně o sociálních službách. Nicméně měli bychom si položit otázku, do jaké míry lze například agresivní či jiné chování eliminovat, dokazují-li to mnohé zahraniční výsledky i studie.

„V pravidlech by měla být stanovena i mlčenlivost o všech skutečnostech a informacích osobního nebo citlivého charakteru, a pokud je to výslovným přáním klienta, může být dokumentace vedena anonymně, tzn. způsobem, který třetím osobám mimo poskytovatele vyloučí možnost ztotožnit osobu, o níž je dokumentace vedena, s konkrétní osobou.“ Zvláště citlivými jsou zdravotní dokumenty, podléhající zákonu č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a vyhláškou č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, ale i „dokumentace obsahují rozhodnutí soudu o zbavení nebo omezení klienta ve způsobilosti k právním úkonům a ustanovení opatrovníka“ (Čámský, 2011, s. 156-157).

3.4 Vzdělávání pracovníků

„Lidské zdroje jsou rozhodujícím faktorem veškerého rozvoje. Jejich význam v sociálních službách je v současné době akcentován jednak požadavky na kvalitu poskytovaných služeb, jednak zvyšováním úlohy znalostí v sociálně ekonomickém rozvoji jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb“ (Čámský a kol., 2011, s. 182).

“Profesní profil zahrnuje zejména osobnostní (psychická odolnost, týmová spolupráce, vstřícnost k potřebám klientů) a kvalifikační předpoklad (prováděcí vyhláška k zákonu o soc. službách č. 505/2006 Sb.), požadované znalosti a dovednosti a pracovní náplň. Na dovednostech, schopnostech, vzdělání, podpoře a podmínkách pro práci pracovníků je závislá kvalita služby.“ To se dá docílit zvýšením kompetencí a odbornosti personálu. (Čámský a kol., 2011, s. 185-187).

Standarty kvality stanovují metodickou povinnost mít stanovené postupy hodnocení, které má určit v jaké oblasti se bude pracovní rozvíjet a vzdělávat, kolik dnů má na to vymezené a jakých kurzů se má zúčastnit vč. finančních kritérií. Vytvoří se tedy roční plán osobního rozvoje, který má být v souladu se zaměřením pracovníka i míry kvality jeho profese (Čámský, 2011, s. 188).

Podle §116, odst. 9 je úkolem zaměstnavatele zajistit zaměstnanci alespoň 24 h. ročně dalšího vzdělávání, které je považováno za další prohloubení kvalifikace ve smyslu §230 zákoníku práce. K rozvíjení dovedností pracovníka přispívají nejen vzdělávání, ale také sebezkušenostní výcvik a supervize (Čámský a kol., 2011, s. 193).

3.5 Péče o duševní zdraví pracovníků aneb prevence vyhoření

„Důležitý je i systém, kdy poskytovatel podněcuje pravidelné setkávání (intervize, supervize, porady o klientech), na nichž se cíleně zaměřují na konkrétní uživatele a navzájem si předávají informace, které mohou být pro kvalitní poskytování služeb důležité“ (Čámský a kol., 2011, s. 146).

Supervize je účinný nástroj k analýze problémových úseků, při níž je možné nalézt řešení a předcházet složitým situacím. *„Supervize v pomáhajících profesích obecně znamená zamýšlení se nad profesionálním jednáním pracovníků, nad fungováním pracovních týmů či celé poskytované služby.“* Lze ji rozdělit na individuální, týmovou či skupinovou, a podle vztahu k sociální službě na externí či interní supervizi. Zpravidla je založena na dobrovolnosti, ale může být i povinná event. nařízená. *“Hodnocení by mělo být holistické (celkový přístup k problému, osobnosti, situaci).“* Další formou podpory mohou být *„odborné konzultace a specifická školení, kurzy a vzdělávání“* (Čámský a kol., 2011, s. 191-192).

„Pro porozumění lidem a pro dobré vztahy s nimi, jakož i pro duševní hygienu, je vysoce důležitá přesnost a objektivita našeho vnímání druhých lidí. Často pozorujeme, že jedna a táž sociální situace je viděna dvěma lidmi zcela odlišně tímž člověkem. Záleží velice na tom, jak jsme zvyklí svět vnímat, jaký vnímací stereotyp jsme si osvojili, jaká vazba mezi vnímajícím objektem a subjektem se vytvořila.“ (Míček, 1986, s. 119)

Duševní rovnováha jedince je velice *„ovlivněna tím, do jaké míry se mu podaří navázat zdravé sociální vztahy se společností, ve které se pohybuje, a vyhnout se konfliktům. Důležitou roli hraje celkové ovzduší, které vládne na jednotlivých pracovištích. V některých pracovních kolektivech se člověk cítí svobodně a přirozeně. Jinde však panuje ovzduší celkem chladné, v něm se až příliš dobře daří nežádoucím vlastnostem.“* (Míček, 1986, s. 132)

Nejčastěji konflikty vznikají v momentě, kdy *„se střetávají vzájemně různá přání a různé zájmy lidí. Situace, které znemožňují uspokojování určitých potřeb lidí, zejména jejich potřeb základních (potřeba bezpečí, jistoty, odpočinku atd.), vytvářejí předpoklady konfliktů.“* Důležitým faktorem pro vznik konfliktních událostí je i osobnost nadřízeného pracovníka. Nejčastěji vzniká konflikt u nadřízeného s *„autokratickým postojem“*, který se neptá na názor kolegů, nedává prostor ke spoluzodpovědnosti a vše chce rozhodovat sám. Za to nadřízený s *„liberální postojem se o své pracoviště nestará, ponechává věcem volný průchod a ponechává až příliš volnou ruku svým podřízeným.“* Nejvhodnější je nadřízený s *„demokratickým postojem, který respektuje při rozhodování mínění členů kolektivu, dělí*

se s nimi o spoluzodpovědnost a dovede rázně zakročit tam, kde se nerespektují pravidla soužití,“ čímž snižuje množství konfliktních událostí.(Míček, 1986, s. 132-133).

Podle Dosužkova a Sullivana (dle Míček, 1986, s. 138) „*jsou mezilidské vztahy dokonce rozhodujícím faktorem pro udržení duševního zdraví. “*

„V komunikaci s druhými se často plní vědomá i podvědomá očekávání. To, co od druhých očekáváme, toho se také obvykle dočkáme.“ Člověk, který na druhého pohlíží skrze „jeho kladné stránky, svým přátelským, důvěryhodným postojem ho aktivizuje a probouzí.“(Míček, 1986, s. 138).

Mimo mezilidskou komunikaci je také velmi důležitá atmosféra pracoviště. Dle Hartla a Hartlové (2010 dle Najzarová, 2020 s. 11) je sociální klima „*označení dlouhodobých účinků sociálního prostředí na lidi, jejich chování a pohodu, příkladem je klima školy, třídy, podniku, instituce“*.

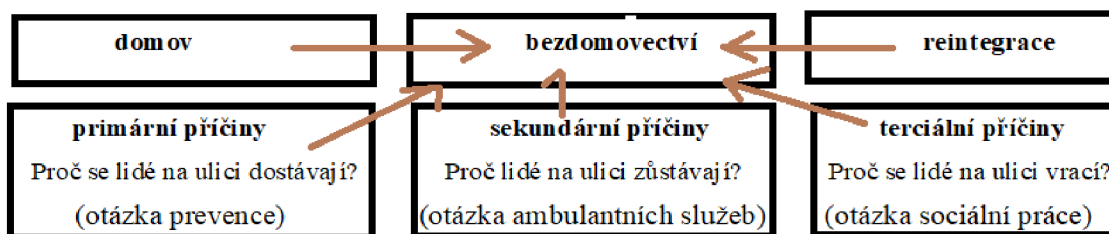
Důležitá je tedy prevence proti vyhoření, které „*není pouze výsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání, jako dlouhodobé působení stresujících podnětů. Důsledky se dostávají postupně. Zátěžové situace se postupně přenášejí i do rodinného prostředí, avšak vyrovnané a harmonické domácí prostředí značně zmírnit intenzitu profesionální zátěže a tento proces většinou trvá mnoho měsíců až let a děje se různých fázích: nadšení (vysoké ideály), stagnace (ideály se nedaří realizovat) , frustrace (pracovník vnímá klienta negativně), apatie (mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství), syndrom vyhoření (stadium úplného vyčerpání – ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem.“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 341 a právě pro výše uvedené je nutné se tomuto syndromu vyvarovat, aby nezasáhla nejen tu rovinu osobní, ale především rovinu profesní a s ní i oblast komunikace a jednání s klienty.*

3.6 Role sociálního pracovníka v azylových domech

„Máme tu nejúžasnější práci na světě. Nacházíme lidi v různých fázích spánku, můžeme jim poklepat na rameno a být s nimi, když se probudí a poprvé spatří život v jeho plné kráse.“

Syd Banks

S lidmi bez domova žijícími na ulici se zpravidla setkávají především sociální pracovníci. Do jisté míry je pomíjivé z jakého důvodu se osoba ocitla na ulici, je ale nutné zkoumat současnou situaci, než uplynulé události sociálního úpadku (tzv. **primární příčiny**), které již nelze ovlivnit. Důležité je specifikovat **sekundární a terciální příčinu**, tedy přesně proč na ulici setrvává anebo proč míří zpět na ulici. Druhá příčina způsobuje ztrátu schopnosti se sebou něco dělat, tzv. „**psychický úpadek**“. Klient sám však na situaci nemá objektivní náhled, jelikož si neuvědomuje, proč v tak nepříznivé situaci setrvává. Překonat lze tuto skutečnost až pouhým uvědoměním druhotné příčiny. Třetí příčina zůstává kritickou z důvodu toho, že se klientovi nedaří vrátit zpět do společnosti, kam chce být navrácen. Nepodaří-li se mu to, lze předpokládat recidivu, tj. návrat na ulici, více viz obrázek níže (Marek a kol., 2012, s. 18-19).



Obr. 3 Příčiny bezdomovectví (Zdroj: Marek a kol., 2012, s. 19, upraveno autorkou)

„Když člověka, se kterým pracujeme, potkala nějaká životní situace, nemůžeme předem vědět, co pro něj znamená – i když jde o situaci, s níž se v práci setkáváme, a proto známe jiných lidí. Nevíme, jaký obraz životní situace si tento člověk uvnitř namaloval. Abychom se to dozvěděli, musíme se ho zeptat“ (Kopřiva, 2016, s. 30)

3.6.1 Práce se závislými osobami bez domova

„To, co po sobě zanecháš, není vyryto do kamenných monumentů, ale vetkáno do životů ostatních.“

Periklés

Při práci se závislými lidmi bez domova je třeba akceptovat možný relaps coby základní syndrom závislosti (Prochaska, Diclement dle Marek, 2012, s.27). Během spolupráce se SP potkává s různými fázemi, kdy klient uvažuje o změně. V prvním případě lze uvažovat o **aplikování motivačních rozhovorů** vedoucích ke změně stylu života, při nichž je třeba klást důraz na rizika, ponechat osobě prostor pro přemýšlení, klienta nehodnotit a udržet kontakt i důvěru. SP by měl být schopen klienta navázat na odbornou pomoc např. adiktologa, psychologa, psychiatra, terapeuta, rodinu, event. zajistit ubytování i léčbu. Před nástupem do léčby je pro klienta zvláště obtížné využívat služby AD i nocleháren. Z toho důvodu je nutné ho podpořit v takovém rozhodnutí (Marek, 2012, s. 28-29).

U osob bez domova je ambulantní adiktologická péče v mnoha případech bez pozitivních výsledků, jelikož jim chybí stabilní zázemí. Vhodnější variantou je hospitalizace. Po propuštění vzniká riziko relapsu, pokud se klientovi nenalezne však vhodné bydlení a práce. Pro udržení stavu se klienti častěji zaměřují více na AD, než na ubytovny, poněvadž mají garanci, že jsou uživatelé zařízení častěji kontrolování, jelikož tam návykové látky nejsou tolerovány. Je třeba jim zajistit příslušné dávky hmotné nouze, udržovat pevné hranice a pomoci klientovi s následnou péčí. Při návratu „relapsu“ k užívání látek je klienta nutné povzbudit (Marek a kol., 2012, s. 30-31).

Určité množství osob bez domova a se závislostí se bude vždy vyhýbat léčbě, proto by bylo ideální, kdyby v ČR existovala možnost zřízení domovů se zvláštním režimem (Marek a kol., 2012, s. 31). V mnoha částech Evropy je možné se ubytovat klienty i po užití alkoholu, nejsou-li agresivní (Marek a kol., 2012, s. 31-32).

U chronických „pijanů“ dochází k dalším vážným onemocněním a k psychickým onemocněním. Destrukce osobnosti je pozvolná a za nenadálými úmrtími (zmrznutí, vdechnutí vyzvracené stravy) stojí alkohol. Mezi další původce závislosti se zahrnuje: **marihuana**, která není považována za nebezpečnou drogu; **toluen**, kde je závislost nejvážnější; **pervitin**, řadící se mezi nejčastější drogu užívanou osobami bez domova a i **heroin**, u něhož dochází k závažným odvykacím stavům. Mimo jiné, u uživatelů těchto drog, dochází k rozvoji psychických nemocí (duální diagnózy) a může také dojít i k nakažení žloutenkou typu C. Další drogou se stal subutex, jenž původně používal k substituční léčbě

a dnes je hojně užíván. Zneužívání výše uvedených drog úzce pojí s bezdomovectvím. Snížená je pak i míra jejich tolerance a nezpůsobilost dostát svým závazkům a povinnostem. (Marek a kol., 2012, s. 32-33)

3.6.2 Práce s lidmi s duševním onemocněním a bez domova

„Protože jsem nenaslouchal člověku, s nímž jsem hovořil, nic jsem se nedozvěděl, nenavázal jsem s ním kontakt a nemohl jsem mu pomoci.“

Michel Quoist

„K vyšetření člověka s duševním onemocněním potřebuje sociální pracovník teoretické, praktické dovednosti a jistou míru zkušeností. U nováčků, ale nejen u nich, je důležitá možnost supervize či intervize s kolegy. Vyšetření může probíhat paralelně s poskytovanými intervencemi, případně být jejich součástí.“ (Probstová, Peč, 2014, s. 171)

V pomáhající profesi je nezbytné, aby si pracovník ujasnil svou roli. Pochopením sebe samého i potřeb klientů napomáhá toleranci, porozumění potřeb druhých včetně dobré orientace v náročné situaci. Chceme-li, aby nám nemocní a jejich blízcí rozuměli a měli k nám pozitivní vztah, pak by si měl být pracovník vědom, že se bez dobré komunikace neobejde. Dosáhnout takové dovednosti předpokládá, že umíme přiměřeně emočně reagovat na projevy klienta, povzbudit ho, ptát se na jeho pocity apod. (Šámanková, 2011, s. 10).

V sociální práci je kladen důraz na psychosociální pomoc jedincům, jimž se nepořilo sociální adaptace. Neúspěch je možné vnímat ve třech příčinách:

- 1) Dětské potřeby, jež setrvaly až do dospělosti.
- 2) Neúměrný tlak plynoucí ze životní situace
- 3) Dysfunkce „ega a superega“,

Tento typ pomoci pochází z Freudovy teorie osobnosti a je zaměřen na interakci osoby s prostředím a základem je vzorec osoba - situace. Cílí na porozumění, konkr. usiluje o soulad mezi vnitřním životem jedince a jeho mezilidskými vztahy, což je dle Hollisové (dle Mahrová, 2008, s. 9-10).

Cílem práce sociálního pracovníka je snaha o zvýšení schopností klienta do takové míry, aby byl schopen situaci řešit i překonat.

Podle výzkumu Farkače a Kondratové brání včasné detekci rané fáze závažného duševního onemocnění nízká edukace veřejnosti a provázanost s relevantními aktéry. Částečně jsou nemocní jedinci detekováni terénními sociálními službami, kterým však brání pracovat s touto cílovou skupinou omezení dané kapacitou a podle autorů je včasné odhalení nemoci zcela zásadní. Zkušenosti ze zahraničí dokládají, že včasné odhalení rané fáze

onemocnění má příznivý dopad na celkové fungování, konkr. zvyšování příležitostí na udržení zaměstnání, vzdělání, snižují míru příznaků, suicidality, rizika relapsu i hospitalizací. Výzkumy také ukazují, že včasné intervence mají vliv na udržení zaměstnání. Ze získaných dat by tak zavedení služeb včasné detekce mohlo přinést značné úspory ve zdravotním i sociálním systému. Dle výsledků výzkumu autorů „*poskytovatelé sociálních služeb nemají žádné zvláštní metodiky ani ustálené způsoby práce pro práci s lidmi v raných fázích závažného duševního onemocnění. Práce s klienty v raných fázích závažného duševního onemocnění se odvíjí od jejich praktických potřeb, stejně jako u dlouhodobých klientů.*“ (Farkač, Konrátová, dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1270>)

Duševní onemocnění může vést ke ztrátě příjmů, kdy ke stabilizaci situace může přispět získání invalidního důchodu, případně dávky hmotné nouze, příspěvky či doplatku na bydlení ano příspěvky na péči apod.. (Umíme se domluvit, s. 62-67).

3.6.3 Individuální plánování a možné aplikace teorií a metod sociální práce

Významným nástrojem sociální služby je individuální plánování (dále jen IP) a jeho smyslem je co nejvíce ho přizpůsobit specifickým potřebám, zájmům i osobním cílům uživatele s jeho zapojením. IP má citlivě reagovat na potřeby uživatele a má být transparentní a průběžně kontrolovaný a uživatel mu má rozumět. (Čámský a kol., 2011, s. 38)

Poradenství je proces, při němž odborný pracovník poskytuje druhé osobě během partnerské spolupráce informace, rady, vedení i podporu přiměřeně k nepříznivé životní situaci, k jeho potřebám, cílům i schopnostem při využití vlastních zdrojů i sil vč. přijímání rozhodnutí i za důsledky svého rozhodnutí (Baštecká, 2005 dle Novosad, 2009, s. 99)

Práce s duševně nemocnými je velmi zajímavá a pestrá, ale také odborně, časově a emocionálně náročná. Klade vysoké nároky na sociální pracovníky, kdy jsou vedle odborného vzdělání i přípravy potřebné osobnostní předpoklady jako:

- schopnost empatie (vcítění) – schopnost porozumět potřebám i situaci skrze klienta
- osobní stabilita – psychická i profesionální
- flexibilita, kreativita a originalita pro řešení atypických situací
- tolerance k jinakosti – sociální pracovník musí unést odlišnosti klienta a umět hájit jejich práva ve společnosti.

„Individuální plány mohou být tak rozmanité, jak jsou rozmanité i poskytované sociální služby. Nikde není stanoveno, jak má individuální plánování vypadat a že existuje jen jediný způsob a forma jeho zpracování.“ (Čámský a kol., 2011, s. 146-147).

Dále uvádím přehled vybraných přístupů použitelných při práci s klienty, kteří jsou zatíženi zdravotní indispozicí s psychickým aspektem:

Sociálně inteligentní doprovázení – tento koncept je především zaměřený na vztah mezi doprovázeným a doprovázejícím, založený na vzájemném respektu, důvěře a úctě (Vávrová, 2012, s. 97-98)

Komunikace zaměřená na člověka – „*spočívá v neustále se vyvíjejícím vnitřním postoji k jeho způsobu bytí, na autentičnosti, přijetí a empatickém porozumění a zaměřuje se na vyvážení těchto tří dispozic v každé životní situaci*“ (Barrett-Lenhard 1998; Nykl-Motschnig-Pitrik 2002; Rogers 1983 dle Motschnig, Nykl, 2011, s. 34-35)

Trauma-informovaný přístup – „Dostatečné povědomí o této problematice, jeho prevalenci, nejčastějších formách, možném dopadu zejména z hlediska dlouhodobých negativních následků a souvislostech s rizikovým chováním i sociálně patologickými jevy umožňuje např. SP lépe porozumět potřebám svých klientů, pracovat s nimi z hluboce holistického pohledu, a dosáhnout tak ve společné práci lepších a trvalejších výsledků.“ Přitom je nutné respektovat dopady na sebe samého při práci s touto skupinou a dbát na duševní hygienu. (Supporting adult survivors of childhood trauma& abuse, © 2019 dle Klepáčková a kol., 2020, s. 7) „*SP by měl být empatický; soucitný ve vztahu ke klientovi, svým spolupracovníkům i sám k sobě; dobrý posluchač; flexibilní; ochotný učit se od klienta a vstoupit do jeho světa; schopný přijímat klienta jako rovnocenného partnera a spolupracovníka; uvědomující si sám sebe a své vlastní limity či to, jak jeho vlastní životní zkušenosti (vč. traumatických mohou ovlivnit jeho práci s klienty; pečující o vlastní potřeby; schopný regulovat své emoce.*“ (The Trauma Toolkit, 2013 dle Klepáčková a kol., 2020, s. 39) Tento přístup lze využít u cílové skupiny dospělých s vážným duševním onemocněním, zasažené domácím násilím, týrané a zneužívané v dětství, lidé bez domova, osoby ve výkonu trestu a rodiny vážně nemocných a zraněných dětí (Klepáčková a kol., 2020, s. 5-6)

Reflexivní přístup – „*Jedná se přístup, který oproti jiným nepředpokládá, že práce s klientem se musí důsledně řídit teorií, ale je postaven na očekávání, že SP budou v průběhu praxe reflektovat teorie, které jim budou přicházet na mysl, a budou zvažovat, které jsou v dané situaci využitelné, a které nikoli, přičemž počítá s jejich nejistotou při posuzování a rozhodování, a že ji nevnímá negativně, ale naopak jako prostor pro přemýšlení o konkrétní situaci.*“ (Navrátil, 2010 dle Janebová, 2014, s. 4)

Motivační rozhovory – „jsou komunikačním přístupem zaměřeným na hledání a rozvíjení vnitřní motivace klientů ke změně chování a propojují prvky přístupu zaměřeného na klienta, kognitivní a behaviorální terapie a poznatky z dalších oblastí psychologie“ (Soukup, 2020, s. 15) „Změna, o níž se jedná, se často týká pozorovatelného chování (užívání návykových látek, píše o zdraví, fyzická aktivita, agresivita aj.), ale může jít i o změnu prožívání a procesů, které nejsou navenek zřejmé (změna hodnot, vnímání vlastních schopností, smíření).“ (Wagner, Ingersoll, 2009 dle Soukup, 2020, s. 21)

Sociální rehabilitace Dle Votavy je „cílem sociální rehabilitace je minimalizovat následky trvalého či dlouhodobého zdravotního znevýhodnění. Je tedy zaměřena na samostatnost, integraci a pracovní uplatnění daného jedince. Usiluje tedy např. o samostatnost a uplatnění jedince ve společnosti formou reedukace, kompenzace“ a dle Jesenského i „integrace.“ (Votava 2003, Jesenský 2000 in Novosad, 2009, s. 94-95)

Základní principy metody CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation) „Pro pomáhající pracovníky představuje metoda nástroj k podpoře klientů na jejich cestě k dosažení takové kvality života, jakou by si oni sami přáli. V případech, kdy člověk požil vážnou traumatickou událost, jako je například psychóza, je zotavování zaměřeno na samotné onemocnění a na návrat k normálnímu životu, tedy životu, který klient vnímá jako smysluplný pro sebe i pro ostatní. Při osobním zotavování se člověk vypořádává s proběhlými událostmi, učí se nakládat s vlastní zranitelností a znovu hledá pevné záchytné body v přítomnosti i v budoucnosti. Sociální zotavování se týká zapojená a opětovného začlenění do společnosti. Pojem zapojení a participace je klíčový, protože klienti chtějí být součástí společnosti a stejně jako všichni ostatní chtějí být lidskou bytostí mezi lidskými bytostmi. Nikdo si nepřeje být pacientem nebo klientem; jedná se o nechtěný stav, kdy jsme nuceni vyhledat odbornou pomoc. Každý chce být považován za člověka rovnocenného s jakýmkoliv jiným, který má stejná práva a výsady. Každý, kdo byl delší dobu ve zdravotnické péči, si často musí hledat cestu zpět do společnosti. Definice „psychosociální rehabilitace“ dle autorů Hollandera a Wilkena „je proces zahrnující aktivity zaměřené na pomoc osobě s psychickými, sociálními a dalšími omezeními s cílem maximalizovat kvalitu jejího života na osobní i sociální úrovni tak, aby tato osoba mohla uspokojivě fungovat doma, v zaměstnání a v dalších prostředích, která si sama zvolí.“ (Hollander, Wilken, 2016, s. 11-15)

Model CARE byl koncipován za účelem potřeby komplexní, podpory klientů s krátkodobým či dlouhodobým horizontem, především v případech, kdy jsou zasaženi sociální exkluzí, dluhy, závislostmi, nezaměstnaností, těžkou rodinnou situací i duševní nemocí či poruchou. (Hollander, Wilken, 2020, s. 7)

Duševní onemocnění vážně a dlouhodobě zasahuje do značného množství oblastí života zasaženého jedince, konkr. do zdraví (psychické i fyzického), do pracovní oblasti, do komunikace a společenských vrahů, do každodenního fungování, bydlení, do ekonomické stability a trvale zasahuje blízké okolí dané osoby. Striktní „oddělování sociální a zdravotní oblasti péče“ se zdá být z pojetí praxe při „**poskytování pomoci či služeb neefektivní**“, **nelogické, sporné a klienta může vesměs velmi poškodit**. Při volbě intervencí je třeba brát na zřetel mnohé okolnosti, např.: Kdo soc. pracovníka oslovil, konkr.:

- 1) kdo službu vyhledal, vyžaduje si aktivní/asertivní kontakt ze strany soc. pracovníka
- 2) kde dochází k setkání více
- 3) Jak je klient nakloněn spolupráci
- 4) klient stanoví „zakázku“ prosí o pomoc, pozn. nejsnazší situace
- 5) klient nic nechce – mapování skutečných potřeb
- 6) přichází a navštěvuje službu „jen tak“ (Umíme se domluvit,?, s. 37).

V této kapitole se zaměřím na azylové domy, tak abych popsala účel, úskalí a jistá specifika tohoto zařízení.

4 EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část navazuje na mou teoretickou část. Cílem výzkumného šetření bude zjistit, jakým způsobem postupují sociální pracovníci v azylových domech při práci s lidmi bez domova v psychosociální krizi. Stanovím cíl výzkumu, hlavní výzkumnou otázku a vedlejší výzkumné otázky. Popíši metodologii využitou při výzkumném šetření

4.1 Cíl výzkumu

To, co bylo motivací pro dané téma, jsem již uvedla v úvodu mé práce. **Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem postupují sociální pracovníci v azylových domech při práci s klienty v psychosociální krizi, tj. osobami bez domova, potýkajícími se s duševní poruchou, onemocněním, traumatem, depresí, závislostí apod.**, neboť jsem se během své praxe neustále řešila jeden a týž problém, a to, že mí klienti byli z AD předčasně odejiti, ačkoliv vytoužená střecha nad hlavou pro ně byla základní a klíčovou životní potřebou. Mnozí z nich proto dokázali dlouhou dobu abstinovat, jen aby si bydlení udrželi, avšak dohnaly je psychické potíže, pro jejichž přítomnost nebyli schopni spolupracovat se sociálními pracovníky uvnitř zařízení ani na bazální úrovni. Během praxe jsem vnímala spojitost mezi rozsahem znalostí konkrétního pracovníka, projevy syndromu vyhoření a především aplikovanými postupy, neboť jsem se v dosavadní praxi setkala pouze s úkolově orientovaným přístupem, který „*předpokládá, že člověk je schopný řešit problémy, přičemž intervence sociální práce proběhne na základě partnerství sociálního pracovníka s klientem. Přestává tak vidět problém v samotném klientovi, ale hledá praktickou cestu, jak řešit složitou situaci.*“ (Coulshed, Orme dle Špiláčková, Nedomová, 2014, s. 25)

Účelem výzkumu bylo tedy proniknout do přístupu sociálních pracovníků k lidem nacházejících se v krizi, především, jak přistupují k lidem s duševní labilitou, poruchou či onemocněním. Vzhledem k tomu, že problematika tohoto tématu je dosti široká, rozhodla jsem se **zúžit cílovou skupinu na sociální pracovníky z azylových domů, kteří pracují pouze s dospělými jednotlivci (muži/ženy).** Dále, s ohledem na rozsah práce, se nebylo možné věnovat celé cílové skupině osob v psychosociální krizi, proto se ve svém výzkumu zaměřím pouze na skupinu osob v psychosociální krizi potýkající s akutně nestabilní psychikou, jež přišly v nedávné době o stabilní zázemí domova.

Na základě cíle výzkumu stanovuji hlavní výzkumnou otázku:
Jaké nejčastější metody intervence vnímají sociální pracovníci jako vhodné pro uživatele azylového domu v krizi ke stabilizaci situace?

Jako vedlejší výzkumnou otázku stanovuji.

Jaké překážky vnímají pracovníci služby při práci s uživateli azylového v krizi?

Jaké nástroje jsou využívány k ochraně duševního zdraví sociálního pracovníka, který pracuje s cílovou skupinou při práci s uživateli azylového v krizi?

4.2 Metodologie

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum, jelikož „termín kvalita pojímá jakost jako hodnotu nebo jako souhrn vlastností, z nichž se dozvídáme něco o tom, co a jaký je předmět našeho zájmu“ (Klimeš dle Miovský, 2006, s. 13). Za pomoci kvalitativního přístupu, tedy „nenumerického šetření a interpretace sociální reality“ lze odkrýt „význam podložený sdělovanými informacemi“. (Disman dle Miovský, 2006, s. 16)

Šetření bylo realizováno kvalitativní metodou. Doba však nebyla příhodná pro rozhovory, jelikož AD byly, z důvodu protikoronavirových opatření, téměř dva roky uzavřené. Práce se tak zastavila a po marných pokusech jsem ji téměř vzdala a přemýšlela, jak pomoci lidem bez domova jinak. Mezitím však vznikly překážky na mé straně a k výzkumu jsem se dlouhou dobu nevracela, naopak jsem uskutečnila rozhovory s lidmi bez domova, s cílem zjistit, jaké mají zkušenosti se soc. službami obecně a jakou pobytovou službu by si představovali. Podle získaných informací jsem chtěla sepsat projekt. Bohužel k realizaci projektu, který jsem zamýšlela, jsem se z osobních důvodů nedostala a krátce před posledním termínem odevzdání bakalářské práce jsem se musela vrátit k původnímu tématu. Po špatných zkušenostech, v kraji mého bydliště, jsem se rozhodla oslovit azylové domy v Hl. m. Praze, jelikož jsem z praxe věděla, že řada z nich zavedla inovativní podmínky a snížila prahy pro vstup do AD, což bylo pro výzkum ideální řešení, abych získala objektivnější srovnání, než jen z praxe. Z oslovených sedmi azylových domů mne takřka nikdo neodmítl, pouze v jednom případě se soc. pracovnice omluvila, že nemá na rozhovor časovou kapacitu, v druhém případě se rozhovor neuskutečnil vůbec pro nemoc respondenta a ve třetím případě neměl respondent časovou kapacitu, a tak mi nabídl odpovědět alespoň písemnou formou. Zbylí respondenti se se mnou domluvili na konkrétním termínu rozhovoru. Z velké části respondentů odpovídali vedoucí pracovníci jednotlivých zařízení. Celkem se podařilo získat data od deseti respondentů.

Výstupy práce budou poskytnuty k nahlédnutí vedoucím pracovníkům jednotlivých zařízení, kteří se setkávají s krizovými situacemi uvnitř azylového domu, budou-li mít o to zájem.

Časté zkušenosti mých klientů s AD a i odpovědi sociálních pracovníků, by tak mohly přispět k zamyšlení, jak to lze udělat jinak a lépe, aby obě zúčastněné strany mohly spolu snadněji komunikovat a dojít tak ke vzájemnému respektu i pochopení jinakosti chování osob s duševními obtížemi. Primárně si tedy vzít za cíl, udržet těmto lidem tolik potřebné bydlení pro účely stabilizace a psychosociální saturace krize samotné.

4.3 Technika sběru dat a výzkumná strategie

Sběr dat byl realizován za pomoci dotazování, konkr. polostrukturovaných rozhovorů a v jednom případě písemného dotazníku a pozorování subjektu. „*Metody sběru dat jsou specifické postupy poznávání určitých jevů, které badatel užívá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu a zúčastněné pozorování můžeme definovat jako dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces*“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 142-143). Dle Hoodové (dle Švaříček a kol., 2007, s. 143) je „*Pozorování v terénu základní způsob, jak si ušpinit ruce daty, kdy se badatel účastní dějů přímo.*“

Co se týká pozorování, tak se mi během praxe naskytlá ojedinělá osobní příležitost sledovat v terénu vedoucího pracovníka zařízení AD, jak postupuje, když vykazuje klienta ze zařízení. V takovém případě se tedy jedná o zúčastněné, skryté a přímé pozorování, jelikož to nebyl v žádném případě plánovaný záměr získat cenné informace a použít je do závěrečné diskuze. „*Přímé pozorování znamená, že se badatel účastní zkoumaného jevu v čase jeho průběhu, zatímco při nepřímém pozorování se neocitáme přímo ve zkoumaném terénu, ...*“ (Švaříček a kol., 2007, s. 145)

„*Vědecké pozorování je definováno jako technika sběru informací založená na zaměřeném, systematickém a organizovaném sledování smyslově vnímatelných projevů aktuálního stavu prvků, aspektů, fenoménů atd., které jsou objektem zkoumání.*“ (Reichel, 2009, s.

Hlavní výzkum byl proveden za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. „*Výhodou polostrukturovaného interview je především to, že dokáže eliminovat nevýhody dalších metod rozhovorů (nestrukturovaného a plně strukturovaného) a vytěžit současně maximum výhod, tudíž je téměř ideální výzkumný nástroj.*“ (Mioviský, 2006, s. 161) „*Prostřednictvím*

hloubkového rozhovoru jsou tedy zkoumáni členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání události, jakým disponují členové dané skupiny. Za pomoci otevřených otázek může badatel porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku.“ (Švaříček a kol., 2007, s. 159-160) Oslovení respondenti byli v úvodu rozhovoru seznámeni, jak s cílem výzkumu, tak i s etickými zásadami včetně možnosti odmítnutí rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány na záznamník v mobilním telefonu se souhlasem respondentů a následně byly přepsány. *„Na začátku rozhovoru s účastníkem výzkumu se odehraje představení výzkumníka a jeho projektu, ujištění o anonymitě, požádání o souhlas k participaci na výzkumu a případné požádání o souhlas rozhovor nahrávat.*“ (Švaříček a kol., 2007 s. 163) *„Rozhovor je do určité míry strukturovaná konverzace, kterou badatel řídí pomocí hlavních, navazujících a pátracích otázek.*“ (Johnson dle Švaříček a kol., 2007, s. 162.

Jako hlavní výzkumnou otázku jsem si proto zvolila postupy sociálních pracovníků při práci s lidmi v psychosociální krizi. *„Původní výzkumná otázka je zpravidla příliš abstraktní a široká, aby na ni mohl jedinec odpovídat. Badatel se při kladení hlavních otázek snaží pochopit význam řečeného a klade jedinci dodatečné otázky, které jsou zaměřeny na specifická témata a myšlenky a jsou zásadní pro získání hloubky, detailu a jemných rozdílů.*“ (Švaříček a kol., 2007, s. 164-168) Byly stanoveny dva výzkumné okruhy. Jeden okruh obsahoval 5 vedlejších otázek, druhý okruh obsahoval 2 vedlejší otázky.

Volba rozhovoru v kvalitativním výzkumu má svá úskalí. Výzkumníci se mnohdy domnívají, že pozorování v terénu lze nahradit rozhovorem a také, že stačí získaná data implementovat závěrečně zprávy výzkumu. (Švaříček a kol., 2007, s. 179)

4.4 Výběr a popis výzkumného vzorku

Abych získala, co nejvíce potřebných dat, oslovila jsem celkem 11 sociálních pracovníků z 5-ti různých organizací, kteří působí v azylových domech pro dospělé jedince, tj. muže a ženy nad 18 let na území Hl. m. Prahy.

Při výběru vzorku byla zvolena metoda sněhové koule (snowball sampling). Tato metoda je založena, jak na účelovém, ale i jednoduchém náhodném výběru, a k nim se řadí i záměrný a příležitostný výběr, někdy i náhodný výběr. „*Základním východiskem pro aplikaci této metody je získání kontaktu s první vlnou či generací účastníků výzkumu, a to prostřednictvím institucí či díky předchozímu kontaktu samotného výzkumníka, kdy hovoříme o tzv. nulté fázi.*“ Skrze nultý kontakt se lze dostat k první skupině kontaktů, tato fáze se označuje jako první. Po té pak dochází k „*prostému náhodnému výběru.*“ (Miovský, 2006, s. 131-132) Dle Hartnolla (dle Miovský, 2006, s. 132) je tedy „*dosažení reprezentativnosti u výsledného souboru*“ za pomoci metody sněhové koule velmi komplikované, neboť při výzkumu tzv. problematické cílové skupiny (např. obtížně přizpůsobivé osoby) neexistují potřebné validní zdroje informací o jeho obecných vlastnostech.“

Výzkum vzorek byl poskládán v úvodu záměrným výběrem, kdy jsem oslovila vedoucí osobu AD, se kterou jsem se v minulosti potkala v rámci intervence k umístění klienta do AD. Ta mi doporučila oslovit další kolegyně ze stejné organizace. Po vyčerpání doporučených tipů, tj. 4 žen, jsem přešla k náhodnému výběru a jednotlivé respondenty jsem vybírala tak, aby zastupovali i jinou organizaci. Cílila jsem pouze na azylové domy s běžným režimem, tzn., že jsem vyňala ty azylové domy, které se specializují na oběti domácí násilí nebo jiné trestné činnosti. Tyto azylové domy, už pracují s klienty v multidisciplinární kooperaci s odborníky a získaná data by tak byla zkreslena. Dalším požadavkem tedy byla i role sociálního pracovníka, teda osoby s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním. Z výzkumu jsem tak zcela vyňala pracovníky v sociálních službách, aby získané informace byly, co nejlépe porovnatelné. Výzkumu se zúčastnilo celkem 8 žen a 1 muž. Z toho 6 osob bylo v roli vedoucího zařízení a 4 osoby byly běžní sociální pracovníci.

Z důvodu časové tísně a mé dlouhodobější zdravotní indispozice se rozhovory uskutečnily pouze po telefonu, tedy bez osobního kontaktu. Respondenti byli seznámeni s dobrovolností poskytnutých údajů do rozhovoru a též byli informováni o anonymitě dotazovaných a mlčenlivosti osobních údajů.

Omezení výběru vzorku spatřuji v tom, že nebyly osloveny všechny organizace, které působí na území Hl. m. Prahy.

4.5 Realizace sběru dat a jejich analýza

Poskytnuté rozhovory byly uskutečněny v průběhu měsíce října a byly nahrávány za pomoci záznamníku mobilního telefonu a poté byly audiozáznamy přepsány do textové podoby za pomoci transkripce. „*Transkripce má pro výzkum značný význam a jejím prostřednictvím lze např. zbytečně přicházet o cenná data, zkruslovat data, ale také posílit interpretační bázi apod. Při transkripci nelze zaznamenávat vše, čímž tedy dochází k jakési prvotní redukci dat.*“ (Miovský, 2006, s. 205-206)

K analýze dat byla využita metoda otevřeného kódování. “Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbití a jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými fragmenty textu potom výzkumník pracuje.“ (Švaříček a kol., 2007, s. 211) Získané kódy byly následně rozděleny dle významu, souvislostí a kategorií.

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této části bakalářské práce budou interpretovány výsledky výzkumu ze získaných rozhovorů. Výsledky mohou být ovlivněny mým subjektivním pojetím, byť jsem se snažila o jejich objektivitu v maximální možné míře.

Tato kapitola zahrnuje sedm podkapitol, které patří k výsledkům k jednotlivým hlavním otázkám. A každá z nich měla za úkol zmapovat postupy sociálních pracovníků při práci s lidmi v krizi při přijímání do služby, během pobytu a při jejím ukončení. Smyslem bylo se zaměřit na ty oblasti, které v současnosti nemá tato služba kapacitu pokrýt ani personálně, ani odborností. Výsledky výzkumu by tedy měly pomoci se na sociální práci podívat i z jiné perspektivy a zamyslet se nad možností změnit stávající paradigma, metody i postupy a více usilovat zavádění nových přístupů, ověřených zkušenostmi ze zahraničí, ale i o vznik a budování zdravotně sociální sítě pobytových zařízení, kde bude moci kooperovat, jak tým zdravotníků, tak tým sociálních pracovníků. Každá jednotlivá část je ukončena finálním hodnocením výsledků.

Citace respondentů jsou ponechány v autentické podobě, tj. beze změny. V textu nejsou záměrně uvedena, ve snaze zachování anonymity dotazovaných, žádná jména, ani jména spolupracujících osob včetně určení místa AD a jiných indicií, aby nedošlo případně k identifikaci respondenta a předešlo se tak možným negativním konsekvencím do pracovního života respondentů v důsledku použitých údajů.

5.1 Postupy zařízení při konečném výběru uživatelů

Kritéria přijetí žadatelů o umístění do AD je mohou jevit obecně jako jednoznačná. Na území města Prahy se však vyskytují dva typy azylových domů. Jedna skupina má jasné vymezená kritéria a sleduje při výběru klientů, zda je posuzovaný zájemce uživatel omamných látek, alkoholu, zda má nějaké závažné duševní či fyzické onemocnění? A druhá skupina AD je značně benevolentní a propustná širokému okruhu osob, který trefně vystihuje vedoucí SP: *„Tady je to hrozně jednoduchý, k nám se dostane člověk, který se potýká s jakoukoliv životní krizovou situací, která se rovná tomu, že ztratí bydlení. To, jestli tady zůstane, je právě jenom to kritérium, jestli máme volnou kapacitu, protože máme velký tlak, co se týká jako vstupu, množství klientek, které k nám chce. No, a co se týče těch klientek, tak tam jsme teď nově teda, protože se zvedlo množství klientek, který mají nějakou diagnózu, a dělalo to tady neplechu, tak jsme zavedli takový vstupní dotazník, který nám vyplňuje ošetřující psychiatr.“*

Dalším kritériem je **finanční tíseň (nízký příjem)** anebo **absence bydlení**, což potvrzuje sociální pracovník: „*Vlastně musí jenom splňovat, že je osobou bez domova, že v tuhle chvíli nemá kde bydlet a nesmí mít teda moc velký příjem*“

Někde je to klasický poradník, který potvrzuje další SP

*Jinde aktualizují a zohledňují akutnost životní situace: “ U nás mají klienti povinnost vlastně každý dva měsíce obnovovat zájem a vlastně během toho se bavíme o tom, jestli se situace změnila nebo je pořád stejná, prostě podle toho aktualizujeme vlastně ten, tu situaci toho klienta a ve chvíli kdy přijde na pohovor s tím, že je na ulici, tak vlastně ta **akutnost** tam vlastně je a má vlastně přednost. “*

Naléhavost životní situace žadatele se někde nesleduje a postupuje se dle poradníku a někde je však brána na zřetel. Možnost vybrat osobu v naléhavější situaci existuje, ale, jak sdělila SP jednoho AD: „*nemůžete ji vlastně včas detekovat, pokud tam je nějaká psychiatrická diagnóza, protože, pokud ten člověk nenavštěvoval psychologa nebo psychiatra, ta to vy vlastně nemáte povinnost zjišťovat. Pakliže na jednání o službu nám řekne, že v minulosti třeba byl hospitalizován nebo, oni k nám často chodí z psychiatrické nemocnice, my to jako víme nebo nám prstě řekne, že měla deprese a v minulosti se jako léčil, nebo třeba dochází k psychologovi nebo k psychiatrovi a na nějaký konzultace, tak my máme takový základní dotazník, kde se samozřejmě nemůžeme doptávat na diagnózu, ale máme tam deset konkrétních otázek, který nás zajímají, a to, třeba v situaci, kdy se cítí pod tlakem, jestli může jednat agresivně, jestli v minulosti měla nějaký suicidální sklony nebo jestli má třeba problém s autoritami, takový jako základní věci, aby my jsme si dokázali udělat představu, vzhledem k tomu, že jsme ho v minulosti neměli a docházelo tady k opravdu k nepříjemným situacím, tak jsme jako tohle zavedli. “ Jiná SP uvedla: „*Co se týče posuzování těch žádostí, tak vlastně taky neděláme. Máme klasický poradník, kde ty lidi přichází k ubytování podle toho, kdy se přišli zaevidovat do poradníku, takže to jde vlastně postupně. Jediný, co když se týká nějakých krizovějších situací, tak vlastně náš AD je rozdělený do takových dvou služeb nebo částí spíš, kde vlastně v přízemní části je deset lůžek pro nějak zdravotně znevýhodněný klienty, což znamená, že tam máme i vozičkáře nebo sprostě nějak starší lidi, tak to potom funguje na tom zavolání, ať už z nemocnice nebo třeba z terénních programů, když někde někoho najdou, tak se ten člověk většinou dává tam, ale jinak to jede klasicky přes poradník.**

Při přijímání **ohrožených** osob bez přístřeší se někteří SP potkávají nebo komunikují

s probačními pracovníky, se sociálními pracovníky, viz třeba zkušenost SP: „*S kurátory, velmi často s SP z výkonu trestu, se SANANIMEM nebo DROP-IN. Prostě s těmi, kam klienti dochází a vlastně s nimi spolupracují. Často to bývá i takhle přes ty pracovníky.*“

2Nemá-li osoba v krizi **žádné příjmy**, tak se to u většiny AD nepovažuje za překážku a řada SP pomáhá těmto lidem zajistit příjem. Vedoucí AD uvedla: „*Při každém pohovoru doporučujeme klientovi nějaký další postup, a když nemáme místo, v tu chvíli, tak tam prostě vždycky doporučíme oslovit kurátora v dané MČ, kde má zájemce trvalé bydliště, aby se s ním spojil a řešil, jak mimořádnou MOP, tak příspěvek na živobytí.*“

3Jako nejčastější bariéry stojící v cestě k přijetí do služby dle vnitřních předpisů považují sociální pracovníci mnohdy **psychiatrický diagnózy**. SP uvedla: Některí za bariéru považují **vyšší příjem**: „*já bych to úplně nenazvala bariérou, ale samozřejmě jako vyšší příjem, kdy se jako snižuje ta možnost tady bydlet, protože se má za to, že si třeba může dovolit nějakou jako ubytovnu, pakliže nepotřebuje podporu SP. Tak ale můžete to tam asi jako zadat, ve chvíli kdy bude mít příjem, např. 20 tis. Kč měsíčně, tak tam úplně nevidíme důvod, proč by měla využívat služby AD.*“ Další odpověděl: „*Třeba mají nějaký příjem a vlastně převyšuje nějak ten limit, který máme přibližně stanovený, takže musíme zájemce odmítnout zájemce na základě toho, že už není naše cílová skupina. No že ho motivujeme prostě k tomu, že si z toho zvládnou třeba platit ubytovnu.*“

Další za bariéru považují **tělesné omezení**, jak uvedla SP: „*Tak nejčastěji bariéra je ve chvíli, když je žadatel vozičkář, jelikož nejsme bezbariéroví a nemáme koupelny k tomu uzpůsobené, a tak takový zájemce vlastně nemůže být naším klientem.*“ Další SP uvádí totéž: „**Musí být teda schopná péče o sebe**, protože my jsme služba prevence, a ne služba péče, tzn., že se tady o ty klienty, nedopomáháme jim s hygienou, nevaříme jim a neposkytujeme jim žádnou jinou péči, než tu sociální.“

Mnohé AD netolerují omamné látky a alkohol, jak uvádí vedoucí jednoho zařízení: „*Když je člověk nebo ta žena závislá na jakýchkoliv látkách, ať už drogově nebo alkoholová či nealkoholová závislost, což znamená tvrdý drogy marihuana apod.. Samozřejmě nehraje roli žádný kouření nebo něco takového, tak to jako blok žádný není, ale nesmí být aktivní uživatel alkoholu a drog.*“

Souhrn:

Celkově kritéria přijetí v AD by se dala rozdělit na ty, které **tolerují závislost a ty, pro které je naopak závislost nežádoucím jevem**, jelikož, podle vyjádření SP, svou přítomností ohrožují svou závislostí skupinu abstinujících klientů.

5.2 Volené intervence při práci s lidmi v krizi

Postupy k lidem v krizi a lidem bez psychických potíží se dle SP příliš neliší a jedna SP to i potvrdila slovy: „*Neřekla bych, že tady děláme významný rozdíl. Já si myslím, že ta otázka, je těžko uplatnitelná v našem AD. Myslím si, že je též důležité, v jaké službě tohle probíhá. Tady jsou samé ženy a nechci, aby to zaznělo jako, ale jiný slova mně upřímně nenapadají, ta emoční labilita je tady cítit významně, tak tady jakoby nějakou formu krizové intervence vlastně poskytujeme vlastně každý den komukoliv a vlastně to probíhá ve chvíli, kdy my jako víme, že se to dá vyřešit čistě hovorem.*“

Setká-li se SP s klientem v krizové situaci, tak většinou uplatní své znalosti krizové intervence anebo klienta postoupí do další služby, což “ probíhá tak, že SP, která je třeba klíčová nebo tady není a jsem tady já, tak to řešíme jakoby formou rozhovorů

Napříč všemi AD se SP setkávají s různými duševními poruchami či onemocněními včetně problematických duálních diagnóz u uživatelů omamných látek

„*No vlastně ten průběh je vlastně dost obdobný, kdy my teda jako klienta posíláme do té diakonie. My si vlastně už dopředu, když s tím je ta klientka v pohodě, řekněme o nějaký souhlas terapeuta nebo toho SP, který je tam od té krizové intervence, aby nám třeba řekl, jak na tom je a jestli třeba oni vyhodnotí, že už by tam byl potřeba zásah někoho jiného. To potom řešíme případně s fokusem, CDZ, který k nám přímo dochází, kdy splnil ty kritéria, aby se dostali do služby. Řešíme to tedy s nimi a jsou nám jako velkou podporou, protože, tím že, my tady nemáme nikdo nějaký hlubší vzdělání v tomhle*“

V případě zjevné progresse onemocnění, event. náhlé změny chování či nálady většinou situaci konzultují s psychiatrem nebo se spřízněnou organizací, jak uvedla jedna SP: „*U těch klientek, které mají tu závažnější psychiatrickou diagnózu, kde se to děje velmi často, je buď odkážeme rovnou jako na psychiatrii, aby se třeba nechali hospitalizovat na nějakou kratší dobu a dali se nějak dohromady. U některých klientek se taky děje to, že návaznost s tím psychiatrem buď není, anebo už je to v takové fázi, že na to nemají náhled, tak tam volíme nějakou nedobrovolnou hospitalizaci.*“

SP klientům zatíženým duševní poruchou či nemocí pomáhají s

Nejčastěji navazovanými službami klienta bývá např. terapeut, psycholog, psychiatr, adiktolog, lékař, ÚP, probační pracovník, jiná soc. služba, dluhové poradenství či další)? Jedna SP k tomu uvedla: „*..., když během toho rozhovoru vycítíme, že my jako SP nejsme adekvátním řešením, tak doporučujeme jednu službu, která, pak poskytuje takové jako krizové terapie, nebo, jak bych to nazvala, takové jako poradenství a poskytuje jich až deset. Ve chvíli, kdy si potřebují opravdu jenom popovídat nebo se ujistit, jestli dělá své rozhodnutí*

dobře, nebo mají pocit nějakého tlaku tady, tak to my řešíme formou rozhovoru. Většinou se v tomto ohledu právě se radíme s fokusem a u těchto klientek, u kterých to bývá, s fokusem máme dobré vztahy a hodně se s nimi jako radíme, tak to řešíme třeba přes psychiatricku tam nebo se nám ji podaří dostat sem, je však taky časově vytížená a ne vždy to jde, ale snaží se nám hodně vyjít vstříc. Přijde třeba na nějakou konzultaci a třeba vyhodnotí, že už opravdu ani fokus nepomůže a doporučí nám, abychom zavolali záchranku, poradí nám, co máme říct my, a když ta klientka je součástí jejich fokusu, tak nám třeba napíše nějaké doporučení, a to pak předáme té záchrance, a ta jí třeba odveze. Stalo se nám taky, že někdy jsou ty klientky opravdu v takovém stavu, že ani nesplní kritéria, aby se dostaly do fokusu, tzn., že nechtějí na sobě pracovat nebo nemají kapacitu a pak se odehraje moc minusových věcí, a někdy je nutné zavolat záchranku Samozřejmě s tou dobrovolnou hospitalizací, se váže i nedobrovolný podání léků, aby se ten člověk samozřejmě uklidnil a ve chvíli, kdy je v nějaké klidové fázi, tak jsme s fokusem domluvený, aby se tam za ním podíval a navázal s ním spolupráci. SP z toho fokusu, pak za ní dochází a ve chvíli, kdy tam klientka je nějakým způsobem kompenzovaná, je v klidu, tak my jsme ochotný ji vzít zpátky, než aby skončila na ulici.“

Komunikace s klientem ohledně potřeby přizvání dalšího odborníka je složitá

V případě verbálního napadení klientem řada AD reaguje vypovězením smlouvy, ale řada z nich je benevolentnější a zkoumá příčiny změny chování a zpravidla bez posouzení hned klienta netrestá, jak se např. výstižně a trefně to vyjádřila jedna SP: *„To je různý. Ve chvíli, kdy samozřejmě my tady klientka projevuje názor k nějaké situaci, která se úplně nevydařila a není to konkrétně označení na zaměstnance a je vulgární vůči situaci nebo vůči ostatním klientkám či úřadu a podobně, tak tam se snažíme to nějak tolerovat, ale samozřejmě druhá stránka věci je, že se snažíme to nějak jako mírnit. Ve chvíli, kdy je to vulgární napadení namířené na klientku a my tam už zbystříme, že je to třeba nějaký druh šikany, tak tam proti tomu máme opatření, ale pokud to namíří proti zaměstnanci, tak zase to dvě roviny, pakliže vidím, že ten člověk je rozbitý a dělá to vlivem nějaké své diagnózy, kdy je rozjetý, neví která bije, tak samozřejmě logicky mu nebudu ukončovat službu, když vlastně není zodpovědný za to co dělá, ale ve chvíli kdy, se budeme se bavit o zdravých klientkách a jsou v pořádku a vyloženě si na nás jdou vybit, tak tam máme jako opatření nějaký formy napomenutí a ty se dávají tři. Ve chvíli, kdy ta klientka dostane ty tři napomenutí, tak je ta služba ukončená. Ty napomenutí se dávají za porušení bodů, které mají v domácím řádu, který podepisují, až když si ho přečtou, kdy přicházejí do služby nově se ubytovat a souhlasí s tím, co v něm stojí a že to budou jako respektovat.“*

Za závažné téma považuje například jedna SP přítomnost psychiatrické diagnózy: „*tohle je zrovna téma, o kterém se tady bavíme, zrovna téma žhavý, protože se v něm asi posledních 2,5 roku pohybujeme a bavíme se tady o případech, který dopadly kladně, ale třeba za loňský rok jsme tady měli tři sebevraždy, kdy právě nekomunikací, ze strany psychiatrů a podobně to dopadlo, jak to dopadlo, takže to tady aktivně řešíme a snažíme se najít způsoby, jak těm ženám pomoci, i přesto že dle domácího řádu by ty ženy s jakoukoliv psychiatrickou diagnózou, pakliže nejsou schopné fungovat, by tady bydlet neměly. Já se tedy domnívám, že to potom ta sociální služba nesplňuje daný kodex, který má nastavený, a to je pomáhat lidem, kteří se ocitnou bez přístřeší, tudíž by se to nemělo selektovat. Vlastně se mi nějak přičí, že za námi mohou docházet ambulantně a můžeme si o tom povídat, ale vlastně spát budou na ulici. Samozřejmě člověka s rozjetou schizofrenií nikdo nikde neubytuje a zároveň ho nikdo ani nezaměstná. To je jako, když bychom měli firmu a přišel by nám člověk s bludy, tak mu práci nedáte, protože potřebujete člověka, na kterého se můžete spolehnout, nikoliv člověka, který bojuje s vlastním zdravím. Takže my se to snažíme nějak vymyslet, ale ta podpora prostě není a myslím si, že dlouho ještě nebude.*“

Jiná pracovnice AD považuje za profesní bariéru své osobní limit (**pocit ohrožení**) jako třeba: „*Já třeba vnímám jako problém to, že když nějaký klient třeba už vykazuje agresivitu a už jako cítím pocit, že už jako na to nestačím sama. Jako pocit ohrožení je evidentní, tak mám prostě problém s tím zavolat policii nebo něco. Jo to prostě pro mne, jako fakt poslední možnost, až když je to opravdu nutný.*“

Souhrn:

Postupy SP k lidem v krizi se různí jedni považují za nutnost dodržovat dogmaticky stanovená metodická pravidla. Mnozí SP zase nejdříve zjišťují okolnosti, které vzniku krizové události předcházely. A ti, kteří disponují základními pravidly krizové intervence, jenž podrobněji rozvádím v kapitole 2.3, se snaží s klientem komunikovat, zklidnit situaci a nacházet ze situace řešení. Není-li však situace řešitelná rozhovorem nebo za pomoci krizové intervence, řeší ji SP s klientem anebo formou dobrovolné či nedobrovolné hospitalizace.

U některých klientů lze jen velmi těžko odhalit příčinu změny či poruchy chování, jelikož někteří klienti ani o své nemoci nevědí, diagnózu nemají nebo pomoc odborníka odmítají. Mnohé AD již spolupracují s různými institucemi jako např. Fokus, diakonické centrum, RIAPS, CDZ, Sananim a odborníky jako např. terapeuty, adiktology, psychiatry

a psychology a snaží se klientům nabídnout jejich služby anebo s danými odborníky externími či interními formou intervize konzultují.

Dojde-li k fyzickému či verbálnímu napadení je ve většině AD klientům vypovězena pro hrubé porušení vnitřních předpisů, tak někteří sp vykazují klienta z AD ihned. U některých verbálních napadení je to mnohdy dle výpovědí SP o dobré komunikaci s klientem, při níž se dá eliminovat opakování takové události anebo zmírnit dopady takového nepřiměřeného jednání.

Jako profesní bariéru při práci s klientem v krizi vnímají SP především přítomnost psychického onemocnění klienta bez ohledu na to, zda mají propustnost závislých osob či nikoliv. Společným jmenovatelem těchto bariér, je nepřítomnost odborného personálu, neznalost dané problematiky apod.

5.3 Práce s uživatelem, který nedodržuje (nesouhlas) kritéria AD

V případě, kdy uživatel nedodržuje kritéria sociálního zařízení či s nimi nesouhlasí nebo mu dokonce nevyhovují, tak je s klientem dále pracováno ve všech AD, kde jsou mu poskytnuty informace o návazných službách. Nejlépe vypovídající je vyjádření: „*Pakliže ten klient hrubě neporuší domácí řád, kdy za hrubý se považuje nějaký vážný verbální napadení, fyzické napadení, užívání alkoholu, drog a kolektivní soužití, ve smyslu nějaký šikany a nespolupráce s SP, tak se s ním nespolupracuje. Ta služba je ukončená, nicméně my tady máme vytvořený interní seznam návazného bydlení, jako jiných azylových domů a jiných kontaktů, jako jsou kurátoři apod., a to jim na odchod dáváme. Když k nám klient chodí opakovaně pod vlivem a měli bychom ho ukončit, tak tam máme ještě záchrannou brzdu. Popovídáme si s ním o tom, že jí řekneme mu, že má opravu reálný problém s pitím, že už to není jako dát si někde prostě jedno pivo. Dáme mu tedy možnost si vybrat ukončit službu, kdy může odejít do 48h. anebo si zavolat o termín léčby a zůstat tady po dobu, než je nástup do léčebny.*“ Další SP potvrzuje, že: „*My teda rozhodně hovoříme s klienty o tom nebo já osobně s klientem mluvím o tom, proč jsou ty pravidla důležité, proč je tu máme a snažím se o to vzájemný uchopení. Většinou musím říct, že z 99%, že se to daří, ale pak samozřejmě jsou i situace, kdy se to prostě nepodaří a v tu chvíli vlastně klientovi dám najevo že, pokud to nechce respektovat, tak mu vlastně dám ty možnosti. Za první, že my můžeme ukončit službu, ale i on může ukončit službu a dávám mu informace o jiných službách, které jsou k máni.*“ Další pracovnice vnímá jako bariéru vzdělání: „*No, třeba s lidmi s nějakou psychiatrickou anamnézou. Prostě ta bariéra je, že nemám to vzdělání, tak do hloubky, takže třeba hned nemusím rozpoznat, protože se to jeví jako tak, že by tam to zakročení mělo být*

dřív nebo nějaký zásah, nějaká intervence, že to hned nepoznám, tak tohle se mi stalo. “ Jiná SP vnímá nejčastějším problémem v **nerespektování (neplnění) pravidel i spolupráce**, konkr. v tom, „*že klient odmítá prostě všechno vysvětlování a pochopit to, proč ty pravidla tu máme. Tam je to pak prostě jako těžký, že už nevím, jak mu to nějak dál vysvětlit, když on vlastně pokračuje v tom, že to pořád porušuje nebo prostě se na něčem domluvíme, co je potřeba udělat, On si to stanoví na začátku individuálního plánu a vlastně pak to třeba vůbec neplní. Velmi často tou hlavní příčinou, že ten klient vlastně a potom zhodnotíme, není vlastně na společný soužití, protože má časté konflikty s klienty. A to mu vlastně vytváří tu bariéru, že prostě nedokáže být v tom kolektivu, že by opravdu bylo, třeba nějaký chráněný bydlení, mnohem vhodnější, než my.*

Souhrn:

Většina SP svým klientům, kterým byla ukončena předčasně či plánovaně, nabídne alespoň minimálně základní informace a kontakty k dalším službám, které by mu mohli zajistit bydlení v jiném pobytovém zařízení. Míra spolupráce je však rozdílná a liší se příčinou ukončení smlouvy. Někteří pomáhají klientům s nalezením dalšího bydlení, jiní zase přenechávají iniciativu samotným klientům.

5.4 Identifikace překážek a rizik v průběhu poskytnuté služby

Jako významné překážky spatřují SP především komunikaci s policií, zdravotníky apod. Příkladem problémů s komunikací se zdravotníky i policií je výpověď jedné SP: „*Budu mluvit za sebe, tak nejzásadnější problém je právě komunikace se zdravotníky, nejčastěji tedy s policií a záchrankou a začíná to hned u úvodního telefonátu, kdy vy zmíníte, že jste vlastně ze sociální služby, jako AD pro lidi bez domova, tak okamžitě začíná ten nezájem. Několikrát se stalo, že jsme volali policii, oni se dozvěděli, že je to AD a ani nepřijeli, takže tohle vnímám, že je tato cílová skupina opředená šílenými mýty, který se jako drží jako v těchto složkách, a dle toho oni na to nahlíží. Jako nemám pocit, že by nám byli úplně k dispozici, tak to je jako největší bariéra, kterou můžu vlastně říct. Možná ještě u těch psychiatrů, já tomu vlastně rozumím, oni jsou lékaři, my jsme SP, ale někdy mám pocit, že hrozně striktně dodržují role a nahlíží na nás jako na lidi nevzdělaný a nechtějí s námi spolupracovat, i přesto, že my nechceme znát tu diagnózu, ale třeba nám jde jenom o nějaké poradenství, tak třeba nám řeknou, že se s námi odmítají bavit, a tak. Při tom mám pocit, že by se ulevilo oběma stranám, jak nám ve spolupráci s tou klientkou, tak vlastně i jemu, protože by tam třeba nedocházela. Anebo jde třeba o způsob komunikace, kdy je třeba*

klientka výbušná, agresivní, jak a na co si máme dávat pozor, aby jako nereagovala. Tak to jsou asi dvě věci, které vnímám jako největší bariéry.“

Souhrn:

Většina z nich přistupuje k situaci individuálně. Mnoho z nich, tak vnímá jako nutnost mít k dispozici složky integrovaného záchranného systému, mezi něž patří policie a záchranná služba, psychiatrii či krizoví intervenenti apod. Namísto pomoci z těchto míst však mnozí SP uvádějí mnohdy problémy s přístupem policie či záchranné služby anebo neochotu či despekt psychiatrů ke spolupráci. Někteří si však již navázané služby a spolupráci s nimi naopak pochvalují. Jedna pracovnice uvedla jako bariéru vzdělání, což je přeneseně totéž, co tvrdí jiní pracovníci, jen neznalost problematiky se snaží pokrýt za pomoci jiných pracovišť. Ona to však považuje za svůj limit, neboť díky tomu nedisponuje takovými znalostmi, aby mohla reagovat adekvátně k situaci.

5.5 Péče o duševní zdraví sociálních pracovníků v AD

K zásadní a správné péči o klienty je nutné mít tým dobře kvalifikovaných, ale také zdravých pracovníků, kteří dbají nejen o svou psychohygienu a pracují v prostředí, které jim poskytuje zázemí a bezpečí, o něž pečuje samotný zaměstnavatel.

Jedni to hodnotí takto: *„Asi nějakými pravidelnými poradami, které máme velmi často, jednou za 14 dnů, několika hodinový, kde mluvíme o, nějakém problému. Máme také supervizi každý měsíc, takže jich máme 12 do roka a zároveň úzce spolupracujeme s fokusem a oni za námi velmi často chodili a všimli si, že už je na tom personálu docela cítit nějaký vyhoření nebo prostě únava, tak nám nabídli sami intervizi každý měsíc ke konkrétním klientkám, které máme společně a dávaly nám nejvíce zabrat.“* K zásadní a správné péči o klienty je nutné mít tým dobře kvalifikovaných, ale také zdravých pracovníků, kteří dbají nejen o svou psychohygienu a pracují v prostředí, které jim poskytuje zázemí a bezpečí, o něž pečuje samotný zaměstnavatel.

Jedni to hodnotí takto: *„Asi nějakými **pravidelnými poradami**, které máme velmi často, jednou za 14 dnů, několika hodinový, kde mluvíme o, nějakém problému. Máme také supervizi každý měsíc, takže jich máme 12 do roka a zároveň **úzce spolupracujeme s fokusem** a oni za námi velmi často chodili a všimli si, že už je na tom personálu docela cítit nějaký vyhoření nebo prostě únava, tak nám nabídli sami **intervizi každý měsíc ke konkrétním klientkám**, které máme společně a dávaly nám nejvíce zabrat.“* Další SP uvedla,

že pro ni důležitá **týmová supervize a intervize situace s vedoucí a metodickou podporou**: “ *Co se týká nějakých krizí. Já volím cestu skrze nějakou supervizi v rámci týmu, třeba dlouhodobě řešíme a vnímáme to všichni jako problém. Hodně třeba využíváme i metodickou podporu. Rozhodně vnímám vedoucí služby jako obrovskou podporu, že je nejceněnější pro tu praxi. My máme dobrý tým, to je hodně důležité, že vlastně v případě, kdy řešíme nějakou krizi, tak se opravdu o tom dokážeme bavit všichni otevřeně i před vedoucí s vedoucí. Prostě si nikdo nenechává svoje obavy, strachy a otázky pro sebe. Například, když šlo o závislosti a prostě jsem se necítila v tom dobře, nevěděla jsem moc, jak mám postupovat, protože předchozí zkušenost jsem takovou neměla, jako např. v případě psychóz po drogách, tak vlastně mi pomohlo právě využít, bavit se o tom s vedoucí i s metodičkou, s někým, kdo má zkušenosti a mohl mi dát prostě v rámci organizace náhled na to, jak bych tu situaci mohla řešit. Já jsem následně zjistila, že jsem ji řešila dobře, ale mně šlo o to, že jsem to sama nezvládala jakoby psychicky dobře, že mě to moc vyčerpávalo a jako, že jsem měla fakt silný strach a pomohla mi, jako fakt, vedoucí plus metodická podpora, že jsme si fakt sedly a bavily jsme se o tom, vyslechly mě, a tak. Nechtěla jsem být limitovaná, tím strachem, a prostě, aby to mělo vliv na mou práci, tak jsem měla potřebu, to prostě řešit a posunout to maximálně, co to jde.* “

*V případě duševního zdraví je nutné dbát i o psychohygienu jako např. to zmiňuje tato SP: Já se rozhodně opravdu snažím, když mám nějaký krizový den, zaprvé **odpočívat a věnovat se něčemu, co mě opravdu těší, co mě prostě dělá radost, neboť vím, že je to potřeba tu rovnováhu tam prostě mít.** “*

Souhrn:

Souhrnem lze říci, že se výpovědi respondentů v této oblasti neliší. Každé pracoviště poskytuje svým zaměstnancům a týmu služby supervizora, intervize a setkání s kolegy anebo odbornými pracovníky při konzultaci náročné situace klienta. Mnozí také uvádějí, jak významné je pro ně, že mají metodickou podporu přímo u zřizovatele služby a celkově i podporu vedení organizace.

5.6 Edukace sociálního pracovníka a další odborné vzdělávání

A jak je pečováno o duševní zdraví sociálního pracovníka, přičemž mně zajímalo, jak hluboce se o tuto problematiku zajímá či je v ní vzděláván?

Každá sociální služba má povinnost ze zákona č. 108/2006 o sociálních službách zajistit každému soc. pracovníkovi 24h. vzdělání během kalendářního roku, v tom se všichni

shodují. Rozdíl je pak v typu, volitelnosti, tématu a množství časové dotace na další vzdělávání u jednotlivých organizací. Všichni dotazovaní jednotně potvrdili, že se tak děje a mimo zákonnou povinnost navštěvují různé typy další kurzů, školení a stáží.

Co se týká oblasti duševního zdraví klientů a komunikace s nimi jsou některá zařízení směřovaná k proškolení svých zaměstnanců v této problematice. Některá zařízení další vzdělávání pouze na SP a jeho nadřazeném dle plánů. Nejčastější kurzy či školení, které pracovníci absolvovali **v souvislosti s osobním zájmem** nebo řešeným tématem uvnitř AD, bylo např. **psychiatrické minimum** a **krizová intervence**. Jedna SP uvedla: „*Většinou si vybíráme kurzy na základě problému, který tady dlouhodobě je. Tak to, pak jsou samozřejmě nějaký stáže, kdy si vybíráme, kam se půjdeme podívat, abychom se něčemu přiučili a pak jako to, co si pracovníci zvolí sami. Každý měsíc nám chodí odborné časopisy, které máme k dispozici. Část personálu má krizovou intervenci, psychiatrický minimum, pak máme hodně kurzů z fokusu, všeobecně práci s lidmi s duševním onemocněním a máme i kurzy, který jsou vyloženě vytvořený na práci s agresivním a závislým klientem.*“ Další SP to potvrdila: „*My máme pravidelně možnost si vlastně naplánovat a zařídit nějaké vzdělávání na téma, které zrovna řešíme, ve kterém se necítíme jistí, tak tu možnost prostě tady máme. Teď máme i příslib lepší finanční podpory při vzdělávání a vlastně každý rok absolvujeme minimálně 3, 4 kurzy i víc. V minulosti jsme měli týmový, teď máme hodně individuální a zase se chceme vracet nebo to kombinovat týmový vzdělávání a mezi nimi byla krizová intervence.*“

Téměř všichni SP uvedli, že mohou získané informace aplikovat do své sociální práce. Vedoucí AD uvádí: „*Teď jsme byli na velmi dobrém kurzu zvládnání krizových situací, který byl teda výborný a byl hodně praktický a mám pocit, že nám jako nejvíc. Ten využíváme v praxi velmi často.*“ SP z jiného AD popisuje: „*Použitelný jsou vždycky. Prostě záleží, co si člověk z toho doopravdy vezme a bude to chtít prostě realizovat v té práci. Hodně se mi líbilo zvládnání konfliktů, kurz, který teda byl online, ale byl přínosný, tak to jsem fakt ocenila, ale jinak jsem říkala právě vedoucí, že bych měla zájem, o školení, který bychom měli týmové a fakt na nějaké téma, který víme, že se nám opakuje, že ho prostě řešíme, což třeba byly ty stavy těch psychóz, které byly pro celý tým hodně vyčerpávající.*“

Souhrn:

Všichni pracovníci se shodli na povinné časové dotaci pro vzdělávání. Současně téměř všichni zajímají o témata, jež se nějak dotýkají oblasti, kterou řeší na pracovišti anebo je zajímá. Někteří zmiňují, že je edukace pro ně velmi důležitá pro správnou aplikaci postupů.

SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V této části práce se zabývám shrnutím výsledků výzkumu a odpovídám na hlavní výzkumnou otázku skrze podrobnější oblasti výzkumu.

Jako přínos tohoto výzkumu spatřuji v tom, že může pomoci posoudit postupy sociálních pracovníků k situaci klienta azylového domu, nacházejícího se v kritické fázi života. Na základě zjištění pak mohou být azylovému zařízení doporučeny vhodné metody práce s takto ohroženými klienty, což může pomoci sociálním pracovníkům v AD nahlížet na určité situace, chování jedinců ve vztahu k vnitřním pravidlům zařízení jinak. S odkazy na konkrétní zjištění mohou získaná data posloužit k úpravě metodik, vnitřních předpisů i změnit samotné postupy SP s klienty v krizi, případně samotné paradigma.

Potřebnost změnit stávající systémy snad nejtrefněji popsal neznámý autor článku: *„Je třeba začít spolu mluvit a získávat kontakty – nacházet společné základy a společný jazyk spolu s ostatními lidmi kolem nás. Je třeba vytvářet skupiny a nacházet jazyk našich příběhů, který nám bude dávat smysl a bude v nás zanechávat dobrý pocit z nás samotných. Je třeba zbavit se společenské podmíněnosti toho, co znamená nemocný a zdravý. Je třeba získat zpět naše sny a plánovat jejich uskutečnění. Potřebujeme sdílet vše, co jsme vymysleli, abychom se stali lidskými bytostmi. Musíme se mít rádi takoví, jací jsme – nepoctiví a vášniví, mocní a hroziví, neukáznění a mající sklony k hrabání se ve špíně – a pochopit, že plevel jsou prostě rostliny, jež odmítají být zkroceny a vystavovány. Musíme nakreslit nové mapy vesmírů, které běžně sdílíme a nacházet způsoby, jak se společně uzdravovat. Je třeba posbírat vše, co máme, k vytvoření společenských sítí a trvalých podpůrných skupin pro nás samotné a pro lidi, kteří si přeji nás následovat.“* (Nejlepším lékem jsou přátelé, 2019, s. 11)

Vzhledem k získaným informacím od jednotlivých pracovníků je přínos této práce přinejmenším v tom, že nabízí porovnání různých přístupů ke klientům samotným. Rozdílné náhledy na podmínky přijetí, kdy jedni si předem vybírají klienty, aby předešli nepříjemným zkušenostem již z předešlé praxe a někteří to vzali jako výzvu a snaží se vybalancovat nově získaný nízký práh, s nímž přichází nová struktura osob, nová témata, nové výzvy a kritické body k řešení.

V první řadě je práce sociálních pracovníků odvedena dle velké části odpovědi na maximum i s ohledem na přítomnost předpisů. Mnohdy právě takové předpisy bývají překážkou k přijetí osoby v krizi do služby. Jako důležité oblasti k řešení a posouvání zaběhlých kolejí, lze považovat oblast psychického zdraví, neboť, jak pravila jedna moudrá žena pí. Berg, že: *„Duševní onemocnění není žádná katastrofa. Je to těžká rána, je to*

tragické, vzbuzuje to strach, zoufalství a smutek. Často je těžké s ním zacházet, je to nervy drásající, ale není to katastrofa. Katastrofě jsem vydána na milost a nemilost, ale když se mi stane jakkoli tragická nebo strach nahánějící událost, vždycky proti tomu můžu něco dělat. Místo toho, abychom byli zklamaní, měli bychom se se svým životem smířit. To neznamená rezignaci, ale přijetí toho, že se náš život zkrátka ubírá právě tímto směrem“ (Berg, 2019, s. 74) „Krizy totiž přijdou, ať to chceme, nebo ne. Přijdou, i když bude pacient brát předepsané léky a změní životní styl. Každé rozrušení, přepracování, nový vztah nebo rozchod, hádka, radost nebo smutek, to vše může vyvolat novou krizi“ (Berg, 2019, s. 120)

„Lidé se zotavují. A zotavují se, i když na jejich nemoc neexistuje lék. Je vlastně možné se zotavit se, aniž bychom byli vůbec nějak nemocní. Lidé se zotavují z rozvodu, ze smrti, ze znásilnění, ze všech možných tragédií. Většina z nás se během života z něčeho zotavila. Jako odborníci na duševní zdraví se zapomínáme zabývat tím, jak pomoci lidem v tom, aby se zotavili. Někdy je snad snadnější si proces zotavení představit, když se týká osobní krize, a ne duševního onemocnění. Zotavení je normálním adaptivním procesem, jenž následuje po tragédii, obdobně jako je smutek normálním adaptivním procesem následujícím po ztrátě. Mnoho lidí popisuje, že součástí procesu zotavení se pro ně stalo prožití pěti fází smutku (popření, zlost, smlouvání, deprese přijetí). Oba tyto procesy se často navzájem doplňují.“ (Ragins, 2018, s. 18- 19)

Výzkum ukazuje, jak moc je nutné otevřít téma propustnosti AD lidem s psychickými obtížemi. Málokdo si umí představit tíhu psychického či jiného vážného onemocnění, díky němuž, mnozí talentovaní jedinci ztrácí šanci uplatnit své vědomosti a realizovat svá nadání, neboť nejsou správně přijati a zařazeni do majoritní společnosti. V mnoha případech bezdomovectví se primárně nejedná ani tak o neochotu či neschopnost se sociálně začlenit, ale o to, že jedinec sám bývá lapen do systémové chyby, kde se daří převážně, jen těm úspěšně adaptovaným a dobře orientovaným zdravým jedincům. Pokud se danému člověku nepodaří nastartovat dobře vstup do života či výstup z krize, většinou tak utíká k závislostem, rezignuje či zůstává odkázán na pomoci rodiny. To pak vede často v konečném důsledku ke ztrátě zázemí, přátel a končí vyloučením nejen ze strany společnosti, ale i ke ztrátě domova, jelikož si neumí, nemůžou či už nechtějí nalézt řešení.

Při prožívání akutních krizí klientů se sociální pracovníci pokoušejí nacházet způsoby a řešení z kritické situace za pomoci různých dovedností získaných především z praktických zkušeností, ale i za pomoci vzdělávání, aby mohli lépe porozumět prožívaným vnitřním procesům i chování zasažených osob. Z toho důvodu je tak velmi důležité dbát o doplňování znalostí všude tam, kde se jako sociální pracovníci necítíme být silní a nedaří se

dostatečně vhodně reflektovat danou krizovou situaci, což například vhodně hodnotí jedna SP, která zjistila, že má při práci s lidmi s psychickými obtížemi, určité bariéry, které vnímá jako překážku pro svou práci. Nebojí se však o tom hovořit s nadřízenými pracovníky a tato cesta intervizí jí vyhovuje. Při práci s náročnou skupinou klientů je tedy důležité nepodceňovat nejen duševní stav klienta, ale i ten vlastní, aby se předešlo vyhoření pracovníka. K prevenci syndromu vyhoření všichni dotazovaní uvedli, že je pro ně velmi důležitá supervize či intervize, ale i setkání s odborníky. Vzdělání, kvalitní znalosti a umění aplikovat určité metody soc. práce v kombinaci jsou vhodným nástrojem prevence vyhoření, může celkově zlepšit klíčovou komunikaci s klientem.

Další důležitou oblastí k diskusi jsou překážky, se kterými se SP potýkají. Mnozí SP zmiňují, že se často při naléhavých intervencích potýkali s komunikačními problémy se záchranáři, policií i se samotnými zdravotníky. Tady je třeba se nejen obrnit před mýty z okolí, ale i bojovat za základní lidská práva a svobody.

ZÁVĚR

Závěr shrnuje hlavní body práce, cíl, použitou metodologii, rekapituluje výsledky a nastiňuje jejich možná využití pro další výzkum, vzdělávání či praxi. (Není-li práce založena na výzkumu v sociální práci, ale pouze pro sociální práci, pak v Závěru musí být náležitě prezentováno možné využití výsledků pro praxi sociální práce.)

Závěrem zrekapituluji vše již výše řečené, včetně hlavních oblastí této bakalářské práce a výsledků. Též budu prezentovat, zda se podařilo zachytit vytyčený cíl práce a možný přínos do praxe.

Bakalářská práce se zabývala postupy sociálních pracovníků v azylových domech při práci s lidmi v krizi a za cíl si kladla zmapovat dosavadní i inovativní postupy, aby mohly být využity v praxi.

V teoretické části jsem se v první kapitole zaměřila na osoby bez domova z pohledu příčin bezdomovectví a jejich fungování ve společnosti. Kapitola popisuje souvislosti ztráty bydlení (nezaměstnanost, závislost, dluhy, duševní onemocnění) a zdravotně sociální oblast péče. Poté navazuje téma krize, konkr., co je krize, její průběh, řešení a zotavení z krize, která přichází očekávaně či neplánově, jenž je spouštěčem nestability jedince i všech jeho možných sociálních jistot, za něž obvykle považuje rodinu, přátele, zdraví, zaměstnání a především střechu nad hlavou. Poslední kapitola se zabývá samotným azylovým domem, tj. legislativními podmínkami pro chod a funkci zařízení, postupy sociálních pracovníků při práci s cílovou skupinou osob bez domova včetně prevence vyhoření.

V empirické části je popsán cíl výzkumu, metodologické postupy, technika sběru dat, výběr vzorku včetně prezentace výsledků získaných z rozhovorů.

Hlavním cílem práce bylo zpracování výsledků kvalitativního šetření pro případné další zkoumání této oblasti a toto se v teoretické části bakalářské práce podařilo splnit, neboť postupy sociálních pracovníků i metodiky jednotlivých zařízení jsou velmi rozmanité. Vzorek respondentů byl však relativně úzký a vypovídající jen za lokalitu Hl. m. Prahy, aby přinesl objektivnější data.

Tato práce může posloužit dalším badatelům hledající nové cesty, způsoby a metody sociální práce, které by pomohly této cílové skupině osob stabilizovat všechny oblasti života.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BIBLIOGRAFIE

ATKINSON, Sue. 2013. První kroky z deprese. Brno: DORON, 1. ISBN: 978-80-7297-114-5

BAŠTECKÁ, Bohumila. 2005. Terénní krizová práce. Praha: Grada, 1. ISBN: 80-247-0708-X

BAŠTECKÁ, Bohumila. 2013. Psychosociální krizová spolupráce. Praha: Grada, 1. ISBN: ISBN 978-80-247-7554-8

BEDNÁŘ, Martin. 2012. Kvalita v sociálních službách. Olomouc: UPOL, 1, ISBN: 978-80-244-3069-0

BERG, Janine. 2019. Sebeobětování není řešení. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Blázinec na vlastní kůži. Praha: VIDA, 1. 2010

COHEN, Robert M. 2002. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 1. ISBN: 80-7178-497-4

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál, 1. ISBN: 978-80-262-0027-7

DISMAN, Miroslav, 2002, Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum. ISBN: 80-246-0139-7

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2, ISBN: 978-80-247-9854-7

Dluhy. Fenomén dnešní doby? 2016 Praha: VIDA, 1.

FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. 2009. Sociální patologie. Praha: Grada, 1. ISBN: 978-80-247-2781-3

FRANKL, Viktor E. 2006, Lékařská péče o duši. Brno: Cesta, ?. ISBN: 80-7295-085-1

- GABRIEL, Jakub, Michal KAŠPAR, Tomáš VANĚK. 2014. Kam jdou lidé s nemocnou duší. Centrum pro rozvoj duševního zdraví, 2. ISBN: 978-80-907318-3-7
- GROOT, Marieke de a KEIJSER, Jos de. 2021. Můj blízký si vzal život. Praha: Centrum pro rozvoj duševního zdraví, ?. ISBN: 978-80_908458-0-0 (české vydání)
- HAYES, Nicky. 2007. Základy sociální psychologie. Praha: Portál, 4. ISBN: 978-80-7367-283-6. 2007
- HENDL, Jan. 2008. Kvalitativní výzkum. Praha: Portál: 2. ISBN: 978-80-7367-485-4
- HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. 2016. Podpora zotavení a začleňování (Úvod do metodiky CARE). Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, ?. ISBN: 978-80-260-9945-1
- HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. 2022. Práce v propojení-Podpurný vztahový přístup. Praha: Centrum pro rozvoj duševního zdraví, ?. ISBN: 978-80-908458-5-5
- HONZÁK, Radkin a Vladimíra NOVOTNÁ. 1994. Krize v životě-Život v krizi. Praha: ROAD Praha, 1. ISBN: 80-83385-60-00
- Chudoba-záležitost nás všech. HK: Oblastní charita Hradec Králové ve spolupráci Katedrou kulturních a náboženských studií PF, 1. ISBN: 978-80-86472-48-5
- JANEBOVÁ, Radka. 2014. Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup, Hradec Králové: Gaudeamus, 1, ISBN: 978-80-7435-374-1
- JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. Etika pro pomáhající profese. Praha: TRTON, 1, ISBN: 80-7254-329-6.
- JAROLÍMEK, Martin. 2006. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Praha: BAOBAB.
- KLEPÁČKOVÁ, Olga, Zuzana KREJČÍ, Martina ČERNÁ. 2020. Trauma-informovaný přístup v sociální práci. Praha: Grada, 1. ISBN: 978-80-271-1049-0
- KOPŘIVA, Karel. 2016. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 8, ISBN: 978-80-262-1147-1
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 1. ISBN: 978-80-247-6644-7
- MAREK, Jakub, Aleš STRNAD, Lucie HOTOVCOVÁ. 2012. Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb. Praha: Portál, 1. ISBN: 978-80-262-0090-1

- MAREŠ, Petr. 1998. Nezaměstnanost jako sociální problém. Praha: Sociologické nakladatelství, 1. ISBN: 80-901424-9-4
- MAREŠ, Petr. 1999. Sociologie nerovnosti a chudoby. Praha: Sociologické nakladatelství, 1. ISBN: 80-85850-61-3
- MASLOW, Abraham Harold. 2014. O psychologii bytí. Praha: Portál, 1. ISBN: 978-80-262-0618-7
- MÍČEK, Libor. 1986. Duševní hygiena. Praha: SPN, 2. ISBN: 14-400-86????
- MICHALÍK, Jan, 2011, Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 1, ISBN: 978-80-7367-859-3
- MICHALÍK, Jan. 2008. Smluvní vztahy v sociálních službách. Praha: Jan Michalík, 1. ISBN: 80-903658-1-7
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 1. ISBN: 80-247-1362-4
- MOTSCHNIG, Renate a Ladislav NYKL. 2011. Komunikace zaměřená na člověka. Praha: Grada, 1. ISBN: 978-80-247-3612-9
- NAKONEČNÝ, Milan. 1999. Sociální psychologie. Praha: Academia, 1. ISBN: 80-200-0690-7
- NAVRÁTIL, Pavel. 2001. Teorie a metody sociální práce. Brno: Pavel Zeman, 1, ISBN: 80-903070-0-0
- Nejlepším lékem jsou přátelé. 2019. Průvodce vytvářením komunitních skupin pro podporu duševního zdraví. Praha: Fokus Praha ve spolupráci s GREEN DOORS, ISBN: 978-80-902741-6-7
- NEŠPOR, Karel. 2011. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 4. ISBN: 978-80-7367-908-8
- NOVOSAD, Libor. 2009. Poradenství – pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Praha: Portál, 1. ISBN: 978-80-7367-509-7.
- Nový prostor, č. 593, 09/2022, ISSN 1213-1911
- Pečujeme o dva?. Centrum pro rozvoj duševního zdraví. ISBN: 978-80-907318-9-9
- PRAŠKO, Ján, Martin BAREŠ, Jiří HORÁČEK a kol. 2005. Léčíme se s psychózou. Praha: Medical Tribune CZ, 1. ISBN: 80-239-5482-2

- PROBSTOVÁ, Václava a PEČ, Ondřej. 2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Praha: Portál, 1. ISBN: 978-80-262-0731-3
- Proč, jak, kde zaměstnávat lidi s duševní nemocí. 2007. Praha: Fokus Praha, Eset-Help, Green Doors
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ. 2008 Klinická psychiatrie v denní praxi. Praha: Galén, 1. ISBN: 978-80-7262-586-4
- RAGINSE, Mark. 2018. Cesta k zotavení. Praha: Fokus Praha,?. ISBN: 978-80-902741-1-2
- REICHEL, Jiří. 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada., 1, ISBN 978-80-247-6935-6
- RŮHR, Heinz Peter, 2015. Závislost - Jak jí porozumět a jak ji překonat. Praha: Portál, 1. ISBN: 978-80-262-0927-0
- SOUKUP, Jan. 2020. Motivační rozhovory v praxi. Praha: Portál, 2. ISBN: 978-80-262-1705-3
- STYX, Petr. Zacházení s bláznem. Brno: Společnost pro reklamu a tisk
- SVOBODA, Mojmír a Eva ČEŠKOVÁ, Hana KUČEROVÁ. 2012. Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2. ISBN: 978-80-262-0216-5
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci. Praha: Grada, 1. ISBN: 978-80-247-3223-7
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., 2017. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 1. ISBN: 978-80-271-9950-1
- ŠPILÁČKOVÁ, Marie a NEDOMOVÁ, Eva. 2014. Úkolově orientovaný přístup v sociální práci. Praha: Portál, 1. ISBN: 978-80-262-0726-9
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára Šeďová, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 1. ISBN: 978-80-7367-313-0
- TOŠNER, Jiří a SOZANSKÁ, Olga. 2006. Dobrovolnictví a metodika práce s nimi v organizacích. Praha: Portál, 2. ISBN: 80-7367-178-6
- Umíme se domluvit – Co potřebuje člověk s duševní poruchou při jednání na úřadě. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2. vydání ?

VÁGNEROVÁ, Marie, Jakub MAREK, Ladislav CSÉMY, 2018. Bezdomovectví-příčiny, souvislosti a perspektivy. Praha: Karolinum, 1. ISBN: 978-80-246-4054-9

VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 3. ISBN: 80-7178-802-3

VAŠÁT, Petr. 2021. Na jedné lodi – Globalizace a bezdomovectví v českém městě. Praha: Academia: Sociologický ústav AVČR, 1. ISBN: 978-80-200-3200-3/978-80-7330-367-9

VÁVROVÁ, Soňa. 2012. Doprovázení v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 1. ISBN: 978-80-262-0087-1.

VEČEŘA, Miloš. 2001. Sociální stát – východiska a přístupy. Sociologické nakladatelství, 2. ISBN: 80-85850-16-8

VIZINOVÁ, Daniela a PREISS, Marek. 1999. Psychické trauma a jeho terapie. Praha: Portál, 1. ISBN: 80-7178-284-X

VYMĚTAL, Štěpán. 2009. Krizová komunikace a komunikace rizika, Praha: Grada, 1. ISBN: 978-80-247-6888-5

INTERNETOVÉ ZDROJE

ANALÝZA DOSTUPNOSTI SPECIALIZOVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY OHROŽENÉ DOMÁCÍM A GENDEROVĚ PODMÍNĚNÝM NÁSILÍM V ČR, 2021, dostupné z:

Bohm, D. (1980). Wholeness and the implicate order. London: Routledge and Kegan Paul Ltd.

Exekuce v Česku: Ekonomické dopady, Dostupné z: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/cz/Documents/public-sector/Exekuce-ekonomicke_dopady.pdf

FARKAČ, Bronislav a Lucie KONDRÁTOVÁ, KOMUNITNÍ SLUŽBY PRO OSOBY V RANÉ FÁZI ZÁVAŽNÉHO DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE: KVALITATIVNÍ ANALÝZA, Národní ústav duševního zdraví, Klecany. Autorizovaným přístupem dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1270>

FRANCE, K. Crisis Intervention: A Handbook of Immediate Person-to-Person Help. 3. Vyd. Charles C. Thomas, Springfield: 1996

<https://is.muni.cz/th/ryywq/bakalarka.pdf>

<https://nrzp.cz/2016/08/31/destigmatizace-dusevne-nemocnych-vyznamne-tema-reformy-psihiatrie/>

<https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/08/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-prevence-sebevra%C5%BEd-2020-2030.pdf>

<https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>

<https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/destigmatizace-nudz>

https://www.uniqa.cz/pro-media/aktuality/dusevni-choroby-jsou-druhou-nejcastejsi-pricinou-invalidity-vyhledejte-pomoc-vcas/?sznclid=JE1AGRUUERYdEBATERAcFR0cEBYTHBAQWFAZFRIQExEUFhYREAoTHRBYUEEZFRISEhARFRITEwoWERVYRxllYRFgZhAcEmcUYRBhYBBIZxIdHWZnZmYQERxmEBITFA#utm_source=seznam&utm_medium=cpc&utm_campaign=Brand_PP_nativn%c3%ad_2200&utm_content=Martina&utm_term=_www.zena.aktualne.cz

Jak zůstat člověkem v síti dluhu. Dostupné z: http://mapaexekuci.cz/wp-content/uploads/2017/04/Vyzkum_shrnuti_web.pdf

Manuál standardů psychosociální krizové pomoci. In: Psychosociální intervenční tým ČR [online]. Dostupné z: <http://pit-cr.info/index.php?section=21&module=navigationmodule>.

Mapa exekucí: Dostupné z: <http://mapaexekuci.cz/>

MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. [online]. SONS: knihovna digitálních dokumentů, 2005. Autorizovaným přístupem dostupné z: <http://www.kdd.cz/index.php?page=detail&id=7776>. (podle vydání: Praha: Portál, 2003)

NAJZAROVÁ, Dita. 2020. Podpora mezilidských vztahů na pracovišti. Případová studie. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/jg0oo/Podpora_mezilidskych_vztahu_na_pracovisti._Pripadova_studie_

NEKVASILOVÁ, Stanislava, 2022, Resocializace osob po výstupu z výkonu trestu odnětí svobody, Brno. Autorizovaným přístupem dostupné z: https://is.muni.cz/th/bhud5/Diplomova_prace.pdf

Péče o duševní zdraví[online], dostupný na <http://www.pdz.cz/o-nas.html>

prožívající náročné životní situace

RAKOVÁ, Jana. Rodinná resilience v rodinách. Dostupné z: <https://theses.cz/id/97euyh/?isshlret=Jana%3BRAKOV%C3%81%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Djana%20rakov%C3%A1%26start%3D1>

Sebevraždy podle rodinného stavu, Dostupné

z: <https://www.czso.cz/documents/10180/142758738/1301872105.pdf/f4ecb278-4e5f-4892-92b2-a88b17151f0b?version=1.3>

SZÉNÁSSY, Edit, Kateřina KŇAPOVÁ, Tereza DVOŘÁKOVÁ, 2017, Jak zůstat člověkem v síti dluhů, dostupné z: http://mapaexekuci.cz/wp-content/uploads/2017/04/Vyzkum_shrnuti_web.pdf

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. Krizová intervence pro praxi. [online]. Brno: Masarykova univerzita: Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky, 2007. Autorizovaným přístupem dostupné na: <https://knihy.abz.cz/prodej/krizova-intervence-pro-praxi-1>

VÁNĚ, Jan a František KALVAS, Bezdomovectví v Plzni 2021-Výsledky kvantitativního sběru dat, 2021, Dostupné z: <https://socialnisluzby.plzen.eu/zajistime-poradime/dokumenty-a-zajimavosti/bezdomovectvi-v-plzni-2021.aspx>

PRÁVNÍ PŘEDPISY

Vyhláška č. 505/2006 Sb., Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Zákony pro lidi [online]. [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#cast2>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zákony pro lidi [online]. [cit. 2020-05-31]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

SEZNAMY

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 hierarchické uspořádání potřeb (zdroj: Vymětal, 2009, s. 71)

Obr. 2 Vzorec pro zvýšení fungování jedince (Špaténková, 2017, s.14)

Obr. 3 Příčiny bezdomovectví (Zdroj: Marek a kol., 2012, s. 19, upraveno autorkou)

SEZNAM zkratk

KI krizová intervence

SP sociální pracovník

AD azylový dům

OBD osoba bez domova

IP individuální plánování

ÚP Úřad práce

ČSSZ Česká správa sociálního zabezpečení

ANOTACE

Tématem bakalářské práce jsou postupy sociálních pracovníků v azylových domech při práci s lidmi v krizi. Cílem práce je popsat, jak s nimi sociální pracovníci z azylových domů pracují od prvního kontaktu, uvnitř služby až do okamžiku ukončení služby. Mimo jiné, jak dbají sociální pracovníci o svou vlastní psychohygienu, a jak se dále vzdělávají v této problematice. Práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a empirickou. V teoretické části vymezují formou kompilace tři kapitoly. V první kapitole definují pojem osoby bez domova v krizi. V druhé kapitole popisují funkci azylových domů včetně práce sociálních pracovníků. V třetí kapitole vymezují termín krize. Obsahem empirické části jsou cíle výzkumu, metodologické postupy a v závěru jsou uvedené výsledky výzkumu získané z rozhovorů a pozorování práce s klienty.

Klíčová slova: osoby bez domova, osoby s duševním onemocněním, osoby se závislostí, azylové domy, role sociálního pracovníka, krize, krizová intervence, azylové domy, role sociálního pracovníka, podpora, reintegrace a zotavení.

ABSTRACT

The theme of the bachelor's thesis is the practices of social workers in shelters when working with people in crisis. The aim of the job is to describe how social workers from shelters work with people in crisis from first contact, inside the service until the end of service. Among other things, How social workers take care of their own psychological hygiene and how they are further educated on this issue. The work is divided into two parts, theoretical and empirical. In the theoretical part, I define three chapters in the form of compilation. In the first chapter, I define the concept of a homeless person in crisis. In the second chapter, I describe the function of asylum homes, including the work of social workers. In the third chapter, I define the term crisis. The content of the empirical part is research objectives, methodological procedures, and the conclusion presents the research results obtained from interviews and observations of work with clients.

Key words: homeless people, people with mental illness, people with addictions, asylum homes, the role of social worker, crisis, crisis intervention, shelters, the role of social worker, support, reintegration and recovery