

sp

sociální práce sociálna práca

nabízíme spojení teorie s praxí
ponúkame spojenie teórie s praxou



Sociální práce, zdraví a životní styl

3

2017

ročník 17

vydává Asociace vzdělavatelů v sociální práci
a Evropský výzkumný institut sociální práce OU

Sociální práce / Sociálna práca

Czech and Slovak Social Work

Recenzovaný odborný časopis

Šéfredaktor / Editor-in-chief:

Libor Musil, Masaryk University, Czech Republic

Zástupci šéfredaktora / Deputy to the Editor-in-chief:

Brian Littlechild, University of Hertfordshire, United Kingdom

Eva Mydlikova, Trnava University in Trnava, Slovakia

Redakční rada / Editorial Board

Balogova Beata, University of Presov, Slovakia

Erath Peter, Catholic University of Eichstätt, Germany

Ewijk Hans Van, University for Humanistic Studies, Nederland

Gojova Alice, University of Ostrava, Czech Republic

Gulczynska Anita, University of Lodz, Poland

Hämäläinen Juha, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Chytil Oldrich, University of Ostrava, Czech Republic

Jovelin Emmanuel, Catholic University of Lille, France

Kallay Andrej, Trnava University in Trnava, Slovakia

Keller Jan, University of Ostrava, Czech Republic

Klusacek Jan, Evangelical Theological Seminary College, Czech Republic

Kristan Alois, Jabok College, Czech Republic

Matulayova Tatiana, Palacky University, Czech Republic

Mills Karen, University of Hertfordshire, United Kingdom

Metteri Anna, University of Tampere, Finland

Novosad Libor, Palacky University, Czech Republic

Payne Malcolm, Manchester Metropolitan University, United Kingdom

Puhl Ria, Catholic University of Applied Sciences KFH NRW, Cologne, Germany

Rusnakova Marketa, Catholic University in Ruzomberok, Slovakia

Schavel Milan, St Elizabeth University in Bratislava, Slovakia

Sykorova Dana, Palacky Univerzity Olomouc, Czech Republic

Balaz Roman, Masaryk University, Czech Republic

Vychází 6x ročně / The Journal is published 6 times per year (4 times in Czech and Slovak, 2 times in English)

ISSN 1213-6204 (Print), ISSN 1805-885X (Online)

Registrační číslo MK ČR / Registration Number of the Ministry of Culture: MK ČR E 13795

Číslo vyšlo 30. června 2017 / This issue was published on 30th June 2017

Editor čísla / Issue Editor:

Libor Novosad, Palacky University, Czech Republic

Vydává / Published by:

Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Joštova 10, 602 00 Brno, IČO: 49465619

a Evropský výzkumný institut sociální práce OU, Fr. Šrámka 3, Ostrava

Korektura / Proofreading: Vilem Kmunicek

Grafická úprava / Layout: Radovan Goj (www.goj.cz)

Titulní fotografie / Title photo: Sousoší „Děti, oběti neřesti dospělých“, Moskva

Tisk / Print: Printo, spol. s r. o. (www.printo.cz)

Webové stránky časopisu / Journal Website: www.socialniprace.cz

Editorial

Editorial	3
-----------------	---

Stati

Monika Bjelončíková: Očekávání lidí žijících s HIV/AIDS od sociální práce	5
Kateřina Glumbíková, Alice Gojová, Barbora Gřundelová: Zdraví a přístup ke zdravotním službám u obyvatel a obyvatelek azylových domů – téma pro sociální práci?	23
Marie Vágnerová, Jakub Marek, Ladislav Csémy: Osobnostní faktory ovlivňující setrvání v bezdomovectví u mladých lidí	41
Elena Gažíková, Veronika Šimonová: Rizikové správanie detí v detských domovoch. Zdravie ohrozujúca konzumácia alkoholických nápojov	55
Adéla Recmanová, Soňa Vávrová: Proměny sociální práce v informační společnosti: reflexe sociálních pracovníků sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi	65
Ladislav Otava: Návrhy řešení nejasné konceptualizace vybraných pojmů teorie zvládání dilemat sociálními pracovníky	80

Recenze

Zdeněk Sloboda: Dospívání, rodičovství a (homo)sexualita	90
--	----

Online prakticko-publicistická část časopisu	94
---	-----------

Naše poslání a cíle	95
----------------------------------	-----------

Zaměření příštího čísla	96
--------------------------------------	-----------

Editorial

Editorial	3
-----------------	---

Papers

Monika Bjelonicikova: Expectations of People Living with HIV/AIDS from Social Work	5
Katerina Glumbikova, Alice Gojova, Barbora Grundelova: Health and Access to Health Services for People Living in Shelters – Topic for Social Work?	23
Marie Vagnerova, Jakub Marek, Ladislav Csemy: Personal Factors Influencing the Persistence of Homelessness among Young People	41
Elena Gazikova, Veronika Simonova: Risky Behaviour of Children in Children's Homes. Alcohol Consumption Harmful to Health	55
Adela Recmanova, Sona Vavrova: The Transformation of Social Work within an Information-based Society: Reflections of Social Workers on Social Activation Services for Families with Children	65
Ladislav Otava: Proposals for Solutions to Unclear Conceptualization of Selected Concepts Theory of Management Dilemmas of Social Workers	80

Book Reviews

Book Reviews	90
--------------------	----

Online Practical-Journalistic Part of the Journal	94
---	----

Our Mission	95
-------------------	----

Next Issue Focus	96
------------------------	----

Editorial

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,
kolegyně, kolegové a příznivci sociální práce
i našeho časopisu,

dovolte, abych Vás přivítal na stránkách tohoto čísla a seznámil Vás s tím, co Vám nabízí. Naši čtenáři již vědí, že ač jednotlivá čísla časopisu nejsou monotematická, tak se snažíme o to, aby se každé číslo věnovalo určitému aktuálnímu tématu v sociální práci. Obdobně je tomu i nyní, kdy se setkáváme nad statěmi nebo publicistickými texty explicitně nebo spíše nepřímo zaměřenými na zdraví a zdravý životní styl v kontextech sociální práce.

Společným cílem autorů, redakce i editora bylo prezentovat různé pohledy na zdraví a zdravý životní styl ve vztahu jak k oborové praxi a teoretickým souvislostem či východiskům sociální práce, tak ke vzdělávání i profesním aktivitám sociálních pracovníků.

V první stati se Monika Bjelončíková zabývá **Očekáváním lidí žijících s HIV/AIDS od sociální práce**. Poukazuje na to, že sociální práce může sehrávat klíčovou roli v organizování a poskytování služeb v oblasti prevence i vlastní pomoci lidem žijícím s HIV/AIDS a lidem touto nákazou ohroženým. Rozvoj praxe sociální práce v této oblasti je široce diskutován v pomáhajících profesích a autorka chce k této diskusi přispět podnětným zprostředkováním toho, jak je sociální práce a její role vnímána z perspektivy této cílové skupiny, tedy lidmi žijícími s HIV/AIDS.

Následující stať Kateřiny Glumbíkové, Alice Gojové a Barbory Grundelové zkoumá, zda je **Zdraví a přístup ke zdravotním službám u obyvatel a obyvatelek azylových domů tématem pro sociální práci**. Autorky usilují prostřednictvím přehledové studie k tematice zdraví předmětné cílové skupiny a jejího přístupu ke zdravotním službám o „vnesení“ této problematiky do oblasti zájmu sociální práce. Pozornost přitom zaměřily především na fyzické a psychické zdraví osob v azylových domech, zdraví žen z azylových domů a možnosti využívání zdravotnických služeb těmito osobami, aby upozornily na potřebu

tvorby komplexní podkladové analýzy v oblasti zdraví obyvatel azylových domů v ČR. Taková analýza je dle autorek potřebná k rozvoji sociální práce a sociálních služeb pro danou klientelu.

Specifické skupině osob žijících mimo vlastní domov se věnuje také text Jakuba Marka, Ladislava Csémyho a Marie Vágnerové, zaměřený na **Osobnostní faktory ovlivňující setrvání v bezdomovectví u mladých lidí**.

Z autory provedeného šetření vyplynulo, že k faktorům ovlivňujícím „propad“ na ulici a chronizaci bezdomovectví patří zejména negativní zkušenosti z rodiny a s tím související absence jakéhokoli zázemí, nedobré osobnostní vlastnosti a neschopnost nebo nezájem či neochota systematicky pracovat. Autoři zdůrazňují fakt, že velmi významným negativním faktorem „upevňujícím“ setrvání v bezdomovectví je dlouhodobé užívání drog a alkoholu s až fatálně nepříznivým dopadem na životní situaci lidí bez domova.

Rizikovým chováním dětí v dětských domovech s akcentem na zdraví ohrožující konzumaci alkoholických nápojů se zabývají Elena Gažíková a Veronika Šimonová. Představují výzkum, jehož dílčím cílem bylo identifikovat míru výskytu konzumace alkoholu u klientů v sedmi dětských domovech v Nitranském kraji. Výzkum s využitím dotazníku ESPAD prokázal, že téměř tři čtvrtiny respondentů mají zkušenost s požíváním alkoholických nápojů, přičemž nejčastěji požívaným alkoholem jsou pivo a destiláty. Tato zjištění dokládají potřebu cílených opatření v oblasti sociální politiky a zejména tvorby i realizace preventivních programů s ohledem na specifické potřeby dětí a mladistvých z dětských domovů.

Méně explicitně ve vztahu ke zdraví a životnímu stylu, avšak podnětně pro praxi je koncipován text Adély Recmanové a Soni Vávrové o **Proměnách sociální práce v informační společnosti: reflexe sociálních pracovníků sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi**. Cílem autorek bylo předložit zkušenosti ze zahraničí, tyto komparovat s českým prostředím sociální práce a hledat možnosti

transferu zahraničních poznatků či zkušeností. Stať přináší parciální výsledky kvalitativního výzkumu, využívajícího polostrukturovaných rozhovorů s 6 sociálními pracovníky sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi a zaměřeného na reflexi informatizace v české sociální práci. Z výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci proces informatizace intenzivně vnímají s tím, že se podle nich nejvýznamněji dotýká tří oblastí výkonu sociální práce – vedení intervencí sociálním pracovníkem, formy komunikace mezi sociálním pracovníkem a uživatelem a vztahu sociálního pracovníka s uživatelem.

Poslední stáť, tentokrát zaměřenou především na teorii sociální práce, je text Ladislava Otavy **Návrhy řešení nejasné konceptualizace vybraných pojmů teorie zvládání dilemat sociálními pracovníky**. Autor diskutuje dilemata sociálních pracovníků dle Musila, Nečasové a Janské. Zaměřuje se zejména na pojmy spojené se zvládáním nesourodých očekávání, která před sociální pracovníky

staví jejich práce s klientem v organizacích. Je zřejmé, že teorie zvládání dilemat si zaslouží pozornost, a Otava vyvozuje, že změnou „ideálů“ a „nastavení“ sociálních pracovníků lze zlepšit jejich předpoklady ke zvládání obtížných rozhodování (dilemat), souvisejících s jejich prací.

V prakticko-publicistické online části přinášíme „mix“ velmi zajímavých esejí, rozhovorů, reflexí praxe a expertiz orientovaných na zdraví a zdravý životní styl ve vztahu k teorii i praxi v sociální práci.

Libor Novosád a Kateřina Rychlá se věnují východiskům internetového poradenství a jeho roli v podpoře zdraví osob s postižením i jejich blízkých na příkladu aktivit olomoucké iPoradny.cz. Roman Baláz vede rozhovor s emeritním primářem léčebny v Bohnicích, Karlem Nešporem o problematice životního stylu lidí v ČR a o možné intervenci v rámci sociální práce. Odborníci z Evropské kontaktní skupiny reflektují možnosti kariérního poradenství při změně nevhodného životního stylu dlouhodobě nezaměstnaných osob. V dalším rozhovoru profesor Jan Holčík hovoří o zdraví a životním stylu, který zdraví ohrožuje. Jana Kumprechtová se věnuje psychickému zdraví, resp. psychosomatické a vyrovnávání se stresem v sociální práci. Specialisté z Centra výzkumu zdravého životního stylu UPOL reflektují významné ohrožující tendence v oblasti zdravého životního stylu. Expertiza Lenky Krhutové se zaměřuje na otázky ohledně objektivního posouzení zdravotní situace člověka. Kromě toho najdete v této části časopisu profily inspirativních organizací a další, postupně přidávané texty.

Věřím, že se nám podařilo naplnit čtenářská očekávání. A to nejen v hlavní tematice avizovaného diskursu zacíleného na to, jakými způsoby může sociální práce působit na zdraví lidí i na jejich přijatelný životní styl, a jak mohou sociální pracovníci poznávat a ovlivňovat životní podmínky svých klientů tak, aby dokázali předcházet zdravotním rizikům a uměli je řešit. Děkuji autorům i redakčnímu týmu za spolupráci a vám, našim čtenářům, přejí pohodové a podnětné čtení.

*Libor Novosád,
editor čísla*

Inzerce



REMEDIUM
PRAHA

VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY

ZÁKLADY SEBEŘÍZENÍ A SEBE/REFLEXE

v sociálních službách

v rozsahu 24 hodin

Kurz je vhodný pro vedoucí pracovníky i ty, kteří jsou někým vedeni, a zajímá je vliv hodnot na sebeřízení a řízení organizací.

Kurz se koná 9. – 11. 10. 2017.

VEDENÍ PORADENSKÉHO ROZHOVORU

v sociálních službách

v rozsahu 24 hodin

Kurz je vhodný pro pracovníky využívající poradenský rozhovor jako jeden z hlavních nástrojů práce s klientem a kteří si chtějí rozhovor především prakticky nacvičit.

Kurz se koná 8. – 10. 11. 2017.

Podrobnější informace na
www.remedium.cz
tel: 272 743 360
vzdelavani@remedium.cz



Očekávání lidí žijících s HIV/AIDS od sociální práce

Expectations of People Living with HIV/AIDS from Social Work

Monika Bjelončíková

Mgr. Monika Bjelončíková¹ je interní doktorandkou Fakulty sociálních studií Ostravské univerzity. Ve své disertační práci se zabývá tématem života s HIV/AIDS, sociálními důsledky s ním se pojícími a úlohou sociální práce při řešení problematiky HIV/AIDS.

Abstrakt

Od objevení se pandemie HIV/AIDS sehraává sociální práce klíčovou roli v organizování a poskytování služeb v oblasti prevence a pomoci lidem žijícím s HIV/AIDS a lidem ohroženým nákazou tímto onemocněním. Navzdory pokroku v oblasti léčby zůstává prostým faktem, že základem pro snižování nových případů diagnostik a v minimalizování lidského utrpení je právě prevence. Reakce na měnící se zátěže jednotlivých regionů a skrytých populací, tj. těch žijících s HIV/AIDS a v největším riziku nákazy, se pro současnou praxi sociální práce stávají výzvou. Příští generace sociálních pracovníků se stane svědkem expanze pandemie pravděpodobně do všech kontextů praxe sociální práce (Natale, 2010). Aby se praxe sociální práce mohla rozvíjet a své reakce na nové výzvy v oblasti HIV/AIDS přizpůsobovat, musí sama sebe reflektovat. Článek chce do této diskuse přispět zprostředkováním toho, jak je sociální práce a její role v řešení problematiky vnímána těmi, kterých se zacílení jejich intervencí v tomto kontextu nejvíce týká, lidmi žijícími s HIV/AIDS, z jejich vlastní perspektivy.

Klíčová slova

sociální práce, HIV/AIDS, konstrukcionismus

Abstract

Social work has played a key organising and service delivery role in HIV prevention and care since the pandemic emerged. Despite pharmaceutical advances in treating HIV/AIDS a simple fact remains; the prevention of HIV infection is essential in reducing the number of new cases of HIV and in minimising the extent of human suffering. Responses to the changing workload of individual regions and hidden populations, persons infected with and affected by HIV/AIDS, have resulted in new challenges for social work. The next generation of social workers will see the pandemic expand, most likely touching nearly all aspects of social work practice (Natale, 2010). To meet the new challenges in the field of HIV/AIDS social work has to develop its responses and relevant good practices accordingly. This article aims to contribute to the debate by looking at the situation from the perspective of people living with HIV/AIDS.

Keywords

social work, HIV/AIDS, constructionism

¹ Kontakt: Mgr. Monika Bjelončíková, Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Monika.Bjeloncikova@osu.cz



ÚVOD

Článek přináší výsledky výzkumného projektu s názvem *Identifikace a analýza vnímaných sociálních důsledků života s HIV/AIDS*², který byl finančně podpořen v rámci studentské grantové soutěže specifického vysokoškolského výzkumu na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity. Hlavním cílem výzkumu bylo identifikovat a analyzovat vnímané sociální důsledky života s HIV/AIDS prostřednictvím sběru kvalitativních dat a jejich následnou analýzou metodou sociálně konstrukcionistické zakotvené teorie (Charmaz, 2000; 2006, 2008a, 2008b, 2009). Dílčím cílem bylo porozumět tomu, jaké jsou (mohou být), z perspektivy lidí majících přímou zkušenost s životem s HIV/AIDS, způsoby mírnění těchto důsledků ze strany sociální práce. Lidé s přímou zkušeností jsou ve výzkumu zastoupeni lidmi žijícími s HIV nebo AIDS a skupinu významných druhých reprezentují jejich příbuzní, blízcí, životní partneři.

HIV/AIDS si udržuje svoje multi-úrovňové a multi-systémové dopady na zranitelné populace. Tím, že globální pandemie pokračuje ve svém růstu, roste také potřeba vzdělavatelů v sociální práci, aby připravili novou generaci sociálních pracovníků pro práci v nejrůznějších oblastech praxe s cílem osvojit si k tomu ty nejzákladnější dovednosti – pomáhat těm, kteří jsou v ohrožení nákazy HIV, a již infikovaným (Natale, 2010). Pro sociální práci je proto dnes největší výzvou vzdělávání a příprava nové generace sociálních pracovníků, protože ti budou svědky expanze pandemie HIV, která se pravděpodobně bude blíže dotýkat všech kontextů praxe. Natale (2010) proto zdůrazňuje potřebu vzdělávat budoucí sociální pracovníky tak, aby dokázali reagovat na klíčové výzvy v řešení problematiky HIV/AIDS, kterými jsou stigmatizace, chudoba a sociální nerovnosti.

Cílem článku je porozumět tomu, jak lidé žijící s HIV/AIDS vnímají úlohu sociální práce při řešení problematiky a v pomoci lidem, kteří žijí s HIV/AIDS nebo jsou ve zvýšeném riziku nákazy. Zajímá nás, jak komunikační partneři ve výzkumu z vlastní zkušenosti vnímají intervence sociální práce, a zároveň, jaké výzvy pro ni shledávají, přičemž jejich potřeby a vnímání toho, *co by pomohlo*, je zde determinující.

Článek je strukturován do teoretické a výzkumné části. V teoretické části stručně popisujeme stav problematiky HIV/AIDS v České republice, stav jeho současného společensko-vědního probádání a výchozí teoretické pozice výzkumnice. V části výzkumné je pozornost věnována stručnému popisu užitě metodologie v realizovaném výzkumu a stěžejní místo zde náleží analýze a interpretaci dat.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

HIV (Human Immunodeficiency Virus) je virus lidské imunodeficiency. V případě neléčení může virus vést k rozvinutí nemoci AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) – syndromu získané imunitní nedostatečnosti. Oproti jiným virusům se lidské tělo nemůže HIV zcela zbavit. HIV napadá lidský imunitní systém, specificky buňky bílé krevní řady T-lymfocyty (CD4+), které organismu pomáhají bojovat s bakteriálními, plísňovými nebo virusovými infekcemi. V případě, že je HIV pozitivní člověk neléčený, množství těchto buněk v jeho těle se snižuje, čímž se stává náchylnější k infekcím a dalším přidruženým nemocím. Pro onemocnění AIDS je charakteristický nízký počet CD4 buněk (u zdravých lidí se počet buněk pohybuje od 500 buněk/mm³ do 1600 buněk/mm³; u nemocných AIDS tento počet padá pod 200 buněk/mm³), výskyt oportunních infekcí, či nádorů, např. tuberkulóza, Kaposiho sarkom apod. AIDS je poslední stadium HIV infekce a nerozvine se u každého HIV pozitivního (aids.gov, 2016).

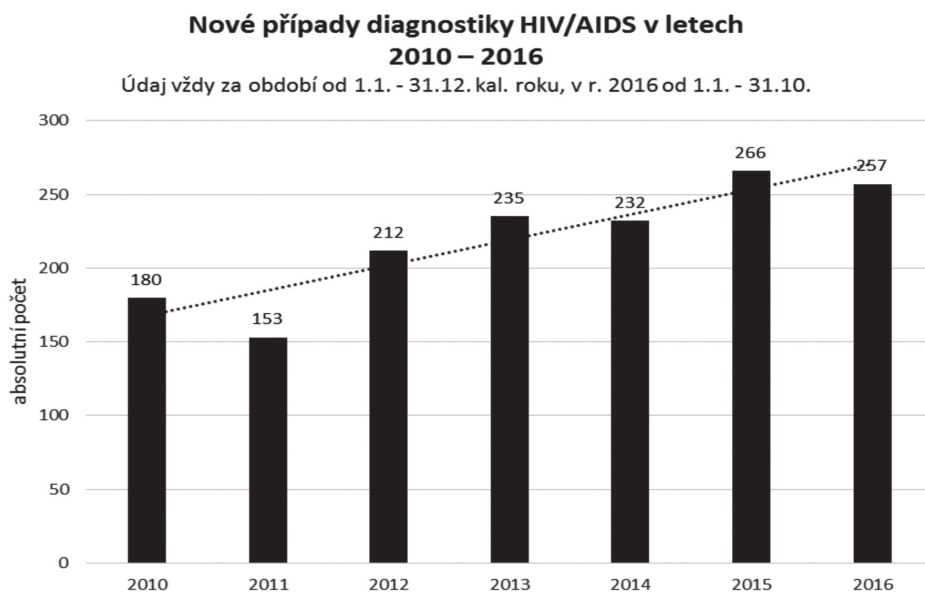
Stav epidemie HIV/AIDS v České republice již od roku 1985 kontinuálně sleduje Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS Státního zdravotního ústavu České republiky (dále jen „NRL“). Na základě pravidelně zveřejňovaných dat NRL se dá konstatovat, že pro čtvrtou dekádu HIV/AIDS v České republice je příznačný nárůst nových případů diagnostik (graf 1) a pozdních

² Reg. č. SGS04/FSS/2016.



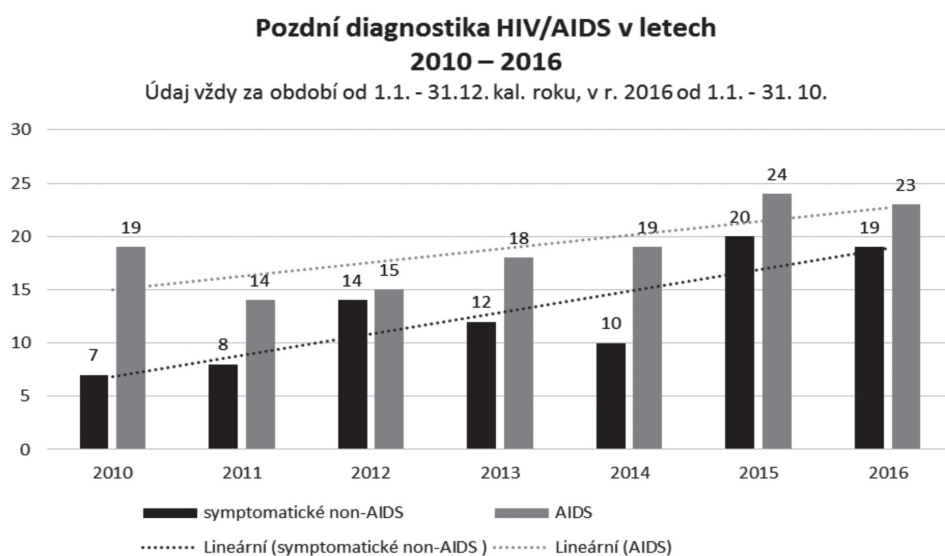
diagnostik (graf 2). V grafech jsou vyobrazeny lineární spojnice trendu, které ilustrují jeho, v obou případech, vzrůstající tendenci. Nezbyvá nám jiná možnost než položit si otázku: Selhává tedy prevence HIV/AIDS? A jakou roli v tom má, nebo by mohla mít sociální práce?

Graf 1: Nové případy diagnostiky HIV/AIDS v letech 2010–2016



Zdroj: Vlastní zpracování na základě zveřejněných statistických dat NRL

Graf 2: Pozdní diagnostika HIV/AIDS v letech 2010–2016



Zdroj: Vlastní zpracování na základě zveřejněných statistických dat NRL



Prevenici chápeme jako intervenci, jejímž cílem je předcházení závažným životním problémům či situacím (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). Ruth (2015) termín *prevenice* historicky váže ke konceptu veřejného zdraví a o sociální práci se zmiňuje jako o společenské zakázce na poli veřejného zdraví (v originále public health social work) s důrazem na vědecky prokázanou efektivitu preventivních aktivit ve snižování incidence, prevalence a dalších souvisejících poškození zdraví v různých oblastech, jako např. násilí, (zne)užívání návykových látek, bezdomovectví, duševní onemocnění a HIV/AIDS.

Woody (2006) upozorňuje na to, že někdy se zapomíná, že podstatná část rané sociální práce byla zaměřena na veřejné zdraví a na prevenci v oblastech, jako je např. zdraví matek a dětí, péče o nemocné, péče o chudé městské obyvatelstvo v pobytových zařízeních (hnutí settlementů³) či v nemocnicích. Zároveň pod termínem *prevenice* vnímá především ty aktivity, které předcházejí (rozvinutí) problému. Preventivní praxe je zaměřena na předcházení individuálním a sociálním problémům a měla by se zaměřovat na prediktory, které jsou označovány jako rizikové a ochranné faktory (Rischel, 2007). Prevenice je explicitní součástí sociální práce (McCave, Rischel, 2011).

Bližším zkoumáním stavu probádání problematiky života s HIV/AIDS v společensko-vědních disciplínách zjišťujeme, že poznatky z této oblasti jsou v podmínkách České republiky nedostačující. Rabušic a Kepáková (1999) již v roce 1999 ve své práci upozorňovali na rizikovost sexuálního chování české mládeže, která ačkoli disponuje solidními informacemi, důsledně je neaplikuje ve svém sexuálním životě. Skálová (2014) nesdílí optimismus související s relativně nízkým počtem registrovaných případů diagnostik HIV/AIDS a domnívá se, že skutečný počet HIV pozitivních lidí v České republice může být desetkrát vyšší. Shivairová a kol. (2010) se zabývají zkoumáním faktorů, které ovlivňují kvalitu života HIV pozitivních osob, a dospívají k zjištění, že k jejímu zlepšování, kromě biologických faktorů (vysoká hladina CD4+ lymfocytů, nízká virová nálož), přispívají i ty psychosociální, jako např. psychická pohoda, zaměstnanost a sociální opora.

Kolařová (2009:22) se zaměřuje na „současný diskurz preventivní politiky“ a poukazuje „na jeho aktuální proměny a jejich relevanci ve vztahu ke společenské marginalizaci lidí s HIV/AIDS i této problematiky obecně“. Dochází k závěru, že preventivní materiály jsou „hodnotově zatížené“, vyjadřující „normativní nároky“ ve smyslu „(sebe)regulace sexuálního chování“, čímž se „pozornost přesouvá ze širší společenské debaty na normativně zatížený vzkaz, jak (nerizikově) žít“.

Žádný z těchto vybraných výzkumných výstupů se explicitně nezaměřuje přímo na sociální práci a na její intervence. Absence takového zacílení v současném stavu vědeckého bádání disciplíny sociální práce přináší příležitost k hledání inspirace pro vlastní reflexi. Nalézání užitečných vodítek však na ni může klást nemalé nároky.

Sociální práce se do řešení epidemie HIV/AIDS ve světě zapojuje skrze prevenci a péči o lidi žijící s HIV/AIDS, skrze osvětu, vzdělávání a lobbying za lidská práva (Natale, 2010). Tyto aktivity směřuje k lidem, kteří jsou vystaveni zvýšenému riziku přenosu viru, a těm, kteří s HIV již žijí. Jejich cílem je nejen zvyšování povědomí o rizicích přenosu HIV, ale i o (z)odpovědném jednání vůči vlastnímu zdraví a zdraví ostatních. Vzděláváním, osvětou a lobblováním za lidská práva usiluje o mírnění stigmatizace a diskriminace, které se s nemocí úzce pojí.

IFSW (International Federation of Social Workers, 2014) sociální práci definuje jako „na praxi založenou profesi a akademickou disciplínu, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost, zplnomocňování a osvobodování lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, společenské odpovědnosti a respektu k rozmanitostem mají pro sociální práci zásadní význam. Sociální práce je ukotvena v teoriích sociální práce, sociálních věd, humanitních věd a o znalosti lokálních podmínek, ve kterých intervencuje. Zapojuje lidi a širší struktury do řešení životních výzev a problémů a do zlepšování společenského blahobytu (z angl. well-being)“.

³ „Settlement“ Toynbee Hall (1984) byl první, zaměřoval se na poskytování ubytování a na zlepšování sociálního života lidí. „Settlementi“ nabízeli také vzdělávání, podporu při budování sousedských vztahů, sousedské pomoci a fungovali jako komunitní centra (Bosá, 2013).



Podle etického kodexu NASW (National Association of Social Workers, 1999) je „hlavním posláním profese sociální práce posilování lidského blahobytu, čímž přispívá k naplňování základních lidských potřeb všech lidí, se zvláštním důrazem na potřeby a postavení těch lidí, kteří jsou zranitelní, utlačováni nebo žijí v chudobě. Historická a definující vlastnost sociální práce je její zaostření na individuální lidský blahobyt v sociálním kontextu a na blaho společnosti, přičemž je pro ni nezbytné věnovat pozornost těm silám životního prostředí, které přispívají k problémům bytí s cílem tyto problémy řešit. Sociální práce přitom podporuje sociální spravedlnost a sociální změnu, a to ve spolupráci se svými klienty nebo jejich jménem“.

Obě vymezení se snaží o vyčerpávající formulaci předmětu, subjektu i objektu sociální práce. V popředí stojí kruhový vztah teorie a praxe sociální práce a zacílení sociální práce na interakce jednotlivců a skupin s jejich prostředím. Ačkoliv český Etický kodex sociálních pracovníků deklaruje, že sociální práce „je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti“ (Společnost SP ČR, 2006), současná praxe sociální práce má tendenci rezignovat na dosahování sociální spravedlnosti a společenské změny, hájení lidských práv a potřeb.

Hawkins (2006) poukazuje na to, že sociální pracovníci mají stejnou odpovědnost jako lékaři skládající Hippokratovu přísahu, a to nikdy nikomu svou intervencí neublížit. Zdůrazňuje, že sociální práce musí evaluovat vlastní nápady tak, aby věděla, jaké výsledky produkují.

V obou uvedených vymezeních sociální práce můžeme najít její kritickou linii, která ačkoli v zahraničí je zcela běžná, v české sociální práci se začíná pouze objevovat (Janebová, Valová 2016). Spočívá v odmítání individuálního „chápání sociálních problémů“. Zjištění autorek (Janebová, Valová, 2016) ukazuje na to, „že alespoň část sociálních pracovníků vnímá sociální problémy v jejich širších strukturálních a jiných kontextech a odmítá pasivně přejímat politické, veřejné a mediální diskurzy o individuální odpovědnosti lidí za jejich problémy“. Zjišťování a znalost potřeb lidí, kteří se ocitají v nesnázích, zvyšuje účinnost intervencí (Bjelončíková, Gojová, V., 2016) a předkládání těchto potřeb na makroúrovni pomáhá systémům efektivně reagovat (Hacker, 2013).

Při snaze o porozumění perspektivě lidí majících přímou zkušenost se životem s HIV/AIDS vycházíme ze sociálního konstrukcionismu, jehož východiskem je teze, že to, co lidské bytosti v každém okamžiku sociální zkušenosti považují za reálné, je samo o sobě společenským výtvořem (Swatos, 2007). Obecně vzato i nemoci jsou sociálně konstruovány (Berger-Luckmann, 1966), některé z nich jsou např. tzv. stigmatizované. Poprvé byly konceptualizovány Goffmanem (1961, 1963), Gussowem a Tracym (1968). Mimo HIV/AIDS zahrnují také například další sexuálně přenosná onemocnění, rakovinu či epilepsii. V případech HIV/AIDS sociálně-konstrukcionistické výzkumy ukazují, jak stigmatizace limituje přístup k léčbě a postihuje vztahy a identitu (Epstein, 1996; Weitz, 1990; Lather-Smithies, 1997).

Sociální konstrukce nemoci se zaměřují na sociální konstrukce zkušeností s nemocí (Brown, 1995). Sociálně-konstrukcionistická analýza *nemoci* nebo *býti nemocným* v sobě zahrnuje pozoruhodný kognitivní a aplikovatelný aspekt, protože zdůrazňuje perspektivu nemocné osoby, čímž rozšiřuje a doplňuje biomedicínsky naturalistický přístup, který tím humanizuje (Conrad-Barker, 2010).

V naší práci budeme odkazovat i na práce symbolického interakcionismu zabývající se sociálními konstrukcemi nemoci s důrazem na zkušenost komunikačních partnerů. Podle Goffmana a dalších symbolických interakcionistů jednotlivci aktivně participují v konstruování svých vlastních sociálních světů, počítaje konstruováním vlastního já, a to prostřednictvím probíhajících sociálních interakcí (Blumer, 1969; Freedman-Combs, 1996), vyjednávání a diskurzů v souladu se sociálním konstrukcionismem (Freedman-Combs, 1996). Klíčové principy symbolického interakcionismu⁴

⁴ Sociálně konstruovaná realita je formovaná vztahy mezi lidmi. Znamená to, že lidé aktivně interagují a tím vytvářejí, formují a udržují to, co je ve společnosti považováno za smysluplné, pravdivé, či skutečné (Freedman-Combs, 2009). Jinými slovy, realita se nevytváří v individuální mysli (konstruktivismus), nýbrž prostřednictvím sociálních interakcí, vyjednávání a diskurzů v souladu se sociálním konstrukcionismem (Freedman-Combs, 1996).



se tak efektivně propůjčily k detailnímu prozkoumání nemoci jako zkušenosti v rámci kontextu každodenních sociálních interakcí (Charmaz, 1991; Glaser-Strauss, 1965). Jinými slovy, symbolický interakcionismus zkoumá, jak lidé vytváří významy prostřednictvím sociálních interakcí, jak prezentují a konstruují sebe sama a jak definují situace spolu-přítomnosti s ostatními.

METODOLOGIE

Poznávacím cílem výzkumu, jehož parciální výsledky jsou zde prezentovány, bylo identifikovat a analyzovat komunikačními partnery vnímané sociální důsledky života s HIV/AIDS a identifikovat a analyzovat, jaké jsou (mohou být), z jejich perspektivy, způsoby mírnění těchto důsledků ze strany sociální práce. Pro naplnění takto vymezeného cíle byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie a výzkumné otázky byly formulovány následovně – 1. Jak lidé s přímou zkušeností interpretují sociální důsledky života s HIV/AIDS?, 2. Jak významní druzí interpretují sociální důsledky života s HIV/AIDS? a 3. Jak lidé s přímou zkušeností a významní druzí chápou úlohu sociální práce při mírnění sociálních důsledků života s HIV/AIDS? V našem příspěvku se zaměříme na zodpovězení třetí výzkumné otázky.

V rámci terénního šetření byla data sesbírána prostřednictvím techniky hloubkových polostrukturovaných rozhovorů, zúčastněným pozorováním a technikou fokusních skupin. Do analýzy dat byla také zahrnuta výpověď Michaela uveřejněná v rámci televizního pořadu „Queer“ v dílu „Hashtag Michael“ (ČT, 2016). Vzhledem k cíli práce, formulovaným výzkumným otázkám a volbě technik sběru kvalitativních dat ve výzkumu byla k analýzám vybrána metoda sociálně konstrukcionistické zakotvené teorie, kterou blíže popsala Charmaz (2000; 2006; 2008a; 2008b; 2009). Charmaz postuluje, že konstrukcionistický přístup k zakotvené teorii je nejenom možný, ale i žádoucí, protože data neposkytují okno do reality, nýbrž objevená realita vyvstává z interaktivního procesu a jeho časových, kulturních a strukturálních kontextů (2000).

Výzkumné šetření probíhalo od února do září 2016 a účastnilo se jej celkem 11 lidí žijících s HIV/AIDS (včetně Michaela, který souhlasil s uvedením jeho jména v článku) a 2 významní druzí (tj. příbuzní, blízcí nebo partneři lidí s přímou zkušeností). Pro výběr zkoumaného vzorku byla využita kombinace metod sněhové koule a samovýběru a *princip teoretického výběru* (Miovský, 2006) vedoucí k teoretické nasycenosti. Výběr komunikačních partnerů byl determinován třemi kritérii – 1. osoba má diagnostikováno HIV nebo AIDS (člověk s přímou zkušeností se životem s HIV/AIDS), nebo 2. osoba je příbuzným, blízkým a/nebo partnerem člověka žijícího s HIV/AIDS a 3. osoba je ochotna zúčastnit se výzkumného šetření.

Kritérium zkušenosti se sociální prací nepodmiňovalo volbu účastníků ve výzkumu. Zvolené metody kontaktování výzkumného souboru, zejména pak sněhová koule, s sebou nese riziko limitace diverzity vzorku nebo prioritizace specifických témat, která by se nemusela objevit napříč zkoumaným fenoménem.

Rozhovory s komunikačními partnery byly nahrávány na diktafon. Sesbírání kvalitativní data (včetně Michaelovy výpovědi) byla anonymizovaně transkribována v programu F4 a v programu MAXQDA 12 byla analyzována. Bylo využito otevřeně (dle Charmaz, 2006) a axiální kódování se zaměřením na nejvíce frekventované kódy, kterým zároveň komunikační partneři přidávali největší význam. V našem případě šlo o explicitní vyjádření/vyjadřování potřeby spolupráce se sociální prací účastníky výzkumu a (ne)spolupracujícího přístupu sociální práce v reakci na tato sdělení. K vizualizaci pozice sociální práce v kontextu sdílené potřeby spolupráce lidmi žijícími s HIV/AIDS byla využita metoda situační analýzy, konkrétně poziční mapa (Clarke, 2009).

INTERPRETACE DAT

V následující části článku představíme z výzkumného šetření vzešlou parciální analýzu dat. Z důvodu ochrany anonymity komunikačních partnerů zde nenabídneme přehled sociodemografických



charakteristik komunikačních partnerů, protože takové údaje ani nebyly sesbírány. Bylo pouze na komunikačních partnerech, zda a nakolik se nám svěří se svými osobními údaji. V rámci šetření nás zajímaly jejich interpretace života s HIV/AIDS, přičemž délka života s HIV se u jednotlivých komunikačních partnerů výrazně lišila (byla zastoupena v širokém rozmezí od 1 do 23 let). Pro co nejvěrnější zachování perspektivy komunikačních partnerů jsme k analýzám přistupovaly hermeneuticko-fenomenologicky (Miovský, 2006). Znamená to, že jsme se snažily oprostít od vlastních interpretací a postojů vůči zkoumanému fenoménu.

Je důležité v tomto bodě poznamenat, že do předkládané interpretace dat nevkládáme snahu jakékoliv generalizace výsledků výzkumu. Za cíl si klademe porozumět zkoumané události s vědomím přítomnosti četných realit, tzn. subjektivity, která je v takovém typu výzkumu očekávána, a interpretovat ji. Jde o empirickou, abduktivní⁵ a deskriptivní výzkumnou strategii. Uvědomujeme si také, že dalším limitem výzkumné studie je slabá diverzita výzkumného vzorku, pod kterou se podepsala obtížnost navazování kontaktů, zejména prostřednictvím třetích osob či sdělovacích prostředků – sociální pracovníci, lékaři, e-maily, kolegové, pozvánka na webové stránce HIV Komunita (2016). Příčinu této obtížnosti shledáváme v samotném tématu výzkumu, v míře jeho tabuizovanosti ve společnosti a v závažnosti rizik, která se pojí s možným odhalením identity. Ve studii je proto nejméně zastoupen hlas žen žijících s HIV a tzv. *konformních heterosexuálních osob*, které *nezapadají* do těch skupin populace, *kterých se to týká* a které se nepotýkají s nějakou z forem sociálně-deviantního chování, anebo si to aspoň *o sobě myslí*.

ŽÁDNÁ SOCIÁLNÍ PRÁCE PRO NÁS NENÍ, AŽ NA VÝJIMKY

Účastníci výzkumu obecně **nevnímali** sociální pracovníky jako odborníky, kteří by jim nabízelí ve zvládnání jejich nepříznivé situaci podporu: „... víme, co děje... že prostě žádná sociální práce není“ (KP2⁶), „pomoc neexistuje, člověk, kterej by ti pomohl i po ty sociální stránce“ (KP1), „No děje se to, že vlastně sociální pracovnice neřeší... nikdo to neřeší“ (FG2⁷), „Jaký jiný služby?... Jaký? Mně žádná nenapadá!“ (KP3). Sociální práce se podle jejich názoru ale příliš neodlišuje od ostatních profesí a **nedostatek podpory a pomoci vnímají jako univerzální**. „... v podstatě nic se neděje, aby se těm lidem pomáhalo“ (KP1). Jediným zástupcem služeb, se kterým jsou v kontaktu, jsou zdravotnická zařízení. „... člověk jde jednou za tři měsíce na odběry a po čtrnácti dnech doktorka zavolá výsledky, tak to není pomoc... žádná jako, to člověk v podstatě se z žádnou sociální prací nesetká“ (KP2).

Neexistenci systému sociální práce účastníci vnímali zejména jako **nedostatek celého systému pomoci** pro tuto cílovou skupinu. Role státu v řešení problematiky HIV/AIDS je podle nich žádoucí, ale nepřiměřená. „A je to i o státním systému tohleto všechno, protože ten stát proti tomu vůbec nebojuje. Zdravotnictví proti tomu vůbec nebojuje. To, že tady je Bulovka... těch AIDS center v republice moc není jako. To se dá počítat na prstech...“ (KP3).

Někteří účastníci výzkumu svoje představy **o sociální práci spojují s běžným poradenstvím v oblasti dávkové agendy**: „Že jim třeba pomůže vyřídit dávky hmotné nouze“ (KP2), zprostředkování práce a ubytování „najít tu práci“ (KP1), „sehnat někde nějaké ubytování, ... taky vyřídit dávky“ (KP2).

⁵ „... v současnosti se abdukce řadí na roveň indukce a dedukce. Rozdíl mezi abdukcí a indukci lze vysvětlit pomocí následujícího příkladu s labutěmi. Jestliže jsme pozorovali během výzkumu pouze bílé labutě, pak můžeme pomocí abdukce vyvodit, že nejlepším vysvětlením, proč jsme pozorovali pouze bílé labutě a žádné černé, je to, že jsou jen bílé labutě. Indukce by mohla pouze konstatovat, že všechny labutě jsou bílé. Abdukce se tedy snaží poskytnout především vysvětlení pozorovaných jevů a toto je v něm přítomno explicitně či implicitně.“ (Kočí, 2014.)

⁶ Zkratka KP pojmenovává komunikační partnery.

⁷ Zkratka FG pojmenovává fokusní skupinu (z ang. Focus Group).



Přičemž dávky, které by jim pomohly zvládat zvýšené náklady na léčbu a dodržování kvalitní životosprávy, však stát neposkytuje. „No, tak jsem, to je přesně v zákoně, na co všechno se poskytuje příspěvek na dietu, jo. Dobře na celiakii, na cukrovku, na takovéle další věci, ale o těchhle těch nemocech tam není ani ř. To znamená, že on nemá na to, ani kdyby mu paní doktorka napsala, že má nárok. No tak, aby měl o tisícovku třeba navíc aspoň na to kvalitnější jídlo, no tak ne. Na to nemá nárok dle zákona. No nepočítá se to do tady těch chorob. ... Nehledě na to, že na HIV není možné dostat invalidní důchod. Pro nás stát to není nemoc. ... Co se týká sociální práce u HIV pozitivních, nevidím, nevím, JAK by mohli pomoci. Protože tím, že stát neumožňuje žádné dávky, příspěvky atakdale, kde by opravdu ten člověk, který je nemocný, potřeboval pomoc sociálního nebo terénního pracovníka k tomu, aby mu ty věci pomohl vyřídit, zařídit atakdale“ (KP2).

Pokud mají se sociální pracovníky zkušenost, tak se v jejich výpovědích projevuje **frustrace z jejich pasivity a nezájmu**. „... jsem si myslel tenkrát, že mám kvalifikovaného sociálního pracovníka, ale ten můj pracovník byl tak kvalitní, že chtěl [sociální služba] bez klientů, aby měl klid“ (FG2). „Většina když nemusí, tak se nepřetrhne“ (KP7). „... musíme, vždycky říkáme, umírat potichu a ne nablas, aby o tom nikdo nevěděl. Takže asi tak současná situace“ (FG2).

Nezájem a pasivitu připisují **neinformovanosti** sociálních pracovníků: „A hlavně sociální pracovníci nejsou vyskoleni v tom, aby pracovali v tomhle směru. Oni o tom sami neví nic.“ (KP3), **nevnímavosti a absenci porozumění**: „ale to musí dělat lidi se sociálním citěním“ (KP3), **obavám** sociálních pracovníků **z přenosu nákazy**: „Žádnou sociální práci, pokud, jak už tady bylo řečeno. Pokud se bojíte AIDS, tak do toho nelezte“ (FG2), **připisování viny** lidem za jejich zdravotní stav: „... my jsme pro ně pól prostě. My si za to můžeme sami, což je částečně pravda, že jo.“ (FG2), **zmatenosti v sítích pomoci**, kdy jsou klienti sociální práce odkazováni na další organizace: „On jim řek, že si to dává jednou za měsíc, tak se tak na něj podívala a začala se smát, jako proč tam jde, co vod nich chce. A já když sem tam přišel a řek jsem jim, že si to dávám 4krát 5krát do roka jenom kvůli sexu, tak mi řekli, že není potřeba, abych tam chodil.“ (KP4), nebo prostému faktu, že i sociální pracovník má svého **nadřízeného**, „byznysmena“: „Ona by to třeba neudělala, jo, ale musela jenom kvůli toho, že jí to nakázali. To pochopím, že je to práce její.“ (KP5)

Problém vidí v **nepropropojenosti služeb**, ale také v jejich **striktním dělení**: „Protože ti lidi sem přišli s tím, že nemají kde bydlet. Přišli s tím, že mají problémy s drogama, i když ten [sociální služba] tady nemá, řekne, my nemáme s drogami nic společného, ale HIV je s tím prostě spojený. Sex, drogy, alkohol, prostě všechno dohromady. Vod toho se odvíjí celou dobu HIV a tam ten zbytek už je k tomu jenom navalenej. A oni vám řeknou, no jo, my nejsme tady vod toho, abychom s váma řešili drogy a alkohol. Vod toho je jiná služba.“ (KP5)

Za problematické považují **postavení sociálních pracovníků** ve společnosti a **neadekvátní podmínky**, ve kterých pracují. Sociální práce to ale podle nich má „brozně těžký... Proto já obdivuju, kdo se dal na tenhle obor.“ (KP5) Navrhují terénní týmy **posílit o pracovníky se zkušeností**. „Platit ty lidi! Ne z nich dělat blbce! Ne z nich dělat dobrovolníky! Platit je. ... proč bych nemoh mít 15 tis. za to, že budu celý den chodit někde po [město] a lidi chránit. Proč ne? Dyť je to pomalu důležitý jak policie.“ (KP3)

Sociální práci, kterou účastníci výzkumu považují za **výjimku**, je podle účastníků výzkumu především terénní program pro ženy poskytující placené sexuální služby „... aspoň třeba o tyhle holky je nějakým způsobem, ta sociální práce tam nějaká jakoby funguje“ (FG2).

PŘEDSUDEČNÁ A DISCIPLINUJÍCÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE JE „SOCIÁLNÍ PRÁCE POSTAVENÁ NARUBY“

Předsudky sociálních pracovníků vůči lidem žijícím s HIV/AIDS se podle účastníků výzkumu projevují především v **bagatelizování** jejich potíží. Předsudky se týkají především **uplatnění na trhu práce**: „Ale tady je ten předsudek toho, voni ty klienti nebudou pracovat. Protože voni chtějí



nebudou.“ (KP5) a **neochoty** vytvářet alternativní aktivity, které by **respektovaly** životní situace lidí: „... jsou lidi, kteří nemůžou do práce... My jsme tady třeba chtěli vytvořit i pracovní program, ale oni nechťej. Oni nechťej, takže jsme vymysleli aspoň ... nějakou kreativitu tady. Protože... Jo, jo koukáme taky na televizi... A ležeme si na nervy, ale když nás zaměstnají, tak to funguje. Vždycky takový ty programy, tak je klid.“ (KP5) Pokud jsou ochotni uznat jejich aktivní přístup, podsouvají jim „**závadnou**“ **motivaci**. „Ne, oni viděj to, nebo si myslej, že hele voni budou pracovat, budou mít víc na drogy. Jo.“ (KP5) „To je přesně vono. To je přesně vono, že oni to spojujou tady s tím, s alkoholem a s drogama, no. Že vlastně voni nechťej, aby ti lidi měli ty peníze, že jo. Ale z čeho si pak máte ušetřit, abyste se tady vodsad' hla, že jo.“ (KP4) Takto chápanou sociální práci chápou jako „**postavenou sociální práci naruby**“ (FG2). „... si o mě myslí, jako že já chci jenom dostat nějaký peníze... to mě normálně urazil. Mi šlo jenom o to, že to je fakt šikana.“ (KP1)

Předsudečný postoj sociálních pracovníků se pak promítá do **disciplinujícího přístupu**. Mezi jeho projevy podle výpovědí účastníků výzkumu patří:

- **trvání na pravidlech**, které problematizuje potřeby klientů: „Když chceš někam jít, tak se musíš domluvit, kdy smíš se vrátit, kdy smíš odejít, aby si nenarušil chod [sociální služba], protože on se v deset zamkne... a jdou spát, že jo na recepci, a odemkne se v 6 ráno. To by museli 3x za noc vstávat a otvírat lidem, co jdou třeba z práce.“ (FG2) Výsledné situace považují za paradoxní. „Oni chtěou, abychom pracovali, když si seženeme práci, tak mají problém, že chodíme po 22. Tak já říkám, jak já mám vysvětlit zaměstnavateli, že já musím být ve 22 na ubytovně.“ (FG2)
- **nemožnost sdělovat svůj názor a podávat stížnosti**: „Že to je jenom na voko, že my si stěžovat můžem, že jo.“ (FG2) „Já to zažívám běžně, když přijede sociální pracovnice ráno na pokoj, já ji řeknu svůj názor na tohleto a to [změna hlasu] No narušujete tohle, narušujete tohle, takhle to funguje. Ale já říkám, na co to je? To je jenom provokace.“ (FG2)
- **vybrožování**: „[vedení organizace] nám řekne, no tak tady nemusíte bydlet. Ale kde máme bydlet?!“ (KP3), „... a jestli se vám to tady nelíbí, tak tady nebydlete.“ (KP5)
- **selektivní přístup ke klientům**: „... sociální pracovnice nutí uklízet ty, kteří práci mají, a ti, co nedělají nic, prostě těch si nevíšmá.“ (FG2)
- podle účastníků výzkumu **neoprávnění uplatňování sankcí**: „No, když půjdete na test a budete pozitivní, tak vás na dva dny vyhoděj. Na 48 hodin za drogy.“ (KP4) „Je to trest, ale není to pomoc. Když dělám test a vyjde pozitivní, je ten člověk pod vlivem? Anebo už dva dny nic neměl? Že jo, je to tak?“ (KP5)

Účastníci výzkumu **verbalizovali i nebezpečí**, která můžou plynout z disciplinujícího přístupu sociální práce, v případě konkrétního vykázaní: „To máte i za alkohol, tady je 05 povolená tolerance, a když budete mít 07, tak vás vyhodí na jeden den. A co ten člověk udělá?... Kam půjde ten člověk, jako? Když nemá peníze... vyčerpán se chce vyspat a prostě má teď hledat bydlení nebo prostě někde spát ve křoví, když mrzne... Já si myslím, že to není ani sociální pomoc, že jo. Jak toho člověka prostě vod toho odradit. Jo.“ (KP4)

„Tady ta cesta je podle mně, to je můj názor, když už se bavíme o ty sociální službě. Že když tady udělají 48 hodin pryč, je podle mne horší v tom, že ten člověk odejde, možná si za ty peníze koupí další drogy, napadne ho, vlastně vlez... třeba ty gejoyé toho využijou, voni poznají ty svoje podniky, kde je nonstop, jo. Nebo takhle někteří přemejšlí... Já jsem se tady dostal, nás tady bylo pět, když tohle do všechno vzniklo tady to testování. A to bylo, že to vím od těch klientů. Támdle ten vlez do klubu, byl tam 48 hodin, samozřejmě v tom klubu spoznal další spoustu jinejch lidí a i sexuálně, ale zase drogově závislejš. Pak byli druzí lidi, kteří si ty peníze šli utratit na ubytovnu, jo ale dostali takovou tu, zase ten strach, co bude až se vrátím a tohle. Takže si myslím, že fakt těch 48 hodin nebylo žádné řešení. To je můj názor.“ (KP5)

„No jo, ale kam má jít člověk bydlet? Když půjdete na ubytovnu, neřeknete jim, že jste HIV+, stačí, aby si to zjistili. Přišel by jeden dopis z Bulovky, z nějakýho toho aids centra, okamžitě vás vyhoděj, ale neřeknou vám za co. Protože ty ubytovny ty předsudky maj.“ (KP5)



Výsledkem takto pojímané sociální práce je podle jejich názoru „... **naštvaní, bezmoc prostě. Tady se nedá nic dělat, nedá. Pokoukám, nikdo nepomůže, tak se nedá nic dělat.**“ (KP3)

OČEKÁVÁNÍ OD SOCIÁLNÍ PRÁCE

Podporu od sociální práce účastníci výzkumu očekávají bezprostředně **po sdělení diagnózy**. Moment sdělení diagnózy se podle jejich názoru zdá být zásadní, kdy „*by měli zabrat všichni, aby se ten člověk takzvaně nesespál a nešel skočit z mostu. To si myslím, že je v tu chvíli pro toho člověka to nejdůležitější. Aby věděl, že na to není sám. Aby věděl, že se o někoho může opřít, že má kde zavolat, že má, že jsou lidé, kteří jsou mu ochotní a schopní pomoci. V té dané situaci.*“ (KP2) Podle nich je sociální práce potřebná u těch lidí, kteří nemají ve svém blízkém okolí oporu, „*protože jak říkám, měl jsem tam toho přítele, měl jsem ty kamarády, se kterým my jsme bydleli v jednom bytě, asi to udělalo hodně. Nebyl jsem na to sám.*“ (KP11), „*když už ten člověk jako na to najede a funguje a má kolem sebe to, to zázemí a tak dále, tak už té sociální práce není tolik třeba.*“ (KP2)

Součástí podpory po sdělení diagnózy by měla být **psychologická pomoc**: „... *teď nevím, jakým způsobem to udělat, aby ten člověk hned v tu chvíli, kdy dostane toto sdělení, to znamená, že ten první šok dostane v ordinaci lékaře ... dostane v první fázi pecku, že má nevyléčitelnou nemoc. Už tak se z toho málem psychicky broutí, protože si uvědomí... takže já mám jistou smrt, prostě zemřu, hotovo. Je to pro něj nepřekonatelné. V tu chvíli mají pocit, že je to nepřekonatelný problém. Možná, že ta spíš psychická pomoc, to znamená psychologka, psychiatr nebo vůbec člověk, který je schopen to s tím člověkem rozebrat a pomoci mu hlavně z toho psychického problému... Ten nemocný člověk. Nemá šanci jak, kde.*“ (KP2)

Úkolem **sociálních pracovníků** by podle účastníků výzkumu v této fázi mělo být zjišťovat, **zda má klient k dispozici sociální oporu**: „... *sociální práce, která je aktuální, tak je akutní u lidí, které prostě takzvaně odmítne okolí, nebo rodina. Přejde domů, řekne mamí, tati nebo manželko, partnerovi, partnerce, byl jsem na testech, mám problém, jsem HIV pozitivní. Pokud to o okolí, pokud se s tím neumí hned srovnat a toho člověka vyhodí z domu, tak v tu chvíli by měla být někde...*“ (KP2) Lidé po sdělení diagnózy potřebují pomoc při vyřešení otázky **bydlení**, pokud o něj v důsledku nemoci přijde „... *se mu musí sehnat byt*“ (KP2), zvládnout záležitosti týkající se **zaměstnání** „... *starat se o to, jak to bude v práci*“ (KP2) a celkově s adaptací na novou životní situaci „... *najet prostě na ten systém toho, jak ten člověk má fungovat, když už takovou nemoc má*“ (KP2). Pomoc po sdělení diagnózy by měla být **intenzivní a interdisciplinární**: „... *si myslím, že pro toho člověka, který se dozví takovou zprávu, by měli zabrat všichni, aby se ten člověk takzvaně nesespál a nešel skočit z mostu. To si myslím, že je v tu chvíli pro toho člověka to nejdůležitější. Aby věděl, že na to není sám. Aby věděl, že se o někoho může opřít, že má kde zavolat, že jsou lidé, kteří jsou mu ochotní a schopní pomoci.*“ (KP2) Důsledkem pak může být **nižší intenzita podpory v následujícím období** „... *když už ten člověk jako na to najede a funguje a má kolem sebe to zázemí a tak dále, tak už té sociální práce není tolik třeba. Ale ta prvotní, v tu chvíli, kdy se člověk dozví diagnózu, tak ta je strašně důležitá.*“ (KP2)

Od sociální práce očekávají, že se jim dostane **komplexní péče** v jednom místě, protože to „*HIV je s tím prostě spojený... Tady ta služba funguje dobře, ale měli by se spojit teda s tou službou drogový závislosti, alkoholový, jakoby takový to a spíš to jako spojit dohromady, než že aby to bylo každý zvlášť, protože vám řekne každá ta služba „No ale my s tím nemáme nic společného, nemůžeme pomoci“. Takže seš furt vlastně v jedny ty službě.*“ (KP5) Znamená to, že očekávají **spolupracující sociální práci** jak **s odborníky** a dalšími zařízeními, „*nebo spolupracovat, třeba jednou týdně by sem přišel někdo z toho [služba pro uživatele drog] nebo i já nevím...*“ (KP4) „*Jo i to, spojit to.*“ (KP5) „*Nebo protialkoholního a udělat prostě debatu, že ja... Jaký jsou rizika, jaký je tohle... Většinou lidi to znaj, ale takhle že jo diskuzní kroužek. Ono by to bylo i oživení tady pro ty lidi, že jo, když si takhle popovídají s někým jiným vo těch problémech a to.*“ (KP4), tak i **s nimi samotnými**. „*Slibovali nám, že budem dělat streetworking, a teď mají od toho dobrovolníky.*“ (FG2)



Podle účastníků výzkumu je taktéž důležitý **respektující a nehodnotící přístup**. „Vnímat ty lidi jako lidi... Jestli je to sexuální věc, nebo jestli je to bezdomovectví, jestli jsou to drogy a kriminalita a já nevím co, jo, tak je nebrat jako, to je ten, takovej, onakej, ukázat na něho prstem, ale je to člověk jako každé jiné, jen má prostě kritický podmínky, do kterých třeba sám nespád. Pak samozřejmě brát je... ne jako odpad. K těhle otázce, co se týká tvýho výzkumu, tak to je nebrat ty lidi jako AIDSáky, který si za to můžou.“ (KP7)

Sociální práce by podle nich měla být **informačně zdatná**. „Jo, já jenom tady říkám, že si říkála, jako... protože tady jsou lidi, kteří neumějí žít z 3410 korun, tak ta sociální služba by možná i pomohla v tom, aby to ti lidi učila, jak s tím vyžít.“ (KP5), měla by umět s informacemi prakticky zacházet, v podstatě **hmatatelně pomáhat**: „Ale ten program by nemusel vůbec fungovat na tom, aby ty peníze těm lidem dávali. Já si myslím, že by mohl jako vzniknout takový účet u to... u tyhle sociální služby. A až by se chtěl... jakoby odejít, nebo by musel odejít, tak pak mu dát ty peníze. Jo. A fakt fungovat ta služba, jak přežít z 3410 korun. To taky takový služby neexistují.“ (KP5), a měla by **reagovat na potřeby svých klientů**, protože „zase jako máme každý svoje potřeby, který jako potřebujem.“ (KP5)

Sociální práce by měla být vykonávána v **přirozeném prostředí**, „chodit po [město] a lidi chránit.“ (KP3)

Často se účastníci výzkumu o sociální práci zmiňovali jako o **psychické podpoře**. „Aby ten člověk věděl, že má v někom oporu, aby věděl, že je obklopen lidma, kteří mu rozumí, kteří ho chápou a kteří ho mají rádi, a to je něco, co dělá strašně moc v tom psychickém stavu.“ (KP2)

AKTIVNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE MÁ REÁLNÝ DOPAD

Zažít stigmatizující jednání ve společnosti je podle části účastníků výzkumu **aktivující**. „Začne být člověk nespokojený a řekne si, já bych to mohl nějak změnit. Jak? Tak tě to aktivuje.“ (KP8) „A já si myslím, že kdybyste hledala mezi námi, tak tak... nebo mezi pozitivními, tak vy byste našla lidi, který by, který mají vzdělání, který maj schopnosti a který jsou dostatečně našťavaní už na tendle celej systém.“ (KP3) Být aktivní je podle nich o „šíření osvěty. Sdílení. S lidma, když jsou sami nakažení, aby šířili dál osvětu a pomáhali v tom boji s téma předsudkama, které v té společnosti jsou.“ (KP8)

Několik účastníků výzkumu zmiňovalo **potřebu být aktivní** v řešení problematiky HIV/AIDS, „aspoň teda mně osobně to připadá strašně, jakoby proč já se dožaduju pořád toho, abych mohl třeba jenom to dobrovolnictví dělat. Abych mohl jít, aby mi zajistili, a ony na to ty páky jsou nebo, nebo dřív to tak fungovalo, že jsme vzali pytel kondomů a štos letáků a šli jsme na ulici a stoupli jsme si před [název] univerzitu a těm mladým lidem jsme ty kondomy dávali.“ (KP3) Být aktivním **má reálný efekt**, „Dali jsme jim ten leták a většina z nich se zastaví a zeptá se a proč a jak a nač a kdesicosi, ale to oni... oni někde pošlou... jo, oni vemou balík, tady ho zabalej s nějakýma informativníma letákama a pošlou ho k vám do [město] na fakultu. No a co udělají ředitelé. No tak maximálně dojde ten balík a někde ho dají na chodbu na bromadu, kde si toho všimnou ze sta lidí 4. To vemou do ruky, podívají se, prvně co vidí HIV, no tak to no a automaticky to hodí do koše.“ (KP3)

Vnímají, že sociální práce se má k boji s HIV postavit **zodpovědně vůči klientům a rázně**: „On to dělal pro nás. On to dělal pro ty lidi. On tím bojoval proti HIV. Tím bojoval, tím dletem [sociální služba] bojoval a dneska to je...“ (KP3) Účastníci také zmiňovali **potřebu zapojování se** do preventivních aktivit. Podle jejich názoru konfrontace nemocného se studenty, či jinými vzdělávanými v této problematice, má velkou váhu. „Pro studenty to je nejlepší forma informovanosti. Nejlepší forma informovanosti v tom, že vlastně z knížek si to nevyčtou, ty jsou objektivní, ale... Já nemám problém s tím, zeptáte se mně na sex, jak si přišel k haivitě, jak tohleto.“ (KP5), „vždycky má větší sílu ten, kdo si tím sám prošel.“ (KP8), a **potřebu spolupráce** se sociální prací, „Já to řeknu na rovinu, jak to je jako, já se prostě netajím, protože já si myslím, že právě proto ta sociálka, aby fungovala ta sociální služba, tak musí mít co největší tendleten názor jako lidi s HIV, aby se dali dobromady jako co ty, co by chtěli ti uživatelé, nebo klienti, ...“ (KP5)



Být aktivním participujícím na preventivních aktivitách a spolupracovat se sociální prací vnímají i jako **boj s předsudky společnosti** a jako **zdroj podpory**. „Je hezký, když já jezdím po školách a mluvím o tom ze svého pohledu toho člověka, kterej to má, jak ty lidi reagujou, že i ty lidi, který by vás normálně odsunuli na vedlejší kolej, tak najednou přijdou, začnou se ptát, podávají vám ruku, jo.“ (KP7) „Mělo by se trochu víc medializovat a přijímat a nechat mluvit lidi jako jsem já, kteří jsou ochotni jít se svojí tváří přímo na veřejnost. Proto to dělám a snažím se odbourávat ty stigma a říkat pravdu.“ (KP1) Aktivní zapojování a spolupráci vnímají taky jako **příležitost posunout se v životě někam dál**, „protože mě to zároveň [zívání] umožnilo odejít z určitých věcí, který jsem třeba nechtěl potom dělat, a zase mě to hodilo, otevřelo dveře do věcí, který teď dělám, jako je prevence, jako jsou školy, jako jsou prohlídky“ (KP7), nebo jako **zdroj životní energie**: „Ale pokud samozřejmě, jsou tam nějaký povinnosti a mám do toho nějakou přednášku nebo někam nějaký, nějaký střetnutí s někým nebo to, tak to zase člověka nakopne a dostane nějakou tu energii do sebe, že jde něco dělat, s někým někam jde, tak tu energii v sobě naberu.“ (KP1)

Boj s předsudky je podle některých účastníků výzkumu **životní cíl**: „Jsem si ve svém životě nastavil, takový cíl, který je nějít jakousi bariérou mezi mladejma lidma a tou nemocí... a vlastně předání ty zkušenosti, života s HIV, se snažím tady ty lidi od toho odradit a snažím se je přimět k tomu, aby se chránili. Především, aby se testovali, pokud jdou teda s někým do vztahu. To je moje cesta.“ (KP8)

Naplnění životního smyslu v jejich vyprávění má podobu navrácení **lidské důstojnosti** a pojí se s **pocity radosti, hrdosti a uznání**: „Tady jsem s [stát] aktivistou, Jsem brozně hrdej. To je [jméno] z [stát], který má organizaci [název]. Přijel a vyzval mě, abych vystoupil na [státní] ambasádě, což pro mě jako HIV pozitivního byl ohromná čest. Lidi plakali a tleskali.“ (KP8)

Vnímají taky **rozdíly**. Domnívají se, že je velký rozdíl, když osvětu šíří (nebo se zúčastňuje preventivních aktivit) člověk žijící s HIV, tak „je to nejlepší osvěta. Kdokoliv HIV pozitivní jezdí na školy a říká, já s tím žiji a je to takový a takový. Jednak uživatelé drog když přednáší, tak je to taky brozně fajn“. (KP8), nebo někdo bez zkušenosti s životem s HIV. „Ona teda to podala tím stylem, jakože jestli byste potřebovali s něčím poradit. Ona mi nemůže radit. Ona neví o tom. Nepozitivní člověk mi nemůže radit. Nepozitivní člověk mi nemůže radit v tom.“ (KP3)

Další rozdíl vnímají v tom, když preventivní aktivity dělá heterosexuál, nebo homosexuál: „To je homosexuál, to já nejsem, já nejsem na chlapy, to se mně netýká. Ale pak tam přijde frajer jako já, který řekne, že je heterosexuál... Aaaa, už to mělo úplně jinou odezvu, úplně jinou odezvu, úplně jiný to... Když dělá besedu homosexuál a já, je to velkej rozdíl.“ (KP1)

Aktivní zapojování se do preventivních aktivit, tzn. spolupráce sociální práce a lidí žijících s HIV/AIDS, se ve světle těchto informací zdá být *tabu na branku*. Na jedné straně účastníci výzkumu vyzdvihovali fakt, že se vzdělávaným dostanou informace z první ruky, „vidět různé lidi, slyšet různé příběhy“ (KP7), čímž se podle nich zvyšuje pravděpodobnost toho, že se vzdělávaný identifikuje s tématem, že „si uvědomí, že se to může stát komukoliv... protože nikdy nevíš, kdo ti co nekontrolovatelně předá“ (KP7), a na straně druhé, z povídání účastníků výzkumu vyplývá, že z aktivní spolupráce se sociální prací teží významné benefity „je to fajn pocít“ (KP8), „jsem brozně hrdej“ (KP8), „to zase člověka nakopne a dostane nějakou tu energii do sebe“ (KP1), „jednoho dne zjistíte, že vám ta nemoc něco dá“ (KP8), „to přetavit, tu negativitu do té pozitivitu“ (KP7).

NEDOSTUPNOST ZDRAVOTNICKÉ PÉČE – TÉMA PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI?

Ve svých výpovědích účastníci výzkumu často referovali o zkušenostech s **diskriminací a stigmatizací**. „Já si myslím, že my jsme dneska v tom systému úplně ti nejposlednější tady.“ (KP3) „Problém je v tom, že z těch HIV pozitivních je osmdesát procent gayů. To je ten problém, jo. Takže ta společnost na ty gaye nahlíží něco jako na Romy u nás, takže.“ (KP1)



Stigmatizace a diskriminace se projevují především v přístupu ke zdravotní péči. Projevuje se **specifickým zacházením**: „... v nemocnici čekám jako debil jako poslední... musím čekat na to, až mě vezmou jako posledního“ (KP1), které považují za **nezdůvodnitelné**: „... oni ti řeknou, tím že jsem pozitivní, tak tam musí být speciální dezinfekce. Říkám, co to mluvíte a probíráte za blbosti? Jaká speciální dezinfekce?“ (KP1) „Dezinfekce je prostě jedna.“ (KP2)

Vina za nerovné zacházení je pak předávána na samotného člověka, který podle posouzení zdravotního personálu neadekvátně reaguje. Účastník výzkumu to dokládá reakcí zdravotnického pracovníka: „... pane, uklidněte se“ (KP1).

Zhoršený přístup k zdravotní péči zvyšuje obavy a pasivitu v jejím vyhledávání, což následně přispívá ke **zhoršování zdravotního stavu** a zdravotním komplikacím. „To tě potom už nebaví ... ty máš potom nějaký problém a ty už s tím problémem nejdeš, protože už víš, co tě čeká, a ten problém potom přeroste ... tak se na to vykašleš ... potom se mi to objevilo znovu a i v daleko větší míře a už jsem to musel řešit, že jo. Stejně s těma komplikacema, ale člověk už to oddaluje, aby to nemusel řešit.“ (KP1)

Účastníkům výzkumu chybí instituce, na kterou by se mohli obrátit a sdělit, že k odmítnutí ošetření nebo k neadekvátnímu zacházení došlo. „Kam se člověk může prostě obrátit, že má teď problém, že byl odmítnutý nebo kde to nahlásí?“ (KP1) Očekávají pomoc při **zprostředkování interakce se zdravotnickým personálem**, jejich cílem není „to brotit to úplně jako do krajnosti, aby ten doktor měl ještě více problém, ale prostě dát to někomu vědět, že je tady takový problém, aby si s tím lékařem teda někdo promluvil, nebo aby měl třeba seznam pacientů, tak jak máme my třeba doktorů, kteří ošetřují Romy.“ (KP1) Cesta oficiálních žádostí či stížností se z jejich zkušenosti ukázala jako neúčinná. „... my jsme dávali dotazy na Českou zubařskou komoru, ... na stomatologickou komoru, na lékařskou komoru... na pojišťovnu...“ (KP1), „... dvakrát, třikrát jsem tam psala. Do dneška nic.“ (KP2)

Zprostředkování interakce se zdravotnickým personálem především formou **doprovázení** by podle názoru účastníků výzkumu mělo být úlohou sociálních pracovníků: „... měla by být prostě nějaká sociální služba, která by doprovody jako posílala nebo obešla osobně... doprovod nebo kam by se ten pozitivní člověk mohl obrátit jako. Jo, na nějakého pracovníka sociálního, který by mu v tom pomohl jako. Jo, aby prostě nebyl tam odmítnutý, protože ty jdeš k doktorovi s bolestí a on tě odmítne a co máš potom dělat.“ (KP1)

V situacích, kdy je doprovázení neúčinné, doporučují **obhajování zájmů klientů**. „V tom vidím sociální práci, jako jak to dělá ona, jo. Co oni pomáhají klientům a prostě, jít k doktorovi, doktorovi tam vysvětlit jako, mu říct, proč ho nechcete ošetřit jako, musíte ho ošetřit“ (KP1) a „pokud doktorka je protivná na klienta, tak si to vyřídí s lékařkou, že takhle teda ne.“ (KP2), „... aby tam byl nějaký člověk, který sa ta proste může zastat akokeby“ (výzkumnice), „No jasně, nějaký doprovod...“ (KP1)

JAK CHÁPOU OSVĚTU – VE VZTAHU KE STIGMATIZACI

Účastníci výzkumu mluvili o potřebě prevence nejenom v tom smyslu, aby se HIV nešířilo dál, ale i ve vztahu ke stigmatizaci a diskriminaci, kterých nositeli jsou, paradoxně, právě pracovníci v pomáhajících službách. „A hlavně sociální pracovníci nejsou vyskoleni v tom, aby pracovali v tomhle směru. Oni o tom sami neví nic.“ (KP3) „Nejstarší pacient je ročník 39. Nemůžeme mu sehnat domov pro seniory... Každý nám řekne, že oni HIV neberou.“ (lékař) „Balík prevence, takže je to, tam je podle mě té práce hromada. Protože tam opravdu ať se to veme vůbec vrstvama, jakoby věkovými, tak je ta práce i v domovech důchodců, protože já jsem třeba měla přednášky vyložené pro pracovníce, pro pečovatelské v domovech důchodců, protože teď máme nemocné i důchodce.“ (KP2)

Adresování stigmatizace ve čtvrté dekádě pandemie HIV/AIDS se proto stává vysoce aktuální i v těch sociálních službách, které poskytují péči seniorům, protože jednak HIV nemocní stárnou a již běžně se díky lékové terapii dožívají důchodového věku, a jednak proto, jak ukazují statistiky NRL, přenos HIV je zaznamenáván i ve vyšších věkových kategoriích. „Ano, přesně tak, takže člověk třeba, který měl padesát a nakazil se a dneska je nemocný třeba patnáct let, tak je mu pětadesát, to znamená, že je v důchodu.“ (KP2)



Adresování a řešení stigmatizace a diskriminace je podle účastníků výzkumu v prevenci HIV/AIDS klíčové, a to z důvodu **možné a reálné samoizolace** lidí žijících s HIV/AIDS: „*A pokud, pokud, pokud ty pozitivní tady budou narůstat a uvidí to sti..., ty stigmata vůči nim, no tak taky zalezou. Jo. Nebudou se, všichni nemají tu sílu se bránit jako já. Zalezou, jo a vlastně budou...*“ (KP1), tak i z důvodu možné a reálné **hrozby šíření se viru** v populaci, „*Nebo bu... budou to tajit, budou to tajit, tak tím pádem se to rozšířit může ještě daleko víc. Je tam, tam je spousta takových rizik jako, jo.*“ (KP1) „*Mě záměrně nakazil, protože má komplex z toho, že to má a chce být jeden z několika, ne jeden samotnej, aby to udržel v sobě a vydržel v sobě a že to zároveň rozesílá, aby na to nebyl sám.*“ (KP7)

JAK NA PREVENCI?

Místo, čas a způsob realizace preventivních aktivit podle účastníků výzkumu determinuje jejich úspěšnost, „*Mohli jsme rozdávát kondomy třeba.*“ (KP2) [skok do řeči] „*U vchodu.*“ (KP1), „*Mohli jsme tam mít stánek*“ (KP2), [skok do řeči] „*Mohli jsme tam mít stánek u vchodu, letáky rozdávát na tom [letní akce], jo a máš to hned nějakou prevenci, jo*“ (KP1), „*třeba normálně dát rozdávát letáky, jo, možnosti přenosu, nákazy, jak to [nesrozumitelné slovo], jo. Protože jsme říkali. To jsou všechno tydle ty akce a měli by to udělat i i na tom, i na [letní festival]. Opravdu to jsou, tohleto jsou všechno akce, kde jak říkal potom, jak říkali kluci, že největší nárůst HIV pozitivních zjištěných lidí je září, říjen, listopad. Po tady těhle těch letních měsících... kde jinde dělat prevenci než tady na těhle těch akcích... to i jsem říkala, takže pánové, říkám, máte u sebe kondomy? A kluci [smích]. Říkám, víte jak to je po takové akci. S cizí ženou v cizí posteli. Chlamec všichni [smích]. Jo prostě...*“ (KP2), „*musíš dělat show... abys zaujala...*“ (KP1)

Prevence v České republice je podle účastníků výzkumu nedostačující, je jí „*hodně málo*“ (KP1) a není dostatečně cílená. „*Jak říkali kluci, že největší nárůst HIV pozitivních zjištěných lidí je září, říjen, listopad. Po tady těhle těch letních měsících... kde jinde dělat prevenci než tady na těhle těch akcích...*“ (KP2) „*Tak u nás v republice ta prevence je, byla by, aby byla cílená a větší a dnes a denně a využít sedmou velmoc rozhlas a televizi, stále dokola a hlavně už lidi neviděj, co dokáže AIDS, protože těch lidí, kteří byli sežraní tím AIDS až na ten skelet vobalený kůží a jenom se čekalo, kým umře, tak těch dneska je už málo. Televize ti řeknou, že to není humánní tohleto ukazovat, ale ono by to chtělo, aby ti lidi věděli, do čeho jdou, že to není žádná sranda, a pořád se na AIDS umírá, teď za poslední měsíc, za duben 8 lidí šlo z HIV do AIDS, to taky není žádná sranda, pomalu každý měsíc někdo umře. Takže, aby ti lidi věděli to, že je to tady pořád, není to, nemá vakcínu, svět nezná vakcínu, která by nás od toho uchránila.*“ (FG2) Vnímají taky, že většinová společnost, ta, které se to netýká, jako odborníky vnímá v první řadě studované lidi a lidem se zkušeností se životem s HIV/AIDS a se zažitou stigmatizací už tolik nenaslouchá. To se opětovně zrcadlí do **potřeby spolupráce s odborníky**. „*Já to sám nezvládnou, pokud tam budu někde sám, tak budu rád, když tam bude někde nějaký odborník, který mi potvrdí moje vlastní slova. Jo, aby to mělo větší váhu. Jo, jinak si myslím, že se to těžko jako nějak změní.*“ (KP1) K prevenci má však podle účastníků výzkumu přistupovat i **každý sám za sebe**: „*testovat se, znát svůj zdravotní stav, chránit se, nestigmatizovat*“ (KP8).

ZÁVĚR

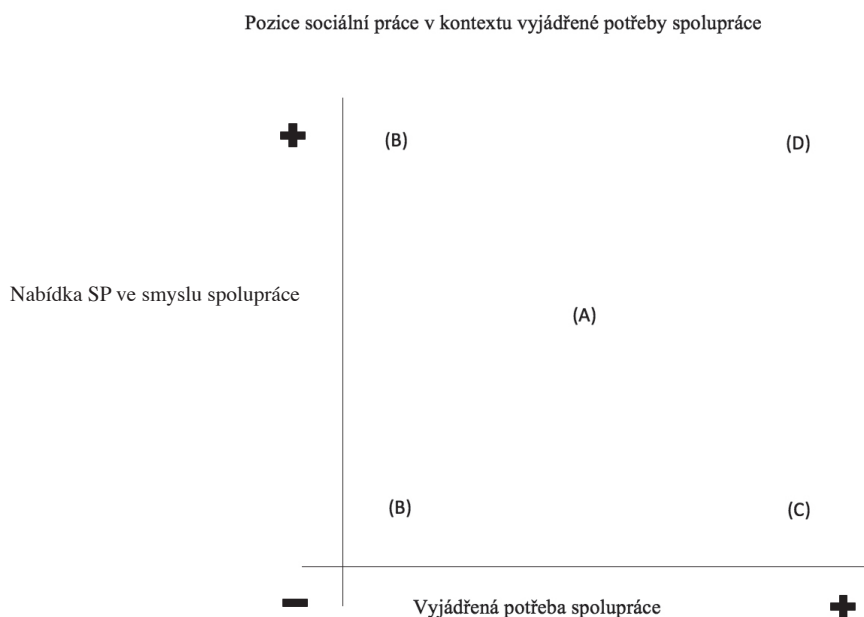
Prezentované parciální výsledky výzkumu jsou založené na výpovědích lidí žijících s HIV/AIDS a významných druhých, z nichž většina má zkušenost se sociální prací. Ti, kteří nemuseli pomoc sociálního pracovníka využít, jsou těmi, kteří ve svém bezprostředním okolí mají dostatečnou podpůrnou síť v podobě rodinných příslušníků, přátel, kamarádů nebo ošetřujících lékařů. „*Já díky tomu, že jsem vlastně měl docentku [jméno] v [město] na [nemocnice] až moc mě hodila nahoru.*“ (KP11) Účastníci výzkumu mají jasnou představu o tom, jak by měla konkrétní pomoc a intervence sociální práce vypadat tak, aby byly účinné, „*aby se ten člověk takzvaně nesespál a nešel skočit z mostu*“ (KP2).



Znamená to, že jejich představy o podobách sociální práce jsou úzce provázány s jejich vlastními potřebami a tím, jak sami interpretují život s HIV/AIDS. Sociální práce ne vždy reaguje na konkrétní potřeby svých klientů, proto se předkládaný text může jevit poněkud kritický. Část zabývající se interpretací dat pouze podsouvá příležitosti k zamyšlení se a vlastní reflexi sociální práce, bez které může být její snaha pomoci neúčinná. Vnímejte ji tedy jako pomyslný nástin možných řešení, kterých implementace je reálně naplnitelná.

Níže uvedené schéma vizualizuje pozici nabídky sociální práce v kontextu explicitního vyjádření potřeby spolupráce klienty sociální práce tak, jak byla zachycena v shromážděných datech. Osa X reprezentuje (ne)vyjádřenou potřebu spolupráce se sociální prací lidmi žijícími s HIV/AIDS a osa Y zobrazuje nabídku sociální práce, přičemž přiblížení se ke znamínku minus na této ose znamená přístup nespolupracující a na ose X znamená nevyjádřenou potřebu spolupráce. Pozice, které v datech sociální práce zaujala, jsou následovné: (A) sociální práce spolupracuje, ale ne vždy a ne s každým, kdo potřebu spolupráce vyjádřil; (B) chybějící pozice v datech; (C) potřeba spolupráce je klienty vyjádřena, ale sociální práce na ni nereaguje; (D) potřeba je vyjádřena a společně spolupracujeme.

Schéma 2: Pozice sociální práce v kontextu vyjádřené potřeby spolupráce



Cílem článku bylo porozumět tomu, jak lidé žijící s HIV/AIDS interpretují úlohu sociální práce při řešení problematiky, a spočíval v pomoci lidem, kteří žijí s HIV/AIDS nebo jsou ve zvýšeném riziku nákazy. Zajímalo nás, jak účastníci výzkumu z vlastní zkušenosti chápou intervence v praxi sociální práce, a zároveň, jaké výzvy pro ně shledávají, přičemž jejich potřeby a vnímání toho, *co by pomohlo*, bylo zde determinující.

Naši komunikační partneři nás zahrnuli množstvím informací a velkou otevřeností, bez čeho bychom téma úlohy sociální práce při řešení problematiky HIV/AIDS v předložené míře neobsáhly. Protože „*aby fungovala ta sociální služba, tak musí mít co největší tendence názor jako lidé s HIV, aby se dali dohromady*“ (KP5). Za jejich aktivní účast ve výzkumu, přijetí a otevřenost jim na tomto místě patří naše uznání a poděkování.

**POUŽITÉ ZDROJE:**

- AIDS.GOV. 2016. *What is HIV/AIDS?* [online]. [24. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/what-is-hiv-aids/>
- BERGER, P. L., LUCKMANN, T. 1999. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- BJELONČÍKOVÁ, M., GOJOVÁ, V. 2016. Nezamýšlené důsledky označení „sociálně vyloučená lokalita“. *Sociální práce / Sociálna práca*, 16(3), 76–86.
- BLUMER, H. 1969. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- BOSÁ, M. 2013. *Feministické korene sociálnej práce*. Prešov: Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis. Dostupné z: http://monikabosa.weebly.com/uploads/6/4/6/8/6468731/feministky_final_print.pdf
- BROWN, P. 1995. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(Extra issue), 34–52.
- CLARKE, A. E. 2005. *Situational Analysis. Grounded Theory after the Postmodern Turn*. Thousand Oaks: Sage.
- CLARKE, A. E. 2003. Situational Analysis. Grounded Theory after the Postmodern Turn. *Symbolic Interaction*, 26(4), 553–576.
- CONRAD, P., BARKER, K. K. 2010. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal Of Health And Social Behavior* [online]. 51(S), 67–79 [8. 9. 2016]. DOI: 10.1177/0022146510383495.
- ČT. 2016. *Queer: Hashtag Michael* [online]. [23. 8. 2016]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10520528904-queer/216562210900005-hashtag-michael/>
- EPSTEIN, S. 1996. *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- FREEDMAN, J., COMBS, G. 2009. *Narativní psychoterapie*. Praha: Portál.
- FREEDMAN, J., COMBS, G. 1996. *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities*. New York: Norton.
- GARMEZY, M. 1985. Stress Resilient Children: The Search for Protective Factors. In: STEVENSON, J. E. (Ed.). *Recent Research in Developmental Psychology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book*. Oxford, UK: Pergamon, 213–233.
- GLASER, B. G., STRAUSS, A. C. 1965. *Awareness of Dying*. Chicago, IL: Aldine Transaction.
- GOFFMAN, E. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- GOFFMAN, E. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patient and Other Inmates*. Garden City, NJ: Doubleday.
- GUSSOW, Z., TRACY Z. 1968. Status, Ideology and Adaptation to Stigmatized Illness: The Case of Leprosy. *Human Organization*, 27(4), 316–325.
- HACKER, K. 2013. *Community-Based Participatory Research*. London: Sage.
- Halve it Coalition. 2013. *Halve it – Position Paper*. London: Halve it [online]. [24. 11. 2016]. Dostupné z: http://www.halveit.org.uk/resources/Halve_It_Position_Paper.pdf
- HAWKINS, J. D. 2006. Science, Social Work, Prevention: Finding the Intersections [online]. *Social Work Research*, 30(3). [12. 4. 2017]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsjrs&can=edsjrs.42659624&scope=site>
- HIV KOMUNITA. 2016. *Zapojte se v roce 2016 do výzkumné studie o životě s HIV/AIDS – vaše zkušenost nás zajímá* [online]. [4. 1. 2017]. Dostupné z: <http://www.hiv-komunita.cz/clanky/jaky-je-zivot-s-hiv-aids.html>
- CHARMAZ, K. 2009. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. Los Angeles: Sage.



- CHARMAZ, K. 2008a. Constructionism and the Grounded Theory Method. In: HOLSTEIN, J. A., GUBRIUM, J. F. (Eds.). *Handbook of Constructionist Research*. New York: The Guilford Press, 397–413.
- CHARMAZ, K. 2008b. Grounded Theory as an Emergent Method. In: HESSE-BIBER, S. N., LEAVY, P. (Eds.). *Handbook of Emergent Methods*. New York: The Guilford Press, 155–173.
- CHARMAZ, K. 2006. *Constructing Grounded Theory A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Thousand Oaks, California: Sage.
- CHARMAZ, K. 2000. Constructionism and the Grounded Theory Method. In: HOLSTEIN, J. A., GUBRIUM, J. F. (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage, 397–413.
- CHARMAZ, K. 1991. *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- IFSW. 2014. *Global Definition of Social Work* [online]. [2. 12. 2016]. Dostupné z: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- JANEBOVÁ, R., VALOVÁ, H. 2016. Mohou za nepokoje na Šluknovsku v roce 2011 Romové? Rekonstrukce událostí z pohledu sociálních pracovníků a dalších participantů. *Sociální práce / Sociální práce*, 16(3), 57–75.
- KOČÍ, E. 2014. „Abdukce.“ *Encyklopedie lingvistiky*, ed. Kateřina Prokopová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [online]. [17. 1. 2017]. Dostupné z: <http://oltk.upol.cz/encyklopedie/index.php5/Abdukce>
- KOLÁŘOVÁ, K. 2009. Diskurs rizika v prevenci HIV/AIDS [online]. *Gender, Rovné Příležitosti, Výzkum*, 10(1), 16–25. [1. 12. 2016]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&can=43935115&scope=site>
- LATHER, P., SMITHIES, C. 1997. *Troubling the Angels: Women Living with HIV/AIDS*. Boulder: Westview Press.
- MALÝ, M., NĚMEČEK, V., ZÁKOUCKÁ, H. 2015. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice v roce 2014. Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie* [online]. Praha: SZÚ. [24. 11. 2016]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2014/Vyroční_zprava_Vyskyt_a_síření_HIV_AIDS_v_Ceske_republice_v_roce_2014.pdf
- MALÝ, M., NĚMEČEK, V., ZÁKOUCKÁ, H. 2013. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice v roce 2012. Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie* [online]. Praha: SZÚ. [24. 11. 2016]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2012/Vyskyt_a_síření_HIV_AIDS_v_Ceske_republice_v_roce_2012.pdf
- MALÝ, M., NĚMEČEK, V., ZÁKOUCKÁ, H., MAREŠOVÁ, M. 2012. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice v roce 2011. Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie* [online]. Praha: SZÚ. [24. 11. 2016]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2011/Vyskyt_a_síření_HIV_AIDS_v_Ceske_republice_v_roce_2010.pdf
- MALÝ, M., NĚMEČEK, V., ZÁKOUCKÁ, H., MAREŠOVÁ, M. 2011. *Výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice v roce 2010. Zprávy centra epidemiologie a mikrobiologie* [online]. Praha: SZÚ. [24. 11. 2016]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2010/Vyskyt_a_síření_HIV_AIDS_v_Ceske_republice_v_roce_2010.pdf
- MALÝ, M., NĚMEČEK, V., ZÁKOUCKÁ, H., NEJEDLÁ, M. 2016. *Tisková zpráva o výskytu HIV/AIDS v ČR u příležitosti Světového dne boje proti AIDS 2016* [online]. Praha: SZÚ. [4. 1. 2017]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2016/TK_HIV_AIDS_v_CR_u_přilezitosti_Svetoveho_dne_boje_proti_AIDS_2016.pdf
- McCAYE, E. L., RISHEL, C. W. 2011. Prevention as an Explicit Part of the Social Work Profession: A Systematic Investigation [online]. *Advances in Social Work*, 12(2), 226–240. [2. 12. 2016]. Dostupné z: <https://journals.iupui.edu/index.php/advancesinsocialwork/article/download/1444/1874>
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.



- NASW. 1999. *Code of Ethics of the National Association of Social Workers* [online]. [2. 12. 2016]. Dostupné z: <https://umaine.edu/socialwork/files/2013/02/NASW-Code-of-Ethics.pdf>
- NATALE, A. P. (Eds.). 2010. Global HIV and AIDS: Calling All Social Work Educators [online]. *Social Work Education*, 29(1), 27–47. [8. 9. 2016]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=5498cd23-0d5d-458f-9335-d9b4a8290e35%40sessionmgr4008&hid=4208>
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL AND INSTITUTE OF MEDICINE. 2009. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People: Progress and Possibilities* [online]. Washington, DC: The National Academies Press. [2. 12. 2016]. Dostupné z: <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2009/Preventing-Mental-Emotional-and-Behavioral-Disorders-Among-Young-People/Preventing%20Mental%20Emotional%20and%20Behavioral%20Disorders%202009%20%20Report%20Brief%20for%20Researchers.pdf>
- RABUŠIC, L., KEPÁKOVÁ K. 1999. Sexuální chování adolescentů a riziko HIV [online]. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 35(2), 161–179. [2. 12. 2016]. Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/ea06d5a43a456ea9e06681b76cab06298e193aaf_208_161RABKE.pdf
- RISHEL, C. W. 2007. Evidence-Based Prevention Practice in Mental Health: What Is It and How Do We Get There? *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(1), 153–164.
- RUTH, B. J., VELÁSQUEZ, E. E., J., MARSHALL, J. M., ZIPERSTEIN, D. 2015. Shaping the Future of Prevention in Social Work: An Analysis of the Professional Literature from 2000 through 2010 [online]. *Social Work*, 60(2), 126–134. [12. 4. 2017]. DOI: sw/swu060.
- SHIVAIROVÁ, O., ASTER, V., KÖNIG, J., MACHALA, L., BRAUN, R., STAŇKOVÁ, M. 2010. Kvalita života HIV pozitivních osob [online]. *E-psychologie*, 4(2), 22–40. [12. 3. 2015]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/shivairova-et al.pdf.%20ISSN%201802-8853>
- SKÁLOVÁ, J. 2014. *Život s HIV – výstup výzkumu mezi HIV pozitivními v ČR* [online]. [24. 11. 2016]. Dostupné z <http://www.colourplanet.cz/zivot-s-hiv-vystup-vyzkumu-mez-hiv-pozitivnimi/>
- SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. 2006. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků České republiky* [online]. [2. 12. 2016] Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf
- SWATOS, W. H. 2007. Constructionism. In: RITZER G. (Ed.). *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Malden: Blackwell, 686–687.
- SZU ČR. 2015. *Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2013: Výroční zpráva o výskytu a vývoji HIV/AIDS v České republice v roce 2013* [online]. [24. 11. 2016] Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2014/Vyrocní_zprava_Vyskyt_a_sireni_HIV_AIDS_v_Ceske_republice_v_roce_2014.pdf
- SZU ČR. 2016. *Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2015: Tisková zpráva Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS – Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v České republice v roce 2015* [online]. [24. 11. 2016] Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2015/Tiskova_zprava_NRL_pro_HIV_AIDS_v_CR_v_roce_2015.pdf
- SZU ČR. 2017. *Zpráva o výskytu a šíření HIV/AIDS za rok 2016: Měsíční výkazy o výskytu HIV/AIDS v České republice a tiskové zprávy Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS – Říjen 2016: výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice* [online]. [6. 12. 2016] Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2016/HIV_AIDS_10_2016.pdf
- WEITZ, R. 1990. Living with the Stigma of AIDS. *Qualitative Sociology* [online]. 13(1), 23–38. [2. 12. 2016]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00988594>
- WOODY, J. D. 2006. Prevention: Making a Shadow Component a Real Goal in Social Work. *Advances in Social Work*, 7(2), 44–61.



Zdraví a přístup ke zdravotním službám u obyvatel a obyvatelek azylových domů – téma pro sociální práci?

Health and Access to Health Services for People Living in Shelters – Topic for Social Work?

Kateřina Glumbíková, Alice Gojová, Barbora Grundělová

Mgr. et Mgr. Kateřina Glumbíková¹ je interní doktorandkou na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity, ve své disertační práci se věnuje tématu Reintegrace matek samoživitelek žijících v azylových domech. Dále je studentkou kombinované formy doktorského studia v oboru Klinická psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Je také stipendistkou města Ostravy.

Doc. PhDr. Alice Gojová, Ph.D.,² je docentkou v oboru Sociální práce na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity. Ve výuce a výzkumu se věnuje komunitní sociální práci a sociální práci s rodinou. Pravidelně publikuje v české i zahraniční odborné literatuře.

Mgr. et Mgr. Barbora Grundělová, DiS.,³ je interní doktorandkou na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity. Vystudovala obory Sociální práce a Veřejná politika a lidské zdroje na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity. Ve svém disertačním výzkumu se zabývá genderovými předsudky a stereotypy v praxi sociální práce a genderovou kompetencí sociálních pracovníků a pracovníků.

Abstrakt

Ambicí autorek je prostřednictvím výsledků realizované přehledové studie na témata zdraví obyvatel a obyvatelek azylových domů a jejich přístupu ke zdravotním službám vnést tuto problematiku do oblasti zájmu sociální práce. Svou pozornost zaměřily autorky především na fyzické a psychické zdraví osob v azylových domech, zdraví žen z azylových domů a možnosti využívání zdravotnických služeb osobami žijícími v azylových domech. Autorky chtějí upozornit na potřebu tvorby komplexní podkladové analýzy v oblasti zdraví obyvatel azylových domů v České republice pro účely rozvoje sociální práce a sociálních služeb určených této cílové skupině.

Klíčová slova

azylový dům, bezdomovectví, sociální práce, zdraví, zdravotní služby

¹ Kontakt: Mgr. et Mgr. Kateřina Glumbíková, Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Katerina.Glumbikova@osu.cz

² Kontakt: Doc. PhDr. Alice Gojová, Ph.D., Katedra sociální práce, Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Alice.Gojova@osu.cz

³ Kontakt: Mgr. et Mgr. Barbora Grundělová, DiS., Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Barbora.Grundelova@osu.cz



Abstract

Through the results of a scope study carried out on the topics of public health, the health of shelter users and their access to health service, the authors hope to bring these issues more into the sphere of interest of social work. The authors focused their attention primarily on the physical and mental health of people in shelters; the health of women in shelters, and the health care service available to people living in shelters. Therefore, the authors want to draw attention to the need to carry out a comprehensive background analysis in the area of shelter users' health in the Czech Republic.

Keywords

shelter, homelessness, social work, health, health services

ÚVOD

Bezdomovectví je extrémní formou chudoby a vysoce aktuálním problémem na celosvětové úrovni. Souvislost mezi chudobou a zdravím je na mezinárodní úrovni vědecky prokázána. Nejisté formy bydlení a život na ulici jsou často doprovázeny násilím, zneužíváním, psychickými a/nebo fyzickými chorobami. V České republice je problematika bezdomovectví v současné době ve středu pozornosti zejména v kontextu přípravy nového zákona o sociálním bydlení. Výzkum zdraví obyvatel a obyvatelek azylových domů je relevantním tématem také v souvislosti s připravovanými změnami v úloze azylových domů v novém systému sociálního bydlení.

Tématu zdraví osob bez domova nebyla v České republice dosud věnována dostatečná pozornost, což dokládá neexistence komplexnější studie na dané téma v českém prostředí a úzký okruh autorů a autorek, kteří by se tématu věnovali (např. Dragomířská, Kubisová, Anděl, 2004; Šupková, 2007; Barták, 2011). V jejich textech jsou diskutovány parciální problémy (např. závislosti, infekční a psychické choroby, problémy v oblasti hospitalizace a propouštění z nemocnic osob bez domova, otázky zajištění adekvátní zdravotní péče v azylových domech a vznik specializovaných pracovišť). Nezodpovězených však zůstává stále mnoho otázek. Můžeme se ptát, co všechno vede k těmto extrémním životním situacím bez domova a jaké jsou jejich zdravotní důsledky. Nebo jakou roli vůbec hraje zdravotní stav při vzniku bezdomovectví a jak může sociální práce pomoci. S uživateli azylových domů jsou téměř výhradně v kontaktu sociální pracovníci a pracovníce nebo pracovníci a pracovníce v sociálních službách, kteří zdravotní stav svých klientů a klientek často nepovažují za téma, kterému by se měli věnovat. Publikované příspěvky v české odborné literatuře (Trnka, Šnircová, Krejchová, 2006; Dvořáčková, Belešová, Kajanová, Bergougui, 2016) často akcentují špatný zdravotní stav lidí bez domova jako důsledek jejich nezájmu, negativního a nezodpovědného přístupu ke zdraví, životního stylu a nízké zdravotní gramotnosti. Z této perspektivy se může jevit zdravotní stav obyvatel azylových domů jako jejich individuální záležitost, která by měla zůstat mimo oblast intervencí sociální práce.

Cílem této přehledové studie je shromáždit dosavadní výzkumná zjištění o zdravotním stavu osob z azylových domů, jeho determinantech i důsledcích a na jejich základě definovat úlohu sociální práce v podpoře zdraví této cílové skupiny. Přehledová studie byla realizována v rámci projektu Zdraví obyvatel azylových domů, které Ostravská univerzita realizuje pro Sdružení azylových domů v ČR, o. s., v projektu Rozvoj služeb pro osoby bez domova pod střechou⁴. Naše pozornost směřovala jak k českým, tak především zahraničním výzkumům a expertizám publikovaným v anglickém a německém jazyce. Hledána byla následující klíčová slova (a jejich kombinace): zdraví, zdravotní péče a lidé bez domova, azylové domy a jejich alternativy v anglickém a německém jazyce. Rešerše probíhala v online katalozích knihoven u nás i v zahraničí, v elektronických

⁴ Projekt pod registračním číslem CZ.03.2.63/0.0/0.0/99_041/0002242.



databázích, knihách a časopisech. K získání dat byly využity databáze PROQUEST, WISO, SAGE, EBSCO a SpringerLink. V přehledové studii byly použity zdroje, které vznikly v letech 2000–2016. Mimo tyto publikace jsme vycházeli z výzkumu Mgr. Kateřiny Glumbíkové, jehož výsledky jsou obsaženy v její nepublikované disertační práci. Participativní výzkum s matkami střídajícími pobyty v azylových domech, odcházejícími z azylových domů a matkami se zkušeností s pobytem v azylovém domě, které jsou do trvalého bydlení reintegrované po dobu minimálně osmnáct měsíců, byl založen na 33 rozhovorech, 6 fokusních skupinách a spolupráci se dvěma peer výzkumníci z azylového domu. Práci jsme se do přehledové studie rozhodli zařadit proto, že upozorňuje na zdraví a přístup ke zdravotním službám u matek z azylových domů jako na bariéru procesu reintegrace do trvalého bydlení.

Pro rozhodnutí o zařazení výzkumných výstupů do přehledové studie rozhodovala vymezení pojmu bezdomovství. Setkávaly jsme se jak s užším, tak širším vymezením tohoto fenoménu. Pro účely této přehledové studie jsme vycházely z definice bezdomovectví dle typologie ETHOS (2015) „*bez bytu*“, a sice tak, že jsme hledaly články o osobách bez domova žijících v azylových domech. V německé literatuře jsme rozlišovaly mezi pojmy „*Wohnungslose*“, tedy osobami, které nedisponují žádným smluvním bydlením, žijí v nouzovém ubytování, azylových domech, levných penzionech, a „*Obdachlose*“, kteří nevyužívají žádnou možnost ubytování či přespání, žijí na ulici, pod mostem apod.

Při vymezení azylového domu jsme vycházely z definice azylového domu v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 57: „*Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení*.“ Zákon o sociálních službách uvádí: „*Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, b) poskytnutí ubytování, c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*.“ Zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.) dále stanovuje, že „*za poskytování sociálních služeb v azylových domech braid osoby úhradou...*“. Pobyt v azylovém domě je přitom časově omezen, nejčastěji na dobu jednoho roku. Počítaly jsme také s tím, že se pojetí azylových domů v české a zahraniční praxi může lišit. V anglicky psané literatuře je třeba rozlišovat pojmy „*shelter*“ / „*resettlement shelter*“ / „*asylum house*“ (azylový dům), „*hostel*“ (ubytovna) a „*lodging house*“ (ubytovna, noclehárna). Jednotlivé pojmy jsou přitom v anglicky psané literatuře často zaměňovány a je třeba vycházet z popisu daného zařízení uvedeného v konkrétních textech.

Texty byly analyzovány pomocí tematické analýzy. Pro tematickou analýzu je typické, že je zaměřena výlučně na obsah a na jeho tematickou kategorizaci. Tematická analýza může být prováděna jako určitá „*sekundární analýza*“ s již psanými texty. Tematická analýza může být provedena i s texty, které primárně odpovídají na jinou výzkumnou otázku. Tato metoda analýzy dat se hodí pro tvorbu typologií, zachycení „*stupňů*“ či mapování „*průběhu*“, jelikož lze pomocí ní nalézat témata v jednotlivých textech. Tato témata je možné posléze kategorizovat do tematických elementů.

Tematická analýza probíhá pomocí hledání určitého obsahu (tématu) v analyzovaných datech, v našem případě tématu zdraví, danému tématu přitom předchází znalost určité teorie, která může pocházet z odborné literatury nebo může vznikat v průběhu výzkumu samotného (Riessman, 2008); v našem případě se jednalo o teorii spojitosti zdraví s procesem reintegrace, která vznikla v rámci realizace výzkumu Reintegrace matek se zkušeností s pobytem v azylovém domě do stabilního bydlení (Glumbíková, 2016).

Na základě tematické analýzy jsme v odborných textech dospěly k závěru, že zdraví je v azylových domech chápáno jako multidimenzionální fenomén, a následně jsme určily čtyři základní témata. Jedná se o (1) fyzické zdraví, (2) psychické zdraví, (3) zdraví žen z azylových domů a (4) možnosti využívání zdravotnických služeb osobami žijícími v azylových domech. V rámci popisu každého z témat uvedeme výsledky výzkumných šetření, která se k dané oblasti vztahují. Jak píše Šupková (2007:9): „*Ne vždy zdravotní potíže bezdomovství způsobí, ale téměř vždy ho provázejí*.“ Z tohoto důvodu se v textu zaměříme na fyzické a psychické zdraví u těchto osob. Jelikož české i zahraniční studie ukazují, že více zdravotně zatížené jsou ženy (zvláště pokud jde o duševní zdraví), budeme se samostatně věnovat právě této cílové skupině. Vedle širokého spektra onemocnění je závažným



tématem českých i zahraničních studií problematický přístup osob bez domova k adekvátní lékařské péči, proto se také věnujeme využívání zdravotnických služeb a jeho bariérám.

ZDRAVÍ V AZYLOVÝCH DOMECH JAKO MULTIDIMENZIONÁLNÍ FENOMÉN

Existuje mnoho negativních faktorů, které ovlivňují zdravotní stav lidí bez domova. Extrémní podmínky bydlení a špatná finanční situace vedou k přehlížení zdravotních problémů, jak ze strany profesionálů, tak ze strany klientů a klientek. Shánění jídla, oblečení a místa ke spaní je pro lidi bez domova aktuálně důležitější než např. jít při zdravotních komplikacích k lékaři. Může tak docházet k horšímu vyhodnocení příznaků onemocnění a někdy i k velké toleranci k bolesti. Pacienti pak postrádají pocit, že jsou nemocní. Špatné zkušenosti se zdravotním systémem a lékařským ošetřením vedou k zanedbávání pravidelných návštěv u lékaře nebo braní léků. Kromě toho je nedostatek lékařských zařízení, která by odpovídajícím způsobem zajistila specifickou péči pro osoby bez domova (Boscher, Ruppert, Lackner, 2002). Podle Bartáka (2011) začínají lidé bez domova považovat své zdraví často za problém, až když si jejich stav vyžaduje hospitalizaci.

Z českých i zahraničních studií víme, že zdravotní stav osob bez domova žijících v azylových domech je velmi často na psychické i fyzické úrovni horší než u osob z většinové populace (např. Brem, Seeberger, 2010; Fitzpatrick-Lewis, Ganann, Krishnaratne et al., 2011) a se stoupajícím věkem se zdravotní problémy prohlubují (např. Barták, 2011; Frey, 2013). Řada výzkumů popisuje komorbiditu výskytu jednotlivých onemocnění u této cílové skupiny.

Hwang a Bugeja (2000) uvádějí, že se u osob bez domova žijících v azylových domech, které nebyly ošetřeny lékařem, vyskytuje vysoké množství chronických zdravotních obtíží; a že se tyto osoby mohou setkávat s bariérami přístupu k lékařské péči častěji než osoby z většinové populace. V rámci šetření Institutu Univerzity v Mohuči (tzv. ASG-Studie) byla sledována souvislost mezi chudobou, dluhy a zdravím. Vědci zjistili, že 65 % předlužených lidí nebere předepsané léky a 60 % nechodí na nutné lékařské prohlídky, protože nemohou zaplatit poplatky za ošetření (Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, 2008). Přitom nejen že předluženost může mít své zdravotní následky, ale také špatný zdravotní stav může vést k předlužení, jak o tom informuje např. studie o rizicích předlužení hamburského Institutu pro finanční služby (Instituts für Finanzdienstleistungen). Nemoci jsou uváděny jako spouštěče každého desátého předlužení (podíl stoupl z 5 % v roce 2005 na 10,5 % v roce 2011); ve věkové kategorii 40 až 50 let je tímto postižen již každý pátý člověk (Knobloch, Reifner, Laatz, 2011). Trabert (2013) v této souvislosti uvádí praxi zdravotních pojišťoven, které nutí dlužníky zaplatit vysoké částky, jinak odmítají dotyčné znovu pojistit a vydat kartu pojištěnce. Důsledkem je návštěva lékaře jen v krizových situacích. Současný systém zdravotní péče se tak stává pro mnohdy zadlužené, nízkopříjmové skupiny a/ nebo lidi bez domova nedosažitelným. To může mít ničující zdravotní následky. Tyto následky nejsou jen fyzické povahy, ale dost často se vyskytují na psychické úrovni.

Odborníci ze zahraničí proto zdůrazňují, že téma zdraví osob bez domova je potřeba pojímat v holistickém slova smyslu. Podle Ropers (1987, in Dragomirecká, Kubisová, Anděl, 2004) se od 70. let minulého století hovoří o tzv. „nových bezdomovcích“, kteří se ocitají mimo společnost ze zdravotních a sociálních důvodů, na rozdíl od tzv. „starých bezdomovců“, u kterých převažovaly důvody ekonomické. Podle Roschera (2015) je to posledních dvacet let, kdy se silně proměnil okruh osob, které se nacházejí v situaci nejistého bydlení či bezdomovectví. Vyznačují se podle něj multiproblémovostí. Chudoba a sociální exkluze omezují možnost jejich seberealizace. Nedostatek uznání a akceptace vede k pocitu bezmoci, finančním omezením a snížení životních očekávání (Haverkamp, 2012). Pomoc už tak nemůže být cílena jen na jednu příčinu. Na významu nabývá sociální inkluze (Roscher, 2015; Haverkamp, 2012), která je již mimo oblast zájmu zdravotnických služeb a otevírá prostor i pro další obory, včetně sociální práce.

V rámci medicínského pohledu se péče o osoby bez přístřeší příliš koncentruje na lékařské ošetření, přitom skutečná sociální situace a sociální problémy dotyčných osob bývají vnímány jako rušivý



faktor pro další léčebný proces. Bez jejich řešení je však pomoc zdravotníků neúčinná. Lyon-Callos (2000) prezentuje výsledky ze své tříleté etnografické studie v azylovém domě a popisuje bariéry přístupu ke zdravotním službám. První z nich je medikalizovaný koncept bezdomovectví, který se projevuje v pohledu na osoby bez domova ve zdravotních službách. Převládá zde pohled, že si lidé bez domova mohou za svou situaci sami. Tento přístup je odosobňující, diagnózu připisuje tělu, a ne člověku. Autor popisuje potřebu obyvatel azylového domu zaměřenou na léčbu umožňující růst vlastního já a získání respektu ze strany společnosti. Také Daiski (2007) ve svém výzkumu upozorňuje na to, že zdraví osob bez domova nelze redukovat na fyzické zdraví, ale je potřeba zaměřit se i na zdraví psychické, které může být ovlivněno traumatickými zážitky a stresem plynoucím ze stávající životní situace. Možným únikem ze stresu přitom bývá např. závislost. Některé studie se proto zaměřují přímo na závislé osoby v bytové nouzi (např. Wright, Tompkins, 2006).

Fyzické zdraví u osob z azylových domů

Fitzpatrick-Lewis, Ganann, Krishnaratne et al. (2011) zjišťovali zdravotní stav u 1192 osob z azylových domů, ubytoven a nocleháren. 85 % osob mělo chronicky špatné zdravotní podmínky a téměř 50 % z nich mělo zdravotní nebo psychickou diagnózu. Tarasuk, Dachner, Poland et al. (2002) ve své studii upozorňují na nedostatečnou výživu u osob bez domova využívajících noclehárny a azylové domy. Bariérou při získávání jídla je přitom nedostatek financí. Etnografická studie popisuje mechanismus střídání období nedostatku jídla s obdobími, kdy finanční situace umožňuje nákup množství nezdravého jídla, které spadá do kategorie levného (zlevněného) jídla, často syčených nápojů, pečiva a sladkostí. Jídelníček tak nedodržuje základní výživové standardy z pohledu konzumace ovoce, zeleniny, mléčných výrobků atd. Autoři popisují také půjčování jídla a získání darovaného jídla ze strany služeb; na oboje bylo obyvateli azylových domů pohlíženo jako na nejistý zdroj jídla, který musí být určitým způsobem splacen v budoucnu (ať už dohledem ze strany pracovníků nebo nutností přístě pomoci spolubydlícím, a to i v případě nedostatku zdrojů pro vlastní obživu). Toto stravování bylo často spojeno s nevolností z jídla a bolestmi žaludku. Langnase a Müller (2001) zkoumali výživu a stravovací návyky 75 osob bez domova (60 mužů, 15 žen ve věku 19–62 let) využívajících služby nocleháren nebo azylových domů. Nedostatek jídla byl zjištěn u většiny z nich. Nedostatkovým druhem jídla bylo ovoce a zelenina. Více než 30 % lidí bez domova bylo v tomto smyslu podvyživených. 30 % osob bez domova bylo v důsledku konzumace nezdravých potravin (převážně pečivo a sladkosti) obézních. A téměř dvě třetiny populace trpěly chronickými onemocněními. V jedné třetině se jednalo o onemocnění přímo spojené se stravou, v 32 % o gastrointestinální onemocnění, ve 22,7 % o dentální onemocnění a v 18,7 % o psychická onemocnění. Kouření bylo přítomno u 82 % osob, konzumace alkoholu u 51 % a užívání drog u 20 % respondentů. Chudá strava byla spojena s nadváhou a užíváním drog.

Zvláště závažné je zjištění, že obezita se vyskytuje v chudých rodinách již u malých dětí a jejich počty stoupají. Trauth-Koschnick, Fisch a Einhaus (2009) informují, že ve srovnání s předchozími roky přibývalo dětí se silnou nadváhou v sociálně znevýhodněných rodinách, zatímco ještě před pár léty trpěly nadváhou hlavně děti ze středních vrstev.

Gelberg, Andersen, Leake (2000) poukazují na to, že je u osob žijících v azylových domech vysoké procento osob se zrakovým onemocněním (37 %), osob s kožními onemocněními a osob se zdravotními potížemi v oblasti chůze (36 %), osob s pozitivním (kožním) testem na tuberkulózu (31 %) a přibližně stejné množství osob s vysokým krevním tlakem (14 %) jako v běžné populaci. Folsom, McCahill, Bartels et al. (2002) zmiňují výskyt cukrovky, artritidy a hypertenze. Beijer, Wolf, Fazel (2012) se zaměřili pomocí analýzy dat ze 43 publikovaných šetření (59 736 osob bez domova) na výskyt tuberkulózy, žloutenky typu C a HIV u osob bez domova využívajících noclehárny a azylové domy. Prevalence pro tuberkulózu se pohybovala od 0,2 % do 7,7 %, pro žloutenku typu C od 3,9 do 36,2 % a pro HIV od 0,3 do 21,1 %.

Luo, McGrant (2006) zase upozorňují na dentální problémy u osob žijících v azylových domech nebo v jiných formách nejistého ubytování (n = 140). Dentální problémy se projevovaly vypadáváním



zubů (62 %), bolestmi zubů (52 %), záněty zubů (38 %). Více než 70 % osob prezentovalo potřebu ošetření u zubaře.

Hwang, Bugeja (2000) zkoumali léčbu diabetu u osob z azylových domů. Výzkumu se zúčastnilo 50 osob s diabetem. U 86 % osob byl diabetes diagnostikován, 62 % užívá léky a 28 % muselo užívat inzulin injekčně. 72 % účastníků popisovalo zkušenost s problematickým přístupem k léčbě onemocnění. Nejčastější popisované problémy byly spojeny s dodržováním dietního režimu (v důsledku nedostatku financí a s neznalostí dietetických doporučení). Dalším popisovaným problémem byly obtíže spojené s načasováním podání inzulinu a léků a propojením tohoto načasování se získáním jídla. U osob s diabetem byly rovněž zaznamenány časté duševní potíže (zejména v oblasti nálady) a v několika případech i užívání kokainu. 44 % osob nedodržovalo doporučené glykemické kontroly.

Obzvláště starší lidé bez domova jsou zasaženi v oblasti zdraví, protože jsou ohroženi jak ztrátou bydlení, tak kvůli svému vyššímu věku. Navíc rostoucí délkou bezdomovství zátěž nemocí roste (Garibaldi, Conde-Martel, O'Tolle, 2005). Brem a Seeberger (2010) zjistili u 111 mužů z Bavorska v rozmezí od 50 do 79 let v ambulantní i stacionární péči azylových domů, že jen 4 % netrpí žádným onemocněním. V průměru trpí jedna osoba 3,7 nemocí. Nejčastěji se jedná o nikotinovou závislost (69 %), závislost na alkoholu (58 %), srdeční a oběhové potíže (35 %), nemoci pohybového ústrojí (28 %), dýchacích cest (24 %), stomatologické problémy (23 %) a dále pak zranění a fraktury (23 %); 32 % těchto mužů má navíc těžký handicap.

Psychické zdraví u osob z azylových domů

Daiski (2007) zkoumal možný vliv pobytu v azylovém domě na psychické zdraví. Upozornil, že psychické zdraví je ovlivňováno nedostatkem soukromí a častým kontaktem s násilím (zejména mimo azylový dům), které vede k neustálému strachu. Autor u osob bez domova využívajících azylové domy zjistil vysokou míru výskytu emočního distresu souvisejícího se sociálním vyloučením a depersonalizací. Participantů výzkumu také často popisovali pocit „uvíznutí v odlidštěném systému“. Folsom, McCahill, Bartels et al. (2002) hovoří o vysokém výskytu psychiatrických diagnóz deprese a schizofrenie u osob žijících v azylových domech. Tyto dvě diagnózy se u obyvatel azylových domů vyskytovaly až čtyřikrát častěji než u většinové populace. Výskyt deprese byl přitom častější u žen z azylových domů, výskyt schizofrenie zase u mužů. Sullivan, Burnam, Koegel et al. (2000) provedli porovnání kvality života u osob bez domova s duševním onemocněním a bez tohoto onemocnění (N = 1533). Výzkum poukazuje na to, že osoby bez domova s duševním onemocněním byly v horším (fyzickém) zdravotním stavu, zažívaly viktimizaci, nedodržovaly jídelníček odpovídající jejich onemocnění a hodnotily subjektivně hůře kvalitu svého života.

Už v roce 1996 předložil Fichter et al. šetření provedené se 146 muži a 37 ženami bez domova v Mnichově, ve kterém se ukázalo, že kromě závislosti trpí tyto lidé zvýšeně na afektivní poruchy, úzkostné poruchy nebo různými formami schizofrenie (Fichter, 1996).

Na vyšší riziko výskytu deprese, schizofrenie nebo úzkostných poruch upozorňuje tzv. SEEWOLF-Studie⁵. Výzkum byl proveden mezi léty 2010 až 2012 Technickou univerzitou v Mnichově. Sledována byla četnost, druh a rozsah psychických a tělesných onemocnění u obyvatel Mnichova, kteří žijí v zařízeních pro osoby v bytové nouzi. Zaznamenávány byly také jejich životní historie a historie jednotlivých nemocí. Studie se zúčastnilo 232 náhodně vybraných osob. Jednalo se o 80 % mužů a 20 % žen. Výsledky studie ukazují, že asi dvě třetiny zkoumaných osob trpí psychickou chorobou, většinou však více chorobami současně. Vědci diagnostikovali u 14 % zkoumaných osob schizofrenii (v průměrné populaci je to 2 %), u 40 % deprese a u 20 % úzkostné poruchy. Kromě toho asi 80 % sledovaných osob trpí závislostí (alkohol je přitom často konzumován s úmyslem lépe se vyrovnat s důsledky duševní nemoci). Vědci zdůrazňují, že celková míra duševních nemocí

⁵ SEEWOLF-Studie (Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München).



u těchto osob může být vyšší, protože lidé se skutečně závažnou diagnózou zpravidla účast na studii odmítli. Léčbu dodržuje jen část z dotazovaných. Okolo 30 % bere psychofarmaka. Vzhledem k vysoké komorbiditě to však ukazuje na značné procento neléčených nemocí.

Dragomirecká, Kubisová, Anděl (2004) provedli v letech 2002 až 2003 dotazníkové šetření s cílem odhadnout výskyt duševních poruch u lidí bez domova žijících v Praze. Zjistili významně horší duševní stav u žen. U 37,5 % dotazovaných žen (a 21,3 % mužů) se objevily depresivní a úzkostné příznaky, u 18,8 % žen (a 7,1 % mužů) shledávali psychotické příznaky. Také podle Bartáka (2011) samotné ženy subjektivně posuzovaly svůj zdravotní stav jako horší (pocitovaly větší bolesti a úzkost), než tomu bylo u mužů bez domova.

Zdraví žen v azylových domech

Bassuk, Melnick, Browne (1998) hovoří o systémových bariérách přístupu ke zdravotní péči žen/matek bez domova, které mají zkušenost s násilím. První z popisovaných bariér je finanční bariéra v oblasti přístupu ke zdravotní péči (v podobě nepojištění), druhou je byrokratická bariéra (návštěvní hodiny, objednáci lhůty atd.), dále jsou to programové bariéry (postoje zdravotního personálu k lidem bez domova, vnímané stigma) a konečně individuální bariéry (jako nedůvěra v poskytovatele služeb, zdraví není prioritou v kontextu nutnosti každodenního přežití). Gelberg, Browner a Lejano (2004) přitom zdůrazňují, že u žen je zdravotnická péče specifická, a sice obzvláště z důvodu jejich gynekologických potřeb. Autoři upozorňují, že zanedbání těchto potřeb může vést k závažným zdravotnickým komplikacím a k situacím nechtěného těhotenství. Wenzel, Leake a Gelberg (2001) upozorňují na nedostatek informací z oblasti gynekologické péče mezi ženami žijícími v azylových domech. Provedli výzkum u 974 žen v reprodukčním věku žijících v azylových domech. Dvě třetiny z nich hovořily o výskytu symptomů gynekologického onemocnění v předešlých letech, 71 % z nich vyhledalo pomoc, až když začaly být příznaky vážné. Vyšší výskyt gynekologických onemocnění byl spojován s těhotenstvím, závislostí na drogách, dlouhodobým bezdomovectvím a s výskytem dalších onemocnění. Faktory vedoucími k využívání služeb byly nižší věk, lepší percepce vlastního zdraví a existence zdravotního pojištění (výzkum z USA). Negativními faktory ve využití zdravotnické péče byly užívání drog a zkušenost se znásilněním. Nyamathi, Leake a Gelberg (2000) zjišťovaly vliv sociální podpory na využívání zdravotnické péče. Z výsledků studie vyplývá, že sociální podpora vede k častějšímu využívání zdravotnických služeb a k menšímu výskytu rizikového chování v oblasti zdraví.

Zajímavým zjištěním je, že vlastní zdraví není matkami bez domova vnímáno jako priorita v přímém kontrastu k vnímání zdraví jejich dětí (Gelberg, Browner, Lejano, 2004). Tischler, Cumella a Bellerby (2000) doplňují, že vnímanou prioritou je bydlení a finanční situace.

Wingood, DiClemente, Raj (2000) zmiňují, že velký počet žen žijících v azylových domech nebo případně noclehárnách má zkušenost s násilím. Autoři prováděli výzkum s 203 ženami. Poukazují na to, že ženy zažívající sexuální i psychické násilí mají za sebou historii spojenou s mnohonásobným výskytem sexuálně přenosných chorob. Tyto ženy mají obavu z infikování HIV, užívají často alkohol a marihuanu, aby se vyrovnaly se svou minulostí. U této skupiny žen se také často objevují sebevražedné myšlenky a pocit, že nemají žádnou kontrolu nad svými vztahy.

Johnson, Zlotnick, Perez (2008) zjišťovali dopady intimního partnerského násilí a z něj vznikajících symptomů posttraumatické stresové poruchy na psychosociální fungování žen v azylových domech. Výzkumu se zúčastnilo 177 respondentek. Závažnost symptomů posttraumatické stresové poruchy byla spojena s psychiatrickou morbiditou, sociální nepřizpůsobivostí a ztrátou osobních a sociálních zdrojů. Výzkum poukazuje na potřebu léčby posttraumatického stresového syndromu, ideálně přímo v azylových domech. Johnson a Zlotnick (2007) referují o výskytu posttraumatické stresové poruchy u žen v azylových domech, které mají zkušenost s násilím. Autoři dále akcentují fakt, že i přes výskyt této poruchy u téměř 90 % obětí domácího násilí v azylových domech není ženám poskytována pomoc. Autoři se ve své studii zabývali využíváním zdravotních a sociálních služeb u žen se zkušeností s domácím násilím žijících v azylovém domě. Výzkumu se zúčastnilo 164 žen



a jen minimum z nich využívalo zdravotnické služby v oblasti psychického zdraví. Hledání pomoci bylo spojeno se závažností příznaků posttraumatické stresové poruchy, s vlastnictvím zdravotního pojištění a s bezplatností poskytovaných služeb.

Enders-Dragässer a Sellach (2010) z rozhovorů s 34 ženami z azylových domů v Německu zjistily, že jejich zdravotní následky vyvstaly z traumatických zážitků extrémního ponižování a násilí. Přestože zdravotní následky násilí jsou v Německu zatím málo probádány a tyto symptomy v medicíně ještě nejsou systematicky brány jako následky násilí, ženy samy svoje zdravotní problémy označily jako důsledek své zkušenosti se sexuálním, psychickým a fyzickým násilím. Ženy, které jsou bez střechy nad hlavou a psychicky nemocné, závislé na alkoholu nebo drogách, případně postižené, jsou kvůli svým zdravotním omezením značně omezeny také v ekonomické a sociální oblasti. Potřebná nabídka pomoci je pro tyto skupiny v běžné praxi nedostupná. Tento deficit vede u některých žen k dramatickým vyhocením jejich nouzové situace. Jak uvádějí Enders-Dragässer a Sellach (2010), zmínky o sebevražedných myšlenkách v jejich výpovědích jsou toho důkazem. Z uvedeného lze předpokládat, že ženy v bytové nouzi jsou zdravotně více zatíženy a přitom je o ně hůře postaráno než o jiné ženy.

I Glumbíková (2016) poukazuje na to, že většina matek, které se výzkumu účastnily, měla zkušenost s domácím násilím (v jeho psychické i fyzické formě; v primární rodině, i ze strany partnera). Řada z komunikačních partnerek s touto zkušeností popisovala svůj psychický zdravotní stav jako špatný. „*Mě ten vztah s ním hodně vzal... já sem vůbec nevěděla, co dělat... jednou sem se úplně sesypala... musela mě pak odvážet rychlá...*“ (KP⁶5). „*No já fakt nevím... od té doby, co sem od něj, tak sem na práškách...*“ (KP19). „*Já jak sem od něj odešla, tak sem nemohla spát, jíst, nic...*“ (KP12). „*Jak on mě vyhodila, já byla sama, tak sem uvažovala, že to skončím, chtěla sem odněkud skočit třeba...*“ (KP4). „*Já jak sem odešla, tak mi nic nešlo... jenom sem seděla a brečela, nemohla sem ráno ani vstát, ani děcka vypravit do školy, nachystat jim snídani, vůbec nic, jenom sem ležela a čučela do stropu... nic víc...*“ (KP27). „*... jak sem od něj odešla v tom azyláku, mamka mě dotáhla k doktorovi, dostala sem prášky...*“ (KP27). „*... jak sem od něj odešla v tom azyláku, trvalo hrozně dlouho, než sem se z toho vzpamatovala, i pak na tom bytě sem měla stavy...*“ (KPR⁷32).

Využívání zdravotnických služeb

Baggett, O'Connell, Singer et al. (2010) provedli studii s 966 osobami bez domova, které využívaly služeb nocleháren a azylových domů. 73 % respondentů verbalizovalo nenaplněné potřeby v oblasti zdravotní péče, včetně nemožnosti obdržet zdravotnickou nebo ošetrovatelskou péči (32 %), potíže v předepisování léků (36 %), problematickou dostupnost léčby v oblasti duševního zdraví (21 %), problematický zisk brýlí (41 %) a problematický zisk zubařské péče (41 %). Jako signifikantní prediktory nenaplněných potřeb byly identifikovány nedostatečná výživa, dlouhodobé umístění mimo „domov“, zrakové obtíže a absence zdravotního pojištění (studie byla prováděna v USA).

Lewis, Andersen a Gelberg (2003) provedli výzkum s 974 ženami prostřednictvím strukturovaných rozhovorů a referují o tom, že 37 % žen vnímalo, že jsou jejich potřeby nenaplněné. Byly identifikovány faktory nedostatečné péče: prvním byla neexistence pravidelné péče (ve smyslu návštěv jednoho pravidelného pracoviště), dalšími faktory byly nedostatek informací, dlouhé čekací časy a častý výskyt zdravotního stavu, který znemožňuje vyhledání lékaře. Také Hwang, Kirst, Chiu et al. (2009) se ve svém výzkumu zmiňují, že téměř třetina osob bez domova žijících v noclehárnách a azylových domech měla nenaplněné potřeby ve vztahu ke svému zdravotnímu stavu. Při porovnávání nenaplněných potřeb zdravotní péče autoři zjistili, že se největší procento těchto nenaplněných potřeb vyskytuje u matek samoživitelek s dětmi.

Bonin, Fournier, Blais (2007) se ve svém výzkumu zaměřili na využívání zdravotních služeb osobami z azylových domů s psychickým onemocněním (N = 439). Výsledky výzkumu potvrzují, že na využití zdravotnických služeb mají největší vliv charakteristiky nemoci (ve smyslu závažnosti

⁶ Komunikační partnerka.

⁷ Komunikační partnerka – reintegrovaná.



příznaků) a existence sociální opory. Zdravotní služby nejčastěji využívaly mladé ženy, které nikdy nežily přímo na ulici, lidé s poruchami spojenými se závislostí na alkoholu, lidé, u nichž byla přítomná antisociální porucha osobnosti, lidé již dříve hospitalizovaní a ti mající sociální oporu. Výzkum tak poukazuje na to, že i když pomineme finanční bariéry využití lékařské pomoci, tak získáme široké spektrum dalších bariér.

Gelberg, Andersen, Leake (2000) se snažili ve své studii zjistit, co predikuje využití zdravotních služeb u osob bez domova žijících v azylových domech. Upozorňují na to, že je vysoké procento využívání zdravotních služeb u osob s vysokým krevním tlakem (až 81 %) a s pozitivním testem na tuberkulózu (78 %). Využití zdravotnických služeb je naopak poměrně nízké u osob se zrakovými obtížemi (33 %), s kožními onemocněními nebo se zdravotními obtížemi v oblasti chůze (44 %). V obecném slova smyslu výsledky výzkumu prezentovaly, že byly bariérami ve využívání zdravotních služeb tři oblasti: (1) „závažný“ a dlouhodobý status bezdomovce, (2) psychické obtíže a (3) užívání návykových látek. Pozitivní vliv na využívání zdravotnických služeb měly naopak dobré zkušenosti s obvodním lékařem a vnímání obvodního lékaře jako pravidelného zdroje péče a opory. Autoři upozorňují ve svém výzkumu na to, že pro osoby v azylových domech neměla až takový význam dostupnost zdravotních služeb jako spíše jejich kvalita.

Martins (2008) realizovala studii, jejímž cílem bylo porozumět zkušenosti osob bez domova se zdravotnickými službami. Výzkum měl kvalitativní povahu a byl založen na hloubkových rozhovorech s 15 osobami z azylových domů. V průběhu výzkumu byla zjištěna 4 základní témata: (1) život bez základních zdrojů umožňujících zajištění zdraví, (2) odkládání řešení zdravotních obtíží až na krizové situace, (3) bariéry přístupu ke zdravotnické péči obsahující: odsuzování, pocity „nálepkování“ a stigmatizace, nesystematičnost zdravotnické péče pro osoby bez domova, pocit „neviditelnosti“ ve vztahu k poskytovatelům zdravotnických služeb, léčení s nedostatkem respektu a konečně (4) vytváření „podzemních hnutí“⁸ v oblasti zajištění zdrojů vztahujících se k lékařské péči.

Wei Lim et al. (2002) se zabývali výzkumem přístupnosti zdravotnické péče pro ženy bez domova využívající služeb azylového domu. Autoři uvádí, že tyto ženy využívají zdravotnickou péči jen zřídka. Mezi hlavní důvody patří neplacení zdravotního pojištění a to, že nemají svého lékaře (ve smyslu specialisty či obvodního lékaře, k němuž by docházely). Faktorem ovlivňujícím využití zdravotnické péče je ovšem také stud za vlastní vzhled a zdravotní stav.

V souladu s výše zmíněnými zahraničními výzkumy bylo i v českém prostředí zjištěno, že má na využívání zdravotnických služeb vliv vnímané „nálepkování“ a stigmatizace ze strany lékařů, které vyvolává u žen z azylových domů stud. Glumbíková (2016) uvádí, že je toto nálepkování spojeno s genderovým konstruktem „dobré matky“. Přístup lékařů je přitom ve vyprávěních matek z azylových domů spojován s obavou, že nejsou „dobrou matkou“, a s obavou, že na ně zdravotničtí pracovníci budou pohlížet jako na špatnou matku a případné onemocnění dítěte jí dávat za vinu, popř. že budou z těchto důvodů kontaktovat odbor sociálně-právní ochrany dětí.

S výše uvedenými výzkumnými výsledky Glumbíkové (2016) korespondují i zjištění Šupkové (2007), která referuje o časté zkušenosti obyvatel azylových domů s nevstřícným postojem zdravotníků. Šupková (2007) uvádí, že většina azylových zařízení sledovaných v letech 2005 až 2007 neměla přímou spolupráci s lékařskou službou. Vedle zdravotního stavu je nejčastěji diskutovaným tématem dostupnost zdravotní péče pro lidi bez domova. Zákonem stanovená garance dostupnosti zdravotní péče pro všechny občany je zpochybněna. Dochází nejen k porušení zákona, ale i lékařské etiky. Na problematičnost dostupnosti zdravotnických služeb z hlediska vzdálenosti poukazuje i Glumbíková (2016). Výsledky fokusní skupiny naznačují, že může být vnímanou bariérou přístupu ke zdravotnické péči i vzdálenost, která je často spojována s nutností se stěhovat v důsledku krátkodobých smluv v rámci bydlení. „*My máme doktorku na druhý straně města, je to jak sme bydleli ještě v centru na azylu, ale je dobrá... holky mi ji tu závidí... ale přes půl města... a to*

⁸ Podzemními hnutími autorka myslí nutnost léčit se svépomocí a často neadekvátně k příznakům nemoci.



musíš kupovat lístky drahý“ (KP1); „Já už sem doktorku několikrát měnila, pořád se stěhuju... vypadá to pak divně v té kartě od dětí...“ (KP19). „Já než sem přišla tady do toho bytu, tak sme snad vystřídalý pět doktorů nebo kolik...“ (KPR32).

Pokud má pomáhající organizace vlastní lékařskou ordinaci, nebývají dle Bartáka (2011) větší problémy. Ve většině azylových domů však ordinace není. Nejkritičtější bývá situace v případě, že člověk bez domova potřebuje hospitalizaci. Šupková (2007) uvádí, že posádka záchranné služby mívá z nejrůznějších důvodů problém s předáním osoby bez domova do zdravotnického zařízení. Barták (2011:124) uvádí: *„Lékaři v mnoha případech odmítají bezdomovce do nemocnice přijmout a argumentují tím, že nejsou dostatečné zdravotní důvody k hospitalizaci a že nemocnice není sociálně-charitativním zařízením.“* Dále bývají lidé bez domova z nemocnice předčasně propouštěni, přitom však nelze zajistit adekvátní domácí léčení. Šupková (2007) píše, že sociální pracovníci nemohou dohlížet na zdravotní stav klientů a většina azylových zařízení nemůže vyčlenit místo pro nemocné, péče je pro azylové domy složitá jak po stránce personální, tak materiální. Sociální pracovníci a pracovníci jsou pak v obtížné situaci. Nemají zdravotní vzdělání a neumějí posoudit aktuální zdravotní stav, zejména ale nemohou zajistit svému klientovi potřebnou péči (Barták, 2011). Situaci ještě v období od roku 2008 do 2014 zkomplikovaly zavedené regulační poplatky. Na bariéru přístupu k lékařským službám v podobě poplatků upozorňuje i Glumbíková (2016), která cituje následující výroky komunikačních partnerek (matek z azylových domů): *„Tebdy, jak se ještě platilo u doktora, tak já sem radši nechodila... třicet je pro mě hodně, jen když bylo něco dceri, to pak jo, ale já sem nechodila“ (KP13). „Já sem vždycky přepočítávala poslední drobáky, když máte děcka nemocný a sou tři, to je furt něco a platíš a platíš furt dokola“ (KP6). „Já jak sem se stěhovala z azylu, tak byla do toho ještě holka nemocná... no to byl mazec, to bylo třicet kaček tam, dvě kila za léky a já sem potřebovala sehnat postel nějakou“ (KPR30).*

Glumbíková (2016) dále uvádí, že v souvislosti s poplatky u lékaře komunikační partnerky popisovaly i svou velmi špatnou finanční situaci a nutnost nastavit priority. Z vyprávění komunikačních partnerek vyplývalo, že návštěva lékaře, potažmo zdraví, jednoduše není jejich prioritou, prioritou byl naopak zisk a udržení bytu: *„... nájem je prostě už teďka ta priorita, protože znovu na ulici – ne děkuju, nechci“ (KPR33).* V porovnání mezi svým zdravím a zdravím dětí byla zase prioritou zdraví dětí. *„Já, když jdu k doktorce, tak leda s holkou nebo s malou, já sama nechodím“ (PV⁹1).*

Kushel, Perry, Bangsberg et al. (2002) provedli výzkum zabývající se využíváním služeb zdravotnické pohotovosti u osob bez domova a u osob žijících v nejistém ubytování (včetně azylových domů). Provedli rozhovor s 2578 lidmi bez domova, kteří využívali služeb pohotovosti. Výzkum poukázal na to, že služeb pohotovosti (jedna či více návštěv) v posledním roce využilo 40,4 % dotazovaných; 7,9 % respondentů využilo služeb pohotovosti více než třikrát (dohromady 54,5 % z celkového počtu návštěv). Faktory spojené s vysokou mírou využívání služeb pohotovosti přitom byly méně stabilní bydlení, viktimizace, zatčení, závažné psychické či fyzické onemocnění a užívání návykových látek.

Glumbíková (2016) uvádí v souladu s výše zmíněným, že některé komunikační partnerky uváděly, že k lékaři pokud možno nechodí a potíže řeší návštěvou pohotovosti. *„Já sem k doktorům nechodila tak dlouho, až sem skončila na pohotovosti... nechodila sem, protože sem věděla přesně, co si budou myslet o mě... že sem nějaká špína a můžu si za to sama“ (KP9).*

IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI

Pakliže budeme v souladu s definicí IFSW (2014, vlastní překlad) považovat sociální práci za *„profesi založenou na praxi, a také akademickou disciplínu, která podporuje sociální změny a rozvoj, sociální soudržnost a posílení postavení lidí a jejich osvobození“*, která se zabývá *„lidmi a strukturami ve vztahu k životním výzvám a zlepšení pocitu blahobytu“*, musíme se nyní ptát, jak mohou poznatky

⁹ Peer výzkumnice.



získané z života v azylových domech přispět k praxi sociální práce s lidmi bez domova a jaké výzvy této praxi zdraví obyvatel azylových domů přináší. Následující text je proto věnován právě jednotlivým oblastem implikace poznatku z přehledové studie do praxe sociální práce s lidmi žijícími v azylových domech. Za klíčový v perspektivě předložených výzkumných výsledků považujeme koncept „*recovery*“, který je do češtiny překládán jako zotavení.

Zotavení jako zastřešující princip sociální práce

Jak uvádí Webber a Joubert (2015), zotavení je koncept, skrze nějž jedinci nebo rodiny obnovují práva, role a zodpovědnosti ztracené skrze nemoc, zneschopnění nebo sociální problémy. Tento koncept je založen na naději a zplnomocnění, které je podporováno tolerancí k jinakosti. Každé zotavení je přitom jedinečným procesem, který prostupuje napříč jednotlivými teoriemi sociální práce. Koncept zotavení je založen na přenesení moci na stranu klienta nebo klientky, ti jsou vnímáni jako jedinci nesoucí sebe-určení; zotavení se zakládá tedy na jejich well-beingu, na důvěře ve vlastní schopnosti, na posílení klientských přirozených copingových strategií a na zdůraznění environmentálních faktorů (v podobě posílení sociálních sítí). Koncept se opírá o posílení naděje, životního smyslu, významu a cíle u klientů a klientek. Dochází tak ke změně rozložení moci mezi klienty a pracovníky, klient či klientka se stává tím mocným; tedy ne tím, kdo je méně člověkem či občanem společnosti, protože je nemocný, bez domova nebo obětí domácího násilí. Za projev aplikace konceptu zotavení do praxe sociální práce považujeme níže uvedená doporučení:

Nízkoprahovost lékařské péče

Mezi bariéry přístupu k lékařské péči, které byly v rámci výzkumných výsledků uvedeny, patří jejich nedostatečná nízkoprahovost z hlediska vzdálenosti a dostupnosti (Wright, Tompkins, 2006). Vyplnit mezery ve zdravotním systému a vyřešit nedostatečnou nízkoprahovost se pokouší tzv. Mohučský model¹⁰ (Trabert, 2013). Tento model se zakládá na přístupu orientovaném na životní prostor¹¹ a snaží se o restrukturalizaci zdravotní péče pro osoby bez domova tak, že navrhuje přejít od modelu, kdy pacienti a pacientky chodí do zdravotních zařízení, ke struktuře, kdy zdravotníci chodí za pacienty. Nízkoprahová, lokálně přístupná lékařská péče v azylových domech, drogových poradnách je podle autorů nezbytná. Restrukturalizace by se přitom měla odehrávat v rámci interdisciplinární spolupráce sociální práce a medicíny. K tomu se pojí pět stavebních kamenů modelu:

1. Ambulantní lékařská ordinace v rámci lůžkového zařízení, kde je osoba ubytována.
2. Ambulantní lékařská ordinace v rámci ambulantní poradny pro pomoc lidem bez domova.
3. Mobilní lékařská péče, která může vyhledat a provést primární ošetření lidí na ulici.
4. Lékařská a ošetrovatelská péče o těžce nemocné lidi bez domova, kteří potřebují péči.
5. Kooperace se sociálně psychiatrickou službou a celodenní klinika pro psychicky nemocné.

Na možnost návštěvy lékařského personálu v azylovém domě místo návštěvy obyvatel a obyvatelek azylového domu ve zdravotnickém zařízení poukazuje i organizace Groundswell (2015), která v Londýně zřídila pojízdnou ambulanci na diagnostikování tuberkulózy, která přijíždí přímo za lidmi žijícími v azylových domech a dalších zařízeních pro osoby bez domova.

Zavedení pomoci v oblasti psychického zdraví přímo v azylových domech podporují i výsledky výzkumu Glumbíkové (2016), která uvádí, že se na fokusní skupině s matkami z azylových domů objevilo téma odborné pomoci v oblasti psychického zdraví, konkrétně v tématu domácího násilí. „*Byl by tu fajn někdo, kdo chápe, co se děje s ženskou po tom násilí... aby to ty sociální uměli...*“ (PV1). „*Já si myslím, že mi v rámci toho výzkumu hodně pomohlo, že sem slyšela ty příběhy druhých holek, taky*

¹⁰ V originále: Mainzer Modell der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen.

¹¹ V originále: Lebensraumorientierte (Setting-) Ansatz.



sem mohla trochu víc pochopit to, co se nám děje...“ (PV1), „Mi by přišlo i dobrý sdílet s ostatními ty zkušenosti, protože oni tě jako chápou, můžeš jim říct všechno“ (KP8). Z uvedených citací vyplývá, že by komunikační partnerky oceňovaly nízkoprahový přístup k odborné pomoci v oblasti traumatu přímo v azylových domech, ať už v podobě odborné pomoci či svépomocných skupin s ženami, které mají podobnou životní zkušenost.

Zavádění adekvátních metod sociální práce s ohledem na komplexní potřeby klientů

Jednou z metod, která může řešit problém dostupnosti lékařské péče, je case management. Walsch a Holton (2008) definují case management jako přístup k poskytování sociálních služeb, kdy klienti a klientky s komplexními problémy mohou přijímat služby, které potřebují, včas a vhodným způsobem. Komplexní služby by měly být, jak uvádí Stuchlík (2001), především snadno dostupné, nestigmatizující a měly by zahrnovat aktivní vyhledávání klientů. Case manažeři a manažerky pracují v multidisciplinárních týmech, dochází tak k řešení terapeutických, rehabilitačních i sociálních potřeb klientů a klientek (Szotáková, 2013).

Specifickým přístupem v case managementu je asertivní komunitní léčba, která podle Smitha (in Stuchlík, 2001) obsahuje pět základních prvků, kterými jsou: case management, identifikace s problémy klientů, zajištění základních potřeb klientů, růst a vývoj, řešení krizí.

Tímto způsobem práce by mohl být naplněn požadavek Hwang, Kirst, Chiu et al. (2009), kteří poukazují na potřebu multidimenzionální podpory pro osoby bez domova žijící v nejistém bydlení. K této potřebě dochází z důvodu komplexnosti potřeb, která je výsledkem vzájemné provázanosti a násobení problémů, jak ukazují výsledky výzkumů prezentovaných v první části textu.

Peer doprovázení

Wright, Tompkins (2006) upozorňují na to, že je v oblasti zdravotnických služeb potřeba zajistit jejich nízkoprahovost a vyjít tak vstříc potřebám osob bez domova žijících v nejistém bydlení. Autoři poukazují také na důležitost peer doprovázení. Efekt peer doprovázení vnímají opět v zajištění nízkoprahovosti pomoci (ve vztahu k dopravě do zařízení a k případnému studu říci si o pomoc).

Organizace Groundswell (2015) v Londýně zřídila „Homeless Health Peer Advocacy“. Jedná se o program doprovázení osob bez domova do zdravotnických zařízení. Doprovázejícími jsou dobrovolníci, kteří sami mají zkušenost s bezdomovectvím. Každý z dobrovolníků projde systémem školení a jsou podporováni supervizí a koučováním ze strany organizace. Poskytnutá pomoc pomáhá překonávat osobní (např. dodání sebedůvěry, podpora při návštěvě), systémové (např. nalezení lékaře, doprovázení) i praktické bariéry (např. sjednání termínu ošetření) v naplnění zdravotních potřeb osob bez domova. Tato služba existuje od roku 2010 a v roce 2015 umožnila 1445 návštěv u lékaře a facilitovala 998 setkání lidí bez domova v jednotlivých službách. Výsledkem služby je časnější diagnostika a léčba. Léčbu podporuje i zlepšování i v dalších životních oblastech (zaměstnatelnost, bytové potřeby, závislost na návykových látkách atd.). Efekt peer podpory spočívá také ve zlepšení sebevědomí, znalostí a motivace k využití zdravotnických služeb. Jeden z peer advokátů uvádí: „Lidé bez domova se cítí být souzení, což jim způsobuje velkou úzkost. Peer advokát jim může pomoci tím, že mají s sebou někoho, kdo je na jejich straně, kdo je nechce soudit, někoho, kdo byl kdysi v jejich kůži“ (Groundswell, 2015).

Peer podpora dále snižuje až o 68% množství nenaplněných potřeb u osob bez domova a o 42% snižuje nutnost využití neplánovaných zdravotnických služeb (např. využití pohotovosti v důsledku akutních zdravotních komplikací), což vede i k úsporám ekonomickým.

Peer podpora v azylovém domě

Wright a Tompkins (2006) akcentují důležitost existence neformálních programů (ve smyslu svépomocných skupin) ve vztahu k léčbě duševních onemocnění přímo v azylových zařízeních. Význam svépomocných skupin při práci s ženami bez domova zdůrazňují také Hutchinson, Page,



Sample (2014) a jejich klíčový význam vidí při překonávání emocionálních stavů souvisejících s prožíváním projevů stigmatizace, které vnímají jako jednu z překážek procesu zotavení. Salize, Horst, Dillmann-Lange et al. (2001) na základě svého výzkumu doporučují podpořit vyšší využívání zdravotnických služeb zapojením obyvatel a obyvatelek azylových domů do jejich chodu a komunitním zaměřením pomoci (využití svépomocných skupin, sdílení zkušeností, doprovázení, terénních služeb, síťování). Podobně Daiski (2007) poukazuje na potřebu zapojení se do komunity skrze sociální poradenství, možnosti aktivně se zapojit do hledání bydlení a zisku zaměstnání (např. formou participace na chodu zařízení). Glumbíková (2016) doplňuje výše zmíněné konkrétními doporučeními matek z azylových domů týkajícími se formy peer zapojení uživatelů (i bývalých) do chodu zařízení: „*Jako, že by za náma třeba chodily ty maminy, co maj třeba zkušenost s násilím nebo s drogama a řekly nám, že to zvládly a jak jim při tom bylo*“ (KP25). „*Taky by bylo dobrý dělat nějaký společný akce, třeba bysme si je mohly i samy tady zařídit...*“ (KP8). „*Nebo by třeba mohla být jedna z nás něco jako prostředník pro ty nové maminy...*“ (KP5). „*Já bych chtěla pomáhat ostatním... třeba právě se podělit s téma zkušenostma, ale nevím jak... třeba se jen tak scházet, kdyby to šlo*“ (PV1). Lindovská (2016) ve svém výzkumu zjistila, že „peer“ pracovníci i sociální pracovníci se domnívají, že se jim daří budovat důvěru s uživateli projektu rychleji než pracovníkům bez vlastní zkušenosti s bezdomovectvím a užíváním návykových látek. Peer pracovníci a ostatní pracovníci uváděli, že peer pozice představuje příklad pro uživatele a dává jim naději na změnu.

Změny medikalizujícího meta-narativu bezdomovectví

Glumbíková (2016) uvádí, že její komunikační partnerky, matky z azylových domů, hovořily ve svých naracích o opresivních mechanismech a potřebě podpory a respektujícího přístupu ze strany lékařů (podobně viz Martins, 2008; Daisky, 2007; Gelberg, Andersen, Leake, 2000; Lyon-Callo, 2000, a další). Potřeba tohoto přístupu souvisí s převládajícím medikalizujícím meta-narativem bezdomovectví, který vychází ze společensky sdíleného náhledu na lidi bez domova jako na slabé, líné, hendikepované a náchylné k psychologickým a sociálním problémům (Swick, 2005), a tak opomíjí multidimenzionální podmíněnost vzniku bezdomovectví.

Před soudobou sociální prací se tak rozvíjí dva úkoly. Prvním z nich je boj proti opresivním meta-narativům bezdomovectví (viz výše), které jsou dodnes ve společnosti rozšířené. A to pomocí tvorby kontra-narativů (Baldwin, 2013), které umožní protikladný nebo alespoň alternativní pohled na situaci osob bez domova. S tímto úkolem se pojí i poslání sociální práce „*stát na straně utlačovaných*“ a ovlivnění zneschopňujících/utlačivých mechanismů skrze prosazování práv příjemců sociální práce ve smyslu „agency“, které zároveň zmiňují potřebnost existence kritické sociální práce (v kontextu výše zmíněného zejména antiopresivního přístupu; Rogowski, 2013).

Rozvoj systému sociálního bydlení

Hwang, Kirst, Chiu et al. (2009) zmiňují vztah mezi sociální podporou a zdravím obyvatel nejistého ubytování. Studie se zabývá multidimenzionální podporou (kognitivní, vnímanou, behaviorální) ze strany sociálního okolí ve vztahu k fyzickému a psychickému zdravotnímu stavu (včetně zkušenosti s viktimizací). Výzkum prokazuje vztah mezi sociální oporou a širší sociálních sítí a lepším psychickým i fyzickým zdravotním stavem (a nižší možností budoucí viktimizace). Studie se tak snaží poukázat na potřebu integrace osob bez domova do sociálních sítí mimo nejisté ubytování, které by jim pomohlo budovat jejich sociální kapitál.

Takto chápanou integraci vidíme jako realizovatelnou jen za podmínky ustavení funkčního systému sociálního bydlení, který by zamezil hromadnému propadávání osob v prostupném systému sociálního bydlení a jejich přetrvávání v jeho nižších stupních, které můžeme označit efektem „*přesýpacích hodin*“ (viz např. Kocman, Klepal, 2014).

Potřebu rozvoje systému sociálního bydlení, jako podmínky stabilizace zdravotního stavu, dokládají i výsledky výzkumu Glumbíkové (2016). K jejím komunikačním partnerkám, které uváděly, že zdravotní pomoc nevyhledávají vůbec, přitom patřily zejména ty, které střídají pobyty v azylovém



domě, tedy ty, jež dlouhodobě propadávají systémem prostupného bydlení (podobně viz také Baggett, O'Connell, Singer et al., 2010). Právě tyto komunikační partnerky uváděly, že pro ně zdraví není prioritou vzhledem k problémům s bydlením a špatné finanční situaci.

Nutnost stabilizace v oblasti bydlení jako předpokladu pro naplňování konceptu zotavení a zlepšení situace v oblasti zdůrazňují i výzkumy modelu Bydlení především.¹² Koncept modelu Bydlení především vychází podle Busch-Geertsema (2007) ze zásady normalizace životních podmínek, individualizace podpory a z přechodu z podpory orientované na místo na podporu orientovanou na jedince. Cílovou skupinou modelu jsou lidé, kteří jsou vyloučení z existujících programů, tedy lidé chronicky bez domova, ti, kteří trpí duševní poruchou, a lidé závislí na návykových látkách. Model poskytuje samostatné dlouhodobé bydlení bez nároku na střízlivost či povinnost léčby ze závislosti, snižuje tak bariéry přístupu k bydlení, čímž maximalizuje možnost získat trvalé bydlení (Stefanic, Tsemberis, 2007).

Pilotní testování konceptu Bydlení především má pozitivní výsledky. Ve třech z pěti¹³ testovacích lokalit si přes 90 % nájemníků udrželo bydlení i po době tří až čtyř let (Busch-Geertsema, 2007). Fitzpatrick-Lewis (2011) uvádí, že poskytnutí stabilního bydlení vede ke snížení užívání návykových látek (viz Gulcur et al., 2003; Tsemberis et al., 2004), snížení množství relapsů u závislých osob, dále k nižšímu výskytu rizikového chování a k vyššímu využívání zdravotnických služeb (ve smyslu pravidelných návštěv lékařů a rychlejšího zachycení zdravotních obtíží; viz např. Tsemberis et al., 2004) a ke zlepšení kvality duševního zdraví (Evans et al., 2000; Wong, Piliavin, 2001).

ZÁVĚR

Cílem této přehledové studie bylo shromáždit dosavadní výzkumná zjištění o zdravotním stavu osob z azylových domů, jeho determinantech i důsledcích a na jejich základě definovat úlohu sociální práce v podpoře zdraví této cílové skupiny. V analýze se potvrdil vyšší výskyt horšího zdravotního stavu, který souvisí také s nedostupností lékařské péče a nedostatečným nastavením interdisciplinární spolupráce. Přičemž jednou z nejzranitelnějších skupin osob z azylových domů jsou ženy. V analýze jsme navrhly implikace a výzvy pro soudobou sociální práci. Jako podmínku pro koncepci podpory zdraví obyvatel a obyvatelek azylových domů považujeme za nezbytné zpracovat komplexní podkladovou analýzu této problematiky v České republice.

POUŽITÉ ZDROJE

- BAGGETT, T.P., O'CONNELL, J.J., SINGER, D. E. et al. 2010. The Unmet Health Care Needs of Homeless Adults: A National Study. *American Journal of Public Health* [online]. 100(7), 1326 až 1333. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882397/>
- BALDWIN, C. 2013. *Narrative Social Work: Theory and Application*. Bristol: Policy Press.
- BARTÁK, M. 2011. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- BASSUK, E. L., MELNICK, S., BROWNE, A. 1998. Responding to the Needs of Low-Income and Homeless Women Who Are Survivors of Family Violence. *Journal of the American Medical Women's Association*, 53(2), 57–64.
- BEIJER, U., WOLF, A., FAZEL, S. 2012. Prevalence of Tuberculosis, Hepatitis C Virus, and HIV in Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Lancet Infectious Diseases* [online]. 12(11), 859–870. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309912701779>

¹² V originále: Housing First.

¹³ Amsterdam, Budapešť, Kodaň, Glasgow a Lisabon.



- BONIN, J. P., FOURNIER, L., BLAIS R. 2007. Predictors of Mental Health Service Utilization by People Using Resources for Homeless People in Canada. *Psychiatric Services* [online]. 58(7), 936–941. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17602009>
- BOSCHER, A., RUPPERT, M., LACKNER, C. K. 2002. Notfallpatienten ohne festen Wohnsitz. *Notfall & Rettungsmedizin*, 5(7), 512–515.
- BREM, D., SEEBERGER, B. 2010. Alt und wohnungslos in Bayern – eine Untersuchung über Lebenslagen von älteren wohnungslosen Männern in betreuten Wohnformen. *Sozialer Fortschritt*, 8(10), 209–219.
- BUSCH-GEERTSEMA, V. 2007. Does Re-Housing Lead to Reintegration? *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 18(2), 205–226.
- DAISKI, I. 2007. Perspectives of Homeless People on Their Health and Health Needs Priorities. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 58(3), 273–281. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17474916>
- DRAGOMIRECKÁ, E., KUBISOVÁ, D., ANDĚL, M. 2004. Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie*, 8(4), 274–279.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., BELEŠOVÁ, R., KAJANOVÁ, A. et al. 2016. Health and Social Aspects of Homelessness. *Kontakt* [online]. 18(3), 179–183. [29. 11. 2016]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.08.004>
- ENDERS-DRAGÄSSER, U., SELLACH, B. 2010. Lebenslagen von Frauen und Wohnungsnotfallproblematik. In: REUSCHKE, D. (Ed.). *Wohnen und Gender. Theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 194–214.
- ETHOS. 2015. *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion* [online]. [29. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>
- EVANS, G. W., WELLS, N. M., MOCH, A. 2000. Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. *Journal of Social Issues*, 68(3), 475–500.
- FICHTER, M. et al. 1996. Mental Illness in a Representative Sample of Homeless Men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 246, 185–196.
- FITZPATRICK-LEWIS, D., GANANN, R., KRISHNARATNE, S. et al. 2011. Effectiveness of Interventions to Improve the Health and Housing Status of Homeless People: a Rapid Systematic Review. *BCM Public Health* [online]. 11, 1–14. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-638>
- FOLSOM, D. P., MCCAHL, M., BARTELS, S. J. et al. 2002. Medical Comorbidity and Receipt of Medical Care by Older Homeless People with Schizophrenia or Depression. *Psychiatric Services* [online]. 53(11), 1456–1460. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.53.11.1456>
- FREY, R. 2013. Hilfen bei vorgealterten und älteren wohnungslosen Menschen. *Sozialer Fortschritt*, 4(13), 109–114.
- GARIBALDI, B., CONDE-MARTEL, A., O'TOLLE, T. P. 2005. Self-Reported Comorbidities, Perceived Needs, and Sources for Usual Care for Older and Younger Homeless Adults. *Journal of General Internal Medicine*, 20(8), 726–730.
- GELBERG, L., ANDERSEN, R. M., LEAKE, B. D. 2000. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: Application to Medical Care Use and Outcomes for Homeless People. *Health Services Research* [online]. 34(6), 1273–1302. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089079/>
- GELBERG, L., BROWNER, C. H., LEJANO, E. et al. 2004. Access to Women's Health Care: A Qualitative Study of Barriers Perceived by Homeless Women. *Women & Health*, 40(2), 87–100.
- GLUMBÍKOVÁ, K. 2016. *Reintegrace matek samoživitelek z azylových domů do stabilního bydlení*. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. Nepublikovaná disertační práce.



- GRAHAM, M., SCHIELE, J. H. 2010. Equality-of-Oppressions and Antidiscriminatory Models in Social Work: Reflections from the USA and UK. *European Journal of Social Work*, 13(2), 231–244.
- GULCUR, L., STEFANIC, A., SHINN, M. 2003. Housing, Hospitalization, and Costs Outcomes for Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities in Continuum of Care and Housing First Programmes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2), 171–186.
- HAVERKAMP, F. 2012. Gesundheit und soziale Lebenslage: Herausforderung für eine inklusive Gesundheitsversorgung Gesundheit und soziale Lebenslage. In: HUSTER, E. U., BOECKH, J., MOGGE-GROTJAHN, H. (Eds.). *Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung*. 2nd ed. Wiesbaden: Springer VS.
- GROUNDSWELL. 2015. *Homeless Health Peer Advocacy* [online]. Charity Commission as Groundswell Network Support UK. [29. 11. 2016]. Dostupné z: <http://groundswell.org.uk/homeless-health-peer-advocacy/>
- HUTCHINSON, S., PAGE, A., SAMPLE, E. 2014. *Rebuilding Shattered Lives. Getting the right help at the right time to women who are homeless or at risk* [online]. St Mungo's. [10. 11. 2016]. Dostupné z: http://rebuildingshatteredlives.org/wp-content/uploads/2014/03/Rebuilding-Shattered-Lives_Final-Report.pdf
- HWANG, S. W., KIRST, M. J., CHIU, S. et al. 2009. Multidimensional Social Support and the Health of Homeless Individuals. *Journal of Urban Health* [online]. 86(5), 791–803 [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11524-009-9388-x>
- HWANG, S. W., BUGEJA, A. L. 2000. Barriers to Appropriate Diabetes Management among Homeless People in Toronto. *Canadian Medical Association Journal* [online]. 163(2), 161–165. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.cmaj.ca/content/163/2/161.short>
- INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (IFSW). 2014. *Global Definition of Social Work* [online]. [29. 11. 2016]. Dostupné z: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- INSTITUT FÜR ARBEITS-, SOZIAL- UND UMWELTMEDIZIN DER UNIVERSITÄT MAINZ (Ed.). 2008. *Armut, Schulden und Gesundheit* (ASG-Studie). Mainz: Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- JOHNSON, D. M., ZLOTNICK, C. 2007. Utilization of Mental Health Treatment and Other Services by Battered Women in Shelters. *Psychiatric Services* [online]. 58(12), 1595–1597. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.2007.58.12.1595>
- JOHNSON, D. M., ZLOTNICK, C., PEREZ, S. 2008. The Relative Contribution of Abuse Severity and PTSD Severity on the Psychiatric and Social Morbidity of Battered Women in Shelters. *Behavior Therapy* [online]. 39(3), 232–241. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2008-12103-004>
- KNOBLOCH, M., REIFNER, U., LAATZ, W. 2011. *Überschuldungsreport 2011*. Hamburg: Institut für Finanzdienstleistungen e.V.
- KOCMAN, D., KLEPAL J. 2014. *Prostupné bydlení jako nástroj podpory standardního nájemního bydlení: mechanismy fungování dvou systémů*. Praha: Agentura pro sociální začleňování.
- KUSHEL, M. B., PERRY, S., BANGSBERG, D. et al. 2002. Emergency Department Use Among the Homeless and Marginally Housed: Results From a Community-Based Study. *American Journal of Public Health*, 92(5), 778–784.
- LANGNÄSE, K., MÜLLER, M. J. 2001. Nutrition and Health in an Adult Urban Homeless Population in Germany. *Public Health Nutrition* [online]. 4(3), 805–811. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11415488>
- LEWIS, J. H., ANDERSEN, R. M., GELBERG, L. 2003. Health Care for Homeless Women. Unmet Needs and Barriers to Care. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 18(11), 921–928. [10.11.2016]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1497.2003.20909.x/full>



LINDOVSKÁ, E. *Situační analýza výkladů reality bezdomovectví a vyloučení z bydlení v přístupech podporovaného bydlení a jejich implikace pro sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. Disertační práce.

LUO, Y., McGRANT, C. 2006. Oral Health Status of Homeless People in Hong Kong. *Special Care in Dentistry* [online]. 26(4), 150–154. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1754-4505.2006.tb01716.x/abstract>

LYON-CALLO, V. 2000. Medicalizing Homelessness: The Production of Self-Blame and Self-Governing within Homeless Shelters. *Medical Anthropology Quarterly* [online]. 14(3), 328–345. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.2000.14.3.328/full>

MARTINS, D. C. 2008. Experiences of Homeless People in the Health Care Delivery System: A Descriptive Phenomenological Study. *Public Health Nursing* [online]. 25(5), 420–430. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1111/j.1525-1446.2008.00726.x/full>

NYAMATHI, A. M., LEAKE, B., GELBERG, L. 2000. Sheltered Versus Nonsheltered Homeless Women: Differences in Health, Behavior, Victimization, and Utilization of Care. *Journal of General Internal Medicine*, 15(8), 565–572.

RIESSMAN, C. K. 2008. *Narrative Methods for the Human Sciences*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE Publications.

ROGOWSKI, S. 2013. *Critical Social Work with Children and Families: Theory, Context and Practice*. Bristol, UK: Policy Press.

ROSCHER, F. 2015. Wohnungslosenhilfe nach §§ 67 ff. SGB XII bei „komplexen Problemlagen“ noch nötig? *NDV* [online]. [21. 11. 2016]. Dostupné z: http://www.paritaet-bw.de/uploads/media/Anlage_2_Hilfen_nach___67.pdf

SALIZE, H. J., HORST, A., DILLMANN-LANGE, C. et al. 2001. Needs for Mental Health Care and Service Provision in Single Homeless People. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 36(4), 207–216. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s001270170065>

SEEWOLF-STUDIE. 2014. *Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung* [online]. München: Technische Universität München. [21. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.mri.tum.de/node/2685>

STEFANIC, A., TSEMBERIS, S. 2007. Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention. *The Journal of Primary Prevention*, 28(3), 265–279.

STUCHLÍK, J. 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus.

SULLIVAN, G., BURNAM, A., KOEGEL, P. et al. 2000. Quality of Life of Homeless Persons with Mental Illness: Results from the Course-of-Homelessness Study. *Psychiatric Services* [online]. 51(9), 1135–1141. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.51.9.1135>

SWICK, K. J. 2005. Helping Homeless Families Overcome Barriers to Successful Functioning. *Early Childhood Education Journal*, 33(3), 195–200.

SZOTÁKOVÁ, M. 2013. Case management a jeho různorodé chápání. In: NEPUŠTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M. et al. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Metodická příručka. Praha: Úřad vlády ČR.

ŠUPKOVÁ, D. 2007. Průzkum zdravotní péče o bezdomovce v České republice. In: ŠUPKOVÁ, D. et al. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada Publishing.

TARASUK, V., DACHNER, N., POLAND, B. et al. 2002. The “Hand-to-Mouth” Existence of Homeless Youths in Toronto. In: HULCHANSKI, J. D., CAMPSIE, P., CHAU, S. et al. (Eds.). *Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada* [online]. Toronto: Cities Centre, University of Toronto. [10. 11. 2016]. Dostupné z: www.homelesshub.ca/FindingHome

- TISCHLER, V., CUMELLA, S., BELLERBY, T. et al. 2000. Service Innovations: a Mental Health Service for Homeless Children and Families. *Psychiatric Bulletin*, 24(9), 339–341.
- TRABERT, G. 2013. Das „Mainzer Modell“ zur gesundheitlichen Versorgung wohnungsloser Menschen. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 1(13), 51–57.
- TRAUTH-KOSCHNICK, M., FISCH, K., EINHAUS, J. 2009. *Wohnungslosigkeit in der Landeshauptstadt Potsdam. Sozialbericht 2008/2009* [online]. [29. 11. 2016]. Potsdam: Landeshauptstadt Potsdam – Der Oberbürgermeister. Dostupné z: https://www.potsdam.de/sites/default/files/documents/Sozialbericht_gesamt.pdf
- TRNKA, L., ŠNIRCOVÁ, J., KREJBICH, F. 2006. Vyhledávání tuberkulózy mezi bezdomovci a imigranty v praxi. *Zdravotnictví v ČR* [online]. 4(IX), 144–148. [29. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-4-2006.pdf>
- TSEMBERIS, S., GULCUR, L., NAKAE, M. 2004. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651–656.
- WALSCH, J., HOLTON, V. 2008. Case management. In: SOWERS, K. M., DULMUS, C. N. (Eds.). *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare: Social Work Practice*. Volume 3. New Jersey: John Wiley et Sons.
- WEBBER, M., JOUBERT, L. 2015. Social Work and Recovery. *British Journal of Social Work*, 45(1), i1–i8, doi:10.1093/bjsw/bcv125
- WEI LIM, Y., ANDERSEN, R., LEAKE, B. et al. 2002. How Accessible is Medical Care for Homeless Women? *Medical Care*, 40(6), 510–520.
- WENZEL, S. L., LEAKE, B. D., GELBERG, L. 2001. Risk Factors for Major Violence among Homeless Women: a Cohort Study and Review of the Literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(8), 739–752.
- WINGOOD, G. M., DICLEMENTE, R. J., RAJ, A. 2000. Adverse Consequences of Intimate Partner Abuse among Women in Non-Urban Domestic Violence Shelters. *American Journal of Preventive Medicine Services* [online]. 19(4), 270–275. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11064231>
- WONG, Y-L. I., PILIAVIN, I. 2001. Stressors, Resources, and Distress among Homeless Persons: a Longitudinal Analysis. *Social Science & Medicine*, 52(7), 1029–1042.
- WRIGHT, N., TOMPKINS, C. 2006. How Can Health Services Effectively Meet the Health Needs of Homeless People? *British Journal of General Practice* [online]. 56(525), 286–293. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://bjgp.org/content/56/525/286.short>



Osobnostní faktory ovlivňující setrvání v bezdomovectví u mladých lidí¹

Personal Factors Influencing the Persistence of Homelessness among Young People

Marie Vágnerová, Jakub Marek, Ladislav Csémy

Prof. PhDr. RNDr. Marie Vágnerová, CSc.,² absolvovala studium psychologie na FF UK a studium biologie se specializací na genetiku na PřF UK. Pracuje na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy v Praze jako vysokoškolská učitelka. Zabývá se především problematikou nějak znevýhodněných lidí, především dětí, psychopatologií a psychologickou diagnostikou.

Mgr. Jakub Marek, Ph.D.,³ je sociální pracovník, psycholog a psychoterapeut. Doktorát získal na Jihočeské univerzitě v oboru klinická psychologie. Jako sociální pracovník působil v organizaci Naděje, později v nakladatelství Nový prostor. Současně se věnoval vědeckovýzkumné práci zaměřené na sociální a psychologické souvislosti bezdomovectví. Je autorem nebo spoluautorem publikací v domácích i zahraničních odborných časopisech a autorem několika odborných monografií.

PhDr. Ladislav Csémy⁴ je psycholog, působí v Národním ústavu duševního zdraví jako vedoucí Centra epidemiologického a klinického výzkumu závislostí. Jeho profesní zájmy zahrnují psychologické a sociomedicínské aspekty závislostního chování, psychiatrickou epidemiologii a psychologii zdraví. Publikoval články v mezinárodních i domácích odborných časopisech, autorsky se podílel na více než deseti monografiích.

Abstrakt

Bezdomovectví sice není trvalý stav, ale jen třetina zkoumané skupiny se dokázala během posledních pěti let dostat z ulice. Polovina skupiny patří i v této době do kategorie zjevného bezdomovectví a šestina jsou latentní bezdomovci. Z výsledků vyplývá, že faktory ovlivňující propad na ulici přispívají i k chronizaci bezdomovectví. Jsou to zejména negativní zkušenosti z rodiny a s tím související chybění jakéhokoli zázemí, nevýhodné osobnostní vlastnosti, ale i neschopnost a neochota systematicky pracovat (která je dána jak osobnostními vlastnostmi, tak chyběním žádoucích návyků). Významným negativním faktorem přispívajícím k chronizaci bezdomovectví je dlouhodobé užívání drog a alkoholu.

Klíčová slova

bezdomovectví, příčiny chronicity, osobnost, rodinné faktory, abúzus alkoholu

¹ Studie vznikla s podporou grantu GAČR P407/16/11776S Psychosociální analýza pražských bezdomovců středního věku a posouzení možnosti jejich resocializace.

² Kontakt: Prof. PhDr. et RNDr. Marie Vágnerová, CSc., Husitská teologická fakulta, Univerzita Karlova, Pacovská 350/4, P. O. BOX 56, 140 21 Praha 4; Marie.Vagnerova@htf.cuni.cz

³ Kontakt: Mgr. Jakub Marek, Ph.D., Husitská teologická fakulta, Univerzita Karlova, Pacovská 350/4, P. O. BOX 56, 140 21 Praha 4; jakub.marek@centrum.cz

⁴ Kontakt: PhDr. Ladislav Csémy, Husitská teologická fakulta, Univerzita Karlova, Pacovská 350/4, P. O. BOX 56, 140 21 Praha 4; csemy@nudz.cz



Abstract

Although homelessness is not a permanent condition, only one third of the studied group had been able to get off the street during the last five years. Half of the group could be placed in the category of manifest homeless, And one sixth were latent homeless. The results showed that the factors that contributed to a person becoming homeless in the first place are also key reasons for the continuation of homelessness. These factors include particularly negative experiences within a family and lack of any support from close friends. Unfavourable personality traits; an inability and unwillingness to work regularly (which maybe because of a combination of personality traits and the lack of required skills). A significant factor contributing to long-term homelessness is chronic abuse of alcohol and other addictive substances.

Keywords

homelessness, causes of chronicity, personality, family factors, alcohol abuse

ÚVOD

Hlavním znakem bezdomovectví je **chybění odpovídajícího bydlení a domova**, ale i nedostatek finančních prostředků a stabilních mezilidských vztahů. Evropská typologie ETHOS vychází z hodnocení proměnlivé životní situace lidí bez domova: propad na ulici nemusí být definitivní a stejně tak nemusí být trvalý ani návrat do společnosti (Hradecký, 2015). Bezdomovectví je jednou z variant **extrémního sociálního odloučení** od majoritního společenství, které znemožňuje i účast na jeho materiálních zdrojích. Ztráta domova a stabilních sociálních vazeb bývá spojená s obecnější nezakotveností, s chyběním pocitu sounáležitosti a příslušnosti k určité sociální skupině i celé společnosti (Mallett et al., 2010). S tím často souvisí i neochota jednat v souladu s obecně uznávanými pravidly a s ohledem na jiné. Bezdomovectví lze chápat i jako **syndrom komplexního sociálního selhání**, které se projevuje neschopností akceptovat a zvládat běžné společenské požadavky. Odchod na ulici člověka zbavuje tlaku na plnění různých společenských požadavků, ale zároveň jej připraví o ochranu, kterou standardní sociální začlenění poskytuje (Vágnerová, Csémy, Marek, 2012, 2013).

Z hlediska bydlení, resp. přespávání, lze rozlišit dvě základní formy bezdomovectví:

- **Zjevné bezdomovectví** lidí přespávajících na veřejných místech, např. pod mostem, v kanálech, odstavených vagoncích nebo nezákonně obsazených domech (tzv. squatech).
- **Skryté bezdomovectví** osob bez bytu žijících v ubytovnách a azylových domech, nebo v nejistém bydlení spojeném se střídáním přechodného pobytu u známých či příbuzných. (Přespávání v nízkoprahových noclehárnách nebo na lodi Hermes nezajišťuje celodenní pobyt ani minimální vlastní teritorium.) Skryté bezdomovectví může být přechodnou fází posunu z ulice do společnosti a naopak.

Z hlediska délky trvání lze diferencovat krátkodobé bezdomovectví, které může být jen přechodnou epizodou, a dlouhodobé, chronické bezdomovectví. To má závažnější důsledky a významněji mění návyky, způsoby uvažování i chování, případně celou osobnost daného jedince. Za krátkodobé bezdomovectví se považuje pobyt na ulici do 1 roku (Johnson, Chamberlain, 2008). Podle sociálně adaptační hypotézy platí, že čím déle žije člověk na ulici, tím víc se přizpůsobuje bezdomoveckému stylu života. Naváže vztahy s dalšími bezdomovci a začne přejímat i jejich vzorce chování a tím pro něj bude návrat do společnosti obtížnější. Bezdomovectví dost často nastartuje devastující životní trajektorii, která bývá spojena s **postupnou desocializací** a s nárůstem obtíží při pokusu o opětovné začlenění do společnosti. K ní přispívá i sociální stigmatizace bezdomovců a odmítavý postoj majority (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012; Vágnerová, Csémy, Marek, 2013).

Faktory ovlivňující riziko propadu na ulici mohou být různé, obvykle jde o kumulaci dílčích rizik (Coward-Bucher, 2008). Na rozhraní adolescence a mladé dospělosti může být odchod na ulici projevem potřeby získání nových zkušeností, ale může jít i o důsledek závažných a často dlouhodobých



problémů, které mladý člověk nedokáže účinněji řešit. Pro další směřování mladého člověka a jeho rozhodování o vlastním životě je důležitá **zkušenost z rodiny, v níž prožil dětství a dospívání**. Jde o to, zda představovala fungující zázemí a adekvátní vzory chování a řešení problémů, nebo zda šlo o problematické prostředí, které žádnou oporu neposkytovalo. Za neuspokojivé považovala své rodinné prostředí třetina mladých bezdomovců z naší skupiny, a ono nejspíš takové i bylo, protože mnozí z nich vyrůstali v důsledku rodičovského selhání v dětském domově nebo v náhradní rodině (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013). To je relativně hodně, ke stejnému zjištění došli i autoři jiných studií (Caton et al., 2005; Hradecký, 2015).

Propad do bezdomovectví závisí i na osobnosti daného jedince. Pro nastartování určité životní trajektorie mohou být důležité různé **osobnostní vlastnosti**, které vyplývají jak z genetických dispozic, tak z nevhodné, nedostatečné či devastující výchovy (Robert et al., 2005; Kidd, Shahar, 2008). Nicméně typický osobnostní profil mladého bezdomovce neexistuje, tito lidé tvoří různorodou skupinu. Významným osobnostním rysem mladých bezdomovců bývá zvýšený sklon k negativním emočním prožitkům. Může jít jak o vyšší úzkostnost a depresivitu, tak o větší dráždivost a sklon k navození vzteku a zlosti. Mladí bezdomovci často nedokážou své pocity v dostatečné míře kontrolovat a ovládat. K podobným závěrům došel i Pěnkava (2010). Důležitou osobnostní dimenzí je **sociální adaptabilita**, resp. její opak. Jde o komplex vlastností, které se projevují ve vztazích k lidem i k okolnímu světu, o schopnost přijmout zodpovědnost, neřít se jen vlastními potřebami a respektovat platná pravidla. Její negativní varianta se obvykle projeví již v dětství problémy v chování, neschopností či neochotou plnit požadavky dospělých. Mladí bezdomovci přiznávají, že jsou lhostejní ke konvencím, mají sklon ignorovat sociální normy, jsou nezodpovědní a nedisciplinovaní, a neradi se něčemu podřizují (Vágnerová, Csémy, Marek, 2012). Je pravděpodobné, že život na ulici dále posiluje a rozvíjí určité negativní vlastnosti, které tito lidé měli již dříve (Stěchová et al., 2008). Nežádoucí osobnostní vlastnosti byly u některých bezdomovců rozvinuty v takové míře, že lze uvažovat o poruše osobnosti. U jiných se mohly zvýraznit dědodobým užíváním drog a alkoholu.

Většina mladých bezdomovců (81 %) z původní zkoumané skupiny (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013) měla závažnější problémy v chování, obvykle již na druhém stupni základní školy, a špatný školní prospěch. **Selhání ve škole, problematické chování a s tím související nízká úroveň dosaženého vzdělání** představují významné riziko, které přispívá k pozdějšímu sociálnímu propadu. K tomuto závěru došla např. i C. Bearsley-Smithová se svými spolupracovníky (2008) a M. van den Bree se svou skupinou (2009). Nejčastější příčinou školního selhání mladých bezdomovců byla kombinace nepříznivých osobnostních dispozic a nedostatečně rozvinutých regulačních funkcí. Tyto vlastnosti se později projevují např. nerespektováním pravidel ubytovny či azylového domu, a také ve vztahu k práci a k požadavkům zaměstnavatele (Votta, Manion, 2003).

Propad na ulici i setrvání v pozici bezdomovce ovlivňuje **neschopnost či neochota systematicky pracovat**, chybění pracovních návyků, ale i neschopnost hospodařit s penězi a s tím související zadlužování. Nezodpovědnost a neochota řešit problémy, přijmout různá omezení a diskomfort, který občas přináší jakékoli zaměstnání, omezuje šanci na zlepšení vlastní sociální situace. Tito lidé mívají tendenci parazitovat na rodičích (případně i jiných osobách), a když jim dojde trpělivost, skončí na ulici. (Koegel (2004) uvádí, že se do takové situace dostala třetina bezdomovců.) Mívají problémy s řízením vlastního života a obvykle jim chybí ochota se přizpůsobovat. Náplní jejich života bývá dost často flákání a přežívání, které žádné úsilí nevyžaduje. Jak připomíná Pěnkava (2015), bývá pro ně obtížné nejenom sehnat práci, ale hlavně v ní vydržet, protože o nekvalifikované a nespolehlivé pracovníky není příliš velký zájem. Cesta k bezdomovectví mívá u mladých lidí velmi často podobu životní dráhy, která vychází ze znevýhodněné startovací pozice s nulovým sociálním, ekonomickým i vzdělanostním kapitálem (Prudký, 2015).

Příčinou propadu na ulici bývá i **nadměrné užívání drog nebo alkoholu** a z něho vyplývající neschopnost systematicky pracovat, zátěž jsou i vysoké náklady na alkohol a drogy. Změna chování, k níž pod vlivem drog či alkoholu dochází, nespolehlivost a hromadění dluhů vedou nakonec nejenom ke ztrátě práce, ale i domova. Ke stejným závěrům došli i další badatelé, kteří se touto problematikou zabývají (Mallet et al., 2005; Martijn, Sharp, 2006; Shelton et al., 2009; Salomonsen-Sautel et al., 2008). Drogy a alkohol mohou být **příčinou i důsledkem propadu na ulici**. K takovému závěru došla např. Sheltonová se svými



spolupracovníky (2009). Užívání drog a pití alkoholu přispívá i k chronizaci bezdomovectví (Caton et al., 2007).

Je zřejmé, že **osobnostní faktory ovlivňující propad na ulici mohou přispívat i k chronizaci bezdomovectví**. Děje se tak prostřednictvím udržování rizikových návyků a způsobů chování a následkem úpadku těch žádoucích, pokud je tito lidé vůbec měli. Život na ulici vyžaduje jiné kompetence a déledobé přizpůsobení nestandardnímu prostředí může být překážkou návratu do společnosti. Mnohaletý život na ulici vede k redukci sociálních kontaktů mimo bezdomoveckou komunitu a tím i k chybění podpory ve snaze o změnu stylu života.

CÍL STUDIE

Cílem studie bylo zjistit, co se stalo s lidmi, kteří byli před 5 lety bezdomovci. Jak žijí v současné době, zda se vrátili do společnosti, nebo jsou stále na ulici, případně v nějaké přechodové pozici, kterou lze považovat za částečný návrat. Jak chápou svůj dosavadní život a jak hodnotí své zkušenosti, které vycházejí z konkrétních událostí, jež se odehrály v posledních pěti letech. Dalším cílem bylo zjistit, které osobnostní faktory přispívají k opětovnému začlenění do společnosti a které spíše přispěly k setrvání v pozici bezdomovce. Znalost relevantních osobnostních faktorů může sociálním pracovníkům pomoci pochopit psychologický kontext situace bezdomovců a nacházet řešení jejich obtíží prostřednictvím intervencí v oblasti sociálních faktorů. Studie tak chce přispět k rozšíření teoretické a metodologické báze sociální práce a přinést podněty pro intervence u sociálně marginalizované skupiny.

METODIKA

Výzkum byl založen na podrobných rozhovorech, které se uskutečnily od ledna 2016 do června 2016. Pro získání informací jsme použili částečně strukturovaného rozhovoru, tj. předem stanoveného okruhu témat a na ně zaměřených otázek, které se týkaly aktuálního života daného jedince. Při volbě jednotlivých okruhů jsme vycházeli z dat, která jsme od těchto respondentů získali v době před 5 lety. Rozhovor byl věnován té části jejich životního příběhu, která se týkala života na ulici a událostí, které je v té době ovlivnily, případně jejich odchodu z ulice a problémů, které v té době museli řešit, včetně toho, jak si představují svou budoucnost a zda by chtěli svůj život nějak změnit. Rozhovor, který trval v průměru hodinu až hodinu a půl, byl se souhlasem účastníků nahrán na diktafon a doslovně přepsán. Výsledná sdělení byla po identifikování společných témat rozdělena do jednotlivých tematických okruhů a dále členěna podle jejich obsahu do dílčích významových kategorií, které vyjadřovaly různé názory a zkušenosti respondentů. K detekování dílčích kategorií byla použita metoda analytické indukce, která vychází z principu opakování a konstantní srovnávací strategie (Osborn, Smith, 2008). Pokud bylo třeba, použili jsme i některou z kvantitativních metod.

ZKOUMANÁ SKUPINA

Zkoumanou skupinu tvořilo 30 lidí (19 mužů a 11 žen) ve věku 25–32 let, kteří žili před 5 lety jako bezdomovci. Oslovení lidé byli součástí skupiny 90 mladých bezdomovců analyzované před 5 lety. Tehdy docházeli do denního centra charitativní organizace „Naděje“ v Praze. Tyto lidi jsme většinou vyhledali na Facebooku nebo jsme na ně dostali kontakt od jejich dřívějších známých, tj. postupovali jsme metodou sněhové koule. Všichni oslovení souhlasili s rozhovorem, což bylo pravděpodobně dáno jejich dřívější zkušeností s tazatelem. Rozhovor byl honorován částkou 200 Kč, což mohlo posílit zejména motivaci lidí, kteří žijí stále jako bezdomovci. Vzhledem k tomu, že jde o třetinu původní skupiny, mohou být získané výsledky určitým způsobem zkreslené, může zde být např. o něco vyšší četnost zjevných bezdomovců a menší počet latentních bezdomovců, kteří nyní žijí někde jinde a s původními známými nejsou v kontaktu.



PREZENTOVANÁ ZJIŠTĚNÍ

Z hlediska současné situace je možné rozdělit zkoumanou skupinu podle způsobu života do tří podskupin:

- **Lidé, kteří pracují a bydlí v pronajatém bytě.** Jeden bývalý klient dokonce bydlí ve vlastním bytě. Další klientka se vrátila domů, ke své matce, která se stará o její dvě děti. Celkově jde o **třetinu původní skupiny**, ve které převažují ženy (3 muži a 3 ženy pracují, 4 ženy jsou na rodičovské dovolené). Počet lidí, kteří se v relativně krátké době dostali z ulice, odpovídá výsledkům jiných studií (Levinson, 2004). Specifickou součástí skupiny, která již nežije na ulici, jsou **matky na rodičovské dovolené**. Žijí ze sociálních dávek a bydlí buď s partnerem v pronajatém bytě, samy v bytě, který platí charitativní organizace, nebo střídají pobyt u známých a příbuzných s různými podnájmy. Do této kategorie patří např. 25letá bývalá klientka: *„Bydlím u strejdy, takže teď si budu muset zařizovat azyl... Já jsem bydlela v R., mně to proplácela půlku sociálka, pak to přestali platit a kvůli tomu jsem se musela odstěhovat, protože jsem tam dlužila 5 tisíc... Pak jsme šly s kamarádkou napůl do jednoho bytu, tam jsme byly přes rok... No a pak jsme bydleli na ubytovně.“* Je otázka, co s těmito ženami bude, až jim skončí rodičovská dovolená.
- **Druhá skupina zahrnuje lidi, kteří žijí v ubytovnách a azylových domech** a pracují, i když obvykle jen na dočasné smlouvy. Jde o 5 lidí (4 muži a 1 žena), tj. šestinu původní skupiny. Stablnější práci nemají a leckdy o ni ani neusilují z důvodu rizika exekuce, ale počítají s tím, že budou pracovat. Už nejsou zjevnými bezdomovci, rádi by se dostali z ulice, ale zatím to nedokážou. Na pronájem vlastního bytu nemají peníze a někdy je pro ně složité udržet si i bydlení na ubytovně. Ubytovny a azylové domy jim příliš nevyhovují, vadí jim společnost různých povalečů, kteří zde rovněž pobývají. Jak říká 26letý klient: *„Pro mě by byl ideální azyláček vyložený pro pracující a ne pro ty, kterým to platí sociálka, takže se tam prakticky flákají... Když člověk přijde z práce a vidí, že oni se tam celou dobu válejí v posteli... To mi dost vadilo, nedávalo mi to žádnou motivaci posouvat se dál.“* Je možné, že do této skupiny patří i další lidé, o nichž se nám nepodařilo nic zjistit.
- **Třetí skupinu tvoří lidé, kteří žijí stále na ulici a přespávají v noclehárnách, na lodi, na squatu nebo venku.** Jde o **polovinu skupiny**. (Některé studie uvádějí menší počet takových lidí, např. ve skupině Catona a jeho spolupracovníků (2007) jich byla jen čtvrtina.) Třetina z těchto lidí (5 jedinců) žila v průběhu posledních 5 let na ubytovně, v azylovém domě nebo u příbuzných, ale ani v této době nepracovali. Následně se opět dostali na ulici. V celé skupině převažují muži (11) nad ženami (4). Část bezdomovců dává přednost squatu nebo spí venku, protože se nechce nikomu podřízovat. Vesměs jde o jedince, kteří užívají drogy a nepracují, a pokud pracují, tak jen občas, a obvykle načerno. Mnozí z nich se spoléhají na sociální dávky a charity, případně používají nestandardní způsoby obživy (fárání a žebrání). Jiní bezdomovci občas přespávají na lodi nebo v noclehárnách, podle finančních možností i podle dostupnosti (tj. pokud zde nemají zákaz). Sedmadvacetiletý klient bere noclehárnu jako levné řešení své situace, i když jim neposkytuje žádné soukromí: *„Ta noclehárna není špatná... já si za ty roky nevybírám. Já jsem rád, že když někam přijdu, vyspím se, vysprchuju, případně se najím a prakticky mi to stačí.“* Podobně hodnotí taková zařízení i výzkumníci ze skupiny vedené Shierem (2010).

Z hlediska osobního příběhu lze skupinu rozdělit do 5 kategorií:

- a) Lidé, kteří prožili většinu dětství v přijatelné rodině, ale ta se později rozpadla a následoval řetězec různých dalších změn, na které reagovali méně přiměřeným způsobem. Konflikt v rodině vedl k jejich odchodu na ulici, z níž se ovšem dokázali v relativně krátké době dostat. Tito lidé nepotřebují zvláštní podporu a pomoc.
- b) Ženy, které se dostaly na ulici v důsledku vazby na nevhodného partnera nebo partu přátel, žily v problematickém partnerství, pily alkohol a užívaly drogy. Narození dítěte pro ně bylo impulzem ke změně života, často spojeného s rozchodem s partnerem-bezdomovcem. Tyto ženy potřebují pomoc a podporu, zejména pokud jim ji neposkytne rodina, případně nový partner.



- c) Lidé, kteří jsou sice v mnoha směrech znevýhodněni (dětství prožili v instituci, nemají rodinné zázemí ani potřebnou kvalifikaci), ale dokázali se dostat na přijatelnou úroveň, obvykle s nějakou pomocí. Avšak další krok od brigád k déledobé práci a z ubytovny do vlastního bytu už nejsou schopni zvládnout. Obvykle jim chybí podpora rodiny, kterou buď nemají, nebo s ní nejsou v dobrých vztazích. Jsou schopni pracovat, i když nebývají systematictí a nejsou vždycky schopni v práci vydržet.
- d) Lidé, kteří měli problematické dětství, nemají žádné zázemí, chybí jim pracovní návyky i potřebné adaptační schopnosti. Mají dluhy a záznam v trestním rejstříku, často berou drogy a nejsou schopni žádné systematictější aktivity. Pomoc by potřebovali, ale tu, která je jim dostupná, nejsou schopni využít.
- e) Lidé drogově závislí, u nichž už nezáleží na tom, jaké měli dětství a zda by je rodina v návratu do společnosti podpořila, protože jejich stav bez léčby žádnou změnu neumožňuje. V jejich případě je primární eliminace závislosti.

Z výsledků analýzy rozhovorů vyplývá, že **faktory, které přispěly k propadu na ulici, měly vliv i na návrat do společnosti.**

1. Rodina, ve které člověk prožil svoje dětství

Bylo možné předpokládat, že zkušenost získaná v původní rodině, ve které člověk prožil dětství, bude mít vliv na jeho další život, a tento předpoklad se potvrdil. Všichni jedinci, kteří nyní pracují a bydlí, prožili svoje dětství v rodině, která minimálně do jejich 12 let fungovala. (Jeden muž žil ve fungující adoptivní rodině, a kdyby jeho náhradní matka nezemřela, tak by se pravděpodobně na ulici vůbec nedostal.) U žen na mateřské dovolené je situace složitější. Dvě z nich měly fungující zázemí, další dvě prožily dětství v problematické rodině, ale o své děti se zatím starají (nebo se o ně začaly starat po určité době). V případě jedinců, kteří jsou stále na ulici, tomu bylo jinak. Jejich rodiny byly většinou (v 80 %) problematické, rodiče se o ně nestarali, nebo je dokonce týrali, a proto mnozí z nich prožili značnou část dětství v různých institucích (8 lidí ze 30) nebo v náhradních rodinách (4 jedinci ze 30). Je tudíž možné říci, že **vliv původní rodiny se může projevat i v dospělosti**, např. v tom, jak člověk s tak negativní zkušeností zvládá svůj život. Přetrvávající pocity nejistoty i zafixované obranné mechanismy nepříznivě ovlivňují rozvoj autoregulačních schopností. To se projeví nedostatečným sebeovládáním a tendencí ke zkratkovému jednání. Může jít i o projev znevýhodňujících dispozic, které tito lidé zdědili po svých biologických rodičích. Třetina z nich má stejně problematické sourozence, kteří rovněž žili nebo žijí na ulici. Je zřejmé, že vztah se standardně fungující rodinou může přispět k návratu do společnosti a naopak. Lidé, jejichž příbuzní jsou také bezdomovci, necítí potřebu změnit svůj styl života.

2. Osobnostní faktory, které ovlivňují způsob prožívání, uvažování i chování

Vliv některých osobnostních faktorů na propad do bezdomovectví i na setrvání v pozici bezdomovce se rovněž potvrdil. Ze srovnání výsledků sebehodnocení dotazníkem EPQ/S skupiny mladých bezdomovců a skupiny jim věkově blízkých uchazečů o studium na vysoké škole (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013) vyplynulo, že mladí bezdomovci si přičítají jiné osobnostní vlastnosti než jejich vrstevníci, kteří jsou součástí majoritní společnosti. Mladí bezdomovci se považovali za společenštější a otevřenější, ale zároveň za emočně nevyrovnanější. Přiznávali, že svoje pocity nedokážou v dostatečně míře kontrolovat a ovládat. Hodnotili se jako méně přizpůsobiví, uvědomovali si, že mají tendenci ignorovat společenské normy a větší sklon k různým rizikovým, leckdy i asociálním aktivitám. Nízký lži skór svědčil o jejich minimální snaze prezentovat se v lepším světle, což lze chápat také jako projev lhostejnosti k majoritní společnosti a neochoty podřídit se společenskému očekávání. Ze srovnání tehdejších výsledků v EPQ/S vyplývá, že lidé, kteří již nežijí na ulici, nebo se alespoň částečně zlepšili, měli již v době před 5 lety významně lepší **úroveň sociální adaptability** ($x = 2,87$, $SD = 1,49$) než ti, kteří zůstali bezdomovci ($x = 6,21$, $SD = 1,82$, $t = 5,23$, na 5 % hl. v.). V ostatních kategoriích byly rozdíly mezi oběma skupinami relativně malé. To znamená, že určité osobnostní faktory ovlivňují i návrat do společnosti.

3. Volba prostředků ke získávání obživy

Téměř celá skupina má pouze základní vzdělání, což mohlo ovlivnit jejich počáteční pracovní zkušenost,



kteřou získali ještě před odchodem na ulici. Jak se ukázalo, důležitá byla **volba prostředků k získávání obživy** v době pobytu na ulici. Lidé, kteří si později našli stálou práci a bydlení, již ve své bezdomovecké fázi života většinou (v 70 %) pracovali. Lidé, kteří zůstali na ulici, byli i v době před 5 lety méně aktivní, na brigády chodila jen pětina z nich. Jejich nejčastějším způsobem obživy byly drobné krádeže (11 lidí z 15), využívali charitativních služeb (8 lidí z 15), žebrali a vybírali popelnice (7). Převažoval u nich pasivnější postoj a tendence spoléhat na jiné. Avšak i někteří lidé, kteří už nežijí na ulici, v této době kradli a hledali jídlo v popelnici.

4. Neschopnost a neochota pracovat

Neschopnost a neochota systematicky pracovat dost často vedla k propadu na ulici a přispívá i k setrvání v bezdomoveckém způsobu života. Chroničtí bezdomovci mají problém najít si práci a současně pro ně bývá **obtížné v zaměstnání vydržet**. Důvodem bývá nedostatek vytrvalosti, neschopnost dodržovat pracovní dobu a také konflikty s nadřízenými a se spolupracovníky. Práce je rychle přestane bavit, a proto bývají ze zaměstnání vyhozeni nebo sami odejdou. Takové problémy měl např. 28letý klient: *„Jo za posledních 5 let jsem byl v práci párkrát... na stavbě vždycky měsíc... Já jsem tam nevydržel, nevím, nebaví mě prostě chodit celý den zabíjet práci... Já bych potřeboval dělat odpolední nebo noční, já prostě ráno nevstanu... já se to ani učit nechci, odmítám vstávat ráno prostě, v pět ráno a jít někam do fabriky...“* Klient nemá potřebné pracovní návyky a navíc je závislý na drogách, což značně omezuje jeho aktivitu. V zaměstnání nevydrží ani další drogově závislý klient: *„Pracuju příležitostně, tak dvakrát do týdne... Dělam všechno možný, prostě na stavbách, a když mám hlad, tak prostě chodíme mejt auta tady na křižovatku... Na solárních elektrárnách jsem pracoval asi 3 měsíce... Mě to po určitý době přestalo bavit...“* Kvůli konfliktům se spolupracovníky byla z práce vyhozena 26letá klientka: *„Byla jsem v práci v Jihlavě, na myčce přepravních beden v Albertu. Deset měsíců, ale v prosinci mě vyhodili. Za napadení jedný holky... protože mě nasrala. Nevím, prostě mi ruplo v bedně...“*

Mnozí bezdomovci nechtějí pracovat proto, že by značná část jejich příjmů šla na **splácení dluhů**. Takový názor má např. 29letý klient: *„Občas jsem si našel i práci, jenomže zase, chod' do práce, když nemáš jistotu, že dostaneš za ní zapláceno... Já když půjdu na hlavní pracovní poměr, když si najdu práci za 18 tisíc, tak mi všechno seberou a nechají mi nějaký existenční minimum... tak jako abych dělal celý měsíc za 6 tisíc, tak to je trochu hloupost...“*

V souhrnu lze říci, že neschopnost či neochotu systematicky pracovat mohou ovlivňovat 3 faktory: 1. Osobnostní vlastnosti, které vedou k tomu, že klient, i když je pracovitý, vyvolává konflikty a nedokáže vydržet v kolektivu a respektovat autoritu. 2. Nedostatek potřebných návyků a dovedností, klient nedokáže vstávat do práce, dodržovat pracovní dobu, zvládat stres apod. 3. Nerešené dluhy a z nich vyplývající exekuce.

5. Postoj k dluhům

Značným problémem návratu do společnosti jsou dluhy, které tito lidé dlouho přehlíželi, a dlužná suma postupně narostla do téměř nesplacitelné výše. Převzetí zodpovědnosti za svůj život se projevuje ochotou řešit i tento problém, bez ohledu na to, jak je nepřijemný. Mezi oběma skupinami není rozdíl jenom v přijetí zodpovědnosti za vlastní dluhy, ale i v jejich výši a s tím související splatitelnosti. Lidé, kteří se dokázali vrátit do společnosti, byli na ulici většinou jen jeden rok, a tak jim dluhy tolik nenarostly. **Lidé, kteří pracují a mají bydlení, své dluhy většinou řeší** (70 % z nich). Sedmadvacetiletý bývalý klient přiznává: *„Jo dluhy mám... Nevím kolik, tak samozřejmě zdravotní, sociální, pokuty od policajtů a dopravní podniky, to je úplně jasný, jako každěj, kdo skončil venku... Splácím dvě exekuce tedko, takže je toho dost...“* Dluhy se snaží splatit i bývalá 29letá klientka: *„Tedko mi strhávají exekuce z platu... 5 tisíc minimálně, vždycky podle toho, jaká je vejplata... Mám tedka zažádanou o tu insolvenční...“*

Svoje dluhy se snaží řešit i ti, kteří pracují a žijí na ubytovně nebo v azylovém domě. Pěťadvacetiletý klient svoje dluhy vyřešil osobním bankrotem: *„Co mi spočítali u soudu během toho návrhu, tak jsem měl dluh asi 280 tisíc... Jo tak jako ty penále furt narůstají na těch exekucích, takže tím, že jsem šel do toho osobního*



bankrotu, tak se ty penále zastavily...“ O postupné splácení dluhů se snaží i další klient: „Já se pokouším alespoň něco splácet, takže pro mě moc nic nezbyde, když mi na to skočí exekutor... Co mě k tomu vedlo? Prostě nechci být až bůh ví do kolika bezdákem, takže prostě to mě nutí jakoby začít se zase začleňovat do toho normálního života... Jestli to vyjde, tak v září bych chtěl dát bankrot...“

Matky na rodičovské dovolené svoje dluhy nesplácejí, protože nemají z čeho. V takové situaci je 25letá bývalá klientka: „No začala jsem splácet, jenomže potom jsem se zase dostala do takový finanční situace, ve který jsem už zase nemohla... No jsou to problémy, já jsem si toho vědoma, ale to všechno budu muset řešit, až budu chodit do práce... Já s tím teď nic neudělám, protože z té mateřský já teď momentálně nedokážu platit nic.“ Jiná bývalá klientka na mateřské dovolené ke svým dluhům zaujímá ještě rezignovanější postoj: „Jo dluhy mám furt... já sotva zaplatím všechno, co mám ty, takže na ty dluhy, i když mi právnička z toho WfW zajistila splátkový kalendář, tak to stejně nedávám... Kdybych měla trvalou práci, tak bych si dala to oddlužení, ale to je zase, to by mi zbylo prd.“ Takže výsledkem je setrvání ve stávající situaci bez ohledu na to, zda její řešení bude v budoucnosti ještě obtížnější.

Lidé, kteří žijí na ulici, svoje dluhy většinou (v 70 %) neřeší a leckdy o nich ani neuvažují. Pětatřicetiletý klient ani neví, kolik dluží, a stejně tak neví, jak by měl svoje dluhy řešit: „Já si nejsem jistý kolik, tak plus mínus necelý mega, možná míň... V osmnácti jsem si vzal 100 tisíc půjčku, pak vlastně zdravotní, sociální, dopravní podnik, paušály, já nevím co všechno... Vedoucí mi říkal něco o nějaký insolvenční, jenže já nevím, jak bych to měl zařídit.“ Značné dluhy má i další 29letý klient, který je na ulici jedenáctým rokem: „Dluhy mám tak 6 milionů... No já jsem s tím smířenej, že budu celý život na hmotný nouzi... mám známýho právníka a on mi říká, že když půjdu pracovat, tak mi můžou sebrat skoro celou výplatu...“ Dluhy jsou hodně demotivující, protože jejich splácení by vyžadovalo značné uskovnění, které zároveň s náročností plnění všech pracovních povinností představuje tak velkou zátěž, že ji nejsou schopni akceptovat. Někteří z nich se pokoušeli najít řešení, ale zjistili, že to nedokážou. Osobní bankrot pro mnohé z nich není dostupným řešením, protože by museli splatit třetinu dluhu do tří let, a to není možné.

6. Užívání alkoholu a drog

Mezi oběma skupinami nebyl v době prvního kontaktu rozdíl v míře pití alkoholu, většina lidí v té době pila alkohol alespoň občas, někteří i dost často. Avšak za alkoholika bylo v této době možné považovat pouze jednoho muže, který stále žije na ulici. **Přílišné rozdíly nebyly ani v užívání drog, především marihuany**, kterou alespoň občas kouřila většina skupiny. Za drogově závislé bylo v té době možné považovat pouze 3 jedince, tito lidé užívali pervitin. V průběhu předcházejících pěti let došlo i v této oblasti ke změně v obou směrech.

Lidé, kteří odešli z ulice, zredukovali nebo zcela eliminovali pití alkoholu i užívání drog (šlo především o kouření marihuany). Bývalý 27letý klient, který již několik let pracuje a žije ve vlastním bytě, přestal pít: „S drogama jsem nezačal, já jsem jenom chlastal... Hrozně jsem pil, tam už to bylo na hranici toho, že začnu pít jako opravdovej alkač těžkej... Za první mně to chutnalo a za druhý jsem se dostal do stavu, kdy prostě mi bylo všechno jedno... Já už jsem se vzpamatoval a přestal jsem pít... Malá dcera, to byl takový ten impulz k tomu, že jsem přestal pít.“ Kvůli dítěti přestala brát drogy i 32letá bývalá klientka: „Já jsem tři roky čistá... Tak já jsem blávně přestala díky tomu, že jsem otěhotněla...“ Drogy aktuálně neužívá ani další bývalá klientka: „Já jsem přestala fětovat ve vězení... dřív to nešlo, protože jsem k tomu měla furt přístup... No já jsem brala sobáč a pervitin, ty subutexy byly nejhorší, co jsem kdy mohla potkat... Já jsem měla strach z toho léčení, ale když jsem takhle chodila, tak jsem si říkala, že už se docela těším i do toho kriminálu...“

Drogy a alkohol omezili i lidé, kteří jsou latentními bezdomovci, žijí na ubytovnách a pracují. K omezení drog a alkoholu měli různé důvody, jedním z nich byla potřeba udržet si práci, nutnost respektovat režim ubytovny, aby z ní nebyli vyloučeni, ale i vědomí rizika nekontrolovaného chování navozeného drogami či alkoholem. Z tohoto důvodu omezil alkohol např. 29letý klient: „Teď už ne, ale předtím jsem hodně popíjel... Teď už moc nepiju, protože většina těch incidentů se odehrávala právě v hospodách a tentokrát už bych z toho nemusel tak jednoduše vybruslit, kdybych zase někomu dal přes držku...“



K určitému posunu došlo i ve skupině chronických bezdomovců, tito lidé sice pijí méně často alkohol, ale drogy vesměs užívají stále či dokonce ve větší míře. **Drogy jsou jednoznačnou příčinou setrvávání na ulici**, protože jedinec závislý na nějaké psychoaktivní látce není schopen se zabývat ničím jiným než sháněním potřebné dávky. A naopak, život na ulici posiluje tendenci víc pít a užívat drogy, i u těch lidí, kteří to dříve nedělali. Např. 29letá klientka: *„Chlastala jsem, abych přežila tu zimu... Byla jsem třeba tři měsíce denně úplně na sračky.. Tak 6 litrů vína sama... A jointy? Jak kdy. Asi nejvíc sedm denně. Měla jsem kolikrát ty epileptický záchvaty... Kolikrát z hulení úplně mám otřesy, točt se mi hlava, myslím, že dostanu záchvat a pak to rozdejchám a v pohodě...“*

Mezi chronickými bezdomovci jsou lidé jednoznačně závislí na tvrdých drogách. Např. 27letý klient, který se v důsledku užívání drog dostal na ulici a žije zde již 6 let: *„Díky bejvalý přítelkyni jsme přešli na subutex... Já jsem bral předtím herák... a pak jsem zjistil, že jsem závislej a takhle to šlo dolů... přemejšlel jsem o tom, že bych se šel léčit, protože už mě to nebví, to je furt to samý, jít si kleknout, udělat peníze na dávku, furt to samý dokola...“* Podobně dopadl i 30letý drogově závislý muž: *„Svoji debilitou, nevím proč, ale začal jsem brát ten subutex a od toho se to odvtíjí... Nejhorší je, že se mnou subutex nic nedělá, mně už je jenom špatně... Jo, o léčbě jsem přemejšlel... ale když bych vyšel z té léčebny a byl bych zpátky tady v Praze, tak by to bylo stejné...“* Oba muži jsou na ulici právě kvůli drogám, měli dobré rodinné zázemí i rodiče, kteří se o ně starali, ale jejich podpora na drogy nestačila. Motivace k léčbě nebývá u těchto lidí dostatečně silná a společnost podobně zaměřených lidí obvykle jakoukoli snahu zmaří. Tak tomu bylo i u dalšího drogově závislého klienta: *„Jsem přišel v září s tím, že chci jít na detox... no nešel jsem, ještě den předtím jsem měl tašku shalenou, všechno... Protože jsem debil, protože za mnou přišli kamarádi a pojď, jdeme udělat prachy, mejdan na tejden a detox šel stranou...“*

Někteří bezdomovci přestali užívat tvrdé drogy (pervitin), ale o to víc kouří marihuanu. Jak říká 27letý klient: *„Podarilo se mi nefetovat, to jsem rád jako, už jsem skončil jenom na té trávě... Zatím to držím, ale zase čím dál víc hulím a dělám větší přičoviny... Já se po ránu vzbudím a musím si dát špeka, abych prostě nějak začal fungovat vůbec... Dřív jsem nebulil tolik, jako teď hulím víc... a já si začínám myslet, že jsem na té trávě závislej... chvílema to prostě fakt nezvládám...“*

Lidé, kteří znovu skončí na ulici, se často vrátí i k drogám. Tak tomu bylo v případě 28leté klientky: *„Když se narodil malej, tak jsem úplně to přestala brát a začala jsem zase tedko, když jsem na té ulici, abych to zvládala na té ulici... pak zase přestanu brát určitě.“* Alkohol či drogy jim slouží jako prostředek k eliminaci nepříjemných pocitů. Řeší jimi aktuální situaci a zároveň si zhoršují vyhlídky do budoucnosti. Lidé závislí na drogách a alkoholu potřebují léčbu, jim nemohou pomoci sociální služby. Tito lidé problém s drogami přiznávají, už zjistili, že drogy jsou příčinou mnoha jejich problémů. Uvědomují si, že se svého návyku nedokážou zbavit, a jsou s tím smíření.

7. Přestupková a kriminální činnost

Mezi oběma skupinami **nebyl před pěti lety rozdíl v četnosti poruch chování či páchaní přestupkové a trestné činnosti.** Podmínku za spáchání trestného činu měli v té době 2 jedinci, kteří nyní žijí standardním způsobem života, a 3 jedinci ze skupiny přetrvávajících bezdomovců (jeden z nich byl v té době ve výkonu trestu). Určitý rozdílnost v závažnosti problematického chování v době dětství. Polovina nynějších chronických bezdomovců-mužů byla v době svého dospívání umístěna do výchovného ústavu. Tuto zkušenost nemá nikdo z těch, kdo se vrátili do společnosti, což může být dáno i faktem, že skupinu tvoří ze 70 % ženy.

V průběhu posledních pěti let byli ve výkonu trestu i 2 lidé (1 muž a 1 žena), kteří již na ulici nejsou. **Pobyt ve vězení pro ně byl impulzem, aby změnilí svůj způsob života.** Výkon trestu v jejich případě fungoval jako důrazné varování. Jak říká bývalý 33letý klient: *„Já jsem si odseděl 8 měsíců... Řídl jsem, i když jsem neměl řidičák, takže jsem mnil úřední rozhodnutí a dostal jsem 8 měsíců... Dalo mi to rád... Od té doby normálně žiju... Byla to máje hloupost... Já jsem si furt myslel jo, podmínka, v pohodě, pro mě to bylo takový, že mi to furt nestačilo.“* Pobyt ve vězení pomohl i další bývalé klientce: *„Já jsem byla zavřená rok a půl*



za krádeže... Měla jsem to na 3 roky, jako tři roky jsem dostala... Tedka jsem 7 měsíců doma na podmínku... Nejhorší byli ty lidi tam, ty další odsouzení... Ona to byla většina cikánů a ty tam furt brali nějaký ty prášky a byli prostě takový, no agresivní byli, hnusný... Svým způsobem jsem si tam uvědomila, že chci žít už normální život, chodit do práce, být s dětma.“

Výkon trestu jako odstranění vředyky nepůsobí, tak tomu bylo v případě 26leté bezdomovkyně: „Byla jsem tam rok a půl... aspoň jsem se vyléčila z těch sobáčů... to byl pionýrské tábor... vždyť to nic není, tam se o vás postarají, máte denně sprchu, 3x denně jídlo...“ Klientka se po krátké době na ulici dostala znovu do vězení.

Někteří bezdomovci mají **problémy s agresivitou**, vesměs jde o lidi, kteří jsou závislí na drogách nebo na alkoholu. Takovým lidem brání v návratu do společnosti jejich sklony k nepřiměřenému reagování. Problémy s agresivitou měl např. 35letý bezdomovec: „Za rvačky a ublížení na zdraví... No měl jsem přestupkový komise dvě, kde vlastně jsem měl ublížení na zdraví dvakrát... No já jsem se furt pral...“ A stejně tak i další 27letý klient: „Před nějakými třema rokama jsem dostal podmínku, měl jsem si jít sednout... protože jsem porušil tu podmínku, co jsem měl předtím... No zmlátil jsem ho... Neměl zlomenýho nic, akorát se dlouho nezvedal ze země no, odvezla ho sanitka s rozmláceným ksichtem a bylo to...“ Za rvačku byl podmíněčně odsouzený také 28letý klient: „Já mám podmínku na pět let... porval jsem se blbě. Já jsem byl napítej...“

8. Změny osobnostních charakteristik související s délkou pobytu na ulici

Délka pobytu na ulici a s ní související **adaptace na bezdomovecký styl života** je důležitým faktorem. Čím déle člověk zůstává na ulici, tím víc se mění jeho návyky a postoje, obvykle k horšímu, a tím je pro něj těžší svůj život změnit. Většina lidí, kteří se z ulice dostali, žili jako bezdomovci v průměru jen rok života. Výjimkou je jedna žena, která prožila na ulici 7 let svého života a v současné době se po výkonu trestu vrátila domů ke své matce a pracuje. Polovina lidí, kteří žijí i po pěti letech jako bezdomovci, byla v době prvního rozhovoru na ulici již 2 a více roků. To znamená, že již tehdy byli chronickými bezdomovci.

9. Věk, kdy se člověk dostane na ulici

Důležitý může být i věk, kdy mladí lidé skončili na ulici. Určitá zralost a předcházející **zkušenost se standardním způsobem života** mohla hrát roli i při odchodu z ulice. Lidem, kteří dokázali odejít z ulice, bylo v době propadu do bezdomovectví v průměru 24 let. Lidem, kteří žijí stále jako bezdomovci, bylo v té době v průměru jen 21 let. Byli tudíž méně zkušení a nestačili si osvojit potřebné návyky a přijmout fakt, že dospělý člověk má určité povinnosti a zodpovědnost. Zkušenosti z ulice je zformovaly jinak, což je jim při návratu do společnosti spíš na překážku.

10. Význam představ a plánů, které měli před 5 lety

Mladí bezdomovci měli často snahu odejít z ulice, i když se jim to vředyky nepovedlo. O tom mohou svědčit i představy, jaké měli před 5 lety o své budoucnosti. Většina lidí (70 %), kteří se vrátili do společnosti, měla již v této době **konkrétní plán**: seženou si práci a pak bydlení, a také to udělali. Ze skupiny přetrvávajících bezdomovců měla takové plány jen třetina. Polovina z nich o své budoucnosti vůbec neuvažovala. Dva lidé uvedli, že nechtějí být na ulici, ale svou představu dále nespécifikovali a nic pro její realizaci neudělali.

SHRNUTÍ

Z analýzy rozhovoru se skupinou chronických bezdomovců, kteří jsou na ulici víc než 5 let, vyplývá několik obecněji platných zjištění o tom, jací tito lidé jsou a co je příčinou jejich setrvávání nebo opětovného propadu na ulici:

1. **Chroničtí bezdomovci jsou lidé, kteří jsou koncentrováni na přítomnost, nepřijemné či omezující kroky odkládají a svoje problémy neřeší.** Naučili se přežívat ze dne na den. Preferují nejméně náročnou variantu a setrvávání ve stávající pozici, což funguje jako obrana před dalším stresem. Svůj vlastní život aktivně neřídí, a pokud vůbec plánují, tak jde vesměs o pouhé proklamace, které nejsou schopni uskutečnit. Nemají dostatečně rozvinuté volní



vlastnosti, nejsou systematictí a vytrvalí, chybí jim disciplína a nedokážou přijmout ani běžné omezení. V jejich přístupu převažuje pasivita, bývají rezignovaní a fatalističtí. Sami o sobě říkají, že jsou líní a pohodlní. Na ulici jim to nevyhovuje, ale nedokážou pro zlepšení své situace něco udělat. Navíc nemají dostatek důvěry v pozitivní výsledek. Jejich přístup vyplývá z kombinace znevýhodňujících osobnostních vlastností, ale souvisí i s adaptací na bezdomovecký styl života a s mnohaletým užíváním drog. Jejich přístup je zřejmý z následujících výroků:

- „Měl jsem v plánu se jít na pracák zaregistrovat... nějak mi to nevyšlo.“
 - „To nevím, co budu dělat, já nad tím ani nějak nepřemýšlím. Ono se to nějak vyvrbí, nějak bude... Sere mě, že jsem tam, kde jsem, ale nic pro to neudělám... Já jsem spíš smířenej s tím, že tady budu.“
 - „Já jsem líněj. Jsem líněj lajdák... Já jsem pohodlněj něco dělat. Já se spíš začínám obávat, že mě ta moje pohodlnost dostane do takovýho stádia, že jednou chctpu na ty ulici...“
 - „Jako já jsem rezignoval, nejde mi to prostě.“
 - „Asi to tak mělo být, že jsem tam asi měl skončit... chtěl bych to změnit, ale jestli mi to osud dovolí...“
- Zdá se, že Tito lidé o svých nedostatečných schopnostech vědí a jsou s nimi vesměs smířeni. Čekají na nějaký impuls zvenčí, který by je dokázal dostat z ulice, ale ten nejspíš nikdy nepřijde.

2. Nerespektují pravidla a neplní svoje povinnosti. Nejsou ochotni a možná ani schopni přijmout zodpovědnost.

Nevydrží v práci, protože je to tam přestane bavit, začnou mít konflikty a nejsou schopni dodržovat požadovaný denní režim. Výsledkem je, že je buď zaměstnavatel vyhodí, nebo tam sami přestanou chodit. Nedokážou odolat lákavějším aktuálním podnětům. Nedovedou hospodařit s penězi a nerozházet je, když nějaké mají. Standardní práce je neuspokojuje, protože nepřináší peníze hned a zdá se jim, že je jich málo. Na ulici jim vyhovuje volnost a bezstarostnost.

- „Nebaví mě prostě celý den zabíjet práci... Já prostě ráno nevstanu... já se to ani nechci učit.“
- „Najednou mě to (v práci) přestalo bavit a už jsem se tam nevrátil... Je jednodušší být na ulici než chodit do práce.“
- „Lidi jdou do práce, když potřebují peníze, a když dostanou ty peníze, tak tam zase nejdou.“
- „Já když mám nějaký peníze, tak je utratím za blbosti a jsem zase na dně.“

Jednou z příčin jsou jejich osobnostní vlastnosti, ale i nedostatečné sociální dovednosti. Tito lidé se nedokážou přizpůsobit skupině a respektovat autority.

3. Nesplácené dluhy a exekuce pro ně představují tak velkou zátěž, že ji nejsou ochotni a možná ani schopni přijmout.

Nejsou motivováni systematicky pracovat, protože vědí, že by z výplaty museli splácet dluhy a zbylo by jim málo peněz. Je ale také možné, že riziko exekucí funguje jen jako racionalizace nechuti něco systematicky dělat. Může jít o výmluvu, která vyplývá z osobnostních vlastností těchto lidí a jejich nedostatečných schopností.

- „Jako šel bych do práce, ale mě se nechce platit ty dluhy... Chod' někam do práce s vidinou toho, že máš nula, nula, hovno.“
- „Když půjdu pracovat, tak mi seberou skoro celou výplatu...“

4. Důvodem neschopnosti dostat se z ulice jsou velmi často drogy a s nimi související změny prožívání a chování.

- „Vůbec mě to nebaví, ale ty drogy mě brzďej... ty drogy z tebe udělají otroka... Už se mi nechce nic dělat... Spíš bych potřeboval zavřít, možná by mi to na jednu stránku prospělo.“
- „Já se po ránu vzbudím a musím si dát špeka, abych prostě nějak začal fungovat... a když mám nastoupit do práce, nenastoupím, protože jsem úplně mimo.“

5. Mají potřebu pomoci, která by za ně všechno vyřešila, někoho, kdo by je vedl, ale není jasné, co by byli ochotni či schopni do takové spolupráce investovat oni sami.

- „Nevím, sám to asi nedám, potřebuju prostě nějak pomoci.“
- „Jde o to, chtít. Teď chci, ale zase potřebuju pomoc. Nakopat do prdele.“
- „Zatím jsem se nemoh' nějak zvednout sám od sebe.“



6. Jsou vázani na společnost bezdomovců, i když vědí, že na ně má negativní vliv, mimo ni dost často žádné osobně významné sociální vazby nemají. **K příslušníkům majority nemají důvěru a je jim jasné, že by je pravděpodobně ani nepřijali.** Nerozumí si s nimi, protože mají jiné zkušenosti a jsou zvyklí na jiné způsoby chování.

– „Kdybych se stýkal s jinějma lidma, tak by to asi šlo.“

– „Já jsem zvyklá mezi téma lidma strašně moc... potřebuju odjet z Prahy, abych se z toho dostala.“

– „Já mám strach spíš z normálního života, že když půjdu někam a oni se mě zeptají, co jsem dělal, tak co jim mám říct.“

– „Jsi spodina společnosti, takže na tebe koukají skrz prsty...“

Z analýzy rozhovoru se skupinou lidí, kteří už na ulici nežijí, rovněž vyplývá několik obecněji platných zjištění o tom, jací jsou a co museli při svém návratu zvládnout, resp. co považují pro odchod z ulice za důležité. Tito lidé musí řešit celou řadu problémů, musí překonat trauma, které vedlo k bezdomovectví, nepít a nebrat drogy, vytvořit si novou sebedůvěru a novou denní rutinu, případně obnovit vztahy s rodinou (Johnson, Chamberlain, 2008):

1. Donutit se k rozhodnutí svou situaci řešit a nějak začít. Přijmout zodpovědnost, vyrovnat se s nepříjemnými situacemi, a hlavně to nevzdát. Lidé, kteří se dostali z ulice, museli aktivovat svou vůli a udržet si motivaci navzdory nepříjemným pocitům.

– „Člověk musí najít sílu v sobě, musíte s tím chtít něco udělat, abyste se z té ulice dostal, a něco pro to udělat. Když to vzdáte, tak jste prostě v prdeli.“

– „Nejtěžší bylo udělat ten první krok.“

– „Nevymlouvat se na nic a nějak začít... Já jsem si uvědomila, že jsem byla na té ulici zbytečně dlouho, ale to si člověk uvědomí, až když na té ulici není...“

– „Já jsem celou dobu, když jsem byl na ulici, tak jsem furt něco čekal, na nějakou příležitost nebo že se něco změní... ale těch příležitostí je v podstatě dennodenně dost, jen se musí chtít...“

2. Najít si práci a vydržet v ní, i když s ní člověk není stoprocentně spokojený a občas je to nepříjemné. Vytvořit si nový denní řád a dodržovat jej.

– „Já mám práci – radši bych něco jinýho, ale je to pořád práce.“

– „Nejtěžší bylo to ustávání, chození do té práce, nastavit si nějaký řád k tomu. Prostě jsem si řek', tak musím vstát a jít do té práce... říct si prostě musím.“

3. Spoléhat se sám na sebe a nečekat, že jeho problém vyřeší někdo jiný. Je ovšem pravda, že lidé s většími potížemi a omezenějšími kompetencemi pomoc potřebují, bez ní by nebyli schopni ani částečné soběstačnosti.

– „To už asi nejde, aby ty sociální služby pomáhaly víc, to je spíš o vůli toho člověka, buď se chce z té ulice dostat, nebo nechce.“

– „Je to o člověku, jakou má vůli a jestli má chuť se zvednout z toho... Já jsem si řekla, že se prostě musím zvednout a žít normální život, že se musím vzpamatovat.“

4. Přetrhat vazby s lidmi, kteří zůstávají na ulici, případně i s celým zázemím, které bezdomovcům pomáhá a paradoxně je tak udržuje v závislosti na jejich službách.

– „Velice mi pomohlo přestěhování a zpretrhání vazeb s lidmi z ulice.“

– „Většinou k tomu potřebujete pomoc někoho mimo ulici a to drogový dění.“

– „Tím, že se omezilo denní centrum (Naděje), tak mě to dokopalo začít si uvědomovat, že bych měl se sebou něco dělat.“

6. Někdy jim pomohl zásah zvenčí, např. pobyt ve vězení, nebo osobně významný podnět, např. narození dítěte, který je přiměl změnit styl života. Podnětem ke změně může být i pouhé uvědomění neúnosné proměny sebe sama – např. v konfrontaci s někým z dřívějších známých.

– „Tam (ve vězení) jsem si uvědomila, že už chci žít normální život... Kdyby nebylo vězení, tak jsem furt tam a možná ještě hůř.“



- „Vězení mi dalo rád.“
 – „Mě asi probralo, když jsem zjistila, že jsem těhotná a musím přestat myslet jenom na sebe.“

ZÁVĚR

Život mladých bezdomovců – bývalých i stávajících – měl určitou dynamiku, měnilo se jejich sebepojetí, potřeby i chování. O odchodu z ulice uvažovala alespoň občas většina lidí, ale jenom část z nich dokázala svůj úmysl uskutečnit. Jiní neudělali nic, obvykle proto, že nebyli dost vytrvalí a systematictí, ale stále věří, že se jim to jednou podaří a nezůstanou na ulici navždy. U části z nich převládala rezignace na jakoukoli změnu a uvědomění, že jí vlastně nejsou schopni. A někdy už o ni ani nestojí, jsou lhostejní k čemukoli, včetně vlastního života. Pomoc pro tyto lidi spočívá už jen v zajištění jejich základních potřeb. Z hlediska pravděpodobnosti zvládnutí odchodu z ulice jsou důležité schopnosti, zejména ty exekutivní, které zajišťují sebeřízení, ale i dostatek sebedůvěry a odhodlání, případně i podpora a pomoc v situaci, kdy dojde ke kumulaci zátěží spojených s návratem do společnosti. Vzhledem k tomu, že k propadu na ulici i k setrvání v bezdomoveckém způsobu života mohou přispět různé faktory, je třeba k nim přihlížet i při volbě vhodné formy pomoci.

PŘÍNOS STUDIE PRO TEORII A PRAXI SOCIÁLNÍ PRÁCE

Pro teorii a praxi sociální práce přináší studie zajímavé poznatky o komplexním a dynamickém působení faktorů vývoje psychologických, osobnostních a environmentálních, které mají vliv na chronicitu životní situace mladých bezdomovců. Z hlediska metodologie výzkumu poukazuje práce na možnosti aplikace kvalitativního přístupu v longitudinálním designu u sociálně marginalizované skupiny. Z perspektivy praktické aplikace z výsledků studie vyplývá, že u mladých bezdomovců je třeba již od počátku podporovat jakékoli pracovní uplatnění, i kdyby šlo jen o brigády nebo částečné úvazky. Důležitá je i volba vhodného typu práce a její náročnosti pro daného jedince (např. na ranní vstávání či kooperaci se spolupracovníky). Nároky pracovních povinností nemohou být na počátku příliš velké, protože by je tito lidé nezvládli. Najít si práci a vydržet v ní je významným krokem k návratu do společnosti. Nezbytný je i vhodný přístup k dluhům. Nesplácené dluhy a exekuce nelze řešit hned, ale je třeba přimět tyto lidi alespoň k tomu, aby je dále nenavýšovali. Včasný zásah umožní pozdější řešení tohoto problému osobním bankrotem. Je třeba pracovat i se sebepojetím mladých bezdomovců a podporovat jejich sebedůvěru dosažením alespoň částečného zlepšení situace. Vhodná je i podpora kontaktu s rodinou, pokud nějakou mají, případně i s dalšími lidmi mimo bezdomoveckou komunitu. Přetrvávající vazba na lidi, kteří žijí na ulici, brání návratu do společnosti, je třeba, aby měli vztahy i s někým jiným. Užívání drog je nejzávažnější překážkou návratu do společnosti, a proto je třeba konzumenty drog informovat o možné pomoci a podporovat jejich rozhodnutí tento problém řešit. Je užitečné hledat vhodné podněty, které by mladé lidi žijící na ulici mohly přimět k rozhodnutí svou situaci změnit. Důležitá bývá i včasnost nabízené pomoci, dokud se mladý člověk od společnosti příliš neodpoutá a životu na ulici nepřivykne.

POUŽITÉ ZDROJE

- BEARSLEY-SMITH, C. A., BOND, L. M., LITTLEFIELD, L. et al. 2008. The Psychosocial Profile of Adolescent Risk of Homelessness. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(17), 226–234.
- CATON, C. L., DOMINGUEZ, B., SCHANZER, B. et al. 2005. Risk Factors for Long-term Homelessness: Findings from a Longitudinal Study of First-time Homeless Single Adults. *American Journal of Public Health*, 10(95), 1753–1759.
- CATON, L. M., WILKINS, C., ANDERSON, J. 2007. *People who Experience Long-term Homelessness: Characteristics and Interventions*. In: National Symposium on Homelessness Research. September 2007. Washington DC: SDHHS, USHUD.
- COWARD-BUCHER, C. E. 2008. Toward a Need-based Typology of Homeless Youth. *Journal of Adolescent Health*, 6(42), 549–554.



- HRADECKÝ, I. 2015. Co znamená pro společnost bezdomovectví? In: *Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice. Sborník z konference*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 9–22.
- JOHNSON, G., CHAMBERLAIN, C. 2008. From Youth to Adult Homelessness. *Australian Journal of Social Issues*, 4 (43), 563–582.
- KIDD, S., SHAHAR, G. 2008. Resilience in Homeless Youth: The Key Role of Self-esteem. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2(78), 163–172.
- KOEGEL, P. 2004. Causes of Homelessness: Overview. In: LEVINSON, D. (Ed.). *Encyclopedia of Homelessness*. London: Sage, 50–59.
- KOEGEL, P. 2004. Homelessness. In: LEVINSON, D. (Ed.). *Encyclopedia of Homelessness*. London: Sage, 124–127.
- KOŽENÝ, J. 1999. Odhad EPQ/A skóru na podkladě krátké verze WPQ/S. *Československá psychologie*, 1(43), 14–19.
- MALLET, S., ROSENTHAL, D., KEYS, D. 2005. Young People, Drug Use and Family Conflict: Pathways into Homelessness. *Journal of Adolescence*, 2(28), 185–199.
- MALLET, S., ROSENTHAL, D., KEYS, D. et al. 2010. *Moving out, Moving on*. London, New York: Routledge.
- MAREK, J., STRNAD, A., HOTOVCOVÁ, L. 2012. *Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál.
- MARTIJN, C., SHARPE, L. 2006. Pathways to Youth Homelessness. *Social Science and Medicine*, 1(62), 1–12.
- OSBORN, M., SMITH, J. A. 2008. Interpretative Phenomenological Analysis. In: SMITH, J. A. (Ed.). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Method*. London: Sage.
- PĚNKAVA, P. 2010. *Výchovné vzdělávací prvek v sociální práci s cílovou skupinou osob bez přístřeší*. Rigorózní práce, FF UK Praha.
- PRUDKÝ, L. 2015. Humanistický a otevřený přístup jako jediný pramen řešení bezdomovectví. In: *Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice. Sborník z konference*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 29–41.
- ROBERT, M., PAUZÉ, R., FOURNIER, I. 2005. Factors Associated with Homeless of Adolescents under Supervision of the Youth Protection System. *Journal of Adolescence*, 2(28), 213–230.
- SALOMONSEN-SAUTEL, S., VAN LEEUWEN, J. M., GILROY, C. et al. 2008. Correlates of Substance Use among Homeless Youths in Eight Cities. *American Journal of Addictions*, 3(17), 224–234.
- SHELTON, K. H., TAYLOR, P. J., BONNER, A. et al. 2009. Risk Factors of Homelessness: Evidence from a Population based Study. *Psychiatric Services*, 4(60) 465–472.
- SHIER, M. I., JONES, M. E., GRAHAM, J. R. 2010. Perspectives of Employed People Experiencing Homelessness of Self and Being Homeless: Challenging Socially Constructed Perception and Stereotypes. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 4(37), 13–37.
- ŠTĚCHOVÁ, M., LUPTÁKOVÁ, M., KOPOLDOVÁ, B. 2008. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie*. Praha: IKSP.
- VÁGNEROVÁ, M., CSÉMY, L., MAREK, J. 2013. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Karolinum: Praha.
- VÁGNEROVÁ, M., CSÉMY, L., MAREK, J. 2012. Osobnost mladých bezdomovců. *Psychiatrie*, 1(16), 9–14.
- VAN DEN BREE, M., SHELTON, K., BONNER, A. et al. 2009. A Longitudinal Population-based Study of Factors in Adolescence Predicting Homelessness in Young Adulthood. *Journal of Adolescence Health*, 6(45), 571–578.
- VOTTA, E., MANION, I. 2003. Factors in the Psychological Adjustment of Homeless Adolescent Males: The Role of Coping Style. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 778–785.



Rizikové správanie detí v detských domovoch. Zdravie ohrozujúca konzumácia alkoholických nápojov

*Risky Behaviour of Children in Children's Homes.
Alcohol Consumption Harmful to Health*

Elena Gažiková, Veronika Šimonová

PhDr. Elena Gažiková, PhD.,¹ vyštudovala odbor sociálna práca na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. Je odbornou asistentkou na Katedre sociálnej práce a sociálnych vied na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre. Zaoberá sa problematikou sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, supervízie, sociálnej patológie a sociálneho poradenstva. Pracovala na oddelení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately v Nitre na pozícii sociálneho kurátora a na úseku ústavnej starostlivosti. Pôsobila ako člen tímu Pripravy na profesionálne rodičovstvo. Vedie výcviky sociálnych a poradenských zručností.

PhDr. Veronika Šimonová² je internou doktorandkou na Katedre sociálnej práce a sociálnych vied na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre. Zaoberá sa školskou sociálnou prácou, sociálnou politikou, sociálnou prácou s nepočujúcimi. Na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva vedie Kurz slovenského posunkového jazyka v rámci ponuky ďalšieho vzdelávania študentov fakulty. V praxi pracuje s osobami so sluchovým postihnutím. Je štatutárnou zástupkyňou občianskeho združenia TÍCHO, ktoré sa venuje podpore a pomoci osobám so sluchovým postihnutím a ich rodinám.

Abstrakt

Alkoholizmus ako pravidelné, nadmerné a zdravie ohrozujúce konzumovanie alkoholických nápojov považujeme za závislosť, ktorá ohrozuje nielen jedinca, ale aj celú spoločnosť. Článok predstavuje zistenia realizovaného výskumu, ktorého čiastkovým cieľom bolo identifikovať mieru výskytu konzumácie alkoholu u detí v detských domovoch. Výberový súbor tvorilo 141 detí z detských domovov v Nitrianskom kraji (n = 141). Celkovo boli dáta získané zo siedmich detských domovov. Išlo o zámerný výber, pričom v každom detskom domove boli respondentmi deti a mládež vo veku od 11 do 19 rokov. Zber dát sa uskutočnil pomocou dotazníka ESPAD, z ktorého boli vybrané oblasti, na ktoré bol zameraný náš výskum. Dotazník vznikol v rámci medzinárodnej štúdie ESPAD. Výskum ukázal, že takmer tri štvrtiny respondentov majú skúsenosť s požívaním alkoholických nápojov, pričom najčastejšie požívaným alkoholom je pivo a tvrdý alkohol. Výskumné zistenia demonštrujú potrebu realizovať opatrenia v oblasti sociálnej politiky a zamerať sa na tvorbu a realizáciu preventívnych programov so zreteľom na špecifické potreby detí z detských domovov.

Kľúčové slová

alkoholizmus, deti, detské domovy, rizikové správanie, prevencia

¹ Kontakt: PhDr. Elena Gažiková, PhD., Katedra sociálnej práce a sociálnych vied, Kraskova 1, 949 74 Nitra; egazikova@ukf.sk

² Kontakt: PhDr. Veronika Šimonová, Katedra sociálnej práce a sociálnych vied, Kraskova 1, 949 74 Nitra; veronika.simonova@ukf.sk



Abstract

Alcoholism, regular, excessive alcohol consumption is harmful to health. It is considered an addiction is destructive not only to an individual but also to society as a whole. One of the objectives of the research was to identify the rates of alcohol consumption by children from children's homes. The sample study group consisted of 141 children from children's homes from Nitra region ($n = 141$). In total, the data were collected from 7 children's homes. In each children's home the respondents were intentionally chosen from children and youth between the age of 11 and 19. Data collecting was carried out using ESPAD questionnaires. Particular fields were selected from the questionnaire corresponding to the objectives of the research. The research showed that almost three quarters of the respondents have had experience with alcohol consumption. The most commonly consumed form of alcohol is beer and spirits. Research findings demonstrate the need to take measures in the field of social policy and to focus on the creation and implementation of preventive programmes with regard to specific needs of children from children's homes.

Keywords

alcoholism, children, children's homes, risky behaviour, preventive

1. ÚVOD

Cieľom článku je upriamiť pozornosť na problematiku detí v detských domovoch so zameraním sa na rizikové správanie tejto cieľovej skupiny. Prináša výsledky výskumu zameraného na mieru výskytu rizikového správania detí v detských domovoch a porovnáva ich vzhľadom na pohlavie a vek detí. Pre účely tohto čísla časopisu sme spomedzi vybraných rizikových javov, ktoré boli skúmané (fajčenie cigariet, konzumácia alkoholu, užívanie marihuany alebo hašišu, kriminalita a šikana) vybrali konzumáciu alkoholu. Článok analyzuje rizikové správanie v oblasti konzumácie alkoholu a v danom kontexte sa zameriava aj na prevenciu rizikových spoločenských javov. Zaoberá sa postavením a úlohami multidisciplinárneho tímu a sociálnych pracovníkov, ktorí sú ich neoddeliteľnou súčasťou.

2. RIZIKOVÉ SPRÁVANIE

Skutočnosť, že je dieťa vyňaté zo svojej biologickej rodiny a žije v umelo vytvorenom prostredí, ktoré mu má nahrádzať domov, môže viesť deti v detských domovoch k správaniu, ktoré možno považovať za nežiaduce a ohrozujúce. Rizikové správanie je široký pojem zahŕňajúci rôzne typy nežiaduceho správania od nenápadných signálov až po veľmi závažné prejavy v správaní. Ide o správanie hraničiace a presahujúce hranicu správania, ktorú predpisuje sociálna norma. Podľa Širůčka a kol. (2007) ide o sociálny konštrukt zahŕňajúci rozmanité formy správania, ktoré nemusia byť úplne jasne vymedzené, sú to však tie, ktoré spôsobujú zdravotné, psychické alebo sociálne ohrozenie jednotlivca a jeho sociálneho okolia. Ohrozenie môže byť už reálne, alebo predpokladané. V tomto kontexte je kľúčová prevencia. Hroncová (2006) vymedzuje pojem prevencia ako predchádzanie nežiaducim javom, rôznym formám rizikového správania a problémom. Účinná sociálna prevencia je výsledkom veľmi kvalitnej komplexnej analýzy sociálnej situácie a musí sa spájať s rôznymi druhmi špecificky orientovanej prevencie. Podľa Matouška a Kroftovej (2005) je najvýznamnejším prostriedkom sociálnej prevencie výchova detí v rodinách a výchova detí v školách. Práve u detí z detských domovov absentuje výchova v rodinách a deti sa často stretávajú s predsudkami zo strany škôl, čo môže mať súvis s výskytom rizikového správania u detí z detských domovov. Medzi najčastejšie dôvody pre umiestnenie dieťaťa do detského domova podľa Bohovicovej a kol. (2000) patrí alkoholizmus rodičov, užívanie návykových látok alebo zneužívanie a týranie detí. Umiestnením dieťaťa do ústavnej starostlivosti dieťa stráca vzťah s kľúčovou osobou a snaží sa nájsť si človeka, ktorému by mohlo veriť (Matějček, 2005). Prostredie detského domova je najčastejšie spájané s psychickou depriváciou, ktorú Langmeier a Matějček (in Kovařík a kol., 2004) charakterizujú ako psychický stav, ktorý vzniká, pokiaľ nie sú uspokojované základné psychické potreby dieťaťa po určitú dlhšiu dobu. Následky tohto psychického stavu sa môžu v neskoršom vývoji jedinca



prejaviť „špecifickými nápadnosťami a vnášať do sociálnych vzťahov niektoré psychické „rizikové“ okolnosti“ (Kovářik a kol., 2004:110). „Psychická deprivácia nemôže zrušiť, zničiť, vymazať to, čo je dané geneticky, ale potláča, oslabuje, utlmuje to, čo sa ďalej deje výchovou – bráni, aby projektívne rezilientné sily prijali svoju funkciu a dostatočne ju rozvinuli“ (Matějček, 2005:218). Matějček a kol. (1997) poukazujú na určitý vzájomný vzťah medzi psychickou depriváciou a vznikom porúch správania, kedy nedostatok žiaducich podnetov k uspokojovaniu potrieb je súčasne aj psychickou motivačnou základňou pre špecifické formy správania. Obdobie puberty a dospievania možno považovať u detí v detských domovoch za najrizikovejšie. Je to obdobie, kedy prežívajú vnútorný chaos spojený s hľadaním vlastnej identity, čo môže viesť k príhlutiu k skupinám s rizikovým správaním. Jedným z rizík je aj požívanie alkoholických nápojov.

„Alkoholizmus je pravidelná a nadmerná, zdravie ohrozujúca konzumácia alkoholických nápojov, pričom závislosť od alkoholu ohrozuje nielen samého jedinca, ale aj jeho rodinu a celú spoločnosť“ (Hroncová, 2006:69). Mojtová (2008) uvádza, že alkohol je na celom svete najrozšírejšia droga, pričom len v Európe sa nachádza okolo 23 miliónov ľudí závislých od alkoholu. Vek liečených pacientov – alkoholikov každým rokom klesá a pribúda čoraz viac žien.

Skála (in Hroncová, 2006) rozoznáva 4 stupne prístupu k alkoholu:

- Abstinent – človek, ktorý nepožil alkohol v akejkolvek podobe aspoň po dobu troch rokov.
- Konzument – zásadový – pije v miernych neškodných dávkach a neopíja sa, a nezásadový – neopije sa viac ako 4krát do roka.
- Abuzér (pijan) – dostáva sa do štádia opitosti príležitostne častejšie, časť týchto ľudí aj pomerne pravidelne.
- Alkoholik – je notorickým pijanom so všetkými dôsledkami vrátane abstinenčných príznakov.

Hroncová (2006) vníma alkoholizmus ako nebezpečný jav ako z hľadiska jedinca, tak spoločnosti. Z hľadiska jedinca si vo zvýšenej miere škodí zdraviu (ochorenie pečene, vysoký krvný tlak, tráviaci systém, nervový systém, psychické ochorenia). Z hľadiska spoločenského predstavuje značné riziko v súvislosti s vysokým podielom na výskyte trestnej činnosti, častých úrazoch, dopravných nehodách, ale tiež v súvislosti so spolužitím predovšetkým v rodine – častá príčina rozvodovosti, v susedstve a na pracovisku. Obzvlášť nebezpečný je pre detský organizmus, kde aj malá dávka môže vyvolať nebezpečné otravy.

Mojtová a Krčméry (2002) vo svojej štúdii skúmali koreláciu alkoholizmu so zhubným bujením. Zistili, že požívanie alkoholických nápojov bolo štatisticky významným rizikovým faktorom zvlášť pre vznik zhubných nádorov tráviacich orgánov ($P < 0,04$). Zaoberali sa aj výsledkami 57 štúdií, kde sa až v 44 potvrdila korelácia pitia alkoholických nápojov so vznikom nádorového ochorenia a len 13 vykazovalo negatívnu koreláciu. Aj keď etylalkohol sám nie je preukázateľne karcinogénny, alkoholické nápoje obsahujú viac karcinogénnych zložiek, ktoré zvyšujú počet nádorov ústnej dutiny, hltanu, pažeráku, hrtanu, pečene a tráviacich orgánov vôbec. Nebezpečenstvo vzniku uvedených nádorov sa podstatne zvyšuje, ak človek zároveň holduje fajčeniu.

Z výsledkov prieskumu TAD (Tabak, alkohol, drogy) u žiakov ZŠ, študentov SŠ a ich učiteľov je zrejmé, že „rastie aj rozsah skúsenosti s alkoholom, pričom priemerný vek prvého kontaktu (okolo 10 rokov) sa nedarí odsunúť na neskôr. Potvrďuje to potrebu včasnej primárnej prevencie už vo veku 8–10 rokov, keď je ešte cca polovica žiakov bez takejto skúsenosti“ (Nociar, 2011).

Kolibáš, Novotný, Turček (2008) ako nebezpečný spôsob konzumácie uvádzajú epizodické, víkendové excesívne pitie, ktoré je úzko spojené s vysokým rizikom poškodenia zdravia, vysokou mierou rizika závislosti od alkoholu, pridružením výskytu ďalších sociálno-patologických javov. Donovan, Jessor, Costa (1991) svojimi výskumnými štúdiami potvrdzujú rizikový pozitívny vzťah medzi nekonvenčnosťou ako hodnotou a motívom a rizikovým správaním. Autori uvádzajú, že mladí ľudia tvoriaci túto rizikovú skupinu sa nachádzajú dokonca v dvojitom riziku. Nekonvenčnosť je spájaná s vyšším rizikom výskytu zdravia ohrozujúceho správania a taktiež vedie k rozvoju tohto správania v takom rozsahu, že mladí ľudia na toto správanie začínú postupne nazerať ako na konvenčné.



2.1. Sociálna práca s dieťaťom v detskom domove

V súvislosti so sociálnou prácou s dieťaťom v detskom domove hovoríme o multidisciplinárnom tíme. Multidisciplinárny tím tvoria pracovníci detského domova, sociálny pracovník Oddelenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, obec, akreditovaný subjekt, ďalšie spolupôsobiace subjekty (napr. škola, Centrum pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie) a iní odborníci (detský lekár, psychológ, psychiatr, špeciálny pedagóg atď.). Hrozenková (2011:58) konštatuje v súvislosti s konceptom kvality života, že „sociálna práca uprednostňuje faktor multidisciplinarity, ktorý je typický pre obsah činností realizovaných na poli sociálnej politiky, sociálnej práce, resp. sociálnych služieb“. Toto vnímanie možno aplikovať aj v práci s dieťaťom v detskom domove.

Pri realizácii plánu sociálnej práce s rodinou a dieťaťom je nevyhnutná

- dôsledná spolupráca všetkých zainteresovaných subjektov – detského domova, orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, obce, príp. akreditovaného subjektu, ktoré realizujú poradenskú, výchovnú a kontrolnú činnosť;
- pravidelné prehodnocovanie opodstatnenosti dočasného umiestnenia dieťaťa v detskom domove.

Kompetencie sociálneho pracovníka v detskom domove rozlišujeme vo vzťahu k dieťaťu, k profesionálnym rodinám a vo vzťahu k biologickým rodinám. V zmysle zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele sociálny pracovník spolupracuje tak s vychovávateľmi, ako aj s obcou, Úradom práce sociálnych vecí a rodiny s oddelením sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a s rôznymi akreditovanými subjektmi. Jeho práca však nemá len administratívny charakter. Sociálny pracovník vykonáva metódy sociálnej práce s dieťaťom, najmä sociálne poradenstvo. Významnou mierou zabezpečuje sociálny pracovník starostlivosť o dieťa a jeho prípravu na osamostatnenie sa a úspešné začlenenie do spoločnosti po odchode z detského domova. Je potrebné, aby už počas pobytu dieťaťa v detskom domove participoval na jeho príprave na trh práce formou poradenstva pri voľbe povolania a pomáhal pri sprostredkovaní prvého zamestnania (Hudecová, Jusko a kol., 2010).

3. SKÚMANIE RIZIKOVÉHO SPRÁVANIA DETÍ V DETSKÝCH DOMOVOCH

Na základe vyššie uvedených teoretických východísk definujeme výskumný cieľ ako: Identifikovať mieru výskytu konzumácie alkoholu u detí v detských domovoch. K danému cieľu si môžeme položiť nasledovnú výskumnú otázku (VO1): Aká je miera výskytu konzumácie alkoholu u detí z detských domovov? K uvedenému cieľu si stanovujeme hypotézy, pri ktorých vychádzame zo Záverečnej správy z prieskumu TAD u žiakov ZŠ, študentov SŠ a ich učiteľov v roku 2010 (Nociar, 2011).

Nakoľko chceme komparovať vybrané druhy rizikového správania vzhľadom na pohlavie a vek, pre lepšiu prehľadnosť ich zoskupujeme podľa daných premenných:

- komparácia konzumácie alkoholu vzhľadom na pohlavie,
- komparácia konzumácie alkoholu vzhľadom na vek.

3.1. Výberový súbor

Výberový súbor tvorilo spolu 141 detí z detských domovov v Nitrianskom kraji. Celkovo sme získali dáta zo siedmich detských domovov. Detské domovy boli oslovované zámerne, pričom v každom z nich boli vybrané deti vo veku od 11 do 19 rokov. Všetky zúčastnené DeD podpísali v zastúpení ich riaditeľa/ľky informovaný súhlas s účasťou na danom výskume. Zo 141 respondentov bolo 78 dievčat (55 %) a 63 chlapcov (45 %).

77 detí je navštevujúcich základnú školu a 63 navštevujúcich strednú školu.

3.2. Metóda zberu dát

Pre zber dát bol vybraný dotazník ESPAD. ESPAD je projekt európskeho školského prieskumu o alkohole a iných drogách. Začal v polovici deväťdesiatych rokov dvadsiateho storočia z iniciatívy švédskych výskumníkov zo švédskej Rady pre alkohol a drogy. Hlavným cieľom medzinárodnej štúdie ESPAD je získať štandardné, vzájomne porovnateľné informácie o celkovom výskyte fajčenia, pitia alkoholu a užívania nelegálnych drog u európskej mládeže. Národným koordinátorom tohto projektu v Slovenskej republike bol v rokoch 1994 až 2010 doc. PhDr. Alojz Nociar, CSc., z Výskumného ústavu



detskej psychológie a patopsychológie (VÚDPaP). Pre výskum sme vybrali z daného dotazníka oblasti, ktoré sa týkajú nami vybraných druhov rizikového správania.

Pre účely tohto článku sa budeme bližšie venovať druhej oblasti, ktorá sa týkala konzumácie alkoholu, a taktiež bola zameraná na 4 oblasti – dostupnosť alkoholu, miera vypitých alkoholických nápojov, prvé užitie alkoholu, preferovaný typ alkoholu.

Po zbere boli dáta podrobené štatistickej analýze, ktorá pozostávala z univariačnej a bivariačnej analýzy. Pre spracovanie dát sme využili Microsoft Excel 2010. V rámci univariačnej analýzy sme pracovali s početnosťami (frekvenciami), percentuálnym zastúpením, mediánom, aritmetickým priemerom a štandardnou odchýlkou. Pri bivariačnej analýze sme využívali testy pre komparáciu, a to v prípade nominálnych premenných Pearsonov Chí-kvadrát, pri ordinálnych premenných Mann-Whitneyho U test a pri kardinálnych premenných Studentov T-test pre dva nezávislé výbery. Výsledky boli zobrazené pre lepšiu prehľadnosť graficky a tabuľkovo.

3.3. Výsledky

V súvislosti s konzumáciou alkoholu u detí z detských domov sme si kládli nasledujúcu výskumnú otázku: Aká je miera výskytu konzumácie alkoholu u detí z detských domovov?

Najskôr sme sa zamerali na dostupnosť jednotlivých druhov alkoholu. Najväčšie množstvo detí z detských domovov uvádzalo za najviac nemožné získať alkopops, potom víno, tvrdý alkohol, mušt a nakoniec pivo.

V rámci otázky o počte prípadov vypitia nejakého alkoholického nápoja počas života 31 % detí uviedlo, že počas svojho života nevypili žiadny alkoholický nápoj, 19 % uviedlo počet prípadov 1–2-krát, 7 % detí uviedlo odpoveď 3–5-krát, 13 % detí 6–9-krát, 11 % detí 10–19-krát, 6 % detí 20–39-krát a nakoniec 13 % detí uviedlo odpoveď 40-krát a viac vypitie alkoholického nápoja počas svojho života.

Pýtali sme sa taktiež detí z detských domovov, aby si spomenuli na posledných 30 dní a uviedli, koľko ráz vypili niektorý z uvedených alkoholických nápojov. 40 a viackrát vypitie alkoholického nápoja bolo prítomné u tvrdého alkoholu v piatich prípadoch a raz pri pive. Pivo v rámci ostatných typov alkoholu viedlo v počte označení jeho vypitia počas posledných 30 dní, ako druhý najčastejšie užívaný typ alkoholu bol tvrdý alkohol.

Ďalšia otázka smerovala na vek prvého kontaktu s alkoholom. Pri pive viac ako 40 % uvádzalo, že ho nikdy nepilo, pri mušte to bolo viac ako 70 % detí, pri alkopopse taktiež viac ako 70 % detí, pri víne skoro 50 % detí a pri tvrdom alkohole viac ako 50 % detí. Vek detí vypitia alkoholu bol v najväčšej miere pri pive 9 rokov a menej, pri mušte taktiež 9 rokov a menej, pri alkopopse 12 rokov, pri víne 9 rokov a menej a pri tvrdom alkohole 15 rokov.

Súčasťou danej otázky bolo aj zisťovanie veku, v ktorom sa deti po prvý raz opili. 56 % detí z detských domov uviedlo, že sa neopili nikdy. 4 % detí malo pri prvom opití sa 9 rokov a menej, 3 % detí 10 rokov, 5 % detí 11 rokov, 4 % detí 12 rokov, 4 % detí 13 rokov, 4 % detí 14 rokov, 10 % detí 15 rokov a 10 % detí 16 rokov a viac.

3.3.1. Konzumácia alkoholu u detí z detských domovov vzhľadom na pohlavie

Výskumná otázka týkajúca sa dostupnosti alkoholu vzhľadom na pohlavie znela:

VO2: Existujú rozdiely medzi chlapcami a dievčatami z detských domovov v dostupnosti alkoholických nápojov?

Signifikancia vyšla nižšia ako stanovená hladina 0,05 v dvoch prípadoch, a to konkrétne pri mušte a tvrdom alkohole. Na základe daných výsledkov konštatujeme, že medzi chlapcami a dievčatami existuje štatisticky významný rozdiel v dostupnosti muštu a v dostupnosti tvrdého alkoholu, pričom v oboch prípadoch bolo pre chlapcov ľahšie sa k nim dostať. V prípade piva, alkopopsu a vína neexistuje štatisticky významný rozdiel v ich dostupnosti ($p > 0,05$).

Čo sa týka konzumácie alkoholu počas života, bola stanovená nasledujúca hypotéza:

H1: Predpokladáme, že chlapci z detských domovov skonsumovali počas svojho života viac alkoholických nápojov ako dievčatá z detských domovov.

Medzi chlapcami a dievčatami z detských domovov existuje štatisticky významný rozdiel v množstve alkoholu vypitého počas života, pričom chlapci vypili alkoholu viac ako dievčatá.



Ďalšia hypotéza sa týkala množstva vypitých alkoholických nápojov za posledných 30 dní vzhľadom na pohlavie detí.

H2: Predpokladáme, že chlapci z detských domovov skonzumovali počas predchádzajúcich 30 dní viac alkoholických nápojov ako dievčatá z detských domovov.

Vo všetkých piatich typoch alkoholu sme nezaznamenali signifikanciu nižšiu ako 0,05. Z toho vyplýva, že medzi chlapcami a dievčatami neexistuje štatisticky významný rozdiel v množstve skonzumovaného alkoholu za posledných 30 dní, a to konkrétne pri pive, mušte, alkopopse, víne a tvrdom alkohole.

H3: Predpokladáme, že chlapci z detských domovov začínajú piť alkoholické nápoje skôr ako dievčatá z detských domovov.

Rozdiely medzi chlapcami a dievčatami sme nezaznamenali v žiadnom z typov alkoholu, a dokonca ani pri prvom opití sa, a teda konštatujeme, že medzi chlapcami a dievčatami neexistuje štatisticky významný rozdiel ($p > 0,05$) z hľadiska veku začatia konzumovania alkoholických nápojov.

3.3.2. Konzumácia alkoholu u detí z detských domovov vzhľadom na vek

V danej časti sa zameriavame na komparáciu konzumácie alkoholu vzhľadom na to, či deti z detských domovov navštevujú základnú, alebo strednú školu. Prvá z hypotéz sa vzťahuje k dostupnosti alkoholu: H4: Predpokladáme, že pre deti z detských domovov navštevujúce strednú školu sú alkoholické nápoje dostupnejšie ako pre deti z detských domovov navštevujúce základnú školu.

Pri pive, mušte, alkopopse, víne a aj tvrdom alkohole pozorujeme, že deti zo základných škôl uvádzajú vo vyššom množstve odpovede nemožné získať ako deti zo stredných škôl a zase naopak deti zo stredných škôl uvádzajú viac odpovedí, že je pre nich veľmi ľahké získať dané typy alkoholu ako pre deti zo základných škôl.

Na základe štatistického testovania prostredníctvom Pearsonovho Chí-kvadrátu zisťujeme, že vo všetkých prípadoch typov alkoholu je dosiahnutá signifikancia nižšia či rovná 0,05, čo značí, že medzi deťmi z detských domovov navštevujúcich základnú alebo strednú školu existuje štatisticky významný rozdiel v dostupnosti piva, muštu, alkopopsu, vína a tvrdého alkoholu. Deti z detských domovov navštevujúce strednú školu uvádzajú väčšiu dostupnosť piva, muštu, alkopopsu, vína a tvrdého alkoholu ako deti z detských domovov navštevujúce základnú školu.

Nasledujúca nami stanovená hypotéza znela:

H5: Predpokladáme, že deti z detských domovov navštevujúce strednú školu skonzumovali počas svojho života viac alkoholických nápojov ako deti z detských domovov navštevujúce základnú školu.

Medzi deťmi z detských domovov navštevujúcimi základnú a strednú školu existuje štatisticky významný rozdiel v množstve skonzumovaného alkoholu počas života a deti zo stredných škôl ho skonzumovali viac.

H6: Predpokladáme, že deti z detských domovov navštevujúce strednú školu skonzumovali počas predchádzajúcich 30 dní viac alkoholických nápojov ako deti z detských domovov navštevujúce základnú školu.

Na základe daných zistení konštatujeme, že medzi deťmi z detských domovov navštevujúcimi základnú a strednú školu existuje štatisticky významný rozdiel v množstve skonzumovaného piva a tvrdého alkoholu za posledných 30 dní, pričom deti navštevujúce strednú školu skonzumovali viac piva a tvrdého alkoholu.

4. DISKUSIA

Výskumnou otázkou Aká je miera výskytu konzumácie alkoholu u detí v detských domovoch? sme dospeli k nasledujúcim zisteniam.

Z hľadiska dostupnosti jednotlivých druhov alkoholu najväčšie množstvo detí z detských domovov uvádzalo za najviac nemožné získať alkopops, potom víno, tvrdý alkohol, mušt a nakoniec pivo.

31 % detí z detských domovov uviedlo že počas svojho života nevypili žiadny alkoholický nápoj, zvyšok detí požílo alkohol aspoň 1-krát. Čo sa týka pozitívia alkoholu počas 30 dní, viac ako 70 % detí z detských domovov nepožilo alkohol. Najčastejšie užívaný alkohol je pivo a za ním nasleduje tvrdý alkohol, víno a mušt. Najmenej bol ako alkohol pozitívny deťmi z detských domovov alkopops. Pétiová (2009) tiež



uvádza, že deti najčastejšie pijú pivo, potom víno, destiláty a nakoniec likéry a najmenšie množstvo predstavujú iné druhy alkoholických nápojov, ako sú napríklad rôzne miešané nápoje.

Vek detí, kedy po prvýkrát požíli alkohol, bol v najväčšej miere pri pive 9 rokov a menej, pri mušte taktiež 9 rokov a menej, pri alkopopse 12 rokov, pri víne 9 rokov a menej a pri tvrdom alkohole 15 rokov.

Čo sa týka opitia, viac ako polovica detí z detských domovov sa neopila nikdy (56 %). Pétiová (2008) uvádzala neopitie sa u 61,8 % detí zo základných škôl a 25,9 % žiakov zo stredných škôl. Ak by sme dané údaje spriemerovali, potom by údaj bol 43,85 % detí, ktoré sa neopili, zo základnej a strednej školy, pričom u detí z detských domovov je tento údaj vyšší.

Alkohol pre deti z detských domovov je ťažšie dostupný ako pre deti žijúce v rodinách. Dôvodom môže byť vo veľkej miere organizovaný osobný čas detí. Dalším faktorom je tá skutočnosť, že alkohol v detskom domove nie je dostupný, alkohol v domácnostiach je dostupný ľahko, a tak majú deti z rodín viac príležitostí k jeho konzumácii. Aj napriek tomu je potrebné upriamiť pozornosť na skutočnosť, že až takmer tretina detí v detských domovoch požíla alkohol počas nasledujúcich 30 dní. Bolo by vhodné sa zaoberať otázkou, kde a akým spôsobom si deti z detských domovov dokážu zadovážiť alkohol a ako funguje systém kontroly zo strany vychovávateľov.

Štatistické testovanie nám potvrdilo H1, zistili sme, že medzi chlapcami a dievčatami z detských domovov existuje štatisticky významný rozdiel v množstve alkoholu vypitého počas života, pričom chlapci vypili alkoholu viac ako dievčatá. Podľa zistení Pétiovej (2008) sú častejším konzumentom alkoholických nápojov chlapci, a to ako i na základných školách aj stredných školách. Rovnaké konštatovanie podáva Nociar (2011) a uvádza častejšiu vlastnú skúsenosť s pitím piva, vína a liehovín u chlapcov ako u dievčat.

V hypotéze č. 2 sme sa zaujímali o konzumáciu alkoholu za posledných 30 dní a stanovili sme si predpoklad, že chlapci z detských domovov skonzumovali počas predchádzajúcich 30 dní viac alkoholických nápojov ako dievčatá z detských domovov. Rozdiely sme neznamenali ani v jednom prípade, a preto hypotézu H2 zamietame a tvrdíme, že medzi chlapcami a dievčatami z detských domovov neexistuje rozdiel v množstve skonzumovaného alkoholu za posledných 30 dní, a to konkrétne pri pive, mušte, alkopopse, víne a tvrdom alkohole. Dané zistenie je prekvapivé, keďže množstvo alkoholu za celý život je výraznejšie u chlapcov ako u dievčat, ale nie za posledných 30 dní.

V nasledujúcej hypotéze sme predpokladali, že chlapci z detských domovov začínajú konzumovať alkoholické nápoje skôr ako dievčatá z detských domovov (H3). Rozdiely neboli štatisticky významné ani pri jednom type alkoholu, a preto hypotézu H3 zamietame a tvrdíme, že medzi chlapcami a dievčatami neexistuje štatisticky významný rozdiel z hľadiska veku začatia konzumovania alkoholických nápojov. Podľa Nociara (2011) vek prvých skúseností s legálnymi drogami bol nižší pri chlapcoch, čo sa nám v tomto prípade nepotvrdilo, a dievčatá z detských domovov rovnako ako chlapci začínajú konzumovať alkoholické nápoje v rovnakom veku ako chlapci.

Nasledujúca hypotéza č. 4 predpokladala, že pre deti z detských domovov navštevujúce strednú školu sú alkoholické nápoje dostupnejšie ako pre deti z detských domovov navštevujúce základnú školu. Štatistické testovanie prinieslo štatisticky významné rozdiely v prospech väčšej dostupnosti alkoholických nápojov pre deti zo strednej školy, a preto hypotézu H4 prijímame a tvrdíme, že deti z detských domovov navštevujúce strednú školu majú väčšiu dostupnosť k alkoholickým nápojom ako deti z detských domovov navštevujúce základnú školu.

V hypotéze č. 5 sme predpokladali, že deti z detských domovov navštevujúce strednú školu skonzumovali počas svojho života viac alkoholických nápojov ako deti z detských domovov navštevujúce základnú školu. V prípade množstva alkoholu sme potvrdili rozdiely medzi deťmi zo základnej školy a strednej školy, pričom deti zo strednej školy ho skonzumovali viac, a preto hypotézu H5 prijímame a tvrdíme, že deti z detských domovov navštevujúce strednú školu skonzumovali za svoj život viac alkoholu ako deti z detských domovov navštevujúce základnú školu. Naše zistenia sú v zhode aj v výsledkami Pétiovej (2008), kde pripisuje omnoho viac skúseností s nadmernou konzumáciou alkoholu práve stredoškólakom.

V poslednej hypotéze sme predpokladali, že deti z detských domovov navštevujúce strednú školu skonzumovali počas predchádzajúcich 30 dní viac alkoholických nápojov ako deti z detských domovov navštevujúce základnú školu. Testovanie danej hypotézy sa orientovalo na päť typov alkoholických nápojov. Na základe testovania sa rozdiely potvrdili len v dvoch prípadoch, a to konkrétne pri pive



a tvrdom alkohole. Z tohto dôvodu hypotézu H6 zamietame a tvrdíme, že medzi deťmi z detských domovov navštevujúcimi strednú a základnú školu neexistujú štatisticky významné rozdiely v konzumácii množstva alkoholu počas predchádzajúcich 30 dní pri všetkých typoch alkoholu. Deti navštevujúce strednú školu skonzumovali za posledných 30 dní viac piva a tvrdého alkoholu ako deti navštevujúce základnú školu, ale nie však muštu, alkopopsu a vína. Celkovo je možné zhodnotiť, že práve spomínané druhy alkoholu, kde rozdiel vyšiel nevýznamný, patria k tým druhom alkoholu, ktoré nie sú v takej obľube ako pivo alebo tvrdý alkohol. Treba však podotknúť, že pri množstve skonzumovaného alkoholu za celý život vyšli rozdiely medzi deťmi zo základných škôl a stredných škôl ako štatisticky významné. Jedinečnosť realizovaného výskumu možno vidieť v jeho zameraní na skúmanie špecifickej skupiny, a to detí v detských domovoch, pričom výsledky možno aplikovať v praxi. Závažnosť problematiky ako aj dôraz na rozvíjanie výskumu v tejto oblasti potvrdzujú aj zistenia Golberga a kol. (2000), ktorí uvádzajú, že relevantným rizikovým faktorom drogovej závislosti je podceňovanie rizika, preceňovanie profitu vyplývajúceho napríklad z konzumácie alkoholu. Taktiež tento vnímaný krátkodobý profit z nadmernej konzumácie alkoholu zvyšuje náklonnosť k jeho užívaniu, pričom bezprostredný profit môže viesť k dlhodobým negatívnym zdravotným následkom. To zohráva v prevencii drogových závislostí kľúčovú protektívnu rolu. Krčmová (2013) uvádza, že sociálny pracovník je kompetentný intervenovať v rámci riešenia týchto sociálno-patologických javov, pretože má na to dostatočné poznanie, schopnosti a zručnosti. Mnohé výskumné štúdie potvrdzujú pozitívny dopad skupinových intervencií školského sociálneho pracovníka v oblasti eliminovania sociálno-rizikových javov, medzi nimi aj v užívaní alkoholu. Larkin a Thyer (1999) realizovali výskum, ktorého sa zúčastnilo 52 detí. Tie boli náhodne rozdelené do 2 skupín. 1. skupine sa pravidelne poskytovalo skupinové poradenstvo, naopak 2. skupine len občasne a oneskorene až po vzniku alebo objavení sa niektorého zo sociálno-rizikových javov. Výskum trval tri mesiace. Pri analýze výsledkov sa objavili značné rozdiely v správaní, nadobudnutých sociálnych zručnostiach, v kľme skupiny ako aj v študijných výsledkoch participantov, ako aj v miere výskytu sociálno-rizikových javov.

Sociálna pomoc a sociálna podpora aj zo strany pomáhajúcich profesií zvyšuje odolnosť a zlepšuje kvalitu života detí a mládeže žijúcich v detských domovoch. Výskumy upozorňujú na význam sociálnych vzťahov, význam zaradenia do sociálnej skupiny, kde je poskytovaná podpora, kde môžu deti a mládež z detských domovov zažívať pocit prijatia a zmysluplné vzťahy. Tým sa zvyšuje ich odolnosť voči stresu, rizikovému správaniu a zdravotným rizikám. Dôležitými zručnosťami, ktoré majú v tejto sociálnej skupine deti a mládež za sprevádzania sociálneho pracovníka nadobúdať, sú efektívna komunikácia, riešenie konfliktov, zvládanie stresových situácií, sebaovládanie a plánovanie, rozvíjanie obranných mechanizmov a zručností týkajúcich sa nadväzovania a udržiavania vzťahových väzieb (Yendork, Somhlaba, 2015).

4.1. Odporúčania do praxe

Na základe štúdia odbornej domácej i zahraničnej literatúry a výsledkov výskumu si dovoľujeme navrhnúť nasledovné odporúčania týkajúce sa vzdelávania a praxe.

Ukazuje sa ako nevyhnutné, aby malo dieťa v detskom domove aspoň jednu kontaktnú osobu, na ktorú má vytvorenú silnú citovú väzbu, osobu, ktorú rešpektuje, od ktorej si vie brať pozitívne vzory, čo by mohlo viesť k postupnej eliminácii rizikového správania dieťaťa.

Zo strany detského domova je potrebné vytvoriť čo najideálnejšie podmienky so zreteľom na podporu kontaktu s takouto osobou s cieľom eliminovať emočnú depriváciu u detí. Môže ísť o osobu vychovávateľa, alebo aj o osobu blízku zo školského prostredia, prípadne z otvoreného prostredia, napr. spolužiak či kamarát. Tiež je nevyhnutná intervencia psychológa, či už v prostredí detského domova alebo mimo neho. Sociálny pracovník detského domova by mal v prípade požitia alkoholických nápojov dieťaťom úzko spolupracovať so sociálnym pracovníkom oddelenia SPODaSK.

Sociálny pracovník detského domova by mal viesť s dieťaťom rozhovor v pokojnej atmosfére, s cieľom porozumieť dôvodom dieťaťa, ktoré ho vedú k požívaniu alkoholických nápojov. Nie je vhodný represívny prístup, kedy je dieťa upozorňované na tú skutočnosť, že ak bude v tomto správaní pokračovať, bude umiestnené do redukčného centra, ktorý z vlastnej praxe považujeme za demotivujúci a neúčinný.

Zo strany MPSVaR podporovať tvorbu a realizáciu preventívnych programov ako pre zamestnancov detských domovov, tak aj pre samotné deti s ohľadom na ich špecifické potreby.



Vhodným riešením je rozvíjanie zapojenosti dobrovoľníkov do spolupráce s detskými domovmi ako aj zapojenie občianskych združení, neziskových organizácií a štátnych inštitúcií s cieľom podpory zmysluplného využívania voľného času, podchytenia a rozvoja daností detí z detských domovov.

V rezorte školstva odporúčame realizáciu opatrení v zmysle vzdelávania a výcvikov pedagogických pracovníkov zameraných na zvýšenie citlivosti, lepšieho uchopenia problému, práce so vzniknutým problémom v zmysle patológie so zreteľom na špecifickú kategóriu detí z detských domovov.

V neposlednom rade odporúčame realizáciu ďalších výskumných štúdií v tejto oblasti. Ako uvádza Coie a kol. (1993), prevencia drogových závislostí založená na vedeckovýskumných poznatkoch je významným zdrojom aktuálneho stavu poznania rizikových a protektívnych faktorov užívania drog.

ZÁVER

Problematicu detí v detských domovoch považujeme za dôležitú a v mnohých smeroch neprebádanú. Viacerí autori sa venujú tejto oblasti, avšak problematike výskytu rizikového správania detí v detských domovoch sa venujeme ako jedni z prvých. Prostredie detského domova je spájané s psychickou depriváciou v zmysle neuspokojovania psychických potrieb dieťaťa po dlhšiu dobu. Týmto deťom chýba životná istota, potreba otvorenej budúcnosti, dostatok príležitostí pre osobnú iniciatívu. Je nutné venovať náležitú pozornosť tejto skupine detí, ktoré sú rizikovým správaním ohrozené.

Objektom nášho výskumu sa stali deti v detských domovoch. Výskum bol zameraný na výskyt rizikového správania u detí v detských domovoch v Nitrianskom kraji. Čiastkovým cieľom výskumu bolo zistiť mieru výskytu konzumácie alkoholu a porovnať ho vzhľadom na pohlavie a vek detí v detských domovoch. Ciele výskumu boli naplnené prostredníctvom dotazníkového zisťovania, ktoré bolo zamerané na zisťovanie miery výskytu rizikového správania a jeho porovnanie vzhľadom na pohlavie a vek u detí zo siedmich detských domovov v Nitrianskom kraji vo veku od 11 do 19 rokov. Pre zber dát bol použitý dotazník ESPAD, z ktorého boli vybrané oblasti, ktoré sa týkali vybraných druhov rizikového správania.

Zaujímavé sú výsledky v oblasti požívania alkoholických nápojov, kde má takmer trištvrtina detí skúsenosť s požívaním alkoholických nápojov, pričom najčastejšie požívaným alkoholom je pivo a tvrdý alkohol. Alkohol je však pre deti z detských domovov ťažšie dostupný ako pre deti žijúce v rodinách. Dôvodom môže byť väčšia kontrola zo strany vychovávateľov a tiež tá skutočnosť, že majú v pomerne veľkej miere organizovaný svoj osobný čas.

Výsledky výskumu potvrdili, že medzi chlapcami a dievčatami z detských domovov existujú rozdiely v požívaní alkoholických nápojov, pričom chlapci požíli viac alkoholu počas celého života ako dievčatá. Z pohľadu veku sa nám potvrdilo, že deti navštevujúce strednú školu vo vyššej miere požívajú alkohol. Považujeme za potrebné zamerať sa na tvorbu a samotnú realizáciu preventívnych programov s ohľadom na špecifické potreby detí z detských domovov, zapojiť dobrovoľníkov, občianske združenia, neziskové organizácie s cieľom podpory zmysluplného využívania voľného času, podchytenia a rozvoja daností detí z detských domovov. Za najdôležitejšie však považujeme, aby malo dieťa v detskom domove aspoň jednu kontaktnú osobu, na ktorú má vytvorenú silnú citovú väzbu a rešpektuje ju, ktorá je preň pozitívnym vzorom, čo by mohlo viesť k postupnej eliminácii rizikového správania.

Výsledky výskumu nachádzajú uplatnenie v oblasti prevencie rizikového správania a prinášajú nové poznatky pre domácu a zahraničnú vedeckú komunitu.

POUŽITÉ ZDROJE

BOHOVICOVÁ, M. a kol. 2000. *Profesionálny rodič, alebo gulatá kocka: Sprievodca profesionálnou náhradnou výchovou v rodine*. Bratislava: Občianske združenie Návrat.

COIE, J. D. et al. 1993. The Science of Prevention: A Conceptual Framework and Some Directions for a National Research Program. *American Psychologist*, 1993, 48(10), 1013–1022.

DONOVAN, J. E., JESSOR, R., COSTA, F. M. 1991. Adolescent Health Behavior and Conventionality-Unconventionality: An Extension of Problem-Behavior Theory. *Health Psychology*, 1991, 10(1), 52–61.

GOLDBERG, J., FISCHHOFF, B. 2000. The Long-term Risks in the Short-term Benefit: Perceptions of Potential Addictive Activities. *Health Psychology*, 19(3), 299–303.



- HRONCOVÁ, J. a kol. 2006. *Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov*. Banská Bystrica: PF UMB.
- HROZENSKÁ, M. 2011. *Kvalita života starších ľudí v priestore spoločenských vied*. Nitra: Effeta.
- HUDECOVÁ, A., JUSKO, P. a kol. 2010. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici.
- KOVAŘÍK, J. a kol. 2004. *Náhradní rodinná péče v praxi*. Praha: Portál.
- KRČMOVÁ, L. 2013. Školskí sociální pracovníci a socializácia v slovenských školách. In: KOZOŇ, A. 2013. *Etické otázky socializácie sociálnej práce a príbuzných vedných disciplín*. Trenčín: SpoSoIntE.
- KOLIBÁŠ, E., NOVOTNÝ, V., TURČEK, M. 2008. Skúsenosti študentov vybraných fakúlt vysokých škôl s psychoaktívnymi látkami. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, 43(4), 221–232.
- LARKIN, R., THYER, B. A. 1999. Evaluating Cognitive-behavioral Group Counseling to Improve Elementary School Students' Self-esteem, Self-control, and Classroom Behavior. *Behavioral Interventions*, 14(3), 147–161.
- MATĚJČEK, Z. a kol. 1997. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- MATĚJČEK, Z. 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada.
- MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. 2005. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál.
- MOJTOVÁ, M. 2008. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava: SAP.
- MOJTOVÁ, M., KRČMĚRY, V. 2002. Alkoholizmus a možná korelácia so zhubným bujením. *Acta Chemotherapeutica: Časopis Slovenskej chemoterapeutickej spoločnosti SLS (SCHS)*, 11(2), 125–137.
- NOCIAR, A. 2011. *Záverečná správa z prieskumu TAD u žiakov ZŠ, študentov SŠ a ich učiteľov v roku 2010* [online]. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. [20. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=Document&DocumentID=845>
- PÉTIOVÁ, M. 2008. *Sociálno-patologická problematika mládeže v SR* [online]. Bratislava: FF UK Bratislava. [15. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.iuventa.sk/sk/Vyskum-mladeze/Vyskumy-katalog-dat/2007/Socialno-patologicka-problematika-mladeze-v-SR-1.alej>
- ŠIRŮČEK, J. a kol. 2007. Sociální opora rodičů a vrstevníků a její význam pro rozvoj rizikového chování v adolescenci. *Československá psychologie*, 51(5), 476–488.
- YENDORK, J. S., SOMHLABA, N. Z. 2015. The Role of Demographic and Positive Psychological Factors on Quality of Life in Ghanaian Orphans Placed in Orphanages: An Exploratory Study. *Child Indicators Research*, 2016, 9(2), 429–443.



Proměny sociální práce v informační společnosti: reflexe sociálních pracovníků sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi¹

The Transformation of Social Work within an Information-based Society: Reflections of Social Workers on Social Activation Services for Families with Children

Adéla Recmanová, Soňa Vávrová

Mgr. Adéla Recmanová² je doktorandkou oboru Sociální práce na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity. V rámci výzkumné činnosti se zabývá důsledky modernizace pro společnost a pro sociální práci, s důrazem na proces informatizace. V praxi se věnuje lidem ze sociálně znevýhodněného prostředí a školské prevenci rizikového chování a kriminality.

Doc. Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.,³ působí na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity, kde je koordinátorkou doktorského studijního oboru Sociální práce. Výzkumně se zabývá úlohou sociální práce a postavením sociálních pracovníků v sociálních službách, kvalitou sociálních služeb a procesem jejich transformace spojeným s deinstitucionalizací.

Abstrakt

Od konce 20. století intervenují do chodu společnosti mnohé procesy určující její podobu. Jedním z nich je informatizace, která proniká i do oblasti sociální práce. V českém prostředí není procesu informatizace sociální práce, který s sebou přináší implementaci informačních a komunikačních technologií do jejího výkonu, prozatím věnována dostatečná pozornost. Cílem statí je předložit zkušenosti ze zahraničí, tyto komparovat s českým prostředím sociální práce a hledat možnosti transferu zahraničních poznatků a zkušeností. Stat' přináší parciální výsledky kvalitativního výzkumu za využití techniky polostrukturovaných rozhovorů s 6 sociálními pracovníky sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi zaměřeného na reflexi informatizace české sociální práce. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci proces informatizace velmi intenzivně vnímají, přičemž se podle nich nejvýznamněji dotýká třech oblastí: (1) vedení intervencí sociálním pracovníkem; (2) formy komunikace mezi sociálním pracovníkem a uživatelem a (3) vztahu sociálního pracovníka s uživatelem. Získané poznatky a identifikované oblasti jsou ve shodě s tématy řešenými zahraniční odbornou literaturou, tudíž se lze při jejich řešení touto inspirovat.

¹ Článek vznikl v rámci řešení projektu SGS02/FSS/2017 *Informační a komunikační technologie v sociální práci s uživateli sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi*.

² Kontakt: Mgr. Adéla Recmanová, Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fráni Šrámka 3, 709 00 Ostrava – Mariánské Hory; adela.recmanova@osu.cz

³ Kontakt: Doc. Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D., Katedra sociální práce, Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fráni Šrámka 3, 709 00 Ostrava – Mariánské Hory; sona.vavrova@osu.cz



Klíčová slova

sociální práce, informační společnost, informatizace, informační a komunikační technologie, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Abstract

Many processes and factors have been impacting on the way society functions and how society structures itself since the end of the 20th century. Informatization, which also penetrates into the field of social work, is one of them. In the Czech environment, researchers do not pay sufficient attention to the process of the informatization of social work, which entails the implementation of ICT into its operations. The aim of this article is to look at the experiences and practice from other countries, to compare it with the Czech environment of social work, and to explore the possibilities implementing good examples of gained knowledge and experience. This article presents partial results of a qualitative research study using semi-structured interviews with 6 social workers from SAS for families with children. The research focused on the reflections on the informatization of the Czech social work. It has shown that social workers recognise the process of informatization within their area of work as being very important and very prevalent. It most significantly affects three areas: (1) guidance to the interventions carried out by social workers, (2) forms of communication between social workers and users, (3) relationships between social workers and users. The acquired knowledge and the identified areas are in conformity with the topics dealt with in foreign literature. They can be used as an inspiration for finding the solutions.

Keywords

social work, informatization, information and communication technologies, social activation services for families with children

ÚVOD

Sociální práce jako akademická disciplína i praxe se stává nositelem a zprostředkovatelem sociální změny, čímž ovlivňuje podmínky a potažmo životní styly lidí, ke kterým svou činnost směřuje. Avšak i sama podoba sociální práce se v historickém vývoji měnila, a to v závislosti na čase a prostoru, ve kterém se formovala. Od konce 20. století dochází v globálním světě k časoprostorové konvergenci, která akceleruje počátkem 21. století. V oblasti přenosu a dostupnosti informací a zprostředkování služeb tuto podpořil nástup nových informačních a komunikačních technologií (dále jen „ICT“⁴), které začaly infiltrovat i do oblasti sociální práce, kdy zásadním způsobem ovlivňují její současnou podobu. V souvislosti s uvedeným v sociální práci vyvstává celá řada otázek směřujících k porozumění novým technologiím, k možnostem jejich využití, a především k důsledkům informatizace pro sociální práci.

V českém prostředí ovšem není procesu informatizace sociální práce, který s sebou přináší implementaci informačních a komunikačních technologií do jejího výkonu, prozatím věnována dostatečná pozornost.

Cílem stati je proto předložit zkušenosti ze zahraničí (konkrétně odborníků reflektujících teorii i praxi sociální práce a profesních organizací z anglicky mluvících zemí), tyto komparovat s českým prostředím sociální práce a hledat možnosti transferu zahraničních poznatků a zkušeností.

1. Informační společnost

Od druhé poloviny 20. století sledujeme společenské změny, jež vedou k diskusím o povaze soudobé společnosti. Na jedné straně sociologové argumentují, že četné kvalitativní změny dospěly k nové podobě společnosti (viz např. Bauman, 2002; Lyotard, 1993), jiní autoři naopak zastávají názor, že k takovéto proměně dosud nedošlo a čelíme pozdní či vyšší formě moderní společnosti (viz např. Beck, 2011; Giddens, 2010).

Odlíšné porozumění společnosti vede k rozvoji mnoha různých konceptů, zpravidla zaměřených na jeden či více aspektů společnosti. Vzniká například koncept konzumní, masové či vzdělanostní společnosti. Stejně tak dochází k popisu společnosti na základě charakteristik, které již nesplňuje, jako je společnost

⁴ Z angl. Information and Communication Technologies.



postmoderní, postkapitalistická či postindustriální. Jako jeden z mnoha konceptů sem spadá i koncept tzv. informační společnosti.

Ten se poprvé objevil v 60. letech 20. století, přičemž prvenství jeho použití není jednoznačné. Duff, Craig a McNeill (1996) překládají dvě možnosti, kdy první z nich přisuzuje počáteční ideu japonským vědcům, kdežto druhá, některými autory proklamovanější (viz např. Crawford, 1983), rakousko-americkému ekonomovi Machlupovi (1962). Zatímco Machlup ve své práci hovořil o znalostním průmyslu⁵, japonští autoři se orientovali na informační aspekt společnosti. Z nich je vhodné zmínit Masudu (1981), dle něhož si společnost zaslouží přívlastek *informační* z důvodu, že hnací silou formování a rozvoje společnosti již není výroba materiálních, ale informačních hodnot. Tento fakt dle něj postuluje naprosto odlišný typ společnosti, než jaký představuje společnost industriální (moderní).

Samotný pojem *informační společnost* se v anglickém překladu objevil až roku 1970, kdy jej použila *American Society for Information Science* (Americká společnost pro informační vědu) v rámci výročního zasedání na téma *informačně-uvědomělá společnost*⁶ (Duff, Craig, McNeill, 1996; Crawford, 1983). Záhy pojem získal na popularitě a stal se předmětem úvah celé řady autorů (viz např. Drucker, 1969, Bell, 1976; Porat, 1977; Toffler, 1980), přičemž jedním z nevlivnějších teoretiků je sociolog Castells (1996, 1997, 1998).

V průběhu let se daný koncept rozvinul různými směry, čímž vznikla pluralita přístupů a řada definic. Vzhledem k uvedenému se mnozí autoři následně pokusili o určitou systematizaci, přičemž jedno z nejcitovanějších dělení pochází od Webstera (2014). Webster (2014) rozlišil pět možných přístupů k informační společnosti, které reprezentují následující kritéria (přičemž se jedná o jakési „ideální typy“): (1) *technologické kritérium* – soustřeďuje se na řadu technologických inovací, jež se začaly objevovat od roku 1970; (2) *ekonomické kritérium* – sleduje růst ekonomické hodnoty informačních aktivit; (3) *pracovní kritérium* – odkazuje na převažující počet povolání nacházejících se v oblasti práce s informacemi, na pokles zaměstnanosti ve výrobě a na zvýšení zaměstnanosti v sektoru služeb; (4) *prostorové kritérium* – klade důraz na informační síť, jež umožňují propojení různých míst světa a mají hluboký dopad na organizaci času a prostoru; (5) *kulturní kritérium* – upozorňuje na výrazné zatížení společnosti informacemi, na skutečnost, že je náš život o symbolizaci, výměně a přijímání zpráv o nás samých a ostatních. V návaznosti na uvedená kritéria předložil Webster (2014) ještě šestý přístup, který zdůrazňuje signifikanci teoretického vědění/informací, které vystředalo klíčovou roli vědění praktického a situačního. V následujícím textu se tak budeme k proměnám sociální práce vztahovat především z perspektivy postavené na (1) *technologickém* a (4) *prostorovém kritériu*, kdy se *zaměříme na ICT v sociální práci*.

Ve vztahu k předkládanému tématu můžeme informační společnost společně se Zlatuškou (1998) charakterizovat *podstatným využíváním digitálního zpracovávání, uchovávání a přenosu informací*, kdy se ze zpracování informací stává *významná ekonomická aktivita, která prostupuje tradičními ekonomickými či společenskými aktivitami a vytváří zcela nové příležitosti a činnosti, které podstatně ovlivňují charakter společnosti*.

2. Informatizace (nejen) české společnosti

ICT můžeme chápat jako zastřešující pojem pro různé technologie používané pro komunikaci a práci s informacemi, tedy pro ukládání, vyhledávání, manipulaci, přenos nebo příjem v digitální podobě. Řadíme sem: (1) *hardwarové (technické) vybavení* – spadá sem např. stolní počítač, notebook, tablet, kapesní počítač, mobilní telefon, smartphone, multimediální přehrávač, tiskárna, skener, dataprojektor, diktafon, kamera, fotoaparát; (2) *softwarové (programové) vybavení* – řadíme sem nejrůznější systémové programy (např. operační systémy, antivirové programy, obslužné programy) a uživatelské programy (např. internetové vyhledávače, databázové systémy, textové editory, grafické editory, výukové programy, účetní programy, komunikační programy). Proces, v jehož rámci dochází k penetraci ICT do společnosti, nazýváme *procesem informatizace*. Zatímco ve 20. století tento proces zasáhl především oblast výroby, ve 21. století ovlivňuje takřka všechny oblasti společnosti: od politiky, přes vzdělávání, až po sociální interakce. Současně výrazným způsobem intervenuje do životního stylu. Dá se konstatovat, že důsledky informatizace pro společnost jsou ambivalentní, kdy můžeme vysledovat jak pozitivní, tak negativní dopady.

⁵ Z angl. knowledge industry.

⁶ Z angl. information-conscious society.



Nyní si předložíme oblasti, do kterých podle českých autorů proces informatizace výrazně zasáhl a které jsou současně relevantní z hlediska výkonu profese sociální práce:

(1) Oblast poznání. Na poli poznání vede informatizace k výraznému zvýšení objemu informací. Vymětal (2010) vidí jako pozitiva jejich snadnou dostupnost, aktuálnost a úplnost. Lidé s nimi mohou svobodně nakládat, okamžitě je získat či přenést v rámci celosvětového měřítka. Díky dostupnosti dochází ke zlepšení informovanosti ve všech oblastech profesionálního i soukromého života. Cejpek (2006) ovšem v souvislosti s tím upozorňuje, že přeměna na poznatky vyžaduje mimo jiné od individua vysoké nároky na selekci a kategorizaci. Je nutný citlivý a kritický přístup. Na jedné straně se potýkáme s otevřenou příležitostí našeho rozvoje, na straně druhé může docházet k necitlivosti vůči informacím z hlediska obranného mechanismu lidského organismu vůči „předpokládání“. Vymětal (2010) hovoří o nebezpečí zahlcování informacemi, jež jsou všudypřítomné.

(2) Oblast práce / výkonu zaměstnání. V oblasti **výroby** dochází k zavádění stále novějších technologií, což vede ke změnám centralizovaných administrativních struktur na menší spolupracující pružné jednotky; k interakci jsou využívána komunikační média; výroba ve velkých sériích díky možnosti reagovat na míru poptávky klesá; u zaměstnanců dochází ke změně v povaze práce, kdy namísto přímé práce musejí umět ovládat automatizované stroje a ICT. S tím souvisí i nahrazování zaměstnanců stroji (Cejpek, 2006). Z dalších autorů se podrobněji **ekonomickým a sociální aspektům** informační společnosti věnoval Musil ([online], 2011), který například na statistických údajích dokládá výrazný přesun finančních prostředků do společností zaměřených na informační technologie. V důsledku rozvoje technologií dle něj postupně dochází k vyřazování manuální práce a přibývání práce myšlenkové. Současně se modifikuje stávající stav některých povolání, dochází k doplňování o nové prvky a vznikají nová povolání spojená s ICT. Problematickými se stávají nové nároky kladené v této souvislosti na zaměstnance, což zahrnuje i tzv. informační gramotnost. Mírně ji *schopnost uvědomit si a formulovat své informační potřeby, orientovat se v informačních zdrojích, vyhledat informace prostřednictvím informačních a komunikačních technologií, tyto informace vyhodnotit a využít při řešení konkrétní životní situace či odborného úkolu* (Usnesení vlády, 2004:12). Usnesení vlády ČR č. 265 ze dne 24. 3. 2004 považuje tyto schopnosti za důležitou podmínku řešení problémů soudobé společnosti, ať se jedná o oblast ekonomickou či sociální, a za podmínku rozvoje společnosti jako takové, její ekonomiky, kultury a celkové prosperity.

(3) Oblast interpersonálních vztahů. Z hlediska vztahů mezi lidmi jsou podle Cejпка (2006) ICT pomocníkem, avšak existuje nebezpečí oslabování přímé sociální komunikace, což souvisí s hrozbou povrchních styků a izolací části jedinců. Přestože toto možné oslabení je vnímáno jako dočasné (tzn., představuje jakousi vlnu), nelze jej bagatelizovat. Vymětal (2010) hovoří až o dehumanizaci komunikace a o možnosti ztráty sociálních vazeb. Co se týče rozdílů mezi lidmi, informatizace je dle Cejпка (2006) nemá schopnost odstranit ani prohloubit. Může se však stát významným nástrojem posílení, potlačení, centralizace či decentralizace moci. O využití v rámci osvobozující nebo potlačující strategie již rozhodují samotná individua.

(4) Oblast svobody a práva. Z hlediska formy demokracie mají ICT dle Cejпка (2006) potenciál při nahrazování nepřímé podoby demokracie podobou přímou, kdy lidem mohou umožnit větší zapojení se do řízení společnosti. Současně však mohou ohrožovat soukromí a individuální svobody. Příkladem jsou monitorovací kamery ve městech, zachycující pohyb všech individuí v dosahu, či internet, jenž zaznamenává veškerou aktivitu uživatelů do podoby tzv. logů. Internet navíc přesahuje státní hranice, čímž určitým způsobem uniká legislativním pramenům. V souvislosti s tím Vymětal (2010) upozorňuje na možnou ztrátu právního vědomí vyvolanou anonymitou přístupu na internetovou síť. Rovněž se vytváří výhodnější podmínky pro organizovaný zločin. Jak uvádí Cejpek (2006), oblast práva ovšem nezůstává bez odezvy, rozvíjí se tzv. informační právo, jež stanoví pravidla vytváření a užívání ICT a kontrolu jejich dodržování.

(5) Oblast zdraví. Podíváme-li se na oblast **zdraví**, ICT mohou ovlivňovat jeho fyzickou i psychickou složku. V rámci fyzické složky se jedná například o problémy způsobené nevhodným držetím těla



(bolesti, vadné držení těla apod.) či nadměrným využíváním ICT (přetěžování očí apod.). V rámci psychické složky může docházet k závislostnímu chování. Cejpek (2006) dále uvádí problém vysokých nároků kladených na lidský mozek (souvisejících se zpracováváním informací), možnost ochuzování emocí a nedostatečného rozvíjení přímých komunikačních schopností v případě převahy nepřímé komunikace.

Podobným způsobem by se dal vymezit vliv informatizace i na další oblasti společenského života. Popis změn není ani zdaleka vyčerpán. Primárním účelem ovšem bylo zdůraznit rozsah vlivu tohoto procesu a ukázat jeho „dvojí tvář“. ICT proměnily v několika málo letech výrazným způsobem naši společnost a i v nastávajícím období budou představovat významnou hybnou sílu. Je proto důležité, aby procesu jejich vrůstání do každodenního života i sociální práce porozuměli i sociální pracovníci a dokázali reflektovat přicházející změny a tyto vhodným způsobem implementovat do práce s klienty a uživateli sociálních služeb.

3. Informatizace sociální práce

ICT jsou dnes nejen v rozvinutých zemích všudypřítomné a vesměs považované za běžnou součást každodenního života. Samozřejmost jejich využívání je příznačná i pro mnohé profese, přičemž bez reakce nezůstává ani sociální práce. Prvotní kroky infiltrace ICT do sociální práce spadají k počátku 20. století, kdy byly do praxe postupně začleněny telefony, jakožto nástroj krizové intervence a poradenství. Ve druhé polovině 20. století začal proces informatizace sociální práce akcelarovat – dochází k zavádění počítačů.

V odborné literatuře nalézáme různé etapizace informatizace sociální práce. Z hlediska vývoje počítačové techniky Gould (2003) rozlišuje tři etapy: (1) 70. léta, představující období, kdy se začaly objevovat velké salňové počítače a jejich rozšíření bylo pouze malé; (2) od 80. let, kdy byly do praxe uváděny osobní počítače opatřené elektronickými databázemi, které mohly fungovat nezávisle na jiném hardwaru nebo softwaru a své využití nacházely v poskytování služeb, jako je ochrana ohrožených dětí nebo zprostředkování náhradní rodinné péče; (3) od konce 80. let, kdy byly představeny integrovanější manažerské informační systémy, v nichž centrální sever umožňoval poskytování dat do několika dalších pracovních stanic v síti. Jiný příklad etapizace raného zavádění ICT do sociální práce představuje Cwikel a Cnaan (1991), kteří rozlišují první a druhou vlnu. První vlna trvala zhruba do konce 80. let, kdy byly v sociální práci využívány ICT především k administrativním a výzkumným účelům. Vliv na přímou praxi byl malý. Od konce 80. let, podobně jako uvádí Gould (2003), však nastává druhá vlna, vyznačující se moderními databázemi, systémy na podporu rozhodování, expertními systémy, elektronickými sítěmi a terapeutickými aplikacemi. Tato vlna má na přímou praxi sociální práce veliký dopad (Cwikel, Cnaan, 1991).

Otázky ohledně využívání ICT v sociální práci a možných dopadů se objevovaly, a stále objevují, ruku v ruce s probíhajícím procesem informatizace. Již v 70. letech se o možnosti využití počítačů v praxi, zejména v poradenství, zajímal Abels (1972). Zaměřil se především na problém důvěrnosti a potřebu restrikcí vůči neetickému využívání počítačů. V 80. letech následně začaly vznikat první časopisy orientované na ICT v oblasti práce s lidmi (viz např. *Computer use in Social Services Network* či *Computers in Human Services*, dodnes vycházející pod názvem *Journal of Technology in Human Services*). Rovněž vznikaly specializované organizace, kdy např. roku 1987 byla ustavena pracovní skupina současného mezinárodního virtuálního sdružení a neziskové organizace *husITa* (*Human Services Information Technology Applications*), která je zaměřena na podporu etického a efektivního využívání ICT při práci s lidmi, či organizace *ENITH* (*European Network for Information Technology in Human Services*).

Mezi významné autory 80. let zabývající se otázkami informatizace sociální práce patří především Glastonbury, LaMendola a Toole – členové *husITa*. Přičemž Glastonbury (1985) a LaMendola (1985) zkoumali především způsob využití počítačů k podpoře chodu pečovatelských služeb (*Human Services*) a k poskytování služeb jejich uživatelům. Společně s Toolem (LaMendola, Glastonbury, Toole, 1989) vydali např. publikaci ilustrující vývoj a možnosti aplikace ICT v sociální práci a službách.

V 90. letech se již problematice ICT v pomáhajících profesích věnovala celá řada autorů a ICT našly využití pro širokou škálu účelů. Kromě administrativních činností se jednalo např. o realizaci skupin prostřednictvím ICT, jako jsou telefonické konference či diskusní internetové skupiny, nebo o internetové poradenství.



Od konce 20. století začaly být ICT uživatelsky přívětivé, dostupné a postupem času se staly běžnou součástí sociální práce, tzn. každodenním pracovním nástrojem. Denně je například využívána komunikace skrze e-maily a mobilní telefony, stále populárnějším se stává online poradenství, poskytovatelé sociálních služeb se prezentují prostřednictvím webových stránek či sociálních sítí, jsou spravovány různé online diskusní fóra, chaty, podpůrné skupiny či projekty, nebo se např. vedou elektronické databáze záznamů o práci s uživateli. Jak dodávají *National Association of Social Workers (NASW)* a *Association of Social Work Boards (ASWB)*⁷, na úrovni organizací mohou být využívány i programy pro generování zpráv, sledování personálu, automatizaci fakturací, předpověď rozpočtu či pomoc při plánování a poskytování služeb. K dispozici jsou konzultace a konference na globální úrovni, rozvíjejí se informační systémy, které mohou určit potřeby a zdroje komunit. Dle NASW a ASWB budoucnost slibuje i další změny, jako jsou automatizované intervence, které nevyžadují přímé zapojení sociálního pracovníka, či bezdrátové technologie usnadňující práci v terénu (ty jsou využívány již nyní, mnohdy s připojením na internet; NASW, ASWB, 2005). Jak si lze všimnout, informatizace společnosti, i sociální práce, přispívá k tavení hranic mezi jednotlivými státy. Vstupujeme do globálního prostoru.

V reakci na uvedený vývoj vypracovaly NASW a ASWB (2005), které formují podobu mnoha standardů platných pro praxi sociální práce a vzdělávání, *Standards for Technology and Social Work Practice* (Standardy pro technologie a praxi sociální práce). Ty představují speciální sadu dovedností a znalostí, jež sociální pracovníci potřebují k výkonu kompetentní a etické praxe. Vztahují se na využití ICT jako doplňku praxe a taktéž na samotné realizování praxe sociální práce výhradně pomocí ICT. Otázka aplikace uvedeného standardu v praxi a jeho dodržování však zůstává otevřená. ASWB tak zrevidovala dokument do podoby, jež sociálním pracovníkům poskytuje praktické pokyny pro výkon jejich činnosti. Roku 2015 pak vznikl nový dokument *Model Regulatory Standards for Technology and Social Work Practice* (Modelové regulační standardy pro technologii a praxi sociální práce), určený všem sociálním pracovníkům, kteří používají digitální nebo jiné elektronické technologie k poskytování informací veřejnosti, k poskytování služeb uživatelům, ke komunikaci s uživateli (a o nich), ke správě důvěrných informací a případových záznamů a k ukládání a přístupu k informacím o uživateli. Při všech úkonech musí sociální pracovníci dodržovat standardy rozdělené do následujících sekcí: (1) Praktické kompetence a soulad s etickými standardy; (2) Informovaný souhlas; (3) Ochrana osobních údajů a důvěrnosti; (4) Hranice, duální vztahy a střety zájmů; (5) Záznamy a dokumentace; (6) Kolegiální vztahy; (7) Elektronická praxe napříč hranicemi jurisdikce (ASWB, 2015).

4. Reflexe informatizace sociální práce pracovníky sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi

Přestože se v uplynulých desetiletích přístup sociální práce k ICT značně proměnil a tyto se staly běžnou součástí každodenní praxe, stále je vedena diskuse o jejich možném využití, důsledcích pro praxi sociální práce, způsobech legitimizace jejich užívání a legislativním ukotvení. Vzhledem ke skutečnosti, že proces informatizace nekončí, spíše naopak – tento se stále stupňuje, je předpoklad, že se česká sociální práce bude muset vzniklou situací zabývat.

V zahraničí se problematice ICT v sociální práci v současné době věnuje celá řada autorů. Tito diskutují např. vliv informatizace na identitu sociálních pracovníků (Laurent, 2008), otázku digitální exkluze (Watling, 2012), důvěrnost, etické aspekty a dilemata (Perron et al., 2010; Groshong, Phillips, 2015), organizační, administrativní a byrokratické otázky (Burton, van den Broek, 2009; Wastell, White, 2014), vzdělávání (Kilpeläinen, Pyykkönen, Sankala, 2011; Colvin, Bullock, 2014) či využití ICT při práci se specifickými skupinami osob (Tregeagle, Darcy, 2008; Hardey, Loader, 2009). Přičemž z příspěvků je mnohdy patrný ambivalentní postoj k informatizaci sociální práce. Na jedné straně jsou nové technologie hodnoceny jako významný pomocník v sociální práci. Na straně druhé mohou generovat především nová etická dilemata a rizika.

Česká sociální práce proces informatizace společnosti i samotné profese dlouho opomíjela, a i současná odborná diskuse je nedostatečná. S reflexí tématu se setkáváme až od roku 2012 (viz např. Pešat, Pešatová, 2012; Vondrová, 2014). Na základě studia odborné zahraniční literatury jsme se proto rozhodli realizovat **výzkum** (naplánovaný na období 2016–2018) **zaměřený na reflexi informatizace**

⁷ Jedná se o profesní organizace sociální práce, přičemž ASWB je mezinárodní organizací a NASW je zastřešující organizací amerických sociálních pracovníků.



české sociální práce. Zaměřili jsme se na oblast sociální práce s ohroženými dětmi a jejich rodinami, při které je dle zahraničních zdrojů využívání ICT v intervencích výrazné, čímž přímo ovlivňuje výkon praxe. V následujícím textu předkládáme **parciální výsledky** získané v sociálně aktivizační službě pro rodiny s dětmi (dále jen „SAS“).

Cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit, jak probíhající proces informatizace prostupuje českou sociální práci zaměřenou na cílovou skupinu ohrožených dětí a jejich rodin. V návaznosti na cíl jsme formulovali hlavní výzkumnou otázku: **Jaké významy přisuzují čeští sociální pracovníci využívání ICT při svých intervencích⁸ s ohroženými dětmi a jejich rodinami?**

Vzhledem k nutnosti porozumět tématu prostřednictvím odkrytí subjektivních významů informantů jsme zvolili **kvalitativní výzkumnou strategii**. Jako techniku sběru dat jsme zvolili **polostrukturovaný individuální rozhovor**. V souvislosti s výše uvedeným nás zajímaly tři hlavní okruhy otázek: (1) Jak podle sociálních pracovníků ovlivňuje využívání ICT každodenní intervence sociální práce s uživateli SAS; (2) Jaké jsou podle sociálních pracovníků přínosy využívání ICT v intervencích sociální práce s uživateli SAS; (3) Jaká jsou podle sociálních pracovníků úskalí využívání ICT v intervencích sociální práce s uživateli SAS.

Objektem předloženého dílčího výzkumu bylo 6 sociálních pracovníků (5 žen a 1 muž) **sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi** – 3 z Moravskoslezského kraje a 3 ze Zlínského kraje. Kritériem pro výběr informantů byla minimálně 2letá praxe v oblasti SAS a kvalifikační předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka dle § 110 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Informanti byli vybráni metodou záměrného výběru přes instituce SAS (se žádostí o poskytnutí rozhovoru byli kontaktováni osobně, telefonicky či prostřednictvím e-mailu; v případě kladného stanoviska byli předem obeznámeni s cílem výzkumu, včetně etických aspektů, a obdrželi základní okruhy témat rozhovoru). Rozhovory byly nahrány na diktafon, transkribovány a anonymizovány. Za účelem zpracování dílčích výstupů⁹ byly pořízené přepisy pročítány a analyzovány za využití postupů otevřeného kódování a poznámek obsahujících vznikající výklady a konceptualizace. Transkribovaný materiál byl tak analyzován v souladu s přístupem známým jako generický indukční kvalitativní model (Hood, 2014) nebo jako obecné kódovací paradigma (Maxwell, 2005). Následně jsme nalezené kódy seskupili podle obsahové příbuznosti do třech významových skupin. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že podle informantů proces informatizace prostupuje i do oblasti výkonu sociální práce, kdy zásadním způsobem ovlivňuje **(1) způsob vedení intervencí sociálním pracovníkem** a potažmo **(2) formu komunikace** a **(3) vztah sociálního pracovníka s uživatelem sociální služby**.

Níže předkládáme získaná zjištění doplněná o autentické výroky informantů¹⁰.

(1) Způsob vedení intervencí sociálním pracovníkem

Samotný základ intervence s uživateli spatřují dotazovaní v komunikaci přímé (tzv. face-to-face), jež zároveň zrcadlí osobnost sociálního pracovníka: ... *myslím si, že sociální práce, nebo vůbec kontakt s uživatelem, je hodně o komunikaci face-to-face, o rozhovoru, o tom porozumět tomu. Nemůžete tomu porozumět přes počítač. Musíte tomu porozumět přes to sdělené, co vám klient řekne. Potřebuje vidět vás, vy potřebujete vidět jeho ... to si myslím, že je stále nosné a v tomhle ohledu si myslím, že i když roky plynou, tak by to měl pracovník reflektovat a měl by na to myslet a nezapomínat při práci. I přesto, že se doba rychle vyvíjí, to je to posláni (A:24).* Uvedené reflektuje i další z informantů: *Já si myslím, že pro nás je v sociálně aktivizačních službách pro rodiny s dětmi nejcenějším nástrojem naše vlastní osobnost pracovníka. Takže my ty technologie až tolik ... samozřejmě oni jsou nám nápomocny, usnadňují nám tu práci s klientem, ale gró práce opravdu spatřujeme v nás samotných. V komunikaci face-to-face. To znamená jakoby člověk-k-člověku*

⁸ Intervencemi máme na mysli v obecném smyslu jakýkoliv odborný zásah sociálního pracovníka ve prospěch uživatele sociální služby.

⁹ Následně budou data teoreticky dosycena prostřednictvím rozhovorů s dalšími pracovníky SAS a analyzována za využití postupů situační analýzy.

¹⁰ Jednotlivé informanty (sociální pracovníky) jsme označili velkými písmeny ze začátku abecedy (A až F). Za autentickými výroky uvádíme zkratku informanta / číslo větného úseku v transkribovaném textu.

a technologie, to už je jenom mezičlánek, prostředek, který trochu nám to usnadní (B:12). I přes uvedené výroky, jež jsou analogické i u dalších informantů, jsou ICT v intervencích všudypřítomné a využívané pro mnoho účelů: ... většina práce je postavena na práci s počítačem, mobilním telefonem, s komunikací přes mobilní telefony, pevné linky, internet, e-maily s různými institucemi, se zástupci úřadů, s lékaři, se zástupci třeba exekutorů, soudů a podobně. Ta osobní komunikace je samozřejmě taky stále fungující s těmi institucemi, ale v tom prvo-kontaktu, nebo v předběžných kontaktech, je to vždycky o nějakém e-mailu, přenosu informací přes e-mail nebo telefon. To je část komunikační, kdy častokrát přijde klient řešit komunikaci s institucí, a pak samozřejmě jakési zprávy nebo předání splátkových kalendářů, cokoliv, co klient potřebuje vyřídit v rámci písemnosti... (A:4). Kromě uvedeného jsou ICT v rámci intervencí využívány k vedení různých evidencí o uživateli; k zaznamenávání intervencí; k vedení statistik o plnění individuálních plánů; k tisku, kopírování či skenování dokumentů a jiných materiálů pro uživatele nebo instituce, s nimiž jednají; k promítání vzdělávacích a výukových videí a filmů; k volnočasovému využití u dětí a mládeže apod.

Samostatnou kapitolu tvoří vyhledávání a získávání informací prostřednictvím ICT: ... bez pomocných nebo respektive počítačů, internetu, softwaru, hardwaru si nedokážu představit práci, protože opravdu ovlivňuje práci, dá se říci z nějakých 50%. Samozřejmě 50% tvoří znalosti, dovednosti sociálního pracovníka, ale samozřejmě 50% je potřeba si občas vyhledat, protože při práci s naší cílovou skupinou, která má zakázku celkem širokou, je potřeba některé informace, obzvlášť pomocí internetu vyhledávat (E:6). Uvedené potvrzuje i další z dotázaných sociálních pracovníků: My používáme informační a komunikační technologie jako počítač, mobilní telefon, tiskárnu. To používáme každodenně při práci s klienty, při řešení jejich nejrůznějších situací. Sice máme nějaké vzory třeba návrhu na úpravu práv a povinností k nezletilým dětem, návrh na rozvod manželství a podobně, ale setkáváme se i s jinými návrhy, s kterými nemáme zkušenosti, tak třeba nějaké vzory vyhledáváme na internetu (F:4). Nezpochybnitelnou výhodou ICT v práci sociálních pracovníků je rychlost, dostupnost a možnost vyhledání jakékoliv potřebné informace. Rizikem však může být jejich neaktuálnost. Z tohoto důvodu se jeví jako vhodné zainvestovat do garantovaných softwarů, jako příklad nám byla uvedena aplikace Codexis Online, jež poskytuje aktuální legislativní úpravu. Jeden z informantů uvedl, že pocituje jako další úskalí ICT spoléhání se na internetové zdroje, nemusí vynakládat toliko úsilí k sebevzdělávání. Někteří sociální pracovníci využívají k vyhledávání informací i sociální sítě, zmíněn byl například Facebook: I na tom Facebooku máme skupiny bydlení, kdy hledáme pro klienty pronájmy bez kaucí, bez realitních kanceláří a tak dále a těch nabídek je velmi malé množství, takže ten Facebook mi taky v tomto pomáhá. Hledání pracovních nabídek, hledání spolubydlení, hledání věcí, nábytku a vybavení do domácnosti za odvoz. Takže tady určitě je široké pole působnosti a patřířu v tom velký posun v moderní... nebo je to novinka, která ještě dejme tomu před dvěma třemi lety, mě přijde, nebyla vůbec rozvozená. Protože nabídek na klasických portálech práce.cz a tak dále, myslím si, že pro naše klienty jsou opravdu cennější nabídky přes sociální sítě (B:28).

Někteří informanti využívají (nejenom) sociální sítě i k propagaci služby, k poskytování informací veřejnosti. Většina dotázaných sociálních pracovníků sdělila, že vidí potenciál sociálních sítí v rámci své organizace jako nevyužitý.

Specifika využívání ICT při terénní sociální práci popisují dotázaní informanti následujícím způsobem: ... zásadní věcí je to, že pracovník, který se pohybuje v přirozeném prostředí rodin, v jejich domácnostech, nebo v okolí toho, kde žijí, má vždy při sobě mobilní telefon. Častokrát potřebují uživatelé řešit situace hned, i běžným zavoláním. Dnes jsou i chytré telefony, smartphony, které mají i internet zabudovaný v telefonu, takže jde některé věci najít hned, ale doposud to děláme tak, že kolega je v terénu, potřebuje zjistit nějaké číslo, nebo zjistit nějakou informaci, a je samozřejmě lepší mít ten počítač než menší telefon, takže kolega, kolegyně, nebo já můžeme najít informaci, telefonní číslo, které potřebuje. Ihned to předávám do terénu a on v terénu ihned dokáže intervenci s klientem vyřešit, případně se domluvit na dalším postupu (A:6). Jinou variantou je postup založený na častějším kontaktu s uživateli služby, na vyhledávání potřebných informací v kanceláři a následném předání v terénu: ... u nás spíše ta práce je taková, že se častěji setkáváme s uživateli, to znamená v týdně alespoň dvakrát třikrát. Ať už jsou to schůzky v poradně nebo v terénu, ale spíše se snažíme v tom terénu. To znamená, že začátku týdne nějaká informační schůzka, kde pracovník si zapíše veškeré informace, v kanceláři si s pomocí ICT zjistí informace, které potřebuje, popřípadě máme notebooky, nebereme je do terénu, nejsou ani v takovém množství, není taková kapacita notebooků na každého pracovníka a spíše využíváme internet v mobilu. To znamená, zjistím si informace v kanceláři, přijdu druhý nebo třetí den za klientem ... zjistím určitý postup, co by měl uživatel dělat, a předám mu informace. Pokud na místě je potřeba ještě něco



zjistit, tak pomocí internetu v mobilu zjistím, předám a takhle komunikujeme. Je to myslím si lepší z toho pohledu, že je častější kontakt s klientem, než aby to bylo jednou v týdnu a je to méně efektivní... (E:24). Poslední identifikovanou možností je využívání notebooku s přenosným internetem přímo v terénní práci: *Nosíme přenosné notebooky i ke klientům do domácností, disponujeme mobilním internetem, což si myslím, že je velká výhoda, aby klienti nedocházeli k nám do kanceláře, protože my neposkytujeme ambulantní službu, ale pouze terénní, tudíž docházíme k nim anebo se setkáváme někde ve městě a potřebujeme být co nejvíce flexibilní (B:6).* Jednotlivé přístupy mají podle dotázaných své výhody i nevýhody. Mezi konkrétní výhody využívání notebooku s přenosným internetem patří možnost: (a) připravit se na intervenci již po cestě za uživatelem (např. ve veřejném dopravním prostředku, čímž dochází k úspoře času); (b) intervence v přirozeném prostředí uživatele, kde je podle některých informantů více času i klidu (na rozdíl např. od veřejných knihoven, kde je sice k dispozici internet zdarma, ale ne všichni uživatelé se dokážou ve veřejném prostoru dostatečně soustředit); (c) permanentní dostupnosti notebooku, kdy si v případě potřeby může sociální pracovník cokoliv zaznamenat/doplnit. Co se týče nevýhod, dotázaní sociální pracovníci identifikovali možnost nefunkčnosti techniky či nedostupný přístup k internetu, případně malou výdrž baterie (ne všichni uživatelé mají v provozu elektřinu). Jak uvedl jeden z informantů, je zde také riziko zdravotní, kdy má notebook svou váhu (společně s dalšími věcmi, které sociální pracovník nosí do terénu, může docházet k veliké zátěži). Jako vhodná alternativa se zde jeví využívání tabletů, jež se chystá plošně využít organizace jednoho z dotázaných informantů.

(2) Forma komunikace mezi sociálním pracovníkem a uživatelem sociální služby

ICT hrají v rámci mezilidské interakce významnou úlohu, přičemž komunikační procesy, které s využitím ICT probíhají, jsou odlišné od tzv. face-to-face interakce. To je nutné brát u intervencí sociální práce v úvahu. V rámci ICT lze ke komunikaci využít mnoho nástrojů, jako mobilní telefon, e-mail, diskusní a chatovací fóra, sociální sítě (Facebook, Twitter apod.) či softwary pro tzv. instant messaging (ICQ, Skype, Facebook Messenger, Yahoo! Messenger apod.).

Z realizovaného šetření vyplynulo, že: ... dennodenním komunikátorem technologickým je mobilní telefon, bez kterého my se v naší práci nehneme. S klienty jsme často v kontaktu, potřebujeme se doptat, jestli schůzka, intervence bude uskutečněna. Často se nám stávalo, že klienti schůzky rušili a nedali dopředu vědět. Takže ten telefon je opravdu cenný, nehledě na to, že často poskytujeme krizové intervence, a pokud chceme, aby klientovi bylo pomoheno, opravdu aktuálně, telefon je první nástroj, který je k tomu dispozici. Protože když přijdeme do domácnosti nebo setkáme se s klientem až za nějakou dobu, situace už není aktuální a nevíme, jak to zvládnout, nezvládnout. Takže opravdu ten telefon je taký cenný nástroj (B:6). Uvedené potvrzují i další sociální pracovníci: *Pro nás je tady tohle velice důležitá věc, protože jinak by to vlastně ani nešlo u nás, pracovat. Jelikož musíme nějakým způsobem se domlouvat, tak samozřejmě používáme mobilní telefony, bez toho už si ani člověk nedovede vůbec nic představit (C:4).* *Mobily, ty teda mají všechny uživatelky, přesto, že třeba nemají kredit (C:20).* Informanti rovněž ve svých výpovědích reflektovali zvýšený nárůst užívání mobilních telefonů v sociální práci: *... třeba si pamatuju, v minulosti jsem nemusela vůbec řešit nějaká telefonní čísla, že bych si u jednání se zájemcem nebo vůbec v nějakém nakontaktování klienta psala jeho telefonní číslo, že mu zavolám, kdy přijdu. Já jsem prostě šla do terénu a buď byl doma, nebo nebyl doma. Ale dneska skoro každý klient má telefon, ale nemusí ho mít celou dobu, protože může dojít k tomu, že ho třeba zastaví na nějakou dobu v zastavárně, nebo ztratí, nebo se zablokuje karta a podobně. Takže oni zase telefony nemají kontinuálně celou dobu, ale je to velký fenomén, který jsem kdysi vůbec neměla. Já jsem měla jednoho klienta z šedesáti, který měl telefon, třeba před těmi šesti lety. A to bylo opravdu o tom, že vy jste šla do terénu a buď tam byli, nebo nebyli. A o to i to bylo zajímavější, že se tam vyvojily nové a nové věci. Takhle jste domluveni, a i když jste domluveni telefonicky na schůzce, přijдете do terénu, klient tam není. I to se stává (A:30).*

Všichni tázaní využívají pro komunikaci s uživateli mobilní telefony, někteří též v omezené míře e-maily. Oproti minulým létům byl sociálními pracovníky zaznamenán nárůst možnosti přístupu a využívání ICT, konkrétně mobilních telefonů, uživateli, i ze sociálně znevýhodněného prostředí. To umožňuje v určitých směrech usnadnění předávání informací, vzájemné spolupráce, příp. domluvy, byť dohodnuté postupy nemusejí být dle informantů ze strany uživatelů vždy dodrženy. Jak uvádí jeden z informantů, u některých samostatnějších uživatelů již dokonce není osobní kontakt potřebný, postačí pravidelné telefonické spojení.



Naproti běžnosti užívání mobilních telefonů v terénní sociální práci v rámci SAS byla zjištěna absence využívání dalších sociálních médií a sociálních sítí jakožto komunikačních nástrojů, což dokládají následující výroky: ... *organizační sociální síť, přes kterou by fungovali pracovníci, není. A nemám ani informace, že by fungovali přes své osobní. Nemělo by to být, měla by být zachována nějaká hranice... i tohle je stěžejní pro vztah, že si ty hranice uchováte. Můžete být lidský i přístupný, ale nemusím si kvůli tomu ve čtyři hodiny odpoledne psát s klientkou. Ona ví, kdy za mnou může přijít, ví, kdy mi může zavolat...* (A:34). Jiný informant obdobně uvádí: *My tady Facebook nevyužíváme, já sama ani jako, jestli myslíte ten Facebook, nebo něco takového* (F:16). *Mě hnedka napadl Facebook, já ani Facebook sama nemám založený... já takhle nejsem nastavená a ani se nesnažím o klientech něco zjišťovat. Já to beru tak, že když nám tu něco klienti řeknou, tak je to pravda. A právě tady mají potřebu zrovna tuhle situaci, tenhle problém řešit, takže to řešíme. Jestli je to pravda nebo ne, to už je na nich, ale já to mám nastavené tak, že tomu věříme. Že tomu já osobně věřím* (F:18). Jiní informanti naopak sociální sítě ve svém soukromém životě využívají. Jak se k nim staví v profesním životě, ilustruje následující: *Tak v tomto já to mám naprosto jasně nastaveno. A to tak, že sociální sítě v profesním životě nevyužívám. Jsem uživatelem sociální sítě Facebook, takže mám svůj osobní profil, ale pokud mi někdo pošle z klientů žádost o přátelství, tak samozřejmě ji odmítnu, ale taktně vysvětlím, že profesní a osobní život mám rozdělené a že tím teda neumožním přátelství a nemám zapotřebí ani vyhledávat informace na sociálních sítích. Samozřejmě o klientech* (B:28).

Ve výsledku, kromě mobilních telefonů a e-mailů, žádný jiný ICT komunikační prostředek, využívaný v komunikaci s uživateli SAS, identifikován nebyl. Z výpovědí informantů vyplývá, že jedním z důvodů, proč jsou tyto možnosti nevyužity, je možné ohrožení hranic mezi osobním a profesním životem, jejich tavení. Příkladem mohou být i veřejně sdílené informace, fotografie či videa sociálního pracovníka, vztahující se k osobnímu životu, jež mohou v uživateli budit negativní dojmy a vést v konečném důsledku k poškození vztahu sociálního pracovníka a uživatele. Tyto skutečnosti reflektují i zahraniční autoři (viz např. Halabuz, 2014; Beddoe, 2015). Jiní sociální pracovníci nejsou způsobu komunikace s využitím sociálních sítí či médií nakloněni ani v osobním životě, nepřenáší tedy tyto možnosti do komunikace s uživateli, případně nad těmito možnostmi ani neuvažovali, nemají zájem o jejich využívání.

Na tomto místě je třeba poznamenat, že využívání ICT se dotýká rovněž uživatelů sociálních služeb, kdy se sociální pracovníci snaží: ... *buďto uživatele služby namotivovat, pokud je to možné a mají přístup a vztah k počítačům i sami ve svém volném čase, aby si e-mail vytvořili a mohli komunikovat případně do budoucna, anebo pokud to možné není, nebo se jedná o starší osobu, nebo nechce využít vlastního e-mailu, komunikujeme přes pracovní e-mail* (A:4). Mnozí sociální pracovníci se snaží vést své uživatele k informační gramotnosti. Někteří mají v rámci ambulantní služby počítač/e určený pouze pro potřeby uživatelů. Zvýšení počítačové gramotnosti s sebou ovšem přináší nová rizika: *Problém je, že naše maminky, co už se naučí pracovat s internetem, některé to samozřejmě umí, to bych zase shazovala, ale velice často využívají webové stránky, jako jsou seznamky a podobně, takhle se kontaktují s dalšími lidmi a velice často to nedopadá dobře. Občas jsou naivní a mají pocit, že všechno, co si přečtou, je pravda. Takže to je asi to úskalí a taky pro děti tohle vidím jako velké riziko v rodinách, kde nejsou děti informovány, že můžou někomu naletět, nebo prostě můžou nějakým způsobem ... třeba připravit je o peníze, to se stalo též paní, jedné mojí uživatelce, že takhle přišla o nějakou sumu, kterou v dobré víře půjčila, přestože sama neměla, někomu úplně cizímu. Takže to, co si přečtou, to berou jako pravdu* (C:26). Ze zachycených výpovědí vyplývá, že nejenom sociální pracovníci by měli být seznamováni s možnými úskalími využívání ICT v komunikaci s uživateli a reflektovat možná rizika a tímto předcházet, ale i dokázat reagovat na nesnáze uživatelů a tyto vést k bezpečnému využívání ICT.

(3) Vztah sociálního pracovníka s uživatelem sociální služby

Rozhodne-li se sociální pracovník při terénní sociální práci ICT nevyužívat, nebo pouze v omezené míře, může tím docházet, jak ilustroval jeden z informantů, k častějšímu kontaktu s uživateli, tím pádem i k budování silnějšího vzájemného vztahu. Úskalím na druhé straně může být značná časová prodleva při řešení tíživé sociální situace uživatele.

Z vedených rozhovorů vyplynulo, že dotázaní sociální pracovníci v průběhu posledních let zaznamenali snížení podílu přímého kontaktu s uživateli, tzn. kontaktu tváří v tvář, souvisejícího se snížením objemu vedené přímé komunikace, oproti minulým létům: ... *pokud to můžu zhodnotit za sebe a za službu, tak bylo*



to více v tom kontaktu té komunikace verbální, pracovník a uživatel. To znamená, že mám pocit, ale není to dáno jenom informačními technologiemi, ale je to dáno samozřejmě i způsobem dotací, způsobem vykazování, kdy se doba zrychluje a kdy můžete samozřejmě každoročně získávat třeba méně peněz, ale musíte dosahovat stejných cílů a výsledků. Takže se nám zrychluje komunikace s tím i verbální, bez ohledu na technologie... (A:24). A stane se, že přijde klient a vy jste tak zableni něčím jiným, co je potřeba odevzdat, že ho tím můžete neverbálně naprosto odrovnat a odmítnout. A i ze zpětných vazeb vím, že takhle se klienti někdy cítí (A:24). Další z informantů uvádí: ... moje osobní domněnka je, že dříve sociální pracovníci opravdu chodili v tom terénu, šlapali terén, když to takhle řeknu. Komunikovali, pracovali více s klientem, kdežto dneska spíše sedí za počítačem, kde vedou administrativu, té administrativy si myslím, že je o něco více než dříve a dá se říct, že řídí veškerou činnost, kontakty, intervence, od stolu (E:14). Z výpovědi je patrné, že někteří sociální pracovníci spatřují přímou souvislost s rozvojem ICT: Myslím si, že je to kvůli ICT, protože zavádějí se nové evidence, nové různé tabulky, aby bylo vše přehlednější, jednodušší. Ale samozřejmě má to výhodu v tom, že opravdu ta práce je přehlednější, je jednodušší a nevýhoda je ta, že někdo u toho musí sedět a musí to zpracovat (E:18).

Jiní dotazovaní administrativní zátěž spojují s dotováním služby, s různými byrokratickými aspekty (např. zákonem o sociálních službách, standardy kvality v sociálních službách): *Je pravda, že administrativy je občas více, občas se nám zase trošinku něco odebere podle toho, jestli jsme zrovna dotováni z kraje, nebo jestli jsme dotováni z Evropské unie (C:8).* Jednoznačná odpověď na otázku, zda administrativa narůstá a zda je tento nárůst spojený s ICT, není. Jednotliví informanti se k otázce staví různě, přičemž důležitou roli hraje vlastní přístup jedince a nastavení vnitřních procesů v organizaci. Pozitivum ICT je v dané souvislosti spatřováno v usnadnění práce z hlediska času, na který by byly ručně vedené spisy a dokumentace mnohem náročnější. Co některým informantům chybí, je jednotný program, který by umožňoval vést všechny záznamy související s intervencemi s uživateli na jenom místě. Co se týče převážení nepřímé práce nad přímou prací s uživateli zdůrazňovaného některými informanty, což podle jejich poznatků může vést až k syndromu vyhoření, k tomuto jistě dojít někdy může. V těchto případech je však potřebné hledat příčiny, jež k přesycení administrativní činností vedly. Důležitý je vlastní time-management sociálních pracovníků a současně nastavení možnosti věnovat se nepřímé práci ze strany vedení organizace. Z hlediska zápisů z intervencí do počítačových databází jeden z informantů doporučuje dělat si během dne bodové poznámky v ruční podobě a následně si vyhradit určitý čas pro jejich přepsání. Poznámky umožní rychlejší průběh přepisů, neboť pracovník nemusí pátrat v „paměti“, co bylo obsahem jednotlivých kontaktů. Na jedné straně tedy může docházet k administrativnímu zatížení, na straně druhé tyto úkony zajišťují standard služby.

Jak už bylo reflektováno výše, někteří dotazovaní nepovažují ICT za nástroj, jenž by usnadňoval řešení situace uživatele. Základ spatřují v osobním kontaktu: *... ani není to jakoby prostředek, který by mi něco usnadňoval, protože vím, že snadná práce je právě spíše při tom osobním setkání než při tom telefonu, kdy se dokážete do klienta daleko lépe vcítit samozřejmě při osobním setkání, dokážete vycítit a nalézt lépe jejich potřeby, jejich problémy. Telefon je spíš využíván při aktuální krizové, nebo nemusí to být ani v krizové situaci, kdy se nedokážete za klientem vypravit osobně a reagovat na tu potřebu teď a tady. Z časových, organizačních důvodů (B:18).* ICT mohou dokonce podle některých výpovědí vztah sociálního pracovníka a uživatele odosobnit, anonymizovat. Může dojít k tomu, že se pracovník svým uživatelům vzdálí, odcizí. Hrozí tak transformování hodnot a cílů sociální práce. Na druhé straně se jedná vždy o nastavení způsobu práce stran pracovníka: *... to si myslím, že souvisí s osobností pracovníka, jak je ukotvený v té své profesi, jak si to hlavně nastaví (B:16).*

Ve vztahu k uživatelům může dále při využívání ICT docházet k redukci informací. Tzn., informace nemusí být ze strany uživatele správně pochopeny – v rámci řešení problému může nabýt pracovník i uživatel dojmu, že došlo k vyřešení situace, která ve skutečnosti vyžaduje komplexnější řešení. Po nabytí takového dojmu již nemusí mít uživatel potřebu přijít do ambulantní služby (je-li k dispozici) a až po určité době může dojít k odhalení, že daná situace ve skutečnosti vyřešena nebyla. Prevenci spatřují informanti v důkladném a opakovaném vedení rozhovoru s uživatelem a v ověřování si, zda sdělenému porozuměl. Základem jsou již opakovaně uvedené dovednosti a schopnosti sociálního pracovníka. K nepochopení informací může dojít i ze strany spolupracující instituce: *... voláte ihned, třeba na nějaké instituce v rámci řešení případu nějakého uživatele, může se stát, že instituce, uvedu příklad, nějaký zástupce*



exekuční komory nebo někdo jiný, si uloží číslo, i když ho upozorníte, že jste pouze klíčový pracovník rodiny, nebo pracovník služby, a že pouze voláte v rámci řešení případu, tak se stává velmi často, že tyto instituce nás opakovaně kontaktují s tím, že jsme zástupci uživatelů (A:8). Jedná se o možné úskalí při telefonování z terénu. V těchto případech uvedený informant považuje za nezbytné uvést instituci informace na pravou míru, udržovat potřebné hranice a zachovat mlčenlivost o uživatelích (např. nesdělovat, kdy se budou nacházet doma).

Lze shrnout, že podle sociálních pracovníků ICT v rámci intervencí přispívají k větší flexibilitě, k možnosti rychle operativně řešit různé situace. Pomáhají především v situacích, kdy se nelze s uživatelem setkat osobně, a při akutních krizových situacích. Na úrovni organizační dochází k šetření nákladů a životního prostředí (dokumenty se ve většině případů netisknou), k rychlému a snadnému předávání a sdílení informací: *v elektronické podobě máme program DropBox, na sdílení různých souborů, které jsou pro všechny pracovníky, a tam vidím úskalí třeba to, že se může stát, že nějaký pracovník omylem něco smaže, nebo se to smaže nějak samo, a pokud se na to zatím nepříjde, můžeme o data přijít. Takže je potřeba na toto myslet, nějak to zálohovat, určitě taky mít ochráněné všechny věci antivirovým programem, zabezlované, aby se k tomu nedostal nikdo nekompetentní (D:16).* Jak ilustruje autentický výrok, je zapotřebí myslet na zálohování a ochranu dat. Na toto myslí též Regulační standard, sekce (5) Záznamy a dokumentace (ASWB, 2015). Mezi další možná úskalí patří nefunkčnost ICT, jistá závislost na jejich fungování: *... když se nám minulý týden stalo, že vypadla elektrina, tak v podstatě jsme neměli co dělat (D:4).* Dále jeden z informantů uvedl možné negativní ovlivnění zdraví pracovníka (např. zátěž pro oči). Někteří sociální pracovníci se navíc nemusí s pokračujícími změnami v oblasti ICT identifikovat, nemusí mít potřebné znalosti. K tomu je možné (někdy i nutné) absolvovat školení ohledně využívání ICT v praxi.

ZÁVĚR ANEB MOŽNOSTI TRANSFERU ZAHRANIČNÍCH POZNATKŮ DO ČESKÉ SOCIÁLNÍ PRÁCE

V rámci realizovaného výzkumu mezi sociálními pracovníky SAS jsme zjistili, že proces informatizace sociální práce velmi intenzivně vnímají, přičemž se podle nich nejvýznamněji dotýká třech oblastí: (1) vedení intervencí sociálním pracovníkem; (2) formy komunikace mezi sociálním pracovníkem a uživatelem a (3) vztahu sociálního pracovníka s uživatelem. Jak je patrné z předložených výstupů, identifikované oblasti se vzájemně prostupují, a tudíž nelze vymezit jejich jednoznačné hranice. Závěrem lze však konstatovat, že námi získané poznatky a identifikované oblasti jsou ve shodě s tématy řešenými zahraniční odbornou literaturou zabývající se problematikou informatizace sociální práce. Na rozdíl od zahraničí však prozatím v České republice nemáme doporučující standardy či jiné závazné dokumenty upravující danou oblast. Čeští sociální pracovníci se tak musí s postupujícím procesem informatizace, který intervenuje do jejich každodenní práce, vyrovnávat sami, v lepším případě na úrovni interních pravidel jejich organizací.

Jak je jisté patrné, ve výše uvedených autentických výrocích nalézáme nejen oblasti možného střetu zájmů (mezi sociálním pracovníkem a uživatelem služby, příp. dalšími spolupracujícími organizacemi), ale rovněž témata generující mnohá profesní dilemata. V nich se nejedná výhradně o ochranu uživatelů námi sledované služby SAS, tzn. jejich e-bezpečí, ale i samotných sociálních pracovníků. Vzhledem k uvedenému se domníváme, že je reflexe informatizace sociální práce a rizik, která tento proces přináší, v současné době velmi důležitá. Řešení daného stavu by měla být věnována náležitá pozornost, kdy můžeme vycházet ze zahraniční praxe při aplikaci žádoucích postupů využívání ICT. V následujícím textu tedy shrneme poznatky zahraničních odborníků, které se nám mohou stát inspirací.

Z obecné perspektivy kriticky přistupuje k využívání ICT v sociální práci Hill a Shaw (2011). Jejich kniha významně přispívá k zodpovězení otázek, proč ICT v praxi sociální práce využívat. Následně se však podíváme na zahraniční poznatky vážící se ke konkrétním, námi identifikovaným oblastem sociální práce s ICT.

Beddoe (2015) uvádí, že ačkoliv je používání telefonů a dalších ICT ke komunikaci s uživateli na denním pořádku, většina sociálních pracovníků nebyla vyškolená k jejich využívání pro konkrétní účely, jako je rozvíjení vztahu s uživatelem nebo získávání důležitých informací. ASWB (2015) v této souvislosti v sekci (1) *Praktické kompetence a soulad s etickými standardy* upozorňuje např. na skutečnost, aby sociální pracovníci dávali pozor na specifické komunikační výzvy, jež jsou s užíváním ICT spojeny. Jedná se



především o absenci vizuálních podnětů a o limity spojené s využíváním online písemné komunikace. Hanna a Nash (2011) uvádí, že vlastnosti řeči, jako je rychlost, tón, hlasitost, výška hlasu a intonace, které doprovází mluvené slovo, poskytují emocionální kontext a váhu mluvené komunikace. V nepřítomnosti vizuálních podnětů, jež jsou typické pro face-to-face komunikaci, má hlas mnohem větší váhu a pracovníci jsou nuceni s tímto faktem pracovat. V případech využívání ICT, jež nepřenášejí mluvené slovo, musí tak sociální pracovníci zaujmout i další strategie, přiměřené k řešení uvedených výzev. Jako možnosti se dle ASWB (2015) nabízí například využívání interpretačních gest a emocí v podobě tzv. emotikon, posilování schopností uživatelů komunikovat online nebo využití dalších technologií. Zahraniční autoři nabízí i konkrétní návody, jak komunikovat s uživateli prostřednictvím ICT. Postup při využití telefonu nabízí například Beddoe (2015)¹¹. Další doporučení při využívání e-mailu, textových zpráv a mobilního telefonu uvádí např. i profesní australská asociace sociálních pracovníků Australian Association of Social Workers (AASW, 2016a).

K využíváním ICT nástrojům v sociální práci patří rovněž sociální sítě. Byť je námi dotázaní sociální pracovníci využívají prozatím pouze k vyhledávání informací a propagaci služby, dá se očekávat, že v budoucnu budou zaujímat i roli komunikačních prostředků. Baker et al. (2014) vidí potenciál sociálních sítí (a dalších sociálních médií) např. v možnosti znovunavázání kontaktů uživatelů s blízkými osobami (jež například žijí v jiném státě), v založení skupin věnovaných řešení problémů a využití online facilitace mezi nimi, komunitami a sociálními pracovníky (např. na Facebooku) či v rámci sociálních médií vytvoření kanálu (např. na YouTube), který by zvyšoval profil dané skupiny v rámci širší komunity. Tyto příklady dle něj ilustrují možnost začlenit tradiční modely praxe založené na ekologickém přístupu do přístupů založených na využití ICT.

Podobně, jako jsme uvedli návod, který může pomoci v úvodu rozhovoru prostřednictvím telefonu (Beddoe, 2015), můžeme odkázat i na sestavený návod, jaké skutečnosti je třeba brát v úvahu při sociální práci se sociálními sítěmi a médii. Ten poskytuje AASW (2016b). Závěrem lze společně s Bakerem et al. (2014) dodat, že s nárůstem využívání sociálních sítí mají sociální pracovníci etickou povinnost zabývat se i otázkami hranic ve vztahu k online životům svých uživatelů. Jelikož je možné na sociálních sítích vyhledat profily mnoha uživatelů a samotných sociálních pracovníků, je nutné nastavení podmínek ochrany osobních údajů a hranic (v součinnosti s uživatelem). Na tuto výzvu myslí rovněž ASWB (2015), v rámci sekce o (3) *Ochráně osobních údajů a důvěrnosti* a sekce (4) *Hranic, duálních vztahů a střetů zájmů*. Konkrétní návod, jak eticky ICT využívat, uvádí AASW (2016c).

Předložená stať představuje jeden z prvních vhledů do problematiky ICT v prostředí sociální práce u nás, přičemž do budoucna považujeme za žádoucí zpracování konkrétních postupů k využití ICT a začlenění daného tématu do legislativního rámce tak, aby bylo vyplněno toto „bílé místo“.

¹¹ (1) ujistěte se, že jste schopni ovládat technické funkce telefonu (či jiných ICT) – jedná se např. o přenos hovorů, uvedení telefonu na reproduktor, nahrávání hovoru, je-li to vyžadováno; (2) při zahájení rozhovoru se ujistěte, že mluvíte k zamýšlenému uživateli, a popřemýšlejte nad způsobem svého představení; (3) v duchu si zopakujte/připravte, jaké informace v rámci rozhovoru předáte; (4) v rámci představení i rozhovoru se usmívejte, uživatelé mohou váš úsměv „slyšet“, poznat; (5) pozorně poslouchajte a dělejte si poznámky klíčových bodů (může se jednat například o telefonní čísla, e-mail, adresy); (6) jestliže souběžně vyhledáváte informace na počítači, vysvětlete tuto skutečnost uživateli – může slyšet stisky kláves a všimnout si vaší snížené pozornosti; (7) dbejte pozornosti na tón a tok konverzace, vnímejte vlastní hlasové projevy (např. hlasitost, rychlost projevu); (8) jestliže uživatel reaguje rozzlobeně, ve stresu, zachovejte klid a mějte na paměti tón vlastního hlasu; akceptujte pocity uživatele, nenechte se vtáhnout do hádky, vyjadřujte empatii, pokládejte otázky a pozorně naslouchejte odpovědím; (9) jestliže facilitujete skupinovou diskusi, vytvořte seznam osob, které jsou v ní zahrnuty, a zajistěte, aby byla každá nová osoba uvítána a ostatní členové o jejím připojení ke konverzaci byli obeznámeni; sledujte reakce členů skupiny a zajistěte, aby nebyl nikdo z konverzace vynechán; (10) ujistěte se, aby všechny klíčové body konverzace byly na konci shrnuty; (11) mějte na paměti, co by se mohlo stát na konci konverzace, pokud by byl obsah znepokojivý / vyvolávající obavy; (12) je-li to potřebné, položte uživateli otázku, co hodlá dělat po ukončení konverzace, a zmapujte jejich současný pocit pohody (wellbeing) nebo potřebu podpory; (13) v případech využívání telefonu po delší dobu používejte sluchátka s mikrofonom (zabráníte tak svalovému napětí).



POUŽITÉ ZDROJE

- AASW. 2016a. *Social Media, Information and Communication Technologies: Part 1* [online]. [24. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.aasw.asn.au/document/item/4673>
- AASW. 2016b. *Social Media, Information and Communication Technologies: Part 2* [online]. [24. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.aasw.asn.au/document/item/4674>
- AASW. 2016c. *Social Media, Information and Communication Technologies: Part 3* [online]. [24. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.aasw.asn.au/document/item/6473>
- ABELS, P. 1972. Can Computers Do Social Work? *Social Work*, 17(5), 5–11.
- ASWB. 2015. *Model Regulatory Standards for Technology and Social Work Practice* [online]. [17. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.aswb.org/wp-content/uploads/2015/03/ASWB-Model-Regulatory-Standards-for-Technology-and-Social-Work-Practice.pdf>
- BAKER, S. et al. 2014. Information Communication Technology in the Network Society. *Australian Social Work*, 67(4), 467–478.
- BAUMAN, Z. 2002. *Tekutá modernita*. Praha: Mladá fronta.
- BECK, U. 2011. *Riziková společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- BEDDOE, L. 2015. Social Work Using Information and Communication Technology. In: MAIDMENT, J., EGAN, R. *Practice Skills in Social Work and Welfare: More Than Just Common Sense*. Crows Nest NSW: Allen & Ulwin, 51–67.
- BELL, D. 1976. *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting*. New York: Basic Books.
- BURTON, J., VAN DEN BROEK, D. 2009. Accountable and Countable: Information Management Systems and the Bureaucratization of Social Work. *British Journal of Social Work*, 39(7), 1326–1342.
- CASTELLS, M. 1998. *End of Millennium. The Information Age: Economy, Society and Culture Volume III*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- CASTELLS, M. 1997. *The Power of Identity. The Information Age: Economy, Society and Culture Volume II*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- CASTELLS, M. 1996 *The Rise of the Network Society. The Information Age: Economy, Society and Culture Volume I*. Oxford: Blackwell Publishing.
- CEJPEK, J. 2006. *Informace, komunikace a myšlení*. Praha: Karolinum.
- COLVIN, A. D., BULLOCK, A. N. 2014. Technology Acceptance in Social Work Education: Implications for the Field Practicum. *Journal of Teaching in Social Work*, 34(5), 496–513.
- CRAWFORD, S. 1983. The Origin and Development of a Concept: The Information Society. *Bulletin of the Medical Library Association*, 71(4), 380–385.
- CWIKEL, J., CNAAN, R. 1991. Ethical Dilemmas in Applying Second-wave Information Technology to Social Work Practice. *Social Work*, 36(2), 114–120.
- DRUCKER, P. 1969. *The Age of Discontinuity: Guidelines to Our Changing Society*. New York: Harper & Row.
- DUFF, A., CRAIG, D., McNEILL, D. A. 1996. A Note on the Origin of the 'Information Society'. *Journal of Information Science*, 22(2), 117–122.
- GIDDENS, A. 2010. *Důsledky modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- GLASTONBURY, B. 1985. *Computers in Social Work*. Basingstoke: Macmillan.
- GOULD, N. 2003. The Caring Professions and Information Technology: In Search of Theory. In: HARLOW, E., WEBB, S. A. (Eds.). *Information and Communication Technologies in the Welfare Services*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 29–65.
- GROSHONG, L., PHILLIPS, D. 2015. The Impact of Electronic Communication on Confidentiality in Clinical Social Work Practice. *Clinical Social Work Journal*, 43(2), 142–150.
- HALABUZA, D. 2014. Guidelines for Social Workers' Use of Social Networking Websites. *Journal of Social Work Values and Ethics* [online]. ASWB, 11(1), 23–32. [24. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.jswve.org/download/2014-1/articles/4-JSWVE-11-1-Guidelines-for-Social-Workers-Use-of-Social-Networking-Websites.pdf>
- HANNA, S., NASH, M. 2011. 'You Don't Have to Shout' – Vocal Behaviour in Social Work Communication. *Social Work Education*, 31(4), 485–497.



- HARDEY, M., LOADER, B. 2009. The Informatization of Welfare: Older People and the Role of Digital Services. *British Journal of Social Work*, 39(4), 657–669.
- HILL, A., SHAW, I. 2011. *Social Work and ICT*. London: Sage Publications.
- HOOD, J. D. 2014. Orthodoxy vs. Power: The Defining Traits of Grounded Theory. In Clarke, A. E.; Charnaz, K. 2014. *Grounded Theory and Situational Analysis. Volume I. History, Essentials and Debates in Grounded Theory* (pp. 105–119). London: Sage.
- KILPELÄINEN, A., PÄYKKÖNEN, K., SANKALA, L. 2011. The Use of Social Media to Improve Social Work Education in Remote Areas. *Journal of Technology in Human Services*, 29(1), 1–12.
- LaMENDOLA, W. 1985. The Future of Human Service Information Technology: An Essay on the Number 42. *Computers in Human Services*, 1(1), 35–49.
- LaMENDOLA, W., GLASTONBURY, B., TOOLE, S. 1989. *A Casebook of Computer Applications in the Social and Human Services*. New York: The Haworth Press.
- LAURENT, V. 2008. ICT and Social Work: a Question of Identities? In: FISCHER-HÜBNER, S. et al. (Eds.). *The Future of Identity in the Information Society*. Boston: Springer, 375–386.
- LYOTARD, J. F. 1993. *O postmodernismu: postmoderno vysvětlované dětem, postmoderní situace*. Praha: Filosofia.
- MACHLUP, F. 1962. *The Production and Distribution of Knowledge in the United States*. New Jersey: Princeton University Press.
- MASUDA, Y. 1981. *The Information Society as Post-industrial Society*. Washington, D. C.: World Future Society.
- MAXWELL, J. A. 2005. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Thousand Oaks: Sage.
- MUSIL, J. 2011. Informační společnost a její ekonomické a sociální aspekty. In: *Orbis Communicationis* [online]. Praha: Katedra sociální a mediální komunikace, Univerzita J. A. Komenského Praha. [17. 11. 2016]. Dostupné z: <http://orbis.ujak.cz/informacni-spolecnost.php>
- NASW, ASWB. 2005. *NASW & ASWB Standards for Technology and Social Work Practice* [online]. Washington, D. C.: NASW Press. [17. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWTechnologyStandards.pdf>
- PERRON, B. et al. 2010. Information and Communication Technologies in Social Work. *Advances in Social Work*, 11(1), 67–81.
- PORAT, M. U. 1977. *The Information Economy: Definition and Measurement*. Washington, D. C.: US Department of Commerce, Office of Telecommunications.
- PEŠAT, P., PEŠATOVÁ, I. 2012. ICT gramotnost studentů sociální práce (TIGR pro budoucí sociální pracovníky). *ACC Journal*, 18(2), 140–152.
- TOFFLER, A. 1980. *The Third Way*. New York: Morrow.
- TREGEAGLE, S., DARCY, M. 2008. Child Welfare and Information and Communication Technology: Today's Challenge. *British Journal of Social Work*, 38(8), 1481–1498.
- Usnesení vlády ČR č. 265 ze dne 24. 3. 2004. Státní informační komunikační politika: e-Česko 2006. In: *Evropská unie. Evropský sociální fond v ČR. Operační program Zaměstnanost* [online]. [17. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.esfcr.cz/documents/21802/761522/St%C3%A1tn%C3%AD+informa%C4%8Dn%C3%AD+a+komunika%C4%8Dn%C3%AD+politika/9a6117ea-24a8-484f-8d08-07365057e12b>
- VONDROVÁ, V. 2014. Digitální exkluze: dimenze sociální exkluze v informační společnosti. *Sociální práce / Sociálna práca*, 14(3), 81–101.
- VYMĚTAL, J. 2010. *Informační zdroje v odborné literatuře*. Praha: Wolter Kluwer.
- WASTELL, D., WHITE, S. 2014. Beyond Bureaucracy: Emerging Trends in Social Care Informatics. *Health Informatics Journal*, 20(3), 213–219.
- WATLING, S. 2012. Digital Exclusion: Potential Implications for Social Work Education. *Social Work Education*, 31(1), 125–130.
- WEBSTER, F. 2014. *Theories of the Information Society*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- ZLATUŠKA, J. 1998. *Analýza podmínek pro přechod České republiky k informační společnosti* [online]. Brno: Fakulta informatiky Masarykovy univerzity. [17. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.fi.muni.cz/~zlatuska/CIS/>



Návrhy řešení nejasné konceptualizace vybraných pojmů teorie zvládání dilemat sociálními pracovníky

Proposals for Solutions to Unclear Conceptualization of Selected Concepts Theory of Management Dilemmas of Social Workers

Ladislav Otava

Mgr. Ladislav Otava¹ je asistentem na Katedře sociální politiky a sociální práce Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, věnuje se tématu vztahů sociálních pracovníků a klientů.

Abstrakt

Článek je diskusí o teorii dilemat sociálních pracovníků, jak je vymezuje Musil (Musil et al., 2004; Musil, 2004; Musil, 2008; Musil, Nečasová, 2008; Musil, Janská, 2011). Je věnován zejména pojmům spojeným se zvládáním nesourodých očekávání, která před sociální pracovníky staví jejich práce s klientem v organizacích. Z výsledků této práce je patrné, že teorie zvládání dilemat si zaslouží pozornost a doplňování o nové poznatky. Jedním ze zjištění plynoucích ze stati je možnost zvládat obtížná rozhodování změnou sociálních pracovníků, resp. jejich ideálů, a tím dilema vyrušit.

Klíčová slova

očekávání, dilema, změna, morální ideál

Abstract

The article is a discussion of the theory of the dilemmas of social workers, as defined in Musil (Musil et al., 2004; Musil, 2004; Musil, Nečasová, 2008; Musil, Janská, 2011). In particular, it is dedicated to the concepts related to managing disparate expectations before social workers implement their work to client organizations. From the results, it is evident that this theory deserves attention and the acquiring of new knowledge. One of the findings of the essay is the ability to handle difficult decisions by changing the social workers, their ideals, and thereby eliminating the dilemma.

Keywords

expectations, dilemma, change, moral ideal

¹ Kontakt: Mgr. Ladislav Otava, Katedra sociální politiky a sociální práce, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Joštova 10, 602 00 Brno; otava@mail.muni.cz



ÚVOD

Tato práce je reakcí na pojetí teorie zvládání dilemat, jak ji rozvíjí Musil (Musil, 2004; Musil et al., 2004; Musil, Nečasová, 2008; Musil, Janská, 2011). Oblast dilemat považují za přínosnou pro praxi sociálních pracovníků a využívám toho, že autoři jsou otevřeni diskusi nad tématem (Musil, Nečasová, 2008). Navíc například Evans a Haris (2006), Papadaki a Papadaki (2008), Evans (2015) ukazují, že teorie o potížích street-level pracovníků při rozhodování a jejich zvládání během práce s klienty má potenciál být dále propracována a mojí ambicí je k tomu přispět diskusí se stávající teorií.

Já chci poukázat na některé pro mě nevyřešené otázky v této teorii a předložit odpovědi k další diskusi umožňující rozvoj jak teorie zvládání dilemat, tak sociální práce jako celku. Můj zájem se konkrétně týká odpovědi na otázku, kterou si položil Musil s Nečasovou (2008:83): „Jakou úlohu sehrává morální orientace sociálních pracovníků v procesu zvládání nesourodých očekávání, která před sociální pracovníky staví jejich práce s klientem v organizaci?“

Musil, Nečasová (2008:83) si předběžně odpověděli hned v úvodu své práce: „... *morální orientace sehrává v procesu zvládání nesourodých očekávání úlohu klíčovou, ale v některých ohledech nejasnou*“. Následně navrhli teoretický model této úlohy a několik hypotéz o tom, „*co se děje, když sociální pracovníky určité organizace přivede morální interpretace konfliktů očekávání k vyčítkám svědomí a prožitku obtížného rozhodování*“ (Musil, Nečasová, 2008:93).

Jejich odpověď považuji za hodnou pozornosti, protože její čtení mě opakovaně přivádělo k dalšímu promýšlení nejasností, které jsem nebyl schopen vyřešit. Uvědomil jsem si, že moje otázky souvisí s nedostatečnou konceptualizací pojmů Musila a Nečasové (2008) a s jejich nedostatky i v jiných textech, kde jsem hledal zpřesnění, popřípadě vysvětlení. Položil jsem si tedy otázku: „Jakými argumenty můžu doložit existenci a řešení problematické konceptualizace vybraných pojmů v teorii zvládání dilemat sociálními pracovníky?“ Předpokládám, že odpověď na tuto otázku umožní zpřesnit a následně lépe využít teorii zvládání dilemat k aplikaci do praxe a vysvětlení procesů souvisejících se vztahem sociální pracovník – klient.

TEORIE ZVLÁDÁNÍ DILEMAT SOCIÁLNÍMI PRACOVNÍKY

Tato práce se zaměřuje na práci s existující teorií. Teorie je vymezována jako uspořádaná množina tvrzení vztahujících se ke sledované oblasti a splňujících podmínky: dostatečné přesnosti používaných pojmů vztahujících se k oblasti, úplnosti zahrnutí jevů vztahujících se k oblasti a konzistentnosti tvrzení v rámci teorie (Čechák, 1996). Čížek (1974) uvádí, že teoretické poznání vzniká z empirického, o teorii lze hovořit jako o generalizovaných empirických poznatcích, popř. jejich utřídění a vysvětlení, teorie pak může být využita k popisu empirie a k její změně, vztah je tedy vzájemný a aktivní.

Aby bylo možné empirii generalizovat, zpětně ji popisovat a tento dialog udržovat, je nezbytné mít k dispozici terminologii vytvořenou na základě teoretické diskuse, která je označována jako konceptualizace (Mueller, 2013). Tato diskuse je nezbytnou a neopomenutelnou součástí sociálněvědního výzkumu, protože ve společenských vědách je hodně pojmů reprezentováno slovy užívány v každodenní konverzaci, a pojmy tak musíme blíže vymezit (Berg, 2001; Babbie, 2010; Mueller, 2013).

Cílem konceptualizace je určení toho, co máme na mysli, když použijeme konkrétní termín ve výzkumu. Konceptualizace je krokem v designu výzkumu, ve kterém je nutné objasnit, co máme na mysli, pojmy, které jsme uvedli při formulaci cílů, jichž chceme dosáhnout (Babbie, 2010). V textech o sociálněvědním výzkumu je tak konceptualizace charakterizována jako „*vymezování pojmů*“ (Mueller, 2013:162), „*objasnování toho, co máme na mysli, pojmy, které jsme uvedli v cílech výzkumu*“ (Babbie, 2010:130).

Teorie zvládání dilemat vychází z předpokladu existence obtíží v rozhodování mezi dvěma těžko slučitelnými možnostmi v každodenní praxi sociálních pracovníků (Musil, 2008). Musil, Nečasová (2008) na základě jimi položené otázky rozpracovali množinu tvrzení ve formě charakteristik procesu vzniku a zvládání obtížných rozhodnutí. Došli k závěru, že tento proces se skládá z několika základních dílčích kroků, do nichž vstupuje se svou úlohou morální ideál. Tento proces je dynamický a konstruovaný – sociální pracovníci mají na jeho průběhu aktivní podíl vytvářením individuálních pojetí nesourodých pracovních podmínek, jejich vztahu a nakládání s důsledky, které individuální konstrukce pojetí přináší.



V následujícím textu budu diskutovat konceptuální uchopení vybraných pojmů z výzkumné otázky ze stati Musila a Nečasové (2008). Budu předkládat argumenty, tj. doklady nejasností, s tím, „co mají Musil s Nečasovou na mysli, když používají pojmy „zvládání nesourodých očekávání“, „setrvání u dilematu“, „obcházení u dilematu“, „změna nesourodých podmínek“, důvody, proč je jako nejasnosti vidím, a doplňovat vlastní návrhy pojetí pojmů a tím řešení nejasností v konceptualizaci. Tyto pojmy jsem zvolil s ohledem na znění otázky Musila a Nečasové (2008) a moje subjektivní pojetí jejich nevyjasněnosti.

METODIKA

V této práci využívám kvalitativní výzkumnou strategii. V této strategii, na rozdíl od kvantitativní, jde o hlubší porozumění zkoumané realitě, snahu porozumět jevům a jejich vzájemným souvislostem (Hendl, 2005). Mojí snahou je interpretovat texty, ve kterých jsou obsažena tvrzení (charakteristiky vybraných teorií) na základě jejich společných charakteristik. Tyto charakteristiky budu subjektivně vyvozovat z textů, které jsou mi známé a věnuji se vybraným teoriím. Tento přístup k textu lze nazvat hermeneutická interpretace textu. Tento přístup není pozitivistický, spíše se snaží o důsledné pochopení a využití porozumění ve prospěch interpretace (Kronick, 1997).

Texty budu hledat tak, že vyberu mně známé stati a k nim přidám ty publikace z online databáze Masarykovy univerzity, které v abstraktu uvádí práci s dilematy v pojetí Musila. Interpretace jednotlivých textů budu navzájem komparovat a přidávat svoje poznatky, to znamená, že budu jednotlivé charakteristiky teorií klást vedle sebe a upozorňovat na podobnosti dílčích charakteristik teorií vzhledem k teorii dilemat a možnostem jejího doplnění. Součástí této práce je tedy také heuristický přístup, který využívá osobní zkušenost, sdílení reflexí a zjišťování, jeho snahou je hlubší porozumění a zapojení subjektivity a kreativity výzkumníka (Legard, Keegan, Ward, 2003). V tomto případě využiji svoje zkušenosti pedagoga podílejícího se na výuce tématu dilemat pro sociální pracovníky a také zkušenosti supervizora, který pomáhá sociálním pracovníkům dilemata zpracovávat.

Tento text vzniká proto, že mým zájmem je diskutovat existující teorie. Diskusi myslím v souladu s Klímešem (1985) předkládání úvah o možnostech řešení problémů vybraného jevu. V případě tohoto článku půjde o předkládání úvah o pojetí pojmů teorie zvládání dilemat Musila a Nečasové (2008) vzešlé z popisu empirie interakce mezi sociálními pracovníky a jejich prostředím a možnostech změny jejich pojetí pomocí argumentů, tedy dokladů tvrzení, která budu v textu uvádět. Vznikne tak argumentace – sled předpokladů a z nich vyvozených závěrů.

ARGUMENTY DOKLÁDAJÍCÍ EXISTENCI NEJASNÉHO POJETÍ POJMU „ZVLÁDÁNÍ NESOURODÝCH OČEKÁVÁNÍ“

Za dilema je Musilem (2004) považováno neřešitelné rozhodnutí pracovníka mezi dvěma možnostmi. Dilema je situace, kdy pracovník chce přistupovat ke klientům způsobem, který odpovídá jeho ideálům, ale zároveň plnit v daných pracovních podmínkách zvládnutelným způsobem každodenní úkoly (Musil, Janská, 2011). Tuto situaci, ve které se pracovníci necítí komfortně, mají potřebu různými způsoby zvládat (Musil, Nečasová, 2008).

Pojem „zvládání nesourodých očekávání“ není v textech explicitně vymezen. V textu Musila a Nečasové (2008:93) je uvedeno, že budou předkládat možnosti toho, „co se děje, když sociální pracovníky určité organizace přivede morální interpretace konfliktů očekávání k vyčítkám svědomí a prožitku obtížného rozhodování“. Následně hovoří o třech „představách o zvládání dilemat práce s klientem“ (Musil, Nečasová, 2008:93). Vytvoření modelu se opírá o tvrzení Lipskyho (1980), že řadoví pracovníci organizací se snaží uplatňovat a ospravedlňovat strategie interakce s klientem, pomocí nichž mohou obcházet dilemata vyvolaná neurčitostí jejich pracovních podmínek. Dále o zjištění Musila et al. (2004), kteří poukázali na možnost další strategie, a tou je změna podmínek. Musil a Nečasová (2008) doplnili možné způsoby zvládání tím, že popsali setrvání u dilematu.



ARGUMENTY DOKLÁDAJÍCÍ ŘEŠENÍ NEJASNÉHO POJETÍ POJMU „ZVLÁDÁNÍ NESOURODÝCH OČEKÁVÁNÍ“

Dle Musila a Nečasové (2008) má vznik a zvládání dilemat procesní charakter, který lze vystihnout takto: nesourodé pracovní podmínky → morální konstrukce konfliktů očekávání → konflikty očekávání → morální interpretace konfliktů očekávání → obtížná rozhodnutí → přijetí odpovědnosti za obtížné rozhodnutí → neodbytná dilemata → zvládání dilematu. Logickou správnost schématu potvrzují další teorie věnující pozornost konfliktnímu rozhodování a obtížím s ním spojených, zejména pak teorie rolí (Možný, 1975), teorie kognitivní disonance (Nakonečný, 2000) a teorie motivace (Nakonečný, 2000). Nyní v diskusi využiji toho, že teorie dilemat předpokládá jako jedno z východisek konfliktu „očekávání“, a zároveň očekávání je předmětem zájmu teorie rolí. Při formulaci procesního charakteru role Možný (1975) navazuje na Levinstona (1959) a jeho pojetí skládající se z: očekávání okolí (požadování role) → interpretace role (pochopení role) → výkon role (provádění role), rozšířil na pojetí: očekávání → pochopení → pojetí → výkon. Možný (1975) totiž spatřuje ještě rozdílnou povahu mezi „pochopením“ a „pojetím“, které jazykově odpovídá vnitřní diferenciaci anglického „role-conception“, v češtině „pojetí“ implikuje, na rozdíl od termínu „pochopení“, tvůrčí vklad individua (v tomto případě do procesu zpětné vazby mezi nositelem a sdělovatelem role).

Teorie rolí také obsahuje aspekt konfliktu. Konflikt v oblasti rolí vymezili Katz a Kahn (1978) jako konkurenci dvou nebo více očekávání, kdy soulad s jedním očekáváním by vedl k obtížnému souladu s očekáváním druhým. Konkurence očekávání se může projevit v několika rovinách. Podle Vlácil (1996) se konflikt rolí může vyskytovat ve vztahu mezi různými nositeli (různých i stejných) rolí (interpersonální konflikt), nebo ve vztahu jednotlivého nositele k určeným rolím (intrapersonální konflikt). Intrapersonální konflikt spočívá v nesouladu mezi různými současně zastávanými rolemi (inter-role konflikt) nebo v nesouladu uvnitř jedné role (intra-role konflikt) nebo v nesouladu mezi osobností a určenou rolí (já-role konflikt).

Konkrétně předkládám k úvaze výběr konceptu „já-role konflikt“ jako vhodného hlediska k vymezení oblastí dilemat. Já-role konflikt je situace, kdy požadavky role porušují morální hodnoty individua anebo když nastává konflikt mezi očekáváním sestavy role a potřebami či aspiracemi jejího nositele. Musgrove (in Morris, 1971) definuje já-role konflikt jako situaci, kdy očekávání a závazky okolí jsou inkongruentní s hodnotami anebo chápáním příslušné role jejím nositelem. Stres vyvolaný tímto konfliktem si vyžaduje řešení a specifické pojetí role (Vlácil, 1996). Výsledkem jakéhokoli řešení já-role konfliktu je podle Levinstona (1959) osobní definice role. Teoretické modely předkládané Možným (1975) uvádějí základní modely jednání pracovníků. Tyto modely odpovídají způsobům zvládání, jak je uvádí Musil s Nečasovou (2008). Výhodu spatřuji v tom, že model „řešení“ považuje za možnou nejen změnu okolí (pracovních podmínek), ale i pracovníka samotného. Připuštění možnosti změny pracovníka podle mého názoru otevírá další z možností konceptualizace „vyřešení dilematu“ – změnou očekávání pracovníka.

ARGUMENTY DOKLÁDAJÍCÍ EXISTENCI NEJASNÉHO POJETÍ POJMU „SETRVÁNÍ U DILEMATU“

Setrvání u dilematu dle Musila a Nečasové (2008) znamená přijetí dilematu včetně trápení, které jejich prožívání provází, a učiní je součástí svého života. Pracovník může přijmout napětí mezi svými morálními ideály a nepřízní osudu, která mu brání v jejich praktickém naplňování, jako morálně hodnotný postoj ke své morálně nedokonalé praktické morálce.

Musil s Nečasovou (2008) zároveň uvádí, že jedince se setrváním nacházel je stěží, navíc bylo obtížné rozlišit, zda opakované hovory těchto jedinců o neslučitelných očekáváním jsou projevem jejich setrvání u dilematu, nebo projevem snahy odpoutat vlastní pozornost od nějakého jiného dilematu. Jim známé výzkumy nenabídlly empirický příklad organizace služeb sociální práce, v níž by setrvání u nějakého dilematu a život s ním byl kolektivně přijatým a zavedeným způsobem reakce na dilema. Dále se proto setrváním nezabývají.

V následující kapitole se pokusím přesněji vymezit úlohu morálního ideálu při zvládání dilematu setrváním. Musil, Nečasová (2008:89) hovoří o tom, že morální ideálu je „v kultuře určité skupiny



uznávaná vize žádoucího stavu věcí, o jehož dosažení je podle členů dané skupiny, z hlediska jimi uznávaných hodnot, žádoucí usilovat". Musil (2004) a Musil, Janská (2011:127) hovoří o ideálu bez přívlastku „morální“ a myslí se tím „*představa o způsobu vnímání klientů a jednání s nimi, kterou poradce prožívá jako žádoucí a osobně se s ní ztotožnil*". Musil (2004) uvádí i vymezení Blau a Lipskyho hovořících o ideálu služby, patří sem např. orientace na práci s klientem, altruismus. Ve všech případech jde o vyjádření subjektivní představy sociálních pracovníků o „tom, co se má“ na základě jejich dosavadní zkušenosti. Považuji za nezbytné věnovat konceptualizaci „setrvání“ větší pozornost, protože chci více upozornit na možnost (a riziko) přijetí prožívání napětí jako „toho, co se má“ a jako běžné součásti práce sociálních pracovníků.

ARGUMENTY DOKLÁDAJÍCÍ ŘEŠENÍ NEJASNÉHO POJETÍ POJMU „SETRVÁNÍ U DILEMATU“

Musil s Nečasovou (2008) sice neuvádí explicitně úlohu morálního ideálu při setrvání u dilematu, ale podle mého názoru lze říci, že morální ideál je v tomto případě zachován. Konkrétně takto: úloha ideálu při setrvání u dilematu je taková, že ideál je zachován v původní podobě, u pracovníka dojde k přijetí konfliktu podmínek a ideálu jako hodnotného, tzn., že existuje ještě další část ideálu, která přijetí považuje za hodnotné a umožní jej.

S využitím výše uvedených charakteristik role může být úloha morálního ideálu u setrvání u dilematu strukturovaná následovně. 1. Očekávání morálního ideálu je: prožívat a snášet bolest je úctyhodné. 2. Interpretace očekávání morálního ideálu: chci prožívat a snášet bolest. 3. Výkon očekávání morálního ideálu: prožívám a snáším bolest.

Tato struktura není v sociální práci neznámá, protože se objevuje například jako důsledek narcistického zranění v rámci syndromu pomáhajících. Podle Schmidbauera (2008) syndrom pomáhajících odkazuje na jeden z motivů k profesi – snaze pomoci vlastním nevyřešeným problémům. Jde o potřebu pomáhat druhým na úkor vlastních potřeb a ve vztahu k trápení lze říci, že ideálem může být snaha „je nutné pomoci všem“. Konfrontace s nemožností ideál naplnit může vést k trápení spojenému s nemožností naplnit pomoc všem, následnému ztotožnění se s ideálem prožívání a snášení trpění, a zachování ideálu pomoci všem. Schmidbauer (2008) také dodává, že napětí provázející neuspokojení očekávání má vliv na párovou dynamiku, zpracování agrese, apod., a může být jednou z příčin profesního vyhoření.

Musil, Nečasová (2008) u setrvání u dilematu uvádí, že bylo těžké odlišit, zda z výpovědí respondentů plynou argumenty pro setrvání, nebo pro snahu odpoutat vlastní pozornost od nějakého jiného dilematu. Tato nejednoznačnost může mít obecnější charakter. Tomić (2013) například upozorňuje na existenci falešného dilematu. Falešné dilema je jeden z argumentačních klamů, který vyvolává dojem, že existují pouze dvě (popřípadě tři atd.) možnosti tam, kde je jich ve skutečnosti více. Tím složitý problém s mnoha stavy zjednodušuje a poskytuje pouze krajní řešení, a proto je označován též jako černobílý klam (white-black fallacy). Falešné dilema, které je velmi časté, obvykle slouží k oklamání a manipulaci posluchače.

V kontextu této stati je posluchačem výzkumník zabývající se tématem, respondenti se mohou chránit před nepříjemnými možnostmi a unikat z jiné nepříznivé (dilematické) situace → řešení dilematu jako způsob obcházení dilematu. Používání falešného dilematu může být strategií, jak zastít jakékoli dilema a jakýkoli způsob zvládnání dilematu, pokud jsou prožívání dilemat a/nebo jejich zvládnání nějakým způsobem sociálním pracovníkům nepříjemné.

S ohledem na dosud řečené v této kapitole a moji snahu přispět k uspořádání množiny tvrzení vztahujících se k zvládnání konfliktů očekávání, považuji za důležité věnovat pozornost i metodě, jak dosavadní teorie vznikala. Musil s Nečasovou (2008) použili akční výzkum, kdy jejich záměrem bylo výzkumně přistupovat k tématu dilemat během supervizních sezení se sociálními pracovníky z vybrané organizace věnující se sociální práci s romskou populací. Neuvádí ale, v jaké konkrétní podobě. Akční výzkum je postaven na změně a participaci. Je zaměřen na řešení praktických problémů a už od začátku jeho vzniku v druhé polovině čtyřicátých let dvacátého století je brán jako významný příspěvek pro práci sociálních pracovníků (Holter, Schwartz-Barcott, 1993).

S ohledem na potíže, které Musil s Nečasovou (2008) uvádějí, je podle mého názoru možné, že sociální pracovníci neparticipovali na výzkumu, ale na supervizi, naopak výzkumník participoval na výzkumu,



nikoli na supervizi. Očekávání sociálních pracovníků byla o řešení problémů, očekávání výzkumníka byla o deskripci obtížného rozhodnutí. V tomto ohledu nemuselo dojít k naplnění klíčové podmínky akčního výzkumu – explicitní participace.

Toto má podle mého názoru řešení v uplatnění hlubšího analytického nástroje v rámci supervize, resp. více odkrývací přístup, který je ale možno použít pouze v případech, kdy primárním procesem je odkrývání (supervize, sebezkušenost, terapie) a sekundárním je výzkum. Problémy respondentů chtějí být primárně řešeny, nikoli zkoumány, výzkum v tomto kontextu vyvolává podezření, obavy, nedůvěru z „nekalých“, skrytých, nevyřčených motivů a ze zneužití.

Musil, Nečasová (2008) zmiňují také potíže s redukcí empirické komplexnosti procesů morálního hodnocení a prožívání. Setkali se se změtí morálně zabarvených úvah a soudů, jejichž části se před jejich očima objevovaly na hladině, vzápětí opět mizely do hlubin proudu morálního prožívání pracovních podmínek a jejich důsledků. Vzájemné prolínání, neukončenost, popř. cirkularita procesů odehrávajících se během konstrukce, prožívání a zvládání dilemat brání podle autorů tomu, aby bylo možné je analyticky rozčlenit, aniž by nedošlo k redukci.

Musil, Nečasová (2008) k tomuto trefně podotýkají, že sociální pracovníci jsou tímto proudem unášeni a někdy potápěni, supervizor musí zvládat jak stát na břehu, tak současně spolu s pracovníky proplouvat hlubinami proudu. Podle mého názoru není nezbytné, aby analýza procesů vedla k redukci empirie. Pro zachování neredukovaného bohatého empirického materiálu je nutné podstoupit analýzu zmiňovaných hlubin, z jejichž perspektivy bude možné interpretovat vše, co je nad nimi, tzn., vidět a popisovat prolínání, neukončenost i cirkularitu s přidanou hodnotou vidění a možnosti popisu příčin procesů.

Nesouhlasím s tvrzením Musila a Nečasové (2008), že snaha posuzovat věrohodnost spíše brání, než napomáhá poznání. Resp., souhlasím s tím, že je to obtíž navíc, protože toto posuzování není jednoduché, ale při ověřování východisek můžeme dojít k závěru, že dilema neexistuje, neexistuje v prezentované podobě, je způsobem obcházení jiného dilematu apod. Také porozumění důvodům znevěhodňování může přispět k vyrušení některých dilemat „z hlubin“ a tak spustit dominový efekt zvládání dalších navazujících problémů.

ARGUMENTY DOKLÁDAJÍCÍ EXISTENCI NEJASNÉHO POJETÍ POJMU „OBCHÁZENÍ DILEMATU“

Pouze pro kompletnost struktury textu uvedu shrnutí úlohy ideálu při obcházení dilematu, jak je uvádí Musil s Nečasovou (2008): ideál je zachován, ale zatlačen do latentní podoby, na explicitní místo je předsazena jeho modifikovaná podoba, která se stává referenčním rámcem k posuzování adekvátnosti vlastních postupů ke svému okolí; klientům a společnosti. Konfrontace vlastního jednání s latentním ideálem však neskončila, je však stále nepříjemná, a proto pokračuje v latentní podobě. Vymezení úlohy morálního ideálu při procesu „obcházení“ je u Musila a Nečasové (2008) z mého pohledu transparentní. Pozornost budu věnovat vymezení „latentní“ podoby dilematu.

Dle Musila (2004:39) pracovníci zpravidla naleznou nějaké, naléhavost jejich dilematu oslabující řešení, okolnosti, které druhdy ztěžovaly volbu vylučujících se možností, mohou pominout a naléhavost dilematu ustoupí do pozadí, lidé na tyto okolnosti pozapomenou a ze zjevného dilematu se stává dilema latentní.

Dále Musil (2004) uvádí, že nelze říci, že by zjevné dilema zcela zmizelo, lidé si ale zvyknou oddalovat je nějakým, pro ně přijatelným způsobem a po nějakou dobu se spory nebo boje motivů, které jim kdysi ztrpčovaly každodenní rozhodování, zdají být ty tam, vzhledem k tomu, že paměť je poměrně pružná a dlouhodobá, lze předpokládat, že latentní dilema pouze čeká v myslích pracovníků na oživení okolností, které z něj mohou opět učinit dilema zjevné.

Obcházení dilemat má podle Musila a Nečasové (2008) dlouhou tradici, bohatě popsaná je představa, že se sociální pracovníci snaží dilematům vyhnout, obcházet je. Spočívá ve snaze jednat tak, aby bylo možné unikat před obtížným rozhodováním, jehož potřebu vyvolává konfrontace s příznaky neslučitelných očekávání. Opakovaná konfrontace s těmito pracovními situacemi, s příznaky kolizních očekávání a s volbou neslučitelných možností přináší psychickou zátěž, před níž se sociální pracovníci snaží unikat, jednají proto způsobem, který jim umožňuje odklánět pozornost od příznaků neslučitelnosti očekávání.



Pro Musila a Nečasovou (2008) odklonění pozornosti od těchto příznaků ovšem nevede ke změně nesourodých podmínek, které z hlediska morálního ideálu provokují v očích sociálních pracovníků konflikty očekávání a obtížné rozhodování. Pozornost je tedy od dilematu odkloněna, dilema však latentně zůstává v pracovní situaci přítomno a může být kdykoliv změnou okolností (např. stížností klienta) znovu přesunuto do centra pozornosti. Výsledkem obcházení dilematu je tedy jeho zatlačení do latentní fáze a vzniká latentní dilema.

Musilem (2004) a Musilem a Nečasovou (2008) používané pojmy, jako „ustoupit do pozadí“, „pozapomenutí“, „latentní podoba“, „paměť“, „čekání v myslích“, „odklánění pozornosti“, „přesunutí do centra pozornosti“, mě vedou k úvaze o konceptuálním využití strukturálního modelu mysli. Tento model Vavrdy (2005) předpokládá existenci vědomé, předvědomé a nevědomé části mysli a využívá pojmy jako „vytěsnění“, „odsunutí“, „paměť“, „mysl“, „přesun z/do struktury mysli“. Zejména koncept nevědomí může podle mého názoru přispět k jasnějšímu pohledu na obtíže v rozhodování.

ARGUMENTY DOKLÁDAJÍCÍ ŘEŠENÍ NEJASNÉHO POJETÍ POJMU „OBCHÁZENÍ DILEMATU“

Nevědomé (jako adjektivum) vyjadřuje vztah k duševním procesům, jichž si subjekt není vědom. V psychoanalytické teorii se předpokládá, že duševní procesy se mohou kvalitativně lišit, tzn., že některé jsou vědomé a některé nevědomé. Zároveň to také znamená, že existují dva typy nevědomých procesů: procesy, které se snadno stávají vědomými, a procesy, které se vědomými stávají obtížně, protože je subjekt vytěsňuje (Rycroft, 1993).

První typ procesů je nazýván jako deskriptivně nevědomé (neboli předvědomé), druhý typ je uváděn pod pojmem dynamicky nevědomé. Vzpomínky, informace, dovednosti, prožitky atd., které mohou být, kdykoli je to zapotřebí a bez problémů vyvolány, jsou deskriptivně nevědomé. Vzpomínky, fantazie, přání, prožitky atd., jejichž existenci lze pouze předpokládat a které se stávají vědomými až po překonání určitého odporu, jsou dynamicky nevědomé (Rycroft, 1993).

Dle teorie nevědomí je možné jednat a jednání posuzovat bez jejich bezprostředního reflektování (Fonagy, Target, 2005) a při rozhodování můžeme vycházet i z nevědomých ideálů a pravd. Proto je možné neustále se konfrontovat mezi ideálním jednáním a praktickým jednáním, aniž bychom tento souboj bezprostředně sledovali, reflektovali a zažívali, tj. můžeme bláznit nevědomě. Toto může přinášet velkou psychickou zátěž a přispívat tak k profesnímu vyhoření.

Důležitý poznatek o rozhodování uvádí Haidt (2013), z jehož sociálně-psychologického výzkumu plyne, že naše názory nejsou výsledkem pečlivého analytického uvažování, spíše se jeví, že pramení v naší morální intuici kombinované s příklonem k lidem, o nichž se domníváme, že sdílejí tytéž instinkty. Jinak řečeno, používáme rozum, fakta i analytické uvažování, abychom zdůvodnili vlastní instinktivní rozhodnutí. Autor tedy zastává tezi, že se nejdříve rozhodujeme a potom rozhodnutí teprve zdůvodňujeme, což podle mého názoru potvrzuje předpoklad existence části rozhodování, které může být sociálním pracovníkům skryto.

Dále si myslím, že k opakovanému konfrontování se nás může vést důraz kladený v sociální práci na reflexivní přístup, ten může být brán jako ideál vedoucí sice k neustálému zvažování a způsobující obtížné prožívání, ale předepsaný autoritou, a proto hodnotný, proto může být hodnotné i obcházení (i setrvání) spojené s prožíváním napětím. Může být tedy užitečné reflektovat reflektování. V tomto bodě je zcela nezbytná přítomnost jiné osoby, například supervizora, s reflektovaným ideálem, která je schopna podat zpětnou vazbu zahrnující náhled s maximem zvědoměných východisek této osoby. Proces zvědomování není v supervizi samozřejmostí, a proto je důležitá znalost tohoto konceptu (Hajný, 2008).

ARGUMENTY DOKLÁDAJÍCÍ EXISTENCI NEJASNÉHO POJETÍ POJMU „ZMĚNA NESOURODÝCH PRACOVNÍCH PODMÍNEK“

Dalším v praxi se objevujícím způsobem zvládání dilemat je snaha o změnu nesourodých podmínek, které stojí u kořene vzniku dilematu. V tomto případě se sociální pracovníci snaží zachovat svůj morální ideál a modifikovat nesourodé pracovní podmínky tak, aby jim nebránily jednat v souladu s morálním ideálem a nezatažovaly jejich svědomí potřebou obcházet obtížná rozhodnutí a modifikovat morální ideály (Musil, Nečasová, 2008).



V dalších teoriích věnujících pozornost obtížným rozhodováním a jejich důsledkům se mezi strategiemi zvládání objevují charakteristiky odpovídající obcházení, setrvání i vyrušení dilematu. Avšak jak jsem uvedl výše, podstatným způsobem vyrušení obtížného rozhodnutí, který se objevuje např. v teorii já-role konfliktu, ale v teorii Musila a Nečasové (2008) se neobjevuje, je změna osoby, změna morálního ideálu sociálního pracovníka. Těto možnosti změny budu věnovat pozornost v následující kapitole.

ARGUMENTY DOKLÁDAJÍCÍ ŘEŠENÍ NEJASNÉHO POJETÍ POJMU „ZMĚNA NESOURODÝCH PRACOVNÍCH PODMÍNEK“

Pro zachování stejné úrovně pojmového aparátu jsem zvolil k dalšímu používání pojem „vyrušení dilematu“. Původní „změna pracovních podmínek“ totiž podle mého názoru neodpovídá charakteristice zvládání dilematu na stejné pojmové úrovni jako setrvání a obcházení, které označují, co se děje s obtížným rozhodnutím, nikoli s jeho příčinou.

Pro profesionální vyrušení dilematu je nezbytné, aby povaha dilematu (prožívání potíží) byla explicitní (vědomá), jinak není možné dilema vyrušit, vyrušit nevědomé dilema je možné pouze přes vědomé zpracování. Profesionálním myslím to, že pro výkon sociální práce je potřeba mít tyto procesy nahlédnuté a důležitý není jen úspěšný výsledek, ale také zkušenost s průběhem vyrušení, zkušenost se sebou. Takový způsob vyrušení je možný například v supervizi nebo sebezkušenostních aktivitách, kde jedním z cílů je změna náhledu na situaci změnou východisek pracovníka (Hawkins, Shohet, 2006; Rothman, 1999).

Podle Musila a Nečasové (2008) pokud sociální pracovníci chtějí uniknout před dilematy, která plynou z rozdílů mezi jejich každodenní praktickou morálkou (užívanou teorií) a morálními ideály (ústředními hodnotami), je třeba, aby z hlediska morálního ideálu reflektovali a posuzovali jak svoji praktickou morálku, tak z této reflexe odvozené změny cílů a pravidel svého jednání s klienty. Tímto způsobem mohou rozlišit domněle nové cíle a pravidla, které jsou toliko pozměněnou podobou morálně diskutabilní praktické morálky, a skutečně nové cíle a pravidla, jejichž aplikace se ukáže být efektivním nástrojem naplňování morálního ideálu.

Předpokládám, že má jít o předejití, popř. vyrušení dilemat, nikoli uniknutí, což evokuje obcházení. Testovat by se měly vzájemně ideály managementu organizace, řadových sociálních pracovníků, klientů a supervizora. Výsledkem by měly být reflektované ideály, které jsou přiměřené představám a možnostem všech zainteresovaných v pomáhajícím procesu. Toto považuji za východisko k reflexi ideálů a jejich případné změně. Předpokladem je, že nejreflektovanější ideál má supervizor, jakožto profesionál podstupivší nejdůležitější reflexi vlastního ideálu.

Úlohu morálního ideálu je tedy možné konceptualizovat takto: Při vyrušení dilematu změnou podmínek je ideál zachován a jsou změněny podmínky tak, aby mu odpovídaly. Při vyrušení dilematu změnou ideálu je ideál reflektován (s pomocí reflektovaného ideálu další osoby, popřípadě dalších osob), je upraven s ohledem na jeho přiměřenost k podmínkám.

ZÁVĚR

Nyní odpovím na výzkumnou otázku: „Jakými argumenty můžu doložit existenci a řešení problémů konceptualizace pojmů v teorii zvládání dilemat sociálních pracovníků?“, kterou jsem si položil na začátku textu.

Existenci a řešení problémů konceptualizace v teorii zvládání dilemat sociálních pracovníků dokládám u pojmu „zvládání nesourodých očekávání“ zjištěním, že model zvládání formulovaný Musilem a Nečasovou (2008) je možno nahlížet z perspektivy teorie „já-role konfliktu“, který by umožnil rozšíření stávajícího modelu o zvládání změnou pracovníka.

Existenci a řešení problémů konceptualizace v teorii zvládání dilemat sociálních pracovníků dokládám u pojmu „setrvání u dilematu“ zjištěním, že konceptualizace tohoto způsobu zvládání dilematu může být obohacena využitím explicitnější formy výzkumného nástroje a zohledněním více teoretických možností konkrétních podob „přijetí trápení“, např. syndromu pomocníka, jak jej vymezuje Schmidbauer (2008). Existenci a řešení problémů konceptualizace v teorii zvládání dilemat sociálních pracovníků dokládám u pojmu „obcházení dilematu“ zjištěním, že koncept „nevědomí“ může umožnit konceptuální uchopení



toho, co se děje, když rozhodování není explicitní a je zatlačeno do latentní podoby, a zjištěním, že k těmto poznatkům je možné dojít s pomocí reflektování v průběhu supervizních sezení účastníků, kteří koncept „nevědomí“ využívají.

Existenci a řešení problémů konceptualizace v teorii zvládání dilemat sociálních pracovníků dokládám u pojmu „změna nesourodných pracovních podmínek“ zjištěním, že tento způsob zvládání lze považovat za dílčí způsob zvládání podřazený pod „vyrušení dilematu“ spolu se „změnou pracovníka“, a zjištěním, že tento způsob zvládnutí dilematu lze realizovat v procesu supervize pomocí reflexe ideálů pracovníka.

Z této odpovědi vyvozují, že teorie zvládání dilemat má potenciál k rozvíjení. Dále lze říci, že tento rozvoj je možný za prvé: využitím strukturovanějších významů stávajících nebo doplňujících pojmů; a za druhé: transparentnějším využitím nástrojů umožňujících generalizaci (i latentní) empirie. Tímto bude možné explicitněji popsat východiska, průběh i důsledky obtíží v rozhodování sociálních pracovníků a tím přispět ke komplexnějšímu popisu přístupu sociálních pracovníků ke klientům.

POUŽITÉ ZDROJE

- BABBIE, E. 2010. *The Practice of Social Research*. Belmont: Wadsworth Publishing.
- BERG, B. L. 2001. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston, MA: Pearson.
- ČECHÁK, V. 1996. Teorie. In: MAŘÍKOVÁ, M., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický slovník II p/ž*. Praha: Karolinum.
- ČÍŽEK, F. 1974. *Teorie a empirie*. Praha: Nakladatelství Svoboda.
- EVANS, T. 2015. Street-level Bureaucracy, Management and the Corrupted World of Service. *European Journal of Social Work*, DOI: 10.1080/13691457.2015.1084274.
- EVANS, T., HARRIS, J. 2006. A Case of Mistaken Identity? Debating the Dilemmas of Street-Level Bureaucracy with Musil et al. *European Journal of Social Work*, 9(4), 445–459.
- HAIDT, J. 2013. *The Righteous Mind*. New York: Pantheon Books.
- FONAGY, P., TARGET, M. 2005. *Psychoanalytické teorie: Perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
- HAJNÝ, M. 2008. Psychodynamický přístup k supervizi. In: HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. et al.: *Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén.
- HAWKINS, P., SHOHET, R. 2006. *Supervision in the Helping Profession*. New York: Open University Press.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- HOLTER, I. M., SCHWARTZ-BARCOTT, D. 1993. Action Research: What Is It? How Has It Been Used And How Can It Be Mused In Nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 298–304.
- KLIMEŠ, L. 1985. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- KRONICK, J. E. 1997. Alternativní metodologie pro analýzu kvalitativních dat. *Sociologický časopis*, 33(1), 57–67.
- LAAN, V. d. G. 1998. *Otázky legitimity sociální práce*. Boskovice–Ostrava: Albert – ZSF OU.
- LEGARD, R., KEEGAN, J., WARD, K. 2003. In-depth Interviews. In: RITCHIE, J., LEWIS, J. (Eds.). *Qualitative Research Practice*. London – Thousand Oaks – New Delhi: SAGE Publications.
- LEVINSON, D. J. 1959. Role, Personality, and Social Structure in the Organizational Setting. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(2), 170–180.
- LIPSKY, M. 1980. *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- KATZ, D., KAHN, R. L. 1978. *The Social Psychology of Organizations*. New York: John Wiley and Sons.
- MORRIS, B. 1971. Reflections on Role Analysis. *The British Journal of Sociology*, 22(4), 395–409.
- MOŽNÝ, I. 1975. *Pojmový komplex teorie sociální role*. Brno: Sborník prací Brněnské univerzity.
- MUELLER, C. H. 2013. Conceptualization, Operationalization, and Measurement. In: LEWIS-BECK, M. S., BRYMAN, A., LIAO, T. F. *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Method*. London: SAGE Publications.



- MUSIL, L. 2004. „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman.
- MUSIL, L. 2008. Způsoby zvládání dilematu jednostrannosti a symetrie. In: JANEBOVÁ, R., KAPPL, M., SMUTEK, M. (Eds.). *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou. Sborník z konference IV. Hradecké dny sociální práce, konané 24.–25. 10. 2008 v Hradci Králové*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- MUSIL, L. et al. 2004. Do Social Workers Avoid the Dilemmas of Work with Clients? *European Journal of Social Work*, 7(3), 305–319.
- MUSIL, L., JANSKÁ, V. 2011. Dilema ‚loajálního úředníka a empatického pomocníka‘ a akceptace změn. In: WINKLER, J., ŽIŽLAVSKÝ, M. (Eds.). *Institucionální změna a veřejná politika. Analýza politiky zaměstnanosti*. Brno: Masarykova univerzita, muniPRESS.
- MUSIL, L., NEČASOVÁ, M. 2008. Zvládání nesourodých očekávání a morální orientace sociálních pracovníků. In: MUSIL, L., ŠRAJER, J. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Brno: Albert, 83–105.
- NAKONEČNÝ, M. 2000. *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- PAPADAKI, E., PAPADAKI, V. 2008. Ethically Difficult Situations Related to Organizational Conditions. *Journal of Social Work*, 8(2), 163–180.
- ROTHMAN, J. C. 1999. *The Self – Awareness Workbook for Social Workers*. Boston–London–Toronto–Sydney–Tokyo–Singapore: Allyn and Bacon.
- RYCROFT, Ch. 1993. *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- SCHMIDBAUER, W. 2008. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál.
- TOMIĆ, T. 2013. False Dilemma: A Systematic Exposition. *Argumentation*, 27(4), 347–368. DOI 10.1007/s10503-013-9292-0.
- VAVRDA, V. 2005. *Otázky soudobé psychoanalýzy*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- VLÁČIL, J. 1996. Konflikt rolí. In: MAŘÍKOVÁ, M., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický slovník II p/ž*. Karolinum. Praha.

Zdeněk Sloboda: Dospívání, rodičovství a (homo)sexualita. Libčice nad Vltavou: Pasparta Publishing, 2016.

Ambicí publikace je představit sociálněvědní poznatky a pohledy na téma homosexuality, resp. neheterosexualit, které je možno využít v řadě teoretických i praktických oborů, mezi nimiž je explicitně uvedena i sociální práce. Autor Zdeněk Sloboda dlouhodobě patří mezi veřejně vystupující aktivisty v prosazování práv LGBTI menšin. Je jedním ze zakladatelů PROUDu (Platformy pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu), je také členem Výboru pro sexuální menšiny Rady vlády pro lidská práva ČR a po vědecké stránce se zabývá sociologií sexuality a genderu. V neposlední řadě je Zdeněk Sloboda také rodič dcery Ley, které svou knihu věnoval, stejně jako její mámě Zdeňce a spolurodiče Mouře. Jeho profesní angažovanost se odráží i v pojetí knihy, která se vymaňuje z medicínského a sexuologického diskursu zpracování tématu a nabízí čtenářkám a čtenářům perspektivu, která by se dala nazvat sociální či lidskoprávní. Vzhledem k tomu, že zpracované téma nemusí být pro řadu čtenárek a čtenářů tématem neutrálním, ale může se jednat o téma velmi citlivé z hlediska vlastních hodnot a zkušeností, je podstatné uvést, že autor přistupuje k jeho zpracování z konstruktivistické pozice. Nemá záměr sdílet „objektivní pravdu“, ale diskutuje jednotlivé oblasti z řady různých úhlů, klade důraz na diverzitu životních zkušeností a na pluralitu pohledů, naopak odmítá binární a hierarchické chápání světa.

Knihu je prakticky členěna do šesti kapitol, ale symbolicky ji lze rozdělit do dvou částí. V první části knihy autor objasňuje klíčové pojmy, jako jsou sexualita, mužství, ženství, gender, homosexualita, heteronormativita či různé genderové identity. Pro pomáhající profese je podle autora určena především druhá část knihy, zaměřená na období dospívání a rodičovství. V tomto si

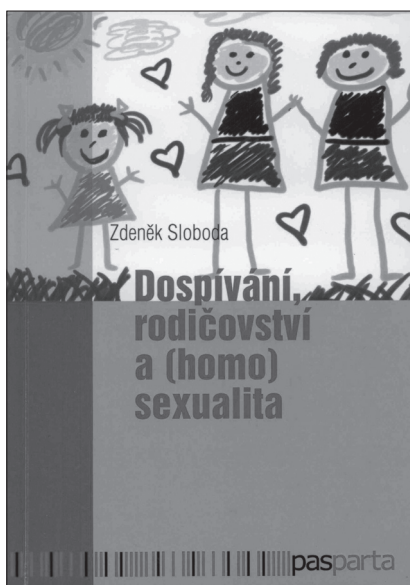
dovolím s autorem nesouhlasit, protože porozumění základním kategoriím genderu, sexuality a heteronormativity vnímám jako nezbytný předpoklad pro pochopení druhé části. Možná že pokud čtenář či čtenářka porozumí tomu, jak jsou sexuální identity sociálně konstruovány skrze jemné mechanismy moci kultury, politiky či práva, otevře jim to oči natolik, že se jejich praxe stane svobodnou (ne-heteronormativní) a opravdu situační, aniž by museli číst část druhou.

V první části kniha rozbíjí zavedené představy o sexualitě lidí a ukazuje, že svět je mnohem barevnější, než jaké mohou být naše stereotypní představy o něm. Otevírá šuplíky, do nichž máme svůj svět v souladu s tradicemi naskládán. Pokud má sociální práce směřovat k rozšiřování perspektiv lidí, je velmi žádoucí některé šuplíky otevřít a raději i vyspat. Tuto příležitost autor nabízí, když zpochybňuje dominující představy o sexualitě, ženství a mužství. Vysvětluje, že pojem sexualita se nevztahuje pouze k sexuálnímu chování a sexuální orientaci, ale jedná se o pojem komplikovaný, který je třeba vztahovat také k citové orientaci, lásce a sexuální identitě. Polemizuje s esencialistickou představou přirozeného ženství a mužství a představuje ženství a mužství jako sociální konstrukty. Věnuje pozornost i patriarchátu jako binárnímu a hierarchickému genderovému řádu společnosti, který znevýhodňuje ženy a další gendery (oproti mužům).

Obávám se, že spíše neznámým, ale přesto velmi zásadním pojmem, kterému by sociální pracovníci a pracovníci měli porozumět, aby se vyvarovali opresivní praxi, je princip heteronormativity. Heteronormativita je autorem vymezována jako princip, „*který kulturně ustavuje*



heterosexualitu jako dominantní, privilegovanou, normální a zároveň normativní – tedy jako ideál a vzor“ (s. 53). Pokud je heteronormativita společností považována za dominující formu sexuality, dostávají se mimo normu nejen homosexualita, vůči níž je heterosexualita ve zdánlivě binární opozici, ale také asexualita, pansexualita, bisexualita nebo „nenormální“ heterosexuální sexuality. Těm všem je normativní heterosexualita vnímána jako nadřazená. Tento diskurs v sobě nese řadu rizik z hlediska oprese. Je totiž spojen s představou, že maskulinita je a priori sexuální a sexuálně dominantní, zatímco feminita je naopak nesexuální a submisivní. Mužství a ženství jsou chápány jako „přirozené“ komplementární entity. Heterosexualita je vnímána jako vztahová, zatímco homosexualita (zejména mužská) jako



zaměřená na sex a nevztahová. Vede i k rozlišnému vnímání ženské a mužské homosexuality. Zatímco muži homosexuálové jsou vnímáni ambivalentně – zároveň jako zženštilí a zároveň jako hypersexualizovaní (predátorští vůči jiným mužům), tak lesbické ženy bývají charakterizovány skrze neženské maskulinní znaky. Zkrátka princip heteronormativity v sobě zahrnuje celou řadu škatulek, jaký kdo na základě svého pohlaví „přirozeně“ je, jaký by měl být, a sankční mechanismy za nenaplňování tohoto „ideálu“.

Oprese je v sociální práci spojována s útlakem lidí, který je dlouhodobě a hluboce zabudován do sociálních, politických a ekonomických struktur společnosti. Pokud sociální práce (či jednotlivé sociální pracovnice a pracovníci) sebe samu chápe jako antiopresivní profesi, pak nemůže opomíjet útlak postavený na heteronormativitě. V praxi to znamená reflektovat heteronormativitu přítomnou ve vlastní praxi, praxi druhých, její provázanost se sociálními, ekonomickými a politickými strukturami,

které utvářejí kontexty životů lidí, a vyplývající rizika oprese. Autor nás nutí otevřít otázku normativity v sociální práci (které normy má sociální práce prosazovat a které nikoliv) nejen ve vztahu k homosexualitě, ale také k dalším sexuálním a genderovým identitám. Poukazuje

je například na důsledky heteronormativity v případě transsexuality (nesoulad mezi psychickou identitou a biologickým tělem), která je společensky vnímána jako porucha jen proto, že naše společnost žije dle silně genderovaného řádu. Pokud by společnost a sociální práce upustily od tohoto předpokladu, mohlo by to řadě klientů značně ulevit. Autor zdůrazňuje, že si nelze vystačit s tolerancí (která je v podstatě hierarchická), ale je třeba naučit se a prosazovat akceptaci rozličných genderových identit.

V první části knihy autor dále popisuje důsledky heteronormativity v podobě homofobie (nepřátelskost vůči homosexuálním osobám) a jejich sesterských konceptů bifobie (bisexuální lidé jsou nuceni, aby si vybrali orientaci) a transfobie (osoby s nejasným genderem jsou nuceni, aby si zvolili jasný gender). Také zde bourá stereotypy o homosexualitě jako o genderové inverzi, tedy představě mužské zženštilosti a ženské zmužnělosti.

Druhá část publikace popisuje coming out v dospívání, jeho průběh, rizika pro neheterosexuální jedince a pro jejich blízké a možnosti, jak může společnost těmto lidem vyjít vstříc. Autor se zaměřuje zejména na oblast školství, což odráží jeho odborný zájem. Uvedené informace jsou využitelné a přenositelné i do oblasti sociální práce. I zde autor překračuje binární pojetí sexuálních identit, takže jedním z jeho doporučení je, že lidé by měli mít právo na sebeurčení, aby se sami rozhodli, jaké jim bude úředně připsáno pohlaví. Ideálně by měla existovat možnost „neurčené“. Pro sociální

pracovnice a pracovníky pracující se seniorskou populací může být velmi přínosná část, kde popisuje aspekty coming outu s přesahy do seniorského věku, kdy lidé znovu zvažují coming out v bytových zařízeních.

Ve druhé části je vedle dospívání věnována pozornost i rodičovství. Autor upozorňuje na přetrvávající představu tzv. moderní rodiny (paradoxně nazývané tradiční rodina) jako rodiny ideální, kdy spolu muž a žena mají biologické děti. Toto pojetí rodiny spojuje s heteronormativitou, na kterou jsou nabaleny kulturní předpoklady o mateřství a otcovství, ženství a mužství, rodičovství, ekonomické, právní a hodnotové předpoklady. Upozorňuje na idealizaci „tradiční rodiny“ a zásadní rozpor mezi ideálem a realitou, kdy v podstatě ve všech historických dobách existovaly neúplné rodiny, sirotci či rodiny nefunkční, v nichž nebyly naplňovány společensky očekávané genderové role. Také v současnosti není tento ideál velkou částí rodin naplňován, vzhledem k tomu, že existují rodiny rozvedené, rodiny samoživitelů a samoživitelů, rodiny neplodné, násilné, s výměnou rolí atd. Reálně je nukleárních rodin s více než jedním dítětem (muž, žena, děti) v ČR asi jen jedna pětina. Konstatuje, že děti v neheterosexuálních rodinách zkrátka jsou a budou, přičemž popisuje rozmanité formy rodičovství biologického (dítě je biologickým potomkem z předchozího vztahu, asistované reprodukce, jde o sdílené rodičovství, náhradní mateřství) a sociálního rodičovství (plnění rodičovské role bez biologické vazby na dítě). Prakticky pak dochází k tomu, že v některých situacích může mít dítě i čtyři rodiče, ale právní řád situaci těchto dětí (a rodičů) neřeší. V závěru text pojmenovává základní argumenty odpůrců a odpůrků náhradní rodinné péče stejnopohlavních rodičů a zároveň reaguje relevantními protiargumenty. Druhá část publikace v podstatě rozvíjí důsledky heteronormativity pro životy LGBTI

lidí v období dospívání a rodičovství. Zdeněk Sloboda tak sociálním pracovnícům a pracovníkům ukazuje, jaké mohou mít stereotypy či předsudky o životě svých LGBTI klientů (či jejich dětí) a jak se tyto zakotvené představy mohou negativně projevovat při práci s klienty. Autor není sociálním pracovníkem, takže rizika oprese LGBTI lidí ze strany sociálních pracovníků a pracovníků nejsou explicitně popsána, ale na základě četby je lze dobře domýšlet a reflektovat. Kapitola umožňuje nahlédnout do vlastních stereotypů pojetí stejnopohlavní rodiny, které mohou být spojeny s představou rozdělení tradičních rolí (na ženskou a mužskou, mateřskou a otcovskou), s nutností či požadavkem rolových genderových vzorů (ve smyslu, že dítě ve stejnopohlavní rodině postrádá buď mužský, nebo ženský vzor) či s obavami o budoucí vývoj sexuální identity a genderu dětí. Po jejím přečtení si čtenáři a čtenářky možná uvědomí, že věci mohou být a fungovat i jinak.

Autor v úvodu deklaruje, že publikace má mít popularizační charakter, s čímž lze souhlasit. Je určena především těm, kteří se tématem (homo)-sexualitě dosud příliš nezabývali. Tento popularizační charakter vnímám v kontextu sociální práce jako výhodu, protože česká sociální práce gender příliš nereflektuje. Publikace se může jevit jako aktuální zejména pro ty sociální pracovníce a pracovníky, kteří za cíl sociální práce považují bránit opresi ve společnosti a iniciovat sociální změny. V kontextu situace, kdy se na únorové schůzi (2017) Poslanecká sněmovna odmítla zabývat návrhem, aby si lesby a gayové mohli přiosvojit partnerovo dítě, může být určitým námětem (a také zdrojem argumentů), kam dále směřovat své úsilí, aby děti v LGBTI rodinách (i jejich rodiče) získali rovná práva.

Radka Janebová,

*Ústav sociální práce
Univerzity Hradec Králové*

Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové, Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky a Asociace vzdělavatelů v sociální práci Vás ve dnech 22. a 23. září 2017 zvou na mezinárodní vědeckou konferenci

XIV. Hradecké dny sociální práce 2017

Sociální práce jako nástroj podpory sociální změny

Tematické okruhy konference

1. Kritická sociální práce jako nástroj podpory sociální změny
2. Člověk a jeho sociální prostředí – možnosti sociální práce
3. Spirituální sociální práce jako nástroj podpory sociální změny. Křesťanská sociální práce jako nástroj sociální změny?
4. Sociální práce jako nástroj podpory sociální změny v kontextu radikalizace společnosti. Reakce pomáhajících profesí na extremismus a radikalizaci společnosti
5. Sociální práce jako výzva a příležitost pro změnu. Reformní ambice sociální práce, formalizace versus de-formalizace sociální práce v souvislosti s de-institucionalizací služeb
6. International issues of social work. Global and transnational social work as an instrument of promoting of social change

V rámci konference se bude konat dne 22. 9. 2017 od 14 hodin seminář na téma “Význam nutriční podpory v sociální péči”. Hlavní příspěvek přednese přednosta III. Interní gerontometabolické kliniky FN Hradec Králové prof. MUDr. Luboš Sobotka CSc.

Místo konání: prostory Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové

Každý účastník semináře získá osvědčení o účasti.

Jednacími jazyky mezinárodní vědecké konference jsou čeština, slovenština, angličtina.

Výstupem konference bude sborník v elektronické podobě.

Pro Vaše dotazy je k dispozici e-mail: hradeckednysp@gmail.com.

<http://hradeckednysp.usp-uhk.cz/>

www.socialniprace.cz



asvsp
asociace vzdělavatelů
v sociální práci

Online prakticko-publicistická část časopisu na www.socialniprace.cz

Online publicisticko-praktická část časopisu je dostupná **pouze předplatitelům časopisu jako celku** (tištěná akademická část + online prakticko-publicistická část). Ostatním čtenářům budou texty zpřístupněny **s časovým odstupem** přibližně jednoho roku.

Přístupy do online publicistiky zřizujeme v měsíčních intervalech, a to na základě uhrazeného předplatného. V případě, že jste časopis zakoupili mimo distribuční firmu SEND Předplatné a máte zájem o přístup k publicistice časopisu, kontaktujte, prosím, paní Olgu Cídlou (olga.cidlova@socialniprace.cz), která vám online přístup zřídí.

Obsah prakticko-publicistické části čísla 3/2017:

O ČEM SE MLUVÍ

Esej

Libor Novosád a Kateřina Rychlá: Internetové poradenství v podpoře zdraví osob s postižením a jejich blízkých na příkladu iPoradny.cz v Olomouci

Rozhovor

S emeritním primářem léčebny v Bohnicích Karlem Nešporem o problematickém životním stylu lidí a o možné intervenci při sociální práci

Reflexe

Odborníci z Centra výzkumu zdravého životního stylu UPOL reflektují významné ohrožující tendence v oblasti životního stylu lidí

INSPIRACE PRO PRAXI

Rozhovor

S profesorem Janem Holčíkem o zdraví a životním stylu lidí v ČR

Esej

Jana Kumprechtová: Psychosomatika a vyrovnávání se stresem v sociální práci

Reflexe praxe

Odborníci z Evropské kontaktní skupiny reflektují možnosti kariérního poradenství při změně nevhodného životního stylu dlouhodobě nezaměstnaných

Profily inspirativních organizací

FAKTA, LEGISLATIVA, DOKUMENTY

Expertiza

Lenka Krhutová: Objektivní posouzení zdravotní situace – přání otcem myšlenky?

A další texty, na kterých pracujeme. Online publicistika bude postupně zveřejňována v průběhu července až září 2017.

Veřejný závazek časopisu

Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci

Časopis pre teóriu, prax a vzdelávanie v sociálnej práci

Posláním časopisu Sociální práce / Sociálna práca je:

- podporovat schopnost české a slovenské společnosti řešit životní problémy lidí prostřednictvím sociální práce;
- podporovat kvalitu sociální práce a profesionalizaci praxe sociální práce;
- přispívat k rozvoji sociální práce jako vědní disciplíny a ke zkvalitnění vzdělávání v sociální práci;
- podporovat zájmy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.

V zájmu dosažení těchto cílů bude časopis v rámci obce sociálních pracovníků a s nimi spolupracujících a pomáhajících pracovníků jiných oborů podporovat:

- postoje, které považují odbornost a lidskost za rovnocenná kritéria kvality sociální práce;
- postoje, které kladou důraz na propojení teoretického zdůvodnění postupů sociální práce s její praktickou orientací na problémy klientů a jejich reálné možnosti;
- soudržnost všech, kteří se angažují ve prospěch řešení problémů klientů prostřednictvím sociální práce;
- otevřenou, odlišnosti chápající, poučenou a věcnou diskusi v rámci obce sociálních pracovníků;
- chuť a zájem sociálních pracovníků vidět sebe samé očima jiných.

Posláním časopisu Sociální práce / Sociálna práca je:

- podporovať schopnosť českej a slovenskej spoločnosti riešiť životné problémy ľudí prostredníctvom sociálnej práce;
- podporovať kvalitu sociálnej práce a profesionalizáciu praxe sociálnej práce;
- prispievať k rozvoju sociálnej práce ako vedeckej disciplíny a k skvalitneniu vzdelávania v sociálnej práci;
- podporovať záujmy poskytovateľov a užívateľov sociálnych služieb.

V záujme dosiahnutia týchto cieľov bude časopis v rámci obce sociálnych pracovníkov a s nimi spolupracujúcich a pomáhajúcich pracovníkov iných odborov podporovať:

- postoje, ktoré považujú odbornosť a ľudskosť za rovnocenné kritériá kvality sociálnej práce;
- postoje, ktoré kladú dôraz na prepojenie teoretického zdôvodnenia postupov sociálnej práce s jej praktickou orientáciou na problémy klientov a ich reálne možnosti;
- súdržnosť všetkých, ktorí sa angažujú v prospech riešenia problémov klientov prostredníctvom sociálnej práce;
- otvorenú, odlišnosti chápajúcu, poučenú a vecnú diskusiu v rámci obce sociálnych pracovníkov;
- chuť a záujem sociálnych pracovníkov vidieť samých seba očami iných.

Anotace čísla 5/2017

Terapie v sociální práci? Therapy in Social Work?

Vznik tohto tematického čísla podnietila už samotná rozporuplná diskusia v redakčnej rade časopisu. Práve z dôvodu, že pohľady na terapiu(e) v sociálnej práci majú nielen dichotomickú, ale aj dialektickú povahu. Už tento samotný fakt je dôvodom k tomu, aby sme spoločne uvažovali nad tým, či terapia(e), resp. socioterapia alebo sociálna terapia sú dnes na prahu 21. storočia nevyhnutnou súčasťou výkonu sociálnej práce, alebo už prekonaným konštruktom. V priebehu vývoja sociálnej práce ako vedy sa kreovali dve názorové zoskupenia. Prvá skupina odborníkov je presvedčená, že (socio)terapia patrí do výbavy sociálneho pracovníka. Svoj postoj obhajujú jej kontinuálnym vedecko-historickým vývojom, ktorý je doplnený o aktuálne legislatívne vymedzenie. (Socio)terapiu vnímajú ako druh intervencie v sociálnej práci, ktorý sa môže opierať o rôzne prístupy (koncepty), pričom využíva rozmanité metódy, formy a techniky práce, ktorej cieľom je aktivizácia (sociálneho) potenciálu klienta, s dôrazom na vzťahy klienta k prostrediu, prostredia klienta a klienta v prostredí, pričom dôležitú úlohu zohráva terapeutický vzťah.

Druhá skupina teoretikov sociálnej práce sa na rozdiel od nich domnieva, že ide o prekonaný konštrukt, v hypermodernej sociálnej práci nahrádzaný fenoménom sociálneho fungovania vyúsťujúceho do reflexívnej praxe.

Toto antagonistické stanovisko stojí zoči-voči výzve hľadania spoločného názorového prúdu. Kedy predmetné číslo časopisu evokuje uvažovať a odpovedať odbornej i laickej verejnosti na otvorené otázky: Terapia áno, či nie? Ak áno, tak aká? Akým spôsobom, kde, kto ju má, v akých inštitúciách a v zmysle akej platnej legislatívy vykonávať? Ak nie, tak prečo, čo ju má a v akej miere nahradiť?

Výsledkom tohto reflexívneho snaženia oslovených teoretikov a teoretičiek sociálnej práce je:

- predložiť základné myšlienky súčasných vplyvných a efektívnych (socio)terapeutických smerov s možnosťou komparácie v historickom kontexte;
- priniesť utriedený inštitucionálny a inštruktívny prehľad dôležitých metód a techník v (socio)terapii;
- poukázať na možnosti a výsledky výskumu v (socio)terapii, ktoré by validizovali explorované východiská.

Rezultáty tejto komparatívnej syntézy by sa mohli stať odrazovým mostíkom ďalšej, hlbšej analýzy smerom k rozšíreniu pohľadu na „superiace“ názory a k obohateniu metodického repertoáru tak na základnej, ako aj špecifickej úrovni. Primárnou otázkou tak zostáva reflexia relevancie „terapie“ v kontexte sociálnej práce.

*Prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD.,
editorka čísla*

Pokyny pro autory

(zkrácená verze, plný text je dostupný na www.socialniprace.cz)

Časopis vychází čtyřikrát ročně v českém a slovenském a dvakrát ročně v anglickém jazyce a publikuje co nejširší spektrum článků relevantních pro sociální práci. Články mohou být zaměřeny na jakýkoliv aspekt praxe, výzkumu, teorie či vzdělávání. Časopis je rozdělen na tištěnou akademickou část a online publicistiku dostupnou na www.socialniprace.cz. Zatímco akademická část referuje o výzkumu a informuje o zajímavých knihách, online publicistická část je určena pro publikaci tematicky atraktivních námětů z praxe zpracovaných různorodými publicistickými žánry. Tištěná část časopisu má následující strukturu:

1. Editoriál
2. Studie, výzkumy, analýzy
3. Recenze knih

1. Pokyny autorům studií, výzkumů a analýz

Redakce přijímá příspěvky, které odpovídají profilu časopisu. Zasláný příspěvek musí být určen výhradně pro publikaci v časopise Sociální práce / Sociální práce. Počet příspěvků od jednoho autora je omezen na dva za jeden rok.

Nabídka rukopisů a recenzní řízení

Akademický textem se pro účely našeho časopisu rozumí výzkumná, popř. přehledová stať (teoretická, historizující aj.). Předpokladem zařazení příspěvku do recenzního řízení je skutečnost, že v textu autor systematicky pracuje s relevantními prameny, objasňuje výzkumnou metodologii a s ohledem na svůj výzkumný cíl prezentuje také zjištění. Vzhledem k profesnímu charakteru časopisu preferujeme texty, které obsahují vedle zmíněných aspektů také aplikační dimenzi, v níž autor objasňuje relevanci svých zjištění v kontextu sociální práce.

Recenzní řízení je oboustranně anonymní a je prováděno dvěma na sobě nezávislými recenzenty. Studentské práce procházejí jedním recenzním řízením. Práce jsou posuzovány po stránce obsahové i formální. V případě potřeby může být práce vrácena autorům k doplnění či k přepracování. Na základě posudků bude rozhodnuto o jejich přijetí či odmítnutí. Ve sporných případech rozhoduje editor čísla. Redakci se prostřednictvím e-mailové komunikace zasílají dvě provedení rukopisu. Jedno z nich nesmí obsahovat žádné údaje, které by mohly vést k identifikaci autora. Druhé provedení příspěvátel odešle v kompletní verzi.

Redakce si vyhrazuje právo provádět drobné stylistické úpravy. Nevyžádané rukopisy a přílohy se nevracejí.

Rozhodnutí o vydání

O výsledku recenzního řízení je autor vyzooměn nejpozději do šesti měsíců od data obdržení statí.

Náležitosti rukopisu

Text musí být napsán v souladu s platnými jazykovými normami (viz plná verze Pokynů autorům na www.socialniprace.cz).

- I. Titulní strana** obsahuje výstižný a stručný název práce v češtině – nebo slovensky ekvivalent – a v angličtině, jména všech autorů, biografickou charakteristiku a v poznámce pod čarou také afilaci autora.
- II. Český nebo slovenský abstrakt** v rozsahu maximálně 200 slov.
- III. Klíčová slova** v češtině (slovenštině).
- IV. Abstrakt** v angličtině v rozsahu maximálně 200 slov.
- V. Klíčová slova** v angličtině. Použijte prosím max. dvouvýrazová slovní spojení.
- VI. Vlastní text** (rozsah maximálně 10 000 slov).
- VII. Seznam citované literatury:** Autorů žádáme, aby zvýšenou pozornost věnovali přesnému a korektnímu odkazování (viz plná verze Pokynů autorům na www.socialniprace.cz).
- VIII. Tabulky a grafy:** Tabulka nesmí být širší než 14 cm. Výška písma alespoň 8–10. Při grafech používejte laskavě výrazné kontrastní barvy (upozorňujeme, že časopis je černobílý).

2. Publikáční etika a jiné informace

Rukopisy jsou posuzovány v publikačním řízení sestávajícím z posouzení 1. oborové přiměřenosti článku jedním členem redakční rady a 2. oboustranně anonymního recenzního řízení dvěma odborníky z veřejného seznamu recenzentů umístěného na našich webových stránkách.

Texty jsou posuzovány výhradně na základě jejich intelektuální hodnoty bez ohledu na autorovu rasu, pohlaví, sexuální orientaci, vyznání, etnický původ, občanství nebo politické názory.

Redakce časopisu SP/SP vynaloží veškeré úsilí k zachování nestrannosti recenzního řízení, aby nedošlo k odhalení identit akterů recenzního řízení.

Autor, u něhož byl prokázán plagiat nebo falšování dat, ztrácí možnost v časopise SP/SP publikovat.

Autor zasláním příspěvku uděluje souhlas k užití svého příspěvku v elektronických databázích, ve kterých je časopis SP/SP indexován. Časopis je též volně dostupný na webových stránkách www.socialniprace.cz.

Přetisknout část uveřejněného textu nebo jeho užití v jiné publikaci lze jen s citací původu textu.

Notice to Contributors

(short version, full text is available at www.socialniprace.cz)

The journal Czech and Slovak Social Work is published four times in the Czech and Slovak language and twice in the English language each year. The journal publishes the widest range of articles relevant to social work. The articles can discuss on any aspect of practice, research, theory or education. Our journal has the following structure:

- Editorial
- Articles (academic part)
- Book reviews

1. Instructions to authors of academic articles

Editors accept contributions that correspond to the profile of the journal (see "Our mission"). The contribution has to be designated only for publishing in the journal Czech and Slovak Social Work. It can also be a contribution which has already been published in another journal, after being reviewed and supplemented.

The offer of manuscript receipt and review procedure

The academic text intended for publishing in the journal should be a research or overview essay (theoretical, historical, etc.). For the article to be accepted to the review procedure, the author of the text must work systematically with the relevant sources, explain the research methodology and present a conclusion with regard to the research goal. Because the journal has a specific professional nature, texts are preferred which also contain application aspects where the author explains the relevance of their conclusions in the context of social work.

The review process is reciprocally anonymous and is carried out by two independent reviewers. Student works are subject to single review process. Academic and student works are judged in terms of content and form. If necessary, a work may be returned to the authors for supplementation or rewriting. Based on the assessments of the review process a decision will be made to either accept and publish the article in our journal or to reject it. The Chairman of the Editorial Board will decide in questionable cases. Please send two versions of the article to the editor via e-mail. The first one may contain information which could reveal the identity of the author. The second version should be the complete and final text.

Decision to publish

Authors are informed about the result of the review process within six months from the date of receipt of the text/manuscript.

Manuscript requirements

The text must be written in accordance with applicable language standards.

- I. Front page** contains a descriptive and brief title of the article in English; the names of all authors, biographical characteristics and also contact affiliation of all authors in the footnote.
- II. Abstract** in English with a maximum of 200 words.
- III. Keywords** in English.
- IV. The text of the article** (maximum of 10,000 words).
- V. List of references:** Authors are requested to pay attention to correct and accurate referencing (see full Notice to Contributors on www.socialniprace.cz).
- VI. Tables and charts:** tables must not be wider than 14 cm. Font size is to be at least 8 to 10 points. In the charts, please use contrasting colours (mind the journal is black-and-white only).

2. Ethics and other information

Manuscripts are assessed in the review proceedings which comprise 1) the assessment of professional appropriateness by one member of the Editorial Board, and 2) bilaterally anonymous review by two experts from the list of reviewers posted on our website.

The text is assessed exclusively on the basis of its intellectual value, irrespective of the author's race, gender, sexual orientation, religion, ethnic origin, citizenship or political views.

The editors of the journal make every effort to maintain impartiality of the review proceedings not to disclose the identity of the reviewers and other participants in the proceedings. The author whose work was demonstrably proved to contain plagiarisms or forged data shall lose an opportunity of publishing in the Journal.

By sending the article, the authors give their consent to its use in the electronic databases where the Journal is indexed. The Journal is freely available at HYPERLINK "<http://www.socialniprace.cz>".

Poslední vydaná čísla



ISSN 1213-6204 (Print)
ISSN 1805-885X (Online)

www.socialniprace.cz