

Role sociálního pracovníka při práci s osobami ohroženými HIV/AIDS

Radka Lasovská

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radka Lasovská**
Osobní číslo: **H16428**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Role sociálního pracovníka při práci s osobami ohroženými HIV/AIDS**

Zásady pro vypracování:

Vypracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení teoretických východisek z oblasti infekce HIV a onemocnění AIDS.
Vymezení pojmů a teoretických východisek sociální práce s vybranými sociálně patologickými skupinami osob.
Příprava metodiky výzkumu a následná realizace kvalitativního výzkumu.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných poznatků.
Prezentace výsledků výzkumu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-254-5351-5.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X.

ŠTASTNÁ, Lenka. Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí. Praha: ... Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2014. ISBN 978-80-254-6807-4.

TAYLER, Yolanda ed. Battling HIV/AIDS. A decision Maker's Guide to the Procurement of Medicines and Related Supplies. Washington: The World Bank, 2005. ISBN 0-8213-5848-0.

WHITESIDE, Alan. HIV and AIDS: a very short introduction. New York: Oxford University Press, 2016. ISBN 978-0-19-872749-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Bc. Barbora Plisková**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová /
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 25. 2019

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá rolí sociálního pracovníka při práci s osobami ohroženými HIV/AIDS. Teoretická část se zabývá charakteristikou HIV/AIDS. V této části práce jsou popsány psychosociální aspekty HIV/AIDS a role sociálního pracovníka. Jsou zde charakterizovány dvě cílové skupiny a to, uživatelé intravenózních drog a osoby pracující v sex-byznyse. Praktická část obsahuje kvalitativní šetření, jehož cílem je zjistit, jak sociální pracovníci vnímají osoby ohrožené onemocněním HIV/AIDS.

Klíčová slova: HIV, AIDS, PrEP, PEP, IUD, Harm reduction, Public Health, Terénní práce, Sex-byznys

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on the role of a social worker in the interaction with people at risk of HIV/AIDS. The theoretical part of the study pays attention to the characteristics of HIV/AIDS illness. This part of the study also describes the psychosocial aspects of HIV/AIDS and role of the social worker. Furthermore, this part provides detailed characteristics of the two target groups, the intravenous drug users and the sex-workers. The second, practical part of the thesis includes a qualitative inquiry with the aim determine how social workers perceive people infected with HIV/AIDS.

Keywords: HIV, AIDS, PrEP, PEP, IUD, Harm reduction, Public Health, Street work, Sex-business

Touto cestou bych chtěla poděkovat mé vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. et. Bc. Barboře Pliskové, za pomoc a cenné rady. Dále děkuji participantkám za jejich čas a ochotu, kterou vynaložily při realizaci výzkumného šetření. Díky také patří mé dlouholeté kamarádce Anně Janálové, která mi pomohla s tvorbou informačního letáku. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za podporu během studia.

„Život je choroba smrtelná a velmi nakažlivá.“

(Oskar Wilde)

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 HIV/AIDS.....	12
1.1 DEFINICE A ROZDĚLENÍ HIV/AIDS	12
1.2 EPIDEMIOLOGIE	13
1.3 PATOGENEZE	13
1.3.1 Přenos pohlavním stykem	13
1.3.2 Přenos prostřednictvím intravenózního užívání drog	14
1.3.3 Vertikální přenos	15
1.4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY HIV	15
1.5 LÉČBA	15
1.6 PREVENCE	16
1.6.1 Pre-expoziční a Post-expoziční profylaxe.....	16
2 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	19
3 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY HIV/AIDS	21
3.1 STIGMATIZACE	21
4 CÍLOVÉ SKUPINY SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	23
4.1 OSOBY OHROŽENÉ VZNIKEM HIV/AIDS	23
4.2 UŽIVATELÉ INTRAVENÓZNÍCH DROG	24
4.2.1 Principy sociální práce s IUD	25
4.2.1.1 Harm reduction	25
4.2.1.2 Public Health.....	26
4.2.2 Terénní práce, streetwork.....	26
4.2.3 Sociální služby pro IUD	27
4.2.3.1 Kontaktní centrum	27
4.2.3.2 Terénní programy	28
4.2.3.3 Služby následné péče	28
4.2.3.4 Terapeutické komunity	28
4.3 SEX-BYZNYS A OSOBY OHROŽENÉ HIV/AIDS.....	28
4.3.1 Sex-byznys v České legislativě	29
4.3.2 Regulace sex-byznysu	29
4.3.3 Formy sex-byznysu	30
4.3.3.1 Kluby	30
4.3.3.2 Priváty.....	31
4.3.3.3 Eskortní služby	31
4.3.3.4 Outdoor prostitute – ulice, silnice, parkoviště	31
4.3.4 Typologie osob pracujících v sex-byznyse	32
4.3.5 Sociální práce s osobami pracujícími v sex-byznyse	32
4.3.6 Sociální služby určené pro osoby pracující v sex-byznyse	33
4.3.6.1 Terénní programy	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34

5	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	35
5.1	DRUH VÝZKUMU	35
5.2	VÝZKUMNÁ METODA	36
5.3	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
5.4	VÝZKUMNÝ VZOREK A JEHO VÝBĚR	37
5.5	PRŮBĚH VÝZKUMU	38
5.6	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	39
6	VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	41
6.1	CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTEK	41
6.2	VYHODNOCENÍ DAT.....	43
6.2.1	HIV/AIDS	43
6.2.2	Stigmatizace	47
6.2.3	Sociální práce s osobami s HIV a AIDS	51
7	DISKUSE	56
7.1	LIMITY VÝZKUMU	58
7.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
	ZÁVĚR	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	65
	SEZNAM OBRÁZKŮ	66
	SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Onemocnění HIV a AIDS bezesporu postihuje člověka převážně po stránce zdravotní. I přes tento fakt by společnost neměla zapomínat na to, že člověk s HIV nebo AIDS je ovlivněn i po stránce psychické a sociální. Toto onemocnění má celospolečenský přesah, který vyvolává spoustu rozličných názorů a emocí napříč všemi sociálními skupinami a generacemi. Stále přetrvávající stigma, které společností koluje, limituje jedince s HIV a AIDS. Je to z toho důvodu, že zkratky HIV a AIDS jsou pro mnohé symbolem strachu a hrozby. Díky stereotypizaci dochází k tomu, že člověk s HIV/AIDS je automaticky spojován s deviantním a mnohdy až sociálně patologickým jednáním. Základní myšlenkou této práce je, že ať už sociální pracovník pracuje s cílovou skupinou představující „menší riziko“ či se skupinou s „větším rizikem“, vždy by měl ke všem přistupovat stejně, pracovat v souladu se standardy a také by měl myslet na své zdraví.

Bakalářská práce by měla čtenáři objasnit problematiku týkající se HIV a AIDS. Teoretická část této práce si klade za cíl nastínit teoretický rámec týkající se onemocnění HIV a AIDS. Zvýšená pozornost je věnována informacím týkajícím se patogenezi a prevenci tohoto onemocnění, protože dle našeho názoru jsou tyto informace stěžejní pro práci sociálního pracovníka. Dále jsme se zaměřili na cílové skupiny, jež jsou ohroženy vznikem HIV a AIDS.

Praktická část je pomyslně rozdělena do třech částí a jejím cílem je zjistit, jak sociální pracovníci vnímají osoby ohrožené onemocněním HIV a AIDS. První část si klade za cíl přiblížit přípravu výzkumu, která obsahuje druh výzkumu, výzkumnou metodu, hlavní výzkumné otázky a výzkumné otázky dílčí. Dále je v této části obsažen popis výzkumného vzorku, průběh a realizace výzkumu a také popis zpracování dat. Druhá část je zaměřena na charakteristiku vybraných sociálních pracovníků, jež pracují s osobami ohroženými HIV a AIDS. Tato část také obsahuje vyhodnocení dat, které jsme získávali metodou polostrukturovaného rozhovoru. Pro tuto bakalářskou práci jsme zvolili techniku kvalitativního výzkumu. Jak již bylo výše zmíněno v rámci získávání dat jsme spolupracovali se šesti sociálními pracovníci, jejichž výpovědi byly nahrávány na záznamové zařízení. Třetí část, resp. poslední se zaměřuje na diskusi a na doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HIV/AIDS

Vzhledem k tomu, že tato práce si mimo jiné klade za cíl poskytnout ucelené informace o problematice HIV a AIDS, v první kapitole nastíníme teoretický rámec týkající se HIV a AIDS ve zdravotní rovině. Budeme se zabývat charakteristikou a samotným rozdělením HIV/AIDS, epidemiologií, diagnostikou, klinickým obrazem, léčbou, prevencí a šířením této infekce.

Úvodem bychom chtěli čtenáře upozornit na to, že tato bakalářská práce je primárně určena sociálním pracovníkům, z tohoto důvodu bude charakteristika onemocnění HIV a AIDS nastíněna v základní rovině a nebude zacházet do medicínských detailů. Polem působnosti sociálního pracovníka, jenž pracuje s osobami ohroženými HIV či AIDS, je prevence, kterou poskytuje rizikovým skupinám. Aby sociální pracovník byl schopen vyhodnotit, koho zařadit do rizikové skupiny, musí znát patogenezi, resp. šíření této infekce. Z tohoto důvodu budeme věnovat zvýšenou pozornost právě prevenci a patogenезi.

1.1 Definice a rozdělení HIV/AIDS

Human immunodeficiency virus neboli zkráceně HIV, napadá lidský organismus a negativně ovlivňuje imunitní systém daného jedince. „*Postupné a pozvolné zhoršování funkce imunitního systému ve svém důsledku dovolí vzniknout život ohrožujícím infekcím, nádorům a některým dalším onemocněním, které naplňují kritéria syndromu získané imunodeficiencie (acquired immune deficiency syndrome, AIDS)*“ (Rozsypal, Hanuš, 2015, s. 381). AIDS je chronické onemocnění ohrožující jedince na životě.

V osmdesátých letech minulého století nebyl rozdíl mezi HIV a AIDS, existovalo jednotné označení a to AIDS. Aktuálně o lidech infikovaných virem HIV mluvíme jako o HIV pozitivních, kdežto slovem AIDS je označen stav, s velmi nízkým počtem buněk CD4 nebo s oportunními infekcemi. Oslabení imunitního systému, které je zapříčiněno virem HIV, dává infekcím příležitost (anglicky opportunity) uchytit se v organismu. Tyto infekce nejčastěji postihují mozek, plíce a oči (HIV komunita, ©2014).

Stolley (2009) upozorňuje na fakt, že spousta osob z řad laické veřejnosti nezná rozdíl mezi HIV a AIDS. Domnívají se, že je to to samé, nicméně HIV a AIDS jsou dva zdravotní problémy.

1.2 Epidemiologie

První případ HIV infekce na území České republiky byl zjištěn v druhé polovině roku 1985, avšak tato informace byla publikována až v únoru roku 1986. Poté vznikla Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS. Jednou z funkcí Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS je sběr a vyhodnocování epidemiologických dat o osobách s HIV/AIDS v rámci systému surveillance. „*Termín surveillance označuje soustavné, stále a pečlivé získávání všech dostupných informací o výskytu infekce včetně časové dynamiky, jejich analýzu, interpretaci a zpětné využití při realizaci preventivních a restriktivních opatření s cílem omezit dopad onemocnění.*“ (Jilich, 2014, s. 27). Surveillance slouží k vyhodnocování a stanovování toho, co je aktuálně pro veřejné zdravotnictví prvořadé. Dále pomáhá plánovat a vyhodnocovat ekonomickou efektivnost nákladů, které byly doposud vynaloženy.

Dle Záhumenského se Česká republika v rámci Evropy řadí k zemím s poměrně nízkým výskytem HIV (Záhumenský, 2015). „*Dlouhodobý nárůst nových případů HIV v ČR zaznamenávaný od roku 2002 kulminoval v roce 2016 počtem 286 případů. V roce 2017 byl zaznamenán pokles o 32 případů na počet 254, tj. na úroveň nižší než v roce 2015. Za období leden až říjen roku 2018 bylo nově zjištěno 178 případů, což je o 40 méně než ve stejném období předchozího roku 2017*“ (Státní zdravotnický ústav, ©2018).

1.3 Patogeneze

V literatuře jsou nejčastěji popsány tyto cesty přenosu a to: přenos pohlavním stykem, vertikální přenos (tj. z matky na dítě), přenos prostřednictvím užívání intravenózních drog a přenos krví, ke kterému může například dojít při kontaktu s krví infikovaného jedince či po podání krevní transfuze. K získání infekce po podání krevní transfuze by v dnešní době na našem území vůbec nemělo docházet, protože od poloviny roku 1987 se začali testovat dárci krve (Jilich, 2014).

1.3.1 Přenos pohlavním stykem

Celosvětově se tento způsob přenosu řadí mezi nejčastější způsoby šíření infekce HIV.

K přenosu infekce dochází z důvodu nechráněného, ať už vaginálního či análního, pohlavního styku. Bránou vstupu infekce při pohlavním styku je vaginální sekret, sperma a přirozená zranitelnost sliznic pohlavního ústrojí. Nelze opomenout i fakt, že sliznice v dutině ústní může být také vstupní branou infekce (Marinella, 2007).

Co se týče sexuální orientace, častěji postihuje homosexuální jedince. Dle Tiskové zprávy Státního zdravotního ústavu byl v roce 2018 zaznamenán pokles výskytu u skupiny mužů, jenž mají sex s muži. Avšak i přesto se stále jedná o nejdominantnější skupinu podílející se na přenosu. U heterosexuálních párů je vyšší šance přenosu ve směru z muže na ženu než z ženy na muže. Je zde ale jistá výjimka, kdy je žena infekčnější než muž, a to v době menstruace (Státní zdravotnický ústav, ©2018).

Nejvíce nebezpečnou sexuální praktikou zůstává tedy anální sex u homosexuálních párů Šrámková (2013). Ba naopak mezi vzácnější formu přenosu infekce řadíme orálně-geni-tální styk, kdy může dojít k přenosu pouze v případě, kdy jeden ze sexuálních partnerů má poranění v ústech či na pohlavním orgánu. Co se týče jiných sexuálních praktik, při kterých je využito buďto exkrementů nebo moči (pissing či scat), je zvýšené riziko pouze v případě, že stolice nebo moč obsahují krev (HIV komunita, ©2014).

Mezi preventivní opatření řadíme používání kondomů, věrnost mezi partnery anebo sexuální abstinenci. Šrámková (2013) upozorňuje na fakt, že pokud je na kondom nanesen lubrikant na tukové bázi, zvyšuje to propustnost kondomu.

1.3.2 Přenos prostřednictvím intravenózního užívání drog

V zahraničí bylo na konci minulého století upozorněno na fakt, že uživatele drog jsou skupinou s vysokým rizikem šířením této infekce. Z tohoto důvodu se v drogové politice začala uplatňovat strategie Harm reduction, která si klade za cíl minimalizovat škody, jež způsobuje užívání drog. Hlavním cílem Harm reduction není dosažení abstinence u závislé osoby, Harm reduction se především snaží o prevenci šíření HIV nesterilními injekčními stříkačkami a nechráněným pohlavním stykem (Kalina, 2008).

Co se týče České republiky, přenos prostřednictvím užívání injekčních drog je dlouhodobě nízký. Jilich (2014) přenos zaznamenal zhruba u 4-5 % všech případů, jenž byly na území České republiky diagnostikovány. Dle Tiskové zprávy Státního zdravotního ústavu podíl infikovaných uživatelů injekčních drog pro rok 2018 zůstává nízký. Jedná se zhruba o 1,7 % nově diagnostikovaných. Ve srovnání s daty z roku 2014 lze spatřit znatelný pokles výskytu (Státní zdravotnický ústav, ©2018).

1.3.3 Vertikální přenos

Vertikální přenos neboli přenos z matky na dítě je na našem území velmi ojedinělý. Ženy se v těhotenství musí povinně podrobit screeningovému vyšetření, jenž vede k odhalení infekce v těle ženy. V roce 2018 byly díky screeningovému vyšetření v těhotenství zachyceny 3 HIV pozitivní ženy (Státní zdravotnický ústav, ©2018).

1.4 Klinické příznaky HIV

Inkubační doba HIV infekce, tj. doba, která uplyne od nákazy HIV do výskytu prvních příznaků primární infekce, zpravidla trvá 2-6 týdnů. Příznaky je možné rozdělit do tří kategorií, jež jsou děleny dle toho, v jakém stádiu se člověk s HIV nachází.

Počáteční stádium HIV infekce je charakteristické tím, že buď člověk nevykazuje žádné příznaky nebo vykazuje známky chřipkového onemocnění či infekční mononukleózy – jedinec udává subjektivní pocity zvýšené únavy a objektivně lze nahmatat zvětšené lymfatické uzliny (Rozsypal, 2015).

V druhé fázi neboli ve středním období tohoto onemocnění se vyskytují různá přidružená onemocnění, jenž vznikají v důsledku mírného či středně významného imunitního onemocnění (Rozsypal, 2015).

Poslední neboli pozdní fáze je mnohdy považována za synonymum AIDS.

1.5 Léčba

Ačkoliv je HIV infekce nevyléčitelná, při užívání léčiv je možné průběh HIV infekce zpomalit, a dokonce i zkvalitnit život HIV pozitivního jedince. Pro léčbu HIV infekcí se používá kombinace tří nebo více léků ze skupin antiretrovirotik, konkrétněji inhibitory reverzní transkriptázy a inhibitory proteáz. Kombinace léčiv proti HIV musí být sestavena tak, aby plnila dvě funkce: jednak musí zabránovat šíření viru a zároveň snižovat výskyt možných vedlejších účinků (Hájek, 2015). Tyto kombinace výše zmíněných antiretrovirotik jsou označovány zkratkou HAART, Highly Active Antiretroviral therapy, jenž se začala poprvé používat v roce 1996. HAART, často označován jako „AIDS cocktail“, zvyšuje počet imunitních buněk, a zároveň snižuje počet virových buněk v těle. Aby byla HAART účinná, jedinec musí striktně dodržovat léčebný režim, nesmí chybovat při užívání medikace a v neposlední řadě nesmí léčbu přerušit (Fletcher, 2018).

1.6 Prevence

Ve všeobecné rovině by se dalo říci, že prevence, jenž se týká této problematiky, se snaží zabránit přenosu infekce HIV. Preventivní opatření vždy reagují na rizikové chování, díky kterému může dojít k přenosu této infekce.

Mezinárodní zásada ABC se snaží zabránit přenosu HIV pohlavním stykem. Je záměrně sestavena z písmen, které slouží k lepšímu zapamatování a vybavení si zásad bezpečného pohlavního styku. Písmeno „A“ symbolizuje anglické slovo abstinence, jenž se samozřejmě myslí abstinence sexuální. Věrnost mezi partnery je označena písmenkem „B“ a vychází z anglického slova be monogamous. Pod písmenem „C“ se ukrývá používání kondomů při pohlavním styku a zde je již zřejmě znám význam písmene C jako condoms (Machová, 2015).

Mezi preventivní opatření týkající se přenosu infekce při užívání intravenózních drog řadíme edukaci injekčních uživatelů drog o nutnosti používání sterilních jehel a stříkaček. Narkomani by si neměli navzájem půjčovat a vyměňovat jehly a stříkačky. Machová (2015) upozorňuje na fakt, že infekci HIV může obsahovat i samotný roztok drogy.

Gallant (2009) řadí léčbu v průběhu těhotenství mezi preventivní opatření. Právě díky léčbě, kterou žena v těhotenství podstupuje, existuje skoro 100 % pravděpodobnost, že nedojde k přenosu infekce z matky na dítě. Dalším preventivním opatřením u HIV pozitivních matek je zákaz kojení. Aby nedošlo k přenosu, musí matka dítěti podávat umělou stravu.

1.6.1 Pre-expoziční a Post-expoziční profylaxe

Mezi poměrně mladé a troufáme si říct, že mnohým neznámé preventivní opatření se řadí Pre-expoziční a Post-expoziční profylaxe, známé pod zkratkami PrEP a PEP. Ačkoliv se nejedná o primární prevenci zařadili jsme ji zde záměrně. Může totiž nastat situace, kdy klient či uživatel sociální služby vyhledá sociálního pracovníka za účelem toho, že se mu svěří s oprávněnými obavami možného získání HIV infekce. Díky povědomí o těchto dvou preventivních opatření může sociální pracovník klienta či uživatele o těchto možnostech prevence informovat, popřípadě i delegovat na níže zmíněná pracoviště, které se specializují na práci s osobami HIV.

Pre-expoziční profylaxe

Pre-expoziční profylaxe, které je také známa pod zkratkou PrEP a znamená tzv. předlečení. Jedná se o lék, který je určen pro HIV negativní osoby, u kterých je ovšem velmi vysoké riziko vzniku HIV. Kombinace PrEP a kondomu je považována za velmi účinnou ochranu proti HIV a je doporučována jedincům, jenž často mění sexuální partnery. Je důležité ovšem zmínit fakt, že PrEP slouží preventivně pouze proti infekci HIV, tudíž nechrání proti jiným pohlavně přenosným chorobám (HIV prevence, ©2019).

Jak již bylo výše zmíněno PrEP je vhodný pro HIV negativní jedince, jenž netrpí onemocněním ledvin a jater. Toto preventivní opatření je určeno osobám starší 15 let. Užívání PrEP by měl zvážit např. jedinec praktikující anální sex bez použití kondomu či osoba, která udržuje sexuální kontakt s HIV pozitivním jedincem (HIV prevence, ©2019).

Přípravek PrEP je možné začít užívat pouze na základě lékařského předpisu. Před obdržáním lékařského předpisu jedinec absolvuje několik laboratorních testů a na základě jejich výsledků mu bude předpis podán. Celý proces laboratorního vyšetření zabere zhruba čtrnáct dní. PrEP se předepisuje ve dvou etapách. Na začátku jedince dostane předpis pouze na 28 dní a poté, pokud jej jeho tělo dobře snáší, je možné obdržet předpis na 3x28 dní – čili je nutné, jednou za čtvrt roku navštívit lékaře, který zkontroluje zdravotní stav. Konkrétně provede test na HIV a na jiné pohlavní choroby a dále bude zkoumat funkci ledvin (HIV prevence, ©2019).

Dle informací získaných na webových stránkách HIV prevence, je možné PrEP zakoupit ve vybraných lékárnách, a to v Praze a v Ústí nad Labem. Cena 30 tablet se aktuálně (leden 2019) dle dostupných zdrojů pohybuje okolo 1100 Kč. Lékařský předpis lze získat u vybraných lékařů v Domě světla v Praze, v Domě světla regionu Ústecko a Teplicko, v Domě světla regionu Královéhradecko a Pardubicko a v poslední řadě je možné lékařský předpis získat v HIV centru Plzeň. V ostatních městech jako je Brno, Olomouc či Ostrava se aktuálně připravuje spolupráce s místními lékaři.

Post-expoziční profylaxe

Post-expoziční profylaxe nese zkratku PEP a jedná se o tzv. zaléčení. Antiretrovirové léky, PEP, se užívají za účelem zabránění množení viru HIV a jeho dalšího šíření v těle jedince. Aby toto zaléčení bylo účinné je nutné, aby byly uživateli podány léky nejpozději do

72 hodin od vystavení se viru HIV. Je nutné zmínit fakt, že post-expoziční profylaxe je účinná (HIV prevence, ©2019).

PEP je určen pro osoby, které se vystavily viru HIV, ať už pohlavním stykem či jiným možným způsobem přenosu. PEP mohou například použít i zdravotníci v případě expozice tělesnými tekutinami či krví HIV pozitivního pacienta (HIV prevence, ©2019).

2 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Následující kapitola se bude zabývat sociálními záležitostmi týkající se osob, jež jsou nosiči viru lidského imunodeficitu. Dle Kaliny (2008) mezi hlavní cíle sociální práce s touto cílovou skupinou řadíme socializaci jedinců a podporu zdravého a hodnotného života. Specifické cíle se dle našeho názoru odvíjejí podle konkrétní skupiny – rozdílná je role sociálního pracovníka, který se věnuje práci s lidmi nakaženými HIV/AIDS, kteří nemohou kvůli své pozitivitě najít práci a sociálního pracovníka, který pracuje s lidmi HIV pozitivními, jenž užívají nitrožilní drogy.

Wiley (2010) upozorňuje na to, že sociální pracovník pracující s HIV pozitivními jedinci, by měl v první řadě **disponovat všeobecnými znalostmi metod sociální práce**. Pro zefektivnění sociální práce s těmito jedinci je pro sociálního pracovníka důležité, aby znal **základní informace týkající se HIV/AIDS**. Domníváme se, že sociální pracovník by se měl mimo jiné orientovat i v právní oblasti související s touto problematikou, protože se v rámci poradenství může setkat s otázkou typu: „Musím to říct svému sexuálnímu partnerovi?“ Také může člověka zajímat, zda jeho HIV pozitivita je překážkou pro užívání určitých sociálních služeb.

Pracovat samostatně se může zdát v rozporu s potřebou pracovat jako člen týmu. Nesmíme zapomínat na fakt, že sociální pracovník je jediným zástupcem sociální práce ve zdravotnickém týmu. **Schopnost spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu** vede ke zefektivnění práce s klientem a je klíčová pro splnění dílčích úkolů ostatních členů týmu (Wiley, 2010).

Schopnost vyrovnat se s krizí, resp. s nepříznivými okolnostmi, jež se mohou objevit v životě klienta a negativně ovlivnit spolupráci mezi sociálním pracovníkem a klientem (Wiley, 2010).

Dále by měl mít sociální pracovník **organizační a manažerské schopnosti** (Wiley, 2010).

Schopnost sociálního pracovníka mít nadhled nad otázkami týkající se samotné infekce HIV, jejího průběhu a úmrtí. Aby sociální pracovník mohl dlouhodobě pracovat s HIV/AIDS klienty, musí být **schopen čelit vlastním pocitům** týkající se HIV/AIDS. Dle Wiley (2010) by se měli sociální pracovníci pravidelně účastnit supervizí, které jsou užitečné pro zvládání stresových událostí, jež vyplývají z jejich práce.

Aronstein (2014) na rozdíl od Wiley (2010) udává, že role sociálního pracovníka při práci s HIV/AIDS osobami je velmi rozmanitá. Sociální pracovník mění role v závislosti na situaci: poradce, psychoterapeut, zprostředkovatel sociálních služeb, organizátor, advokát, zhotovitel sociálních programů či projektů a osoba, která ovlivňuje sociální podmínky prostředí (Aronstein, 2014). Avšak oba autoři se shodují na tom, že je velmi důležité **osobnostní nastavení sociálního pracovníka**. Dle Aronstein (2014) je pro sociální práci s HIV/AIDS klienty nejvhodnější člověk, který je flexibilní, kreativní a v neposlední řadě ochotný překonávat problémy, jež se mohou během spolupráce naskytnout.

Sociální pracovník tedy **reaguje na individuální potřeby klienta**, který jej žádá o pomoc. Ve všeobecné rovině role sociálního pracovníka spočívá v poskytování odborného poradenství týkající se poskytnutí dávky či sociální služby. Z důvodu toho, že neexistuje žádná dávka, která by byla HIV/AIDS jedinci vyplácena pouze na základě jeho nosičství, jedinec může žádat o dávky ze systému sociálního zabezpečení pouze za předpokladu, že splní podmínky, které jsou spojeny s poskytnutím té konkrétní dávky (Jilich, 2014). Například se může jednat o situaci, kdy jedinec díky zhoršenému zdravotnímu stavu již není schopen vykonávat své zaměstnání v plném rozsahu, má nárok podat žádost o snížení pracovní schopnosti, tedy o invalidní důchod.

Při práci s osobou s HIV/AIDS bychom neměli zapomínat na jeho rodinu a blízké. Mnohdy osoby s HIV/AIDS se svým blízkým ani nesvěří, protože mají strach z jejich reakce. Samotné vyrovnávání se s touto nemocí, ostatně jako s kteroukoliv jinou chronickou a závažnou nemocí, je pro jedince velmi psychicky náročné a je pouze na něm, zda se svěří své rodině. Co se týče sexuálního partnera/partnerky, tak tam je oznamovací povinnost dokonce zakotvena v zákoně (Jilich, 2014). Informaci o HIV pozitivitě partnera snáze přijímají mužské páry než páry heterosexuální, protože homosexuálové si dle Weisse (2010) připouštějí možná rizika nechráněného pohlavního styku. Pokud se člověk se svou diagnózou svěří, ovlivní to rodinu po stránce psychické, sociální a v pozdější fázi, kdy je tato osoba odkázána na pomoc druhých, tak i po stránce fyzické. Může docházet i k tomu, že tato nemoc naruší funkční vztahy v rodině (Habib, 2010). Roli sociálního pracovníka spatřujeme v **psychické podpoře** jedince a jeho rodiny. Pokud jsou vztahy natolik vyhrocené, sociální pracovník by měl dle našeho názoru **edukovat** jedince o možnosti vyhledání odborné psychologické pomoci, potažmo jedince a jeho rodinu **delegovat** na odborné centra a poradny, které se zabývají rodinou mediací nebo rodinou terapií.

3 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY HIV/AIDS

Onemocnění HIV/AIDS řadíme mezi chronická onemocnění. Dlouhodobé a závažné onemocnění s sebou nese i spoustu psychosociálních rizik, jenž negativně působí na nemocného člověka. Vzhledem k charakteru léčby, která se zakládá na pravidelnosti a dodržování léčebného režimu, se domníváme, že diagnostikování HIV/AIDS je jakýmsi pomyslným milníkem, který lidský život dělí na období před a po nemoci (Miott, 2011). Co se týče již samotného AIDS, Habib (2010) upozorňuje na to, že AIDS je v podstatě konečná fáze chronického onemocnění, která může trvat poměrně dlouhou dobu a pro osobu s AIDS i pro jeho rodinu je velmi psychicky, fyzicky a sociálně náročná. Sociální role osob v rodině se mění a mnohdy na to rodiny nejsou připravené a nezvládnou se vyrovnat s krizí bez odborné pomoci. Ve zkratce by se dalo říci, že HIV/AIDS významnou měrou formuje kvalitu života osoby, která trpí touto nemocí, ale i jeho rodiny a blízkých osob.

Rok 1996, kdy byla do medicínské praxe zavedena Highly Active Antiretroviral Therapy, známá pod zkratkou HAART, se stal zlomovým v oblasti kvality života osob s HIV. HAART vedla ke zkvalitnění života osob s HIV, protože s menším či větším omezením umožňovala těmto lidem vrátit se k aktivitám, které vykonávali před získáním nákazy. Pokud osoby s HIV dodržují léčebný režim a pokyny lékaře, mohou pracovat, a dokonce mohou mít i děti (Shivairová, 2010). Tato autorka poukazuje i na stinnou stránku této léčby. „*Je nutné si uvědomit, že chronická choroba představuje chronickou léčbu, což se člověku denně stává mementem jeho HIV statusu*“ (Shivairová, 2010, s. 24).

Kippax (2007) upozorňuje na to, že diskriminace nebo dokonce i strach z ní, negativně ovlivňuje kvalitu života osob s HIV. Domníváme se, že společnost osoby s HIV/AIDS diskriminuje, protože mají z této nemoci strach. Osoby s HIV/AIDS se nepotýkají pouze se zdravotními problémy. S tímto onemocněním je úzce spojeno stigma, jenž může negativně ovlivnit jedincův život (Miott, 2011).

3.1 Stigmatizace

Stigma je označení pro jinakost. Označujeme takto osoby, které se nějakým způsobem liší od majoritní společnosti. Slovo stigma pochází z řečtiny a označuje cejch, který byl v minulosti vypalován na kůži otrokům za účelem jeho snadné identifikace (Stárková, 2013).

Důvodů, jenž vedou k stigmatizaci osob s HIV a AIDS, je hned několik. Způsob jednání, díky kterému jedinec získal tuto infekci, je zřejmě jedním z nejdominantnějších. Toto jednání je často spojováno s deviantními až patologickými činy, a proto majoritní společnost na HIV a AIDS nahlíží jako na zodpovědnost každého jedince. Ve zkratce by se dalo říct, že je na to nahlíženo jako na odplatu za chování, které je v rozporu se společenskými normami. Mnohdy společnost panují obavy, že HIV a AIDS je hrozba či riziko pro celou společnost. Domníváme se, že je to zapříčiněno jednak nedostatečnou informovaností, ale také osobnostním nastavením a celkovou náladou ve společnosti. Ve všeobecné rovině dochází k celkovému nepochopení laickou veřejností a často je na ni negativně nahlíženo i ze stran zdravotnického personálu (Alonzo, 1995). Takahashi (1998) poukazuje na důvody stigmatizace osob HIV a AIDS v sociální rovině. Dle jeho názoru osoby s HIV a AIDS jsou stigmatizovány, pokud nesplňují role, které od nich společnost očekává nebo pokud je jejich chování v rozporu se společenskými normami. Ačkoliv jsou obě výše zmíněné publikace staršího data, reflektují se i do současnosti a jsou stále aktuální.

4 CÍLOVÉ SKUPINY SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Osoby ohrožené HIV/AIDS a ani osoby, jenž již trpí HIV či AIDS není možné zařadit do jednotné, resp. ucelené cílové skupiny osob, s nimiž sociální pracovníci pracují (Gulová, 2011). Domníváme se, že některé cílové skupiny jsou rizikovější, co se výskytu HIV infekce týče.

V následující kapitole se budeme zabývat jednak osobami s HIV/AIDS ale také jedinci, u kterých je vysoké riziko výskytu HIV/AIDS. Pokusíme se o propojení sociální práce se zdravotnictvím. Budeme vycházet ze znalostí patogeneze HIV a ze znalosti Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které nám budou oporou při definování rizikových skupin. Druhá část této kapitoly bude věnována dvěma skupinám, jež jsou nejvíce ohroženy vznikem HIV.

Abychom byli schopni propojit sociální oblast se zdravotní, je dle našeho názoru důležité nejprve uvést definici cílových skupin sociální práce, která je obsažena v §3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. „*Jedinci nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.*“

4.1 Osoby ohrožené vznikem HIV/AIDS

Osoby, jež jsou ohroženy vznikem HIV/AIDS nebo i osoby, které jsou již HIV pozitivní či trpí onemocněním AIDS mohou čelit několika sociálním problémům. Žijí v ústraní, mnohdy o samotě díky rozvráceným partnerským vztahům. Většina z nich je nezaměstnaných nebo kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu již nemohou vykonávat zaměstnání, které doposud vykonávali. Několik nezaměstnaných není vedeno na Úřadu práce a tím pádem za ně není hrazeno povinné pojištění. Z důvodu nedostatku finančních prostředků se z těchto jedinců mohou stát osoby bez přístřeší. Lidé trpící některým z výše jmenovaných problémů potřebují profesionální pomoc sociálního pracovníka (Aronstein, 2014).

Dle Gulové (2011) se vytváří nové cílové skupiny klientů sociální práce, kteří jsou specifictí svým zdravotním stavem – drogově závislí a s nemocí AIDS. Vzhledem k tomu, že některé osoby v naší populaci neví, že jsou nosiči viru HIV nebo že trpí onemocněním AIDS, z toho důvodu je nelze cíleně zařadit do skupiny HIV/AIDS klientů.

Ze znalostí vycházejících z patogeneze infekce HIV a onemocnění AIDS a Zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách, mezi osoby ohrožené vznikem HIV/AIDS či osoby kterým již bylo diagnostikováno HIV/AIDS a s kterými sociální pracovník při své práci může spolupracovat, jsme zařadili:

- Osoby, jejichž životní styl je v rozporu s pravidly společnosti - **uživatelé intravenózních drog, osoby pracující v sex-byznyse**
- Osoby, které díky zhoršenému zdravotnímu stavu nemohou vykonávat práci - **nezaměstnaní, osoby pobírající invalidní důchod**
- Osoby, které z důvodu nedostatku finančních prostředků žijí na okraji společnosti - **osoby bez přístřeší**
- Starší osoby, které s přibývajícím věkem potřebují pomoc druhé osoby - **senioři**. Existují případy, kdy HIV pozitivní jedinec z důvodu věku nebyl schopen se sám o sebe postarat. Díky velmi kvalitní zdravotní péči, která se stále vyvíjí, bude docházet ke zvyšování věku u HIV pozitivních (Jilich, 2014).
- Osoby, které k nám přicházejí z jiných zemí – **migranti**

U všech výše zmíněných kategorií není jasně dáno, že například všechny osoby pracující v sex-byznyse musejí být nosiči viru lidského imunodeficitu. Díky tomu, že v sex-byznyse dochází k velmi častému střídání sexuálních partnerů a někdy i k nechráněnému pohlavnímu styku je zde zvýšené riziko získání HIV. Dle Whiteside (2016) nejvíce ohroženy jsou osoby, které pracují v sex-byznysu, homosexuálové a uživatelé intravenózních drog. Na základě této informace se následující podkapitoly budou zabývat skupinami osob, u nichž je velmi velké riziko možného přenosu HIV infekce, a to uživateli intravenózních drog a osobami pracujícími v sex-byznyse.

4.2 Uživatelé intravenózních drog

Injekční uživatelé drog, v zahraničí často označováni zkratkou IUD – angl. Injection drug user, řadíme mezi skupiny osob závislých na omamných látkách, u kterých je potencionální riziko výskytu HIV (Kalina, 2001).

V zahraničí je stále velmi vysoký výskyt vzniku HIV mezi uživateli injekčních drog (Ghodse, 2010). Dle nejnovějších zpráv vyplývajících z monitorace výskytu HIV/AIDS na území České republiky za rok 2018, je výskyt HIV infekce u uživatelů injekčních drog

nízký (Státní zdravotnický ústav, ©2018). Za relativně nízké hodnoty ve statistice vděčíme preventivním programům, které cíleně pracují s ohroženými osobami. Šťastná (2010) základ práce s těmito jedinci spatřuje v posílení silných stránek osobnosti za účelem toho, aby jedinec mohl zvládat nepříznivé podmínky okolního prostředí.

4.2.1 Principy sociální práce s IUD

Sociální pracovníci, jenž pracují s uživateli nitrožilních drog, při své práci vycházejí ze dvou principů, a to Harm reduction a Public Health. V následující podkapitole budeme popisovat oba principy a na závěr vysvětlíme, čím se tyto dva principy od sebe navzájem odlišují.

4.2.1.1 Harm reduction

Harm reduction je označení pro postupy, které se snaží minimalizovat negativní dopady související s nitrožilním podáváním drog a nechráněným pohlavním stykem. Tento termín je používán celosvětově a do češtiny není překládán. „*Strategie Harm reduction je jedním ze čtyř pilířů evropské drogové politiky. Neusiluje o úplnou eliminaci užívání drog (o to usilují jiné instituce), ale snaží se pracovat na stabilizaci životního stylu uživatelů drog, aby negativní důsledky jejich způsobu života byly co nejmenší*“ (Podzimek, 2013, s. 18-19).

První zmínky o Harm reduction sahají do osmdesátých let minulého století, kdy bylo potřebné reagovat na výskyt HIV a hepatitid u drogově závislých jedinců (Pates, 2012). HR se realizuje buďto jako terénní program, ve kterém streetworks poskytují uživatelům nitrožilních drog sterilní injekční materiál, nebo v nízkoprahových kontaktních centrech (Drogy-info, ©2015). HR má několik funkcí, nicméně jedna z nejdůležitějších je výměna použitých stříkaček za stříkačky nově, sterilní. Dále se HR zaměřuje na distribuci kondomů, poskytuje poradenské služby o dané problematice apod.

Princip HR má velmi dobré výsledky. „*V současné době již není o efektivitě HR programů pochyb, mnoho studií a výzkumů potvrdilo, že výměnné programy mohou snížit HIV séro-prevalenci, snížit opakované užití jehel a umožnit velkému počtu klientů přístup ke zdravotním a jiným službám*“ (Kalina, 2015, s. 278).

4.2.1.2 *Public Health*

Public Health neboli v překladu ochrana zdraví veřejnosti dle Podzimka (2013) vychází ze zakázky společnosti, avšak potlačuje zájem jedince. „*V praxi to znamená, ochranu společnosti před riziky spojenými s užíváním drog, která je v konečném důsledku pro společnost ekonomicky výhodnější, tj. prevence HIV, hepatitid a jiných infekčních onemocnění je daleko méně nákladná než následná léčba či represe*“ (Podzimka, 2013, s. 19).

S příchodem Public Health na území České republiky byly sociální služby zabývající se problematikou drogově závislých nuceny přizpůsobit nabídku služeb a doplnit ji například o bezplatné poskytování kondomů a vzdělávacích akcí souvisejících s bezpečným pohlavním stykem. „*Cílem bylo snížit riziko šíření HIV plynoucích z injekčního užívání drog a rizikového sexu. Tento cíl má daleko širší význam než jen ochranu problémových uživatelů drog: je to právě rizikový sex, který překračuje hranici mezi drogovou komunitou a širší společností a jeho prostřednictvím může docházet k šíření virových infekcí do nedrogové populace*“ (Kalina, 2003, s. 264).

Hlavním rozdílem mezi Harm reduction a Public Health Podzimka (2013) shledává v tom, že HR pracuje i s jedinci, kteří nemají v úmyslu přestat návykovou látku užívat. Public Health je zaměřeno spíše na primární prevenci celé populace, kdežto HR se snaží eliminovat další dopady na organismus jedince, jež mohou nastat v důsledku užívání drog.

4.2.2 Terénní práce, streetwork

Terénní práce

Terénní pracovník přichází za klientem do domácího prostředí či do lokalit, kde se klient vyskytuje. U drogově závislých jsou to převážně ulice, parky a nádražní budovy. Dle Řezníčka (1994) je to neoptimálnější prostředí pro navázání méně formálního vztahu, a navíc se sociální pracovník může přesvědčit o skutečnosti klientovi situace. Gulová (2011) největší výhodu terénní sociální práce spatřuje ve vyhledávání potencionálních klientů, kteří z nějakých neznámých důvodů nevyhledali odbornou pomoc sociálního pracovníka. Mezi hlavní funkce terénní sociální práce řadíme výměnu injekčních jehel a stříkaček, dále distribuci kondomů a v neposlední řadě poskytování informací týkajících se možných rizik spojených s užíváním drog (Matoušek, 2005). Ačkoliv hlavní úkoly terénní práce dle Matouška jsou staršího data, podstata terénní práce zůstává dodnes stejná.

Streetwork

Streetwork je dle Gulové (2011) metoda sociální práce, které je realizována sociálními pracovníky, kteří se pohybují v prostředí sociálně znevýhodněných skupin. Bednářová (2003) staví sociálního pracovníka do role mediátora, který reguluje tenzi mezi společností a jedinci, jejichž životní styl a návyky nejsou v souladu s pravidly dané společnosti.

4.2.3 Sociální služby pro IUD

Následující část se bude zabývat sociálními službami, které jsou určeny pro uživatele návykových látek. Všechny níže zmíněné sociální služby jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Největší pozornost budeme věnovat popisu služby kontaktního centra, a to hned ze dvou důvodů. Za prvé se domníváme, že kontaktní centrum je mezi IUS nejvyhledávanější sociální službou, protože uživatelé mohou tuto službu čerpat i když jsou závislí a nemají v plánu s užíváním návykových látek přestat (Kalina, 2008). Druhým důvodem ke zvýšené pozornosti bude fakt, že v rámci praktické části této bakalářské práce budeme spolupracovat se sociálním pracovníkem, který působí již několik let v kontaktním centru.

4.2.3.1 Kontaktní centrum

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách lze kontaktní centrum definovat jako nízkoprahové zařízení, jenž může poskytovat jednak ambulantní, tak i terénní služby osobám, ohroženým vznikem závislosti na návykových látkách. Mezi základní činnosti kontaktních center patří: sociálně terapeutická činnost, pomoc při uplatňování práv a dále poskytuje podmínky pro osobní hygienu jedince.

Dle Kaliny (2008) bývá ve většině případů návštěva kontaktního centra klíčovým okamžikem v životě drogově závislého jedince. U jedince dochází k uvědomění si faktu, že je závislý na návykové látce a díky tomu existuje i pravděpodobnost, že si jedinec uvědomuje rizika vyplývající z jeho životního stylu. Kalina (2008) také upozorňuje na to, že když jedinec dochází do kontaktního centra tak to neznamená, že chce s bráním drog přestat. Mnohdy zde dochází i z toho důvodu, aby mohl čerpat z nabídky služeb, které kontaktní centra nabízí, např. výměna injekčních jehel a stříkaček apod.

Kontaktní centra neposkytují své služby pouze osobám závislým na návykových látkách. Jsou zde i pro osoby, které experimentují s návykovými látkami. Klientem kontaktního centra mohou být pouze osoby starší 15 let. Kontaktní centrum mohou navštívit i rodiny či kamarádi závislých jedinců za účelem získání informací o drogové problematice (Marková, 2006).

4.2.3.2 Terénní programy

Jedná se o terénní službu, která může být poskytována anonymně problémovým skupinám osob, mezi které řadíme uživatel návykových či psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny osob. Tato služba si klade za cíl vyhledávat osoby a minimalizovat následky, jež plynou z jejich způsobu žití (§69 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

4.2.3.3 Služby následné péče

V Zákoně o sociálních službách je uvedeno, že tato služba je jednak určena pro osoby s duševním onemocněním, tak i pro osoby, jež jsou závislé na návykových látkách. Mezi podmínky, které musí tyto dvě skupiny osob splnit, aby mohly využívat služeb následné péče patří to, že podstoupily lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení či ambulantní léčbu, a to buď v minulosti nebo se jí podrobují aktuálně (§64 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §64).

4.2.3.4 Terapeutické komunity

Jedná se o sociální službu, jež je poskytována osobám závislým na návykových látkách či osobám s chronickým duševním onemocněním. Cílem této služby je začlenit dvě výše jmenované skupiny osob do běžného života. Tato služba je jednak pobytová, tak i na přechodnou dobu (§68 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

4.3 Sex-byznys a osoby ohrožené HIV/AIDS

Další, velmi rizikovou skupinou, která je ohrožena HIV/AIDS představují jedinci, kteří vykonávají sex-byznys, jenž byl v minulosti označován jako prostituce. Hlavním důvodem přejmenování na sex-byznys bylo zdůraznění faktu, že se jedná především o peníze a ekonomickou stránku vztahu (Weiss, 2010). „*Pojem prostituce je vykládán jako hetero – či homosexuální styk (nikoli jen soulož) pro finanční či materiální zisk nebo jiné výhody*“

(Weiss, 2010, s. 639). Prostituce nemusí být poskytována pouze za finanční odměnu. Osoby vykonávající sexuální služby mohou za své služby požadovat i například drogy nebo jiné společenské výhody (Kajanová, 2014).

Česká republika zažila největší rozmach prostituce v 90. letech minulého století, kdy pouliční prostituce byla jednou z nejdominantnějších forem. Aktuálně se sex-byznys odehrává převážně v soukromých bytech jenž jsou označovány jako priváty (Poláková, 2013).

4.3.1 Sex-byznys v České legislativě

Poskytování placených sexuálních služeb není zakotveno v žádném právním předpisu. Rozkoš bez Rizika placené sexuální služby pomyslně řadí do jakéhosi právního vakua, protože dle současné legislativy prostituce není ani povolena, ani zakázána. Dle zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákon, osoba vykonávající placené sexuální služby může být trestně postížena tehdy, pokud provozuje prostituci v blízkosti škol, školních zařízení nebo míst, která navštěvují děti – dětská hřiště apod. V tomto případě je trestně postížen i kuplíř. Dále se mohou dopustit přestupku, když nabízejí placené sexuální služby v lokalitách, kde to zakazuje obecní vyhláška (Poláková, 2013). Města mohou vydat vyhlášku upravující podmínky vykonávání placených sexuálních služeb na jejich území.

4.3.2 Regulace sex-byznysu

Co se týče postoje společnosti k prostituci, existuje několik modelů regulace. Dle Hančilové (2011) se všechny země snaží o regulaci prostituce se společným cílem získání kontroly nad trhem sex-byznysu. Některé země se snaží o úplné odstranění prostituce, jiné se naopak snaží zmírnit zdravotní rizika jenž vyplývají z poskytování placených sexuálních služeb.

Kriminalizace

Model kriminalizace má tendenci postihovat osoby, jenž vykonávají placené sexuální služby. Dokonce se negativně staví i k osobám, které byly pod nátlakem donuceny vykonávat sexuální služby. Díky negativnímu postoji společnosti je prostituce odsunuta do ústraní, a to dle Kajanové (2014) může vézt například k obchodu s lidmi.

Reglementace

Tento model je nejvíce rozšířen na území Evropy. Hlavní charakteristickým znakem tohoto modelu je to, že na jednu stranu nezaujímá negativní stanovisko k placeným sexuálním službám, ale na druhou stranu prostituci neuznává jako formu práce. Staví se k ní jako k sociálně patologickému jevu (Hančilová, 2011).

Kriminalizace poptávky

Tento model je také znám jako švédský model a podstata tkví v tom, že penalizuje zákazníky a ne osoby, které placené sexuální služby vykonávají (Kajanová, 2014).

Regulace prostituce jako formy práce

Tento model si klade za cíl efektivnější kontrolu placených sexuálních služeb, která by vedla ke zlepšení zdraví, bezpečnosti, pracovních podmínek a k dodržování lidských práv (Kajanová, 2014).

4.3.3 Formy sex-byznysu

V následující podkapitole se budeme zabývat rozdělením sex-byznysu dle prostředí, ve kterém dochází k placeným sexuálním službám. Úvodem je zapotřebí rozdělit placený sex dle místa, kde je poskytován: indoor (za dveřmi) a outdoor (venku – ulice, silnice apod.) (Poláková, 2013).

Prostředí českého sex-byznysu se dělí na: kluby, priváty, eskortní služby a pouliční prostituci. V některých starších publikacích, například od Chmelíka (2003) je zmiňována ještě jedna forma sex-byznysu a to hotelová. V tomto případě placené sexuální služby vykonávají vzdělané sexuální pracovnice, jejichž klientela je z drtivé většiny zastoupena cizinci, jenž na naše území jezdí na dovolenou.

4.3.3.1 Kluby

Night club neboli noční klub, často považována za nejméně skrytou formu indoor prostituce, protože tyto kluby jsou zřetelně označené neonovými nápisy či poutači u vstupu (Poláková, 2013). V klubech se velmi často mezi osobami vykonávající placené sexuální služby pohybují cizinky a Kajanová (2014) nevyklučuje, že by se v tomto prostředí mohl odehrávat obchod s lidmi.

4.3.3.2 *Priváty*

Priváty jsou byty, které je možné nalézt v normálním panelovém domě a které na rozdíl od klubů, nejsou označeny, takže na první pohled nelze usoudit, co se děje za zavřenými dveřmi bytu. Principem privátů je inzerce telefonních čísel, na kterých si zákazník, buď přímo se sexuální pracovnící nebo s operátorkou, domlouvá placený sexuální styk, který se odehrávat v bytě. Pro ženy pracující na privátech je velmi vysoké riziko vzniku napadení a násilí, protože na rozdíl od klubů zde není žádná ochranka (Poláková, 2013). Dle nejaktuálnější informací drtivá většina žen působí na privátní sex-byznysové scéně (Pšenicová in Houdek, 2018). Práce terénních sociálních pracovníků, jenž v rámci streetwork dochází do míst, kde se pohybují osoby vykonávající sex byznys je stížená v tom, že v inzerátu není nikdy uvedena přesná adresa.

4.3.3.3 *Eskortní služby*

Poláková (2013) tuto službu označuju jako „terénní“. V předchozích dvou případech byl zákazník osobou, která přijde za sexuální pracovnící, nicméně u eskortní služby je to naopak. Princip této služby spočívá v tom, že sexuální pracovníce dle domluvy dochází za zákazníkem, dokonce jej může doprovázet na jeho cestách do zahraničí apod. Na trhu sex-byznysu se pohybují eskortní agentury, které zprostředkovávají placené sexuální služby. První kontakt se zákazníkem je v režii telefonní operátorky, která po dohodě se zákazníkem, vyšle sexuální pracovnící taxíkem na předem domluvenou adresu. Někdy se stává, že jsou tyto služby nabízeny i v klubech (Poláková, 2013).

4.3.3.4 *Outdoor prostituce – ulice, silnice, parkoviště*

Jedná se o nejvíce viditelnou formu prostituce, která je charakterizovaná mimo jiné i narušováním veřejného pořádku a další kriminalitou (Poláková, 2013). Pouliční prostituci vykonávají buď velmi mladé nebo naopak postarší ženy, často pouze se základním stupněm vzdělání. V tomto prostředí se hojně vyskytují drogy, hrozí velké riziko přenosu pohlavních nemocí a často jsou zde páchany trestní činy. Sexuální pracovníce jsou ochotny poskytnou sex za peníze či drogy takřka komukoliv a kdekoliv. Dohled nad pracovníci má pasák, který zabezpečuje jednak ochranu před fyzickým napadením, tak i další zákazníky. Sexuální pracovníce mu za to vyplácejí část svého výdělku (Kajanová, 2014). Pšenicová (in Houdek, 2018) odhaduje, že na ulici nabízí placené sexuální služby pouze 8 % z celkového počtu sexuálních pracovnící.

4.3.4 Typologie osob pracujících v sex-byznyse

V sex-byznysovém prostředí se pohybují jednak ženy, muži a bohužel i děti. Poptávka po dětech na trhu se sexuálním službami je proto, že se zákazníci začínají obávat pohlavně přenosných chorob (Vaníčková, 2007).

Pokud placené sexuální služby vykonávají muži, většinou jsou společností mylně označováni za homosexuály. Muži nabízející placené sexuální služby jsou velmi mladí a jsou heterosexuálně orientovaní. Klientelou jsou sexuální turisté, kteří do Česka přicházejí z Velké Británie, USA či Německa (Kajanová, 2014). Vzhledem k tomu, že zákazníci jsou převážně cizinci, s mužským placeným sexem se setkáváme především v našem hlavním městě.

Co se týče žen pohybujících se v sex-byznyse je zde velká převaha žen, jejichž věkové rozmezí se pohybuje kolem 20-40 lety. Zarážející je fakt, že do sex-byznysu vstupují i osoby mladší 18 ti let. Jedná se převážně o děti ze sociálně znevýhodňujícího prostředí. Častěji však do sex-byznysového prostředí vstupují ženy starší 25 let, které jsou matky samoživitelky s dvěma či více dětmi a nemají dostatek financí. Dle nejaktuálnějších průzkumů matky samoživitelky tvoří 60 % z celkového počtu žen, jež vykonávají placené sexuální služby. Matky samoživitelky do sex-byznysu vstupují jednak kvůli nedostatku financí, ale také proto, že tento přívýdělek má flexibilní „pracovní“ dobu a ony se mohou přizpůsobit režimu dne dětí (Pšenícová in Houdek, 2018).

4.3.5 Sociální práce s osobami pracujícími v sex-byznyse

Matoušek (2005) rozlišuje dva základní přístupy sociální práce s těmito skupinami a to: Harm reduction a resocializace. Vzhledem k tomu, že Harm reduction byla detailně popsána v předchozí kapitole, nyní se tedy budeme zabývat resocializací.

Aby byla resocializace úspěšná, musí být klientka sociálního pracovníka odhodlaná učinit takto velkou změnu. Práce, kterou tyto ženy vykonávají spolu nese několik výhod v podobě flexibilní pracovní doby, a hlavně vysokého výdělku za relativně krátký časový úsek. Prvním krokem resocializace je obnova klasického režimu dne. V obnově denní režimu je velmi nápomocné, když si klientka najde práci například na dohodu o provedení práce.

Role sociálního pracovníka v procesu resocializace je zakotvena v hledání vhodného zaměstnání, ve kterém by klientka setrvala. V případě, že klientka nemá vlastní bydlení, sociální pracovník se snaží najít klientce nový domov (Malinová, 2005). Vzhledem k tomu, že se tyto

osoby mohou nacházet i v jiných sociálně nepříznivých situacích, není vyloučeno, že nebudou potřebovat služby kontaktního centra, azylového domu či nízkoprahového zařízení pro osoby bez přístřeší.

4.3.6 Sociální služby určené pro osoby pracující v sex-byznyse

Sociální služby jsou realizovány prostřednictvím organizací. Mezi nejvíce rozšířenou organizací zabývající se osobami v sex-byznyse na našem území lze na první místo zařadit Rozkoš bez Rizika, která svým klientkám poskytuje jednak odborné poradenství, tak i různé terénní programy. Sociální služby, které tato organizace nabízí jsou pokryty napříč Českou republikou, a to hlavně díky terénním týmům, které objíždí celé naše území. Tyto mobilní týmy jsou sestaveny jednak ze sociálních pracovníc, které nejčastěji poskytují odborné poradenství týkající se bytové problematiky či dluhů, tak i lékařů, kteří provádí dermatologická vyšetření (Pšenicová in Houdek, 2018).

4.3.6.1 Terénní programy

Terénní programy provádějí depistáže žen, které poskytují placené sexuální služby, za účelem předat jim co nejvíce informací o možných sociálních a zdravotních rizicích souvisejících s placeným sexem. Minimálně dvojčlenný tým sestaven ze sociální pracovníce a zdravotní sestry se vydává do pracovního prostředí sexuálních pracovníc – do klubů, do ulic, kde se nejvíce pohybují, nebo na priváty (Rozkoš bez Rizika). Jak již bylo výše zmíněno, úskalí privátů spočívá v tom, že v inzerátech není uvedena přesná adresa, a navíc sexuální pracovníce velmi často mění priváty (Poláková, 2013). Pracovnice jsou schopny na místě vyhotovit rychlostest na HIV a syfilis, stačí jim pouhá kapka krve z prstu. Pokud je na místě výjezdu i tzv. mobilní vyšetřovací jednotka, je možno provést i testy na kapavku, chlamydie a mimo jiné i těhotenský test.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se budeme zabývat empirickou částí bakalářské práce, která čerpá z poznatků vycházejících z části teoretické. Teoretická část byla zaměřena na charakteristiku HIV/AIDS s velkým důrazem na patogenezi, která pro nás při výběru participantů byla klíčová. Dále jsme se v teoretické části zabývali rolí sociálního pracovníka při práci s osobami ohroženými HIV/AIDS. Poměrně větší část práce jsme věnovali osobám ohroženým vznikem HIV/AIDS, z nichž jsme si vybrali dvě cílové skupiny, které jsme detailně popsali. Na všechny části, jež byly nyní zmíněny, navážeme v části praktické.

Praktická část nejprve přibližuje druh výzkumu a výzkumnou metodu, která byla v této práci použita. Dále definuje výzkumné cíle a výzkumné otázky. Poté se práce zaměřuje jednak na charakteristiku výzkumného vzorku, ale také i na kritéria jeho výběru. Je popsán i samotný průběh realizace sběru dat – místa provedení výzkumu a zpracování zjištěných dat. Poslední část je zaměřena na vyhodnocování dat a diskuzi.

Prostřednictvím výzkumu jsme chtěli zjistit, jak sociální pracovníci vnímají osoby ohrožené onemocněním HIV a AIDS. Ačkoliv osoby ohroženy HIV a AIDS nejsou v rámci sociální práce považovány za jednotnou cílovou skupinu sociálního pracovníka domníváme se, že je možné s nimi spolupracovat napříč všemi cílovými skupinami počínaje migranty, osobami bez přístřeší, matkami samoživitelkami konče seniory. Základní myšlenkou, na které byl postaven výzkum byla ta, že sociální pracovník během svého profesního života spolupracuje s lidmi, kteří pro něj mohou představovat určité riziko, a to nejen přenosu HIV. Některé cílové skupiny jsou rizikové více, některé zase naopak méně. Domníváme se, že sociální pracovník, bez ohledu na to, s jakou cílovou skupinou pracuje, by si měl střežit své zdraví. V rámci výzkumu nás zajímalo, jaký na tuto problematiku mají názor sociální pracovníci, jež pracují napříč sociální oblastí.

5.1 Druh výzkumu

S ohledem na výše zmíněný záměr této bakalářské práce jsme se rozhodli empirickou část pojmout kvalitativně.

Olecká (2010) podstatu kvalitativního výzkumu spatřuje v analýze textů, jenž směřuje jednak k porozumění zkoumaného jevu, tak i k popisu a interpretaci jevu, a to často vlastními slovy participanta. Na důležitost participantovi interpretace zkušenosti poukazuje i Kutnohorská (2009), která dále hovoří o tom, že kvalitativní výzkum umožňuje výzkumníkovi

ke zkoumanému jevu přistupovat holisticky, protože se pozornost nesoustředí jen na některou z jeho částí, ale zaměřuje se na celek, jenž je zkoumán v přirozeném prostředí. Jevy, které výzkumník zkoumá vycházejí z každodenního života jedince či skupiny osob. Výzkumník mnohdy i opakovaně vstupuje do terénu, kde zhotovuje podrobný zápis o zkoumaném jevu. Při každém vstupu do terénu si výzkumník musí dělat poznámky či krátké zápisy, jenž mu pomáhají vytvářet ucelený pohled na zkoumaný jev. V terénu může výzkumník při sběru dat zhotovovat audio či video záznam, který následně analyzuje (Gavora, 2008).

Pro účely této bakalářské práce byl mimo jiné vytvořen i audio záznam, který byl následně analyzován. Výhody audiozáznamu shledáváme v tom, že se výzkumník může pomyslně vracet do atmosféry rozhovoru – pracovat s intonací hlasu participanta, analyzovat ticho, smích atd. – ve všeobecné rovině je mu nápomocné při snaze porozumět řečenému. Během realizace audiozáznamů jsme vyzorovali, že je pro participanty mnohem jednodušší a příjemnější mluvit mimo záznam. Bylo to v momentech, kdy jsme probírali citlivější otázky například týkající se organizace či služby, ve které pracují. Právě z toho důvodu jsme analyzovali i spoustu poznámek a komentářů, jenž v audiozáznamu nezazněly.

5.2 Výzkumná metoda

Pro účely praktické částí této bakalářské práce jsme jako výzkumnou metodu zvolili rozhovor. Rozhovor je nejčastější a nejpřirozenější způsob předávání a získávání informací. Aby výzkumník dokázal prostřednictvím rozhovoru získat co nejvíce potřebných dat, musí být schopen sloučit své sociální dovednosti a citlivost se schopností pozorovat. Pro hladký průběh rozhovoru je zapotřebí navodit vztah důvěry mezi participantem a výzkumníkem (Kutnohorská, 2009).

Rozlišujeme tři typy rozhovorů. Prvním typem je rozhovor strukturovaný, jenž je charakteristický především tím, že má dopředu jasně stanovené otázky a jejich pořadí, které je neměnné. Tento typ rozhovoru nedává výzkumníkovi prostor k improvizaci. Dalším typem je rozhovor nestrukturovaný, který nemá dopředu stanovený plán. Tento rozhovor se velmi podobá běžnému rozhovoru. Výzkumník nemá dopředu stanovené otázky, protože vyplívají z toho, jakým směrem se ten rozhovor ubírá. Vždy je ale zapotřebí držet se hlavního tématu a mít jasno v tom, jakou odpověď výzkumník hledá (Kutnohorská, 2009). Třetím typem rozhovoru je rozhovor polostrukturovaný, který si zakládá na otevřených otázkách, jenž dávají participantovi prostor k vyjádření svého názoru/zkušenosti k danému tématu. Otázky jsou

sice dopředu vytvořeny, nicméně výzkumník může v průběhu rozhovoru pokládat doplňující otázky. Pořadí otázek je na rozdíl od strukturovaného rozhovoru měnné (Gulová, 2013). Polostrukturovaný rozhovor se nejčastěji používá při sběru empirických dat v IPA (Řiháček, 2013).

Rozhodli jsme se, že pro tento výzkum použijeme polostrukturovaný rozhovor. Na začátku jsme zhotovili seznam otázek, jenž vychází z cíle výzkumu (viz. Příloha P I). Pořadí otázek jsme v průběhu realizace měnili dle toho, jak se rozhovory vyvíjely. Pokud došlo k tomu, že participant sice odbočil od hlavního tématu, ale my jsme vyhodnotili, že téma, o kterém začal sám mluvit je pro účely výzkumu užitečné, participanta jsme nepřerušovali a nechali jsme jej mluvit dál.

5.3 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jak sociální pracovníci vnímají osoby ohrožené onemocněním HIV a AIDS.

Výzkumná otázka nám pomáhá vymezit oblast, kterou chceme zkoumat a vede ke zkonkretizování výzkumného problému. Díky stanovení výzkumné otázky dochází k jakémusi zúžení zkoumaného tématu na rozsah, jenž lze reálně zkoumat. Výzkumná otázka musí být srozumitelně formulována a na první pohled musí být zřejmé, že jsme prostřednictvím výzkumu schopni na tuto otázku odpovědět (Kutnohorská, 2009).

V rámci výzkumu této bakalářské práce jsme stanovili následující otázky:

Hlavní výzkumná otázka tohoto výzkumu je: Jak sociální pracovníci vnímají osoby ohrožené onemocněním HIV a AIDS?

Byly stanoveny tyto dílčí výzkumné otázky:

1. Jak pracují sociální pracovníci s lidmi ohroženými HIV a nemocnými AIDS?
2. Jak práce s lidmi ohroženými HIV a nemocnými AIDS ovlivňuje sociální pracovníky?

5.4 Výzkumný vzorek a jeho výběr

Vzhledem k tomu, že tato bakalářská práce zpracovává data metodou IPA, zvolili jsme nižší počet participantů. Dle Řiháčka (2013) je velmi důležité, aby výzkumník vybíral takové participanty, kteří reprezentují zkoumaný jev.

Výběr participantů byl záměrný a postupovali jsme dle předem stanoveného kritéria. Hledali jsme sociální pracovníky, kteří pracují s osobami ohroženými vznikem HIV a AIDS. Dle nastudované literatury jsme se zaměřili na **sociální pracovníce pracující v kontaktních centrech zaměřených na drogovou problematiku**. Dále jsme se zaměřili na sociální pracovníce, které pracují s matkami samoživitelkami, protože dle nejnovějších údajů více než polovina žen působících v sex-byznysu jsou právě matky samoživitelky (Pšenicová in Houdek, 2018). Z výše zmíněného důvodu jsme oslovili **sociální pracovníci pracující v azylovém domě pro ženy a matky s dětmi**, protože drtivá většina jejich klientek tvoří právě matky samoživitelky. Naše pozornost také směřovala na sociální pracovníky, kteří pracují s osobami, které z důvodu nedostatku finančních prostředků žijí na okraji společnosti. Oslovili jsme tedy **sociální pracovníci, jež pracuje v nízkoprahovém denním centru pro osoby bez přístřeší a sociální pracovníci pracují v azylovém domě pro muže**. Dále jsme oslovili **sociální pracovníci pracující ve zdravotnickém zařízení**, protože právě zdravotně sociální pracovník během práce ve zdravotnickém zařízení přichází do kontaktu s osobami napříč všemi sociálními skupinami ať už to jsou senioři, uživatelé intravenózních drog či matky samoživitelky. Bylo velmi obtížné sehnat zdravotně sociálního pracovníka, který by byl nakloněn mluvit o problematice HIV a AIDS. Dokonce jsme se setkali s názorem, že osoby s HIV a AIDS nepotřebují pomoc sociálního pracovníka a už vůbec ne zdravotně sociálního pracovníka, protože se nedožijí věku, kdy by potřebovaly být umístěné do domova pro seniory či jiné sociální služby. Tento výrok vyvrací pan doktor Jilich (2014), který upozorňuje na to, že díky zvyšující se kvalitě zdravotnické péče bude docházet k prodloužení věku osob s HIV a AIDS. Abychom potvrdili naši domněnku o tom, že každý sociální pracovník při výkonu své profese může přijít do kontaktu s osobou ohroženou vznikem HIV a AIDS či osobou, která již má HIV či AIDS, oslovili jsme **sociální pracovníci pracující na Úřadu práce**, o které jsme věděli, že má zkušenost s osobou s HIV.

5.5 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od ledna do dubna roku 2019. Přípravná část, sběr dat a doslovná preskripce získaných dat trvala zhruba dva měsíce. Data byly získávány individuálním způsobem s vybranými sociálními pracovníci, které pracují s osobami ohroženými vznikem HIV a AIDS. Kritéria výběru sociálních pracovníků byly detailně popsány v předchozí podkapitole.

Vybraných sociálních pracovníc jsme se nejprve zeptali, zda jsou ochotné se podělit o své zkušenosti s problematikou HIV/AIDS a zda souhlasí s tím, že jejich odpovědi budou použity pro účely bakalářské práce. Sociální pracovníce jsme oslovovali telefonicky, elektronickou poštou a některé jsme se vydali oslovit osobně.

Rozhovory byly realizovány individuálně, vždy jsme se snažili časově přizpůsobit časovému harmonogramu té dané sociální pracovníce. Většinou byly rozhovory realizovány v kancelářích sociálních pracovníc. Jeden rozhovor se dokonce uskutečnil v kavárně a další v domácím prostředí pracovníce. Před zahájením rozhovoru byly sociální pracovníce seznámeny s tématem bakalářské práce a cílem práce. Participantky byly obeznámené s tím, že rozhovor bude zaznamenán na mobilní telefon a bylo jim vysvětleno, že je to z důvodu toho, aby mohlo dojít k doslovnému přepisu jejich výpovědí. Všechny participantky souhlasily s pořízením audio nahrávek, žádná neměla výtky. Dále jsme participantky obeznámili s tím, že budeme postupovat tak, aby byla zachována jejich anonymita.

Díky tomu, že otázky byly otevřené, naskýtal se participantovi dostatečný prostor k tomu, aby mohl odpovídat volně dle své libosti. Rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon. Délky rozhovorů byly rozličné, avšak v průměru trvaly 15 minut.

5.6 Zpracování dat

Prvním krokem, jenž jsme učinili při zpracování dat, bylo doslovné přepsání audio nahrávek, které byly pořízeny během rozhovorů se sociálními pracovníci, tedy participantkami. Jedná se o doslovnou transkripci zvukových dat, včetně nespisovných slov, nářečí, pomlk či citoslovců.

Jako metoda pro kvalitativní zpracování dat této bakalářské práce byla vybrána interpretační fenomenologická analýza – zkráceně IPA (interpretative phenomenological analysis). „*Předkládaná metoda zjišťuje a popisuje zkušenosti respondentů z hlediska toho, jak si oni samo utvářejí a konstituují realitu, a toho, jaký jí oni sami dávají význam, smysl*“ (Gulová, 2013, s. 105). Díky této metodě můžeme proniknout do osobní zkušenosti jedince, rodiny či minoritní skupiny, která z nějakého důvodu balancuje na hraně společensky uznávaných norem.

V rámci metody IPA jsou na výzkumníka kladeny jisté nároky. „*Je zde nezbytná schopnost pracovat se zjišťovanými obsahy a pojmy prostřednictvím abstrakce a té schopnost operationalizovat témata do náležitých kategorií a subkategorií*“ (Gulová, 2013, s. 105). Řiháček

(2013) připouští, že v rámci analýzy IPA hraje významnou roli i výzkumníkova zkušenost a jeho subjektivní názor na danou problematiku. Dalo by se tedy říci, že zkušenost je v rámci IPA vnímána jako společný konstrukt výzkumníka a participanta.

Pro vyhodnocování dat v této bakalářské práci jsme postupovali následovně. Prvním krokem bylo doslovné přepsání polostrukturovaných rozhovorů, které jsme nakonec vytisknuli s širokým okrajem, aby se nám uvolnilo místo na poznámky. Následovalo opakované čtení, během kterého jsme si potrhovali to, co jsme vyhodnotili jako významné a ke každému podrženému slovu či slovnímu spojení jsme hledali vhodný popis. Po analýze textu, kdy jsme si vyhotovili stručné popisy, následovala tvorba témat, které nejvíce vystihovaly danou část textu. Následovalo hledání vztahů mezi jednotlivými tématy. Vzhledem k tomu, že některá témata se jevíly více nadřazená jiným, docházelo k redukci subtémat a formovaly se hlavní témata. Stejně jsme postupovali u všech zbývajících pěti rozhovorů – opakované čtení, popisy částí textu, tvorba témat, vztahy mezi tématy, hlavní témata. Po analýze všech rozhovorů následovalo hledání souvislostí napříč všemi rozhovory, resp. případy.

6 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola se bude zabývat vyhodnocením a následnou interpretací výsledků výzkumného šetření. Nejprve dojde k charakteristice jednotlivých participantů, se kterými bylo prováděno výzkumné šetření. Poté se budeme zabývat hlavními tématy, jež byly sestaveny na základě studia získaných empirických dat.

6.1 Charakteristika participantek

V krátké charakteristice představíme sociální pracovnice, s kterými byly uskutečněné rozhovory.

Upozorňujeme na to, že z důvodu zachování anonymity byly některé údaje, jež by mohly vézt k rozpoznání participantky, zaměněny či vůbec neuvedeny (např. lokace sociální služby apod.) Ačkoliv došlo ke změně či k neuvedení údajů, neovlivnilo to význam odpovědí participantek.

Participant č. 1.

Sociální pracovnice, která pět let působí v azylovém domě pro ženy a matky s dětmi. Jedná se o první zaměstnání participantky, do kterého nastoupila po absolvování studia na Vyšší odborné škole pedagogické a sociální, kde studovala obor Sociální pedagogika. Motivací k výběru pomáhající profese bylo to, že participantka má velmi kladný vztah k lidem a práce s lidmi jako taková ji baví. Participantka uvádí, že vztah k lidem zřejmě zdědila po své mamince, které již několik let působí v sociálních službách. Ačkoliv participantka práci v azylovém domě shledává jako psychicky náročnou, naplňuje ji a vždy má dobrý pocit z toho, když se jí podaří zlepšit sociální situaci klientky.

Participant č. 2.

Participantkou číslo dvě je sociální pracovnice, jenž pracuje v kontaktním centru, které je nízkoprahovou ambulantní a terénní službou zabývající se drogovou problematikou. Participantka dlouhá léta působila mimo sociální oblast, nicméně vnitřně cítila, že má sklony k pomáhání a měla potřebu být užitečná a nápomocná, a proto si zvolila pomáhající profesi. Než se stala profesionální sociální pracovnicí, působila jako dobrovolník a pomáhala terénnímu sociálnímu pracovníkovi, jenž působil v drogové oblasti. Participantka dříve působila v azylovém domě, nicméně práce v kontaktním centru ji baví víc a naplňuje ji, protože

na rozdíl od azylového domu v kontaktním centru je klient tím aktivnějším článkem ve vztahu sociální pracovník klient.

Participant č. 3.

Participantkou číslo tři je sociální pracovníce, jež v minulosti pracovala s lidmi s poruchou autistického spektra, posléze působila na Úřadu práce a aktuálně je na mateřské dovolené. Jedná se o absolventku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru Sociální pedagogika. Participantka uvádí, že již od střední školy tíhne k humanitním vědám a po mateřské dovolené se chce určitě vrátit k oboru. K volbě pomáhající profese měla osobní důvody.

Participant č. 4.

Čtvrtou participantkou je zdravotně sociální pracovníce, jenž pracuje ve zdravotnickém zařízení. Participantka v minulosti pracovala jako zdravotní sestra, avšak po absolvování dvouleté sociální nástavby začala působit jako sociální pracovníce ve zdravotnictví. V tomto oboru se pohybuje bezmála dvacet let a její hlavní motivací k výkonu této profese je potřeba pomáhat lidem.

Participant č. 5.

Participantka číslo pět je sociální pracovníce působící v azylovém domě pro muže. V sociální oblasti participantka pracuje zhruba pět let, z toho tři roky působila v poradně zaměřené na pomoc ženám a rodinám s dětmi, a skoro dva roky pracuje právě ve výše zmiňované pobytové sociální službě. Participantka uvádí, že ačkoliv uživatelé azylového domu mají širokou škálu sociálních problémů, práce ji baví.

Participant č. 6.

Poslední participantkou je sociální pracovníce pracující v nízkoprahovém denním centru pro osoby bez přístřeší, kde působí zhruba rok a půl. K pomáhající profesi ji dovedla osobní zkušenost, kdy spolu s maminkou pečovala o vážně nemocného člena rodiny. Participantka uvádí, že práce s uživateli nízkoprahového denního centra pro osoby bez přístřeší je velmi pestrá, uživatelé umí i nemile překvapit, nicméně i přesto ji práce s touto cílovou skupinou baví a naplňuje.

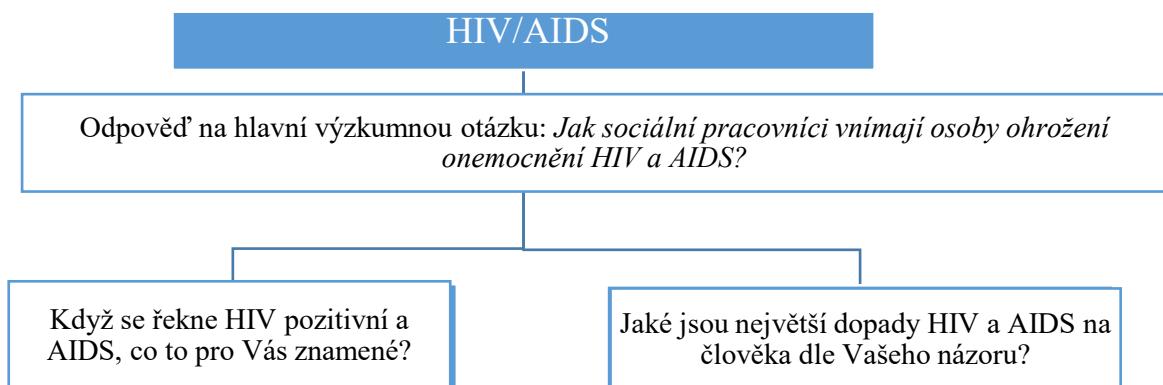
6.2 Vyhodnocení dat

Abychom byli otevření novým tématům a postřehům, analyzovali jsme každý rozhovor zvlášť a od začátku. Vzhledem k tomu, že některá témata se navzájem překrývaly, resp. vykazovaly společné znaky, docházelo k jejich redukci a ke vzniku právě níže zmiňovaných třech hlavních témat.

Výsledkem analýzy všech šesti rozhovorů bylo vytvoření třech hlavních témat, které jsou ale propleteny všemi šesti rozhovory. Témata byly pojmenovány následovně: HIV/AIDS, Stigmatizace, Sociální práce s osobami HIV a AIDS.

6.2.1 HIV/AIDS

Tato kategorie byla zhotovena na základě odpovědí na otázky, které vedly k zjištění odpovědi na hlavní výzkumnou otázku: *Jak sociální pracovníci vnímají osoby ohrožené onemocněním HIV a AIDS?*



Obrázek 1 Hlavní téma: HIV/AIDS

Otázky vedoucí ke tvorbě této kategorie se týkaly významu HIV a AIDS pro daného pracovníka a možných dopadů HIV a AIDS na jedince.

Participantka č. 4

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: tíživá situace, infekce, rodinné zázemí, dopady HIV, v sobě to řešit, potřeba pomoci

Je zajímavé, že sociální pracovníce pracující ve zdravotnickém zařízení jako jediná o HIV a AIDS hovoří jako o situaci. P4: „*Je to hlavně velmi tíživá situace pro toho dotyčného, který*

touhle infekcí trpí a nejenom pro něho, ale samozřejmě i pro celé rodinné zázemí a pro jeho....aa... pro lidi, s kterými žije.“ HIV a AIDS je tíživé hlavně z toho důvodu, že má negativní dopady na jedince a sekundárně také na blízké osoby. Dopady participantka spatřuje v oblasti psychické, ekonomické a sociální. Dle participantky osoba s HIV a AIDS může být vyloučena ze svého prostředí, které je ovšem důležité pro celkový průběh a vypořádání se s nemocí HIV a AIDS. P4: „...si musí zajistit v podstatě zázemí, kde může nějakým způsobem vegetovat, pokud ta nemoc ho nějak doběhne.“ Participantka uvádí, že na začátku její kariéry v sociální sféře (r. 1990, pozn. autora) se začaly objevovat první případy osob s HIV ve zdravotnických zařízeních a stejně jako v minulosti, tak i teď osoby s HIV a AIDS vnímá stále stejně. P4: „Neměla jsem potřebu to nějak v sobě řešit, protože si myslím, že je to člověk, který potřebuje pomoci, tak jak každé jiné nemocné.“

Participantka č. 3

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: člověk, zdravotní problém, cílová skupina SP, nemoc na kterou se umírá, profesionalita

Stejně na osobu s HIV/AIDS nahlíží i participantka pracující na Úřadu práce. P3: „...prostě pro mě je to člověk jako každý druhý a zaslouží si veškerou podporu a pomoc.“ Tato sociální pracovnice na HIV a AIDS nahlíží ve dvou rovinách. V první řadě na HIV a AIDS vnímá jako zdravotní problém, ve druhé na tuto problematiku nahlíží z pohledu sociální práce. P3: „Ehm, jsou to osoby, které jsou nějakým způsobem nemocné, samozřejmě když to vezmeme k mému oboru hned vím, že je to cílová skupina nebo jedna z mnoha cílových skupin se kterou můžou sociální pracovníci pracovat.“ Ve spojitosti s nemocí participantka mluví i o strachu z HIV a AIDS. P3: „...budme upřímní, je to nějaká nemoc, na kterou se umírá jo, takže člověk se vždycky bojí.“ Bylo zajímavé že jako jedna z mála tato participantka mluvila o strachu a připouštěla si jej. Jak sama participantka uvádí, sociální pracovník by měl při své práci klást důraz na profesionalitu a nejprve si ujasnit sám v sobě, jak problematiku HIV a AIDS vnímá. „Jak to vnímá sám sociální pracovník...může mít strach právě pracovat s touhle cílovou skupinou, takže opravdu je zde kladen důraz na profesionalitu.“

Participantka č. 1

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: není to jako chřipka, lidi jako my zdraví

Participantka číslo jedna HIV a AIDS vnímá jako nemoc, nicméně nevnímá ji jako bariéru, protože na první pohled ani není zřejmé, zda člověk má HIV nebo AIDS, či nikoliv. P1: „Já

si myslím, že bych to nevnímala jako problém, protože....mm....není to jak běžná chřipka, že se nakazíte jenom tím, že s člověkem třeba mluvíte nebo tak jo..takže určitě....asi by to pro mě překážka nebyla, jo může se stát, že jsou kolem mě třeba lidi, kteří touhle nemocí trpí a ani to nevím, ale určitě překážka by to nebyla, určitě to není důvod k tomu, abych se s tím člověkem nebavila nebo bych mu nechtěla pomoci, jo...jsou to lidi jako my zdraví.“

Participantka č. 2

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: člověk, jak to máme nastavený, vzorce, rodina, spouštěč životních změn, životní styl v rozporu se společensky uznávanými normami, rizikové chování

P2: *„mmm..no...(ticho) nic zvláštního...člověk prostě (pousmátí).“* Tato participantka se snaží předcházet jakémukoliv škatulkování klientů či uživatelů sociálních služeb. Je pro ni důležitější to, jak na ni člověk působí než fakt, zda je ten člověk ohrožen HIV a AIDS nebo zda mu HIV či AIDS již bylo diagnostikováno. P2: *„Já bych si udělala obrázek, jaký by to byl člověk, jak bych se s ním bavila, co by mi řekla, jo to mě zajímá. Jak by se se mnou bavil, co by z něho vyzařovalo, jaká energie by z něho šla. To by pro mě nebylo vůbec důležité...jo, jestli je AIDS, to nepoznáme.“* Vnímání HIV a AIDS dle slov participantky se odvíjí i od toho, jaké vzorce chování přijímáme z rodiny. P2: *„Opravdu, to je v nás lidech, jak to máme nastavený, v jakých žijeme vzorcích, jak to vidíme, co si neseme z rodiny a tak.“* Participantka o HIV hovoří také v souvislosti se změnou životního stylu. P2: *„Pro toho se změni ten život velmi opačně, protože vlastně ta léčba...ee.. je postavena na veliké pravidelnosti, na veliké zodpovědnosti....aa.. to je vlastně to, co toho člověka úplně změni, že on teď musí být důsledný k tomu svému životu tak, jak vlastně nikdy nebyl, takže to je pro něho velká změna.“* Náplní práce této participantky je mimo jiné i pořádání různých přednášek pro veřejnost a školy. Přednášky se vždy týkají rizikového chování, resp. dopadů rizikové chování na jedince a možnostech předcházení dopadů. Dle slov participantky se vždy přednášecí místnost rozdělí na dvě poloviny: jedna absolutně neguje a neuznává životní styl, jenž je v rozporu se společensky uznávanými normami a na straně druhé, jsou osoby, jež jsou schopni se vcítit do tíživé životní situace například právě osob s HIV či AIDS. P2: *„Tak seděli trochu vzdáleněji od sebe dva muži, studenti a jeden prostě tvrdil, že to neexistuje, že by je poslal někam pracovat..aa že by já nevím, co tehdy ještě říkal proti nim a druhý byl totálně sociální a věděl o tom, že se to dá léčit a že by jim nějak pomáhal, že by tam šel i třeba pracovat..“*

Komentář: Vnímání HIV a AIDS je podmíněno osobnostním nastavením sociálního pracovníka, ale i také tím, jaké vzorce chování si nese ze své rodiny.

Participantka č. 5

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: v minulosti strach, nevyléčitelná nemoc, specifická, lítost, rodina jako záchranná síť

Participantka čísla pět uvedla, že v minulosti HIV a AIDS vnímala jako něco, z čeho pociťovala strach. Aktuálně HIV a AIDS vnímá jako nevyléčitelnou nemoc, které se díky dostatku informací nebojí. P5: *„Ty informace prostě k člověku proudí, takže přece jenom je teď už klidnější, ví prostě, že ta nemoc má samozřejmě svoje specifika, ale prostě nějaké nakažením třeba virem HIV je podstatně těžší, než se může na první pohled třeba zdát.“* Také nás zajímalo, jak tato sociální pracovníce vnímá osoby ohrožené HIV a AIDS. P5: *„Ty lidi neodsuzuju nějakým způsobem, strach z nich nemám, spíš, když to tak řeknu, je mi jich líto.“* Participantka uvedla, že HIV a AIDS má fyzické, psychické, a hlavně sociální dopady na člověka. P5: *„Ta prognóza je jaká je, že vlastně je to nemoc, která se nevyléčí, vlastně ona se zhoršuje postupně a na to se nabalují další vztahy že.....určitě jak to říct rodině nebo třeba partnerovi.“* Všimli jsme si, že pro participantku je velmi důležité rodina. Participantka rodinu vnímá jako záchrannou síť, resp. to zázemí rodiny vnímá jako pevnou půdu pod nohama, kterou může HIV a AIDS negativně ovlivnit.

Participantka č. 6

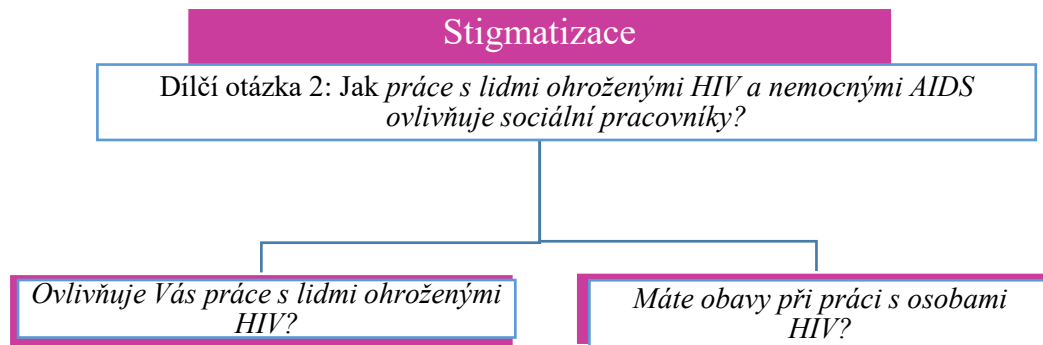
Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: osvěta, obezřetnost, žádný význam

Participantka číslo šest díky osvětě o HIV a AIDS této problematice nepřikládá žádný význam. P6: *„Já si myslím, že v dnešní době už je ta osvěta taková, že..ehm, když to tak řeknu jako (smích) pokud...ehm...neznamená to pro mě nic jako jo..“* Strach z osob s HIV a AIDS nemá, protože ke všem lidem přistupuje stejně. Nicméně pokud by některý z uživatelů nízkoprahového denního centra krvácel či vykašlával krev, přistupovala by k němu s obezřetností.

Komentář: Většina participantek o HIV a AIDS mluví ve spojitosti s nemocí, některé dokonce ve spojitosti s vážnou nemocí nebo smrtelnou nemocí. Některé zase pro změnu této problematice nepřikládají vůbec žádný význam.

6.2.2 Stigmatizace

Tato kategorie byla vytvořena na základě odpovědí na otázky, které vedly k zjištění jedné z dílčích výzkumných otázek a to konkrétně: *Jak práce s lidmi ohroženými HIV a nemocnými AIDS ovlivňuje sociální pracovníky?*



Obrázek 2 Hlavní téma: Stigmatizace

Otázky vedoucí ke tvorbě této kategorie se týkaly toho, co ovlivňuje sociální pracovníci při výkonu své profese.

Participantka č. 2

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: není jednoduché se bavit o práci, rodina, drogy, proti názory, poslal bych je na jinou planetu, nastavení člověka, důležitost informacím

Ačkoliv participantka pracující v kontaktním denním centru zabývající se drogovou problematikou má svou práci ráda a naplňuje ji, setkává se často s nepochopením ze strany své rodiny a svých přátel. P2: „*Já se s tím setkávám pořád, že pro nás není úplně jednoduché..aa..se bavit o tom, kde pracuju, protože každý má na to jiný názor, to je vlastně velmi specifické.*“ Dle participantky toto souvisí s informacemi, jenž k nám proudí, ale také i s tím, jak se k této problematice staví rodina osoby, jenž negativně hovoří o této problematice. P2: „*Ty drogy tady byly... to je... vlastně obor... nebo vlastně to tady vždycky bylo, ale nikdo se k tomu v životě nedostal... a tady ty proti názory o tom, že to bude pořád a pořád stejné. Já se setkávám s mladýma lidma, stejně jako se staršíma, kteří říknou, že to nesmí být.. že to nesmí být... že... to vám říknou v kterýmkoliv věku, jestli je to mladý nebo starý člověk... že řekne poslal bych je.. aa ... na jinou planetu nebo ať jdou pracovat. To je i podle toho,*

v jakém oboru člověk je, jaký vlastně je, jak to má sám nastavené. “ Participantka uvádí, že při své práci si neuvědomuje, že pracuje s osobami ohroženými HIV. P2: „*Já si to vůbec neuvědomuju. Tady toto, že by mohli být nakažení, tady toto mě prvotně..... prvotně mě to vůbec.... nevím, jestli je to téma rokama, ale já jsem to tak měla od začátku nebo myslím, že všichni to tak mají od začátku* (participantka tím myslí kolegy z nejmenovaného centra, pozn. autora). *Jo že vás to prvotně nenapadne, že by mohli... (ticho) A co?! Vždyť vím, jak se to přenáší. Důležité jsou informace...jo ...nic se to nevidí, že (ticho) ... se na nás nekýchne a nic nechytíme. My ty informace máme, jak se to přenáší, takže .. tak.*“

Participantka č. 3

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: obava, pozor HIV, pasivní klient,

Participantka číslo tři přiznává, že má při práci obavy. P3: „*Nemyslím si, že je to vyloženě strach, spíš takové mírná obava. Člověk prostě ví, že pracuje s někým, kdo může mít tento problém, ale jak už jsem řekla, musí se na to dívat člověk s rozumem.*“ Tato participantka má zkušenost s HIV pozitivním klientem. Participantka zastupovala svou kolegyni v době její nepřítomnosti. Kolegyně nechala participantce vzkaz: „pozor HIV“. Vzhledem k tomu, že dle participantky není informace o HIV pozitivitě klienta relevantní, přistupovala k tomuto klientovi stejně jako k ostatním. Participantku v průběhu výkonu své profese ovlivňuje spíše pasivita ze strany klienta než jeho zdravotní stav. P3: „*Pokud si klient sám nechce nechat pomoci...jo.. protože nepomůžeme tomu, kdo si nenechá pomoci, takže je tu opravdu důležité ta spolupráce obou stran.*“

Participantka č. 5

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: vděčnost za to co má, vyvarovat se chyb, žebříček hodnot, rodina, rizikové chování, mezigenerační neporozumění, široká škála problémů

P5: „*Asi spíš taková myšlenka, co si člověk odnáší domů je, že je vděčný za to, co má ve svém životě, že to právě takhle může porovnat s lidmi, kteří docházejí k nám, víc si toho vážím určitě a možná i nějaká taková prevence jako aby se vyvaroval těch chyb, které ti lidé dělají, ale vesměs si i přeskládat ten žebříček hodnot ve svém životě, co je na prvním místě nejdůležitější.*“ Rodina participantky byla zprvu skeptická vůči pracovišti, na kterém participantka působí. P5: „*Možná třeba v rodině ta předchozí generace, když si vzpomenu na naše babičky a dědečky, tam byl úplně až takový strach.*“ Dle participantky je to z toho důvodu, že tato problematika je úzce spjata s rizikovým chováním. Participantka uvádí, že ona sama měla

z této problematiky strach, protože neměla žádné ucelené informace. P5: „*Je to prostě o přístupu, vzít ty lidi, že mají prostě svoje problémy, vytvořit si s nimi vztah, nějaký ten důvěrný, komunikovat s nimi a zjistíte, že v podstatě je to práce jako v jiných sociálních službách. Je teda pestřejší, bych řekla, protože opravdu ty problémy jsou tady různorodé...široká škála až prostě po tu situaci, ve které ti lidé skončili, takže si myslím, že jsem to zvládla (smích) a říkám, jako baví mě to.*“

Participantka č. 1

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: dobrý pocit, povědomí i HIV/AIDS, informovanost, tabu, můžeš si za to sám, měl ses chránit

P1: „*Někdy je to dost těžký, protože ta práce s lidma celkově v jakýmkoliv odvětví je složitá, je to náročný hlavně psychicky tady někdy, třeba ty osudy různých těch žen, do jaké se dostanou situace tak někdy to není úplně lehký, ale naplňuje mě to, mám to ráda, dycky mám dobrý pocit, když se nějaké klientce podaří nějak tu situaci zlepšit nebo nějaký pokroky, když jsou vidět.*“ Rodina této participantky přijala cílovou skupinu, s kterou participantka pracuje, bez výhrad. Je to zapříčiněno tím, že sami rodiče participantky působí v sociální sféře, předsudky vůči azylantkám nemají. Je to zřejmě zapříčiněno také tím, že mají informace o této problematice a sama participantka připouští, že je důležité, aby lidé měli povědomí o této problematice. P1: „*Myslím si, že to není nic omezujícího, že s člověkem, který trpí touto nemocí se dá normálně vycházet...ehm.. určitě je lepší, když mají lidi povědomí o tom, co ta nemoc obnáší nebo jaký jsou rizika přenosu, nějaká ta prevence určitě, ale nebyl by pro mě problém abych měla... mm... kontakt s člověkem, který prostě tady tím trpí.*“ Participantka uvádí, že důvod, proč populace nahlíží na osoby ohrožené HIV/AIDS a na osoby, jež jsou již nosiči HIV či AIDS, negativně může být ten, že tato nemoc je spojena s životním stylem, jenže je v rozporu se společensky uznávanými normami. P1: „*Mu to budou dávat za vinu, jo že žil si takovým životním stylem, jakým si žil, prostě můžeš si za to sám, měl ses chránit.*“ Dle participantky osoby ohrožené HIV/AIDS znají dopady svého rizikového chování, nicméně potřeba je větší než strach. P1: „*Celkově znají ty rizika, ale v tu chvíli, kdy do toho jdou, tak na to prostě zapomenou.*“

Komentář: Participantka v souvislosti s rizikovým životním stylem mluvila o tom, že některé klientky, jež žijí v azylovém domě, v minulosti působily v sex-byznyse. P1: „*Spousta*

klientek, které třeba tady na azylovém domě bydlely, vyzkoušely zrovna tady tu...techniku...nebo prostě tenhle způsob vydělávání si peněz. Některé vám to přiznají samy, že třeba byly.. že je ta situace donutila k tomu.“

Participantka č. 6

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: prevence, nosí si práci domů, dávej si bacha na nemoce, nebojíš se nemocí, agresivita, nedostatek informací,

Participantka číslo šest sdílí obdobný názor jako má participantka pracující na azylovém domě pro muže. P6: *„Určitě jo, protože člověk, když poslouchá ty jejich problémy a jak se vlastně dostali na tu ulici a podobně... může si z toho vzít, když to tak řeknu určitou inspiraci, co nemá dělat, čemu se má vyvarovat, aby tak taky třeba nedopadl jo, že opravdu většina z nich tady má neskutečné dluhy, jako problémy s alkoholem, s drogama jo, jako často doma nad těmi uživateli přemýšlím, jako jak by se jim dalo lépe pomoci a podobně.“* Rodina participantky o ní ze začátku měla strach. P6: *„Dávej si bacha na nemoce a nebojíš se nemocí? Co když tam bude někdo agresivní? A podobně.. ale teď,..ted'ka už to berou v pohodě.“* Matka participantky se staví k lidem ohroženým vznikem HIV a AIDS s odstupem a je to z toho důvodu, že nemá informace. Participantka uvedla, že díky osvětovým akcím, jenž se pořádají na školách, mladí lidé informace mají a nestaví se k těmto lidem s odstupem. I tato participantka má zkušenost s uživatelem, který měl AIDS. P6: *„My jsme tady právě měli případ, kdy nám ostatní uživatelé říkali na toho si dejte pozor, on má AIDS jo, ale naši pracovníci jako to brali jako tak v pohodě, protože ví, že není jen tak jednoduché prostě AIDS dostat jako..“*

Participantka č. 4

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: zavinili si to sami, malá informovanost, kolektivní strach, neodrazovali mě od toho

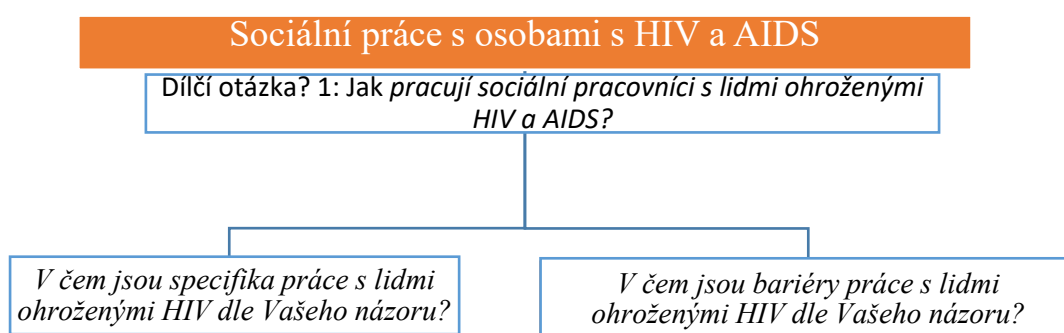
Participantka číslo čtyři uvedla, že práce s lidmi je psychicky náročná a někdy není možné si ji nenosit domů. Co se týče problematiky HIV a AIDS participantku tato skutečnost při práci s pacienty nikterak neovlivňuje, nicméně ostatní nemocniční personál ano. P4: *„Někdo..ehm..nemá pocit takové empatie vůči téhle.. vůči těmhle nemocným, protože mají pocit, že si to z většiny zavinili sami a vlastně se k tomu staví k tomu.. jako ke druhým nemocem u kterých ví, že si to ti dotyční i nějakým způsobem mohli zavinít sami.“* Na otázku, v čem spatřuje bariéry ostatních pracovníků, participantka uvedla strach a malá informovanost. P4: *„Myslím si, že strach..ehm..zase ta malá informovanost aaa takový nějaký nastavení toho*

kolektivního strachu, kdy si mezi sebou ten personál vzájemně...ne aby se podpořil, ale vyvolává obavy.“ Participantka má velmi dobré rodinné zázemí, které ji při výkonu profese podporuje. P4: *„Oni znají moje názory dost, protože děti mám dospělé a manžel můj názor taky zná a ví, takže by mě od toho neodrazovali.“*

Komentář: Velmi často se v souvislosti se stigmatizací HIV/AIDS objevují záležitosti týkající se rizikového životního stylu, jenž je v rozporu se společensky uznávanými normami. Máme na mysli drogy, promiskuitní chování či sex za peníze.

6.2.3 Sociální práce s osobami s HIV a AIDS

Tato kategorie byla vytvořena na základě odpovědí na otázky, které vedly k zjištění jedné z dílčích výzkumných otázek a to: *Jak pracují sociální pracovníci s lidmi ohroženými HIV a nemocnými AIDS?*



Obrázek 3 Hlavní téma: Sociální práce s osobami s HIV a AIDS

Otázky vedoucí k tvorbě této kategorie se týkaly specifík sociální práce s touto cílovou skupinou.

Participantka č. 1

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: sociální vyloučení, podpora, vyvarovat se předsudkům, strach, nedostatek informací, práce s rodinou, ke všem stejně

Dle participantky číslo jedna sociální práce s touto cílovou skupinou spočívá v předcházení sociálního vyloučení daného jedince. P1: *„Může být ohrožen sociálním vyloučením, tím, když vlastně řekne v okolí nebo prostě blízkým, že trpí touhle nemocí, tak si myslím, že hodně lidí ho může zavrhnout.“* Participantka klade důraz na psychickou a emoční podporu. P1: *„Nějak celkově tu klientku podpořit, může si za námi přijít popovídat, podpořit ji v tom, aby*

navštěvovala pravidelně lékaře nebo aby se nějak chránila potom případně...podpořit ji třeba i v kontaktu s rodinou. Ukázat jí, že tady ten pracovník pro ni je, že není nějak...mm...jiná třeba jo nebo nějaký předsudky vůči ní nemít...jo..ke všem klientkám přistupujeme stejně, takže určitě by nebyl důvod k tomu abychom s ní nepracovali stejně jako s ostatními.“ Zde je možné si všimnout, že participantka apeluje na to, aby pracovníci, jenž pracují s touto cílovou skupinou neměli předsudky a přistupovali ke všem stejně. Co se týče bariér při práci s touto skupinou, participantka se domnívá, že to může být strach, jenž pramení z nedostatku informací. P1: „Bariérou může být strach, který je...který může být díky tomu, že ve společnosti není dostatek informací o téhle nemoci...jo a o tom AIDSu.“ Participantka nemluví pouze o strachu ze strany pracovníků, v jiném kontextu upozorňuje na strach, jenž mohou zažívat klienti sociálního pracovníka. P1: „Jestli by se třeba nebála aj toho, že ten pracovník by s ní pak přestal pracovat.“

Komentář: Jak již bylo na začátku práce zmíněno, HIV/AIDS je stále úzce spojený se strachem, jenž je díky nedostatku informací. Zde je možné si všimnout pomyslného začarovaného kruhu. Kdyby rodina měla dostatek informací o této problematice, nedošlo by k vyloučení dané osoby. Z důvodu sociálního vyloučení se může tato osoba stát klientem sociálního pracovníka, jenž může při své práci pociťovat strach, který je opět zapříčiněn nedostatkem informací.

Participantka č. 3

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: obavy, červená kontrolka, prevence, pasivita klienta, přistupovat ke všem stejně, nedostatek informací, sdílení informací, ekonomický dopad, dávky

P3: „Pokud člověk s takovouto skupinou pracuje tak upřímně si myslím, že mu v hlavě bliká taková ta červená kontrolka „POZOR! POZOR“ i když rozum ví, že defacto přenos nebo možnost toho přenosu je minimální nebo žádný, pokud nedojde ke styku těch tělních tekutin třeba.“ Dle jejich slov je ovšem zcela normální, že člověk pociťuje strach, protože to může sloužit i jako prevence. Participantka uvádí, strach tkví v nevědomosti, resp. z nedostatku informací o této problematice. Participantka klade důraz na předávání informací, resp. edukace o této problematice může mít dvě funkce. Za první je to jedna z metod sociální práce a za druhé to může působit preventivně. P3: „Předávat co nejvíce informací, aby ti klienti věděli vlastně jaké jsou jejich možnosti, je to defacto jakýsi způsob prevence.“ Participantka také poukazuje na finanční dopad tohoto onemocnění, jenž může mít sekundární následky

i na rodinu HIV pozitivní osoby. P3: „*Potom člověk nebo rodina tohoto jedince může mít finanční problémy, pokud je tato osoba třeba hlava rodiny, tak už potom jsou ty problémy docela zásadní, co se týká toho ekonomického směru a ovlivňuje to život celé rodiny*“. Právě tato situace může být z jedním důvodů, proč tato osoba vyhledá pomoc sociálního pracovníka. P3: „*Nevím o tom, že by byla vyloženě sociální dávka, která by se vážala k této diagnóze. Samozřejmě potom, pokud je finanční situace natolik tíživá nebo rodina nemá příjem, může už samozřejmě žádat klasické dávky, které existují...jako jsou příspěvky na bydlení, doplatek, příspěvky na dítě a podobně....*“

Participantka č. 2

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: sociální práce s IUD, zkušenost s osobou s AIDS, informace telefonem, osobnostní nastavení sociálního pracovníka

Participantka nespaturuje žádná specifika při práci s touto cílovou skupinou. P2: „*V podstatě mě to nezajímá, já to nepotřebuju vědět k té práci, takže asi tak (smích) bych to nezjišťovala, kdyby to neřekla.* (Participantka tím myslí úřednici, která se jí telefonicky ptala, zda ví o tom, že jejich společný klient má AIDS. Pozn. autora).“ Participantka bariéry při práci s touto skupinou neguje a je to z toho důvodu, že ví, jak se HIV/AIDS přenáší. Dále také hovoří o tom, že všichni její kolegové, co pracují v kontaktním centru to mají osobnostně nastavené stejně. P2: „*My se častěji setkáváme s muži, co mají žloutenku a ani k těm se u nás nepřistupuje s nějakým odporem, to tam prostě nenajdete a je jedno, jestli má kolega devatenáct nebo padesát. To u nás prostě tak není.*“

Komentář: Tento způsob předávání citlivých údajů nebyl výjimečný. Participantka č. 3 získala tuto informaci na lístečku od kolegyně. Zdravotně sociální pracovnice (P4) se informací o AIDS zájemkyně o umístění do zdravotnického zařízení dozvěděla po telefonu od jiné zdravotně sociální pracovnice. V nízkoprahovém denním centru se informací o AIDS jednoho z uživatelů dozvěděla sociální pracovnice od jiných uživatelů nízkoprahového denního centra.

Participantka č. 4

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: vlastní bezpečí, znalost problematiky, dávky, ZSP musí vědět

Sociální pracovník, jenž se rozhodl pracovat s rizikovou skupinou, by v sobě dle participantky neměl mít bariéry. P4: „*Já jsem přesvědčena, že sociální pracovník,*

který...ehm...který je..ehm.. ochotný pracovat tady v těchto zařízeních, tak že ten v sobě bariéry jako takovéhle nemá...samozřejmě že si bude hlídat svůj zdravotní stav.“ Specifikum sociální práce ve zdravotnických zařízeních při práci s touto cílovou skupinou je to, že zdravotně sociální pracovník je vybaven znalostmi souvisejícími s touto problematikou. P4: *„Každý sociální pracovník, který pracuje ve zdravotnickém zařízení a který vstupuje do kontaktu s těmahle lidma, tak dopředu ví, co může a co nemůže.“* Dle participantky práce sociálního pracovníka s touto skupinou spočívá v sociálním začleňování dané osoby a poté v edukaci týkající se finanční stránky klienta. P4: *„Určitě ze začátku po té stránce...ehm...sociálního začlenění...aaa...sociální pomoci, co se týče financí, pokud se dostává do situace, že je opakovaně...ee...zdravotně nezpůsobilý pracovat a potřebuje vědět, jaké jsou vůbec sociální dávky pro něho a které by on mohl využít.“*

Komentář: Opakovanou prací s textem se ukázalo, že toto hlavní téma je velmi ovlivněno dopady rizikového chování klienta. Zde bychom chtěli poukázat na limity výzkumu. Zprvu jsme se domnívali, že dopady HIV budou souviset s tématem HIV/AIDS, nicméně po čase se ukázalo, že vše nějakým způsobem souvisí se vším.

Participantka č. 5

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: bezpodmínečné přijetí klienta, začleňování, podpora okolí, podpora

Participantka uvádí, že při práci s těmito jedinci je za potřebí vyvarovat se nepochopení. P5: *„Vyvarovat se třeba toho nepochopení, ale spíše toho člověka přijmout a řešit s ním tu situaci.“* Participantka také poukazuje na důležitost vztahů s lidmi, protože dle jejich slov tyto klienti mohou být ohroženi sociálním vyloučením, protože dojde k nepochopení jeho situace ze strany rodiny. P5: *„Mluvila jsem o těch vztazích, je to právě o té rodině, třeba o těch partnerech, zkusit znovu navázat ten kontakt, protože ten člověk tu podporu okolí opravdu potřebuje.“*

Participantka č. 6

Témata vedoucí ke vzniku tohoto hlavního tématu: všichni mohou mít AIDS, podpora

Participantka upozorňuje na to, že ke všem uživatelům nízkoprahového denního centra pro osoby bez přístřeší přistupuje stejně, protože svým způsobem mohou být riziková všichni uživatelé. P6: *„Tady z těch našich uživatelů může mít AIDS každý druhý ani to prostě ne-*

víme. “ Pole působnosti sociálního pracovníka participantka spatřuje v pomoci navázání kontaktu s rodinou a v psychické podpoře. P6: „*Pomoci zajistit nějaký kontakt s rodinou, kdyby měl zájem jo, trošku s tou rodinou si promluvit jako ale...ted’ si tak nějak nedokážu představit, jak bych mu víc mohla pomoci tomu člověku jako..možná nějakou tu psychickou podporu mu poskytnou jo, mluvit s ním třeba o tom, pokud bude mít zájem, ale víc mě teda opravdu nenapadá.*“

7 DISKUSE

Poslední kapitola této práce je věnována shrnutí výsledků, jenž jsme získali naším kvalitativním zkoumáním. Klademe si za cíl formulovat výsledky tohoto kvalitativního výzkumu tak, abychom byli schopni odpovědět na výzkumné otázky, jež byly stanovené na začátku výzkumného šetření. Dále jsou v této kapitole nastíněny limity výzkumu a v závěrečné části této kapitoly je uvedeno doporučení pro praxi.

Na základě analýzy rozhovorů jsme se dozvěděli, že většina participantek HIV a AIDS vnímá jako nemoc, která se nedá vyléčit. Bylo zajímavé, že právě sociální pracovnice, která pracuje v drogové oblasti (většinou s IUD) nepřikládá HIV/AIDS vůbec žádný význam. Tato participantka o HIV a AIDS mluví jako o spouštěči životních změn, který přichází po diagnostice této nemoci. Dle jejich slov vnímání HIV/AIDS se odráží od toho, jaké vzorce a hodnoty si neseme z rodiny, ale také i od toho, zda máme informace o této problematice. Informovanost je velmi úzce spjata s problematikou HIV a AIDS. Jedna z participantek uváděla, že v minulosti měla z HIV/AIDS strach, ale díky informacím, jež se k ní v době studií dostávaly, přestala mít předsudky, protože si uvědomuje, že není úplně jednoduché tuto nemoc získat. Další participantka HIV/AIDS vnímá jako tíživou životní situaci jedince, rodiny a jeho blízkých lidí. Právě v souvislosti s blízkými participantka hovoří o tom, že je nutné, aby tato osoba měla zázemí, které by jí bylo nápomocné při zvládnání právě výše zmiňované tíživé situací. Další pohled na problematiku HIV/AIDS nám poskytuje sociální pracovnice pracující na Úřadě práce. Tato participantka osoby s HIV/AIDS, vnímá jako jednu z mnoha cílových skupin, se kterými sociální pracovník během své profesní kariéry přijde do styku.

Všimli jsme si, že právě až dopady rizikového chování, které jsou neodmyslitelně spojeny s touto problematikou, dovedou jedince ohroženého vznikem HIV/AIDS k tomu, aby navázal spolupráci se sociálním pracovníkem. V kontaktních centrech pro IUD, kde probíhá spolupráce na úrovni Harm reduction je pravděpodobnější, že sociální pracovník přijde do kontaktu s osobou ohroženou HIV/AIDS. Právě participantka, která v tomto zařízení pracuje hovoří o tom, že při spolupráci s IUD, vůbec nepřemýšlí o tom, zda by mohl ten daný člověk být nějakým způsobem rizikový. Opět je ovšem nutné, jak pracovník tuto problematiku vnímá a jaké je jeho osobnostní nastavení. Většina participantek v souvislosti s výkonem sociální práce s touto cílovou skupinou mluví o sociálním začlenění klienta a o podpoře rodinných vztahů, jenž mohou být vlivem sociálně patologického chování klienta, přetřhány. Bariérou při spolupráci s klienty ohroženými HIV/AIDS může být strach, který pramení

z nedostatku informací, které jsou o této problematice. Na druhou stranu jedna z participantek uvedla, že ačkoliv sociální pracovníci informace mají a ví, že přenos této infekce není tak jednoduchý, pociťují mírné obavy. Sama to přirovnala k pomyslné „červené kontrolce“. Tato kontrolka ovšem nemusí mít pouze negativní význam. Je to vlastně jakýsi způsob prevence, díky kterému sociální pracovník zbystří a je pozornější ke svému zdraví. Zdravotně sociální pracovnice hovořila o tom, že pracovník pracující ve zdravotnickém zařízení musí vědět, jak se toto infekční onemocnění přenáší. Velmi často participantky hovořily o edukaci ohledně dávek ze systému sociálního zabezpečení. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, neexistuje dávka, která by se poskytovala lidem pouze na základě HIV positivity.

Zajímalo nás, co participantky ovlivňuje při výkonu jejich profese. Práce s lidmi je velmi náročná, nejdou vidět výsledky a ve finále může docházet k tomu, že rodinní příslušníci a přátelé nemají pochopení, pro výkon sociální práce. Participantka číslo dva uvadla, že je pro ni velmi obtížné mluvit o své profesi, protože se velmi často setkává s nepochopením ze strany blízkých osob. Jak sama uvedla, na prvním místě jsou důležité informace. Participantka, jež pracuje v nízkoprahovém denním centru pro osoby bez přístřeší uvedla, že její rodina měla o ni obavy, když v této sociální službě začala působit. Obávali se především agresivity ze strany uživatelů, ale také nemocí. Tato participantka v sociální oblasti pracuje poměrně krátce (necelé dva roky, pozn. autora) a je pro ni obtížné nenosit si práci domů. Participantka pracující na úřadě práce hovoří o tom, že pro ni informace o HIV/AIDS klienta není relevantní. Překážku při spolupráci s klientem spatřuje spíše v pasivním přístupu klienta a je úplně jedno o jakou cílovou skupinu se jedná. Participantka číslo pět hovoří o tom, že díky práci s azylanty přehodnotila žebříček hodnot a začala si vážit svého zázemí a toho, co má. Participantka číslo čtyři hovořila o své zkušenosti při spolupráci s HIV pozitivní ženou. Byla to žadatelka o umístění do zdravotnického zařízení, kde participantka pracuje. Žadatelka nakonec nebyla do zařízení přijatá, protože její zdravotní stav vyžadoval umístění do jiného typu nemocničního zařízení. Participantka je přesvědčena, že kdyby došlo k přijetí této ženy do zařízení, nastaly by protesty ze strany personálu, z důvodu nedostatečné informovanosti, ale také by to bylo podmíněno strachem. Tato participantka si někdy práci nosí domů, obzvláště když řeší nějaký velmi komplikovaný případ. Všimli jsme si, že ve spojitosti s HIV/AIDS hodně participantky mluví o životním stylu uživatelů, jenž je v rozporu se společensky uznávanými normami. Zřejmě i z tohoto důvodu dochází k nepochopení ze strany laické, a bohužel mnohdy i odborné, veřejnosti.

7.1 Limity výzkumu

Uvědomujeme si, že z výpovědí participantek je patrné, že pomyslný milník mezi osobami ohroženými HIV/AIDS a osobami s HIV a s onemocněním AIDS, byl v některých případech překročen.

7.2 Doporučení pro praxi

Tato problematika je stále pro mnohé tabu, je stále stigmatizována a je to zapříčiněno nedostatečnou informací. Zjistili jsme, že informace o HIV/AIDS svým způsobem ovlivňují všechny zúčastněné, a právě z tohoto důvodu jsme ve spolupráci s grafičkou Annou Janálovou vytvořili informační plakáty, jenž pojednávají o možnostech přenosu tohoto infekčního onemocnění (Viz. Příloha P II., a Příloha P III.). Snažili jsme se, aby to bylo jednoduché, stručné, výstižné a hlavně, aby to dokázalo upoutat pozornost všech. Participantka pracující v azylovém domě pro ženy a matky s dětmi uvedla, že aby došlo ke zrealizování přednášky o této problematice, musely by o to klientky projevit zájem. Právě z tohoto důvodu se domníváme, že forma plakátu dokáže nenásilnou formou předat potřebné informace s cílem působit preventivně. Dle našeho názoru přednášky jsou vhodné spíše pro pracovníky pracující v sociálních službách či ve zdravotnickém zařízení. Právě přednášky, prostřednictvím kterých jsou předávány informace o této problematice, mohou sloužit k uklidnění kolektivního strachu. Dovedeme si představit, že by zřizovatel uspořádal tuto přednášku pro pracovníky v případě, kdy by docházelo k diskriminaci HIV/AIDS klienta, uživatele nebo pacienta. Například ve zdravotnickém zařízení by tuto přednášku mohli zaměstnanci absolvovat v rámci celoživotního vzdělávání.

V rámci analýzy dat se nám vynořilo další téma, jenž by bylo možné zkoumat a to: Informovanost Zdravotně sociálních pracovníků o HIV/AIDS. Je to z toho důvodu, že participantka číslo čtyři uvedla, že pracovník pracující ve zdravotnickém zařízení musí vědět co může a co nemůže při spolupráci s touto cílovou skupinou. Právě toto by mohlo být námětem dalších vysokoškolských prací studentů například oboru Zdravotně sociální pracovník.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku HIV a AIDS, resp. na roli sociálního pracovníka při práci s osobami ohroženými HIV a AIDS. Ačkoliv se může zdát, že tato problematika je ve společnosti omílaným tématem, stále přetrvává strach a stigma, které limituje jedince, jejichž životní styl je v rozporu se společensky uznávanými normami.

Hlavním cílem tedy bylo zjistit, jak sociální pracovníci vnímají osoby ohrožené onemocněním HIV a AIDS. Tento cíl jsme se rozhodli zkoumat kvalitativně, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, jež jsme realizovali s vybranými sociálními pracovníky. Je velmi obtížné jednoznačně říci, jak sociální pracovníci tuto problematiku vnímají. Některé námi dotazované sociální pracovnice HIV a AIDS vnímají jako onemocnění, na které se umírá a které může mít negativní dopady na jedince, ale i na jeho rodinu a blízké. Právě mnohdy až ty dopady mohou být příčinou toho, že klient naváže spolupráci se sociálním pracovníkem. Bylo zajímavé, že sociální pracovnice pracující s IUD, která dle našeho názoru do kontaktu s osobami ohroženými HIV/AIDS přijde nejvíce uvedla, že si prvotně ani neuvědomuje to, že by pro ni klienti mohli představovat nějaké riziko.

Dle našeho názoru, tato problematika je úzce spojena se stigmatem a informacemi. V rámci analýzy dat jsme si všimli, že námi dotazované sociální pracovnice mají pocit, že informací o této problematice je ve společnosti nedostatek. Právě mnohdy nedostatečná informovanost a nepochopení ze strany okolí může být důvodem sociálního vyloučení jedince, jenž se chová „rizikově“.

Tato práce může posloužit k získání informací o této problematice sociálním pracovníkům, studentům humanitních oborů a ostatně i široké veřejnosti. Snažili jsme se o to, aby tato práce byla užitečná i pro samotné klienty, uživatele či pacienty. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli, že výstupem této práce budou informační plakáty, jenž v jednoduché formě nastíní, jakého chování se vyvarovat a jakým způsobem se HIV nepřenáší. Funkce těchto plakátů je preventivní a klade si za cíl, upoutat pozornost a předat informace každému, ke komu se dostanou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ALONZO, Angelo A. a Nancy R. REYNOLDS. Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science and Medicine* [online]. 1995, **41**(3), 303-315 [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953694003846>
- [2] ARONSTEIN, David M. *HIV and Social work: A Practitioner's Guide*. New York: The Haworth Press, 2014. ISBN 1-56023-906-9.
- [3] BEDNÁŘOVÁ, Zdena. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk, 2003. Co, jak, proč?. ISBN 80-723-9148-8.
- [4] *Drogy-info* [online]. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015 [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=108>
- [5] FLETCHER, Jenna. For HAART to be effective, a person must take the medication exactly as a healthcare provider prescribes. Avoid missing doses or stopping medication for any period of time. Adhering to the regimen will prevent HIV from multiplying in the blood and affecting the immune system. *Medical News Today* [online]. Brighton, UK: Healthline Media, 2018 [cit. 2018-12-27]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323897.php>
- [6] GALLANT, Joel E. *100 questions and answers about HIV and AIDS*. United States of America: Jones and Barlett Publishers, 2009. ISBN 978-0-7637-5042-8.
- [7] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.
- [8] GHODSE, Hamid. *Ghodse's Drugs and Addictive Behaviour: a Guide to Treatment*. 4. New York: Cambridge University Press, 2010. ISBN 978-0-521-72755-6.
- [9] GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: Pro pedagogické obory*. Praha 7: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1
- [10] GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, 2013, s. 105-116. *Pedagogika (Grada)*. ISBN 978-80-247-4368-4.
- [11] HABIB, Tanzima Zohra a Md. Siddiqur RAHMAN. Psycho-Social Aspects of AIDS as a Chronic Illness: Social Worker Role Perspective. *Antocom* [online]. 2010, **6**(1.),

- 79-89 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/0e55/1b5b97a4ba3b1008f72aa453309bfe2f83c6.pdf>
- [12] HANČILOVÁ, Blanka. Přednosti a nevýhody regulace trhu s prostitucí. *Feminismus.cz: Názorový portál současného feminismu* [online]. Praha: Gender studies, 2018, 2011 [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <https://www.feminismus.cz/cz/clanky/prednosti-a-nevyhody-regulace-trhu-s-prostituci>
- [13] HÁJEK, Marcel. *Chirurgie v extrémních podmínkách: Odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha 7: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4587-9.
- [14] *HIV Komunita* [online]. Praha: Česká společnost AIDS pomoc, ©2014 [cit. 2018-11-12]. Dostupné z: <http://www.hiv-komunita.cz/zakladni-informace-o-viru-hiv-a-onemocneni-aids.html>
- [15] *HIV Prevence* [online]. Praha: Česká společnost AIDS pomoc, 2019 [cit. 2019-04-28]. Dostupné z: <http://www.hiv-prevence.cz/pre-expozicni-profylaxe-tzv-predlezeni.html>
- [16] HOUDEK Lukáš a Barbora PŠENICOVÁ. "Mezi ženami ze sexbyznysu převažují samoživitelky," říká sociální pracovnice. *HateFree* [online]. Praha: Agentura pro sociální začleňování, ©2014, 2018 [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <https://www.hatefree.cz/blo/rozhovory/2824-barbora-psenicova>
- [17] CHMELÍK, Jan. *Mravnost, pornografie a mravnostní kriminalita*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8739-6.
- [18] JILICH, David a Veronika KULÍŘOVÁ. *HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství*. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3325-1.
- [19] KAJANOVÁ, Alena. *Sociální patologie: vybrané kapitoly*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. ISBN 978-80-7394-449-0.
- [20] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3405-6.

- [21] KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
- [22] KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha 7: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
- [23] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
- [24] KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.
- [25] KIPPAX, Susan. Living with HIV: Recent research from France and the French Caribbean (VESPA study), Australia, Canada and the United Kingdom. *AIDS* [online]. 2007, **21**,(1.), 1-3 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: [https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2007/01001/Living_with_HIV__Recent_research_from_France_and_the_French_Caribbean_\(VESPA_study\),_Australia,_Canada_and_the_United_Kingdom.1.aspx](https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2007/01001/Living_with_HIV__Recent_research_from_France_and_the_French_Caribbean_(VESPA_study),_Australia,_Canada_and_the_United_Kingdom.1.aspx)
- [26] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- [27] MACHOVÁ, Jitka. *Výchova ke zdraví: 2., aktualizované vydání*. 2. Praha 7: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5351-5.
- [28] MALINOVÁ, H. 2005. Sociální práce se ženami, které poskytují placené sexuální služby. In. MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- [29] MARINELLA, Mark A. *Často přehlédnuté diagnózy v akutní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1735-7.
- [30] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.
- [31] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [32] MIOTT, Jana. *Život s HIV/AIDS: strategie zvládání rizik a narušené identity*. Praha, 2011. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Jan Morávek.

- [33] STÁRKOVÁ, Libuše. Stigmatizace v pedopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2013, **14**.(1.), 10-13 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie-propraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/03.pdf>
- [34] OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.
- [35] PATES, Richard. *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behaviour: International Policy and Practice*. UK: Blackwell Publishing, 2012. ISBN 978-1-4051-8297-3.
- [36] PODZIMEK, Kamil. Jsme terénní sociální pracovníci pro cílovou skupinu uživatelů drog. *Sociální služby*. 2013, **15**.(5.), 18-19. ISSN 1803-7348.
- [37] Roční zprávy o výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha 10: Státní zdravotní ústav, ©2018 [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/rocnizpravyo-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-v-cr>
- [38] *Rozkoš bez rizika* [online]. Praha: hmsdesign.cz [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: <https://rozkosbezrizika.cz>
- [39] ROZSYPAL, Hanuš. *Základy infekčního lékařství*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2015. IS BN 978-80-246-2932-2.
- [40] ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce*. Praha: SLON, 1994. ISBN 80-85850-00-1.
- [41] ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo Čermák a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
- [42] SHIVAIROVÁ, Olga. Kvalita života HIV pozitivních osob. *E psychologie: elektronický časopis ČMPS* [online]. 2010, 2010, **4**.(2.), 22-40 [cit. 2019-03-24]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/shivairova-et-al.pdf>
- [43] STOLLEY, Kathy S. *HIV/AIDS*. 1. United States of America: ABC-Clio, 2009. ISBN 978-0-313-34421-3.
- [44] ŠÍDOVÁ, Lucie, Jana POLÁKOVÁ a Hana MALINOVÁ. *Ze sexbyznysu na trh práce?: Přenos znalostí v oblasti legálního uchopení prostituce a jeho dopad na trh práce*. Praha: Rozkoš bez rizika, 2013. ISBN 978-80-260-4963-0.

- [45] ŠŤASTNÁ, Lenka a Matuš ŠUCHA, ed. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí: [monografie]*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2010. ISBN 978-80-254-6807-4.
- [46] TAKAHASHI, Lois M. *Homelessness, AIDS and Stigmatization: The NIMBY Syndrome in the United States at the End of the Twentieth Century*. Oxford: Clarendon Press, 1998. ISBN 0-19-823362-0.
- [47] Tisková zpráva Státního zdravotního ústavu ke Světovému dni boje proti AIDS 2018. *Státní zdravotní ústav* [online]. Praha, 2018, 2018 [cit. 2018-12-23]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2018/Tiskova_zprava_SZU_ke_Svetovemu_dni_boje_proti_AIDS_2018.pdf
- [48] VANÍČKOVÁ, Eva. *Dětská prostituce*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2218-4.
- [49] Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů Česká republika* [online]. © 2017 [2018-12-23]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf
- [50] WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [51] WHITESIDE, Alan. *HIV and AIDS: a very short introduction*. Second edition. New York, NY: Oxford University Press, 2016. Very short introductions. ISBN 978-0-19-872749-1.
- [52] WILEY, John. *Handbook of HIV and Social work: Principles, Practice and Populations*. Canada: Cynthia Cannon Pondexter, 2010. ISBN 978-0-470-26093-7.
- [53] ZÁHUMENSKÝ, Jozef, David JILICH a Daniela VAŇOUSOVÁ. *Základy moderní venerologie: učebnice pro mezioborové postgraduální vzdělávání*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-429-6.
- [54] Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. © 2017 [2018-12-23]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbachstav_k_1._10._2017.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CDC	Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí
USA	Spojené státy americké
HR	Harm reduction
IUD	Injection drug user
PrEP	Pre-expoziční prooxylaxe
PEP	Post-expoziční profylaxe
IPA	Interpretative phenomenological analysis
P1	Participantka č. 1
P2	Participantka č. 2
P3	Participantka č. 3
P4	Participantka č. 4
P5	Participantka č. 5
P6	Participantka č. 6

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Hlavní téma: HIV/AIDS.....	43
Obrázek 2 Hlavní téma: Stigmatizace	47
Obrázek 3 Hlavní téma: Sociální práce s osobami s HIV a AIDS	51

SEZNAM PŘÍLOH

- P I. Rozhovor – seznam otázek
- P II. Leták pro klienty sociálních služeb
- P III. Informační leták pro veřejnost

PŘÍLOHA P I.: ROZHOVOR – SEZNAM OTÁZEK

Pověste mi něco o sobě.

Když se řekne HIV pozitivní a AIDS, co to pro vás znamená?

Jaké jsou největší dopady HIV a AIDS na člověka dle vašeho názoru?

V čem jsou specifika práce s lidmi ohroženými HIV dle Vašeho názoru?

V čem jsou bariéry práce s lidmi ohroženými HIV dle Vašeho názoru?

Ovlivňuje Vás práce s lidmi ohroženými HIV?

Máte obavy při práci s lidmi ohroženými HIV?

ZAŽILS NĚCO
Z TOHO?



CHRAŇ SE!
HIV-PREVENCE.CZ

Pokud na to nemáš prachy, obrať se na KÁČKO, kde ti zadarmo poskytnou kondomy a jehly. Pokud máš strach z HIV, zajdi tam a oni tě zadarmo otestují.

KÁČKA | KONTAKTNÍ CENTRA VE ZLÍNSKÉM KRAJI

KROMĚŘÍŽ

Kontaktní centrum PLUS
Ztracená 63 | Kroměříž

+420 573 336 569

UHERSKÉ HRADIŠTĚ

Kontaktní centrum Uherské Hradiště
Šromova 145 | Uherské hradiště

+420 777 454 795

ZLÍN

Kontaktní centrum Zlín
Gahurova 1563/5 | Zlín

+420 774 256 540

VSETÍN

Kontaktní centrum Klíč
Ohrada 1897 | Vsetín

+420 571 436 900

„BACHA, MÁ TEN AIDS!!“

#DESTIGMATIZACEHIV/AIDS

TĚMITO ZPŮSOBY SE V RÁMCI BĚŽNÉHO SPOLEČENSKÉHO STYKU HIV NEPŘENÁŠÍ

Stiskem ruky, přátelským polibkem na tvář nebo na ústa, nápojem v restauraci, na záchodě a v koupelně, u pítka, penězi, ve sprchách, telefonováním společným přístrojem, v kině, v bazénu, v tělocvičně a v posilovně, při přijímání návštěv, při návštěvách v nemocnici, při návštěvě u lékaře, společným používáním příborů, ložním a spodním prádlem, ve škole (u dětí), při otvírání dveří, v taxíku, v autobuse, ve vlaku, v metru a jiných dopravních prostředcích, při dárcovství krve



V BAZÉNĚ

V AUTOBUSE, TAXI...

NA PRACOVÍŠTI SE HIV NEPŘENÁŠÍ!

V šatnách a převlékárnách, ve sprchách, v závodních jídelnách a restauracích, bufetech a kantýnách, používání automatů a pitítek, na sekretariátech a v kancelářích, společným používáním nástrojů a náradí, ochranných pomůcek a masek, prací v blízkosti HIV pozitivního člověka.



..A PŘESNĚ TAKTO AIDS NEZÍSKÁŠ!

HIV-PREVENCE.CZ/CEHO-SE-NEBAT