

Univerzita Karlova

Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Lenka Mlejnková, DiS.

**Zvládání závislostí u klientů v azylových domech z perspektivy
pracovníků**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Mertl, Ph.D.

Praha 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 28. 6. 2024

.....

Lenka Mlejnková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu diplomové práce Mgr. Jiřímu Mertlovi, Ph.D. za vedení, trpělivost a poskytnutí cenných rad při zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla touto cestou poděkovat všem informantům, kteří se mnou sdíleli své zkušenosti, znalosti a pohledy a umožnili mi tak vypracovat empirickou část této práce. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům, kteří mi byli oporou po celou dobu mého studia.

Obsah

ABSTRAKT.....	6
ABSTRACT.....	7
I. Úvod.....	8
II. Teoretická část.....	10
1. Sociální práce.....	10
2. Sociální služby.....	11
3. Bezdomovectví.....	12
3.1. Azylové domy.....	14
4. Závislost.....	17
4.1. Závislost na alkoholu.....	19
5. Harm Reduction.....	21
5.1. Kontrolované pití.....	22
6. Wet house.....	24
6.1. Projekt Shoreline organizace The Wallich Centre.....	28
6.2. Patronus – mokrý azylový dům v Plzni.....	29
7. Hodnocení potřeb osob bez domova.....	30
8. Trauma informovaný přístup.....	31
9. Zdraví osob bez domova.....	31
10. Shrnutí teoretické části.....	33
III. Empirická část.....	35
11. Cíl a výzkumné otázky.....	35
12. Metoda výzkumu.....	35
13. Výzkumná strategie a techniky vytváření dat.....	36
14. Cílový soubor.....	37

15.	Pozicionalita výzkumníka	38
16.	Etika výzkumu	39
17.	Metody analýzy dat	39
17.1.	Podmínky a přijímací proces	41
17.2.	Poskytované služby a běžný den	44
17.3.	Závislost ve službě a přístup k nim	48
17.4.	Harm Reduction.....	52
17.5.	Dobrá praxe	53
17.6.	Obavy z perspektivy pracovníků	56
17.7.	Rozšíření možností pro zlepšení práce	59
17.8.	Důvody pro změnu systému	60
18.	Diskuse.....	63
IV.	Závěr	68
	Literatura	71
	Seznam tabulek.....	80
	Přílohy	81

ABSTRAKT

Tato diplomová práce se zabývá problematikou zvládnání závislostí u klientů v azylových domech z perspektivy pracovníků. Cílem práce je analyzovat, jak jsou služby v těchto zařízeních nastaveny, identifikovat překážky efektivního zvládnání závislostí a navrhnout možnosti zlepšení.

Teoretická část se věnuje klíčovým aspektům sociální práce, typům závislostí a přístupům jako je Harm Reduction a kontrolované pití, se zvláštním důrazem na tzv. "mokrý" azylové domy, které umožňují kontrolované užívání alkoholu. Empirická část práce je věnována analýze dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníci a vedoucími azylových domů z různých krajů České republiky. Výsledky výzkumu ukazují, že současný systém služeb často neodpovídá potřebám klientů se závislostí na alkoholu a návykových látkách a naznačují potřebu integrace adiktologických přístupů do sociálních služeb. Závěrem práce je návrh na úpravu služeb v azylových domech tak, aby lépe reflektovaly individuální potřeby klientů a přispívaly k jejich sociální integraci a stabilizaci. Tento výzkum může sloužit jako podklad pro budoucí legislativní a praktické změny v oblasti sociálních služeb pro osoby bez domova se závislostmi.

Klíčová slova: závislost, bezdomovectví, azylový dům, Harm reduction, „mokrý azylový dům“

ABSTRACT

This thesis deals with the issue of addiction management of clients in shelters from the perspective of the workers. The aim of the thesis is to analyse how services are set up in these facilities, to identify barriers to effective addiction management and to suggest ways of improvement.

The theoretical section focuses on key aspects of social work, types of addiction and approaches such as Harm Reduction and controlled drinking, with a particular focus on 'wet' shelters that allow for controlled alcohol use. The empirical part of the thesis is devoted to the analysis of data obtained from semi-structured interviews with social workers and managers of shelters from different regions of the Czech Republic. The results of the research show that the current service system often does not meet the needs of clients with alcohol and substance dependence and suggest the need to integrate addictological approaches into social services. The thesis concludes with a proposal for modifying services in shelters to better reflect the individual needs of clients and contribute to their social integration and stabilization. This research can serve as a basis for future legislative and practical changes in the field of social services for homeless people with addictions.

Keywords: addiction, homelessness, shelter, Harm reduction, 'wet shelter'

I. Úvod

Jako téma diplomové práce jsem si zvolila „Zvládání závislostí u klientů v azylových domech z perspektivy pracovníků“. Toto téma mě dlouhodobě zajímá, neboť mám vystudovanou sociální práci a adiktologii a vnímám, že je potřeba tyto obory více propojit. V České republice se sociální služby v azylových domech potýkají s výzvou, kdy mají poskytovat podporu osobám bez domova, které zároveň mají různé závislosti, ať už na alkoholu či jiných návykových látkách. Přestože azylové domy představují základní síť podpory pro tyto ohrožené skupiny, existuje zde výrazná mezera ve službách určených pro klienty, kteří nejsou připraveni nebo ochotni abstinovat. Lidé v azylových domech, kteří se potýkají se závislostmi, často nedostávají příležitost pracovat na svých problémech v kontextu, který by respektoval jejich situaci a potřeby. Místo toho se očekává, že budou dodržovat striktní pravidla abstinence, což pro mnohé z nich není v danou chvíli proveditelné ani žádoucí. Tato situace vytváří velkou bariéru ve snaze o jejich plnou sociální integraci.

Mnoho klientů azylových domů, kteří se potýkají se závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách, se setkává s tím, že jejich potřeby v oblasti závislosti zůstávají často neřešené. Což je způsobené systémovým nastavením služeb, ale také nedostatečnou erudovaností sociálních pracovníků v oblasti adiktologie. Navíc, v některých zařízeních je užívání alkoholu či jiných návykových látek přímo důvodem k ukončení poskytované služby, což může vést k dalšímu prohloubení sociální izolace a zhoršení zdravotního stavu daného klienta.

Cílem této diplomové práce je prozkoumat, jak jsou nastaveny služby v některých vybraných azylových domech v České republice a jaké jsou důvody pro jejich současné nastavení. Práce se zaměřuje na identifikaci překážek, které brání efektivnímu zvládnutí závislostí u klientů, a hledá možnosti pro zlepšení této situace.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na klíčové aspekty zvládnutí závislostí u klientů v azylových domech. Nejprve se věnuje sociální práci, jejím základním pilířům a etickým hodnotám. Dále popisuje roli sociálních služeb v podpoře sociálně znevýhodněných osob. Bezdomovectví je analyzováno nejen jako absence bydlení, ale i ztráta sociálního a emocionálního bezpečí. Další část se zabývá závislostmi, jejich typy, hodnocením a léčbou, s důrazem na koncepty Harm Reduction a kontrolovaného pití. Zvláštní pozornost je věnována tzv. "mokrým" azylovým

domům, které umožňují kontrolované užívání alkoholu, a jejich přínosu ve srovnání s tradičními přístupy. Poslední část teoretické části shrnuje klíčové poznatky a připravuje půdu pro empirickou část práce.

Empirická část je věnována analýze dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníci a vedoucími vybraných azylových domů z různých krajů České republiky. Výzkum prováděný v rámci této práce přinese poznatky, které mohou přispět k lepšímu propojení sociální práce a adiktologie v azylových domech. Získané informace mohou sloužit jako podklad pro navrhování změn, které by vedly ke zlepšení péče o klienty se závislostí a k vytvoření prostředí, které více respektuje jejich individuální potřeby a situace spojené se závislostí.

II. Teoretická část

1. Sociální práce

Sociální práce je postavena na třech pevných pilířích, které tvoří její základ a zajišťuje jí stabilitu. Prvním z těchto pilířů jsou normy a pravidla, která určují rámec pro výkon sociální práce. Druhým pilířem jsou potřeby klientů. Jejich jedinečné chování, postoje, názory a životní styl se mohou odlišovat od společenských norem, což může vést ke konfliktům. Třetím, avšak neméně důležitým pilířem, je odbornost a kompetence samotného sociálního pracovníka. (Úlehla, 1999)

Na to reaguje situační přístup v sociální práci, který zdůrazňuje unikátnost každé životní situace klienta. Tento přístup vychází z předpokladu, že žádná situace není opakovatelná kvůli individuální konstelaci osobních, sociálních a ekonomických okolností. Sociální pracovníci tak nelpí na standardizovaných řešeních, ale snaží se pochopit specifika každé situace skrze důkladné posouzení. Výsledná pomoc je pak přizpůsobena individuálním potřebám a přáním klienta, přičemž se zohledňují všechny relevantní kontexty. Tento přístup umožňuje flexibilní a efektivní řešení specifických výzev, kterým klient čelí. (Musil, 2004)

A nesmíme také zapomenout na etický rozměr sociální práce. Tato profese je zakotvena v etických hodnotách a legislativních normách, kde klíčové hodnoty zahrnují lidská práva a sociální spravedlnost. (Společnost sociálních pracovníků ČR, 2006) Tyto hodnoty jsou základem pro etické principy, kterými se řídí profesionální chování sociálních pracovníků. Mezi tyto principy patří respektování klienta a jeho práva na nezávislé rozhodování, zamezení škodlivému předsudečnému chování, dobročinnost, spravedlnost a spolehlivost. Etické zásady, které by měly vést rozhodování sociálních pracovníků, jsou definovány v etických kodexech. Osobnost, zkušenosti a schopnosti pracovníka často hrají klíčovou roli v poskytování profesionální pomoci klientům. (Malík Holasová, 2014)

2. Sociální služby

V roce 2006 byl přijat Zákon o sociálních službách s číslem 108/2006 Sb., kdy dle §2 tohoto zákona „každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.“ Dle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. dělíme služby dle typu a formy. Dle druhu na služby sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence. Co se týká formy, tak jsou služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

Sociální služby jsou klíčovým prvkem ve společnosti, kterými je poskytována podpora a péče osobám, které se nacházejí v různých stupních sociálního znevýhodnění. Tato znevýhodnění mohou mít různé formy, jako jsou chudoba, nemoci, invalidita, sociální vyloučení, domácí násilí, a mnoho dalších. Cílem sociálních služeb je zvýšit životní úroveň těchto osob a integrovat je do společnosti tak, aby mohly vést plnohodnotný život a mít přístup ke všem základním potřebám. Tento proces integrace zahrnuje nejen poskytování materiální pomoci, ale také podporu v oblasti vzdělání, zaměstnanosti, zdravotní péče, a sociálního začleňování. (Matoušek, 2007)

Důležitou součástí poskytování sociálních služeb je individuální přístup, který bere v úvahu specifické potřeby a situaci každého jednotlivce, jeho rodiny a případně i širší komunity, ve které se nachází. To znamená, že služby jsou poskytovány s ohledem na konkrétní situaci a potřeby každého klienta. (Janebová, 2014)

Zároveň je důležité zdůraznit, že sociální služby mají také preventivní roli v ochraně společnosti před riziky spojenými se sociálním znevýhodněním, jako je kriminalita, zneužívání drog, domácí násilí apod. Tímto způsobem přispívají k celkové stabilitě a rozvoji společnosti. V kontextu lidských práv je poskytování pomoci znevýhodněným jedincům považováno za základní lidské právo. Každý člověk má právo na důstojný život a přístup k nezbytným zdrojům a službám, které mu umožní dosáhnout tohoto cíle. Sociální služby jsou také důležitým nástrojem pro ochranu těchto práv a zajištění rovnosti příležitostí pro všechny členy společnosti. (Matoušek, 2007)

Zřizovatelem sociálních služeb mohou být obce, kraje, ale také nestátní neziskové organizace, které začaly vznikat od roku 1990. Každý z těchto zřizovatelů může mít odlišné cíle, zdroje financování a přístup k poskytování sociálních služeb. Spolupráce mezi různými zřizovateli může vést k efektivnějšímu využití zdrojů a lepšímu pokrytí potřeb různých

skupin obyvatel. (Matoušek, 2007) Metoda založená na spolupráci mezi různými obory při provádění odborné práce je definována jako multidisciplinární přístup. V oblasti sociálních služeb je tento přístup klíčový pro koordinovanou spolupráci, která zahrnuje široké spektrum metod a postupů z různých disciplín. Tento přístup vyžaduje vytvoření efektivního týmu složeného z odborníků, zapojení klienta a jeho rodiny nebo blízkých. Úspěšná spolupráce vede k poskytování tzv. kruhové podpory klientovi, kde každý člen týmu má svou specifickou roli. Sociální pracovník často vystupuje jako koordinátor této spolupráce, přičemž složení týmu se přizpůsobuje individuálním potřebám klienta. Je důležitá efektivní komunikace mezi členy týmů a jejich spolupráce, což je známé také jako případová práce nebo case management. (Kunclová et al., 2020)

V sociálních službách pracují v přímé péči zpravidla sociální pracovník a pracovník v sociálních službách, přičemž obě tyto pozice jsou regulovány Zákonem o sociálních službách. Tento zákon stanoví několik základních předpokladů pro výkon těchto pozic, které zajišťují kvalitu a bezpečnost poskytovaných služeb. Mezi ně patří bezúhonnost, zdravotní způsobilost, odborná způsobilost a svéprávnost. Tyto předpoklady jsou klíčové pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Kromě těchto základních požadavků se může vyžadovat další specifická školení a certifikace, které odpovídají specifikám poskytovaných služeb a potřebám klientů.

3. Bezdomovectví

Jedním ze sociálních znevýhodnění, na které reagují sociální služby je bezdomovectví. Bezdomovectví je složitý sociální problém, který nelze definovat pouze nepřítomností střechy nad hlavou. Definice, která pojímá domov jako prostor spojený s hlubší vazbou, kde se člověk cítí v bezpečí, otevírá širší perspektivu na tento problém. Domov není jen fyzické místo, kde bydlíme, je to místo, kde máme kořeny, kde se cítíme dobře a akceptovaní, kde máme své sociální vazby a kde se formuje naše identita. Když mluvíme o bezdomovectví v tomto kontextu, nejde jen o absenci střechy nad hlavou, ale také o ztrátu místa, které je pro nás zdrojem emocionálního a sociálního bezpečí. Prostředí, ve kterém se člověk cítí bezpečně, je klíčové pro jeho psychickou a emocionální pohodu. Bezdomovectví představuje ztrátu tohoto bezpečí. Osoby bez domova často zápasí s nejistotou, strachem a stresem z nejasné budoucnosti, které jsou spojeny s nedostatkem stabilního a bezpečného

prostředí. (Schwarzová, 2005) Osoba bez domova čelí riziku zranění, nemocí a dalších nebezpečí spojených s životem na ulici. Ztráta přístřeší může vést k sociální izolaci, protože osoba nemá stabilní místo, kde by mohla navazovat a udržovat sociální vztahy. Osoby bez domova mohou být více vystaveny různým formám vykořisťování a porušování jejich práv. (Marek et al., 2012) Samotná střecha nad hlavou není vnímaná jako domov, i osoby na ubytovnách, ve výkonu trestu odnětí svobody atd. mají střechu nad hlavou, ale nevnímají tento prostor jako domov. (Průdková & Novotný, 2008)

Ztrátou bydlení jsou ohroženi muži i ženy, ale u mužů to bývá častěji, což může být do jisté míry ovlivněno několika sociálními a kulturními faktory. Jedním z důležitých aspektů, které je třeba zvážit, je role sociálních sítí a jejich rozdílné fungování u mužů a žen. Ženy mají tendenci vyvíjet silnější a hustější sociální sítě, které často zahrnují rodinné příslušníky, přátele a kolegy. Tyto sítě mohou poskytovat emocionální podporu, ale také praktickou pomoc, jako je bydlení, finanční pomoc nebo zprostředkování kontaktů na pracovní příležitosti. V dobách krize, jako je hrozba ztráty bydlení, mohou tyto sociální sítě fungovat jako ochranný faktor, který pomáhá ženám zůstat stabilní a bezpečné. V mnoha kulturách jsou ženy často vnímány jako střed rodiny a očekává se, že se o ně bude v krizových situacích pečovat. Naopak muži mohou být vnímáni jako ti, kteří by měli být schopni se o sebe postarat sami, což může vést k menší ochotě okolí poskytovat pomoc mužům v nouzi. (Schwarzová, 2005)

Příčiny bezdomovectví můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Vnější příčinou je sociální politika státu (nezaměstnanost, chudoba, diskriminace atd.). Vnitřní příčiny jsou odvislé od materiálního, osobního a vztahového zabezpečení jedince či rodiny. (Průdková & Novotný, 2008) Jiné rozdělení může mít příčiny objektivní a příčiny subjektivní, ale zachycují stejné parametry jako příčiny vnější a vnitřní. (Marek et al., 2012)

Přestože je v České republice nastaven nějaký systém podpory pro osoby bez domova, tak jsou různé důvody, proč osoby bez domova propadávají sítím podpory. Někteří jedinci nechtějí chodit do služeb, protože se tam kumuluje hodně osob pohromadě a některé služby jsou pak hodně přeplněné a osoby se občas porovnávají s ostatními a docházejí k názoru, že na tom nejsou ještě tak špatně a nechtějí se identifikovat s osobami bez domova. Dalším významným problémem je určité napětí mezi mladými a staršími jedinci a také mezi uživateli alkoholu a uživateli drog, což vede k tomu, že jedinci vnímají jako problém využívat služby, které jsou určené všem. Také může být důvodem, že služby se poskytují pouze po určitou

dobu, jako např. u nocleháren, kdy jsou ráno probuzeni a než se otevře denní centrum, tak nemají kam jít, proto si někteří vyhodnotí, že je lepší rovnou spát pod mostem. Nesmíme zapomenout ani na duální diagnózy, kdy osoby bez domova mají zároveň nějaké psychické onemocnění a zároveň závislost na návykových látkách. Klienti nejsou schopni dodržovat pravidla služeb a pracovníci nejsou dostatečně kompetentní pracovat s touto klientelou, a tudíž se ve službách dlouho neudrží a propadávají. A problémem může také být samotné dodržování pravidel, kdy je pro některé nemožné pravidla dodržovat, chtějí si dělat, co uznají za vhodné a pak někdy vnímají azylové bydlení jako vězení a raději volí variantu squatu nebo žijí na ulici. (Černá, 2019)

3.1. Azylové domy

V České republice je bydlení založeno na prostupném bydlení a zásluhovosti. (Snopek, 2012) a proto jsou azylové domy v České republice klíčovými zařízeními poskytujícími podporu a pomoc lidem, kteří se ocitli bez domova. Dle typologie ETHOS spadají azylové domy do kategorie bez bytu. (FEANTSA, 2007) Tato zařízení jsou navržena tak, aby poskytovala stravu nebo podmínky pro zajištění stravy, ubytování a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Cílovou skupinou azylových domů jsou osoby bez domova, a jejich posláním je poskytnout těmto lidem bezpečné a důstojné prostředí, kde mohou získat podporu a pomoc potřebnou k obnovení svého života.

Dle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. patří azylové domy mezi služby prevence a dle formy mezi pobytové služby. Cílem služeb sociální prevence je podporovat jednotlivce v jejich snaze překonat nepříznivé sociální situace a zároveň chránit společnost před vznikem a šířením negativních společenských fenoménů. Tyto služby se zaměřují na osoby, které jsou ohroženy sociálním vyloučením kvůli krizovým životním situacím, životním stylům vedoucím ke konfliktům se společností, životu v sociálně znevýhodňujícím prostředí, nebo kvůli hrozbě porušení jejich práv a zájmů v důsledku trestné činnosti jiných osob. Azylové domy jsou zřizovány, jak pro jednotlivce (muži, ženy), páry, tak pro rodiny s dětmi. (Průdková & Novotný, 2008)

Dle Zákona o sociálních službách jsou služby v azylovém domě zpravidla poskytovány po dobu jednoho roku na základě písemné smlouvy. Tato smlouva slouží jako právní základ pro vztah mezi poskytovatelem služby a jejím klientem a obsahuje důležité

informace, jako jsou délka ubytování, cena za ubytování, pravidla služby a popis základních činností, které azylový dům nabízí. Samotná smlouva je důležitá pro zajištění transparentnosti a vzájemného porozumění mezi uživatelem a poskytovatelem služeb, což napomáhá efektivnímu fungování azylového domu a zajištění potřeb jeho obyvatel. (Průdková & Novotný, 2008)

Na základě některých výzkumů bylo zjištěno, že v určitých azylových domech v ČR jsou stále vyšší prahy, kde platí přísná pravidla a klienti mají zákaz vstupu pod vlivem alkoholu nebo návykových látek. Z bakalářské práce Houdkové (2017), která prováděla výzkum v nejmenovaném azylovém domě, bylo patrné, že uživatelé služeb mají velmi často problém s užíváním alkoholu. V tomto azylovém domě pracovníci testovali klienty na alkohol a tolerovaná hranice byla 0,8 promile. I Páleníková (2013) prováděla výzkum v azylovém domě a také zjistila, že klienti mají většinou závislost na alkoholu, ale ne všichni klienti si připouštěli, že závislost je problém. Tolerovaná hranice v tomto azylovém domě byla 1 promile. Vyšší prahy se potvrdily i v rámci mého výzkumu, kdy v některých azylových domech byla nulová tolerance alkoholu, případně tolerance 0,8.

Je důležité si uvědomit, že pokud nebude nulová tolerance, budou moci služby azylové domy využívat mnohem více klientů, protože někteří se právě do služby z důvodu závislosti nedostali, nebo jim byla z důvodu závislosti ukončena smlouva. Užívání alkoholu může být jednou z bariér ve využívání služeb azylové domy. (Glumbíková, 2018)

Proto je potřeba aktualizovat rozsah a obsah služeb nabízených v azylových domech, které budou zaměřeny na osoby s látkovými závislostmi. Tyto osoby mohou čelit specifickým výzvám, jako je rizikový životní styl nebo neschopnost abstinence, což vyžaduje přizpůsobení služeb k jejich specifickým potřebám. Azylové domy by proto měly nabízet nejen ubytování pro osoby bez domova, ale také specializovanou podporu pro ty, kteří se potýkají s látkovými závislostmi a nemohou se samostatně udržet v bezpečném prostředí. (Branná et al., 2018)

Na základě toho Sít' aktérů pro domov navrhuje novou legislativní úpravu v Zákoně o sociálních službách, co se týká služby azylové domy, kde se myslí už i na klienty s látkovou závislostí:

§ 57 Azylové domy

(1) Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení

(2) Azylové domy registrované podle tohoto odstavce jsou za podmínek podle odstavce 1 určeny osobám, které s ohledem na látkovou závislost aktuálně nedokážou abstinovat

(3) Azylové domy registrované podle tohoto odstavce jsou za podmínek podle odstavce 1 určeny osobám, které pro potřeby doléčení přechodně vyžadují klid na lůžku a potřebu zdravotní péče

(4) Služba 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,
- d) zprostředkování potravinové a materiální pomoci.
- e) sociálně-terapeutické činnosti. (Nedělníková & Průšová, 2023)

Cílem služeb, které jsou určeny pro osoby s látkovou závislostí, by mělo být stabilizovat situaci klientů, minimalizovat zdravotní rizika a poskytnout bezpečné prostředí, které podporuje spolupráci a nabízí potřebnou pomoc. Navíc je důležité, aby azylové domy reagovaly i na potřeby osob, které vyžadují klid na lůžku a zdravotní péči k doléčení, což zahrnuje přizpůsobení služeb pro ty, kteří se nachází v akutních zdravotních stavech, ale nevyžadují hospitalizaci. Pro značnou část osob bez domova významně komplikuje využívání pobytových sociálních služeb závislost jak na alkoholu, tak jiných návykových látkách. Stávající systém sociálních služeb často nedokáže efektivně řešit tyto problémy, což má negativní dopady jak na samotné klienty, tak na širší společnost. Zavedení nového typu sociální služby, tzv. „mokrého domu“, inspirovaného mezinárodní praxí, by mohlo představovat řešení těchto výzev. Tyto služby umožňují klientům, kteří nejsou schopni abstinovat, dostupnost podpory ve stabilním a kontrolovaném prostředí. (Branná et al., 2018)

Na to bude muset ale reagovat i dotační a grantové řízení, které má svá pravidla a je možné dotace a granty čerpat pouze na konkrétní položky v rozpočtu a také jsou

vyjmenované položky, na které nelze čerpat. V současné chvíli nelze z grantů od kraje či města, ale také ze státní dotace hradit jiné náklady než ty, které se vztahují k základním činnostem, také nelze hradit zdravotní pracovníky (tedy nelze hradit lékaře, zdravotní sestru ani adiktologa). (Magistrát hlavního města Prahy, 2024)

4. Závislost

Jak již bylo zmíněno výše, osoby bez domova často mají nějakou závislost, ať už na alkoholu, která je více typická pro starší generaci, tak na návykových látkách, která je typičtější pro mladší generaci, takže se pojd'me podívat, co to vlastně ta závislost je.

„Za závislost nebo také syndrom závislosti považujeme takový soubor příznaků, kdy látka nebo činnost, na které se u člověka vytvořila závislost, má pro něj mnohem větší hodnotu než činnosti a hodnoty, které pro dotyčného byly důležité před vznikem závislosti.“ (Křížová, 2021, s. 15) Je důležité si svoji nemoc přiznat, a to zcela upřímně, aby mohlo dojít k léčbě závislosti. (Röhr, 2015) Závislosti jsou řazené mezi poruchy chování a duševní poruchy. (Křížová, 2021)

Na vzniku závislosti se podílejí biologické, psychologické, sociální a spirituální aspekty, a to v různé míře. Není dána nějaká jasná konkrétní dispozice pro alkoholismus a drogovou závislost. Bio-psycho-sociálně-spirituální přístup k závislosti zdůrazňuje složitou interakci mezi různými faktory, které mohou ovlivňovat vznik a udržování závislosti na drogách nebo jiných nevhodných chováních. Biologický faktor zahrnuje genetické predispozice, neurochemické procesy v mozku a fyziologické účinky látek na tělo. Například dědičná náchylnost nebo změny v mozku mohou zvyšovat riziko závislosti. Psychologický faktor se týká osobnostních rysů, emočního stavu a psychologických mechanismů. Lidé mohou užívat látky jako prostředek k řešení psychického nepohodlí nebo k získání dočasného uspokojení. Sociální faktor zahrnuje prostředí, ve kterém jedinec žije, včetně rodiny, přátel a kultury. Například stres v rodině nebo tlak vrstevníků mohou ovlivnit pravděpodobnost užívání látek. Spirituální faktor se zabývá hledáním smyslu života a duchovním naplněním. Nedostatek tohoto naplnění může vést k hledání kompenzace ve formě látek. Závislost je často vnímána jako kombinace těchto faktorů. Terapeutické přístupy se často zaměřují na léčbu biologických aspektů, psychologickou terapii, sociální

podporu a rozvoj spirituality. Integrace těchto přístupů může vést k celkovému zlepšení života a snížení rizika opětovného propadnutí do závislosti. (Kalina, 2003)

Rozlišujeme látkové a nelátkové závislosti. Látkové závislostní nemoci se diagnostikují podle MKN-10 (alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotiky, kokain, jiná stimulantia, halucinogeny, tabák a organická rozpouštědla), mezi nelátkové závislosti patří patologické hráčství, kleptomanie, pyromanie, trichotillomanie a další behaviorální závislosti (např. workoholismus, závislost na sexu, závislost na jídle, atd.). (Křížová, 2021)

Při hodnocení projevů závislosti se setkáváme s pojmem craving nebo také bažení. Člověk pociťuje silnou chuť užít návykovou látku, aby dosáhl příjemných pocitů nebo aby potlačit nepříjemné pocity (jako bolest hlavy, úzkost, únavu, atd.). Dalším ukazatelem závislosti jsou potíže v kontrole užívání látky, kdy se jedná jak o množství látky („dám si skleničku vína a jdu“), tak také o interval užívání, kdy mohou nastat situace, že člověk má důležitou schůzku nebo školní povinnosti a stejně užije návykovou látku, i když ví, že by tyto povinnosti mohli být negativně ovlivněny. Dalším ukazatelem je odvykací stav. Odvykací stav může být popsán jako komplexní soubor symptomatických projevů, které se mohou individuálně lišit v závislosti na typu a intenzitě užívané látky. Dalším ukazatelem je zvýšená tolerance. Což znamená, že člověk musí užívat stále větší množství látky, aby dosáhl stejného účinku jako na začátku užívání. Dalším ukazatelem je zanedbávání jiných zájmů. Kdy člověk věnuje velké množství času, aby získal a užíval návykové látky nebo se také zotavil po vlivu této látky. Posledním ukazatelem je pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků. Nejedná se pouze o somatické následky (nemoci, kožní choroby, poruchy soustředění atd.), ale také situace jako je ztráta partnera, práce, dluhy, konflikty v sociálních vztazích. Pro to, aby mohla být diagnostikována závislost, musí se v posledním roce objevit alespoň tři ukazatele a samozřejmě se to posuzuje ve vztahu k životní situaci konkrétního člověka. (Nešpor, 2011)

Existují faktory, které jsou rizikové a protektivní a mají vliv na vznik závislosti. Mezi rizikové patří např. pohlaví, dědičnost, nedostatky v sociálních dovednostech, násilí, agresivita, traumata atd. Také vznik závislosti ovlivňují rodinné faktory, takže pokud jsou v rodině dysfunkce, děti vidí užívání u svých rodičů, rodiče nemají na děti čas, je tam násilí atd., tak je větší pravděpodobnost vzniku závislosti. Protektivní faktory jsou naopak ty, které brání vzniku závislosti, jako je sebeúcta, dobré vztahy v rodině i s vrstevníky, odolnost vůči

stresu, emocionální stabilita a podpora, svědomitost, volnočasové programy atd. (Jablečnicková & Janouškovec, 2022)

4.1. Závislost na alkoholu

Mezi nejtypičtější návykovou látku mezi osobami bez domova patří alkohol, což se potvrdilo i mým výzkumem. Jedná se o legální návykovou látku a ČR dlouhodobě patří mezi státy s nejvyšší spotřebou. Dle studie bylo zjištěno, že v roce 2020 alkohol konzumovalo cca 80 % dospělé populace (osoby 15+) v posledních 12 měsících. A co s týká rizikového pití, tak to se týká cca 18 % mužů a 5 % žen, za rizikové pití je považováno 20 g a více alkoholu denně u žen a 40 g a více alkoholu denně u mužů. (Chomynová et al., 2024)

Klasifikace poruch podle MKN-10 zahrnuje dvě hlavní skupiny. První skupinu tvoří poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, buď okamžitě (intoxikace alkoholem) nebo jako důsledek dlouhodobého zneužívání alkoholu (odvykací syndrom, psychotické poruchy, amnestický syndrom). Druhá skupina zahrnuje poruchy spojené s návykovým chováním a zneužíváním alkoholu, což může vést k závislosti (poruchy kontroly užívání, syndrom závislosti na alkoholu). (Kalina, 2003)

Dle Jellineka rozlišujeme 5 typů závislosti na alkoholu:

- 1. typ alfa – problémové pití (pití často o samotě, slouží k potlačení tenze),
- 2. typ beta – společenské pití (jedná se o pití ve společnosti, dochází k tělesnému postižení),
- 3. typ gama – anglosaský typ (představuje závislost na alkoholu s poruchou kontroly nad konzumací, postupným zvyšováním tolerance, a vývojem závažných somatických a psychických následků, často doprovázených psychickou závislostí),
- 4. typ delta – románský typ (denní konzumace alkoholu),
- 5. typ ypsilon – epizodický abusus (střídání abusu a abstinence). (Skála, 1987)

Dle studie, kterou udělalo National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) a National Institutes of Health (NIH) rozlišují 5 typů závislosti na alkoholu:

- Podtyp mladých dospělých - tvoří největší skupinu (31,5 %) amerických osob závislých na alkoholu. Tito jedinci obvykle nevykazují duševní poruchy a

zřídka vyhledávají pomoc. Většinou pocházejí z rodin bez závažných problémů s alkoholem.

- Funkční podtyp - tvoří 19,5 % amerických osob závislých na alkoholu, typicky jsou to dospělí ve středním věku, kteří si udržují stabilní domácnosti a zaměstnání. Přibližně čtvrtina této skupiny má zkušenosti s depresivními poruchami, a mnozí začali kouřit předtím, než začali pít. Rodinná historie zneužívání alkoholu je běžná, ale kvůli své zdánlivé schopnosti udržovat normální život často nevyhledávají pomoc.
- Střední rodinný podtyp - zahrnuje 19 % osob závislých na alkoholu, které jsou výrazně postiženi duševními poruchami, jako je klinická deprese, přičemž mnoho z nich má rodinnou historii alkoholismu. Menší část této skupiny má problémy s marihuanou nebo kokainem, a zhruba čtvrtina vyhledává pomoc pro svou závislost.
- Mladý asociální podtyp - představuje 21 % osob závislých na alkoholu a je charakterizován časným nástupem závislosti a současným výskytem duševních poruch. Tito jedinci často pocházejí z rodin s historií závislosti na alkoholu, což vede k jejich brzkému zapojení do pití a užívání jiných návykových látek, jako jsou tabák, marihuana, kokain a heroin.
- Chronický těžký podtyp - nejmenší skupina, tvořící 9 % osob závislých na alkoholu, často s historií mladého antisociálního chování a extrémní rodinnou historií alkoholismu. Mají nejvyšší míru duševních poruch a zneužívání více látek. Velká část z nich vyhledává pomoc, s téměř dvěma třetinami, kteří se zapojují do programů rehabilitace. (Moss et al., 2008)

Různé vzorce konzumace alkoholu jsou ovlivněny množstvím biopsychosociálních faktorů, včetně věku, pohlaví, sociálního postavení, úrovně vzdělání, povolání atd. WHO (2004) definuje čtyři hlavní typy konzumace alkoholu: abstinence, mírné užívání, epizodické užívání a nadměrné užívání, které se liší množstvím vypitého alkoholu a frekvencí.

Je třeba ale změnit paradigma v pojetí závislosti na alkoholu. Tradičně byla závislost vnímána jako nemoc, která vyžaduje úplnou a doživotní abstinenci. Tento pohled je však v poslední době stále více kritizován a přemýšlí se o závislosti spíše jako o naučeném chování, které lze změnit nebo modifikovat. Dochází ke kritice, že závislost je výsledkem biologicky vrozených dispozic. Mnoho lidí může svou závislost překonat sami nebo se naučit

kontrolovaně pít. Přístup Harm Reduction, který se zaměřuje na snižování rizik spojených s užíváním návykových látek, je prezentován jako alternativa k tradicionalismu. Tento přístup nehledí primárně na snížení počtu uživatelů, ale snaží se minimalizovat negativní důsledky užívání pro jednotlivce i společnost. Paradigma závislosti jako naučeného chování nabízí nové možnosti pro odbornou praxi, kde cílem není pouze abstinence, ale i podpora méně rizikových forem pití a umírněnou konzumaci alkoholu. (Radimecký, 2005)

Na závislost je možné se podívat i ze sociálně-vědních oborů, kdy odborníci se sociálně-vědním vzděláním přistupují k drogám a závislosti z pohledu filozofie, sociologie, sociální práce. Sociální vědci zdůrazňují, že užívání drog a závislost nejsou jen individuální problémy, ale jsou ovlivněny širším kontextem, ve kterém jedinec vyrůstá, včetně prostředí jeho rodiny a předků. Bez zohlednění tohoto kontextu nelze poskytovat účinnou psychosociální podporu. Kontext života jedince není neměnný a může se měnit. Někdy je nejúčinnější podpora zaměřená na celou komunitu a společnost, nejen na jednotlivce. Pohledy na drogy mohou být mnohem zajímavější a rozmanitější, pokud se zkoumají v rámci prostředí, ve kterém se pohybují lidé se závislostí. Podle Gabora Matého je možné u lidí se závislostí najít nějakou bolest či zranění (trauma), které pak mohlo vést k závislostnímu chování. (Nepustil, 2020)

Já osobně si nemyslím, že závislost je nemoc, která vyžaduje celoživotní abstinenci. Ve své práci s klienty v azylových domech kladu větší důraz na přístup Harm Reduction (snižování škod) a na přijetí klientů se závislostmi v jejich kontextu. Mnoho lidí se stává závislými nebo se jejich závislost zhoršuje kvůli nepříznivým životním podmínkám. Závislost je často spojována se stigmatizací, což může vést k ještě většímu sociálnímu vyloučení těchto jedinců. Toto vyloučení pak dále komplikuje jejich schopnost vyhledat a přijmout pomoc. Proto je důležité přistupovat k lidem se závislostmi s pochopením a podporou, která reflektuje jejich životní situaci.

5. Harm Reduction

V kontextu azylových domů, kde klienti zatím nemusí být rozhodnuti pro abstinenci, hraje Harm Reduction zásadní roli, proto vnímám jako důležité posilovat znalosti o závislostech mezi pracovníky sociálních služeb. Pokud je klient závislý a nechce s užíváním návykových látek zatím přestat, je velmi důležité Harm Reduction, což je vlastně snižování

škod souvisejících s užíváním návykových látek. (Kalina, 2003) Základní principy přístupu Harm Reduction (snížení škod) v oblasti drog se zakládají na uznání následujících skutečností:

- 1) Drogy, ať už legální nebo ilegální, jsou a budou neustále přítomné ve společnosti navzdory pokusům o regulaci jejich dostupnosti a snižování poptávky;
- 2) Existují způsoby užívání drog, které představují menší riziko než jiné;
- 3) Není vždy nutné nebo vhodné si jako hlavní cíl stanovit úplnou abstinenci;
- 4) Jakékoli kroky směrem k bezpečnějšímu užívání drog jsou pozitivní, neboť prevence dalších škod je obvykle jednodušší a finančně méně náročná než náprava již vzniklých problémů. (Vacek & Vondřáčková, 2012)

Harm Reduction je založen na myšlence, že snižování množství konzumovaného alkoholu nebo drog jednotlivci, či změna způsobu jejich užívání, může být efektivnější strategií než propagace úplné abstinence. Často jsem se setkávala s přístupem sociálních pracovníků, že jediné možné řešení je abstinence, a tudíž často klienti ve službách končili, protože to byl cíl pracovníka, nikoliv klienta.

Pro pracovníky v zařízeních pro osoby bez domova je klíčové rozlišit mezi občasnou konzumací návykových látek a skutečnou závislostí u svých klientů. Proto je nezbytné, aby měli pracovníci sociálních služeb kromě svých běžných dovedností také odborné znalosti z adiktologie. Toto rozšíření jejich kompetencí jim umožní lépe identifikovat rizika spojená s užíváním návykových látek a efektivněji jim pomáhat. (Quisová, 2015)

5.1. Kontrolované pití

Kontrolovaná konzumace alkoholu je alternativní terapeutická intervence pro lidi, kteří se nacházejí ve fázi rizikového nebo škodlivého užívání alkoholu. Tento přístup není zamýšlen jako náhrada za abstinenci léčbu, ale jako možnost pro ty, kteří tradiční abstinenci metody odmítají nebo pro ně nejsou vhodné. Metoda kontrolované konzumace je prezentována jako nástroj na pomezí primární a sekundární prevence, který může být v některých případech použit i jako metoda snižování škod. Pokud někdo nechce abstinovat, není to důvod, aby byl vyloučen z terapeutické péče. Výzkumy ukazují, že tato metoda může být efektivní a bezpečná, avšak vyžaduje pečlivou evaluaci a sledování. V českém

profesionálním prostředí není tomuto přístupu věnována významnější pozornost, a proto je potřeba dále diskutovat a hodnotit její možnosti a limity. (Funke et al., 2021)

Harm Reduction v léčbě závislosti na alkoholu je přístup, který umožňuje rizikovým uživatelům alkoholu alternativu k abstinenci v podobě kontrolovaného užívání. Původně byla abstinence považována za jediný možný cíl léčby, ale výzkumy z 70. let 20. století, především studie manželů Sobellových, kteří ve své studii věnovali i tomu, zda je závislost nemoc nebo naučené chování. Hlavním cílem kontrolované konzumace je snížení jak zdravotních, tak sociálních rizik, které může zneužívání alkoholu způsobit. Tento přístup je dnes uznáván jako jeden z cílů léčby a je propagován jako možnost pro osoby, které nechtějí úplně přestat pít. Tento přístup může přilákat do léčby i ty, kteří by se jinak léčení vyhnuli. Kontrolované užívání často volí mladší jedinci s méně závažnou historií užívání, kteří se neztotožňují s označením "alkoholik". Tento trend vedl k vytvoření organizace Moderation Management, která podporuje kontrolované pití jako léčebný cíl, na rozdíl od tradičních abstinujících skupin, jako jsou Anonymní alkoholici. (Vavrinčíková, 2012)

V současné době se v Evropě široce uplatňuje přístup německého psychologa a odborníka na závislosti Joachima Körtela, který vychází z kognitivně-behaviorální terapie, relaxační terapie založené na principu mindfulness a motivační psychologie. Zmiňovaný popis programů kontrolované konzumace alkoholu odhaluje, že jde o komplexní a multidisciplinární přístup, který přesahuje pouhé snižování dávek alkoholu. Tyto programy integrují několik klíčových komponent, které se zaměřují na celkovou změnu chování a zlepšení kvality života konzumenta. Zahrnuje nejen sledování množství konzumovaného alkoholu, ale také analýzu sociálních, myšlenkových a emocionálních aspektů, které konzumaci provázejí. Monitoring pomáhá identifikovat specifické situace nebo stavy, které vedou ke zvýšenému pití. Podporuje konzumenty v tom, aby předem plánovali svou konzumaci, což pomáhá předcházet impulzivnímu pití. Důraz je kladen na udržení principů "sebeúčinnosti", které umožňují jedincům věřit ve svou schopnost ovlivnit a kontrolovat své chování. Klíčovou součástí je kontinuální psychologická a terapeutická podpora, která pomáhá jedincům lépe porozumět svým vnitřním motivacím a chováním. Tato podpora je zaměřena na rozpoznání rizikových a nízkorizikových situací a podporuje rozvoj osobních strategií pro zvládání těchto situací. Programy pomáhají jedincům rozpoznat vnější a vnitřní spouštěče, které mohou vyvolat touhu po alkoholu, a naučit se, jak tyto spouštěče efektivně zpracovávat. Součástí je také práce na změně nezdravých životních návyků a zavedení

zdravých psychohygienických principů, které podporují celkové psychické a fyzické zdraví. Programy poskytují nástroje a techniky, které pomáhají předcházet relapsu a efektivně zvládat situace, kdy k relapsu dojde. (Funke et al., 2021)

6. Wet house

Pro osoby bez domova, které nechtějí abstinovat, jsou vhodné „mokrě“ služby. V zahraničí fungují již několik let takzvané mokré azylové domy, kde smějí klienti v zařízení užívat alkohol, první vznikl v roce 1978 ve skotském Dundee. V mokrých azylových domech má každý klient svého klíčového pracovníka, se kterým vše řeší. (O'Carroll, 2014) Mokrá centra byla vytvořena pro pijáky, kteří měli zdravotní a sociální znevýhodnění a zároveň nemohli nebo nechtěli přestat s konzumací alkoholu. (Crane & Warnes, 2005a)

Pro efektivní poskytování služeb je nezbytné, aby vedení střediska důkladně připravilo podmínky a vytrvale pracovalo na posilování spolupráce a podpory dalších subjektů. Cíle, pracovní postupy a „tolerance“ centra musí být jasně vymezeny a plně přijímány policií, úřady pro výplatu dávek, bytovými službami, službami primární péče, sociálními službami, organizacemi pro léčbu závislostí a duševního zdraví. (Crane & Warnes, 2005a)

Mokrá denní centra mají dva hlavní, vzájemně propojené úkoly: spolupracovat s pouličními pijáky a pomáhat jim řešit jejich problémy, zatímco zároveň usilují o omezení pouličního pití a souvisejícího protispolečenského chování. Pro chod mokrého denního centra je potřeba mít dostatek správných lidí pro:

- zajištění bezpečného prostředí pro klienty i zaměstnance
- poskytování základních služeb (jídlo, nápoje, informace)
- individuální práce s klienty (plánování péče, podpora, spolupráce s dalšími organizacemi)
- zajištění náboru a zástupu zaměstnanců
- udržování záznamů a hodnocení výkonnosti
- rozvoj a udržování kontaktů s místní komunitou
- účast na supervizi a školení (Crane & Warnes, 2005b)

Také je důležité dosáhnout vyváženosti mezi prací v rámci zajištění chodu zařízení a případovou prací. Mezi práce v rámci zajištění chodu zařízení patří každodenní provoz

centra, podpora při první návštěvě, poskytování základních služeb, budování důvěry, kontrola nevhodného chování a zvládání náročných situací, potřeba jasně definovat úlohy a role v týmu. Do případové práce lze zahrnout pomoc klientům s pozitivními změnami v jejich životě prostřednictvím hodnocení potřeb, plánování péče, realizace a revize plánů. Znalost místního systému sociální péče a odborných organizací. Koordinace mezi organizacemi a klienty, sledování pokroku. Celkově je důležitý strukturovaný přístup k řízení mokřých center, zaměřený na poskytování bezpečného prostředí pro klienty a podporu zaměstnanců v náročné práci. (Crane & Warnes, 2005b)

Denní centra hrají klíčovou roli v navazování kontaktů mezi osobami, které byly vyloučeny z běžných sociálních a zdravotních služeb. Tato centra jim pomáhají začít cestu k lepšímu a méně problematickému životu. Nicméně existují určité problémy spojené s těmito službami, jako je jejich nedostatečná efektivita a náročnost v provozu, což může vést k jejich nižší účinnosti. Dále je problematické, že tyto služby se musí vypořádávat s náročnými klienty, z nichž někteří mohou být nepředvídatelní, nespolupracující a dokonce agresivní, což komplikuje řešení jejich sociálních a zdravotních problémů. (Crane & Warnes, 2005a)

V dokumentu Wet shelters (Reed, 2008) jsou zkoumány různé dopady implementace mokřých služeb jako součásti politiky snižování škod. Mokré služby jsou ty, které umožňují konzumaci alkoholu v zařízeních v určitých prostorech či kontrolovaných dávkách. Dokument posuzuje důsledky tohoto programu ve srovnání s možným snížením nákladů a přínosy pro vládu a obyvatelstvo. Hlavní zaměření dokumentu je na dopady mokřých center na klienty, vládu a místní občany. Studie ukazují, že mokré služby mají pozitivní vliv na hygienu klientů, jejich spánkové návyky a vnímání štěstí. Tyto služby jsou také považovány za první krok v překonávání závislosti, což dříve bylo považováno za téměř nemožné. Relevantní výzkumy také poukázaly na měřitelné úspory, například méně policejních zásahů, snížení počtu návštěv pohotovosti a zlepšení celkového zdravotního stavu.

Pozitivní účinky mokřých služeb:

- Existuje výrazné snížení spotřeby alkoholu (až o 400 %), přičemž větší podíl připadá na kvalitnější alkoholické nápoje, na rozdíl od nealkoholických produktů, jako jsou ústní vody.
- Programy přinášejí snížení počtu incidentů zahrnujících policii a méně návštěv pohotovostních služeb.

- Zúčastnění uvádějí vyšší míru spokojenosti s kvalitou života, méně případů násilí, lepší spánek a zdravější váhu.
- V rámci programů dochází k očkování a léčbě dalších zdravotních problémů, což zvyšuje úroveň hygieny a lepší dodržování zdravotních předpisů ze strany personálu.
- Prvním krokem pro mnoho dlouhodobých uživatelů alkoholu v jejich cestě za zotavením je účast na detoxikačních programech. (Reed, 2008)

Jsou rozlišovány přístupy v péči o osoby bez domova. V kanadském modelu přístupu k péči o lidi bez domova jsou preferovány noclehárny, kde klienti mají k dispozici nejen lůžko, ale i přístup ke komplexním službám. (Podymow et al., 2006) Na druhé straně britský model dává přednost tzv. mokřým denním centrům, které poskytují obdobné služby jako noclehárny, avšak pouze během denních provozních hodin. To znamená, že mimo tuto dobu musí klienti hledat ubytování jinde. (Crane & Warnes, 2005a)

Jedním z klíčových rozdílů mezi těmito modely je také způsob nakládání s alkoholem. V Kanadě některé mokré služby zabavují veškerý alkohol a vydávají ho zpět klientům v odměřených dávkách na jejich žádost. Tento přístup umožňuje kontrolu nad množstvím konzumovaného alkoholu a zároveň respektuje autonomii klientů. Naopak v Británii mokré služby obvykle omezují množství alkoholu, které je dovoleno mít v areálu, a monitorují množství spotřebovaného alkoholu. Některé služby pak fungují jako místa, kde si mohou klienti pít alkohol v jakémkoliv množství, ale je zakázáno jen extrémní chování spojené s opilostí. (Reed, 2008)

Jednou z možností v přístupu k užívání alkoholu je intervence, kde se řízeně podává alkohol Managed Alcohol Project (MAP). MAP je způsobem, jak snižovat škody mezi osobami s těžkou závislostí na alkoholu, které běžně konzumují nebezpečné náhrady alkoholu, jako jsou ústní vody. Tento program poskytuje účastníkům regulované dávky alkoholu spolu s bydlením, zdravotní péčí a léčbou jejich závislosti. Cílem je stabilizovat jejich životy a snížit používání služeb, jako jsou pohotovostní služby, nemocnice, policie. Výsledky, které studie uvádí, ukazují, že po zavedení MAP došlo k výraznému snížení počtu policejních zásahů o 51 % a návštěv na pohotovosti o 36 %. To značně snižuje náklady spojené s těmito službami, což naznačuje, že MAP nejenže pomáhá zlepšit životy účastníků, ale může být také nákladově efektivním řešením pro společnost. Tento přístup ke snížení škod může být kontroverzní, ale studie a praxe naznačují, že pro některé jedince může být

účinnější a humánnější než tradiční modely, které se zaměřují pouze na abstinenci. MAP mohou poskytovat cestu ke stabilnějšímu a bezpečnějšímu životu pro lidi, kteří se jinak mohou potýkat s opakovanými zdravotními komplikacemi a sociálními problémy. (Podymow et al., 2006)

Další studie (Ezard et al., 2018), tentokrát ze Sydney, se zabývala MAP a celkově využitím a úsporou nákladů. V roce 2014 se ve městě Sydney uskutečnil průzkum mezi osobami bez domova závislými na alkoholu, kteří se účastnili odvykací léčby. Cílem bylo zjistit, jak přijatelné by pro ně byly Managed Alcohol Programs (MAP). V průzkumu se vyjádřilo 51 způsobilých účastníků. 76 % by se rádo účastnilo modelu MAP (pobytová forma s vlastním alkoholem, 69 % by se rádo účastnilo modelu MAP (pobytová forma s poskytováním alkoholu), pobytová forma byla žádanější než MAP skrze denní centrum. 75 % účastníků bylo ochotno platit za účast v programu alespoň 25 % svého příjmu. Analýza dat ukázala i potenciální roční úspory nákladů na zdravotní služby ve výši 920 000 australských dolarů, kdyby klienti využívali MAP.

V České republice můžeme zmínit MAP, které probíhá v nízkoprahovém denním centru společnosti Podané ruce. V roce 2021 byla provedena pilotní evaluace u vzorku 40 klientů. Hlavními výhodami MAP bylo stabilizování zdravotního stavu a snížení sociálního vyloučení, stejně jako stabilizace a snížení konzumace alkoholu. Kromě toho se zlepšily podmínky pro spolupráci a motivace ke změně. (Blažek, 2022)

Studie z Montrealu (Motta-Ochoa et al., 2022) zkoumá zkušenosti osob bez domova v souvislosti s konzumací alkoholu. Účastníci, celkem 34 lidí, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a focus skupin sdělili, že pijí alkohol z několika důvodů, aby zvládli bolestivé vzpomínky a náročné životní situace, ale i kvůli socializaci a zábavě. Tato studie také poukazuje na riskantní vzorce pití, jako je episodické pití, kombinace alkoholu s drogami a pití na veřejnosti. Účastníci dále popsali, jak se snaží snižovat škody spojené s pitím, například plánováním množství vypitého alkoholu, udržováním zásob alkoholu pro předejití akutního odvykání, a schováváním se při pití, aby se vyhnuli problémům.

V České republice se také už někde snižují prahy pro přijetí klientů se závislostmi. Konkrétně v Praze v azylovém domě Armády spásy smějí klienti využívat služby od února 2020 i pod vlivem návykových látek, zároveň musí dodržovat pravidla, kdy se nesmí vnášet a konzumovat alkohol a drogy v zařízení a je zde přísný zákaz agrese. Dle jejich zjištění

nedošlo k nárůstu agresivity, které se pracovníci při změně pravidel původně obávali. (Modes, 2021) V jejich případě se jedná o vlhkou službu.

V současné době probíhá projekt, který realizuje Síť aktérů pro domov. Projekt s názvem Zvládání závislostí ve službách pro lidi bez domova, reg. číslo CZ.03.02.02/00/22_027/0001248 je spolufinancován z ESF z Operačního programu Zaměstnanost+. Cílem projektu je, aby sociální služby mohly efektivně a flexibilně reagovat na potřeby klientů bez domova s látkovou závislostí, kdy je třeba upravit jak přístup k těmto službám (s cílem snížit bariéry vstupu), tak i jejich obsah. To zahrnuje úpravu a rozšíření stávající praxe poskytovatelů sociálních služeb o prvky adiktologie. (Síť aktérů pro domov, 2024)

6.1. Projekt Shoreline organizace The Wallich Centre

Jedním z příkladů mokré služby je projekt Shoreline ve Velké Británii. Je v provozu od roku 1996 a byl jedním z prvních „wet house“ ve Velké Británii, kdy reagoval na velký výskyt pijáku v ulicích Cardiffu. Projekt poskytuje dlouhodobé podporované ubytování dospělým osobám bez domova, kteří mají problémy s alkoholem nebo jsou na něm závislí. Protože se jedná o tzv. „mokrou“ službu, klienti mohou nadále pít v prostorách zařízení. Cílem projektu je poskytovat bezpečné prostředí a podporu od zkušeného personálu, což může obyvatelům pomoci v procesu změny včetně jejich chování. Zvýšená informovanost klientů o dostupných možnostech a příležitostech jim umožňuje činit informovaná rozhodnutí. Mezi tyto možnosti patří kontrolované pití, omezení pití nebo úplné ukončení pití. Pokud se někdo rozhodne pokračovat v pití a žádným způsobem ho neomezovat, tak budou i tak klienti podporováni. Personál projektu také pomáhá klientům řešit jejich individuální potřeby, například přístup ke zdravotnickým službám a poskytovatelům ubytování. Cílem je zlepšit osobní dovednosti klientů, aby byli samostatnější a schopni se o sebe postarat. Přestože je projekt „mokrý“, jeho pracovní étos a filozofie vedou k tomu, že mnoho klientů pije méně. (The Wallich, 2024)

Organizace The Wallich věří, že osoby bez domova a zranitelní lidé mají různé a specifické potřeby podpory. Život v psychologicky informovaném prostředí může významně přispět k jejich úspěšnému uzdravení, protože rozpoznává a vhodně reaguje na dopad traumatu. Cílem je poskytovat inovativní služby. (The Wallich, 2024)

Projekt Shoreline v Cardiffu se skládá z jednoho domu se šesti ložnicemi, tří domů s pěti ložnicemi a dvou domů se čtyřmi ložnicemi. K dispozici je také 10 samostatných bytů. V roce 2018/2019 podpořili 44 osob a 11 osob se přestěhovalo. Ze 44 osob bylo 37 mužů a sedm žen. Třicet z nich bylo ve věkové kategorii 25-54 let a 13 z nich ve věkové kategorii 55-64 let. Jedna osoba měla více než 65 let. Oproti klasickému azylovému domu v České republice, zde mohou klienti zůstat, jak dlouho potřebují. (Farrel-Roig, 2019)

6.2. Patronus – mokrý azylový dům v Plzni

Příkladem mokrého azylového domu v České republice je azylový dům Patronus organizace Armády Spásy. Byl otevřen v září roku 2023, jako první mokrý azylový dům v Plzni, kde klienti mohou za určitých pravidel vnášet a užívat alkohol. Klienti mají jednolůžkové pokoje a pít mohou pouze v prostorách k tomu určených, což je na pokojích a vnášet mohou buď 4 litry piva nebo 2 litry vína, tvrdý alkohol je zakázaný. (Kučera, 2023)

Kapacita zařízení je 26 lůžek, které jsou rozloženy ve 3 patrech. Klienty se mohou stát muži i ženy, pokud přijde pár, tak nemají vedle sebe pokoje. Některé pokoje mají vlastní sociální zázemí, některé mají společné ještě s jedním pokojem. Na každém patře mají k dispozici kuchyňku, má zde kancelář sociální pracovnice a také je zde kuřárna, prádelna a úklidová místnost. Celkově má azylový dům 16 úvazků (z toho v přímé péči jsou to 3 sociální pracovnice a 9 pracovníků v sociálních službách), rozpočet azylového domu je cca 16 milionů za rok, financování je vícezdrojové, největší část je hrazena ze zdrojů města Plzeň a Plzeňského kraje. Při jednání se zájemci o službu se zjišťuje, zda opravdu spadají do cílové skupiny, což je, že musí být osoby bez domova, která mají problémové pití. Pokud pijí pouze občas nebo užívají pouze nelegální návykové látky, jsou odmítnuti. (Armáda Spásy, 2024)

Armáda Spásy se inspirovala službami v Holandsku, kde je několik takových služeb, důležité bylo ověřit si, že tyto služby jsou úspěšné. (Kučera, 2023) V Holandsku se mokrým azylovým domům říká Domus, je to zařízení poskytující bydlení pro muže a ženy bojující se závislostmi a často i s psychiatrickými problémy. Toto zařízení funguje nepřetržitě a jeho obyvatelům je umožněno konzumovat alkohol a užívat drogy ve svých vlastních pokojích. V Domusu neodsuzují lidi za jejich závislosti, ale přijímají je se všemi jejich problémy. Nabízejí teplé, bezpečné a útulné prostředí, které poskytuje pocit domova. Pokud lidé nemají možnost užívat zde, dělají to na ulici, což s sebou přináší nepříjemnosti, kriminalitu a

zmatené chování. Obyvatelé se v Domusu stabilizují. Nesoustředí se jen na boj se závislostí, ale hlavně na její správné zvládnání. Dále se zaměřují na péči a odstraňování stresových faktorů. Tato stabilita umožňuje lidem lépe pracovat na svém zotavení. Společně pracují na stabilizaci užívání návykových látek, což často vede k razantnímu omezení užívání alkoholu a drog nebo dokonce k abstinenci. V této oblasti také dobře spolupracují s partnery z řad odborníků v péči o závislé. (Scheepstra, 2024)

Po půl roce provozu azylového domu Patronus došlo k vyhodnocení poskytování služby, kde bylo zjištěno, že nedošlo k žádným významným porušením pravidel a konfliktům. Průměrný věk obyvatel byl 53 let. Byli zde muži i ženy, všichni bez domova, kteří přišli z ulice. Někteří z nich nespali na posteli ani pod střechem třeba deset let. Klienti nepodléhají striktní kontrole, sama služba říká, že nejsou vězení ani léčebna, a snaží se napodobit běžné bydlení. Současně však pracují komunitně, takže se musí naučit spolu vycházet. Ubytování je hrazeno buď z platu, starobního důchodu, nebo dávek hmotné nouze. Každý ubytovaný musí mít platný doklad totožnosti a lékařské potvrzení o bezinfekčnosti. (Biskup, 2024)

7. Hodnocení potřeb osob bez domova

Při psaní diplomové práce považuji za klíčové také zmínit potřeby osob bez domova. Potřeba je rozdíl mezi tím, co teď máme a co bychom chtěli mít. Ve vztahu k sociální práci se jedná o potřebu, kterou jedinec nějakým způsobem pociťuje a také tím, že žádá o nějakou konkrétní sociální službu. (Matoušek, 2016) Pokud člověk nemá své potřeby uspokojené, vede to k frustraci. U osob bez domova je mezi nejdůležitější potřeby vnímáno zdraví, bydlení, finance, vztah, jídlo, ale také bezpečí. Potřeby jsou vnímány jak ze strany klienta, tak pracovníka, a i když by mělo být vždy respektováno přání klienta, tak někdy je to těžké, jak z důvodu nastavení pracovníka, tak nastavení organizace. Přáním klienta může být konzumace alkoholu, ale pokud je pracovník (organizace) více konzervativní, tak očekává od klienta, že bude plnit cíle organizace a bude abstinovat. Klienta se závislostmi vnímají pracovníci pobytové sociální služby úplně jinak než pracovníci terénních adiktologických služeb. (Pěnkava & Varga, 2022)

Osoby bez domova se nacházejí ve velmi obtížné situaci, kterou ovlivňuje jak konkrétní situace, tak i momentální rozpoložení, ale pokud chceme navázat spolupráci, je

nezbytné na to pohlížet. Většina klientů má více typů sociálního selhávání, jako může být závislost, duševní poruchy, agresivita, kriminální chování, zdravotní obtíže. U osob bez domova tyto problémy nejdou vyřešit hned, jedná se většinou o delší časový úsek, a tak osoby bez domova většinou řeší bezprostřední potřeby, jako je nocleh, když jsou velké mrazy, vyřešení osobního dokladu, aby si mohl požádat o dávky hmotné nouze, získání návykové látky atd. Důležité je u klienta hledat vnitřní motivaci a vnější okolnosti, které přispějí ke zlepšení jejich obtížné situace. (Pěnkava & Varga, 2022)

Dle studie (Holpuch, 2011) hodnotí osoby bez domova svůj život jako bezstarostný, než že by byli spokojeni. Lidé bez domova přestávají mít hodnoty většinové společnosti a přijímají nové hodnoty, které se způsobem života na ulici souvisí. Čím je člověk déle v této situaci, tak má menší motivaci o návrat k původnímu životu

8. Trauma informovaný přístup

Také bychom neměli zapomínat na trauma informovaný přístup. Bezdomovectví a trauma jsou pojmy, které mají k sobě vazbu, čím víc byl člověk v raném dětství traumatizován, tím častěji se osoby do situací spojených s bezdomovectvím dostávají opakovaně. Více zranitelnější vůči dalšímu traumatu jsou mladiství, ženy a senioři. Samo bezdomovectví je také trauma, člověk ztrácí domov, sociální vztahy a bezpečí. V sociálních službách je nutné s trauma informovaným přístupem pracovat tak, aby lidé nebyli retraumatizováni. Pokud budou pracovníci používat postupy, které vyvolají u klientů pocit bezmocnosti, mohou klienti znovu zažívat stavy, které měli při původním traumatu, a pak reagují naučenými strategiemi, jak se s těmito situacemi vyrovnávat (např. užívání drog, sebepoškození). Je důležité, aby pracovníci byli v této oblasti vzdělávání a přistupovali ke klientům citlivě, aby nedocházelo k retraumatizaci. (Klepáčková et al., 2020) V příkladu zahraniční praxe projektu Shoreline je patrné, že s tímto přístupem pracují.

9. Zdraví osob bez domova

Samotné bezdomovectví má výrazně negativní dopad na zdraví osob bez domova, ovlivňuje jak jejich fyzické, tak i duševní zdraví. (Nešporová & Holpuch, 2020) Osoby bez domova nemohou dodržovat základní hygienické zásady ani zdravou životosprávu, protože

pro to nemají dostatečné podmínky. Celkově lze říci, že zdraví osob bez domova je oslabenější než u ostatních obyvatel, kteří mají domov. Každý občan ČR má právo na zdravotní pojištění, ale ne vždy se mohou prokázat platným dokladem. (Hradecká & Hradecký, 1996)

Mezi nejčastější onemocnění osob bez domova v ČR patří onemocnění dýchací soustavy a kůže, a co se týká duševního zdraví, tak dle Šupkové (2008) se nejčastěji v ordinaci praktického lékaře určené osobám bez domova objevovala závislost. Někdy se stává bezdomovectví příčinou závislosti a někdy to bývá naopak, kdy závislost vzniká důsledkem života na ulici. (Nešporová & Holpuch, 2020) Častější variantou je, že abúzus alkoholu byl již před životem na ulici, a i v průběhu života na ulici se zvýšil, což potvrzují i zahraniční studie. (Clark et al., 2011)

Závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách způsobují poškození organismu. Mezi osobami bez domova se se závislostmi setkáváme. V České republice je typické, že alkohol je více užíván starší generací, a naopak ostatní návykové látky se objevují více mezi mladší generací. Přibližně 34 % lidí bez domova konzumuje alkohol každý den a každá šestá osoba přiznává závislost na alkoholu. Výrazné rozdíly se projevují v závislosti na místě, kde osoby bez domova přespávají – závislost a pravidelné užívání alkoholu a drog je častější mezi těmi, kteří spí venku. Polovina z těch, kteří strávili na ulici nebo v noclehárně více než 11 let, pije alkohol denně. (Nešporová & Holpuch, 2020) Je důležité si uvědomit, že osoby bez domova, které jsou závislé, propadají systémem sociálních služeb a tím dochází nejen k zhoršení jejich sociální situace, ale odráží se to i na zdravotním stavu. (Průšová, 2023).

Dle studie (Barták, 2011) bylo zjištěno, že více osob bez domova abstínuje než u bydlící populace a také, že bydlící populace častěji užívá alkohol než osoby bez domova, tento fakt výzkumník přičítá tomu, že dotazníkové šetření dělal v zařízeních, kde se vyžaduje nulová tolerance alkoholu a tudíž lidé nevypovídali pravdivě. Ale fakt, že bydlící populace častěji užívá alkohol než osoby bez domova, podporuje i průzkum, kde bylo zjištěno, že lidé s nejvyššími příjmy mají časté pití ve 14%, naopak od nejchudších, kdy časté pití uvádělo pouze 7%. (Mahdalová, 2023)

V zahraničí, konkrétně ve Velké Británii, byla v roce 1995 publikovaná studie (Bines, 1994), která se zabývala zdravím osob bez domova. Studie srovnávala subjektivní zdraví popsané lidmi žijícími v ubytovnách, noclehárnách a denních centrech s lidmi z většinové

společnosti. Mezi lidmi bez domova byla prokázána vyšší nemocnost, a to konkrétně vyšší incidence plicního onemocnění, onemocnění kůže a onemocnění kosterní a svalové soustavy. Co se týkalo duševního zdraví, tak mezi osobami bez domova byla zaznamenána vyšší nadměrná konzumace alkoholu, a to více u lidí žijících na ulici než v ubytovnách.

Další studie, tentokrát z Toronta, které se účastnilo 554 dospělých osob bez domova, zjistila, že účastníci studie vykazovali špatný zdravotní stav a dokonce 67 % z nich uvedlo, že trpí buď jedním nebo více chronickými zdravotními potížemi. Také dle zjištěného skóre fyzického zdraví a skóre duševního zdraví, se ukázalo, že fyzický i duševní zdravotní stav byl u tohoto vzorku horší než u obecné populace. Podle indexu závažnosti závislosti mělo v posledním měsíci problémy s alkoholem 36 % respondentů a 46 % mělo v posledním měsíci problémy s drogami. (Hwang et al., 2009)

10. Shrnutí teoretické části

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na propojení sociální práce a adiktologie při zvládání závislostí u klientů v azylových domech. Sociální služby, upravené Zákonem o sociálních službách, poskytují podporu sociálně znevýhodněným osobám. Klíčový je individuální přístup a multidisciplinární spolupráce, což vede k efektivnímu poskytování podpory. Bezdomovectví není jen absence bydlení, ale i ztráta sociálního a emocionálního bezpečí. Příčiny mohou být vnější, jako je sociální politika, nebo vnitřní, jako je materiální zabezpečení. Jedinci často propadají sítem podpory kvůli bariérám, jako jsou přísná pravidla azylových domů a nepřipravenost k abstinenci.

Azylové domy poskytují přechodné ubytování a podporu osobám bez domova. Výzkumy ukazují, že mnoho klientů má problémy s alkoholem a návykovými látkami. Harm Reduction je přístup zaměřený na snižování škod spojených s užíváním návykových látek, a ne na úplnou abstinenci. Tento přístup je důležitý zejména v azylových domech, kde klienti často nejsou připraveni abstinovat. Teoretická část zdůrazňuje potřebu integrovat adiktologii do sociální práce, přizpůsobit služby specifickým potřebám klientů závislých především na alkoholu a aplikovat přístupy snižování škod pro efektivnější podporu osob bez domova. Návrhy na "mokrý domy" umožňují kontrolované užívání alkoholu a zvyšují dostupnost služeb pro klienty, kteří užívají alkohol a návykové látky. Wet house je koncept umožňující užívání alkoholu v kontrolovaných podmínkách, čímž snižuje zdravotní a sociální rizika a

poskytuje stabilní prostředí pro klienty. V České republice byl otevřen první mokřý azylový dům v Plzni.

Hodnocení potřeb osob bez domova zahrnuje zdraví, bydlení, finance, vztahy a bezpečí. Klíčový je přístup respektující přání klientů, včetně jejich konzumace alkoholu, což je někdy v rozporu s pravidly organizace. Trauma informovaný přístup je důležitý, protože bezdomovectví často souvisí s traumatem. Pracovníci musí přistupovat ke klientům citlivě, aby předešli retraumatizaci.

Zdraví osob bez domova je výrazně negativně ovlivněno. Časté jsou fyzické i duševní problémy, přičemž závislosti jsou běžné a často zhoršují zdravotní stav těchto osob. Závislosti zahrnují látkové a nelátkové závislosti, ovlivněné biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními faktory. Diagnostika závislostí se zaměřuje na ukazatele jako craving, kontrolu užívání látky, odvykací stav a zvýšenou toleranci.

III. Empirická část

V další části diplomové práce se zaměřím na popis kvalitativního výzkumu, který jsem prováděla v azylových domech v různých krajích České republiky. Výzkum byl realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které jsem vedla jak s vedoucími služeb, tak se sociálními pracovníci. Nejprve představím cíl diplomové práce, použitou výzkumnou metodu a výběr informantů, včetně způsobu jejich výběru. Poté se budu věnovat etickým otázkám. Následně se zaměřím na analýzu získaných dat a jejich diskusi, kde budu srovnávat zjištěné výsledky s teoretickým rámcem. V závěrečné části shrnu hlavní poznatky a závěry vyplývající z mého výzkumu a pokusím se dát doporučení do praxe.

11. Cíl a výzkumné otázky

Cílem této diplomové práce je prozkoumat, jak jsou nastaveny služby v některých vybraných azylových domech v České republice a jaké jsou důvody pro jejich současné nastavení. Práce se zaměřuje na identifikaci případných překážek, které brání efektivnímu zvládnutí závislostí u klientů, a hledá možnosti pro zlepšení této situace.

Výzkumné otázky:

Jaký je současný přístup azylových domů k problematice závislostí na alkoholu a dalších návykových látkách?

Je závislost vnímána jako kontraindikace pro pobyt v azylových domech a proč?

12. Metoda výzkumu

Jako metodu výzkumu jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Kvalitativní výzkumné strategie se soustředí na zkoumání různorodosti našich životů a našeho chápání sebe samých i ostatních. Zabývají se tím, jak docházíme k přesvědčení, že věci by měly být určitým způsobem, a jak rozumíme různým jevům, případně proč je chápeme odlišně než jiní lidé. Zkoumají, jak a proč určité věci děláme, a někdy také proč jednáme jinak, než si

myslíme, že bychom měli. Rovněž se zaměřují na naše vnímání těchto skutečností a na to, kdo a co ovlivňuje svět kolem nás, a tím i naše životy. (Novotná, 2019)

13. Výzkumná strategie a techniky vytváření dat

Kvalitativní metodu formou polostrukturovaného rozhovoru jsem zvolila z důvodu, že mi přijde nejvhodnější, a i když budu mít dopředu připravená otázky, tak se může stát, že během rozhovoru si uvědomím, že je nějaké další téma, kterému je třeba se věnovat, aby byla výzkumná otázka odpovězena a tato metoda mi umožní na danou situaci reagovat a budu moci doplnit otázky, které se k výzkumné otázce vztahují. (Hendl, 2005)

Polostrukturované rozhovory probíhaly se sociálními pracovníci sociální služby azylové domy a s vedoucími těchto služeb. Do výzkumu byly zapojeny azylové domy z různých krajů České republiky. Rozhovory probíhaly osobní i online formou, podle možností informanta. Informanti byli osloveni telefonicky či emailovou formou, kdy jim bylo vysvětleno, že se jedná o získání informací pro diplomovou práci, že rozhovor bude trvat cca 1 hodinu, prostředí si sami zvolí, aby jim bylo příjemné a v čase, který bude pro ně ideální. Po dohodě místa a termínu proběhl rozhovor, který byl při osobním setkání zaznamenán na diktafon mobilního telefonu, při online setkání byl zaznamenán v rámci aplikace Teams. Všichni účastníci výzkumu byli informováni, že veškeré získané informace budou anonymizovány včetně jména i názvu organizace, potažmo zařízení.

V úvodní fázi rozhovoru jsem se informantkám (jednalo se pouze o ženy) představila, byl jim vysvětlen cíl výzkumu a že jejich účast v projektu je dobrovolná. Byly informovány, že bude vytvořen záznam, který bude anonymizován a po přepsání bude smazán. Na začátku jsem se snažila vytvořit příjemné prostředí, kdy jsem používala nenáročné otázky k prolomení bariér. (Švaříček & Šedová, 2007) V další fázi jsem pokládala otázky týkající se výzkumného problému. Otázky byly většinou otevřené a srozumitelné. Po zaznamenání rozhovorů následoval jejich doslovný přepis. V této fázi jsem i data anonymizovala a jména organizace či informantky jsem změnila.

14. Cílový soubor

Cílový soubor byl vybrán účelově, kdy jsem si předem vytipovala azylové domy, kde mají vysoké prahy a používají stále alkohol tester k prokázání množství alkoholu v dechu (klienti nesmějí vstupovat do zařízení pod vlivem alkoholu, služba má nulovou toleranci, případně 0,8), pak azylové domy, kde jdou vlhkou cestou (klienti mohou vstupovat pod vlivem, ale nesmějí konzumovat alkohol v zařízení) a také mokrá azylový dům (klienti mohou za určitých podmínek konzumovat alkohol přímo v zařízení). Azylové domy jsem vybírala napříč různými kraji, protože i to z mých zkušeností může dělat služby jiné. Účelový výběr je metoda tvorby vzorku, kdy je jeho složení určeno přímo výzkumným problémem. Tento přístup se používá ve výzkumech zaměřených na konkrétní sociální jev nebo fenomén v jasně vymezené skupině aktérů nebo lokalitě. To znamená, že výzkumný problém je úzce spojen s konkrétní skupinou aktérů nebo zdrojů dat, u kterých lze sledovat daný jev. Zvažování povahy výzkumného vzorku je tedy nedílnou součástí výzkumného problému a výzkumného procesu jako celku. Výzkumník na začátku výzkumu promýšlí, co by mělo být zkoumáno, kde a na kom. (Novotná, 2019)

Předem jsem si vytipovala 5 zařízení, kde všichni hned souhlasili s rozhovory. Polostrukturované rozhovory probíhaly v zařízení vždy dva, jeden se sociální pracovníci a jeden s vedoucí zařízení. Ve všech případech se jednalo o ženy, s tím, že pro některé to byla první pracovní zkušenost až po ženy, které měly mnohaletou praxi ve službě. V rámci rozhovorů jsem také zjišťovala věk a délku zaměstnání v tom daném konkrétním azylovém domě. Informantky byly ve věku 24 let až 52 let, průměrný věk byl 39 let. Co se týká délky praxe v azylovém domě, tak to bylo také různé, od 1 roku až po 20 let. Průměrnou délku praxe jsem spočítala na 7 let. Přikládám tabulku, kde jsem informantkám přiřadila smyšlená jména.

Tab. 1 – Informantky

Jméno	Věk	Délka praxe v AD
Alena	35 let	10 let
Alžběta	30 let	4 roky
Ema	52 let	4 roky
Eva	53 let	13 let
Jitka	43 let	5 let
Kamila	24 let	3 roky
Květa	26 let	1 rok
Ludmila	31 let	1 rok
Matylda	44 let	20 let
Renata	50 let	9 let

15. Pozicionalita výzkumníka

Dlouhodobě působím ve službě azylové domy, kdy u lidí bez domova se často vyskytuje nějaká závislost, ať na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Já osobně jsem zastáncem názoru, že závislost klientů není překážkou k využívání služeb azylové domy (není nulová tolerance). Pokud klient nebude chtít sám abstinovat, tak z donucení abstinovat nebude. Sociální služba azylové domy je služba, kde klienti mohou být zpravidla rok, bydlí zde a vytváří si zde pomyslný domov, takže pokud je služba podmíněna abstinencí nebo pokud klienti nebudou moci přicházet pod vlivem, pravděpodobně budou službu ukončovat nebo jim bude ukončována a budou zůstat na ulici, kde svojí situaci budou mnohem hůře řešit a bude se prohlubovat i jejich nepříznivá sociální situace a zhoršovat zdravotní stav. Můj výzkum by mohl být ovlivněn mým přístupem a názorem, ale proto jsem se neomezila na azylové domy, které znám a mám představu, jak to funguje, ale zjišťovala jsem, jaký mají přístup v jiných azylových domech napříč kraji.

Reflexe vlastní pozice vůči celému výzkumu a zkoumané problematice je klíčovým aspektem výzkumného procesu. Tento přístup zahrnuje uvědomění si a pochopení vlivu vlastního postoje, hodnot, předchozích zkušeností a kontextu na průběh a výsledky výzkumu. Reflexivita, což je schopnost kriticky reflektovat a analyzovat vlastní roli a vliv ve výzkumu, je v kvalitativním výzkumu obzvláště důležitá. Umožňuje výzkumníkovi lépe porozumět komplexním sociálním jevům a zachytit různé perspektivy a významy, které účastníci výzkumu přinášejí. Díky reflexivitě může výzkumník identifikovat a minimalizovat možné zkreslení a subjektivní vlivy, které by mohly ovlivnit interpretaci dat. Je však důležité si uvědomit, že i při maximální snaze o reflexivitu existují faktory, které nelze plně ovlivnit nebo jim zabránit. (Novotná, 2019)

16. Etika výzkumu

Výzkumník je odpovědný za etické chování. (Ruth et al., 2023) Jak již jsem v metodologii informovala, informantky byly seznámeny s důvodem a cílem výzkumu a byly ubezpečeny, že budou data anonymizovaná, tudíž nebude moci být informantka spojována s nějakým konkrétní výrokem. Byly také informovány, že účast na výzkumu je dobrovolná a pokud budou chtít rozhovor přerušit, mají na to právo. Vzhledem k tomu, že byla data anonymizována, nemělo by dojít k poškození dobrého jména organizace či konkrétní informantky.

17. Metody analýzy dat

Pro analýzu dat jsem využila tematickou analýzu dle Braun & Clarke. (2006) Tematická analýza je kvalitativní metoda používaná k identifikaci, analýze a vykazování témat v datech. Tento přístup je flexibilní a umožňuje výzkumníkům organizovat data do detailů a interpretovat různé aspekty zkoumaného tématu. Postup provádění tematické analýzy zahrnuje několik fází, které na sebe navazují. Proces začíná seznámením se s daty, kdy výzkumník opakovaně čte data, aby porozuměl jejich hloubce a šíři. Pokud jsou data ve formě rozhovorů nebo jiných verbálních zdrojů, je nutné je přepsat. Během tohoto procesu si výzkumník dělá poznámky a zaznamenává první nápady pro kódování. Následuje generování počátečních kódů, které probíhá induktivně, kde výzkumník systematicky

prochází data a identifikuje segmenty, které jsou zajímavé a relevantní pro výzkumnou otázku. Tyto segmenty označuje jako kódy. (Braun & Clarke, 2006) „Kódování je postup, jehož pomocí přidělíme vytvořeným segmentům popisek (někteří autoři užívají metaforu nálepky, jiní razítka), kterým jej charakterizujeme.“ (Heřmanský, 2019, s. 430) Při induktivním kódování dat jsem použila různé barvy fontů, aby byla orientace v dokumentu přehlednější.

Další fází je vyhledávání témat, kdy se kódy třídí do potenciálních témat. (Braun & Clarke, 2006) V programu MS Word jsem vytvořila pracovní tabulku, která obsahuje kódy získané z rozhovorů. Výzkumník se snaží identifikovat vzorce mezi kódy a organizuje je do širších témat, která budou dále zkoumána. Přezkoumání témat zahrnuje zpřesnění témat a zajištění, že všechna data přiřazená jednotlivým tématům tvoří smysluplné vzorce. Pokud některá témata nejsou dostatečně silná nebo se vzájemně překrývají, je třeba je přepracovat, sloučit nebo rozdělit na menší části. Definování a pojmenování témat spočívá v podrobném definování každého tématu. Výzkumník musí přesně popsat, co každé téma zahrnuje, a určit, co je na něm zajímavé a důležité. Témata jsou poté pojmenována tak, aby byla srozumitelná a výstižná. Závěrečnou fází je interpretace dat. Výzkumník poskytuje přehlednou a logickou zprávu, která ilustruje významy identifikovaných témat a jejich vztahy k výzkumným otázkám. Zpráva by měla být podpořena dostatečným množstvím datových výňatků, které demonstrují jednotlivá témata a jejich významy. (Braun & Clarke, 2006)

Pro lepší přehlednost v diplomové práci jsem také vytvořila tabulku s tématy, do kterých byly přiřazeny odpovídající kódy. Z důvodu rozsáhlé tabulky píšou jen vybrané kódy k daným tématům a celou tabulku příkládám přílohou (Příloha č. 2: Tab. 2 – Seznam témat a kódů). Informantky jsem označila smyšlenými jmény bez rozdílu, zda se jedná o sociální pracovníci či vedoucí služby, aby bylo dosaženo ještě větší anonymizace. Tato označení usnadňuje analýzu a interpretaci dat. Celkově tento přístup pomáhá udržet strukturu a organizaci dat přehlednou a logickou.

Seznam témat a vybraných kódů:

1. téma – Podmínka a přijímací proces (vybrané kódy – bezinfekčnost, kolektivní soužití, osoby bez domova, soběstačnost, kontraindikace, finanční příjem, uživatel alkoholu, bezbariérovost)

2. téma – Poskytované služby a běžný den (vybrané kódy – konzultace, individuální plánování, základní činnosti, komunitní setkání, režim, volnost, úklidy, potřeby klientů, pracovní program)
3. téma – Závislost ve službě a přístup k ní (vybrané kódy – alkohol, drogy, pravidla, projevy, tolerance alkoholu, práce s klienty pod vlivem, výzva, limity pracovníků)
4. téma – Harm Reduction (vybrané kódy – rizika, navazování na jiné služby, limity pracovníků, motivace, otevřenost)
5. téma – Dobrá praxe (vybrané kódy – navázání vztahu, neodsuzování, stabilizace klienta, práva klienta, agrese, nedostatek znalostí pracovníků)
6. téma – Obavy z perspektivy pracovníků (vybrané kódy – konfliktní situace, agrese, bezpečí, náročnost pro pracovník)
7. téma – Rozšíření možností pro zlepšení práce (vybrané kódy – adiktolog, vyškolený personál, bezpečné prostředí pro abstinující, metodická podpora)
8. téma – Důvody pro změnu systému (vybrané kódy – naděje, nová zařízení, změna ukončování služeb, personální zajištění, sdílení dobré praxe)

17.1. Podmínky a přijímací proces

Prvním tématem jsou podmínky a přijímací proces. Podmínky a přijímací proces v azylových domech jsou specifické pro každou sociální službu. Každý azylový dům si může stanovit vlastní cílovou skupinu klientů, což je následně uvedeno v registru poskytovatelů sociálních služeb. Dále si každá služba vytváří vlastní metodiku pro přijímání klientů, která zahrnuje vedení vstupního rozhovoru před přijetím a případně vymezení kontraindikací pro přijetí. Podmínky a přijímací proces azylových domů se liší podle specifík jednotlivých zařízení, ale existují některé společné prvky, které byly identifikovány na základě výpovědí informantek.

Vstupní zdravotní prohlídka je standardním požadavkem v azylových domech, která zajišťuje, že klienti nemají infekční nemoci a jsou schopni fungovat v kolektivu. Tento požadavek je také zakotven v Zákoně o sociálních službách, který nedovoluje přijímání klientů bez potvrzené zdravotní prohlídky. Tím je zajištěna ochrana zdraví jak klientů, tak i pracovníků azylových domů.

Eva: „*A pak samozřejmě musí mít klient vstupní zdravotní prohlídku, nesmí mít infekční nemoc a musí být schopen fungovat v kolektivu.*“

Jitka: „*...a jediný, co potřebujeme, je potvrzení od lékaře o tom, že jsou bezinfekční.*“

Azylové domy si stanovují cílové skupiny klientů, které zpravidla tvoří osoby bez domova. V oslovených službách se jedná konkrétně o muže a ženy starší 18 let. Tito klienti musí splňovat určité podmínky, například mít dostatečné příjmy na zaplacení ubytování. Podle možností jednotlivých zařízení mohou být některé azylové domy bezbariérové, zatímco jiné tuto možnost nenabízejí.

Alžběta: „*... klient musí být osoba bez přístřeší...*“

Matylda: „*...s nějakou deklarací finančního příjmu, musíme vědět, že budou schopni z něčeho hradit.*“

Ema: „*...nejsme schopni ubytovat vozíčkáře.*“

Příjem klientů je posuzován také z hlediska jejich finanční situace. Některé azylové domy mají stanovené limity, které musí klient splňovat, aby byl přijat. Pokud klient má vyšší příjmy, není do služby přijat.

Alžběta: „*... musí do jistý míry i splňovat nějak, co se týká příjmů nějakou výši, nemáme to přesně stanovený, ale například kdo má třeba 40 000 Kč měsíčně a hledá jenom levné ubytování, tak není naše cílová skupina*“.

Azylové domy patří do služeb prevence, kde se předpokládá i soběstačnost klienta, která zaručuje, že je klient schopen se sám o sebe postarat. Některé azylové domy dokonce testují soběstačnost praktickými úkoly, jako je schopnost oblékat se nebo povlékat postel. Pokud klient nesplňuje soběstačnost, nemůže se stát klientem služby.

Květa: „*...ten test soběstačnosti, tak to po těch uživatelích chceme, aby se zvládli obléct, dojít si na záchod. Potom zkusíme i jestli povlečou postel, jestli si sami povlečou povlečení na tu postel, případně polštář, peřinu. U těch invalidů je to takový specifický... nechceme, aby si povlíkali celou tu postel. Tam je jasné, že asi nějaký pracovník mu pomůže. Jenom chceme, aby nějakým způsobem to bylo zřetelné, že to zvládnou.*“

Jednání se zájemcem o službu provádějí převážně sociální pracovníci. Tento krok zahrnuje posouzení vhodnosti klienta pro dané zařízení. Některé zařízení umožňují i telefonický kontakt, jiné vyžadují osobní setkání, aby byl zájemce seznámen s možnostmi zařízení a podle toho se sám rozhodl, zda chce službu využívat.

Alžběta: „Dělám to já jako sociální pracovnice nebo kolegyně. No výjimečně, když třeba nemůžeme, nebo se stane, že jedna z nás vypadne a máme dva zájemce nečekaně, tak nás zastoupí paní vedoucí. Pracovník v sociálních službách jednání vůbec nedělá.“

Renata: „...Další podmínkou je, co chceme, aby přišel osobně, aby si to zařízení prohlédl a aby to byla jeho zakázka, aby zhodnotil, jestli to tu zvládne...“

Až na jedno zařízení, které již při příjmu zjišťuje, zda klient užívá alkohol a v jakém množství, není tento aspekt obvykle předmětem zkoumání v ostatních azylových domech. Ve většině zařízení se tedy problematika užívání alkoholu při příjmu klientů neřeší a není systematicky zjišťována.

Květa: „... jsme jiná služba, potřebujeme to mít napsaný, je to podmínka toho přijetí vůbec.... bez toho, aniž by nepili, tady nemůžou bydlet.“

Přístup k užívání alkoholu a návykových látek se liší mezi jednotlivými zařízeními. V jednom zařízení už při jednání informují zájemce o službu, že azylový dům má snížený práh tolerance vůči závislostem (bez toho, aniž by zjišťovali, jestli je uživatelem alkoholu či jiných návykových látek). Sociální pracovníci informují klienty otevřeně o tom, že mohou diskutovat o svých závislostech bez obav z trestu. Tento přístup podporuje otevřenou komunikaci a nabízí podporu pro ty, kteří se potýkají se závislostmi.

Ema: „... když je klient na pohovoru, na mapovacím pohovoru do pořadníku, tak už se dozví od pracovnice, že máme ten práh snížený...Sociální pracovnice jim to podávají tím stylem, že máme snížený práh, pokud máte nějakou závislost, rádi se o tom bavíme otevřeně. Můžete za námi s tím přijít, nebudeme vás za to nějakým způsobem trestat a podobně.“

V dalším zařízení jsou klienti seznámeni s pravidly při příjmu, která zakazují vnášení a užívání návykových látek v prostorách služby. Nicméně, pokud klienti užívají návykové látky mimo azylový dům, je kladen důraz na jejich chování při návratu. Klienti mohou přijít i pod vlivem, ale musí se chovat podle pravidel a být schopni fungovat v azylovém domě.

Alena: „*V rámci vysvětlování pravidel jim říkám, že nesmí vnášet a užívat ve službě, ale že když venku si dají, tak řešíme to, jak se pak chovají. Takže nevysvětluju jim pojem teda vlhká služba, ale jsou s tím seznámeni, že můžou přijít i pod vlivem, ale je potřeba pak se chovat v rámci těch pravidel a fungovat na azylu.*“

Každý azylový dům má specifické podmínky pro přijetí klientů, které zahrnují cílovou skupinu, příjmové (finanční) limity, zdravotní prohlídku a schopnost fungovat v kolektivu. Zařízení požadují soběstačnost, což některá i testují (např. oblékání, povlékání postele). Jednání se zájemcem o službu provádí sociální pracovníci. Užívání alkoholu se běžně nezjišťuje, kromě jednoho zařízení, kde je to podmínka. Některá zařízení informují klienty o možnosti využívat službu pod vlivem návykových látek za dodržení pravidel.

17.2. Poskytované služby a běžný den

Další téma se věnuje poskytovaným službám a běžnému dni ve službě. V tomto tématu se zařízení dost odlišují, v některých zařízeních je naprostá volnost při minimum povinností až po zařízení, kde je daný režim dne, který musí klienti dodržovat. Z výzkumu vyplývá, že striktnější pravidla a režim dne je daný v mokré službě.

Ve vlhkých službách, kde mohou klienti přicházet pod vlivem alkoholu, či jiných návykových látek, mají klienti relativně volný režim, kdy mohou do zařízení přicházet a odcházet kdy chtějí, jejich taková jediná povinnost je návštěva sociální pracovnice, na které se dopředu domlouvají. Dalo by se říct, že klienti mají značnou míru autonomie a flexibility.

Ema: „*Klienti můžou volně odcházet a přicházet, jak se jim zachce, nemají žádný režim. To, co musejí dodržovat, je, když mají stanovený termín konzultace, musejí na ní samozřejmě přijít, pokud nemají lékaře nebo práci.*“

Ve službách s vyšším prahem mohou klienti v průběhu dne volně přicházet a odcházet z azylového domu, přičemž pokoje se zamykají a klíče zůstávají v domě. Celkově je zdůrazněna důležitost ranního kontaktu s klienty, organizace úklidových prací a dobrovolných duchovních aktivit jako součásti denního režimu v azylovém domě. Tento strukturovaný přístup může klientům poskytovat pocit zájmu a podpory.

Renata: „*Ráno kolega obejde všechny pokoje a popřeje všem dobré ráno a zjistí vůbec, jaká je situace po noci, jestli se něco neděje špatně nebo vůbec, jak jsou klienti na pokojích, takže zaklepe, pozdraví a případně se třeba domluví už s někým na úklid a podobně, nebo někdy musí třeba i přijít někoho vzbudit, když je to domluvené, že třeba má jít k lékaři vstávat... pak klienti chodí na služebnu, když dělají, začínají se dělat úklidy společných prostor, na to je zase nějaký systém... lidé přichází do azylového domu, odchází volně a máme to, že se pokoje zamykají a chceme, aby klíče zůstávaly v azylovém domě. Pak ještě máme takovou dobrovolnou aktivitu, která je každý den o půl 8 ráno. Takové setkání v kulturní místnosti, má to zase na starost ten kolega ze služebny nebo kolegyně a je to zaměřeno na čtení z Bible nebo nějaký příběh jako modlitba.“*

Zatímco v mokřých službách mají klienti režim dne, který musí dodržovat. Jediný volný den bývá neděle. Také pokud klient pracuje, tak nemusí plnit pracovní program v takové míře jako nepracující klienti. Tento přístup kombinuje strukturované aktivity s možností individuálního přístupu. Denní úklidové povinnosti, komunitní setkání a pravidelná setkání se sociální pracovníci zajišťují, že uživatelé mají pravidelné povinnosti a setkávají se se sociálními pracovníky. To může pomoci udržet určitý řád a odpovědnost, což je důležité pro mnoho lidí, zejména pro ty, kteří se snaží o stabilizaci svého života. Přítomnost různých odborníků, jako jsou adiktologové, krizoví intervenenti a duchovní, nabízí uživatelům širokou škálu podpory, která pokrývá různé aspekty jejich potřeb – od psychologické a sociální až po duchovní podporu.

Květa: „*Každý den od pondělí do soboty uživatelé mají přiřazený určitý úklid, který musí plnit od 8 do 10 hodin. Je na nich, kdy to začnou plnit, jak dlouho jim to zabere, je taky na nich. Akorát je důležité, aby se každý den buď v 8 nebo v 9, záleží na tom rajónu, jak oni říkají, jaký mají přidělaný, takže jejich den začneme tím úklidem. Potom většinou mají naplánovanou individuální schůzku s tím jednotlivým sociálním pracovníkem, kterou mají mít jednou za týden. Většinou ta schůzka je tak na půl hodiny, a potom jsou tady volnočasové aktivity, kterých se ty uživatelé můžou účastnit. To je taky na nich, je to dobrovolný, takže tam nemusí, ale můžou, Jedenkrát za týden dochází adiktolog, s kterým taky mají schůzky, mají i podpůrnou skupinu, které se můžou účastnit. A potom sem dochází krizová interventka ve středu, za kterou také mohou docházet, a potom*

sem ve středu dochází duchovní, takže se mohou účastnit i té bohoslužby. A pak už je to většinou na nich, jak ten jejich den vypadá.“

Ludmila: „...podle dnů v týdnu, jsou dny, kdy jsou třeba povinné komunity, komunitní setkání, kdy ti uživatelé musí na hodinku na takové setkání se sociálním pracovníkem a kde se řeší třeba rozdělení činností toho pracovního programu anebo potom různé provozní věci, co se bude dít a tak.“

Ve všech zařízeních musí klienti uklízet své pokoje, ale povinnosti týkající se úklidu společných prostor se liší. Někde je primární odpovědnost na klientech, kteří zajišťují úklid většiny společných prostor. Jinde klienti pouze doplňují práci uklízečky, která má hlavní roli v udržování čistoty. Z výzkumu vyplývá, že ve vlhkých službách, kde klienti mají relativně volný režim, se od nich často nevyžaduje intenzivní úklid společných prostor.

Alena: „...že asi jako povinnost se snažíme je vést k tomu, aby byť třeba jenom o víkend, tak si v rámci nějakých aktivizačních činností uklízeli ten azylový dům.“

Ema: „Mají tady takovou drobnou povinnost, kdy se společně podílejí na úklidu společných prostor a jedná se pouze o kuchyňky a společenskou místnost. Nesuplují práci uklízečky, tu tady máme denně, jde vyloženě o ten nácvik, takže spíš stírají ty povrchy a umývají nádobí, pokud někdo tam zanechá.“

Zatímco ve službách s vyšším prahem i mokřých službách je zajišťován úklid primárně klienty, kteří jsou zapojováni do chodu zařízení a podílejí se na čistotě společných prostor.

Květa: „... tak každý den od pondělí do soboty tady ti uživatelé mají přiřazený určitý úklid.“

Kamila: „Pak klienti se účastní ještě úklidu tady na azylovém domě. To od rána mají rozpis, kdo co bude uklízet, kdo uklízí koupelny, kdo uklízí kuchyň, kdo chodby, tak podle toho rozpisu dělají tady ty úklidy přes den.“

Matylda: „A potom bych určitě jmenovala ten úklid, který mají vlastně rozdělený na ty týdenní služby, kde jsou zodpovědný za úklid společných prostor.“

Taky ve všech zařízeních se různí povinnost konzultací se sociální pracovnící (ve všech službách byly pouze ženy). Někde nechávají iniciativu na klientovi a není ani vyžadována nějaká pravidelnost.

Alena: „s každým uživatelem se setkám minimálně 1x za měsíc na individuálním plánu. A v případě, že ten člověk chce nějakým způsobem třeba pomoci při hledání práce a tak, pak se třeba schází jedenkrát týdně s pracovníky v sociálních službách, který mu pomáhají s těmi jeho úkoly z toho individuálního plánu.“

Alžběta: „...v rámci konzultací, který tady jsou plus mínus jedenkrát za 14 dní podle potřeby, jak klient zrovna potřebuje, i dřív klidně.“

Někde mají pevně stanovené pravidelné schůzky, které jsou i častější než v jiných zařízeních a vyžaduje se i větší aktivita klienta.

Ludmila: „ti klienti mají různé individuální schůzky se sociálními pracovníky, který mají povinný jedenkrát týdně.“

Poskytované služby a denní režim v zařízeních se značně liší. Dalo by se říct, že ve službách mokrého typu jsou povinnosti přísnější a denní režim je pevně stanovený, zatímco ve vlhkých službách jsou povinnosti volnější. Ve vlhkých službách mají klienti volný režim, což znamená, že mohou přicházet a odcházet podle svého uvážení. Jedinou povinností, kterou musí dodržovat, je účast na domluvených konzultacích se sociálními pracovníky. Úklid společných prostor je minimální a spíše cvičného charakteru, kdy klienti stírají povrchy a myjí nádobí, ale hlavní úklid zajišťuje uklízečka. Ve službách s vyšším prahem mají klienti možnost volně přicházet a odcházet z azylového domu. Důraz je kladen na ranní kontakt s klienty, během kterého pracovníci kontrolují, zda je vše v pořádku, a organizují úklidové práce a dobrovolné duchovní aktivity. Pokoje se zamykají a klíče zůstávají v domě. Klienti se podílejí na úklidu společných prostor, přičemž uklízečka zajišťuje hlavní část úklidu. V mokřích službách mají klienti pevně stanovený denní režim, který musí dodržovat, s jediným volným dnem v týdnu (neděle). Denní úklidové povinnosti a komunitní setkání jsou povinné, a klienti mají pravidelné individuální schůzky se sociálními pracovníky. Tento strukturovaný přístup zajišťuje, že klienti mají pravidelné povinnosti a setkávají se se sociálními pracovníky. Klienti mají také přístup k široké škále odborné podpory, včetně adiktologů, krizových interventů a duchovních, což pokrývá jejich psychologické, sociální i duchovní potřeby.

17.3. Závislost ve službě a přístup k nim

Ve všech zařízeních, kde informanti působí, se pravidelně setkávají s různými formami závislostí mezi svými klienty. Závislosti, se kterými se setkávají, zahrnují například pervitin, heroin či závislost na nikotinu. Nicméně, naprosto dominantní závislostí, která mezi jejich klienty převažuje, je závislost na alkoholu.

Kamila: *„To je skoro u každého, to je tak 98% vašich klientů.“*

Eva: *„Každý den se setkávám s těma lidmi.“*

Ema: *„Tak nejčastější je ten alkohol.“*

V zařízeních se pracovníci setkávají s klienty, kteří užívají alkohol či jiné návykové látky, ale různí se jejich přístup a pravidla. Dvě služby k tomu přistupují vlnkou cestou a snaží se nabídnout pomoc všem potřebným, včetně těch, kteří bojují se závislostmi. Pracovníci zde nastavují pravidla, která mají zajistit bezpečnost a řád v zařízení (zákaz vnášení a užívání alkoholu v prostorách zařízení a sledování projevů chování), ale zároveň projevují pochopení a toleranci vůči klientům se závislostmi. Tento přístup zdůrazňuje potřebu poskytovat podporu a pomoc i těm, kteří jsou nejvíce zranitelní a kteří často čelí odmítnutí jinde kvůli své závislosti.

Alena: *„...jediné, co po nich chceme, aby nevnášeli ať už alkohol nebo drogy do prostor azylového domu a aby neužívali v rámci toho místa. A jestli potom ten člověk se vrátí pod vlivem a ve chvíli, kdy neohrožuje sám sebe nebo okolí, pak ho pouštíme normálně na pokoj. Když ten člověk jde třeba do agrese, tak je vykázaný a nechá se vyztrízlivět a vrací se až ve chvíli, kdy je schopen toho pobytu tady.“*

Alžběta: *„Není to určitě žádná bariéra pro nás, je to o tom, že klienta přijmeme, když tu závislost má, jsou důležité pro nás ty projevy i třeba pod vlivem té omamné látky. A potom samozřejmě, pokud to má vliv na tu spolupráci, ale pro přijetí to nemá žádný vliv, že bychom klienta kvůli tomu nepřijali, to rozhodně ne.“*

Jedno zařízení dokonce povoluje konzumaci alkoholu v zařízení. Tato pravidla ukazují snahu azylového domu regulovat konzumaci alkoholu, aby minimalizovali problémy, které mohou vzniknout z jeho nadměrné konzumace nebo sdílení. Omezením místa a množství

konzumace se snaží zajistit, aby alkohol neovlivňoval negativně atmosféru v zařízení a neohrožoval bezpečnost a pohodu ostatních klientů. Tento přístup je vyvážený, respektuje potřeby klientů se závislostí na alkoholu, ale zároveň stanovuje jasné hranice pro udržení pořádku a bezpečnosti v zařízení, které kontrolují pracovníci v sociálních službách.

Ludmila: *„Ten alkohol, to tady máme limit, že jsou to buď 2 litry vína nebo 4 litry piva na den a ten alkohol nemůžou využívat ve společných prostorách, na kuřárně, venku ani tady před zařízením, musí ho konzumovat sami na pokoji, nesmí ten alkohol konzumovat ani s nikým jiným, ani s návštěvou, ani s ostatními uživateli prostě sami na pokoji. A musí se vejít do toho denního limitu.“*

A pak jsou zařízení, která vyžadují abstinenci v prostorách azylového domu, což znamená, že klienti nesmějí užívat alkohol v prostorách zařízení, ani přicházet pod vlivem. Zda je někdo pod vlivem se ověřuje pomocí alkohol testeru. Tento přístup má za cíl zajistit bezpečné a zdravé prostředí pro všechny klienty. Kontrola dodržování těchto pravidel probíhá i prostřednictvím dechových testů, i když ne vždy pravidelně. Pracovníci služby mají možnost rozpoznat, zda je klient pod vlivem alkoholu, a v takových případech se domluví s klientem na setrvání mimo prostory azylového domu, dokud nevystřízliví. Orientační hranice pro vstup je v jednom azylovém domě stanovena na 0,8 promile alkoholu, ale i když klient nadýchá hodnotu vyšší, ale je schopen se kontrolovat a chovat se vhodně, může mu být na uvážení služby umožněn vstup. Tato flexibilita umožňuje přizpůsobení rozhodování konkrétní situaci a stavu klienta. V druhém azylovém domě je vyžadována úplná abstinence a klienti nemají povolenou žádnou toleranci alkoholu.

Matylda: *„Povinnosti určitě mají, jedna z těch nejdůležitějších je teda dodržování abstinence tady a nepít teda v prostorách toho azylového domu. Potom taky dodržování zákazu kouření.“*

Kamila: *„Dáváme jim dýchnout, ne pokaždé, někdy služba to už pozná na nich, že jsou pod vlivem, tak se s nimi domluvíme, zůstanou venku než vystřízliví, nebo jim dají dýchnout do detektoru, máme tady hranici 0,8, takovou jako orientační hranici. Někdy se stane, že klient nadýchá třeba i 1, ale vypadá, že je v pohodě, tak je to na rozhodnutí té služby, které je na služebně, kde je pouštějí dovnitř.“*

Zařízení také mají různé přístupy k ukončování služeb klientům, kteří přicházejí a vnášejí alkohol nebo ho přímo užívají v prostorách zařízení a může to také mít vliv na

obložnost zařízení. Jsou zařízení, která to moc neřeší a dávají klientům opakované šance, kdy selhání berou jako součást změny.

Alžběta: „Dostávají za to písemné upozornění, dřív to bylo takové, že třeba dostali ústní, ale to jsme zjistili, že to nemělo takovou váhu. To písemný má mnohem větší váhu, ten klient fakt přijde, podepíše to, má to černý na bílém a ví, že se to už nemá opakovat a takže písemné upozornění, ale třeba víckrát, třeba čtyřikrát nebo pětkrát, není to hned.“

Alena: „U toho alkoholu, tak nám častěji porušují to vnášení, kde je viditelný, že nese petku s vínem, tak v tomhle tom oni porušují častěji, ale s tím nějakým způsobem já osobně třeba umím pracovat líp, kdy jim dám 1 napomenutí, druhé, udělám ty ty ty, oni se uklidní, a pak zase fungují.“

A pak jsou zařízení, pro které je to kardinální pravidlo a klienti nesmějí vnášet a konzumovat v prostorách zařízení a v případě porušení tohoto pravidla, je jim ukončena smlouva. Ukončení z důvodu závislosti na alkoholu se pak stává častým důvodem k ukončení smlouvy a ve službě bývá z tohoto důvodu málo klientů.

Matylda: „Ve chvíli, kdy najdeme klienta, jak vnáší do střediska ten alkohol, popijí na pokoji, bývá to důvod k vypovězení smlouvy. ... No je tohle podle mého, je to většina případů. Takový ty ukončení, že támhle člověk nedojde na úřad, něco nedonese, nemá na zaplacení, nejsou podle mě tak častý, jako že jsme nucený ty lidi vyhodit podle pravidel. Ale zase je pravda, že většinou, když ty lidi opravdu vyhadujeme, tak je tam mimo ten alkohol ještě doprovod nějaký tý agrese a nesnášenlivost na tom pokoji...Občas tady máme poměrně prázdnou, si myslím kvůli tomu.“

Jiná je situace, kdy klient přichází pod vlivem alkoholu či jiné návykové látky a dožaduje se vstupu do služby. Služby s vyšším prahem mají i toto jako porušení pravidla. Tento přístup má zajistit, že klient nebude ohrožovat sebe ani ostatní, například při pohybu po schodech. Následně s klientem probíhá konzultace s klíčovým pracovníkem, během které je situace podrobně rozebrána, pokud klient uzná svou chybu, dostane ještě jednu šanci, pokud chybu neuzná, je mu služba ukončena.

Matylda: „Pokud se stane, že klient přijde z venku napitý, necháme ho venku se pár hodin ještě vyvětrat. Chceme, aby přišel už v nějakém stavu, kdyby nám těch

5 pater vyšel, aniž by ohrozil sebe nebo někoho jiného a následně si s ním klíčový pracovník sjedná konzultaci a tu situaci s ním rozebere. Pokud se klient choval v normě, vzal to, uznal svoji chybu, jsme schopný mu dát ještě jednu šanci, ale je tam opravdu podstatný, jak se ten klient v tu danou chvíli chová, jestli je agresivní a jestli si je potom zpětně schopný tu chybu připustit.“

A pak jsou služby, kterým to nevadí, že klienti chodí do služby pod vlivem. Vychází z přesvědčení, že azylový dům by měl co nejvíce připomínat domov, kde by klienti měli mít svobodu, včetně možnosti konzumace alkoholu, pokud jsou schopni fungovat bez větších problémů. Tento pohled zdůrazňuje respekt k autonomii dospělých mužů a poukazuje na stigmatizaci lidí bez domova, kteří jsou často vnímáni jako automaticky problémoví kvůli své závislosti. Důležitá je ale i jejich bezpečnost a zdraví, jak jich samotných, tak ostatních klientů a pracovníků.

Alena: „Tak azylový dům by jim měl nahrazovat domov a doma vám nikdo nezakáže, abyste pili. Jsou to dospělí chlapi a myslím si, že nejsme někde ve škole v přírodě ani v nějakém převýchovném táboře a pokavad' chtějí užívat a dokážou s tím fungovat, pak v tom nevidím problém. Je spousta závislých lidí i v běžném životě a nikdo to na nich nepozná. Ty naši klienti bohužel mají nálepku toho, že jsou lidi bez domova a automaticky jsou problémoví, protože užívají.“

Ema: „Znamená to samozřejmě víc hlídat, v jakém stavu ty klienti jsou, protože pokud přijde klient třeba pod velkým vlivem alkoholu, tak samozřejmě předáváme si ty informace, jdeme se za ním podívat, protože máme strach, aby třeba nezkolaboval na tom pokoji, nebo tak dostane větší pozornost v tu chvíli.“

V azylových domech se pracovníci často setkávají se závislostmi, především na alkoholu. Přístupy k tomuto problému se liší – některá zařízení vyžadují absolutní abstinenci a porušení pravidel vede k ukončení služby, zatímco jiná umožňují konzumaci alkoholu za určitých podmínek nebo respektují v zařízení klienty pod vlivem, pokud nejsou agresivní a neohrožují sebe ani ostatní. V některých případech je konzumace alkoholu povolena na pokojích v limitovaném množství. Pravidla se liší v závislosti na zařízení, přičemž někteří pracovníci dávají klientům opakované šance, zatímco jiní vyžadují přísné dodržování pravidel.

17.4. Harm Reduction

Dalším tématem je Harm Reduction, který já osobně vnímám v poskytování služeb azylové domy jako velmi důležitý, protože ne všichni klienti jsou schopni a rozhodnutí abstinovat. A v této oblasti se domnívám, že nejsou pracovníci dostatečně vzdělaní, což se potvrdilo i v rámci kvalitativního výzkumu, kdy by pracovníci ocenili více vzdělávání v této oblasti, aby věděli, jak lépe s klienty se závislostmi pracovat.

Ludmila: „... se hodně teď jako vzděláváme. Měli jsme teď školení úplně skvělý na Harm Reduction. Je to něco, co se ještě pořád hodně snažíme uchopit celkově s tím klientem, jak k nim přistupovat. A co třeba jsou takový fakt drobnosti, kdy třeba s nimi řešíme, co pijí...Ale třeba i snižování té denní dávky ve chvíli, kdy to téma je vlastně otevřené.“

Renata: „Já si myslím, že tady máme ty rezervy. Moc to zatím kolegové neumí, bavíme se to jo, ale já bych řekla,...že máme klienty, kteří skoro nechtějí abstinovat, jo, protože to, že tu denní dávku, ten limit potřebují...“

Eva: „Mluvíme s nimi, ale my nejsme adiktologové a nejsme na to, ne cvičení, ale nejsme na to vzdělaný to probírat s nimi, my s nimi mluvíme laicky o tom, že by bylo dobrý, co to přináší, že je to vlastně příčina toho, že de facto takhle skončili a že nejsou zařazení zpátky, že budou závislý na dávkách, protože to zaměstnání si neudrží, neudrží si bydlení... No a pak ty lidi, kdy se to tady vyvrbí, že mají problém, my to nevíme a vyvrbí se to třeba za měsíc nebo už za týden, že mají problém s alkoholem. Tak ty tady stejně dlouhodobě nevydrží, takže na téhle úrovni pak už nepracujeme no.“

Pokud klienti nejsou ochotni nebo schopni zahájit léčbu, pracovníci hledají jiné řešení, například přechod z tvrdého alkoholu na méně škodlivé nápoje, jako je pivo nebo víno. Pracovníci klientům poskytují také zpětnou vazbu a upozorňují je na rizika spojená s jejich závislostí. Snaží se je také odkazovat na specializovaná centra. Tyto přístupy ukazují na důležitost snižování škod v práci s klienty se závislostí na alkoholu. I malé změny a kompromisy mohou vést k významnému zlepšení zdravotního stavu klientů a k omezení rizik spojených s jejich závislostí.

Ema: „No nejdřív se ho snaží motivovat do té léčby, ale pokud nechce, tak se s ním pracovníci baví v závislosti na tom, co to je za klienta, o těch možných

zdravotních rizicích, případně pokud už jsou to starší pánové a začíná se to projevovat na tom zdraví, tak to s nimi řeší, možnosti třeba aspoň přechodu z tvrdého alkoholu, třeba na pivo nebo na víno.“

Alena: „Jo, snažíme se jim dávat tu zpětnou vazbu o tom, že když už se rozjíždí v tom závislostním jednání víc a víc, tak je upozorňujeme na možný rizika. Snažíme se je odkazovat, teda do K-centra třeba. Ale přiznávám, že tam například ti alkoholoví nejsou schopni vůbec docházet.“

Harm Reduction je v kontextu azylových domů zásadním přístupem, protože ne všichni klienti jsou ochotni a připraveni abstinovat. Výzkum odhalil, že pracovníci často postrádají dostatečné vzdělání v této oblasti. I když se účastní školení a snaží se klienty motivovat ke snížení konzumace alkoholu či přechodu na méně škodlivé formy, jako je pivo nebo víno, jejich dovednosti a znalosti jsou stále nedostatečné. Pracovníci se také potýkají s problémy, kdy klienti nejsou schopni pravidelně docházet na odborná pracoviště, jako jsou K-centra nebo tato zařízení nejsou ani k dispozici. Proto je nezbytné další vzdělávání a podpora pracovníků, aby mohli efektivně pomáhat klientům minimalizovat rizika spojená s jejich závislostí.

17.5. Dobrá praxe

Dalším tématem je dobrá praxe. I od některých pracovníků zaznělo, že je důležité sdílet dobrou praxi, tak aby se rozšiřovalo povědomí o službách, jak to někde funguje a co by šlo přenést i do dalších služeb. Dobrá praxe byla zjišťována napříč přístupy, které mají azylové domy, takže i když jdou suchou cestou, tak mají příklady dobré praxe. Nulová tolerance zajišťuje bezpečnější prostředí pro klienty, kteří abstinují, nebo jsou v léčbě závislosti na alkoholu a sami oceňují, že se v prostředí azylového domu nesmí konzumovat alkohol ani do zařízení přicházet pod vlivem .

Matylda: „Je to příklad našeho současného klienta. Máme ho ubytovaného na 5. patře. Je to pán, který přišel z léčení. Léčil se kvůli alkoholu. Momentálně užívá antabus a pro něj si myslím, že to, že tady máme v pravidlech tu nulovou toleranci, je ideální. On sám o svojí situaci informoval a sám si vyžádal, že po každém příchodu z práce u něj bude prováděna dechová zkouška. Takových klientů jsme tady měli víc, měli jsme tu řeknu i pána, u něj se to teda nepovedlo

bohužel, nevydržel v té abstinenci. Měl vážný zdravotní problém, rakovinou slinivky a nemohl si vážně už dovolit pít, měl problémy s ledvinami, takže tam si myslím, že kdyby se to zkrátka nepokazilo, tak by ho to v té situaci mohlo podpořit.“

Další příklad ilustruje, jak přísná pravidla mohou vést k úspěšné abstinenci od alkoholu, i když nebyla úplně dobrovolná. Tento přístup klientovi pomohl uvědomit si výhody abstinence, a od té doby nepije.

Kamila: „Jako příklad dobré praxe jsme tady měli kdysi pána, který se dostal z alkoholu a on přestal úplně pít a několik let už nepije, tak ten se z toho dostal kvůli těm pravidlům, že tady byly tak přísné. A tehdy tady byla paní ředitelka a ona, když viděla, jak on furt pije, tak ona mu zakázala chodit ven a on musel abstinovat. A on si to nějak uvědomil, že je to lepší a on přestal pít a on na to do teď vzpomíná, jak mu to pomohlo, že ho tady zavřeli. A to už v dnešní době ale nejde.“

V některých případech pracovníci používají přímé konfrontování klientů s možnými důsledky jejich chování. Ukazují také důležitost individuální motivace a podpory pro ty, kteří se snaží řešit závislost na alkoholu.

Eva: „...mladý člověk a já jim vždycky říkám, hele, vy vypadáte ještě jako skvěle, vy jste mladý, máte hezký zuby, ještě vás ten alkohol neovlivnil, ještě můžete furt s tím něco dělat, ale jestli chcete pokračovat v tom chlastu, tak skončíte v kanále. Jako fakt jim to takhle říkám na rovinu a to jsou lidi, třeba zrovna tenhle ten pán, který byl poprvé teď na léčení a chce s tím něco dělat, našel si práci a nechce už se vrátit do toho, tak já mu vždycky říkám, hele, přijďte se klidně podívat na ty nízkoprahy, jak to u nás vypadá, protože takhle přesně skončíte Vy, úplně někde v parku, prostě ožralý, za chvíli bezzubý, budete pokálený, pozvracený, budou Vás tam okrádat, jako to chcete, to je vám pětatřicet roků, takže já s nimi mluvím úplně takhle, jakože na rovinu a já doufám, že tenhle pán to vydrží no.“

U služeb, které se přiklánějí k vlhké cestě, také zazněly příklady dobré praxe. Zdůrazňují, že přijímání klientů se závislostí a jejich neodsuzování od začátku otevírá cestu k důvěrné komunikaci a pochopení jejich životních cest. Díky tomuto přístupu někteří klienti

dokázali zvládnout svůj režim, pracovat, a nakonec odešli do vlastního bydlení, což jsou příklady úspěšného překonání závislosti a zlepšení životních podmínek.

Alžběta: „Vzpomenu si na 2 klienty teď aktuálně, kdy jeden z nich byl uživatel heroinu, potom teda užíval nějaký léky tlumící, takže jsem ho zažila, že mi tady třeba usnul a podobně, tak tam jsem viděla, že se u nás hodně zvedl, dneska žije už v bytě, je spokojený, chodí za námi na návštěvu, maximálně si párkrát zahulí a stačí mu to, takže tam si myslím si, že ten přístup a to, že jsme fakt pracovali na něčem, že ho to motivovalo, že na něm bylo hodně vidět, že potřebuje tu naději, že fakt se něco změní a už nebude na ulici. Pak si vzpomenu na druhého, který to měl podobně, že když k nám nastupoval, tak užíval taky a tady taky řekl, že se tady cítí dobře, klidně. Nakonec jsme ho dali na jednolůžkový pokoj, což ho taky asi pozvedlo v tomhle a odcházel s tím, že už 345 dní abstínuje. Ti, kteří fakt chtěli tu situaci zlepšit, chtěli nějakou tu jistotu, zlepšení ve formě třeba toho bydlení, tak tam byl vidět velký posun.“

Jitka: „Určitě těch příkladů je dost, protože si myslím, že i to, že sem přijímáme lidi závislé, tak nám určitě otevírá ty cesty té komunikace a toho, že je neodsuzujeme hned na tom počátku. A myslím si, že nám to hodně otevřelo i cesty k nějaké jako důvěrnosti toho, co nám sdělí i nějakou cestu, kterou si prožívali a tak podobně. A vím, že nejeden případ nebo nejeden klient nám odešel do vlastního bydlení, i přesto, že závislosti tam byli, protože dokázal zvládnout nějaký režim, dokázal pracovat a tak podobně, takže to tam určitě jsou. Dobré příklady by byly.“

A příklady dobré praxe mají i zařízení, která jdou mokrou cestou. Příklady poukazují na to, jak důležitá je motivace a podpora klientů v azylových domech. I zdánlivě malé kroky, jako je podání žádosti o bydlení nebo snížení konzumace alkoholu, mohou vést k výrazným zlepšením v jejich životní situaci. Stabilní prostředí a podpora pracovníků jsou klíčové pro to, aby se klienti mohli zastavit, zamyslet se a rozhodnout se pro pozitivní změny, které jim mohou pomoci dosáhnout dlouhodobější stability a zlepšení kvality života.

Květa: „Za mě těch úspěchů je tady docela dost vzhledem k tomu, jaká je ta cílová skupina a tak za mě je úspěch i jenom to, že si podají žádost do těch domovů pro seniory, že se nějak snaží, protože tady máme i uživatele, který už jsou v tom důchodovém věku a odchod na tu ulici by byl pro ně hodně náročný,

takže už jenom to, že se snaží nějakým způsobem řešit ten jejich zdravotní stav, že jim není ta situace lhostejná a nechtějí se vrátit zpátky na ulici, tak vlastně i to vidím jako pozitivum i zároveň to, že jsme tady měli klienta, který chtěl odejít na léčbu, tak sice tam už nevydržel na té léčbě, ale i to, že dojel do té léčebny, je za mě velký úspěch. A i to, že ty lidi snižují ten alkohol, tak to vidím taky jako velký úspěch. Anebo že přestanou pít, tak to už je teda něco.“

Ludmila: „My teď zjišťujeme, jak to různě působí tenhle režim na ty lidi, jestli se někdo třeba rozpije víc někdo zase pije naopak míň. Jo a máme tady už nějaký klienty, kteří si sami nějak uvědomili, že chtějí pít míň a fakt se na tom snaží pracovat. To je za mě třeba úplně skvělý. A máme tady i nějaký klienty, kteří se rozhodli, že chtějí nějakou změnu. Ať už to bylo, že odešli do nějakého samostatného bydlení anebo teda do léčby..., že měli ten prostor se nad tím hlavně zamyslet, protože už nemuseli řešit to, že nemůžou nikde bydlet. Co se totiž těm našim klientům hodně stává, že někde nadýchají, tak jsou někde pár dní, pak jsou zase venku, když mají zákaz, a teď, já to vidím hodně, takže že tady můžou na chvíli zastavit a hodně se jako rozmyslet. Máme tady třeba klientku, která tady momentálně bydlí, ale měsíc nepije.“

Dobrá praxe v azylových domech zahrnuje různé přístupy ke zvládnání závislosti a integraci klientů zpět do společnosti. V případě abstinujícího klienta se osvědčuje přísná pravidla, jako je nulová tolerance alkoholu a pravidelné kontroly, které pomohly některým klientům udržet abstinenci. Vlhká cesta se zaměřuje na podporu klientů i při částečné abstinenci, přičemž pozitivní výsledky zahrnují zlepšení bydlení a stabilizaci života, i když klienti zcela neabstinují. Mokrá cesta, která umožňuje kontrolovanou konzumaci alkoholu, přináší úspěchy ve snižování jeho spotřeby a motivaci klientů k pozitivním změnám, jako je hledání léčby nebo přechod do samostatného bydlení. Celkově se ukazuje, že individuální přístup a podpora mohou významně přispět ke zlepšení životních podmínek klientů azylových domů.

17.6. Obavy z perspektivy pracovníků

Obavy jsou velké téma, proč některé azylové domy stále raději jdou suchou cestou a neberou v potaz klientovi potřeby, jako je konzumace alkoholu či jiných návykových látek.

Podíváme se na obavy, které měly služby před snížením prahů a jaké mají nyní zkušenosti a podíváme se i na obavy, které mají služby a stále jim brání snížit prahy.

Ukázalo se, že přechod na politiku s nižším prahem vstupu přinášelo různé výzvy a obavy mezi zaměstnanci azylového domu. Hlavními obavami byli možná agrese a násilí, udržení pořádku a bezpečnosti, a schopnost pracovníků adekvátně zvládat konfliktní situace. Zároveň ale existoval i pozitivní postoj a důvěra v osobní schopnosti efektivně komunikovat s klienty, což přispívá k řešení těchto výzev.

Ema: „... Neobešlo se to určitě bez různých protestů, a tak pro každého zaměstnance to přinášelo obavy, měli pocit, že tady bude nezvladatelný chaos, což se nepotvrdilo, samozřejmě. Největší obavy zaměstnanců byly vlastně z násilí, že alkohol často probouzí v lidech agresi, takže určitě byla obava o tu bezpečnost zaměstnanců, o to, že se tady potom nepodaří udržet nějaký pořádek, že si budou jiní spolubydlící stěžovat ty, kteří třeba neužívají návykové látky nebo nepijí, to si myslím, že byly ty největší obavy.“

Jitka: „Obavy určitě mám z toho, jak to dokážou všichni ti pracovníci zvládnout. Když přichází konfliktní situace, tak ne všichni pracovníci je umí vyhodnotit. Každý má nějaký určitě jiný postoj, protože každý samozřejmě to vnímá jinak tu situaci, takže ode mě mají volnou ruku v tom, že ve chvíli, kdy se necítí bezpečně, samozřejmě, že si můžou přivolat městskou policii anebo i státní policii k případné pomoci.“

Alena: „Já osobně asi ne a už jsem zmiňovala, že je taková obecná obava toho, že se z toho třeba tady jako v očích těch pracovníků, kteří by chtěli dodržovat ty vyšší prahy, jako že se tady z toho stane, já nevím, feťácký doupe a tak. Ale já osobně asi obavu ve snižování prahu nemám. Co se týče jako závislých lidí, tak nemám problém s nimi komunikovat. Dokážu asi jako vycítit, kdy, s kým a jak jednat. Takže já osobně obavy nemám.“

Teď se podíváme na zkušenosti pracovníků po snížení prahů. Celkově lze říci, že obavy z nárůstu agrese a chaosu se nepotvrdily. Zvýšený počet pracovníků na směnách a flexibilnější přístup k lidem pod vlivem alkoholu či drog přinesly lepší bezpečnost a snížily počet konfliktů. Tento vývoj naznačuje, že azylové domy mohou úspěšně fungovat i s politikou nižšího prahu vstupu, pokud jsou adekvátně personálně zabezpečeny.

Alžběta: „Agrese jsem se báli skoro celý tým, já jako sociální asi té menší spolupráce, protože jsem si fakt malovala obrázky, že fakt tady klienta budu mít pod vlivem a že to nepůjde, což jsem zjistila, že to jde, ale samozřejmě nesmí to být třeba úplně jo, ale většinou, když mám konzultaci, tak si myslím, že se to děje dost často, že se normálně tady bavíme, něco si řekneme, ale vím, že ten klient alkohol v sobě měl, vyloženě byl cítit.“

Ema: „No tak, co se týká té bezpečnosti, tak následně na to jsme dostali možnost zdvojnásobit počet pracovníků v sociálních službách, aby byli na směnách po dvou a tím pádem je to bezpečí lepší a na druhou stranu se potvrdilo, že ta agrese se nezvýšila, jednou za čas je nějaký klient agresivní, ale vlastně oproti té době, kdy jsme měli tady suchou službu, tak se ta agrese nenavýšila procentuálně.“

Ludmila: „..., že spousta těch právě konfliktů pramenilo z toho, že ty lidi nechcete pustit dovnitř.“

A teď se podíváme na obavy pracovníků, kdy se ve službě stále bojí snížit prahy. Informantky vyjadřují obavy, že pokud dojde ke snížení prahu, zvýší se pracovní zátěž a počet nepříjemných či nebezpečných incidentů. Očekává se více násilí, krevních potyček, případů, kdy se lidé pokálí, více epileptických záchvatů, úmrtí a častější potřebu volat záchrannou službu nebo policii. Informantky také vyjadřují obavy, že snížení prahů povede k tomu, že se smísí různé skupiny lidí v azylovém domě, což povede k narušení pocitu bezpečí a klidu pro stávající obyvatele azylového domu.

Renata: „Jo mám obavy, že to bude náročné hodně pro pracovníky, že tady přibude víc krve, víc bitek, více pokálení, více epileptických záchvatů, a i více úmrtí, více volání záchraneček, policajtů, no asi tak.“

Eva: „No právě, že mám obavy z toho, že když se ty prahy začnou snižovat, tak že to bude přesně to, co nechci, míchat tady běžný služby azylového domu pro lidi, který se tady chtějí cítit a měli by se tady cítit v nějakým bezpečí relativně a v klidu s těma, co prostě můžou pít, z toho bych měla největší obavy.“

Obavy azylových domů před snižováním prahů zahrnovaly strach ze zvýšené agrese, bezpečnostní rizika pro zaměstnance a narušení pořádku. Zkušenosti po snížení prahů ukazují, že tyto obavy se většinou nepotvrdily – agrese se významně nezvýšila a bezpečnost se zlepšila díky navýšení počtu pracovníků (což samozřejmě nelze udělat všude, pokud na

to nejsou finance). Někteří pracovníci se však stále obávají snížení prahů, zejména kvůli riziku zvýšeného počtu konfliktů, zdravotních incidentů a pocitu nebezpečí pro ostatní klienty. Tyto obavy naznačují potřebu oddělených služeb pro uživatele alkoholu a návykových látek a pro ty, kteří hledají klid a bezpečí.

17.7. Rozšíření možností pro zlepšení práce

Dalším tématem je možnost zlepšení práce. Některé informantky se nad tím zamýšlely ve vztahu k rozšíření týmu, a hlavně ve spolupráci s adiktologem či terapeutem a také se nad tím zamýšlely interně, co mohou zlepšit už ve stávajícím týmu, kdy vnímají nedostatečné vzdělání pracovníků uvnitř týmů, ale zároveň ho vnímají jako důležité, jednou z možností by byly také situační nácviky.

Renata: „Já si myslím, že je důležité, aby pracovníci byli proškoleni, edukováni v tomhle, aby se nebáli třeba i pustit klienta, který má nějakou hladinku v sobě, ale je v pohodě, ať nemají strach, protože ne všechny projevy musí vést k tomu, že bude klient agresivní, že se něco stane a na druhou stranu, jak jsem to už možná i zmiňovala, ta zodpovědnost je na straně klienta, jestli dostane epileptický záchvat a udusí se zvratkami, což se nám stalo, za to nemůže pracovník, že ho pustil.“

Jitka: „Určitě větší osvěta, určitě možnosti nějakého vzdělávání pro ty pracovníky, ale myslím takových těch situačních nácviků a hodně bych potřebovala pro svoji práci adiktologickou podporu.“

Pracovníci v zařízení vyjadřují také potřebu zvýšení odborné podpory pro své klienty. Vyzdvihují potřebu psychoterapeuta a adiktologa, kteří by mohli pravidelně docházet a poskytovat specializovanou péči. Pracovníci se snaží získat co nejvíce informací o situaci klientů, jejich prožívání a motivech k pití, a vzdělávají se v oblasti závislostí a následných služeb. Uvědomují si však své limity, zejména při práci s klienty s hlubokými traumaty a cítí, že nejsou schopni poskytnout adekvátní péči, kterou by tito klienti potřebovali. Tým by proto velmi uvítal přítomnost psychoterapeuta, aby mohli lépe pomoci klientům s jejich komplexními problémy.

Eva: „*Konkrétně u nás bychom třeba byli rádi za nějakého psychoterapeuta, který by s těma lidmi mluvil a adiktologa, který by sem chodil třeba jedenkrát za týden.*“

Matylda: „*Když se na to podívám od sebe, snažím se co nejvíc získat povědomí vůbec o té situaci klienta, jak on to prožívá, co ho nutí k tomu pít, proč to potřebuje, takže snažím se co nejvíc vzdělávat, ať už jak pracovat s tou motivací, vzdělat se vůbec o těch závislostech, co to znamená, o následných službách, kam je odesílat. A do týmu bych uvítala psychoterapeuta, co bych tady za něj dala, řekla bych, že jsou tady klienti s hlubokýma traumata v minulosti a já jsem si vědoma toho, že jim nejsem schopná poskytnout adekvátní péči, kterou by potřebovali.*“

Pracovníci zařízení zdůrazňují potřebu metodické podpory, která by jim byla k dispozici pro konzultaci konkrétních situací. Tato podpora by umožňovala okamžitý přístup k odborným radám a pomoci při řešení aktuálních problémů, s nimiž se v práci s klienty setkávají. Možnost zavolat a získat konkrétní doporučení by výrazně zlepšila jejich schopnost efektivně a správně reagovat na různé výzvy a situace.

Alžběta: „*Určitě nějaká metodická podpora, která by byla přítomná, která by se nám věnovala. Řešila by s námi konkrétní situace, který zrovna řešíme a opravdu tak, že zavoláme a dozvíme se nějakou radu, jak třeba něco řešit.*“

Informantky se vyjadřovaly k možnosti zlepšení práce ve vztahu k rozšíření týmu a spolupráci s odborníky, jako jsou adiktologové a terapeuti. Zdůrazňovaly potřebu výškolení a vzdělávání pracovníků, aby se nebáli pracovat s klienty, kteří mohou být pod vlivem. Většina navrhovala přítomnost adiktologů či psychoterapeutů, což by mohlo významně přispět k motivaci klientů a řešení jejich problémů a poskytovat adekvátní péči klientům, zejména těm s hlubokými traumaty. Dále byla zdůrazněna potřeba situačních nácviků a metodické podpory, které by pomohly pracovníkům efektivněji reagovat na různé situace.

17.8. Důvody pro změnu systému

Poslední téma, kterému se budu věnovat, je celkové shrnutí výhod konkrétních přístupů a celkově praktická doporučení pracovníků pro změnu systému, který je

momentálně nastavený. Změna systému v oblasti sociálních služeb azylové domy je nutná z několika důvodů. Informantky zdůrazňují potřebu přizpůsobit služby tak, aby lépe reflektovaly realitu a potřeby klientů, zejména těch se závislostí. Například umožnit návštěvy azylových domů pro veřejnost může zmírnit obavy a předsudky o těchto zařízeních a ukázat, že zde panuje klidná atmosféra.

Renata: „*No, já vzhledem k tomu, že vím, jak naše veřejnost okolo nás funguje, jak nevidí do těch azylových domů, tak vždycky zvu na návštěvu, ať se přijdou podívat a ať vidí, jak to doopravdy funguje, ať vnímají, že ta atmosféra je úplně naprosto klidová, pohodová, že nedochází k nějakým takovým vyhroceným situacím, kdy bychom přicházeli s tím, že se obáváme o to, jaký to tu máme, tak vždycky pro mě je důležitý zvát do těch služeb, protože ten, kdo se toho bojí, ať přijde a podívá se.*“

Informantky také poukazují na to, že místo vylučování klientů ze služeb kvůli jejich závislostem, by mělo dojít k větší toleranci a podpoře, protože naděje a pomoc jsou klíčové pro pozitivní změnu v životě těchto lidí.

Ludmila: „*Není řešení ty lidi ukončovat, ukončovat jim služby za tohle to, že přijdou a nezvládnou mít 0, protože to je dost mě přijde nereálný pro lidi se závislostí, mít 0. A myslím si, že to musí být vlastně vyvážený, jako ty služby, pro všechny. Takže já si myslím, že určitě je dobré mít takový služby, kde třeba může být nějaká ta tolerance, že nemusí být všichni najednou mokry, ale že každý tu zkušenost podle mě má, protože já vím, kolik těch uživatelů nebo tady vlastně téměř fakt každý má zkušenost s tím, že nemůže bydlet v takovémhle azylovém domě, takže nebydlí nikde.*“

Alžběta: „*Nemyslím si, že bych mohla říct, že to má benefity pro nás a pro naši práci, to si nemyslím. Je to směrem ke klientům ty benefity, že není potřeba na základě toho ty klienty z těch služeb vylučovat a znemožňovat jim je, což si myslím, že se ani moc neděje při přijetí do té služby, protože se vše může změnit, může se to úplně obrátit a může to být všechno jinak, když ten klient odchází, je tam ta naděje, kterou fakt není potřeba ztrácet.*“

Informantky také zdůrazňují, že pozitivním aspektem jejich práce je možnost skutečně pracovat s klienty, kteří by jinak zůstali na ulici a těžko by sami vyhledali pomoc v tradičních

zařízeních. Klienti oceňují, že se o ně někdo zajímá, snaží se jim pomoci, nebo alespoň respektuje jejich způsob života, aniž by přišli o střechu nad hlavou. Menší zařízení, které má kapacitu 26 lidí, umožňuje individuálnější přístup ke klientům, což pracovníci považují za vhodné k povolení alkoholu v zařízení. Naopak ve větších zařízeních s kapacitou 80-90 klientů si tento přístup nedovedou představit.

Ema: „No, já si myslím, že celkově je na tom pozitivní to, že se dá s těma klienty konečně pracovat, protože dokud by byli na té ulici, tak se těžko sami navážou ze své vůle na nějaký kamenný zařízení a budou tu závislost řešit... je asi pro ně to nejdůležitější, že se někdo o ně zajímá a snaží se jim nějakým způsobem buď pomoci, nebo aspoň to, že to někdo respektuje, že on takhle chce žít ten klient, a přesto nepřijde o střechu nad hlavou.“

Květa: „Jsme menší zařízení, máme přeci jenom 26 lidí, třeba vedle, tam se jim protočí 80 - 90 klientů, tak tam si to úplně moc nedovedu představit, kdyby měli ten alkohol povolený, ale v těch menších zařízeních si myslím, že by se to dalo zkusit úplně všude, ale v těch větších zařízeních, tam si to teda fakt nedovedu moc představit.“

Zavedení mokrých denních center a azylových domů by mohlo poskytnout bezpečné útočiště pro lidi, kteří bojují se závislostmi, a předejít jejich vyloučení na ulici. Celkově by změny měly směřovat k vytvoření vyváženého systému, který by byl inkluzivní a podporoval všechny klienty bez ohledu na jejich situaci.

Eva: „Ty služby by měly být oddělený, měli by být hlavně denní centra mokrý i noclehárny, i azylový domy mokrý, vůbec nejsem proti a byla bych ráda, kdyby byli.“

Zároveň je potřeba zmínit, že pracovníci i vnímají, že nemohou být všechny služby pouze vlhké, či mokré, ale je potřeba zabezpečit bezpečné prostředí pro lidi po léčbě, či v léčbě.

Alžběta: „Mrzí nás, že neposkytujeme to prostředí bezpečný těm, co přijdou třeba z léčby a nemají zaručený to bezpečný prostředí pro abstinenci, že se nám nepodaří třeba ani najít dvoulůžkový pokoj, kde by ten klient byl s někým, kdo zrovna neužívá, to se stane, takže my bychom chtěli zavést to, že bychom pro ně

vyčlenili nějaké pokoje jednolůžkové. A pokud by se to podařilo, tak by si myslím, že by to bylo příjemný.“

18. Diskuse

Současný přístup azylových domů k problematice závislostí na alkoholu a dalších návykových látkách je velmi různorodý a závisí na konkrétním zařízení a jeho pravidlech. Teoretická část práce ukázala, že tradiční přístupy často vyžadují striktní abstinenci a že mnoho azylových domů má stále přísná pravidla, která zakazují vstup klientům pod vlivem alkoholu nebo drog (Branná et al., 2018; Černá, 2019). Empirická zjištění také potvrzují, že i v roce 2024 existují azylové domy, které nepouštějí klienty pod vlivem alkoholu, což vede k tomu, že tito klienti často propadají systémem a nejsou sociálně integrováni (Průšová, 2023). Což potvrzuje také tvrzení, že alkohol je vnímán jako jedna z hlavních bariér, proč klienti nemohou využívat služeb azylových domů (Glumbíková, 2018). Z rozhovorů s pracovníky azylových domů vyplynulo, že v zařízeních, která podporují výhradně abstinenci, klienti buď ukončí smlouvu sami, nebo jsou smlouvy ukončeny během týdne až měsíce z důvodu porušení pravidel. Závislosti u klientů tedy často vedou k vyloučení klientů, kteří nejsou schopni dodržovat přísná pravidla abstinence.

Nicméně, některé azylové domy začínají uplatňovat inovativní přístupy, jako jsou "vlhké" služby, které umožňují vstup klientů pod vlivem alkoholu, ale zakazují konzumaci v zařízení, a "mokrý" služby, které umožňují kontrolované užívání alkoholu přímo v prostorách zařízení. Mokrý služby v České republice jsou inspirovány zahraniční praxí, v zahraničí je tato praxe běžná již více jak 40 let, v České republice je mokrý azylový dům raritou. Přístup mokrého azylového domu v České republice odpovídá více britskému přístupu (Reed, 2008). Tento přístup umožňuje klientům užívat omezené množství alkoholu, což se v krátké době, kdy tento azylový dům funguje, ukázalo jako efektivní. Klienti v tomto zařízení často snižují spotřebu alkoholu nebo dokonce přecházejí k úplné abstinenci, jak bylo zjištěno z rozhovorů. Což potvrzuje význam mokrých služeb, kdy konkrétně v Holandku v mokrých azylových domech, který je nazýván Domus, tak také potvrzují, že stabilita umožňuje lidem lépe pracovat na svém zotavení. Společně pracují na stabilizaci užívání návykových látek, což často vede k razantnímu omezení užívání alkoholu a drog nebo dokonce k abstinenci. (Scheepstra, 2024) I empirická část ukázala, že pracovníci v těchto

zařízeních vnímají, že klienti se stabilizují, cítí se bezpečněji, že mají střechu nad hlavou, což potvrzuje i Branná (2018), která říká, že azylové domy by měly nabízet nejen ubytování, ale také specializovanou podporu pro ty, kteří se potýkají s látkovými závislostmi a nejsou schopni se samostatně udržet v bezpečném prostředí.

Přesto má alkohol stále vliv na pobyt v azylových domech. Alkohol je legální návyková látka, kterou konzumuje 80 % populace starší 15 let (Chomynová et al., 2024). Podle výzkumu Nešporové a Holpucha (2020) konzumuje alkohol každý den 34 % osob bez domova. Empirická data ukazují, že alkohol je nejčastější typ závislosti, se kterým se pracovníci v azylových domech setkávají. Což potvrzuje i výzkum Nešporové a Holpucha (2020), u osob bez domova je častější závislost na alkoholu než na jiných drogách, konkrétně v azylovém bydlení byl podíl osob, které konzumují pravidelně alkohol 13 % a podíl osob, které pravidelně užívají drogy v azylovém bydlení pouze 5 %. Ještě bych ráda zdůraznila, že to je specifikum České republiky, v zahraničí je jiná praxe, kdy například ve Velké Británii, Austrálii nebo Torontu převažují drogy mezi osobami bez domova. (Hwang et al., 2009; Dvořáčková et al., 2016) Je ale mylné se domnívat, že všechny osoby bez domova konzumují alkohol, jak zmiňuje i antropolog Petr Vašát (Medková, 2021), je to stereotyp, že všechny osoby bez domova konzumují alkohol a není to pravda, bylo to potvrzeno i výzkumem, kde bylo zjištěno, že někteří klienti abstinují. Ale nesouhlasím s jeho tvrzením, že bezdomovectví se týká v 90 % nízko kvalifikovaných lidí a že se nemůže stát každému. Během své několikaleté praxe jsem se setkala i s osobami bez domova, které byly vysokoškolsky vzdělané, velmi kvalifikované a během svého života pracovaly i na vyšších postech, případně jako jednatelé firmy. Jak jsem v teoretické části popsala, na vzniku bezdomovectví se podílejí objektivní a subjektivní příčiny. (Průdková & Novotný, 2008) Souhlasím s tím, že nízko kvalifikovaní jedinci mohou být ohroženější bezdomovectvím, ale na jeho vzniku se podílí i další příčiny a rozhodně se netýká pouze lidí s nižší kvalifikací.

Závislost je v některých azylových domech stále vnímána jako kontraindikace pro pobyt. Informantky uvádějí, že přítomnost závislosti může vést k vyloučení klientů, pokud nejsou schopni dodržovat pravidla abstinence. Hlavními důvody jsou obavy o bezpečnost ostatních klientů, udržení pořádku a prevence negativních vlivů na ostatní klienty. Tento přístup je často založen na přesvědčení, že přítomnost závislých klientů může narušovat klid a bezpečnost v zařízení. Ze zahraničních výzkumů se nepotvrdilo, že by se zvyšovala agresivita nebo by měl být důvod bát se o bezpečí, ba naopak vnímají, že s mokřými

službami se snížil počet incidentů zahrnujících policii a méně návštěv pohotovostních služeb. (Reed, 2008) I z půlročního fungování azylového domu v Plzni bylo zjištěno, že k žádným vážným útokům nebo ohrožení života nedošlo a doposud se setkali pouze s verbálními konflikty, které nepřetržitě přítomný personál dokázal vyřešit sám, aniž by bylo nutné volat policii. (Biskup, 2024) Azylové domy přistupují k problematice užívání návykových látek různorodě, a byla identifikována konkrétní zařízení, která implementují inovativní modely, jako jsou mokré azylové domy, které běžně fungují v zahraničí. (Reed, 2008) Tyto azylové domy umožňují kontrolované užívání alkoholu v bezpečném prostředí, což se ukázalo jako účinný způsob, jak pomoci klientům udržet stabilitu a bezpečí (Vavrinčíková, 2012)

Teoretická část naznačuje, že rigidní přístupy mohou být kontraproduktivní. Inovativní přístupy, které zahrnují vlhké a mokré služby, mohou vést k lepším výsledkům v práci s klienty se závislostmi. Je tedy důležité, aby azylové domy zvažovaly různé metody a přístupy k zvládnutí závislostí, které mohou pomoci klientům stabilizovat jejich situaci a postupně se integrovat do společnosti. Nechci tím ale říci, že všechny služby musí být „vlhké“ či „mokrě“.

Při identifikaci překážek, které brání efektivnímu zvládnutí závislostí, byla v teoretické části identifikována řada problémů. Mezi hlavní překážky patří nedostatečné vzdělání a odborná příprava pracovníků, přísná pravidla abstinence, která mohou být pro některé klienty demotivující a nerealistická (Černá, 2019), a nedostatečné zdroje a finanční podpora pro azylové domy (Magistrát hlavního města Prahy, 2024). Tyto teoretické poznatky byly potvrzeny v empirické části prostřednictvím rozhovorů s pracovníky v azylových domech, které zdůraznily problémy s rigidními pravidly a nedostatečnou odbornou přípravou pracovníků se službách, zároveň některá zařízení nechtějí měnit svůj přístup a upřednostňují vznik nových zařízení, zatímco jiná jsou ochotná upravovat pravidla ve stávajících službách.

V rámci analýzy dat mě překvapily některé výroky informantek, které mi přišly diskutabilní, protože se domnívám, že si ani neuvědomují, že tím dochází k porušování práv klientů a nedodržování etického kodexu sociálních pracovníků. Například když informantka Kamila zmiňovala, že v dnešní době už to nejde (zavřít klienta v zařízení), ale klienti měli vždycky práva. Bohužel to ale není úplně neobvyklá situace, a i Brockmanna a Garretta (2022) mluví o tom, jak je důležité obhajovat lidská práva a kritický přístup v praxi sociální práce. Zjištění ukazují, že neoliberální diskurzy, které individualizují sociální problémy a

přisuzují odpovědnost jednotlivcům, jsou mezi těmito pracovníky běžné. To se projevuje například v názorech na závislost, kterou někteří pracovníci vnímají jako výsledek špatných individuálních rozhodnutí, spíše než jako důsledek širších společenských faktorů. Autoři kritizují, že současná vzdělávací praxe v oblasti sociální práce neklade dostatečný důraz na strukturální příčiny sociálních problémů a že se studenti a pracovníci snadno uchylují k přejímání neoliberálních ideologií, aniž by je kriticky zkoumali. (Brockmann & Garrett, 2022).

Vraťme se ale ke zjištěním z empirické části. Empirická data ukázala, že zařízení, která implementují přístupy Harm Reduction, dosahují lepších výsledků v práci s klienty se závislostmi. Tato zařízení byla schopna lépe podporovat klienty v udržení stability a snižování negativních dopadů jejich závislostí. Tyto výsledky naznačují potenciální cestu pro zlepšení současné praxe v azylových domech. Situační sociální práce by měla reagovat na individuální potřeby a přání klienta (Musil, 2004), ale ve službách, kde mají stále nulovou toleranci, nemám pocit, že by služba reagovala na potřeby klienta, pokud má například potřebu konzumovat alkohol. Z odpovědí některých informantek vyplynulo, že si uvědomují, že nereagují na potřeby klientů, ale jejich přesvědčení je natolik silné, že mají pocit, že v jejich materiálně-technických podmínkách a s jejich personálním nastavením se obávají bezpečnosti v azylovém domě. Konkrétně vedoucí služby byla pro striktní abstinenci a sociální pracovnice se domnívala, že i v jejich podmínkách by šlo pravidla trochu povolit. Je prokázáno, že klienti, kteří jsou na ulici, mají zhoršené zdraví a abúzus alkoholu se na ulici zvyšuje, což potvrzují i zahraniční studie. (Clark et al., 2011) Zároveň je prokázáno, že pokud klient může být v bezpečném prostředí, kde není sankcionován za konzumaci alkoholu a probíhá zde kontrolované pití, tak dochází ke snižování užívání alkoholu (Ezard et al., 2018; Podymow et al., 2006; Reed, 2008)

Po analýze dat mi vyvstalo ještě jedno téma, ke kterému by možná bylo zajímavé udělat výzkum. Informantky se často zmiňovaly, že klienti se bojí říkat, že užívají alkohol či jiné návykové látky, takže si říkám, co je k tomu vede. Také některé informantky říkaly, že sami klienti nechtějí, aby se v azylovém domě užíval alkohol, přestože u nich byl abúzus alkoholu, což potvrzuje i Branná (2018), kdy ze šetření vycházelo, že 60 % respondentů považuje zákaz alkoholu v azylovém domě za užitečný. Toto pravidlo bylo významně častěji zmiňováno muži. Často bylo doprovázeno komentářem, že přispívá k bezpečí a klidu jak pro ně samotné, tak ve vztahu k ostatním lidem, kteří by pod vlivem alkoholu mohli představovat

hrozbu. Někteří respondenti také uváděli, že tato pravidla je naučila neobtěžovat své okolí svou závislostí, a že je podporují v jejich snaze abstinovat nebo omezit konzumaci alkoholu. Ze zahraniční studie (Ezard et al., 2018) je naopak patrné, že klienti by v 76 % uvítali zařízení, kde by mohli bydlet a zároveň užívat alkohol. I výsledky studií ukazují, že mokré služby přinášejí pozitivní účinky, jak ve vztahu ke klientovi, tak i společnosti. Otázka je, jestli to je naučené chování klientů azylových domů, nebo také mají nějaké obavy z mokrých azylových domů?

IV. Závěr

Cílem této práce bylo prozkoumat, jak jsou nastaveny služby v některých vybraných azylových domech v České republice a jaké jsou důvody pro jejich současné nastavení. Práce se také zaměřuje na identifikaci případných překážek, které brání efektivnímu zvládnutí závislosti u klientů, a hledá možnosti pro zlepšení této situace.

Výzkumné otázky:

Jaký je současný přístup azylových domů k problematice závislosti na alkoholu a dalších návykových látkách?

Je závislost vnímána jako kontraindikace pro pobyt v azylových domech a proč?

V rámci tematické analýzy jsem z rozhovorů identifikovala 8 témat: podmínky a přijímací proces, poskytované služby a běžný den, závislost ve službě a přístup k nim, Harm Reduction, dobrá praxe, obavy z perspektivy pracovníků, rozšíření možností pro zlepšení práce, důvody pro změnu systému.

Diplomová práce se zaměřila na důkladné prozkoumání nastavení přístupu v azylových domech, identifikaci překážek v efektivním zvládnutí závislosti a hledání možností pro zlepšení těchto služeb. V teoretické části byl poskytnut přehled o různých přístupech k řešení závislosti v azylových domech. Byly zde představeny tradiční přístupy azylových domů, které kladou důraz na úplnou abstinenci od alkoholu a dalších návykových látek, až po přístupy Harm Reduction, které se zaměřují na minimalizaci negativních dopadů užívání návykových látek, aniž by nutně vyžadovaly úplnou abstinenci. Ve výzkumu byly identifikovány jak tradiční azylové domy s vyžadováním abstinence až po přístupy, kde závislost není překážkou pro využívání služeb (vlhké a mokré služby). Ve službách, kde je vyžadována abstinence, je stále závislost vnímána jako kontraindikace pro využívání služeb, a to hlavně z důvodu obav o bezpečí klientů, ale také pracovníků.

Informace získané pomocí výše popsaného designu kvalitativního výzkumu mohou být limitované a může se stát, že volba krajů nebyla zrovna ideální a získané informace nebudou přenositelné jinde. I když výzkum zahrnuje azylové domy z různých krajů České republiky, nelze pokrýt všechny regionální specifika a rozdíly. Rozdíly mezi jednotlivými kraji mohou ovlivnit poskytování služeb a přístupy k problémům závislosti, což nemusí být plně zachyceno v tomto výzkumu.

Práce poukázala na potřebu inovativních přístupů, jako jsou "mokré" azylové domy, které umožňují kontrolované užívání alkoholu a zaměřují se na snižování škod spojených s užíváním návykových látek. Tyto přístupy reflektují realitu, že mnoho klientů azylových domů není připraveno na úplnou abstinenci, a poskytují jim podporu ve formě Harm Reduction strategií, které minimalizují negativní dopady závislostí na jejich životy. Empirická část práce byla založena na polostrukturovaných rozhovorech se sociálními pracovníci a vedoucími azylových domů z různých krajů České republiky. Výsledky těchto rozhovorů ukázaly, že současný systém služeb často neodpovídá potřebám klientů se závislostmi a že je nutné zavést flexibilnější přístupy.

Jedním z hlavních zjištění práce je, že sociální služby v azylových domech by měly být přizpůsobeny individuálním potřebám klientů. To zahrnuje zavedení služeb, které respektují různé fáze závislosti a poskytují klientům možnosti, jak se vyrovnat se svou závislostí způsobem, který je pro ně přijatelný a proveditelný. Klienti, kteří nejsou schopni nebo ochotni abstinovat, by neměli být automaticky vylučováni z azylových domů. Místo toho by jim měly být poskytnuty služby, které jim pomohou minimalizovat rizika spojená s jejich závislostí a podpoří jejich sociální integraci.

Dále práce zdůrazňuje důležitost vzdělávání a odborné přípravy sociálních pracovníků v oblasti adiktologie. Sociální pracovníci by měli být dobře informováni o různých typech závislostí, jejich příčinách a Harm Reduction. Měli by také být schopni pracovat s klienty s respektem a empatií, chápat jejich individuální potřeby a být schopni navrhnout řešení, která jsou přizpůsobena jejich konkrétní situaci. Multidisciplinární spolupráce je dalším klíčovým prvkem úspěšného zvládnutí závislostí v azylových domech. Sociální pracovníci by měli úzce spolupracovat s odborníky z dalších oblastí, jako jsou zdravotníci, psychologové a adiktologové, aby mohli poskytovat komplexní a koordinovanou péči. Tato spolupráce by měla zahrnovat pravidelné konzultace a výměnu informací o klientech, aby bylo zajištěno, že všichni odborníci pracují s jednotnými informacemi a cíli.

Výsledky empirické části práce také ukazují na potřebu systémových změn v nastavení sociálních služeb pro osoby se závislostmi. Současný systém často nedokáže efektivně reagovat na specifické potřeby klientů se závislosti, což vede k jejich vyloučení a dalšímu prohlubování jejich sociální izolace. Je nezbytné, aby byly přijaty politiky a legislativní úpravy, které umožní zavedení flexibilnějších a inkluzivnějších služeb. To zahrnuje například změny ve financování sociálních služeb, které by umožnily pokrývat náklady

spojené s poskytováním specializovaných služeb pro klienty se závislostmi, včetně zaměstnávání zdravotnického personálu a adiktologů. Domnívám se, že je důležité, aby azylové domy transparentně informovaly o přístupu, kterým poskytují své služby. Vzhledem k tomu, že ne všichni klienti užívají alkohol nebo jiné návykové látky, je nezbytné, aby existovaly i suché služby podporující abstinenci. Zároveň by měly vznikat i mokré služby, které umožní klientům, kteří svou závislost nemají pod kontrolou, aby nemuseli neustále končit na ulici.

Na základě získaných poznatků byla formulována doporučení pro zlepšení praxe. Mezi hlavní doporučení patří zvýšení vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti adiktologie, což by mělo pracovníkům poskytnout lepší nástroje a znalosti pro práci s klienty se závislostmi. Dalším doporučením je zavedení flexibilnějších přístupů v azylových domech, které by lépe reflektovaly individuální potřeby klientů. Podpora vzniku mokrých domů a dalších zařízení využívajících přístupy Harm Reduction byla také identifikována jako klíčový krok ke zlepšení služeb. V rámci diplomové práce byly rovněž zkoumány příklady dobré praxe ze zahraničí, které mohou sloužit jako inspirace pro zavádění nových přístupů v České republice. Projekty "wet houses" ve Velké Británii a Kanadě ukazují, že je možné úspěšně integrovat klienty se závislostmi do systému sociálních služeb, aniž by bylo vyžadováno jejich úplné abstinování. Tyto projekty přinášejí pozitivní výsledky v oblasti snižování rizik spojených s užíváním návykových látek, zlepšování zdravotního stavu klientů a jejich celkové sociální integrace.

Jedna z malých systémových změn se podařila a od 1. července 2024 dojde ke změně v Zákoně o sociálních službách, konkrétně v § 57, který se týká azylových domů. Nově budou tyto služby dostupné také pro osoby závislé na návykových látkách, které aktuálně nedokážou abstinovat, a pro osoby, které po doléčení potřebují dočasný klid na lůžku, avšak jejich zdravotní stav už nevyžaduje hospitalizaci.

Myslím si, že by bylo zajímavé udělat výzkum z pohledu klientů na snižování prahů ve službě azylových domů. Tento výzkum by mohl zahrnovat analýzu toho, jak klienti vnímají různé druhy prahů k závislostem, přístupnost a další překážky. Dále by bylo vhodné zkoumat, jak snižování těchto prahů ovlivňuje jejich celkovou zkušenost a spokojenost se službami azylových domů, a také jaké konkrétní formy podpory pomáhají klientům.

Literatura

- Armáda Spásy. (2024, květen 12). *Azylový dům Patronus*. Azylový dům Patronus.
<https://armadaspasy.cz/plzen/azylovy-dum-patronus/>
- Barták, M. (2011). *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*.
Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- Bines, W. (1994). *The health of single homeless people*. Centre for Housing Policy,
University of York.
- Biskup, P. (2024, květen 26). *Po půl roce provozu hlásí azylový dům pro alkoholiky z ulice
jen drobné půtky*. Novinky.cz. [https://www.novinky.cz/clanek/domaci-po-pul-roce-
provozu-hlasi-azylovy-dum-pro-alkoholiky-z-ulice-jen-drobne-putky-40473450](https://www.novinky.cz/clanek/domaci-po-pul-roce-provozu-hlasi-azylovy-dum-pro-alkoholiky-z-ulice-jen-drobne-putky-40473450)
- Blažek, P. (2022, listopad 23). *Managed alcohol program in the low-threshold daily facility
in the City of Brno, Czech Republic*. Lisbon Addictions, European Conference on
Addictive Behaviours and Dependencies, Lisbon.
[https://www.lisbonaddictions.eu/lisbon-addictions-2022/presentations/managed-
alcohol-program-low-threshold-daily-facility-city-brno-czech-republic](https://www.lisbonaddictions.eu/lisbon-addictions-2022/presentations/managed-alcohol-program-low-threshold-daily-facility-city-brno-czech-republic)
- Branná, A., Hradecký, I., & Průšová, L. (2018). *Rizika spojená s pravidly poskytování služby
azylové domy*. Síť aktérů pro domov, z.s. [https://sad-cr.cz/wp-
content/uploads/2018/09/SAD_Pravidla-v-AD.pdf](https://sad-cr.cz/wp-content/uploads/2018/09/SAD_Pravidla-v-AD.pdf)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative
Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Brockmann, O., & Garrett, P. M. (2022). ‘People are responsible for their own individual
actions’: Dominant ideologies within the Neoliberal Institutionalised Social Work

- Order. *European Journal of Social Work*, 25(5), 880–893.
<https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2040443>
- Clark, C., Barrett, B., & Young, M. (2011). *A transactional model of homelessness and alcoholism? Developing solutions for complex problems*. Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.
- Crane, M., & Warnes, A. (2005a). Wet day centres in Britain: Part 1 Planning and setting up. *Drug and Alcohol findings*, 2005(12), 24–29.
- Crane, M., & Warnes, A. (2005b). Wet day centres in Britain: Part II Care, control and challenge. *Drug and Alcohol findings*, 2005(13), 16–21.
- Černá, E. (2019). *Z ulice do bytu: Sociální práce v procesu reintegrace do bydlení* (Vydání první). Sociologické Nakladatelství (SLON).
- Dvořáčková, D., Belešová, R., Kajanová, A., & Bergougui, B. (2016). Health and social aspects of homelessness. *Kontakt*, 18(3), e179–e183.
<https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.08.004>
- Ezard, N., Cecilio, M. E., Clifford, B., Baldry, E., Burns, L., Day, C. A., Shanahan, M., & Dolan, K. (2018). A managed alcohol program in Sydney, Australia: Acceptability, cost-savings and non-beverage alcohol use. *Drug and Alcohol Review*, 37(S1), S184–S194.
- Farrel-Roig, E. (2019, duben 30). *Inside the homeless shelters where long-term alcoholics stay for up to 20 years*. Walesonline. <https://www.walesonline.co.uk/news/wales-news/inside-homeless-shelters-long-term-16189350>

- FEANTSA. (2007). *ETHOS - Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí*. ČR. Brusel: FEANTSA.
https://www.feantsa.org/download/cz___8621229557703714801.pdf
- Funke, M., Profeldová, M., & Miovský, M. (2021). Kontrolovaná konzumace alkoholu: Možnosti a limity nového terapeutického přístupu. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 02/2021. <https://doi.org/10.35198/APLP/2021-002-0004>
- Glumbíková, K. (2018). *Bariéry ve využívání veřejných služeb lidmi bez domova*. Síť aktérů pro domov, z.s.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace* (2., aktualiz. vyd). Portál.
- Heřmanský, M. (2019). Analýza a interpretace dat v kvalitativním výzkumu. In H. Novotná, O. Špaček, & M. Šťovičková (Ed.), *Metody výzkumu ve společenských vědách* (Vydání první). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.
- Holpuch, P. (2011). Bezdomovectví jako přístup k životu. *Biograf*, 54.
- Houdková, D. (2017). *Analýza problematiky lidí se závislostí v azylovém domě* [Bakalářská práce]. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta.
- Hradecká, V., & Hradecký, I. (1996). *Bezdomovství—Extrémní vyloučení*. Naděje, občanské sdružení.
- Hwang, S. W., Kirst, M. J., Chiu, S., Tolomiczenko, G., Kiss, A., Cowan, L., & Levinson, W. (2009). Multidimensional Social Support and the Health of Homeless Individuals. *Journal of Urban Health*, 86(5), 791–803.
<https://doi.org/10.1007/s11524-009-9388-x>

- Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orliková, B., & Galandák, D. (2024). *Zpráva o alkoholu v České republice 2023*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Jablečnicková, O., & Janouškovec, V. (2022). Hodnocení závislosti na návykových látkách/hrách. In O. Matoušek, *Strategie a postupy v sociální práci* (Vydání první). Portál.
- Janebová, R. (2014). *Teorie a metody sociální práce—Reflexivní přístup*. Gaudeamus. https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/janebova_-_teorie_a_metody_socialni_prace.pdf
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup* (1. vyd). Úřad vlády České republiky.
- Klepáčková, O., Krejčí, Z., & Černá, M. (2020). *Trauma-informovaný přístup v sociální práci* (1. vydání). Grada Publishing.
- Křížová, I. (2021). *Závislosti: Pro psychologické obory* (Vydání 1). Grada.
- Kučera, M. (2023, září 23). *Alkoholikům pomůže první azylový dům*. Novinky.cz. <https://www.novinky.cz/clanek/domaci-alkoholikum-pomuze-prvni-azylovy-dum-40444379>
- Kunclová, R., Štelková, I., & Kovářová, K. (2020). *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb* (Vydání 1). Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách.
- Magistrát hlavního města Prahy. (2024). *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2022 – 2024*. https://socialni.praha.eu/file/3657993/_4._aktualizace_FINAL_TED.pdf

- Mahdalová, K. (2023, listopad 8). *Osm z deseti Čechů pije*. Seznam Zprávy.
<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/fakta-data-ukazuji-ze-osm-z-deseti-cechu-pije-239373>
- Malík Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách* (1. vyd). Grada.
- Marek, J., Strnad, A., & Hotovcová, L. (2012). *Bezdomovectví: V kontextu ambulantních sociálních služeb* (Vyd. 1). Portál.
- Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Portál.
- Matoušek, O. (2016). *Slovník sociální práce* (Vydání třetí). Portál.
- Medková, A. (2021, srpen 11). *Petr Vašát: Bezdomovectví není krize. Je nedílnou součástí společnosti*. a2larm.cz. <https://a2larm.cz/2021/08/petr-vasat-bezdomovectvi-neni-krize-je-nedilnou-soucasti-spolecnosti/>
- Modes, J. (2021). *Mokrý azylový dům*. <https://azylinky.cz/mokry-azylovy-dum/>
- Moss, H., Chen, C., & Yi, H. (2008). Moss HB, Chen CM, Yi HY. Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug Alcohol Depend* 91: 149-158. *Drug and alcohol dependence*, 91, 149–158.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.05.016>
- Motta-Ochoa, R., Incio-Serra, N., Poliquin, H., MacDonald, S.-A., Huynh, C., Côté, P.-B., Fallu, J.-S., & Flores-Aranda, J. (2022). “A place to be safe, feel at home and get better”: Including the experiential knowledge of potential users in the design of the first wet service in Montreal, Canada. *Harm Reduction Journal*, 19(1), 34.
<https://doi.org/10.1186/s12954-022-00616-6>
- Musil, L. (2004). *„Ráda bych Vám pomohla, ale-“: Dilemata práce s klienty v organizaci* (Vyd. 1). Marek Zeman.

- Nedělníková, D., & Průšová, L. (2023, 11). *Zvládání závislostí ve službách pro lidi bez domova*. <https://sad-cr.cz/pcfm/41/uvodni-setkani-s-a-d-rijen-listopad-2023.pdf?>
- Nepustil, P. (2020). Komplexní přístup k užívání drog a závislostem. In P. Nepustil & M. Geregová (Ed.), *Bez podmínek: Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy* (1., elektronické vydání). Masarykova univerzita.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby* (Vyd. 4., aktualiz.). Portál.
- Nešporová, O., & Holpuch, P. (2020). *Populace osob bez domova v České republice: Osoby přespávající venku, v noclehárnách, v azylových domech a v obecních ubytovnách* (1. vydání). VÚPSV, v.v.i.
- Novotná, H. (2019). Kvalitativní strategie výzkumu. In O. Špaček, M. Štovičková, & H. Novotná (Ed.), *Metody výzkumu ve společenských vědách* (Vydání první). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy.
- O'Carroll, S. (2014). Wet hostels reduce street drinking, violence and free up hospital beds. *The Journal*.
- Páleníková, M. (2013). *Bezdomovectví a návykové látky, přístup pracovníků v azylovém domě k osobám závislým na návykových látkách z pohledu klientů* [Bakalářská práce]. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta.
- Pěnkava, P., & Varga, L. (2022). Hodnocení potřeba a situace lidí bez domova. In O. Matoušek, *Strategie a postupy v sociální práci* (Vydání první). Portál.
- Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E., & Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronicallyhomeless people addicted to alcohol. *CMAJ*, 174(1), 45–49. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1041350>

- Průdková, Táňa., & Novotný, P. (2008). *Bezdomovectví* (1. vyd). Triton.
- Průšová, L. (2021). *WET HOUSE - nový typ služby pro klienty s odlišnými problémy a potřebami*. [Diplomová práce]. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně.
- Průšová, L. (2023). Snižování prahu v pobytových sociálních službách pro lidi bez domova s látkovou závislostí v kontextu vytváření příležitostí pro změnu. *Sociální práce, 2023*(2). <https://socialniprace.cz/o-cem-se-mluvi/snizovani-prahu-v-pobytovych-socialnich-sluzbach-pro-lidi-bez-domova-s-latkovou-zavislosti-v-kontextu-vytvareni-prilezitosti-pro-zmenu/>
- Quisová, S. (2015). Jak motivovat bezdomovce závislého na alkoholu ke změně životního stylu? *Psychologie pro praxi, 3–4*, 123–135.
- Radimecký, J. (2005). Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? *Adiktologie (Supplementum), 5*, 275–280.
- Reed, M. (2008). Wet shelters: The benefits and risks associated with alcohol-administering homeless shelters. *British Columbia, Canada: Ministry of Labour and Citizen's Services*.
- Röhr, H.-P. (2015). *Závislost: Jak jí porozumět a jak ji překonat* (Vydání první). Portál.
- Ruth, A., Wutich, A., & Bernard, H. R. (Ed.). (2023). *The handbook of teaching qualitative and mixed research methods: A step-by-step guide for instructors*. Routledge, an imprint of the Taylor & Francis Group.
- Scheepstra, W. (2024). *In een Domus mag je zijn wie je bent*. legerdesheils.nl. <https://www.legerdesheils.nl/artikel/in-een-domus-mag-je-zijn-wie-je-bent>

- Schwarzová, G. (2005). Sociální práce s bezdomovci. In O. Matoušek, P. Kodymová, & J. Koláčková (Ed.), *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (Vyd. 1). Portál.
- Síť aktérů pro domov. (2024). www.sad-cr.cz. https://sad-cr.cz/wp-content/uploads/2024/01/Zakladni-informace-o-projektu_Zvladani-zavislosti-ve-sluzbach-pro-lidi-bez-domova.pdf
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách* (Vydání 1.). Avicenum.
- Snopek, J. (2012). *Systém prostupného bydlení*. https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/prezentace_7.pdf/aeb96eae-f8d4-ed02-d87e-f86d033ffd60
- Společnost sociálních pracovníků ČR. (2006). *ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR*. Společnost sociálních pracovníků. <https://www.socialnipracovnici.cz/ke-stazeni/69f49e59-fb45-450d-84ff-aa7900ac7156>
- Šupková, D. (2008). Závislost jako jeden z aspektů života bezdomovců. *Adiktologie*, 2008(1), 45–51.
- Švaříček, R., & Šedová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- The Wallich. (2024). *Shoreline Cardiff*. The Wallich. <https://thewallich.com/services/shoreline-cardiff/>
- Úlehla, I. (1999). *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe* (Vyd. 2., v Sociologickém nakl. vyd. 1). Sociologické nakl.
- Vacek, J., & Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, 2012(2), 138–151.

Vavrinčiková, L. (2012). *Harm reduction a alkohol*. Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta
Univerzity Karlovy v Praze: TOGGA.

WHO. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. World Health Organization, Dept. of
Mental Health and Substance Abuse.

Seznam tabulek

Tab. 1 – Informantky

Tab. 2 – Seznam témat a kódů

Přílohy

Příloha č. 1 – Projekt diplomové práce

Příloha č. 3 – Tab. 2 – Témata a kódy

Příloha č. 4 – Návrh scénáře rozhovoru