

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Ing. Monika Čepelková

Výhody a nevýhody „suchého“ a „mokrého“ azylového bydlení
z pohledu klientů

Advantages and disadvantages of „dry“ or „wet“ shelters
from the client's perspective

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce

Mgr. Petr Matoušek

Praha, 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 7.7. 2024

Monika Čepelková

Poděkování

Děkuji Mgr. Petru Matouškovi, vedoucímu mé bakalářské práce, za vedení, věcnou zpětnou vazbu a čas, který mi věnoval. Dále bych chtěla poděkovat vedení a klientům Azylového domu Speramus za umožnění realizace výzkumu v této organizaci. Poděkování patří rovněž mé rodině, za podporu během studia a při psaní této práce.

Identifikační záznam

ČEPELKOVÁ, Monika. *Výhody a nevýhody „suchého“ a „mokrého“ azylového bydlení z pohledu klientů. [Advantages and disadvantages of „dry“ or „wet“ shelters from the client's perspective.]* Praha, 2024. 45 stran, 3 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie, 2024. Vedoucí práce Matoušek, Petr.

Abstrakt

Východiska: Některé azylové domy v České republice upravují v posledních letech pravidla pro vstup a pobyt osob v zařízení s ohledem na užívání návykových látek. Jedná se o snižování prahu, které může přinášet klientům azylových domů výhody i nevýhody. Z původně „suchých“ azylových domů, kde je striktně vyžadována abstinence od užívání návykových látek, se přechází na tzv. „vlhké“ služby, kde je umožněno klientům vstupovat a pobývat pod vlivem návykových látek, nebo na „mokrý“ zařízení, kde je možné tyto látky, zejména alkohol, užívat. Analýza potřeb klientů azylového domu je klíčová pro efektivní práci s cílovou skupinou a pro rozvoj služeb sociální prevence.

Cíle: Zanalyzovat názory klientů na "suchý" a "mokrý", resp. „vlhký“ režim azylového bydlení a zjistit jaké výhody a nevýhody mohou plynout ze změny pravidel pro vstup a pobyt v konkrétním zařízení.

Metodika: Teoretická část je zaměřena na popis poskytování sociální služby v azylových domech a na zmapování situace dostupných variant služeb v České republice a zahraničí. Celou práci spojuje problematika bezdomovectví a užívání návykových látek. V praktické části navazuje metodologie kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů, které probíhaly od 1.11.2023 do 31.3.2024. Výzkumu se zúčastnilo celkem 10 respondentů. Účast ve studii byla dobrovolná a anonymní.

Výsledky: Výzkum potvrdil rozmanitost klientely azylových domů v kontextu užívání návykových látek. Klienti se liší v jejich přístupu k užívání od zdrženlivosti po závislost. Ze zjištění je patrné, že množství a typ užívaných látek ovlivňuje spolubydlení a komfort klientů, stejně jako počet osob na pokoji. Většina klientů preferuje "vlhký" režim, ale uvítali by ubytování v pokojích s menším počtem lůžek a možnost sdílet pokoj s osobou s podobným přístupem k této problematice. I přes vyčtené výhody "vlhkého" režimu existují obavy související s bezpečností a řešením konfliktních situací. Nicméně většina klientů by návrat k "suchému" režimu nechtěla. Významnou roli při spolubydlení osob užívajících návykové látky sehrává osobnostní nastavení jednotlivých klientů, přičemž psychické zdraví hraje klíčovou roli.

Klíčová slova: azylový dům, osoby bez přístřeší, závislost, alkohol

Abstract

Background: Some shelters in the Czech Republic have been adjusting their rules for entry and stay in recent years, considering the use of addictive substances. This involves lowering the threshold, which can bring both advantages and disadvantages to the shelter clients. Originally "dry" shelters, where strict abstinence from addictive substances was required, are transitioning to so-called "damp" services, where clients are allowed to enter and stay under the influence of addictive substances, or to "wet" facilities, where it is possible to use these substances, especially alcohol. Analyzing the needs of shelter clients is crucial for effective work with the target group and for the development of social prevention services.

Aim: Analyzed client's opinion on the „dry“ or „wet“ (or „damp“) mode of shelters and determine the advantages and disadvantages that may arise from the changes in entry and stay rules in a specific facility.

Methods: The theoretical part focuses on describing of provision of social services in shelters and on mapping the situation of available service option in Czech nad abroad. The whole work is linked by the issue of homelessness and the use of addictive substances. The practical part follows with the methodology of qualitative research in the form of semi-structured interviews, which took place from 1/11/2023 to 31/3/2024. A total of 10 respondents took part in this research. Participation in the study was voluntary and anonymous.

Results: The research confirmed the diversity of shelter clients in the context of substance use. Clients vary in their approach to substance use, ranging from abstinence to addiction. The findings indicate that the amount and type of substances used affect cohabitation and comfort levels, as well as the number of people in the room. Most clients prefer „damp“ mode, but would welcome accomodation in rooms with fewer beds and the ability to share a room with someone who has a similar approach to substance use. Despite the stated advantages of the „damp“ mode there are concerns related to safety and conflict resolution. However, most clients wouldn't want to return to the „dry“ mode. The personality of individual clients plays an important role in the cohabitation of people who use drugs or alcohol, while mental health plays a key role.

Key words: shelter, homeless, addiction, alcohol

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1	Vymezení návykových látek a jejich vliv na jedince.....	3
2.2	Návykové látky a bezdomovectví	5
2.3	Charakteristika a role azylových domů.....	7
2.4	Zákonné vymezení azylových domů.....	15
2.5	Identifikace rizik spojených s přítomností osob užívajících návykové látky	18
2.6	Přístupy k podpoře a léčbě osob užívajících návykové látky v azylových domech	20
3	PRAKTICKÁ ČÁST	23
3.1	Cíl práce a výzkumné otázky	23
3.2	Metody sběru dat.....	23
3.3	Výzkumný soubor a realizace výzkumu	24
3.4	Metody analýzy dat	25
3.5	Etika	25
3.6	Výsledky výzkumu	26
4	DISKUZE A ZÁVĚR	36
4.1	Diskuze	36
4.2	Závěr	38
5	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ.....	40
6	Přílohy.....	

1 ÚVOD

Azylové domy poskytují pobytové služby osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Tyto osoby mívají nezdůrazněná problémy s užíváním návykových látek, a to pak bývá bariérou pro vstup do těchto služeb nebo setrvání v nich. Nejběžnější užívanou látkou je alkohol, který denně užívá nebo je na něm závislý 61 % osob přespávajících venku. (Nešporová & Holpuch, 2020, s. 8). V posledních letech se některé ze služeb snaží tuto bariéru snižovat a transformují se na tzv. „mokrý“, resp. „vlhký“ služby.

K užívání alkoholu a dalších návykových látek mohou mít klienti těchto služeb různé postoje. Pro ty, kteří jsou uživateli těchto látek, jsou zvláštní podmínky možnosti, jak získat střechu nad hlavou a nemuset se podřizovat pravidlům, která jsou pro ně v daném okamžiku neakceptovatelná a nereálná. A pak je zde druhá skupina osob, které nechtějí sdílet společné prostory s alkoholiky a lidmi, kteří jsou často pod vlivem různých návykových látek. Ať už z důvodu, že jim to není příjemné, tak z obavy, aby nespádli znovu do nějaké své závislosti, se kterou se třeba krátce předtím snažili vypořádat.

V bakalářské práci se zaměřuji na výhody a nevýhody, které klientům přináší pobyt v konkrétním azylovém domě. Tento azylový dům změnil před dvěma lety pravidla pro vstup a pobyt osob ze striktně „suchého“ režimu, na režim „mokrý“, resp. „vlhký“. Zásadní roli tak nehraje množství, druh a způsob užívané návykové látky, ale projevy klientova chování. Z rozhovorů s klienty, muži staršími 18 let, se snažím zjistit, jak tuto změnu pravidel vnímají.

Výzkum, který je hlavním těžištěm mé práce, se zabývá osobním hodnocením a subjektivním pohledem klientů na svůj pobyt v azylovém domě. Cílí na výhody a nevýhody, které danému klientovi pravidla „vlhkého“ režimu přináší. Vzhledem k tomu, že rozhovory vedu s klienty, kteří mají zkušenost i se „suchým“ režimem této nebo podobné služby, zajímají mě i výhody a nevýhody tohoto přístupu. Kvalitativní výzkumná metoda umožňuje nahlédnout na smysluplnost pravidel očima klientů, kteří jsou přímými účastníky života v azylovém domě a přináší tak cenné názory od osob, jichž se konkrétní nastavení pravidel přímo dotýká.

Bakalářská práce je výzkumným typem práce a je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část práce, je založena na informacích o bezdomovectví a přístupu k problematice užívání návykových látek v preventivních sociálních službách, primárně azylových domech, v České republice a ve světě. Dotýkám se zde i zákonného vymezení a Standardů kvality. Tato východiska jsou rozvíjena a doplněna o další oblasti, které s daným tématem úzce souvisí.

Ve výzkumné části dochází k představení metodiky konkrétního azylového domu, v němž byl výzkum prováděn. Stěžejním bodem je pak hodnocení konkrétních pravidel pro vstup a pobyt v azylovém domě samotnými klienty a výhody a nevýhody, které zmiňují, jsou dále

analyzovány. Do výsledného zhodnocení jsou použity pouze informace od klientů, kteří mají zkušenost jak se „suchou“, tak „vlhkou“ variantou pravidel. S ohledem na to, že ve zmíněné službě pracuji, věnuji velkou pozornost etickému přístupu a pravidlům pro bezpečné zacházení s informacemi klientů.

Závěr své bakalářské práce věnuji výsledkům výzkumu a diskuzi nad zjištěnými informacemi.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Vymezení návykových látek a jejich vliv na jedince

Návykové látky jsou chemické látky, které mohou vyvolat u jedince psychickou nebo fyzickou závislost, a to v důsledku jejich působení na centrální nervový systém. „Závislost je stručně řečeno jakékoliv opakované chování, ať už spojené s užíváním nějakých látek či nikoliv, v němž má daná osoba nutkání pokračovat, přestože má negativní dopad na její vlastní život nebo životy druhých.“ (Maté, 2022, s. 130).

Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování. (zákon č. 40/2009 Sb.) Tyto látky kromě změny vědomí mohou způsobit selhání tělesných orgánů nebo je trvale poškodit.

2.1.1 Rozdělení návykových látek

Návykové látky můžeme rozdělit podle původu na přírodní a syntetické (uměle vyrobené). Některé návykové látky jsou legální a široce dostupné (alkohol a nikotin), zatímco jiné jsou ilegální a regulované zákonem (např. pervitin). Bez ohledu na jejich právní status na většině z nich může vznikat závislost.

Kalina (Kalina & kol., 2015, s. 50) rozděluje tyto látky dle účinku na lidskou psychiku následovně.

Tlumivé látky (narkotika)

Zpomalují psychomotorické tempo. Malé dávky zklidní, vyšší navodí spánek, kóma až zástavu životních funkcí. Jsou to např. benzodiazepiny, barbituráty, alkohol, opiáty, těkavé látky.

Psychomotorická stimulancia

Zbaví člověka únavy, urychlí myšlenkové tempo, aktivují motoriku. Jde např. o pervitin a kokain.

Halucinogeny

Vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření po stavy podobné schizofrenii. Mezi hlavní zástupce patří kanabinoidy, LSD, psylocibin.

2.1.2 Závislost

Existují různé faktory, které mohou ovlivnit riziko nadměrného užívání návykových látek a vzniku závislosti na návykových látkách, včetně genetických predispozic, sociálního prostředí, osobní historie užívání a dalších faktorů.

„Závislosti na návykových látkách jsou řazeny mezi multifaktoriální relabující onemocnění centrálního nervového systému.“ (Kalina & kol., 2015, s. 140)

Nešpor (2003, s. 10) rozvádí definici podle MKN-10 a blíže specifikuje 6 znaků závislosti:

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení)
2. Potíže v sebeovládání
3. Somatický (tělesný) odvykací stav
4. Růst tolerance
5. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
6. Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Křížová (2021, s.15) vnímá závislost jako „Soubor příznaků, kdy látka nebo činnost, na které se u člověka vytvořila závislost, má pro něj mnohem větší hodnotu, než činnosti a hodnoty, které pro dotyčného byly důležité před vznikem závislosti.“ „Jeho psychické a někdy i fyzické fungování je zcela závislé na pravidelném přísunu psychoaktivní látky nebo činnosti, na které je závislý.“

Podle Rotgerse (1999, s. 19 - 22) lze rozdělit závislost do několika dimenzí. Biologická, psychologická, sociální a spirituální. Vznik závislosti je pak záležitostí multidimenzionální, což potvrzuje i výše citovaný Kalina.

Závislost může mít různé podoby.

Fyzická závislost

Tento typ závislosti se projevuje tělesnými příznaky, kdy tělo vyžaduje pravidelnou dávku látky, aby udržovalo normální funkci. Při pokusu o odvykání může jedinec zažít abstinenční příznaky, jako jsou třesavky, nevolnost nebo bolesti. Způsobuje ji např. alkohol, benzodiazepiny, opiáty, aj.

Psychická závislost

Tento druh závislosti je spojen s emocionálními a psychickými faktory. Jedinec má silné nutkání po určité látce nebo chování, i když není fyzicky závislý. Způsobuje ji např. pervitin, kokain, alkohol, aj.

Z pohledu užívání návykových látek základní terminologie rozlišuje:

Úzus psychoaktivní látky (prosté jednorázové užití nebo i opakované užívání, které nevede k žádnému významnému poškození uživatele)

Škodlivé užívání (synonymum abúzus, užívání dysfunkční, rizikové, problémové; kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince)

Syndrom závislosti (klinickou diagnózu závislost na návykových látkách stanovují lékaři a další odborníci na základě diagnostických kritérií dle Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10).) (www.alkoholpodkontrolou.cz, 2019)

„Z psychologického hlediska je závislost vyústěním abúzu, a to na základě pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívání po požití psychoaktivní látky.“ (Kalina & kol., 2015, s. 191)

Někdy je těžké rozlišit, zda se jedná o škodlivé užívání, nebo už o závislost. „Hranice mezi konzumentem a tzv. pijanem je tenká, stejně jako mezi pijanem a závislým na alkoholu.“ (Marek & kol., 2012, s. 25)

Nadměrným užíváním návykových látek nebo závislostí neničí člověk jen sebe sama po fyzické a psychické stránce. Ničí také fyzické a psychické zdraví osob blízkých. Závislý jedinec často přichází o zaměstnání, vztahy, bydlení a mnohdy končí na ulici.

2.2 Návykové látky a bezdomovectví

Bezdomovectví, sociální vyloučení spojené se ztrátou bydlení, je jedním z problémů, se kterým se potýká většina větších měst po celém světě. „Bezdomovectví představuje komplexní sociální selhání, na jehož vzniku se podílí větší počet různých faktorů“ (Vágnerová & kol., 2018b)

Podle Evropské typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR (ETHOS), kterou vytvořila Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci (FEANTSA), jsou lidé bez domova děleni do čtyř kategorií – Bez střechy, Bez bytu, Nejisté bydlení a Nevyhovující bydlení. Ve své práci se zabývám lidmi, kteří se z ulice nebo jiných nevyhovujících prostor, dostali do azylového domu. Jedná se o bezdomovce, spadající podle ETHOS do koncepční kategorie Bez bytu a operační kategorie Osoby v ubytovnách pro bezdomovce. (FEANTSA, 2024)

2.2.1 Osoby bez domova

Poslední dostupná data o počtu osob pobývajících v azylových domech jsou z roku 2019, kdy závěry rozsáhlého průzkumu představil Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Z těchto závěrů vyplývá, že se v ČR vyskytuje 23 830 osob bez domova, z toho 2 600 dětí. Zhruba polovina sčítaných osob žije v azylových domech nebo podobných typech zařízení. 38 % těchto osob tvoří muži, což je přibližně 4 000. Zajímavým a logickým faktem je, že na ulici je poměr

mužů zastoupen daleko více. Je odhadováno, že počet mužů, kteří jsou bez střechy přespávající venku nebo v noclehárně je až 8 500, což je 80 % z celkového počtu osob bez střechy. (MPSV, 2024). Myrick (2016) vysvětluje převahu mužů mezi bezdomovci v Americe i tím, že mezi muži je dvakrát tolik uživatelů návykových látek a i mezi propuštěnými z výkonu trestu je více mužů. Podobná situace je i v ČR, což může dokládat poměr mužů a žen (70:30) hospitalizovaných pro závislost na návykových látkách. (Chomynová & kol., 2023)

Preference pobytu na ulici před pobytem v azylovém domě může souviset s negativní zkušeností, kterou s pobytem v tomto zařízení klienti mají. Kromě obavy ze soužití s více osobami se může jednat i o nedostatek autonomie, která souvisí s pravidly a omezeními, které tyto služby mají, především v kontextu užívání návykových látek.

2.2.2 Příčina a důsledek bezdomovectví v kontextu užívání návykových látek

Lidé bez domova a užívání návykových látek jsou dvě provázané problematiky, které se vzájemně kombinují a potencují. Jednak může být užívání návykových látek příčinou bezdomovectví – lidé, kteří se stávají závislými na drogách nebo alkoholu, mohou ztratit důvěru a podporu svých blízkých, včetně zaměstnání. Tato ztráta může vést k sociálnímu vyloučení a ztrátě bydlení. Jak uvádějí Hradečtí: „Příčinou bezdomovství mužů bývají obvykle faktory materiální a osobní.“ Mezi osobními pak uvádějí i alkoholismus či závislosti. (Hradecká & Hradecký, 1996, s. 44) Zneužívání alkoholu a drog vidí jako jednu z příčin bezdomovectví i Fitzpatricková (in Kliment & Dočekal, 2016, s. 38), která také potvrzuje, že se většinou jedná o kombinaci více faktorů.

Podobný názor sdílí i Vágnerová (2013, s. 69), která se společně s kolegy věnovala bezdomovcům ve věku od 19 do 26 let. U této skupiny vnímá nadměrné užívání alkoholu a drog jako jeden z důvodů odchodu na ulici. „Kvůli drogám nebyli schopni zvládnout svůj život tak, jak by bylo třeba a jak by sami chtěli. A častou reakcí na tak silný stres bývá větší dávka drogy nebo alkoholu, která slouží k eliminaci nepříjemných pocitů.“

Bezdomovci, kteří nadměrně pijí alkohol, jej často konzumovali již několik let před svým propadem na ulici, což potvrzují i zahraniční zdroje, kdy udávají, že abúzus alkoholu předcházel propadu na ulici v 80 % případů. (Clark & kol. in Vágnerová, 2018b)

Na jistou apatii, která je důsledkem závislosti a může být i příčinou bezdomovectví poukazuje i Röhr (2015, s. 14) „Chorobně závislý člověk ztratil svou neporušenost, pocit vlastní hodnoty, sebeúctu a důstojnost. Ve fázi aktivní závislosti je morálně mrtvý. Všechno pro něj ztrácí smysl, vše je prázdné a mučivé.“

Na druhé straně může být užívání návykových látek důsledkem života na ulici – takový život je často spojen se stresem, traumaty a bezmocí, což může vést k únikovému mechanismu,

jakým užívání návykových látek je. Oba faktory, jak příčinný, tak důsledkový, sdílejí společný jmenovatel v podobě absence stálého bydlení. Chybějící bydlení, domov, zázemí s sebou nese řadu dalších problémů. „Odchod na ulici velmi často nastartuje devastující životní trajektorii, která může být nevratná.“ (Vágnerová & kol., 2013, s. 10)

2.2.3 Užívané návykové látky

Látkami, které lidé bez domova často užívají, jsou alkohol, nikotin, THC, pervitin. Narativní analýza role alkoholu v životních příbězích mužů – bezdomovců se zaměřila na otázku užívání alkoholu u pražských bezdomovců středního věku. Podle této studie je nadměrné pití alkoholu jedním z faktorů, které přispívají k propadu na ulici. Dvě třetiny mužů - bezdomovců pijí nadměrně alkohol a 20 % užívá drogy. Propad na ulici obvykle závislost na alkoholu ještě posílí. Motivaci k léčbě bezdomovci nemají. (Vágnerová & kol., 2018b)

U mladých bezdomovců je návykovou látkou č. 1 pervitin (39 %), na druhém místě je marihuana společně s alkoholem (24 %), následována dalšími ilegálními drogami, které jsou zastoupeny již v menší míře (subutex, heroin, kokain). (Vágnerová & kol., 2013, s. 200)

Skutečnost, že alkoholismus se týká zejména starších osob bez přístřeší a ti mladší upřednostňují jiné drogy, nejčastěji pervitin a marihuanu, potvrzuje i Štěchová. (Štěchová, Luptáková & Kopoldová, 2008, s. 106)

Alkohol je u bezdomovců nejviditelnější užívanou návykovou látkou, což vychází jednak z faktu, že se jedná o legální a dostupnou věc a druhá ze skutečnosti, že si bezdomovci nemohou dát sklenku alkoholu doma, nebo v restauraci, tak jak to praktikuje část veřejnosti, ani v azylovém domě, kde je užívání jakýchkoli návykových látek, s výjimkou nikotinu, zpravidla zakázáno. Nezbyvá jim tedy nic jiného, než konzumovat alkohol na veřejných prostranstvích.

Ve svém výzkumu se zabývám klienty azylového domu napříč věkovými kategoriemi, což představuje rozličnou paletu zkušeností s užíváním různých návykových látek.

2.3 Charakteristika a role azylových domů

Azylové domy spadají podle Zákona o sociálních službách do služeb sociální prevence. Podle §57 jsou v nich poskytovány pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Základními činnostmi je poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“ (Matoušek, 2007, s. 9)

V České republice je vydáno 213 rozhodnutí o registraci sociální služby spadající pod §57 Azylové domy podle Zákona č. 108/2006 Sb. (MPSV, 2024). Cílovou skupinou těchto služeb jsou osoby bez přístřeší. Bezdomovectví je celorepublikový problém a azylový dům je zřízen v každém okresním městě. Některé z nich fungují jako příspěvkové organizace měst nebo krajů, jiné jsou provozovány neziskovými organizacemi. Hlavním zdrojem financování provozu těchto služeb jsou veřejné zdroje. Registrované služby jsou zapojeny do komunitního plánování sociálních služeb v daných městech a krajích a jsou součástí základní sítě sociálních služeb.

2.3.1 Role azylových domů

Role azylových domů je poskytnout klientům podporu a bezpečné zázemí, které jim umožňuje aktivně řešit jejich nepříznivou sociální situaci a pomáhá jim znovu se začlenit do běžného života.

Vstupem do azylového domu získá klient nejen střechu nad hlavou a vlastní postel, ale také bezpečné prostředí a podporu pracovníků. V takovém prostředí může začít pracovat na svém individuálním plánu a řešit konkrétní oblasti jako jsou zdraví, zaměstnání, dluhy, vztahy a bydlení.

Podpora pracovníků (sociální práce) je zaměřena na spolupráci s jednotlivci s cílem zlepšit jejich životní situaci. Smyslem není vykonávat úkoly za klienta, ale pracovat společně s ním, protože vycházíme z předpokladu, že klient je schopen si pomoci sám, pokud obdrží potřebné informace a specifickou podporu přizpůsobenou jeho individuálním potřebám. (Průdková & kol., 2008, s. 40)

Plnění vlastních cílů však často selhává na schopnostech a dovednostech klientů a způsobu jejich života. Při zvažování potřeb osob bez přístřeší lze vycházet jak z pohledu klienta, tak z pohledu sociálního pracovníka. Tyto přístupy se často liší, přičemž k rozdílům přispívají také cíle a zájmy organizace, ve které je pracovník zaměstnán. (Matoušek, 2022, s. 109)

Poskytovat integrovanou podporu, která respektuje potřeby a situaci každého jednotlivce by mělo být nedílnou součástí spolupráce s klientem. Bylo by velmi naivní předpokládat, že člověk s problémovým užíváním návykových látek nebo závislostí na nich, přestane užívat tyto látky pouhým podpisem smlouvy v azylovém domě.

Vnímat tak klientovy potřeby a dát je do souladu s pravidly azylového domu bývá nelehkým úkolem. A to i z důvodu, který zmiňuje Matoušek, kdy některé jejich potřeby jsou z celospolečenského hlediska obtížně akceptovatelné. (Matoušek, 2022, s. 109) Takovou potřebou může být právě možnost užívat návykové látky a pobývat v azylovém domě.

2.3.2 Specifika klientů azylových domů

Skupina osob bez přístřeší, která vyhledá služby azylového domu, se v posledních letech velmi proměňuje. Kromě osob, které mají problémy jakéhokoli rázu s užíváním návykových látek, se velmi rozšiřuje počet osob s různými somatickými zdravotními problémy, psychiatrickými onemocněními (diagnostikovanými nebo nediagnostikovanými, s medikací nebo bez) a v neposlední řadě i duálními diagnózami. „Pojem duální diagnóza je v adiktologické i psychiatrické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy.“ (Kalina & kol., 2015, s. 211) Tato proměna cílové skupiny klade zvyšující se nároky na personál těchto zařízení.

Azylové domy mají pomáhat lidem bez přístřeší. Tyto služby jsou řízeny zákonem, který je starý téměř 20 let a logicky v něm tak nejsou zachyceny možnosti, jak pracovat s proměňující se cílovou skupinou. Základním pravidlem většiny sociálních služeb je dle Marka paradoxní podmínka střízlivého stavu případného uživatele, proto jsou závislí bezdomovci z poskytnutí služby vyloučeni (2012, s 25).

Před několika málo lety začaly první azylové domy toto pravidlo měnit a na konci roku 2023 se jich 22 stalo partnery projektu, který realizuje Síť aktérů pro domov (S.A.D.) s názvem Zvládání závislostí ve službách pro lidi bez domova. Hlavním účelem tohoto projektu, který je financován z Operačního programu Zaměstnanost +, je podpora sociálních služeb v oblasti měnících se potřeb klientů bez domova s látkovými závislostmi, a to jak v přístupu k těmto službám (cílené snižování prahu služeb), tak v jejich obsahu (změna a rozšíření aktuální praxe se zahrnutím adiktologických prvků do nabídky poskytovatelů). (S.A.D., 2024)

Služby, které se do tohoto projektu zapojily, chtějí jít „vlhkou“ nebo „mokrou“ cestou poskytování služeb, nebo již v této situaci jsou a rády by porovnaly zkušenosti s ostatními službami, vzdělaly své zaměstnance a poskytly jim podporu, jak s cílovou skupinou lidí bez domova užívajících návykové látky, pracovat. Zvláště v situaci, kdy prostory pro ubytování spočívají ve vícelůžkových pokojích a není zde možné vytvořit vhodné podmínky pro oddělenou existenci abstinentů, občasných, pravidelných a problémových uživatelů návykových látek nebo závislých klientů.

2.3.3 Definice „suchého“, „vlhkého“ a „mokrého“ azylového bydlení

Terminologie „suchý“ („dry“), „vlhký“ („damp“) a „mokrý“ („wet“) azylový dům není v českých právních předpisech nikterak zakotvena a ani další dokumenty související s poskytováním sociálních služeb se o těchto názvech nezmiňují. Přesto jsou tyto názvy mezi sociálními službami prevence již poměrně známy. V legislativě se nehovoří ani o zařízeních pro osoby bez domova, které mají problém s užíváním návykových látek.

Zákon č.108 /2006 Sb, o sociálních službách má však doznat změn a součástí návrhu na úpravu zákona je i část, ve které se říká: „V azylových domech se rozšiřují sociální služby určené osobám, které ztratily bydlení, jsou závislé, žijí rizikovým způsobem života, nedokáží abstinovat a pro další fungování potřebují specifický režim.“ Cílem předkladatelů je stabilizovat jejich situaci, minimalizovat zdravotní rizika a nabídnout spolupráci a pomoc. (Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, 2024)

Suchý azylový dům

Podle Sítě aktérů pro domov (S.A.D.) je „suchý“ azylový dům takový, který má striktně daná pravidla pro vstup a pobyt klienta s ohledem na užívání návykových látek, především pak alkoholu. V těchto zařízeních je zpravidla nulová tolerance. Kromě již uvedeného se nesmí vnášet, ani užívat návykové látky. V opačném případě je to považováno za porušení pravidel a klient buď není do zařízení vpuštěn, nebo je mu pobyt ukončen. (S.A.D., 2023)

Další vyjasnění pojmu „suchý“ azylový dům jsem musela hledat v zahraničních zdrojích a nutno podotknout, že označení „dry house“ nebo „dry shelter“ neodpovídá plně pojetí azylových domů. Níže uvedená porovnání zařazují hlavně proto, abych vysvětlila názvosloví spojené s užíváním návykových látek v zařízeních sociálních služeb.

„Dry house“ je terminologické označení primárně pro zařízení pro uživatele návykových látek a jsou alternativou k léčebnám, resp. jsou někde na půli cesty mezi léčebnou a životem na ulici. Na rozdíl od léčeben v nich však není tak striktní program. Klientům je zde umožněn zpravidla tříměsíční pobyt. Protipólem k těmto zařízením jsou hostely, kde je možné užívat návykové látky (ARA recovery, 2024)

Na britském serveru Inside Housing je „dry house“ popisován také jako zařízení určené pro pacienty po léčbě a autorka článku uvádí, že často může znamenat rozdíl mezi životem a smrtí. Je zde zmíněn příběh uživatele Petera, který bydlí v jednom z mála zbylých „suchých“ zařízení, v jehož prostorách je zakázáno užívat alkohol i jiné drogy. Je rád, že je v místě, kde není vystaven pokušením. Absolvoval pětkrát léčbu. Snižování počtu „suchých“ zařízení je znepokojující pro osoby, které absolvovali léčbu závislosti. Bez ubytování se možná budou muset vzdát podpory v podobě poradenství, pomoci s dávkami, školení a podpory v hledání

zaměstnání. Mohou být také nuceni ubytovat se v „mokrém“ zařízení. Autorka článku apeluje na skutečnost, kdy na léčbu závislých jedinců šla spousta veřejných peněz a bylo by škoda vystavit zranitelné klienty pokušení a případnému relapsu. Na druhou stranu je v článku i zmínka o jiném klientovi, který po léčbě nesehnal místo v „suchém“ zařízení a vypořádal se s tím tak, že pravidelně chodí na setkání anonymních alkoholiků a navštěvuje svého klíčového pracovníka v rámci ambulantního poradenství. V závěru upozorňuje jiný dotázaný, který je už 15 let úspěšně po léčbě, že venku je to drsné a situace se zhoršuje. Nemyslí si, že existují nějaké alternativy k „suchým“ službám pro lidi opouštějící léčbu a domnívá se, že tato situace může způsobit zvýšený počet úmrtí osob, které mají problémy s užíváním návykových látek. (Aumord, D., 2019)

Podobné služby se označují také jako Sober living houses. (Wikipedia, 2024)

Oba typy služeb podporují a vyžadují dlouhodobou abstinenci od návykových látek.

„Dry shelters“ pak představují azylové domy, noclehárny a denní centra, ve kterých je uplatňována nulová tolerance k užívání návykových látek. Tato informace je často uvedena už na seznamu vyhledávaných zařízení s označením „no drugs, no alcohol“. (Massachusetts Coalition for the Homeless, 2024)

Vlhký azylový dům

„Vlhký“ („damp“) azylový dům je označení, pro který je často používáno i označení „mokrý“ azylový má pravidla mírnější. Podle Buřikové (2020, s. 13) je někde na pomezí „suchého“ a „mokrého“. Umožňuje vstup osobám pod vlivem, ale konzumace je v objektu zakázána.

V pojetí mnou zkoumaného „vlhkého“ azylového domu, resp. jeho klientů je povolen vstup pod vlivem návykových látek. Nezkoumá se kolik, čeho a jak klient užil, ale zásadní jsou projevy klientova chování, které by měly být slučitelné s bezproblémovým pobytem v kolektivním zařízení. (Vnitřní pravidla AD Speramus, 2024)

O tvz. „damp house“ nebo „damp shelters“ jsem v zahraničních zdrojích našla jen minimum informací.

V kanadském New Brunswick si klient může vybrat, zda bude chtít využít služby „dry shelter“, kterých je většina, nebo „damp“ a „wet shelters“, které jsou k dispozici také. (Social Supports NB, 2024) Bližší informace o konkrétních zařízeních však chybí.

„Damp“ shelter v kanadském Monctonu je pak popisován jako zařízení, které poskytne své služby osobám, které jsou aktivními uživateli drog nebo alkoholu. Nicméně „shelter“ je zde pouze v kontextu noclehárny a postel na jednu noc. (Silberman, 2023)

K dohledání informací jsem využila i umělou inteligenci, konkrétně ChatGPT a Bing AI. Odpovědí bylo, že „vlhký“ ve spojení s alkoholem obvykle naznačuje střední cestu mezi úplným zákazem a neomezenou dostupností, často zahrnující určitou úroveň kontroly nebo umírněnosti.

Mokrý azylový dům

„Mokrý“ azylový dům („wet house“ nebo „wet shelter“) je pak formou harm reduction, kdy je povoleno klientům služby užívat návykové látky, zejména pak alkohol, v neomezeném množství. Klient může zároveň přijít pod vlivem těchto látek. Smyslem je poskytnout ubytování lidem, kteří se nedokážou zbavit své závislosti na alkoholu. Důraz je však kladen na spolupráci a projevy chování, které nenarušují společné soužití. (Azylový dům Patronus, 2024)

V zahraničních zdrojích je o „wet house“ a „wet shelter“ k dispozici velké množství informací, proto je uvádím v samostatné kapitole.

2.3.4 „Wet house“ a „wet shelter“ v zahraničních zdrojích

„Wet house“ a „wet shelter“ je v zahraničí využívaná forma preventivních pobytových zařízení. Zkušenosti s tímto typem služby mají v USA, Kanadě, Velké Británii, Nizozemsku, atd.

„Wet house“ nebo také „wet shelter“ je pobytové zařízení pro chronické alkoholiky a osoby bez domova v jednom (muže a ženy), které neprosazuje pravidla abstinence od alkoholu. Místo toho se zaměřuje na strategii minimalizace rizik (harm reduction, kapitola 2.6.5) a poskytování podporujících služeb lidem, kteří nejsou schopni přestat pít alkohol. Rizika spojená s užíváním alkoholu jsou bezdomovectví (pobyt na ulici), vystavování násilí a zdravotní komplikace. (wethouse.com. 2024)

„Mokré“ služby jsou v zahraničí často kontroverzním tématem. Kritici tvrdí, že tyto služby spíše podporují závislostní chování a neřeší příčinu, zatímco zastánci tvrdí, že nabízejí pragmatické řešení komplexních potřeb jednotlivců bojujících se závislostí na alkoholu.

Podle Catholic Charities of Southern Nevada jsou „wet shelters“ zařízení pro pobyt lidí pod vlivem alkoholu nebo drog. Cílem je dostat tyto lidi z ulice a umožnit jim vystřízlivění na bezpečném místě. Vzhledem k tomu, že se nejedná o léčebny, tak nejsou osoby v těchto zařízeních povinny absolvovat léčbu nebo poradenství. „Mokré“ služby jsou podle nich důležité pro snížení kriminality a ochranu lidí bez domova pod vlivem návykových látek před ostatními i sebou samými. (Catholic Charities of Southern Nevada, 2022)

„Wet house je místem, kde se neočekává, že klienti budou abstinovat. Ve skutečnosti se mnozí z nich upijí k smrti. Tato zařízení vznikla jednak z ekonomických důvodů – náklady na

ubytování klienta v „mokrém“ domě jsou výrazně nižší, než ponechání alkoholiků bez domova na ulici, kde značně zatěžují sociální, právní a zdravotní služby.“ (wethouse.com, 2024)

V magazínu New York Times vyšel článek, který je zaměřen na St. Anthony Residence ve státě Minnesota, což je pobytová služba pro muže s kapacitou 60 lůžek, kteří jsou závislí na alkoholu a opakovaně neúspěšně absolvovali léčebný detoxifikační program. Někteří sem přišli proto, aby nezemřeli pod mostem, jiní si chtějí zachovat zbytky důstojnosti. V tomto zařízení propagují harm reduction, které spočívá i v tom, že alkoholik přejde z vodky na pivo. Každý rok zde přestane s pitím 3 – 5 % klientů zařízení. (Benoit, 2011)

Další z amerických měst San Francisco, které je v poslední době spojováno především s množstvím osob závislých na opiátech, konkrétně na fentanylu, také uvažovalo o zřízení „mokrého“ domu podle vzoru Seattlu, který má k dispozici zařízení pro 75 osob, jehož cílem je udržet lidi bez domova závislé na alkoholu mimo ulice, vězení a nemocniční pokoje, což je ekonomicky nevýhodné. Tato služba je pojímána jako „Housing First“, tz. bez ohledu na množství užívaného alkoholu je osobě bez domova poskytnuto nejprve bydlení. Za úspěch je považován i stav, kdy klient zařízení vypije místo 40 denních dávek jen 26. Studie ukázala, že jen 23 % z osob, které projdou zařízením, se vrací zpět na ulici. A spotřeba alkoholu klesne průměrně o 7 – 8 % za každé čtvrtletí. Podle posledního sčítání osob bez domova v San Franciscu v roce 2017 je 41 % osob závislých na alkoholu a drogách. I přes tyto argumenty není „mokrý“ dům prioritou a s ohledem na velké množství injekčních uživatelů opiátů řeší nejprve tuto otázku. (Stelzer, 2017)

Pomáhají „mokrý“ azylové domy osobám se závislostí na alkoholu? Tuto otázku si v americkém tisku položila Nikki Seay (2023). Porovnává striktní pravidla v „suchých“ azylových domech s rozvolněnými pravidly v domech „mokrých“, které se spíše než na abstinenci zaměřují na minimalizaci rizik (harm reduction). Podle Seay jsou „mokrý“ azylové domy určeny osobám, které mají aktuálně problémy se závislostí na alkoholu. Umožňují svým klientům pokračovat v užívání alkoholu, což může na širokou veřejnost působit kontroverzně. Primárním cílem je harm reduction a poskytování stabilního bydlení, což má pozitivní dopad na zdravotní náklady, pití na veřejnosti a problémy se zákonem. Podle podporovatelů „mokrých“ azylových domů mají jeho klienti tendence snižovat dávky alkoholu a pobyt ve stabilním prostředí je více motivuje k léčbě. Další pádný důvod je, že osoby, které zůstávají na ulici, se více potýkají s psychickými onemocněními, jejichž léčba jde pak z kapes daňových poplatníků. Odpůrci namítají, že poskytovat alkoholikům v azylových domech alkohol dle jejich přání je stejné, jako by se uživatelům závislým na heroinu dával dle přání heroin. Klienti „mokrého“ azylového domu nemají za cíl dosáhnout ani vytrvat v abstinenci. S ohledem na jejich stav, věk a historii užívání je naděje na abstinenci velmi malá. Hlavním cílem je postupně snižovat dávky. (Seay, N., 2023)

V kanadském tisku je „mokrý“ azylový dům vyzdvihován jako služba moderní zdravotní péče, která je důležitá pro velká města. Je to místo pro osoby bez domova, které jsou závislé na alkoholu nebo drogách a mají zde možnost tyto návykové látky užívat. Jde o vyhledávanou formu služby a pro dokreslení tohoto faktu je zde porovnání dvou měst, kdy v New Brunswick jsou 4 azylové domy, ale i tak spí lidé raději na ulici, protože tyto domy mají „suchý“ režim, tj. nejsou do nich vpuštěny osoby pod vlivem alkoholu nebo drog. Naproti tomu např. v Ottawě funguje už 20 let „mokrý“ azylový dům Stepheerds of Good Hope, který poskytuje služby s kapacitou 200 lůžek. Přijít může i ten, kdo je aktuálně pod vlivem drog nebo alkoholu. Služba má k dispozici lékaře, zdravotní sestry a další podpůrný personál, který si umí poradit s akutně intoxikovanými osobami. „Mokrý“ azylový dům není jen o službách, které nabízí, ale především o filozofii pomáhat lidem, kteří to potřebují nejvíce. V této službě tak pomáhají lidem se závislostí, psychickými problémy a traumaty. Klienti zde mohou užívat i substituci. Na druhou stranu se od nich očekává, že budou spolupracovat s personálem tak, aby se dostali až k jádru jejich problému a mohli najít způsob, který je posune dopředu. „Pro každého jednotlivce je úspěchem něco jiného.“ (Blanch, 2023)

2.3.5 „Mokrý“, „vlhký“ a „suchý“ azylové domy v ČR

Služeb, které by tento termín prezentovaly veřejně, moc není. Nenašla jsem ani příliš informací o tom, že by nějaký azylový dům poskytoval služby osobám, které mají problém s užíváním návykových látek. Vesměs jsem si musela vystačit s jednotkami článků na internetu a zmínkami ve dvou studentských pracích.

Termín „mokrý“ azylový dům byl použit v souvislosti s Pražským centrem sociálních služeb Bohuslava Bureše Armády spásy, kdy se jednalo o článek poukazující na změnu pravidel, která vstoupila v platnost v únoru 2020. Ač je zde uveden nadpis „Mokrý azylový dům“, tak se ve skutečnosti o „mokrý“ režim nejedná. V článku se uvádí: „Od té doby do služby přijímáme i klienty, kteří jsou pod vlivem alkoholu nebo drog, pokud nenarušují společné soužití v azylovém domě. I nadále v naší službě platí tzv. kardinální pravidla – klient nesmí vnášet alkohol či drogy do zařízení nebo je vevnitř konzumovat, přísně zakázána je také agrese k ostatním klientům či zaměstnancům nebo ničení vybavení azylového domu.“ (azylaky.cz, 2021) Jde tedy spíše o „vlhký“ režim, což potvrzuje fakt, že se služby dělí primárně na „suché“ a „mokrý“ a termín „vlhký“ je kompromisní variantou.

Další zmínkou byla zpráva z roku 2023, kdy klientům otevřel své brány nově postavený Azylový dům Patronus v Plzni pod křídly Armády spásy, který se zaměřuje na klienty s problémovým užíváním alkoholu. Plzeňský deník už v předchozím roce avizoval služby s titulkem „Mokrý dům povolí i alkohol“. Z tisku jsem dále zjistila informaci, že alkohol není v azylovém domě zakázán, ale jeho konzumace má jasně daná pravidla. „Například uživatelé mohou pít pouze na svém pokoji, je stanoven limit množství, které mohou do služby vnést, a to

pouze za předpokladu, že již nevstupují do budovy ve stavu, kdy by mohli narušovat soužití. Tvrdý alkohol se u nás užívat nesmí,“ uvedla pro Právo ředitelka Centra sociálních služeb Armády spásy v Plzni Petra Drvotová. (novinky.cz, 2023)

Na svých stránkách má pak Azylový dům Patronus i Informace o poskytované službě, kde je možné se dočíst údaje k podmínkám a pravidlům, které potvrzují výše uvedené. (Azylový dům Patronus, 2024)

Konceptu „mokrých“ azylových domů se ve své bakalářské práci věnuje i Buříková (2020). Pracuje s materiály z Kanady a Velké Británie - zemí, které mají s poskytováním služeb pro lidi bez domova závislé na alkoholu více jak dvacetileté zkušenosti. Zmiňuje přínosy takových služeb a limity jejich vzniku. Ve výzkumné části se věnuje porovnání azylového domu v ČR a „mokrého“ azylového domu v nizozemském Amersfoortu. Uvádí, že vznik „mokrých“ azylových domů se chystá a upřesňuje, že většina zahraničních zdrojů vnímá „mokrou“ službu pouze v kontextu užívání alkoholu, nicméně česká definice bere na zřetel i nealkoholové drogy. (Buříková, 2020)

„Wet house“ jako nový typ služby pro klienty s odlišnými problémy a potřebami popisuje ve své práci i Průšová (2021). Kromě specifikace tohoto typu služby se věnuje kvalitativnímu výzkumu zaměřenému na charakteristiky a zakázky závislých lidí bez domova. Vnímá silící tlak odborné platformy na změnu přístupu k závislým lidem bez domova. (Průšová, 2021)

Řada dalších prací je zaměřena na bezdomovectví v ČR a užívání návykových látek nebo také na téma uplatnění adiktologa v azylových domech, případně na bariéry ve využívání veřejných služeb lidmi bez domova, což jen dokládá, že u cílové skupiny bez domova je tento problém dlouho známý, ale neřešený. To dokazuje i Glumbíková (2018, s 14), která ve své práci mimo jiné uvádí, že klienti azylových domů vnímají často užívání alkoholu jako bariéru pro vstup a pobyt v azylovém domě.

Z podstaty informací, které jsou uvedeny na stránkách různých azylových domů v České republice, je zřejmé, že většina služeb je poskytována jako „suchá“. Nutno ale konstatovat, že pravidla pro vstup a pobyt nejsou většinou příliš transparentní a je těžké je dohledat.

2.4 Zákonné vymezení azylových domů

Jak už bylo zmíněno výše, poskytování sociální služby prevence, kterou azylové domy jsou, je obecně definováno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění a v příloze č. 2 vyhlášky 505/2006 Sb.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. (zákon č. 108/2006 Sb.)

2.4.1 Standardy kvality

Zákon dále udává, že mezi povinnosti sociálních služeb patří dodržování Standardů kvality, což je soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. Je jich celkem 15.

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesní rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

Níže uvádím vybrané body Standardů kvality, ve kterých by v případě transformace služeb na „vlhké“ nebo „mokrě“, měla být tato problematika zohledněna.

Dle bodu 1c) má poskytovatel písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje.

Dále dle bodu 1d) vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby. Podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje.

V bodě 1 by se mělo obecně promítnout umožnění běžného způsobu života klientům daného zařízení. (Havrdová & kol., 2010, s. 117)

Dle bodu 2a) má poskytovatel písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Dle bodu 3a) má poskytovatel písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

3b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby.

3c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Dle bodu 5b) poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

8a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat.

10b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.

13a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob.

15a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob.

Poskytování služby azylového bydlení osobám, které mají rozdílný vztah k užívání návykových látek, je téma, které nemá dosud oporu v legislativě, a které vyžaduje od služeb úpravu pravidel většinou metodou „pokus – omyl“. Vítaným přínosem je i sdílení zkušeností napříč dalšími organizacemi.

Doplnění informací do Standardů kvality je jen jedním z kroků, které je potřeba na cestě ke změně udělat. Další, a to daleko podstatnější, je vzdělat zaměstnance natolik, aby věděli, jak pracovat s touto cílovou skupinou a byli ochotni přijmout takový styl jednání s klienty, který zohledňuje užívání návykových látek jako jejich nedílnou součást. Téma standardů je blíže zohledněno v praktické části této práce.

2.5 Identifikace rizik spojených s přítomností osob užívajících návykové látky

Velké množství lidí bez domova má problémy s látkovými závislostmi. Řada jich používá návykové látky, jako způsob, jak se vypořádat s touto situací. Pro lidi bez domova je obvykle větší výzvou zbavit se závislosti na návykových látkách a někdy se této závislosti ani zbavit nechtějí. Jednak je to způsobeno tím, že mohou mít horší přístup ke zdravotní péči a službám, které se touto problematikou zabývají, mohou mít sníženou motivaci skončit s užíváním a pak také vynakládají většinu své energie na mnohem větší problémy, jako je sehnat si jídlo a bydlení.

V šetření osob bez domova, které provedla Nešporová (2020) se uvádí, že celkem 16 % osob bez domova pravidelně alespoň jednou týdně užívá drogy. U těch, které pobývají v azylových domech, je toto číslo nižší (5 %). Nejčastěji se jedná o konopné látky, na druhém místě je pervitin. U alkoholu je toto číslo větší. Zhruba třetina osob žijících na ulici uvedla, že konzumuje alkohol každý den, každá 6. osoba přiznala závislost na alkoholu. Existuje významný rozdíl mezi osobami přespávajícími venku a mezi osobami pobývajícími v azylových domech. Z osob, žijících v azylových domech, jich 39 % nepije alkohol vůbec, 49% ho pije jen občas, 7 % ho pije každý den, ale závislých na něm není a 4 % pijí alkohol každý den a je na něm závislých. (Nešporová, 2020, s. 80) Tato čísla vzešla z šetření provedeném v roce 2019, kdy žádný z azylových domů nepřijímal klienty pod vlivem alkoholu a dalších návykových látek. Domnívám se, že toto číslo mohlo být zkresleno obavou dotazovaných, že v případě uvedení pravdivé informace, mohou ztratit střechu nad hlavou.

Fakt, že značná část klientů azylových domů užívá návykové látky, s sebou přináší i řadu rizik. V době provádění výzkumu pobývalo v azylovém domě téměř 80 % klientů, kteří užívali návykové látky a tuto informaci uvedli (závislost na nikotinu započítána nebyla).

2.5.1 Akutní intoxikace

S užíváním návykových látek jsou spojené i akutní zdravotní komplikace (hypertenze, útlum dechového centra, atp.) nebo také psychické komplikace, jako jsou akutní projevy toxických psychóz nebo panické ataky. (Kalina & kol., 2015, s. 327) Některé stavy se dají bez farmakoterapie velmi těžko zvládnout a mohou být pro uživatele život ohrožující. V azylových

domech není přítomen zdravotnický personál a jeho zaměstnanci nejsou oprávněni k farmakoterapii. V těchto situacích je nutné přivolat zdravotnickou záchrannou službu.

2.5.2 Zdravotní rizika

Osoby užívající návykové látky mohou mít zvýšené riziko vážných zdravotních problémů. Ať už se jedná o důsledek života na ulici, dlouhodobého užívání návykových látek nebo zanedbání péče o vlastní zdraví. Užívání návykových látek je příčinou drobných úrazů, žilních trombóz, zhoršeného dýchání, zánětů, problémů s chrupem, abscesů, psychických onemocnění, poškození orgánů, infekcí, problémů se spánkem, atd. Všechna tato zdravotní omezení mohou narušit soužití více osob na jednom místě a zvýšit požadavky na práci s klientem.

2.5.3 Potíže v sebeovládání

„Klient pod vlivem návykové látky si špatně uvědomuje sám sebe a své emoce. Závislý člověk má zhoršený pocit sebekontroly.“ (Nešpor, 2003). Chování pod vlivem návykové látky může být velmi nepředvídatelné a může představovat riziko nejen pro jednotlivce, ale i pro jeho okolí. Některé látky mohou způsobit změny nálady, jako je euforie, depresivní nálady nebo podrážděnost.

2.5.4 Špatné duševní zdraví

Ačkoliv jsem zmínila psychické onemocnění již výše, považuji za důležité vyzdvihnout špatné duševní zdraví jako samostatnou oblast. Lidé bez přístřeší byli vystaveni nespočtu nepříjemných situací, které se odrazily na jejich psychickém zdraví.

„Část bezdomovců má psychiatrickou diagnózu nebo závažnou poruchu osobnosti. Obojí jim komplikuje život a hatí pokusy o návrat do společnosti. Největší problém představují psychózy, závislosti, neurózy a deprese.“ (Průdková & kol., 2008, s. 20)

„Mezi nejčastější depresivní znaky u bezdomovců patří apatie. Mnoho potřeb není uspokojováno, a to má vliv na nízké sebepojetí.“ (Marek & kol., 2012, s. 44)

„V chronické části závislosti se život závislého dramaticky mění. Jeho psychický stav je stále labilnější. Člověk stále hůře zvládá konflikty... Klesá jeho pracovní výkonnost, i když to nechce vnímat. Nakonec se závislý člověk psychicky zhroutí. Může přijít pocit nesmyslnosti všeho, deprese, morální rozpad, bludné představy.“ (Röhr, 2015, s. 21)

Kolektivní soužití osob, které jsou ve špatném duševním stavu, je komplikované. Doprovodným jevem bývá nezvladatelné chování.

2.5.5 Ztížené odvykání

Prostředí, ve kterém se vyskytuje velké množství uživatelů návykových látek, je rizikové pro jedince, kteří se vrátí z léčebny nebo chtějí sami od sebe užívání zanechat.

Sdílení prostoru s více osobami může být pro některé jednotlivce velmi náročné. Zvláště pak pro ty s individualizačními tendencemi. Bruce Alexander předpokládá: „Že závislost je jedním ze stále využívaných způsobů, jak se vyrovnat s nedostatkem či ztrátou psychosociální integrace.“ (in Nepustil, 2014, s. 26)

Odvykací stav s sebou může nést i závažné život ohrožující stavy, zvláště v případech, kdy ho chce klient zvládnout sám bez odborné pomoci a farmakoterapie.

2.5.6 Lhaní

„Lhaní neslouží bezdomovcům pouze jako prostředek k získání vyžadované služby, ale také je součástí sebe prezentace jeho ega. Lež zakrývá selhání a může zlepšit obraz osoby před okolím i před sebou samým.“ (Marek & kol., 2012, s. 47) Většina uživatelů návykových látek používá lhaní jako běžnou formu komunikace. Je velmi těžké pracovat s lidmi, kteří lžou svému okolí a i sami sobě. Pracovat na pocitu bezpečného prostředí a vybudování důvěryhodného vztahu je dlouhodobý proces.

2.6 Přístupy k podpoře a léčbě osob užívajících návykové látky v azylových domech

Vzhledem k tomu, že součástí pracovního týmu azylových domů nebývá adiktolog, ani jiný zdravotnický personál, spočívá práce s osobami užívajícími návykové látky v podpoře, intervenci, motivaci a spolupráci s dalšími organizacemi. Přístup ke klientům reaguje na individuální potřeby jednotlivců a měl by odpovídat jejich aktuální situaci a možnostem.

2.6.1 Zjišťování informací

Identifikace klientů, kteří mají problémy s užíváním návykových látek, začíná už při vstupním pohovoru. Zjištění, zda má klient sklony k rizikovému nebo škodlivému užívání návykových látek, přispívá ke stanovení dalšího postupu práce. Na místě je i zvážení závažnosti závislostního chování klienta a zároveň posouzení, jaký vliv má užívání návykových látek na jeho aktuální situaci. (Matoušek, 2022, s. 126)

Ne vždy je snadné tyto informace zjistit. U klientů dlouhodobě užívající návykové látky se často projevuje absence nebo omezení náhledu na vlastní situaci a závislí jedinci mohou v reakci na dotaz, týkající se jejich užívání, uplatňovat obranné mechanismy, např. popření.

(Griffin, 1991, s. 89). Mnozí z nich mají také obavy pramenící z předchozích zkušeností, kdy přiznání užívání návykových látek mělo negativní dopad na jejich setrvání v azylovém domě nebo jiné službě.

2.6.2 Sociální podpora a rehabilitace

„Nespokojenost a stres, které jsou spojeny se sociálními důsledky jako je ztráta zaměstnání, finanční problémy, rozpory se zákonem, narušená přátelství a rodinné vztahy, obvykle vedou k další deterioraci alkoholiků a závislých a k dalšímu pití a užívání drog.“ (Rotgers & kol., 1999, s. 21) Nedílnou součástí služeb poskytovaných v azylových domech je proto podpora sociální integrace, spolupráce při hledání, získání a udržení zaměstnání, hledání následného bydlení a pomoc při obnovování sociálních vazeb. Tyto činnosti pomáhají klientům znovu se začlenit do společnosti a posilují jejich sebehodnotu, kterou ztratili.

2.6.3 Spolupráce s dalšími poskytovateli služeb

Důležitá je také spolupráce s dalšími poskytovateli služeb, včetně zdravotních a sociálních služeb, lékařů, terapeutů, neziskových organizací a dalších institucí, které pomáhají zajistit komplexní a integrovanou péči pro jednotlivce s problémy s návykovými látkami. Využíváno je adiktologické poradenství (ambulance, doléčovací programy), Anonymní Alkoholici, psychoterapeutické služby, psychiatrická péče, atd. Většinou jde ale jen o předání klienta do péče další organizace bez kontinuálního sdílení informací.

2.6.4 Minimalizaci rizik (Harm reduction)

„Jako harm reduction se označují koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby. (IHRA, 2024) „Mokré“ a „vlhké“ azylové domy snižují bariéru vstupu a pobytu v azylovém domě a umožňují vstup osobám pod vlivem návykových látek nebo i jejich užívání. Minimalizují tak rizika, kterým je uživatel návykových látek vystaven při pobytu na ulici. A to jak pro něho samotného, tak pro společnost.

2.6.5 Vzdělávání pracovníků azylových domů

Pracovníci v azylových domech hrají klíčovou roli v poskytování péče a podpory osobám bez domova. Vzhledem k tomu, že se stále častěji setkávají s klienty, kteří užívají návykové látky, je nezbytné, aby měli přístup k odpovídajícímu vzdělávání a podpoře. Toto vzdělávání by mělo zahrnovat rozpoznávání a pochopení závislosti s cílem rozumět psychologickým a fyzickým aspektům užívání návykových látek. Dále okruh intervenčních technik jako je krizová intervence, motivační rozhovory a deeskalace konfliktů. A v neposlední řadě i oblast strategie Harm reduction.

Podpora a vzdělávání pracovníků v azylových domech jsou klíčové pro efektivní pomoc nejen uživatelům návykových látek. Kvalitní vzdělávání a adekvátní podpora formou supervizí a spolupráce s dalšími organizacemi zvyšuje efektivitu práce a přispívá k celkové spokojenosti zaměstnanců.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bakalářské práce se budu zabývat popisem realizovaného kvalitativního výzkumu a jeho metodologií. Tato kapitola volně navazuje na teoretickou část a rozvíjí problematiku klientů azylového domu ve vztahu k změně pravidel pro vstup a pobyt osob v zařízení na „vlhkou“ variantu. Celou touto částí se bude prolínat metodika konkrétního azylového domu, která bude doplňovat zjištěné informace od klientů a zasazovat je do kontextu celé problematiky cílové skupiny azylového domu.

3.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je zanalyzovat názory klientů na „suchou“ a „vlhkou“ variantu pravidel pro vstup a pobyt klientů v azylovém domě pro muže. Základním kritériem pro výběr vzorku je, aby stávající klienti azylového domu měli předchozí zkušenost se „suchým“ typem služby a mohli tak porovnat výhody a nevýhody mezi „suchým“ a „vlhkým“ režimem.

Klienti byli v úvodu dotazováni na jejich věk a vlastní zkušenost s užíváním návykových látek, ať už minulou nebo současnou. Byly jim vyjmenovány návykové látky, a to konkrétně: nikotin, alkohol, THC, pervitin, heroin, kokain. Zajímala mě i délka pobytu v azylovém domě a to, zda znají současná pravidla pro vstup a pobyt v azylovém domě. Podstatnou byla zkušenost se „suchým“ režimem služby azylového bydlení. Nakonec jsem zjišťovala jaké výhody a nevýhody jim ten který způsob osobně přináší, což byl hlavní cíl výzkumu. Na závěr mě zajímalo, zda současné nastavení služby odpovídá jejich potřebám a pokud ne, jak by mělo vypadat.

3.2 Metody sběru dat

Sběru dat předcházelo nastudování metodiky azylového domu a ověření, že všichni klienti pobývající v azylovém domě byli seznámeni s vnitřními pravidly.

S ohledem na cíl práce a cílovou skupinu respondentů jsem zvolila kvalitativní přístup. Kvalitativní výzkum je velmi užitečný v případě, kdy jde o zkoumání života lidí, historie i chodu organizací, společenských procesů apod. „Hlavní skupinu metod sběru dat v empirickém výzkumu tvoří naslouchání vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí.“ (Hendl, 2023, s. 170). Klientům azylového domu byly v rámci polostrukturovaných rozhovorů kladeny předem připravené otázky. Díky volbě kvalitativního přístupu jsem měla možnost se ujistit, že respondenti rozumí položené otázce a také jsem mohla pokládat doplňující a sondážní otázky a zjistit tak širší souvislosti týkající se dané problematiky.

3.3 Výzkumný soubor a realizace výzkumu

Základním kritériem pro výběr vzorku bylo, jak uvádím i výše, aby stávající klienti azylového domu pro muže starší 18 let měli předchozí zkušenost se „suchým“ typem služby a mohli tak porovnat výhody a nevýhody mezi „suchým“ a „vlhkým“ režimem. Tuto informaci jsem o klientech předem nevěděla, takže bylo nutné provést více rozhovorů, než bylo původně zamýšleno. V průběhu rozhovorů jsem se opakovaně přesvědčila, že kvalitativní výzkum byla dobrá volba. S ohledem na náročnou problematiku, názvosloví a aktuální stav klientů by kvantitativní forma měla nízkou vypovídající hodnotu a byla by neefektivní.

Sběr dat probíhal v období listopad 2023 – březen 2024. Celkem se ho zúčastnilo 15 osob, očištěný výzkumný soubor pak čítal 10 respondentů. Nominační technikou byl stratifikovaný výběr. Na vytipování vhodných klientů jsem spolupracovala s vedoucí sociální pracovnící, která mi pomohla vyloučit klienty obtížně komunikující, s významným psychiatrickým onemocněním, nebo klienty pobývajících ve službě příliš krátkou dobu. Každému dotazování předcházela příprava spočívající v získání dostatečných informací o klientech ze záznamů organizace. Rozhovory byly individuální a probíhaly v poklidném duchu, klienti byli komunikativní a k mému překvapení i dost sdílní. Snažila jsem se respektovat denní zvyklosti konkrétních klientů a směřovala dotazování do odpoledních/večerních hodin.

V úvodu každého rozhovoru jsem vysvětlila účel dotazování a získala od klientů Informovaný souhlas (Příloha č. 2). Klienti byli upozorněni, že mohou kdykoli v rozhovoru přestat nebo neodpovídat na otázky, které budou pro ně velmi osobní nebo nepříjemné. Ověřila jsem, že klienti znají vnitřní pravidla pro vstup a pobyt osob.

Na každý rozhovor jsem měla připravený Souhrnný formulář klienta, kde jsem měla uvedené jméno klienta, jeho věk, délku pobytu a základní informace o něm (Příloha č. 3). Dále jsem měla vypsane oblasti, na které jsem se chtěla dotazovat:

- Historie a současnost užívání návykových látek
- Zkušenosti s pobytem v různých zařízeních
- Zkušenosti s dodržováním pravidel
- Výhody a nevýhody konkrétních přístupů pro daného klienta
- Současné nastavení služby vs. potřeby klienta, představy o vyhovujícím fungování služby

Hlavní otázky byly formulovány jako otevřené, aby podnítily respondenty k hlubšímu zamyšlení. Klienti měli potřebu často sdílet i informace s výzkumem nesouvisející, takže bylo náročné udržet linku rozhovorů. Pro ověřování informací byly použity uzavřené otázky, na které byla jednoznačná odpověď ano nebo ne.

Dotazování bylo ukončeno v okamžiku, kdy jsem měla dostatečné množství odpovědí a byla přesvědčena o skutečnosti, že další informace nejsou pro výzkum již přínosné.

Rozhovory jsem, z důvodu vytvoření bezpečnějšího prostředí, nenahrávala, ale se souhlasem klientů jsem si tvořila souvislé poznámky, které jsem ihned po ukončení rozhovoru zpracovala. Celková práce na jednom dotazování mi zabrala přibližně 90 minut, přičemž 30 – 45 minut trval samotný rozhovor. Rozhovory jsem prováděla osobně pouze já.

3.4 Metody analýzy dat

„Metodami sběru dat získáváme informační materiál o realitě. Hledají se možnosti, jak tento materiál optimálně fixovat, upravit a zobrazit.“ (Hendl, 2023, s. 215) Pro analyzování získaných informací jsem objemná a nestrukturovaná data rozdělila do tabulek podle konkrétních kategorií, které kopírovaly pokládané otázky. Dané kategorie byly dále rozděleny na klasifikační třídy. Ty v sobě spojovaly odpovědi se společným znakem. Pomocí takto navrženého kategoriálního systému jsem data redukovala, avšak pro zachování kontextu odpovědí jsem ponechala důležité citace. Propojenost dat s konkrétním klientem jsem zajistila označením odpovědí unikátním kódem K1 – K10, čímž jsem záznamy anonymizovala.

Takto zpracovaná data mi pomohla se lépe orientovat v získaných odpovědích a získat větší náhled na danou problematiku.

3.5 Etika

Při provádění výzkumu jsem se řídila informacemi, které byly sepsány a odsouhlaseny v Žádosti o souhlas etické komise s bakalářskou prací v oboru adiktologie 2022/2023. Všem dotazovaným klientům jsem se v úvodu představila a sdělila jim název své pracovní pozice v azylovém domě. Informovala jsem je o studovaném oboru a seznámila je s tématem a účelem výzkumné práce. Byl jim předložen Informovaný souhlas (Příloha č. 2), ve kterém jsem uvedla název práce a cíl mého výzkumu (Příloha č. 1). Každý účastník výzkumu byl informován o zachování anonymity, jak směrem k zaměstnancům společnosti, tak v samotné bakalářské práci. Údaje, které by mohly klienty identifikovat, jsem upravila nebo vynechala. Dále bylo sděleno, že se jedná o jejich dobrovolnou aktivitu a rozhovor mohou kdykoliv ze své strany přerušit nebo neodpovídat na otázky, které jim budou nepříjemné. S popsáním průběhem, sběrem, zpracováním a zveřejněním dat vyjádřili dotazovaní ústní souhlas.

Dále jsem získala souhlas ředitele organizace a vedoucí sociální pracovnice s prováděním tohoto výzkumu. Získaná data o klientech jsem využila pouze pro sepsání této práce a nikomu dalšímu je nepředala.

3.6 Výsledky výzkumu

Hlavní část této kapitoly tvoří analýza rozhovorů s klienty. Jsou identifikována hlavní témata a detaily spojené se vstupem a pobytem osob pod vlivem návykových látek. Oporou při zpracování výzkumu mi byla metodika azylového domu, konkrétně Vnitřní pravidla azylového domu. Byla jsem mile překvapena, že klienti byli s těmito pravidly seznámeni a že je znají, a to i přes to, že tyto informace nejsou nikde transparentně uvedeny. S těmito pravidly seznamuje klienty, buď sociální pracovnice při vstupním pohovoru, nebo pracovník v sociálních službách v průběhu ubytování klienta. Všichni klienti věděli, že není požadována abstinence ani nulová tolerance k užívaným látkám, ale že je důležité, aby byli ve stavu, kdy nenarušují kolektivní soužití a jsou soběstační v péči o svoji osobu. (Standard kvality č.1 AD Speramus, 2024) Vnitřní pravidla azylového domu uvádějí, že je každý klient povinen chovat se slušně a ohleduplně vůči ostatním klientům a zaměstnancům AD. Slovní či fyzická agrese je zakázána a může být důvodem k okamžitému ukončení smlouvy.

3.6.1 Popis výzkumného souboru

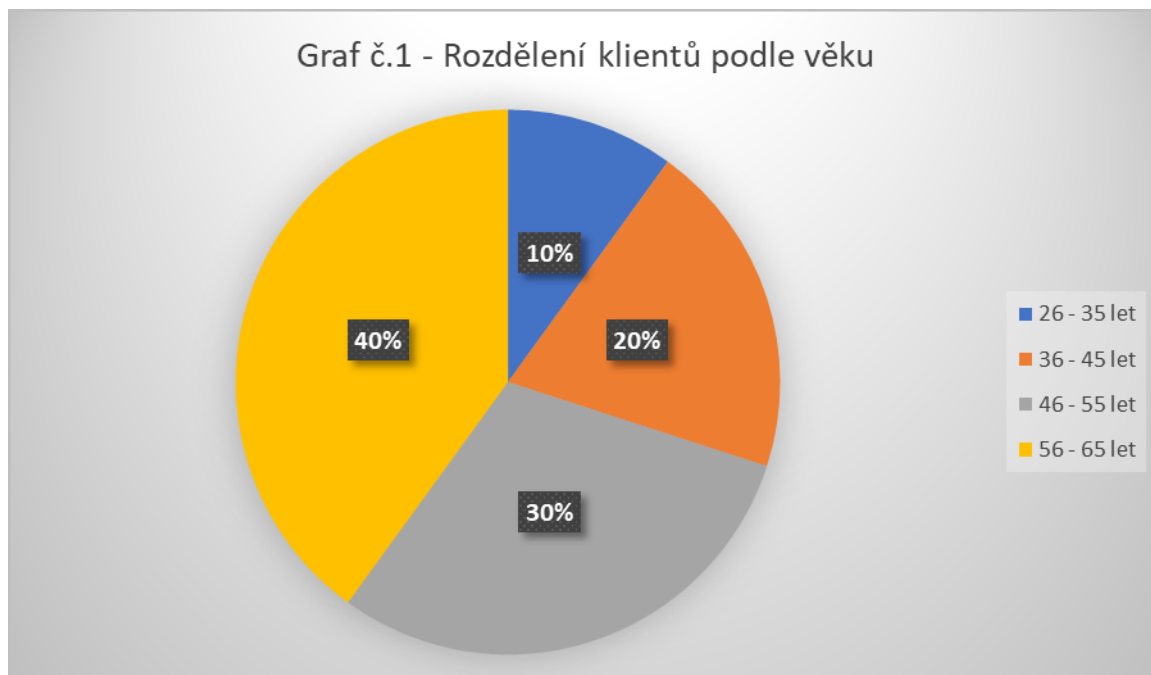
Rozhovorů se účastnili výhradně muži starší 18 let. Jednalo se jak o úplné abstinenty, tak o příležitostné a pravidelné uživatele návykových látek a osoby, které jsou na užívání návykových látek závislé. Někteří z nich měli před léčbou, někteří byli po léčbě nebo více léčbách. Všichni klienti jsou kuřáci klasických cigaret. Mezi dotazovanými byli muži z jednolůžkových a vícelůžkových pokojů (3 – 6 lůžek). Průměrný věk 51 let. Data jsou anonymní a je použito označení K1 – K10 (1. – 10. klient)

Čtyři klienti se rozhovoru účastnili pod vlivem návykových látek, především alkoholu, což i potvrdili. Nicméně se jednalo o stav, který jim nebránil formulovat odpovědi.

Pro dokreslení detailů výzkumného souboru uvádím vybrané detailní informace v grafech.

V prvním grafu jsou klienti rozděleni podle věkových kategorií. Nejméně početná byla kategorie ve věkovém rozmezí 26-35 let, čítala pouze jednoho klienta. V další věkové kategorii 36-45 let byli dva klienti, tři klienti odpovídali věkovému rozpětí 46-55 let a nejvíce zastoupená byla kategorie 56-65 let v celkovém počtu čtyři klienti. Uvítala bych rovnoměrné věkové rozvržení a silnější zastoupení mladších ročníků, ale aktuální skladba azylového domu

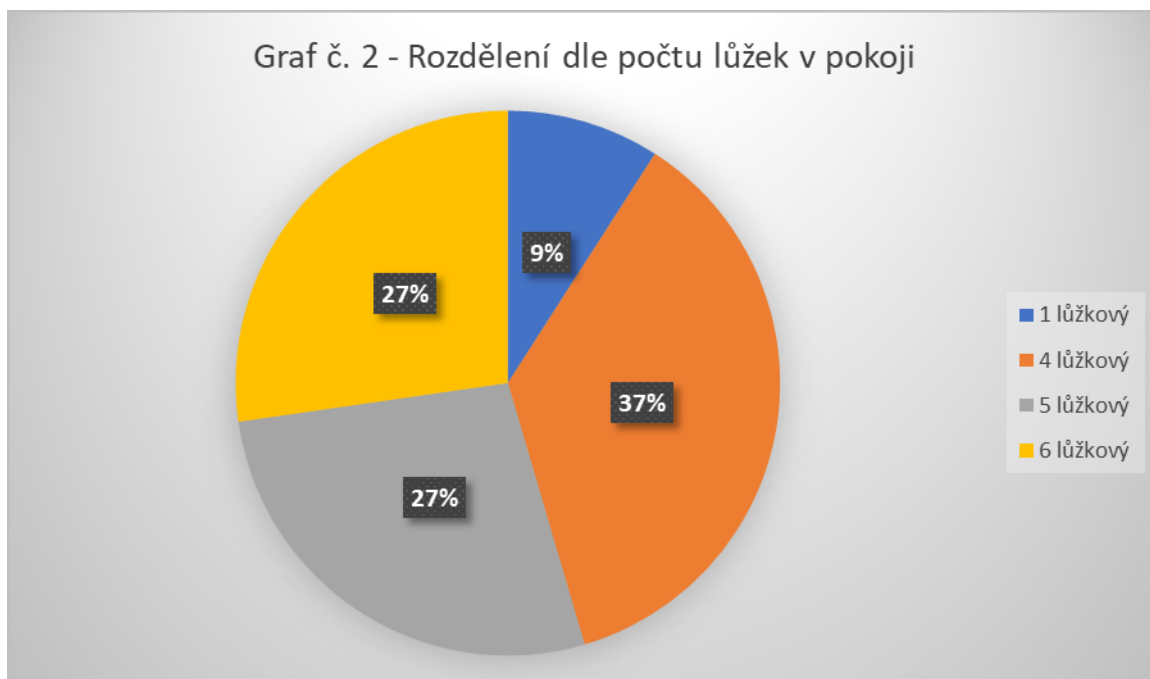
korespondovala s výběrem klientů, kteří se výzkumu účastnili, což také kopíruje trend posledních let, kdy populace osob v azylovém domě stárne.



Na následujícím grafu jsou uvedeni klienti podle počtu lůžek na sdíleném pokoji. Tuto skutečnost považuji za velmi důležitou, protože může zkreslovat výsledek výzkumu. Klienti z početnějších pokojů se projevovali jako méně tolerantní a byl pro ně velmi důležitý změněný stav chování spolubydlících, který návykové látky způsobují. Tento postoj logicky vyplýval z vyšší pravděpodobnosti nevhodného chování po užití návykové látky spolubydlícím. „Nežádoucími účinky alkoholu bývá setřelá řeč, změny nálad, snížená sebekritičnost, hádavost, agresivita, nezvládání impulsů, porucha koordinace, svalové napětí, nevolnost, zvracení, porucha vědomí a psychotické fenomény.“ (Křížová, 2021, s. 27)

Jeden klient pobýval na jednolůžkovém pokoji. Čtyři klienti sdíleli čtyřlůžkový pokoj. Vzhledem k tomu, že v azylovém domě je více čtyřlůžkových pokojů, nebyli všichni ze stejného pokoje. Tři klienti byli z pětilůžkového a další tři z šestilůžkového pokoje.

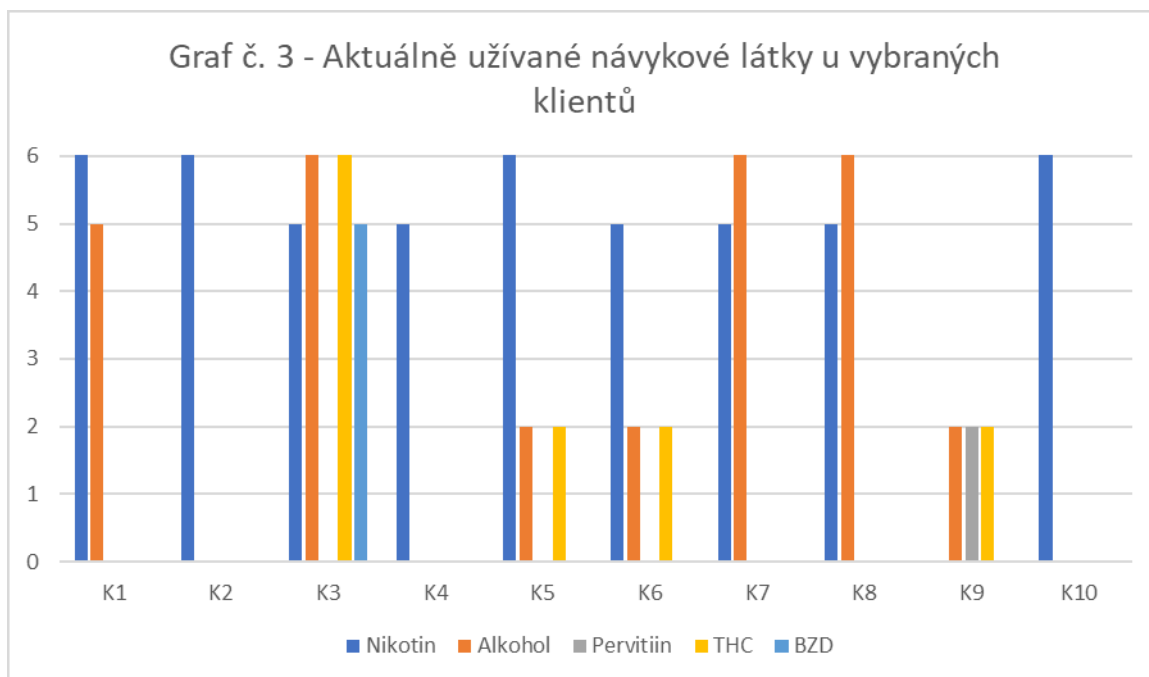
Graf č. 2 - Rozdělení dle počtu lůžek v pokoji



S ohledem na věkové rozpětí klientů je pochopitelné, že nejčastěji užívanou látkou byl u klientů alkohol. Tři klienti byli abstinenti, resp. pouze kuřáci. Jeden byl čerstvě po léčbě a měl velkou motivaci k abstinenci a životnímu restartu. Další uváděl, že je abstinents, ale při rozhovoru vyplynulo, že sice 13 let nepije, ale když je společenská událost, tak se tomu nebrání, takže bych ho zařadila spíše do kategorie příležitostný konzument alkoholu, stejně jako posledního z trojice „abstinentů“, který je podle svého tvrzení abstinents, ale k jídlu si dá občas pivo. Pervitin uvedl pouze jeden klient. Stejně tak jeden klient potvrdil závislost na benzodiazepaminech. THC uvedla téměř polovina z nich. Většinou jim prý pomáhá na uklidnění.

Nutno podotknout, že mi 3 klienti uvedli, že jsou abstinenti, ale klienta K4 a K10 bych klasifikovala spíše jako příležitostné uživatele alkoholu, nicméně v grafu je uvádím jako abstinenty. Klient K2 zmínil, že je také abstinents a také ho pod touto kolonkou eviduje, nicméně se jedná o klienta, který momentálně abstinuje po léčbě.

Pro snazší orientaci v níže uvedených hodnotách doplňuji, že jedna jednotka v grafu představuje: 1 nikotinovou cigaretu, 2dcl vína nebo 0,5l piva nebo malého panáka destilátu, 1 dávku pervitinu, 1 tbl blíže nespecifikovaných benzodiazepaminů, 1 menší cigaretu s THC. U hodnoty 6 je to 6 a více.



3.6.2 Analýza rozhovorů

Pro lepší přehlednost jsem rozřadila odpovědi klientů do následujících 4 kapitol, které odrážejí i hlavní cíle výzkumu. Získané informace jsou doloženy významnými výroky respondentů. Pro udržení linky rozhovorů se mi osvědčil záznamový arch, kde jsem měla rozdělené jednotlivé oblasti a podle poznámek jsem mohla snadno zjistit, ke které oblasti mi klient ještě nic nesdělil, nebo svou odpověď stočil na jiné téma. U některých klientů bylo složité udržet linku rozhovoru, protože měli často tendenci hovořit mimo dotazované téma a pojímali rozhovor jako prostor k obecným stížnostem. Ty sice pro výzkum důležité nebyly, ale pro chod služby a inspiraci k rozvoji byly velmi cenné.

3.6.3 Výhody „suchého“ azylového domu

Jednou z hlavních otázek, která vedla klienty k retrospektivnímu pohledu a přiměla je k vzpomínkám na minulost, byla otázka zaměřená na výhody, které klienti vnímali v „suchém“ režimu daného nebo jiného azylového domu, kde pobývali. Vzhledem k tomu, že někteří klienti využívají službu opakovaně, měli možnost porovnat konkrétní azylový dům. Většina z nich však měla zkušenost s jinou službou se „suchým“ režimem.

Převážná část klientů si jako hlavní výhodu u „suchého“ režimu pochvalovala větší klid a lepší soužití s ostatními klienty. Klient K1 uvedl: „Byl tu větší klid. Nikdo si nedovolil, co si dovolí teď.“ Klient K2 velmi zdůrazňoval, že zákaz konzumace alkoholu vytvářel pozitivnější prostředí. Klienti v něm byli podle něj jiní, lepší. „Myšlení a důvěra byly úplně jinde. Člověk nemusel poslouchat nereálné opilé vize a debaty.“ Podobné stanovisko na klidnější soužití měli i další tři klienti. Klient K4: „Byl klid. Vrátil bych to zpátky.“ Klient K6: „Tenkrát to bylo

dobrý. Soužití s ostatními bylo takový klidnější.“ Klient K10: „Byl tu větší klid.“ Tento klient však zmínil, že značný význam má složení lidí v zařízení. Poukázal na velké pokoje a uvedl, že i jeden klient, který nemá své chování pod kontrolou, může významně ovlivnit atmosféru v pokoji. Je důležité poznamenat, že tento klient nikdy předtím nesdílel pokoj s tolika lidmi, což mohlo ovlivnit jeho vnímání současné situace.

U klientů, kteří preferují alkohol a nelegálním drogám se vyhýbají, byla velmi patrná rivalita vůči uživatelům pervitinu a jiných návykových látek užívaných injekčním způsobem. Měli pocit, že dříve tolik uživatelů nelegálních látek nebylo a možná i proto při hodnocení výhod „suchého“ azylového domu zaznělo od klienta K5: „Nemám rád jehly.“ Měl tím na mysli uživatele nelegálních návykových látek, kteří užívají zpravidla pervitin injekčně. Při snaze o podrobnější rozvedení této odpovědi vyplynulo, že se obává neočekávaných reakcí po aplikaci těchto látek. Uvedl, že účinky jsou rychlejší a intenzivnější, než u alkoholu. Měl pocit, že v minulosti nebyl výskyt těchto látek tak častý. Zároveň pro něj v tomto ohledu představoval „suchý“ režim větší bezpečí. „Když byl někdo viditelně nastřelenej, tak do baráku prostě nemohl.“

Na tuto skutečnost poukazuje ve své knize i Marek, když zmiňuje rozdíly a jistou nevraživost mezi uživateli návykových látek. Mimo jiné zde také uvádí preference užívané látky dle věku, což se potvrzuje i u klientů azylového domu. „Zatímco starší bezdomovci tj. od třicátého roku věku mívají problémy s alkoholem, mladší koketují s nelegálními drogami.“ Zároveň zde popisuje alkoholiky jako lenochy, kteří se nestarají o svůj vzhled a hlavním zdrojem příjmů je žebrota a prohledávání popelnic. Kdežto toxikomani dbají o svůj vzhled a peníze na drogy často získávají drobnou kriminální činností. Uzavírají se více do komunit a vytvářejí elitářské skupiny. (Marek, 2012, s. 27) Tyto rozdíly mohou vytvářet určitou propast mezi těmito dvěma skupinami uživatelů a komunikační bariéru.

Klient K2, který měl krátce po léčbě, uvedl, že „suchý“ azylový dům pro něj znamená: „Být obklopený lidmi, kteří mají nějaké cíle, kteří mě motivují.“ Považoval to za velmi důležité. Pobyt v „suchém“ zařízení absolvoval v minulosti mezi jednotlivými léčbami. Podmínky „suchého“ azylového domu považoval za podpůrné a uvedl: „Když něco chceš, tak pro to něco dělej.“. Restrikce čítající zákaz vstupu pod vlivem návykových látek vnímal jako velmi důležité omezení a věděl, že „Bud' budu mít kde spát, nebo si dám.“

I přesto, že klienti vnímali pobyt v „suchém“ azylovém domě za klidnější a lepší, tak by tento režim nevrátili.

„Suchý“ azylový dům a jeho přísná pravidla vnímal jako potřebné omezení pouze jeden klient z deseti. Jednalo se o bývalého uživatele návykových látek, který je bezprostředně po léčbě a

momentálně abstinuje. Další klient se vyjádřil spíše v tom ohledu, že byl větší klid, ale kdyby byly pokoje po méně místech, bylo by to výhodným řešením.

3.6.4 Nevýhody „suchého“ azylového domu

Jako hlavní nevýhodu „suchého“ režimu vnímala valná většina klientů porušování lidských práv a omezování osobní svobody. Velký vliv na tom měl i mocenský přístup, který zažili od vybraných pracovníků. Vadila jim neférovost a antipatie, která při vpouštění klientů do azylového domu hrála roli. Na tuto oblast se zaměřuje Standard kvality č.2, kde je mimo jiné uvedeno, že za porušení práva je považována situace, kdy pracovník neumožní vstup klientovi, který je pod mírným vlivem alkoholu či drog a nechová se agresivně.

Klient K8 k tomu uvedl: Zlo je proti zlu. Tvrdí pravidla nikomu nepomůžou.“

„Není na nás pomáhajících, abychom vynášeli mravní soudy.“ „Samozřejmě, že je zapotřebí učinit praktická opatření k tomu, aby klient nemohl uškodit pomáhajícímu, spolubydlícím nebo jiným lidem. To však můžeme učinit i bez morálního odsudku.“ (Kopřiva, 2016, s. 23)

„Suché“ azylové domy mají v pravidlech možnost testování klientů na přítomnost návykové látky v případě, že mají podezření, že je klient pod vlivem této látky a závažným způsobem nebo opakovaně porušuje vnitřní pravidla zařízení nebo svým chováním ohrožuje sebe, jiné uživatele nebo zaměstnance. Odmítnutí zkoušky na přítomnost návykových látek z dechu nebo moči je bráno, jako kdyby byla zkouška provedena s pozitivním výsledkem. (Městský ústav sociálních služeb Klatovy, 2024).

Řada klientů vnímala opatření „vstupní kontroly“ jako ponižující a omezující. To se nelíbilo např. klientovi K10. „Přijde mi to netolerantní.“. Tento stav uplatňování moci popisuje i Úlehla, kdy rozlišuje dva základní postoje pracovníků ke klientovi: pomoc a kontrolu. V případě kontroly pak pracovník upřednostňuje zájmy zařízení nad zájmy klienta a je při tom přesvědčen, že je to i v klientově zájmu. (in Géringová, 2011, s. 80) Pro velkou část klientů představovala tato pravidla neustálý strach, jestli jim to při vstupu projde nebo ne. Téměř nikdo z nich nedokázal abstinovat a vždy pod vlivem nějaké návykové látky byl. Ať už to byla třeba jen zbytková hodnota. Podle klientů záleželo do značné míry na tom, kdo měl právě službu, což bylo klíčové pro to, zda vstup proběhne bez problémů. Klient K7 zavzpomínal, že to riskoval a dopředu byl připravený na to, že možná ten večer spí venku. Klientovi K1 přišlo absurdní, že po jednom vypitém panáku nemohl na barák. „Nebavilo mě handrkování o tom, jestli jsem měl jednoho panáka nebo dva.“. I přesto, že jsem upozorňovala, že „suchý“ azylový dům představoval nulovou toleranci k užívání návykových látek, tak mi řada klientů oponovala tím, že to tak bylo jenom na papíře a záleželo na tom, jak byl kdo oblíbený u konkrétního pracovníka. Klient K1 zmiňoval, že mu pravidla nedávala smysl. Když nadýchal, tak nebyl vpuštěn a byl poslán na povinnou procházku. „Paradoxní bylo, že jsem si po povinný hodinový procházce

přišel ve stejném stavu, jako když jsem na ní odcházel. Podruhé jsem ale dejchnout nedostal, proto říkám, že to byla zbytečná pakárna.“ Stejný názor na to měl i klient K4: „Pokud je člověk v pohodě, tak by nemělo vadit, že si dal pár piv.“ Tři z klientů se proti „suchému“ azylovému domu celkem jasně vymezili. Zmiňovali, že kdyby byl dál „suchý“ režim, tak by v zařízení nemohli být. Věděli, že když měli upito, tak radši ani do azyláku nešli a noc někde přečkali. Klient K3 uvedl: „Méně výhodný, nechci.“ K7: „Když to bude přísný, 80 % lidí tady nebude.“ K9: „Nedokážu si představit, že by byl zpátky suchý režim, to by tady nikdo nebyl.“

V současné době je v azylovém domě považováno za porušení osobních práv, pokud pracovníci namátkově testují ty klienty (alkoholy, drogy), v jejichž individuálním plánu není osobním cílem abstinence. Stejně tak je vnímáno prohlížení ledniček, skříněk a batohů klientů bez důvodného podezření na vnášení a přechovávání zakázaných předmětů (návykové látky a zbraně) nebo vynášení majetku azylového domu. (Standard č. 2, 2024)

Klienti si byli vědomi faktu, že mezi bezdomovci/žadatelci o ubytování v azylovém domě je velké množství uživatelů návykových látek, primárně alkoholiků. Také zmiňovali, že nedokážou nebo nechtějí přestat pít. Život na ulici je ale nebaví. Uvedli, že v minulosti měli mnohokrát v úmyslu svůj život změnit, pozvednout se a vést běžný způsob života, ale opakované ukončování služby a vrácení na ulici jim to komplikovalo. Klient K3 k tomu dodal: „To, že tam byly nějaký pravidla přes recepci a ty lidi, co po mě šlapali, tak to mě brzdilo.“

Z rozhovorů s klienty jsem vnímala, že kromě pravidel „suchého“ režimu byl problémem i přístup a chování zaměstnanců, kteří dodržování pravidel vymáhali. Různorodé přístupy pracovníků přispívaly ke vzniku nejistoty a napětí u klientů.

Matoušek (2013, s. 46) převzal typologii Banksové, která dělí pracovníky do čtyř základních skupin.

Angažovaný, radikální, byrokratický a profesionální pracovník. Klienti ve svých výpovědích naráželi na přístupy prvních třech skupin. Vadilo jim, že někteří pracovníci stranili vybraným klientům, což by typologicky odpovídalo angažovanému pracovníkovi. Tento typ pracovníka chápe svou práci jako způsob, jímž uplatňuje osobní morální hodnoty. Velmi podobný je i typ radikálního pracovníka, který také vkládá své osobní hodnoty do praxe. Ne však s cílem pečovat o klienta, ale poukázat na zákony a praxi, které považuje za nespravedlivé. Asi nejvíce však popisy situací korespondovaly s charakteristikou byrokratického pracovníka, který manipuluje s lidmi v zájmu jejich změny. Na jedné straně o klienta pečuje, na druhé působí jako přísný „normalizátor“ klienta.

Transformace „suchého“ azylového domu na „vlhký“ neznamená okamžitý a zásadní obrat v chování pracovníků. Přesto představuje cestu, jak toto chování postupně měnit.

3.6.5 Výhody „vlhkého“ azylového domu

Všichni dotazovaní klienti vnímají „vlhký“ azylový dům, jako standardní přístup, který jim osobně vyhovuje. Hlavní výhodu spatřují v tom, že se nemusí obávat, že budou přistiženi pod vlivem a tudíž mohou klidně využívat služeb azylového domu, pobývat v teple ve své vlastní posteli, místo toho, aby byli na ulici. Jsou spokojeni s tím, že je nějaká hranice, kdy se klient pod vlivem návykových látek musí chovat slušně, což jim zajišťuje alespoň částečný pocit bezpečí. Jeden z klientů se v tomto ohledu vyjádřil neutrálně. Ostatní klienty kritizoval, ale pokud šlo o něho samotného, tak je pro svobodnější přístup, který „vlhký“ režim představuje.

Svůj kladný a tolerantní postoj k pravidlům „vlhkého“ azylového domu dávali klienti najevo vcelku obdobně. Klient K1 zmínil: „Každý si může dát venku, co chce, když se chová slušně a nemusí se bát, že bude muset jít na povinnou procházku nebo nocovat venku.“ Velmi podobně reagoval také klient K9: „Ať přijde člověk, jak chce, ale ať se chová normálně. Já jsem za ta pravidla rád.“ a i klient K5: „Líbí se mi, jak je to nastavený. Když si dá člověk jedno dvě a nedělá kravál, tak jsem tolerantní.“ Stejně tak to podpořil i klienta K4: „Normální život. Jsem tolerantní – pokud je člověk v pohodě.“ I K10: Když se chová slušně, je mi jedno, jestli je opilej.“

Část klientů v tom spatřovala kromě výhod pro všechny klienty azylového domu především benefit pro sebe sama. Ať už to pro ně představovalo možnost, jak v klidu užívat návykovou látku a předejít abstinenčním příznakům, jako klient K8: „Můžu si dát a neklepu se.“ a stejně tak klient K3: „Můžu tady hibernovat.“, nebo v situacích, kdy se klient nemusel cítit nepříjemně, že dělá něco proti pravidlům, jak uvedl klient K10: „Můžu si dát pivo a nemusím se kvůli tomu cítit blbě.“

Tato otázka směřovala klienty primárně k úvahám o jejich individuálních potřebách, což bylo zcela logické s ohledem na vysoký výskyt uživatelů alkoholu a dalších návykových látek.

Za zmínku stojí i vyjádření klienta K6, u kterého „vlhký“ azylový dům, kromě lepšího pocitu podporoval i motivaci k léčbě. „Člověk se cítí líp. A vlastně mám i motivaci s tím něco dělat, když to tady vidím.“ Stejně tak to vnímal i klient K8, kdy ho pohled na spolubydlící motivoval k vyřizování nástupu do léčebny. „Potřebuju se od těch alkoholiků dostat pryč. Vidím všude, jak se pije.“

Navzdory tomu, že „vlhký“ režim přináší klientům primárně výhody, rezonovalo zde často téma chování jednotlivců, kteří jsou pod vlivem návykových látek. Vyjádřil se tak např. klient K7, ale i další klienti, kteří to pak uváděli spíše do nevýhod, kam oblast vícečetných pokojů zahrnují. „Pravidla mi vyhovují, ale lidi mi vadí. Lepší by byly dvoulůžkové pokoje.“

Přesto, že „vlhké“ azylové domy v České republice neodpovídají téměř žádné zahraniční službě co do multidisciplinarity personálu přímé péče, uzpůsobení vnitřních prostor, atp., jejich hlavní výhoda je pro klienty společná, a to možnost řešit svou nepříznivou sociální situaci za pomoci sociálních pracovníků v klidu a teple i v případě, že klient je uživatelem návykových látek.

3.6.6 Nevýhody „vlhkého“ azylového domu

U této otázky mě překvapila intenzita, se kterou se klienti kriticky vyjadřovali o ostatních klientech. Soužití s osobami pod vlivem návykových látek, nemožnost predikovat jejich chování a diskomfort, který spolubydlení s těmito osobami provází, byly hlavními oblastmi, které dotazovaní zmiňovali. Uváděli také, že se leckdy necítí zcela bezpečně, hůř se vyspí a vadí jim, že je více konfliktů.

Tento problém řeší částečně Standard č.2, kde se uvádí že pracovník nesmí zamítnout požadavek klienta na přestěhování, pokud k tomu má závažné důvody. Nicméně tato možnost se velmi těžko realizuje v situaci, kdy je kapacita azylového domu naplněna, což je v posledních letech velmi často.

Faktem ale je, že klienti pobývají na vícelůžkových pokojích, kde i pouhý jeden člověk, který má silné projevy akutní intoxikace, může narušit spolubydlení. Podle Křížové (2021) vede takový stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Je tedy pochopitelné, že pak může docházet k projevům jedince, které nejsou slučitelné s bezproblémovým soužitím. I když toto téma v odpovědích velmi rezonovalo, klienti odmítali řešit podobné situace s pracovníkem konajícím službu a často si to řešili na pokoji sami, nebo to nedobrovolně tolerovali.

Skutečnost, že se spolubydlící po užití návykových látek chovají nevhodně, komentoval např. klient K6: „Lidi, co jsou pod různýma látkama, jsou agresivní a vznikají konflikty.“ Podobně to viděl i klient K3: „Když je člověk napitej a je nepříjemnej – mluví nahlas, křičí, vadí mi útočnost.“, klient K10: „Když tu smažky hlučejí a jsou agresivní, tak se člověk nevyspí.“, i klient K4: „Někdo si píchne, nebo se napije a je agresivní. Bojím se, že se neudržím a zpacifikuju ho. Nechci to udělat, protože bych skončil, ale je to hrozný.“

Někteří klienti poukázali na to, že volnější pravidla si řada klientů vysvětluje po svém a rozvolňuje si je ještě více. Klient K1 k tomu sdělil: „Vadí mi feťáci a kuřáci na pokoji. Oni si ta pravidla pak vysvětlují trochu jinak a přitvrzují, ale nechci na nikoho donášet.“ Podobně to vnímal i klient K4: „Pokud mají povoleno užívat, budou to stupňovat.“ A klient K8: Vadí mi spolubydlící, co si na pokoji vytáhnou pivo. Mám rád pravidla.“. U klienta K3 zde panovala i obava o své zdraví: „Na pokoji se našla stříkačka.“

Jak uvádí Standard č.4, a také Vnitřní pravidla azylového domu, je vnášení nebo konzumace alkoholu nebo jiných návykových látek, jedním z důvodů okamžitého ukončení služby. Byť má tato cílová skupina velmi chatrné společenské vztahy, jen velmi zřídka dochází k informování sociálních pracovníků o této skutečnosti a klienti se s tím v tichosti vypořádávají sami po svém.

Kromě výše uvedeného skrytého porušování pravidel spatřovali klienti další nevýhodu v pohledu na spolubydlící, kteří jsou pod vlivem návykových látek. Necítí se v takovém prostředí dobře, jako např. klient K7: „Přijdu z práce, jdu si zakouřit a vidím, jak je jeden sjetej jak vidle, druhej najebanej. Není to dobrej pohled.“

Na klienta K2 působí „vlhký“ režim jako demotivace k vstávání a chození do zaměstnání. Uvedl: „Je to pro mě těžký. Vadí mi, když vstávám ráno do práce a okolo mě lidi po alkoholu spí.“. Tento klient dále zmínil, že v tom nevidí cestu pro uživatele návykových látek a ani pro ty, co se třeba vrátí z vazby. „Člověk přijde z vazby a kolem sebe vidí negativní trosky.“

Nevýhody „vlhkého“ azylového domu narážely na společné soužití více osob a slušné a ohleduplné chování, které je požadavkem uvedeným ve Vnitřních pravidlech AD. Přestože klienti tvrdili, že mají rádi pravidla, tak je i pro ně samotné těžké pravidla dodržovat. „Diagnóza závislosti může být provázena sklony k násilí.“ (Millerová, 2011, s. 103)

Azylový dům má zpracovánu Metodiku práce s návykovými látkami (Standardy kvality, 2024), kde je uvedeno, že je respektována svobodná vůle uživatele i v oblasti konzumace návykových látek a že samotná konzumace nepředstavuje problém. Tím je až změněné chování jednotlivce. V případě výrazných změn chování má klient zakázán vstup a tato situace je s ním probírána při nejbližší možné situaci, kdy odezní výrazné projevy. Cílem není klienta potrestat, ale nalézt společně cestu k řešení jeho aktuální situace.

Velkým tématem rozhovorů s klienty v oblasti nevýhod „vlhkého“ azylového domu byl i fakt, že velká část ubytovaných klientů trpí různými psychiatrickými onemocněními nebo duálními diagnózami a soužití s těmito osobami je náročné. V důsledku těchto problémů mohou být takoví klienti často zdrojem konfliktů nebo jsou naopak druhými ostrakizováni kvůli svému odlišnému chování. Tento trend je tématem řady odborných setkání, ale nástroje na jeho řešení dosud nemáme.

Všemi odpověďmi se prolínalo jedno zásadní téma, a tím byly vícečetné pokoje. Klienti by uvítali dvoulůžkové pokoje, maximálně třílůžkové pokoje, na které by bylo možné umísťovat osoby podle jejich sklonu k užívání návykové látky, což vnímám jako oprávněný postřeh.

4 DISKUZE A ZÁVĚR

4.1 Diskuze

Problematika bezdomovectví je složitý sociální fenomén, který má různé příčiny a důsledky. Užívání návykových látek a bezdomovectví jsou často spojené problémy, které vyžadují komplexní a integrované řešení. Aby mohl bezdomovec zahájit proces řešení svých problémů, je nezbytné zajistit mu základní potřebu bydlení. Střecha nad hlavou není pouze fyzickým prostorem k přespaní, ale také klíčovým faktorem pro obnovení stability a zahájení rehabilitace. Azylový dům poskytuje klientům bezpečné prostředí, ve kterém mohou začít budovat svůj životní základ a za pomoci odborných pracovníků získat přístup k dalším sociálním službám, zdravotní péči a podpoře v procesu reintegrace do společnosti.

Navzdory tomu, že jsou azylové domy místem, kde mohou lidé nalézt útočiště a podporu, je požadavek na absolutní abstinenci stav jedince závislého na návykových látkách nereálný a diskriminační. Takový přístup ztěžuje lidem, kteří bojují s touto závislostí, možnost získat bezpečné a stabilní bydlení a vystavuje je riziku dalšího zhoršení své situace.

Závislost není volba, a primárně ani nemoc. Jde o zoufalou snahu lidských bytostí vyřešit problém. Problém emoční bolesti, nezvladatelného stresu, ztráty kontroly a spojení s druhými, hluboce zakořeněnou nespokojenost se sebou samými.“ (Maté, 2022, s. 18)

Společné soužití klientů s různým přístupem k užívání návykových látek v jednom sociálním zařízení může být problematické a vyžaduje řešení řady aspektů. Jedním z nich je bezpečnost a zvládání konfliktů.

Různé postoje a chování klientů mohou vést k napětí a rozepřím v rámci azylového domu, což může ohrozit bezpečnost klientů i zaměstnanců. Postupy, jak tyto situace zvládat, jsou uvedeny v Metodice pro práci s uživateli návykových látek. Zároveň se pracovníci účastní vzdělávacího programu, který je organizován S.A.D. a má jim pomoci tyto náročné situace zvládnout.

Soužití s uživateli návykových látek představuje i zdravotní riziko, ať už jde o fyzická zranění nebo šíření infekčních chorob. Užívání návykové látky znamená zdravotní riziko především pro samotné uživatele.

Pro klienty, kteří se snaží zbavit své závislosti, může být obtížné koordinovat dovednosti zvládání relapsu. Jedním z hledisek tohoto bodu zvládání je učit se předcházet vysoce rizikovým situacím (Millerová, 2011), což se v prostředí „vlhkého“ azylového domu nemusí úplně dařit. Zvláště v podmínkách, které jsou nastaveny v azylovém domě, jehož klienti byli předmětem výzkumu mé bakalářské práce. Myšleny jsou především 4-6 lůžkové pokoje, na kterých pobývají klienti s rozdílnou tendencí k užívání návykových látek a závislí uživatelé ve

všech fázích modelu změny, tedy před uvažováním o změně, ve fázi uvažování o změně, ve fázi rozhodování, v akci i ve fázi udržování změny, ale i relapsu (Prochaska & Norcross, 2001, s. 398)

Cílem mé práce bylo zjistit výhody a nevýhody „suchého“ a „mokrého“, resp. vlhkého azylového bydlení z pohledu klientů, tj. subjektivní hodnocení a srovnání různých přístupů. Výzkumná práce, jejímž základem byly polostrukturované rozhovory s klienty, měla několik rizik. Jedním z nich byl fakt, že jsem zaměstnancem azylového domu a že klienti budou obezřetní při sdělování pravdivých informací. Toto riziko jsem se snažila minimalizovat dostatečnou přípravou, informovaností klientů o smyslu a důvodu výzkumu a velký důraz jsem kladla též na etická pravidla, s nimiž jsem klienty seznámila. I tak je ale pochopitelné, že pro sdělení pravdivých informací, zvláště o množství a frekvenci užívaných látek, jsem neměla získanou potřebnou důvěru klientů. Nicméně tuto skutečnost nepovažuji pro relevantnost výzkumu za významnou.

Výsledky výzkumu mě v mnohém překvapily. Předně jsem nečekala tak velké vymezení uživatelů legálních látek (alkoholu, nikotinu) vůči uživatelům nelegálních látek, zvláště pak těch, kteří užívají pervitin injekční formou. V opačném směru jsem takovou antipatii nezaznamenala. Toto zjištění může odrážet i fakt, že tolerance k pití alkoholu v České republice je velmi vysoká.

Během rozhovorů bylo zřejmé, že mezi klienty existovalo určité napětí a obava z vyjádření, které by mohlo vést k návratu k "suchému" režimu. Klienti také využívali rozhovorů k ventilaci svých stížností ohledně situací, které jim nevyhovovaly, a k upozorňování na porušování pravidel, které zaznamenali u ostatních klientů. Konkrétně se jednalo o tajné kouření na společných toaletách a užívání návykových látek v prostorách azylového domu. Tyto informace byly sdělovány s opatrností, anonymně a s obavou, aby nedošlo k zrušení stávajícího "vlhkého" režimu.

Přistupovala jsem k rozhovorům s očekáváním, že změna pravidel na „vlhký“ režim bude přinášet převážně pozitivní výsledky, což bylo motivováno mými zkušenostmi z období "suchého" režimu. Během tohoto období docházelo k opakovaným konfliktům mezi klienty a personálem v situacích, kdy klienti nebyli vpouštěni do zařízení kvůli detekovatelné přítomnosti alkoholu nebo zjevnému užití návykových látek.

Výsledek výzkumu mé očekávání zcela nepotvrdil. Poukázal na různé perspektivy vnímání této problematiky a na možnosti identifikování a zajištění podpory pro klienty s různými potřebami i v oblasti užívání návykových látek.

Jak uvádí ve své práci Buřiková (2020) „nic nebrání tomu, aby azylové domy v současném legislativním rámci poskytovaly své služby na principu harm reduction a umožnily vstup pod vlivem či konzumaci návykových látek ve svých prostorách a práci se závislostí začlenily do své sociální práce s klientem.“ Toto tvrzení si dovoluji rozšířit o další podrobnosti, protože z mého pohledu interní uspořádání některých azylových domů, konkrétně toho, který byl předmětem mého výzkumu, není pro poskytování této služby zcela optimální. Pokoje o kapacitě čtyř až šest lůžek vnímám jako překážku při implementaci "vlhkého" nebo "mokrého" režimu. Domnívám se, že efektivnější práce s klienty by byla možná v případě, že by byli ubytováni v pokojích s menší kapacitou, například dvoulůžkových či maximálně třílůžkových. Souhlasím s tím, že tato strategie slouží jako ochrana společnosti před vznikem a šířením nežádoucích jevů, jako je bezdomovectví. Nicméně hlavním cílem je podporovat jednotlivce v naplnění jejich základních lidských potřeb a současně je motivovat k pozitivním změnám, s cílem reintegrovat osoby postižené různými problémy zpět do společnosti.

Mám za to, že plná transformace všech azylových domů na "vlhké" nebo "mokré" služby nemusí být vhodným řešením, avšak je příhodná za předpokladu, že v rámci těchto služeb budou zachovány prostory pro klienty, kteří z různých důvodů preferují či vyžadují dodržování "suchého" režimu.

Podle výzkumu, který prováděla Průšová (2021) se potvrzuje, že lidé závislí na návykových látkách, kteří vyhledávají pomoc v azylových domech, řeší stejné problémy, které nejsou odlišné od zakázek ostatních klientů. Jejich závislost by tak neměla být bariérou při poskytování pomoci. „Globální analýza drogových politik ukázala, že nejúčinnější strategie jsou ty, které jsou zaměřeny na snižování negativních zdravotních a sociálních dopadů užívání návykových látek a že nadměrná represe je zdrojem nežádoucích následků.“ (Mravčík & kol., 2019, s. 25)

Tento názor plně vystihuje mé osobnostní nastavení a společně s výsledkem výzkumu mě inspiruje k zamyšlení nad přeměnou služby, co do vnitřního stavebního uspořádání, změnou přístupu ke klientům a především prací na přeměně způsobu uvažování zaměstnanců služby.

4.2 Závěr

Složení klientely v azylových domech v kontextu užívání návykových látek je velmi rozmanité. Mezi klienty lze najít jak ty, kteří jsou úplně zdrženliví nebo se momentálně zdržují užívání, tak i ty, kteří pravidelně užívají, trpí problémovým užíváním nebo jsou závislí. Výzkum ukazuje, že množství a druh užívaných návykových látek významně ovlivňuje spolubydlení klientů, stejně jako počet lůžek na pokoji.

Z výzkumu je zřejmé, že valné většině klientů „vlhký“ režim vyhovuje, nicméně by uvítali pokoje s menším počtem lůžek a možnost sdílet takový pokoj s abstinentem, pokud oni sami chtějí abstinovat. Vnímali jako důležité mít možnost se obklopit lidmi, kteří mají podobné cíle a vzájemně se mohou motivovat.

Z rozhovorů dále vyplynulo, že přístup k užívání návykových látek klienty azylového domu má významný dopad na pohodu a soužití klientů. Zjištění ukazují, že režim „suchého“ nebo „vlhkého“ azylového domu ovlivňuje chování a pohodlí klientů různými způsoby. V případě „suchého“ režimu klienti často ocenili klidnější prostředí a lepší soužití s ostatními. Naopak u „vlhkého“ režimu si klienti často chválili lidštější přístup pracovníků, který jim umožňuje konzumaci alkoholu a jiných návykových látek, pokud se pod jejich vlivem chovají slušně. Tento přístup mnozí klienti vnímali jako svobodnější a méně restriktivní. Nicméně, i přestože „vlhký“ režim nabízí určité výhody, mnoho klientů uvádí, že se necítí bezpečně a že se v prostředí azylového domu objevuje více konfliktů. To může negativně ovlivňovat jejich pohodu a spánek. Navzdory všem nevýhodám, které jim „vlhký“ režim přináší, by „suchý“ režim zpět nechtěli.

Ve výzkumu se také ukázalo, že velmi záleží na skladbě každého pokoje a na osobnostním nastavení jednotlivých klientů. Významnou roli hrálo psychické zdraví klientů. Panovala daleko větší obava z chování člověka, který má duální diagnózu a užívá nelegální látky, než ze spolubydlícího alkoholika bez dalších diagnóz. Klienty stresovala nepředvídatelnost jejich chování.

Celkově lze tedy říci, že rozhodnutí o tom, zda má být azylový dům „suchý“, „vlhký“ nebo „mokrá“ má značný vliv na klienty i zaměstnance. Je důležité vzít v úvahu jejich názory a potřeby při stanovení pravidel a režimu azylového domu. Je zjevné, že nelze vyhovět potřebám všech, ale lze uzpůsobit prostory, způsob práce a vzdělání zaměstnanců v oblasti interakce s uživateli návykových látek.

Cílová skupina osob bez domova, které se stávají klienty azylových zařízení, projevuje sklon k užívání návykových látek, což vyžaduje diferencovaný přístup jak k jedincům, kteří vykazují abstinenci tendence nebo se rozhodli pro abstinenci strategie, tak k těm, kteří se potýkají s neschopností nebo neochotou omezit užívání návykových látek, což může ohrožovat jak klienta samotného, tak další lidi. K tomu se mohou přidávat i další typy chronického sociálního selhávání. „Žádný z těchto problémů však nemá rychlé a jednoduché řešení.“ (Matoušek & kol., 2022, s. 110). Zjištění výzkumu zdůrazňuje nezbytnost prostorových úprav pro tyto skupiny klientů a implementaci individuálně zaměřených intervencí směřujících k dosažení stanovených cílů. Zároveň poukazuje i na změnu vnitřního nastavení zaměstnanců těchto zařízení. „Pomocný a podporující postoj ke klientovi ještě stále není samozřejmostí ani tam, kde tomu v podstatě nic nebrání.“ (Géringová, 2011, s. 80)

5 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ

ARA recovery for all. (2024). <https://blog.uniongospelmission.org/stories/low-barrier-vs.-high-barrier-shelter>

Aumord, D. (2019). *Dry houses: What are they and why are they disappearing?* Insight housing. <https://www.insidehousing.co.uk/insight/dry-houses-what-are-they-and-why-are-they-disappearing-61474>

Benoit, D. L. (2011). *The „Wet House“ Where Alcoholics Can Keep Drinking*. The New York Times Magazine. <https://www.nytimes.com/2011/05/01/magazine/mag-01YouAreHere-t.html>

Ben's Centre (GB). (2024). *What is a Damp Centre?* <https://www.benscentre.org/what-we-do>

Blanch, V. (2023). *Wet shelters are „modernized health care“ and important, say big city shelters*. CBC news. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/wet-shelters-homeless-moncton-new-brunswick-james-hughes-pat-carlson-1.6717565>

Buříková, H. (2020). *Koncept mokrých azylových domů*. Bakalářská práce. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2kyrb/>

Catholic Charities of Southern Nevada. (2022). *Guide to Different Types of Homeless Shelters*. <https://www.catholiccharities.com/articles/guide-to-different-types-of-homeless-shelters>

Comito, B. (2021). *Low-Barrier vs. High-Barrier Shelter*. <https://blog.uniongospelmission.org/stories/low-barrier-vs.-high-barrier-shelter>

Co už je závislost. Online. *Alkohol pod kontrolou*. 2024. Dostupné z: <https://www.alkoholpodkontrolou.cz/co-uz-je-zavislost/>

Géringová, J. (2011). *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Triton.
Glumbíková, K. (2018). *Závěrečná výzkumná zpráva – Bariéry ve využívání veřejných služeb lidmi bez domova*. https://sad-cr.cz/wp-content/uploads/2018/10/SAD_Bariery-ve-vyuzivani-verejnych-sluzeb-lidmi-bez-domova.pdf

Griffin, R. E. (1991). *Assessing the drug involved client*. Families in Society. Journal of Contemporary Human Services. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104438949107200203>

Havrdová, Z. & kolektiv. (2010). *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*.

- Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum – základní teorie, metody a aplikace*. Portál, s.r.o.
- Hradecká, V. & Hradecký, I. (1996). *Bezdomovství - extrémní vyloučení*. Naděje.
- Chomynová, P. & kolektiv. (2023). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022*. Márodní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- International Harm Reduction Association (IHRA). (2010). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. London, UK: IHRA. https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf
- Kalina, K. & kolektiv. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing, a.s.
- Kliment, P. & Dočekla, V. (2016). *Pohled na bezdomovství v České republice*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kopřiva, K. (2016). *Lidský vztah jako součást profese*. Portál, s.r.o.
- Křížová, I. (2021). *Závislosti pro psychologické obory*. Grada Publishing, a.s.
- Kučera, M. (2023). *Alkoholikům pomůže první azylový dům*. Novinky.cz. <https://www.novinky.cz/clanek/domaci-alkoholikum-pomuze-prvni-azylovy-dum-40444379>
- Marek, J. & kolektiv. (2012). *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Portál, s.r.o.
- Massachusetts Coalition for the Homeless. (2024). *Shelters for Unaccompanied Individuals*. <https://mahomeless.org/adults/>
- Maté, G. (2022). *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. Peoplecomm.
- Matoušek, O. & kolektiv. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Portál, s.r.o.
- Matoušek, O. & kolektiv. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Portál, s.r.o.
- Matoušek, O. & kolektiv. (2022). *Strategie a postupy v sociální práci*. Portál, s.r.o.
- Městský ústav sociálních služeb Klatovy, p.o. (2024). *Vnitřní pravidla – azylový dům*. <https://www.klatovynet.cz/muss/user/AD/prilohy/Vnit%C5%99n%C3%AD%20pravidla%20AD.pdf>

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Galén.

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

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Registr poskytovatelů služeb. <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2019). *Kolik žije v ČR bezdomovců?* https://www.mpsv.cz/documents/20142/511219/17_10_2019+TZ+-+VUPSV+scitani+bezdomovcu.pdf/53094fde-dde1-33da-bdef-6f2660e23450

Modes, J. (2021). *Mokrý azylový dům*. <https://azylinky.cz/mokry-azylovy-dum/>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K. (2019). *Veřejnozdravotní význam užívání návykových látek*. Hygiena (časopis pro ochranu a podporu zdraví). https://hygiena.szu.cz/cz/artkey/hyg-201901-0005_verejnozdravotni-vyznam-uzivani-navykovych-latek.php

Myrick, D. (2016). *Why are there more homeless men than women?* Cultural Daily. <https://www.culturaldaily.com/homeless-men-women/>

Nepustil, P. (2014). *Bez léčby to jde: proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci*. MUNI press.

Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál, s.r.o.

Nešporová, O. & Holpuch, P. (2020). *Populace osob bez domova v České republice*. VÚPSV, v.v.i.

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky. (2024). *Připravované legislativní změny v zákoně o sociálních službách*. <https://www.zdravotnickeodborny.cz/aktuality/pripravovane-legislativni-zmeny-v-zakone-o-socialnich-sluzbach/>

Prochaska, J. O. & Norcross, J.C. (2001). *Psychoterapeutické systémy – průřez teoriemi*. Grada Publishing, a.s.

Prokšová, L. (2019). *Mokrý dům povolí i alkohol*. Plzeňský deník. https://plzensky.denik.cz/zpravy_region/mokry-dum-povoli-i-alkohol-20191023.html

Průdková, T. & Novotný, P. (2008). *Bezdomovectví*. Triton

Průšová, L. (2021). *Wet house - nový typ služby pro klienty s odlišnými problémy a potřebami*. Diplomová práce. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Fakulta sociálně ekonomická. Dostupné z <https://theses.cz/id/4z7mst/>

Röhr, H.P. (2015). *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Portál, s.r.o.

Rotgers, F., Keller, D. S., & Morgenstern, J. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Grada Publishing, a.s.

Seay, N. (2023). *Are Wet Houses Really Helping Those With Alcohol Addiction*. American Addiction Centers. <https://rehabs.com/blog/are-wet-house-facilities-really-helping-alcoholics/>

Sclar, K. (2024). *Sober Living Homes and Halfway Houses Near Me*. American Addiction Centers. <https://rehabs.com/treatment/outpatient/sober-living/>

Silberman, A. (2023). *Moncton safe injection site adds security, fencing to „be a good neighbour“*. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/ensemble-shelter-fencing-moncton-homeless-substance-overdose-debby-warren-1.7058180>

Síť aktérů pro domov (2023). *Zvládání závislostí ve službách pro lidi bez domova, prezentace k projektu*. <https://sad-cr.cz/zvladani-zavislosti-ve-sluzbach-pro-lidi-bez-domova/>

Social Support New Brunswick. (2024). *Support for people experiencing homelessness*. https://socialsupportsnb.ca/en/simple_page/supports-people-experiencing-homelessness

Společnost Podané ruce. (2021). *Mokrý dům v Brně oslavil rok existence*. <https://streetwork.cz/archiv/clanky/detail/3488/mokry-dum-v-brne-oslavil-rok-existence>

Standardy kvality azylového domu Speramus. Příloha č.7 – Metodika práce s návykovými látkami. (2024).

Stelzer, A. (2017). *For Alcoholics „Wet houses“ Offer a Home*. San Francisco Public Press. <https://www.sfpublishpress.org/for-alcoholics-wet-houses-offer-a-home/>

Štěchová, M., Luptáková, M., & Kopoldová, B. (2008). *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

UK Rehab. (2024). *Alcoholics in Amsterdam are Being Paid with Alcohol to Clean the Streets*. <https://www.uk-rehab.com/alcohol-addiction/alcoholics-in-amsterdam-are-being-paid-with-alcohol-to-clean-the-streets/>

Vágnerová, M. & kolektiv. (2013). *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Karolinum Press.

Vágnerová, M. & kolektiv. (2018a). *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. Karolinum Press.

Vágnerová, M. & kolektiv. (2018b). *Narativní analýza role alkoholu v životních příbězích mužů – bezdomovců*. Česká a slovenská Psychiatrie 2018; 114(2): 53–59. Dostupné z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_2_53_59.pdf

Vnitřní pravidla azylového domu Speramus. (2024)

What is a wet house? (2024). <https://www.wethouse.com/>

Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník a Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. www.zakonyprolidi.cz

Seznam zkratk

AD – azylový dům

BZD - benzodiazepiny

č. - číslo

ČR – Česká republika

IHRA – International Harm Reduction Association

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

NL – návykové látky

S.A.D. – Síť aktérů pro domov

Sb. – Sbírky

THC – tetrahydrokanabinol (psychotropní látka nacházející se v květenství konopí)

6 PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Informace o výzkumu

Hlavní řešitel: Ing. Monika Čepelková

Vedoucí výzkumu: Mgr. Petr Matoušek

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vybrán k účasti ve výzkumu **Výhody a nevýhody "suchého" a "mokrého" azylového bydlení z pohledu klientů.**

Přečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

Co je cílem a očekávaným přínosem výzkumu?

Cílem je zjistit váš vztah k užívání návykových látek a názor na pravidla pro vstup a pobyt klientů užívajících návykové látky v konkrétním režimu poskytování služeb. Zajímá nás jaké výhody a nevýhody v daném režimu spatřujete. Získané informace jsou cennou zpětnou vazbou, která může sloužit rozvoji pobytových služeb sociální prevence.

Jak bude výzkum probíhat?

Výzkum bude probíhat formou neformálního rozhovoru, který potrvá přibližně 1 hodinu. Z rozhovoru bude pořízen zápis, který slouží pouze pro zachování všech důležitých informací, které budou dále zpracovány.

V rámci rozhovoru oceníme vaši sdílnost a otevřený přístup. Čím více informací nám k danému tématu sdělíte, tím kvalitnější bude materiál pro zpracování výzkumu.

Rozhovor bude rozdělen na 5 oblastí, které považujeme za důležité. Nebojte se požádat o vysvětlení, pokud vám bude cokoliv nesrozumitelné. Jedná se o oboustranný rozhovor, takže budeme rádi za doplňující otázky.

Kdykoliv po skončení rozhovoru jsme vám k dispozici pro případné dotazy.

Nakládání s informacemi o účastnících výzkumu

Jako účastník výzkumu budete vystupovat pouze pod anonymním kódem (např. Klient 1, 2, atp.)

V případě, že nedopatřením sdělíte údaje, dle nichž byste mohl být identifikován, v průběhu zpracování dat je anonymizujeme. Publikace výsledků výzkumu v odborném tisku bude provedena výhradně anonymně a tak, aby nebylo možno konkrétní účastníky studie identifikovat.

Vzhledem ke skutečnosti, že tazatelka je manažerkou služby, zavazuje se, že zachová mlčenlivost o informacích, které se dozví a nebude je sdělovat kolegům a nadřízeným v podobě, která by mohla vést k odhalení konkrétní osoby.

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu.

Další informace o studii můžete získat prostřednictvím e-mailu xxx

nebo telefonicky na tel. xxx.

V Liberci dne

Příloha č. 2

Informovaný souhlas

NÁZEV PROJEKTU: Výhody a nevýhody "mokrého" a suchého azylového bydlení z pohledu klientů

Hlavní řešitel: Ing. Monika Čepelková

KÓD ÚČASTNÍKA VÝZKUMU: Klient 1 - 10

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu Výhody a nevýhody "mokrého" a "suchého" azylového bydlení z pohledu klientů, který realizuje shora uvedený řešitel.

Byl/a jsem informován/a o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s: účastí ve výzkumu

Obdržel/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně.

Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně. Víím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a, že mi z toho nevznikne žádná újma.

Beru na vědomí, že informace, které sdělím tazateli, budou uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl/a jsem informován/a, že se žádostí o získání dalších podrobností o studii se mohou obrátit na vedoucího projektu Mgr. Petra Matouška e-mail petr.matousek@11f.cz. Na vedoucího projektu mohu směřovat i veškeré stížnosti. Pokud nebudou s vyřízením stížnosti souhlasit, mohu se obrátit na Etické kolegium SNN ČLS JEP na adrese Etické kolegium,

Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2, e-mail:

etickekolegium@snncls.cz. Beru na vědomí, že Etické kolegium se nezabývá anonymními podněty.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve 2 stejnopisech, z nichž 1 obdrží účastník výzkumu a jeden tazatel jako součást dokumentace projektu vedené hlavním řešitelem.

V Liberci dne

Prohlášení tazatele

Já, Monika Čepelková, jsem popsal/a výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Mám za to, že účastník /účastnice tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum: _____

Podpis tazatele: _____

Příloha č. 3

Souhrnný formulář klienta

Kód klienta

Jméno klienta:

Věk klienta:

Délka pobytu:

Číslo pokoje:

Základní informace z eQuip:

Aktuálně užívané NL:

Historie užívání:

Pobyt v „suchém“ zařízení ANO x NE

Typ zařízení:

Zkušenosti s dodržováním pravidel:

Výhody „suchého“ AD	Nevýhody „suchého“ AD
Výhody „vlhkého“ AD	Nevýhody „vlhkého“ AD