



FILOZOFICKÁ FAKULTA
Univerzita Karlova

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Jizbová

Sociální práce s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním

Social Work with Mentally Ill Homeless People

Katedra sociální práce

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.
Praha 2020

Poděkování

Děkuji PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za odborné vedení práce, zejména za cenné rady a laskavý přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem sociálním pracovníkům, kteří byli ochotni podělit se o své zkušenosti.

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 dne

Kateřina Jizbová

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o osobách bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se zabývám jevem bezdomovectví, duševními onemocněními vyskytujícími se u osob bez přístřeší a sociální prací s touto cílovou skupinou. Empirická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, který zkoumá zkušenosti sociálních pracovníků s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním.

Klíčová slova

osoby bez přístřeší, bezdomovectví, duševní onemocnění, sociální práce

Abstract

The bachelor thesis deals with the topic of homeless people with symptoms of mental illness. The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part defines homelessness, mental illness of homeless people and social work with this target group. The empirical part focuses on qualitative research which examines the experience of social workers with mentally ill homeless people.

Keywords

Homeless People, Homelessness, Mental Illness, Social Work

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	9
1 Bezdomovectví	9
1.1 Definice bezdomovectví	9
1.2 Typologie bezdomovectví	10
1.3 Příčiny bezdomovectví	11
1.4 Následky bezdomovectví	13
1.5 Výskyt bezdomovectví	14
2 Duševní onemocnění	16
2.1 Výskyt duševních onemocnění u osob bez přístřeší	16
2.2 Nejčastější duševní onemocnění u osob bez přístřeší	17
2.2.1 Závislosti	17
2.2.2 Deprese	18
2.2.3 Schizofrenie	19
2.2.4 Úzkosti	21
2.2.5 Poruchy osobnosti	21
3 Sociální práce	23
3.1 Sociální práce s osobami bez přístřeší	23
3.1.1 Sociální služby pro osoby bez přístřeší	23
3.1.2 Organizace pomáhající osobám bez přístřeší	25
3.2 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním	26
3.2.1 Systém péče o osoby s duševním onemocněním	26
3.3 Sociální práce s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním	27
3.3.1 Metody sociální práce	27
3.3.2 Sociální pracovník	28
3.3.3 Nejnovější poznatky	29
Empirická část	32
4 Metodologie výzkumu	32
4.1 Cíle a výzkumné otázky	32
4.2 Metoda výzkumu a zpracování dat	32
4.3 Respondenti	33
5 Výsledky	34
5.1 Specifika	34
5.2 Komplikace	36
5.3 Přípravenost	39
5.4 Klienti	40
5.5 Spolupráce	42
5.6 Pomoc	44

5.7 Shrnutí hlavních zjištění	46
6 Závěr	47
Seznam použité literatury	49
Seznam použitých zkratek	56
Přílohy	57

Úvod

U osob bez domova se často setkáváme s duševním onemocněním. To mohlo životu na ulici předcházet nebo naopak tento extrémní způsob života mohl zapříčinit psychické obtíže.

Přítomnost duševního onemocnění v souvislosti s bezdomovectvím zmiňuje mnoho autorů. Může se jednat o osobní faktor a jednu z příčin bezdomovectví, která se později vlivem špatné životní situace prohlubuje. Stejně tak může jít o faktor institucionální, kdy během psychiatrické léčby člověk ztrácí svoje zázemí a po propuštění ze zdravotnického zařízení nemá možnost znovu se začlenit do společnosti. K propadu na ulici dochází vlivem mnoha dalších faktorů, které ve spojení s duševními problémy hrají při tomto procesu velkou roli.

Samotný život na ulici je velice stresující, traumatizující a vyvolává spoustu zdravotních komplikací včetně těch psychických. Tyto problémy poté ztěžují návrat člověka do společnosti.

Výzkumy na téma duševního zdraví bezdomovců probíhají po celém světě a ukazují, že se nejedná o ojedinělou záležitost. Přes rozsáhlou síť pomoci lidem bez domova se nevěnuje přílišná pozornost podskupině osob s duševními obtížemi.

V návaznosti na toto zjištění jsem se rozhodla svou bakalářskou práci zaměřit právě na osoby bez domova s příznaky duševního onemocnění. Ráda bych zmapovala především sociální práci s touto konkrétní cílovou skupinou.

Nejprve se budu zabývat samotným jevem bezdomovectví a poté budu věnovat pozornost duševním onemocněním u osob bez domova, zaměřím se zejména na nejčastěji se vyskytující psychické poruchy a zasadím je do kontextu s bezdomovectvím. V závěru teoretické části nastíním situaci osob bez domova, osob s duševním onemocněním, a nakonec i osob bez domova s duševním onemocněním v souvislosti se sociální prací. Empirická část bude věnována zkušenostem sociálních pracovníků s klienty bez domova, kteří vykazují známky duševních problémů.

Teoretická část

1. Bezdomovectví

Bezdomovectví se týká všech zemí světa a v celkovém měřítku se může stát problémem ohrožujícím stabilitu těchto zemí. V rozvojových zemích se tento fenomén týká velké části populace (Haycock, 1993).

Na našem území má bezdomovectví dlouhou historii, ovšem pojem *bezdomovec* se v České republice začal objevovat až se změnou politického režimu v roce 1989. V období komunismu se tento pojem nevyužíval, přestože bezdomovectví existovalo. Bylo ale nemyslitelné, aby někdo žil na ulici. Každý musel, byť jen formálně, někam patřit. V opačném případě mu hrozil trest za přizivnictví. Po roce 1989 problematika bezdomovectví vyplula na povrch a začala se prohlubovat (Průdková a Novotný, 2008). A právě bezdomovectvím, tak jak ho známe nyní, se budu zabývat v následující kapitole.

1.1 Definice bezdomovectví

U výrazu *bezdomovec* se setkáváme s terminologickou nepřesností. Původně šlo o člověka bez státního občanství nebo domovského práva. Český právní řád ho v tomto významu chápe dodnes (Schwarzová, 2010). Zákon o sociálních službách pracuje s pojmem *osoby bez přístřeší* a zmiňuje se o sociálně vyloučených osobách v nepříznivé sociální situaci (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Nikde však nedefinuje, kdo osobou bez přístřeší je.

Kromě termínu *bezdomovec* a *osoba bez přístřeší* se můžeme setkat například s výrazy *osoba bez domova* nebo *člověk na ulici*. Jako existuje mnoho názvů pro tento fenomén, existuje také nespočet definic bezdomovectví.

Evropská federace národních organizací pracujících s bezdomovci (FEANTSA) je jediná evropská nevládní organizace zaměřující se výhradně na boj proti bezdomovectví a zároveň jde o jednu z nejvýznamnějších organizací pomáhajících v oblasti bezdomovectví. Tato organizace definuje bezdomovectví jako absenci vlastního, trvalého a přiměřeného obydlí (FEANTSA).

Podle Kutálkové (2002) definice bezdomovectví obsahuje jedince žijící v nepřístojných podmínkách, bez možnosti se sociálně a profesně rozvíjet. Hartl a Hartlová (2000) popisují bezdomovce jako osoby bez bydliště, přespávající na ulici, v parcích, pod mosty, v kanalizacích apod.

Většina autorů se ale při definování bezdomovectví nezaměřuje jen na ztrátu bydlení. Podle Vágnerové (2012) jde o extrémní způsob života, který akceptují lidé, jejichž osobnost je zásadním způsobem změněna a jejich dostupné zdroje a schopnosti jim nedovolují plnit mnohé společenské požadavky. Bezdomovectví je podle ní výsledkem generalizovaného psychosociálního selhání spojeného se ztrátou rolí a úpadkem společenské prestiže. O volbu jde jen vzácně, ve většině případů se jedná o výsledek postupného sociálního propadu a následující rezignace na lepší život.

„Bezdomovectví jako závažná forma sociálního vyloučení představuje kontinuální společenský fenomén, jehož řešení si vyžaduje komplexní přístup“ (MPSV, 2013, s.5). Podobně podle Schwarzové (2010) představuje bezdomovectví krajní formu sociálního vyloučení. Podrobněji ho definuje jako stav bezprostřední nouze, ve které se ocitá osoba bez trvalého domova. Tato definice úmyslně využívá pojem domov, nikoli přístřeší. Nejde tudíž jen o ztrátu místa,

kde člověk může přespát, ale o ztrátu místa spojeného s určitou mírou jistoty a bezpečí.

Také Průdková a Novotný (2008) zdůrazňují, že bezdomovec je především člověk bez domova. Domov je spojován se sociálním zázemím, kam se člověk může kdykoli vrátit, kde se mu dostane pocitu jistoty, bezpečí, ochrany a spokojenosti a kde prožívá vztahy k blízkým lidem. Takový domov se skládá z určitého sociálního okolí na straně jedné, z fyzického soukromí na straně druhé. Oba tyto prvky domova bezdomovcům zpravidla chybí (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012). Stejně tak podle Hradeckého (2007) nedefinuje bezdomovectví pouze ztráta fyzického zázemí, ale dochází i k vyloučení ze sociální a právní domény.

Existují obecně dva pohledy na definici bezdomovectví. Minimalistický, který preferují vlády států a maximalistický, který upřednostňují neziskové organizace (Fitzpatrick, 2004). Minimalistický pohled může vést k opomíjení preventivních opatření. Rizikem užívání maximalistické definice je rozdělení pomoci i mezi ty, kteří ji nepotřebují a nedostane se tak pomoci všem, kteří jsou opravdu v nouzi (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012). Samotná definice bezdomovectví však nezachycuje příčiny a následky tohoto jevu (Barták, 2004). K jeho pochopení je nutné pohlížet na něj jako na proces s dynamickým vývojem a stádií (Hradecký, 2007).

1.2 Typologie bezdomovectví

Bezdomovectví lze rozdělit do několika kategorií. Jakákoli klasifikace je příliš zjednodušující a nelze každého jedince vměstnat do uvedených forem. Přesto je užitečné tyto formy zmínit. Průdková a Novotný (2008) pracují s podobnou typologií jako manželé Hradečtí (1996). Bezdomoveckou populaci rozdělují do tří skupin. Jedná se o bezdomovectví zjevné, skryté a potenciální.

Zjevné bezdomovectví je nejtypičtější a nejviditelnější, přestože tato skupina je nejméně početná. Patří sem osoby žijící na ulicích, na nádražích, pod mosty, v parcích, ve stokách apod. Také sem můžeme zařadit osoby vyhledávající noclehárny a azylové domy (Hradečtí, 1996). Zjevné bezdomovce poznáme na první pohled podle zanedbaného zevnějšku, zápachu i počínání. V ostatních lidech vzbuzují lítost, strach nebo odpor. Laickou veřejností jsou vnímáni nejintenzivněji, ale na základě setkání si vytváří mylnou představu o bezdomovectví a tento závažný jev bývá zjednodušován (Průdková a Novotný, 2008).

Skupinu skrytých bezdomovců tvoří lidé, kteří jako bezdomovci žijí, ale nemůžeme je rozlišit na první pohled, neboť dbají na svůj vzhled a snaží se svůj životní styl tajit. Skrytí bezdomovci se většinou neobracejí na veřejné nebo charitativní služby, aby našli nocleh. Často mění místo pobytu a nikde se nezdržují po delší dobu. Jejich počet je obtížné zjistit, ale předpokládá se, že tvoří mnohem početnější skupinu než bezdomovci zjevní (Průdková a Novotný, 2008).

Mezi potenciální bezdomovce můžeme řadit osoby, které žijí v různých životně těžkých podmínkách, rodinných problémech, v potížích osobního charakteru, v potížích udržet si byt a v riziku ztratit ho. Jde tedy o lidi, kterým bezdomovectví hrozí. Často jde o osoby žijící v nejistých podmínkách nájemních bytů (často zdravotně závadných), v domech určených k demolici, v provizorních, zchátralých nebo přelidněných bytech, v podnájmech. Do této skupiny

řadíme také ty osoby, které čekají na propuštění z ústavů, vězení, na opuštění dětského domova a migrační skupinu (Hradečtí, 1996).

Obecně můžeme říct, že bezdomovectvím jsou nejvíce ohroženy osoby dlouhodobě nezaměstnané, senioři, hendikepovaní, osoby adaptované na život v institucích, příslušníci etnických menšin a migranti. Ztrátou domova jsou více ohroženi muži nežli ženy (Schwarzová, 2010).

Jedním z největších sociálních problémů v České republice je sociální vyloučení. Kromě již zmíněných osob žijících v nejistých podmínkách, se sociální vyloučení může týkat obecněji i seniorů, dlouhodobě nezaměstnaných, obětí domácího násilí, zdravotně hendikepovaných a nízkopříjmových domácností. V důsledku této skutečnosti vznikají sociálně vyloučené lokality, jejichž počet se od roku 2006 do roku 2015 zdvojnásobil a podle odhadů zde žije 115 000 lidí. Tyto osoby žijící v bytech nevyhovující kvality lze také řadit do skupiny osob ohrožených ztrátou bydlení neboli potenciálních bezdomovců (Nejvyšší kontrolní úřad, 2018).

Vedle tohoto rozdělení existuje také Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení (ETHOS), kterou vytvořila FEANTSA. Tato typologie rozděluje vyloučení z bydlení do čtyř kategorií: bez střechy, bez bytu, nejisté bydlení a nevyhovující bydlení. Kategorie osob bez střechy zahrnuje osoby spící venku nebo v noclehárnách. Osoby bez domova jsou skupina bezdomovců žijící v ubytovnách, pobytových zařízeních pro ženy a zahrnuje i osoby před opuštěním institucí a uživatele dlouhodobější podpory. Další kategorií jsou osoby v nejistém bydlení včetně osob ohrožených vystěhováním a domácím násilím. Osoby žijící v provizorních stavbách, nevhodném a přelidněném bydlení spadají do kategorie nevyhovujícího bydlení.

1.3 Příčiny bezdomovectví

Znalost příčin bezdomovectví je základní podmínkou pro řešení tohoto jevu, neboť pouhé odstraňování důsledků není efektivní. Bývá ovšem problematické určit, co je příčinou a co je následkem bezdomovectví (Průdková a Novotný, 2008). Fitzpatrick, Pawson, Bramley, Wilcox a Watts (2016) uvádějí, že nelze určit pouze jednu příčinu bezdomovectví, která by působila jako jeho spouštěč. Bezdomovectví je komplexní jev, ke kterému dochází kombinací více faktorů.

V jiné studii Fitzpatrick, Kemp a Klinker (2004) zmiňují jednotlivé specifické příčiny bezdomovectví, kterými jsou: chudoba a nezaměstnanost (jako primární příčiny), dále pak rodinné konflikty, sexuální a psychické zneužívání v dětství a dospívání, pobyt ve vězení, dluhy, delikventní chování, sousedské neshody, zneužívání návykových látek, psychické poruchy, vyloučení ze školy a nízká kvalifikace.

Nejčastěji bývají faktory ovlivňující vznik bezdomovectví rozděleny na objektivní a subjektivní. Objektivní příčiny nesou také označení vnější nebo strukturální. Subjektivní bývají označovány též jako vnitřní nebo individuální (Kliment a Dočekal, 2016).

Objektivní příčiny jsou výsledkem interakce mezi společenským klimatem a ekonomicko-politickou situací země (Průdková a Novotný, 2008). Mohou mít své kořeny v politice zaměstnanosti, dostupnosti bydlení, zabezpečení v chudobě, nemoci a ve stáří, postavení minorit ve společnosti a vzdělávacím systému (Kliment a Dočekal, 2016). Mezi strukturální příčiny můžeme řadit také poli-

tiku v oblasti sociálních dávek a síťování sociálních služeb, rostoucí míru chudoby, nedostatky ve vytváření rovných příležitostí či regionální rozdíly (MPSV, 2013).

Subjektivní příčiny se nacházejí na straně jednotlivce. Manželé Hradečtí (1996) je rozdělují do čtyř kategorií na faktory materiální, vztahové, osobní a institucionální.

Materiální faktory se podle nich týkají zejména ztráty zaměstnání, ztráty bydlení, nejistého bydlení, dlouhodobé nezaměstnanosti, nedostatečných příjmů, zadluženosti, ztráty živitele a majetku.

Faktory vztahové se vyskytují u osob, jejichž původní rodina byla dysfunkční nebo vůbec neexistovala. Jako děti byly tyto osoby vystaveny nezájmu, podceňování nebo dokonce zneužívání a násilí, byly z rodiny odejmuty nebo od ní samy utíkaly (Vágnerová, 2012). V minulosti u nich došlo ke změně struktury rodiny, rodinným nebo manželským problémům, narušení vztahů mezi partnery navzájem nebo mezi rodiči a dětmi, ztrátě člena rodiny, diskriminaci ženy, rozvodu nebo rozchodu rodičů (Hradečtí, 1996).

Osobní faktory bývají spojené s omezenými kompetencemi. Příčinou snížení jejich schopností může být vrozený nedostatek nebo získané problémy (Vágnerová, 2012). Může jít například o mentální retardaci, duševní a fyzické onemocnění, invaliditu, alkoholismus a další závislosti, nesamostatnost a nezralost jedince (Hradečtí, 1996).

Faktory institucionální bývají spojené s jedinci odcházejícími z totálních institucí. Přejít těchto osob z institucí do běžných podmínek je často nad jejich aktuální adaptivní možnosti. Jde o osoby propuštěné z vězení, dětských domovů a zdravotnických zařízení (Kliment a Dočekal, 2016).

Manželé Hradečtí (1996) konstatují, že příčiny bezdomovectví se u obou pohlaví liší, přestože osobní příběh každého jedince je rozdílný a nemusí vždy spadat do obecného rozdělení. Příčinou bezdomovectví mužů bývají podle nich faktory materiální a osobní spíše než faktory vztahové a institucionální. Charakter mužského bezdomovectví bývá více veřejný, a to z důvodu, že u mužů bývají prvotní příčiny materiální v kombinaci s osobními. Zároveň muži mají větší tendenci demonstrovat svůj aktuální stav tím, že vyhledávají nabízené služby (Hradečtí, 1996).

Příčinou ženského bezdomovectví jsou převážně faktory vztahové, především partnerské problémy, často doprovázené domácím násilím. Ženy většinou chtějí předejít životu zjevného bezdomovectví, a proto je u nich charakteristické skryté bezdomovectví. Svůj partnerský problém často řeší způsobem, který je typický pro znevýhodněné ženy (bydlení u přátel, rodičů). Ženy skrytého, zjevného i potenciálního bezdomovectví mívají často u sebe i děti (Hradečtí, 1996).

Dle Vágnerové a kol. (2013) je odchod mladých lidí na ulici zapříčiněn potřebou po svobodě a nezávislosti, hledáním vlastní identity a nových zkušeností. Autorka také uvádí, že pro mladistvé bezdomovce je typická sociální nezakotvenost, problematické chování a nedostatečné vzdělání. Manželé Hradečtí (1996) zdůrazňují jako hlavní příčinu institucionální faktory (kojenecké ústavy, dětské domovy, výchovné ústavy) a dále vztahové problémy v rodinách.

1.4 Následky bezdomovectví

Jak již bylo zmíněno, bezdomovectví je složitý celospolečenský jev, u kterého nelze přesně stanovit příčiny a následky, neboť se vzájemně mísí. Přesto bych chtěla v následující podkapitole shrnout oblasti změn, které u jednotlivce nastávají poté, co se ocitne na ulici.

U bezdomovců dochází k selhání v oblasti socializace. Nevytváří si hlubší a trvalejší vztahy. Ty bývají spíše povrchní a chybí v nich jistota a důvěra. Jde spíše o náhodné kontakty s lidmi s podobným osudem. Se selháním v oblasti socializace souvisí také odmítání norem a hodnot majoritní společnosti. Tyto normy nemají pro člověka na okraji společnosti téměř žádný význam, což se projevuje nepřijatelným chováním a nerespektováním pravidel (Vágnerová, 2012).

Podle Vágnerové (2012) se u lidí bez domova setkáváme také se změnami v oblasti potřeb a jejich uspokojování. Dochází k jejich minimalizaci. Potřeba získávání nových zkušeností je snížena a považována za nežádoucí. Nebývá uspokojována ani potřeba jistoty, bezpečí a citového vztahu. Při dlouhodobém citovém strádání tato potřeba vyhasíná a je nahrazena uspokojováním pouze nižších potřeb. Životní styl bezdomovce a trávení volného času se tak maximálně zjednodušuje. Potřeba seberealizace bývá nízká nebo zcela schází. Bezdomovci často rezignují na lepší život a nejsou schopni plánovat budoucnost v delším časovém horizontu.

S tím souvisí i jejich nízké sebepojetí. Bezdomovci přijímají negativní obraz sebe samého. Dochází u nich k celkovému úpadku osobnosti, který se projevuje ztrátou zájmu o svůj zevnějšek či vymizením hygienických návyků (Vágnerová, 2012). Osoba, která se s postavením bezdomovce identifikuje, má menší naději, že se z ulice dostane. Přijme nízký status a k pokusu o návrat do společnosti již nedojde (Osborne, 2002).

Bezdomovectví má také sociální důsledky spojené se ztrátou postavení ve společnosti. Dochází k procesu marginalizace a sociálnímu vyloučení. Moderní doba klade na jedince čím dál větší nároky a v případě jejich nezvládnutí je člověk odsunut na okraj společnosti. Schwarzová (2010) popisuje sociální marginalitu jako začarovaný kruh, kdy postavení na okraji společnosti prohlubuje deprese a sebevražedné tendence, pomáhá v rozvoji duševních onemocnění a celkově má destruktivní vliv na jedince. Přitom jsou na druhou stranu marginalizací nejvíce ohroženi převážně lidé zranitelní.

Život osoby bez domova je velmi náročný a životní podmínky ho vystavují vysokému riziku onemocnění (Hradečtí, 1996). Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020 udává, že „*existující výzkumy potvrzují předpoklady o zhoršeném zdravotním stavu oproti bydlící populaci. Mezi bezdomovci zjišťujeme vyšší výskyt chronických onemocnění, vyšší prevalenci infekčních chorob i častější problémy s duševním zdravím*“ (MPSV, 2013, s. 17).

Somatické chátrání je důsledkem životního stylu osob bez domova. Životní situace jim nedovoluje dodržovat ani základní hygienu kvůli chybějící motivaci, ale i kvůli zhoršené dostupnosti hygienických zařízení. Také je nemožné zachovat zdravou životosprávu, jedí nepravidelně a zpravidla to, co seženou. Jejich zažívací problémy bývají zhoršovány požíváním alkoholu a kouřením. Často bývají podchlazení a své choroby přecházejí (Vágnerová, 2012). Zdravotní pro-

blémy ztěžují návrat do společnosti. Obzvláště významné jsou v tomto ohledu vady mentální, psychické a závislosti (Hradečtí, 1996). Psychickým potížením se budu podrobněji věnovat v další kapitole.

1.5 Výskyt bezdomovectví

V České republice neexistují přesné statistické údaje o výskytu bezdomovců v populaci. Přesto proběhlo v několika městech jejich sčítání a existují určité odhady počtu osob bez domova v populaci. Schwarzová (2010) zdůrazňuje, že je velmi obtížné určit jejich počet, neboť ne všichni využívají dostupné sociální služby nebo svoji situaci nedefinují jako formu bezdomovectví (skryté a potencionální bezdomovectví). V této podkapitole se tedy podíváme na předpokládané počty lidí bez domova a jejich demografickou strukturu.

V roce 2011 provedl Český statistický úřad (ČSÚ) Sčítání lidu, domů a bytů, v němž se pokusil sečíst populaci osob bez domova. Byly sečteny osoby žijící v azylových domech, domech na půl cesty, dále osoby využívající služby nízkoprahových center a noclehárny pro lidi bez domova. K tomu se podařilo zachytit i osoby přebývající v rekreačních chatkách, přístřeších a mobilních obydlích. Celkem bylo zaznamenáno 11 496 bezdomovců a dále pak 35 480 osob žijících v rekreačních chatkách, 16 834 přežívajících v nouzových přístřeších a 925 osob v mobilních obydlích. Toto sčítání umožnilo zachytit osoby využívající sociální služby, nepokrylo ovšem osoby žijící venku a nevyužívající žádné služby (VÚPSV, 2019).

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (VÚPSV) provedl v roce 2019 rozsáhlé sčítání osob bez domova. Dle jejich výsledků se v České republice vyskytuje zhruba 23 830 osob bez domova. Sečteny byly osoby bez střechy a vybrané kategorie osob bez bytu dle typologie ETHOS. Pro porovnání se můžeme podívat na výsledky online dotazníkového průzkumu, který iniciovalo MPSV (2015). Dle něho pracovníci obecních úřadů odhadují, že v České republice je 119 000 osob ohrožených ztrátou bydlení a 68 500 osob bez bydlení. Výroční zpráva o bezdomovectví v České republice pro organizaci FEANTSA odhaduje, že osob bez domova a ohrožených ztrátou domova je u nás minimálně třikrát více než udává typologie ETHOS, tedy okolo 100 000.

Nejvyšší počet osob bez domova byl podle průzkumů MPSV (2015) i VÚPSV (2019) odhadnut v Moravskoslezském kraji a následně v hlavním městě Praze. Naopak nejnižší počet byl zaznamenán v Královéhradeckém, Karlovarském a Pardubickém kraji (MPSV, 2015).

Podle VÚPSV (2019) je 8 z 10 osob bez domova mužského pohlaví. K podobným závěrům došel výzkum MPSV (2015), dle kterého ženy tvoří 23,6 % bezdomovecké populace. Tyto údaje odpovídají obvyklému poměru mužů a žen mezi bezdomovci v porovnání s údaji z dalších zemí. Například podle McDonaghové (2011) z Velké Británie je 84 % mužů a 16 % žen bez domova. Panadero a kol. (2015) uvádějí, že bezdomoveckou komunitu v Madridu tvoří z 83 % muži a ze 17 % ženy.

Z hlediska věku dochází podle Vágnerové, Marka a Csémyho (2018) k propadu na ulici u čím dál tím mladších osob. Vysvětlují to tím, že starší lidé prožili své mládí za komunismu, kdy se člověk nemohl stát bezdomovcem. Nejčastěji bývají osobami bez domova muži ve středním a starším středním věku od 40 do 60 let, kteří tvoří 53 % bezdomovecké populace (Heczko a Heczková,

2001). Dle MPSV (2015) je mladých bezdomovců do 18 let 11,9 % a osoby nad 65 let tvoří 10,3 %.

Statistiky EU dokazují, že zdraví osob bez domova je daleko křehčí a nestálější oproti ostatní populaci. Například anketa o bezdomovcích z ulic Londýna ukázala, že střední věk úmrtí těchto osob je 47 let v porovnání se 73-79 lety ostatní populace. V Německu mají lidé bez domova naději na život o 10 let kratší než osoby se stálým bydlištěm. Je zřetelné, že kvalita života bezdomovců je špatná (Hradečtí, 1996). Ze zkušeností těchto autorů lze konstatovat, že 80-90 % bezdomovců trpí nějakým zdravotním postižením, akutním nebo chronickým onemocněním. S tímto tvrzením je ve shodě i Heczko a Heczková (2001), kteří se domnívají, že zdravotním problémem trpí 90 % českých bezdomovců. Statistiky ordinací praktických lékařů pro bezdomovce ukazují, že lidé bez domova vyhledávají zdravotní pomoc nejčastěji kvůli onemocněním dýchacích cest, kožním, oběhovým a svalovým poraněním, infekčním, trávicím poruchám a až poté kvůli psychickým problémům (Šupková a kol., 2007).

2. Duševní onemocnění

Duševní porucha je podle Hartla (2004) klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka ze zaměstnání, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech. Obecněji ji definuje jako změnu některých psychických procesů projevující se v myšlení, chování a pocitech, které znesnadňují adaptaci a interakci se sociálním okolím.

Kombinace duševní poruchy a bezdomovectví má úzký vztah, ve kterém ovšem není vždy snadné rozlišit příčinu a následek. Duševní onemocnění může vést v kombinaci se socioekonomickými problémy k bezdomovectví. Ale také naopak bezdomovectví může mít za následek duševní potíže, deprese a užívání návykových látek (Šupková, 2008).

V této kapitole bych ráda zmapovala celkovou situaci duševních onemocnění u osob bez domova a zaměřila se na konkrétní onemocnění, která se u těchto osob nejčastěji vyskytují, ať už jako příčina nebo následek bezdomovectví.

2.1 Výskyt duševních onemocnění u osob bez přístřeší

Sovinová a Csémy (2010) uvádějí, že 70 % psychicky nemocných bezdomovců pocívalo duševní obtíže dříve, než se ocitli na ulici, kde se jejich potíže ještě zhoršily. Některá duševní onemocnění mohou vést k selhání sociálního fungování, dále k bezdomovectví a sociální izolaci. Velkým problémem se ukazuje být stigmatizace psychiatrické a psychologické péče. Velká část duševně nemocných se ocitne na ulici, aniž by někdy předtím vyhledala tuto pomoc (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

Osobami bez domova se také často stávají lidé trpící duševní poruchou, kteří se po propuštění z psychiatrické nemocnice nejsou schopni adaptovat na samostatný život. Riziko sociálního selhání zvyšuje jejich nestandardní chování, závislost na psychoaktivních látkách a nedodržování léčby (Vágnerová, 2012). Dlouhodobá hospitalizace, která je v psychiatrických léčebnách obvyklá, přispívá k tomu, že významná část pacientů těchto zařízení během hospitalizace o bydlení přijde (VÚPSV, 2019).

Již zmíněný průzkum z ordinací praktických lékařů pro bezdomovce ukázal, že na pomoc lékařů v souvislosti s duševním onemocněním se osoby bez domova obracejí ve velmi malé míře v porovnání se somatickými potížemi. To lze vysvětlit malou dostupností této péče, ale i nevelkou ochotou samotných bezdomovců vyhledat pomoc z tohoto důvodu. Lidé s příznaky duševního onemocnění vyhledávají pomoc často pod tlakem sociálního okolí. V případě osob bez domova tento tlak chybí (Šupková a kol., 2007).

Sheltonová a spol. (2009) uvádějí, že výskyt psychických poruch je mezi bezdomovci přibližně 3-4krát vyšší. Podle Binesové (1994) jsou duševními problémy 11krát více postiženi lidé na ulici v porovnání s běžnou populací. Dle výsledků průzkumů různých badatelů trápí 25-45 % bezdomovců nějaké psychické problémy. Rozdílnost výsledků nejspíše souvisí s odlišnými kritérii, která byla použita pro posouzení psychického stavu osob bez domova (Vágnerová,

Marek a Csémy, 2018).

2.2 Nejčastější duševní onemocnění u osob bez přístřeší

Odborné studie se liší v četnosti jednotlivých duševních poruch, avšak ve většině se shodují ve skladbě nejčastějších duševních onemocnění u osob bez domova. Mezi nejvíce vyskytujícími se chorobami jsou závislosti, psychotická onemocnění, depresivní a úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, pokusy o sebevraždy, poruchy chování, poruchy osobnosti. Častá je také tzv. komorbidita, tedy kombinace více duševních onemocnění (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

Nyní se podíváme podrobněji na jednotlivá onemocnění, která trápí osoby bez domova nejčastěji. Zaměřím se především na jejich projevy a dopady v sociální oblasti života jedince a zasadím je do kontextu s bezdomovectvím.

2.2.1 Závislosti

Závislost spadá dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) do poruch duševních a poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek (F10-F19). Závislost je charakteristická tím, že mění osobnost a postupem času dochází k její degradaci. Psychoaktivní látky způsobující závislost mají vliv na chování, vědomí a náladu. Nejproblematictější pro jedince i jeho sociální okolí bývá především pozměněné a narušené chování (Češková, 2012).

Nešpor (2011) popisuje základní příznaky závislosti na návykových látkách. Pokud je během jednoho roku u člověka objeveny minimálně tři z nich, jde pravděpodobně o závislost.

Prvním příznakem je „*bažení*“ neboli velice silná touha látku užívat. K tomu se váže i druhý příznak, kterým je špatné sebeovládání. Závislý člověk má pozměněnou osobnost a dělá neobvyklé, nebezpečné a závažně věci jen aby drogu získal.

Třetím znakem je odvykací stav neboli abstinenční příznaky. Organismus závislého je trvale intoxikován a během abstinence dochází k tělesné odezvě na nepřítomnost drogy. U některých látek má abstinence vliv především na fyzický stav, naopak u dalších dochází ke zhoršení prožívání a celkového psychického stavu. Během odvykací doby je nutná psychiatrická péče.

Dalším znakem je zvyšování tolerance, což znamená, že u uživatele narůstá spotřeba dané drogy. To může být zapříčiněno i snadnou dostupností některých návykových látek.

Pátým znakem je zanedbávání ostatních zájmů nebo činností. Závislý zužuje svoji pozornost pouze na drogu. Závislost může být diagnostikována v případě, že droga začíná zasahovat do profesního, osobního i fyzického života. Člověk žije ve stereotypu shánění nebo konzumování drogy. Růst tolerance a zanedbávání jiných činností má za následky osobnostní degradaci a sociální izolaci.

Za poslední kritérium Nešpor (2011) považuje užívání návykových látek i přes jejich zjevné škodlivé následky. Negativní následky, jakými je rozpad rodiny, ukončení pracovního poměru nebo celková devastace osobnosti si lidé

odmítají dát do souvislosti s užíváním drog. Tyto následky bývají odhaleny až v době, kdy už je na jejich odstranění pozdě.

U osob užívajících návykové látky probíhá podle odborníků proces propadu na ulici ve třech fázích. Nejprve začínají mít problémy ve svém zaměstnání kvůli nespolehlivosti a častým absencím, až o ni nakonec přijdou. Brzy začne být užívání drog finančně náročné, uživatelé si půjčují peníze, které nevrací anebo začnou krást. Tím dochází ke ztrátě podpory od rodiny a přátel. Dostávají se do okruhu lidí, kteří mají blízko k návykovým látkám. Poslední fází je propad na ulici mezi bezdomovce, kteří vesměs také užívají drogy nebo alkohol (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018).

Nelegální drogy častěji užívají mladší bezdomovci, nadměrná konzumace alkoholu je typická pro ty starší (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012). Evropská zpráva o drogách informuje, že v České republice je odhadnuto 47,8 tisíc problémových uživatelů pervitinu a opioidů (Vláda ČR, 2019). Podle Šupkové (2007) se návyk na alkoholu nebo jiné droze přisuzuje asi 24 % bezdomovců. „*Lze říci, že užívání drog vede k rychlejšímu propadu na ulici, ale i ke zvýšení rizika chronizace bezdomovectví*“ (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018, s. 179).

Alkohol je považován za nejrozšířenější závislost u osob bez domova, avšak nadměrné zneužívání ostatních drog je považováno za rizikovější z hlediska dřívějšího propadu na ulici (Johnson et al., 1997). Kvůli snadné dostupnosti alkoholu je těžší se návykovému chování vyvarovat, pokud se jedinec snaží abstinovat. Většina toxikomanů zvládne nějaký čas abstinovat, neboť se nelegální droga konzumuje skrytě, a tak se může závislá osoba vyhnout rizikovému prostředí (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

Mezi závislými osobami bez domova vznikají určité komunity, které jsou rozdělené podle preferované drogy. Toxikomani vidí alkoholiky jako špinavé lenochy, alkoholici vyčítají uživatelům nelegálních drog kriminalitu. Alkoholici se příliš nestarají o svůj vzhled a zdrojem příjmu je pro ně žebrání a vybírání popelnic. Toxikomani si na zevnějšku zakládají a povětšinou páchají drobnou trestnou činností (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

2.2.2 Deprese

Nyní se budeme zabývat duševními poruchami spadajícími dle MKN mezi Afektivní poruchy (F30-F39). Jejich základní charakteristikou je porucha nálady neboli afektu ve smyslu zvýšené nebo snížené podoby. Řadíme sem deprese, mánie a smíšenou formu (bipolární afektivní poruchu) (Češková, 2012).

Manická nálada bývá nadnesená, euforická, expanzivní. Myšlení je zrychlené, jsou přítomny pocity až mimořádných schopností a síly. Psychomotorika je zrychlená, naopak se snižuje potřeba spánku a celková životní energie je nadměrně vysoká. Často dochází k velkému utrácení peněz. Jedinec má zvýšenou schopnost navazovat někdy až nevhodné sociální a partnerské kontakty (Raboch, 2014).

Podrobněji se zaměříme na depresi, která je u osob bez domova častým duševním onemocněním. Aby mohl být stav člověka diagnostikován jako deprese, musí se u něho vyskytovat minimálně pět z devíti následujících příznaků. Těmito příznaky jsou depresivní nálada, snížený zájem o běžné činnosti, ztráta chuti k jídlu, nespavost, ztráta energie, zpomalení myšlení a pohybů, pocity viny a méněcennosti, zhoršená koncentrace, sebevražedné myšlenky či kroky k

tomu směřující (American Psychiatric Association, 2013).

Depresivní syndromy jsou jedním z nejčastějších duševních onemocnění na světě. Údaje o četnosti se liší, ale je odhadována celoživotní prevalence až u 1/5 obyvatel a je dvakrát častější u žen (Probstová a Pěč, 2014). Dle výzkumu Šupkové (2007) trpí depresivními stavy 19 % osob bez domova, které navštívily ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce. Dle mnoha zahraničních výzkumů je deprese nejčastějším duševním problémem osob bez domova (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018).

Mezi nejčastější znaky deprese u bezdomovců patří apatie. Vzhledem ke špatné situaci člověka na ulici jsou depresivní stavy nepřekvapujícím následkem. Mnoho potřeb nemůže být uspokojováno, což má vliv na nízké sebepojetí (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018). K nárůstu depresivity přispívá ztráta rodinného zázemí, tím pádem i pocity osamělosti a vyloučení ze společnosti. Zvýšené sklony k depresivitě posilují riziko propadu na ulici a stejně tak bezdomovectví vede k jejímu nárůstu (Ravenhill, 2003).

Osoby bez domova, které trpí depresí nebo úzkostí, mají tendenci užívat drogy a alkohol pro zmírnění nepříjemných pocitů. Je bez pochyb jasné, že tito lidé trpí depresivními stavy častěji než majoritní společnost. U bezdomovců je mnohdy přítomna duální diagnóza, kdy je například deprese zkombinovaná se závislostí na návykové látce (Rhoades et al., 2011).

Nyní se ještě na chvíli zastavíme u tématu sebevražedných tendencí, které mají s depresí a osobami bez domova úzkou spojitost. Skupinou nejvíce ohroženou suicidií jsou podle Wassermanové (2008) právě lidé trpící afektivní poruchou. „*Depresivní člověk nejenže se cítí špatně, ale je sám sobě nepřitelem – sebedestruktivní a sebevražedné myšlenky a jednání jsou u těžších průběhů deprese pravidlem*“ (Probstová a Pěč, 2014, s. 83). Komplikací je komorbidita se závislostí nebo schizofrenií. Odhadem asi 60 % dokonalejších sebevražd má spojitost s rozpoznanou nebo nerozpoznanou afektivní poruchou (Wasserman, 2008). Podle výzkumů je 30-90 % sebevražd (záleží na autorovi výzkumu) spojeno s duševními nemocemi, nejvíce s depresemi, dále se závislostmi, schizofrenií a poruchami osobnosti. Mezi rizikové faktory patří mimo jiné nepříznivá životní situace a akutní psychosociální stresory (Praško, Látalová a Kamarádová, 2015).

Není proto překvapivé, že sebevražedné tendence jsou u bezdomovců znatelné. Je ovšem důležité se u této spojitosti zabývat i dalšími faktory, jako zdali měl člověk suicidální a depresivní tendence již před propadem na ulici nebo až když se ocitl v této nepříznivé situaci. Specifikem je tzv. „*pomalé sebezabíjení*“ plynoucí ze života na ulici. Sebedestruktivní, lhostejný a rizikový životní styl může být projevem sebevražedných tendencí. Prostituce, užívání drog a alkoholu může být prostředkem k pomalému sebezničení. Především u mladších bezdomovců je předávkování základem vědomé či nevědomé potřeby skoncovat se životem (Csémy, Vágnerová a Marek, 2011).

2.2.3 Schizofrenie

Psychotická onemocnění se vyznačují ztrátou kontaktu s realitou. Jedná se o poruchy myšlení, kdy dochází k proměně osobnosti pod vlivem bludného myšlení a halucinací (Vágnerová, 2000). Já se podrobněji zaměřím na schizofrenii, která je jednou z nejzávažnějších duševních poruch a u osob bez domova

se vyskytuje poměrně často. Dle MKN toto onemocnění spadá do skupiny Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29).

U nemocných můžeme pozorovat v různých fázích poruchy téměř všech psychických funkcí (Svoboda, 2012). Dle Probstové a Pěče (2014) se příznaky dělí na pozitivní a negativní a oba typy jsou s onemocněním spojené. S pozitivními příznaky nemají zkušenost zdraví jedinci a lépe reagují na psychofarmaka. Negativní příznaky se projevují deficitem normálních emočních reakcí a myšlenkových procesů. Svoboda (2012) mezi pozitivní příznaky řadí halucinace (poruchy vnímání), bludy a dezorganizaci (poruchy myšlení). Naopak negativní zahrnují apatii, ztrátu pocitu radosti a motivace, sociální stažení, ochuzení myšlení a řeči.

Dušek a Večeřová-Procházková (2010) shrnují, že často autoři považují za charakteristický projev schizofrenie proces emočního vyhasínání, který vyústí až do emoční tuposti a celkové oploštělé emotivity. Postupně dochází ke ztrátě kontaktu s realitou (autismu). Paralelně s těmito projevy dochází k dezintegraci (rozpadu) osobnosti.

Prevalence je u tohoto onemocnění udávána v rozmezí 0,6-1,5 a vyskytuje se stejně často u mužů a žen (Vanasse a kol., 2012). Podle výzkumu Šupkové (2007) o skladbě duševních onemocnění u bezdomovců v ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce se nemoci schizofrenního okruhu vyskytují u 8 % osob bez domova. Ke stejnému výsledku dospěl i výzkum Dragomirecké a kol. (2004), podle kterého je psychotická porucha pravděpodobná u 8,6 % osob bez domova. Podle dalších studií pacienti psychiatrických nemocnic tvoří z 10 % bezdomovci se schizofrenií (Csémy, Vágnerová a Marek, 2011).

Konečným důsledkem neléčeného psychotického onemocnění je uzavření člověka do vlastního světa, kdy mu nerozumí jeho blízcí a on nerozumí jim. Pokud takto nemocná osoba zůstane v rodinném prostředí, dřív nebo později se setká s požadavkem na léčbu, kterou člověk často odmítá a považuje to za výraz nepřátelství (Vágnerová, 2000). Poté dochází k útěku na ulici. Rodina ztratí o jedince zájem nebo ti, kdo se o něj starali, zemřeli. Na ulici skončí bez kontaktů a tím pádem i bez pomoci. K léčbě jsou donuceni jen pokud dojde k pokusu o ublížení sobě nebo okolí (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

Jarolímek (2010) také upozorňuje, že pokud duševně nemocný nevychází se svou rodinou nebo ji nemá, je agresivní či asociální, může skončit jako bezdomovec. Tím vypadá ze systému sociálního a zdravotního systému a nikdo se o něj ze zákonné povinnosti nepostará. Autor dodává, že schizofrenie je jedno z finančně nejnákladnějších duševních onemocnění z hlediska náročnosti a délky léčby. Problémem tohoto onemocnění je, že se začíná projevovat nejčastěji v období pozdní adolescence, kdy se partnerské vtahy začínají tvořit a tím je pro nemocné těžké vztahy navázat (Weimerová, 2010). Vzhledem k období nástupu onemocnění člověk se schizofrenií často nemá žádnou zkušenost s prací. Toto onemocnění má velký sklon k chronizaci a celosvětově patří mezi nejvýznamnější příčiny úplné invalidity (Svoboda, 2012).

Psychóza se může objevovat v atacích v průběhu života a může skončit v bezdomoveckých epizodách. Lidé s psychózou do svých bludů zahrnují i svůj život na ulici. Často tvrdí, že ulici zkoumají, získávají důležité informace apod. Ve většině případů bývají izolováni od ostatních bezdomovců (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

2.2.4 Úzkosti

Duševní obtíže spojené s úzkostmi spadají podle MKN mezi Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-49). Tato onemocnění bývají spojována do jedné velké skupiny nazvané „neurózy“ a vznikají působením psychosociálních vlivů (Hellerová, 2014).

Onemocnění z této skupiny bývají doprovázena pocity úzkosti. Úzkost na rozdíl od strachu nemá konkrétní podobu příčiny. Úzkost je běžným jevem s adaptivní funkcí. Problém nastává, pokud se objevuje příliš často a v nepřiměřených situacích, trvá příliš dlouho a intenzita je vzhledem k situaci velká (Češková, 2012). Je definováno několik typů poruch, které do výše zmíněné skupiny patří. My se opět zaměříme na ty, které nejvíce souvisí s lidmi bez domova a těmi budou fobické úzkostné poruchy a reakce na stres a porucha přizpůsobení.

Fobické úzkostné poruchy vyvolávají úzkost určitými dobře definovanými situacemi a podněty, kterým se člověk snaží vyhýbat, ale i pouhým pomyslením na ně se může úzkost objevit (Venglářová a Mahrová, 2008). Marek, Strnad a Hotovcová (2012) uvádějí, že úzkostné stavy bezdomovců se většinou projevují sociální fobií či agorafobií. Sociální fobie se projevuje strachem ze situací, ve kterých může být člověk pozorován a posuzován druhými. Agorafobie je strachem z otevřených prostor či opuštění domova (Češková, 2012).

U osob bez domova jsou pocity úzkosti a fobie spojené například s jednáním na úřadech, pohybováním se v davu nebo v dopravních prostředcích. Úzkost je pro ně obranným prostředkem, jak zvládat život na ulici. Bezdomovci často trpí poruchami spánku kvůli strachu z napadení, bojí se pohledů ostatních, aby v nich nepoznali bezdomovce (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

Dále se u osob bez domova vyskytují reakce na stres způsobené závažným stresujícím zážitkem. Jde především o posttraumatickou stresovou poruchu. Ta se vyznačuje opožděnou a protahovanou reakcí na stresovou situaci (Češková, 2012). Typickými projevy je opětovné vybavování a znovuprožívání traumatické události. Úzkost vyvolávají i podněty připomínající stresovou situaci (Probstová a Pěč, 2014).

Kromě úzkosti se tato porucha u bezdomovců projevuje přecitlivělostí, nezájmem o budoucnost, otupělostí nebo odcizeností. (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012). Zkušenost s traumatizací je u bezdomovců mnohem častější než u běžné populace a vzhledem k tomu je i četnější výskyt posttraumatické stresové poruchy. Trpí jí 10 – 35 % mladých bezdomovců a v rámci bezdomovecké komunity je třikrát častější u žen než u mužů (Csémy, Vágnerová a Marek, 2011). Mnoho bezdomovců si odnáší trauma z původní rodiny. Ženy bez domova znají trauma z domácího násilí a muži z rozpadlého vztahu. Tato porucha se u osob bez domova málokdy vyskytuje izolovaně, většinou se objevuje v kombinaci s depresiemi či závislostí (Sovinová a Csémy, 2010).

2.2.5 Poruchy osobnosti

Pěč a Probstová (2014) definují poruchy osobnosti jako přetrvávající stabilní způsob myšlení, cítění a chování, který vede k potížím v oblasti sociální, profesní a oblasti subjektivního prožívání. Rysy osobnosti se projevují v extrémních formách a jsou neměnné. To má za následek neschopnost přiměřeně

reagovat na okolí. Dle MKN jde o Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69).

Základní znaky poruch osobnosti popisují a doplňují Probstová a Pěč (2014) podle definic Corcorana a Walshe (2010) takto:

1. Paranoidní porucha osobnosti: podezřívavost, nedůvěra
2. Schizoidní porucha osobnosti: uzavřenost vůči sociálním vztahům
3. Disociální porucha osobnosti: nedůvěra a potřeba moci nad druhými
4. Emočně nestabilní porucha osobnosti: stabilní nestabilita pocitů a identity, impulzivita
5. Histriónská porucha osobnosti: nadměrná emotivita a snaha o pozornost
6. Anankastická porucha osobnosti: důraz na perfekcionismus, řád a kontrolu
7. Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti: hypersenzitivita, především vůči kritice, pocity neadekvátnosti, sociální inhibice

V běžné populaci trpí nějakou poruchou osobnosti 6-9 % (Vágnerová, 2000). Podle průzkumu Šupkové (2007) tvořily 4 % osoby s poruchou osobnosti klienti hledající pomoc praktického lékaře pro bezdomovce. Csémy, Vágnerová a Marek (2011) konstatují, že různé poruchy osobnosti a jejich kombinace postihují 20-70 % dospělých bezdomovců mužského pohlaví. Nejčastěji bývá diagnostikována disociální porucha osobnosti, ale pravděpodobně je její četnost uměle navyšována (Sovinová a Csémy, 2010).

Je mnoho bezdomovců, které lze přiřadit i k jiným poruchám osobnosti, avšak Rollnick (2003) upozorňuje, že u této diagnostiky je třeba být obezřetný kvůli nálepkování, neboť tato porucha je trvalá. Hrozí proto nebezpečí, že klient spadne do kategorie osob s nemožností prokazovat změny a tudíž nemá cenu se jím více zabývat. Nežádoucí osobnostní rysy lze dát stranou, ale nelze je odstranit. Komunita bezdomovců je pro jedince s poruchou osobnosti přitažlivá kvůli odlišným sociálním normám (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

S poruchami osobnosti u osob bez domova úzce souvisí také poruchy chování. U mladých lidí se poruchy chování a asociální projevy objevují ještě před odchodem na ulici a zvyšují riziko sociálního propadu. Na druhé straně problematické chování narůstá pod vlivem bezdomovecké komunity. Mladí lidé na ulici se často dopouštějí přestupkové nebo méně závažné trestné činnosti. Jejich základní životní potřeby nejsou vždy uspokojovány legálním způsobem. Riziko kriminálního chování zvyšuje užívání drog a alkoholu. Především u drogově závislých se můžeme setkat se závažnější trestnou činností (Csémy, Vágnerová a Marek, 2011).

3. Sociální práce

Pojem sociální práce nemá jednotnou definici, na které by se shodli všichni sociální pracovníci. Mezinárodní etický kodex sociálních pracovníků (2004) definuje sociální práci jako profesi podporující sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. „*Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti*“ (Mezinárodní federace sociálních pracovníků, 2004, s. 1).

Navrátil (2001) ve své definici používá koncept sociálního fungování. Podle něho je cílem sociální práce podpora sociálního fungování v prostředí, kde je tato potřeba vnímána, a to individuálně nebo skupinově.

S konceptem sociálního fungování pracuje například i americká Národní asociace sociálních pracovníků (1973). Sociální práce je podle ní profese zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám i komunitám s cílem zlepšit nebo obnovit sociální fungování a vytvářet příznivé společenské podmínky pro tento cíl.

Matoušek (2007) vysvětluje, že rozdílnost v definování poslání a cílů sociální práce spočívá v historickém vývoji každé země, ale je také závislé na teoretickém, společenském a kulturním kontextu.

Po obecném definování sociální práce se nyní v této kapitole můžeme podívat konkrétněji na sociální práci s cílovou skupinou osob bez přístřeší, osob s duševním onemocněním a následně i na sociální práci s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním.

3.1 Sociální práce s osobami bez přístřeší

Tato podkapitola bude věnována sociální práci s osobami bez přístřeší. Podíváme se, jaké sociální služby mohou osoby bez domova využívat a které největší organizace u nás nabízejí pomoc právě jim.

Při práci s osobami bez domova je třeba počítat s tím, že se jedná o sociálně patologickou skupinu, která nemusí vždy jevit zájem o změnu svojí situace. Proto je potřeba nabízet služby, které slouží k podpoře uspokojování základních životních potřeb. Po jejich uspokojení se může dostavit motivace ke změně, na což by měl navázat dostatek služeb ambulantních a pobytových (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

3.1.1 Sociální služby pro osoby bez přístřeší

Sociální práci cílenou na osoby bez domova můžeme rozdělit na preventivní aktivity, služby zaměřené na naplnění základních potřeb a služby zaměřené na reintegraci a soběstačnost (Schwarzová, 2010).

Včasně řešení problémové situace je nejlepší prevencí bezdomovectví. Snížení sociálních rizik osob ohrožených bezdomovectvím nebo již osob bez domova pomáhají řešit preventivní aktivity, konkrétně sociální poradenství. Poradenství cílené na osoby bez domova je u nás poskytováno především v občanských poradnách a nízkoprahových denních centrech (Schwarzová, 2010). Te-

réní sociální pracovníci poskytují základní sociální poradenství a fungují jako zprostředkovatelé služeb. Ambulantní sociální služby pro osoby bez domova nabízejí odborné sociální poradenství (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

Již zmíněná nízkoprahová denní centra nabízejí kromě poradenství také služby zaměřené na naplnění základních potřeb. Mezi jejich standardní služby patří hygienický servis, ošacení, jídlo a místo k odpočinku (Průdková a Novotný, 2008). Je efektivní, pokud jsou všechny služby zaměřené na základní potřeby a poradenské služby na jednom místě. Po uspokojení akutních potřeb může klient projevit zájem o trvalejší změnu, na což by měli další služby bezprostředně reagovat. Jako velmi potřebné se ukazují být také ordinace praktických lékařů pro bezdomovce nebo alespoň zdravotní sestra v rámci center, jelikož bezdomovci nebývají žádoucími pacienty klasické zdravotní péče (Schwarzová, 2010).

Aktivity zaměřené na naplnění základních potřeb v sobě zahrnují další služby, kterými jsou noclehárny a azylové domy. Noclehárny jsou pobytové služby s nejnižším prahem. Problém pro osoby bez domova spočívá v podmínce střízlivosti, která se pro ně mnohdy nesplnitelná (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

Schwarzová (2010) rozlišuje azylové bydlení na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé v závislosti na nabízené délce pobytu pro klienta. Podle typu azylového ubytování se počítá s jeho pobytem v řádu týdnů, měsíců až let. Tento typ služeb nabízí komplexní pomoc a může sloužit k překlenutí krizové situace a návratu k soběstačnosti. Dlouhodobé azylové ubytování může mít formu cvičných a chráněných bytů. Ty se nejvíce podobají přirozenému prostředí a slouží k nácviku dovedností vedoucích k samostatnosti a odpovědnosti za vlastní život. Bohužel jich je v České republice velmi málo a nejsou tedy pro klienty příliš dostupné.

Třetí kategorií jsou služby zaměřené na reintegraci a soběstačnost, které nabízejí výcvik v dovednostech a podporu zaměstnanosti. Jak již bylo zmíněno, azylové domy také podporují reintegraci a soběstačnost v určitých oblastech (Schwarzová, 2010). Na provozu azylových domů mají klienti svůj podíl – prací, úklidem, udržováním i finančním příspěvkem na ubytování (Hradečtí, 1996).

Podstatná část dlouhodobě nezaměstnaných osob nemůže například kvůli různému hendikepu obstát na běžném trhu práce a nemůže pracovat za standardních podmínek, přestože by pracovat chtěly. Řešením pro tyto lidi jsou chráněná a podporovaná zaměstnání a sociální firmy (Schwarzová, 2010).

Chráněná zaměstnání jsou realizována podobou chráněných dílen a tréninkových pracovišť. Zaměstnavatelé vycházejí co nejvíce vstřícně zvláštním potřebám klientů. Tento typ služeb je vhodný pro klienty, kteří se pro svůj hendikep nemohou uplatnit na trhu práce, i když by chtěli, ale nechybí jim pracovní návyky a potřebné dovednosti. Podobně fungují také podporovaná zaměstnání, kde se ovšem očekává větší samostatnost klienta, který má více kompetencí a povinností. Cílem podporovaných zaměstnání je příprava klienta ke vstupu na otevřený pracovní trh. Jednou z forem podporovaného zaměstnání je program veřejně prospěšných prací. Jejich cílem je poskytnout práci nekvalifikovaným lidem, osobám s nedostatečnou praxí nebo osobám, pro které je obtížné se uplatnit na trhu práce (Schwarzová, 2010).

Nejblíže otevřenému pracovnímu trhu jsou sociální firmy. Ty zaměstnávají trvale znevýhodněné osoby, ale jsou však normálním podnikem dosahujícím

zisku v rámci neziskové organizace. Zaměstnanec nese plnou odpovědnost, dostává honorář podle odpracovaných hodin, kvality a druhu práce. Může využívat podpůrné služby v jiných zařízeních a zaměstnavatel se mu v tom snaží vycházet vstříc (Schwarzová, 2010).

3.1.2 Organizace pomáhající osobám bez přístřeší

Nyní si představíme nejvýznamnější organizace v České republice, které se zaměřují na pomoc osobám bez domova. Práce sociálních pracovníků z některých těchto organizací bude součástí kvalitativního výzkumu, který bude popsán v druhé části této bakalářské práce.

Armáda spásy je mezinárodní křesťanská organizace působící ve 130 zemích světa. U nás byla její činnosti obnovena v roce 1990 a její cílovou skupinou jsou všichni, kdo se ocitli v obtížné životní situaci. Poskytují pomoc seniorům, osobám se závislostmi, rodinám s dětmi, dlouhodobě nezaměstnaným a v neposlední řadě i osobám bez přístřeší. Lidem bez domova poskytují pomoc formou terénní práce, nízkoprahových denních center, nocleháren, azylových domů, sociálních bytů nebo sociální rehabilitace (Armáda spásy, 2016).

Naděje vznikla v roce 1990 jako jedna z prvních organizací u nás poskytující pomoc osobám bez domova. Nabízí pomoc lidem v nouzi v těchto oblastech: senioři, lidé s handicapem, ohrožené rodiny, ohrožené děti a mládež a lidé bez domova. Pomoc osobám bez domova zajišťují terénní služby, denní centra, noclehárny, centra krizové pomoci, azylové domy a několik tréninkových bytů. Naděje také provozuje jako jediná v České republice ordinace stomatologa, psychologa a gynekologa pro lidi bez domova (Naděje, 2020).

Nejstarší dobročinnou organizací a zároveň největším nestátním poskytovatelem sociálních a zdravotních služeb u nás je Charita Česká republika. Svoji činnost obnovila po roce 1989. Jejím zřizovatelem je katolická církev, která navázala na bohatou historii péče křesťanů o chudé a trpící. Charita se snaží ulehčit život zdravotně handicapovaným, nevléčitelně nemocným, obětem domácího násilí, cizincům a lidem bez domova. Péči o bezdomovce zajišťuje v charitních sociálních poradnách, noclehárnách, azylových domech nebo pomocí terénních programů (Charita Česká republika, 2020).

Nový prostor pomáhá od roku 1998 preventivně osobám, které se mohou dostat do nepříznivé životní situace nebo se v ní již ocitly. Jejich pomoc spočívá v možnosti výdělků prodejem stejnojmenného časopisu. Tímto způsobem dává Nový prostor bezdomovcům pracovní příležitost, poskytuje sociální terapii a zároveň přispívá k destigmatizaci bezdomovectví (Nový prostor, 2020).

Kromě organizací pomáhajících osobám bez přístřeší bych zde ráda krátce zmínila také pozici sociálního kurátora. Ti vykonávají svoji činnost na magistrátních úřadech, úřadech městských částí nebo městských úřadech. Cílovou skupinou sociálního kurátora jsou osoby ohrožené sociálním vyloučením z důvodů předchozí ústavní či ochranné výchovy nebo výkonu trestu a osoby, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Jde o specializovaného sociálního pracovníka, který poskytuje, doporučuje a zprostředkovává sociální služby, dávky, sociální, právní a psychologickou pomoc (Davidová a kol., 2010).

3.2 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním

V této podkapitole se zaměříme na péči, která je cílená na osoby s duševním onemocněním. Hlavní pozornost této bakalářské práce je věnována osobám bez přístřeší, které mají projevy duševního onemocnění. Ve službách zaměřených na osoby s psychickými obtížemi se mohou ocitnout právě osoby bez domova, proto bych zde ráda zmínila, jak vypadá systém péče o lidi s příznaky duševního onemocnění.

3.2.1 Systém péče o osoby s duševním onemocněním

Psychiatrická péče v České republice není dostatečně pružná a nedoznala žádné zásadní změny od 90. let 20. století. Současný model převažující ústavní péče nezajišťuje dostatečnou podporu pacientů v jejich vlastním přirozeném prostředí ani spolupráci jednotlivých složek poskytovatelů péče o duševně nemocné (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Protikladem ústavní péče je péče komunitní, která začíná být posledních pár desítek let trendem v péči o duševně nemocné. Jde o širokou škálu služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je pomoci osobám s duševním onemocněním žít co nejvíce v podmínkách běžného života způsobem, který by co nejlépe uspokojil jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče se kromě léčby řadí podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi (Probstová a Pěč, 2014).

V současné době dochází k reformě psychiatrické péče, díky které dojde k výraznému rozšíření komunitní péče formou Center duševního zdraví. Tato centra mají být mezičlánkem mezi primární a lůžkovou péčí. Jejich hlavní funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci do běžné komunity pomocí multidisciplinárních týmů (Reforma péče o duševní zdraví, 2017).

Nyní je systém péče o duševně nemocné stále opřený o psychiatrické nemocnice a síť psychiatrických ambulancí. Komunitní péče je podle Probstové (2010) zajišťována především neziskovými organizacemi. Pojem komunitní péče neoznačuje jen péči v místním společenství, ale také služby poskytované obcemi, zaměřené na potřeby lidí, nikoli na budování institucí.

Prvním článkem systému péče o duševně nemocné je počáteční kontakt s klientem zprostředkovaný jím samotným, jeho rodinou, blízkými nebo odborníkem. Prvkontaktním bodem s preventivní funkcí bývají nízkoprahová zařízení. Zde bývá dalším krokem doporučení ambulance nebo kontaktního centra. Pracovníci kontaktních a ambulantních center poskytují své služby na základě individuálních potřeb klienta. Některým klientům tato pomoc stačí k uschopnění a návratu do běžného života, jiní musí vyhledat jinou pomoc spojenou s hospitalizací. Zde může být vhodné využít jakýsi mezistupeň v podobě stacionární péče. Ta kombinuje pobyt klienta v zařízení s odbornou pomocí a jeho pobyt doma. Návazným prvkem v systému služeb je rezidenční (pobytová) péče. Tato péče už znamená pobyt v zařízení s nepřetržitým provozem. Může se jednat psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické kliniky a léčebny, domovy pro osoby se zdravotním postižením apod. Někteří klienti se

sem dostanou nedobrovolně, v případě, že ohrožují sebe nebo okolí. Ostatní podstupují dobrovolný léčebný pobyt nebo zde žijí. Někdy není žádoucí, aby se klient po pobytu v léčebném ústavu hned vrátil do běžného života. V tom případě může využít návaznou doléčovací péči. Ta může mít formu ambulantní péče, specializovaného doléčovacího zařízení, domácí péče, chráněného zaměstnání nebo chráněného bydlení (Venglářová a Mahrová, 2008).

3.3 Sociální práce s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním

V této podkapitole se zaměříme již konkrétně na cílovou skupinu osob bez přístřeší s duševním onemocněním. Podíváme se na to, jaké metody sociální práce jsou u ní nejvíce využívány, jaká je role sociálního pracovníka při práci s touto cílovou skupinou a na závěr se podíváme na nejnovější výzkumy věnující se duševnímu zdraví bezdomovců.

3.3.1 Metody sociální práce

Při práci s cílovou skupinou osob bez domova s duševním onemocněním mohou sociální pracovníci využívat metody individuální, skupinové i komunitní sociální práce.

Individuální sociální práce je metoda práce s jednotlivcem, který potřebuje podporu formou osobní (individuální) pomoci. Cílem interakce sociálního pracovníka a klienta je orientace na dorozumění neboli společnou definici klientova problému (Venglářová a Mahrová, 2008). Základem případové práce je pochopení klientova problému, ale i porozumění jeho rodině, komunitě, kultuře apod. (Havránková, 2013). Úkolem případového pracovníka je zabývat se v celé šíři komplikovanými problémy klienta (Rose a Moore, 1995). Pracovník řeší klientovu potřebu dostupného bydlení, dostatečného příjmu, zajišťuje dostupnou zdravotní péči, rekvalifikaci, pomáhá najít vhodné zaměstnání či získat sociální podporu (Havránková, 2013).

Skupinová sociální práce má za cíl nápravu fungování skupiny a dosažení společně určených cílů (Levická, 2003). Snaží se o maximální vzájemnou pomoc mezi členy, rozvoj skupiny, její autonomii a poznání skupinové soudržnosti. Sociální pracovník napomáhá členům skupiny získat informace jeden o druhém, nabít vědomí sounáležitosti a smysluplnosti práce ve skupině, podporuje komunikaci mezi členy, rozumí skupinovému procesu a vede skupinu k osamostatnění a svépomoci (Venglářová a Mahrová, 2008). Souhrnně můžeme říct, že metoda skupinové sociální práce si za cíl klade prevenci vzniku nežádoucích sociálních jevů a nápravu již vniklého nežádoucího chování, socializaci ve formě pomoci začleňování do společnosti a získání sociálních dovedností, rehabilitaci jako znovuzískání schopnosti fungovat v běžném životě, řešení problémů, zdravý osobní vývoj a rozvoj, růst a vzdělávání (Edwards a Hoops, 1995).

Komunitu můžeme v souvislosti se sociální prací vymezit do třech kategorií: je definována lokalitou (městská část, obec, sousedství, ulice), skupinou lidí, které spojují společné podmínky nebo je složena z lidí se společným problémem (Příhodová, 2000). Podle Matouška (2013) je komunitní práce metoda směřující k vyvolání a podporování změny v místním společenství. Novotná a

Schimmerlingová (1992) definují komunitní práci u nás jako pomoc lidem v konkrétních životních situacích v určitém územním celku bez ohledu na to, zdali jde o jednotlivce, skupinu nebo celou komunitu. Respektuje biologické, psychologické, etnické, sociální, kulturní, ekonomické a ekologické potřeby komunity.

Vedle tohoto definování klasických metod, které mohou být využívány u většiny cílových skupin vzhledem k jejich obecnosti, bych se ráda zastavila ještě u dvou specifických metod, které jsou úzce spojené s cílovými skupinami osob bez domova a osob s duševním onemocněním. Těmito metodami bude streetwork a krizová intervence.

Metoda streetwork spočívá ve vyhledávání a kontaktování skupin a jednotlivců, kteří jsou v nepříznivé životní situaci, svým stylem života a trávením volného času jsou ohroženi negativními sociálními jevy nebo sociálním vyloučením. Streetworkeré pracují v přirozeném prostředí klientů (ulice, parky, nádraží apod.) a nabízejí či zprostředkovávají nízkoprahovou podporu a pomoc (Česká asociace streetwork, 2020).

Krizová intervence v sobě již podle názvu zahrnuje sdělení, že jde o určitý druh odborné metody práce s člověkem, který se ocitl v krizové situaci, kterou klient osobně prožívá jako zátěžovou, ohrožující či nepříznivou. Přístup krizového pracovníka je aktivní, z hlediska času spočívá v rychlém až okamžitém zásahu. Základ krizové intervence leží v pomoci řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek, také pomáhá zpřehlednit klientovo prožívání a zastavit ohrožující tendence (Vodáčková, 2012).

3.3.2 Sociální pracovník

Nyní se podíváme blíže na osobu sociálního pracovníka v rámci práce s lidmi bez přístřeší s duševním onemocněním. Práce s touto klientelou není jednoduchá a klade na pracovníky velké nároky. Zaměřím se na oblasti, které by měli ovládat konkrétně při práci s touto klientelou.

Je nutné zmínit, že cílová skupina lidí bez domova s duševním onemocněním zahrnuje širokou škálu osob. Každý duševně nemocný člověk prožívá svoje obtíže jiným způsobem a stejně tak skupina osob bez domova je velice heterogenní. Komplexnost jejich potřeb vyžaduje kvalitní sociální služby a sociální pracovníky s širokými znalostmi pro poskytnutí co nejlepší pomoci.

Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o svém klientovi a jeho okolí, o zázemí (sociální šetření), sestavit a uskutečnit plán intervencí, hodnotit výsledky a vědět jak a kdy práci s klientem ukončit. K tomu využívá schopnost navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, umět pozorovat a vnímat verbální a neverbální projevy klienta. Dále musí sociální pracovník umět komunikovat s ostatními členy týmu, dalšími odborníky a institucemi, popřípadě spolupracovat v rámci multidisciplinárního týmu. Má jasno v etice svého povolání. Má přehled o možnostech a zdrojích v komunitě, snaží se je vytvářet a rozšiřovat. Zná systém sociálního zabezpečení, sociální politiku, legislativu, orientuje se ve stylu života a hodnotách různých společenských skupin a je k nim vnímavý. Vytváří rovnocenný vztah s klientem, ale zároveň udržuje hranice dané jeho profesionální rolí. Pracuje s klientem, jeho rodinou a okolím, institucemi a někdy i s veřejností (Probstová, 2010).

Předpokladem pro sociální práci s duševně nemocnými je znalost sympto-

matiky a dynamiky duševních poruch, terapeutických intervencí (včetně vlivů medikace) a znalost standardů zdravotní a sociální péče (Probstová, 2010).

Pro efektivní a smysluplnou činnost platí obzvláště u této cílové skupiny, že je důležité přijímat klienty takové, jací jsou (i přes drobné zvláštnosti) a ctít jejich svobodu a právo na sebeurčení (Marek, Strnad a Hotovcová, 2012).

3.3.3 Nejnovější poznatky

V posledním úseku teoretické části se podíváme na aktuální poznatky o lidech bez přístřeší s příznaky duševního onemocnění, popřípadě o sociální práci s nimi.

Než se zaměříme na nejnovější výzkumy na toto téma, ráda bych zde zmínila i několik starších výzkumů, které ovšem proběhly na našem území, a tudíž přesněji odráží situaci v České republice. Mezi ně patří dotazníkové šetření realizované roku 2002 až 2003 ve spolupráci s Nadějí, Nemocnicí na Bulovce a 3. lékařskou fakultou UK. Dotazník vyplnilo 257 zjevných bezdomovců, z toho 32 žen. Z průzkumu vyplynulo, že intenzivními obtížemi trpí 23,7 % mužů a 40,6 % žen. Vedle horších výsledků u žen bylo zjištěno více psychických potíží u osob s nižším vzděláním, delší dobou života na ulici a u osob, které byly v minulosti hospitalizovány pro duševní poruchu nebo užívání návykových látek (Dragomirecká, Kubisová a Anděl, 2004).

Výzkum zaměřený na konkrétní duševní poruchy u osob bez přístřeší provedla Šupková (2007). Jak jsem již v této práci zmiňovala, autorka zkoumala skladbu duševních onemocnění u lidí bez domova, kteří vyhledali pomoc v ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce. Její zkoumání skončilo s těmito výsledky: závislosti (23 %), depresivní stavy (19 %), poruchy spánku (17 %), reakce na stres a poruchy přizpůsobení (16 %), nemoci schizofrenního okruhu (8 %), poruchy osobnosti (4 %), úzkostné poruchy (2 %) a ostatní (11 %).

Ze zahraničních výzkumů můžeme zmínit například jeden finský, ve kterém autoři zkoumali duševní onemocnění u bezdomovců pobývajících ve čtyřech různých azylových domech v Helsinkách. Dle jejich výsledků trpělo 89 % dotazovaných duševním onemocněním (včetně užívání návykových látek) (Stenius-Ayoade a kol., 2017).

Tuto studii můžeme porovnat s dalším výzkumem na téma duševního zdraví bezdomovců, tentokrát z amerického prostředí. Vědci z univerzity v Houstonu zkoumali využití ubytovacích služeb pro bezdomovce v Oklahoma City ve spojitosti s užíváním návykových látek, diagnózou duševního onemocnění a duální diagnózou. Výsledek jejich bádání ukázal, že 29 % respondentů trpí duální diagnózou, 7,3 % trpí závislostí na drogách nebo alkoholu a 43,6 % má jinou duševní poruchu (Yip a kol., 2018).

V posledních několika letech se u nás ve spojitosti s bojem proti bezdomovectví začíná využívat koncept Housing first (bydlení především). Podstatou této metody je poskytnutí bydlení lidem bez domova bez předchozí léčby nebo tréninku se současným poskytnutím pomoci dle individuálních potřeb. Tento koncept se zaměřuje na osoby, které potřebují intenzivní sociální podporu, zejména na osoby bez domova s duševním onemocněním (Platforma pro sociální bydlení, 2018). Výzkumy po celém světě ukazují, že úspěšnost Housing first je vysoká. Můžeme zde zmínit například rozsáhlý kanadský výzkum, podle kterého si ze 2140 účastníků Housing first 73 % udrželo stabilní bydlení i po dvou

letech (Adair a kol., 2016). V České republice byla úspěšnost této metody testována v rámci projektu Rapid re-housing Brno, kdy bylo 50 rodinám v bytové nouzi nabídnuto sociální bydlení. Po jednom roce byla míra udržení bydlení 96 % (Platforma pro sociální bydlení, 2017). V rozvoji konceptu Housing first ovšem stojí překážka v podobě nedostatku sociálních bytů a neexistence právní úpravy.

Je patrné, že u osob bez domova se vyskytují duševní onemocnění ve vyšší míře než u běžné populace. Studie se liší v četnosti jednotlivých onemocnění, ale mezi ty nejčastější můžeme s jistotou zařadit závislosti a depresivní stavy. Je velkou otázkou, zdali duševní obtíže zapříčiňují propad na ulici, jsou jeho důsledkem nebo kombinací obojího.

Můžeme najít mnoho výzkumů, které se zabývají duševním zdravím lidí bez domova, ale spojitost sociální práce a osob bez přístřeší s duševním onemocněním doposud příliš zmapovaná není, přestože výskyt psychických poruch u bezdomovců není zanedbatelný. Z tohoto důvodu bych zde ráda navázala empirickou částí, která se bude sociální prací s touto cílovou skupinou zabývat.

Empirická část

4. Metodologie výzkumu

Nyní bych ráda představila svůj výzkum. V této kapitole popíšu jeho cíle, metodu a také představím výzkumný vzorek.

4.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem výzkumu, a tedy i hlavní výzkumnou otázkou je zjistit, jaké jsou zkušenosti sociálních pracovníků s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním. Tento hlavní cíl jsem rozdělila na dílčí otázky:

1. Vyžaduje duševní onemocnění klientů od sociálních pracovníků odlišný přístup nebo metodu práce?
2. Cítí se být sociální pracovníci dostatečně připraveni na práci s osobami bez domova s duševním onemocněním?
3. Podle čeho sociální pracovníci usuzují, že jejich klienti trpí duševní poruchou?
4. Kvůli jakým obtížím se nejčastěji obracejí pro pomoc sociálních pracovníků specificky osoby bez domova s duševním onemocněním?
5. Co nebo kdo sociálním pracovníkům při práci s osobami bez domova s duševním onemocněním pomáhá, a naopak tuto práci komplikuje?
6. Spolupracují sociální pracovníci s cílovou skupinou osob bez domova s duševním onemocněním s dalšími organizacemi a institucemi?

4.2 Metoda výzkumu a zpracování dat

Získaná data byla zpracována kvalitativně. Hendl (2016) shrnuje základní charakteristiky kvalitativního výzkumu a podle něho se takový výzkum provádí pomocí kontaktu jedince s terénem nebo situací jedince či skupiny. *„Tyto situace jsou obvykle banální nebo normální, reflektují každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací...Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce“* (Hendl, 2016, s.47-48). Hendl (tamtéž) také dodává, že data se v kvalitativním přístupu induktivně analyzují a interpretují. Výzkumník při hledání významů a porozumění aktuálního dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal.

Zvolenou metodou získávání dat bylo dotazování formou polostrukturovaného rozhovoru, který obsahoval předem připravený seznam otázek, které jsem respondentům kladla někdy v pozměněném znění a pořadí (při telefonickém rozhovoru), v ostatních případech (rozhovory po e-mailu) byla podoba otázek vždy pevně daná. Přesná podoba otázek je uvedena v přílohách (Příloha 1) a vycházela z již zmíněných dílčích otázek, které byly dále konkretizovány.

Původně plánovanou metodou získávání dat byly osobní rozhovory. Vzhledem k vyhlášení nouzového stavu a omezení pohybu obyvatel (od 12. března

2020) jsem byla nucena tuto metodu pozměnit. Zvolila jsem proto možnost rozhovorů distanční formou – telefonický rozhovor a rozhovor pomocí e-mailu. Respondenti byli kontaktováni od března do dubna 2020. Samotné rozhovory byly provedeny během dubna 2020. Při prvním kontaktování byla respondentům dána možnost vybrat si formu rozhovoru, která by jim lépe vyhovovala. Celkově bylo provedeno 11 rozhovorů, z čehož 9 dotazovaných zvolilo formu zaslání otázek na e-mail, zbylí 2 pak způsob telefonického rozhovoru. S jejich svolením byly rozhovory nahrány a následně ručně přepsány.

Po získání dat jsem přešla k jejich analýze pomocí kódování. Podle dílčích otázek jsem vytvořila několik oblastí, které představují hlavní témata, která nejlépe odrážejí výpovědi respondentů. Jejich samotná sdělení jsem podle obsahu okódovala. Poté byly jednotlivé kódy přiřazeny k příslušným oblastem jako kategorie. Popřípadě k nim byla tříděna další sdělení do podkategorií.

4.3 Respondenti

Skupinu respondentů tvoří sociální pracovníci, jejichž cílovou skupinou jsou osoby bez domova. Jedná se o sociální pracovníky pomáhající v několika typech sociálních služeb i organizací. Konkrétně jsem oslovila pracovníky působící v nejvýznamnějších organizacích zaměřených na osoby bez přístřeší v Praze (Armáda spásy, Naděje) a také jsem kontaktovala sociální kurátory pražských městských částí. S rozhovorem nakonec souhlasili sociální pracovníci nízkoprahového denního centra a noclehárny (3), azylového domu (4), terénní sociální pracovníci (3) a sociální kurátoři (1). Celkový počet respondentů je tedy 11, z toho 8 žen a 3 muži ve věku 24-49 let se zkušeností s prací s osobami bez domova od 1,5 roku do 26 let praxe.

5. Výsledky

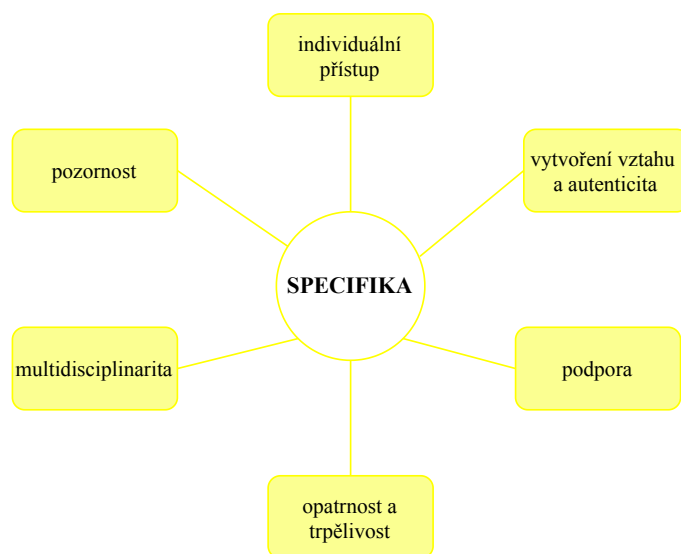
Během analýzy rozhovorů jsem identifikovala šest základních oblastí, které charakterizují hlavní témata sdělení a úzce souvisí se zkušenostmi sociálních pracovníků s osobami bez domova s duševním onemocněním. Těmito oblastmi jsou:

1. Specifika
2. Komplikace
3. Připravenost
4. Klienti
5. Spolupráce
6. Pomoc

V této kapitole se blíže podíváme na jednotlivé oblasti, konkrétně na jejich kategorie a podkategorie, které v rozhovorech zazněly a podložím je citacemi respondentů.

5.1 Specifika

Tato oblast zahrnuje specifika práce sociálních pracovníků s lidmi bez domova, kteří vykazují příznaky duševního onemocnění. Respondenti kladli důraz především na uplatňování individuálního přístupu, dále pak zmiňovali důležitost vytvoření autentického vztahu a podporu. Při práci s touto klientelou je podle nich také důležitá opatrnost a trpělivost, multidisciplinarita a větší pozornost věnovaná klientům.



Graf 5.1: Specifika sociální práce s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním

» Individuální přístup

Respondenti ve většině případů neviděli z pohledu využívání odlišných metod a přístupů rozdíl mezi prací s osobami bez domova a osobami bez domova s duševním onemocněním. Jimi využívané metody a přístupy se neodvíjejí od zdraví klienta, ale spíše od využívání individuálního přístupu ke všem klientům bez rozdílu: „u každého klienta je uplatňován individuální přístup v závislosti na jeho schopnostech, dovednostech i aktuálním stavu, ať už fyzickým či psychickým“.

» Vytvoření vztahu a autenticita

Sociální pracovníci u této cílové skupiny zdůrazňovali důležitost vytvoření vztahu s klientem, který má díky tomu větší důvěru v pracovníka. To řekl například tento pracovník: „mnoho našich klientů řeší své obtíže raději s námi, protože již s námi mají určitý vztah a navázanou důvěru“. Další respondent ve spojitosti s navázaným vztahem zmiňoval autenticitu: „myslím, že právě s klienty s duševním onemocněním je důležité být autentický, jelikož jsou velmi vnímaví“.

» Podpora

Respondenti jako další specifikum vidí jejich snahu co nejvíce podpořit klienty s příznaky duševního onemocnění, což dokládá tato pracovnice: „je to komplikovaná cílová skupina, která potřebuje hodně podpory“.

» Opatrnost a trpělivost

Práce s klienty s duševním onemocněním vyžaduje podle výpovědí respondentů více trpělivosti: „snažíme se tedy na klienta mluvit klidným tónem hlasu, vše

trpělivě vysvětlovat“ a také opatrnější přístup: „nevyvoláváme zbytečně třecí plochy“.

» **Multidisciplinarita**

Cílová skupina osob bez domova s duševním onemocněním vyžaduje velký okruh znalostí, které nespádají do kompetencí pouze sociálních pracovníků. Proto je zde kladen důraz na multidisciplinární tým: *„tedy zapojení psychiatra a návazných spolupracujících služeb s osobami s duševním onemocněním“.*

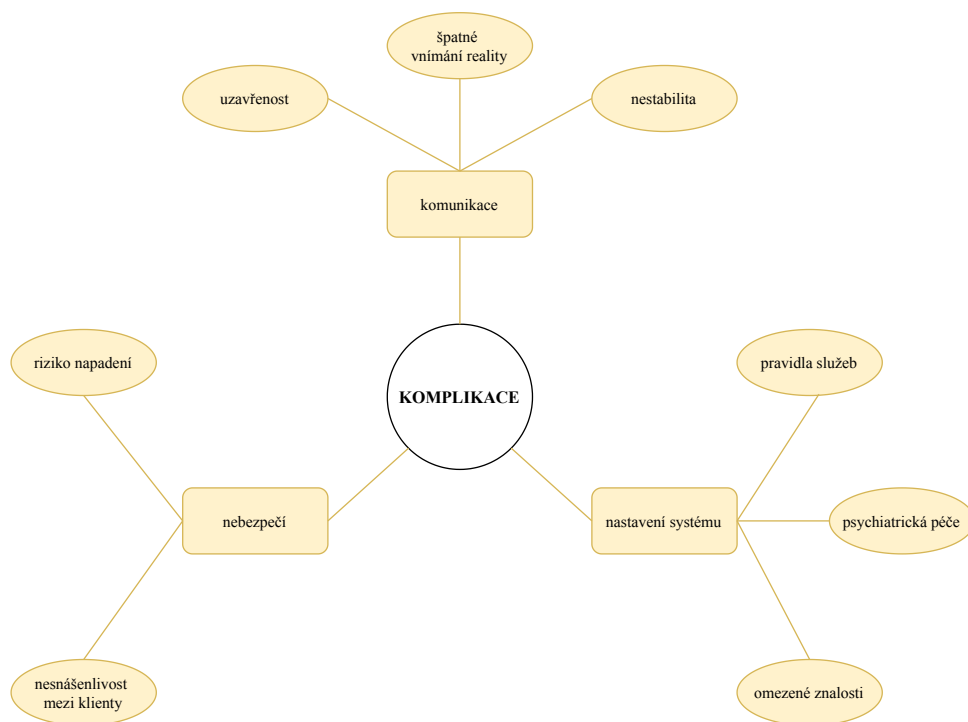
» **Pozornost**

Někteří respondenti spojovali tuto skupinu klientů s větší touhou po pozornosti, která pramení z potřeby sdílet svoje problémy vyplývající z psychické nepohody. To dokládá například tento sociální pracovník: *„potřebují většinou víc pozornost než konkrétně něco řešit... i tu negativní pozornost vítají, protože potřebují nějakou pozornost...když potřebuje ten prostor se vypovídat, tak my mu ten prostor dáme“.*

5.2 Komplikace

Komplikace, které nastávají při práci s osobami bez domova s duševním onemocněním, jsem rozdělila do třech kategorií na riziko nebezpečí, těžkosti při komunikaci a komplikované nastavení systému.

Nebezpečí vidí sociální pracovníci v riziku jejich napadení klienty během ataky a v nesnášenlivosti mezi jednotlivými klienty zapříčiněné projevy duševního onemocnění. Potíže při komunikaci jsou podle respondentů způsobeny uzavřeností klientů, jejich odlišným vnímáním reality a celkovou nestabilitou. Do kategorie komplikovaného nastavení systému jsem zařadila sdělení o nastavení psychiatrické péče, pravidlech služeb a nedostatku znalostí pracovníků v oblasti psychických poruch.



Graf 5.2: Komplikace při práci s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním

» Nebezpečí

Riziko napadení

Při práci s osobami s duševním onemocněním je třeba brát v potaz možné riziko napadení a to zejména „pokud je klient nezaléčený nebo se u něj duševní onemocnění teprve rozjíždí například vlivem návykových látek“. Jedna sociální pracovníce popsala svoji zkušenost s agresivním chováním klienta: „už se nám totiž stalo, že jsme byly svědky ataky ze strany klienta, naštěstí pro nás šlo spíše o sebepoškozující ataku než ataku mířenou proti někomu druhému“.

Nesnášenlivost mezi klienty

Komplikací je i určitá nesnášenlivost mezi klienty, pokud některý z nich vykazuje známky duševní poruchy. Tohoto klienta často mezi sebe nepřijímají a mají mezi sebou vzájemné neshody, které mohou končit fatálně, jak popisuje například tento sociální pracovník: „už jsme měli několik případů, kdy třeba toho člověka utloukli“. Dále se nesnášenlivost projevuje ve společném soužití v sociálních službách pro bezdomovce: „často bývá komplikované soužití s ostatními klienty – nechápou společenská pravidla ani ta, která jsou daná azylovým domem“.

» Komunikace

Uzavřenost

Komunikaci s klienty ztěžuje jejich uzavřenost, která brání navázání důvěrného profesionálního vztahu, což dokládá výpověď této respondentky: „já mám zkušenost, že oni jsou dost často uzavření, a právě tam trvá, než se vytvoří ten

vztah, než on zjistí, že mi může důvěřovat...někdy je to klient, který si jenom sedne a odpovídá „ano“, „ne“ a je to hrozně krátký rozhovor“.

Špatné vnímání reality

Klienti s duševním onemocněním mají bez vhodné medikace problémy s vnímáním reality. Jedna respondentka shrnuje tuto zkušenost následovně: „*klienti často nevnímají, tak jako zdravý člověk, mám pocit, že informace, kterou sděluji nedochází kam má*“. Další sociální pracovnice zmiňuje něco podobného: „*tato klientela, pokud nemá vhodnou medikaci, může být neorientovaná časem, místem nebo osobou*“. Je bezesporu jasné, že při ztrátě kontaktu s realitou je komunikace s takovými klienty velice obtížná až nemožná.

Nestabilita

Potíže při komunikaci s klientem jsou zapříčiněny také nestabilitou spojenou s duševním onemocněním: „*jedná se o změny nálad nejen v rámci dnů, ale i hodin*“. Tato nestabilita je podle jedné respondentky často zapříčiněna „*nesprávným užíváním léků, úplným neužíváním léků, duální diagnózou*“.

» Nastavení systému

Pravidla služeb

Práci sociálním pracovníkům komplikuje samotné nastavení služeb, neboť jsou pro tyto klienty „*pravidla služby nastavené malo individuálně*“. Jedna sociální pracovnice uvedla jako komplikaci kapacitu služeb, kdy tento problém souvisí také s již zmíněným rizikem napadení a nesnášenlivostí mezi klienty: „*vzhledem k naší dosavadní kapacitě 80 osob může být pro osoby, které mají problém fungovat ve větším kolektivu a může tím i dojít k různým atakám a podobně*“. Další respondentka se zabývala samotnou otázkou, zdali jsou azylové domy pro osoby bez domova vhodné pro tuto specifickou skupinu klientů: „*je otázkou, zda je pro klienty s psychiatrickými diagnózami azylové bydlení vhodné. Domnívám se, že ne*“.

Psychiatrická péče

Velkým problémem se při práci s klienty s duševním onemocněním ukazuje být obtížné sehnání kvalitních psychiatrů a nedostatečná spolupráce v rámci psychiatrické péče obecně. To potvrzuje výpověď tohoto sociálního pracovníka: „*tohlecto nám hodně zneprůjemňuje věc, že nemáme možnost odborný spolupráce, protože my jsme sociální pracovníci, nejsme psychiatři*“. Také sociální pracovnice azylového domu zmiňuje, že „*řešení situace klientů s duševním onemocněním komplikuje nedostupnost ambulantní i pobytové psychiatrické péče*“, přičemž je problémem dlouhá čekací doba: „*objednací doba ambulantních psychiatrů v Praze je v rámci měsíců, totéž se týká nástupu k dobrovolné psychiatrické léčbě v psychiatrických nemocnicích. Nemožnost nechat si přepsat příslušná léčiva značně komplikuje klientův život*“.

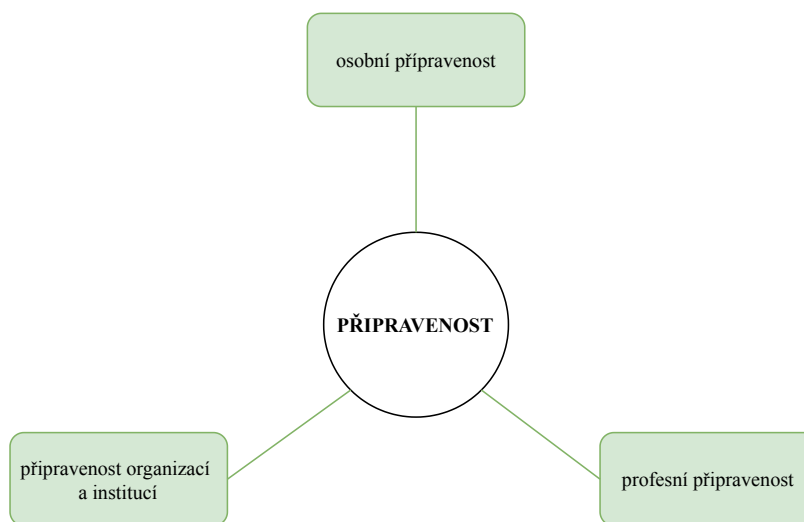
Omezené znalosti

Jako častou komplikaci zdůrazňovali sociální pracovníci omezené znalosti v oblasti psychiatrie: „*naši zaměstnanci nemají specializované znalosti v péči o osoby s duševním onemocněním, mají pouze omezené znalosti této problematiky*“. Není podle nich možné být připraven na každou cílovou skupinu, a proto

je na místě dodatečné vzdělávání se: „co se týče vzdělávání je to de facto na nás, jak se v těchto oblastech vzděláváme. Obecně se ale domnívám, že sociální pracovníci by měli být více vzděláváni a školeni v oblasti krizové intervence, která je pro práci (nejen) s klienty s duševním onemocněním podstatná“.

5.3 Přípravenost

Přípravenost na klienty s duševním onemocněním jsem rozdělila na tři kategorie: osobní připravenost, profesní připravenost a připravenost organizací a institucí.



Graf 5.3: Přípravenost sociálních pracovníků, organizací a institucí na práci s klienty s duševním onemocněním

» Osobní připravenost

Velká většina respondentů se necítí být z osobního pohledu připravená na práci s klienty, kteří vykazují duševní onemocnění. Odůvodňují to například krátkou praxí v oboru: „tím, že já v tom nejsem dlouho a je to moje první práce po škole tady s touhle cílovou skupinou tak pořád tak zjišťuji, co je a co není možné a hledám nějaké cesty, jak s těma lidma mluvit“, nedostatečnou přípravou ze školy: „ze školy nemám kromě praxe de facto žádné zázemí, které by mi pomáhalo v práci s touto cílovou skupinou“ a oblastí vzdělání: „nemám psychologické ani psychiatrické vzdělání, takže ne. V rámci praxe jsem se mnohému naučila, nicméně kvalifikovanou péči poskytne vždy jen odborník v daném oboru“.

Několik málo respondentů však uvedlo, že se cítí být připraveno na práci s touto klientelou, a to například z důvodu předešlé zkušenosti s prací s osobami s duševním onemocněním: „přiznám se, že já osobně relativně ano, avšak stále jsou mé znalosti omezené Několik měsíců jsem v minulosti jako dobrovolník docházela do denního stacionáře pro lidi s duševním onemocněním a vedla jsem tam kurz vaření“ nebo díky účasti na výcvikových programech: „zúčastnil jsem se pár výcvikových programů, které mi pomohly při práci s touto cílovou

skupinou“.

» Profesionální připravenost

Tato kategorie v sobě zahrnuje informace od respondentů, zdali byli od zaměstnavatelů v rámci své profese nějak vyškoleni pro práci s klienty s duševním onemocněním.

Polovina dotazovaných uvedla, že jim byla tato příprava poskytnuta. Například jedna sociální pracovníce uvedla, že absolvovala „pouze v rámci povinného vzdělávání – kurz od organizace, název kurzu „Komunikace s klientem s duševním onemocněním“. Další respondentka uvedla, že absolvovala „mnohé vzdělávací kurzy na téma práce s klienty s duševním onemocněním“. Často ale respondenti dodávali, že vzdělávací kurzy, kterými prošli, jsou pro ně nedostatečné. Druhá polovina respondentů se žádného školení zaměřeného na tuto cílovou skupinu nezúčastnila.

» Připravenost organizací a institucí

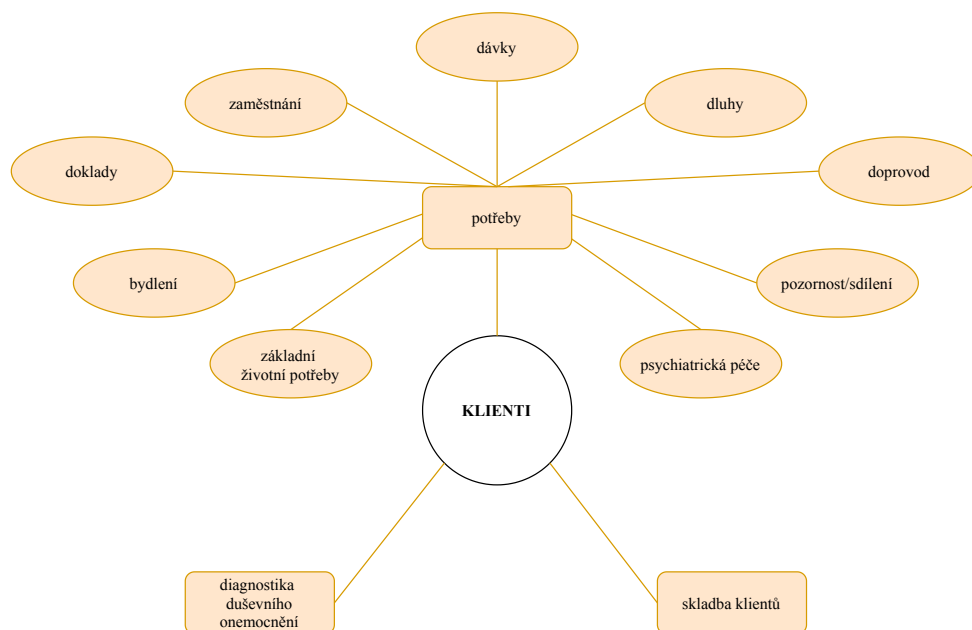
Tato kategorie zahrnuje sdělení, zdali jsou samotné organizace či instituce připravené na klienty s duševním onemocněním a tedy, jestli mají zaměstnance, kteří se přímo duševními poruchami klientů zabývají a tím odlehčují práci sociálním pracovníkům, kteří s těmito klienty přicházejí do styku jako první.

Téměř všichni respondenti z vybraných organizací a služeb uvedli, že mají ve svém týmu odborníky na duševní potíže. Nejčastěji uváděli, že mají ve svém týmu či organizaci přítomného psychologa, psychiatra, terapeuta či adiktologa.

Pouze jeden respondent uvedl, že součástí jeho pracovního týmu není psycholog nebo jiný odborník na duševní onemocnění. Jde ale o specifikum, neboť se jedná o sociálního kurátora, který spadá pod městskou část a žádný úřad takto připraven není.

5.4 Klienti

Tato oblast v sobě zahrnuje bližší informace o klientech sociálních pracovníků neboli informace o osobách bez domova s duševním onemocněním. Výroky dotazovaných jsem shrnula do tří kategorií: diagnostika duševního onemocnění, skladba klientů a potřeby klientů.



Graf 5.4: Informace o klientech sociálních pracovníků neboli o osobách bez přístřeší s duševním onemocněním

» Diagnostika duševního onemocnění

Převážná většina sociálních pracovníků uvedla, že se cíleně neptá svých klientů, zda mají nějaké duševní onemocnění, spíše nechávají na klientech, jestli jim to sami sdělí: „bavíme se o tom pouze, když nám informaci klient sdělí sám“. Potvrzuje to například i tento respondent: „neptáme, protože pracujeme s informacemi, které nám klienti sami poskytnou“. Stává se ale, že „to v rámci spolupráce často samo vyjde napovrch“ kvůli zakázce klienta: „mnozí z nich přichází právě se sháněním psychiatra či ohledně pomoci se zajištěním léčby a diagnózu nám sdělí“.

Cíleně se na tento údaj klientů ptají jen v určitých situacích, zejména pokud je vhodná doba: „samozřejmě, když to vycítíme, že je vhodná doba, tak se ho určitě zeptáme“. Podobnou informaci sděluje i další sociální pracovník: „zjistíme to většinou, když se ptáme na příjem. Řeknou nám, že mají invalidní důchod, a když je k tomu příležitost a situace nakloněna, tak se doptáváme na to, proč a jaká je diagnóza“. Další sociální pracovnice uvedla, že se dotazuje v případě zpozorování příznaků duševního onemocnění: „v případě, že zpozoruji nějaké příznaky duševního onemocnění pak dle situace dotaz na toto téma položím“.

Žádný z respondentů nevyžaduje po klientech s duševním onemocněním dokumentaci zdravotního stavu. Pokud ano, tak pouze ve výjimečných případech v souvislosti se zakázkou klienta: „nevyžadujeme, maximálně, když žádáme o sociální byt, nebo to potřebujeme k plnění zakázky klienta“. Druhá respondentka popisuje situaci podobně: „ne, pokud to nevyžaduje situace. Například, pokud nás sám klient poprosí, ať mu domluvíme přes telefon hospitalizaci, protože se necítí dobře“.

» Skladba klientů

Sociální pracovníci uváděli, jaká duševní onemocnění podle nich trápí jejich klienty nejčastěji. Samozřejmě se nejedná o ověřené diagnózy ani přesné statistiky vzhledem k tomu, že respondenti nejsou odborníci na duševní zdraví. Je ovšem zajímavé si uvědomit, jaká je skladba jejich klientů, protože i podle toho se může odvíjet samotný způsob jejich práce s konkrétním klientem.

Jako nejčastější problémy u klientů respondenti identifikovali schizofrenii, závislosti a deprese. Dále pak zmiňovali duální diagnózy, poruchy osobnosti a úzkostné poruchy.

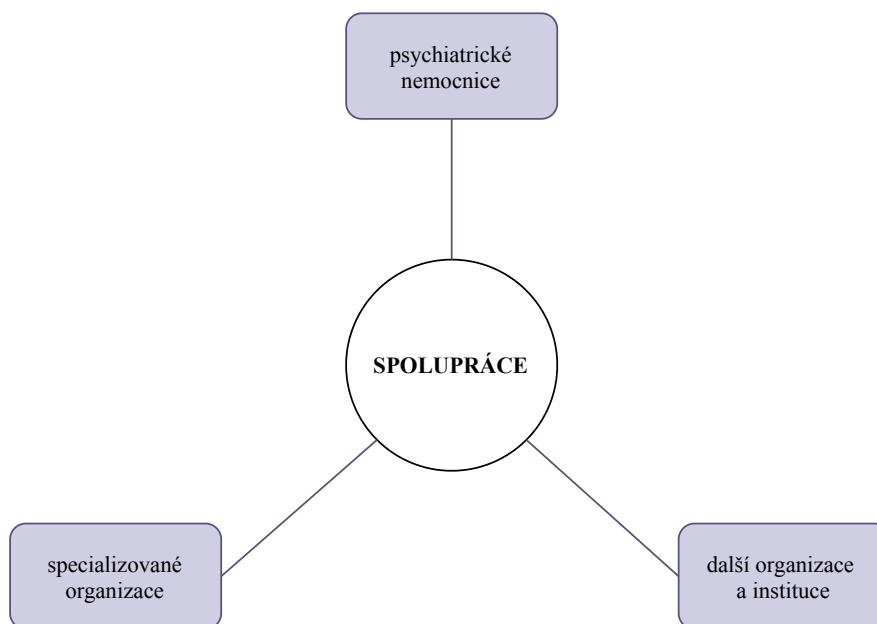
» Potřeby klientů

Mezi hlavní potřeby osob bez domova s duševním onemocněním, a tedy i nejčastější zakázky pro sociální pracovníky podle respondentů patří uspokojení základních životních potřeb (hygiena, strava, ošacení), pomoc při ztrátě bydlení či zaměstnání, vyřízení dokladů a dávek. Dále s klienty řeší například zadluženost, doprovázejí je na úřady nebo si klienti chtějí pouze pohovořit.

Je překvapivé, že pouze jedna sociální pracovníce uvedla jako potřebu klientů řešit svoje psychické obtíže: „*specificky klienti s duševním onemocněním žádají o pomoc při shánění ambulanti nebo pobytové psychiatrické péče*“. Ostatní respondenti shodně uváděli, že zakázky klientů s duševním onemocněním se nijak neliší od zakázek ostatních klientů: „*pomoc, kterou vyhledávají, se často nepojí s jejich duševním stavem, jedná se o běžné obtíže lidí bez domova*“. Velmi podobně se k tomuto tématu vyjádřila i další respondentka: „*osoby bez přístřeší s duševním onemocněním se na nás obracejí téměř se stejnými problémy, jako ostatní klienti bez psychiatrické diagnózy*“. Z toho je patrné, že osoby bez domova svoje psychické problémy sami příliš neřeší. To dokládá i tato sociální pracovníce: „*v minimu případů s námi opravdu chtějí řešit své duševní onemocnění*“.

5.5 Spolupráce

Spolupráce sociálních pracovníků s dalšími orgány je bezesporu u této cílové skupiny nezbytná. Výpovědi respondentů na toto téma jsem kategorizovala na spolupráci s psychiatrickými nemocnicemi, specializovanými organizacemi a dalšími organizacemi a institucemi.



Graf 5.5: Spolupráce sociálních pracovníků s psychiatrickými nemocnicemi a dalšími organizacemi

» Psychiatrické nemocnice

U osob bez domova s duševním onemocněním je spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi klíčová. Většina sociálních pracovníků sdělila, že spolupracuje s psychiatrickými nemocnicemi spíše v akutních případech a nejedná se dlouhodobější spolupráce v souvislosti s určitým klientem: *„pokud se stane, že klient dostane panickou ataku nebo nějaký jiný akutní duševní stav, voláme většinou přímo do psychiatrické kliniky v Bohnicích“*. Velmi podobný postup popisuje další respondentka: *„voláme na krizovou linku, do Bohnic, když si nevíme rady a když se klient nachází v nějaké nekomfortní situaci pro něho i pro nás“*. Sociální kurátor vyličil, že spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi probíhá více ze strany nemocnic: *„ano, spíš oni s náma, protože oni potřebují ty lidi po nějaký době umístit nebo když tam ten člověk přijde bez dokladů nebo bez peněz, tak zjišťují a většinou nás kontaktují“*.

Někteří respondenti sdělili přímo důvod, proč ke spolupráci nedochází. Tento důvod souvisí s již výše zmíněnou neochotou klientů svůj špatný psychický stav řešit: *„většinou klienti nechtějí, nepřiznávají si, že mají problém“*. Velice podobnou zkušenost má tato sociální pracovníce: *„úplně spolupráce není, protože já mám takovou zkušenost, že jakmile jí začnu něco s tím klientem a mám nějaké podezření a říkám mu, že by bylo fajn, aby to nějak řešil nebo stačí říci, že by mu to pomohlo, tak on to vždycky smete ze stolu, že žádný problém nemá“*.

» Specializované organizace

Všichni dotazovaní se shodli na důležitosti spolupráce s neziskovými organi-

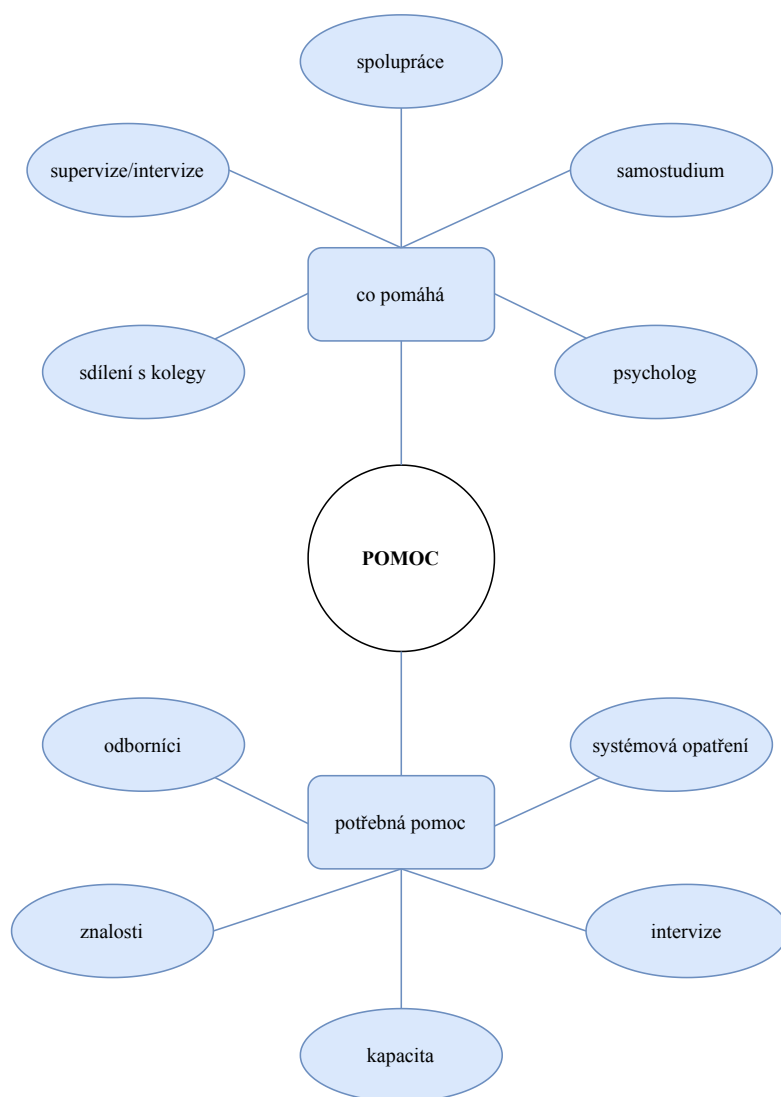
zacemi zaměřenými na osoby s duševním onemocněním. Nejčastěji zmiňovali organizaci Fokus. Dále se ve výpovědích opakovaly názvy organizací Eset a Bona. Respondenti uváděli také organizaci Sananim, Green doors, ale i nová Centra duševního zdraví, která vznikají v rámci psychiatrické reformy.

» Další organizace a instituce

Z výpovědí respondentů jsem zjistila, že další navázané spolupráce v souvislosti s pomocí osobě bez domova s duševním onemocněním se nijak neliší od pomoci duševně zdravému člověku bez domova. Výjimkou je opět spolupráce se specializovanými organizacemi, které pomáhají osobám s duševním onemocněním v mnoha oblastech (např. zaměstnání, bydlení). Jelikož jsou zakázky těchto lidí stejné, okruh spolupracujících organizací a institucí se také neliší. Jedná se tedy o spolupráci například s Úřadem práce, azylovými domy, noclehárnami, nízkoprahovými a komunitními centry nebo s kurátory pro dospělé.

5.6 Pomoc

Do oblasti pomoci jsem zařadila sdělení o tom, co nebo kdo sociálním pracovníkům při práci s lidmi bez domova s duševním onemocněním nejvíce pomáhá a také jakou formu pomoci by při práci s touto klientelou potřebovali.



Graf 5.6: Co pomáhá při práci a jakou pomoc by sociální pracovníci potřebovali

» Co pomáhá

Největší pomoc při práci s lidmi bez domova s duševním onemocněním vidí sociální pracovníci ve sdílení s kolegy, kteří mohou mít více zkušeností a informací o těchto klientech: „*pomáhá mi to konzultovat s jinými kolegama, byť to nejsou psychiatři. Prostě to sdílení zkušeností a informací mi pomůže*“. S tím souvisí další zmiňovaná forma pomoci, kterou jsou supervize a intervize: „*supervize mi pomůže třeba v tom zpracovat útok od klienta*“. Pomáhá také spolupráce s dalšími organizacemi, u této skupiny klientů jsou to zejména „*organizácie zamerané na ľudí s duševnými chorobami*“. Velmi užitečnou pomocí je samozřejmě i přítomnost psychologa v organizaci: „*možnosť klientovi nabídnou psychologa na NDC, popř. konzultace s psychologem*“. Několik respondentů uvádělo také svépomoc v podobě samostudia daného tématu: „*pomáhá mi to, že si člověk najde něco na internetu nebo nějakou knížku*“.

» Potřebná pomoc

Komplikací při práci s touto klientelou jsou nedostatečné znalosti, proto by respondenti v obecné rovině ocenili více znalostí v oblasti psychiatrie: „více vědomostí, na rozpoznání psychické ataky, jak jí zmírnit, jak komunikovat s klientem při akutní psychické atace apod.“. Konkrétněji by uvítali hlubší vzdělávání, jedna respondentka navrhla „vzdělávací kurz, například formou kazuistik, kdy se na příkladu z praxe zároveň vzdělává i zbytek skupiny“. Respondenti by při práci potřebovali také častější intervize. Další potřebnou pomocí se ukázali být odborníci, kteří by byli přítomni přímo v zařízení nebo by byli se sociálními pracovníky v úzké spolupráci: „já cítím, že by mi pomohla minimálně konzultace s nějakým psychiatrem...Co by mi pomohlo, když ne přímá intervence psychiatrů, tak aspoň konzultace s psychiatrami“. Dále by práci s duševně nemocnými klienty ulehčovalo „zvýšení kapacit u psychiatrov, alebo v organizáciach zameraných na duševne znevýhodnených so zameraním na ľudí bez domova“ alebo by pomohlo „rozšíriť kapacity psychiatrických nemocníc“. Poslední oblastí potřebné pomoci je zlepšení systémových opatření: „dále by bylo více než vhodné rozpracovat systémová opatření pro klienty bez domova trpící psychiatrickou diagnózou“. Podle výpovědi sociálního pracovníka „je třeba, aby existovaly domovy se zvláštním režimem, kam by se tyto osoby mohly uchýlit“. Stejný názor má i tento respondent, podle kterého by bylo vhodné zřídit „ideálně zařízení pouze pro tuto cílovou skupinu“.

5.7 Shrnutí hlavních zjištění

Výpovědi respondentů ukazují, že přístup ke klientům s duševním onemocněním se neliší od přístupu k „běžným“ klientům bez domova. Důležité je pro ně využívání individuálního přístupu. Sociální pracovníci se necítí být na práci s touto klientelou příliš připraveni, a to zejména kvůli nedostatečným znalostem z oblasti psychiatrie. Při práci se klientů ptají na přítomnost duševní poruchy pouze ve výjimečných případech, pokud to souvisí se zakázkou. Osoby bez domova s duševním onemocněním vyhledávají pomoc sociálních pracovníků především kvůli životu na ulici a v minimu případů je jejich zakázka spojena se špatným duševním stavem. To ukazuje na fakt, že tito lidé nechtějí příliš svoje duševní problémy řešit a často si je ani nepřiznávají. Při práci s touto klientelou je velmi důležitá spolupráce s dalšími subjekty, zejména s organizacemi zaměřenými na osoby s duševním onemocněním. Spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi není podle respondentů příliš častá a je navázána pouze při akutních duševních stavech klientů. Nejvíce sociálním pracovníkům při práci s lidmi bez domova s duševním onemocněním pomáhá sdílení s kolegy, supervize a již zmiňovaná spolupráce. Naopak komplikace nastávají při komunikaci s klienty kvůli jejich uzavřenosti a špatnému vnímání reality, dále je zde riziko nebezpečí vzhledem k ohrožujícímu chování některých klientů. Jejich práce je také ztížena nedostatečnými znalostmi psychických poruch, neexistující odbornou spoluprací a samotné služby nejsou dostatečně uzpůsobeny pro duševně nemocné klienty.

6. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá sociální prací s osobami bez domova s duševním onemocněním. Je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. V první části se nejdříve věnuji obecně jevu bezdomovectví včetně jeho definici, typologii, popisu příčin, následků a výskytu v České republice. Následně se zaměřuji na duševní onemocnění u osob bez přístřeší, kde zkoumám četnost psychických poruch u této populace a dále věnuji pozornost nejčastějším duševním onemocněním u osob bez domova. Jedná se konkrétně o různé závislosti, deprese, schizofrenii, úzkosti a poruchy osobnosti. Třetí teoretická kapitola se věnuje sociální práci. Nejprve jsou zmíněny sociální služby pro osoby bez přístřeší a organizace, které jim pomáhají. Poté je nastíněn systém péče o osoby s duševním onemocněním, neboť je úzce spojen i s osobami bez domova. Následuje část přímo věnovaná sociální práci s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním, kde popisuji metody sociální práce a osobu sociálního pracovníka v souvislosti s touto cílovou skupinou. V závěru teoretické části jsou shrnuty nejnovější výzkumy na téma osoby bez domova s duševním onemocněním.

V empirické části jsou nejprve definovány cíle výzkumu spolu s výzkumnými otázkami, dále je představena metoda výzkumu, zpracování dat a popsán výzkumný vzorek. Na základě rozhovorů po telefonu a e-mailu s 11 sociálními pracovníky, které byly zpracovány metodou kódování, byly identifikovány nejdůležitější oblasti, které charakterizují zkušenosti sociálních pracovníků s osobami bez přístřeší s duševním onemocněním. Jsou jimi: specifika, komplikace, připravenost, klienti, spolupráce a pomoc. Tyto oblasti nejlépe shrnují výpovědi respondentů a zároveň mi pomohli najít odpovědi na následující dílčí výzkumné otázky.

Vyžaduje duševní onemocnění klientů od sociálních pracovníků odlišný přístup nebo metodu práce? Výpovědi respondentů ukazují, že jejich způsob práce se příliš neodvíjí od ne/přítomnosti duševního onemocnění, ale od využívání individuálního přístupu ke všem klientům. Konkrétně u práce s touto cílovou skupinou zdůrazňují sociální pracovníci trpělivost a opatrnost, věnování více pozornosti a vytvoření autentického vztahu kvůli větší uzavřenosti a vnímavosti klientů.

Cítí se být sociální pracovníci dostatečně připraveni na práci s osobami bez domova s duševním onemocněním? Sociální pracovníci se necítí být příliš připraveni na práci s touto klientelou, a to zejména z důvodu nedostatečných znalostí z oblasti psychiatrie, které jsou při práci potřeba. Tento důvod souvisí s profesním školením s tímto zaměřením, který nebývá postačující stejně jako samotné vysokoškolské vzdělávání. Organizace ale mají ve svých řadách odborníky speciálně zaměřené na osoby s duševním onemocněním, kteří sociálním pracovníkům práci s touto klientelou značně ulehčují.

Podle čeho sociální pracovníci usuzují, že jejich klienti trpí duševní poruchou? Ve většině případů se sociální pracovníci nedotazují klientů na tuto informaci a stejně tak po nich nevyžadují zdravotní dokumentaci. O přítomnosti duševní poruchy se sociální pracovníci dozvídají jen pokud jim to klient sám sdělí nebo je to znatelné z jeho projevu. Podrobnosti o jejich zdravotní situaci vyžadují jen pokud je to nutné pro plnění zakázky klienta.

Kvůli jakým obtížím se nejčastěji obracejí pro pomoc sociálních pracovníků specificky osoby bez domova s duševním onemocněním? Z výpovědí respondentů vyplývá, že klienti s duševním onemocněním téměř vůbec nevyhledávají pomoc sociálních pracovníků v souvislosti se špatným duševním stavem. Jejich zakázky souvisejí především se životem na ulici a nijak se neliší od zakázek duševně zdravých klientů, proto potřebují nejčastěji pomoc s uspokojením základních životních potřeb, hledáním bydlení a zaměstnání, vyřízením dokladů a dávek, řešením dluhů a doprovodem na úřady. V kontextu s duševními obtížemi vyhledávají sociální pracovníky kvůli sdílení svých strastí a v opravdu minimu případů jde například o navázání na psychiatrickou péči.

Co nebo kdo sociálním pracovníkům při práci s osobami bez domova s duševním onemocněním pomáhá, a naopak tuto práci komplikuje? Největší pomoc vidí sociální pracovníci ve sdílení s kolegy, dále v supervizi či intervizi, spolupráci v rámci týmu i s dalšími subjekty, samostudiu v oblasti duševního zdraví a v neposlední řadě také v přítomnosti psychologa v organizaci. Naopak jim práci komplikuje náročná komunikace s klienty zapříčiněná jejich uzavřeností, nestabilitou a špatným vnímáním reality a je zde také nebezpečí kvůli ohrožujícímu chování některých duševně nemocných klientů. Dále je práce ztížena z důvodu samotného nastavení systému, kdy je obtížné sehnat psychiatrickou pomoc, služby nejsou dostatečně uzpůsobeny těmto klientům a sociální pracovníci mají v oblasti psychiatrie pouze omezené znalosti, jak jsem již uváděla dříve.

Spolupracují sociální pracovníci s cílovou skupinou osob bez domova s duševním onemocněním s dalšími organizacemi a institucemi? Při práci s touto cílovou skupinou využívají sociální pracovníci pomoc dalších subjektů. S psychiatrickými nemocnicemi spolupracují spíše pouze pokud se klient nachází v akutní psychické nepohodě. Nejvíce sociální pracovníci oceňují spolupráci s organizacemi specializovanými na duševní onemocnění, které jim práci s touto klientelou usnadňují. Dále také intenzivně spolupracují s dalšími subjekty na plnění zakázek klientů, které nesouvisí s psychickým stavem.

Tato práce tedy shrnuje poznatky o osobách bez domova s duševním onemocněním a sociální práci s nimi. Výzkumy po celém světě ukazují, že podíl duševně nemocných osob bez domova není zanedbatelný. Přesto není tomuto tématu věnovaná dostatečná pozornost. Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že sociální pracovníci pracující s osobami bez domova nejsou dostatečně připraveni na klienty vykazující příznaky duševního onemocnění. Chybí jim vzdělání v této oblasti a jejich práce je ztěžována špatným nastavením systému, který neuspokojivě propojuje sociální práci a psychiatrickou péči o osoby bez domova s duševním onemocněním, přičemž spolupráce sociálního a zdravotnického sektoru je v tomto případě více než potřebná.

Seznam použité literatury

- [1] ADAIR, Carol et al. *Outcome Trajectories among Homeless Individuals with Mental Disorders in a Multisite Randomised Controlled Trial of Housing First*. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016, 62(1), s. 30–39. ISSN 1497–0015. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/070674371664530>
- [2] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 2013, 947 s. ISBN 978-0-89042-554-1. Dostupné z: <https://cdn.websiteeditor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>
- [3] ARMÁDA SPÁSY [online]. 2016 [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://armadaspasy.cz/>
- [4] BARTÁK, Miroslav. *Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I.: (bezdomovství v zrcadle veřejné politiky)*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 102 s. ISBN 80-86625-35-4.
- [5] BINES, Wendy. *The health of single homeless people* [online]. Joseph Rowntree Foundation. 1994, 4 s. ISSN 0958-3084. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.jrf.org.uk/report/health-single-homeless-people>
- [6] CORCORAN, Jacqueline a Joseph WALSH. *Clinical Assessment and Diagnosis in Social Work Practice*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2010, 592 s. ISBN 978-01-902-1101-1.
- [7] CSÉMY, Ladislav, Marie VÁGNEROVÁ a Jakub Marek. *Duševní poruchy mezi mladými bezdomovci: přehledná práce*. Psychiatrie. 2011, 15(2), s. 86–92. ISSN 1212-6845.
- [8] ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK [online]. 2020 [cit. 2020-03-27]. Dostupné z: <https://www.streetwork.cz/>
- [9] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [10] DAVIDOVÁ, Ivana a kolektiv. *Metodická příručka pro sociální kurátory a metodiky sociální prevence*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2010, 150 s. I
- [11] DRAGOMIRECKÁ, Eva, Dana KUBISOVÁ a Michal ANDĚL. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. Psychiatrie. 2004, 8(4), s. 275–280. ISSN 1212-6845. Dostupné z: <https://docplayer.cz/15638438-Dusevni-zdravi-prazskych-bezdomovcu.html>
- [12] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.

- [13] EDWARDS, Richard a June HOOPS. *Encyclopedia od Social Work*. 19th ed. Washington D.C.: NASW Press, 1995, 2906 s. ISBN 978-08-710-1256-2.
- [14] FEANTSA. *Country Profile – Czech Republic: Homelessness Country Profile 2019* [online]. 2019 [cit. 2020-03-11]. Dostupné z: https://www.feantsa.org/public/user/Resources/country_profiles/CZ_-_Country_Profile_2019.pdf
- [15] FEANTSA. *ETHOS-Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR* [online]. [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: https://www.feantsa.org/download/cz___8621229557703714801.pdf
- [16] FITZPATRICK, Suzanne, Hal PAWSON, Glen BRAMLEY, Steve WILCOX a Beth WATTS. *The homelessness monitor: England 2016* [online]. London: Crisis. [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: https://www.crisis.org.uk/media/236828/the_homelessness_monitor_england_2016.pdf
- [17] FITZPATRICK, Suzanne, Peter KEMP a Susanne KLINKER. *Bezdomovství – přehled výsledků výzkumů z Velké Británie*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 96 s. ISBN 80-86625-15-X.
- [18] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- [19] HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 312 s. ISBN 80-7178-803-1.
- [20] HAVRÁNKOVÁ, Olga. Případová práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2013, s. 67-81. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [21] HAYCOCK, Kate. *Shelter*. 1st ed. Hove: Wayland, 1993, 48 s. ISBN 0-7502-0641-1.
- [22] HECZKO, Stanislav, Eduarda Heczková. *Bezdomovci a my* [online]. 2011 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.getsemany.cz/node/292>
- [23] HELLEROVÁ, Pavla. Neutorické poruchy. In: RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kolektiv. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014, s. 274-285. ISBN 978-80-246-1985-9.
- [24] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [25] HRADECKÝ, Ilja a kol. *Definice a typologie bezdomovství: zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR*. 1. vyd. Praha: Naděje, 2007, 52 s. ISBN 978-80-86451-13-8.
- [26] HRADEČTÍ, Vlastimila a Ilja. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. 1. vyd. Praha: Naděje, 1996, 85 s. ISBN 80-902292-0-4.

- [27] CHARITA ČESKÁ REPUBLIKA [online]. 2020 [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://www.charita.cz/>
- [28] JAROLÍMEK, Martin. *Strašidlo komunitní péče*. Esprit. 2010, 14 (3-4), s. 8-9. ISSN 1214-2123.
- [29] JOHNSON, Timothy et al. *Substance abuse and homelessness: social selection or social adaptation?* Addiction. 1997, 92(4), s 437–445. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1997-04030-004>
- [30] KLIMENT, Pavel a Vít DOČEKAL. *Pohled na bezdomovství v České republice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, 122 s. ISBN 978-80-244-5007-0.
- [31] KUTÁLKOVÁ, Petra. *Některé aspekty bezdomovství Romů*. Praha, 2002. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta.
- [32] LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 216 s. ISBN 978-80-247-4305-9.
- [33] LEVICKÁ, Jana. *Metódy sociálnej práce*. 1. vyd. Trnava: Trnavská univerzita, 2003, 122 s. ISBN 80-89-074-38-3.
- [34] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [35] MAREK, Jakub, Aleš STRNAD a Lucie HOTOVCOVÁ. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 176 s. ISBN 978-80-262-0090-1.
- [36] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2013, 384 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [37] MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- [38] MCDONAGH, Theresa. *Tackling homelessness and exclusion: Understanding complex lives* [online]. Joseph Rowntree Foundation. 2011, 16 s. ISBN 978-1-85935-882-5. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.jrf.org.uk/report/tackling-homelessness-and-exclusion-understanding-complex-lives>
- [39] MEZINÁRODNÍ FEDERACE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ. *Mezinárodní etický kodex sociální práce*. Austrálie, Adelaide, 29. 9. – 1. 10. 2004. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni_eticky_kodex.pdf
- [40] MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 10. revize. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2020. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/item.html>

- [41] MPSV. *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020* [online]. Praha, 2013 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Koncepce-prevence-a-reseni-problematiky-bezdomovectvi-v-CR-do-roku-2020.pdf>
- [42] MPSV. *Vyhodnocení průzkumu řešení bezdomovectví v obcích s rozšířenou působností* [online]. 2015 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Vyhodnoceni_pruzkumu_reseni_bezdomovectvi_v_obcich_s_rozsirenou_pusobnosti.pdf/4ce1887e-1ae4-3878-de5c-8b86db69687f
- [43] NADĚJE [online]. 2013-2020 [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <https://www.nadeje.cz/>
- [44] NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. *Standards for Social Service Manpower*. Washington D.C.: NASW, 1973.
- [45] NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
- [46] NEJVYŠŠÍ KONTROLNÍ ÚŘAD. *Zpráva o bydlení v České republice* [online]. 2018 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.nku.cz/assets/publikace-a-dokumenty/ostatni-publikace/zprava-o-bydleni-v-ceske-republice.pdf>
- [47] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislosti*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-262-0189-2.
- [48] NOVOTNÁ, Věra a Věra SHIMMERLINGOVÁ. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992, 128 s. ISBN 80-7066-483-5.
- [49] NOVÝ PROSTOR [online]. 2020 [cit. 2020-03-24]. Dostupné z: <http://no-vyprostor.cz/>
- [50] OSBORNE, Randall. „*I May be Homeless, But I’m Not Helpless*”: *The Costs and Benefits of Identifying with Homelessness*. *Self and Identity*. 2002, 1(1), s 43-52. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2003-03725-005>
- [51] PANADERO, Sonia, Ana GUILLÉN, José Juan VÁZQUEZ. *Report on the street: Overall happiness among homeless people in Madrid*. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2015, 85(4), s. 324–330. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/ort0000080>
- [52] PLATFORMA PRO SOCIÁLNÍ BYDLENÍ. *Housing first-Bydlení především* [online]. 2018 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://socialnibydeni.org/slovník-pojmu/housing-first-bydleni-predevsim>
- [53] PLATFORMA PRO SOCIÁLNÍ BYDLENÍ. *Rapid re-housing Brno* [online]. 2017 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://hf.socialnibydeni.org/rapid-re-housing-brno>

- [54] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [55] PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 133-161. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [56] PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 93 s. ISBN 978-80-7387-100-0.
- [57] PŘÍHODOVÁ, Alice. *Komunitní práce – modely a etapy*. Trnava, 2000. Rigorózní práce. Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce.
- [58] PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf
- [59] RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kolektiv. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014, 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- [60] RAVENHILL, Megan. *The culture of homelessness: An ethnographic study*. London, 2003. PhD thesis. London School of Economics and Political Science. Dostupné z: <http://etheses.lse.ac.uk/2665/>
- [61] REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *Základní principy péče poskytované v CDZ* [online]. 2017 [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2016/12/19/zakladni-principy-pece-poskytovane-v-cdz/>
- [62] RHOADES, Harmony et al. *The Social Context of Homeless Men's Substance Use*. Drug and Alcohol Dependence. 2011, 118(2-3), s. 320–325. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3177996/>
- [63] ROLLNICK, Stephen a William MILLER. *Motivační rozhovory*. 1. vyd. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003, 311 s. ISBN 80-86620-09-3.
- [64] ROSE, S. a J. MOORE. Case management. In: EDWARDS, Richard a June HOOPS. *Encyclopedia od Social Work*. 19th ed. Washington D.C.: NASW Press, 1995, s. 335-340. ISBN 978-08-710-1256-2.
- [65] SHELTON, Katherine et al. *Risk Factors for Homelessness: Evidence From a Population-Based Study*. Psychiatric Services, 2009, 60(4), s. 465-472. Dostupné z: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2009.60.4.465>
- [66] SCHWARZOVÁ, Gabriela. Sociální práce s bezdomovci. In: MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 315-330. ISBN 978-80-7367-818-0.

- [67] SOVINOVÁ, Hana a Ladislav Csémy. *The Czech AUDIT: Internal Consistency, Latent Structure and Identification of Risky Alcohol Consumption*. Central European Journal of Public Health. 2010, 18(3), s. 127-131. Dostupné z: https://cejph.szu.cz/artkey/cjp-201003-0001_The-Czech-AUDIT-Internal-Consistency-Latent-Structure-and-Identification-of-Risky-Alcohol-Consumption.php
- [68] STENIUS-AYOADE Agnes et al. *Mental disorders and the use of primary health care services among homeless shelter users in the Helsinki metropolitan area, Finland*. BMC Health Services Research. 2017, 17(428). DOI 10.1186/s12913-017-2372-3. Dostupný z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2372-3#citeas>
- [69] SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012, 320 s. ISBN 978-80-262-0216-5.
- [70] ŠUPKOVÁ, Danuše a kolektiv. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 64 s. ISBN 978-80-247-2245-0.
- [71] ŠUPKOVÁ, Danuše. *Závislost jako jeden z aspektů života bezdomovců*. Adiktologie. 2008, 8(1), s. 45-51. ISSN 1213-3841.
- [72] VÁGNEROVÁ, Marie, Jakub MAREK a Ladislav CSÉMY. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2018, 303 s. ISBN 978-80-246-4054-9.
- [73] VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2013, 340 s. ISBN 978-80-246-2209-5.
- [74] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- [75] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
- [76] VANASSE, Alain et al. *Treatment prevalence and incidence of schizophrenia in Quebec using a population health services perspective: different algorithms, different estimates*. Social Psychiatry. 2012, 47(4), s. 533-543. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21445625>
- [77] VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Evropská zpráva o drogách 2019: EU čelí rekordní dostupnosti kokainu, inovativní výrobě a zneužívání syntetických drog či virtuální realitě* [online]. 2019 [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/evropska-zprava-o-drogach-2019-eu-celi-rekordni-dostupnosti-kokainu-inovativni-vyrobe-a-zneuzivani-syntetickych-drog-ci-virtualni-realite-174226/>
- [78] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

- [79] VÚPSV. *Sčítání osob bez domova v České republice 2019: Kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2019, 95 s. ISBN 978-80-7416-351-7. [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/fulltext/vz_458.pdf
- [80] WASSERMAN, Danuta. *Prevention of suicide: Risk groups* [přednáška]. Nice: AEP Congress, April 9th 2008.
- [81] WEIMEROVÁ, Monika. *Dobrá psychiatrie: Psychóza a rodina* [online]. 2010 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-rodina>
- [82] YIP, Maggie et al. *Shelter Service Utilization among Homeless Adults: Associations with Substance Use Disorder, Mental Health Diagnosis, and Dual Diagnosis*. Houston: University of Houston, 2018. Dostupné z: https://uh-ir.tdl.org/bitstream/handle/10657/3825/Yip_Maggie_2018URD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Seznam použitých zkratk

ČSÚ - Český statistický úřad

ETHOS - Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení

EU – Evropská unie

FEANTSA – Evropská federace národních organizací pracujících s bezdomovci

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

VÚPSV – Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

Přílohy

Příloha 1: Otázky k rozhovorům

1. Využíváte při práci s osobami bez domova s duševním onemocněním odlišné metody práce či přístup než s ostatními klienty?
2. Je v něčem práce s touto klientelou obtížnější než s ostatními klienty? Co vám práci s nimi komplikuje?
3. Cítíte se být dostatečně připraven/a na práci s klienty, kteří mají projevy duševního onemocnění?
4. Byl/a jste nějak vyškolen/a pro práci s osobami bez domova s duševním onemocněním?
5. Má Vaše organizace psychiatra/psychologa či jiného pracovníka, který se zabývá specificky osobami s duševním onemocněním?
6. Ptáte se svých klientů, zda mají diagnostikované duševní onemocnění?
7. Vyžadujete po klientech s duševním onemocněním jejich dokumentaci zdravotního stavu?
8. Která duševní onemocnění trápí podle Vás osoby bez domova nejčastěji?
9. Kvůli jakým obtížím/problémům/potřebám se nejčastěji obracejí pro Vaši pomoc specificky osoby bez domova s duševním onemocněním?
10. Spolupracujete s psychiatrickými nemocnicemi?
11. Posíláte klienty s duševním onemocněním do jiných organizací specializovaných na pomoc osobám s duševním onemocněním?
12. Spolupracujete s dalšími organizacemi či institucemi při pomoci konkrétní osobě bez domova s duševním onemocněním? Popřípadě jak s nimi spolupracujete?
13. Kdo nebo co vám při práci s touto klientelou nejvíce pomáhá?
14. Jakou podporu byste popřípadě při práci s touto klientelou potřeboval/a?