



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky
duševního onemocnění**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Terezie Carbová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Kajanová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14.8.2018

.....

podpis

Poděkování

Velice ráda bych na tomto místě poděkovala doc. PhDr. Bc. Alena Kajanová, Ph.D., za odborné vedení této diplomové práce, především za cenné rady, věnovaný čas a osobní přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem komunikačním partnerkám za velmi vstřícný přístup a ochotu ke spolupráci. Poděkování patří také mému partnerovi a všem přátelům, kteří se mnou tuto práci konzultovali.

Sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění

Abstrakt

Lidé s duševním onemocněním se vyskytují mezi osobami bez přístřeší ve velké míře. Jednou z mnoha příčin bezdomovectví je duševní onemocnění, proto se v této skupině vyskytuje v mnohem vyšší koncentraci než u běžné populace. V současné době je v České republice propracovaná sociální práce s osobami bez přístřeší a s osobami s duševním onemocněním. Tato diplomová práce si pokládá otázku, jak vypadá sociální práce s klientem, u kterého se sejde tento velký zdravotní a sociální problém.

V teoretické části práce postupně vymezujeme osoby bez přístřeší, osoby s duševním onemocněním, sociální práci a jak na ni nahlíží současná odborná literatura. Zaměřujeme se na současný stav sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění.

Cílem práce je zjistit, o jaké záchytné body se opírají sociální pracovníci pracující s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním. Ke zpracování výzkumné části diplomové práce byla použita kvalitativní strategie výzkumu, která byla realizována pomocí metody dotazování prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Analýza dat byla vyhodnocena metodou s prvky zakotvené teorie. Výzkumný soubor představovalo šest komunikačních partnerek, které vykonávají sociální práci v následujících službách: azylový dům, noclehárna, denní centrum a terénní sociální služba.

Z výzkumu vyplynulo, že sociální pracovnice si na základě vlastních zkušeností vytvářejí vizi sociální práce. Překážkou v naplnění těchto vizí jsou masivní bariéry mající převážně systémový charakter. Platí zde zásada nepřímé úměry-čím vyšší úroveň systému, tím méně ovlivnitelná bariera, zároveň však má drtivější dopad na osud klienta. Výrazně méně bariér přichází od lidí. Tyto bariéry sociální pracovnice může do jisté míry ovlivnit. Nepoměr mezi bariérami a oporami v profesní práci sociálních pracovníků ve směru fungující vize, je sice ohrožující, ale sociální pracovnice mobilizují v oblasti ovlivnitelných bariér své síly na obranu a „marnou“ cestu k vizi.

Výsledky diplomové práce mohou posloužit jako reflexe vlastní práce komunikačních partnerek. Dále může být práce podnětná pro odbornou i laickou veřejnost, neboť poukazuje na deficit zdravotně-sociální péče o lidi bez přístřeší s příznaky duševního

onemocnění spočívající ve velké legislativní protichůdnosti, a to vzhledem k ochraně svobody klienta a jeho nejlepším zájmům.

Klíčová slova

Sociální práce, Osoby bez přístřeší, Osoby s duševním onemocněním

Social Work with Mentally Ill Homeless People

Abstract

There are a lot of people with mental illness among the homeless. Mental illness is one of the many causes of homelessness and homeless people are more likely to have mental health problems compared to the general population. Currently, the system of social work with homeless people and people with mental illness in the Czech Republic is sophisticated. This diploma thesis focuses on social work with clients suffering from these health and social issues.

The theoretical part of the thesis defines homeless people, people with mental illness and social work, as perceived by the contemporary academic literature. It deals with the current state of social work with mentally ill homeless people.

The aim of the thesis is to determine reference points that are used by the social workers working with mentally ill homeless people. A qualitative research strategy was used to carry out the research part of the diploma thesis, which was conducted by a survey method using the technique of a semi-structured interview. Data analysis was evaluated using elements of grounded theory. The research group consisted of six communication partners who carry out social work in the following areas: shelter, night shelter, day centre and field social work.

The research has shown that based on their own experience, social workers create a vision of social work. Obstacles to meeting these visions are massive barriers that are mostly systemic. The principle of indirect correlation applies here – if the level of the system is higher, the barrier is less easy to influence, but it has a more devastating impact on the client. Significantly fewer barriers come from people. The social workers can influence these barriers to a certain extent. The disparity between barriers and support in social work related to a working vision is threatening, but social workers mobilize their power of defence and a “pointless” way to the vision in the area of barriers that can be influenced. The results of the thesis can provide feedback to the work of the communication partners. In addition, the thesis can be inspiring for experts as well as the general public as it points to a lack of health and social care for mentally ill homeless people related to big legislative

contradictions in protecting the clients' freedom and their best interest.

Keywords:

Social work, Homeless people, People with Mental Illnes

Obsah

Úvod	10
------	----

1 POPIS PROBLÉMOVÝCH OKRUHŮ VZTAHUJÍCÍCH SE K TÉMATU PRÁCE – POPIS SOUČASNÉHO STAVU **11**

1.1 BEZDOMOVECTVÍ **11**

1.1.1 VYMEZENÍ POJMU BEZDOMOVECTVÍ	11
------------------------------------	----

1.1.2 TYPY BEZDOMOVECTVÍ	13
--------------------------	----

1.1.3 PŘÍČINY BEZDOMOVECTVÍ	16
-----------------------------	----

1.1.4 BEZDOMOVECTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	18
---------------------------------------	----

1.1.5 ZDRAVOTNÍ STAV OSOB BEZ PŘÍSTŘEŠÍ	20
---	----

1.2 PŘÍZNAKY DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ **21**

1.2.1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ:	21
---------------------------	----

1.2.1.1 Závislosti	22
--------------------	----

1.2.1.2 Schizofrenie	27
----------------------	----

1.2.1.3 Deprese	29
-----------------	----

1.2.1.4 Poruchy vyvolané stresem	31
----------------------------------	----

1.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE **32**

1.3.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI BEZ PŘÍSTŘEŠÍ	33
--	----

1.3.1.1 Organizace zaměřující se na pomoc osobám bez přístřeší	35
--	----

1.3.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	37
---	----

1.3.3 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PĚČI O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	38
---	----

1.3.3.1 Systém sociální péče o lidi s duševním onemocněním	39
--	----

1.3.3.2 Právní otázky v sociálně zdravotní péči o osobu s duševním onemocněním	41
--	----

1.3.4 SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI BEZ PŘÍSTŘEŠÍ S PŘÍZNAKY DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ	43
--	----

2 FORMULACE CÍLE VÝZKUMU, ZÁKLADNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA, DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY **47**

3 METODOLOGIE VÝZKUMU **48**

3.1.1 VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE	48
--------------------------------	----

3.1.2 ZAJIŠTĚNÍ KVALITY VÝZKUMU	49
---------------------------------	----

3.1.3 ETICKÁ DIMENZE VÝZKUMU	49
------------------------------	----

3.2	METODA VÝZKUMU	50
3.3	VOLBA VÝZKUMNÉHO VZORKU V KONTEXTU MÍSTA VÝZKUMU	50
3.4	SBĚR DAT	52
3.5	ANALÝZA DAT	53
3.5.1	SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ	53
3.5.1.1	Osobnost sociální pracovníce	54
3.5.1.2	Osobnost klienta s příznaky DO	59
3.5.1.3	Vlastní sociální práce	63
3.5.2	AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ	72
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	84
5	DISKUSE VÝSLEDKŮ	94
6	ZÁVĚR PRÁCE	101
7	ZDROJE:	104
8	OBSAH PŘÍLOH:	113
9	PŘÍLOHY	114

Úvod

Téma diplomové práce jsem si vybrala na základě svého zaměstnání sociální asistentky v sociálních službách pro osoby bez přístřeší. Do našich sociálních služeb přicházeli lidé v nouzi, u kterých se projevovaly nejrůznější příznaky duševního onemocnění od bizarních pohybových projevů, přes nejrůznější bludy a halucinace až po sebevražedné tendence. Ačkoli tito klienti evidentně trpěli nějakým duševním onemocněním, žádné jim diagnostikované nebylo. Tito problematičtí klienti se nám jako téma porad i supervizí vraceli po dobu několika let. Z tohoto důvodu jsem si vzhledem k celé práci položila výzkumnou otázku: o jaké záchytné body v prostředí klientů a ve formulaci svých cílů se opírají soc. pracovníci pracující s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním?

Předmětem zkoumání této diplomové práce je tedy otázka sociální práce s lidmi, kteří jsou příslušníky skupiny osob bez přístřeší a zároveň se u nich projevují příznaky duševního onemocnění. Jednou z mnoha příčin bezdomovectví je duševní onemocnění, které se v této skupině vyskytuje v mnohem vyšší koncentraci než u běžné populace. Kapitola mapující současný stav poskytuje současně teoretický úvod do problematiky osob bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. V jednotlivých podkapitolách teoretické části práce se postupně zabýváme bezdomovectvím, dále se zaměřujeme na duševní onemocnění, na sociální práci, a nakonec na současný stav sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. Závěrečná podkapitola se pokouší o shrnující pohled na teoretická východiska pro empirickou část práce. Proto popisuje problém duševních onemocnění u lidí bez přístřeší a naznačuje okruhy, které jsou východiskem pro empirické zkoumání specifik sociální práce s těmito klienty.

Empirická část práce klade nejprve základní výzkumnou otázku pro výzkum takto: O jaké záchytné body v prostředí klientů a ve formulaci svých cílů se opírají sociální pracovníci pracující s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním?

V rámci kvalitativní strategie výzkumu využíváme polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky následujících sociálních služeb: azylového domu, noclehárny, denního centra a terénní sociální služby.

1 Popis problémových okruhů vztahujících se k tématu práce – popis současného stavu

Bezdomovství představuje velice komplexní problém, neboť zde nejde pouze o ztrátu bydlení či přístřeší. Vágnerová (2013) uvádí, že osoby, které se ocitnou bez přístřeší, bývají současně odsunuti na okraj společnosti, čímž přicházejí o veškerou síť sociálních kontaktů. Přitom součástí komplexu problémů, díky nimž se do této situace dostávají, může být jejich duševní onemocnění. Je zřejmé, že je nejvyšší čas zaměřit se na komplikovaný vztah mezi bezdomovectvím a duševním onemocněním podrobněji. Vymezíme nejprve samotný pojem bezdomovectví, poté se budeme věnovat souvisejícím tématům.

1.1 Bezdomovectví

Nejprve se budeme zabývat jevem bezdomovectví v naší zemi. Předmětem kapitoly proto budou postupně různá hlediska definice bezdomovectví, dále formy výskytu, příčiny a konečně důsledky, mezi něž patří především rizika zhoršení psychického a fyzického zdravotního stavu.

1.1.1 Vymezení pojmu bezdomovectví

Kanadský informační institut pro zdraví (2008) ve své publikaci uvádí, že neexistuje univerzální všeobecně dohodnutá definice bezdomovectví. Neexistuje konsenzus ohledně toho, kdo by měl být vymezen v této definici (například osoby bez přístřeší žijící pouze v přístřešcích, nebo ti, kteří žijí na veřejných místech mimo úkryty). Dále není definována délka bezdomovectví (počet dnů, týdnů). Barták (2004) si pokládá otázku, zda je vůbec možné tuto definici vytvořit tak, aby byla dlouhodobě využitelná. Barták (tamtéž) poukazuje na obtížnost vytvoření definice, která by byla přesná a zároveň schopná pojmut jen část sociální reality, nemluvě o neustálých úpravách a rozšiřování. Bezdomovec není jen osoba, která ztratila anebo opustila svůj domov, byt či ubytování, která hledá nebo přijímá pomoc od sociálních pracovníků. Takto lze hovořit pouze o zjevném bezdomovectví, ale nikoli o bezdomovectví skrytém a potenciálním.

Evropská federace národních organizací pracujících s bezdomovci (FEANTSA) je nejznámější a nejvýznamnější instituce, která pracuje v oblasti bezdomovectví na evropské úrovni a její činnost je podporována Evropskou komisí (Dvořáčková a kol., 2016). Tato organizace definuje bezdomovectví takto: „Bezdomovectví je absence vlastního, trvalého a přiměřeného obydlí. Bezdomovci jsou ti lidé, kteří nejsou schopni získat vlastní, trvalé a přiměřené obydlí nebo si nejsou schopni takové obydlí udržet kvůli nedostatku finančních prostředků nebo jiným sociálním bariérám. „Vágnerová (2013) se ve své definici nezaměřuje pouze na ztrátu obydlí jako takového, ale i na sociální stránku bezdomovectví a uvádí, že lze bezdomovectví považovat za syndrom komplexního sociálního selhání projevující se neschopností přijímat a naplňovat běžné společenské požadavky. Vágnerová (2012) také uvádí, že bezdomovectví můžeme považovat za propad na okraj společnosti, který se projevuje nezakotveností, neustálými přesuny z místa na místo, chyběním pocitu sounáležitosti a příslušnosti k někomu či něčemu a neochotou respektovat běžné normy.

Manželé Hradečtí (1996) upozorňují na to, že společným rysem osob bez přístřeší je slabá a lehce ovlivnitelná osobnost. Dále uvádějí život s handicapem související s tělesnou či duševní výbavou, věkem anebo nízkým vzděláním, sociálním původem či frustrací z dětství (Hradecká, Hradecký, 1996).

Definice ministerstva vnitra poukazuje na bezdomovce jako na sociální skupinu, která má určité výrazné charakteristiky kulturního pozadí, někdy nazývané „kulturou bídy“, kde se často vyskytuje pocit sociální bezmoci, kam přicházejí jedinci se svéráznými osobnostními a sociálními charakteristikami, a kam se vracejí jedinci z vězení (MPSV, 2009), apod.

Ani v české legislativě není vymezen pojem bezdomovectví jednoznačně. V zákoně č. 40/1993 Sb., o nabývání a pozbývání státního občanství České republiky, je definován pouze pojem člověk bez státního občanství (Zákony pro lidi, 2018). Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů) používá namísto označení bezdomovec osobu bez přístřeší nebo osobu v nepříznivé sociální situaci se ztrátou bydlení. Tato sociální situace bývá nejčastěji spojena s nedostatkem finančních prostředků. V zákoně č. 111/2006 Sb. se označuje jako hmotná nouze. Osoba v hmotné nouzi v Zákoně o hmotné nouzi se definuje jako osoba či rodina, která nemá dostatečné

příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb na úrovni ještě přijatelné pro společnost. Tyto příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit (uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo využitím majetku) a vyřešit tak svoji nelehkou situaci vlastním přičiněním (Zákony pro lidi, 2018).

Vidíme, že bezdomovectví je velice složité definovat a ucelená definice pojímající veškeré typy bezdomovectví vlastně neexistuje, ani v legislativě České republiky tento pojem není používán. Z uvedených definic pro téma naší práce vyplývá, že osoby bez přístřeší nejsou postiženy pouze ztrátou bydlení a hmotnou nouzí, ale i ztrátou sociálních vazeb, propadli se až na okraj společnosti. Ztráta zázemí domova může mít v případě, že takový člověk trpí navíc duševní nemocí, zvlášť negativní dopad.

1.1.2 Typy bezdomovectví

Jak je z výše uvedených definic zřejmé, bezdomovectví má různé formy. V následující kapitole bude uvedeno několik základních forem bezdomovectví.

Manželé Hradečtí (1996) rozdělují bezdomovectví do tří následujících skupin, a to zjevné, skryté a potenciální.

Zjevné bezdomovectví. Tato forma je nejvíce viditelnou formou bezdomovectví a nejjednodušeji rozpoznatelná. Zjevní bezdomovci žijí mimo standardní hranice norem a návyků (Kopecká, 2015). Tyto osoby můžeme spatřit spát na ulicích, v parcích na lavičkách, na nádražích a pod mosty. Jsou to ti, které na první pohled poznáme podle zápachu, zanedbaného vzhledu, špinavého oděvu a podle jejich chování. Často sbírají na ulicích nedopalky cigaret, hledají v popelnících a kontejnerech zbytky jídla nebo žebrají. Zjevní bezdomovci nejčastěji využívají služeb nocleháren a azylových domů. Tímto způsobem často žijí celé rodiny, které tak i přes jejich situaci spojuje pocit bezpečí a sounáležitosti (Kopecká 2015).

Skryté bezdomovectví. Osoby, které do této skupiny patří, žijí jako bezdomovci, ale nejsme je schopni rozpoznat a přiřadit do skupiny bezdomovců „na první pohled“. Velice často mění místa svého přespávání (Kopecká, 2015). Žijí například ve squatech, rozpadlých domech, sklepích, improvizovaných příbytcích nebo stanech. Někteří lidé se také stydí a snaží se svůj styl života a problémy skrývat. Typické pro tyto osoby je, že se

neobracejí na veřejné služby o pomoc, aby jim zajistily nocleh. Často nalézají útočiště u známých nebo přátel.

Potenciální bezdomovectví. Tento druh bezdomovectví zahrnuje osoby, kterým bezdomovectví bezprostředně hrozí, protože žijí v nejistých sociálních podmínkách. Například byt není k dlouhodobému obývání přizpůsobený (Kopecká 2015). Mají sice zaměstnání i bydlení, ale to je nejisté. Vyvolávají tedy dojem, že je vše v pořádku, ale žijí ve složitých a nepřijatelných podmínkách. Patří sem i osoby, které čekají na brzké propuštění z ústavní výchovy, vězení či jiného pobytového zařízení, patologičtí hráči, závislí na návykových látkách a podobně (Hradecký, Hradecká 1996).

Dále existuje mezinárodní typologie, kterou vytvořila mezinárodní organizace FEANTSA. Ta říká, že bezdomovectví je označení pro heterogenní populační skupinu. Rozděluje je do čtyř skupin na rooflessness (bez střechy), houselessness (bez domova), peopleliving in securehousing (lidé žijící v nejistém bydlení) a peopleliving in inadequate accomodation (lidé žijící v nedostatečném ubytování) (Edgar a kol., 2002).

Rooflessness (bez střechy) zahrnuje skupinu bezdomovců žijící venku, na volných prostranstvích.

Houselessness (bez domova) je skupina bezdomovců žijící v ubytovnách.

Peopleliving in insecurehousing (lidé žijící v nejistém bydlení) je skupina lidí žijících v podmínkách, které neodpovídají standardům bydlení v dané zemi. Jako příklad mohou sloužit squaty.

Peopeliving in inadequate accomodatin (lidé žijící v nedostatečném ubytování) jsou například lidé žijící v karavanech nebo v obytných lodích (Edgar a kol., 2002).

Další dělení je používáno v USA pro účely statistických výzkumů pro vládu. Dělí bezdomovectví na primární a sekundární.

Primární bezdomovci jsou ti, kteří jsou doslova bez střechy a bez přístřeší (např. žijí v ulicích, v parcích, v podzemí nebo v opuštěných budovách). Je to nejviditelnější forma bezdomovectví a lze ji přirovnat ke zjevnému bezdomovectví.

Sekundární bezdomovci jsou ti, kteří nemají místo obvyklého bydliště nebo trvalé bydliště. Tito lidé bez „pevné adresy“ se často pohybují mezi různými typy ubytování (včetně dočasného ubytování s rodinou nebo přáteli nebo dočasně žijící v útulcích, ubytovnách nebo penzionech se společným vybavením a bez záruky podnájmu) (Jonhstone, 2009).

Osoby bez přístřeší můžeme rozdělit i podle místa pobytu. Bezdomovci jsou sice doménou velkých měst, někteří se však vyskytují na vesnicích, v lesích a ve skalách (Kopecká, 2015).

Na bezdomovectví nahlíží z pohledu délky pobytu na ulici Fleischmann, a sice s ohledem na jejich začlenění do určité subkultury. Rozděлил osoby bez přístřeší do následujících skupin:

- nedávno dislokované
- izolované a nedávno dislokované
- identifikované a žijící ve skupině
- identifikované a izolované.

Nedávno dislokovaní: Do této skupiny patří lidé, kteří jsou na ulici krátkou dobu, a ještě si plně neuvědomují odcizení od většinové společnosti. Jsou často traumatizovaní a mohou ještě mít stálé zaměstnání nebo se ho snaží získat. Chtějí se vrátit zpět do běžného života a nechtějí se ztotožnit s ostatními lidmi z ulice. S jinými bezdomovci často nenavázali kontakt, ani ho nevyhledávají.

Izolovaní a nedávno dislokovaní. Do této skupiny patří lidé, kteří jsou si vědomi odcizení od většinové společnosti, což je spojeno se ztrátou zábrán v chování. Jejich cílem už není navrátit se do normálního života, ale přežít na ulici.

Identifikovaní a žijící ve skupině. Tato skupina zahrnuje ty, kteří přijali a ztotožnili se se stylem života a hodnotami lidí na ulici. Stali se členy této subkultury a definitivně se vyčlenili z majoritní společnosti.

Identifikovaní a izolovaní. V této skupině jsou ti, kteří se i přesto, že jsou na ulici už delší dobu, vyhýbají se kontaktu s ostatními bezdomovci (Fleischmann et al., 2006).

Z uvedených dělení vyplývá, že téměř u každého člověka se bezdomovectví projevuje odlišným způsobem a má různé formy. Na bezdomovectví se můžeme dívat z pohledu místa pobytu, jeho délky nebo pocitu sounáležitosti k bezdomovecké subkultuře. Uvedené charakteristiky bezdomovců nelze generalizovat, je dobré si uvědomit různorodost forem bezdomovectví, což je problém, který dále komplikuje přístup k těm z nich, kteří navíc trpí duševní nemocí.

1.1.3 Příčiny bezdomovectví

V následující kapitole se zaměříme na faktory, které zapříčiňují bezdomovectví.

Dvořáčková (2016) upozorňuje na to, že propad do bezdomovectví téměř nikdy nemá jednu příčinu a že důvody pro vznik bezdomovectví jsou velmi individuální, v čase proměnlivé a na začátku lecky jen obtížně identifikovatelné.

MPSV uvádí, že faktory vedoucí k bezdomovectví a s bezdomovectvím související jsou jedním z nejčastěji zkoumaných témat v příslušné odborné literatuře, neboť jeho znalost je předpokladem adekvátní prevence tohoto jevu (MVCR,2009),

Manželé Hradečtí (1996) rozdělují příčiny bezdomovectví na objektivní hledání příčin v širších ekonomických a sociálních souvislostech a subjektivních (dány osobní charakteristikou a chováním lidí bez domova).

V roce 2016 Ministerstvo práce a sociálních věcí vedlo dotazníkové šetření u pracovníků sociálních odborů obecních úřadů. Tento výzkum uvádí následující příčiny bezdomovectví jako nejčtenější:

- zadlužení (90,0 %),
- závislost na alkoholu (79,2 %),
- nezaměstnanost (78,7 %).

Mezi nejméně uváděné důvody patřilo onemocnění (10,9 %) a gamblerství (12,2 %) (Sociální revue, 2016).

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, který spolu s časopisem Nový prostor zkoumal příčiny bezdomovectví, zjistil, že mezi příčiny bezdomovectví patří zejména ztráta

rodinného zázemí, neexistence rodinného zázemí, ztráta zaměstnání, případně s následnou snahou najít zaměstnání, zdravotní postižení, psychická porucha nebo nemoc, alkoholismus a závislost na drogách, závislost na hracích automatech a návrat z vězení (Štěchová, 2009)

Kanadský institut pro zdraví (2008) uvádí následující rizikové faktory vedoucí k bezdomovectví:

- výše příjmů vynaložených na bydlení (např. nájemné);
- pokles počtu nových nájemních bytů a míry neobsazenosti pro nájemce;
- dlouhé čekací listiny pro dotované bydlení;
- chudoba a nedostatečné příjmy;
- bytí v rodinné situaci osamělého rodiče (což je často spojeno s nízkými příjmy);
- ztráta zaměstnání.

Dále poukazuje na multifaktoriální příznaky bezdomovectví, především na kombinaci ekonomických, fyzických, psychologických a sociálních faktorů. Některé faktory souvisejí s příjmy, zaměstnáním, bydlením a jinými širokými sociálními determinantami.

Vágnerová (2013) uvádí, že odchod mladých lidí na ulici může mít různé příčiny od potřeby svobody a nezávislosti, přes hledání vlastní identity, až po hledání nových zkušeností a zkoumání vlastních limitů. Vágnerová (tamtéž) dále upozorňuje, že bezdomovectví u mladistvých může mít příčinu v dlouhodobých závažných problémech, na které člověk nedokáže reagovat jinak než únikem a rezignací.

I rozbor příčin bezdomovectví ukazuje na to, že s touto životní situací je spojena vedle ztráty ekonomického zajištění také ztráta rodinného a domácího zázemí. To je opět zjištění vedoucí k domněnce, že se tím komplikuje i možnost duševně nemocným bezdomovcům v jejich situaci účinně pomáhat. Navíc považujeme za zajímavé, že mezi příčinami bezdomovectví jsou často uváděny právě ekonomické a sociální problémy, ale zdaleka ne tak často nemoci (a závislosti). Duševní nemoc může patřit mezi příčiny, jejichž následkem ztrácejí lidé ekonomické a sociální zázemí a dostávají se na ulici. Může jít o jakousi „prvotní příčinu“.

1.1.4 Bezdomovectví v České republice

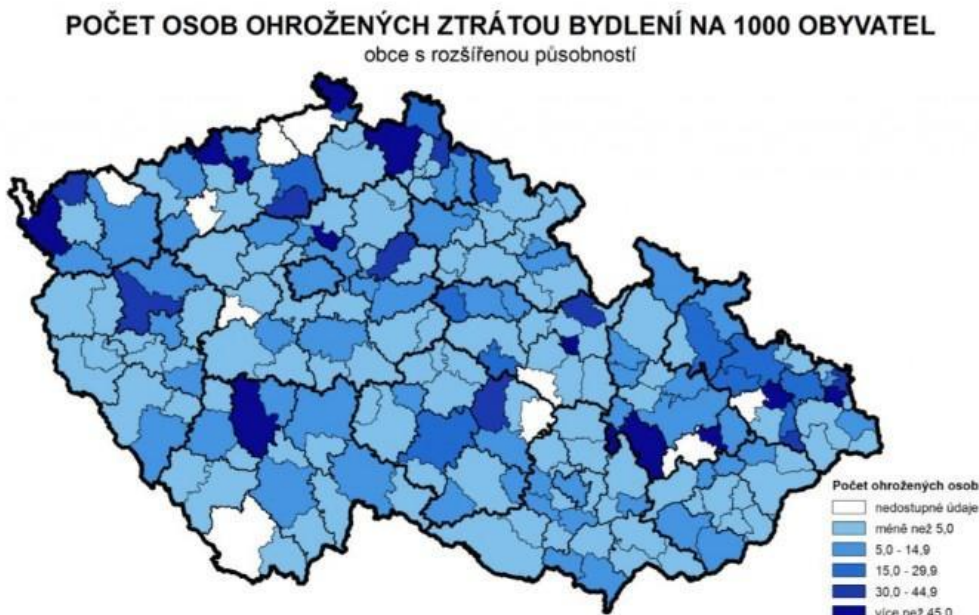
V následující podkapitole se zaměříme na výskyt bezdomovectví z hlediska státní příslušnosti, pohlaví, zaměstnání a z demografického hlediska v rámci České republiky.

V roce 2011 proběhlo sčítání lidu, v rámci, kterého se Český statistický úřad (ČSÚ) ve spolupráci se Sdružením Azylových domů (SAD) pokusil zmapovat život lidí bez domova (Kubala, 2011). Sčítání probíhalo v azylových domech, domech na půli cesty, noclehárnách a nízkoprahových denních centrech, to znamená, že výzkumu se zúčastnilo 11 496 osob, které byly v tomto období klienty těchto zařízení (Kubala, 2011). Dle tohoto výzkumu mají nejčetnější národnostní zastoupení mezi osobami bez přístřeší občané České Republiky, a to v 97,1 %. Na druhém místě v četnosti jsou občané Slovenské republiky (1,38 %) a třetí jsou občané Vietnamské socialistické republiky (0,16 %), byť jejich výskyt v populaci je velmi nízký (Kubala, 2011).

Výzkum ČSÚ uvádí, že častěji jsou na ulici muži (78,5 %) než ženy (21,5 %) (Kubala). Pro srovnání – výzkum MPSV (2016) uvádí, že v ČR je na ulici 76,4 %, mužů a 23,6 % žen. Z těchto údajů můžeme usoudit, že bezdomovectví u žen mírně roste.

Výzkum ČSÚ se zaměřil i na ekonomickou aktivitu. Nejvíce je mezi bezdomovci nezaměstnaných (40 %), ekonomicky aktivních je 28,5 % a nejméně je pracujících důchodců (14,2 %). Výzkum také poukazuje na osamělost osob bezpřístřeší, 49,0 % bezdomovců je svobodných a 38,3 % bezdomovců je rozvedených (Kubala, 2011). Pokud se zaměříme na ekonomicky aktivní osoby bez přístřeší z pohledu druhu zaměstnání, nejčastěji se uplatňují ve zpracovatelském průmyslu (výroba motorových vozidel, kovových konstrukcí, hutnictví), potom ve stavebnictví, v dopravě a ve skladování. (Kubala, 2011).

Kartogram č.1 – Počet ohrožených ztrátou bydlení



Dle dotazníkového šetření českého ministerstva vnitra z roku 2016 odhadují pracovníci obecních úřadů, že na území české republiky žije 119 tisíc osob ohrožených ztrátou bydlení a počet osob bez přístřeší je odhadován na 68,5 tisíce (MPSV, 2016). Dále z toho výzkumu vyplývá, že z celkového odhadu počtu nebydlících bylo 11,9 % osob do 18 let a 10,3 % tvořily osoby nad 65 let. Na kartogramu č.1, který zhotovil P. Danko, můžeme vidět demografický přehled výskytu osob bez domova na mapě ČR. Nejvyšší počet osob bez bydlení byl odhadnut v Moravskoslezském kraji (13,8 tis.) a dále v hl. m. Praze (9,5 tis.). Nejnižší počty byly zaznamenány v Královéhradeckém (1,6 tis.), Karlovarském a Pardubickém kraji (shodně 2,1 tis.) (MPSV, 2016).

Z uvedených dat můžeme usoudit, že bezdomovectví v České republice není zanedbatelný problém. Přibližně každý osmdesátý čtvrtý člověk žijící na území ČR je ohrožen ztrátou bydlení. Na základě výše zmíněných výzkumů si můžeme představit typického bezdomovce, které je svobodný, má české občanství a žije na území moravskoslezského kraje.

1.1.5 Zdravotní stav osob bez přístřeší

V následující kapitole se zaměříme na fyzické zdraví osob bez přístřeší. Jejich zdraví duševnímu (resp. výskytu duševních onemocnění) u osob bez přístřeší budeme věnovat zvláštní podkapitolu, až provedeme definici, výčet, příznaky a důsledky duševních onemocnění obecně. Nyní se zaměříme se na příčiny špatného zdravotního stavu a budeme se zabývat nejčastějšími fyzickými onemocněními.

Bezdomovci jsou ohroženou skupinou, neboť jsou dle Bartáka (2006) ve srovnání se zbylou populací více chronicky nemocní, mají často problémy s duševním zdravím (příčina i následek ztráty domova) a vysoké procento bezdomovců má problémy s alkoholem. Mendys (2007) ve své svém sborníku uvádí, že zdravotní péče pro osoby bez domova je přímo ovlivňována ekonomickou situací a zdravotní politikou státu a poukazuje na to, že právě přístup ke zdravotní péči je jedním z klíčových determinantů ovlivňujících zdravotní stav populace bezdomovců. Špatný zdravotní stav osob bez přístřeší má i další příčiny, mezi které můžeme zahrnout zanedbání lékařské péče, a to jak ze strany bezdomovců, tak ze strany poskytovatelů této péče (Dvořáčková a kol. 2016). Špatnou péči o zdravotní stav osob bez přístřeší oproti majoritní společnosti potvrzuje i výzkum Ošetřovatelských diagnóz osob bez přístřeší ve světle péče o zdraví, který byl proveden na 274 bezdomovcích. Z tohoto výzkumu vyplývá, že nejčastější ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny následovně: rizikové chování (78,1 %), nedostatečná péče o zdraví (67,1 %), nedostatek spánku (100 %), pocity beznaděje (100 %) a nízká sebeúcta (99 %) (Da Silva at al., 2018). I Mandys (2007) ve své publikaci uvádí, že příčiny špatného zdravotního stavu osob bez přístřeší jsou nedostatek spánku, špatná životospráva, nedostatek hygieny, závislosti na návykových látkách a podobně.

Dvořáčková (2016) a kol. uvádí, že osoby bez přístřeší jsou v důsledku svého způsobu života ohroženi různými zdravotními obtížemi, zejména chorobami infekčními, kožními, civilizačními a duševními. Výzkum, který probíhal v USA v Marylandu, konstatuje, že až 55 % obyvatel bez domova uvádí, že trpí zdravotními problémy. V rámci tohoto výzkumu „Zdravotní potřeby pro dospělé bez domova“ ve zdravotnické klinice bylo zjištěno, že nejčastějšími diagnózami byly abusivní návykové látky, deprese, bolest zad, hypertenze a astma (Christine L. Savageat al., 2010). Manželé Hradečtí (2006) uvádějí statistiku nejčastějších onemocnění v průběhu jednoho roku se kterými navštívili

bezdomovci ordinaci praktického lékaře. U největšího počtu návštěv nebyla diagnóza identifikována, a to až v 984 případech. Nejčastěji u nich byly diagnostikovány následující onemocnění: nemocí dýchacích cest a chřipky, dále bércové vředy, kožní onemocnění, kardiovaskulární onemocnění a revmatické a neurologické onemocnění.

Vidíme, že fyzické zdraví je často spojeno s životním stylem lidí bez přístřeší a se zdravotnickým systémem, který je nastavený pro plátce zdravotního pojištění. Poněkud jinak komplikuje situaci osob bez přístřeší jejich zdravotní stav spojený s duševním onemocněním. Některé jeho projevy jsme už nyní mohli zaznamenat mezi projevy špatného fyzického zdravotního stavu osob bez přístřeší, protože je velmi těžké tyto dva aspekty (fyzické a duševní zdraví) od sebe oddělovat. Přesto budeme věnovat pozornost duševním nemocem bezdomovců až poté, co přesněji definujeme a popíšeme duševní nemoci.

1.2 Příznaky duševního onemocnění

Následující kapitola se bude věnovat druhému z klíčových témat práce – a sice příznakům duševním onemocněním. Představme nejprve pojem příznak a syndrom, jak to vyžaduje název práce a dále se budeme věnovat duševním onemocněním, které se u osob bez přístřeší vyskytují, jejich rozdělení, příznaky a léčbě. Pro potřeby této kapitoly se budeme věnovat přednostně duševním onemocněním, jejichž výskyt mezi osobami bez přístřeší je vyšší než v běžné populaci (viz kapitola: Sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění).

Termín příznak neboli symptom, označuje typické projevy určitého onemocnění, obecně je ve slovnících cizích slov toto slovo charakterizováno jako vnější projev, průvodní jev nějakého jinak obtížně pozorovatelné děje, stavu nebo procesu.

Slovo "syndrom" je odvozeno z latinského slova synthoma ("dění" nebo "neštěstí"), které se začalo v souvislosti s příznaky onemocnění více používat v 17. století (Nejedlá, 2015).

1.2.1 Duševní onemocnění:

Duševní onemocnění můžeme klasifikovat dle dvou hlavních systémů, které se pravidelně aktualizují, aby odrážely aktuální sociální kontext definice duševního

onemocnění (Aries, 2015). První systém je diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM), který vytvořila Americká psychiatrická asociace a využívá se především v USA. Druhý systém je mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů (MKN-10), která byla publikována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a je používána v České republice od roku 1994 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR).

1.2.1.1 Závislosti

Jako první ze všech duševních onemocnění popíšeme poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek podle MKN F10-F19 (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Češková (2006) uvádí, že se jedná o jakoukoli duševní poruchu vzniklou užíváním psychoaktivních látek, což jsou látky vyvolávající závislost. Kučerová (2013) vymezuje pojem patologická závislost v tomto kontextu jako závislost na něčem, co běžně člověk v potravě nepřijímá a co se běžně v životě nedělá. Hlavní charakteristikou závislosti je to, že mění osobnost, to znamená, že každá závislost vede dříve či později k degradaci osobnosti. Psychoaktivní látky mají vliv na chování, vědomí a náladu, nejproblematictější je však pro jedince a okolí narušené chování závislého (Češková, 2006). Klasifikace MKN zahrnuje devět psychoaktivních látek, mezi které patří alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, stimulancia, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla, respektive několik látek současně či některé jiné (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Češková (2006) uvádí, že syndrom závislosti je charakterizován:

- silnou touhou získat látku
- potížemi s kontrolou jejího užívání, tj. postižený látku trvale užívá přes nebezpečné následky
- potíže s kontrolou jejího užívání to jest postižený látku trvale užívá i přes nebezpečné následky soustředí se na užívání látky a zanedbává ostatní činnosti
- zvýšením tolerance vůči látce
- rozvojem tělesného odvykacího stavu při nedostatku látky

Hosák a kol. (2015) k tomuto výčtu syndromu závislosti přidávají následující bod: zaujetí užíváním látky, projevující se opouštěním nebo zredukováním jiných důležitých zálib

nebo zájmu v důsledku užívání látky, kdy většina času je věnována činnostem nezbytným k obstarávání, užívání nebo zotavování se z účinků látky. Závislý například zanechá volnočasových či společných rodinných aktivit, jindy pečlivý rodič se přestane zajímat o své dítě. Hosák a kol. (2015) dodávají, že podle NKN-10 musí být přítomny alespoň tři z výše uvedených bodů, abychom mohli hovořit o syndromu závislosti.

Nejzávažnější a nejrozšířenější závislostí u osob bez přístřeší je alkoholismus, proto se této závislosti budeme věnovat zvláště pečlivě. Škodlivým užíváním či závislostí na alkoholu trpí přibližně 6–10 % obyvatelstva (Češková, 2006). Autorka uvádí, že projevy závislosti na alkoholu mohou být různé. Můžeme ji identifikovat v rámci přítomnosti v jedné z následujících oblastí: 1. práce nebo škola, zdraví, rodinné vztahy, 2. sociální fungování 3. právní oblast 4. zvyšování tolerance 5. neschopnost abstinovat (pocit, že nelze přestat den bez napití) 6. ztráta kontroly (neschopnost skončit pití po jedné nebo dvou sklenkách). Pro rozdělení pěti typů alkoholové závislosti se již od roku 1940 používá Jellinekova typologie (Kalina a kol, 2015):

- typ α problémové pití (alkohol jako sebe medikace, časté pití o samotě)
- typ β příležitostné pití (často je ve společnosti, výrazně sociokulturně charakterizované)
- typ γ anglosaský typ s preferencí piva a destilátů, s výrazně vyjádřenou psychickou závislostí
- typ δ románský typ preferující víno s typickou denní konzumací alkoholu pro trvalé udržování hladiny alkoholu
- typ ϵ epizodické pití (kvartální pijáctví)

Dále Jellinek rozeznává čtyři následující vývojové fáze závislosti:

1. počáteční (symptomatické),
2. varovné, prodromální,
3. rozhodné (krucální),
4. 4 konečné, terminální (Češková, 2006).

Hosák a kol. (2015) uvádějí následující medicínské komplikace závislosti na alkoholu:

- **Delirium tremens:** Objevuje se při těžké závislosti na alkoholu a může zde dojít ke komplikacím při odvykání. Delirium propuká zpravidla do 24 až 48 hodin od

posledního požití alkoholu. Příčinou je stav, kdy člověk pije alkohol ve velké míře a poté ho náhle vysadí. Postupně dochází ke kvalitativní poruše vědomí, zmatenosti a dezorientaci závislého člověka. Typické pro delirium tremens jsou zrakové halucinace, kdy člověk například vidí, že po něm lezou brouci a podobně, dále zde bývá přítomna masivní úzkost, psychomotorický neklid (třes rukou i celého těla) s rizikem agresivity. Člověk se při deliriu tremens potí a má zarudlý obličej, tachykardii a zvýšenou tělesnou teplotu. Delirium tremens trvá většinou několik dnů a končí spánkem, po kterém se vyskytuje ostrůvkovitá nebo úplná amnézie na průběh celé epizody.

- **Patologická intoxikace alkoholem** (patologická ebrieta): Jde o kvalitativní poruchy vědomí ve smyslu mráкотného stavu, který začíná i končí náhle. Chování podnapilého jedince nemá srozumitelnou motivaci a může vést k trestným činům násilného charakteru. Dochází zde k hrubému zkreslení chápání skutečnosti a situace.
- **Alkoholická halucinóza** je zpravidla přechodného rázu a projevuje se typickými halucinacemi; nejčastěji to bývají dva protichůdné hlasy, které o pacientovi mluví a vyvolávají v něm nesnesitelnou úzkost, dále bývá přítomen neklid, případně agrese.
- **Alkoholická paranoidní psychóza** se nejčastěji projevuje žárliveckými bludy. Podkladem může být reálné selhání alkoholika v partnerském životě, případně existující problémy související s výčitkami okolí kvůli jeho pití.
- **Korsakovova psychóza** nastupuje halucinacemi a perzekučními (nevyvratitelnými) bludy, od začátku ji doprovázejí těžké poruchy všípivosti paměti, dezorientace a konfabulace.
- **Wernickeho encefalopatie** je život ohrožující stav charakterizovaný zmateností snového rázu, dezorientací a apatií. Bývají zde obrny okohybných svalů, poruchy řeči a rovnováhy.
- **Alkoholická demence** patří k následkům alkoholismu, který se vyvíjí řadu let. Dochází při ní k prohlubujícím se kognitivním poruchám s poklesem intelektových funkcí, poruchami paměti, orientace, úsudku, učení, emotivity a vyšších citů. Osobnost postiženého celkově degraduje se všemi negativními sociálními důsledky. K těm patří například neschopnost péče o sebe samého nebo bezdomovectví.

- **Alkoholická charakteropatie** se objevuje v konečné fázi alkoholismu. Dochází zde k poruše vyšších citů, k nepříznivé změně osobnostních charakteristik – jako je například nespolehlivost, lhostejnost, vystupňování nepříznivých rysů osobnosti, poruchy chování, zanedbávání zevnějšku, omezování zálib a zájmu tělesných a pudových potřeb, snížení morálních zábran a neschopnost vytvářet nové hodnotné sociální kontakty

Klíčovou roli v terapii závislosti na alkoholu hraje psychoterapie, zejména terapeutické komunity (např. Anonymní alkoholici). Při léčbě je také důležitá včasná intervence a detoxifikace, tj. specifický léčebný postup, který má za cíl eliminaci psychoaktivní látky z organismu a minimalizaci jejich škodlivých účinků (Raboch a kol., 2012). Kolektiv autorů (tamtéž) dále uvádí, že při léčbě se používá senzitivizace, což je farmakoterapie zvyšující vnímavost organismu vůči alkoholu, dále terapie duálních diagnóz a terapie cravingu (silné touhy po droze).

Další diagnózy v klasifikaci duševních poruch a poruch chování vyvolaných účinkem psychoaktivních látek jsou poruchy vyvolané užíváním opioidů. Hosák a kol. (2015) uvádějí, že opioidy jsou přírodní polosyntetické nebo syntetické látky, které se vážou na specifické opiové receptory v mozku. Tyto látky se užívají kouřením perorálně a injekčně.

Opiáty přírodního původu jsou například opium, morfin, kodein. Opium má relativně slabé účinky a obsahuje množství chemických látek jako je kodein nebo morfin (Češkov, 2006). Při intoxikaci opiáty je narušeno chování, vyskytuje se apatie a zhoršení úsudku, zhoršení pozornosti, hůře je srozumitelná řeč, vyskytují se zúžené zornice. Při těžké intoxikaci může dojít k útlumu, k hypotenzi a hypotermii, což znamená ohrožení života (Češková, 2006).

Opiáty syntetického původu představují například heroin, hydromorfon, dihydrokodein. Heroin je velmi návykový a je preferenčně užíván intravenózně, protože rychle proniká do mozku a vyvolává reakci podobnou orgasmu, euforii následovanou zklidněním a ospalostí. Účinek při obvyklé dávce trvá několik hodin, proto musí být užíván několikrát denně, aby u závislých nevznikl abstinenční syndrom (Češková, 2006). Autorka (tamtéž) dále popisuje účinky intoxikace heroinem jako výraznou euforii, zrudnutí obličeje,

svědění kůže, mióza (zúžení zornic), závratě, snížení dechu, hypotenze, bradykardie, hypotermie.

Raboch a kol. (2012) rozdělují léčbu závislosti opiátů na léčbu akutní intoxikace a léčbu syndromu závislosti. Při léčbě akutní intoxikace se používá farmakoterapie. Detoxikace probíhá většinou ve zdravotnickém zařízení. Při léčbě syndromu závislosti se využívá komplexních programů, např. v terapeutických komunitách, dále se zde využívá substituční léčby apod. Proces léčby je však dlouhodobý a může trvat několik let.

Pod kódem F12 se nacházejí poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Nejčastěji užívanou formou je marihuana, která je tvořena sušenými listy a květy konopí, zatímco pryskyřice rostliny se nazývá hašiš (Češková, 2006). Autorka (tamtéž) dále uvádí, že vyšší dávky THC zapříčiňují euforické reakce podobné stavu vyvolanému halucinogeny, upozorňuje však na nebezpečí vyvolání úzkostných stavů a nepříjemného vnímání vlastního těla, na rozdíl od alkoholu se obsah THC v krvi snižuje pomalu, takže některé účinky marihuany mohou přetrvávat dlouho poté, co odezněly subjektivní pocity euforie či ospalosti. Užívání kanabinoidů může mít jak psychické, tak i somatické důsledky (Hosák a kol., 2015). Mezi psychické důsledky patří Amotivační syndrom, psychotické stavy paranoidní či paranoidně halucinatorní, které – pokud neodezní po akutní intoxikaci – se mohou změnit ve schizofrenii. Mezi somatické důsledky se řadí zhoršení imunitních funkcí, vyšší riziko nádorových onemocnění, respiračního traktu, další plicní komplikace, poruchy srdeční funkce, urogenitální nádory.

Raboch a kol. (2012) uvádějí, že k syndromu závislosti u THC nedochází, a pokud ano, má podobu psychické, respektive psychologické závislosti. Léčba tohoto syndromu spočívá v podávání malé dávky antidepresiv. Léčba akutního psychotického stavu spočívá v podávání benzodiazepinů.

Stimulancia jsou heterogenní skupina látek (teofylintheobromin, kokain, amfetamin, metamfetamin, fenmetrazin, a methylfenidát) zmírňující ospalost a únavu, zvyšující bdělost a vyvolávající euforii (Hosák a kol., 2015). Stimulancia se užívají za účelem zvýšení výkonu a užívají se jako látky tlumící chuť k jídlu, např. pervitin (Fischer, Škoda, 2014). Příznaky akutní intoxikace jsou následující: stimulační a anestetické účinky

euforie, zrychlené myšlení a rozhodování a zvýšení bdělosti. Nejvíce se akutní intoxikace podobá manickému syndromu (Hosák a kol.,2015). Při opakovaném užití stimulací se mohou vyskytnout halucinace a paranoidní bludy (Češková, 2006). Léčba akutní intoxikace je farmakologická. Léčba závislosti na stimulantech je dlouhodobá a nejčastěji se při ní uplatňuje psychoterapie (Raboch a kol., 2012).

1.2.1.2 Schizofrenie

V následujícím textu se budeme zabývat schizofrenií, která se dle MNK10 značí F20.1-F20.6 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR).

Název schizofrenie pro předmětné psychotické onemocnění použil až v roce 1911 Eugen Bleuler (významný švýcarský psychiatr). Výraz „schizofrenie“ lze přeložit jako "rozštěpení mysli", vychází z řeckého kořene „schizein“ (rozštěpit) a „phren“ (mysl) (Kuhn, 2004). Schizofrenií rozumíme závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného vnímat správně podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě (Raboch, Pavlovský, 2012). Nejběžněji se projevuje sluchovými halucinacemi, paranoidními či bizarními bludy nebo zmatenou řečí a myšlením jdoucí ruku v ruce s rozsáhlou sociální či pracovní disfunkcí (Os, Kapur, 2009).

Autoři Raboch, Pavlovský (2012) uvádějí, že prevalence schizofrenie je asi 1–1,5 % Autoři (tamtéž) uvádějí, že rozdíl mezi pohlavími je pouze v době nástupu onemocnění – u mužů začíná schizofrenie nejčastěji mezi 16 a 25 roky, u žen nejčastěji mezi 22 a 34 roky života.

Peterková (2018) uvádí, že neexistují dva stejní schizofrenici – to proto, že příznaků této poruchy může být u někoho mnoho a u někoho málo a ty se mohou různě kombinovat (psychoweb). Diagnostika schizofrenie se v současnosti opírá o zjišťování přítomnosti charakteristických skupin příznaků nemoci a funkčního narušení člověka (Raboch, Pavlovský, 2012). Dále Raboch a Pavlovský (2012) uvádějí, že v současnosti neexistuje žádný jednoznačný laboratorní test, který by jednoznačně identifikoval onemocnění schizofrenií. Psychiatr musí nemocného vyšetřit a velice často i nějakou dobu pozorovat, aby mohl podle přítomnosti jednotlivých příznaků a jejich dynamiky diagnózu stanovit či vyvrátit (Raboch, Pavlovský, 2012). Diagnostika schizofrenie je deskriptivní neboli popisná a neetiologická (Raboch, Pavlovský, 2012).

Dle Rabocha a Pavlovského (2012) můžeme schizofrenii rozdělit podle příznaků do tří velkých skupin – na pozitivní, negativní a kognitivní. Zjednodušeně můžeme říci, že pozitivní příznaky znamenají nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí a negativní příznaky znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí (Raboch, Pavlovský, 2012). Kognitivní příznaky vyjadřují oslabení schopností pamatovat si, soustředit se, plánovat a řešit problémy, což je těsně spjato s podstatou schizofrenie. Některé osoby trpící schizofrenií se chovají podivně nebo překračují společenské mravy (např. vysvlékání na veřejnosti). Mohou dále dělat zvláštní gesta nebo nevhodná mimická gesta a grimasy a zaujímat podivné postoje bez zjevných příčin (Peterková, 2018).

Příčina onemocnění schizofrenií není zatím dokonale prozkoumána. Podílí se na něm vzájemné působení četných faktorů, včetně genetických, komplikací v těhotenství a při porodu, jež mohou ovlivňovat vývoj mozku. Důležitou roli při rozvoji choroby hrají také biologické a sociální stresy (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017).

Dle autorů Duška, Večeřalové-Procházkové (2010) se schizofrenie rozděluje do několika následujících forem, které postupně představíme.

- **Paranoidní schizofrenie:** U tohoto typu musí být přítomny výrazné bludy a halucinace a oploštělost, nebo nepřiměřenost afektu, katatonní symptomy, myšlenková a řečová inkoherence. Tato forma je nejčastější a její průběh je epizodický.
- **Hebefrenní schizofrenie:** Při ní musí být přítomno trvalé oploštění a ochuzení afektů nebo trvalá nepřiměřenost afektu, chování je buď bezcílné a neurvalé, nebo je přítomna porucha myšlení projevující se v řeči, která je nesouvislá a inkoherentní. Porucha se obvykle rozvíjí pozvolna. Pacienti mají nevhodné až hulvátské chování, které postupně přechází v dezorientaci s emočním ochuzením a oploštělostí.
- U **Katatonní schizofrenie** jsou hlavními projevy poruchy psychomotoriky (kinetický až akinetický syndrom, hyperkinetický syndrom, parakinetický syndrom), v projevech se objevuje bizarnost.
- **Nediferencovaná schizofrenie** neodpovídá kritériím reziduální schizofrenie nebo postschizofrenní depresi.

- **V Residuální schizofrenii** se v minulosti vyskytla alespoň jedna ataka, která trvala po dobu alespoň jednoho roku a příznaky v psychice byly minimální, zůstávají však postprocedurální změny (defekt, psychopatizace).
- **Simplexní schizofrenie** se vyznačuje pouze obecnými příznaky, má pozvolný rozvoj symptomů. Diagnostika je velice obtížná, neboť připomíná poruchu osobnosti.

Vzhledem k tématu této práce nás zajímají také sociální dopady duševních onemocnění. V případě schizofrenie jde o sociální dopad na fungování člověka ve společnosti. Weimerová (2010) uvádí, že partnerské vztahy u lidí s tímto onemocněním jsou složitější. Člověk s duševním onemocněním si často přeje vztah navázat, ale není toho schopný, neboť nemoc propuká v období, kdy se partnerské vztahy tvoří. Autorka (tamtéž) uvádí, že pokud se takový pacient ničemu nevěnuje, hrozí pocit nudy, neúčinnosti, nenaplněnosti a dochází ke zhoršování psychického stavu. Dodává, že při tomto onemocnění může dojít k invalidizaci, ale neznamená to, že by tito lidé nemohli vůbec pracovat. Problémem však je, že schizofrenie nastupuje mezi čtrnáctým až dvacátým rokem života, takže většinou člověk s tímto duševním onemocněním nikdy nepracoval. Jarolínek (2010) uvádí, že schizofrenie je nejdražší psychiatrické onemocnění a třetí nejdražší onemocnění vůbec. Autor (tamtéž) dále upozorňuje na případy, kdy duševně nemocný člověk nevychází s rodinou nebo ji nemá, je agresivní, chová se asociálně a končí jako bezdomovec, tím pádem vypadne ze systému zdravotní a sociální péče a nikdo nemá ani zákonnou povinnost se o něho starat. Problém sociální práce s osobami bez přístřeší s duševní nemocí je zde tedy naznačen.

Dle autorů Rabocha a Pavlovského (2012) rozlišujeme při léčbě schizofrenie tři fáze: fázi akutních příznaků, fázi pokračující léčby až ke stabilizaci stavu a fázi udržovací léčby k zachování remise a prevenci relapsu. Autoři (tamtéž) dále uvádějí, že farmakologická léčba spočívá u schizofrenie v léčbě psychofarmaky, mimo ni se zde využívá psychoterapeutická léčba (individuální, skupinová, kognitivně-behaviorální a rodinná terapie).

1.2.1.3 Deprese

U osob bez přístřeší se také velice často vyskytuje z duševních onemocnění deprese (viz. kapitola Zdraví osob bez přístřeší). Depresivní porucha se v MKN-10 nachází pod

zkratkou F32 a 33, patří do skupiny afektivních poruch (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Deprese může být ojedinělá, mluvíme o epizodní depresi, nebo se epizody mohou opakovat, potom mluvíme o rekurentní depresivní poruše (Češková, 2006). Hosák a kol. (2015) uvádějí následující společné projevy pro oba rysy deprese: narušení nálady a afektivní kreativity, poruchy myšlení a intelektové výkonnosti, poruchy psychomotorické aktivity a somatické příznaky (insomnie s časným ranním vstáváním, snížení zájmu o sexuální aktivity, bolesti, kardiovaskulární potíže).

U **depresivní epizody** se dle autorů Duška, Večeřalové-Procházkové (2010) musí vyskytovat tato diagnostická kritéria: epizoda musí trvat nejméně dva týdny, u postiženého se nevyskytne hypomanická nebo magická epizoda a porucha není způsobena užíváním psychoaktivních látek. Češková (2006) přidává ztrátu sebedůvěry, výčitky, sebevražedné úvahy i sebevražedné jednání, nesoustředěnost, nerozhodnost, útlum poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu. MKN rozlišuje 4 typy depresivní epizody od lehké, přes středně těžkou, až po těžkou s psychotickými příznaky (Dušek, Večeřalová-Procházková, 2012).

Autoři (2012) tak uvádějí velice zajímavou epidemiologii u epizodické deprese. Prezентují ji jako jednu z nejčastějších psychických poruch v naší populaci. Dále uvádějí, že se v České republice vyskytuje téměř dvakrát častěji než v západoevropských státech, z toho také vyplývá mnohem častější sebevražednost.

Rekurentní (periodická) depresivní porucha postihuje dvakrát častěji ženy než muže a její celoživotní prevalence se odhaduje na 4–19 %. U 30 % pacientů jsou depresivní obtíže chronické a až 15 % pacientů spáchá sebevraždu (Raboch, Pavlovský, 2012). Při diagnostice tohoto onemocnění se v minulosti musela vyskytnout alespoň jedna depresivní epizoda a zároveň předchozí depresivní epizoda předcházela tu současnou nejméně o 2 měsíce (Dušek, Večeřalová-Procházková, 2012).

Hosák (2010) uvádí, že deprese výrazně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Depresivně nemocný člověk sám sebe považuje za více tělesně nemocného než stejně nemocný člověk bez deprese. Dle Vágnerové (2004) člověk podléhající depresím má nápadnou potřebu závislosti na vztahu, potřebuje podporu blízkých, avšak velmi často ji nedokáže správně vyhodnotit a vnímá jako nedostatečnou. Preis (2008) poukazuje na to, že deprese

má negativní vliv na průceschopnost nemocného, dochází ke zpomalování pracovního tempa, zhoršení soustředění a propad celkového pracovního výkonu. Vidíme, že i v případě této nemoci lze identifikovat značné sociální dopady na pacienta: subjektivně se stává závislým na rodinných příslušnících a je do značné míry negativně ovlivněna jeho schopnost pracovat. V těžších případech mu mohou být přiznány dávky invalidního důchodu, předpokládá to ovšem, že je dlouhodobě na tuto diagnózu léčen. Osoby bez přístřeší jsou však odkázány pouze sami na sebe, často nemají ani náhled choroby, ani energii žádat o dávky invalidního důchodu a prokazovat tuto svou potřebnost.

Léčba depresivní (jak epizodické, tak rekurentní) poruchy má tři základní cíle: změnit či odstranit příznaky, návrat nemocného do jeho původního sociálního a pracovního prostředí, zabránit relapsu při léčbě. Farmakologická léčba deprese by se měla doplňovat psychoterapií (Hosák a kol.2015).

1.2.1.4 Poruchy vyvolané stresem

Na závěr kapitoly o duševních onemocněních se budeme věnovat poruchám vyvolaným stresem, kam spadají akutní stresová reakce, posttraumatická stresová porucha, poruchy přizpůsobení a jiné reakce na těžký stres. V MKN se označují tyto poruchy kódem F43 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR). Tyto psychické poruchy vznikly na základě stresujících zážitků a poruchy přizpůsobení, je však důležité si uvědomit, že samotná životní událost nemusí vyvolat u každého jedince závažnou reakci (Dušek, Večeřalová-Procházková, 2012). Epidemiologie výskytu poruch vyvolaných stresem velice úzce souvisí se stresovou reakcí. Látalová a kol. (Medicina pro praxi, 2015) udává, že se jedná se o časté psychické onemocnění, které má dopad na kvalitu života pacienta. Nespecifikuje však, jaké konkrétní sociální dopady mohou mít takové poruchy pro tyto pacienty.

Akutní reakce na stres je přechodná odpověď na traumatickou událost. Intenzita reakce záleží na adaptační kapacitě jedince (Češková, 2006). Porucha někdy odezní sama bez léčby, pokud ne, je vhodné zasáhnout krátkodobou intenzivní psychoterapií nebo farmakoterapií (sedativa nebo anxiolytika) (Dušek, Večeřalová-Procházková, 2012).

Posttraumatická stresová porucha je opožděná protahovaná reakce na stresovou situaci katastrofického charakteru, pro kterou je typické opakované znovuprožívání traumatické

události, noční můry (Češková, 2006). Ke stresoru např. patří válka, přepadení, živelné katastrofy a podobně. Autorka (tamtéž) uvádí, že se může zdát paradoxní, že ačkoli posttraumatická stresová porucha může být vyvolána agresivním chováním, zároveň agresivní chování může také vyvolat. Léčba posttraumatické stresové poruchy je rozdělena na dvě části: včasnou léčbu – brzy po traumatu a léčbu již rozvinuté poruchy (Hosák a kol., 2015). U včasné léčby je důležité přemístit postižené jedince z místa dramatické expozice a zahájit krizovou intervenci, u léčby rozvinuté poruchy je indikována farmakoterapie a psychoterapie.

Poruchy přizpůsobení: Jejich příznaky se začínají rozvíjet během jednoho měsíce od stresové situace, která ačkoli není neobvyklého nebo katastrofického charakteru, přesto je iniciuje, např. v podobě krátké depresivní reakce, deprese delšího charakteru, úzkostné a depresivní reakce, napětí, obavy, strachu, agresivního chování a podobně (Dušek, Večeřalová-Procházková, 2012). Léčba má podpůrný charakter a spočívá v systematické psychoterapii včetně krizové intervence (Hosák a kol., 2015).

Z charakteru psychických poruch, jak jsme je představili, plyne, že nejen závislosti na návykových látkách jsou závažná onemocnění s fatálními důsledky, pokud není poskytnuta včasná léčba. I další duševní onemocnění způsobují oslabení či rozpad sociálních vazeb, bez kterých je paradoxně pro člověka s duševním onemocněním těžší podstoupit léčbu.

1.3 Sociální práce

Sociální práce nemá jednotnou definici. Podíváme-li se na definici z pohledu Mezinárodního etického kodexu sociálních pracovníků (2004), je sociální práce vnímána jako podpora sociální změny, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti.

Dle Musila (2010) je sociální práce odborné působení na účastníky problematických sociálních interakcí, kde cílem je dosáhnout vzájemné přizpůsobení, které by mělo vést ke zmírnění problematičnosti jejich interakce.

Starší pojetí sociální práce definuje Navrátil (2001), který uvádí, že sociální práce je obor, který má povahu profese, přičemž se v rámci vlastního vymezení opírá o koncept sociálního fungování. Snaží se tak o zlepšení sociálního fungování jednotlivců, skupin a komunit.

Jiný pohled na sociální práci podávají autoři Psychologické slovníku Hartl a Hartlová, kteří zde definují pomáhající profese jako „profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby pomoc mohla být účinnější“ (2015, s. 27).

Podíváme-li se na sociální práci z pohledu jejího cíle, můžeme uvést definici sociální práce autorek Levické a Filové (2010), které vnímají jako hlavní cíl sociální práce „zlepšení životních podmínek lidí v dané společnosti, snižování diskriminace a sociální nespravedlnosti, a kde klienti jsou ti, kteří se ocitli v krizi nebo jsou z nějakého důvodu utlačováni“ (Levická a Filová, 2010, s.122).

Matoušek (2007) nám poté podává vysvětlení pro nejednotnost v definici a cílech sociální práce a říká, že odlišnost se odvíjí od závislosti na historickém vývoji společnosti a také od závislosti na společenském, kulturním a teoretickém kontextu. Pod teoretickým kontextem se pak skrývají různé teorie, přístupy a dilemata sociální práce.

1.3.1 Sociální práce s osobami bez přístřeší

Jak popisuje i jedna z výše zmíněných definic, snahou sociální práce je obnovit sociální fungování klienta a vytvářet pro tuto obnovu vhodné společenské podmínky. Sociální pracovník, který je prostředníkem mezi klientem a společností, při své práci s klientem využívá nejen společenskou solidaritu, ale především vlastní síly klienta (Průdková, Novotný, 2008). Autoři (tamtéž) zdůrazňují, že v rámci sociální práce s osobami bez přístřeší je dobré si uvědomit, že ne každá osoba bez přístřeší usiluje o změnu v rámci svého sociálního fungování.

Odborníci Strnad, Marek a Hotovcová (2012) se shodují na dvou obecných systémech v rámci sociální práce. V prvním systému sociální pracuje s klienty, kteří postrádají motivaci ke změně, se sociální práce zaměřuje na snížení rizik, která vyplývají z jejich

způsobu života. Druhý systém zahrnuje motivované klienty ke změně a využívá zejména represivní a kontrolní opatření, která by měla vést k posilování klienta (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

Samotnou sociální práci s osobami bez přístřeší lze rozdělit do třech kategorií: preventivní aktivity, aktivity zaměřené na naplnění základních potřeb osob bez přístřeší a na služby zaměřené na reintegraci a soběstačnost klienta (Schwarzová; In Matoušek aj, 2005).

Jak uvádí Schwarzová (tamtéž), jsou v rámci preventivních aktivit nejdůležitější informace a s nimi spojené poradenství. V České republice je v rámci zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách poradenství děleno na základní a odborné, přičemž v oblasti bezdomovectví je poradenství osobám bez přístřeší poskytováno v občanských poradnách, azylových domech pro osoby bez přístřeší či v nízkoprahových centrech (Schwarzová; In Matoušek aj, 2005).

Hradečtí (2006) zdůrazňují v rámci prevence důležitost působení a fungování rodinného zázemí a dále dodávají, že v případě selhání rodiny je důležitá výpomoc z okolí klienta, nezapomínají také na informovanost ze strany medií, sociálních služeb apod.

Podíváme-li se na kategorii aktivity zaměřené na naplnění osobních potřeb, dostaneme se k sociálním službám, které poskytují v České republice nejčastěji azylové domy pro osoby bez přístřeší. Jak uvádí Schwarzová (In Matoušek, 2005), azylové domy mohou poskytovat několik forem azylového bydlení:

Krátkodobé bydlení – to je určené bydlení k překonání krizové situace.

Střednědobé ubytování – je klientem využíváno několik týdnů až měsíců, je zde vyšší úroveň bydlení než u krátkodobého ubytování. Liší se i míra soukromí klientů a je zde předpoklad aktivní snahy klienta o návrat k soběstačnosti.

Dlouhodobé ubytování – tato forma ubytování se nejvíce podobá přirozenému bydlení. Cílem dlouhodobého azylu je nácvik odpovědnosti a takových dovedností, které vedou k samostatnému životu. Klienti se podílejí na úhradě bydlení, mají stálý příjem a veškeré potřebné doklady. Jednou z forem z dlouhodobého azylu jsou chráněné a cvičné byty (Schwarzová; In Matoušek, 2005).

Do třetí kategorie jsme zahrnuli aktivity zaměřené na reintegraci, na soběstačnost daného klienta a na podporu zaměstnanosti. Cílem těchto aktivit je u klientů navýšit sociální dovednosti a schopnosti natolik, aby byli schopni se znovu začlenit do společnosti a uplatnit se na volném či chráněném trhu.

V České republice se setkáváme s několika formami takovéto pomoci. Například lze uvést:

Chráněná a podporovaná zaměstnání – s klienty se neuzavírá běžná pracovní smlouva. Pracovní prostředí je pro klienty co nejméně zátěžové a co nejvíce se snaží vycházet vstříc individuálním potřebám daných klientů. Pro tento typ služby jsou v zákoně o zaměstnanosti vytvářena tzv. chráněná pracovní místa. V podporovaném zaměstnání se už vyskytuje mezi klientem a zaměstnavatelem pracovní smlouva. Klient zde pracuje více samostatněji, a připravuje se na vstup na otevřený trh práce (Schwarzová; In Matoušek, 2005).

Veřejně prospěšné práce – cílem tohoto programu je poskytnutí pomoci klientům, kteří nemají dostatečnou praxi, mají nízkou kvalifikaci, nebo se nemohou uchytit na trhu práce (Schwarzová; In Matoušek, 2005).

Sociální firmy – v sociálních firmách klient se zaměstnavatelem uzavírá pracovní smlouvu a řídí se zákoníkem práce. Klient má zde plnou odpovědnost a je mu odváděn plat za odpracované hodiny, druh a kvalitu práce, kterou vykonává. Má možnost využívat podpůrných služeb v jiných zařízeních a zaměstnavatel mu vychází vstříc (Schwarzová; In Matoušek, 2005).

1.3.1.1 Organizace zaměřující se na pomoc osobám bez přístřeší

V následující kapitole si představíme několik významných organizací, které pomáhají osobám bez přístřeší v České republice. Dále se zaměříme na zařízení, ve kterých bude probíhat kvalitativní výzkum v rámci této diplomové práce.

Sdružení azylových domů v ČR

Sdružení azylových domů ČR (S.A.D.) bylo založeno v roce 1994 a je národní zastřešující organizací, která se věnuje výhradně podpoře služeb sociální prevence, jejíž

cílem je nejen soustředit subjekty profesionálně se zabývající problematikou osob bez přístřeší nebo lidi ohrožené ztrátou bydlení, ale zejména hájit jejich zájmy a poskytovat jim kvalitní prostředí pro fungování (Azylové domy). S.A.D. neposkytuje služby přímo osobám bez přístřeší, ale sdružuje sociální služby a vytváří kooperující síť azylových domů a dalších typů služeb poskytujících pomoc lidem v nouzi (Azylové domy,2016). Tato organizace (tamtéž) uvádí, že jako jediná je jedinou organizací svého druhu a patří do mezinárodní organizace FEANTSA (Evropská federace organizací pracujících s bezdomovci). S.A.D. například financuje projekty Krok ku zdraví, v rámci, kterého probíhají dvoudenní semináře týkající se zdravotní gramotnosti a hygieny a aktuálně pracuje na projektu Rozvoj služeb pro osoby bez domova pod střechou (EFCR,201).

Armáda spásy

Armáda spásy je mezinárodní křesťanská organizace, která působí v České republice především v Praze, v Moravskoslezském a Karlovarském kraji, která poskytuje sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a práci s osobami bez domova v seniorském věku, pro rodiny s dětmi například nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, služby následné péče pro lidi se závislostmi, a v neposlední řadě služby pro osoby bez přístřeší, například azylové domy, sociální byty a sociální rehabilitace (Armáda spásy).

Dále vytvořili a provozují službu s názvem Pouliční medicína, která spočívá v systematickém přístupu k poskytování zdravotní péče osobám bez domova žijícím na ulici, a to formou terénní práce, kdy terénní pracovník a lékaři provádějí pěší pochůzky a navštěvují osoby bez přístřeší i v odlehlých lokalitách (Armáda spásy). Dalším zajímavým terénním programem, který provozuje pražská pobočka Armády spásy, je prevence bezdomovectví v rámci, kterého se snaží osoby bez přístřeší rozvíjet schopnosti spojené se samostatným bydlením a získávat a rozvíjet rodičovské dovednosti. Dále se s klienty zaměřují na finanční gramotnost a hledání a následné udržení zaměstnání.

Charita České Republiky

Největším nestátním poskytovatelem zdravotních a sociálních služeb v České republice je Charita České republiky, která se mimo jiné věnuje i osobám v nouzi a bez přístřeší.

Pod městskou charitu České Budějovice spadá Dům sv. Pavla, který poskytuje komplex služeb lidem ohrožených sociálním vyloučením a pomáhá jim k nalezení vlastního bydlení, k návratu na trh práce a v integraci do běžného života společnosti (MCHCB). V Domě sv. Pavla jsou poskytovány následující sociální služby: azylový dům pro muže, noclehárna pro muže, nízkoprahové denní centrum pro muže a ženy, dále jsou zde poskytovány fakultativní služby jako například ošetrovna, charitativní šatník a vydávání polévky, pohovory s psychoterapeutem, při domě sv. Pavla funguje také bezdomovecké divadlo (MCHCB,2018).

1.3.2 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním

Sociální práce s osobami s duševním onemocněním klade vysoké nároky nejen na sociálního pracovníka a samotného klienta, ale také na klientovo nejbližší okolí. Jak uvádí autorky Mahrová a Venglářová (2008) má sociální práce s touto skupinou mnoho podob, rozmanitou dobu trvání i různé cíle. Péči o klienty lze poskytovat formou krátké krizové intervence, která má vést ke stavu duševní rovnováhy u klienta, až po dlouhodobou spolupráci v rámci case managementu (tamtéž). Dále Mahrová a Venglářová (tamtéž) dělí sociální práci s osobami s duševním onemocněním na individuální, skupinovou a komunitní.

Zůstaneme-li u dělení sociální práce výše zmíněných autorek, dozvídáme se, že při individuální péči sociální pracovník nejdříve zjistí celkový stav klienta. Sociální pracovník tedy zjišťuje jeho zdravotní stav, přání a potřeby, finanční situaci, je také v kontaktu s rodinou klienta, spolupracuje s jeho okolím i veřejností. Sociální práce stojí na individualitě každého klienta (Probstová, 2005).

Oproti předchozí metodě sociální práce, která se, jak již víme, zakládá na individuálních potřebách každého klienta a také zasahuje do klientova prostředí, skupinová metoda sociální práce staví na teorii, že člověk je tvor společenský a je tudíž neustále součástí nějaké sociální skupiny. Skupinová sociální práce proto využívá ze skupinové dynamiky možnosti vzájemného výchovného ovlivňování a působení jako prostředku socializace (Probstová, 2005).

Komunitní sociální práce jako metoda využívá prvky skupinové práce, a navíc usiluje o zlepšení zdravotních služeb v dané komunitě, o zkvalitnění života všech v komunitě a také o zdravé a kvalitní bydlení (Probstová, 2005). S komunitní prací s duševně nemocnými se nejčastěji setkáváme v tzv. terapeutických komunitách, které jsou specifickou formou skupinové léčby (tamtéž). Terapeutické komunity se snaží klientům vytvořit takové podmínky, které se co nejvíce přibližují běžnému životu, tudíž členové komunity, kteří spolu po nějakou dobu žijí, pracují a baví se, projektují do života skupiny své problémy týkající se zejména vztahů s lidmi okolo nich (Probstová, 2005).

1.3.3 Role sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním

Sociální pracovník při práci s osobami s duševním onemocněním nachází uplatnění zejména v různých psychiatrických léčebnách, v léčebných komunitách, v komunitních zařízeních jako jsou např. denní centra, zařízení podpory práce a bydlení či krizová centra (Matoušek, 2005). Dále Matoušek (tamtéž) dodává, že by se sociální pracovník měl orientovat v základních pojmech týkající se dané problematiky, umět získávat informace od klienta a jeho okolí, umět komunikovat s ostatními členy týmu, dalšímu odborníky, znát systém sociálního zabezpečení a být orientován v hodnotách společnosti i jednotlivých etnických skupin.

Mahrová a Venglářová (2008) poukazují na vlastnosti sociálního pracovníka ze strany klienta a uvádí, že klient od sociálního pracovníka potřebuje poskytnutí podpory, vytvoření prostoru, kde by klient mohl sdílet své pocity, emoce, a popsat situaci, ve které se nachází, a také nabýt dojmu, že pracovníkovi na obsahu sdělení záleží.

Autoři Pěč, Probstová (2009) vymezují roli sociálního pracovníka následovně: „Sociální pracovník je nejvíce v kontaktu s rodinou či sociální sítí pacienta....

Sociální pracovník:

- poskytuje pacientům poradenství v sociálně-právní oblasti,
- pomáhá zlepšovat kompetence pacienta v oblasti sociální, pracovní či využití volného času, může se v tomto ohledu uplatnit ve specializovaných oblastech rehabilitačních intervencí,

- obvykle pracuje v roli případové vedoucího, zabývá se životní situací klienta komplexně, poskytuje přímou podporu v těžkých sociálních situacích pacienta
- pracuje s pacientem v jeho přirozeném prostředí,
- pracuje přímo nebo (častěji) spolupracuje s odborníky z jiných oblastí. "

(Pěč, Probstová, 2009, s. 131)

1.3.3.1 Systém sociální péče o lidi s duševním onemocněním

Několik autorů, mezi nimi i Styblíková (2015) uvádí, že systém péče o osoby s duševním onemocněním je v České republice nedostatečný a nepružný. Styblíková (tamtéž) dodává, že většina sociálních služeb je soustředěna v psychiatrických nemocnicích, kde z celkového počtu přibližně deset tisíc dvě stě psychiatrických lůžek připadá kolem devíti tisíc na psychiatrické nemocnice, zbytek se pak týká nemocnic všeobecných a fakultních.

V České republice se můžeme setkat s následujícími formami péče o osoby s duševním onemocněním.

Komunitní péče

V odborné literatuře se můžeme setkat s různými pohledy na komunitní péči. Dle psychiatra MUDr. Jarolímka (Esprit, r. XIV, s. 8–9) v České republice komunitní zařízení až na výjimky neexistují. Skutečnost je taková, že systém péče je opřený o velké psychiatrické nemocnice, doplněný sítí psychiatrických ambulancí. Naopak Matoušek (2010) uvádí, že u nás je komunitní péče o psychicky nemocné zajišťována nestátními neziskovými organizacemi a je poskytována nejčastěji ve formě sdružení psychicky nemocných.

Pod pojmem komunitní péče si lze představit nejen péči v místním společenství, ale též služby, které poskytuje obec, tedy péči, která směřuje na potřeby lidí, nikoli na budování institucí (Matoušek, 2010). Dále komunitní péče představuje dostupnost služeb, jejich flexibilitu, orientaci na potřeby a způsob života klientů, uplatnění klientů spolu s rodinami při utváření i kontrole kvality služeb (tamtéž).

Psychiatrická rehabilitace

Rehabilitací rozumíme soubor postupů a metod, které vedou ke zmírnění či odstranění důsledků vzniklého postižení (Malá, Pavlovský, 2002). Cílem sociální rehabilitace je návrat do společenského a pracovního života, kde v u osob s duševním onemocněním tento proces začíná už během jejich psychiatrické hospitalizace, při které je klient pomalými kroky vtahován do pracovních, pohybových a kulturních aktivit (Matoušek, 2008).

Psychiatrická rehabilitace stojí na principech, mezi které počítáme zdokonalení kompetencí a způsobilosti u osob s duševním onemocněním, posilování zdrojů podpory v prostředí klienta, aktivní participace postižených, eklekticismus a naděje (Pěč, Probostová, 2009).

Multidisciplinární tým

Jak uvádí Čadková-Svejkovská (2008), důležitost multidisciplinárního týmu stojí na faktu, že u lidí s duševním onemocněním je nutno zabývat se větším množstvím různých potřeb, a to většinou současně a napříč různými odbornostmi. Multidisciplinární tým tedy spolupracuje s dalšími institucemi, odborníky a osobami, které jsou součástí klientovy sociální sítě (Matoušek, 2008). Role sociálního pracovníka pak spočívá v kvalifikovanosti pro práci s lidskými vztahy, životním prostředím a dalšími podmínkami, které mají vliv na život duševně nemocných a společně s klientem v naplňování jeho cílů a řešení klientovy obtížné situace (tamtéž).

Pracovní rehabilitace

Jak uvádí Jankovský et al. (2005), prostředky pracovní rehabilitace nemají za cíl pouze pracovní přípravu klienta, ale jedná se o mnohem širší proces, ve kterém je klientům věnována soustavná péče v takové míře, aby se klienti mohli uplatnit v pracovní činnosti.

V České republice je sociální rehabilitace upravována v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů a v zákoně stojí, že se jedná o souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osob se zdravotním postižením.

Podpora bydlení

V systému podpory bydlení můžeme nalézt chráněné bydlení, komunitní bydlení, domy a byty na půl cesty či různé formy podporovaného bydlení. Pro početnou skupinu osob s duševním onemocněním je nalezení podpory v oblasti bydlení důležitým krokem v procesu opětovného zařazení do společenského a pracovního prostředí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Dle autorů Pěče a Probostové (2014) má tato forma péče klientům pomoci zlepšit si sebedůvěru, získat samostatnost a takové dovednosti, které jim umožní žít nezávisle na institucích, a vytvořit si tak vlastní domov.

Z rozboru sociální práce s lidmi s duševním onemocněním vyplívají dvě podstatná zjištění, v České republice soustředěna často spolu s medicínskou léčbou do velkých psychiatrických léčeben. Sociální pracovníci fungují často i v jiné formě péče mimo psychiatrické nemocnice jako členové podpůrných týmů. Ve své práci se orientují především na spolupráci s rodinami svých duševně nemocných klientů a zaměřují se na dvě důležité oblasti: a to na udržitelnost jejich bydlení a na jejich pracovní zařazení. Zřejmě se tak může dít jednak za podpory rodinných příslušníků, jednak z titulu finančního zabezpečení duševně nemocných (pokud buď nemoc zcela neznemožňuje jejich pracovní zařazení, nebo pokud pobírají invalidní důchod z titulu své nemoci).

Navíc sociální práce s lidmi s duševním onemocněním přichází na řadu většinou jako součást rehabilitace těch, kteří prošli terapií. To znamená, že jejich onemocnění bylo řádně diagnostikováno a léčeno.

1.3.3.2 Právní otázky v sociálně zdravotní péči o osobu s duševním onemocněním

V následující kapitole se budeme zabývat spornými body v legislativě, které ztěžují jak péči zdravotní, tak sociální s klienty s duševním onemocněním, kteří nemají náhled na svůj zdravotní stav. A dále se budeme zabývat mlčenlivostí zdravotních pracovníků.

Ortel (2012) ve své publikaci uvádí, že u některých lidí s duševním onemocněním, je-li narušen kontakt s realitou, se schopnost rozhodování anebo posouzení stavu situace a jejich důsledku liší v určitých aspektech v jejich právním postavení. Petr (2014) poukazuje na časté situace, kdy se profesionálové často ocitají na pomezí zdravotnictví, sociálních a právních věd. Autor (tamtéž) uvádí, že sporné situace mohou nastat

například při nedobrovolné hospitalizaci, v případě zásahů do osobních svobod člověka při posuzování způsobilosti k právním úkonům nebo způsobilosti řídit motorová vozidla. Touto specifickou oblastí se zabývá soudní psychiatrie, která aplikuje poznatky z psychiatrie na jednání osob v souvislosti s právními předpisy. V České republice neexistuje samostatná psychiatrická legislativa, ale právní principy jsou roztrženy v řadě legislativních norem (Petr, 2014). Švarc (2015) dodává, že problematická je nejen rozsáhlost a komplikovanost zákonů, ale jejich častá duplicita a někdy i protichůdnost.

Zákon číslo 372/2011 sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v §38 upravuje podmínky hospitalizace pacienta a poskytování zdravotních služeb bez souhlasu a použití omezovacích prostředků v následujících třech případech:

- Jestliže pravomocným rozhodnutím soudu byla uložena léčba, nařízena izolace, nebo bylo nařízeno vyšetřování zdravotního stavu (dle trestního řádu, či zvláštních nařízení soudu).
- Jestliže pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a zároveň jeví známky duševní poruchy, nebo touto poruchou trpí, nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit.
- Jestliže pacientův zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas (Zákon pro lidi,2018).

Dále zákon 372/2011 sb. hovoří o poskytnutí péče bez souhlasu pacienta v případech, kdy zdravotní stav neumožňuje souhlas vyslovit, nebo v případě léčby duševního onemocnění, pokud by došlo v důsledku neléčení k vážnému poškození pacienta. Zákon dále uvádí, že bez souhlasu lze poskytnout též jiné zdravotní služby, stanoví-li tak zákon o ochraně veřejného zdraví, a záchytnou službu (Zákon pro lidi,2018).

V případě nedobrovolné hospitalizace musí lékař do 24 hodin od přijetí pacientů oznámit tuto skutečnost soudu a ten musí do tří měsíců vydat usnesení o přípustnosti převzetí pacienta do ústavu bez jeho souhlasu (Raboch a kol.2012).

Tento zákon je v souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně v článku 7, kde se uvádí, že v souladu s podmínkami stanovenými v zákoně na ochranu těchto osob včetně právní úpravy na dohled, kontrolu a odvolání, může být osoba s vážnou duševní poruchou

podrobena zákroku bez vlastního souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví (Česká lékařská komora, 2018).

Zákon 372/2011 sb. a Úmluva o lidských právech a biomedicíně se však dostává do rozporu se Základní listinou práv a svobod, která v článku 5 říká, že každý je způsobilý mít práva (Zákon pro lidi, 2018).

Další legislativně problematickou oblastí v sociální péči je sdílení informací o zdravotním stavu. Zákon 372/2011 upravuje zachování mlčenlivosti v souladu se zdravotními službami, kdy poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Zákon 372/2011, §45 odstavce g, však uvádí, že jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb je povinen lékař předat potřebné informace o zdravotním stavu pacienta, které jsou nezbytné k zajišťování návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi.

Pro téma této diplomové práce z uvedených informací plynou především tyto dvě skutečnosti: Osoba s duševním onemocněním může být hospitalizována, pouze pokud je ohrožena svým jednáním, nebo ohrožuje své zdraví, anebo ohrožuje okolí. I v tomto případě jsou porušena lidská práva takové osoby a o hospitalizaci rozhoduje soud. Tlak na hospitalizaci bez souhlasu takového pacienta vytváří nejčastěji nejbližší lidé pacienta, členové rodiny. K těm má však člověk bez přístřeší daleko, jeho bezdomovectví může být i důsledkem jeho nemoci. Kompetence sociálního pracovníka jsou v této situaci nejasné. Následnou péči o osoby s duševním onemocněním stěžuje i uzákonění mlčenlivosti. V praxi díky tomuto zákonu se sociální pracovník často nedostane k informaci o případném duševním onemocnění klienta, protože jeho pomoc nesouvisí s následnou péčí o nemocného.

1.3.4 Sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění

Smyslem této kapitoly je propojit aktuální poznatky o lidech bez přístřeší s poznatky o duševních onemocněních, se kterými se často jejich způsob života pojí, a se zásadami sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.

Vyjdeme z charakteristiky zdravotního stavu lidí bez přístřeší spojeného s duševním onemocněním a pokusíme se najít, jaké možnosti jsou teoreticky v sociální práci popsány ve směru reakce na tyto skutečnosti. Předpokládáme, že tato závěrečná kapitola teoretické části práce vyústí do formulace výzkumných otázek pro empirickou část.

Duševní onemocnění a látkové i nelátkové závislosti jsou silně spojeny s bezdomovectvím (Hans Y. Oh, 2014). Stejně jako u fyzických nemocí, tak i u duševních onemocnění existují studie z vyspělých zemí, které poukazují na to, že psychiatrická nemocnost v populaci bezdomovců je výrazně vyšší než u běžné populace (Pascual, 2008). Dvořáčková (2016) uvádí, že zneužívání návykových látek je mnohem častější u bezdomovců než u běžné populace, proto je tato problematika vnímána jako celosvětový problém.

Výzkum, který byl realizován České republice v letech 2002 až 2003, konstatoval, že v Nemocnici Na Bulovce bylo podrobena psychiatrickému vyšetření 257 „zjevných“ bezdomovců, z toho 225 mužů a 32 žen. Závažnými duševními potížemi trpí 23,6 % mužů a 41 % žen, mírné potíže má dalších 34,2 % mužů a 28 % žen (Dragomirecká., Kubisová, 2004). V rámci České republiky přesnější výzkum psychických nemocí osob bez přístřeší přináší Šukpová a kol. (2007), která prezentuje následující statistická data z ordinace praktického lékaře:

- „závislosti (23 %),
- depresivní stavy (19 %),
- poruchy spánku (17 %),
- reakce na stres a poruchy přizpůsobení (16 %),
- nemoci schizofrenního okruhu (8 %),
- poruchy osobnosti (4 %),
- úzkostné poruchy (2 %),
- ostatní (11 %).“

Z finského výzkumu Duševní poruchy a užívání primární zdravotní péče mezi osobami bez přístřeší v metropolitní oblasti Helsinky, který probíhal ve čtyřech azylových domech, vyplývá, že 89 % mělo duševní poruchu (včetně užívání drog) (BMC Health Services Research, 2017). Tuto studii můžeme porovnat s výzkumem prevalence psychických nemocí u osob bez přístřeší, který proběhl v Hongkongu a který přináší

podrobnější informace. Tato studie uvádí, že bod prevalence duševních onemocnění je 56 %. 71 % respondentů uvedlo ve zdravotnické anamnéze duševní onemocnění. Dále tato studie poukazuje na to, že 30 % respondentů mělo poruchu nálad, 25 % mělo abúzus alkoholu, 25 % užívalo další návykové látky, 10 % mělo psychotickou poruchu, 10 % mělo úzkostnou poruchu a 6 % mělo v anamnéze demenci. 40 % jedinců s duševním onemocněním podstoupilo předchozí psychiatrickou diagnostikou. Pouze 13 % osob s duševním onemocněním byla poskytována v době trvání výzkumu psychiatrická péče. Ze závěru vyplývá, že prevalence psychotických poruch, demence a míra léčby je u osob bez přístřeší značně podceňována (LarinaChi-Lap Yim, at al.2015).

U mládeže bez domova je užívání látek vyšší než u obecné populace (Diane M. Santa Maria at al. 2018). Z výzkumu Prevalence a korelace užívání látky u mladistvých a mladých dospělých bezdomovců, který probíhal v Texasu v USA, vyplývá, že nejvíce ohrožené toxikomanií tvoří komunity pouliční a lesbické, homosexuální, bisexuální nebo mladí lidé, kteří experimentují (Diane M. Santa Maria at al. 2018). Výzkum užívání drog v marginalizovaných skupinách, který se uskutečnil v Praze, přináší přehled nejužívanějších látek u osob bez přístřeší (Národní monitorovací středisko pro drogy). V rámci tohoto výzkumu byli respondenti tázáni na užívání návykových látek v posledních šesti měsících. Závěry byly následující:

- Abstinenci 18 %
- Konzumenti alkoholu bez problémů 59 %
- Nadměrní konzumenti alkoholu 24 %
- Drogy 61 %
 - Pervitin 39 %
 - Konopí 21 %
 - Subutex 9 %
 - Heroin 2 %
 - Kokain 1 %

Osoby bez přístřeší tedy vykazují oproti majoritní skupině obyvatel vyšší procenta výskytu duševních onemocnění. Tento stav zapříčiňuje mnoho faktorů od zanedbání zdravotní péče, nedostatek spánku, špatné životosprávy až po abúzus alkoholu. Ačkoli se

výzkumy liší v otázce nejčastějšího výskytu onemocnění, jde u duševních onemocnění bezkonkurenčně nejčastěji o závislosti, dále depresivní stavy a poruchy spánku.

Zrekapitulujme, co jsme zkonstatovali jako stěžejní pro sociální práci s klienty s duševním onemocněním: že se orientují ve svých podpůrných opatřeních zejména na čtyři záchytné body, a to na spolupráci s rodinami, na udržitelnost bydlení, na pracovní zařazení a na finanční zabezpečení klientů (přínejmenším ve formě dávek invalidních důchodu).

U osob bez přístřeší však tyto záchytné body odpadají, ať už je – jak jsme uvedli výše – ztráta rodinných vazeb, bydlení, práce i finanční situace důsledkem jejich onemocnění, nebo je jejich onemocnění důsledkem jejich způsobu života.

Situaci komplikuje ještě nepřehledná legislativa, která nepočítá se zapojením sociálních pracovníků, kteří se nezapojují bezprostředně do rehabilitační fáze léčby duševně nemocných lidí. Z titulu své práce je nemají poskytovatelé zdravotní péče právo informovat o zdravotním stavu pacientů. Problémem je také možnost sociálních pracovníků přesvědčit duševně nemocného člověka bez přístřeší o tom, že by měl nastoupit léčbu, eventuálně s ním řešit problém zdravotního pojištění či invalidního důchodu.

V problematice sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění se proto jeví jako zásadní otázka, o co se ve své práci v praxi opírají sociální pracovníci pracující s touto skupinou klientů. Zejména za předpokladu, který taktéž vyplývá z předcházejících rozborů současné situace, že lidé bez přístřeší často svůj zdravotní stav podceňují a současným zdravotním systémem jako neplatiči zdravotního pojištění často propadají, to znamená, že je problémem i řádná diagnóza jejich duševní nemoci.

2 Formulace cíle výzkumu, základní výzkumná otázka, dílčí výzkumné otázky

Na úvodu teoretické části práce jsme zformulovali základní výzkumnou otázku pro výzkum v této empirické části následovně:

O jaké záchytné body v prostředí klientů a ve formulaci svých cílů se opírají sociální pracovníci pracující s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním?

Základní výzkumnou otázku pro kvalitativní výzkum členíme do následujících dílčích otázek:

- 1. Jak vnímají sociální pracovníci osobnosti samotných klientů s duševním onemocněním a možnosti jejich návratu do fungování ve společnosti?**
- 2. Jak vnímají svoje profesní možnosti?**
- 3. Vnímají bariéry ve své práci?**
- 4. Mají ideální představu o podmínkách, za kterých by systém sociální práce s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním dobře fungoval?**

3 Metodologie výzkumu

Před začátkem výzkumu je potřeba udělat zásadní metodologická rozhodnutí. Popisujeme zde volbu výzkumné strategie (rozhodnutí), které se týkají zajištění kvality výzkumu a zajištění etické stránky výzkumu.

3.1.1 Volba výzkumné strategie

Jak jsme uvedli v teoretické části práce, kvalitativní přístup se nám zdál v našem výzkumu jako vhodný, protože jsme při hledání odborné literatury týkající se zvoleného problému narazili na skutečnost, že neexistuje příliš mnoho prací, které by se věnovaly přímo problematice sociální práce s osobami bez přístřeší, které trpí nějakou duševní nemocí. Protože – jak uvádějí Švaříček, Šed'ová a kol. (2007): „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, Šed'ová a kol. 2007, s. 17)

Konkrétněji vyjádřeno kvalitativní výzkum použijeme, když chceme porozumět podstatě jevů, o nichž toho příliš nevíme, nebo když chceme ke známým jevům získat nové a neotřelé názory (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). Právě to je případ tématu této diplomové práce. Chceme popsat všeobecně známý jev, že mezi lidmi bez přístřeší se vyskytuje mnohem větší procento duševně nemocných než v běžné populaci, z pohledu sociálních pracovníků, jejichž úkolem je pomáhat takovým klientům zpět do společnosti. Zajímá nás přitom nejen jejich profesní vybavení, jejich strategie pomoci, ale také jejich subjektivní vnímání problematiky lidí bez domova s duševní nemocí, bariéry, na které narážejí, vzdálenost reality jejich práce od ideálu, a samozřejmě další jevy, které v tuto chvíli nemůžeme předpokládat. Zajímá nás, jakým slovníkem všechny tyto jevy popisují, zda lze z jejich popisu usoudit význam jejich vlastní osobnosti, osobnosti klienta apod.

3.1.2 Zajištění kvality výzkumu

Před návrhem designu výzkumu musíme promyslet, pomocí jakých postupů zajistíme kvalitu našeho výzkumu, a to vzhledem ke kritériu validity a reliability.

Validita kvalitativního výzkumu sleduje, nakolik je možné určitý výzkum považovat za objektivní, což znamená, že nálezy reprezentují skutečné jevy, ke kterým odkazují, je to také stupeň, do jakého jsou závěry správně interpretovány, tedy, zda skutečně data, která autor hodnotil, vyústily v závěry, které reálně podporují teorii, kterou vytvořil. V tom případě jde o vnitřní validitu (Hendl, Remr, 2017). V našem případě jsme se rozhodli, že pro zajištění určité míry validity použijeme při vytváření kategorií a hledání vztahů mezi nimi pro audit jednoho kolegy a dále budeme nalezené kategorie doplňovat o přímé citace z výroků účastníků výzkumu. V závěru výzkumu potom v rámci dodatečné validizace srovnáme závěry našeho výzkumu s odbornou literaturou.

Reliabilita – spolehlivost kvalitativního výzkumu – znamená vlastně přesnost a pečlivost, s jakou autor složil obraz studované reality do jedné teorie (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Zajistíme ji pomocí přesného přepisu nahrávek rozhovoru a tím, že zdokumentujeme způsob, jakým jsme z dat vytvářeli nadřazená témata a kategorie.

3.1.3 Etická dimenze výzkumu

Podle Švaříčka, Šedřové a kol. (2007) jde především o zvážení, jaké důsledky by mohlo mít zveřejnění závěrů výzkumu pro jeho účastníky. V rámci dodržení tohoto principu chceme zajistit především, že nezveřejníme data, která by umožnila čtenáři identifikovat účastníky výzkumu, to znamená, že jsme pouze popsali charakter města, ve kterém se výzkum konal, a neuvedli jeho jméno, dále jsme neuvedli rodná jména účastníků výzkumu, tyta jména jsme anonymizovali, přičemž tento fakt bude zřejmý čtenáři. Ani zastřešující organizace, pro kterou komunikační partneři pracují, nebyly jmenována, ačkoliv jejich pracoviště se nacházejí na řadě míst v České republice.

V úvodu každého interview jsme požádali komunikační partnery o souhlas s audionahrávkou rozhovoru a s využitím získaných dat pro výzkumné účely. Komunikační partnerky dobrovolně poskytly rozhovor a byly seznámeny s cílem a využitím výzkumu.

3.2 Metoda výzkumu

V rámci kvalitativního výzkumu jsme se rozhodli použít analýzu témat s následným použitím prvků zakotvené teorie (otevřené, selektivní a axiální kódování), na jejichž základě se pokusíme o vytvoření ucelenějšího obrazu zkoumané reality. Vzhledem k náročnosti vytvoření zakotvené teorie, jak ji popisuje odborná literatura (např. Strauss, Corbinová, 1999), si klademe poněkud jednodušší cíl – výzkum explorativního charakteru, a to vzhledem k menší zkušenosti autorky této práce a rozsahu diplomové práce.

3.3 Volba výzkumného vzorku v kontextu místa výzkumu

Jako první krok představujeme komunikační partnery zvolené pro výzkum. Jména jednotlivých komunikačních partnerek jsou anonymizována:

Adéla

Adéla je absolventka vysokoškolského magisterského studia v oblasti sociální práce. Pracuje jako sociální pracovnice sedm a půl roku. Šest a půl roku se věnuje osobám bez přístřeší v rámci terénní sociální služby. V rámci této služby sociální pracovníci kontaktují osoby bez přístřeší a nabízejí jim pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Sociální pracovníci zde pomáhají klientům s administrativními úkony a v otázkách bydlení. Dále doprovázejí klienty na úřady a poskytují jim potravinovou a materiální pomoc.

Věra

Nejvyšší dosažené vzdělání Věry je magisterské, v oblasti sociální práce. Před ním však absolvovala vyšší odbornou školu. Věra pracovala dva půl roku na částečný úvazek v azylovém domě pro matky s dětmi. V současné době působí jako sociální pracovnice pro azylový dům, který má kapacitu 25 lůžek. Jejimi klienty jsou pouze muži, kteří se zde mohou ubytovat maximálně na rok. Tuto službu si klienti sami hradí.

Ludmila

Ludmila je absolventka bakalářského studia v oblasti sociální práce. Ihned po studiu se začala věnovat lidem bez domova v terénní sociální službě pro osoby bez přístřeší, kde pracuje přes tři roky. Kapacita sociální služby je zhruba 150 klientů v terénu.

Anna

Anna absolvovala bakalářské studium v oblasti sociální práce. Již dříve se věnovala sociální práci s narkomankami. Nyní se zhruba tři a půl roku věnuje osobám bez přístřeší v rámci terénní sociální práce. Kapacita této služby čítá zhruba 130 až 140 klientů.

Blanka

Blanka absolvovala vyšší odbornou školu v oblasti sociální práce, po které nastoupila do zaměstnání, které bylo mimo sociální oblast. Nynější zaměstnání, kde je zaměstnána již rok a půl je zároveň první v oblasti sociální práce. Blanka pracuje jako sociální pracovnice pro noclehárnu a nízkoprahové denní centrum. Kapacita denního centra činí dvacet klientů v jeden okamžik. Klienti zde mohou využívat možnosti vyprat si prádlo a uvařit si a obstarat základní hygienu. Dále zde mohou využívat sociálního poradenství, psychoterapie a pastorační asistence. Noclehárna je ambulantní sociální služba, kde si klienti předplácí pouze jednu noc.

Olga

Olga absolvovala bakalářské studium v oblasti sociální práce. Dříve se věnovala zdravotnictví. Práci s osobami bez přístřeší se věnuje sedm let a jde o její první zkušenost v oblasti sociální práce. Nyní je vedoucí denního centra, noclehárny a azylového domu.

Všechny komunikační partnerky pracují v českém městě s počtem obyvatel okolo 100 000. Jejich společným zaměstnavatelem je nezisková organizace, která sama popisuje svoje zaměření jako pomoc potřebným lidem v ČR a mimo ni. Ve městě, kde probíhal výzkum, nabízí směrem k lidem bez přístřeší terénní sociální služby, denní centrum, noclehárnu a azylový dům. Vzhledem k lidem s duševním onemocněním nabízí

ambulantní sociálně terapeutickou činnost. S prací v této sociální službě má bezprostřední pracovní zkušenost pouze Adéla.

Z uvedených informací plyne, že výběr komunikačních partnerek nebyl náhodný, ale zaměřený na získávání specifických informací (Mareš, on-line). V rámci výzkumu jsme tedy použili dat získaných z jednoho města, od komunikačních partnerek z jedné organizace vybraných s ohledem na jejich schopnost podat specifické informace. Tím pádem jsme museli také několik zdrojových interview vyřadit právě pro nezkušenost komunikačních partnerů. Jedna neměla s daným tématem zkušenost z důvodu vysokého prahu zařízení, kde pracovala, který plynul z absence noční služby v tomto zařízení. Druhá pracovala v typu azylového domu, kde nepřišla do styku s lidmi bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. Jeden komunikační partner měl problém právě s podáváním informací, které by se specificky vztahovaly ke zkoumanému problému. Poslední komunikační partnerka byla vyřazena z důvodu, že se nám při kódování jevil soubor otevřených kódů jako nasycený.

Těmito skutečnostmi mohou být výsledky výzkumu omezené, protože mohou vypovídat pouze o situaci v jednom městě a v jedné organizaci. Což negativně ovlivňuje validitu celého výzkumu. Proto se domníváme, že tento výzkum bude mít pouze explorativní charakter.

3.4 Sběr dat

K získání dat jsme se rozhodli použít narativního biografického narativního interview. Tuto metodu popisuje například Čermák (2006) následovně: Předmětem narativní analýzy je příběh. Zkoumaný příběh je založen na podobnosti se životem. Lidé v něm v podstatě vyprávějí o svých zkušenostech, znalostech o světě a o svém úhlu pohledu na ně. Je to nevyslovená znalost implikovaná vyprávěním. Celý příběh vlastně vypovídá o zkušenostech jedince tak, že si všímá, jak dílčí aspekty fungují jako části celku. Čermák rozlišuje mezi narativitou a příběhem. Podle něho jsou zdroje narativity jenom neutrální popis událostí. Kdežto příběh je víc než popis, obsahuje často také výklady o příčinách, důsledcích apod. Nelze se tedy vyhnout tomu, že záznamy narativních rozhovorů týkajících se příběhů lidí, jsou zbarveny subjektivně. Čermák dále uvádí, že vedle

„velkých příběhů“ lze analyzovat i příběhy malé, které reprezentují lokální pravdu. Kromě toho lze podle něho analyzovat i příběhy, které dovolují zaznít více hlasům.

V rámci zakotvené teorie se podle Čermáka i analýza příběhů soustřeďuje na základní témata, významové jednotky a kategorie, čímž se odlišuje od fenomenologické analýzy. Z toho pro náš výzkum plyne, že k získání dat od komunikačních partnerů v rámci zakotvené teorie lze využít metody narativního biografického interview, ale jeho analýza musí vycházet ze zásad analýzy dat v zakotvené teorii.

3.5 Analýza dat

Podle Řiháčka, Čermáka, Hytycha a kol. (2018) je analýza dat v zakotvené teorii součástí komplexu od výzkumné otázky až po publikaci výsledné teorie. Skládá se z fází, které se orientují na tzv. otevřené kódování, selektivní kódování a kódování axiální. Proces otevřeného kódování ilustruje ukázka prvního poznámkování v rozhovorech s komunikačními partnerkami v Příloze 1 a tabulka tvorby otevřených kódů v Příloze 2. V následujícím textu popíšeme proces selektivního kódování a první analýzy vzniklých vlastností a dimenzí definovaných konceptů, které měly v našem výzkumu určitá specifika.

3.5.1 Selektivní kódování

Proces otevřeného kódování dokládá tabulka v přílohách (viz Příloha č3). Jsou v ní vyznačeny sloupce (zprava doleva): Citace, kódy, kategorie a koncepty. Pojem citace značí významové jednotky, které nesou nějakou informaci ve vztahu k výzkumné otázce. Kódy jsou shrnutím a pojmenováním podstaty významových jednotek. Celkem jsme vytvořili 104 kódů. Kategorie v tabulce jsou další abstrakcí otevřených kódů, která směřovala k popisu vlastností nebo dimenzí konceptů. Přičemž vlastnosti vyjadřují společné aspekty konceptu, kdežto dimenze jejich vnitřní variabilitu. Poslední odstavec označuje koncepty, které se vynořily při prvním (otevřeném kódování). Jsou čtyři. Označili jsme je následovně: osobnost sociálního pracovníka, osobnost klienta (bez příštěší s příznaky duševního onemocnění), vlastní sociální práce a veřejnost.

Jednotlivé koncepty budeme nyní upravovat selektivně, to znamená, že budeme hledat mezi nimi vztahy nadřazenosti a podřazenosti, společné prvky ukazující na společné vlastnosti konceptů, a naopak dichotomií vlastností, ukazující na vnitřní variabilitu.

3.5.1.1 Osobnost sociální pracovnice

V konceptu, který jsme označili „osobnost sociální pracovnice“, jsme našli čtyři kategorie vlastností: Vztah k profesi, emocionalita, potřeby a duchovní (resp. morální) postoj ke klientům s DO. Následující čtyři tabulky shrnují charakteristiky jednotlivých vlastností konceptu „osobnost sociální pracovnice“, jak se vynořily při otevřeném kódování.

Osobnost sociální pracovnice ve vztahu k profesi: bariéry převažují nad oporami

Tabulka č. 2 – Osobnost sociální pracovnice ve vztahu k profesi

<p>Před profesní zkušenosti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Přítomny – nepřítomny <p>Výběr práce</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Vzala práci, která se nabízela • Zájem získala během studia (opora) • Empatie, postoj povolání, vědomí poslání (opora) <p>Nejistota v kvantitě výskytu sledovaných případů</p> <p>Sebemotivační proces – zájem (opora) versus</p> <p>Antimotivace z osobní zkušenosti</p> <p>Představy o vlastním profesním seberozvoji – nejistota</p> <p>Psychohygienu (opora)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolegové • Rodina viděná jako zdroj nebo jako absence zdroje • Zábava • Vyhledávání ticha 	<p>Bariéry</p> <ul style="list-style-type: none"> • Počáteční zkušenost profesní nezpůsobilosti (zaskočenost) • Navazování kontaktu, komunikace • Zkušenost profesní bezmoci • Limity v psychické únavě • Ohroženost syndromem vyhoření
--	---

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve vztahu k profesi lze popsat koncept osobnosti sociální pracovnice narativně: Před začátkem pracovní kariéry sociální pracovnice jsme zaznamenali pouze nejasné vnímání výskytu osob bez přístřeší s příznaky DO. Bez povšimnutí zůstaly u Olgy, zatímco Ludmila si jich pouze všimla. Také samotný výběr zaměstnání byl u některých spíše nahodilý, podle toho, co se právě nabízelo na trhu práce (Ludmila, Blanka, Olga, Adéla). Ale zaznamenali jsme i zájem získaný během studia (Věra) a postoje blízké empatii se silným pocitem povolání nebo poslání (Anna). Během samotné práce se komunikační partnerky odvolávají na „sebemotivaci“, která spočívá v jejich osobním zájmu o problematiku klientů s příznaky DO (Ludmila, Blanka), ovšem z předprofesní zkušenosti si také některé přinášely do profese spíše demotivující postoje (Ludmila). Další významnou kategorií ve vlastnostech vztahujících se k profesi je v průběhu práce pro sociální pracovnice psychohygiena. Mezi nejvýznamnější zdroje patří podle Blanky kolegové, rodina, zábava, vyhledávání ticha. Věra dodává ještě felinoterapii. Rodina však může působit v psychohygieně ambivalentně, když není schopná naslouchat (Věra). Také výhledy do budoucnosti v rámci vlastního profesního rozvoje jsou nejisté (Blanka). Patřily mezi ně na začátku práce počáteční zkušenosti profesní nezpůsobilosti (Ludmila, Věra, Anna, Adéla).

Analyzujeme-li dále nalezené vlastnosti konceptu, vyjeví se nám jako významná skupina vlastností konceptu sociální pracovnice skupina kódů nazvaných bariéry – jako vyslovené překážky pro profesní práci s klienty s příznaky DO. Jako „bariérové“ se partnerkám komunikace jevílo navazování kontaktů s klienty s příznaky DO (Ludmila), zkušenost profesní bezmoci spočívající v nemožnosti vystoupit ze začarovaného kruhu „ulice – léčebna – azylový dům“, ve kterém se klienti pohybují (Ludmila). Po několika letech se tak dostavuje psychická únava (Blanka), která může vyústit až do ohrožení syndromem vyhoření (Adéla).

Když tyto vlastnosti vztahující se k profesi u konceptu sociální pracovnice hodnotíme na škále pozitivní – negativní, nalezneme dysbalanci, která spočívá v převážení negativního nad pozitivním. Za negativní dimenzi považujeme především vlastnost nazvanou bariéry, s menší negativní silou vystupuje „antimotivace z vlastní zkušenosti“, občasné chybění vlastní rodiny jako zdroje psychohygieny a nejisté představy o vlastním profesním

seberozvoji. Za vysloveně pozitivní vlastnosti můžeme považovat schopnost psychohygieny, kterou sociální pracovníce vědomě hledají mezi kolegy, v zábavě apod. Jako významná pozitivní vlastnost se nám jeví možný zdroj práce v empatickém postoji a ve vědomí povolání nebo poslání. Tyto dvě vlastnosti konceptu osobnosti sociální pracovníce můžeme nazvat **opory**.

Osobnost sociální pracovníce ve vztahu k vlastní emocionalitě: Mít strach, který je „na hraně“, a přesto se umět „naladit na jejich vlnu“

Tabulka č. 3 – Osobnost sociální pracovníce ve vztahu k emocionalitě

<p>Posunutá hranice vnímání nebezpečí Opory</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozitivní emoce ve vztahu k práci • Pozitivní emoce v očekávání budoucnosti • Pozitivní emoce empatie • Transformace negativních pocitů 	<p>Bariéry</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strach z agrese klientů • Obavy • Bezradnost • Pocit nepříjemnosti (dyskomfort) • Strach z komunikace bez přítomnosti svědků
--	--

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve vlastnosti konceptu osobnosti sociální pracovníce, kterou jsme označili jako kategorii emocionalita, nalézáme pouze pocity, které lze umístit na krajních bodech škály pozitivita negativita. I zde se tedy uplatní označení **bariéry** versus **opory**.

Z prvního kontaktu s klienty s příznaky DO měly sociální pracovníce vesměs negativní, „bariérové“ pocity. Spočívaly v „nekomfortnosti“, jak opatrně tento pocit nazvala Ludmila, tak ve strachu, který prožívaly Blanka a Anna. U Ludmily vyvolávaly projevy agrese klientů s příznaky DO obavy, bylo to velmi nepříjemné. Bezradnost prožívala Věra v souvislosti s tím, že nedokázala odhadnout nebezpečnost jednání klientů s příznaky DO. Jako situaci „na hraně“ popisuje takové, kdy zůstala s klientem v místnosti sama, beze svědků.

Na druhé straně se sociální pracovníce opírají o pozitivní emoce ve vztahu k práci – prostě je baví (Blanka). Pocitově pozitivně také Blanka vnímá skutečnost, že už své klienty dobře zná a v budoucnosti se nemusí cítit být ohrožená. Blanka také referuje o empatickém pocitu – umí se dnes již „nahodit na jejich vlnu“. Transformací negativních

pocitů v pozitivní uvádí Ludmila. Odehrála se nenápadně, prostě s tím, jak je postupně poznávala. Olga upozorňuje na zdroj spíše pozitivních emocí: sociální pracovníce mají práh vnímání nebezpečí podle ní poněkud posunutý, takže ho tolik nevnímají. Pozitivní je na tom tedy to, že samy překonávají bariéru strachu.

Osobnost sociální pracovníce ve vztahu k morálním hodnotám: „předpisy versus lidskost“

Tabulka č. 4 – Osobnost sociální pracovníce ve vztahu k duchovním (zvláště morálním) postojům

Vnitřní opory:	Vnitřní opory
Transformace identity klienta	Dilema: předpis versus lidskost
Sebemotivace k vytrvalosti	Víra a naděje proti špatné prognóze
Respekt vůči svobodě klientů s DO	Obranný mechanismus proti beznaději
Vědomí povolanosti ke službě	

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kategorie vlastností konceptu osobnosti sociální pracovníce byla pro nás jako taková překvapením. Všechny kódy, které jsou zde popsány, svědčí o morálních postojích partnerek komunikace, které nevycházejí z profese, nedají se zařadit ani mezi emoce, ani mezi jiné osobnostní kategorie, jak je popisuje běžně psychologie. Proto jsme si vypůjčili termín „duchovní (zvláště morální)“ z filosofie (filosofická etika).

Zajímavé je, že i tyto kódy lze rozdělit do dvou skupin. Jedna svědčí o jakési samostatné duchovní síle osobnosti sociální pracovníce, díky níž interpretuje jak vlastní postoje, tak ale i situaci klienta. Pokud bychom je chtěli zařadit mezi opory, půjde o druh „vnitřní opory“, na rozdíl od těch, které přicházejí z vnějšku, byť například jako znalost psychohygienických zásad. Druhou skupinu spojuje to, že různými způsoby svědčí o duchovní síle osobnosti sociální pracovníce jako zdroje překonávání bariér.

V první skupině jsme identifikovali transformaci identity klienta (Ludmila). Spočívá v tom, že ve dvou identitách, které se skrývají v označení „lidé bez přístřeší s projevy

duševního onemocnění“, postupem doby sociální pracovnice vnímá tyto lidi ne jako lidi bez přístřeší, ale jako lidi duševně nemocné – chodí kolem nás a není důvod je odsuzovat. Tím ospravedlňuje i jejich prohřešky. Ludmila také sama sebe přesvědčuje, že je potřeba v této práci vytrvat a nevzdávat ji. Věra a Olga zdůrazňují respekt vůči svobodě klienta, vzhledem k jejich svobodě je role sociální pracovnice rolí průvodce. Anna si je navíc vědoma toho, že sociální pracovník je jediný, kdo s takovými klienty může být v kontaktu, má silné vědomí povolanosti ke službě.

Proti duchovní síle sociální pracovnice stojí ve druhé skupině kódů předpisy, špatná prognóza vývoje stavu klientů a vlastní beznaděj. Proti nim v sobě sociální pracovnice vyvolávají svoje lidské postoje (Věra), Olga interpretuje svoje postoje vůči plánům na úrovni kraje nikoliv jako znalost, ale jako svou víru a naději, že budou realizovány. Víra a naděje jsou ale výrazy, které se vymykají serióznímu plánování. Anna se brání beznaději tím, že se soustředí na práci s klienty „tady a teď“.

Osobnost sociální pracovnice ve vztahu k potřebám: nenaplněná potřeba úspěchu

Tabulka č. 5 – Osobnost sociální pracovnice ve vztahu k potřebám

	Bariéry
	Nenaplněná potřeba úspěchu

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato vlastnost konceptu osobnost sociální pracovnice ve vztahu k osobám bez přístřeší s projevy DO se jeví jako velmi málo nasycená daty. K nenaplněné potřebě úspěchu se přiznává pouze Ludmila, úspěch by viděla v tom, že by začala fungovat spolupráce s lékaři.

Vzhledem k tomu, že vlastnost konceptu sociálního pracovníka nazvaná bariéry se jeví jako významná, nemůžeme tuto vlastnost vyselektovat.

3.5.1.2 Osobnost klienta s příznaky DO

Při první analýze kódů souvisejících s vlastnostmi a dimenzemi osobnosti klienta s DO se nám ukázalo více dimenzí než vlastností. Dimenze popisují vnitřní variabilitu uvnitř kategorie osobnost klienta. Analýzu jsme proto strukturovali do „příběhu klienta s příznaky DO“ viděného očima sociální pracovnice, ve kterém zvýrazníme všechny aspekty vnitřní variability tohoto konceptu. Tedy skutečnosti, že je komunikační partnerky vnímají v jejich různosti, nestereotypují je, vnímají je individuálně.

Osobnost klienta ve vztahu k jeho socializaci: „má rodinu – končí dobře, nemá rodinu – končí špatně

Tabulka č. 6 –Osobnost klienta s projevy DO ve vztahu k jeho socializaci

Socializace <ul style="list-style-type: none">• Dichotomie: má rodinu – končí dobře (opora), nemá rodinu – končí špatně (bariéra) má rodinu – končí špatně (bariéra)	Bariéry Socializace <ul style="list-style-type: none">• Sociální maladaptace (bariéra)
---	---

Zdroj: Vlastní výzkum

Příběh klienta s příznaky DO začíná podle této kategorie již před tím, než se objeví v zorném úhlu sociálních pracovníků. Olga konstatuje, že to sice neřeší vyléčení, ale výraznou pomoc v boji s nemocí. Tuto situaci dává do protikladu se situací klientů s příznaky DO, kteří se o vlastní rodinu nemohou opřít a predikují jim další prohlubování sociálních problémů. Z kontextu rozhovoru plyne, že Olga hovoří na základě své profesní zkušenosti. Blanka uvádí ještě příklad rodiny, na kterou má sice klient vazbu, ale díky její patologii je to značná překážka v sociální práci s ním.

Sociální maladaptace se podle Blanky a Věry projevuje v tom, že klienti nedokážou akceptovat autority, a hlavně špatně přijímají pravidla společnosti, nakonec i pravidla domovního řádu v azylových domech.

Osobnost klienta ve vztahu k projevům DO: Život mimo realitu, aneb „tebe taky zabiju“

Tabulka č. 7–Osobnost klienta s projevy DO ve vztahu k projevům DO

<p>Projevy DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • popsané lékařsky • popsané narativně <p>Dichotomie projevů DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaléčený klient (opora) • Zaléčený klient (bariéra) • Nezaléčený klient (bariéra) 	<p>Bariéry</p> <p>Polymorbidita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drogy vyvolávají schizofrenní stavy • Skrytá polymorbidita <p>Projevy mentální retardace</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nesvéprávnost <p>Mentální limity osobnosti klienta</p> <p>Žijí mimo naši realitu</p>
--	---

Zdroj: Vlastní výzkum

Příběh klienta s příznaky DO pokračuje tak, že se začínají projevovat příznaky jeho duševního onemocnění. Zatímco Ludmila je popisuje spíše lékařsky (jako agrese, halucinace, sebepoškození), Blanka popisuje celý konkrétní příběh, s projevy např. bludů jako „povídal si s kamerou“, řekl „tebe taky zabiju“ apod. Teprve potom vyjmenovává lékařské názvy příznaků.

V mnoha případech se jeví sociálním pracovnícům zásadní rozdíl mezi projevy klienta s příznaky DO, pokud absolvuje léčbu a případy, pokud léčbu neabsolvují. Z praxe znají obě alternativy. Zaléčení pacienta jim většinou v práci pomáhá – vnímají ho jako oporu, protože se snižuje agresivita klientů (Ludmila, Blanka, Olga, Anna). Vzhledem k samotnému klientovi ale Blanka upozorňuje na to, že léky mohou způsobovat „zblbnutí“ – tedy jakousi otupělost, neschopnost reagovat, nefungující krátkodobá i dlouhodobá paměť, což opět negativně ovlivňuje sociální práci. V ostatních případech dávají sociální pracovníce „zaléčeného klienta s příznaky DO“ do protikladu k nezaléčenému, tedy jako člověka, u něhož se DO neprojevuje.

Jednoznačně „bariérově“ vnímají sociální pracovníce jev, který jsme nazvali „polymorbidita“ (Blanka, Olga). Upozorňují na vztah mezi drogovou závislostí a

vznikem duševního onemocnění. Blanka zdůrazňuje ještě jeden problém, kterou s polymorbiditou souvisí, a sice ten, že klienti mohou mít příznaky DO pouze v akutní fázi intoxikaci drogou, jde vlastně o skrytou polymorbiditu.

Blanka ještě upozorňuje, že mezi duševními onemocněními se vyskytuje ve zvýšené míře u klientů bez přístřeší také mentální retardace, související s analfabetismem, po právní stránce jsou tito lidé nesvéprávní, ale pohybují se „na ulici“. Tuto bariéru pro sociální práci Blanka pouze konstatuje. S touto bariérou souvisí podle sociálních pracovníků ještě jedna – a sice „mentální limit“, ve kterém nejde ještě o mentální retardaci, ale o určitou simplifikaci osobnosti, kdy je pro klienty problém orientovat se v systému sociálně zdravotní péče a oni to kamuflují. Simplifikace osobnosti bývá často součástí projevů duševního onemocnění (Ludmila).

Zvláštním způsobem popisuje projevy DO u klientů Olga, a to jako život „mimo naši realitu“, nepropojení s běžným životem z důvodu nemoci: nemají rozumový nadhled a nejsou schopni posoudit svou vlastní situaci.

Tato kategorie vykazovala poměrně značnou vnitřní variabilitu, kterou zdůrazňuje ještě velké sycení daty (vyjádřily se k ní 4 ze šesti komunikačních partnerek.).

„Neuzavírající se klient versus „klient uzavřený“

Tabulka č. 8 – Osobnost klienta s projevy DO jako „neuzavírající se klient“ versus „absence motivace k léčbě“

<p>Neuzavírání</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mluvení o problémech • Komunikace s úřady • Neodmítání pomoci 	<p>Bariéra Absence motivace k léčbě klienta s DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vlastní vůle • Předsudky vzhledem k léčbě
---	---

Zdroj: Vlastní výzkum

K významu vlastní motivace klienta s příznaky DO k léčbě se vyjádřila Blanka, Adéla, Olga a Anna. Všechny téměř shodně dávají do protikladu snahu sociální pracovníce o pomoc klientovi k léčbě a jeho nezájem o léčbu. Tím pádem se kategorie „sebetmotivace k léčbě“ ukazuje jako bariéra v práci sociálních pracovníků, protože narážejí na absenci

vůle klientů k léčbě. Předsudky vůči léčbě popisují shodně Ludmila a Blanka jako domněnka klientů, že léky jim ubližují, protože bez nich cítí subjektivně lépe.

Oproti bariéře chybějící motivace můžeme postavit kategorii „neuzavírající se klient“. Popsala ho Ludmila a Anna a jako projevy neuzavřenosti můžeme nazvat mluvení o problémech, ochota ke komunikaci s úřady a neodmítání pomoci. V podstatě jde o to, že klient má kognitivně náhled choroby a současně je motivován k léčbě. Kategorie „neuzavírající se klient“ působí protikladně proti „absenci motivace“ a je oporou pro práci sociální pracovníce.

K příběhu klienta bez přístřeší s projevy DO zařazujeme také kategorie týkající se jeho konců. Takové kategorie se skutečně ve výzkumu objevily, ale směřovaly ze strany komunikačních partnerek spíše ke konceptu „vlastní sociální práce“, a to jako zpětná vazba o úspěšnosti jejich profesní práce. Zařazujeme je zde, abychom vykreslili lépe osobnost klienta v kontextu jeho životního příběhu. Protože i předcházející kategorie byly k práci sociální pracovníce vztaženy, a to naznačením bariérovosti nebo opory.

Nekončící příběh klientů aneb „začarovaný kruh“

Tabulka č. 9 Osobnost klienta s projevy DO – konec příběhu

Dichotomie konce příběhů vystupujících z mlhy	Bariéry Začarovaný kruh <ul style="list-style-type: none">• Výjimka potvrzující pravidlo
--	---

Zdroj: Vlastní výzkum

Z pohledu našich komunikačních partnerek je konec příběhu života klienta s příznaky DO nejasný, zamlžený. Vyjádřila se k nim Věra, Ludmila, Blanka, Olga, Anna i Adéla – tedy všechny. Zdá se, že to vyjadřuje jejich velkou angažovanost na dobrém konci příběhů svých klientů. Místo toho se jim však dostává nejasné zpětné vazby. Občas se přijdou „pochlubit“ ti, jejichž příběh se odvíjí pozitivně. V ostatních případech buď vnímají jejich pomalou, ale šikmou plochu skrze informace od kolegů, nebo jim na dlouhou dobu zcela zmizí z dohledu, často se už vůbec neobjeví. To, že sociálním pracovnícím vlastně v takových případech chybí jakákoliv, byť i špatná informace, je specifikum této cílové

skupiny a bariérovost této kategorie působí analogicky, jako když se člověk musí vyrovnat se smrtí druhého, nebo s tím, že je nezvěstný.

3.5.1.3 *Vlastní sociální práce*

V tomto konceptu jsme pomocí selektivního kódování podřadily většinu otevřených kódů nově vytvořeným kategoriím vlastností konceptu. Na několika místech jsme také objevili dimenze konceptu, které poněkud relativizují příliv „bariérových“ informací týkajících se charakteru vlastní sociální práce tím, že ukazují u některých oblastí na vnitřní variabilitu na škále od bariér k oporám. Vytvořili jsme tak pouze čtyři kategorie, které však vesměs obsahují větší objem kódů (bohatěji sycených daty), než je tomu u ostatních konceptů. Jde o následující kategorie: Obecně vyjádřené požadavky na vlastní profesní práci, Nástroje profesní práce, Bariéry, Opory a Vize dobré budoucnosti profesní práce s klienty s projevy DO.

Vlastní sociální práce podle obecných požadavků: “opora, útěcha a porozumění“

Tabulka č. 10 – Vlastní sociální práce ve vztahu k obecně vyjádřeným požadavkům na sociální práci

<p>Nastavení hranic</p> <p>Citlivost na projevy klientů</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rozpoznat • Odhadnout • Předvídat <p>Požadavky na typ komunikace s klienty</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivace klienta (rozhovory, vysvětlování) • Empatická komunikace • Dichotomie pomáhající x vyžadující komunikace 	
---	--

Zdroj: Vlastní výzkum

Důležitost nastavení hranic uvádí pouze Ludmila s příkladem volby, zda si s pracovníkem tykají nebo vykají. Zajímavé je, že ostatní komunikační partnerky tento požadavek na profesní práci nezmínily.

Mnohem syčenejší daty je kategorie citlivost na projevy klienta. Vyjádřily k ní Ludmila, Olga, Blanka a Anna). Tato citlivost se dá popsat jako rozpoznání momentální nálady klienta, rozpoznat nástup ataky choroby a v té souvislosti i nenápadné projevy bludu (Ludmila, Olga, Blanka). Odhad spočívá podle Blanky v tom, že sociální pracovnice pozná např. už z pohledu uživatele, že jeho jednání nebude v pořádku. Za malou nuanci můžeme považovat předvídavost, která se podle Blanky projevuje tak, že v zájmu předpokládaných možných reakcí klienta, což odpozoruje už z jeho pohledu, předem nevolí styl komunikace, který by ho ještě provokoval.

Zvláštní požadavek, který komunikační partnerky kladou samy na sebe, je styl komunikace s klienty. Měl by mít motivační charakter, říkají Věra a Olga a charakterizují ho jako trpělivé vysvětlování. Empatickou komunikaci charakterizuje Blanka jako „nahození se na jejich vlnu“ a Anna dodává vlastnosti empatické komunikace: opora, útěcha a pochopení nemoci klienta.

Ludmila uvádí navíc dichotomii pomáhající a striktní komunikace. Pomáhající komunikace se přizpůsobuje tempu klienta a opakovaně nabízí pomoc, kdežto striktní komunikace klade pouze pravidla a podmínky, kterých se může klient zaleknout.

Vlastní sociální práce a její nástroje: rutina a vlastní praxe vítězí nad dalším vzděláváním

Tabulka č. 11 – Vlastní sociální práce ve vztahu k nástrojům profesní práce

<p>Nástroje získané vlastním úsilím sociální pracovnice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dichotomie získávání zkušeností • Odpozorování • Vlastní nalezení komunikace • Individuální přístup • Znalosti <p>Nástroje získané kontaktem s odborným světem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzultace s psychiatrem – ambivalentní zkušenost • Teorie versus praxe 	<p>x cílené formy</p> <p>–</p>
---	--------------------------------

Zdroj: Vlastní výzkum

Do těchto vlastností vlastní sociální práce jsme nezařadili příliš mnoho kategorií, protože jejich velká většina se objeví až v následující tabulce buď jako bariéra, nebo jako zdroj opory sociálních pracovníků.

Dělíme je do dvou kategorií: nástroje získané vlastním úsilím sociálních pracovníků a nástroje získané kontaktem s odborným světem. Některé dovednosti získaly komunikační partnery díky rutině. Adéla prostě díky své praxi už automaticky přepíná na jiný režim chování, když se dostane do kontaktu s projevy DO u klienta, dělá to již na podvědomé úrovni. Tuto rutinu ovšem získala cíleně – když sama ze své iniciativy pomáhala v sociální službě pro duševně nemocné.

Individuální přístup jako nástroj sociální práce získala Ludmila během práce s jedním konkrétním klientem. Věra k tomu dodává, že v určité fázi práce zjistí, že už rozpozná různé projevy klientů, již se navzájem „otřukali“. Což může vyústit až k dalšímu posouvání komunikačních dovedností, čímž se eliminuje vystavenost nebezpečí (Anna).

Olga, Blanka a Anna prokazují znalosti, jak zacházet s klienty s DO, kteří mají bludy. Všechny tři vědí, že je nemají ani podporovat, ani rozvíjet, ani potlačovat, ale odvádět pozornost jinam, nereagovat na ně zpětně, přecházet je. Pravděpodobně je to výsledek jejich vlastní praxe, odkud tuto znalost mají, totiž neuvádějí.

V další kategorii také některé popisují účast na odborných školeních, které charakterizují spíše jako neúčinné ve srovnání s vlastní praxí. Školení ukážou příznaky nemoci, ale nikoliv doporučené způsoby, jak konkrétně s takovými klienty pracovat. Vedle školení se Blance jeví jako důležitý nástroj sociální práce odborná konzultace s psychiatrem, která ovšem závisí na jeho ochotě.

Vlastní sociální práce: objev „systémových bariér“

Tabulka č. 12 – Vlastní sociální práce vzhledem k bariérám versus oporám

Bariéry přicházející ze sociálního systému • „díra“ v sociálním systému	Opory Cizí
---	-----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Pravidla organizace • Nekomunikace se sociálními službami • Byrokracie (bere čas na bezprostřední práce s klienty, opatrovnické úřadování) • Neúspěšná spolupráce s navazujícími službami • Chybějící navazující služby • Pravidla navazujících služeb • Systém přiznávání dávek ČSSZ a UP • Absence afiliace u pracovníků navazujících služeb x existence afiliace pracovníků navazujících služeb <p>Přicházející ze zdravotního systému</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence zdravotní dokumentace klientů – neznalost diagnóz • Nedostatek lékařů – psychiatrů • Absence partnerství psychiatrů a sociálních pracovníků • Lékařům chybí vhled do sociálních služeb • Chybí psychiatrická první pomoc <p>Přicházející z právního systému</p> <ul style="list-style-type: none"> • ALARMUJÍCÍ BARIÉRY <ul style="list-style-type: none"> ✓ Čekání na život ohrožující situace ✓ Úmyslné vystavování se život ohrožujícím situacím ✓ Důsledky vystavení se život ohrožujícím situacím • „málo“ opatrovníků • Ochrana osobních údajů klienta s příznaky DO <p>Přicházející z bezpečnostního systému</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selhávání složek IZS x dobrá spolupráce s městskou policií 	<ul style="list-style-type: none"> • Čerpané od kolegů (psychická opora, fyzická ochrana) • Čerpaná ze vzdělávacích kursů • Odborné zdroje • Z vlastní rodiny • Dobrá spolupráce s ostatními službami
--	--

Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie bariéry – opory se vynořila již při otevřeném kódování. Na první pohled zde bariéry vysoce převažují nad oporami. To se projevovalo i během rozhovorů už tím, kolik času partnerky komunikace věnovaly tomuto tématu, pouze někdy v reakci na doplňující otázku vedoucí výzkumu. Také v tabulce přibližující proces otevřeného kódování se můžeme přesvědčit, že je tato kategorie mimořádně sycená daty.

V rámci selektivního kódování jsme celkem snadno podřídili jednotlivé kódy vyšším kategoriím, které vyjadřují vlastnosti konceptu. Jsou to bariéry přicházející ze sociálního systému, ze zdravotního systému, z právního systému a z bezpečnostního systému. Naproti tomu opory spojuje jediná vlastnost – a sice, že nejde o vlastní zdroje komunikačních partnerek, ale o zdroje, které přicházejí z vnějšího světa. Nazvali jsme je „cizí“. Nejde však o to, že by vlastní zdroje opor komunikační partnerky nevykazovaly, ale o to, že jsme je v rámci otevřeného kódování zařadili mezi opory podřazené osobnosti sociální pracovnice.

V rámci bariér přicházejících ze sociálního systému jsme našli následující charakteristiky: „Díru“ v sociálním systému. Adéla ji popisuje jako skutečnost, že samotný sociální systém nediferencuje mezi osobou bez přístřeší a osobou bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. Tím pádem mizí ze zorného úhlu pohledu všech účastníků sociálního systému, že tito lidé potřebují zvláštní druh pomoci. Naznačuje potřebu zvláštního druhu asistence. Věra kritizuje nastavení pravidel ve svém zařízení, kde o dovolenosti pobytu klienta rozhoduje existence potvrzení psychiatra o kompenzaci. Jestliže psychiatr zjistí psychickou nemoc, v zařízení být klient nemůže, zatímco klient s příznaky duševního onemocnění, který není diagnostikován a potvrzen lékařem, v zařízení být může. Jiným „špatným“ nastavením pravidel zařízení je např. dočasnost ubytování v azylovém domě, které je určeno klientům, kteří mohou na své situaci něco změnit, což se nedá říci o klientech s příznaky DO. Z úhlu pohledu terénní sociální práce se k této kritice přidává Anna, která považuje za bariéru právě nastavení pravidla jednoho konkrétního zařízení, podle kterého musí být klienti ve své chorobě kompenzováni, aby mohli využívat tuto sociální službu. Terénní sociální služba je tak vlastně první i poslední instance, která cítí odpovědnost za pomoc těmto klientům. Problém je také v komunikaci mezi jednotlivými sociálními službami v případě, že se jedná o rozlišení mezi atakou choroby a charakteristikou osobnosti. Blanka popisuje zkušenost, že jí tento typ informací byl odmítnut. Byrokracie postihuje podle Věry nejen

sociální pracovnice, ale i klienty, kteří v její složitosti ztrácejí orientaci a pomoc při vyplňování nejrůznějších žádostí stojí sociální pracovnice zbytečně mnoho času, který potom nezbyvá na klienty. Podle téže komunikační partnerky je podobně zatěžující „opatrovnické úřadování“ v případě nesvéprávných klientů. Věra opakovaně zdůrazňuje nedostatek času na bezprostřední práci s klienty. Jiné sociální služby nemají ani příliš zájmu o spolupráci v pomoci klientům s příznaky DO, protože mají jednak svých klientů dostatek, jednak to neodpovídá jejich cílové skupině (Věra, Ludmila). Věra ukazuje na nedostatek míst v chráněném bydlení vzhledem k potřebě. Poněkud jiným typem bariéry je problém přiznávání invalidních důchodů, kdy komunikační partnerky jsou občas svědky toho, že ačkoliv klient má prokazatelně diagnostikovanou duševní nemoc, není jim přiznán invalidní důchod. Navíc je celé jednání zdlouhavé, komplikované a chyby v rozhodnutích jsou jen velmi obtížně prokazatelné (Věra). Poslední kategorie nalezená v rámci bariér přicházejících ze systému sociálních služeb má dichotomií charakter a svědčí přece jen o občasné vnitřní variabilitě od „bariérových“ znaků ke znakům „podpurným“. Jde o chybějící afiliaci versus identifikované afiliaci pracovníků navazujících služeb. Zatímco absenci vstřícnosti v navazujících službách Ludmila postrádá, aniž by ji blíže charakterizovala, Blanka a Věra ji naopak často nacházejí a rozšiřují ji i o navazující služby zdravotní a bezpečnosti.

V rámci kategorie bariéry přicházející ze zdravotního systému vidí jako nejpálčivější komunikační partnerky dva okruhy problémů, a sice problémy spojené s diagnostikou klientů s projevy DO a spoluprací s lékaři – psychiatry. Ludmila konstatuje, že sociálním pracovnícím chybí kompetence k tomu, aby mohly nahlédnout do zdravotní dokumentace klienta s příznaky duševní poruchy. Tím pádem se nemohou přesvědčit o diagnóze klienta. Celý konglomerát problémů představuje oblast spolupráce s lékaři psychiatry. Věra vidí negativně především nedostatek lékařů – psychiatrů, kteří jsou často zahlceni prací pro běžné pacienty. Blanka uvádí jako ojedinělý případ, kdy se lékař – psychiatr zpětně dotazoval na další informace o pacientovi, kterého přijal jako akutní případ. Vyvozuje z toho, že mezi sociálními pracovníci a lékaři – psychiatry vážně partnerská výměna informací, které by mohly pomoci v léčbě klienta. Věra si stěžuje na nedostatečnou informovanost lékařů – psychiatrů o sociálních službách, díky níž dávají například potvrzení klientům o kompenzaci choroby, ačkoliv zaléčení nejsou, aniž by klienty znali. Neznají ani dopady, jaké může mít takový čin na chod příslušné sociální

služby. Blanka má i představu, jak by mohla fungovat „psychiatrická první pomoc“: psychiatr by byl přítomen u pohovoru, diagnostikoval a zaléčil by ho přímo v rámci každodenního chodu sociální služby a tuto informaci by měl kompetenci předat týmu pracovníků napojených na pomoc konkrétnímu klientovi s příznaky DO. Ale taková možnost jí chybí. Tato bariéra ukazuje na další velkou skupinu vlastností konceptu vlastní sociální práce, a sice Bariéry přicházející z právního systému.

Jde především o ochranu osobních údajů klienta. Anna představuje problém nemožnosti získat informace o diagnóze klienta jinak než od klienta jako problém legislativní. Díky zákonům se nesmí sama ptát na zdravotní stav klienta, pokud jí sám nesdělí svou diagnózu, problém nemoci s ním z téhož důvodu nesmí ani řešit. Anna se ve svém sdělení k této bariéře opakovaně vrací.

Následující kategorie má podle nás velkou důležitost vzhledem k bariérám přicházejícím z právního systému. Nazvali jsme ji proto „bariéra alarmující“. Závažnost spočívá v důsledcích, jaké mají legislativní opatření za účelem ochrany osobních dat pacienta pro každodenní situace, ve kterých se mohou ocitnout sociální pracovníce při kontaktu s klientem s projevy DO. Z legislativy plyne, že vlastně jediná možnost, jak klienta s příznaky DO hospitalizovat, je pouze tehdy, když ohrozí buď sebe nebo okolí. Blanka popisuje případ, kdy klient s příznaky DO nebyl hospitalizován na základě referencí sociálních pracovníků o jeho zvyšující se agresivitě vůči sobě i okolí, ale k hospitalizaci došlo až poté, co prokazatelně napadl ženu na ulici. Blanka ukazuje, že opatření k ochraně osobních dat pacienta se snadno obrátí proti samotnému klientovi, když v ataku neléčené choroby ohrozí buď svůj život, nebo život sociálních pracovníků. Také Anna konstatuje, že hospitalizace může být nařízena klientovi až poté, kdy si toho začne všimnout veřejnost. Proto jsme tuto kategorii nazvali „čekání na život ohrožující situace“. Tuto kategorii pointuje Blanka, když vypráví příběh klienta, u něhož samy sociální pracovníce registrovaly zvyšování slovní agresivity, která v nich vzbuzovala strach, přesto se vědomě snažily vyprovokovat konflikt, ve kterém by agresí projevil také fyzickým napadením, aby byl konečně důvod dopomoci jemu samému k léčbě. Blanka má v zásobě takových příběhů několik. Svědčí o tom, že vyhodnocení nebezpečnosti slovní agrese klientů nejsou relevantní podklad pro hospitalizaci. Pro sociální pracovníce to znamená časté vystavování traumatizujícím situacím, na které musí reagovat svépomocně. V kategorii důsledky vystavení život ohrožujícím situacím popisuje Blanka popisuje

takový způsob: „jdu a hluboce dechám“. Dramatičnost popsaných kategorií poněkud relativizuje Olga, která se snaží vnímat humornost občasných zkušeností s agresí klientů a dodává, že se dějí jenom ojedinele. Nezapomeňme však, že Olga v kategoriích vlastností osobnosti sociálního pracovníka udala „posunutý práh vnímání nebezpečí“.

Bariéry přicházející z bezpečnostního systému nevyznívají jednoznačně. Vedle selhávání IZS, na který upozorňuje Blanka a Věra. Spočívá například v době, kterou potřebuje státní policie na dojezd k život ohrožující situaci. Věra dokonce referuje o tom, že státní policie na jejich žádosti v minulosti vůbec nereagovala. Naproti tomu je to opět Věra, která upřesňuje, že spolupráce s městskou policií je naopak velmi dobrá. Jejich dojezdová doba je pravidelně do dvou minut.

Proti tomuto dlouhému výčtu a charakteristice bariér v profesní sociální práci vystávají opory, které přicházejí z vnějšího prostředí. Patří mezi ně čerpání opory v profesní práci od kolegyň. Ta se jeví jako velmi často využívaná. Odvolávají se na ni Ludmila, Věra, Adéla a Anna. Má podobu jednak podávání rad a možnosti konzultací, společného řešení problémů, předávání zkušeností nebo mohou kolegyně fungovat jako vzory v sociální práci. Všechny tyto projevy jsme označili jako psychická opora v profesní práci sociálních pracovníků ze strany kolegyň. Vedle ní však uvádí Věra i situace označitelné jako strategie fyzické ochrany sociální pracovníce, kdy se kolegyně nebo nadřízené účastní nenápadně rozhovorů s potenciálně nebezpečným klientem.

Vzdělávací kurzy a odbornou literaturu jako oporu v profesní práci vnímá Ludmila a Adéla. Nacházejí zde návody, jak s takovými lidmi jednat, což je v rozporu s tím, co Ludmila vnímá v souvislosti s nástroji profesní práce jako nedostatek vzdělávacích kursů. Ludmila vnímá také jako významný zdroj opory v profesní práci účast vlastní rodiny, která se sice o ni bojí, ale současně ji podporuje. Viděli jsme už, že vlastní rodina je také významnou pomocí komunikačním partnerkám v psychohygieně. Dobrá spolupráce s ostatními službami je významná pro Olgu, která ji vnímá v dlouhodobějším horizontu posledních sedmi let. Tím si vysvětlujeme, že pro její mladší kolegyně je spolupráce s ostatními službami vnímána spíše bariérově.

Bylo pro nás překvapivé, že v oporách přicházejících z vnějšího světa, nebyly jmenovány supervize. Klademe si otázku, jak vlastně supervize účastnice komunikace vnímají,

jestliže je neuvádějí ani jako bariéru, ani jako oporu své profesní práce – účast na supervizích je povinnou součástí práce sociální pracovnice.

Vize dobré profesní práce: ani reálné cíle nemusí být uskutečnitelné

Tabulka č. 13 – vize dobré profesní práce

<p>Realistické představy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specializovaná centra (s funkcí přesvědčování, medikace aktivace klienta) • Multidisciplinární tým • Speciálně zaměřené komunity • Dobře organizované chráněné bydlení <p>Idealizované představy</p> <p>Odpovědnost za nový systém</p> <ul style="list-style-type: none"> • „ryba smrdí od hlavy“ 	
---	--

Zdroj: Vlastní výzkum

Narativně vedený rozhovor s komunikačními partnerkami vedl k závěrečné otázce vedoucí výzkumu po představách optimálního nastavení sociální práce s klienty s příznaky duševního onemocnění. Komunikační partnerky je představily jako zcela realistické, byť obtížně naplnitelné představy (Ludmila, Olga, Adéla, Blanka, Věra). Ludmila má představu specializovaného centra, které by ve vztahu ke klientovy s příznaky DO plnilo funkci aktivizační, přesvědčovací a kontrolní. Jak Olga, tak Adéla mají představu multidisciplinárního týmu, ve kterém by pracoval psychiatr, terapeut a řešilo by se zde zároveň bydlení klientů. Blanka si představuje léčebnou komunitu s nedostupností drog, s možností pracovat a nabídkou volnočasových aktivit. Zatímco Věra by jako optimální řešení stačilo dobře organizované chráněné bydlení s odborným dozorem a sociálním poradenstvím. Kromě poslední vize dobře organizovaného chráněného bydlení se pohybují všechny ostatní představy daleko od současné praxe sociální práce.

Idealizovanou představu prezentuje Ludmila jako nesplnitelné podmínky života klientů s příznaky DO: vlastní rodina, tím pádem i bydlení, práce, síť center duševního zdraví, multidisciplinární tým – ve vzájemné spolupráci, s doprovázejícím pracovníkem mezi světem domova a centrem. Věra vidí také ideální kontakt s vlastní rodinou a pouze omezenou funkci sociální pomoci ve formě poradenství. Idealističnost představy je podtržena přáním vztahu klienta „k nějakému malému zvířátku“.

Odpovědnost za nový systém je Ludmilou, Věrou a Adélou viděna na nejvyšších úrovních systému, a sice ministerstva, legislativy na úrovni zákonů, státních finančních

V prvním otevřeném kódování jsme identifikovali ještě koncept veřejnost, který se jevil „bariérově“, ale byl sycen velmi málo daty. Proto jsme ho v rámci tohoto selektivního kódování vyřadili.

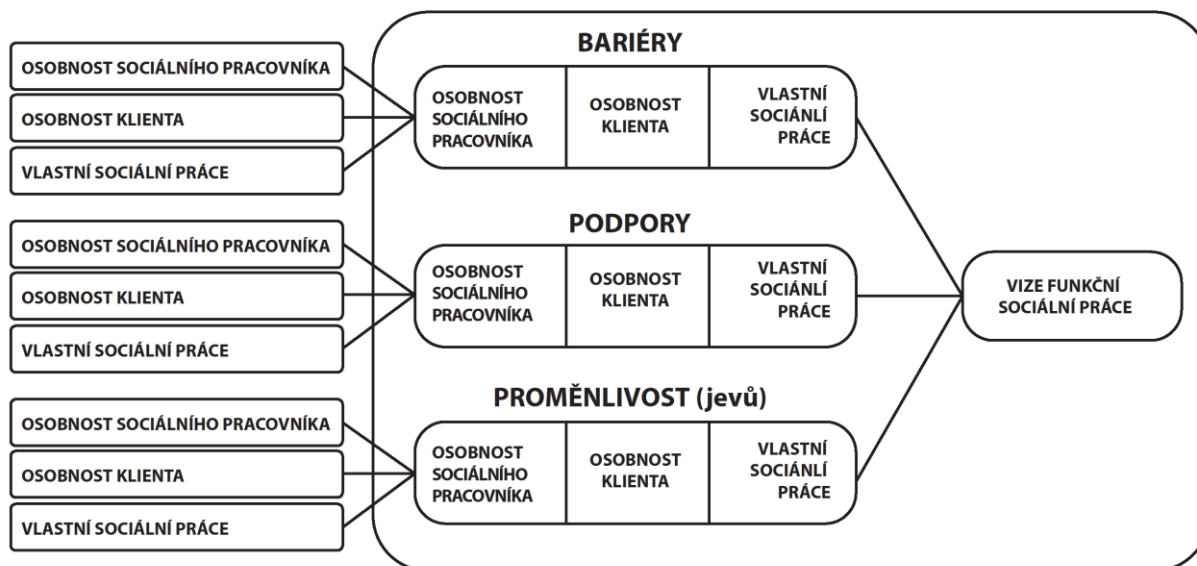
3.5.2 Axiální kódování

V průběhu selektivního kódování se od samého začátku začaly vynořovat kategorie označitelné jako bariéry, jako opory a jako kategorie, které ukazují na různorodost na škále od pozitivních k negativním jevům, jedná se vlastně o různé dimenze popsanych kategorií. Považujeme je za faktor, který zmírňuje dichotomii „bariéry versus opory“, a proto ho zařazujeme do dalšího kroku axiálního kódování pod názvem „proměnlivost“. Vztah, který se nám jeví jako ústřední v našem výzkumu, je tedy vztah, který můžeme označit jako vztah mezi bariérami, proměnlivými charakteristikami některých jevů a oporami v práci sociálního pracovníka. Všechny tyto kategorie se z logiky věci musí v lidském jednání, jehož je sociální práce součástí, vztahovat k nějakému cíli. V rámci selektivního kódování se vynořil jako součást představy komunikačních partnerek, kterou jsme nazvali vize. Plyne z toho, že bariéry, opory a proměnlivé charakteristiky budeme zkoumat ve vztahu k tomu, jak podporují, nebo naopak brzdí profesní práci sociální pracovnice vzhledem k tomu, jakou má sama cílovou představu.

Tuto úvahu můžeme demonstrovat následujícím grafem:

Graf č. 1: Mapa nového základního konceptu vycházejícího ze selektivního kódování.

graf č. 1: Mapa nového základního konceptu vycházejícího ze selektivní analýzy



Na základě této úvahy jsme přeformulovali základní výzkumnou otázku následovně:

Jaké bariéry překonávají a o jaké opory se opírají sociální pracovníci v zaměření na vize fungující sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky DO?

V následujících třech tabulkách pojmenujeme bariéry, opory a charakteristiky proměnlivých jevů, které se podílejí na vědomí sociálního pracovníka o směřování k vizi funkční sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. Při vytváření těchto tabulek jsme si všimli, že převážná většina kategorií popisujících bariéry se vztahuje k SYSTÉMŮM, ale také k osobnostem samotných sociálních pracovníků a klientů s příznaky duševního onemocnění. Zatímco kategorie opory se vztahuje zejména k sociálním pracovníkům a k lidem v jejich pracovním světě. Tuto druhou skupinu nazýváme LIDÉ. Koncept proměnlivost jevů sytí nový koncept SYSTÉMY i nový koncept LIDÉ, pokud vypovídá o negativních jevech, pouze LIDÉ, pokud vypovídá o pozitivních jevech. V interpretacích těchto tabulek se to budeme snažit ověřit.

Tabulka č. 14 – BARIÉRY

Osobnost sociálního pracovníka	Osobnost klienta	Vlastní sociální práce
<p><i>Ve vztahu k profesi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Počáteční zkušenost profesní nezpůsobilosti (zaskočenost) Navazování kontaktu, komunikace Zkušenost profesní bezmoci Limity v psychické únavě Ohroženost syndromem vyhoření <p><i>Emocionalita</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Strach z agrese klientů Obavy Bezradnost Pocit nepříjemnosti (dyskomfort) Strach z komunikace bez přítomnosti svědků <p><i>Vztah k potřebám</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Nenaplněná potřeba úspěchu 	<p><i>Ve vztahu k socializaci</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sociální maladaptace <p><i>Ve vztahu k projevům DO</i></p> <p>Polymorbidita</p> <ul style="list-style-type: none"> Drogy vyvolávající schizofrenní stavy Skrytá polymorbidita <p>Projevy mentální retardace</p> <ul style="list-style-type: none"> Nesvéprávnost <p>Mentální limity osobnosti klienta</p> <p>Žijí mimo naši realitu</p> <p>Motivace k léčbě</p> <p>Absence motivace k léčbě klienta s DO</p> <ul style="list-style-type: none"> Vlastní vůle Předsudky vzhledem k léčbě <p>Konec příběhu</p> <p>Začarovaný kruh</p> <p>Výjimka potvrzující pravidlo</p>	<p><i>Bariéry přicházející ze sociálního systému</i></p> <p>Bariéry přicházející ze sociálního systému</p> <ul style="list-style-type: none"> „díra“ v sociálním systému Pravidla organizace Nekomunikace se sociálními službami Byrokracie (bere čas na bezprostřední práce s klienty, opatrovnické úřadování) Neúspěšná spolupráce s navazujícími službami Chybějící navazující služby Pravidla navazujících služeb Systém přiznávání dávek ČSSZ a UP <p>Přicházející ze zdravotního systému</p> <ul style="list-style-type: none"> Absence zdravotní dokumentace klientů – neznalost diagnóz Nedostatek lékařů – psychiatrů Absence partnerství psychiatrů a sociálních pracovníků Lékařům chybí vhléd do sociálních služeb Chybí psychiatrická první pomoc <p>Přicházející z právního systému</p> <ul style="list-style-type: none"> ALARMUJÍCÍ BARIÉRY

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Čekání na život ohrožující situace ✓ Úmyslné vystavování se život ohrožujícím situacím ✓ Důsledky vystavení se život ohrožujících situací • „málo“ opatrovníků • Ochrana osobních údajů klienta s příznaky DO
--	--	---

Zdroj: Vlastní výzkum

Bariéry v osobnosti sociálního pracovníka jsou jednoznačně přiřaditelné ke konceptu LIDÉ. Ve vztahu k vlastní profesi jde o příběh počáteční nezkušenosti v jednání s takovými lidmi, o první *zážitky neschopnosti* se v jejich situaci *zorientovat* a vůbec *nějak profesionálně zareagovat*. V emocionální oblasti se jeví jako značně významný *strach a obavy z agrese klientů, bezradnost v pocitech ohrožení a nebezpečí*. Komunikační partnerky byly na tyto situace *nepřipravené*, zaskočily je. S postupující praxí se na ně naučily reagovat, ale dodnes cítí *nenaplněnou potřebu úspěchu*, protože přes veškerou snahu nebyly schopny proniknout dále, než k jednorázovým úkonům jako je doprovod k lékaři, který nebyl řešením situace klienta. Překvapivé pro nás byla absence bariéry, kterou jsme očekávali, a tou je nízké finanční ohodnocení sociálního pracovníka.

Frustrujícím faktorem v práci komunikačních partnerek se stává také klient s projevy duševního onemocnění. Příčinou je jednak jejich osobní životní příběh začínající špatnou rodinnou socializací a ústící do *sociální maladaptace*, díky které *neuznávají pravidla, ani autority*. *Samotné duševní onemocnění* je další zdroj bariér, které vycházejí z klienta, zvláště, když je doprovázeno *limity v mentální kapacitě* klienta, konkrétně to může znamenat, že se neumí ani podepsat nebo nejsou schopni dojít si na pojišťovnu. Nebo může jedna duševní choroba podmiňovat vznik další (například *závislost na drogách vyvolávající schizofrenní stavy*). S tím úzce souvisí jejich motivace k léčbě, vůči které často zaujímají *nechuť nebo předsudky* – paradoxně považují léky pro své zdraví za škodlivé. Komunikační partnerky to vnímají jako *selhávání vůle klientů*. To vše vyúsťuje

do *začarovaného kruhu* nekonečné houpačky akutní stav choroba – léčebna – remise, *s pomalou sestupnou tendencí*, výstižněji řečeno nekonečný kruh léčebna – ulice. I tyto bariéry spadají do nově vytvořeného konceptu LIDÉ.

Bariéry vystupující z původního konceptu vlastní sociální práce tvoří naprosto nejpočetnější koncept co do množství kategorií, ale i sycení daty. Vycházejí ze sociálního systému, z právního systému a zdravotního systému. Je pro ně charakteristické, že přicházejí z „*bariérového nastavení*“ těchto systémů. Znamená to, že se toto nastavení týká jak konkrétních zařízení, například špatným nastavením pravidel (vyžadování potvrzení o kompenzaci choroby od lékařů, kteří nerozumí vůbec logice tohoto počínu), postupuje *k systémům přiznávání dávek ČSSZ a ÚP s rostoucí náročností na byrokratické úkony na klienty*, až po konstatování, že celý systém je vzhledem ke klientům s projevy duševní nemoci vůči nim „*děravý*“ – tzn., že *systém jako takový nevnímá potřebu speciální sociální služby* pro tyto klienty. Ostatně ani sociální *služby, které fungují, nestačí kapacitně*, takže odmítají přijímat, eventuálně se pokoušet o pomoc v řešení životních situací klientů bez přístřeší s projevy duševní choroby. Mají „*svých klientů dost*“.

Za alarmující bariéry v profesní práci sociálního pracovníka považujeme bariéry legislativní, a to z několika jejich projevů: 1. Jsou to skutečnosti plynoucí ze zákona číslo 372/ 2011 Sb., ze kterého plyne možnost hospitalizace pacienta pouze v případě, že ohrožuje sebe nebo své okolí, nebo že mu byla soudem nařízena ústavní léčba.

2. Je to ochrana osobních údajů, která nedovoluje, aby sociální pracovníci směli nahlédnout do zdravotní dokumentace klientů, ani se jich nemohou ptát na jejich zdravotní stav. Partnerky komunikace vysvětlují důsledky: *musí čekat, až jim klient s příznaky duševního onemocnění sám řekne* o svých psychických problémech, ještě závažnější je však to, co popisují jako *čekání na život ohrožující situace, díky nimž může být konečně klient hospitalizován a léčen*. Dokonce nemusí jít ani o čekání, ale sociální pracovníce se snaží *vyprovokovat klienta* slovně, aby „pomohly“ klientovi k léčbě tím, že je napadne před svědky. Důsledkem toho jsou samozřejmě *traumatické zážitky sociálních pracovníků*, na které reagují v podstatě svépomocně, „*hluboce dejchají*“...

Z uvedených bariér se nám jeví jako nejhroživější ty, které přicházejí z PRÁVNÍHO SYSTÉMU, jelikož proti nim stojí sociální pracovník bezmocně, respektive nemůže je nijak ovlivnit. Stejně bez šancí na ovlivnění však není u bariéry související se sociálním systémem, protože například mohou iniciovat, aby na úrovni kraje došlo v rámci komunitního plánování ke zvyšování určitého počtu sociální služby. Naopak byrokratizace postupů při vyplácení sociálních dávek se jeví jako neovlivnitelná. Pravidla konkrétních zařízení ovlivnitelná jsou. Zdá se však, že čím významnější bariéra, tím méně ovlivnitelná. V konceptu LIDÉ se jeví jako nejovlivnitelnější bariéry obsažené v samotném konceptu sociální pracovník. Hledat jeho možnosti budeme v konceptu opory (přicházející z osobnosti sociálního pracovníka). V momentálním projevu bariér vycházejících z osobnosti klienta, tak jak je popsali partnerky komunikace se jeví škála ovlivnitelnost – neovlivnitelnost jako převážení neovlivnitelnosti těchto bariér. Z úhlu pohledu bariérovosti práce sociálního pracovníka s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění tedy v tuto chvíli můžeme usoudit na to, že bariéry přicházející ze systémů mají těžší dopad na jeho práci a současně jsou téměř neovlivnitelné.

Tabulka č. 15: OPORY

Osobnost sociálního pracovníka	Osobnost klienta	Vlastní sociální práce
<p><i>Ve vztahu k profesi</i></p> <p>Výběr práce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zájem získala během studia (opora) • Empatie, postoj povolání, vědomí poslání (opora) <p><i>Vztah k emocionalitě</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozitivní emoce ve vztahu k práci • Pozitivní emoce v očekávání budoucnosti • Pozitivní emoce empatie • Transformace negativních pocitů 		<p><i>Opory</i></p> <p>Cizí</p> <ul style="list-style-type: none"> • Čerpané od kolegů (psychická opora, fyzická ochrana) • Čerpaná ze vzdělávacích kursů • Odborné zdroje • Z vlastní rodiny • Dobrá spolupráce s ostatními službami

<p>Psychohygienu (opora)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolegové • Rodina viděná jako zdroj nebo jako absence zdroje • Zábava • Vyhledávání ticha <p>Opory</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozitivní emoce ve vztahu k práci • Pozitivní emoce v očekávání budoucnosti • Pozitivní emoce empatie • Transformace negativních pocitů <p><i>Ve vztahu k duchovním postojům</i></p> <p>Transformace identity klienta</p> <p>Sebemotivace k vytrvalosti</p> <p>Respekt vůči svobodě klientů s DO</p> <p>Vědomí povolání ke službě</p>		
---	--	--

Zdroj: Vlastní výzkum

Při prvním pohledu na tabulku charakterizující koncept OPORY vnímáme převis opor v konceptu osobnosti sociálního pracovníka. V osobnosti klienta naprosto chybí (předpokládáme však, že se objeví alespoň v mírné podobě díky konceptu PROMĚNLIVOST (jevů). Sporadický výskyt opor nalézáme u konceptu vlastní sociální práce. V porovnání s obsáhlostí konceptu BARIÉR je tento koncept opor poměrně chudý.

U osobnosti sociálního pracovníka nalzáme možné OPORY již v začátku pracovní kariéry jako *zájem* projevený již během studia, *empatii* vůči cílové skupině klientů nebo pocit povolání, protože se na tyto lidi obecně hledí jako na úplnou spodinu společnosti a z vědomí, že jim proto nikdo ani pomáhat nechce, vzešlo *vědomí povolání*. Komunikační partnerky našly celou škálu pozitivních emocí – *práce je prostě baví, sžili se svými klienty*, „nahodily se na jejich vlnu“, takže v budoucnosti *nečekají negativní vývoj*. *Strach z klientů transformovaly* do postoje porozumění klientům jako „normálním lidem“.

Partnerky komunikace také spontánně představily škálu vlastních psychohygienických praktik: *proberou své pracovní problémy s kolegy a poradí se s nimi*, když jim není dobře, *naznačí problém v rodině* a dočkají se opory, *věnují se zábavě* nebo prostě *lenošení*, vlastní *domácí zvířátko*.

Jako překvapivou oporu jsme identifikovali *duchovní (resp. morální) postoje partnerek*. Spočívají v tom, že komunikační partnerky *mění úhel pohledu na osobu klienta* – nevnímají ho jako bezdomovce, ale jako člověka s duševním onemocněním, které není důvod odsuzovat, jejich způsob života je kompenzace všeho, co jim chybělo v dětství. Nazvali jsme tuto charakteristiku „transformace identity klienta“. *Samy sebe motivují k vytrvalosti v práci*, když ji vidí jako „běh na dlouhou trať“, neúspěch je nesmí odradit, práce spočívá v opakujících se pokusech. *Respektují svobodu klientů* i v případě, že se rozhodují pro špatnou cestu. Je to cesta k jejich *hlubšímu porozumění*. Přitom jsou si vědomy toho, že jsou ve společnosti jediní, kdo se snaží vědomě klientům pomoci – mají *silný pocit povolání pro pomáhající práci*.

Ve vlastní sociální práci přicházejí ze SYSTÉMU pouze opory typu vzdělávací akce jako školení nebo odborné kursy. Odborné zdroje (za které považují vedle odborných knih i internet) vyhledávají samy, jako vlastní zdroj opory pro svou práci. Ostatní opory – z vlastní rodiny, od kolegů na pracovišti a od pracovníků jiných služeb – se samozřejmě vztahují ke konceptu LIDÉ. Za velmi významnou oporu považují v této souvislosti komunikační partnerky předávání zkušeností od kolegů a kolegyň.

Překvapilo nás, že jsme neidentifikovali jako oporu přicházející ze systému sociální práce pravidelné supervize na pracovišti, kterých se komunikační partnerky účastní. Můžeme

se domnívat, že jim tyto supervize v profesní práci nepomáhají? Považují je za pracovní povinnost, nikoliv za nabídku pomoci?

V této fázi analýzy můžeme vyvodit, že zatímco ze SYSTÉMŮ vstupují do profesní práce sociálního pracovníka s klienty s příznaky duševního onemocnění významné bariéry, v hledání opor jsou odkázáni především sami na sebe.

Tabula č. 16: PROMĚNLIVOST (jevů)

Osobnost sociálního pracovníka	Osobnost klienta	Vlastní sociální práce
<p><i>Ve vztahu k profesi</i></p> <p>Sebemotivační proces – zájem versus Antimotivace z osobní zkušenosti</p> <p><i>Duchovní hodnoty</i></p> <p>Předpis versus lidskost</p> <p>Víra a naděje proti špatné prognóze</p> <p>Obranný mechanismus proti beznaději</p>	<p><i>Socializace</i></p> <p>Má rodinu – končí dobře nemá rodinu – končí špatně má rodinu – končí špatně</p> <p>Dichotomie projevů DO (proměnlivost)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaléčený klient jako opora • Zaléčený klient jako bariéra • Nezaléčený klient jako bariéra <p><i>Uzavřenost – neuzavřenost</i></p> <p>Neuzavírání</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mluvení o problémech • Komunikace s úřady • Neodmítání pomoci <p>Uzavírání</p> <p>Absence motivace k léčbě klienta s DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vlastní vůle <p>Předsudky vzhledem k léčbě</p> <p><i>Konec příběhu</i></p>	<p><i>Obecně vyjádřené požadavky</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • pomáhající vyžadující komunikace x <p><i>Ve vztahu k nástrojům profesní práce</i></p> <p>Nástroje získané kontaktem s odborným světem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzultace s psychiatrem – ambivalentní zkušenost <p><i>Vzhledem k bariérám versus oporám</i></p> <p>Přicházející ze sociálního systému</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence afiliace u pracovníků navazujících služeb x existence afiliace pracovníků navazujících služeb <p>Přicházející z bezpečnostního systému</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selhávání složek IZS x dobrá

	Dichotomie konce příběhů vystupujících z mlhy	spolupráce s městskou policií
--	--	-------------------------------

Zdroj: Vlastní výzkum

Koncept PROMĚNLIVOST (jevů) vyjadřuje vlastně dimenze konceptů: osobnost sociálního pracovníka, osobnost klienta a vlastní sociální práce tím, že ukazuje na dichotomii některých jevů, řečeno jednodušeji: tyto jevy se někdy vyskytují někdy jako bariéra – v negativním vymezení, jindy jako opora – v pozitivním vymezení. Tím pádem poněkud zmírňují dopad některých bariér, které takto mají okamžitě svůj protiklad.

U osobnosti sociálního pracovníka jde ve vztahu k jeho profesi o případy, kdy setkání s tímto typem klientů u něho *vyvolává někdy zájem*: ptá se, co se jim „honí v hlavě“, naopak „Antimotivace“ způsobily *předprofesní zkušenosti s vulgaritou, hrubostí* při setkání s lidmi bez přístřeší.

Druhou oblastí jsou duchovní hodnoty, které komunikační partnerky představily jako dilema „předpis versus lidskost“ při řešení problému „*poslední instance*“, na kterou se osoby bez přístřeší mohou obrátit. V tomto kontextu *jednat lidsky* znamená oporu, protože pracovnice jedná podle svého svědomí, nikoliv proti němu. Dilema víra a naděje versus špatná prognóza, které popisují komunikační partnerky jako *víru ve zlepšení nastavení zdravotně sociálního systému*, může sloužit jako opora, když skutečně mobilizuje pracovníci k vytrvalosti v práci. Naopak *podlehnutí špatné prognóze* vývoje zdravotně sociálního systému vede *k rezignaci* a působí jako bariéra, protože „klientů na ulici, kteří mají duševní problém, bude čím dál víc“. Tentýž *obranný mechanismus* může zafungovat ve vztahu ke klientům, když sociální pracovnice buď *podlehne beznaději z dlouhodobé špatné prognózy*, nebo se upne na *pomoc „tady a teď“*.

U osobnosti klienta jsme nenalezli žádné opory pro profesní práci sociálních pracovníků, ale nacházíme zde několik situací spadajících do konceptu proměnlivost jevů. Variabilita se ukazuje už v konceptu socializace, kdy komunikační partnerky poukazují na různé možnosti dopadu rodiny na to, jaký konec bude mít „příběh klienta“. Rodina, která *neuzavřela dveře a spolupracuje s klientem*, může napomoci dobrému konci. Působí i pro

sociální pracovníci jako opora. *Opuštěnost od rodiny* způsobuje, že se přidruží další negativní jevy, patologie a osamělý klient „skončí na ulici“ – jasná bariéra. Ale může nastat i případ, kdy *rodina neopustí klienta, přesto je překážkou* jemu i sociální práci, když je například zdroje násilí. Komunikační partnerky dále popisují vlastnosti klientů jako dichotomní ve smyslu, že někteří *se projevují „neuzavřeně“*, to znamená, že mluví o problémech, komunikují s úřady, neodmítají pomoc. Jsou zkrátka *ochotní spolupracovat*, což je komunikačními partnerkami vnímáno jako silná opora jejich práce. Ti „uzavření“ *naopak nespolupracují*, což se projevuje nejčastěji jako odmítání léčby v přesvědčení, že jim léky škodí. V tu chvíli působí klient bariérově. Náznak možné opory může sociální pracovnice zažít, když v rámci „konce svého příběhu“ se *přijde klient pochlubit*, že se má dobře. Barvitěji jsou konce příběhů klientů vylíčeny jako ti, kteří *se ztrácejí z dohledu bez zpětné vazby*, o jejich *horšících se podmínkách už je slyšet jenom od kolegů*, což působí „bariérově“.

Oba koncepty – osobnost sociálního pracovníka i osobnost klienta vykazují částečné opory a částečné bariéry v novém konceptu LIDÉ. V konceptu vlastní sociální práce nalézáme jednu ambivalentně se projevující charakteristiku vztahující se přímo k sociálnímu pracovníkovi. Někteří volí „pomáhající způsob komunikace“, čímž navážou vztah důvěry, takže se stávají oporou své vlastní sociální práce, jiní volí vyžadující, striktní komunikaci – kladou si podmínky, vyžadují striktně pravidla, čímž vytvářejí bariéry. Další opora nebo bariéra může vstoupit cestou hledání nástrojů profesní práce v podobě konzultací s lékaři – psychiatry, které mohou mít jak vstřícný charakter – s ochotou se v akutní situaci angažovat, tak odmítající charakter – třeba jen tím, že neporadí v akutní situaci, „nejsou sdílní“. Proměnlivost můžeme nalézt také v jednání pracovníků v navazujících sociálních službách, jejichž chování má někdy charakteristiky afiliace – vstřícného jednání, nevnímají se navzájem jako konkurence, vědí, že spolupráce je pro klienty dobrá. Jindy má charakter chybějící afiliace, který se projevuje striktním odmítáním diskuse o klientech. I ve všech těchto jevech vztahujících se k vlastní sociální práci je lze vztáhnout ke konceptu LIDÉ. Jediná charakteristika, které přichází z konceptu SYSTÉMŮ je dichotomicky vnímaný integrovaný bezpečnostní systém, kdy v některých případech vystupuje policie jako rychlá, zasahující, angažovaná. V jiných případech naopak jako neochotná, zlehčující akutní situace a ohrožující tak životy sociálních pracovníků nebo klientů.

V rámci axiálního kódování a analýzy můžeme uzavřít, že zavedení nových konceptů SYSTÉMY, LIDÉ nám pomohlo vyjádřit vztahy mezi bariérami a oporami v profesní práci sociálních pracovníků:

Zatímco ze SYSTÉMŮ zdravotně sociálních, právních a bezpečnostních přicházejí významné BARIÉRY, OPORY přicházejí zejména z konceptu LIDÉ, konkrétně od osoby sociálního pracovníka, který se navíc může opřít o nemnohé opory v případech pouze některých klientů, a to za předpokladu, že je svým citlivým a individuálním přístupem identifikuje. Menší množství podpor může nalézt i prostřednictvím lidí angažovaných v systému zdravotně sociálních a bezpečnostních služeb. Vnímáme to jako nepoměr, který má pro kvalitu profesní práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění, ohrožující charakter.

4 Výsledky výzkumu

Ústředním procesem v práci **sociálního pracovníka** na cestě od jeho pracovních zkušeností k naplňování vlastní představy o fungující sociální práci s klienty bez přístřeší s duševním onemocněním, je podle naší úvahy postupné naplňování **vize fungující sociální práce**. **Opory** na této cestě vlastní sociální práce znamenají ulehčení, urychlení, zjednodušení procesu posouvání práce směrem k vizi fungujícího systému a současně dodávají sociálnímu pracovníkovi potřebný pocit smysluplnosti. **Bariéry** naopak tím, že stavějí překážky na cestě posouvání k vizi, vracejí opakovaně sociálního pracovníka na začátek jeho práce s klienty. Stávají se zdrojem „**začarovaného kruhu**“, vedou u sociálního pracovníka k pocitům nesmyslnosti, rezignace, skepse, mohou ho ohrožovat až k syndromu vyhoření. Na proces směřování k vizi fungující sociální práce ve vztahu ke klientům bez přístřeší s příznaky duševní nemoci působí bariéry a opory zcela protichůdně.

Samotná **vize fungující sociální práce** ve vztahu ke klientům bez přístřeší s příznaky duševní nemoci představuje cíl sociální práce, který stanovily samotné komunikační partnerky, vycházejí přitom spontánně z paradigmat sociální práce a aplikují na situaci svých klientů s příznaky duševního onemocnění. Jejich ideální představa popisuje efektivní, systematickou pomoc klientům s DO, která respektuje jeho omezení nemocí, ale současně vytváří důstojné podmínky pro jeho život (diagnostikování, léčba, sociální rehabilitace, udržení určité kvality života, „domov“, práce přiměřená zdravotnímu stavu). Představa cíle jako ideálního stavu věcí je legitimní v tom smyslu, že její tvůrce si je vědom její nedosažitelnosti v úplnosti. Smyslem je samotné směřování podle ideálního měřítko, nastaveného vizi. Koncept Vlastní sociální práce se v procesu hledání vztahů mezi koncepty stal vlastně kontextem, ve kterém se samotný proces odehrává.

V rámci této úvahy jsme vlastně popsali vztahy mezi kategoriemi, které jsme „povýšili“ v průběhu analýzy a axiálního kódování na koncepty vzhledem k jejich důležitosti pro popis zkoumaných jevů. To je například případ kategorie Vize nebo Bariéry a Opory vzniklé během otevřeného kódování. Bariéry a Opory jsme povýšili na koncepty v rámci selektivního kódování, kategorie Vize se vynořila jako koncept až jako součást ústředního

procesu směřování sociální práce komunikačních partnerek. Jiné koncepty jsme vytvořili až v rámci axiálního kódování nově. Jedná se o koncepty LIDÉ A SYSTÉMY.

Následuje souhrnná podstatná charakteristika výše uvedených konceptů, kterou pro zvýšení validity doložíme citacemi z rozhovorů s komunikačními partnerkami.

Ústředním konceptem našeho pracovního modelu je **vize fungující sociální práce**, jak je formulovaly komunikační partnerky. Jejich podstatné charakteristiky lze vidět v protikladné dimenzi „idealizovaná versus vztah k realitě:

1. Idealizovaná představa: Obraz klienta s funkční rodinou a vzhled klienta do charakteru své nemoci je nereálný. Idealizovaný obraz se míchá s reálnými představami – terénní práce

Na začátku ideální by bylo, kdyby všichni klienti měli rodiny, kteří by nedopustili, aby se tihle klienti dostali na ulici. Ti lidé by docházeli k lékaři, bralil by medikaci, existovala by nějaká síť center duševního zdraví, kde by byl tým sociálního pracovníka, lékaře, případně nějaké osoby, která prošla tímto duševním onemocněním a mohla by předávat zkušenosti, rady. Buď by klienti přicházeli do centra. Ideální by byli, když by ti pracovníci přicházeli za těmito klienty domů. Pro některý může být těžký opustit práh toho domu. Mají prostě nějakou poruchu, představu, a bojí se opustit ten práh. Bylo by dobré, když by byl nějaký pracovník, který by za ním mohl docházet a pomalu ho směřovat k tomu, aby byl aktivnější. (Ludmila)

2. Představy spojené s realitou: Mají konkrétní podobu buď velkorysejšího plánu založeného na spolupráci služeb zdravotně sociálního systému, v podobě multidisciplinárního týmu, komunitního centra, specializovaná centra, jejichž funkcí by bylo přesvědčovat, medikovat, aktivizovat. Jindy mají podobu skromnější představy např. dobře organizovaného chráněného bydlení s dostatečnou kapacitou a s profesním doprovodem.

...my jsme tady prvotně pro lidi bez domova, takže bychom řešili, že ten člověk nemá kde bydlet. A že bychom měli na sebe navázaný další týmy, které by řešili ten jeho duševní problém, byl by na to navázaný psychiatr, případně nějaký terapeut, bylo by to takový uzavřený kolečko, které by spolu vzájemně spolupracovalo. Asi je to „science fiction“. (Olga)

3. Odpovědnost za takový nový systém je vnímána jako odpovědnost vrcholných orgánů státní správy a výkonné moci.

Tak to už je asi pak otázka na nějaký ministerstvo... (Ludmila)

To by muselo být něco legislativního, aby stát na to dal ty dotace, aby to jako víc podporoval. (Adéla)

Tvůrcem vize fungující sociální práce je **samotná sociální pracovnice**. Její obraz vystoupil již při prvním otevřeném kódování. Má následující charakteristiky:

1. Vztah k profesi nemusí nutně vycházet z původního zájmu, ale přichází jako pracovní nabídka. Může však být i výrazem postojů empatie a povolnosti k práci pro lidi, jimž se nikdo jiný nevěnuje.

Hledala jsem, zkusila jsem, dostala jsem práci. (Olga)

Já jsem měla pocit, že těm lidem vlastně nikdo jinej nepomáhá, že jsou to lidi, na který se hledí úplně jako na tu největší spodinu, která existuje a málokdo jim chce pomoci. Anna)

2. Začátek sociální práce je typicky poznamenáván nedostatkem vědomostí, zkušeností, což ústí do pocitu zaskočenosti a bezmoci.

Bylo to takové, že jsem nevěděla, jak k nim přistupovat. Neměla jsem ty zkušenosti, nebyla jsem si jistá, zda s nima jednám dobře, zda je svým jednáním ještě víc v tom nepodporuju a tak. (Adéla)

Byla jsem zaskočená v první chvíli, s tím jsem se nikdy nesetkala. (Anna)

3. To je nápor na emocionalitu sociální pracovnice. Neumí navazovat kontakt s duševně nemocným klientem, prožívá strach, obavy, bezradnost, pocit nepříjemnosti, časem cítí psychickou únavu z opakujících se frustrací. V extrémním případě cítí ohrožení syndromem vyhoření.

Problém pro mě byl asi navázat ten kontakt s lidma, bavít se o tom problém. Ptala jsem se, jak to berou, jak na to pohlíží, zda mluví otevřeně. (Anna)

Ale jsem tady a snažím se jim pomoci, ale kolikrát na to člověk už nervy nemá. Když tady člověk celej den sedí a přijdou mu za den třeba čtyři lidi, kteří jsou úplně v pohodě, pak stačí jeden jedinej, kterej.... A člověk je psychicky vycucanej a já po deseti minutách rozhovoru s ním jsem, jako kdybych tady měla dvanáctku. A nedokáže mu člověk něco rozmluvit. (Blanka)

4. S bariérami, na které narážejí, bojují sociální pracovníce na několika úrovních. Dvě z nich se projevily jako nejdůležitější. První je péče o vlastní psychohygienu: hledají porozumění u kolegů a u rodiny, věnují se zábavě a zájmům nebo jenom lenošení, vyhledávají ticho. Druhou je zaujetí morálního postoje vůči klientům. Originálně se to projevuje v transformaci identity klientů, jinak ještě v respektu vůči svobodě klientů a v sebemotivaci k vytrvalosti, přičemž se opírají o víru a naději.

Kdysi jsem je vnímala jako nebezpečný lidi pro okolí a teď je vnímám jako lidi, kteří jsou nemocní a svým způsobem nešťastní a měli bysme se snažit spíš je jako pochopit a hledat pro ně řešení ... pro ně vhodný. (Anna)

No, jak chápu svoji profesi.... no jako pomocnou profesi, která se snaží bejt takovým jako by průvodcem tou jejich situací, jsem tady od toho, abych řekla možnosti, jaký ty lidi mají, a i když mají tu diagnózu, tak jsou většinou svéprávní, jsou dospělí, takže to je na nich, jak se rozhodnou. Jestli ty nabídky těch cest zvaží, kterou si vyberou, je to na nich a já se s tím musím smířit, i když je to špatná cesta, podle mě špatná, tak opravdu je to na nich a já jsem tu jenom takovej průvodce, takže podle toho, jakou cestu si zvolí, tou jdeme.... Je to zcela na nich. (Věra)

Pracovní model zvýrazňuje **smysl opor** v procesu směřování sociální práce sociální pracovníce směrem k vizi. Přicházejí s naprostou převahou z konceptu lidí. Z. Směrem k osobnosti sociálního pracovníka vykazují následující vlastnosti:

1. Ve vztahu k profesi je to především projevený vlastní zájem o život klientů a empatie vůči nim, který může vést až k vědomí povolání pro práci. Samotná práce je zajímavá.

Má vize je tady zůstat, protože mě ta práce baví. (Blanka)

2. V emoční oblasti je to postoj empatie, vnímání jejich nemoci, schopnost mluvit řečí srozumitelnou klientovi

...takže v podstatě nahodím se na tu vlnu jejich a kde oni jsou ochotni spolupracovat, protože z toho něco bude. (Blanka)

3. Psychohygienu jako podpůrný prostředek spočívá v probírání pracovních problémů s kolegy a s rodinou, hledání času pro zábavu a lenošení a pro vlastní
...a musím taky říct, že rodina, že když mi není zrovna dobře z nějakýho případu...

Nerozebírám to s nima nějak tak, ale dokážou mě po tom telefonu nějak podržet a odpočinout si, takže po ty psychický... (Blanka

.. hlavně to jsou filmy. Člověk přijde domů, lehne si, nic nedělá a zapomene na svět. (Blanka)

...ale když jsem na tom špatně, tak já mám kočičku, ta mě každé den uklidní... (Věra)

4. Duchovní a morální postoje spočívají ve změně úhlu pohledu na osobu klienta, díky němuž je neodsuzují a řeší otázku lidskosti svého přístupu. Samy sebe motivují k vytrvalosti v práci, respektují svobodu klienta a tím pádem mu lépe rozumí. Jsou vytrvalé

Vlastně už jsem na ty lidi nepohlížela nějak vyloženě jako na bezdomovce, ale spíše jako na lidi, kteří mají nějaké duševní problémy. Že tento problém nemusí mít jen lidi bez domova. (Ludmila)

Jestli ty nabídky těch cest zváží, kterou si vyberou, je to na nich a já se s tím musím smířit, i když je to špatná cesta, podle mě špatná, tak opravdu je to na nich a já jsem tu jenom takovej průvodce, takže podle toho, jakou cestu si zvolí, tou jdeme.... Je to zcela na nich. (Věra)

5. V kontextu sociální práce přicházejí opory výrazně od LIDÍ, a to jako porozumění kolegů včetně poskytování fyzické ochrany v nebezpečných okamžicích práce, porozumění vlastní rodiny a dobrá spolupráce s pracovníky jiných služeb.

že vím, že jednou jsem tu měla dokonce paní vedoucí u toho rozhovoru a jednou vedle byla kolegyně a byly otevřené dveře (Věra)

Možná bylo třeba fajn, že jsem tady pracovala s kolegyní, která pracovala s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním, takže jsem viděla, jak ona k nim přistupuje, takže to byl pro mě vzor, jak se k nim chovat. (Adéla)

6. Jedinou oporou přicházející ze SYSTÉMŮ, je čerpání vzdělávacích kursů.
7. V osobnosti klienta se opory pro sociální práci neobjevují. Je to v tuto chvíli negativní, blíže neidentifikovaný konglomerát.
8. Koncept proměnlivost (jevů) zvýrazňuje výskyt opor zejména v osobnosti. Sociální pracovnice je objeví pouze zaměřením pozornosti a individuální prací s klienty. Může to být občasná existence rodiny, jednáním klienta, které svědčí o jeho neuzavřenosti, tedy spolupráci, důvěře, neodmítání pomoci a občas některý klient projevuje ochotu k léčbě.

U některých nebyl problém to, že jak se pochybovali v centru, byli zvyklí někteří na tu spoustu sociálních služeb, takže bylo dobrý s nimi navázat kontakt. S některými neříkám, že každý... že byli zvyklí docházet na ty úřady. To je dobrý, že člověk dochází na ty úřady, když je člověk ochoten o tom problému mluvit. Že se neuzavíral do sebe, ale mluvil o tom. (Ludmila)

Koncept bariéry v procesu směřování k vizi fungující sociální práce postihuje jak osobnost sociálního pracovníka, tak klienta i kontext vlastní sociální práce, přičemž z kontextu sociální práce vystupují nejvíce sycená data týkající se systémových bariér.

1. V osobnosti sociálního pracovníka bariéry znamenají první zážitky neschopnosti zorientovat se v situaci a profesionálně reagovat, pocity strachu a ohrožení při komunikaci s klienty, ze kterých může pramenit „antimotivace“ k profesní práci.
2. Z osobnosti klienta vystupuje především sociální maladaptace, díky které neuznávají pravidla ani autority, často jsou doprovázeny limity v mentální kapacitě a znásobovány polymorbiditou. Postižena je často vůle klienta.

Já si myslím, že to je hlavně z toho důvodu, že se bojí pravidel, nedokážou akceptovat autoritu, protože tam musí někoho poslouchat a tady kolikrát slyšíme, že jsme vězení, že tady nechtějí být, přitom tady nemusí být vůbec. Takže si myslím, že tam je pro ně celkově špatný chápání té autority a přijímání pravidel. Kdyby ta pravidla dodržovali, tak by nebyli na ulici a neměli by žádnou nemoc. (Blanka)

Bud'to se tam s tím duševním problémem dostanou a on je dostane na ulici nebo se dostanou nějakým závislostem, který následně u něj díky tomu je nějaký duševní problém. (Olga)

3. Z předcházejících bariér povstává důležitý koncept popsáný jako důsledek bariér v oblasti osobnosti klienta: „**začarovaný kruh**“. Jde o nekonečnou houpačku mezi akutním stavem choroby, léčebnou a remisí nemoci, s pomalou sestupnou tendencí. Z konceptu PROMĚNLIVOST (jevů) přistupuje do bariér ještě občasná uzavřenost klientů a z ní plynoucí nekomunikace, odmítání pomoci ohledně léčby a nespolupráce v komunikaci s úřady.

Většinou je to nekonečnej konec a nekonečnej začátek. Většinou přijdou z té psychiatrický léčebny, budou tady půl roku, vysadí léčbu a znovu jdou do

psychiatrický léčebny. Takže takovej začarovanéj kruh a já jsem se zatím neseetkala, že by se mi dostala nějaká informace, že by se někdo zabil. (Blanka)

4. V kontextu vlastní sociální práce vystupují především systémové bariéry, které ovšem mají alarmující dopady na práci sociální pracovnice.

a. Ze sociálního systému jde o bariéry na úrovni konkrétních sociálních služeb – vlastní úprava daného zařízení, na další úrovni jde o jednání s institucemi jako je žádání o invalidní důchod nebo dávky hmotné nouze až ke konstatování, že celý systém je „děravý“, tzn., že nevnímá potřebu speciální sociální služby pro klienty.

No obecně, že o ně není tolik pečováno a ty projevy služby nejsou jaké by měly být. Jsou prostě bráni jako klasičtí bezdomovci, ale nikdo nevidí, že potřebují právě jinou péči, jinou pomoc, že třeba neberou ty léky není tady ten systém, který by je donutil k tomu, aby opravdu někam chodili a ty léky užívali. (Adéla)

b. Alarmující bariéry vystupují z právního systému. Týkají se jednak ochrany osobních údajů, díky níž sociálním pracovníkům není přístupná zdravotní dokumentace klientů a nemají oprávnění ani zjišťovat jejich zdravotní stav, jednak to, že hospitalizace klienta je podmíněna nebezpečností jeho chování vzhledem k sobě nebo okolí. To vystavuje sociální pracovnice život ohrožujícím situacím, výjimečně vyhoceným tak, že samy usilují o vyprovokování klienta, aby mohl být ve svém zájmu hospitalizován.

My jsme se ho snažili taky vyprovokovat slovně, aby nás nápad, abychom měli důvod. My ale, pokud nemáme důvod k tomu, abychom ho mohli zadržet, tak my nemůžeme nic. Takže tohle to mě přijde třeba hodně rizikový, protože může to bejt noční služba, kdy to proběhne a stačí třeba příborák, aby ho poranil může zranit i ostatní uživatele. Jde o to, že nás nikdo neposlouchá. (Blanka)

c. Ze strany zdravotních služeb narážejí sociální pracovníci na chybějící vhléd lékařů – psychiatrů do systému sociálních služeb, na absenci partnerství vůči lékařům a na chybějící psychiatrickou „první pomoc“. Z konceptu PROMĚNLIVOST (jevů) přistupují i bariéry ze zdravotního systému, které způsobují pouze někteří lékaři jako neochotu ke spolupráci.

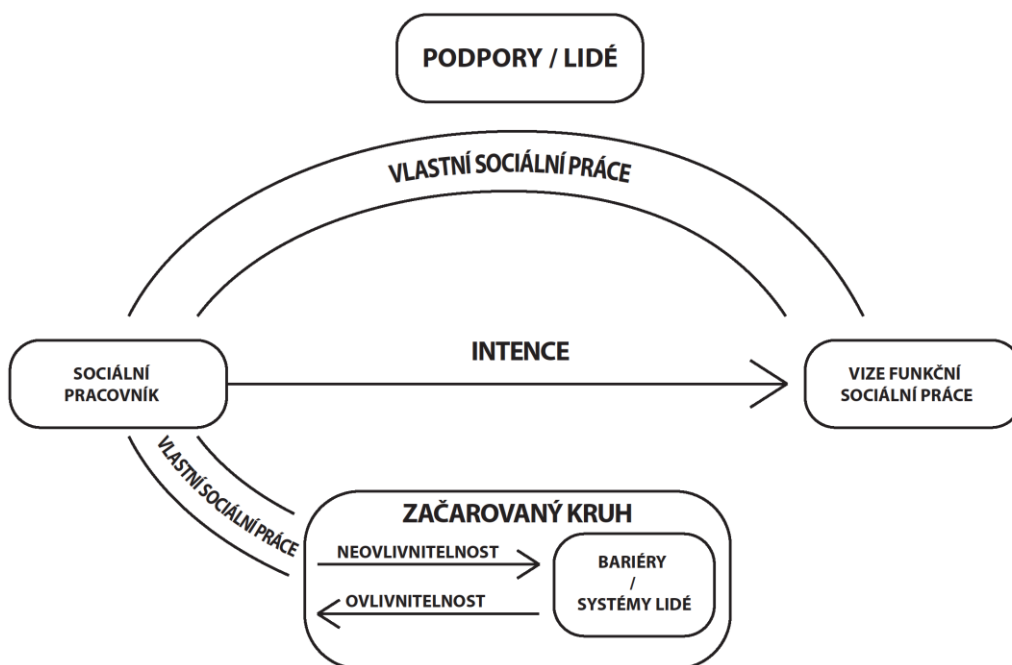
Někdy se stávalo na jiném centru, že říkali: Proč to po nich chceme? ... Že na to nemáme právo, protože většina psychiatrů nemá ponětí o tom, co to je ta sociální služba... Proč to chceme... Že to je vlastně naše negativně vymezená cílová skupina, oni by tím pádem nemohli nic. (Věra)

S tím psychiatrem nebo s psychiatrickou jsem mluvila, když tady odváželi toho pána u toho okna, tak ta mi volala, bylo půl osmý večer, to už jsem byla doma, že se i ptala. Takže to byl jedinej v podstatě psychiatr, kterej se mě dotazoval na stav pacienta. (Blanka)

- d. Koncept PROMĚNLIVOST (jevů) ještě ukazuje na občasnou špatnou spolupráci s některými složkami policie.

Vztahy mezi koncepty, které tvoří jádro pracovního modelu, můžeme znázornit graficky takto:

Graf č. 2: Grafické znázornění výsledného pracovního modelu.



Vsáhněme nyní takto vzniklý pracovní model k základní výzkumné otázce a k dílčím otázkám.

Základní výzkumná otázka zněla:

O jaké záchytné body v prostředí klientů a ve formulaci svých cílů se opírají sociální pracovníci pracující s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním?

V průběhu analýzy jsme ji zpřesnili takto:

Jaké bariéry překonávají a o jaké opory se opírají sociální pracovníci v zaměření na vize sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky DO?

Základní výzkumnou otázku pro kvalitativní výzkum členíme do následujících dílčích otázek:

- 1. Jak vnímají sociální pracovníci osobnosti samotných klientů s duševním onemocněním a možnosti jejich návratu do fungování ve společnosti?**
- 2. Jak vnímají svoje profesní možnosti?**
- 3. Vnímají bariéry ve své práci?**
- 4. Mají ideální představu o podmínkách, za kterých by systém sociální práce s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním dobře fungoval?**

„Přečtením“ grafického znázornění modelu, které se opírá o shrnuté výsledky výzkumy, dostaneme následující výpověď

Proces profesní práce sociální pracovnice začíná s jejími prvními zkušenostmi, které mají často negativní charakter. Na základě praxe si sociální pracovnice vytváří vizi fungující sociální práce, a to více či méně vědomě v souladu s paradigmaty sociální práce. V průběhu procesu naráží především na masivní bariéry, které jí brání v přiblížování se vizi, kterou si sama vytvořila. Bariéry mají především systémový charakter, občas zostřený ještě bariérami pocházejícími z povahy klientely, ale i z jejich negativních zkušeností. Platí zde zásada, že čím vyšší úroveň systémů, tím méně ovlivnitelná je bariéra, ale tím nebezpečnější dopad má na práci sociální pracovnice. Jedná se často o bariéry, které ona sama nemůže ovlivnit. To, co nějak alespoň do určité míry ovlivnit může, jsou bariéry přicházející od lidí, ať už osob bez přístřeší s příznaky duševního

onemocnění, tak od příslušníků dalších služeb. Tak se vytváří nepoměr, díky němuž sociální pracovnice snadno podlehnou beznaději ze začarovaného kruhu, který pouze sleduje u svých klientů, a který u ní může vyústit až do syndromu vyhoření. Mezi opory sociální práce na cestě k vlastní vizi fungující sociální práce vstupuje (pro nás nečekaně) opora z oblasti duchovních a morálních hodnot sociální práce. Naopak některé opory ze systému sociálních služeb tak vnímány nejsou. Bariérou pro profesní práci se tak nestává finanční ohodnocení, ale oporou nejsou povinné supervize. Nepoměr mezi bariérami a oporami v profesní práci sociálních pracovníků ve směru fungující vize, je sice ohrožující, ale sociální pracovnice mobilizují v oblasti ovlivnitelných bariér své síly na obranu a „marnou“ cestu k vizi,

Limity našeho výzkumu spočívají v několika ohledech:

- Zkoumaný jev jsme viděli pouze očima sociálních pracovníků v praxi, nikoliv očima klientů, nikoliv očima pracovníků navazujících služeb
- Ve výzkumném souboru jsme použili pouze data z jednoho města s počtem obyvatel nad 100 000. Partnerky komunikaci také pocházely z jediné zastřešující organizace. Pro zlepšení validity proběhla pilotáž výzkumu v jiném městě.
- Jsme si vědomi i vlastních výzkumných limitů, které spočívaly v zaujatosti problémem plynoucím z dosavadní praxe autorky. Je možné, že tím byl ovlivněn i způsob kódování a tvorby pracovního modelu. Snažili jsme se to eliminovat tak, že kódování proběhlo za spolupráce s absolventkou studia odborné psychologie na FF MU, v průběhu analýzy jsme se neustále vracely ke kódům vzniklých v prvním otevřeném kódování, protože ty byly v nejužším kontaktu s přímými výpověďmi komunikačních partnerek. Validitu výzkumu také zvyšuje podrobná dokumentace procesu kódování a analýzy v přílohách.

5 Diskuse výsledků

V této diplomové práci jsme se zaměřili na sociální práci s osobami bez přístřeší příznaky duševního onemocnění. Nejprve jsme se věnovali představení osob bez přístřeší a osob s duševním onemocněním, abychom poukázali na vzájemné prolínání těchto skupin a nejasnost v kauzalitě vzniku sociálních a zdravotních problémů. Také jsme nastínili problémy, které může zapříčinit bezdomovectví a duševní onemocnění, a popsali, jaké sociální služby jsou pro tyto lidi dostupné, a jak sociální práce funguje.

V empirické části jsme si položili otázku, o jaké záchytné body v prostředí klientů a ve formulaci svých cílů se opírají sociální pracovníci pracující s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním? Tuto jsme si rozdělili do následujících podotázek: Jak sociální pracovníci vnímají své profesní možnosti? Jaké bariéry překonávají? Jakou mají vizi budoucnosti sociální práce? Na všechny tyto otázky jsme odpověděli prostřednictvím diagramu na konci kapitoly, který rekapituloval výsledky kvalitativního výzkumu.

Přístup komunikačních partnerek byl velice vstřícný a velmi oceňujeme ochotu zodpovědět všechny výzkumné otázky. Velice nás překvapilo, jaký samotný výzkum u nich vzbuzoval zájem. Některé z nich si nechali zaslat otázky předem, aby se na ně mohli před rozhovorem připravit. Jedna z komunikačních partnerek nás oslovila po skončení rozhovoru, aby své odpovědi ještě doplnila a zajímala se, jak na otázky týkající se sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění odpovídaly další komunikační partnerky.

V začátcích své profesní práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění se cítily komunikační partnerky zaskočený a nepřipraveny. Po nasbírání zkušeností se sociální pracovnice nejvíce opírají o individuální sociální práci, když uvádějí, že jsou citlivé na projevy klientů a vzájemně se s nimi „otřukávají“. Individuální sociální práci lze definovat dle Stimmera (1996) jako metodu práce s lidmi, kteří potřebují oporu jakoukoliv formou individuální pomoci. Jedinečnost spočívá v pohledu na klienta nikoli jako na objekt, ale jako subjekt sociální práce. Cílem interakce je orientace na dorozumění a nalezení společné definice klientova problému. Tento způsob práce dokládají komunikační partnerky i respektem vůči klientově osobnosti a vůči jeho rozhodnutím.

Tento přístup se však podle nich nedá získat školeními nebo z knih. Nejvíce se naučily získanou praxí a konzultacemi práce s kolegy.

Proces sociální práce směřuje k vizi sociálního pracovníka. Vize sociálních pracovníků se opírá o koncept sociální práce jako sociálního fungování, který definuje Hořejší (in Venglářová, 2008) jako pomoc jednotlivcům a systémům zlepšovat jejich sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby chránily jednotlivce a systémy přetížené ve fungování. Tyto vize jsou v souladu i s paradigmaty sociální práce – konkrétně se třetím reformním paradigmatem, kde se pojí představa sociálního fungování s vizí společenské spravedlnosti a solidarity. Sociální pracovník má v rámci tohoto paradigmatu posilovat a zvyšovat podíl nejrůznějších skupin na tvorbě a změnách společenských situací (Navrátil 2001). Náš výzkum naznačuje, že sociální pracovnice sice mají jasnou představu o tom, jak by sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění měla vypadat a změnu i iniciují, sami nevěří, že ke změně dojde.

V otázce sociálního fungování člověka ve společnosti se můžeme dostat k dilematu sociální práce: normativnost x nenormativnost. To upozorňuje na snahu sociální práce přinutit jedince být součástí majoritní společnosti nikoli na snahu řešit problémy jednotlivců (Mojžíšová, 2006). S tímto dilematem se komunikační partnerky v praxi vyrovnávají různě. Buď respektují „špatně zvolenou cestu“, motivují klienta vysvětlením benefitů, jež jim řešení problémů přinese, nebo se snaží klienta k řešení „dotlačit“. Klienti s duševním onemocněním například u schizofrenie mohou mít oslabené schopnosti pamatovat si, soustředit se, plánovat a řešit problémy (Peterková, 2018).

Otázka je, zda i u člověka, který má „nemocné myšlenky“ a není schopen náhledu na vlastní nemoc, je v nejlepším zájmu respektovat jeho rozhodnutí a chránit jeho osobní údaje, jak to ukládá legislativa. V tomto případě si můžeme dovolit paralelu s předběžným opatřením odebrání dítěte z péče patologické rodiny, kdy sociální pracovník jedná v nejlepší prospěch klienta, ačkoli klient nemá mentální kapacitu udělat toto rozhodnutí. U předběžného opatření dle §76 zákona 99 / 1963 sbírky občanského soudního řádu se posuzuje míra ohrožení dítěte a primárně zajišťuje bezpečí dítěte. Ve výjimečných případech výsledkem toho hodnocení může být odebrání dítěte z péče rodičů. Poté musí být vytvořen samostatný procesní postup následného řešení situace dítěte, protože po umístění dítěte může míra ohrožení dítěte klesnout rovnou na minimální

úroveň. Pemová, Ptáček (2012) toto rozhodnutí charakterizují jako profesní a etické dilema a sice, zda je celistvost rodiny v nejlepším zájmu dítě. Autoři (tamtéž) upozorňují na stupeň rizika, kterému musí být dítě vystavené, aby k předběžnému opatření došlo: musí být závažné, tj. musí docházet k riziku ohrožení dítěte, ne však na životě a zdraví.

Dle zákona 372/ 2011 sb. §38 osoby s příznaky duševního onemocnění je však možno hospitalizovat člověka s duševním onemocněním pouze v případě jejich vlastního ohrožení, nebo ohrožení jejich okolí. Tedy riziko pro nemocného člověka a jeho okolí je mnohem vyšší. Samotné čekání na tuto situaci, na základě, které by sociální pracovník mohl nechat hospitalizovat klienta, sice je vysoce rizikové, ale je to v podstatě jediná naděje na léčení klienta. Zde je nutno dodat, že sociální pracovníci v těchto případech nemá žádné prostředky veřejného činitele, a tak musí čekat, až přijede na pomoc integrovaný záchranný systém. Komunikační partnerky v rámci rozhovorů ukazovaly na příkladech, do jak nebezpečných situací se mohou dostat. Tyto situace jsme v rámci výzkumu vyhodnotili jako alarmující.

Sociální pracovníci si mohou nastavit ve standardech sociální služby individuálně vymezenou cílovou skupinu dle subjektivní míry pocitu ohrožení. Takto nastavená pravidla měl jeden azylový dům, ve kterém také probíhal tento kvalitativní výzkum. (Komunikační partnerka byla však z výzkumu vyřazena z důvodu absence zkušeností ve zkoumané problematice.) Tento postup však skýtá úskalí. Pracovníci sociální služby musejí být jednotní v přístupu této subjektivně negativně vymezené cílové skupině. Také se však cítí být vystavování morálnímu dilematu lidskosti s vědomím poslední instance, na kterou se mohou osoby bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění obrátit.

Komunikační partnerky se zmiňují i o případech, kdy klienti byli hospitalizováni. Sociální pracovníci však nehodnotí hospitalizaci jako konečné řešení, neboť klienti se z léčebny vracejí zpět na ulici. Konce příběhů svých klientů vidí jako začarovaný kruh „léčebna – ulice“ s postupnou zhoršující se tendencí. Pokud mají příběhy jejich klientů pozitivní konec, sociální pracovníci se v něm málo kdy dozví, nepřijde-li se se klient sám „pochlubit“. Život osoby bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění s takto nastíněným příběhem postrádá duchovní rozměr, o kterém hovoří v existencionalní analýze Fankl (in Navrátil,2001). Jejich život totiž postupně stále více ztrácí smysl, a to

jak v očích jich samých, tak v očích sociálních pracovníků, kteří zůstávají často jako jeden z posledních záchytných bodů na cestě zpět do společnosti.

Tento beznadějný koloběh, který sociální pracovníci vidí u klientů, může u nich samotných vyústit až syndrom vyhoření. Autorka Hrazdilová Bočková (2016) syndrom vyhoření popisuje i jako krizi smyslu práce, kdy osobní hodnoty ustupují do pozadí a člověk zapomíná, co je pro něj doopravdy důležité. Komunikační partnerky se syndromu vyhoření brání nejrůznějšími prostředky. Ve výzkumu jsem tyto prostředky nazvali opory sociální práce. Tyto opory přicházely nejčastěji z konceptu lidí. Komunikační partnerky je nacházely v sobě (od vlastního zaujetí pro práci a vlastní zkušenosti, přes vlastní psychohygienu – kolegové, rodina, ticho, filmy, domácí zvířátka, transformaci identity klienta, vědomí povolanosti ke službě a sebemotivaci k práci až po víru a naději navzdory špatné prognóze klienta). Morální aspekty, které zmínily sociální pracovnice, pro nás byly zvláště překvapivé a dle našeho názoru mohou sociálním pracovnícům velice pomoci v sociální práci, zvláště transformace klienta a pochopení jeho problémů. Můžeme zde aplikovat techniku externalizace plynoucí ze systemického přístupu. Tento princip – zjednodušeně řečeno – znamená oddělení potíží od klienta a jeho vnějších vztahů (Orel, 2016). Pokud je sociální pracovník schopen externalizovat problém od klienta, může mu tento postup pomoci v lepší akceptaci a respektu vůči klientovi. Systémovou oporu vidí sociální pracovnice pouze ve vzdělávacích kurzech.

Komunikační partnerky spíše než na otázku, o jaké záchytné body se opírají při své sociální práci, odpověděly na otázku, jaké bariéry překonávají při překonávání bariér v sociální práci s osobami než přístřeší s příznaky duševního onemocnění. Jak jsme již zmínili v závěru výzkumné části, u bariér platí zásada nepřímé úměry. Čím závažnější bariéra, tím méně ovlivnitelná. Bariéry přicházejí často od sociálních pracovníků samotných (Antimotivace, strach, příznaky traumatu). Bariéry přicházejí od klientů, působí dichotomicky, to znamená, že se projevují u některých klientů, u jiných klientů naopak. Zabývali jsme se jimi v teoretické části. Nejpálčivější bariéry přicházejí z konceptu sociální práce. Komunikační partnerky bojují často s chápou spoluprací s navazujícími službami. Na několika případech demonstrují velmi ditochomní zkušenosti (spolupráce s policií, spolupráci s navazujícími službami). Sociální pracovnice ve spolupráci s lékaři-psychiatry a jednom případě ukazují dobrou spolupráci, ovšem pouze jako ojedinělou výjimku potvrzující pravidlo. V dalších případech nejsou

lékaři psychiatři při spolupráci příliš sdílní. Nechápu ani podstatu sociální služeb. Zde nás napadá otázka, proč lékaři – psychiatři nejsou přizváni ke kulatému stolu při komunitním plánování. Ovšem Olga, která má ze všech sociálních pracovníků nejdelší profesní praxi, poukazuje na pozitivní vývoj, kterým se spolupráce s navazujícími službami směřuje. Tato spolupráce s navazujícími službami, která by jim měla zjednodušit práci a být jim oporou, vychází z osmého standardu sociální práce, jež je součástí vyhlášky MPSV 505/2006 Sb., v příloze č. 2 prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Tento standard ukládá poskytovateli sociální služby vytvářet příležitosti, aby klient mohl využívat běžně dostupné veřejné služby, a aby zprostředkoval osobní služby jiných fyzických či právnických osob dle individuálních potřeb klienta a podporoval osobu klienta v kontaktech a ve vztazích s přirozeným sociálním prostředím.

Hovoříme-li o legislativě týkající se návaznosti služeb, zaujalo nás, že žádná z komunikačních partnerek se nezminila ani náznakem o implementaci zákona 372/2011, §45 g o sdílení zdravotních informací mezi zdravotně-sociálními službami. Naopak uvádějí případy, kdy jim zdravotní pracovníci nechtěli sdělit informace o tom, zda je klient zaléčený, či v jaké fázi nemoci se nachází, jde-li o ataku apod. Anna dokonce uvádí interní nařízení vycházející z legislativy, které sociálním pracovníkům explicitně zakazuje klást svým klientům otázky týkající se zdravotního stavu. Zdravotní problémy klienta mohou řešit pouze v případě, že se s nimi sám klient svěří. Toto nařízení je nejen proti principům zdravotně-sociální péče, ale i dle našeho názoru, proti selskému rozumu, zvláště pokud vezmeme v potaz, že až 55 % obyvatel bez domova uvádí, že trpí zdravotními problémy (Christine L. Savageat al., 2010).

Komunikační partnerky uvádějí ještě jeden problém, který některé s navazujícími službami mají. Některé navazující služby jim chybí úplně. Například Blanka ve své vizi popisuje „dvorního psychiatra“, který byl schopný přijet do sociální služby, pokud by se klient dostal do akutní fáze ataky. Při pilotních rozhovorech jsme zjistili, že takovýto „dvorní psychiatr“ s jedním nejmenovaným azylovým domem opravdu spolupracuje. V představách sociálních pracovníků se velice často objevuje multidisciplinární tým, který by obsahoval jak zdravotnické, tak i sociální pracovníky.

Vrátíme-li se zpět k naší paralele se sociální práce SPOD, je zajímavé, že tam mohou sociální pracovníci využívat v řešení těchto případů tzv. Case managementu. Pemová, Ptáček (2012) popisují case management jako řešení životních situací, které mají multikauzální příčiny a do jejich úspěšného zvládnutí je potřeba aktivně a intenzivně zapojit klienta a multidisciplinární tým.

Představy o vývoji sociální práce jsme zařadili do ústředního konceptu vize fungující sociální práce. V diskusi se budeme věnovat pouze vizím spojených s realitou. Komunikační partneři by si přáli při sociální práci s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění využívat multidisciplinárního týmu, ať už by šlo o dvorního psychiatra, terénní zdravotnický personál, který by zajistil farmakologickou léčbu, nebo o celé pobytové sociální a zdravotnické centrum, které by poskytovalo služby od ubytování přes terapeutické dílny až po psychoterapii. Využití multidisciplinárního týmu ve sporných případech hospitalizace je vřele doporučeno i v závěru kvalitativního výzkumu případových studií v Izraeli (Journal of Medical Ethics, 2000).

Jako další realistickou vizi sociální práce vidí sociální pracovníci ve vzniku Center duševního zdraví, které vznikají po celé České republice. Prvních pět plánovaných center z třiceti začne fungovat od začátku července. Budou sídlit v Přerově, v Havlíčkově Brodě, v Praze (Prosek, Strašice). Cílem těchto center je přiblížit léčbu a terapii z nemocničních zařízení a léčeben blíže k přirozenému prostředí pacientů. K tomuto slouží multidisciplinární tým složený z klinických psychologů, sester, sociálních pracovníků (Zdraví Euro, 2018).

Centra duševního zdraví mají fungovat jako mezičlánky mezi primární péčí v akutní fázi nemoci (včetně ambulančního psychiatrického auta) a specializovanou péčí (MZČR, 2016) Cílovou skupinou těchto center by měly být klienti – pacienti se závažným duševním onemocněním a osoby s potřebnou včasnou intervencí, to je osoby s rizikem rozvoje duševního onemocnění. Centra duševního zdraví mají poskytovat mobilní služby, denní služby a krizové služby. Jejich cílem je opora klienta při rozvíjení krize a předcházení hospitalizaci. Tato centra souvisí s reformou psychiatrie, jak ji popisuje ministerstvo zdravotnictví. Zde se potvrzuje reálnost vize komunikačních partnerek, když odpovědnost „vykopávají směrem nahoru“ - k vrcholným orgánům státní a výkonné správy.

V zahraniční sociální práci – zejména ve státech západních Evropy (Belgie Dánsko Finsko Francie Irsko Itálie Nizozemí Norsko Portugalsko Rakousko UK Španělsko Švédsko), ale i v Kanadě, se při práci s osobami bez přístřeší uplatňuje princip a Housing First, volně přeloženo jako „bydlení především“. Tento přístup je inovativní, neboť se zaměřuje nejdříve na poskytnutí ubytování, dále pak na zlepšení zdravotního stavu, životní spokojenosti a sociální podpory. S klienty se pracuje přímo v rámci komunity, kde se klient nachází. Inovativnost spočívá tak v tom, že sociální služby nečekají na to, až bude klient připraven být ubytován, nechtějí po něm například ani důkazy dlouhodobé abstinence. (Pleace, 2017).

Tento princip housing first se uplatňuje u osob bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění například v Kanadě. Ovšem i zde existuje skupina lidí nazývaná Hard to House (volně přeloženo jako „těžko ubytovatelná“), kteří si bydlení nedokážou udržet. Ani zde však současné programy bydlení nejsou vybaveny tak, aby odpovídaly zvláštním potřebám klientů, často jsou vyloučeni z jiných ubytování pro tělesně postižené (Shiff at al., 2010). Ve Spojeném království spadá Housing First do sekundární péče o duševní zdraví. I zde se do péče o osoby bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění zapojuje multidisciplinární tým (Mental Health, 2015). V Kanadě a USA proběhl za spolupráce dvou univerzit longitudinální výzkum, který se týkal kvality života lidí s duševním onemocněním, kteří prošli programem Housing Frist. Vyplývá z něho, že u zkoumaných jedinců došlo ke zvýšení kvality života v určitých oblastech a snížila se u nich závažnost příznaků jejich nemoci, také se zlepšila jejich finanční situace (Hendwood at al.,2014).

Z diskuse ke kvalitativnímu výzkumu tedy plyne, že to, co jsme v něm popsali, koresponduje s pracemi některých českých autorů. Dále to, že systém sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění v České republice by bylo potřeba inovovat směrem k větší propojenosti zdravotně sociálního systému. Jak jsme uvedli, v zahraničí existují empiricky ověřené některé dobré výsledky takové práce.

6 Závěr práce

Tato diplomová práce se zabývala sociální prací s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. V teoretické části jsme se zabývali bezdomovectvím, duševním onemocněním, sociální prací a současným stavem sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. Nakonec jsme všechna tato témata propojili v kapitole o duševních onemocnění u lidí bez přístřeší.

V úvodu empirické části jsme zformulovali základní výzkumnou otázku pro výzkum takto: O jaké záchytné body v prostředí klientů a ve formulaci svých cílů se opírají sociální pracovníci pracující s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním? Tuto základní otázku jsme rozdělili do následujících podotázek a v rámci výzkumu jsme na ně i následovně odpověděli:

Jak vnímají sociální pracovníci osobnosti samotných klientů s duševním onemocněním a možnosti jejich návratu do fungování ve společnosti? Na tuto otázku výzkum odpověděl následovně: Na počátku své profesní kariéry mají sociální pracovnice obavy ze sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění, cítí se nepřipravené a byly touto cílovou skupinou zaskočené. Postupem času, jak získávají praxi, aplikují ve své práci individuální přístup, vnímají klienty dichotomně a vytvářejí si pro ně vlastní kategorie „uzavírajících“ a „neuzavírajících“ se klientů. U sociálních pracovníků také dochází k transformaci identity klienta, kdy už je nevnímají jako osoby bez přístřeší, ale jako nemocné a nešťastné lidi a díky jejich nemoci jsou schopni omlouvat jejich chyby. Možnosti návratu do společnosti sociální pracovnice nevidí příliš pozitivně. Na základě svých zkušeností usuzují, že se osoby bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění dostanou do začarovaného kruhu „léčebna – ulice“ s pomalu se zhoršující prognózou.

Jak vnímají svoje profesní možnosti? Sociální pracovnice zprostředkovávají pomoc klientům, kteří mají možnost volby, zda půjdou „špatnou“ nebo „správnou cestou“ anebo se klienty snaží „dotlačit“ k řešení situace. Protože však zde dochází k velkému nepoměru mezi bariérami a oporami v jejich práci v tom smyslu, že bariéry mnohonásobně převyšují opory, omezuje to sociální pracovnice ve směru fungující vize. Sociální pracovnice však mobilizují v oblasti ovlivnitelných bariér své síly na obranu a „marnou“ cestu k vizi.

Vnímají bariéry ve své práci? Sociální pracovníce v průběhu procesu naráží na masivní bariéry, které jim brání v přibližování se vizi, kterou si samy vytvořily. Bariéry mají především systémový charakter, občas zostřený ještě bariérami pocházejícími z povahy klientely, ale i z jejich vlastních negativních zkušeností. Platí zde zásada, že čím vyšší úroveň systémů, tím méně ovlivnitelná je bariéra, ale tím nebezpečnější dopad má na práci sociální pracovníce. To, co nějak alespoň do určité míry ovlivnit může, jsou bariéry přicházející od lidí, ať už osob bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění, tak od příslušníků dalších služeb nebo z jejího vlastního prožívání.

Mají ideální představu o podmínkách, za kterých by systém sociální práce s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním dobře fungoval? Sociální pracovníce mají jasnou představu o funkčním systému sociální práce s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. Velice často popisovaly multidisciplinární tým, ať už by šlo o dvorního psychiatra, terénní zdravotnický personál, který by zajistil farmakologickou léčbu, nebo celé pobytové sociálně-zdravotnické centrum, které by poskytovalo služby od ubytování přes terapeutické dílny až po psychoterapii.

Výzkumná část byla prováděna kvalitativní metodou v rámci rozhovorů, které jsme uskutečňovali formou narativního interview. Rozhovory jsme udělali se sociálními pracovníci následujících sociálních služeb: azylového domu, noclehárny, denního centra a terénní sociální služby. Všechny sociální pracovníce z výzkumu pocházejí ze stejného města čítajícího přes 100 000 obyvatel a spadají do stejné zastřešující organizace. Po vyloučení všech nehodících se rozhovorů nám pro analýzu zůstalo šest interview.

Pro analýzu rozhovorů jsme použili analýzu témat s následným použitím prvků zakotvené teorie (otevřené, selektivní a axiální kódování), na jejichž základě jsme vytvořili ucelenější obraz zkoumané reality.

Tato diplomová práce může být podnětná pro budoucí sociální pracovníky, kteří se díky ní mohou komplexněji připravit na sociální práci s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. Dále může být podnětná pro odbornou veřejnost, neboť poukazuje nejen na nedostatky a neprovázanost ve zdravotně-sociálním systému ale i na legislativní protichůdnost ve vztahu k postiženým klientům. Tento kvalitativní výzkum

může sloužit také jako sebereflexe práce komunikačních partnerek, komparaci s prací ostatních a v podnětech pro vlastní rozvoj. Může iniciovat mentoring nebo coaching pro začínající sociální pracovníky v této oblasti, zintenzivnit vlastní psychohygienu, pracovat s vlastními negativními emocemi. Což snadno konstatujeme, ale s vědomím, že to vyžaduje od sociálních pracovníků psychickou sílu pro zvýšení vlastní frustrační tolerance. A v neposlední řadě může sloužit edukativně i pro laickou veřejnost jako výstražné upozornění na celospolečenský problém, aby si informace z medií mohli dát do kontextu s odbornou literaturou.

Pro osoby bez přístřeší by jejich diagnóza měla být vysvobozením z ulice podobně jako je tomu u postižení tělesného. Díky samotné podstatě psychické nemoci a respektu osobní svobody však tito lidé paradoxně zůstávají na ulici.

Jednoduše shrnuto: Podíváme-li se na sociální práci s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění v kontextu tohoto kvalitativního výzkumu, můžeme vidět, jak sociální pracovnice na základě svých zkušeností vytvářejí vizi fungující sociální práce. V průběhu tohoto procesu narážejí na mnoho velkých překážek, které nemohou vyvážit opory sociální práce. Každodenním bojem sociálních pracovnic se stává rozhodování, zda tyto bariery plynou od lidí, a ony jsou schopné je alespoň částečně prolomit, nebo zda pramení ze špatně nastaveného systému. V takovém případě je sociální pracovnice sice opomíne, ale i tak uvidí jejich přímý drtivý dopad na osud klienta.

7 Zdroje:

Biografické zdroje:

1. AYERS, S., DE VISSER R., *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: GradaPublishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
2. BARTÁK, M., 2004. *Zdravotní populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I*. In: Zdravotní politika a ekonomika. Kostelec nad Černými Lesy: IZPE, s. 5-97. ISSN 1213-8096
3. CANADIAN POPULATION HEALTH INITIATIVE. Improving the health of Canadians 2007-2008: mental health and homelessness. Ottawa: Canadian Population Health Initiative, Canadian Institute for Health Information, 2007. ISBN 9781554650460.
4. ČESKO. § 76c odst. 1 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 20. 7. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-99#p76c-1>
5. ČESKO. fragment #f3144895 vyhlášky č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 21. 7. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#f3144895>
6. ČESKO. § 45 odst. 2 písm. g) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 23. 6. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p45-2-g>
7. ČESKO. § 51 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *ČES Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 23. 6. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p51-1>
8. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf/>

9. ČESKO. fragment #f1471546 usnesení č. 2/1993 Sb., předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky. In: ČES Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010-2018 [cit. 9. 8. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2#f1471546>
10. ČEŠKOVÁ, E KUČEROVÁ H., SVOBODA, M., 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, s. 159 ISBN 80-7367-154-9.
11. ČERMÁK, I.2006. *Narativně orientovaná analýza*. In M. Blatný (ed.), *Metodologie psychologického výzkumu: Konsilience v rozmanitosti*. Praha: Academia, 85-109, ISBN 80-200-1450-0.
12. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s 205 ISBN 978-80-247-1620-6.
13. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. , 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. s.73. ISBN 80-7178-303-X.
14. HENDL, J., REMR, J., 2017.*Metody výzkumu a evaluace*, Praha: Portál,. s 55-62. ISBN. 978-80-262-1192-1.
15. HENWOOD, BENJAMIN F., JasonMatejkowski, AnaStefancic, and Jonathan M. Lukens. “*Quality of Life after Housing First for Adults with Serious Mental Illness Who Have Experienced Chronic Homelessness*.” *Psychiatry Research* 220, no. 1-2 (2014): 549–55. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2014.07.072.
16. HOSÁK, L.,HRDLIČKA M., LIBIGERJ 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s.149 ISBN 978-80-246-2998-8.
17. HRADEČTÍ, V. A I. , 1996. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, s. 11;63 ISBN 80-902292-0-4.
18. HRAZDILOVA BOČKOVÁ, K., 2016. *Projektové řízení Martin Koláček - E-knihy jedou str.:283* ISBN: 978-80-7512-431-9
19. JANKOVSKÝ, J. PFEIFFER, J. ŠVESTKOVÁ, O. 2005.*Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 103 s. ISBN 80-7040-826-X. 18.

20. JAROLÍMEK, Martin, 2010. *Strašidlo komunitní péče. Esprit*, roč. XIV, č. 3-4, s. 8-9. ISSN 1214-2123.
21. JOHNSTONE, Megan-Jane. *Bioethics: a nursing perspective*. 5th ed. Sydney, N.S.W: Churchill Livingstone/Elsevier, 2009. ISBN 0729538737.
22. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). s. 54 ISBN 978-80-247-4331-8.
23. KUHN R (2004). "Eugen Bleuler's concepts of psychopathology". *History of Psychiatry* 15 (3): 361–6. doi:10.1177/0957154X04044603. PMID 15386868
24. KOPECKÁ, I. 2015. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3875-8.
25. KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, Psyché (Grada). s 120 ISBN 978-80-247-4733-0.
26. Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku 2011.: sborník z konference. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Facultas philosophica. s. 211 ISBN 978-80244-2906-9.
27. LEVICKÁ, J. 2003. *Metódy sociálnej práce*. 1. vydání. Trnava: VeV, s. r. o., 122 s. ISBN 80-89-074- 38-3.
28. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. 2002. *Psychiatrie. Učebnice pro pomáhající profese*. Praha: Portál, ISBN 80-7178-700-0.
29. MAREČKOVÁ, J. , MATIAŠKO, M. 2010. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, Praktická právnícká příručka. ISBN 9788072018017.
30. MAREK, J., STRNAD, A., HOTOVCOVÁ, L., 2012. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: Portál, 175 s. ISBN 978-80-262-0090-1.
31. MAREŠ, J., 2015 *Metodologická studie*. In *Pedagogika*, roč. 65, č. 2, Praha: UK PedF.: s. 113 – 142, ISSN 0031-3815
32. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
33. MATOUŠEK O., KODYMOVÁ P., KOLÁČKOVÁ J., 2005. *Sociální práce v praxi*. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 1. Vyd; Praha: Portál; ISBN 978-80-7367-818-0.

34. NEJEDLÁ, M., 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 9788024744025.
35. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 2008: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency,. ISBN 978-80-904259-0-3.
36. MUSIL, L. 2004, „*Ráda bych vám pomohla, ale...*“: dilemata práce s klienty v organizacích. 1. vydání. Brno: Marek Zeman, 243 s. ISBN 80-903070-1-9.
37. NAVRÁTIL, P 2001. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vydání. Brno: Marek Zeman, , 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
38. OREL, M., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada, Psyché (Grada). s 235-237 ISBN 978-80-247-3737-9.
39. OREL, M., 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada,. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
40. PĚČ, O. PROBSTOVÁ V., 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, 1. vyd., Praha: Tritron; s 40- 102 ISBN 9788073872533.
41. PETR, T., MARKOVÁ E. 2014., *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, Sestra (Grada). str.65-75 ISBN 978-80-247-4236-6.
42. PREISS, M., 2008. *Deprese a výkon: Kognitivní výkonnost u depresivní poruchy v období remise*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. s 86-90 ISBN 978-80- 87142-02-8.
43. PROBSTOVÁ V., PĚČ, O., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál. s 36-60 ISBN 978-80-262-0731-3.
44. PERRY J. CRAING T. 2015 Homelessness and mental health. *Trends in urology and men heath*. MARCH/APRIL 2015, p. 19-20 DOI: 10.1002/tre.445
45. PEMOVÁ T., PTÁČEK R., 2012. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada, s.39-42 ISBN 978-80-247-4317-2.
46. PLEANCE N., 2017 *Evropská příručka: Bydlení především*. Praha: Úřad vlády. 6 s. ISBN 978-80-7440-159
47. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ P. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1985-9.
48. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce, 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

49. SCHIFF, R.; SCHIFF, J., 2010 Waegemakers; Schneider, Barbara. *Canadian Journal of Urban Research*; Winnipeg Sv. 19, Čís. 2, (Winter 2010): s. 108-128. [.doi.org/10.1155/2014/245024](https://doi.org/10.1155/2014/245024)
50. SCHWARZOVÁ, G., 2005. Sociální práce s bezdomovci. In: MATOUŠEK, Oldřich., KOLÁČKOVÁ, Jana., KODYMOVÁ, Pavla. (eds.). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
51. STIMMER, F.etal.:1996. *Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit*. München: R. Oldenbourg Verlag. ISBN 3486236288
52. ŠUPKOVÁ, D. a kol. 2007. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha, Grada, ISBN 978-80-247-2245-0.
53. ŠVARŤÍČEK, R., Šeďová, K. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, Praha: Portál, s 207-242 ISBN 978-80-262-0644-6.
54. VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. rozšíř. a přeprac. Praha: Portál. S. 394 ISBN 80-7178-802-3.
55. VÁGNEROVÁ M., CSÉMY L., MAREK J. 2013, *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, s 8-130 str. ISBN 978-80-246-2209-5.
56. VAN Os J, Kapur S., (2009). "Schizophrenia". *Lancet* 374 (9690): 635-45. doi:10.1016/S0140-6736(09)60995-8. PMID 19700006
57. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada,
58. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

59. ARMÁDA SPÁSY V ČESKÉ REPUBLICĚ. *Terénní program - prevence bezdomovectví* [online]. 2016 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: <http://armadaspasy.cz/pobocky/praha/centrum-socialnich-sluzeb-lidicka-praha/terenni-program-prevence-bezdomovectvi/>
60. BAT Y. at al., 2000. Working with mentally ill homeless persons: should we respect their quest for anonymity? *Journal of Medical Ethics* [online]. 2016 [cit. 2018-07-24]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733226/pdf/v026p00175.pdf>

61. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, *Úmluva o lidských právech a biomedicině* [online]. 2001 [cit. 2018-05-24]. Dostupné z <https://www.lkcr.cz/446.html>
62. ČESKÁ REPUBLIKA. Listina základních práv a svobod. In: Sbíрка zákonů, [online]. Česká republika. 1992, roč. 1993, částka 1, ústavní zákon č.2 [cit. 2018-03-10]. Dostupný z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
63. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Tabelární část: MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.* [online]. WHO/ÚZIS ČR, 2018 [cit. 2018-06-03]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
64. ČTK, *Prvních pět center duševního zdraví bude fungovat od července*, [online] Zdraví Euro 15.6.2018 [cit. 2018-07-31]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-bude-fungovat-od-cervence-486946>
65. DIANE, M. a M. SANTA. Journal of addictions nursing: Prevalence and Correlates of Substance Use in Homeless Youth and Young Adults. [online]. University of Houston, Texas, 2018 [cit. 2018-07-27]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29505458>
66. Dvořáčková D, Belešová R, Kajanová A, Bergougui B. *Health and social aspects of homelessness.* [online]. Kontakt 2016; 18(3): e179–e183 [cit. 2018-04-10]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.08.004>
67. ESF IMPORT. *Rozvoj služeb pro osoby bez domova pod střechou* [online]. MPSV, 26.6.2018 [cit. 2018-06-30]. Dostupné z: https://www.esfcr.cz/detail-clanku/-/asset_publisher/BBFAoaudKGfE/content/rozvoj-sluzeb-pro-osoby-bez-domova-pod-strechou?inheritRedirect=false
68. FEANTSA. *Feantsa focuses on LGBTIGA+ and homelessness in Europe.* [online] 2017 [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: <http://www.feantsa.org/spip.php?rubrique13&lang=en>
69. GABRIEL, J. *Lidé mezi lidmi: Nedobrovolná hospitalizace – bolavý problém.* [online]. 3.2.2013 [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/nedobrovolna-hospitalizace-bolavy-problem>
70. CHARITA ČESKÁ REPUBLIKA. *Sociální, zdravotní a další charitní služby v ČR* [online]. 2018 [cit. 2018-06-19]. Dostupné z: <http://www.charita.cz/jak-pomahame/socialni-a-zdravotni-sluzby/>

71. KUBALA, O. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011: Výsledky sčítání bezdomovců*. [online]. 2015 [cit. 2018-02-02]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/sldb/vysledky_scitani_bezdomovcu
72. LÁTALOVÁ, K. *Medicína pro praxi: Poruchy přizpůsobení*. [online]. Solen, 10.4.2015, 12(4) [cit. 2018-03-30]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2015/04/07.pdf>
73. MANDYS J. 2007. *Hodnota zdraví u osob bez domova, název akce: Aktuální otázky sociální politiky 2007 – teorie a praxe* [online]. 2007 [cit. 2018-02-04]. dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/38540/MandysJ_HodnotaZdravi_2007.pdf?sequence=1&isAllowed=y , citováno dne 29.2.2016.
74. MEZINÁRODNÍ FEDERACE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ. *Mezinárodní etický kodex*. [online]. Adelaide, Austrálie, 29. 9. – 1. 10. 2004 [cit. 2018-03-022]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni_eticky_kodex.pdf
75. MOJŽIŠOVÁ, A. 2006. *Teorie a metody sociální práce*. [online]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA [cit.20.7.2017]. 59 s. Dostupný z: http://www.ospod.cz/e_download.php?file=data/editor/41cs_1.pdf&original=teorie_a_metody_socialni_prace.pdf
76. MPSV. *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020*. [online]. Praha, 2013 [cit. 2018-03-06]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Koncepce-prevence-a-reseni-problematiky-bezdomovectvi-v-CR-do-roku-2020.pdf>
77. MPSV. *Vyhodnocení průzkumů řešení bezdomovectví v obcích s rozšířenou působností*. In: Sociální revue. [online]. MPSV 2016 [cit. 2018-03-03]. ISSN 1801-6790. Dostupné z: <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/1649ef2e77447a70?projector=1&messagePartId=0.1>
78. MZCR, 2016C *Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví* [online]. Věstník MZČR ,ČÁSTKA 5/2016 [cit. 2018-07-24]. Dostupné z: http://www.fokusvysocina.cz/Userfiles/standard_cdz_final.pdf

79. NURSING GRADUATE COURSE OF UNINASSAU. *Neuropsychiatry and Behavioral Sciences Program: Nursing Diagnoses of the Homeless Population in Light of Self-care Theory* [online]. UNINASSAU, Brazil, 2017 [cit. 2018-05-27]. DOI: 10.1016/j.apnu.2017.12.009. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29784225>
80. PETERKOVÁ, M., *Schizofrenie: Vše o schizofrenii - podrobně a srozumitelně pro každého. : Příznaky schizofrenie* [online]. 2008-2018 [cit. 2018-06-21]. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/priznaky-schizofrenie>
81. ŘICHÁČEK, T. , ČERMÁK, I., HYTYCH, R., 2016 *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy.* [online]. 2016 [cit. 2018-06-20]. Dostupné z, <http://www.opvk.fss.muni.cz/ikapsy/uploads/Kvalitativni-analyza-textu.pdf>
82. SAVAGNE, C. L., LINDSELL, C. J., GILLESPIE, G. L., DEMPSEY, A., LEE, R. J., CORBIN, A. *Journal of Community Health Nursing: Health Care Needs of Homeless Adults at a Nurse-Managed Clinic.* [online]. University of Houston, Texas, 2010 [cit. 2018-03-17]. DOI: 10.1207/s15327655jchn2304_3. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29505458>
83. STENIUS - AYOADE A., HAARAMO P., ERKKILÄ E., MAROLA N., NOUSIAINEN K., WAHLBECK K., ERIKSSON J. G. *Mental disorders and the use of primary health care services among homeless shelter users in the Helsinki metropolitan area* [online]. Finland, 2017 [cit. 2018-07-20]. DOI: 10.1186/s12913-017-2372-3 Dostupné z.: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2372-3>
84. SDRUŽENÍ AZYLOVÝCH DOMŮ. Projekový archív [online]. 2016 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z <https://www.azylovedomy.cz/dokumenty-s-a-d/>
85. ŠTĚCHOVÁ, M. *MVCR: Bezdomovci a vybrané sociálně patologické jevy.* In: Kriminálnístika. [online]. Praha, 2009, č. 4 [cit. 2018-05-26]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/4-2009-bezdomovci-a-vybrane-socialne-patologicke-jevy.aspx>

86. ŠVARC J., *Nedobrovolné léčení návykových nemocí* [online] Psychiatrická nemocnice Bohnice [cit. 2018-05-26]. Dostupné z: <http://at-konference.cz/wp-content/uploads/2015/02/ws-svarc-j.-nedobrovolne-leceni-navykovych-nemoci.pdf>
87. WEIMEROVÁ, M. Dobrá psychiatrie: Psychóza a rodina. [online]. 12.1.2012 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-rodina>
88. WITHERS, J. *Průvodce pouliční medicínou* [online]. Armáda spásy v České republice. 2013 [cit. 2018-05-24]. ISBN 978-80-905801. Dostupné z: <http://armadaspasy.cz/wp-content/uploads/2017/08/Pr%C5%AFvodce-pouli%C4%8Dn%C3%AD-medic%C3%ADnou.pdf>
89. YIM, L., LEUNG C.-L., CHAN C.-M., LAM N. H.-B. Prevalence of Mental Illness among Homeless People in Hong Kong. [online]. 2015 [cit. 2018-02-03]. DOI: 10.1371. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.014094>

Kartografie

90. DANKO, Petr. Počet ohrožených ztrátou bydlení. [Mapa České republiky. Měřítko neuvedeno]. [online]. MPSV [cit. 2018-04-22] Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/24488/Vyhodnoceni_pruzkumu_reseni_bezdomovectvi_v_obcich_s_rozsirenou_pusobnosti.pdf

8 Obsah příloh:

Příloha 1: Osnova rozhovorů

Příloha 2: Ukázka otevřeného kódování u rozhovoru

Příloha 3: Tabulka otevřeného kódování v procesu selektivního kódování

9 Přílohy

Příloha 1

Osnova rozhovorů

Představení komunikačního partnera: pohlaví, vzdělání, délka praxe, předešlá praxe, typ služby, kapacita sociální služby.

Poučení o etice výzkumu jeho cílů a využití.

Máte otázky týkající se rozhovoru?

Souhlasíte s nahráváním a použitím rozhovoru ve výzkumu ve výzkumu?

Osnova rozhovoru narativní (biografické) interview:

Mohla bych vás požádat, abyste mi vyprávěl/a váš „příběh“ sociální práce s klienty s duševním onemocněním?

Na co si vzpomínáte, za jakých okolností jste se s nimi začal/a setkávat? Jaké to pro vás bylo? Jak do příběhu vaší profese vstoupili?

Existovalo tehdy něco, s čím jste bojoval/a?

Co se vám zdálo jako problematické? Bylo také něco, co dobře fungovalo, co nepřinášelo problémy?

Nebo v čem byla vždycky práce s těmito klienty specifická (na rozdíl od práce s jinými klienty)

Napadá vás ještě něco k tématu vzpomínek na to, jak se v minulosti rozbíhala vaše práce s klienty s duševním onemocněním?

Jak ten příběh pokračoval dál?

Měnilo se něco postupem doby? Třeba v tom, jak jste začal/a chápat tyto klienty? Nebo v tom, jak jste začal/a chápat svou profesi ve vztahu k těmto klientům?

O co/o koho se můžete při práci s těmito klienty opřít?

Je něco, třeba vidíte kriticky (u sebe, v systému sociální práce, v legislativě...)? Je něco, co vám pomáhá?

Jaké konce mívají vaše příběhy s konkrétními klienty?

Jaké konce díky svým zkušenostem předpokládáte?

Jakou roli v tom můžete sehrát jako sociální pracovník/pracovnice?

Napadá vás ještě něco k tématu, jak vypadá vaše současná práce s klienty s duševním onemocněním?

Můžete zapřemýšlet, zda nebo jak se vaše práce s těmito klienty bude vyvíjet v budoucnosti?

Napadá vás ještě něco?

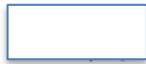
Kdybyste si mohl/a představit ideální stav sociální práce s klienty s duševním onemocněním, jak by to vypadalo?

Napadá vás ještě něco?

Napadá vás k celému našemu rozhovoru ještě něco, co jste nezmínil/a? Co ještě považujete za důležité? Co by mělo zaznít?

Příloha 2

Ukázka otevřeného kódování u rozhovoru



Nebude ti vadit, když budu tento rozhovor nahrávat na telefon?

Ne, nebude.

Prosim tě, jaký máš vzdělání?

Mám magisterský titul na teologický obor sociální práce a Vysší odbornou školu sociální v Pražaticích. Diplomovaný specialista

Jak dlouho tady pracuješ?

Čtvrtý rok.

Máš nějakou předchozí práci v oboru?

Děala jsem na částečný úvazek dva a půl roku v domově pro matky s dětmi v (?)

V jakém typu služby děláš sociální práci?

V azylovém domě pro muže.

A jaká je kapacita zařízení?

25 lůžek.

Co tě přimělo dělat s osobami bez příslušnosti? *Motivace*

Na ja už jsem se o osoby bez příslušnosti zajímala během studia. Psala jsem o nich tři práce, takže mě to tak nějak zavedlo k tomu, že s nimi chci dělat i nadále.

Vzpomínáš si, za jakých okolností jsi se začala setkávat s bezdomovci, kteří měli nějaký příznak či ševního onemocnění?

S nimi jsem se začala seznamovat už tady v azylovém domě pro muže před třeba čtyřma lety.

Můžeš si vzpomenout na ty začátky, jaký to pro tebe bylo, co se tak jako nělo?

Nejistota -> Bezpečnost + motivace
Časlo jsem nevěděla, jak reagovat na ty jejich odpovědi, když mluvili o třech tématech najednou a skákali si témata, tak bylo asi nejtěžší se chytnout nebo když přišli a byli malounko agresivní, tak člověk musel přijít na to, aby dostal z nich, co opravdu potřebují, v čem potřebují pomoc.

Můžeš si vzpomenout na to, jak ty osoby vstoupily do tvé profese? Jaké byly jako začátky, když ty jsi za sebou chodili a tys nevěděla, co na to odpovídat? Vzpomeň si na něco dalšího, co se tak jako dělo?

Nejistota v začátek - "Počítám profesní vztahy" -> udvoje podporu v práci -> spolupráce od kolegy
Mě už nic nenapadá, než že jsem nevěděla, jak na ně. Radila jsem se třeba s kolegyněma, co tu byly další dobu, takže potom už jsem věděla a potom už jsme byli taková trouška ořukaný, takže už jsem věděla jak někoho nechat vypovídat, koho stopnout a přidit ten rozhovor k tomu, co potřebujeme řešit společně. *Profesionální dovednost - citlivost + projev KP*

Na a něco, s čím jsi jako bojovala? Vyjma teda těch reakcí na ty klienty?

VL1

soe. práce jestli má pomoci
~~Bariera - nářek / soe s Růžou~~ ~~X Bariera - nářek / soe s Růžou~~

Někdy jsem bojovala s tím, že vlastně osoby, které mají psychiatrickou diagnózu, tak tady nemají správně být, ale jelikož je tu pravidlo, že ti, kdo nejsou potvrzeni od psychiatra, jsou v pořádku, takže tady být můžou. Tak to jako že člověk měl dilema, jestli je tady nechat, nenechat. Co by dělali, kdyby tady nebyly u nás, protože my jsme vlastně (jediná?) služba, kterou lze tady využít. Takže potom jsme se nebo já jsem se s tím nějak srovnala a když donesli tu potvrzení tak nebyl vlastně problém.

Doufám a já se tě zeptám: Jak je rozdíl mezi těma lidma, kteří už mají diagnostikované to psychické onemocnění a tím zbytkem tvých klientů? Je tam nějaký rozdíl v tej práci?

No záleží hodně také na tom, jestli mají také omezenou svéprávnost, protože pak je už tam také komunikace s těma opatrovníkama, takže je to takový složitější. Jsem takový prostředník mezi tím klientem a mezi tím opatrovníkem, protože u mě se ta služba platí. Kde jsou třeba omezení, tak musím jednat s tím opatrovníkem. To je velký rozdíl oproti těm, co si to tady hradí buď sami z důchodu nebo z výplaty nebo z úřadu práce. To je zase klasickéj úřad, normální, ze kterýhu to platí jak těm, co mají diagnózu nebo nemají. To zase takový rozdíl není. Trochu tu rozdíl je, protože všechno musí jít přes ně.

Já. Ten, kterej má diagnózu může mít omezenou svéprávnost, a opatrovníka.

Může mít, ono je to tady poslední dobou častý.

Jak se vlastně dostaneš k té informaci, že ten člověk je zakompenzovaný nebo že má psychiatrickou diagnózu?

Já se na to že zákonu plat můžu, ale většinou sami mi v průběhu toho vstupního pohovoru než je příjmu na ten zrylověj dům, tak sami řeknou, že mají diagnózu. Nebo, pokud jsou tu delší dobu a chodí na denním centru, tak to už třeba vím od kolegyně. Někdy se stane, že mi to řeknou na úřadu práce, že mi to neřekne ten klient, ale když vyjednávám ty dávky v hmotný nouzi s níma, takže mi to řeknou oni a někdy se stane, že som chltějí ubytovat někoho rodinní příslušníci, takže zase třeba od rodiny.

Když se vrátíme k těm začátkům, bylo ještě něco pro tebe, co se ti zdálo jakoby problematický, s čím jsi ... s těma lidma, co měli nějaký příznak duševní choroby?

Někdy bylo těžký, jak říkám, umět s níma komunikovat. Člověk nevěděl, jak zareagovat. Nebo občas jsme věděli... Nebo potom už člověk ví, jak zareagovat. Na začátku, když člověk neví... Tak taková ta bezpečnost, aby tu byla kolegyně, aby tu člověk nebyl sám... - *co je to? -> obavy a respekt*

Jasně. Takže jste měli nějaká opatření jak se chránit.

No, to chránění bylo...

Ještě něco dalšího, co fungovalo dobře, co nepřinášelo problémy ve spolupráci s osobama bez příštější s příznaky duševního onemocnění? Co by o bezpečný úřad, říkáte jsi: To na ty lidi funguje..

Tak většinou, třeba, když jsem říkala, že potřebuju tu potvrzení od psychiatra nebo psychiatricky, že jsou kompenzovaný, tak někteří se třeba rozčilovali, ale nechali si opravdu třeba vysvětlit, že bez toho potvrzení by tady být nesměli, takže to dějí vlastně pro sebe a ne pro mě. Je samozřejmě, že my *Flotivace klienta*

VLe

legislativa

máme mlčenlivost, takže to bude jenom mezi náma, že to nebudu nikde šířit. Když se jim to většinou vysvětlí, že to je pro jejich dobro, že by jinak zůstali někde venku, tak to bylo úplně v pohodě.

Napadá tě ještě něco k tématu těch vzpomínek, jak se rozblhala práce s klienty s duševním onemocněním, co zároveň byli na ulici?

...

Hej, jak to pokračovalo dál? Jak jsi pracovala s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění? Změnilo se něco postupem té doby?

Třeba se málo počítá

Jo. Já si myslím, že už nemám takovou tu nervozitu, takovej ten strach... jak zareaguje... jak s ním mluvit. Opravdu za ty čtyři roky, už tu člověk vidí, naučí se i vnímat tu neverbální stránku toho chování toho člověka. Někdy už... Tak tu mám jednoho pána, už jsem na něm viděla, že je nervózní, podupával nohou. Tak jsem mu řekla: „To se mě tolik bojíte, že se tu tak klepete?“ On, že ne, že zapomněl několik dní vzít léky, takže je to z toho důvodu. Tak jsem mu řekla: „Vidíte, že vám to nedělá dobře. Berte léky, tak jak máte.“ Úplně v pohodě to přiznal, kdyby mi to nepřiznal, tak bych si léčba říkala, že se mě léčba bojí... nebo neví. Nebojím se jich už léčba zeptat na ty citlivá témata... třeba osobní hygienu, osobní život... třeba ze začátku, jsem se bála ptát. Nevěděla jsem úplně jak na to... jak navázat komunikaci a teďkon už nebyl vůbec problém na cokoli se jich zeptat.

Jak chápeš svoji profesi ve vztahu s touto cílovou skupinou?

pro se soc. práci lidí

Nó, jak chápu svoji profesi... no jako pomocnou profesi, která se snaží být takovým jako by průvodcem tou jejich situací, jsem tady od toho, abych řekla možnosti, jaký ty lidi mají, a i když mají tu diagnózu, tak jsou většinou svéprávní, jsou dospělí, takže to je na nich, jak se rozhodnou. Jestli ty nabídky těch cest zvaží, kterou si vyberou, je to na nich a já se s tím musím smířit, i když je to špatná cesta, podle mě špatná, tak opravdu je to na nich a já jsem tu jenom takovej průvodce, takže podle toho, jakou cestu si zvolí, tou jdeme... Je to zcela na nich.

resp. není možné klientů DO morální aj.

Máš něco, nebo někoho o co se můžeš opřít, co ti pomáhá?

Po pracovní stránce?

Celkově.

Co ti pomáhá, když máš nákej těžkej pohovor, jestli si někdy něco dohledáš nebo to někomu řekneš. Jak to máš?

Tak určitě. Když něco mě trápí, nákej situace, tak to probereme tady s kolegyněma. Tam si řekneme... nebo řeknu zda by jednali stejně nebo jinak nebo řekneme nějakou alternativu, jak by se to dalo příště třeba vyřídit jinak, takže to je úplně super, protože jak se říká: víc hlav víc ví. A doma, že jo nemůžu říkat ty situace, tak jak bych potřebovala, ale když jsem na tom špatně, tak já mám kočičku, ta mě každě den uklidní, ale raději taky mě vyslychnou, když je to potřeba. Takže jako mám pohodičku... celkem.

Bezděky jsem chystala řeknu ti

Je něco, co vidíš kriticky v souvislosti s osobami bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění ať u sebe, v systému sociální práce nebo v legislativě? Někdy je tam problém třeba v přiznávání invalidních důchodů... to dokazování... ta komise... jak je všechno zdoluhavý... Někdy jim to

Barie ro soc. práce

VL3

neplacené inv. důchody - ČSSZ

nepřiznají když tu diagnózu mají opravdu napsanou. Pak je to těžký, když jscu na úřadu práce a mají jenom příjem z toho úřadu práce. Tady v ostrně je maximální délka pobytu jeden rok. Těžký je potom s nima řešit, kam po tom roce můžou jít, když jejich jediný příjem je dávka v hmotné nouzi. Co jim zbyvá, je tak maximálně ubytovna, což je takový lůžky a potom ... samozřejmě... je málo chráněného bydlení. Když se rozrůstá počet lidí s těmahle diagnózami... Takže je málo míst jak na chráněným bydlením, tak schází pracovní místa. To si myslím ještě, že by se uživil.

Je hodně těžký dostat odsud někoho na chráněné bydlení?

Do chráněného bydlení celkem jo. Tedkon tu mám taky jednoho pána a tam mu řekl, že chráněný bydlení by stálo měsíčně čtyři tisíce a část by měl mít na jídlo a na další potřeby ... A je jen na úřadu práce. Oni by mu možná to bydlení zaplatili, nevím jestli celý, protože záleží na nich, jak budou vidět ty jeho příjmy a výdaje v počítači a pak by měl jenom dva tisíce na měsíc, což opravdu není moc... tak že je těžký jak ho tam dostat, protože většinou říknou, že by to platili částečně a pokud nemají práci v chráněný dílně nebo kdekoli jinde, kde by je vzali i s touhle diagnózou, tak nemají šanci.

*po diagnóze
st. příjmy
včetně*

Je něco, co ti v téhle chvíli pomáhá, máš se na koho obrátit, když něco pro někoho hledáš? ... V těchto situacích, když vidíš, že do chráněného bydlení toho člověka neumístíš?

Tak my spolupracujeme s [] . My se snažíme přes [], kteréj má zase více zkušeností, více kontaktů v týchle oblasti, takže se snažím kontaktovat je a oni pak s náma spolupracují. Ta úspěšnost není tak úplně velká, protože vlastních klientů mají dost.

*- pomáhá
- nepomáhá
spol. o
nauč.
službin*

Tady si mi úplně nahrálo na další otázku: Jaký konce mají ty příběhy s konkrétními klienty?

Jaký konce? ... Je to hodně individuální ... upřímně... Protože někteří z těchto klientů nezvládají tady ani ten domovní řád, takže je musím já vyhodit... i když jako člověk nechce nikoho vyhazovat, ale my tady máme: Kdo třikrát poruší řád, pak je ho vyhodím, takže většinou skončí na denním centru a na nocležně, v horším případě jsou úplně na ulici a v těch lepších případech třeba, když už jsou starší tak je to třeba dům pečovatelskou službou. Jednou bylo i to chráněný bydlení. Tedkon je tady jeden pán, ten půjde až mu dají invalidní důchod, tak ho dají do chráněný dílny, takže potom bude mít i peníze na to, aby si mohl ušetřit na nějaké podnájem. Takže je to takový různorodý, ale úspěšnost procentuálně... je to tak ... to opravdu neodhadnu.

- nejistota ve statistikách

Dostaneš se k tomu... Když ty lidi odejdou z azylového domu... dostaneš se k těm dalším informacím, co s těma lidma je dál?

Ne.

Vůbec nevíš.

nedostanem žádný příběh

Jediný o kom se třeba něco dozvím... tak rá eži ... pokud ži třeba na ubytovny, do vlastního bydlení a takhle...tak to nemám více nicně šanci se dozvědět, jak sou. Pokud se třeba nepřijdou pochubit, že se mají dobře. Ale když dopadnou hůř a jsou na ulici, tak to se dozvím od kolegyní, které jsou na terénním programu (?) ...nebo se dovím od kolegyní z denního centra, jak to s nima je tedko aktuální.

Jaký konce u těchto lidí, u kterých nemáš ani tušení, vzhledem ke svým zkušenostem... jaký konce předpokládáš?

V44

Průběhy se špatným koncem

Bohužel ty horší předpokládám, protože oni i koloujou po celé republice, takže by jsme je našli v jiných azylových domech a ve větších městech.

Může v tom sehrát nějakou roli sociální pracovník?

Jakoby jak skončí?

Jo

Může v tom sehrát roli... Uhm, že ho motivuje, dokud tady je, snaží se mu se vším pomoci. Když víme, že bude hledat práci, tak opravdu dávé nabídky zaměstnání, sepisuju s nima životopis, voláme na ty místa, je možný jim dělat doprovod na ty místa, když by se bál, ale hlavně je opravdu ta jejich vůle a jejich plán. Jakmile není vůle z jejich strany, tak se může sociální pracovník přetřhnout, ale výsledek stejně nebude žádný.

— pohled klienta

Nepadá tě ještě něco v souvislosti tvé práce s klienty s duševním onemocněním, které jsi tady nezmínila? Něco, co teďka jako řešíš nebo tak?

... Asi nic závažného.

Můžeš zapřemýšlet ja se bude tvoje práce s těmihle klienty vyvíjet v budoucnosti? Jestli to bude mít nějaký směr?

odpovědnost → „vydopuntka“ jm. IR

Těško říct, jaký to bude, protože záleží, jaký budou zákony, jaký budou mít nárok. Jestli se jim zase zpřísní přiznávání těchhle těch důchodů a tak dále, jestli se nám podaří, že by se více těch chráněných dílen a chráněných bydlení otevřelo. Také jsem ještě nezmínila problém psychiatrů, kterých je málo, že kolikrát je opravdu i problém nějakého psychiatra sehnat ... abo tam mohl' chodit, aby ty zalečenej. Takže určitě... pokud by v těchto oblastech ... So to zvětšilo ta kapacita, tak si myslím, že by na tom mohli bejt líp.

— potřeba zlepšit dostupnost psychiatrů

Ty si říkáš, že po těch klientech chceš potvrzení o kompenzaci. Jakou máš spolupráci tady s psychiatry?

Tak já to vlastně nechci u těch psychiatrů, já to řeknu tomu klientovi, klient dojde za svým psychiatrem a tam řekne, že to potřebuje. Někdy se stávalo na jiným centru, že říká i: Proč to po nich chceme? ... že na to nemáme právo, protože většina psychiatrů nemá ponětí o tom, co to je ta sociální služba. ... Proč to chceme... že to je vlastně naše negativně vymezená cílová skupina, oni by tím pádem nemohli nic. Tam potom třeba sem i volala a vysvětlovala jsem jim, proč to člověk potřebuje pro ty naše účely. Samozřejmě většina z nich měla problém, že jsme chtěli vědět diagnózu. To není pravda. Chtěli jsme jenom vědět, jestli jsou nebo nejsou kompenzováni a jestli jsou nebo nejsou nebezpeční sobě nebo okolí. Ale teď v poslední době s tím problém není, co se týká azylového domu, protože ... i z jinýho důvodu, protože ty klienti, když to donesou, tak hned mají kde bydlet... takže většinou jim to napíšu. Bohužel někdy se i stávalo, že jim napsali, že jsou kompenzováni na psychiatrický ambulanci a toho člověka vůbec nezna i a zalečenej nebyl... což my, když ho tu máme delší dobu, tak většinou poznáme, kdy je zalečenej a kdy není, nzhvlášť když třeba tady je opakovaně. Tak to je takovej problém.

— musí být pro klienta hledat se možnostmi zasl. služ. Ben

— zúčastňování evok.

6LS

Ty jsi mluvila u Lum, že ty lidi, když nejsou zakompenzovaní, tak že mohou být i nebezpeční, takže chceš od těch lidí potvrzení, že jsou kompenzovaní a nejsu nebezpeční. Dostávala jsi se do situací, kdy ses cítila být ohrožená nebo kdy ses cejtila být v nebezpečí?

Asi dvakrát mi bylo hodně nepříjemný s tím člověkem ^{provit obušemi, strach}... kdybych měla tady být v kanceláři sama, protože už byl v minulosti agresivní. Ne přímo na mě, ale třeba na kolegu a na sociální asistenty, co tu jsou 24 hodin denně... to bylo takový náhraně... obzvlášť třeba, když ty léky nebrali, takže byli agresivní... takže z bezpečnostních důvodů dvakrát mi to bylo hodně nepříjemný... že vim, že jednou jsem tu měla dokonce paní vedoucí o toho rozhovoru a jednou vedle byla kolegyně a byly otevřené dveře. Nic se nestalo naštěstí, no konec to všechno prošlo jako u ně v klidu... Ale na základě předchozí zkušenosti jsme to takhle řešili.

Ty jsi teďka mluvila o těch bezpečnostních opatřeních. Je ještě něco da řího, co děláš, aby ses cítila bezpečná, když víš, že k nějakému takovému kontaktu má dojít? ... Když k tomu dojde...

Většinou, když očekávám, že bude nějaká agresivní reakce tak buď tu informaci sděju za přítomnosti daší kolegyně nebo jdu dolů do přízemí, kde jsou asistenti a kde je to okýnko, které se dá opravdu zabloknuat a hned volám policajky. Protože tady já vlastně únikový východ nemám v kanceláři, ale ^{dobrá (?)} jak to tam je řešený, tak tam to jde snáze. Takhle máme tu...

Třeba... (?) i když ze zákona je tu mít nesmíme, ale máme je.

A spolupráci s policií máte dobrou?

Se státní už žádnou spolupráci ani nenavazujeme, protože nepřijíždějí... městská policie... s tou je úplně skvělá spolupráce. Voláme a jsou tu do dvou minut. ^{selbáoprávi op. z státní pol.}

Kdyby sis měla představit ideální stav práce s klienty s duševním onemocněním, jak by to vypadlo. Prostě v ideálním světě, kde nejsou žádné překážky.

Ko tak kdyby to bylo takhle ideální tak by tady nemuseli být. Klient by měl bydlení, měl by práci, popřípadě by mohl být v kontaktu s tou rodinou. Třeba by si pořídil taky nějaký domácí zvířátko a už by chtěl jenom docházet třeba jenom na poradenství, kdyby potřeboval něco náhodou řešit, jinak by si mohl žít prakticky jako normální člověk. ^{ideální pr. = reálná pr.}

Nejlepší by bylo, kdyby tyhle lidi měli svoje vlastní bydlení.

No... nemusí být v ústí... My musíme zohlednit, jaká ta diagnóza je... Vlastní bydlení u někoho, kdo by tu ^{ideální pr. = reálná pr.} žil... Kdo ne tak by bylo ideální, kdyby byl v tom chráněném bydlení, kdyby měl nějaký ten odborný dozor, takže ať tady u nás nebo v tom chráněném bydlení, že by to bylo jen takový poradenství, ale minimálně by neměl žádný problémy.

Napadá tě ještě něco, k tomu ideálnímu stavu, třeba ideální legislativa nebo ideální systém sociálních služeb... co ještě by ti jako pomohlo?

Já myslím, že je to těžký takhle říct, že je to všechno tak složité, a měli bychom mít tulo cílovou skupinu jako hlavní. Je to spíš menšina těch mých klientů, takže možná by pomohlo mít pak málo ^{málo papírování} papírování, protože se ty lidi v tom nevyznají, možná i víc těch opatrovníků, aby měli na ty svoje klienty víc času, aby se jim mohli věnovat. Aby to nebylo pět minut a rychle ^{málo opat.} bůžte pryč, protože přijde někdo další... taky u těch psychiatrů... Jeden má na jednoho klienta 15 minut.... To jako opravdu ^{málo opat. pr. -> dlouh}

... máš ve fce

s ním nic neudělá ... Takže asi aby nás bylo víc, aby bylo víc času na ty klienty, protože opravdu je to docela dost náročný, když je tu hodně lidí, tak není tolik času se jim věnovat individuálně, zvlášť těm lidem, kteří by to potřebovali.

Napadá tě ještě něco k tomu ideálnímu stavu? Co by ti ještě tak pomohlo?

Funguje to celkem dobře s podporou souč. stav ve fce

V rámci možností to funguje dobře. Na magistrátu ty opatrovníci fungují dobře (.....?) to tam vyřídí.

Myslím, že v rámci těch možností to jde dobře a v rámci toho ideálního stavu si to neumím úplně představit, aby to pro ně bylo co nejlepší tak.

VLZ

Příloha 3

Tabulka otevřeného kódování v procesu selektivního kódování

Koncept	Kategorie	Kód	Citace
Osobnost sociálního pracovníka	Vztah k profesi	Výběr práce: Vzala práci, která se nabízela	Tuhle ciková skupina nebyli nikdy moje gró, čím bych se chtěla zabývat. Získala jsem ji jako první práci, tu jsem se jim věnovala. (Ludmila)
			Asi to, že jsem hledala práci ve svém oboru, a to byla jediná nabídka v době, kdy ji jsem tu práci hledala a přijali mě. (Blanka)
			Hledala jsem, získala jsem, dostala jsem práci. (Olga)
			Já jsem se tak úplně nerozhodla, protože já jsem nastupováním úplně jinou pracovní pozici, která se pak zužila a abych na teroru měla zůstat, tak jsem musela přijmout. (I. I. Někdy jsem si nepředstavovala, že bych pracovala s nezdravovcem. (Adéla)
		Výběr práce: Zájem získany během studia	Ne já už jsem se o osoby bez přístřeší zajímala během studia. Psala jsem o nich tři práce, takže mě to tak nějak zavelo k tomu, že s nimi chci dělat i nadále. (Věra)
		Výběr práce: empatie, postoj „govolnosti, poslušit“	Já jsem měla pocit, že těm lidem vlastně nikdo jinej neponáhá, že jsou to lidi, na který se hledí úplně jako na tu největší spodinu, která existuje a málokdo jim chce pomoci. Třeba lidem, který jsou postižení nebo dětem malinkým těm chce pomáhat každéj, ale těm bezdomovcům nechtějí pomáhat. (Anna)
		Před profesní zkušenost: <i>• logická • neg. dopa • přitom • nepříjemný</i>	Prvopočátek byl vlastně v pátnácti. Tehdy jsem jezdila na střední školu, kde byli lidi na ulici, žebraři. Zřejmě měli nějaké duševní onemocnění. (Ludmila)
		Najata v kvantě výskytu sledovaných případů	Před tím jsem se samozřejmě s těmi lidma setkávala, ale nějakým způsobem jsem je nevnímala, protože chuděra po městě s nevímáme své okolí. (Olga)
		Počáteční zkušenost: profesní nepůsobilost („zaskočenost“) <i>Beerova</i>	Pár jich vlastně tam bylo. Nodokážu vyčíslit. Několik jich tam bylo těch, kteří vykazovali známky duševních poruch. Byli tam. (Ludmila)
			To bylo asi úplně hned první město. Protože vlastně jako na té ulici, v tom centru, když jsme obcházeli lidi, tak se tam právě vyskytovali lidi, kteří měli tyto známky. To bylo v

			<p>prerpučátku. Nevěděla jsem, co to je. Kolegové mě poučili, že to není úplně známka alkoholu, ale že to může být právě to duševní onemocnění. (Ludmila)</p> <p>Často jsem nevěděla, jak reagovat na ty jejich odpovědi, když mluvili o těch tónech najednou a skákali si tématy, tak bylo asi nejtěžší se chytnout nebo když přišli a byli maouško-agresivní, tak člověk musel přijít na to, aby dostal z nich, co opravdu potřebují, v čem potřebují pomoc.... Mě už nie nenapadá, než že jsem nevěděla, jak na ně. (Věra)</p> <p>Někdy bylo těžký, jak říkám, mluvit s nimi komunikovat. Člověk nevěděl, jak zareagovat. (Věra)</p> <p>Já vzhledem k tomu, že jsem si dovedla představit o co jde, tak jsem nevěděla, co od toho mám čekat, jestli ten člověk měl být potenciálně nebezpečný nebo ne, jak s ním pracovat. Byla jsem zaskočená v první chvíli, s tím jsem se nikdy nesetkala. (Anna)</p> <p>Bylo to takové, že jsem nevěděla, jak k nim přistupovat. Neměla jsem ty zkušenosti, nebyla jsem si jistá, zda s nimi jedním dobře, zda je svými jednatrím ještě víc v tom nepodporuju a tak. (Adéla)</p>
		<p>Ohradenost syndromem vyhoření <i>Barbora</i></p>	<p><i>Když se zamyšlím nad svojí sociální prací, mám nějaký náhled, jak se bude vyvíjet do budoucnosti? Vidíš tam nějaký potenciál?</i></p> <p>Jo. Já poslední dobu uvažuju jako nad změnou zaměstnání. (Adéla)</p> <p>Už jsem tady docela dlouho. Ta práce je jednotvárná a pociťuji, že by to chtělo nějakou změnu, aby to bylo přirovnání pro ty klienty a pro mě taky. (Adéla)</p>
		<p>Sebemotivační proces – zájem</p>	<p>Začala jsem se o to víc zajímat. (Lucmila)</p> <p>Vždycky mě to zajímalo, co se honí v hlavě schizofrenickým lidem, který trpí paranoíou a podobně, takže pro mě to byla velká zkušenost a hrozně mě to zajímalo. (Blanka)</p>

	Anamnéze z osobní zkušeností	Vyléčkováni porážku. Nedávalo to smysl. Byli třeba vulgární. Takže to byl důvod, proč jsem nechtěla s tímto lidem žádným způsobem pracovat... (Ludmila)
	Bariéry: navázání kontaktu, komunikace	Problém pro mě byl usí navázání ten kontakt a třeba, bavit se o tom problému. Ptala jsem se, jak to berou, jak na to pohlížej, zda mluví otevřeně. <i>*Dobrá otázka KP</i>
	Bariéry: zkušenost profesní bezmoci	Práce je náročná s já si myslím, že pokud se tady něco významně změní, že jako ty lidé poťad tady budou. Poťad budou navštěvovat ty zvyklé domy, poťad budou navštěvovat ty psychiatrické léčebny. Budou se točit v kruhu: ulice, léčebna. Neumyslím si, že by se to mohlo nějakým způsobem ze dne na den změnit. (Ludmila)
	Bariéry: Limity v psychické únavě	Já to беру tak, že prostě chodím do práce a odvedu si to. To zase nechci říci. Ale jsem tady a snažím se jí pomoci, ale kolikrát má to člověk už nervy nemá. Když tady člověk každý den sedí a přijdou mu ze dne třeba čtyři lidi, kteří jsou úplně v pohodě, pak stačí jeden jedinej, který... A člověk je psychicky vyčerpanej a já po desetiminutách rozhovoru s ním jsem, jako kdybych tady měla dvanáctku. A nedokáže mi člověk něco rozmluvit. (Blanka)
	Psychohygienu (kolegové, rodina, zábava, vyhledávání ticha)	<p>Určité samozřejmě jsou kolegové, s kterými to třeba proběhne... Můžu se s ním poradit... (Blanka)</p> <p>... a musím taky říct, že rodina, že když mi není zrovna dobře z nějakýho případu... nerozebírám to s ním nějak tak, ale dozádu mě po tom telefonu nějak podržet a odpočinout si, takže po té psychický... (Blanka)</p> <p>... hlavně to jsou filmy. Člověk přijde domů, lehne si, nic nedělá a zapomene na svět. (Blanka)</p> <p>Takže jsou raději doma a mlčí, než aby šli do hospody se bavili a provádět si. Tady se člověk vypráví až až a pak radši ten klid... (Blanka)</p> <p>nic když jsem na tom špatně, tak já mám kočku, ta mě každý den uklidní... (Věra)</p>
	Ambivalence v postoji k psychohygieně ve vlastní rodině	A doma, že je nemůžu říkat ty situace, tak jak bych potřebovala... ale rodiče taky mě vyslechnou, když

		je to potřeba. Takže jako mám pohoděčka... celkem (Věry)
	Představy o vlastním profesním seberozvoji – nejistota	Paradoxní schizofrenie, bludy a podobně ale nevím, jak bych se dál mohla rozvíjet. Možná, že bych si mohla udělat nějaký kurz, třeba abych dokázala pochopit lépe to jejich vnímání světa, ale to zase naučí do toho až takovým způsobem vidět. Stačí, když sem přijdou a fakaou mi něco. Tady máme psychoterapeuta. (Blanka)
Emocionalita	Negativní emoce z prvního kontaktu • Některá <i>fantazie</i> • <i>stress</i>	Nečekala jsem ani zpracovávat ty nářky. Prostě jsem se necítila mezi nimi komfortně. (Ludmila) Takže to byl asi nejšlešnější zážitek, když já jsem opravdu měla strach s tím člověkem jednat. (Blanka) Opravdu jsem měla trochu strach, co se může stát. (Anna) ...něvedně jsem měla z toho strach, když ten učitel přišel, začal se se mnou bavit a já jsem nevěděla, co mám dělat, co mi mám říkat a podobně, když začal být trochu agresivní ... (Anna)
	Positivní emoce – ve vztahu k práci → <i>činnost</i>	Má výze je tady zůstat, protože mě to více baví. (Blanka)
	Positivní emoce – očekávání budoucnosti	Ale s ním nevím, jestli se to bude vyvíjet nějak dál, jestli přijde někdo nový a dá mi šloko v něčem. Za ten rok a půl se mi tady objevilo pár nováčků, ale ti zase odešli. Takže ty stálice, ty už znám a setkávám se stále s tím samým. (Blanka)
	Positivní emoce – empatie	Takže jsem věděla, že ten je tenkej led, ale když se zeptá: „Co mám dělat?“ a já mu navrhuji kroky, jak má dál postupovat, on přišel a měl všechno zřízený, takže v podstatě nahodím se na tu vlnu jejich a kde oni jsou ochotni spolupracovat, protože z toho něco bude. (Blanka)
	Transformace negativních pocitů	Když to vezmu z prvočárku, že jsem prostě nastoupila do téhle práce, tak jsem se potencíálních klientů bála a nevěděla jsem, co od nich očekávat, ale jak sem je postupně poznávala, tak mi přišlo, jako že mi nic nehrozí, že jsou to normální lidi. (Ludmila)
	Emoce – strach, obavy, nejistota, pocit nejistoty	Pak jsem se občas bála stavů, který měli. Byli agresivní Tak to ve mně vyvolávalo obavy. Nevěděla jsem,

		<p>jak se márn v takových situacích chovat. (Ludmila)</p> <p>Právě že ti klienti bývali agresivní, někteří měli halucinace, sebepoškovali a byli to nepřijemní. (Ludmila)</p> <p>Někdy bylo těžký, jak říkám, umět s nimi komunikovat. Člověk nevěděl, jak zareagovat... Na začátku, když člověk neví... Tak taková ta bezpečnost, aby tu byla kolegyně, aby tu člověk nebyl sám... (Věra)</p> <p>Asi dvakrát mi bylo hodně nepřijemný s tím člověkem nově... když bych měla tady být v kanceláři sama, protože už byl v minulosti agresivní. Ne přímo na mě, ale třeba na kolegu a na sociální asistenty, co tu jsou 24 hodin denně... to bylo takový na hraně... ohrožit třeba, když ty léky nebrali, takže byli agresivní... takže z bezpečnostních důvodů dvakrát mi to bylo hodně nepřijemný... (Věra)</p>
	Posunuté hranice vnímání nebezpečí	<p>Já si vždycky říkám, že máme trošičku už posunutý hraniček nějakého vnímání, že nám nepřijdou ty situace nebezpečné, že je nevinné tolik... Když pak jedu na nějaký školení, kde jsem z naší člověky skupiny jediná, jsou kolem mě lidé, co pracují s dětskýma a se seniorama, tak mají uši navrch hlavy, když jim vyprávím nějaký příběhy a oni to přijde už kolikrát humorný a už nemám... (Olga)</p>
Morální postoj ke klientům s DO	Transformace identity klienta	<p>Vlastně už jsem na ty lidi nepohlížela nějak vyloženě jako na bezdomovce, ale spíše jako na lidi, kteří mají nějaké duševní problémy. Že tento problém nemusí mít jen lidi bez domova. Může se to týkat rodičů, přátel a kohokoli. Prostě lidi, kteří kolem nás chodí a že není důvod odsuzovat ty lidi. (Ludmila)</p> <p>Hlavně jsem říkala, že jsem je přestala vnímat jako bez domovce, ale vnímala jsem je jako lidi nemocný, kteří třeba a ty noci mohou potkat každého. Lidi, kteří jsou na ulici asi neměli žádnou rodinu, která by se o ně mohla postarat a oni to kompenzovali na ulici alkoholem. (Ludmila)</p>

↳ podle Pa. zasedání → výborové

			<p>Krysi jsem je vnímala jako nebezpečný lidi pro okolí a teď je vnímám jako lidi, kteří jsou ucnoceni a svým způsobem nešťastní a měli bysme se snažit spíš je jako pochopit a hledat pro ně řešení ... pro ně vhodné. (Anna)</p>
		<p>Sebemotivace k vytrvalosti</p>	<p>Napadá mě, že je to běh na dlouhou trať, práce. Člověk, kterej potká klienta tak to není, že za čtrnáct dní je to sporádaný člověk, že opravdu bude tam dělat několik pektu, neúspěchů, ale znamená to, že se to musí s tím klientem hned vzít. (Jadrián)</p>
		<p>Dilema: předpis versus lidskost?</p>	<p>Tak to jako že člověk měl dilema, jestli je tady nechat, nenechat. Co by dělali, kdyby tady nebyly u nás, protože my jsme vlastně jediná služba, kterou lze tady využít. Takže potom jsme se nebo já jsem se s tím nějak srovnala, a když došlo to potvrzení tak nebyl vlastně problém. (Věra)</p>
		<p>Respekt vůči zdravotě klientů s DU</p>	<p>Ne, jak chápu svoji profesi ... no jako pomocnou profes, která se snaží být takovým jako by průvodcem tou jejich situací, jsem tady od toho, abych měla možnost, jaké ty lidi mají, a i když mají tu diagnózu, tak jsou většinou svěřeni, jsou dospělí, takže to je na nich, jak se rozhodnou. Jestli ty nabídky těch cest zvládnou, kterou si vyberou, je to na nich a já se s tím musím smířit, i když je to špatná cesta, podle mě špatná, tak opravdu je to na nich a já jsem tu jenom takovej průvodce, takže podle toho, jakou cestu si zvolí, tou jdeme. ... Je to zcela na nich. (Věra)</p> <p>zvěkla jsem ty lidi respektovat a rozumět jejich situaci. (Olga)</p>
		<p>Vědomí „povolnosti ke službě“</p>	<p>a my terénní program nejsme nějak limitováni, takže s nima pracujeme i přesto, že mají tuhleto psychickou nemoc a jsme téměř jedini, se kterými můžou být v kontaktu. (Anna)</p>
	Duchovní postoj	<p>Věra a začít versus špatná prognóza</p>	<p>Já doufám, že se bude vyvíjet. Já myslím, že se vyvíjet musí a já věřím v to, že se pracuje, že tam bude daleko větší provázanost s řádkým zdravotním sektorem a doufám ve vznik centra duševního zdraví, který slibují, že budou. Teď jsem čerla,</p>

			že mají být asi ve třech městech, tak že má být do nevim jakýho roku asi čísel těch týdnů, takže doufám, že se to vyjasní bude, protože těch lidí na té ulici, kteří mají duševní problém bude čím dál tím víc. (Olga)
		Ochranný mechanismus proti bezraději	Co mi pomáhá? No, to je těžká otázka: Co mi pomáhá? Pomáhá mi asi to vědomí, že ty lidi ses sama chtějí bavit a že je vidět, že jim to přináší nějakou úlevu, na chvíli alespoň. (Anna)
	Potřeba	Negativní – nenačiněná potřeba úspěchu	Ta práce se v tomhle rozbíhá, že my jsme ty klienty posílali k Kafkovi, dělali jsme jim doprovody ale moc jsem se s úspěchem nesetkala. (Ludmila)
Osobnost klienta	Polymorbidita <i>Pod. parazem DO</i>	Drogy vyvolávají schizofrenní stavy	Bylo to většinou takový nármový, že tady jsou lidi, který mají nějaký problémy psychický, takže je to rozjetý drogam. Takže ve většině případůch drogově závislí, následně je to schizofrenie, paranoická schizofrenie. Takže spíš u těch drogově závislejších to bylo. (Blanka) Budu se tam s tím duševním problémem dostanou z on je dostane na ulici nebo se dostanou někým závislostem který následně u něj díky tomu je nějaký duševní problém. (Olga)
		Skrytá polymorbidita	Právě ty drogově závislí. Oni jim nedoagostikujou tu schizofrenii, ale když si něco vezmou, tak se jim to rozjede, ale jinak ji prostě nemají. (Blanka)
	Socializace <i>+ Al. rodiny</i>	Sociální maladaptace	Já si myslím, že to je hlavně z toho důvodu, že se bojí pravidel, nedokážou akceptovat autoritu, protože tam musí někoho poslouchat a tady kolikrát slyšim, že jsem vězení, že tady nechtějí být, přitom tady nemusí být vůbec. Takže si myslím, že tam je pro ně celkově špatný chápání autority a přijímání pravidel. Kdyby ta pravidla doopravdy, tak by se byli na ulici a neměli by žádnou námu. (Blanka) ... Protože někteří z těchto klientů nezvládají tady ani ten domovní řád, takže je musím já vyhodit... (Věra)
	Motivace k léčbě	Význam sebmotivace (vlastní vůle) klienta s DO	Já si myslím, že sociální pracovník může v tom hrát roli tím je namotivován. Další rozhodnutí jsou čistě na něm. Pokud on nebudě chtít, tak sociální pracovník do něj může hašet horně: spodem může ho nutit k tomu, aby se sebou něco dělal,

			<p>aškoliv by neměl. Ta motivace je tam, asi hodně důležitá a pro člověka, který to bere na lehkou váhu, to je zbytečný... Kterej přijde a jenom si stěžuje... Potřebujete se léčit, odpočnete si, udělá se vám lépe. Tak on se půže léčit, ale za měsíc počepíte reverse, že už je zdravý. Tam je to vory šle vůle víc toho do rychtu člověka než toho sociálního pracovníka. Samozřejmě ta motivace je nejdůležitější. (Blanka)</p> <p>...ale zleží hlavně na nich. Myslím si, že práce těch sociálních pracovníků a těch sociálních služeb ta podpora je, šance mají, ale musí chít sami. (Ačela)</p>
		Absence motivace k léčbě	<p>Měli by se léčit, ale oni se léčit nechtějí. (Olga)</p> <p>...ale většinou ty lidi to notějí nebo nechcějí to řešit... (Anna)</p>
	Projevy mentální retardace	Nesvěprávnost	a taky jsou tady úplně nesvěprávný osoby, kteří se nedokážou ani podepsat. (Blanka)
	Projevy DO	Popsané lékařsky	Právě že ti klienti by byli agresivní, někdejší měli halucinace, schopnost kovalise a bylo to nepřijemné. (Ludmila)
		Popsané narativně	<p>Hlavně asi příběh, který na mě udělal dojem a asi si ho budu pamatovat co smysl - to byl uživatel, který byl na ulici, byl Rom, byl romského původu. Na začátku práce z psychiatrické Křečbny, byl hodně vypapanej, zdravěj a doocel fajn. Po nějakých asi třech měsících jsem si začala všimnout, že začal rapódně hubnout, už neměl zdravou barvu, byl jakovej lehou do zelena ve chvíli, když si povídal s kamerou na dvorku, tak jsem si říkala, že to není dobrý a ve chvíli, kdy za mnou šel a stál mi před kanceláří s tím, že řekl: „Tebe taky zbiju, tak jsem tak trochu zvoňhal, jestli s ním mám mluvit tady sama s tím, že jsem na něm chtěla, aby opakoval, co řekl a na to mi odpověděl, že v chodbě stojí jeho brácha. Třpěl hravějru hálčoinacemí, hluđatra a pametnou, kdy vyprávěl, že v noci běhal po Budějovicích a s mačetou sekali děti, pak mi vyprávěl, že byl někde v Afganistánu, francouzská armáda mu posílá Lamborghini a že mu dluží</p>

X
X
X
X

			půl milionu v eurech samozřejmě. (Blanka)
	Dichotomně projevů IXO	→	<p>Ze se mohli probudit a mohli být usměvaví a druhý den se mohli probudit a naopak nás mohli odmítat. (Ludmila)</p> <p>Tak záleží také na chvílích. Ten člověk nejedná neustále v nějakým bludu, v nějakým angážovaným chováním. Občas nějakým způsobem prože a mluví normálně a jedná normálně, ale v okamžiku, kdy ten člověk zovna má nějakou psychiatrickou ataku, nějaké v tuhle chvíli akutní problém, tak ta práce v podstatě není možná. V té chvíli se snažím toho člověka nějakým způsobem uklidnit, nechat ho přitom, ale není možný s ním cokoliv řešit. Ten člověk na to nemá kapacitu. (Olga)</p>
	Charakteristika neuzavírajících se klientů	Neuzavírání: mluvení o problémech, komunikace s úřady, neodmítání pomoci	<p>U některých nebyl problém to že jak se pochybovali v centru, byli zvyklí někteří na tu spoustu sociálních služeb, takže bylo dobré s nimi navázat kontakt. S některými neřkám, že každý... že byli zvyklí docházet na ty úřady. To je dobré, že člověk dochází na ty úřady, když je člověk ochoten o tom problému mluvit. Že se neuzavíral do sebe, ale mluvil o tom. (Ludmila)</p> <p>Důležité je, aby se ten klient neuzavíral do sebe a odmítal nějakou pomoc. (Ludmila)</p> <p>Já si myslím, že určitě, že když ten klient bude chtít s námi spolupracovat my má buďme dávat dostatečný informace a vhodně na něho tláčet, tak že to jde. (Anna)</p>
	Vztah k realitě	Žijí mimo „naši“ realitu	<p>No veškerá práce s nimi je problematická, protože jsou čas a ve stavu, kdy nejsou schopni nějakého racionálního nachlodu a nejsou schopni rozumně posoudit svou situaci. Oni žijou v uvozovkách v nějakým „reálným světem“, který jim nedovoluje se propojit s tím běžným životem a okolí je nechápe a oni nechápe okolí. Tak ta práce není vždycky jednoduchá. (Olga)</p>
	Bariey	Předsudky vzhledem k věbě	<p>Některí lidé si myslí, že jim ty léky spíš ubíhají. (Ludmila)</p>

		MENTALITA'	Vš, že je jim líp bez těch prášků, protože si myslí, že jim ty prášky ubližujou. (Blanka)
		Osobní limity Projevy DOMR	Pro klienty může být někdy problém i dojit si na pojišťovnu, najít lékaře, kteří ještě přijímají, protože neví, kde je pojišťovna a přitom to neefektnou touz pracovníkovi. (Ladmila)
	Dichotomie zalečený nezalečený klient	Zalečený klient – normální/motivovaný/zblbnutý z prášků klient Nezalečený klient – nebezpečný/demotivovaný klient	Ten, který byl zalečený, bral ty léky, tak byl normální klient. Tě kteří nebrali léky, odmítali chodit k doktorům, tak to byl potom problém. Byly to agrese, veřejný vyvádění pekelných bran a sebepoškozování. To pak byl problém. Jsou problémy navázat spolupráci. Tanco bylo spš na bodu mezí v rámci bezpečnosti. (Ladmila) Někdo opravdu je zalečený, tak je to v pohodě. (Blanka) některý ty případy nejsou zlečený, tak s nima musí člověk opravdu jednat jít s trablema děma. Nebo naopak, když jsou úplně zblbnutý z těch prášků a mají jich hodně moc, tak spoluprice v podstatě není žádná protože oni v jedné minutě zapomnou, co mu člověk tady sdělil. Takže nám po půhodinovém monologu, nedá se tomu říct dialog. Člověk vidí, že uživatel si z toho nic nevzal, tak napíše alespoň bodově, co má zařídit a co udelet. Stejně to neudělá, protože on na to zapomene. Takže ada práce s nima se rozvíjí, to zákeří naprosto na nich. Já do toho žádným způsobem... Kolikrát to ani nejde, abyč zasahovali. Já se s rima bavím v pondělí a v úterý protože zaskakují, a on neví, že se omou předešlé den mluvil. Takže je to opravdu taky individuální. Někdo ví, kdo je, spoluprice je parádní s nima. Někdo je s odpustěním magor, kteréj si nenechá nic říct. Všichni mu ubližujou a nikdo mu nechce... (Blanka) Musím říct, že i když někdo má diagnózu, vše sáh, že je nemocnej tak jsou zase dva ostrovy. Jeden, stěrej vš, že je nemocnej a chce se léčit a vyžaduje to léčení a pravidelně přichází k tomu lékaři a ti, kteří tam jsou třeba z donucení, vš, že jsou nemocni, ale vynovuje jim to. (Blanka)

			<p>když člověk, který to psychiatrickou diagnózu má nějakým způsobem cígnostifikovanou, dochází na léčbu, chodí k psychiatrovi, bere léky, tak je stabilizovaný. Nemá žádné vedlejší příznaky, jinak se to na nověch neprojevuje. Kdežto ten člověk, který není diagnostikován a nepřimává ten problém, tak je v akutní fázi. (Olga)</p> <p>Rozdíl vnímám určitě v tom, že ti, co jsou diagnostikováni případně se i někdy léčí, tak si to uvědomují a někteří jsou schopni korigovat. Dá se s nimi o tom i bavit. Když jim řekneš: „Helejte, tohle ale není pravda“, že jim to děje. Takže je s nimi jednodušší práce v terénu. (Anna)</p> <p>Fakt špatně je, že se neléčí a někteří pak mohou být potenciálně nebezpeční. To je blbě. (Anna)</p>
	Vlastní rodina <i>pod speciálku</i>	Má rodinu - skončí dobře, nemá rodinu - skončí špatně	<p>Pokud ten člověk bude mít za sebou nějakou rodinu, která úplně před ním nezavřela dveře, kteří s ním ještě spolupracuje a chce mu nějakým způsobem pomoci a podaří se tam navázat nějaká spolupráce, tak ten konec pro toho člověka může být pohodový. Začne se léčit a i když s tou nemocí samozřejmě bude bojovat celý život, ale bude s tím bojovat s pomocí léků a nějakým způsobem to bude zkompenzovaný, ale pokud ten člověk nemá nikoho, pokud je úplně sám, skončí na ulici, přijde se do toho třeba závislost na alkoholu nebo na jiných látkách návykových, tak ten člověk většinou dobře neskončí. (Olga)</p>
Vlastní sociální práce	Obecně vyjádřené požadavky na vlastní prof. práci	Nastavení hranic	<p>Já si myslím, že obecně bylo nejdůležitější nastavit nějaké jakoby hranice těchto osob. Například vykáni - je to třeba hloupat, ale léčí reagujou, jako že není jedno, zda si s prací vůbec tykají nebo vykají. My tak zatím nemáme zkušenosti s těmi skupinami. (Lucimila)</p>
		Cílivost na projevy klienta: odhadnout, rozpoznat, sledovat	<p>Tam si myslím, že se muselo ty léči lépe odhadnout, že každý den nebylo to stejné. Že se mohli probudit a mohli být usměvaví a druhý den se mohli probudit a naupek nás mohli odmitat.</p>

		<p>Takže tam bylo nutný předvítat, třeba podle nějakých gestikací... Někdy je třeba rozpoznat, v jaký je ten člověk náladě a podle toho se chovat. (Ladislav)</p> <p>Tak záleží také na chvílích. Ten člověk nejedná neustále v nějakým hluku, v nějakým snyšletým chováním. Občas nějakým způsobem prozí a mluví normálně a jedná normálně, ale v okamžiku, kdy ten člověk zrovna má nějakou psychiatrickou útku, nějakaj v tuhle chvíli akutní problém, tak ta práce v podstatě není možná. Sociální práce v podstatě není možná. V té chvíli se snažím toho člověka nějakým způsobem uklidnit, nechat ho přitom, ale není možný s ním cokoliv řešit. Ten člověk na te nemá kapacitu. (Olga)</p> <p>Přístup k těmto osobám bylo řádu hrozně rychle rozlišit, které věci je nastartují, které je naopak motivují. Kterej si například zakládá na svým vzhledu, kterej je taký sebrověrník tak říci: Když nám teď pomůžete vytažit ty krabice, tak vám narostou ty svaly a vědět, jak s ním jednat. Takže tam je motivovat tímto způsobem anebo opravdu... (Blanka)</p> <p>Rozhodně v tom přístupu, že člověk už pozná jenom z pohledu uživatele když přijde... a jak se ten uživatel dívá, tak už vím, že to nebude v pořádku, že se blbě vyspí nebo je po vopři. Už dohláží u těch uživatelů v kterých vím, že se léčí na nějakou nemoc, tak už je na nich poznám na první pohled, jakaj je dneska den, jaká s ním bude spolupráce. Takže když vidím, že je naštvanej, že nebude to dobrý, radši na něj nemluví, neskývaju. Ale když vidím že je veselej a takovej skvělý, tak ho poprosím, aby nám pomohl něco vynosit upol. Mě díky tak a půl tady tej práci dokážu rozpoznat tu aktuální náladu toho člověka. Samozřejmě, když přijde nový, tak nevím. Ale ty stálice... tak to rozeznám. (Blanka)</p> <p>Člověk si je jakoby model. Musí tam být individuální přístup ke každému. Nevím, jestli to nějaký specifika mělo. Možná, pro mě asi, že jsem je začala</p>
--	--	--

			<p>hodně rychle rozeznávat. Pak už pro mě bylo snazší, když sem přišel s nějakou diagnózou. (Blanka)</p> <p>A já jsem se s tím setkala, když ten člověk třeba začal říkat věci, který nejsou pravda a věš, že nejsou pravda a začala jsem nad tím přemýšlet a začala se ho třeba i doplňovat... (Anna)</p>
		<p>Mojivate klienti s DO</p> <p><i>pot. práce nikdy motivace já to používám roz. práce</i></p>	<p>Tak většinou třeba, když jsem říkala, že potřebuju tu potvrzení od psychiatra nebo psychiatřičky, že jsou kompenzováni, tak někteří se třeba rozčilovali, ale nechali si opravdu třeba vysvětlit, že bez toho potvrzení by tady být nesměli, takže to dělají vlastně pro sebe a ne pro mě. Je samozřejmě, že my máme mírnělivost, takže to bude jenom mezi námi, že to nebudu nikde šířit. Když se jim to většinou vysvětlí, že to je pro jejich dobro, že by jinak zůstali někde venku, tak to bylo úplně v pohodě. (Věra)</p> <p>Pro mě je stále těžký přinést ty lidi, aby se svým stavem v podstatě něco dělali, aby si přiznali to, že jsou nemocní a že by měli hledat nějakou pomoc a nejsou mne schopni si to v téhle situaci mne přiznat. S tím já bojuju. (Olga)</p>
		Empatická komunikace	<p>Takže jsem věděla, že tam je tenkej leč, ale když se zeptal: "Co mám dělat?" a já mu navrhla kroky, jak má dál postupovat, on přišel a měl všechno zařízený, takže v podstatě nahodim se na tu vlnu jejich a sice um jsou cel tím spolupracovat, protože z toho nic nebude. (Blanka)</p> <p>...teď je vnímám jako lidi, kteří jsou nemocní a svým způsobem nešťastní a měli bysme se snažit spíš je jako pochopit a hledat pro ně řešení... pro ně vhodný. (Anna)</p> <p>Já si myslím, že je to pro ně nějaká podpora nebo útěcha, kterou jim můžeme poskytnout. (Anna)</p>
	Dochotorně vyjádřené požadavky na vlastní práci	<p>Striktní požadavky – důsledek: ztráta důvěry klienta</p> <p><i>dimenze</i></p>	<p>Může sehrát roli, že bude striktní. Sociální pracovník, který nějaké podmínky, nějaká pravidla. Ten člověk se může začknout a tím ztratí důvěru v toho pracovníka. (Ladislav)</p>
		<p>Pomáhající přístup – důsledek: navázání vztahu</p>	<p>a na druhé straně, že sociální pracovník bude přítelkřejší, ta situace</p>

			vysvětlí, neúčeluje ho najednou, podává mi to postupně a ke každému úkolu mi navrhne řešení, nabídne mi i svou pomoc, tím že tonu klientovi pomůže. (Ludmila)
	Nástruje pro řešení práce	Rutina <i>Vlastní!</i>	Asi hodně našich uživatelů má nějakou psychiatrickou diagnózu, ale teď vyložene nemáme nikoho v terénu, kdo by měl jako hodně velké projevy a bylo potřeba k němu přistupovat nějakým jiným způsobem. Vlastně si to jako neuvědomují. Člověk automaticky přepne na to, že tady s tímto člověkem musí jednat trochu jiným způsobem, ale nevím v tom úplně rozdí: Bacha s tím musím jednat úplně jinak. (Adéla)
		Konzultace s psychiatrem ambulantní zkušenosí <i>Kašpár!</i>	a volala jsem na psychiatrickou léčebnu: Co tady máme udělat, aby ho hospitalizovali, že už to asi opravdu dobrý není. S tím, že tady v našem městě nebyli až tak sdílí... ..takže jsem volala na psychiatrii, kde byl děv hospitalizovaná. Toť už si nevzpamenu, kde to bylo, je to rok zpátky. Mluvil jsem přímo i s primářem té léčebny. Neskutečně příjemný člověk to byl po telefonu. Ptal se mě na jmeno, věděl, že ho tam děv už měli, že by byli i schopní som de... pro něj přijet, protože asi sami věděli, že to je případ, kterej by mohl být nebezpečnej pro své okolí. Takže s nima se báječně jedná. (Blanka)
		Prostředník mezi opatrovníkem a zlíctem s DO <i>Kole</i> <i>Kalder</i>	Jsem takový prostředník mezi tím klientem a mezi tím opatrovníkem, protože u mě se ta služba plácí. (Věra)
		Proje informací o diagnóze klienta s DO: klient, kolegyně, úřad práce, rodinní příslušníci klienta <i>Konzultace</i> <i>Tripp!</i>	Já se na to ze zákona ptát můžu, ale většinou samí mi v průběhu toho vstupního pohovoru než je příjem na ten zrylovej děv, tak samí řeknou, že mají diagnózu, nebo, pokud jsou tu delší dobu a chodí na deáním centrum, tak to už třeba vím od kolegyně. Někdy se stane, že mi to řeknou na úřadu práce, že mi to neřekne ten klient, ale když vyjednávám ty dávky v hmotný nouzi s nima, takže mi to řeknou oni a někdy se stane, že sem chtějí ubytovat někoho rodinní příslušníci, takže zase třeba od rodiny. (Věra)
		Terapie versus práce	Školení některý jsou, ale pro mne je důležitá ta práce. Na školeních se hlavně popisuje, co je to schizofrenie.

			<p>co jsou příznaky, ale ne jak konkrétně pracovat s tím klientem. Každý klient je jiný. Ono na těch školeních by se to asi nedalo úplně naučit. (Ladmila)</p>
		<p>Vlastní „odpovzdání“, nalezení formy komunikace, individuální přístup</p>	<p>Spíš jakoby to odpovídání toho klienta. Hlavně, že to byla práce s tím konkrétním klientem, abych poznala jeho povahu. (Ladmila)</p> <p>...člověk musel přijít na to, aby dostal z nich, co naravdu potřebujou, v čem potřebujou pomoc... a potom už jsme byli takoví trošku ořákaný, takže už jsem věděla jak někoho nechat vypovídat, koho stopnout a říct: ten rozhovor s toum, co potřebujeme řešit společně. (Věra)</p> <p>Opravdu za ty čtyři roky, až to člověk vidí, naučí se i vnímat tu neverbální stránku toho chování toho člověka. Někdy už... Taký tu mám jednoho pána, už jsem na něm viděla, že je nervózní, podupívá nohou. Tak jsem mu říkala: „To se mě tolik bojíte, že se tu tak klepete?“ On, že ne, že zaporně několikrát vzít léky, takže je to z toho důvodu. Tak jsem mu říkala: „Vidíte, že vám to nedělá dobře. Berte léky, tak jak máte.“ Úplně v pohodě to přiml, kdyby mi to nepřiznal, tak bych si třeba říkala, že se mě třeba bojí... nebo nevím. Nechci se jich už třeba zeptat na ty citlivý témata... I třeba osobní hygienu, osobní život... třeba ze začátku jsem se bála ptát. Nevěděla jsem úplně jak na to... jak navázat komunikaci a teďkou už nebyl vůbec problém na cokoliv se jich zeptat. (Věra)</p> <p>že jsem se přestala toho obávat, protože jsem zjistila, že když se najde vhodnej způsob komunikace, že tam nehrozí v podstatě žádný nebezpečí a i bych řekla, že už to postupilo dál, ta komunikace a je to asi díky tomu, že jsem na to přišla. (Anna)</p>
		<p>Vaštin: Cílené získávání zkušeností</p>	<p>Ale já jsem zpočátku pomáhala také na *****, což je také služba pro duševně nemocný, takže pak tím, že jsem tam docházela, by a jsem v kontaktu s nimi, tak jsem si uvědomila, jak k nim přistupovat. (Adéla)</p>

		Vlastní: Znalosti (nerozvíjet bludy, nevnučovat náhled nemocí...	<p>Samozejmě vím, že nesním s nima rozvíjet dál ty bludy, nesním zapojovat do toho řídkou další osobu a s nima to rozvíjet dál, takže většinou jsem si je vyslechla, ale úplně jsem překročila to, co mi řekl a on neměl nutkání se k tomu vracet a dál ten blud rozvíjet. Ale rozhodně mě to zajímalo, že jsem ho třeba seděla a vyslechla to, co jsem je, u šen: potřebuje mluvit, nechám jsem ho vyprávět, ale pak jsem to úplně přehala jako bez žádný reakce zpětný. (Blanka)</p> <p>Ne funguje dobře se a téma lidem nezapléhat do nějakých dlouhých rozpravů a nesnažit se ty jejich bludy vyrulavit ani je nepodporovat ani je nepotlačovat. (Olga)</p> <p>Dobře fungovalo třeba když řeknu u těch schizofeniků odvádět pozornost jinam, nesnažit se je podporovat v tom je ich bludu, ale snažit se pořádkem v těch kolejkách v tématech, který chceme řešit, což docela pomáhala, že se v tom tak nemotám. (Anna)</p>
	Bariéry	„Díra“ v sociálním systému	<p>Na obecně, že o ně není tolik pečováno a ty projevy služby nejsou jaké by měly být. Jsou prostě brán jako klasičtí bezdomovci ale nikdo nevidí, že potřebují právě jinou péči, jinou pomoc, že třeba naboru ty léky není tady ten systém, který by je donutil k tomu, aby opravdu rškam chodili a ty léky užívali. (Adéla)</p>
		Absence zdravotní dokumentace, neznalost diagnóz klientů s DO	<p>My jsme nemohli přímo učovat diagnózy, ačkoliv to bylo zřejmé, ale neměli jsme k tomu žádnou diagnózu, zdravotní dokumentaci, abysme to mohli doplnit. (Lucie)</p>
		Ze standardů sociálních služeb nastavení pravidel <i>Organizace</i>	<p>Někdy jsem bojovala s tím, že vlastně osoby, které mají psychiatrickou diagnózu, tak tedy nemají správně být, ale jelikož je tu pravidlo, že ti, kdo nejsou potvrzení od psychiatra, jsou v pořádku, takže tady být možná. (Věra)</p>
		Nekomunikace mezi jednotlivými službami	<p>... oni řeknou: "Vůbec nebudeme s vámi o tom diskutovat." Několikrát jsem se třeba snažila komunikovat ohledně nějakého uživatele a jeho chování v jejich službách... Jestli je to dlouhodobějšího rázu, nebo zda měl právě jen tu ataku. Oni to nechtějí říct. (Blanka)</p>

		Administrativa vyžadovaná od klientů x DO	...takže možná by pomohlo mít pak méně papřování, protože se ty lidi v tom nevyznají. Aby to nebylo pět minut a rychle běžte pryč, protože přijde někdo další ... taky u těch psychiatrů... Jeden má na jednoho klienta 15 minut.... To jako opravdu s ním nic neudělá ... (Věra)	X
		Málo opatrovníků	...možná i víc těch opatrovníků, aby měli na ty svoje klienty víc času, aby se jim mohli věnovat. (Věra)	X
		Málo času na vlastní práci s klienty	Takže asi aby nás bylo víc, aby bylo víc času na ty klienty, protože opravdu je to docela dost náročný, když je to hodně lidí, tak není tolik času se jim věnovat individuálně, zvláště těm těm lidem, kteří by to potřebovali. (Věra)	X
		Nedostatek lékařů - psychiatrů	Také jsem ještě nezmínila problém psychiatrů, kterých je málo... že kolikrát je opravdu i problém některého psychiatra sehnat ... uba tam moh' zhodit, aby byl začleňej. Takže určitě... pokud by v těch oblastech ... Se to zvětšilo ta kapacita, tak si myslím, že by na tom mohli být líp. (Věra)	X
		Sociální pracovníci nejsou zpravidla partnery lékařů psychiatrů	S tím psychiatrem nebo s psychiatřičkou jsem mluvila, když tady odvážděl toho pána u toho otce, tak ta mi volala, bylo půl osmy večer, to už jsem byla doma, že se i ptala. Takže to byl jediný v podstatě psychiatr, který se mě dotazoval na stav pacienta. (Blanka)	X
		Lékařům – psychiatrům chybí vzhled do možnosti sociálních služeb	Někdy se stávalo na jiným otcem, že říkali: Proč to poněkud chceme? ... Že na to nemáme právo, protože většina psychiatrů nemá ponětí o tom, co to je ta sociální služba. ... Proč to chceme... Že to je vlastně naše negativně vymezená cílová skupina, oni by tím pádem nerušili nic. Samozřejmě většina z nich měla problém, že jsme chtěli vědět diagnózu. To není pravda. Chtěli jsme jenom vědět, jestli jsou nebo nejsou kompenzováni a jestli jsou nebo nejsou nebezpeční sobě nebo okolí. ...ty klienti, když to donesou, tak hned mají kde bydlet... takže většinou jim to napíšou. Bohužel někdy se i stávalo, že jim napsali, že jsou kompenzovaní na psychiatrický ambulanci a toho člověka vůbec neznali a začleňej nebyl... (Věra)	X

	<p>Komunikace s opatrovníky- úředníky</p> <p><i>Spátovně Národním</i></p>	<p>Ne zkrátí hodně také na tom, jestli mají také omezenou svéprávnost, protože pak je už tam také komunikace s těmi opatrovníky, takže je to takový složitější. Kde jsou třeba omezení, tak musím jednat s tím opatrovníkem. To je velký rozdíl oproti tomu, co si to tady hraji buď s nimi z důvodu třeba z výpovědi nebo z úřadu práce. To je zase klasické, úřad, normální, ze kterého to plácá jak těm, co mají diagnózu nebo nemají. (Věra)</p>	X
	<p>Úspěšná spolupráce s navazujícími službami</p>	<p>Tak my spolupracujeme s ***em. My se snažíme přes ***, které má zase více zkušeností, více kontaktů v téhle oblasti, takže se snažím kontaktovat je a oni pak s námi spolupracují. Ta úspěšnost není tak úplně velká, protože vlastních klientů mají dost. (Věra)</p>	X
	<p>Chybějící navazující služby</p>	<p><i>Je něco, co vám pomáhá v tom systému? Jo, všimnu si navazující služby, kde by byli klienti o které by se starali.</i></p> <p><i>To máš zatím neúčinné.</i></p> <p><i>Já myslím, že zčásti jo... (Ludmila)</i></p> <p>Chybí tady nějaký zájemci pro lidi, kteří jsou na ulici, mají špatný zdravotní stav, ale ještě nemají důchodový věk, aby mohli jít do domova pro seniory a ještě ke všemu mají závislost. (Ludmila)</p> <p>Je málo chráněného bydlení. Když se rozrostá počet lidí s těmito diagnózami... Takže je málo míst jak na chráněném bydlení, tak schází pracovní místa. To si myslím ještě, že by se užívalo... (Věra)</p>	X
	<p>Pravidla navazujících služeb vycházející ze standardů</p>	<p>Překážka bych řekla. Je to v tom, že ty lidi nemůžou využívat služby právě proto, že potřebují potvrzení od lékaře, protože nejsou kompenzováni a mají uzavřené cesty jinam, takže jsme s nimi museli spolupracovat a snažili jsme se jim napomáhat. (Anna)</p>	X
	<p>Prologie v rodině klientů s DD/skrutí patologie v rodině klienta s DD</p> <p><i>Má rodinu Konec opatrov.</i></p>	<p>takže jsme se důležitým způsobem o tom spolu bavili o chování syna, paradoxně syn tady žil, akceptoval veškerá pravidla a řád. Asi na to byl zvyklý z domova, ale byl pro mě hrozný problém, když jsem zjistila, jak je tatínek v uzavíracích „municích“ s ním dál</p>	X

			<p>komunikovat a sdělovat informace o tom synovi, protože jakmile jejich syn zjistil, že tady byli, tak utekl a asi další dva měsíce o něm nikdo nevěděl, až následně rodiče zavolali, že se našel někde a že se chtěl tept v řece. Ale tam to bylo pro mě nejhroší s aims komunikovat i načít z toho důvodu, že jsem věděla, že ten blůk trpí tím, že je v blízkosti své ho otce. (Blanka)</p>
		<p>Systém přiznávání dávek ČSSZ, ÚP</p>	<p>Někdy je tam problém třeba v přiznávání invalidních důchodů... to dokazování... La korise „jak je všechno zdokulavý...“ Někdy jim to nepřiznají když tu diagnózu mají opravdu napsanou... Pak je to těžký, když jsou na úřadu práce a mají jenom příjem z toho úřadu práce. Tady vlastně je maximální délka pobytu jeden rok. Těžký je potom s níma řešit, kam po tom roce můžou jít, když jejich jediný příjem je dávka v hmotné nouzi. Co jim zbývá, je tak maximálně ubytovna, což je takový těžký a potom... (Věra)</p>
		<p>Nastavení legislativy – čekání na chrošující situace</p>	<p>Asi to, že když jsme se bavili s městskou policií, takže tady panovního schůzovník, který projevuje agresivní sklony vůči sobě i vůči svému okolí. S tím, že jsme jim říkali, že je otázka času, kdy někoho napadne, pobeďá tady nebo venku. Vyhrotilo se to takovým způsobem. Samozřejmě tady se nic nestalo. Měl půlhoční distanc vzhledem ke svému chování, ale asi to vyvycholilo tím, že on stál na náměstí ženskou s kočárkem. Takže teď nařizovat soudní léčbu a vrátit se nám asi po roce. (Blanka)</p> <p>a přijde jim ochrana údajů těch obyvatelů důležitější než to, že ti uživatelé jsou v ohrožení života... (Blanka)</p> <p>protože se to jejich označení rozvíje až do té míry, že si toho začne všimnout i okolí a veřejnost. Pak buď je jim to soudně nařízený nebo je tam odvezen... (Anna)</p> <p>V případě, že budou pokračovat ve svém životním stylu, tak se z toho těžko dostanou. Bude to pořád v těch samých kolejích: léčebna – ulice, léčebna – ulice. (Anna)</p>

		<p>Nastavení legislativy: ochrana os. údajů</p>	<p>Máš možnost se nějak k tej informaci dostat, že ten člověk je diagnostikovaný? Nemam. Když ten člověk mi to sám neřekne, tak nemam, protože mi v podstatě ani nesmím ten zdravotní stav řešit. (Anna) Já vidím obecně jako problém to, že my s nima nemůžeme řešit ten zdravotní stav, že jsme limitováni v tom, že bysme to s nima neměli probírat. To si myslím, že je (Anna) Jako v podstatě bychom to s nima neměli řešit. Pokud on k tomu nemá souhlas výslovně soubíhá. Pokud on sám ti neřekne: „já mám tenhle zdravotní problém“ Tak by by ses ho vůbec neměla ptát, což si myslím, že je hodně omezující v naší práci. (Anna)</p>
		<p>Alarm: Vystavování život ohrožujícím situacím v souladu s legislativou</p>	<p>Bylo to zrovna s tím, co se nám teď vrátil po roce. Viděli jsme, že to není dobrý, že si začíná povídat sám se sebou, začíná být hodně agresivní, máme z něj strach. Voláme policistům a oni řeknou: „No, dokud on nic neudělá tak my nic nemůžeme. My jsme se ho snažili taky vyprovokovat šlovně, aby nás napad, abychom měli důvod. My ale, pokud nemáme důvod k tomu, a myslím ho mohli zadržet, tak my nemůžeme nic. Takže takhle mě přijde třeba hodně riskový, protože můžete to být noční služba, kdy to proběhne a stačí třeba přehozák, aby ho poranil může zranit i ostatní návštěvníky. Jde o to, že nás nikdo neposlouchá. Nebo např. to se mi stalo, když jsme nacvičovali to divadlo. Byli jsme tu večer a byly jsme tedy dvě ženský a psychoterapeut. Na pokoji byl změřený objemel a my jsme volali policajty a rychlou a stáli otevřeného okna a vůbec jsme nevěděli, co se děje. Nerluvil... počural zem, nevěděli jsme, co se děje, jestli má utrvicei, volali jsme na policii, že máme z něj strach, samozřejmě záchraoku a policajti mi dali takovou drážkovou přes telefon, že já jsem řekla: „Víte co, tak my si teda poradiťme.“ Nakonec přijely asi tři auta nakonec eskorta. Ale přes telefon jsem dostala takovou drážkovou, že jsem se kopala do zutku, že jsem taší nevolala městskou. Ze státní přijeli dva chlapy</p>

spatný spolupráce
IZS

		<p><i>Blanka</i></p>	<p>a mětem mi tam dělaly obě ruce. Přitom upřímně si myslím, že měl nějakou slabou nervici, ale byli jsme se ho. Měl u sebe kláničku. Nevěděli jsme, co dělá. Takže v tomhle to spolupráce není úplně v pořádku. Městská policie je sto procentní. Ty jsou perfektní. Ale já jsem státní (Adresa zařízení) slyšela ochranná služba slyší (adresa zařízení) langsum, pohoda, bládek. Ten je slyševaný nebo voňak. Ale že nám tady uživatel leží v epileptickým zachvatu ... (Blanka)</p>
	<p>Identifikace výjimečnosti ohrožení klientem v akutní lži nemoci</p>	<p><i>Dejchání, nepřítomnost</i></p>	<p>Takže ne vždycky si člověk přijde ohrožený. Někdy je to prostě výprný ty historky, někdy jsou neuvěřitelné, ale za těch sedm let, co jsem tady, se mi stalo několikrát, že jsem se chtěla optat o možná na toho člověka, který zavra byl v akutním stavu. (Blanka)</p>
	<p>Příznaky traumatu z profesce</p>	<p><i>ne trauma</i></p>	<p>Dejchání. Já pak u toho hodně chodím, musím to rozdýchat, protože většinou mám žaludek jak na vodě, není mi zrovna dobře. Hlavně při té situaci, že člověk je jako u toho okna, má takový strach, že by po něho va plínu. Já většinou jdu a blahoce dejchám. To mě pomáhá na ladi y situace vyjít. (Blanka)</p>
	<p>Selhávání složek IZS</p>	<p><i>?</i></p>	<p>Jinak musím říct, že státní organizace mezi sebou... Nepřijde mi, že by až tak spolupracovali, protože ve chvíli, kdy oni sami něco potřebují... Těba volali - já jsem tady byla asi čtyři měsíce tak volně... Tuším ***** m byl nebo *****. Ted' si nevzpomenu... Že přijde uživatel, kterej je nebezpečnej, ať s na něj dávám pozor. Vyhrožoval, že všechny zabije... Nu ten telefonát přijela státní policie... Ať jim okamžitě voláme, až přijde, že vyhrožoval, že všechny vystřílí upod. Deset minut na to, co volala státní policie, přišel tento uživatel a já jsem s ním 20 minut vedl rozhovor dle v kanceláři a čekal jsem dvacet minut než ta státní policie přijela. Takže spolupráce ohledně těchto lidí moc nefunguje, ale komunikace např. s terénní sociální službou... tam to je v pohodě, ale ostatní služby tady v (našem městě) myslím, že síjadou na vlastním písčku. (Blanka)</p>

10.8.2018

			Se statní už žádnou spolupráci ani nenavazujeme, protože nepříjžděli ... (Věra)
		identifikovaná doba spolupráce s městem skou policií	městská policie... s tou je úplně skvělá spolupráce. Voláme a jsou tu do dvou minut. (Věra)
		Chybi každé vlastnosti pracovníků navazujících služeb (vstřícnost) <i>ne</i>	... aby byly nějaký vsřícný pracovníci v nějakých navazujících službách, co jsou teď v územní systém, se kterými by se dala navázat spolupráce. (Ludmila)
		identifikované klady vlastnosti pracovníků navazujících služeb (vstřícnost)	Mluvili jsem přímo i s příručím ty léčebny. Neskutčně příjemní člověk to byl po telefonu. Ptal se mě na jméno, věděl, že ho tam dříve už měli, že by byli i schopní sem do <i>(našeho města)</i> pro něj přijet, protože asi sami věděli, že to je případ, který by mohl být nebezpečný pro své okolí. Takže s nima se báječně jednáte... (Blanka) ... městská policie... s tou je úplně skvělá spolupráce. Voláme a jsou tu do dvou minut. (Věra)
		Chybění psychiatrické „první pomoci“ přímo v terénu sociálních služeb <i>adnanová</i>	Nevidím, co by mi to mohlo usnadnit. Kdyby tady u pohovorů... Když by přišel nějaký člověk, a bychom měl k dispozici nějakého psychoterapeuta nebo svého dvojnásobu psychiara rovnou, který by tady byl a dokázal by diagnostikovat toho člověka, a bychom věděli s čím máme co činit. Mělo by být pravidlem, že musí být kompenzovaný ale i na mim dením centru, kdy v podstatě kdy se s nima setkávají hlavně kluci dole. Ti asistují jsou s nima v dependentním kontaktu, tak i pro ně by to bylo docela dobrý, aby i on věděli s čím... (Blanka)
		Chybějí více úspěšnosti přílišní práce <i>Víc Více</i>	Pro ně není moc možností řešit svůj problém. Ta práce se v tomto rozvíhá, že my jsme ty klienty posílali k Křaří, dělali jsme jim doprovody ale moc jsem se s úspěchem nesetkala. (Ludmila) Ale celkově si myslím, co se týče úkoly ty práce s nima, tak že tam se dál momentálně pokoušek nedá. (Anna) Já bych byla ráda, kdyby ty konce byly, ale možná to vidím skepticky už za ty roky, ale přijde mi, že za tu dobu, co tady jsem, prostě ty klienti jsou stejní pořád. Pořád se to točí.

X
X
X
X

			Když přijde někdo nový, tak se řeší pořád řešit ty samé situace, dopadá to často podobně. (Adéla)
	Záměrné podpory v profesní práci	Cizí: čápaně od kolegů	<p>Asi hlavně kolegyně a hlavně rodina. Ažko ty mě podporují, běží se o mě, ale podporují. Je to náročná práce, ale... (Ludmila)</p> <p>Kolegové mě poučili, že to není úplně změna alkoholu, ale že to může být právě to důležitější momentální. (Ludmila)</p> <p>...a hlavně měla jsem služobně starší kolegy, kteří mohli předat zkušenosti. (Ludmila)</p> <p>Radila jsem se třeba s kolegyněma, co tu byly další dobu, takže potom už jsem věděla. (Věra)</p> <p>Tak určitě. Když něco mě trápí, třeba situace, tak to probereme tady s kolegyněma. Tam si řekneme ... nebo řeknu zda by jednali stejně nebo jinak nebo řekneme nějakou alternativu, jak by se to dalo přístř třeba vyřadit jinak, takže to je úplně super, protože jak se říká: Víc hlav víc ví. (Věra)</p> <p>Jo, tak najdu ji určitě tady mezi kolegyněmi. Když je problém, tak to spolu vyřešíme, řekneme si třeba svoje zkušenosti a vzajem. To určitě nám ... (Anna)</p> <p>Možná bylo třeba říct, že jsem tady pracovala s kolegyní, která pracovala s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním, takže jsem viděla, jak ona k nim přistupuje, takže to byl pro mě vzor, jak s nimi chovat. (Adéla)</p>
		Cizí: kolegové sestřičky vzdělávací kurzy	a hlavně měla jsem služobně starší kolegy, kteří mohli předat zkušenosti, nějaké kurzy. (Ludmila)
		Cizí: odborné zdroje	Určitě nějaké školení absolvovat nebo odbornou literaturu třeba v internetu třeba na stránkách odborného lékařství si o té diagnóze člověk může něco načíst a má tam návod jak s tímto lidem jednat. (Adéla)
		Strategie fyzické ochrany soc. pracovníka lázeň	že vím, že jednou jsem tu měla dokonce paní vedoucí u toho rozhovoru a jednou vešla byla kolegyně a byly otevřeny dveře. Ně se nestalo násštěti, nakonec to

			všechno probíhá úplně v klidu Ale na základě předchozí zkušenosti jsme to takhle řešili. (Věra)
		Cití: čerpané z vlastní rodiny	Asi klasicky kolegové a hlavně rodina. Aťkoliv mě podporují, bojí se o mě, ale podporují. Je o náročná práce, ale... (Ludmila)
		Dobrá spolupráce s ostatními službami	Asi mi pomáhá dobrá spolupráce mezi jednotlivými sociálními službami. To bych řekla, že se za těch sedmi let hodně změnilo. Před těmi sedmi lety si každý dost hnal na svým písčku a neděl bože, nespolupracovat s konkurencí. Ale teď to v té sociální síti začali vnímat jinak, nejsou konkurence, že prostě musí ty služby spolupracovat, protože jsme tady pro ty lidi, ne ty lidi pro nás. (Olga)
	Vizie dobré profesní práce	Specializovaná centra: funkce přesvědčování, medikace, aktivace	Přijde mi, že chybí jakoby nějaký zařízení které bude pro lidi, kteří jsou na ulici. Když by byl ten člověk na ulici, tak by bylo zařízení, kam by mohl docházet, kde by se uklidňoval. Pochopitelně by měl nějakou medikaci Snažili by se ho nějakýma metodama přesvědčit, že není to v tom, že bere léky, ale spíš naopak. (Ludmila)
		Multidisciplinární tým	...ty jsi tady převládá pro lidi bez domova, takže bysme řešili, že ten člověk nemá kde bydlet. A že bychom měli na sebe navázaný další tým, které by řešili ten jeho duševní problém, byl by na to navázaný psychiatri, případně nějaký terapeut, bylo by to takový navázaný kolečko, které by spolu vzájemně spolupracovalo. Asi je to „science fiction“. (Olga)
			Myslím, že by bylo fajn, kdyby existovalo nějaké zařízení azylový domy a tak. Aby jim to zajišilo jak bydlení, tak aby tam bylo třeba nějaký lékařský ... aby se zajistila práve ta péče, aby užívali ty léky. Samozřejmě by tam byli sociální pracovníci, takže by se tam pracovalo v těch situacích. Bylo by fajn, že by to řešilo jejich problémy, jak to bydlení, tak prostě to, že nemají ty doklady a že propadají tím sítím, nemají práci, což by zajistili ti sociální pracovníci, ale zároveň by tam byli zdravotníci, které potřebují a které, když jsou na té ulici, nemají. Oni sami nemají potřebu vyhledávat nebo řešit, že tady má doktor nemají, že je nikdo nevěme...

			Nebo alespoň nějaká propojenost, když už ne to zařízení, nějaká větší propojenost mezi těmi službami a těmi psychiatrickými ambulancemi. (Adéla)
		Speciálně zaměřena komunitní centra	Ideální svět as takovej, že těmhle klam by se někde vystavě o nějaký městečko, kde by neměli právě přístup k drogám a měli tam náplň práce třeba šití polštářů nebo nějaký manuální činnosti, ale by pracovali na tom, aby měli náplň práce, něco dělat a večer by byla nějaká diskotéka za odměnu, aby se ale i bavili nějakým užitečnějším způsobem než užíváním drog nebo třeba tím alkoholem, ale nechci říct teď nějakou postavenou klec, ale odstřílnout se opravdu od těch svedů těch drog. To by bylo hezký. Aby něco tvořili. To jsou v podstatě komunitny. (Blanka)
		Dobře organizované chráněné bydlení	My musíme zohlednit, jaká ta diagnóza je...Vlastní bydlení u někoho, kdo by te vřádnul... Kdo ne tak by bylo ideální, kdyby byl v tom chráněným bydlení, kdyby měl nějaký ten odborný dozor, takže at tady u nás nebo v tom chráněným bydlení, že by to bylo jen takový poradenství, ale minimálně by nebyl žádný problém. (Věra)
		Ideální stav sociální práce – nezbytný stav	Na začátku ideální by bylo, kdyby všichni klienti měli rodiny, kteří by nedopustili, aby se třeba klienti dostali na ulici. Ti lidé by docházeli k lékařům, hráli by terapii, existovala by nějaká síť center důvěryhodní zdraví, kde by byl tým sociálního pracovníka, lékaře, případně nějaké osoby, která prošla tímto důvěrným onemocněním a mohla by předávat zkušenosti, rady. Bud' by klienti přicházeli do centra. Ideální by byli, když by ti pracovníci přicházeli za těmito klienty domů. Pro některý může být těžký opustit práh toho domu. Mají prostě nějakou poruchu, představu, a bojí se opustit ten práh. Bylo by dobré, když by byl nějaký pracovník, který by za ním mohl docházet a pomáhat ho směřovat k tomu, aby byl aktivnější. (Jadřiska) No tak kdyby to bylo takhle ideální tak by tačky nemuseli bojt. Klient by měl bydlení, měl by amici, pupínkaté

			<p>ny máni být v kontaktu s tou redíou. Třeba by si pořídil taky nějaký domácí zvířátko a už by chtěl jenom docházet třeba jenom na poradenství, kdyby potřeboval něco náhodou řešit. Jinak by si mohl žít prakticky jako normální člověk. (Věra)</p>
	<p>Odpovědnost za nový systém</p>	<p>„Vykopnuta“ směrem vzhůru“ (ryba smrdí od hlavy“</p>	<p>Tak to už je asi jen otázka na nějaký ministerstvo ... <i>Klídně se posíle ministerstvo, to není problém.</i> To já nechci, ale chtěla bych, aby tady nějaká ta centra byla. My jsme hodně mluvili o osobách bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění a taky o osobách bez přístřeší s diagnózou. (Ludmila)</p> <p>Těžko říct, jaký to bude, protože záleží, jaký budou zákony, jaký budou mít nárok. Jestli se jim zase zpřesní přiznávání těchto těchto důchodů... (Věra)</p> <p>To by muselo být něco legislativního, aby státní to dal ty peníze, aby to jako víc podporoval. Tu ale obecně ti duševně nemocní nemají tu podporu. (Adéla)</p>
	<p>Zpětná vazba o úspěšnosti práce s klienty s DÚ</p> <p>KONEC Příběhů</p>	<p>Konec příběhů klientů „vystupující z řady“</p>	<p>Jedný o kom se třeba něco dozvím... tak záleží... pokud má třeba na ubytování, do vlastního bydlení a takhle... tak to nemám vlec nějaké kamci se dozvědět, jak jsou. Pokud se třeba nepřijdou pochválit, že se mají dobře. Ale když dopadnou hůř jsou na ulici, tak to se dozvím od kolegyní, které jsou v terénní sociální službě... nebo se dozvím od kolegyní z denního centra, jak to s níma je teďko aktuálně... Bohužel ty horší předpokládám, protože oni i kojou po celé republice, takže by jsme je našli v jirých azylových domech a ve větších městech. (Věra)</p>
		<p>„Začarovaný kruh“ práce s klientem s DÚ (výjimka potvrzuje pravidlo)</p>	<p>Tak většinou s těmi to bylo tak, že jsme některé podchytili, nabídli jsme jim služby, pomohli jsme jim vyřádit doklady a tam se to zasekne. Dál už jakoby s tím klientem nejde. Buď ten klient pokračuje na azylový dům nebo na ulici, přijde nám, že nechtějí, že nemají zájem situaci řešit. (Ludmila)</p>

		<p>Možná, jestli to nebude tím, že ten klient je nějakou dobu na tý ulici, třeba dejme tomu měsíc, dva, nejdou se tam naučit ty překážky, objevuje další problémy a od svých kamarádů z ulice zjišťuje, že nejlepší řešení je se vrátit a zapomenout na to. Takhle se nechají naučovat na tenhle postup tou ulicí. (Ludmila)</p> <p>Práce je náročná a já si myslím, že pokud se kdy něco výrazně změní, že jako ty lidi pořád tady budou. Pořád budou navštěvovat tyazylový domy, pořád budou navštěvovat ty psychiatrické léčebny. Budou se točit v kruhu ulice, léčebna, nemocnice, že by se to mohlo nějakým způsobem ze dne na den změnit. (Ludmila)</p> <p>Většinou je to nekonečný konec a nekonečný začátek. Většinou přijdou z té psychiatrické léčebny, budou tady půl roku, vysadí léčbu a znovu jdou do psychiatrické léčebny. Takže takovépačarované kruhy a já jsem se zatím nesetkala, že by se mi dostala nějaká informace, že by se někdo zabil. (Blanka)</p> <p>Právě ten nekonečný kruh. Přijdou, chvíli fungují, pak zase do toho spadnou, najdou nějakýhoznámýho, vrátí se do těch starých kolejí, začnou znovu užívat, ale třeba ty tři měsíce fungují. (Blanka)</p> <p>Vidím křivky vůbec celý ten systém. Mám pocit, že je to totálně nepropracovaný systém. Když se už ten člověk dostane, tak ho nějakým způsobem zadrž, on se třeba po půl roce dostává ven, odchází s papírem, s nějakým receptem, s doporučením navštívit svého psychiatra u praktického lékaře. Ale jeho nikdo nehlídá, zda toho psychiatra opravdu navštíví. Pokud se dostane ten člověk na ulici, tak málo kdy bere ty léky, protože na ně prostě ty finance nemá, propadá se v tom svém stavu, kdy není schopný ani si to sám uvědomit a dostává se zase zpátky tam, kde byl. Nemá to nijak hlídání, není propojený zdravotní a sociální systém. V tom vidím velkou chybu. (Oga)</p> <p>Většina končí časem v léčebně...</p>
--	--	---

			<p>...protože se to jejich onemocnění rozvine až do té míry, že si toho začne všimnat i okolí a veřejnost. Pak buď je jim to soudně nařízeno, nebo je tam odvezen. Já bych řekla ... ale je to chvílková záležitost, protože tím, že se oni vrátí z léčebny, vrátí se na tu ulici, přestanou brát léky, začnou pít alkohol a je to takovej kolebčák. (Anna)</p> <p>Myslím si, že to zůstane furt na stejno. Já tu nevidím možnost dalšího rozvoje. (Anna)</p> <p>Ne, myslím, že je to nekonečné story. Ty konce tady v té práci nejsou. Je to opakuje se cyklus. (Adéla)</p> <p>Samozřejmě jsou výjimky, kdy třeba že se dostanou do nějakého zařízení, kde se léčí. (Adéla)</p>
		„Nedokončené příběhy“ v práci s klienty s DO	<p>...akorát já jsem s nima jednala asi v pátek odpoledne, kdy už jsem jela za rodičema domů a po večeru se už tady neobjevl. Takže vlastně do teď od toho luňského roku, kdy jsem jednala s tou psychiatrickou křebnou o nějaký převoz, tak se od té doby neobjevl. Takže nevím, co s ním je a kde je. (Blanka)</p> <p>Věřím, že ty konce jsou uzavřeny nebo otevřeny ... pardon. Věřím, že je odvezen a my je pak už o nich nevíme. (Blanka)</p> <p>Takže je to takový úmorný, ale úspěšnost procentuálně ... je to tak ... to opravdu neodhaduju. (Věra)</p>
Věřejnost		Příběhy s „žemýr“ koncem	Bohužel ty horší předpokládám, protože oni i kolou po celé republice, takže by jsme je našli v jiných nýlových domcích a ve větších městech. (Věra)
<i>1029/2017</i>	Baréry	Před-udky, zneuznání, povrchnost úsudků	<p>Asi problematický ze strany veřejnosti, že měli předsudky a že je neuznávali, že řekli: Ten je opilý, za to může alkohol, že je na ulici. Už to nešli do hloubky dál, že to může být i důsledek toho duševního onemocnění. (Ludmila)</p> <p>Spousta lidí na ně hledí jako ... nechtějí se vlastně bavit... (Anna)</p>

		Chybějící alternativy veřejnosti	Ideální by bylo, kdyby ta veřejnost byla líp o tom informovaná a k těm lidem měla lepší přístup. Protože my se většinou setkáváme s tím jako: „Nehavte se s níma, to jsou bezdomovci, nic mi nedám, takže by bylo i fajn, kdyby ta společnost na to měla jiný názor.“ (Anna)
		Media jako „dvěře“ předstírká veřejnosti	Jediný, co si vždycky říkáš, a říkáš si to v okamžiku, kdy do médií se dostane nějaký problém. Někde někdy nekomponovaný člověk s psychiatrickou diagnózou tam vběhl a vyatřel tam celou restauraci, tak v tuhle chvíli si vždycky říkáš, jak je to hrozně medializovaný. (Olga)
			Ideální by bylo, kdyby ta veřejnost byla líp o tom informovaná a k těm lidem měla lepší přístup. Protože my se většinou setkáváme s tím jako: „Nehavte se s níma, to jsou bezdomovci, nic mi nedám“, takže by bylo i fajn, kdyby ta společnost na to měla jiný názor. (Anna)