

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Dagmar Kocmánková, DiS.

Konstrukce nové sociální služby pro mnohoproblémové klienty

Construction of a new social service for multiple-problem clients

Praha 2019

Vedoucí práce: Oldřich Matoušek, PhDr. Doc

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 14. dubna 2019

Dagmar Kocmánková, DiS.

Klíčová slova (česky)

Mnohoproblémový klient

Bezdomovectví

Sociální služby

Potřeby

Bariéry

Klíčová slova (anglicky):

Multiple-problem client

Homelessness

Social services

Social needs

Barriers

Abstrakt (česky)

Anotace:

Bakalářská práce Konstrukce sociální služby pro mnohoproblémové klienty se zabývá bariérami ve využívání sociálních služeb zjevnými osobami bez domova, mapuje jejich potřeby a na základě získaných dat z kvalitativního šetření navrhuje novou nízkoprahovou sociální službu. Nová sociální služba představuje modely, jak bariéry překonávat, řeší legislativní rámec služby a navrhuje typ organizací, který by mohl službu realizovat.

Abstract (in English):

The bachelor thesis "Construction of social service for multi-problem clients" deals with barriers in the use of social services by apparent homeless people, maps their needs and proposes a new low-threshold social service based on obtained data from a qualitative survey. The new social service presents models to overcome barriers, addresses the legislative framework of the service, and proposes a type of organization that could deliver the service.

OBSAH

1 ÚVOD.....	1
2 VYMEZENÍ POJMU MNOHOPROBLÉMOVÝ KLIENT.....	3
2.1 DEFINICE POJMU MNOHOPROBLÉMOVÝ KLIENT.....	3
2.2 PŘÍČINY A DŮSLEDKY VZNIKU KUMULACE PROBLÉMŮ.....	4
2.2.1 <i>Duševní nemoci.....</i>	5
2.2.1.1 Psychotická onemocnění.....	5
2.2.1.2 Závislosti na alkoholu a nealkoholových drogách.....	6
2.2.1.3 Duální diagnóza.....	7
2.2.1.4 Poruchy osobnosti.....	7
2.2.1.5 Kognitivní poruchy.....	8
2.2.2 <i>Somatické nemoci.....</i>	9
2.2.2.1 Infekční žloutenka.....	9
2.2.2.2 Virus HIV/AIDS.....	10
2.2.2.3 Tuberkulóza.....	10
2.2.2.4 Diabetes, cukrovka.....	11
2.2.2.5 Rakovina.....	11
2.2.2.6 Ischemická choroba srdeční.....	12
2.2.2.7 Poúrazové stavy, žilní onemocnění nohou.....	13
2.2.2.8 Parazité.....	14
2.2.3 <i>Důsledky kumulace problémů.....</i>	17
2.2.3.1 Bezdomovectví.....	17
2.2.3.2 Evropská typologie bezdomovectví - ETHOS.....	17
2.2.3.3 Chudoba a sociální vyloučení.....	18
2.2.4 <i>Specifika mnohoproblémových klientů.....</i>	20
2.2.4.1 Vzhled.....	20
2.2.4.2 Způsoby přespávání.....	20
2.2.4.3 Zdroje obživy a financí.....	21
2.2.4.4 Denní rytmus a trávení volného času.....	22
2.2.4.5 Využívání sociálních služeb.....	23

3 PŘÍKLADY MOŽNOSTÍ PŮSOBENÍ NA CÍLOVOU SKUPINU MNOHOPROBLÉMOVÝCH KLIENTŮ	24
3.1 ÚKOLOVĚ ORIENTOVANÝ PŘÍSTUP	24
3.2 MOTIVAČNÍ ROZHOVORY	24
3.3 KOORDINOVÁNÍ ČINNOSTI SPECIALISTŮ PROSTŘEDNICTVÍM SÍTĚ - MULTI SERVIS NETWORK KANADA	25
3.4 HOUSING FIRST - BYDLENÍ PŘEDEVŠÍM	27
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	28
4.1 FORMULACE HLAVNÍHO CÍLE, DÍLČÍCH CÍLŮ, TRANSFORMAČNÍ TABULKA	28
4.2 ODŮVODNĚNÍ ZVOLENÉ VÝZKUMNÉ STRATEGIE	30
4.3 SBĚR INFORMACÍ	30
4.4 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU, POPIS PRŮBĚHU SBĚRU DAT	30
4.5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	31
4.6 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	31
5 NÁVRH KONSTRUKCE NOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	42
5.1 KOMUNITNÍ BYDLENÍ PRO MNOHOPROBLÉMOVÉ KLIENTY	42
5.2 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ	42
5.3 PROCES PŘIJETÍ KLIENTA	43
5.4 METODY PRÁCE S KLIENTY	44
5.5 PRÁVA KLIENTŮ	44
5.6 POVINNOSTI KLIENTŮ	45
5.7 UKONČENÍ POBYTU	47
5.8 ORGANIZACE POBYTU, DENNÍ A TÝDENNÍ REŽIM	47
5.9 PRÁVA PRACOVNÍKŮ VE VZTAHU KE KLIENTŮM	48
6 ZÁVĚR	49
6.1 ANALOGIE KOMUBYT S EXISTUJÍCÍMI SLUŽBAMI	49
6.2 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ SLUŽBY	50
6.3 PŘEHLED TYPŮ ORGANIZACÍ, KTERÉ BY MOHLY SLUŽBU REALIZOVAT	50
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
8 SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ	53
9 SEZNAM TABULEK	53

10 SEZNAM ZKRATEK:	54
---------------------------------	-----------

Předmluva

Konstrukce nové sociální služby jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala proto, že je mi velmi blízké. Více než dvacet let se věnuji osobám bez přístřeší a během té doby jsem se setkala s celou řadou lidí na okraji společnosti, kteří odmítají z různých důvodů nabídnutou pomocnou ruku. Poskytované formy sociální služby jim nevyhovují. To mne přivedlo k otázce, zda-li se nabídka poskytovaných služeb setkává s poptávkou po pomoci u mnohoproblémových klientů a proč raději zůstávají na ulici.

Cílem bakalářské práce je odhalit bariéry ve využívání sociálních služeb mnohoproblémovými klienty, zmapovat jejich potřeby a na základě získaných dat z kvalitativního šetření navrhnout novou nízkoprahovou sociální službu. Nová sociální služba představuje modely, jak bariéry překonávat, řeší legislativní rámec služby a navrhuje typ organizací, který by mohl službu realizovat.

Bakalářské práce je rozdělena do části teoretické a praktické. V teoretické části nejdříve vymezím pojem mnohoproblémový klient, popisují příčiny a důsledky kumulace problémů, dále pak uvádím možnosti a metody působení na cílovou skupinu.

V praktické části, formou kvalitativního šetření mezi padesáti jedna mnohoproblémovými klienty, nejdříve mapují jejich potřeby a zkoumám bariéry ve využívání sociálních služeb. Na základě analýzy získaných dat navrhuji novou sociální službu.

V závěru práce pak představuji modely, jak bariéry překonávat, řeším legislativní rámec služby a navrhuji typ organizací, který by mohl službu realizovat.

V teoretické části jsem studovala literaturu a články, které se k tématu vztahují, jednalo se hlavně o publikace z oboru sociální práce, lékařských učebnic, zahraničních článků dostupných na internetu. Relevantní informace cituji buď formou přímých citací, nebo informace parafrázuji, vždy s odkazem na zdroj. V praktické části pak analyzuji a interpretuji data získaná z kvalitativního šetření.

1 Úvod

Žijí na absolutním dně společnosti a není jim pomoci. I takto můžeme vnímat osoby, které žijí ve městech na ulici nebo v parcích, vidáme je pod mosty, vybírají popelnice, popíjejí ve skupinkách alkohol, žebrají, dělají výtržnosti a nechtějí se přizpůsobit.

Kdybyste se ale podívali na svět jejich očima nebo si jeden den zakusili jejich realitu, pochopili byste, že situace není tak černobílá. Za každou takovouto osobou se skrývá osobní příběh, který má podobný scénář. Osobní dispozice jednotlivce neunesla kumulaci zdravotních, psychických a sociálních problémů, dovedla jej na ulici a do stavu, kdy neobstojí ani u dlouhodobého využívání dostupných sociálních služeb. Přežívá mimo systém, což má negativní důsledky na zdravotní a psychický stav.

Téma mnohoproblémových klientů je mi velmi blízké, dvacet let pracuji s lidmi bez domova a proto jsem se zaměřila na ty, kteří sociální služby nevyužívají. Cílem mé bakalářské práce je navrhnout novou sociální službu, která vyjde těmto lidem vstříc a nabídne jim možnost bydlení, nebude tlačit na okamžitou změnu životního stylu, pomůže jim prostřednictvím odborníků řešit jejich problémy a nabídne i dostupné pracovní zapojení přizpůsobené jejich dovednostem a znalostem.

V druhé kapitole se zabývám vymezením pojmu mnohoproblémový klient, jeho definicí, příčinami a důsledky kumulace problémů. Popisuji specifika této cílové skupiny jako způsob přespávání, zdroje příjmu, vzhled, denní rytmus a trávení volného času, využívání sociálních služeb.

Ve třetí kapitole uvádím příklady možností působení na tuto klientelu, vybrala jsem úkolově orientovaný přístup, motivační rozhovory a příklady ze zahraničí. První je z Kanady a jedná se o koordinační službu specialistů Multi-Service Network, která na základě případových konferencí a domluveného plánu zajišťuje návaznost ve využívání služeb sítě pro duševní zdraví, léčbu závislostí, sociálních služeb, organizace poskytující ubytování a probační a mediační služby. Druhým příkladem ze zahraničí je koncept Housing first, který vyvinul Dr. Sam Tsemberis v New Yorku, za posledních třicet let se z USA a Kanady přesunul i do Evropy a u nás se pomalu začíná rozšiřovat pod názvem Bydlení především. Tím uzavírám teoretickou část bakalářské práce.

Praktickou část otevírá čtvrtá kapitola, která se zabývá výzkumem mezi zjevnými osobami bez přístřeší. Kvalitativní šetření jsem prováděla v lokalitách: Hlavní nádraží Praha, Strossmayerovo náměstí, prostranství pod Hlávkovým mostem, Náměstí Republiky

a autobusové nádraží Florenc, kde jsem formou strukturovaného rozhovoru postupně vyzpovídala padesát jedna osob, z toho čtyřicet osm mužů a tři ženy. Osobní kontakt byl velmi přátelský, dotazované osoby projevovaly radost, že má o jejich osud někdo zájem. Dotazníku se odmítli účastnit pouze dva oslovení. V této kapitole také odůvodňuji zvolenou strategii, popisují výzkumný soubor, analyzují data z dotazníku a na závěr data interpretuji.

V páté kapitole navrhuji novou sociální službu Komunitní bydlení pro mnohoproblémové klienty (KOMUBYT). Smyslem existence tohoto zařízení je nahradit těmto klientům to, co ztratili, tedy zázemí a rodinu, akceptovat jejich svérázné povahy, poznat do hloubky všechny problémy, kterým čelí, a na základě doporučení týmu složeného z odborníků postupně začít problémy řešit.

Doba pobytu na rozdíl od jiných zařízení obdobného typu není omezena. Naděje mnohých starších klientů na lůžko v domově důchodců nebo vlastní bydlení je většinou mizivá a časově omezený pobyt je zbytečně stresuje. Zařízení je určené dospělým osobám ve svízelné sociální situaci s mnoholetou absencí řádného bydlení a trvalým pobytem v ČR.

Zařízení bude rozdělené na mužskou a ženskou část, každý klient má svůj pokoj s lůžkem a místem pro své osobní věci. Pracovní zapojení je důležitým prvkem v komunitním bydlení, klienti se budou zapojovat do prací ve prospěch komunity a bude jim nabídnuta možnost finančního výdělků formou práce na zahradě, nebo v dílně na opravu a renovaci nábytku, či formou veřejné hudební produkce. Stravování je společné, kuchyň vede profesionální kuchař, kterému pomáhají při přípravě jídel samotní klienti. V zařízení je možné mít domácí zvíře, do zařízení bude docházet veterinář, dále zde pracuje sociální pracovník, psychiatr, lékař, mistr dílny pro renovaci nábytku, mistr zahradník a koordinátor veřejné produkce.

Zařízení toleruje konzumaci alkoholických nápojů, nicméně konzumace je omezena akceptací domluvených pravidel, agresivní projevy včetně verbálních jsou nepřípustné. Klienti jsou aktivně povzbuzováni k minimalizaci újmy způsobené užíváním drog a alkoholu a také k léčbě, není to však od nich vyžadováno. Jiné programy pro osoby bez domova, jako například vícestupňové systémy, často vyžadují, aby klienti docházeli na léčbu a vyvarovali se alkoholu a drog ještě před tím, než je jim bydlení poskytnuto.

V těchto případech mohou být tyto osoby vystěhovány, pokud nedodržují podmínky léčby nebo pokračují v konzumaci drog či alkoholu.

V závěru bakalářské práce provedu srovnání a najdu analogii s existujícími službami v ČR, dále uvedu přehled zákonů a vyhlášek, kterými se musí zařízení řídit, a navrhu typy organizací, které by mohly službu realizovat.

Ráda bych svou bakalářskou prací nabídla jiný pohled na lidi, kterým osud nepřál a doufám, že i tím přispěji k jejich šťastnějšímu životu.

2 Vymezení pojmu mnohoproblémový klient

2.1 Definice pojmu mnohoproblémový klient

Jak uvádí Matoušek (2013), většina klientů sociálních služeb má více než jeden problém. Existuje zvláštní skupina klientů, kteří mají kombinaci několika vážných, obtížně řešitelných problémů. Jedná se o problémy, které mají vnitřní příčinu, například duševní nemoc typu psychózy, závislost na alkoholu, život ohrožující somatické nemoci (mj. přenosné nemoci jako žloutenka, AIDS, TBC), ale též rakovina, ischemická choroba, diabetes, poúrazové stavy, kriminální chování, osobnostní poruchy (zejména hraniční osobnost, agresivita, vztahovačnost, disociální porucha) a snížené rozumové schopnosti.

Tito klienti se pak na základě svých problémů dostávají do situací, jako je rozpad rodiny, chronická osamělost, chronická nezaměstnanost, bezdomovectví střídající se s pobyty v ústavu nebo psychiatrické léčebně, nebo ve výkonu trestu a režim dohledu vykonávaného probační službou. V konečném důsledku jsou díky svému asociálnímu chování vyřazeni ze systému sociálních služeb, protože organizace mají nastavený systém pravidel na ochranu zaměstnanců.

Mnohoproblémoví klienti kladou na běžné a specializované služby vysoké nároky. Jejich potřeby obvykle přesahují možnosti specializovaných zařízení. Naděje na rychlý a viditelný výsledek intervence je nízká. Klienti jsou také lidské bytosti neatraktivní, a to jak po stránce vzhledu, tak po stránce schopnosti komunikovat a udržovat vztah. V běžných zařízeních sociálních služeb a také ve zdravotnických zařízeních pracují specialisté, kteří často nejsou vyškoleni na práci s komplexem vážných klientových problémů. Proto bývají za jedním klientovým problémem, na který je pomáhající organizace zaměřena, přehlíženy další klientovy problémy (Matoušek, 2013).

Výše uvedené problémy předurčují, že sociální práce s touto klientelou často selhává, klienti jsou často registrovaní u více sociálních služeb, jejichž práce je

nekoordinovaná a v mnohých případech začíná znovu, ačkoliv v jiné službě byly již provedené určité kroky pro řešení klientova případu.

2.2 Příčiny a důsledky vzniku kumulace problémů

U tohoto typu klientů hraje významnou roli i posloupnost vzniku problémů. Někdy je vysoká pravděpodobnost, že problému č. 1 bude předcházet problém č. 2. Můžeme předpokládat, že klient, který má závislost na alkoholu a pije alkohol již od rána, nemůže využívat služby nocleháren a azylových domů, protože mají podmínku střízlivého stavu, takže přespávají venku. Podle posledních průzkumů mezi sociálními pracovníky, které provedlo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, až 80% lidí bez domova trpí závislostí na alkoholu.

Jak uvádí Matoušek (2013), kombinace drogové závislosti a duševní nemoci, případně osobnostní poruchy, je označována jako *komorbidita* nebo „duální diagnóza“ (dále jen DD). Odhady dle evropských studií mluví o 30-50% psychiatrických pacientů, kteří souběžně zneužívají návykové látky, situace v ČR přibližně koresponduje se situací v EU, v letech 2001-2002 činil podíl 35,5% klientů léčených v terapeutických komunitách (Kalina, Miovská, Miovský, 2008), v roce 2012 bylo zjištěno 47% klientů s DD (Kalina, Vácha, 2013).

Osoby, které mají zkušenost s drogami, mají také často za sebou pobyt ve výkonu trestu. V rozhovoru pro časopis České vězeňství (03/2011) uvádí tehdejší ředitele odboru výkonu vazby a trestu Pavel Horák, že zastoupení uživatelů drog je ve vězení mnohem vyšší než v běžné populaci. Příčinami kriminálního chování mohou být osobní dispozice nebo situační řešení krize, pobyt ve vězení pak může prohlubovat duševní nemoci, institucionální způsob myšlení a zhoršovat adaptační kompetence. V konečném důsledku má také pobyt ve výkonu trestu dopad na budoucí pracovní uplatnění, se záznamem v rejstříku trestu je klient znevýhodněn na otevřeném trhu práce.

Posledním významným problémem, který provází tuto klientelu, je špatné nakládání s financemi, který se promítá i do stanovování časových horizontů. Prioritou se stává okamžité sehnání peněz, za co nejkratší dobu, různými způsoby (viz. kapitola 2.2.4.3), aby bylo možné uspokojit životní potřeby. Vnímání života pak ztrácí dlouhodobější horizonty a tito lidé žijí ze dne na den, rezignují i na dodržování hygieny, péči o sebe a vytváří si vlastní strategie přežití, postavené na odmítání odpovědnosti za

vlastní život, obviňování ostatních za své neúspěchy, popírání skutečnosti, lhaní a manipulaci. V dalších kapitolách se budu jednotlivým příčinám věnovat podrobněji.

2.2.1 Duševní nemoci

2.2.1.1 Psychotická onemocnění

U psychóz se jedná o závažný duševní stav, který psychiatrie definuje jako neschopnost chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Psychóza je silným sociálním stigmatem. Jedinec je vnímán jako blázen žijící ve vlastním světě. Vyznačuje se proměnou osobnosti pod vlivem bludného myšlení doprovázeného halucinacemi. Neléčená psychóza vede k uzavření jedince do vlastního světa, okolnímu světu jedinec nerozumí, požadavek na léčení většinou odmítá a považuje jej za projev nepřátelství. V našem soudním řádu neexistuje nástroj, který by tyto jedince donutil k léčbě, pokud nespáchají něco, co může být považováno za pokus o ublížení sobě nebo někomu jinému. Nejznámějším druhem psychotických poruch je schizofrenie.

2.2.1.1.1 Schizofrenie

Schizofrenické poruchy jsou obecně podle psychiatrie charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Emoce jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují: ozvučování myšlenek; bludné vnímání; pasivitu nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě či jej pronásledují; poruchy myšlení a negativní příznaky.

Pro sociální pracovníky je komunikace s takovými osobami náročná. Pracovník je pro psychotického klienta „agentem systému“ a očekává od něho nucení k léčbě (Kuhlman in Marek a kol., 2012). Verbální komunikace sice vykazuje známky logického myšlení, takže by se na první dojem mohlo zdát, že jde o člověka nahlížejícího na svou situaci adekvátně, ale jen do okamžiku, než dojde k jakési nelogické přesmyčce. Komunikace se začne dostávat do mrtvého bodu. Sociální pracovník se ocitá v roli bezmocného „časoměřiče“, který má jediný způsob pomoci a tím je naslouchání (Pěnkava in Marek a kol., 2012).

2.2.1.1.2 Deprese

Tyto poruchy jsou v běžné populaci nejrozšířenější, to samé platí i pro mnohoproblémové klienty nebo osoby bez domova, jak dokazují statistiky ordinace

praktického lékaře pro osoby bez přístřeší, kterou provozuje organizace Naděje (nadeje.cz). Celých 19 % klientů má depresivní stavy. Mezi nejčastější znaky deprese patří apatie. Vzhledem k tomu, v jaké situaci se klient nachází, je deprese logickým vyústěním, mnoho potřeb není uspokojeno a to má vliv na nízké sebehodnocení klienta. Deprese mají vliv i na zapojení klienta v sociálních službách, ve většině jsou pro něj nastaveny individuální plány a klient mnohdy není schopen dané úkoly plnit a tím se začleňovat zpět do společnosti. Sociální pracovník pak nabývá dojmu, že zadané úkoly neplní z lenosti nebo nechce spolupracovat (Marek a kol., 2012).

2.2.1.1.3 Úzkostné poruchy

Mezi úzkostné či neurotické poruchy řadí psychologie širokou škálu poruch, jejichž společným jmenovatelem je nadměrný pocit úzkosti a strachu. Fobické úzkostné poruchy zahrnují ty poruchy, u nichž je úzkost vyvolána určitými podněty, které nejsou nebezpečné. Typické je, že se jim klient vyhýbá nebo je snáší s pocitem hrůzy a s příznaky jako bušení srdce, zvýšená tepová frekvence, zčervenání, pocení apod.

Fobie je tedy konkrétní strach, u něhož můžeme identifikovat jeho zdroj, např. fobie z otevřeného prostoru či veřejných míst a dopravních prostředků (agorafobie), mluvení na veřejnosti (sociální fobie), ze zvířat, výšek, z jednání na úřadech, z úřední korespondence. Lidé trpící touto poruchou pak mohou být vyčleněni mimo sociální systém, odříznuti od dávek hmotné nouze a další pomoci, na kterou mají nárok.

2.2.1.2 Závislosti na alkoholu a nealkoholových drogách

Alkohol patří mezi nejčastější příčinu vzniku kumulace problémů u mnohoporoblemových klientů. Spouštěčem může být buď špatná sociální situace (ztráta práce, stres v práci, rozpad manželství, úmrtí blízké osoby), nebo může být také vyústěním neřešených problémů a stane se tak nedílnou součástí životního stylu. Ve společnosti se vyskytují lidé, konzumenti, kteří pijí alkohol pro chuť a výjimečně, mezi problémové konzumenty alkoholu patří tzv. pijani, neboť se sytí alkoholem ve větším množství kvůli jeho účinkům. Další skupinou mohou tvořit „kvartální pijáci“, u těchto lidí se střídá období abstinence s obdobím pití. Hranice mezi konzumentem a pijanem je velmi tenká, stejně jako mezi pijanem a závislým na alkoholu (Marek a kol., 2012). Jak uvádí statistika ordinace praktického lékaře pro osoby bez přístřeší, kterou provozuje organizace Naděje (nadeje.cz), 23% jejich klientů trpí závislostí. Alkohol způsobuje mnohá vážná somatická onemocnění i psychické nemoci, dlouhodobé užívání způsobuje rozpad osobnosti, je i důsledkem náhlých úmrtí. Závislost na alkoholu pak zamezuje využívat sociální služby

typu azylových domů a nocleháren, protože mají v pravidlech podmínku střízlivého stavu. V některých azylových domech a noclehárnách je tolerance na alkohol stanovena do 0,2‰ alkoholu v krvi. Alkoholismus se spíše vyskytuje u starších klientů, mladší mají za sebou zkušenost s nealkoholovými látkami, což můžeme přičítat změně politického systému v roce 1989, kdy se změnila i nabídka na trhu s drogami. Vedle používaného toluenu (na kterém je jedna z nejtěžších závislostí) ještě přibyly další jako pervitin, heroin a subutex. Subutex byl původně aplikován při substituční léčbě pro závislé na heroinu. V současné době se dostal na černý trh a je brán jako běžná pouliční droga. Způsobuje zklidnění až ospalost a otupělost. Euforické zážitky nejsou jako u heroinu, ale snadná dostupnost i cena z něj udělala lákavou drogu. Podle informací Sananimu (sananim.cz) je v České republice 35000 drogově závislých, z toho 20-25% je bez domova (Marek a kol., 2012). V prostředí ulice panuje mezi alkoholiky a narkomany určitý druh řevnivosti, tyto skupiny sebou vzájemně opovrhují; alkoholici obviňují narkomany z kriminality, narkomani považují alkoholiky za špinavé lenochy.

2.2.1.3 Duální diagnóza

Pojmem duální diagnóza (dále jen DD) označujeme onemocnění, kdy klient trpí diagnostikovaným psychiatrickým onemocněním a souběžně má závislost na alkoholu nebo nealkoholových drogách, případně patologicky hraje. Bylo zjištěno, že zneužívání alkoholu a drog významně zvyšuje sociální izolaci a zhoršuje sociální kompetence, ohrožuje soužití, zvyšuje rodinné konflikty a opakující se relapsy vrací duševní problémy na počátek.

Dle Muesera (2003) až 47% lidí s diagnózou schizofrenie anebo afektivní poruchou uvedlo nějakou formu závislosti na nějakých substancích během svého života. U těchto klientů se v sociální práci také využívá Model změny a motivační rozhovory.

2.2.1.4 Poruchy osobnosti

Jedná se o soubor výrazných, pro okolí či dotyčného nepříjemných osobnostních rysů, názorů a chování, které jsou výrazně nepřizpůsobivé ve většině sociálních situací a výrazně narušují společenské a pracovní fungování. Pro poruchy osobnosti je typické: porucha a povahové změny, dotyčný si svou poruchu nepřipouští, v případě sociálních neúspěchů viní obvykle okolí a patologické rysy osobnosti považuje za své, měnit je tedy nechce. Z dlouhodobého hlediska má porucha relativně stabilní průběh, ačkoliv v emočně vypjatých situacích může docházet k akcentaci povahových rysů. Osobnost se jeví jako

nevyvážená, chybí harmonická souhra mezi vlastnostmi, pročež dochází ke konfliktům s okolím, nebo sociálnímu stažení. V běžné populaci se vyskytuje 6-9% osob, u nichž lze sledovat nějakou trvalou poruchu osobnosti (Vágnerová in Marek a kol., 2012). Mezi mnohoproblémovými klienty je hodně jedinců, kteří by spadali do diagnostických kritérií poruch osobnosti nejen disociálních, ale i emočně nestabilních, paranoidních, schizoidních, závislých i narcistických. Je třeba vždy zvážit, zda klienta zařadit mezi osoby s poruchou osobnosti, protože je zde nebezpečí nálepkování (Rollnicka in Marek a kol., 2012). Pokud se setkáme s klientem, který trpí touto diagnózou, je nebezpečí, že spadne do kategorie osob nevykazujících změnu, o něž se nemá cenu starat. Nežádoucí osobnostní rysy lze upozadit, nikoliv vymýtit. Ulice přitahuje osoby s poruchou osobnosti pro své měkčí sociální normy, proto je v práci s touto skupinou nezbytné stanovit jasné hranice a vyžadovat jejich respektování, klient potom nežádoucí složku své osobnosti potlačí.

Velmi častým jevem mezi touto klientelou je lhaní. Klient se často musí uchýlit ke lži, aby mohl využít sociální službu a prokázal snahu změnit se. Je to také významná část obrané sebe prezentace jeho ega. Lež zakrývá selhání a může zlepšit obraz klienta před okolím i před sebou samým. Boj sociálního pracovníka proti lži klienta nemá velký význam, naopak zhoršuje jejich vztah. Klient by měl být postaven do pozice, kdy lež nebude pro něj výhodná. Pracovník nemá jeho snahu o upřímnost trestat, naopak klient by měl vědět, že pravda vede k pomoci. Autor Rollnick (2002) prosazuje nekonfrontační a naivní styl rozhovoru. Tvrdí, že při naivním stylu rozhovoru, kde se věří všemu řečenému, se objevuje více pravdivých informací, než při spekulativním rozhovoru, kde jsou klientova slova zpochybňována. Při nekonfrontačním stylu rozhovoru se objevuje více náznaků změny než při rozhovoru, kdy se argumenty snažíme přesvědčit druhého o nutnosti změny životního stylu (Marek a kol., 2012).

2.2.1.5 Kognitivní poruchy

Autoři Backer a Howard (2007), uvádí, že kognitivní poruchy výrazně zvyšují úroveň rizika vzniku sociálních problémů. Kognitivní porucha je dnes chápána jako nemoc, při které dochází buď k objektivní poruše paměti (amnestická forma mírné kognitivní poruchy), nebo k objektivní poruše jiných kognitivních funkcí mimo paměť, kdy je postižena například oblast používání nebo chápání řeči a jazyka, zrakově-prostorových dovedností, konstrukčních a praktických dovedností, schopnosti plánovat a organizovat složitější činnosti (neamnestická forma mírné kognitivní poruchy).

Kognitivní poruchy vznikají z mnoha zdrojů - včetně schizofrenie, zneužívání návykových látek, traumatických nebo získaných zranění mozku, progresivních neurologických poruch a vývojových postižení. U mnohoproblémových klientů může jejich postižení pocházet z více než jednoho zdroje a vzorec jejich kognitivních problémů se může v průběhu času měnit.

Léčba mírné kognitivní poruchy je v dnešní době diskutována. Byla uspořádána řada studií, které byly zaměřeny na farmakologickou léčbu nebo alespoň na možnost oddálení rizika konverze mírné kognitivní poruchy do demence v pozdějších letech. Rovněž jsou popisovány nefarmakologické metody terapie mírné kognitivní poruchy – tréninkové metody. Včasná terapeutická intervence mírné kognitivní poruchy je velmi žádoucí. Může dojít k oddálení progresu do vlastní demence, stejně tak jako ke zlepšení kvality života pacientů s mírnou kognitivní poruchou. Jednoznačná doporučení pro klinickou praxi zatím neexistují.

2.2.2 Somatické nemoci

2.2.2.1 Infekční žloutenka

Murray (2001) popisuje žloutenku jako virovou infekci jater. Je rozdělena na typ A – E. Žloutenka typu A se vyskytuje na celém světě i v průmyslově vyspělých zemích a riziko je vyšší v zemích s nižším hygienickým standardem.

Zdrojem nákazy u žloutenky typu A jsou lidé v inkubační době, která je u žloutenky průměrně 28 dní. Onemocnění se šíří nejvíce tzv. fekálně-orální cestou, znečištěnými rukama, slinami, hleny, kontaminovanou vodou, zeleninou a potravinami. Infekční žloutenky typu B – D se přenáší krví a tělními sekrety, postihují tedy více osoby drogově závislé a klienty pracující v sexbyznysu. Žloutenka typu E se přenáší kontaminovanou vodou a potravinami a vyskytuje se vzácně.

Onemocnění žloutenkou typu A se v první fázi projevuje chřipkovými příznaky jako je teplota, nevolnost, bolest hlavy a břicha, celková slabost. Mohou se vyskytnout kloubní, kožní a nervové projevy. V další fázi nemoci dochází ke zhoršení potíží, kdy má osoba tmavou moč a světlou stolicí. Příznaky v některých případech nemusí být přítomny a nemocného přivádí k lékaři až žluté zbarvení kůže a bělma oka. U 10 % pacientů může dojít ke komplikovanému průběhu onemocnění. Následná rekonvalescence může trvat i několik měsíců. Existují i bezpříznakové formy infekce, kdy se nemocný pohybuje v populaci a nepozorovaně přenáší virus na další osoby. Žloutenky typu B – D mají delší

inkubační dobu (až 150 dní), onemocnění způsobuje zažloutnutí kůže a očního bělma, bolesti kloubů, malátnost a může dojít až k poškození jater.

Preventivní opatření zahrnují zvyšování osobní hygieny a dodržování zdravotnických zásad. Důraz musí být kladen na konzumaci nezávadné pitné vody a potravin. Dalším preventivním opatřením je používání jednorázových jehel. Z důvodu možného přenosu pohlavní cestou je významnou prevencí používání kondomu. Nezastupitelnou preventivní roli hraje očkování.

2.2.2.2 Virus HIV/AIDS

Onemocnění AIDS způsobuje virus HIV. Zkratka HIV znamená Human Immunodeficiency Virus. Vir může napadnout jen lidský organismus. Přestože se podobné infekce vyskytují i u jiných živočichů, jako jsou opice nebo kočky, tyto viry nemohou člověka ohrozit. Na druhou stranu ani tyto živočichové se nemohou nakazit virem HIV. Vir způsobuje deficit (nedostatek) v imunitním systému organismu a tím omezuje jeho funkci. K reprodukci potřebuje lidskou buňku. Nicméně virus HIV je choulostivější a je mnohem složitější se jím nakazit. Navíc není schopen přežít vně lidského těla delší dobu; HIV může přežívat pouze v tělních tekutinách, jako je krev, sperma nebo sliny. A může být přenesen, dojde-li ke styku těchto tekutin se sliznicí dalších osob (dumsvetla.cz).

Lidé nemocní AIDS se i v současnosti, především však v minulosti museli často potýkat vedle své nemoci také se společenskými předsudky či s vyčleněním z normálního života, který vede k sociální exkluzi. Virem HIV se nejčastěji nakazí klienti, kteří se pohybují v sexbyznyse nebo drogově závislí.

2.2.2.3 Tuberkulóza

Jedná se o infekční onemocnění způsobené bakteriemi ze skupiny *Mycobacterium tuberculosis* komplex. Nemoc napadá nejen člověka, ale i zvířata. Tuberkulóza většinou napadá plíce, ale může postihnout i jiné části těla. Šíří se vzduchem, když osoba s aktivní formou tuberkulózy kašle, kýchá nebo jiným způsobem rozšiřuje své sliny vzduchem. Většina infekcí je latentní; zhruba jedno z deseti onemocnění přejde v aktivní tuberkulózu, která, když se neléčí, způsobuje úmrtí ve více než 50 % případů.

Nejtypičtějším příznakem je chronický kašel spojený s vykašláváním krve, horečka, noční pocení a ztráta tělesné hmotnosti. Léčba je náročná a vyžaduje dlouhodobé užívání různých antibiotik. Vzrůstajícím problémem při léčbě je antibiotická rezistence některých

druhů tuberkulózy. Prevence spočívá v screeningu a očkování, které se označuje jako kalmetizace.

Předpokládá se, že třetina světové populace je infikována bakterií *M. tuberculosis* a zhruba každou sekundu je infikován nový člověk. Procento celosvětové populace, které každý rok onemocní tuberkulózou, zůstává stejné nebo klesá, ale v důsledku růstu populace se počet nakažených zvyšuje. V České republice bylo v roce 2015 hlášeno 518 onemocnění tuberkulózou, tj. 4,9 případu na 100 000 obyvatel, v roce 2009 to bylo 710 případů, tj. 6,8 na 100 tisíc obyvatel (cojeco.cz).

2.2.2.4 Diabetes, cukrovka

Perušičová (2008) uvádí, že Diabetes mellitus, česky úplavice cukrová nebo cukrovka, je souhrnný název pro skupinu závažných chronických onemocnění, která se projevují poruchou metabolismu sacharidů. Rozlišují se dva základní typy: diabetes I. typu a diabetes II. typu, které vznikají důsledkem absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu. Obě dvě nemoci mají podobné příznaky, ale odlišné příčiny vzniku. V prvotních stádiích diabetu I. typu jsou ničeny buňky slinivky břišní, které produkují hormon inzulín, vlastním imunitním systémem. Proto se řadí mezi autoimunitní choroby. Diabetes II. typu je způsoben sníženou citlivostí tkání vlastního těla k inzulínu.

Následky cukrovky se řeší inzulínem, což je hormon bílkovinné povahy, který umožňuje glukóze obsažené v krvi vstup do buněk. V buňkách je glukóza štěpena na jednodušší látky, přičemž se uvolňuje energie. Proto je hlavním projevem diabetu zvýšená koncentrace glukózy v krvi a nedostatek energie (z toho však nevyplývá, že by diabetik měl neustále zvýšenou glykémii). Zvýšená hodnota glykémie v krvi se označuje jako hyperglykémie a její hodnota je nad 5,6 mmol/l. Snížená hodnota glykémie se nazývá hypoglykémie a její hodnota je pod 3,6 mmol/l. Normální hodnota glykémie se pohybuje mezi 3,6-5,6 mmol/l.

2.2.2.5 Rakovina

Klener (2002) popisuje rakovinu jako různorodou skupinu chorob, jejichž společným rysem je to, že některá populace vlastních buněk organismu se vymkne kontrole a začne relativně autonomně růst. Za normálních okolností jsou buňky schopny svou mutaci detekovat a opravit, případně je možné je operativně zlikvidovat. Bujení pak může být naprosto neškodné (např. bradavice), ale také může v poměrně krátké době

postiženého zahubit (např. některé nádory krve – některé leukemie). Obvykle se považuje za projev zhoubnosti (malignity) to, že nádor roste infiltrativně do okolí a je schopen se rozsévat po těle a zakládat vzdálená ložiska, tzv. metastázy; výjimku z tohoto pravidla představují maligní nádory mozku, které jen vzácně zakládají metastázy.

V terapii nádorů se obvykle rozlišují tzv. léčebné záměry, které jsou určeny jednak typem a pokročilostí nádoru a jednak celkovým stavem nemocného:

- kurativní záměr – Cílem léčby je nemocného vyléčit. Jako kritérium úspěšnosti terapie je pokládáno přežití bez návratu choroby po určitou dobu. U většiny nádorů je to 5 let, u některých pomalu rostoucích nádorů je to 10 let.
- paliativní záměr – Cílem léčby je nemocného zbavit projevů onemocnění a zastavit nebo zpomalit růst nádoru. Takový nemocný může žít kvalitním životem i mnoho let nebo dokonce desetiletí.
- symptomatický záměr – Nemocný je v takovém stavu, že není naděje ani na vyléčení ani na zastavení postupu onemocnění. Základem lékařské péče je snaha o udržení kvality života. Především je tišena případná bolest a jsou řešeny komplikace růstu nádoru.

2.2.2.6 Ischemická choroba srdeční

Špinar (2003) popisuje Ischemickou chorobu srdeční jako onemocnění, při kterém se aterosklerotické pláty ukládají v koronárním řečišti, kde jsou příčinou sníženého průtoku krve v srdečním svalu – myokardu. Srdeční sval trpí nedokrevností - ischemií. Klinickým projevem tohoto nepoměru mezi dodávkou a poptávkou kyslíku je bolest na hrudi. Konečným stádiem je infarkt myokardu.

Infarkt myokardu (srdeční mrtvice) je náhlé přerušení krevního zásobování části srdce. Dochází k němu náhlým uzávěrem srdeční (koronární) tepny - nejčastěji vznikem krevní sraženiny. Krevní sraženina (trombus) vznikne při prasknutí aterosklerotického plátu, čímž zanikne protisrážlivá ochrana povrchu tepny.

Aterosklerotický plát vzniká dlouhodobým ukládáním tukových látek do stěny cévy, podkladem je tedy ateroskleróza. Další příčinou může být vmetek krevní sraženiny, která vznikla v jiném místě cévního řečiště, céva může být uzavřena také vzduchovou bublinkou (příhody při potápění). Následkem uzávěru koronární tepny může být zástava oběhu (náhlá srdeční smrt). V akutní fázi může nastat také kritické oslabení srdeční činnosti. Pokud není krevní proud v postižené tepně obnoven do dvou hodin, dochází

k nevratnému poškození postižené části srdce. Obnovení průtoku krve i po dvou hodinách má však blahodárný vliv. Z těchto důvodů je nutné při podezření vždy angažovat zdravotnickou záchrannou službu.

Infarkt myokardu se vyskytuje častěji u mužů než u žen. Nejvíce ohroženi jsou muži nad 50 let a ženy nad 60 let. Toto onemocnění se však nevyhýbá ani mladším lidem, kteří mají nadměrnou srážlivost krve, genetické dispozice či velmi špatnou životosprávu.

2.2.2.7 Poúrazové stavy, žilní onemocnění nohou

Kromě akutních „větších“ úrazů, které jsou většinou zřejmé, je třeba připomenout, že i relativně nenápadné pohmoždění, či podvrtnutí, se může krátce po úraze, ale i s delším odstupem, projevit potížemi, které mohou vypadat jako postižení cévního systému.

Také je třeba zdůraznit, že jakýkoliv úraz, zvyšuje u postiženého riziko zánětu žil, zvláště na poraněné končetině. To se u mnohoproblémových klientů děje docela často, jedná se o úrazy, které vznikají při pohybu ve městě nebo při fyzických konfliktech.

Seyček (2002) popisuje křečové žíly (odborně varixy) jako vystouplé a uzlovitě rozšířené žíly, které nejčastěji postihují povrchový žilní systém dolních končetin. Křečové žíly jsou civilizační choroba postihující až 70% žen a 50% mužů. Křečové žíly se dělí dle příčiny vzniku na:

Primární křečové žíly, které vznikají v souvislosti se zhoršenou kvalitou vaziva v cévní stěně, která je obvykle dána geneticky.

Sekundární křečové žíly způsobené zánětem. Velmi často se oba typy kombinují. Dále se dělí dle velikosti na:

Velké křečové žíly - mohou mít průměr až několik centimetrů a vypadají jako modré pruhy, někdy hadovitě zvlněné. Pokud jsou ale uloženy hlouběji, nemusí být pro laika na první pohled zřetelné. Největší z nich jsou tzv. povrchové žilní kmeny, takzvané safény.

Drobné žilky neboli mikrovarixy. Mají průměr obvykle do několika milimetrů a projevují se jako modročervené sítě.

Křečové žíly vznikají při nedomykavosti chlopní, které jsou jako zpětné klapky rozmístěny uvnitř žil. Krev přestane odtékat směrem k srdci a hromadí se v žile. Vytváří zde tlak na žilní stěnu, která se postupně protahuje a vlní. Dále se uplatňuje snížená pevnost žilní stěny. V povrchním žilním systému je posunování krve zajišťováno pasivně, tedy polohou končetiny, a správnou funkcí jednocestných chlopní. Ztratí-li chlopně schopnost řádně se uzavírat, nedomykají a propouštějí krevní proud

zpětně - vzniká takzvaný reflux. Žíly, jejichž chlopně se staly nedomykavé, se protáhnou, vytvářejí provazce, vyboulí se a „ztloustnou“. Jsou označovány jako varikózní žíly. Častou příčinou vzniku varikózních žil dolních končetin je reflux ve stehenní žíle zvané velká saféna, která vede k zadržování krve ve viditelných žilách uložených níže.

Přesná příčina, proč u někoho k oslabení žilní stěny dochází a u jiného ne, dosud není známa. Podstatná je porucha kolagenního vaziva tvořícího žilní stěnu. Tato snížená kvalita žilní stěny je pravděpodobně vrozená a dědičná.

Mezi nejrizikovější faktory vzniku křečových žil se řadí hormonální změny, těhotenství, obezita, dlouhodobé stání na nohou.

U cílové skupiny mnohoproblémových klientů se mnohdy setkáváme s bércovými vředy. Většina bércových vředů je žilního původu. Žilní bércové vředy jsou projevem městnání krve v dolních končetinách. Při přetlaku v žilním řečišti dochází k tzv. žilní nedostatečnosti. Tekutina z krve v přeplněných žilách přestupuje do podkoží. Rozvíjí se otok, který zapříčiňuje poruchu výživy kůže. Příčinou bércových vředů mohou být drobná poranění nebo infekce (hojeniran.cz).

2.2.2.8 Parazité

2.2.2.8.1 Vši

Autor Bellmann (2006) popisuje vši jako podřád bezkřídlého hemimetabolického parazitického řádu hmyzu Phthiraptera. Vši parazitují na těle savců a živí se krví svého hostitele. Vši jsou celosvětově rozšířené, je známo asi pět set druhů, v České republice se vyskytuje dvacet šest druhů. Velikost všech zástupců se pohybuje mezi 0,4–6,5 milimetry. Vši jsou parazité s vysokou hostitelskou specificitou, tzn. jeden druh vši je schopen parazitovat pouze na jednom typu hostitele. Vši mají proměnu nedokonalou, samice snášejí vajíčka hruškovitého tvaru, která se nazývají hnidy. Hnidy vši lepí na srst svých hostitelů. Většina vši má relativně rychlý vývoj a zhruba po týdnu se z vajíček stanou larvy, které mají tři instary (svléknutí) a potom se z nich stávají dospělci. Celé larvální stadium trvá zpravidla od dvou do tří týdnů.

Veš šatní žije v záhybech prádla, ze kterého se vydává sát na lidskou pokožku a opět se vrací do prádla. Může přenášet skvrnitý tyfus. Veš dětská neboli hlavová se může vyskytovat ve vlasech a vousech. Jméno dětská souvisí s tím, že je často přenášena mezi dětmi ve školce nebo škole. Většinou její výskyt identifikujeme nálezem hnid ve vlasech. Veš dětská nepřenáší žádné nebezpečné onemocnění, ale po jejím sání vznikají svědivé ranky, které bývají rozškrabány, a může docházet k následné infekci. Někdy mohou

vznikat i ekzémy. Veš muňka („filčka“) žije v lidském ochlupení (v ohanbí, na prsou, v podpaží), nikdy se nevyskytuje ve vlasech. Je přenášena mimochodem při pohlavním styku nebo z ložního prádla. Pupence svědí a po jejich rozškrabání dochází k sekundárním infekcím.

2.2.2.8.2 Svrab

Autorka Tolarová (2002) popisuje svrab jako infekční parazitární kožní onemocnění způsobené samičkou zákožky svrabové. Nemoc se projevuje svěděním a vznikem oděrek, pupínek a skvrn na kůži. Nejčastěji se přenáší v kolektivech, kde žijí lidé v těsném kontaktu. Přenáší se kožním kontaktem i pohlavním stykem s nakaženým nebo kontaktem s kontaminovaným předmětem. Infekce se obvykle projeví za čtyři až šest týdnů. Při opakované infekci se ale nemoc může projevit již po 24 hodinách.

Původcem je asi půl milimetru velký roztoč zákožka svrabová z čeledi Sarcoptidae, která napadá pouze člověka. Samička si v rohové vrstvě epidermis vrtá chodbičky, obvykle v místech, kde je pokožka velmi jemná. Ve slepých koncích chodbiček naklade 40 až 50 vajíček, z nichž se později líhnou larvy. Po dvou až třech týdnech se z larev vyvinou dospělí jedinci, přičemž dospělosti se dožívá jen desetina z celkového počtu nakladených vajíček. Délka života jedné zákožky je až pět týdnů, během několika měsíců se v příznivých podmínkách může z jedné zákožky vyvinout až několik set jedinců. Zákožky tráví celý život na hostiteli, mimo pokožku přežívají přibližně tři dny. Na přímém slunečním svitu, v suchu a v teplotách pod bodem mrazu zákožky umírají.

K přenosu dochází delším kontaktem s nakaženým člověkem. Méně často je to kontakt s kontaminovaným předmětem, například s ložním prádlem infikovaného. Šíření onemocnění napomáhá nízká úroveň hygieny, ale nemoc se může vyskytnout kdekoliv. Krátkým kontaktem, jako je například podání ruky, se nemoc nepřenáší.

Svrab se vyznačuje především svěděním a vznikem vyrážky na kůži. Svědění je nejúpornější v noci, kdy jsou zákožky nejaktivnější. Vyrážka se nejčastěji objevuje mezi prsty, v oblasti genitálií, na hýždích nebo prsou, téměř nikdy ne na obličeji a hlavě. Má podobu narůžovělých či našedlých chodbiček a pupínek podobných kousnutí komára. Tyto symptomy se projevují 4 až 6 týdnů po nakažení. Při opakovaném nakažení se může nemoc projevit již za 24 hodin. Jsou ale známy i případy, kdy se nemoc projevila po několika měsících až letech. V oblasti poraněné škrábáním se objevují exkoriace, strupy. Rozškrábané rány mohou být sekundárně infikovány bakteriemi a může tak dojít ke vzniku hnisavých kožních onemocnění.

2.2.2.8.3 Štěnice domácí

Jak uvádí Rupeš (2016), štěnice domácí je druh polokřídleho hmyzu, jenž se žíví primárně lidskou krví. Vyskytuje se po celém světě a představuje běžného parazita lidí. Jedná se o plošnici s proměnou nedokonalou, bez křídel a s hematofagním způsobem života. Dospělci mají ploché tělo světlehnědé až červenohnědé barvy, o velikosti 4–5 mm. Nymfy i dospělci se přes den skrývají v lidských obydlích (nábytek, stěny a podlahy) a v noci sají krev na lidech. Sání krve trvá v průměru 3–10 min. Kromě pokousání v podobě svědivých puchýřků na těle hostitele mají štěnice také i socio-psychologický význam.

Dospělé štěnice mají oválné žlutohnědé nebo červenohnědé tělo (velikosti do 5 mm), nymfy jsou slámově zbarvené o velikosti cca 1,3 mm. Tělo je tvořeno třemi páry nohou, na hlavě tykadla, nemají křídla. Žíví se pouze krví, kterou sají na lidech, ale mohou sát i na psech, kočkách a ptácích v klecích. Žijí 1 až 1,5 roku a jsou pověstné tím, že dokáží hladovět několik měsíců. Vyskytují se pouze v pravidelně obývaných lidských obydlích.

Vývoj prochází od vajíčka, přes nymfu až po dospělého jedince. Po dosažení pohlavní dospělosti mohou klást vajíčka; dosažení pohlavní dospělosti je závislé na teplotě okolí (při teplotě kolem 23 °C je to asi 62 dní, při teplotě 18 °C 125 dní). Podobná závislost platí i pro odolnost k hladovění (při 23 °C vydrží štěnice hladovět 70–136 dní, při 18 °C pak 143–260 dní). Vajíčka kladou samičky v úkrytech a přilepují je k podkladu sekretem. Štěnice jsou hmyz, který se sdružuje, proto ve vhodných úkrytech zakládá kolonie. Tyto kolonie jsou dobře dohledatelné podle tmavých výkalů štěnic a světlých vajíček, které se hromadí v jejich okolí. Při vyrušení (otřesy, ostřejší světlo, deratizace) tyto kolonie opouštějí.

Pro štěnice, které tráví většinu svého života v úkrytech, je zásadně důležitá lokalizace hostitele. Člověka dokáží lokalizovat na vzdálenost cca 1,5 m. Podnětem je teplota kůže. Krev sají v noci, dny tráví v úkrytech. Při velmi vysokém stupni zamoření jsou však i přes den na volně přístupných místech (stěny, nábytek, rámy oken apod.). Štěnice není světloplachá, nevadí jí běžné denní světlo, ani běžné umělé osvětlení. Bodá hlavně na odhalených (nepřikrytých) částech těla; pod peřinou nebo pod oděvem zpravidla ne. Při vpichu vstříkne do rány anestetikum, takže kousnutí nebolí; zánět (zarudnutí a svědivost) se objeví až později. Uvádí se, že pokud člověk nikdy dříve nepřišel se

štěnicemi do kontaktu (nebyl pokousán), objeví se mu první reakce až po týdnu po pokousání. Poté se objevuje cca po osmi hodinách od pokousání.

2.2.3 Důsledky kumulace problémů

Hlavním důsledkem kumulace problémů je zjevné bezdomovectví, vyčlenění ze systému sociálních služeb, chudoba a sociální vyloučení. Kdo je tedy osoba bez přístřeší? V naší běžné praxi se běžněji používá slovo bezdomovec. Podle našeho právního řádu je člověk „bezdomovcem“, pokud nemá žádnou státní příslušnost. Člověka, který se ocitne bez stálého ubytování, náš právní řád nezná. V současné době se již více užívá název osoba bez domova nebo osoba bez přístřeší. Zákon č. 108/2006 Sb. definuje tuto skupinu jako osoby v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

2.2.3.1 Bezdomovectví

Bezdomovectví je nejkrajnější formou sociálního vyloučení a dělíme jej na zjevné, skryté a potenciální (manželé Hradečtí, 2006). Bezdomovectví je spojené se ztíženou možností podílet se na čerpání zdrojů jako zaměstnání, zdravotní péče, bydlení, sociální ochrany nebo vzdělání. Takovýto stav je nazýván sociálním vyloučením, nebo také exkluzí.

Do skupiny zjevných osob bez přístřeší řadíme ty, kteří přebývají na veřejných prostranstvích (nádraží, zastávky MHD, parky) a na první pohled jsou rozpoznatelní. Druhou skupinu skrytých osob bez přístřeší tvoří osoby, které nevyužívají nabídku sociálních služeb mimo jiné proto, že se často stěhují, což způsobuje problémy s úřady. Tato strategie je velmi vyčerpávající a má dopad na zdraví. Skupinu potenciálních tvoří osoby, které sice žijí pod střechou, nicméně v naprosto nevyhovujících a nejistých podmínkách, na ubytovnách, nárazově u příbuzných nebo v zahrádkářských koloniích. Většinou jsou to osoby propuštěné z výkonu trestu, senioři, osoby poznamenané ústavní výchovou apod.

2.2.3.2 Evropská typologie bezdomovectví - ETHOS

Typologie ETHOS vychází z principu, že pojetí domova lze chápat ve třech rovinách, přičemž nedostatky v každé z nich mohou vést k bezdomovectví. Mít domov znamená: mít přiměřené bydlení, které může osoba a její rodina výlučně užívat (fyzická oblast); mít prostor pro vlastní soukromí s možností sociálních vztahů (sociální oblast); mít právní důvod k užívání (právní oblast).

Z toho vyplývají čtyři formy vyloučení z bydlení: bez střechy, bez bytu, nejisté bydlení, nevyhovující bydlení – všechny tyto situace ukazují na absenci bydlení. ETHOS tedy člení osoby bez domova podle jejich životní situace nebo situace jejich bydlení.

2.2.3.3 Chudoba a sociální vyloučení

Linhart (1996) označuje chudobu jako sociální status člověka vyznačující se hmotným nedostatkem. V dnešní době se díky medializaci pojem chudoby spojuje zejména s životními poměry lidí v rozvojových zemích a používá se pro stav, který nezajišťuje člověku základní podmínky pro důstojný život a uspokojení nejzákladnějších lidských potřeb. Je spojen se značnou hmotnou nouzí, nedostatkem potravin, nezávadné pitné vody, ošacení, špatné situace s bydlením, nedostatečným či žádným přístupem k základní zdravotní péči, vzdělání, ap.

Důsledkem chudoby bývá chronický hlad, podvýživa, nedostatečná imunita nebo nevzdělanost, náchylnost k nemocem, vysoká dětská úmrtnost, nebo nízká střední délka života. Je stavem, kdy jsou životní podmínky člověka v rozporu se základními lidskými právy. Z hlediska sociální politiky představuje chudoba jeden z nejobtížněji řešitelných problémů. Zároveň chudoba představuje jeden z nejvýraznějších motivačních prvků, je motorem vzdělání, migrace obyvatelstva atp.

Horším stadiem chudoby je tzv. absolutní chudoba, o které hovoříme v případě, že se člověk dostane do stavu, kdy není schopen uspokojit své nejzákladnější potřeby, jako jsou potraviny a ošacení. Tento druh chudoby může dojít až do stavu, kdy je ohrožen život takto postižené osoby. Druhým typem je tzv. relativní chudoba, což je stav, kdy jedinec nebo rodina uspokojují své sociální potřeby na výrazně nižší úrovni, než je průměrná úroveň v dané společnosti, a cítí se z ní být vyloučen.

Jinou klasifikací chudoby je dělení na chudobu objektivní a subjektivní. Objektivní chudobu určuje stát, který konkrétně řekne, co znamená uspokojování základních lidských potřeb, a určí, komu přísluší jaká pomoc. Subjektivní chudoba je vlastní hodnocení svého stavu, které nemusí být shodné s objektivní chudobou, a neplynou z něj žádné důsledky. Jedinec si sám seřadí žebříček svých potřeb a postup jejich uspokojování. Metoda měření subjektivního přístupu k chudobě byla vyvinuta v Holandsko-vlámské ekonomii.

Sociální vyloučení (exkluze) je proces vydělování jedinců i sociálních skupin ze společnosti. Vede k tomu, že se někteří lidé v důsledku nepříznivé sociální situace nemají možnost zapojit se do běžného života společnosti a ocitají se izolovaní na jejím

okraji (marginalizace) či zcela mimo ni (exkluze), čímž se kumulují další problémy jednotlivců a rozšiřují negativní jevy ve společnosti.

Základním znakem sociálního vyloučení je to, že má více dimenzí, které se vzájemně doplňují a působí na sebe navzájem. Nemusí však být zastoupeny všechny najednou.

Giddens (2002) dělí vyloučení ze společnosti na:

- Ekonomické: jedinec může být jak vyloučen z pracovního trhu (nemožnost získat vzdělání, etnický původ, věk) a v důsledku toho se ocitnout na hranici chudoby, tak naopak nízký příjem může být příčinou jeho vyloučení.
- Sociální: jedinec je vyloučen ze sociálních sítí, nemá kontakty, silné sociální vazby, nemá tzv. sociální kapitál. Může mít silné vztahy mezi rodinnými příslušníky, ty však nemívají pro změnu jeho pozice ve společnosti rozhodující význam.
- Kulturní: jedinec neparticipuje na kultuře společnosti, např. nemá stejný přístup ke vzdělání jako ostatní, nemá přístup k některým formám sdílení kultury, má omezený přístup k informacím.
- Prostorové: místo, kde lidé žijí, ovlivňuje jejich životní styl, možnosti a volby, je důležité pro sociální status a může být jak příčinou, tak důsledkem sociálního vyloučení.
- Politické: jedinec neparticipuje na svých občanských právech (např. se neúčastní voleb) a tím má menší vliv na svůj osud i na společnost jako celek.
- Vyloučení z bezpečí: jedinec může být vystaven vyšším rizikům kriminality jak individuální, tak organizované.
- Vyloučení z mobility v prostoru: omezení místem, ale i omezení ve smyslu sociální mobility.
- Symbolické: některé sociální skupiny jsou vyloučeny v rovině verbální, manifestačním vyjadřováním odporu k nim (např. z důvodu etnicity, sexuální orientace, vyznání).
- Individuální: představuje např. nějaký handicap jedince (fyzický či duševní), nedostatečné vzdělání, věk.

2.2.4 Specifika mnohoproblémových klientů

2.2.4.1 Vzhled

Prvním specifikem, které můžeme u mnohoproblémových klientů pozorovat, je vzhled. Při pobytu na ulici je velmi těžké až nemožné dodržovat hygienu, klient buď může využít nabídku charitativních organizací, nebo si zaplatit využití veřejné sprchy, které stojí 50 až 70,- Kč. Někteří nabídku využívají, jiná zásadně odmítají s tvrzením, že by zde ještě „něco chytli“. U dlouhodobého pobytu na ulici bývá míra hygieny hodně nízká. Lidé, kteří jsou dlouhodobě na ulici a zachovali si hygienické návyky, na to bývají obvykle velice hrdí.

Obtížné je to také s oblečením. Očima klienta se nevyplatí si oblečení chodit prát do veřejných prádelen, když je možné v sociálním šatníku nebo obchodě s obnošeným oblečením zakoupit oblečení za hodnotu praní. V poslední době se hodně zvýšil výskyt parazitů (vši, svrab, štěnice) na ubytovnách, noclehárnách a azylových domech, v případě, že dotyčný byl napaden, přichází o všechno své oblečení. Specifickou stránkou je nošení osobních věcí v různých taškách, od igelitových přes různě sestrojené pojízdné tašky až po batohy. V případě, že klient žije ve skupině, většinou jeden hlídá věci a ostatní mohou vyrazit za sháněním jídla či peněz, v případě, že žije osamoceně, je nucen celý den sebou nosit spacák, třeba i stan a v neposlední řadě věci nalezené u kontejnerů.

Mnohoproblémoví klienti bývají často okradeni, mnoho z nich během pobytu přišlo o občanský průkaz opakovaně, což je následně vyčleňuje z pracovního trhu a znemožňuje vyzvednout si důchod na poště. Možnosti úschovy osobních dokladů poskytuje Oddělení sociální prevence, Praha 1, úschovna věcí pro bezdomovce v Praze neexistuje.

2.2.4.2 Způsoby přespávání

Dalším specifikem u této skupiny je způsob přespávání, v podstatě jsou celý den ve veřejném prostoru a nemají žádné soukromí. Přesto nazývají domovem místa přespávání, jež nejsou standardním bydlením dle společenských norem (Hradecký, 2006). Místo přespávání se buď mění každý den, nebo má klient jedno místo, na které se každý den vrací. Mohou to být buď lesíky, kde si vytváří kolonie, nebo přespávají samostatně. Zde je velké riziko, že jim budou věci ukradeny nebo poničeny v době jejich nepřítomnosti, při změnách počasí a při bouřkách bývají tyto kolonie poničeny a vyplaveny, majitel se pak potýká s problémem sušení věcí a opravou příbytku. Další možností přebývání jsou

opuštěné tovární haly, domy, odstavené vagóny, vlaková nádraží, letiště, prostranství pod mosty, zahrádkářské kolonie či unimobuňky.

Přespávání je také možné řešit celonočním ježděním v dopravních prostředcích, které poskytují teplo, a to je zejména využíváno v zimních měsících. Klienti volí dlouhé trasy, aby se mohli po dobu jízdy vyspat. Tato strategie se však nelíbí Dopravnímu podniku, který řeší situaci zvýšenými kontrola Městskou Policií a revizory, kteří udělují pokuty. Ty samozřejmě nejsou placeny a v čase narůstají do astronomických částek, které pak přejdou v exekuce a způsobují další bariéru pro možnou integraci. V Praze průměrně umrzá každý rok desítka osob bez přístřeší, ačkoliv byly zavedeny bezplatné noclehárny Vackov a Michle, které provozuje Naděje, dále denní centra Armády Spásy (dále jen AS) a Charity. Všechny mají toleranci alkoholu do 0,5‰, což je například tolerance alkoholu za volantem v Itálii. Klienti, kteří jsou pod vlivem alkoholu celý den, jsou z těchto služeb vyčleněni.

První změnu, kterou jsme mohli zaznamenat, je příprava zahájení provozu denního centra s tzv. mokřým režimem v Brně, které připravuje organizace Podané ruce. Podstatou centra je nízkoprahový princip, což mimo jiné znamená, že návštěvníci nebudou nuceni k abstinenci nebo k prokazování změny svého životního stylu a konzumace alkoholu nebude překážkou vstupu a pobytu ve službě. Budou ovšem jasně daná pravidla pití alkoholu v prostředí centra, pravidla vzájemného soužití, způsobu práce, monitorovacího systému a spolupráce s dalšími službami a policií (bydlet.cz).

2.2.4.3 Zdroje obživy a financí

Dalším specifikem je způsob obživy a shánění peněz. Ve městech se nejčastěji setkáváme se žebráním a tzv. somrováním. Žebrání je pasivní způsob dožadování se finanční podpory od veřejnosti a to demonstrací svého špatného zdravotního stavu, žebráci pouze sedí na rušných ulicích s kelímkem, kloboukem nebo nataženou rukou. Pro žebrání jsou také využíváni psi, veřejnost je ke zvířatům mnohdy soucitnější než k lidem. Naopak tzv. somrování je aktivní způsob, jak získat peníze od veřejnosti. Pro somrování využívají různé historky o shánění peněz na jízdenku nebo doplatek na léky, nebo naopak upřímně řeknou pravdu o shánění peněz na alkohol s tvrzením, že to je lepší než krást.

Žebrání je možno vnímat z ekonomického hlediska jako službu. Je svým způsobem profesí, v níž je žebrák většinou sám sobě zaměstnavatelem (Šilhavá in Marek, 2012). Šilhavá (2008) prováděla mezi pražskými žebráky průzkum, na základě jeho výsledků rozdělila žebráky na dvě skupiny, podle toho, jak si volí svou pracovní dobu. Jedna

skupina žebřá peníze, dokud nezískají předem určenou částku (satisficer), druhá se v co nejkratším čase snaží získat co největší obnos (maximizer). Druhá strategie je více využívání na lukrativních místech jako Karlův most a Staroměstské náměstí, kde jsou skupiny žebřáků organizované a přidělují si místa podle rozvrhu. Výše výdělku pak závisí na denní či noční hodině či ročním obdobím. Nejlepší čas na žebřání je večer a slunečný den. V zimě naopak chodí méně lidí, ale jsou soucitnější.

Další možností zdrojů příjmu je sběr surovin a vybírání popelnic. Tuto variantu volí klienti, kteří dosud nepřekonali stud k žebřání a jsou na to náležitě hrdí. Popelnice buď vybírají pro jídlo, nebo pro věci, které se následně dají prodat nebo jinak zužitkovat. V popelnicích se dá najít oblečení, boty, elektronika, nebo nádobí. Nalezené věci je možné dále prodat buď na bleším trhu, sběrných surovinách nebo ve vetešnictví.

Mnoho klientů samozřejmě volí jako zdroj příjmu práci, která ale často bývá formou brigád bez smlouvy či přes pracovní agentury. Pobyt na ulici snižuje pracovní návyky, zaměstnavatelům na sebe nemohou mnohdy nechat žádný kontakt, chybí jim potřebné dokumenty (občanské průkazy, řidičské průkazy, zápočtové listy, výpisy z registru trestů, či potvrzení o rekvalifikaci, apod), přítomnost alkoholu v krvi může být také bariérou při získání pracovního uplatnění, kde je nulová tolerance na alkohol. Klienti mohou mít také negativní zkušenosti se zaměstnáváním, to ve smyslu nezaplacení odpracovaných hodin nebo zneužívání ze strany zaměstnavatele. Ideálním řešením je práce s ubytováním. Velmi oblíbenou variantou pro ty, co nemají záznam v rejstříku trestů a jsou schopni úspěšně vyplnit psychotesty, je práce pro bezpečnostní agentury a noční hlídání, pro ženy pak práce na veřejných záchodcích.

Zdrojem příjmu bývá také drobná kriminální činnost jako krádeže v obchodech, krádeže kovů, kol apod. Až na posledním místě uvádím příjem dávek ze státní pomoci, protože jejich systém je nastaven tak, že na ně klienti zpravidla nedosáhnou, musí se hlásit v místě trvalého bydliště, kam se nemohou dostat, a výše dávek je tak nízká, že nestačí k přežití (životní minimum je stanoveno na 3410,- Kč, údaje z roku 2019). Starší jedinci nedosáhnou na starobní důchod, vzhledem k nízkému počtu odpracovaných let. Některé osoby mají přiznaný invalidní důchod, ze kterého buď živí sebe i několik dalších, nebo naopak s financemi neumí nakládat a důchod jim vystačí jen na několik dní.

2.2.4.4 Denní rytmus a trávení volného času

Chronický pobyt na ulici způsobuje rozpad denního řádu, nedostatek spánku a únavu, převrácení denního a nočního režimu, významným pocitem je nuda, pocit

méněcennosti, ztráta soukromí. Každý jedinec si pak vybuduje svůj denní rytmus, který zahrnuje uspokojení potřeby hygieny, jídla a financí. Jedinci, kteří se pohybují v rizikovém prostředí jako nádraží nebo město raději v noci nespí, aby nebyli okradeni, raději spí v ranních a dopoledních hodinách buď na lavičkách, nebo v denních centrech.

Denní režim také zahrnuje konzumaci alkoholu a drog na veřejném prostranství, která může být spojena s žebráním, nebo jen povídáním s ostatními. Klienti s pokročilým stadiem alkoholismu nemají stanoveny, kdy pijí a kdy nepijí, jednoduše pijí hned od rána, aby potlačili abstinenci příznaky.

Určitou část dne lze také trávit uvnitř veřejných institucí, jako jsou knihovna (kde mohou využít internet a uspokojit potřebu po informacích), nebo v nákupních centrech (kde jsou dostupné toalety).

Den buď tráví ve skupinkách, ve dvojicích, nebo samostatně. Trávení času ve skupinkách je spojeno s konzumací alkoholu nebo drog, jedinci trávící čas samostatně jsou většinou osoby s duševní chorobou, které mají sociální fobii a většinou trpí samomluvou.

U mnohoproblémových klientů je zřetelná překvapivá tendence projevoval intenzivní zájem o celospolečenská témata (např. dva z dotazovaných v rámci výzkumného šetření vyjádřili velkou obavu o budoucnost demokracie v ČR). Nezřídka se více zabývají obecnými problémy než vlastní budoucností. Také se u těchto osob můžeme setkat s propagací ideologií, které souvisí s jejich životním stylem. V případě, že se přihlásí k určité ideologii, mohou lépe maskovat své osobní selhání. Mezi mladými například roste obliba hnutí tzv. Somerpunkerů, kteří hlásají absolutní svobodu, život mimo systém a heslo „No future“ (Veleta in Marek a kol., 2012).

2.2.4.5 Využívání sociálních služeb

Pobyt na ulici nutí klienty přemýšlet a vyhledávat místa, kde je něco zadarmo. Někteří z nich tomu také přizpůsobují svůj denní rytmus - nejdříve obejdou místa, kde je zdarma káva, pak místa, kde je možné vykonat hygienu a získat jídlo, nebo využívat místa mobilní pomoci. Mezi mnohoproblémovými klienty nalezneme mnoho takových, kteří sociální služby nevyužívají. Důvody jsou neznalost nabídky služeb, špatné zkušenosti buď ve formě konfliktu s pracovníky služby, nebo jinými klienty, zákaz využívání služby, strach z okradení, sociální fobie, strach z přenosu parazitů, vlastní hrdost, nadměrná konzumace alkoholu nebo drog.

3 Příklady možností působení na cílovou skupinu mnohoproblémových klientů

3.1 Úkolově orientovaný přístup

Důležitou charakteristikou tohoto přístupu je přesné časové vymezení, které dává jasný rámec pro poskytování profesionální intervence v sociální práci (Coulshred, Orme in Špiláčková, 2014). Soustředí se na „tady a teď“, na řešení konkrétních aktuálních problémů a je založen na pečlivě vyjednané dohodě, která se vztahuje ke klientovým problémům, dohodnutým cílům, a časovým limitům (Reid in Špiláčková, 2014). Úkolově orientovaný přístup vychází z myšlenky, že klient, který přichází s nějakým problémem, má prostředky k jeho řešení a nabízí tak pozitivní pohled na klienta jako člověka, který je schopen učit se zvládat svoje problémy (Reid in Špiláčková, 2014). Základními prvky úkolově orientovaného přístupu jsou:

- Spolupráce s klientem směrem ke zmírnění jeho problémů, pomoc klientovi, aby jim porozuměl;
- Stanovení cílů, které jsou pro něj smysluplné a povedou ke zmírnění problémů;
- Rozvíjení úkolů, které mají být vykonány v určitém časovém limitu a mají vést k naplnění cílů.

Využitelnost úkolově orientovaného přístupu při práci s mnohoproblémovými klienty spočívá v hledání zaměstnání, zvyšování sociálních kompetencí, hledání vhodného a cenově dostupného bydlení, vyřizování ztracených a ukradených dokladů, vyřizování chybějících zápočtových listů, hospodaření s financemi, vyřízení sociálních dávek. Většinou se jedná o konkrétní zakázky, na nichž je nutná participace a aktivní zapojení klienta (Nedělníková in Špiláčková, 2014).

3.2 Motivační rozhovory

Při práci s touto klientelou je možné využít modelu kola změny k motivačním rozhovorům ke změně životního stylu. Model změny se skládá z fáze před uvažováním o změně, ve které klient zatím závislost nevidí jako problém, vymlouvá se na situaci (bez alkoholu nebo drogy by současnou situaci nezvládl nebo aby zapadl do společenství). V této fázi může sociální pracovník upozorňovat klienta na rizika životního stylu, diskutovat o kladech a záporech současné situace, nechat ho přemýšlet.

Druhou fází je uvažování o změně životního stylu, ačkoliv se třeba klient nechce alkoholu nebo drog vzdát, protože by přišel o sociální kontakty, které jsou společným užíváním utužené a kompenzují mu pocit samoty a prázdnoty. V této fázi je důležité předávat informace o možnostech řešení problému, ačkoliv je zde předpoklad, že bude dále alkohol nebo drogy užívat. Tato fáze bývá nejčastější, a pokud se nepodaří v krátké době dosáhnout výrazné změny (například nástup na léčení - v Praze je čekací doba zhruba jeden měsíc), klient se vrací do fáze před uvažováním o změně.

Třetí fází je fáze akce, která může být pro klienta rychlá a zlomová. Pokud se vše podaří, klient se ocitne v léčebně. Ambulantní léčba bývá u osob bez přístřeší a mnohoproblémových klientů neúspěšná, protože jim chybí zázemí a vrací se do rizikového prostředí. Po úspěšném absolvování léčby je potřeba pomoci klientovi zařídit ubytování a zajistit práci, aby se vyhnul návratu do rizikového prostředí a podařilo se mu navázat nové sociální kontakty. Tato etapa se nazývá fáze udržování při změně. Ani v této fázi však ještě není vyhráno, u klienta může nastat relaps, který patří k základním syndromům závislosti na návykových látkách (Prochaska, DiClement in Marek a kol., 2012). Návrat k návykovému chování vyvolává u klienta pocit deprese a bezmocnosti, může vnímat i zlost nebo výčitky ze strany sociálního pracovníka. Sociální pracovník by měl klienta ujistit v tom, že si klientovo selhání nebere osobně a nezlobí se. Mezi osobami bez domova jsou rekordmani v pobytech v léčebnách, rekord je 32 léčení (Marek a kol., 2012), zde můžeme předpokládat, že si klient spíše řeší sociální problém v období zimních měsíců a v normálním prostředí nedokáže abstinovat.

3.3 Koordinování činnosti specialistů prostřednictvím sítě - Multi servis network Kanada

Na konci osmdesátých let byly v Kanadě zjištěny znepokojivé výsledky šetření mezi nastupujícími vězni do nápravného zařízení. Šedesát čtyři procent těžce duševně nemocných, závislých na návykových látkách a osob bez přístřeší strávilo určitý čas ve vězení (Towber & Ladner citovaný v Talbott, 1986). Hlavními důvody, proč tyto osoby skončily v nápravném zařízení, bylo neúspěšné využívání stávajících sociálních služeb, vysoká náročnost léčby, která v konečném důsledku klientovi mnoho užítku nepřinesla. Věznice musely poskytovat služby, které měly být poskytovány místními sociálními službami a státními nemocnicemi - bezpečnou, strukturovanou službu jako prostředek poslední instance pro těžko zvladatelné osoby, jejichž potřeby nejsou uspokojovány jinde v komunitě.

Agentury, které sponzorovaly vznik Multi-Service Network (MSN), přišly s tezí, že osoby s více problémy nevyužívají služby organizací pro duševní zdraví, pro pomoc se zneužíváním návykových látek, lékařské a jiné sociální služby z důvodu špatné prognózy, vysoké obtížnosti a mimořádně vysokých nákladů. Navíc tyto obtížně řešitelné případy mohou být snadno považovány za vhodné pro jinou službu.

Ukázalo se, že náklady na posouzení, pohotovostní služby, hospitalizaci, kontakt s policií, stíhání a uvěznění často dosahují tisíců dolarů. Proto měla být vyvinuta lepší strategie léčby a řízení. Byly stanoveny dva programové principy, které by teoreticky měly zvýšit schopnost služeb vyrovnávat se s vážnými behaviorálními a charakteristickými problémy klientů sdílenými několika agenturami.

Komunikace mezi členy rodiny, přáteli a dalšími prvky sítě klienta je nezbytná pro efektivní léčbu (Cutler & Madore, 1980). Podobně komunikace mezi službami je hlavní zásadou podpory komunitních služeb pro chronicky duševně nemocné. Komunikace pomáhá překonat tříštění služeb způsobených hranicemi agentury. Zvýšená komunikace by rovněž měla překonat zdvojení služeb a dělení způsobené klienty.

Zatímco zmocnění je pro mnoho osob s mentálním postižením velmi terapeutické, pro ostatní se zdá být zásadní pečlivé sledování a dohled. Lamb (1980) označuje vnější kontroly jako nezbytnou, ale zanedbávanou složkou služeb pro chronicky duševně nemocné. Lamb poznamenal, že komunitní pracovníci mají sklony přehlížet potřebu řádu klientů, což má za následek opakování dekompenzací a opětovnou hospitalizaci.

Buckley a Bigelow (1992) na základě těchto výsledků výzkumů navrhli servisní agenturu, která účinně koordinovala činnost jednotlivých specialistů při řešení problémů klientů. MNS pracuje pod dohledem poradního výboru složeného ze zástupců sponzorských agentur (pro duševní zdraví, léčbu závislostí, sociální služby a organizace poskytující ubytování) a na základě případových konferencí (kterých se účastní i klienti) definuje jednu z agentur jako ústřední. Do sítě MNS jsou přijímáni klienti, kteří mají negativní záznam minimálně u třech poskytovatelů služeb. Klienti jsou zavedeni do databáze a na základě vypracovaného individuálního plánu zapojeni do sítě služeb tak, aby na sebe služby navazovaly a jejich využití se nepřekrývalo. Vývoj případů je průběžně monitorován a vyhodnocován.

3.4 Housing first - Bydlení především

Nový koncept Housing first, česky Bydlení především (dále jen BP), je pravděpodobně tou nejdůležitější inovací v plánování služeb pro řešení bezdomovectví za posledních třicet let. Tento koncept vyvinul Dr. Sam Tsemberis v New Yorku. Záhy se ukázalo, že se jedná o velmi úspěšnou formu boje s bezdomovectvím mezi osobami s vysokou potřebou podpory v USA a Kanadě a v několika evropských zemích.

Koncept BP je vytvořen pro osoby, které potřebují intenzivní sociální podporu, aby byly schopné opustit situaci bezdomovectví. Mezi cílové skupiny, kterým BP pomáhá, patří lidé bez domova s vážným duševním onemocněním či vážnými diagnózami, drogově či alkoholově závislí lidé bez domova a dále lidé bez domova ve špatném zdravotním stavu, s omezujícími chorobami a postiženími. BP se ukázalo být efektivní také pro osoby, které zakoušejí dlouhodobé či opakované bezdomovectví a navíc postrádají i sociální podporu, tzn. pomoc přátel či rodiny, a nejsou součástí žádné komunity. Ve Spojených státech a Kanadě jsou programy BP využívány také rodinami a mladými lidmi.

BP využívá bydlení spíše jako východisko než jako cíl. Poskytnutí bydlení je prvotní aktivita programu BP, odtud původní název „Housing First“. V rámci BP je možné se okamžitě zaměřit na umožnění bydlení ve vlastním domově a v rámci komunity. BP se také zaměřuje na zlepšení zdravotního stavu, životní spokojenosti a sociální podpory lidí bez domova, se kterými pracuje. To je velký rozdíl oproti službám pro lidi bez domova, které se snaží připravit osoby s vysokou potřebou podpory na bydlení ještě předtím, než se mohou nastěhovat do bytu (přístup známý jako „Housing Ready“).

Některé existující modely služeb pro lidi bez domova vyžadují, aby klient prokázal abstinenci nebo ochotu podstoupit léčbu a absolvoval trénink samostatného života dříve, než je mu bydlení poskytnuto. V těchto typech služeb pro osoby bez domova přichází bydlení na řadu jako poslední.

BP poskytuje lidem bez domova vysokou míru možnosti volby a kontroly. Klienti BP jsou aktivně povzbuzováni k minimalizaci újmy působené užíváním drog a alkoholu a také k léčbě, není to však podmínkou. Jiné programy pro osoby bez domova, jako například vícestupňové (prostupné) systémy, často vyžadují, aby klienti docházeli na léčení a vyvarovali se alkoholu a drog. V případě porušení režimu a pokračující konzumace drog či alkoholu mohou být z bytu vystěhováni.

Výzkumy v USA, Kanadě i Evropě ukazují, že BP všeobecně ukončuje bezdomovectví u nejméně osmi lidí z deseti. Byl také prokázán úspěch napříč různými

skupinami lidí bez domova. Bydlení především funguje velmi dobře u osob, které nejsou dobře integrovány ve společnosti po dlouhodobém či opakovaném bezdomovectví, dále u lidí s vážným duševním onemocněním a/nebo problémy s drogami a alkoholem, a také u osob ve špatném zdravotním stavu (socialnibydeni.org).

4 Výsledky výzkumu

V teoretické části bakalářské práce jsem se věnovala vymezení pojmu mnohoproblémový klient, příčinami a důsledky, které kumulace problémů přináší. V dalších kapitolách praktické části popisují možné modely práce s touto cílovou skupinou.

V praktické části se budu věnovat zkušenosti mnohoproblémových klientů s jejich každodenní realitou, definovat bariéry ve využívání sociálních služeb a popisovat přání a obavy této klientely.

4.1 Formulace hlavního cíle, dílčích cílů, transformační tabulka

Hlavním cílem mého výzkumného šetření je odhalit a pojmenovat bariéry, kvůli kterým mnohoproblémoví klienti nevyužívají stávající sociální služby.

Dílčí cíle:

DC1 Zjistit jakým způsobem mnohoproblémové osoby uspokojují základní životní potřeby (jídlo, péče o sebe, spánek, bezpečí).

DC2 Zjistit které sociální služby využívají, které nevyužívají a proč.

DC 3 Sebehodnocení mnoproblémových osob, vnímání vlastní situace a hledání východisek do budoucnosti.

Tabulka č. 1 Transformační tabulka

Hlavní cíl: zjistit bariéry, kvůli kterým mnohoproblémoví klienti nevyužívají stávající sociální služby		
Dílčí cíle:		
DC 1: Zjistit, jakým způsobem jednotlivci uspokojují základní životní potřeby (finance, jídlo, péče o sebe, spánek, bezpečí)		
DC 2: Zjistit, které sociální služby využívají a které nevyužívají a proč?		
DC 3: Jak jednotlivec vnímá svou situaci a budoucnost, co si myslí, že by mu pomohlo?		
Dílčí cíle	Indikátor	Tazatelské otázky (TO)
DC 1	finanční prostředky	TO 1. Jak si obstaráváte finance?
	bydlení	TO 2. Kde bydlíte? (dle typologie ETHOS)
	jídlo	TO 3. Máte dostatek jídla?
	zdraví	TO 4. Jaký je váš zdravotní stav?
	rodinné a sociální	TO 5. Jaký je váš vztah s rodinou?
	vztahy	TO 6. Máte partnera/ku? Máte přátele?
	alkohol	TO 7. Požíváte pravidelně alkohol?

	nealkoholové drogy bezpečí	TO 8. Vyzkoušel/a jsem někdy drogy? TO 9. Cítíte se v bezpečí?
DC2	pomoc bariéry	TO10. Které sociální služby využíváte a proč? TO11. Které sociální služby nevyžíváte a proč?
DC3	vnímání současnosti změna budoucnost očekávání obavy	TO12. Jak vnímáte svou současnou situaci? TO13. Co by ji pomohlo změnit? TO14. Máte nějaké plány do budoucna? TO15. Je něco, na co se těšíte? TO16. Je něco, z čeho máte obavy?

4.2 Odůvodnění zvolené výzkumné strategie

Pro výzkum jsem zvolila metodu kvalitativního šetření s ohledem na cíle bakalářské práce. Záměrem je odhalit bariéry ve využívání sociálních služeb. Kvalitativní metoda umožňuje sledovat konkrétní lidské osudy a porozumět pozadí příběhů. Jde tedy především o zachycení slovního vyjádření pohledu klientů na vlastní situaci, jejich zkušenosti a názory. Kvantitativní metoda výzkumu by mi v tomto případě neumožnila plně porozumět studované problematice.

Dle Švaříčka a kol. (2007) nestaví kvalitativní metoda na předem stanovených hypotézách a teoriích, ale naopak umožňuje o zkoumaném jevu shromáždit maximální možné množství informací a poznat jej tak do hloubky. Výstupem je formulace nové hypotézy.

4.3 Sběr informací

Techniku sběru informací jsem zvolila strukturovaný rozhovor, který napomáhá k vyjádření subjektivních pocitů klienta. Připravenými otázkami je nastíněn směr rozhovoru, zároveň je však ponechán prostor pro vyjádření potřebného názoru nebo postřehu zkoumané osoby.

Švaříček a kol. (2007) označují rozhovor za strukturovanou konverzaci, tvořenou pomocí hlavních, navazujících a pátracích otázek. Jde o velmi často používanou techniku, jejímž cílem je získat vylíčení světa tak, jak jej vidí dotazovaný. Přitom tazatelé plně respektují interpretaci popisovaných jevů. Formou pokládání polootevřených otázek se

snaží porozumět jiným lidem, aniž by je v jejich odpovědích limitoval položkami v dotazníku.

4.4 Popis výzkumného souboru, popis průběhu sběru dat

Výzkumným souborem jsou respondenti starší 18 let, kteří jsou bez střechy více než pět let. Výběrový soubor tvoří padesát jedna osob bez přístřeší, z toho čtyřicet osm mužů a tři ženy. Průzkum jsem prováděla v lokalitách: Hlavní nádraží Praha, Strossmayerovo náměstí, prostranství pod Hlávkovým mostem, Náměstí Republiky, autobusové nádraží Florenc.

Obdobím určeným ke sběru dat formou strukturovaného rozhovoru byl leden až březen 2019. Rozhovory byly prováděny se zjevnými osobami bez přístřeší. Respondentům byly kladeny tazatelské otázky uvedené v transformační tabulce. Na základě reakce v průběhu rozhovoru byly kladeny doplňující otázky k získání podrobnějších informací. Záznam rozhovoru byl prováděn formou poznámek, které byly průběžně zaznamenány do dotazníkového archu. Dotazované osoby byly poučeny o účelu vedeného rozhovoru a o skutečnosti, že sdělená data budou v anonymní formě využita jen pro účely mé bakalářské práce, a to tak, aby nedošlo k porušení etických principů. Zároveň byla zaručena anonymita poskytnutých informací, aby nedošlo k újmě dotazovaných.

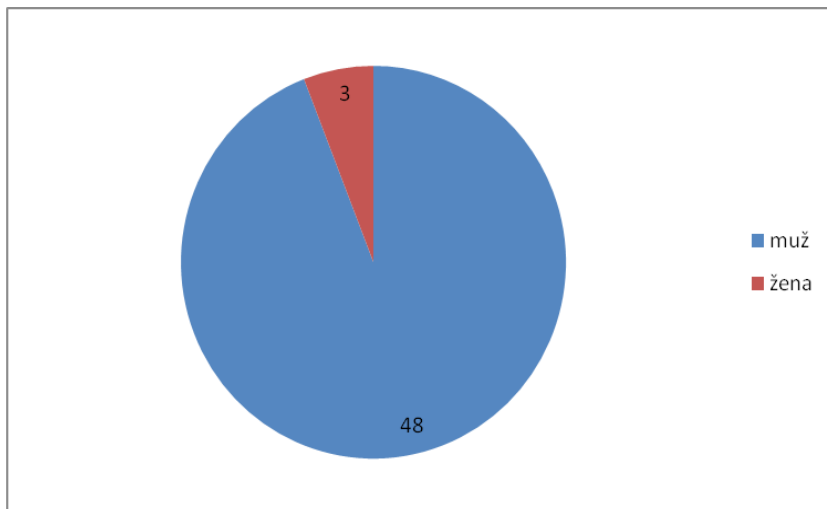
4.5 Analýza získaných dat

Jak uvádí Švaříček a kol. (2007), sebraná data tvoří nestrukturovaný materiál, který je třeba zorganizovat, zpracovat a interpretovat. Protože se nejedná o numerická data, jde především o vytvoření významových kategorií, která vedou k odhalení pravidelností, kvalit a vztahů mezi nimi a umožní zhodnotit, jakým způsobem je jev v populaci strukturován.

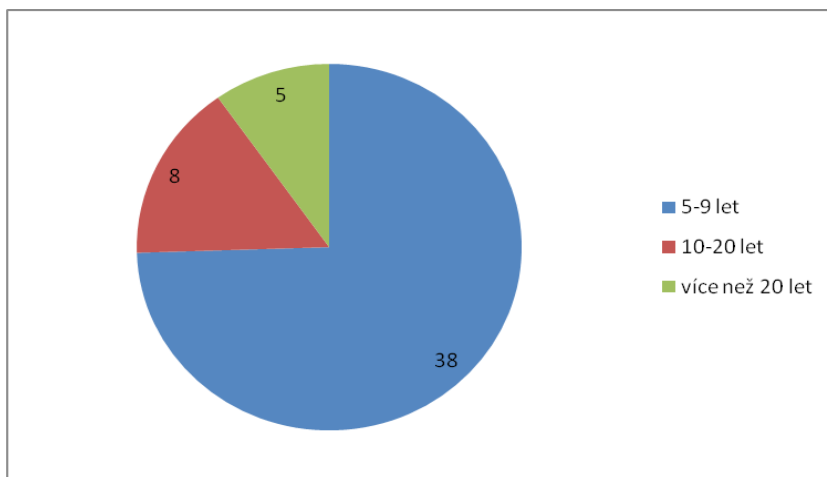
Jednotlivé odpovědi jsem strukturovala do oblastí, které se opakují, a jejich četnost jsem graficky znázornila.

4.6 Analýza a interpretace získaných dat

Graf 1. Rozdělení respondentů podle pohlaví



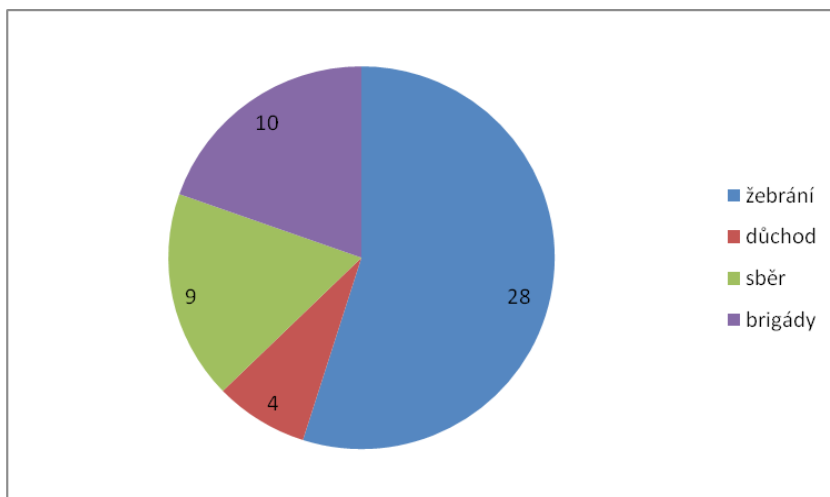
Graf 2. Rozdělení respondentů podle délky pobytu na ulici



DC1 Zjistit, jakým způsobem si uspokojují základní životní potřeby (jídlo, péče o sebe, spánek, bezpečí)?

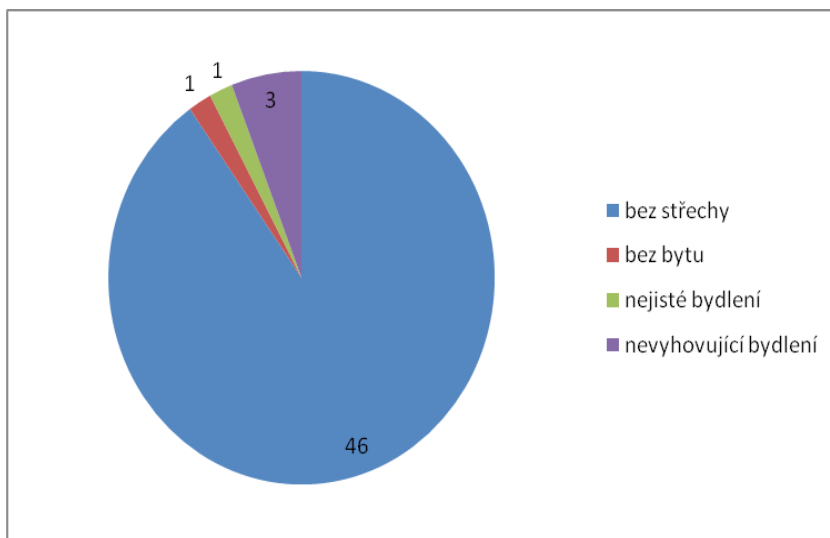
Tímto výzkumným cílem jsem chtěla ověřit, jak jednotlivci uspokojují své základní životní potřeby, kde a jak se stravují, kde spí a tráví volný čas, kde a jak si opatřují finance.

Graf 3. Rozdělení respondentů podle způsobu získávání financí



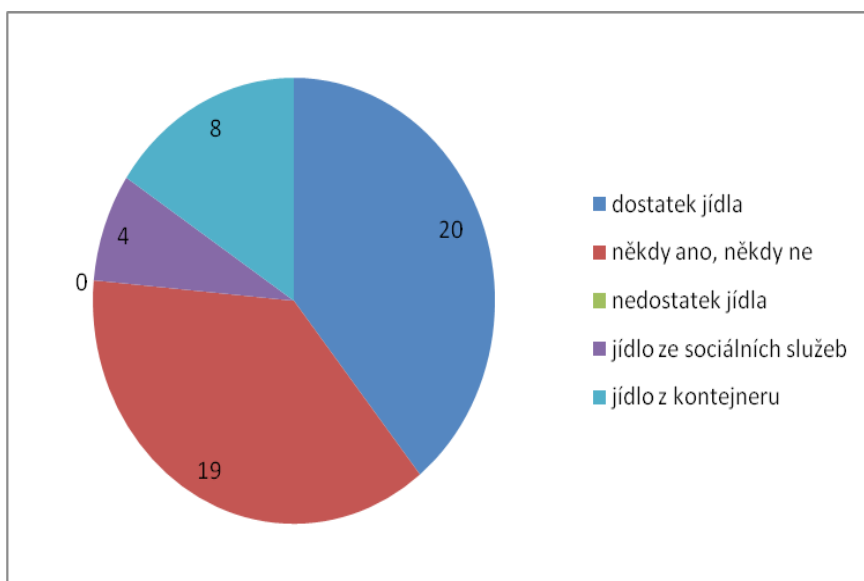
Analýza odpovědí na tuto tazatelskou otázku ukázala, že nejčastější způsob vydělávání financí je žebrání, na druhém místě nelegální brigády, pak sběr surovin a na posledním místě pobírání starobního důchodu. Ani jeden z dotazovaných nepobírá dávky hmotné nouze. Není bez zajímavosti, že ani příjemci důchodu na dávky hmotné nouze nedosáhnou. Tento výsledek vyvrací předsudek, že lidé bez domova stojí stát vysoké finanční výdaje.

Graf 4. Rozdělení respondentů podle způsobu bydlení (dle typologie ETHOS)



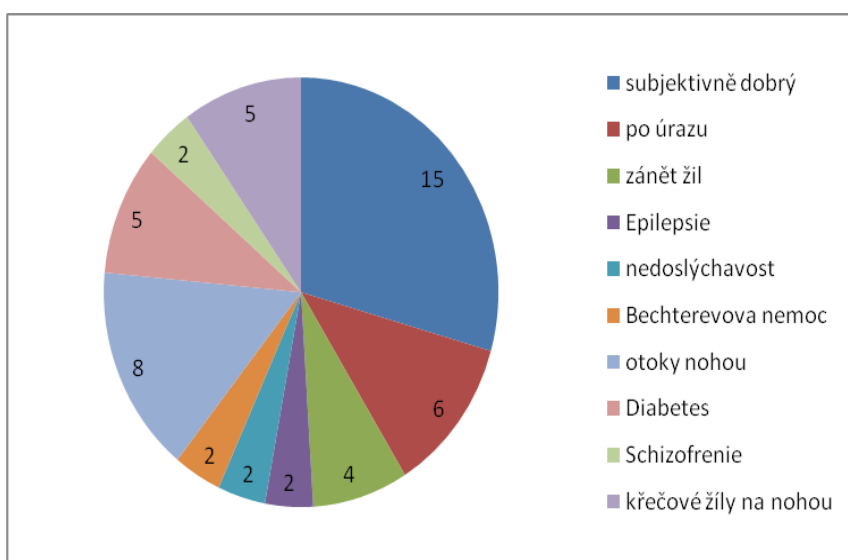
Vyhodnocení získaných dat u této tazatelské otázky ukázalo, že čtyřicet šest dotazovaných nemá stálé místo ke spaní a nemá kde spát. Tři z dotazovaných jsou v nevyhovujícím bydlení a zbytek je bez bytu, nebo nejistém bydlení.

Graf 5. Rozdělení respondentů podle subjektivního dostatku jídla



Analýza získaných dat u této otázky ukázala, že skoro polovina z dotazovaných má dostatek jídla a druhá, menší polovina z dotazovaných někdy jídlo má a někdy ne. Osm z dotazovaných si obstarává jídlo z kontejneru a nejmenší část získává jídlo ze sociálních služeb. Nedostatkem jídla netrpí nikdo. Je zřejmé, že prostředí moderního velkoměsta nabízí celou škálu zdrojů potravin, což nepochybně vede k velké koncentraci lidí v nouzi.

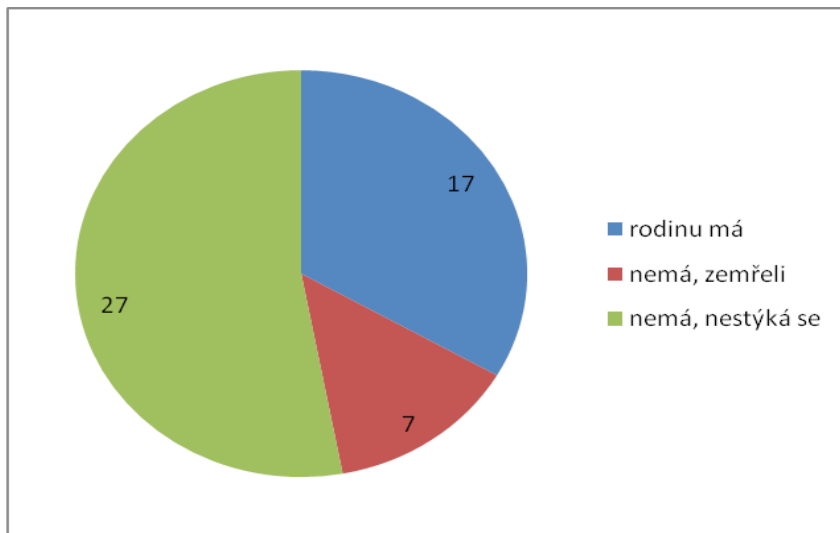
Graf 6. Rozdělení respondentů podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu



Analýza získaných dat ukazuje, že největší skupina z dotazovaných hodnotí svůj stav jako subjektivně dobrý. Druhou nejpočetnější skupinou jsou lidé s otoky nohou, dále po úrazu, s cukrovkou a křečovými žilami, dále zánětem žil a v poslední řadě schizofrenie,

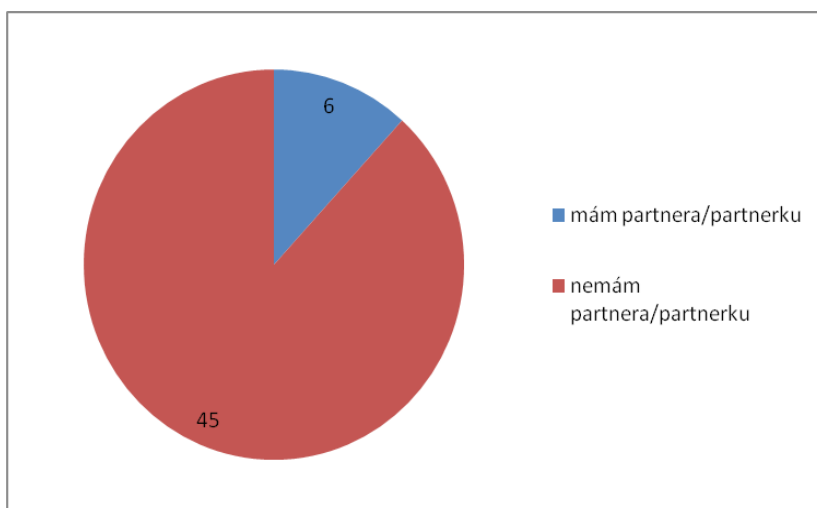
Bechtěrevova nemoc, epilepsie a nedoslýchavost. Z odpovědí je zřejmé, že většina respondentů si závažnost svých zdravotních potíží nerada připouští, nevěří lékařům a zdravotní péči se vyhýbají.

Graf 7. Rozdělení respondentů podle vztahu s rodinou



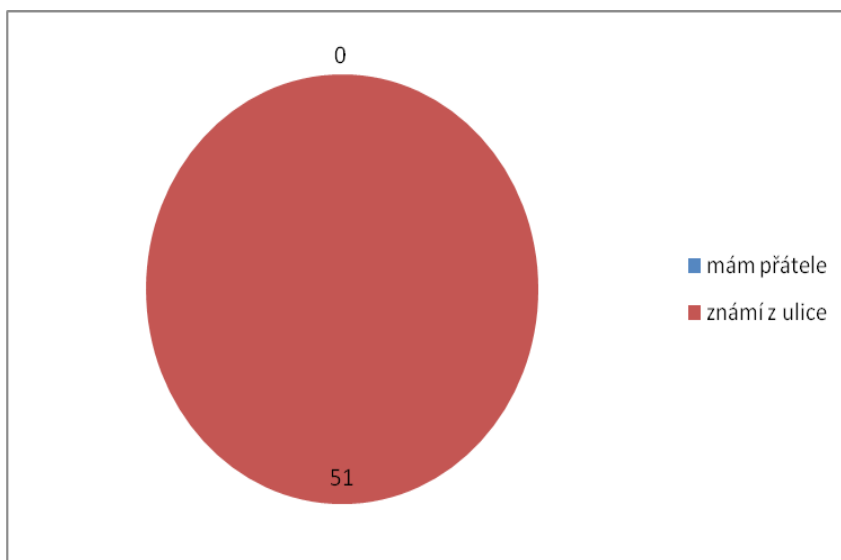
Z výzkumu vyplynulo, že přes polovinu dotazovaných rodinu nemá, nebo se s rodinou nestýká. Třetina rodinu má a sedm osob rodinu nemá, jelikož všichni zemřeli. Překvapivým je zjištění, že ani funkční rodinné vazby (pravidelný osobní kontakt s nejbližšími rodinnými příslušníky) nemusí zabránit pádu na sociální dno.

Graf 8. Rozdělení respondentů podle existence partnerského vztahu



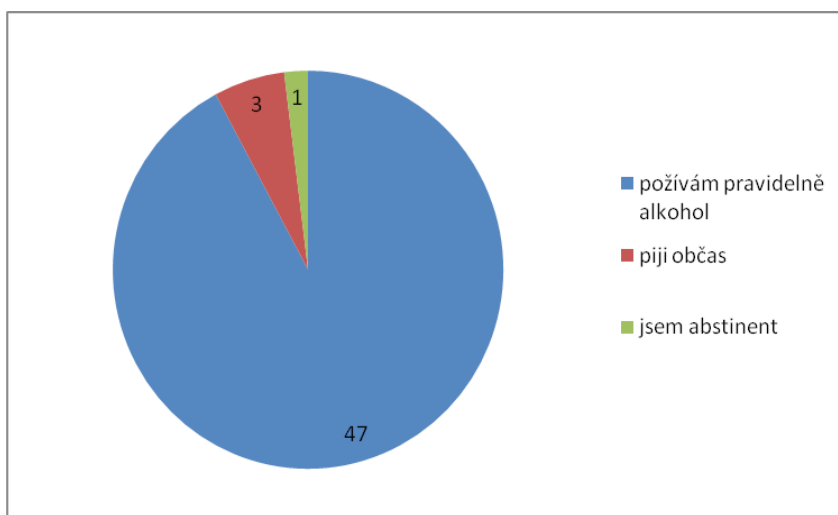
Analýza dat ukazuje, že čtyřicet pět z dotazovaných nemá partnera nebo partnerku, pouze šest z dotazovaných partnera nebo partnerku má. Nikoho nepřekvapí, že život na ulici párovému životu nepřeje a je životem samotářským.

Graf 9. Rozdělení respondentů podle vnímání počtu přátel



Všichni dotazovaní se shodli na tom, že nemají přátele, pouze známé z ulice. Můžeme to tedy interpretovat tak, že s lidmi, se kterými se stýkají teď, by se za normálních okolností nestýkali.

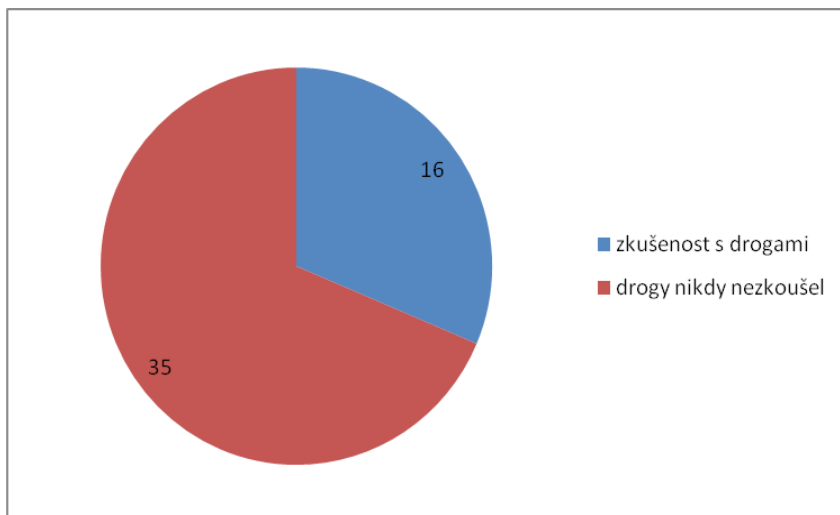
Graf 10. Rozdělení respondentů podle požívání alkoholu



Drtivá většina z dotazovaných požívá alkohol pravidelně, občasná konzumace je vzácná a úplná abstinence je ojedinělou výjimkou. Dotazovaní sváděli pití alkoholu na svou

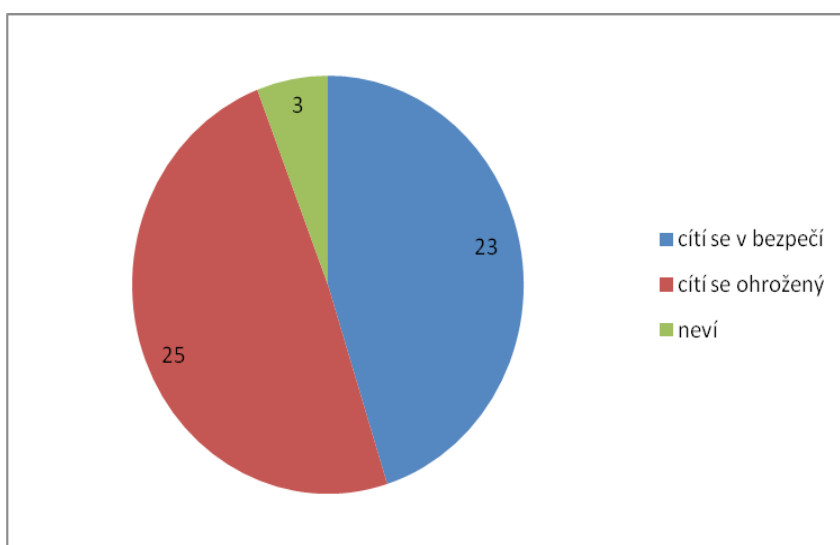
současnou situaci, aby ji přežili a neměli abstinenční příznaky, za normálních okolností by tolik nepili.

Graf 11. Rozdělení respondentů podle zkušenosti s nealkoholovými drogami



Z analýzy dat vyplývá, že většina dotazovaných drogy nikdy nezkoušela, menšina zkušenost s drogami má. V porovnání s celospolečenskými statistikami (Výroční zpráva Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti) jsou překvapivě zkušenosti s nelegálními drogami u dotazovaných méně četné. Tento fakt vyvrací obecně rozšířenou představu, že bezdomovci jsou většinou závislí na drogách a nic neodmítnou.

Graf 12. Rozdělení respondentů podle subjektivního vnímání pocitu bezpečí

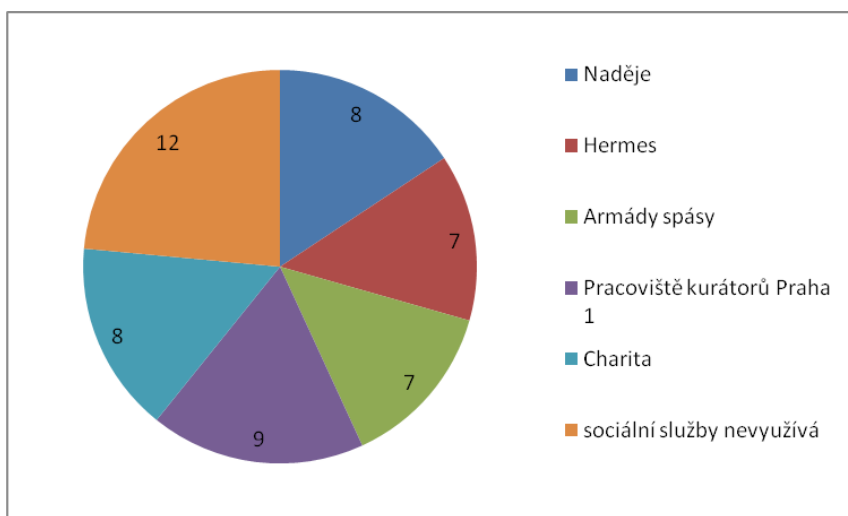


Podíl respondentů, kteří se cítí bezpečně, je nečekaně vysoký. Objektivně je existence bez přístřeší a zázemí zdrojem mnoha rizik. Subjektivní hodnocení zde zřejmě odpovídá pokročilé adaptaci životu na okraji a mimo systém.

DC2 Zjistit, které sociální služby využívají, které nevyžívají a proč?

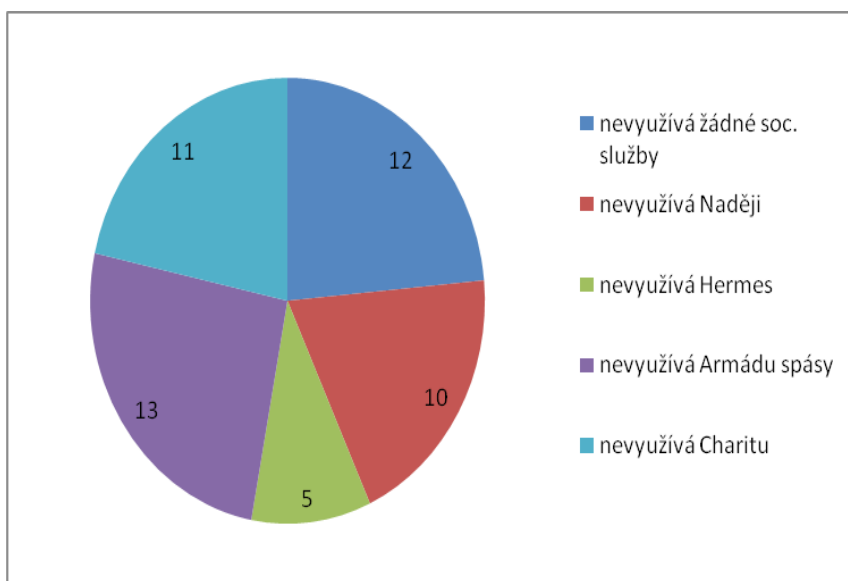
Tímto výzkumem zjišťují, jak jednotlivci využívají nabídky sociálních služeb, případně proč tak nečiní.

Graf 13. Rozdělení respondentů podle využívání subjektivně hlavní sociální služby



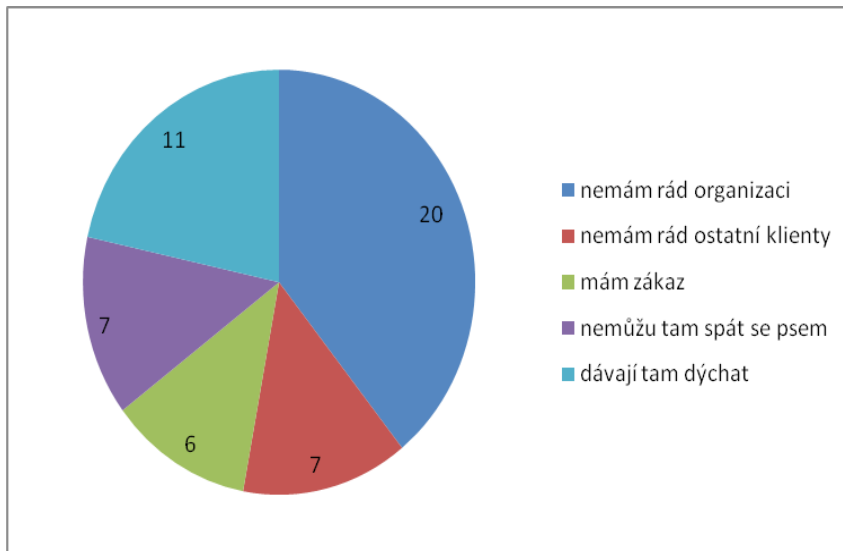
Z výsledků je patrné, že nejvíce dotazovaných žádné sociální služby nevyžívá. Ostatní sociální služby využívají za konkrétním účelem: pracoviště kurátorů pro vyřízení osobních dokladů, Naději, loď Hermes, Charitu a AS využívají pro jídlo, hygienu, oblečení. Nikdo z dotazovaných nevyžívá tyto služby za účelem ubytování.

Graf 14. Rozdělení respondentů podle subjektivně hlavní nevyžívané sociální služby



Z výsledků je patrné, že nejvíce dotazovaných nevyužívá AS, čtvrtina nevyužívá žádné sociální služby, čtvrtina Naději a loď Hermes a čtvrtina nevyužívá Charitu.

Graf 15. Rozdělení respondentů podle příčin nevyužívání sociálních služeb

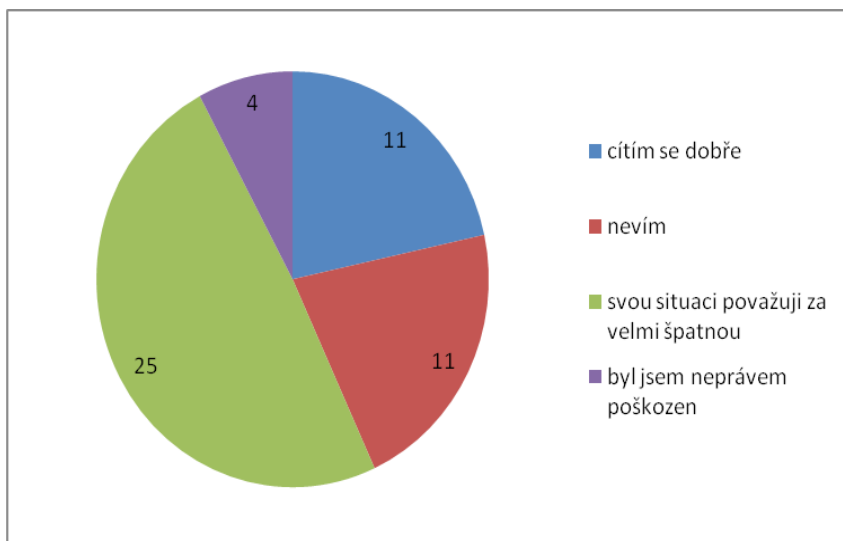


Získaná data odhalují nejčastější překážky bránící respondentům ve využívání dostupných sociálních služeb. Převládajícím důvodem v odmítání je zakořeněná obecná nedůvěra k institucím a organizacím. Nemalou roli hrají i záměrně vytvořené zákazy omezující přístup a pobyt osobám pod vlivem alkoholu případně s domácím zvířetem.

DC 3 Jak jednotlivec vnímá svou situaci a budoucnost, co si myslí, že by mu pomohlo?

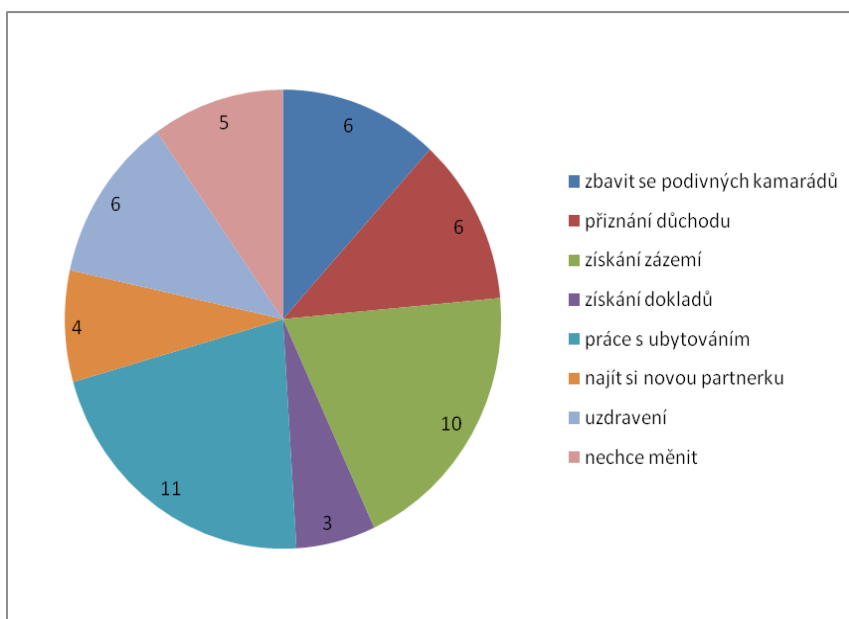
Touto otázkou jsem ověřovala, jak klient vnímá svou současnou situaci a co si myslí, že by mu pomohlo do budoucnosti.

Graf 16. Rozdělení respondentů podle subjektivního pocitu vnímání současné situace



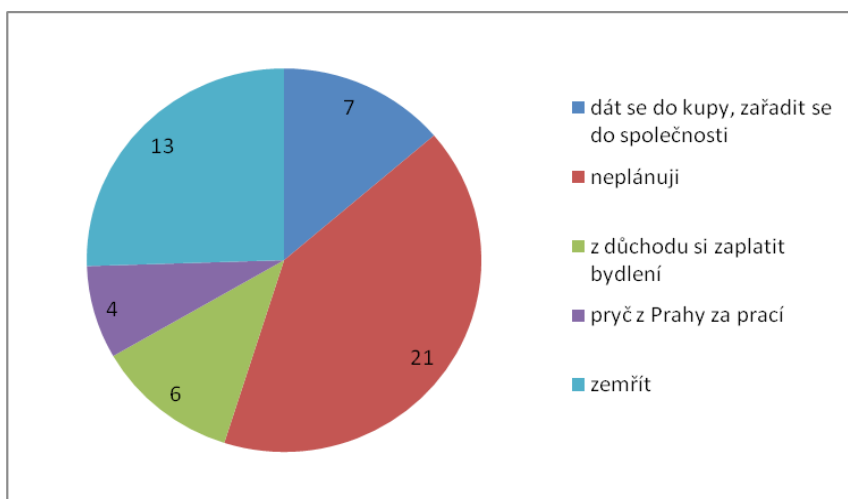
Míra sebereflexe je podle odpovědí velmi různá. Celá pětina hodnotí svou situaci kladně, pětina neví a pouhá desetina viní ze své situace úřady a jejich chybná rozhodnutí. Je tedy očividné, že tendence přenášet vinu na ostatní není mezi osobami bez přístřeší zdaleka tak rozšířená, jak si veřejnost myslí.

Graf 17. Rozdělení respondentů podle subjektivního pocitu změny životní situace



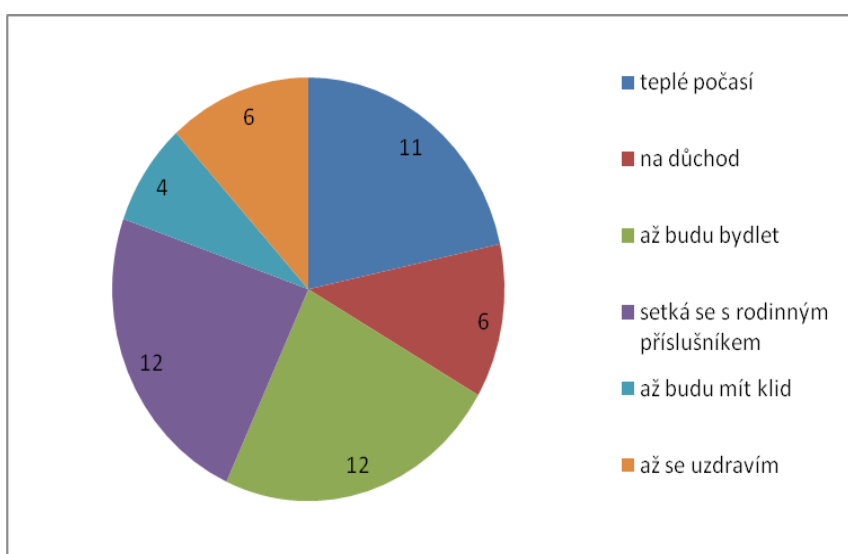
Analýza získaných dat zobrazuje úvahu dotazovaných, co by pomohlo jejich situaci změnit. Jedenáct dotazovaných uvedlo, že by jejich situaci pomohla změnit práce s ubytováním, deset uvedlo, že by pomohlo získat zázemí, aby se cítili v bezpečí a nemuseli se celý den opíjet, další pak přiznání důchodu, změna prostředí a zbavení se podivných známých z ulice nebo uzdravení, pět z dotazovaných nechce měnit nic. Na předposledním místě se umístila odpověď najít si novou partnerku a na posledním získání dokladů. Z výsledků vyplývá, že o změně situace přemýšlejí a hledají východisko a poměrně zdatně umí svůj problém pojmenovat. Úspěch tedy spočívá spíše v důsledné realizaci plánů než v identifikaci překážek.

Graf 18. Rozdělení respondentů podle subjektivního přístupu k plánování budoucnosti



Očekávatelně vysoký podíl osob, které na budoucnost rezignovaly (buď neplánují vůbec, nebo plánují smrt) dosahuje šedesáti šesti procent. Ti, kteří ještě o své budoucnosti přemýšlejí, trpí následky mnoha životních neúspěchů a karambolů, chybí jim sebedůvěra, trpí nedostatkem sebedůvěry a postrádají naději.

Graf 19. Rozdělení respondentů podle subjektivního pocitu, na co se těším



Analýza představuje rozložení subjektivního pocitu, na co se dotazovaní těší. Zajímavé je, že osobní preference se s výjimkou otázky bydlení nijak zásadně neliší od běžné populace. Asi všichni se těšíme na pěkné počasí, či návštěvu příbuzného.

5 Návrh konstrukce nové sociální služby

5.1 Komunitní bydlení pro mnohoproblémové klienty

Komunitní bydlení pro mnohoproblémové klienty (KOMUBYT) je svépomocné komunitní bydlení, ve kterém má každý uživatel svůj vlastní plně zařízený pokoj a zároveň má k dispozici poměrně rozsáhlé společné prostory, které tvoří kuchyň, jídelnu, společenskou místnost, administrativní zázemí a kanceláře pro personál, ošetřovnu a veterinární ordinaci. Ubytovací část je rozdělena na mužskou a ženskou. V objektu komunitního bydlení se také nachází dílna pro renovaci nábytku a kotce pro domácí zvířata, na přilehlých pozemcích najdeme komunitní zahradu. Všichni obyvatelé se osobně podílí na fungování komunity.

KOMUBYT poskytuje pobytové služby na dobu časově neomezenou osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, stravování, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí, terapeutické činnosti, možnost pracovního uplatnění, zdravotní péči pro klienty a jejich domácí zvířata.

Smyslem existence tohoto zařízení je nahradit klientům to, co ztratili, tedy zázemí a rodinu, akceptovat jejich svérázné povahy, poznat do hloubky všechny problémy, kterým čelí, a na základě doporučení týmu složeného z odborníků postupně začít problémy řešit a jejich situaci stabilizovat. Pak je možné zaměřit se na pracovní uplatnění, které odpovídá jejich znalostem a dovednostem. V rámci pobytu jsou klienti zapojeni do terapeutických činností, které zlepšují jejich sociální fungování, přičemž na ně není vyvíjen tlak na okamžitou změnu životního stylu.

KOMUBYT je určen občanům starším 18 let s trvalým pobytem v ČR.

5.2 Personální obsazení

Tabulka č. 2 Pracovní pozice a popis činností pracovníků KOMUBYT

Pracovní pozice	Popis činností
Statutární zástupce	Zastupuje organizaci při jednání s ostatními institucemi, podepisuje smlouvy, ekonomické řízení zařízení, vedení týmu pracovníků
Sociální pracovník	Zajišťuje komplexní výkon agendy péče o klienty ubytované v komunitním bydlení, pomáhá klientům s řešením problémů v oblasti

	vyřízení dokladů, dávek hmotné nouze, různých příspěvků, důchodů, návazné péče, zprostředkování kompenzačních pomůcek, možnosti nástupu do zařízení pro léčbu závislostí nebo psychiatrické nemocnice. Dohlíží a sleduje vývoj klientova případu, zaznamenává do příslušné administrativní agendy, svolává multidisciplinární tým.
Psychiatr	Vyšetřuje a léčí klienty v oblasti duševního zdraví, navrhuje možnosti terapeutického působení na klienty. Vypracovává zprávy o jednotlivých klientech pro zasedání multidisciplinárního týmu.
Lékař	Vyšetřuje a léčí klienty v oblasti fyzického zdraví. Vypracovává zprávy o jednotlivých klientech pro zasedání multidisciplinárního týmu.
Veterinář	Vyšetřuje, očkuje a léčí domácí zvířata ubytovaných klientů.
Mistr dílny renovace nábytku	Vede a řídí dílnu pro opravy a renovaci nábytku a její zaměstnance.
Správce komunitní zahrady	Vede a řídí chod komunitní zahrady a její zaměstnance.
Koordinátor veřejné produkce	Vede a řídí půjčovnu hudebních nástrojů a flašinetů a koordinuje veřejnou produkci na určených místech.

5.3 Proces přijetí klienta

Přijetí do KOMUBYTu probíhá na základě žádosti. Podmínkou přijetí žádosti je předložení občanského průkazu nebo jiného dokladu totožnosti žadatele (je možné předložit i náhradní doklad, který vystavuje Policie ČR). Prvním okruhem řešených problémů je zjištění, zda klient disponuje všemi platnými doklady, podle potřeby se následně sestaví plán, jak chybějící doklady znovu vyřídit.

S žadatelem o ubytování je při přijímání do KOMUBYTu uzavřena písemná smlouva o poskytnutí ubytování a návazných služeb, která je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu.

Smlouva o ubytování se uzavírá na dobu neurčitou, důvodem k ukončení smlouvy může být ohrožování chodu zařízení agresivitou a nerespektování stanovených pravidel. V situacích podobných domácímu násilí může být agresor vykázán ze zařízení na dobu od dvou dnů do šesti měsíců. O vyloučení rozhoduje multidisciplinární tým. V případě ukončení je uživateli vypovězena smlouva o ubytování s platností jeden měsíc.

O ubytování rozhoduje a smlouvu o poskytnutí sociální služby podepisuje statutární zástupce nebo pověřená osoba.

Přijetí do KOMUBYTu provádí sociální pracovník, jenž je povinen seznámit klienta se všemi vnitřními předpisy.

Smlouvu o poskytnutí ubytování nelze uzavřít s osobami:

- které nespádají do cílové skupiny,
- které trpí infekčními nemocemi,
- které odmítají řešit dluhy za poskytnuté služby v zařízení,
- jejichž zdravotní stav vyžaduje lékařskou nebo nepřetržitou ošetrovatelskou péči,
- které nechťejí poskytnout požadované osobní údaje,
- které odmítnou respektovat provozní řád a vnitřní pravidla zařízení, nebo
- je-li kapacita plná.

5.4 Metody práce s klienty

V rámci pobytu budou v sociální práci s klienty využívány tyto metody: případové konference (zasedání multidisciplinárního týmu), individuální plánování, úkolově orientovaný přístup, využívání podpůrných sociálních sítí, motivační rozhovory zaměřené na změnu životního stylu a různé terapie od muzikoterapie, přes ergoterapii, skupinovou terapii až po zooterapii.

5.5 Práva klientů

Klienti jsou oprávněni po přijetí užívat prostory přidělené k bydlení včetně jejich vybavení a společné prostory pro účely, ke kterým jsou určeny. V prostorách přidělených k užívání mají právo uložit si své osobní věci.

Klienti mají právo na přiměřenou míru soukromí a na návštěvu.

Klienti mají právo obracet se na pracovníky s žádostmi o individuální pomoc při řešení své sociální situace za předpokladu, že se na tomto řešení sami aktivně podílí.

Klienti mají právo stěžovat si na kvalitu a způsob poskytování sociálních služeb pracovníkovi zařízení. Jsou-li nespokojeni se způsobem řešení podané stížnosti, jsou oprávněni se obrátit s písemným podáním na statutárního zástupce. Stížnosti je nutné vyřídit bezodkladně, maximálně ve lhůtě do 30 dnů.

Klienti mají právo podávat návrhy a podněty k chodu komunitního bydlení.

5.6 Povinnosti klientů

Klienti jsou povinni dodržovat ustanovení provozního řádu, vnitřní pravidla KOMUBYTu, hygienický řád, požární a poplachové směrnice, zásady ochrany bezpečnosti a zdraví a dbát pokynů pracovníků.

Klienti jsou povinni dodržovat pořádek, čistotu a dle rozpisu provádět úklid a dezinfekci společných prostor (WC, sprcha, chodba apod.) ve všech prostorách.

K přípravě a konzumaci jídla je možné využívat pouze kuchyň - společenskou místnost dle stanoveného režimu.

Klienti odpovídají za svěřené věci. Ztrátu a poškození svěřených věcí musí klienti neprodleně oznámit pracovníkovi. V případě poškození jsou povinni vzniklou škodu uhradit.

Výměna pokojů mezi klienty, přenášení nábytku, inventáře a jiné úpravy prostor nejsou bez souhlasu pracovníka povoleny. Rovněž není povoleno používat veškeré elektrické spotřebiče mimo stolní lampičku a rádio.

Bez povolení pracovníka nesmí klienti vpouštět do prostor KOMUBYTu osoby, které zde nejsou ubytovány.

V prostorách není dovoleno kouřit, ke kouření lze využít jen prostory k tomu určené, avšak je nutné dodržovat všechna bezpečnostní opatření.

Konzumace alkoholických nápojů je povolená, konzumace omamných a psychotropních látek je zakázaná, v zařízení je zakázáno také přechovávání a příprava těchto látek. V zařízení není dovoleno přechovávat také veškeré nástroje a pomůcky pro přípravu drog a omamných látek. Konzumace alkoholu podléhá domluveným pravidlům.

Po vstupním rozhovoru, zmapování klientovy minulosti a seznámení se s jeho zdravotním a psychickým stavem zasedne multidisciplinární tým, složený z lékaře, psychologa, koordinátora pracovního zapojení klientů, sociálního pracovníka a klienta. Na základě získaných poznatků sestaví individuální plán, který zpočátku nevyžaduje striktně změnu životního stylu, klient je však aktivně povzbuzován k minimalizaci újmy

způsobené užíváním alkoholu a také k léčbě, není to však vyžadováno. Dále je sestaven plán motivačních rozhovorů pro nastartování změny životního stylu. Klienti jsou povinni chovat se tak, aby nevyvolávali konflikty a nenarušovali vzájemné soužití. Pro případy akutní opilosti pracovník kontaktuje Protialkoholní záchytnou stanici.

Klienti jsou povinni dostavit se do svých pokojů nejpozději do 21.30 hodin. V době od 22.00 do 6.00 hod je noční klid a v této době nesmí docházet k rušení spolubydlících. Budiček je v 6.30 hodin.

V zařízení je dovoleno chovat domácí zvířata jako psy a kočky. Zvířata jsou ubytována v koticích v areálu, přes den si mohou klienti svá zvířata vyzvednout a pečovat o ně. Při sestavení o smlouvě o ubytování je zvíře vyšetřeno veterinářem, případně ošetřeno, očipováno a je mu poskytnuto očkování.

Klienti jsou zapojeni do pracovních aktivit (komunitních i ekonomických) v rámci komunitního bydlení. Komunitní pracovní aktivity nejsou finančně ohodnoceny a jsou ve prospěch celé komunity, každý klient má povinnost odpracovat pro komunitu patnáct hodin měsíčně dle svých možností. Jedná se o:

- úklid a opravy společných prostor
- příprava jídel v kuchyni
- opravy zařízení a vybavení
- práce na zahradě

Výdělečné pracovní aktivity jsou zaměřené na získání legálního příjmu klientů, buď formou krátkodobého, nebo dlouhodobého pracovního poměru. Nabídka pracovního uplatnění je sestavena z činností, které odpovídají znalostem a dovednostem klientů. V rámci komunitního bydlení je možné získat pracovní uplatnění v oblastech:

- busking, flašinetářství – je určeno pro klienty, kteří umí hrát na hudební nástroj a mohli by hrát na veřejných prostranstvích, nebo mohou hrát na zapůjčený flašinet. Flašinetářství má u nás dlouhou historii, bylo využíváno jako pracovní uplatnění pro veterány a invalidy, kteří se vrátili z války. Tato nabídka by byla zaměřena na klienty, kteří se dříve živili žebráním, mají zhoršený zdravotní stav a nemohou vykonávat jinou práci. Hudba má na lidskou mysl pozitivní účinky, ovlivňuje vegetativní funkce, srdeční rytmus, krevní tlak, dýchání, používá se při léčbě neuróz, v psychoterapii při léčení závislostí. Hudba je sama o sobě komunikací, proto umožňuje oslovení a porozumění i tam, kde jsou narušeny běžné mezilidské kontakty. Pomáhá jednak poslechem hudby a jednak aktivní provozování hudby -

např. jako emoční ventil. Klientům jsou na základě smlouvy zapůjčeny speciálně upravené hudební nástroje nebo flašiny, které jsou zabezpečeny proti zcizení a jsou vybaveny zařízením pro příjem financí, aby nedocházelo ke zneužití.

- sběr, oprava a renovace starého nábytku – je určeno pro klienty, kteří se dříve zabývali sběrem věcí v kontejnerech. V areálu je dílna, kde je přijímán nábytek od veřejnosti za účelem renovace a následného prodeje v bazaru, nebo si zde může veřejnost za úplaty nechat nábytek opravit. V rámci pracovního úvazku mohou klienti absolvovat rekvalifikační kurz na čalouníka. Pod vedením mistra nábytek opraví a zrenovují.
- Zahradník – součástí komunitního bydlení je zahradnictví, které jednak zásobuje místní kuchyň, a také prodává vypěstovanou zeleninu a ovoce na farmářských trzích. Zahradnické služby jsou také nabízeny široké veřejnosti za úplaty.

Úhrada za poskytnuté sociální služby je stanovena dle aktuálního ceníku.

5.7 Ukončení pobytu

K ukončení pobytu dochází na vlastní žádost klienta, nebo uplynutím výpovědní doby, která je jeden měsíc. V případě ohrožení pracovníků je možné klienta vykázat ze zařízení na dobu od dvou dnů do šesti měsíců.

Před ukončením pobytu je klient povinen osobně předat pracovníkovi zapůjčené předměty a odnést si své osobní věci. Při ukončení ubytování v nepřítomnosti klienta budou jeho osobní věci vyklizeny a uloženy v zařízení nejdéle po dobu 30 dnů. O tomto vyhotoví pracovníci zápis obsahující seznam věcí a způsob jejich likvidace. Nevyzvednuté věci budou po uplynutí úložní doby komisionálně zničeny.

Statutární zástupce nebo pověřená osoba může po projednání s multidisciplinárním týmem ukončit služby, jestliže klient hrubě nebo opakovaně porušil provozní řád, povinnosti vyplývající ze smlouvy o ubytování, nebo vnitřní pravidla zařízení (vyhrožování, agresivita, fyzické napadení, krádež, přechovávání návykových látek apod.), nebo neplatí úhrady za poskytování sociálních služeb.

5.8 Organizace pobytu, denní a týdenní režim

Klientovi jsou na základě smlouvy o ubytování přiděleny k užívání prostory v zařízení včetně vybavení. Klient je vždy seznámen s podmínkami jejich užívání.

Po uplynutí doby přiměřené k adaptaci na prostředí je s klientem vypracován individuální plán spočívající ve společném hledání a řešení jeho situace a volbě postupných kroků vedoucích k stanoveným cílům.

O provedených jednáních, pohovorech, konzultacích, kontaktech s institucemi a dalších úkonech v rámci individuální práce jsou vedeny písemné záznamy v osobním spise klienta a v počítačovém programu. Klient má právo do svého osobního spisu nahlédnout.

Pokoje a vchody do zařízení se nezamykají, klienti klíče nemají. Osobní věci klientů jsou uloženy v uzamykatelných skříňkách.

Úrazy, které byly způsobeny v zařízení, je nutno nahlásit neprodleně pracovníkovi, který o úraze provede zápis do hlášení a do knihy krizových situací. V závažných situacích informuje i statutárního zástupce.

Denní a týdenní režim je stanoven následovně:

Budíček je pro klienty stanoven na 6:30. Dále probíhá ranní hygiena a snídane v jídelně, která končí v 7:45. Po snídani se klienti rozcházejí na jednotlivé pracovní aktivity, nebo se sociálním pracovníkem vyřizují své osobní záležitosti, v případě zdravotních nebo psychických potíží mohou využít služeb lékaře nebo psychiatra. Oběd probíhá od 12:00 do 13:00 a po obědě dále pokračují pracovní aktivity, je vymezený čas na terapii, pohovory se sociálními pracovníky. Po ukončení odpoledního programu v 17:00 mají klienti osobní volno a po večeři, která probíhá od 18:00 do 19:00, se mohou zapojit do večerních volnočasových aktivit, jako jsou různé besedy, promítání filmů, rukodělné dílny nebo společná setkání v rámci KOMUBYTu, kde se probírají témata spojená se soužitím a chodem zařízení.

O víkendech mají klienti volný čas určený k odpočinku a relaxaci, kdy si mohou domlouvat návštěvy rodinných příslušníků, zařízení organizuje různé výlety a společenské akce i pro veřejnost.

5.9 Práva pracovníků ve vztahu ke klientům

Pracovníci neodpovídají za případné ztráty peněz a jiných cenností klientů. Pracovníci jsou oprávněni provádět kontrolu stavu všech prostor zařízení, včetně prostor přidělených klientům k bydlení a užívání. V případě zjištěných nedostatků mají právo požadovat po klientech jejich odstranění v přiměřených lhůtách.

Pracovníci jsou oprávněni odmítnout vstup do zařízení osobám agresivním.

Pracovníci jsou oprávněni přerušit na dobu až dvou dnů poskytování sociálních služeb klientovi, který byl ze zařízení vykázan.

6 Závěr

Na závěr své bakalářské práce provedu srovnání a najdu analogii s existujícími službami v ČR, dále uvedu přehled vyhlášek, kterými se musí zařízení řídit, a uvedu přehled typů organizací, které by mohly službu realizovat.

6.1 Analogie KOMUBYT s existujícími službami

V rámci existujících sociálních služeb bychom mohli hledat analogii s pobytovou službou chráněné bydlení. Chráněné bydlení stejně jako KOMUBYT poskytuje ubytování (formou sociální služby) osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění, včetně duševních nemocí. Tyto osoby potřebují pomoci se zvládnutím každodenních činností, dále potřebují terapeutickou podporu. Jejich stav však nepotřebuje plné zaopatření.

Jak chráněné bydlení, tak KOMUBYT bydlení kombinuje prvky modelu bydlení a sociální pomoci, posiluje přirozené sociální vazby a zachování či vytvoření přirozené sítě podpory v rámci širší rodiny, přátel a dalších blízkých osob. Oba dva modely poskytují skupinové bydlení a jsou alternativou ústavního zařízení.

Analogii můžeme také nalézt v používaných metodách sociální práce. U obou dvou nalezneme sociální poradenství, poskytnutí informací, terapeutické činnosti, nácvik potřebných dovedností. KOMUBYT však navíc poskytuje možnost pracovního zapojení a umožňuje tak klientům obnovit pracovní návyky a vydělat si legální práci finance.

Oba dva typy také stejně přistupují ke klientům, ti jsou vedeni k maximální soběstačnosti, rozhodují si o svých záležitostech, pracovníci respektují jejich dospělou roli, nicméně podléhají kontrole.

6.2 Legislativní ukotvení služby

Poskytování KOMUBYT souvisí těmito právními předpisy:

- *zák.č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších změn a doplňků*
- *zák.č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vyhl. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče*
- *vyhl. MZ č. 490/2000 Sb., o rozsahu znalostí a dalších podmínkách k získání odborné způsobilosti v některých oborech ochrany veřejného zdraví*
- *vyhl. MZ č. 252/2004 Sb., kterou se stanoví hygienické požadavky na pitnou a teplou vodu a četnost a rozsah kontroly pitné vody ve znění pozdějších změn a doplňků*
- *nařízení vlády č. 272/2012 Sb., o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací ve znění pozdějších změn a doplňků*
- *nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci*
- *zák.č. 185/2001 Sb., o odpadech a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších změn a doplňků, a právní předpisy související*
- *vyhl. č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem*

KOMUBYT nevyžaduje žádné změny v legislativě, svým provozem vyhovuje všem platným právním předpisům u nás.

6.3 Přehled typů organizací, které by mohly službu realizovat

Komunitní bydlení pro mnohoproblémové klienty mohou zřizovat a poskytovat nestátní neziskové organizace nebo i příspěvkové organizace, které se zaměřují na cílovou skupinu osob zdravotně nebo psychicky nemocných, na osoby bez přístřeší, na osoby, které jsou propuštěné z výkonu trestu nebo mají záznamy v registru trestů, trpí závislostmi a nemají rodinné zázemí.

7 Seznam použité literatury:

BELLMANN, Heiko. *Encyklopedie hmyzu*. Vyd. 1. – Praha: Plzeň : Beta-Dobrovský; 2006 ; Vyd. 1. ISBN 80-7291-154-6

DOSOUDILOVÁ, Kateřina. *Aplikace case managementu v terénní sociální práci*. In: JANOŠKOVÁ, Klára, ed. a NEDĚLNÍKOVÁ, Dana, ed. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-504.

GIDDENS, A.: *Sociologie*, Argo, Praha 1999, ISBN 80-7203-124-4

HRADEČTÍ Vlatimila a Ilja. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 2006. ISBN 80-902292-0-4

KLENER P. et al.: *Klinická onkologie*. Galén, Karolinum, Praha 2002. ISBN Karolinum 80-246-0468-X

LINHART, J; PETRUSEK, M. *Velký sociologický slovník*. 1. část. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-7367-368-0.

MAREK, Jakub, Aleš STRNAD a Lucie HOTOVCOVÁ. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 175 s. ISBN 978-80-262-0090-1.

MURRAY, Robert K., et al. *Harperova biochemie*. Z angl. 23. vyd. přel. Lenka Fialová et. al. 3. vyd. v ČR. Praha: H & H, 2001. ix, 872 s. ISBN 80-7319-003-6

SEYČEK, Jaromír: *Žilní onemocnění dolních končetin*. 1. vydání, Praha 1997; 2. vydání, Praha 2002

PERUŠIČOVÁ, J. (ed.) et al. *Diabetes mellitus 1. typu*. 2. vydání. Praha, GEUM, 2008

ŠPILÁČKOVÁ, Marie a Eva NEDOMOVÁ. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0726-9.

ŠPINAR, Jindřich. *Ischemická choroba srdeční*. Praha: Grada Publishing, 2003. 61 s. ISBN 80-247-0500-1.

ŠTORK, Jiří, et al. *Dermatovenerologie*. 2008. Galén, Praha : 1. vydání. ISBN 978-80-7262-371-6

ŠVAŘÍČEK, Roman a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

Elektronické zdroje:

Bércové vředy. [online]. [cit. 2019-03-30] Dostupné z: <https://www.hojeni-ran.cz/bercove-vredy>

CONSERline: newsletter of the CONSER Program [online]. Washington (D.C.): Library of Congress, Serial Record Division, 1994- [cit. 2011-10-10]. ISSN 1072-611X. Dostupný z: <http://www.loc.gov/acq/conser/conserline/conserline-home.html>.

The Journal of Primary prevention. *Cognitive Impairments and the Prevention of Homelessness: Research and Practice Review* [online]. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10935-007-0100-1>

TOLAROVÁ, Věra. Svrab [on line]. *Zdraví a zdravotnictví*. [online]. [cit. 2002-08-09]. Dostupné z: www.zdrav.cz

RUPEŠ, V. Štěnice domácí (*Cimex lectularius*) – problematika a možnosti hubení (stručný přehled současných znalostí) [online]. [cit. 2017-10-25] Dostupné z: <http://www.parazitologie.cz/akce/doc/sbornik/2016-04-05%20Ektoparaziti%20cloveka.pdf>

Tisková zpráva. První centrum s mokřým režimem: Brno vyzkouší novinku pro bezdomovce. [online]. [cit. 2018-08-25] Dostupné z: <https://www.bydlet.cz/464729-prvni-centrum-s-mokrym-rezimem-brno-vyzkousi-novinku-pro-bezdomovce/>

Tuberkulóza, chronické infekční onemocnění. [online]. [cit. 2019-02-25] Dostupné z: http://www.cojeco.cz/index.php?s_term=&s_lang=2&detail=1&id_desc=99726

Co bydlení především. [online]. [cit. 2019-03-30] (Převzato z Pleace, N: *Evropská příručka bydlení především*. 2015) Dostupné z: <https://hf.socialnibydeni.org/z%C3%A1kladn%C3%AD-principy>

8 Seznam obrázků a grafů:

Graf 1. Rozdělení respondentů podle pohlaví	32
Graf 2. Rozdělení respondentů podle délky pobytu na ulici	32
Graf 3. Rozdělení respondentů podle způsobu získávání peněz	33
Graf 4. Rozdělení respondentů podle způsobu bydlení	33
Graf 5. Rozdělení respondentů podle subjektivního pocitu dostatku jídla	34
Graf 6. Rozdělení respondentů podle subjektivně vnímaného zrav. stavu	34
Graf 7. Rozdělení respondentů podle vztahu s rodinou	35
Graf 8. Rozdělení respondentů podle existence partnerského vztahu	35
Graf 9. Rozdělení respondentů podle vnímání počtu přátel	36
Graf 10. Rozdělení respondentů podle požívání alkoholu	36
Graf 11. Rozdělení respondentů podle zkušenosti s nealkohol. drogami	37
Graf 12. Rozdělení respondentů podle subjektivního vnímání pocitu bezpečí	37
Graf 13. Rozdělení respondentů podle využívání subjektivně hlavní soc. sl.....	38
Graf 14. Rozdělení respondentů podle subjektivně hlavní nevyužívanou soc.sl.....	38
Graf 15. Rozdělení respondentů podle příčin nevyužívání soc. sl.....	39
Graf 16. Rozdělení respondentů podle subjektivního vnímání souč. situace	39
Graf 17. Rozdělení respondentů podle subj. pocitu změny životní situace	40
Graf 18. Rozdělení respondentů podle subj. přístupu k plánování budoucnosti	41
Graf 19. Rozdělení respondentů podle subjektivního pocitu, na co se těším	41

9 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Transformační tabulka	29
Tabulka č. 2 Pracovní pozice a popis činností pracovníků KOMUBYT	42

10 Seznam zkratk:

AS	Armáda Spásy
BP	Bydlení především
DD	Duální diagnóza
ETHOS	Evropská typologie bezdomovectví
KOMUBYT	Komunitní bydlení pro mnohoproblémové klienty
MNS	Multi-Service Network

Příloha 1. Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR