

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ U BEZDOMOVců**  
**A JEHO VLIV NA ZDRAVÍ**

**Diplomová práce**

Autor práce: Bc. Vendula Zlatušková

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 15. 8. 2013

## ABSTRAKT

Diplomová práce zpracovaná na téma "Sociální vyloučení u bezdomovců a jeho následný vliv na zdraví" podává ucelený pohled na problémy lidí, kteří se nacházejí bez střechy nad hlavou, rodinných a společenských vazeb a často trpí zhoršeným zdravotním stavem a nedostatkem kvalitní sociální a zdravotní péče. Prvotní souvislost mezi zdravotním stavem a sociální situací člověka byla popsána skrze tzv. "sociální determinanty zdraví" dle Marmota a Wilkinsona. Aktuálnosti tématu sociálních determinantů zdraví nasvědčuje i skutečnost, že přes nesčetné množství výzkumů na toto téma je stále třeba hledat metodické a výzkumné teze pro zajištění neobjevených teoretických poznatků.

V teoretické části, nazvané kapitolou "Současný stav", se zabývám myšlenkami a prostudováním základních pojmů jakými jsou chudoba, hmotná nouze, deprivace, diskriminace, marginalizace, stigmatizace, sociální selhání apod. Poté samotnou problematikou sociálního vyloučení, příčinami, projevy a mechanismy. Definováním objektivních a subjektivních faktorů bezdomovectví, dále a s větší důležitostí problematikou zdraví a jeho determinant, přičemž nastiňuji právě problematiku zdraví týkající se osob bez přístřeší, především somatické a psychické komplikace, navazující na systém zdravotní péče poskytovaný těmto lidem. V závěru teorie vyjmenovávám organizace, tvořící konceptuální rámec nad fenoménem bezdomovectví a vyjmenovávám instituce, které se věnují materialistické a psychosociální pomoci těmto lidem.

Cílem bylo odhalit a vydefinovat prvky sociálního vyloučení u bezdomovců a nalézt jejich podmíněnost ve vztahu k subjektivnímu vnímání zdravotního stavu.

- nalézt hlubší vysvětlení faktorů sociálního vyloučení bezdomovců
- zjistit, zda mělo na jeho momentální situaci vliv právě zhoršení zdraví
- zjistit pohled bezdomovců na vnímání svého celkového
- zjistit možnosti pozitivního ovlivnění jejich situace

Základním položeným podkladem pro výzkum byly následující výzkumné otázky:

V1: Jaké příčiny hrály významnou roli v ocitnutí se respondentů na ulici?

V2: Jak lidé bez domova hodnotí své momentální zdraví?

V3: Jak lidé bez domova vnímají pomoc v oblasti zlepšení jejich situace?

Předmětem výzkumu jsou souvislosti mezi životní (sociální) situací vybrané skupiny obyvatel a jejich subjektivně vnímaným zdravotním stavem.

Ke zjištění potřebných údajů byla použita metoda kvalitativního charakteru, technika polořízeného rozhovoru doplněna pozorováním.

Výzkum byl proveden v Azylovém domě sv. Pavla v Českých Budějovicích, kde jsem absolvovala odbornou praxi a měla tak možnost nahlédnout do života lidí, ocitajících se bez domova. Rozhovory byly uskutečněny s 10 respondenty a výsledky zkoumaného souboru jsou shrnuty v podobě kazuistik. Následně rozděleny do kategorií a interpretovány podle podobnosti či rozdílnosti uvedených tvrzení.

Byly prozkoumány tyto kategorie: původní rodina, partnerské vztahy, ztráta bydlení (prvotní příčina ve smyslu krizové události) ocitnutí se na ulici, trh práce a pracovní příležitosti, problematika dluhů, spokojenost se zdravotní péčí, závislosti, strava, sociální opora (pomoc), fyzické zdraví, psychické zdraví, pomoc AD sv. Pavla, vnímání své životní situace (obavy, strádání, budoucnost), symbolické vyloučení.

Závěrem uvádím, že výzkum přináší zajímavé postřehy osudů lidí, co člověk, to originál a skládanka nesčetného množství problémů počínaje zvýšenou hladinou stresu, duševních poruch, přes nedostatečnou životosprávu a vyšších sazeb kouření i ke zhoršení fyzického zdraví a často i pochmurné naděje pro lepší budoucnost.

Extrémní forma sociální vyloučení - bezdomovectví je výsledkem generalizovaného psychosociálního selhání spojeného se ztrátou komplexu běžných rolí. Souhlasím s tvrzením autorů Wilkinsona a Matrmota: "Žijí-li lidé v těchto podmínkách dlouho, utváří se bludný kruh s pravděpodobně zvyšujícími se zdravotními problémy."

Tato práce může být využita jako podklad pro další kvantifikovatelné zkoumání sociálních determinant zdraví souvisejících s bezdomovectvím. Společně se sociální pracovníci AD sv. Pavla vnímám absenci propojení zdravotně sociálních služeb pro osoby bez domova. Tuto problematiku je třeba dále prohlubovat, aby posléze mohla sloužit k ovlivnění veřejné politiky při formování prostředí ovlivňujícího naše zdraví.

## **ABSTRACT**

The thesis topic „Social exclusion among the homeless and its subsequent impact on health" provides the deeper understanding of the problematic regarding homeless people who are without family/social connections and often suffer from lack of social and health care. The original link between the health condition and social situation of the person was described through so called **“social determinants of health”** (Marmont, Wilkinson).

The theoretical part of the thesis called „Current Status“ elaborates on the study of the fundamental ideas and concepts such as poverty, material poverty, deprivation, discrimination, marginalization, stigmatization, social failure, etc. along with the actual problems of social exclusion, causes, manifestations and mechanisms.

In addition the thesis defines the objective and subjective factors of homelessness, health problematic and its determinants, trying to provide an insight into somatic and psychological complications, which are linked to the system of health care provided towards the homeless people.

In the conclusion of the theoretical part of the thesis the author names the organizations, which forms the conceptual framework of the homelessness phenomenon along with the institutions dedicated to the material and psychosocial help concerning the homeless people.

The aim was to detect and define the elements of social exclusion among the homeless and find their conditionality in relation to subjective health perception

- find a deeper explanation of the factors of social exclusion concerning homeless people
- determine whether the worsening health had the effect on their current situation
- check the insight of homeless people on their overall perception
- determine the possibility of outcomes, which can positively influence their situation

Basic data for the research were based on the following research questions:

V1: What causes played a significant role in respondents becoming homeless?

V2: How homeless people evaluate their current health?

V3: How the homeless people perceive assistance to improve their situation?

The subject of research part is the link between environmental (social) situation of selected group of people and their subjectively perceived health status. To determine the necessary data the qualitative method, semi-controlled interview technique supplemented by observation were used.

The research was conducted in the St. Pauls shelter in České Budejovice. The interviews were done with 10 respondents and the results of the research are summarized in form of case studies divided into categories and presented according to the similarities/differences in the respondent's claims.

The following categories were researched: original family relationships, loss of housing (the primary cause in the sense of crisis events) finding themselves on the street, the labor market and job opportunities, debt problems, satisfaction with health care, addiction, diet, social support (help) physical health, mental health, help St. Pauls, St.Paul's perception of their life situation (fear, suffering, future), symbolic exclusion. The research brings the new insights on people's lives and their problems such as increased levels of stress, mental disorders, poor diet and higher rates of smoking and the decline in physical or bleak hope for a better future.

An extreme form of social exclusion - homelessness is the result of generalized psychosocial failure associated with loss of normal complex roles. I agree with the authors Wilkinson and Matrmota: "If people live in these conditions for a long time, they are forming a vicious circle with increasing health problems." This work can be used as a basis for further research to quantify the social determinants of health associated with homelessness. I, together with the social worker of the St. Paul shelter, perceive lack of linking health and social services for the homeless. This issue should be further strengthened, so that eventually could be used to influence public policy in shaping the environment affecting our health.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Sociální vyloučení u bezdomovců a jeho vliv na zdraví“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2013

.....  
Bc. Vendula Zlatušková

### **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení i za cenné připomínky a rady při tvorbě diplomové práce. Musím poděkovat sociálním pracovnícům i klientům Azylového domu sv. Pavla, kteří se svými zkušenostmi významnou měrou podíleli na zpracování závěrečné práce.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
<b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>11</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ .....	11
1.1.1 Chudoba.....	11
1.1.2 Hmotná nouze .....	13
1.1.3 Deprivace.....	13
1.1.4 Anomie .....	13
1.1.5 Diskriminace.....	14
1.1.6 Marginalizace .....	14
1.1.7 Stigmatizace .....	14
1.1.8 Sociální selhání.....	14
1.1.9 Resocializace.....	15
1.2 SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ.....	15
1.2.1 Definice.....	15
1.2.2 Dimenze sociálního vyloučení.....	16
1.2.3 Příčiny sociálního vyloučení.....	20
1.2.4 Projevy sociálního vyloučení .....	21
1.2.5 Osoby ohrožené sociálním vyloučením .....	22
1.2.6 Mechanismy sociálního vyloučení.....	22
1.3 BEZDOMOVECTVÍ .....	24
1.3.1 Definice.....	24
1.3.2 Historie bezdomovectví.....	27
1.3.3 Objektivní a subjektivní příčiny .....	29
1.3.4 Formy a projevy.....	30
1.3.5 Vlastnosti a osobnostní problémy bezdomovců.....	32
1.4 ZDRAVÍ.....	34
1.4.1 Definice a pojetí.....	34
1.4.2 Subjektivní vnímání zdraví.....	36
1.4.3 Zdraví a nemoc .....	37
1.4.4 Zdraví a kvalita života.....	37
1.4.5 Základní determinanty zdraví .....	38
1.4.6 Sociální determinanty zdraví .....	41
1.5 ZDRAVÍ BEZDOMOVců.....	46
1.5.1 Somatické komplikace .....	48
1.5.2 Psychické potíže .....	49
1.5.3 Závislosti .....	50
1.5.4 Zdravotní péče o bezdomovce .....	52
1.5.5 Řešení problematiky zdravotní péče.....	54
1.6 ORGANIZACE POSKYTUJÍCÍ POMOC OSOBÁM BEZ PŘÍSTŘEŠÍ.....	55
1.6.1 Organizace pracující s bezdomovci .....	55
1.6.2 Služby a sociální zařízení pro bezdomovce .....	57
<b>2 CÍL PRÁCE .....</b>	<b>59</b>
2.1 CÍL PRÁCE.....	59
2.1.1 Dílčí cíle.....	59
2.1.2 Operacionalizace pojmu "sociální vyloučení" .....	59



2.1.3	Operacionalizace pojmu "subjektivní vnímání zdraví" .....	60
2.2	CÍLOVÁ SKUPINA .....	60
2.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	60
1.	JAKÉ PŘÍČINY SEHRÁLY VÝZNAMNOU ROLI V OCITNUTÍ SE RESPONDENTŮ NA ULICI? .....	60
2.	JAK LIDÉ BEZ DOMOVA HODNOTÍ SVÉ MOMENTÁLNÍ ZDRAVÍ? .....	60
<b>3</b>	<b>METODIKA .....</b>	<b>61</b>
3.1	METODIKA SBĚRU DAT .....	61
3.1	VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	62
3.2	METODIKA ZPRACOVÁNÍ DAT .....	63
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY.....</b>	<b>64</b>
4.1	KAZUISTIKY .....	64
4.2	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	87
4.3	INTERPRETACE OTÁZEK, KTERÉ BYLY POLOŽENY SOCIÁLNÍM PRACOVNICÍM.....	99
<b>5</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>102</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>109</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>112</b>
<b>8</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>121</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>122</b>
9.1	SEZNAM PŘÍLOH.....	122

## ÚVOD

Zdá se, že široce obsáhlý pojem "sociální vyloučení" je průvodním jevem moderní společnosti. O jeho aktuálnosti svědčí mnohé zprávy z dění týkající se systému politiky, přerozdělování moci do jednotlivých sfér, nýbrž i zodpovědnosti každého občana ke svým právům a povinnostem. Jedná se o dynamický proces, kterým jsou lidé vlivem chudoby, nízkého vzdělání a postavení zbavování přístupu k sociálním, ekonomickým, kulturním, ale i politickým aktivitám. Takové podmínky života bezesporu působí na lidský organismus a celkové zdraví. Sociální vyloučení spadá spolu s dalšími pojmy mezi problematiku sociálních determinant zdraví. Potřeba a poptávka po jednoznačných vědeckých důkazech vlivu sociální situace na zdraví je větší než kdy jindy.

Extrémní formou sociální vyloučení je bezdomovectví. Počínaje listopadem 1989 se v naší republice otevřela cesta novému politickému systému, jenž se zavazuje svobodnému uchopení zodpovědnosti za sebe, svou rodinu a politickou, občanskou či kulturní angažovanost. Zatímco mnozí schopní lidé využívají společenského a legislativního prostředí k užitku sobě i společnosti, jiní ji nadměrně zneužívají jen k vlastnímu prospěchu. Jsou mezi námi i tací, méně schopní, kteří se nedokázali nesporně pozitivním změnám přizpůsobit, anebo je vůbec nepochopili. Takoví lidé, kteří nedovedou uchopit odpovědnost za vlastní život a marně hledají vnější oporu.

Ve světě již proběhly mnohé studie zkoumající příčiny mezi chudobou a vybranými charakteristikami zdraví. Podnětem k vypracování tématu mé diplomové práce s názvem "Sociální vyloučení i bezdomovců a jeho vliv na zdraví" bylo trochu zvědavé nahlédnutí do osudů lidí žijících na okraji společnosti, s jakými vizemi a předsevzetími uchopili odpovědnost za prožití svého života. Pomoci osvětlit veřejnosti, s jakými problémy se potýkají, jak se cítí a kde hledají útěchu a smysl pro zlepšení své sociální situace a zdravotního stavu.

Složitý společenský problém, kterým bezdomovství nesporně je, musí být dobře poznáván a poznán, aby se mohla vytvořit funkční a účinná koncepce jeho řešení.

Cílem bylo odhalit a vydefinovat prvky sociálního vyloučení u bezdomovců a nalézt jejich podmíněnost ve vztahu k subjektivnímu vnímání zdravotního stavu

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Vymezení pojmů

### 1.1.1 Chudoba

V sociálních vědách se dosud nenachází jednotný konsenzus o závazné podobě jejího definování a tak mnozí autoři rozlišují několik typů přístupů.

Chudobu lze považovat za stav, kdy lidé nejsou schopni uspokojovat své základní potřeby v míře, kterou společnost v dané době uznává jako minimální či nezbytně nutnou a nejsou schopni získat vlastními silami prostředky k tomu, aby zajistili svoji existenci (Kotýnková, 2005, s. 128).

1. Objektivní (absolutní) přístup se snaží definovat primární potřeby lidských bytostí, jejichž neuspokojení se rovná stavu chudoby (POLIS, 2012b). Hranice chudoby je dle CESES (2004) v české sociální praxi označována za částku životního minima, která je pravidelně valorizována dle vývoje spotřebitelských cen a v současné době činí 3 410 Kč.

2. Relativní přístup upozorňuje na silné podmínění významu chudoby historickým a sociokulturním kontextem, a předpokládá pro jednotlivé státy odlišné hranice chudoby (POLIS, 2012b).

Z národního programu Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení (2010) vyčteme, že Česká republika patří k zemím s nejnižší mírou chudoby – podle metodiky EU dosáhla v roce 2007 (poslední dostupné údaje ČSÚ a Eurostatu) hodnoty 10 % (podíl osob s příjmem pod hranici 60 % mediánu národního ekvivalizovaného příjmu na spotřební jednotku), zatímco průměr zemí EU činí 16 %. Mareš (2000) ji označuje za fenomén, s nímž se společnost musela neustále vyrovnávat. Buď nastavovala morální zrcadlo chudoba společnosti, nebo společnost chudobě. Kulturu chudoby popisují Kajanová, Urban (2009) definicí dle antropologa O. Lewise jako specifický konceptuální model společnosti s vlastní strukturou a vnitřní logikou, vlastním způsobem života předávaný z generace na generaci. Jedná se o reakci a adaptační mechanismus na určité podmínky ve společnosti.

Gordon, D., Levitas, R., Pantazis, Ch. et al. (2000) identifikují chudého člověka jako trpícího nedostatkem příjmů i výrobních sil, aby si zajistil udržitelné živobytí, vesměs trpí hladem a podvýživou, častými onemocněními, má omezený nebo nedostatečný přístup ke vzdělání a k dalším základním službám. Hrozí mu bezdomovectví a často přežívá v nebezpečném prostředí. Od společnosti se jim dostává zvýšené diskriminace účasti v občanském sociálním a kulturním životě.

Subjektivní indikaci chudoby v ČR uvádí Sirovátka et al.(2005) ve vybraných indikátorech deprivace Eurostatu (2000) jako mezinárodně ověřenou a relevantní pro zjištění materiální deprivace a sociálního vyloučení. Zatímco ukazatele příjmové chudoby naznačují nevelký rozsah chudoby a její vysokou koncentraci jen k některým skupinám, indikátory finanční a materiální deprivace naznačují poněkud odlišný obraz: míra deprivace je u nás výrazně vyšší, liší se však podle různých oblastí.

Někdo může chudobu zaměňovat s pojmem sociální exkluze, tzv. vyloučení, ale v následujících kapitolách popíši, že jde v zásadě o různá vyjádření. POLIS (2012b) zmiňuje pojem sociální vyloučení jako nemateriální a procesuální podstatu chudoby a vyznačuje tak za znemožnění participace na více úrovních sociálního života.

Zmírňování výše popsaných projevů chudoby a sociálního vyloučení je předmětem zájmu a obsahu dvou významných dokumentů, mezi které patří:

- Národní akční plán sociálního začleňování České republiky, který byl vypracován v rámci Evropské strategie sociálního začleňování
- Rozvojové cíle tisíciletí - cesta ke snižování chudoby a sociálního vyloučení pro Českou republiku, byl vypracován v rámci iniciativy OSN zaměřené na zvýšení měřitelné kvality života lidí (Kotýnková, 2004, s. 38).

Marlier, Atkinson (2010) potvrzují, že měření chudoby a sociálního vyloučení je analyticky a provozně důležité na všech úrovních politiky. Ve státě hraje prozkoumání konstrukce a využití sociálních ukazatelů stále větší roli. Na základě zkušeností EU považují autoři zkoumání indikátorů chudoby (sociálního vyloučení) a zavedení souboru ukazatelů jako přínos k tvorbě politiky.

### *1.1.2 Hmotná nouze*

Dle zákona č. 111/2006 Sb., lze za osobu v hmotné nouzi považovat osobu, která v daném čase, s ohledem na neuspokojivé sociální zázemí a nedostatek finančních prostředků nemůže úspěšně řešit svoji situaci a je ohrožena sociálním vyloučením. Každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek (Listina základních práv a svobod, čl. 30, odst. 2 in Hradecká, Hradecký 1996). Matoušek (2003) dodává, že si člověk nemůže příjem zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných důvodů vlastním přičiněním, zejména vlastní prací nebo využitím majetku. Zabezpečení jeho základních životních potřeb je tak vážně ohroženo.

### *1.1.3 Deprivace*

Deprivace je dle Vágnerové (2004) stav strádání nebo nemožnosti uspokojování potřeb jak ve smyslu biologickém, tak psychologickém. Odvíjí se od faktorů nepřiměřeného způsobu, doby, po kterou člověk strádá a nedostatečné míry uspokojení. Dlouhodobá deprivace může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav i vývoj jedince a vést ke vzniku určitých specifických psychických odchylek. Podle Matouška (2003) lze rozlišit deprivaci "absolutní", kdy nejsou uspokojovány základní existenční potřeby pro přežití a "relativní", kterou člověk porovnává s jinými lidmi a tuto situaci sám považuje za nepříznivou (osamělost, nestabilní vztahy, nízká úroveň vzdělání, málo prestižní pracovní uplatnění).

Sociální deprivace je způsobena nedostatečným zajištěním statků, peněz nebo služeb, které jedinec nebo skupina pokládají za životně důležité. Stav strádání jedince, který trpí nedostatkem sociálních kontaktů (Gilarová, 2004).

### *1.1.4 Anomie*

Situace, v níž sociální normy nemají vliv na jednání lidí. Je vyvolána neexistujícími normami spojenými s postavením určitých osob ve společnosti, nebo neschopností lidí vyhovět společenským normám, protože jsou zbaveni prostředků, vzdali se snahy najít

zaměstnání apod. Stav anomie je stavem vykořeněnosti, bezmoci, chybění cílů (Matoušek, 2003).

#### *1.1.5 Diskriminace*

Diskriminací se rozumí skutečnost, kdy je s člověkem či se skupinou osob zacházeno nerovně a nespravedlivě na základě jeho socio-kulturní (etnicita, kultura, náboženství apod.) či fyzické, resp. biologické (barva pleti, pohlaví, věk apod.) odlišnosti (Toušek 2007, s. 14).

#### *1.1.6 Marginalizace*

Pojem marginalia pochází z latinského = odsuzovat, odsouvat na okraj zájmu. Marginální skupina je skupina osob, která se pohybuje na nejnižším stratifikačním stupni, tzn. na okraji společnosti a je společností zpravidla negativně vnímána. Patří mezi ně např. prostitutky nebo narkomani (Kajanová, 2009). Stejně tak ve slovníku Gilarové (2004) najdeme význam odsunutí jedinců nebo sociálních skupin do méně významného postavení. Za marginální jsou především označovány bezdomovci, kteří do společnosti nebyli plně integrováni.

#### *1.1.7 Stigmatizace*

Gilarová (2004) takto uvozuje děj pro negativní odlišení od platných standardů a norem (psychické, fyzické nebo sociální normality). Ohrožuje sociální identitu a plné přijetí ze strany druhých. Stigmatizací dochází k tzv. "stigmatu" tj. přiřčení negativních společenských atributů. Matoušek (2003) ji nazývá postupem, během něhož je člověku s deviantním chováním přidělena nálepka, která předurčuje, jak s ním potom bude ve společnosti zacházeno.

#### *1.1.8 Sociální selhání*

Společenský neúspěch ohrožující svého nositele, případně další lidi. Zahrnuje: kriminální chování, závislost na alkoholu, na nealkoholových drogách, hráčství,

sebevražedné jednání, nezaměstnanost, předčasné ukončení povinného vzdělání u dětí, život bez domova na ulicích, prostituci, příslušnost k sektám (Matoušek, 2003).

### *1.1.9 Resocializace*

Sociální začleňování lidí zpět do společnosti, ze které byli dříve vyřazeni. Vágnerová (2004) ustanovuje integraci jako zvládnuté adaptování ze strany diferencovaného jedince i většinové společnosti. Představuje však náročný proces a ne vždy končí úspěšně. Pokud jsou požadavky k její motivaci slabé a zároveň roste psychická zátěž s ní spojená, je velmi pravděpodobný postoj odmítavosti, rezignace a lidé raději zůstávají dále izolováni ve svých zajetých kolejích.

## **1.2 Sociální vyloučení**

*"Zvětšuje se počet těch, kdo jsou na okraji společnosti, kdo jsou vyloučeni, odvrženi a zahrnutí na okraj vlastních společností i světa, jsou odepsáni a zapomíná se na ně. Zámožní, dynamičtí, pružní na ně raději nemyslí, nevšímají si jich a nezačleňují je do svého obrazu světa."* Ryszard Kapuściński, 2005. Lapidárium. Praha: Mladá fronta, str. 35. in (Mareš; Horáková; Rákoczyová, 2008).

### *1.2.1 Definice*

Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách se rozumí nepříznivou sociální situací takový stav oslabení nebo ztráty 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 jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. Sociálním vyloučením se rozumí vyčlenění osoby mimo běžný život a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.

Termín sociálního vyloučení můžeme interpretovat různě, není jednoznačný. Některá z definic zdůrazňuje, že sociální vyloučení může vzniknout tehdy, pokud se přeruší

sociální pouto mezi jednotlivcem a státem. Dle Navrátila (2003) se jedná o souvislý stav nebo proces, kterým jsou jednotlivci i celé skupiny osob (rodiny, komunity) omezování či zbavování přístupu ke zdrojům nezbytným pro zapojení se do sociálních, ekonomických, politických aktivit společnosti jako celku. Terminologie Rady Evropy, jak uvádí Kotýnková (2005), popisuje sociální vyloučení jako nerovnost participace jednotlivce nebo celých skupin obyvatel na jejich podílení se ve společenském životě lidí. To je důsledek nerovnosti k pěti zdrojům v lidské společnosti (zaměstnání, bydlení, sociální ochraně, zdravotní péči, vzdělání).

Matoušek (2003) na tuto problematiku upozorňuje ve slovníku jako komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti. Vyskytuje se na jejím okraji v izolaci nebo ve společnosti podobně deprivovaných lidí.

Jako důsledek nerovnosti v přístupu k rozdělovanému bohatství společnosti a distribuci bohatství vytvářeného tržní ekonomikou je chudoba. Zejména je spojena s vyloučením jednotlivců od materiálních zdrojů společnosti (z konzumní společnosti a zároveň ztráta sociálního místa ve společnosti). Vavřík (2010) říká, že se termín od chudoby jako takové se liší nejen nedostatečnými příjmy, ale také odsunutím na okraj společnosti.

Sociální exkluze je koncept, jenž zahrnuje nezaměstnanost, diskriminaci, sociální izolaci, materiální deprivaci a chudobu, sociální utrpení a mizérii všech forem (Mareš, 2004, s. 19). Stejně jej charakterizuje Vacková (2012) a říká, že svými příčinami i důsledky chudobu daleko více přesahuje. Sociální vyloučení považuje za fenomén mnoha diskuzí uvedený v národních i mezinárodních dokumentech.

### *1.2.2 Dimenze sociálního vyloučení*

Gabal, Víšek (2010) charakterizují vývoj české společnosti po roce 1990 transformací směrem k otevřené soutěži na trhu práce. Formovala se novou perspektivou individuálního úspěchu, následného zbohatnutí a růstu životní úrovně a spotřeby. Vše bylo založeno na odpovědnosti za vlastní výkonnost a schopnosti.



Koncept sociální exkluze má své kořeny v 70. letech ve Francii, kdy byl poprvé použit pro specifickou situaci určitých skupin obyvatel žijících na okraji společnosti, kteří byli odříznuti od pracovních příležitostí a zároveň od záchranné sítě státní sociální pomoci. Postupně získával pojem na popularitě i v ostatních zemích Evropy, především ve Velké Británii. Význam termínu se rozšířil: dnes nezahrnuje pouze neschopnost dosáhnout na dávky sociálního zabezpečení, ale popisuje a vysvětluje řadu dalších jevů. V 90. letech se tento pojem stal součástí sociální politiky Evropské unie (POLIS, 2012a; Toušek, 2007).

Průzkum Poverty and Social Exclusion od Gordon, D., Levitas, R., Pantazis, Ch. et al. (2000) rozlišuje mezi čtyřmi rozměry vyloučení. Chudobou, vyloučení z dostatečného příjmu nebo zdroje práce (vyloučení z trhu), vyloučení ze služeb a vyloučení ze sociálních vztahů. Stejně tak Vavřík (2010) uvádí existenci tří diskursů vysvětlení pojmu:

- *Redistribuční diskurs* - jedná se o pojetí, kdy sociální vyloučení vzniká v důsledku nerovnoměrného rozložení potenciálních zdrojů a participace na veřejném životě společnosti. Nedostatek finančních prostředků, kontaktů a příležitostí má za následek úpadek a tak i vyloučení ze společnosti, která se spolupodílí na chodu základních společenských i kulturních akcí. POLIS (2012a) tento diskurs doplňuje o poznatek zabývání se příčinami osob žijících v chudobě (jde o sociální vlivy, které tuto situaci způsobují).
- *Morálně kulturní diskurs* - zde je sociální vyloučení chápáno jako nesouhlas a rezignace na přijaté normy společnosti, a to hlavně týkající se práce a rodiny. Vydělávání peněz prostřednictvím nelegální práce a řádná výchova dětí mění se v nezodpovědnou jsou hlavními znaky tohoto modelu. POLIS (2012a) tímto rozdělením chápe kriminální chování a morální úpadek celých sociálních skupin.
- *Sociálně integrativní diskurs* - sociální vyloučení je chápáno zejména jako vyloučení z trhu pracovních příležitostí. Člověk, který je bez práce, je zároveň vyloučen i z řady běžných aktivit a dochází tak i k jeho izolaci v časoprostoru. Může získat i pocit zbytečnosti a znovuhledání vlastní identity v moderní

společnosti. Nedostatkem finančních prostředků se může člověk propůjčit i kriminálnímu jednání (Vavřík, 2010).

Přesun od konceptu chudoby ke konceptu sociálního vyloučení je výsledkem snahy zachytit nové rysy rostoucí chudoby 80. let našeho století: (a) její přetrvávání v čase, (b) prostorovou koncentrací (c) doprovázenou zde marginalizací, patologickým jednáním a vzdorováním normám hlavního proudu společnosti, ale současně i (d) závislostí na sociálním státu a (e) rozpadem tradičních sociálních institucí, jako je například rodina. Není to přitom jen záměna pojmů, ale i záměna předmětu zájmu. Tím již není ani tak problém distribuce bohatství jako spíše problém následného oslabení pout, která spojují společnost (Mareš, 2000).

Existuje řada pokusů o vymezení jednotlivých dimenzí sociální exkluze, které např. zmiňuje Toušek (2007), prostorové, ekonomické, kulturní, apod. Za předního odborníka považují právě Mareše (2004). Ekonomické vyloučení je zdrojem chudoby a vyloučení ze životního standardu a životních šancí obvyklých ve společnosti či v dané kolektivitě (Mareš, 2000). Dimenzi sociální upřesňuje Mareš (2004) jako rozbití tradiční domácnosti a rozpadu manželství, bezdomovectví, kriminalita, nechtěná těhotenství nezletilých. Politické vyloučení je upřením občanských, politických, ale i základních lidských práv (Mareš, 2000). V publikaci z roku 2004 ji Mareš doplňuje nízkou účastí ve volbách, upíráním politických práv a neschopností participace na svém živobytí. Další rozdělení nabízí dimenze komunitní (devastované prostředí a obydlí, nedostupnost služeb, kolaps průměrných sítí), dimenze individuální (fyzický nebo mentální handicap či nemoc, chybějící vzdělání a kvalifikace, ztráta sebevědomí a sebeúcty), dimenze prostorová (koncentrace vyloučených v oblastech s kumulací rizikových jevů, jako je kriminalita, a bez odpovídající kvality života: špatné životní prostředí, nedostatečná dopravní dostupnost a infrastruktura, nekvalitní občanská vybavenost včetně školství a zdravotnictví) a dimenze skupinová (koncentrace uvedených charakteristik vyloučení v určitých konkrétních sociálních skupinách). Za kulturní vyloučení považuje Mareš (2000) odepření práva podílet se na kultuře společnosti a sdílet její kapitál i hodnoty.

Je zřejmé, že se různé úrovně dimenzí prolínají s vlastnostmi osob, charakteristikami jejich životního prostředí, ale i se sociálními procesy. Misíková (2008) jen doplňuje další typ vyloučení a to symbolické, jenž je spojeno se stigmatizací jednotlivců či skupin. Sdělovacími prostředky bývají často zkreslovány a označovány tak za osoby méněcenné a špatné.

Toto ohrožení může být důsledkem zejména čtyř faktorů (mnohdy jejich kombinací), kterými jsou především:

- Odmítnutí majoritní společnosti integrovat určité jedince či kolektivity. Může jít o marginalizované osoby, ale i o celé kolektivity odmítané vědomě majoritou na základě jejich kulturní, náboženské či jiné odlišnosti.
- Odmítnutí určitých jedinců či kolektivů integrovat se a jejich tendence vytvářet uzavřené kulturně (nebo úžeji nábožensky) vymezené enklávy, často i ve formě komunit, které jsou vymezeny i územně a ohraničují se mnohdy i kulturně a jazykově (vytváří se tak hranice mezi těmito komunitami a majoritní společností).
- Osobní charakteristiky vylučovaných osob, jako jsou nízká úroveň jejich kapitálů (ekonomického kapitálu, vzdělání a sociálního kapitálu) nebo nekompatibilita jejich kapitálů s kapitálem majoritní společnosti (odlišný kulturní kapitál). Tyto osobní charakteristiky považují někteří za důsledek osobnostních defektů a nemorálnosti, jiní poukazují na to, že jsou dány hlavně strukturálními faktory (blokové příležitosti).
- Strukturální faktory (často související i s hodnotami) bránící jedincům či kolektivům integrovat se (nezávisle na jejich vůli k integraci i nezávisle na vůli majoritní společnosti integrovat je), zejména velké nerovnosti, povaha lokálních trhů práce, na něž jsou vylučované osoby odkazovány, špatné životní prostředí a nedostatečná občanská vybavenost území, na němž žijí.

Zmíněné faktory často působí společně, a proto je velmi obtížné celou situaci změnit a dochází zde k sociální reprodukci marginalizace a vyloučení (Mareš, 2006, s. 6).

### 1.2.3 Příčiny sociálního vyloučení

Tento proces má nespočet příčin, přičemž primárně je jimi chudoba a nedostatek příjmů vysvětluje Navrátil (2003). Přispívají k němu i další faktory: diskriminace, nízké vzdělání či špatné (zdevastované) životní podmínky. Sociálně vyloučení jsou odříznuti od institucí a služeb, sociálních sítí a vzdělávacích příležitostí.

Mareš, Horáková, Rákoczyová (2008) popisují výzkum v oblasti sociálního vyloučení, kdy dotázaní aktéři vysvětlují v kontextu omezené možnosti výkonu svých občanských práv spíše výjimečně. Většina z nich v něm spatřuje individuální záležitost a to právě omezené schopnosti jedince participovat ve společnosti ať už v důsledku výrazně sníženého intelektu, psychického onemocnění, velmi nízkého sociálního kapitálu. Dá se říct, že přesto mnoho z nich vidí problém v postojích příslušníků většinové společnosti (předsudky, stigmatizace, diskriminace, xenofobie).

Vznik sociálního vyloučení je podmíněn kombinací několika faktorů, jedná se tedy o multidimenzionální jev. Podílejí se na něm jednak faktory vnitřní (nízké vzdělání či drogová závislost), jednak vnější příčiny (např. diskriminace), (Kajanová, Urban, 2009, s. 54). Vnější a vnitřní příčiny přehledně rozděluje Toušek (2007). Vnější vlivy jsou charakterizovány mimo dosah a kontrolu vyloučených osob. Takové vlivy nemohou sociálně vyloučení lidé ovlivnit vlastním jednáním, protože jsou dány širšími společenskými podmínkami. Mohou být ovlivněny jednáním ostatních lidí.

Do této oblasti spadá především trh práce a jeho charakter, bytová politika státní správy a místní samosprávy, sociální politika státu, praxe místních samospráv ve vztahu k sociální oblasti, diskriminace či stigmatizace některých jedinců na základě charakteristik jako rasa, etnicita, národnost, sociální status apod. (Toušek, 2007, s. 8).

Vnitřními příčinami rozumíme dle Touška (2007) jednání konkrétních lidí, jichž se sociální vyloučení týká. Ti si mohou svým konáním situaci sociálního vyloučení přímo způsobovat. Třebaže se jedná o příčiny individuální, přesto však bývají důsledkem příčin vnějších. Jedná se o ztrátu pracovních návyků při dlouhodobé nezaměstnanosti, neschopnosti hospodařit s penězi a dostát svým finančním závazkům, orientaci na okamžité uspokojení potřeb vyplývající z dlouhodobé frustrace nebo apatie a nízká motivace k řešení vlastních problémů (Toušek, 2007, s. 9).

#### 1.2.4 Projevy sociálního vyloučení

Jedná se o začarovaný kruh, vysvětluje Kajanová, Urban (2009), kdy nezaměstnanost související s omezeným přístupem na trh práce produkuje závislost na sociálních dávkách. S tím dále souvisí nízká kvalifikace a vzdělanost těchto lidí. Většinou tak mají omezený přístup ke službám a absencí sociálních vztahů mimo svojí lokalitu se dostávají až k mnoha problémům, které se samozřejmě odráží i na jejich zdravotním stavu. Hradecká, Hradecký (1996) označují proces vyloučenosti za spirálu, kdy spolu vše souvisí a z jednoho problému vzniká druhý. S nízkým vzděláním a nekvalifikovaností často přichází nezaměstnanost. Od nízkých příjmů se odvíjí nízká kvalita či hrozící ztráta bydlení. Takovým lidem se dostává málo příležitostí, není pro ně lehce dostupná zdravotní péče, zabezpečení ve stáří apod.

Gabal, Víšek (2010) zmiňují, že samotný fenomén sociálního vyloučení má se všemi negativními projevy (sociálních a politických důsledků) také významné důsledky ekonomické, a to ve značných rozpočtových nákladech/výdajích.

Šance řady obyvatel sociálně vyloučených obyvatel na integraci do společnosti ztěžují jejich nízké sociální kompetence. Tím máme na mysli schopnost orientovat se v majoritním prostředí (zvláště pak na úřadech), vystupovat zde a komunikovat adekvátním způsobem apod. Sociálně vyloučení trpí neznalostí svých práv, případně je nejsou schopni efektivně prosazovat (Gabal, 2006, s. 83).

Mareš (2000) komentuje případ, kdy k sociálnímu vyloučení mnohdy paradoxně přispívá i samotná sociální politika svou tendencí chudé koncentrovat a vytvářet tak homogenní prostředí, v němž chybí právě lidé tomuto jevu houževnatě čelit. Též regionální politika může volit mechanismy exkluze, aniž si uvědomuje, že tím utváří další možné problémy.

Jako adaptace na podmínky sociálního vyloučení se často vytváří specifické hodnoty a normy, mezi něž patří například důraz na přítomnost, neschopnost plánovat do budoucna, pocity beznaděje a bezmocnosti či přesvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci (POLIS, 2012a).

Společenské vyloučení nemusí být konečným stavem, upřesňují Hradecká, Hradecký (1996), má-li společnost sílu a vůli pomoci slabým. Může ale vyústit ve ztrátu

přirozených osobních vztahů, ve ztrátu domova, ve ztrátu střechy, práce, lůžka a nakonec vlastní osobnosti - v bezdomovectví. Spolu s Marešem (2000) označují za dnešní extrémní projev absolutního společenského vyloučení právě bezdomovectví, jakožto opovrhovaná, deformovaná, diskriminovaná, segregovaná a marginální substruktura.

#### *1.2.5 Osoby ohrožené sociálním vyloučením*

Hradecká, Hradecký (1996) říkají, že jev sociálního vyloučení dává vzniknout novým substrukturám a tak ve svém důsledku ohrožuje kohezi společnosti.

Tuto teorii doplňuje Mareš (2006) tvrzením, že velký vliv sehrává i jejich dětství. (1) neosvojí si potřebné hodnoty, postoje a vzorce chování; (2) nezískají potřebný lidský, kulturní a sociální kapitál; (3) nedostane se jim potřebných vzorů; (4) získají nedůvěru k institucím majoritní společnosti; (5) nerozvinou se jejich aspirace; (6) naruší se jejich zdraví (Mareš, 2006). Je možné být chudý nebo sociálně vyloučený, ale ohrožené skupiny obyvatelstva mají většinou zkušenost s obojím (Kotýnková, 2005, s. 124). Hradecká, Hradecký (1996) považují za nejzranitelnější skupiny zdravotně nebo společensky handicapované. Osoby ohrožené sociálním vyloučením rozlišuje Kotýnková (2005) především na migranty (nelegálně pracující), izolované jedince (oslabené tělesně, mentálně, věkem, nízkým vzděláním, sociálním původem, frustrací z dětství apod.), dále lidé zdravotně postižení nebo specifické romské etnikum. Rizikovou skupinu tvoří jedinci neschopni převzít odpovědnost za svůj vlastní život a často bývají odkázáni na pomoc státu i občanské společnosti (mladí opouštějící ústavní zařízení, alkoholici, drogově závislí nebo propuštění vězni). Mareš (2006) je doplňuje o osoby zbavené volebního práva, příjemce sociálních dávek nebo osoby neschopné mobility a sociálně izolovaní bez přátel a rodin.

#### *1.2.6 Mechanismy sociálního vyloučení*

Keller (2010) v sociálním vyloučení spatřuje mechanismus fungování postindustriální společnosti, jenž znevažuje jistotu pracovních podmínek zaměstnanců nebo zhoršuje situaci takovými opatřeními, které při nižším růstu produktivity zaručí

jejich kompenzaci. Tím je myšleno zajištění příjmů akcionářů, majitelů na úkor všech ostatních. Mínil tím fakt, že neplnohodnotné formy zaměstnání nenabízí žádné jistoty si toto místo udržet a zajistit si tak základní materiální hodnoty k důstojnému žití. Žijeme v době, kdy nám i stoprocentní nasazení v přístupu k práci nezaručí případnou chudobu.

Mareš, Horáková, Rákoczyová (2008) popsali klíčové oblasti sociálního vyloučení (chudobu, vyloučení z trhu práce, oblast bydlení i neopomenutelné sociální patologie), jak je identifikovali oslovení tvůrci a realizátoři lokální politiky. Toto zachycuje schéma č. 1., viz příloha č. 1. Znevýhodnění v těchto oblastech mohou dále přenášet problémy na další generace a ovlivňovat tak míru jeho ohrožením.

Publikace Preventing Social Exclusion (2001) popisuje, že sociální vyloučení se může stát každému. Ale někteří lidé jsou mnohem více ohroženi než jiní. Sociálně vyloučené skupiny se obvykle potýkají s významně vyšší hladinou stresu a duševními zdravotními problémy než ostatní. Není divu, vzhledem k jejich riziku sociální izolaci a fungování v prostředí zvýšené kriminality. Sociální vyloučení může vést přes nedostatečnou životosprávu nebo vyšších sazeb kouření (užívání drog) a nedostatku naděje pro budoucnost i ke zhoršení fyzického zdraví.

Na eliminaci sociálního vyloučení se dle CESES (2004) zaměřuje cílené nastavení sociálních dávek tak, aby výše dávek motivovala nezaměstnané k hledání, přijetí a udržení zaměstnání a vytěsnila z okruhu příjemců ty, kteří tam nepatří nebo patřit nemusejí. Tento záměr se řeší bonifikací těch, kteří mají zájem o práci, a sankcemi vůči těm, kteří sociální systém zneužívají, neboli diferencovanou úrovní sociálních dávek poskytovaných v hmotné nouzi. V sociální praxi se jedná o dávky sociální péče, jež jsou poskytovány podle zákona o sociální potřebnosti.

Minimalizaci rizik sociálního vyloučení zajišťuje tzv. "sociální koheze", která je vnímána jako určitá podoba sociálního smíru, dosahovaná vyrovnáním diferencí. Usilování o sociální kohezi je i výrazem snahy budovat identitu občanů Evropské unie. Koncept vyjadřuje snahu sladit systém založený na tržních silách a svobodě podnikání se závazky plynoucími z hodnoty solidarity a vzájemné podpory, které by zajistily otevřený přístup k blahobytu a ochraně všem členům společnosti (Mareš, 2004, s. 21).

## 1.3 Bezdomovectví

### 1.3.1 Definice

Všeobecně v mezinárodním měřítku uznávanou definici bezdomovectví uvádí FEANTSA: Bezdomovectví je absence vlastního, trvalého a přiměřeného obydlí. Bezdomovci jsou ti lidé, kteří nejsou schopni získat vlastní, trvalé a přiměřené obydlí, nebo si nejsou schopni takové obydlí udržet kvůli nedostatku finančních prostředků nebo jiným sociálním bariérám (Štěchová, Luptáková, Kopoldová, 2008, s. 21). Bezdomovectví, též i bezdomovství (totožný význam) je dle Schwarzové (2005) komplexním sociálním jevem podmíněným mnoha faktory, příčinami a důsledky, a jako takové představuje krajní podobu onoho sociálního vyloučení.

Hradecký a kol. (2007) tvrdí, že k extrémním případům sociálního vyloučení se přiřazují zejména bezdomovci. V české legislativě ani v obecném povědomí neexistuje hranice, která by vymezila pojem bezdomovec. Obtížnost stanovení definice se odráží ve schopnosti vládních orgánů přiměřeně na bezdomovství reagovat. Přesto problém bezdomovství tady je a společnost jej musí řešit. Předpokladem k tomu, aby mohl být problém řešen, je jeho pojmenování a vytvoření typologie a jeho následné kvantifikace.

Termín bezdomovec je, z důvodu pejorativního významu, možno nahradit termíny "lidé bez přístřeší" nebo "lidé bez domova". Domov je asociován určitou měrou jistoty a bezpečí prostřednictvím vazeb s lidmi, není jen pouhým přístřeším (střechy nad hlavou), uvádí Schwarzová (2005). Náš právní řád rozumí pojmem osoba bez státního občanství nebo domovského práva. Hradecký a kol. (2007) vnímá termíny "osoba bez domova" a "osoba bez přístřeší" věcně přesnější a méně stigmatizující než "bezdomovec". Jejich nevýhodou však je víceslovné vyjádření, které má malou naději, aby je široká veřejnost přijala. Tento termín neobsahuje žádná právní norma. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách označuje tyto osoby jako společensky nepřizpůsobivé a vymezuje i péči o ně.

Za bezdomovce Matoušek (2003) považuje lidi, žijící bez stálého bydlení a obvykle i bez stálého zaměstnání, odříznuti od zdrojů, které jsou běžně dostupné jiným občanům (včetně systému sociální podpory). Vágnerová (2004) chápe bezdomovectví jako určitý způsob života. Bohužel v mnoha případech nejde o volbu, ale o sociální úpadek, který



sami lidé nedokážou ovlivnit. Postupně se stává rezignací na lepší alternativu. Je výsledkem generalizovaného psychosociálního selhání spojeného se ztrátou komplexu běžných rolí. Takový člověk má narušené vztahy s rodinou, popř. ji postrádá. Bez zaměstnání postrádá širší vazby s okolím, proto se většinou nachází na okraji společnosti.

Definice zahrnuje i osoby žijící v nedůstojných podmínkách, v ústavech, sociálních zařízeních, osoby, které nemají vlastní bydlení. Bezdomovci se soustřeďují ve větších městech, kde mají lepší podmínky k přežití (ubytovny, charitativní organizace poskytující stravu, nádraží, teplovodní šachty, ventilace metra apod. jako možná přístřeší v zimě), (Matoušek, 2003).

Pod pojmem "bezdomovec" si veřejnost nejčastěji představí opilého špinavého zapáchajícího muže na nádraží nebo u hypermarketu. Toto označení je značně pejorativní a vzbuzuje jen negativní reakce (Hradecký a kol., 2007). Také Schwarzová (2005) uvádí představy lidí o flákačích přespávajících na ulici a jedincích s kriminální minulostí, kteří s námi normálními lidmi nemají nic společného.

Za rizikové skupiny definují Kajanová, Urban (2009) osoby nevzdělané; dlouhodobě nezaměstnané; lidé s mentálním nebo fyzickým postižením; osoby trpící nějakým druhem závislosti; osaměle žijící senioři; imigranti; příslušníci menšin (hledisko etnicity, náboženské či sexuální orientace); lidé ocitající se v těžké životní situaci, z níž si sami nedokážou pomoci. Schwarzová (2005) doplňuje též lidi adaptované na život v institucích. Pro příklad uvádí, že typickým příkladem českého bezdomovce je profil čtyřicetiletého muže, který je minimálně dva roky nezaměstnaný a hlásí se k romské menšině.

Beňová (2008) zmiňuje kategorie bezdomovců či lidí podle typologie ETHOS:

1. bez přístřešku (rooflessness - bez možnosti pobytu pod střechou 24 hodin denně, např. na ulici, v kanálech či v noclehárně)
2. bez bytu (houselessness - osoby v různých zařízeních, např. v útulcích, veřejných ubytovnách, jakož i osoby, které opouštějí instituce),
3. bydlící v nejistých podmínkách (osoby, kterým hrozí vystěhování, oběti domácího násilí, domácnosti v bytech bez právního nároku)

4. bydlící v nepřiměřených podmínkách (příliš mnoho lidí v bytě, špatný technický stav budovy, mimo pitné vody a elektřiny, různé provizorní stavby, maringotky), (Beňová, 2008, s. 12)

Na základě toho rozdělení přijala FEANTSA koncepční definici bezdomovství a vyloučení z bydlení. Toto rozlišuje následující schéma č. 2 - 7 teoretických domén bezdomovství, viz příloha č. 2. Je důležité rozlišit rozsah a hloubku problému, uvádí Hradecký a kol. (2007).

Haasová (2011) typologii 7 domén doplňuje a zároveň popisuje rozdělení bezdomovectví, které pro české poměry uvedl v publikaci Hradecký s týmem odborníků v roce 2007:

1. osoby přežívající venku (např. pod mostem),
2. osoby v noclehárně (např. prostory bez lůžek),
3. osoby v ubytovnách pro bezdomovce (např. azylový dům),
4. osoby v pobytových zařízeních pro ženy (např. skryté před násilníkem),
5. osoby v ubytovnách pro imigranty (např. žadatelé o azyl v azylových zařízeních),
6. osoby před opuštěním instituce (např. věznice, ústavní zařízení pro děti),
7. uživatelé dlouhodobější podpory (např. pobytová péče pro starší bezdomovce),
8. osoby žijící v nejistém bydlení (např. u příbuzných či přátel),
9. osoby ohrožené vystěhováním (např. výpověď z bytu),
10. osoby ohrožené domácím násilím (např. policejně zaznamenané případy),
11. osoby žijící v provizorních a neobvyklých stavbách (např. v zahradní chatce),
12. osoby žijící v nevhodném bydlení (např. obydlí se stalo nezpůsobilým k obývání),
13. osoby žijící v přelidněném bytě (Haasová, 2011, s. 8-9).

Být bez domova je něco důležitějšího, něco hlubšího a bolestnějšího, než být bez střechy nad hlavou. Navíc to není pouze ztráta materiální, která ztrátu domova provází, ale značí také nemít více místa v jeho společenství, nemít s ním ani spojení. Být bez domova, nemít kam jít, nemít se komu svěřit se svými starostmi, trápením, bolestí,

protestem, frustrací, znamená samotu, tíži izolace, bolest vyloučení, vedoucí až k zoufalství a sebestrukci (Hradečtí, 1996, s. 36).

### *1.3.2 Historie bezdomovectví*

Bezdomovci představují antitezi společnosti dodržující zákony a fungující v daných společenských mantinelech. Jedním z těchto mantinelů je vhodné bydlení. Součástí sociálního problému bezdomovectví jsou předsudky. Oficiální adresa je v naší době součástí identity a podobné to bylo i v minulosti (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 53). Průdková, Novotný (2008) popisují solidaritu s chudými je nám známá od nepaměti a bývá spojena s náboženstvím, resp. s křesťanstvím, které nedůstojnou bídu spojenou s žebráním, ponížením a ztrápeností považuje za nepřijatelnou. Služba chudým měla stejnou hodnotu jako služba Kristu, takže se o potřebné ve středověku starala církev. Marek, Strnad a Hotovcová (2012) dodávají, že o první zmínce v souvislosti s trestem vyloučení z komunity je v bibli v souvislosti s Kainovou bratrovraždou a následným vyhnáním. Může potvrzovat mýtus, že si jedinec tento stav zavinil sám. Dle Průdkové, Novotného (2008) přišla reforma s protestantským principem pomáhat jen těm, kteří toho byli hodni, ne zdravým a práce schopným. Veškerá pomoc měla přejít do rukou světské moci. Sociální vyloučení se tehdy podobalo vydědění nacházející se mimo společnost, protože člověk bez rodiny a bez práva nebyl pro společnost plnohodnotný. Protože v té době neexistoval systém nemocenského pojištění a péče, považovali se za nejčastější individuální příčiny zchudnutí a uvrhnutí do bídy právě ztrátu živitele rodiny, neštěstí nebo stáří. Strukturální pak nacházely důvod v rychlém růstu počtu obyvatel. Marek, Strnad a Hotovcová (2012) se zmiňují o tom, že v polovině 15. stol. díky prudkému nárůstu obyvatel začala velmi rychle klesat životní úroveň právě těch nejchudších. Průdková, Novotný (2008) spatřují další mezník ve vývoji zavedení tzv. "domovského práva", kdy se o chudé měla postarat obec, pod níž tito lidé patřili. Pokud byl někdo cizinec nebo běženec, dostal označení "bez domovského práva" - odtud pochází označení "bezdomovec", uvádějí Marek, Strnad a Hotovcová (2012). Přelom 18. a 19. století přinesl centralismus péče výhradně pod státní moc a začaly se budovat první útulky a

specializovaná zařízení pro lidi v nouzi, uvádí ve své publikaci Průdková, Novotný (2008). Marek, Strnad a Hotovcová (2012) zase popisují dobu 1948, kdy byla veřejná chudoba tabu. Komunistický režim tuto existenci popíral, tudíž byly zrušeny i veškeré charitativní organizace tento problém řešící. Mnozí si vybaví trestnost činu příživnictví, uměle vytvořenou zaměstnanost a mizivá práva občanů na svobodu. Velkou změnu přinesla průmyslová revoluce a období kapitalismu, které vedlo k restrukturalizaci celé společnosti, kde nebylo připraveno spravedlivé zákonodárství, tvrdí autoři Průdková, Novotný (2008). Podle Marka, Strnada a Hotovcové (2012) jedni na tento negativní jev nazírají právě jako důsledek kapitalismu, který na sociální problematiku neklade zvýšený důraz. Druzí v něm spatřují prohlédnutí skutečného systému minulého režimu.

Keller (2010) konstatuje, že tomu není tak dávno, kdy byli marginalizovaní považováni za jiné tvory, než ostatní. V současné době jsou za nejzazší skupinu sociálního vyloučení bráni právě bezdomovci a jako takoví se v očích široké veřejnosti nepovažují za potřebné. Postoj společnosti k bezdomovcům je typický ambivalencí a kombinací soucitu a odporu. I přesto převažuje ten negativní (Vágnerová, 2004, s. 756). Městem jsou vypuzováni a bráni za jakýsi přirozený předpoklad stavební politiky, doplňuje Keller (2010).

V dnešní době se problematice nejčastěji věnují sociální pracovníci pod záštitou charit a neziskových organizací, nýbrž názor mnohých zůstává stále stejný, a to, že si za svou tíživou situaci mohou tito lidé sami svou neschopností a leností, dodávají Průdková, Novotný (2008).

Bezdomovci potřebují tuto všestrannou sociální pomoc, kterou poskytují státní instituce i nestátní charitativní zařízení (Vágnerová, 2004, s. 755). Kajanová a Urban (2009) specifikují kvalitní služby pro bezdomovce jako reintegraci (vzdělávací a rekvalifikační programy, chráněná zaměstnání) a zvyšování zvládnutí soběstačnosti. Schwarzová (2005) dodává, že východiskem z této situace je pouze multidisciplinární spolupráce strukturované organizované pomoci a především soustava služeb s preventivními programy.

### 1.3.3 Objektivní a subjektivní příčiny

Průdková a Novotný (2008) uvádějí, že popis a znalost příčin pomáhá při sestavování strukturální pomoci, přičemž samotné odstraňování bezdomovectví je stejně neefektivní. Ze životních příběhů většiny lidí bez domova, že ztráta domova má nespočet příčin. Společně působí řada objektivních (vnějších) i subjektivních (vnitřních) faktorů. Charakter spouštěcích mechanismů lze dle Fitzpatrick, Kemp, Klinker (2004) specifikovat do tzv. krizových momentů. Jedná se o faktory, které uvádí ostatní autoři, např. Hradecký nebo Vágnerová.

Podle Hradeckých (1996) lze faktory objektivní chápat jako ovlivnění sociální politikou nebo sociálním zákonodárstvím (např. dodržování lidských práv, respektování principu rovných příležitostí pro všechny občany).

Vnější příčiny jsou výsledkem interakce ekonomicko-politické situace země a celkového společenského klimatu. Vyplývají z nastavené sociální politiky a zákonodárství. Projevují se vysokou mírou nezaměstnanosti, nedostatečným zabezpečením ve stáří a nemoci, finanční nedostupností bydlení, diskriminací příslušníků minorit, apod. (Průdková, Novotný, 2008, s. 15).

Faktory subjektivní jsou obecně ovlivněny samotnými lidmi, jejich schopnostmi, temperamentem, charakterem, věkem apod. Navzájem se ovlivňují a (Hradeckí, 1996, s. 33-34) je vystihují 4 kategoriemi a), b), c), d):

a) faktory materiální (ztráta bydlení, dlouhodobá nezaměstnanost, nedostatečné příjmy, zadluženost, tragická událost ve formě ztráty živitele)

Nezaměstnanost vede ke ztrátě pracovních návyků, v některých případech i kvalifikace a sebedůvěry (Průdková, Novotný, 2008, s. 16).

b) faktory vztahové (změny struktury rodiny, rodinné nebo manželské problémy, rozpad rodiny, násilí v rodině, sexuální zneužívání, osamělost)

Vágnerová (2004) vidí hlavní příčinu v původní rodině, která buď chybí, nebo bývá dysfunkční. Rodina nemá dostatečné materiální vybavení a děti vyrůstají ve špatných podmínkách. Velmi často jsou vystaveni nezájmu, podceňování nebo týrání ze strany rodičů. K tomu navazuje neschopnost vlastního vytvoření zázemí pro sebe a případnou svoji rodinu nebo se již pro nedostatek schopností rozpadla.

c) faktory osobní (mentální retardace, duševní či tělesná choroba, invalidita, nesamostatnost, alkoholismus a další závislosti)

V osobnostních příčinách dále nalzáme poruchy osobnosti nebo prožitá traumata (smrt blízké osoby, sexuální zneužívání v dětství, týrání, závislosti rodičů na návykových látkách) atd. (Průdková, Novotný, 2008, s. 16).

d) faktory institucionální (propuštění z ústavu, z vězení, opuštění dětského domova)

Vágnerová (2004) jimi míní odlišné zkušenosti. Sem spadá dlouhodobý pobyt ve vězení, vyrůstání v dětském domově nebo podstoupení léčby pro psychické poruchy osobnosti. Nejčastěji jde o kombinaci a kumulaci většího množství znevýhodnění najednou.

Faktory přispívající k bezdomovství aneb přehled charakteristik bezdomovců, které uvádí Fitzpatrick, Kemp, Klinker (2004), jsou např. blízké lidem žijícím osaměle nebo příslušnost k etnické skupině). 2,5x častěji jsou postiženi lidé žijící ve městech než na venkově. Viditelněji se vyskytuje u mužů (i když počty žen také skrytě narůstají).

Z tematické zprávy, zpracované pro Evropskou observatoř bezdomovství, uvádí Hradecký (2005b) nejčastější subjektivně vnímanou odpovědnost za tento stav a svědčí o tom, že bezdomovci uvádí vinu na své straně, nedostatečné podpory rodiny. Dále viní stát, který jim nezabezpečil dostatek ochrany, nebo věří v chybu osudu.

#### *1.3.4 Formy a projevy*

Pokud to vezmeme velmi zjednodušeně, lze formy bezdomovství rozdělit do 3 skupin a postihnout tak každou hierarchii zvlášť. Tuto charakteristiku popisují nejen autoři Hradeckí (1996) ale i Průdková a Novotný (2008) a další. Samozřejmě je všem jasné, že co člověk, to originál, ale rozdělení na bezdomovství zjevné, skryté nebo potenciální obecně ujal.

Dle Průdkové a Novotného (2008) zjevné bezdomovce zaznamenáme na první pohled podle zanedbaného zevnějšku a často i špíny a zápachu. Poznávacím znamením je jejich pobyt na veřejných prostranstvích i jejich neobvyklé chování (přehrabování se v kontejnerech, žebrání apod.). Nosí při sobě veškerý svůj skromný majetek a využívají služeb nízkoprahových zařízení pro ně určených. Lze je dělit na nedobrovolné, ale

na změnu svého stavu již rezignovali z důvodu omezených prostředků. Přesto mezi námi žijí i bezdomovců z vlastní vůle, kteří si tento způsob života vybrali třeba svou nekonformností a pocitu svobody. Skupina zjevných bezdomovců však tvoří jen mizivé procento. Hradecký (2005a) vysvětluje fenomén zjevného bezdomovství a jeho projevy v souvislosti se společenskými proměnami po roce 1989. Do té doby byl tento jev pouze latentní a potenciální lidé bez domova přežívali zejména v podnikových ubytovnách, zdravotnických zařízeních, psychiatrických léčebnách nebo věznicích.

Daleko více zastoupených je bezdomovců skrytých, které však nelze nikdy zcela postihnout a na první pohled je rozpoznat. Častokrát změni své místo pobytu a charakteristikám bezdomovectví se ale rovnají, ale značně se to snaží skrýt, uvádějí Průdková a Novotný (2008).

Posledním projevem je potenciální bezdomovství, kdy tito lidé působí dojmem jistého bydlení, přičemž tomu tak není a bydlí v nejistých nebo nepřiměřených podmínkách. V tomto případě se mohou na ulici dostat ze dne na den. Stávají se jimi mladí i dospělí lidé propuštěni z institucionálních zařízení (dětských domovů, psychiatrické léčebny, nebo výkonu trestu odnětí svobody), nikdo na ně nečeká a nemají kam jít. Mareš, Horáková, Rákoczyová (2008) se podrobněji zabírají situacemi, kdy se otázky finanční nedosažitelnosti vlastního bydlení dotýkají právě skupin ohrožených vyloučením.

Projevy bezdomovectví se u mužů a žen v mnohém liší, tvrdí Hradečtí (1996). Muži se bez střechy nad hlavou obvykle stávají z důvodů materiálních a osobních. Projevy bezdomovství mužů tak mají spíše veřejný charakter, který se projevuje aktivním vyhledáváním pomáhajících služeb. Zatímco bezdomovství žen předchází zejména partnerské (rodinné) problémy, a bývá skryté.

Hradecký a kol. (2007) označuje bezdomovství za statický jev a tím i problém jeho měření. U těchto lidí existuje epizodický charakter a v nepravidelných intervalech kolísají mezi běžným samostatným životem s odlišnými formami bydlení, např. mezi spaním ve veřejných prostorech, krátkodobými pobyty u příbuzných a přátel, případně pobyty ve vězení či ve zdravotnickém zařízení, tvrdí i Tým občanského sdružení Hodnoty-soužití-pomoc (2012) a třídí bezdomovství dle jeho doby trvání:

- a) krátkodobé (doba do jednoho roku)
- b) střednědobé zpravidla (od jednoho do pěti let)
- c) dlouhodobé je chápáno při trvání nad pět let.

### *1.3.5 Vlastnosti a osobnostní problémy bezdomovců*

Bezesporu o této problematice nejvíce vědí a jsou považováni předními odborníky právě Vlastimila a Ilja Hradečtí a publikace z roku 1996, konstatující následující typologii:

- a) osoby žijící na ulici, neschopné vytvořit osobní vztahy, trpící často mentální vadou
- b) osoby s chorobami somatickými či psychosomatickými, osoby s vrozenými poruchami
- c) alkoholici
- d) uživatelé omamných látek, patologičtí hráči
- e) osoby společensky nebo mentálně neadaptibilní, charakterizované svou nestálostí a nestabilitou, často při nárazu životem se rychle hrouťící
- f) osoby ve stavu deprese, úzkosti, sklíčenosti, hledající pomoc a radu
- g) mladí lidé nečekaně se ocitnuvši na ulici, nezaměstnaní, hledající, destabilizovaní
- h) osoby bez trvalého bydliště
- i) ženy osamělé, s dětmi, těhotné, vyloučení rodiči z domova, ženy staré
- j) děti ulice, děti týrané a jinak frustrované, děti sociálně deprivované
- k) osamělí důchodci, toužící po lidském teple a pochopení
- l) propuštění vězni
- m) slepí a hluší
- n) migranti
- o) HIV pozitivní, nemocní AIDS, (Hradečtí, 1996).

Vágnerová (2004) popisuje charakteristiku osobnosti buď jako příčinu nebo důsledek jejich životního stylu, který je typický svým zjednodušením na tzv. přežívání často spojené s užíváním alkoholu a jiných drog. Citově bývají vyhořelí, emoce dávají najevo pocity libosti či nelibosti. K okolí se mohou se projevovat depresivně až hostilně.



Z jednotlivých anamnéz potvrzují Hradečtí (1996) vleklou chronicitu chudoby a ní plynoucí amorálními jevy (defektivita, afektivní labilita nebo emoční nevyrovnanost).

Heczková (2001) uvádí statistické údaje procentuálního rozložení - 25% českých bezdomovců jsou invalidní důchodci, cca 25 % bezdomovců má zkušenost s dětským domovem, 15 % s psychiatrickou léčebnou a 35 % s vězením.

Mnohé schopnosti bezdomovců bývají snižené, nedovedou se adekvátně orientovat ve světě. Nedovedou se poučit ze zkušeností, uplívají na nefunkčních způsobech chování, které jim připadají vhodné jen proto, že je používali vždy. Selhávají, když se dostanou do náročné situace. Nejsou schopni prosadit svá práva, často je ani neznají. Postrádají základní sociální kompetence důležité k sociálnímu začlenění (Vágnerová, 2004, s. 750).

Konkrétněji muži, objevující se na ulici, vykazují nižší stupeň schopnosti spolupracovat, nižší stupeň spolehlivosti, ochoty a vůle jednat, nižší stupeň cílevědomosti než ženy. Projevují podrážděnost, úzkostnost, zaujatost, často nepřátelství vůči jiným osobám, egocentrismus, cítí křivdu na nich spáchanou, cítí se být poníženi a skepticky zatrpknou po celkem krátkém čase setrvávání na ulici. Ženy mají více sebekázně, kooperativnosti, adaptability a solidarity, bývají submisivnější, je však u nich plachost, nesmělost bázlivost a tréma. Mužům i ženám je společná např. víra v neúspěch, uzavřenost do sebe, neschopnost udržet pozornost a z toho vyplývající roztržitost, nesoustředěnost, náhlá únava. Oběma je společná vertikální sociální mobilita, vždy však směrem nižšího zařazení. Muži i ženy pod vlivem alkoholu zhrubnou, prožívají pocit hostility vzápětí vystřídaný zoufalstvím. Následkem duševní choroby, či působením alkoholu, drog, přicházejí ve stavu krajní duševní a tělesné vyčerpanosti a zchátralosti (Hradečtí, 1996, s. 45).

Beňová (2008) objasňuje zranitelnost tím, co přežili a dennodenně zažívají. Jsou zranitelní tím, kým jsou. Jejich chování a pózy však souvisí s tím, jaké mechanismy se jim osvědčily při jejich každodenním boji o přežití a zabezpečení základních potřeb.

Vnitřní svět mnohých bezdomovců je zahalený množstvím negativních zkušeností, převládají pocity zklamání, neschopnosti, samoty, naučené bezmocnosti, typické pro rezignaci až apatii, zmiňuje Vágnerová (2004) a Beňová (2008).

Jejich potřeby se liší od běžné populace. Z důvodu neuspokojení pocitu bezpečí a jistot u nich tyto základní potřeby postupně vyhasínají. Úplně chybí potřeba seberealizace nebo otevřené budoucnosti (dopředu nic neplánují, respektive žijí ze dne na den). Hradečtí (1996) zde zmiňují pyramidu lidských potřeb dle Maslowa (uspokojení míry základních potřeb podmiňuje potřeby vyšší seberealizace, spravedlnosti, ocenění, uznání apod.) a její přizpůsobení těm nejubožejším. Je patrné, že jedinec žijící mimo společnost na ulici má zajisté jinou hierarchii než ostatní, a to: 1. fyziologické potřeby, 2. potřeba bezpečí, 3. potřeba sociální, viz příloha č. 3.

Bezdomovec si nevěří a nevěří mu ani 99% ostatní populace. I když jsou pro nás jakkoli jiní.

## **1.4 Zdraví**

*„Zdraví znamená různým lidem dosti odlišnou věc. Existuje totiž mnoho různých teorií zdraví a idejí, které se k tomuto pojmu vztahují.“*

*D. Seedhouse (in Křivohlavý, 2001)*

### *1.4.1 Definice a pojetí*

Definic zdraví je opravdu nespočet. Proto záleží, z jakého úhlu pohledu budeme tento jev zkoumat. Uvedení do problematiky doplním základními determinantami zdraví a zvláštní pozornost bude věnována sociálním determinantám zdraví.

Čeledová a Čevela (2010) uvádí v originále definice zdraví WHO z roku 1948 „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity“. Nejvíce užívanou definici uvádí autoři Vokurka, Hugo (2006) ve Velkém lékařském slovníku a dle Bartáka (2010) dokumentu Světové zdravotnické organizace z roku 1946, která vstoupila v platnost v roce 1948: "Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady". Dále např. popisuje výrok Holčíka a Žáčka (1995), který definuje zdraví jako "tělesnou a psychosociální integritu navozující stav optimální pohody, nenarušenost životních funkcí a společenských rolí, ale také adaptabilitu, tj. přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy" (Barták, 2010, s. 13).

§2 zákona 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví říká, že zdravotní stav obyvatelstva je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.

Na zdravotním stavu jedince se podílí somatický stav/zdatnost, funkční zdravotní stav, duševní zdraví, mentální zdraví, růst a vývoj. Často i změny jako somatické obtíže, chronická onemocnění, poruchy (Mareš, 2008, s. 116).

Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. Optimální stav zdraví určité osoby závisí na souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické potenciály, míní (Křivohlavý, 2001).

Vokurka, Hugo (2006) popisují, že zdravotní stav určují zejména demograficko-statistické ukazatele zdravotního stavu. Čeledová, Čevela (2010) jmenují ukazatele nemocnosti, pracovní neschopnosti, hospitalizace, střední délky života nebo ukazatele úmrtnosti. Podle jejich názoru se jedná o schopnost organismu regulovat vnější a vnitřní prostředí bez jakéhokoliv narušení životních funkcí. Zároveň doplňují teorii Vokurky a Huga, že zdraví ovlivňuje způsob života, zdravotně preventivní chování, kvalitu mezilidských vztahů a kvalitu životního prostředí. Důležité je neopomenout důraz na subjektivní pocity štěstí a blaha jedince, tzv. well-being, jenž (Blatný, 2005) považuje za vjem osobní pohody.

Křivohlavý (2001) chápe zdraví jako podmiňující prostředek k dosažení našich cílů (všeobecně rozdílných) a naplnění životních tužeb, spokojenosti. Stejně tak Kebza (2005) tvrdí, že ve všech kulturách bylo zdraví z tohoto důvodu kladeno na přední místo v hierarchii hodnot.

Podle Břicháčka (1999) jde o jev velmi složitý, proměnlivý a obtížně definovatelný. Oslabení odolnosti organismu, ale i jeho dědičných dispozic je mnohdy důsledek změn v přírodních i sociálních podmínkách života a současně i nevhodného životního stylu (nevhodná výživa, malá tělesná aktivita, narůstání stresových situací nebo nároky na malou adaptaci jedince na proměnlivé okolnosti života), (Břicháček, 1999).

#### *1.4.2 Subjektivní vnímání zdraví*

Reálný zdravotní stav, v jakém se jedinec nachází, nemusí vždy odpovídat tomu, jak jej subjektivně vnímá. Subjektivní hodnocení zdraví je determinováno nejen skutečnou zdravotní situací jedince, ale i řadou dalších faktorů (ÚZIS, 2006, s. 22).

Dle Kebzy (2005) se hodnocení u každého z nás liší okolnostmi, jež nás ovlivňují: věku, pohlaví, vzdělání nebo socioekonomického statusu. Dodávám, že stejné tvrzení podávají i Nesvadbová, Elichová (2010) doplňující o konkrétní faktory historické, kulturní nebo sociální.

Více o jeho pravém zdravotním stavu říká objektivní proměnná jako např. zjištění nějakého chronického onemocnění. I zde se však jedná o subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu, nikoliv o vyjádření potvrzené lékařem, a proto je nutné i v tomto případě zohlednit zkreslení spojené s faktory individuální psychiky. (ÚZIS, 2006). Tuto problematiku popisuje Břicháček (1999) jako situaci, kdy posuzování objektivního zdravotního stavu může člověka považovat za nemocného. Opakem k tomu se jeví pomíjení objektivně prokazatelných údajů o zhoršení zdraví, které může člověka poškozovat, aniž by si to uvědomoval.

Dle výběrového šetření o zdravotním stavu obyvatel zneužívající návykové látky bylo z hlediska subjektivního vnímání vlastního zdraví zjištěno, že průměrně 45 % populace ve věku 18 až 64 let má nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém (41,8 % mužů a 47,7 % žen). Při dotazu na konkrétní chronická onemocnění bylo však zastoupení osob s těmito onemocněními ještě vyšší (47,7 % u mužů a 57,6 % u žen), (ÚZIS, 2006, s. 28). S věkem se obecně výskyt chronických obtíží ještě zvyšuje.

V porovnání podle jednotlivých socioekonomických charakteristik byl vyšší výskyt chronických nemocí zjištěn u osob s nižším vzděláním a osob rozvedených (ÚZIS 2006). Z hlediska ekonomické aktivity byly zjištěny významné rozdíly. Nezaměstnaní muži popisovali svůj zdravotní stav jako špatný nebo velmi špatný 5,2 krát častěji než pracující (ÚZIS, 2006, s. 17).

### 1.4.3 *Zdraví a nemoc*

Profesor Žáček (1984) nazírá na zdraví a nemoc jako na dvě odlišné v opozici stojící kvality, které se vzájemně podmiňují a vytvářejí tak jednotu protikladů. Jde o bipolární dynamické procesy, představující dva konce souvislé řady kvalitativně odlišných stavů, které plynule přecházejí jeden do druhého a jsou podloženy škálou umožňující měřit intenzitu jejich znaků. Uvádí, že kontinuální přechod mezi zdravím a nemocí je potvrzován mnoha autory. Např. Břicháček (1999), Křivohlavý (2001) jej vidí jako proměnlivý proces, pohybující se svými složitými zákonitostmi od vjemu dobrého zdraví k nemoci. Ovšem i tyto dva vzájemně se ovlivňující protiklady mají mezi sebou velmi tenké hranice.

Nemoc je zvláštní kvalitativní stav organismu spojený s narušením kvantitativní normy v jeho struktuře a funkci (Žáček, 1984, s. 104). Definici nemoci opět Barták (2010) opisuje autory Holčíka a Žáčka (1995) jako "zjistitelnou poruchu zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, kterou lze určit a klasifikovat s tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými nesnázemi". Ze studií víme, že jednotlivé nemoci jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (podle 10. revize) a řazeny do 22 skupin. Čeledová a Čevela (2010) vysvětlují podstatu nemoci multifaktoriálně podmíněným procesem mající své příčiny, příznaky i důsledky. Působí jedinci potíže a projevuje se selháním adaptivních mechanismů na podněty prostředí.

Z odborného a metodického hlediska se studiu a rozložení nemocí nebo poruch zdraví v lidské populaci ve vztahu k faktorům, které určují toto rozložení, věnuje medicínský obor epidemiologie. Studuje rozložení a determinanty stavů a událostí, majících vztah ke zdraví v určených populačních skupinách a využívá výsledků tohoto studia ke zvládnutí problémů (Čeledová, Čevela 2010).

### 1.4.4 *Zdraví a kvalita života*

Dle lékařského slovníku je "kvalita života" považována za individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem. Někdy bývá pojímána jako rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním (Vokurka, Hugo, 2006). Základní faktory či komponenty

jsou zpravidla formulovány takto, (Kučera, 2004, s. 114): tělesné zdraví, osobní bezpečí, materiální/finanční zabezpečení, interpersonální vztahy, participace ve společenství, možnost růstu a sebenaplnění.

Kučera (2004) kvalitu života hodnotí pomocí subjektivních indikátorů úrovně osobní pohody (wellbeing) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí. Blatný (2005) považuje osobní pohodu (sebeúctu, sebeuplatnění a funkční kapacitu organismu nebo socioekonomický status) za součást kvality života, právě proto, že se před 15 lety uvádělo nemalé procento úmrtí spojených s nevhodnými složkami životního stylu a to v civilizovaných zemích.

Kebza (2005) shrnuje dimenzi prožívání osobní pohody v pojmu "naděje". Člověk je schopen snášet mnoho bolesti a příkoří, poškození zdraví nebo sociální úpadek jen v případě, že má víru v zlepšení stávající situace. Budeme-li se bavit o opačném prožitku, tedy absenci naděje, byl tento jev výzkumem označen za "naučenou bezmocnost", syndrom beznaděje a bezmoci.

Koncepce naučené bezmocnosti uvedla do výzkumu psychosociálních determinant zdraví nový pohled na vysvětlení ztráty motivace a aktivity vůči nepříjemným podnětům, působícím za málo ovlivnitelných či dokonce neovlivnitelných okolností (Kebza, 2005). Autor dodává, že i v případě utváření naučené bezmocnosti vůči situacím hrají roli individuálně odlišné atributy příčin.

Bayram, Bilgel, F. a Bilgel, N., G. (2012) zkoumali vzájemné ovlivňování vnímání sociálního vyloučení a kvality života a zjistili, že materiální deprivace jako součást dimenze sociálního vyloučení působí negativní dopad na sociální vztahy (doménu kvality života).

#### *1.4.5 Základní determinanty zdraví*

Jak jsem zmiňovala v předchozích kapitolách, na člověka a jeho zdravotní stav působí mnoho faktorů (příčin). Čeledová, Čevela (2010) sumarizují zdraví jako složitě podmíněné působení souboru vnitřních i vnějších podmínek. Příčiny (determinanty) lze považovat za komplexy působící buď pozitivně, nebo negativně.

V souvislosti s fyzickým fungováním lidského těla bere Křivohlavý (2001) v úvahu i psychické, sociální, a duchovní dimenze zdraví. Čeledová, Čevela (2010) též i Křivohlavý (2001) nevidí problematiku zdraví jen jako individuální otázku způsobu života, ale především ovlivnění kvality zdravotnických služeb a zaměření pozornosti na přírodní, ekonomické a sociální podmínky.

Složitost procesů poznání determinant zdraví v jejich souvislostech, pohybu a proměnách (od jejich objevení, přes vnímání, pochopení, poznání, identifikaci, zařídění a zařazení do celé soustavy souvislostí, tedy až k recepci jednotlivých determinant) je jen prvním předpokladem možných zásahů do determinant zdraví a tedy do ovlivňování faktorů, které pak naše zdraví budou ovlivňovat jinak (Drbal, 2001, s. 17).

WHO vymezuje základní determinanty zdraví, participující pozitivně či negativně na zdravotním stavu takto:

- genetický základ (faktory dědičné) jedince ovlivňují zdraví jedince z 20 %
- životní prostředí působí z 20 %
- životní styl a chování s ním související (kouření, spotřeba alkoholu, sport, sociální kontakty, atd.) z 50 %
- politické determinanty, zahrnující sociální a ekonomické prostředí, zdravotnický systém služeb participují 10 % (Barták, 2010; Nesvadbová, Elichová, 2010, s. 81).

Determinanty podrobněji rozepíší dle následujících výroků autorů. Zajisté víme, že genetický základ člověka změnit nelze, některé můžeme sami ovlivnit svým chováním a k ostatním nápravným opatřením potřebujeme působení celé společnosti. Považuju za důležité seznámit se s pojmy se zdravím a nemocí související.

Kromě osobnostních a sociálních charakteristik naše zdraví ovlivňují "vulnerabilita" a "resilience" neboli *zranitelnost* (funkční porucha v důsledku působení stresu) a *odolnost* vůči působícím stresorům, tvrdí Kebza (2005). Vulnerabilita se dostává do popředí jako významná determinanta zdraví, kdy se na (biologickém) a psychologickém podkladě vlivem stresorů a nízkým kontrolním mechanismem nad danou situací zvyšuje zranitelnost organismu vůči některým duševním (úzkostným) a pravděpodobně i somatickým chorobám. Resilience disponuje osobnostními charakteristikami vůči

stresovým vlivům. Její utváření koreluje se vzájemně podmíněnými vnějšími a vnitřními faktory a interakčními vazbami i vlivy prostředí (Kebza, 2005).

Vliv prostředí znamená působení nesmírně pestrého komplexu faktorů a procesů fyzikálního, chemického, biologického či sociálního charakteru, které se v nejrůznější podobě, kombinaci, intenzitě či míře expozice a v různé časové následnosti svého interaktivního vlivu, uplatňují v dynamice svých vztahů s organismem člověka jak v individuální, tak společenské verzi lidského zdraví. Z hlediska charakteru můžeme rozlišit čtyři základní sféry životního prostředí: regionální, lokální (komunální), pracovní a individuální (Drbal, Bencko, 2005; Čeledová, Čevela, 2010, s. 28).

Sociálními faktory pro naše zdraví nejdůležitějšími Čeledová a Čevela (2010) míní socioekonomické faktory (životní úroveň), konkrétní pracovní podmínky, kulturu, mezilidské vztahy (rodina, zaměstnání) a demografické faktory (hustota, rozmístění, pohyb a věkové složení obyvatelstva).

Úloha sociálního prostředí jako významné determinanty zdraví je všeobecně akceptována. Jsou zkoumány a prokazovány charakteristické difference ve zdravotním stavu různých sociálních skupin, vymezených např. výší příjmu, životním standardem, povahou zaměstnání, úrovní bydlení, či tak vysoce významným faktorem, jakým je stupeň vzdělání. (Drbal, 2001, s. 19).

Kebza (2005) a Drbal, Bencko (2005) vysvětlují myšlenku, že zdraví je výsledkem interakce člověka a prostředí, načež dodávají, že mezi klíčové determinanty zdraví se řadí právě životní styl. Způsob života jedince je nejdůležitějším komplexem a projevem jeho bytí, myšlení, cítění a jednání v určitém prostředí. Přitom však není pouhým pasivním odrazem vlivu a působení daných přírodních, socioekonomických nebo zdravotnických podmínek, ale současně je i výrazem vědomých postojů a aktivit člověka vůči nim, vůči přírodě, jiným lidem i vůči sobě samotnému (Drbal; Bencko, 2005).

Dalším důležitým pojmem, který je třeba zmínit, je dle slov Bartáka (2010) "ekonomika zdraví a zdravotnictví". Ekonomika zdravotnictví zahrnuje ekonomické veličiny a procesy v rámci zdravotnického systému, zdravotnických služeb,



poskytovatelů těchto služeb, které mají vliv na zdraví. Neméně významnou je právě ekonomika zdraví sledující zdravý životní styl, sociální determinanty zdraví, ale i rodinný stav, vzdělání nebo příjem a bydlení. Drbal (2001) označuje zdravotní politiku jako významnou proměnnou ve svém vztahu k výzkumu, jenž odhaluje mnohá poznání, jejichž podstata často souvisí s banálními přirozenými jevy a procesy, náležejícími do množin determinant životního stylu nebo sociálního a životního prostředí.

Dle Bartáka (2010) by nás z pohledu ekonomiky zdraví měla nejvíce zajímat 21. skupina - "Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami". Nalézáme v nich situace nebo stavy, které souvisí s ekonomickou aktivitou jedince a ovlivňují jeho zdraví. Např. problémy spojené s nezaměstnaností nebo bydlením a jeho ekonomickými souvislostmi (bezdomovectví, extrémní chudoba, nízký příjem, nedostatečné sociální zabezpečení a sociální podpora aj.).

Zdraví lze tedy považovat za nezbytnou podmínku participace jedince na společenských aktivitách, umožňuje realizovat primární i sekundární potřeby, rozvíjet jeho lidský i sociální potenciál. Není tedy jen biologickou charakteristikou, ale významnou individuální i společenskou hodnotou (Barták, 2010, s. 13).

Publikace Křivohlavného (2001) dokazuje ovlivnění výrokem dle L. F. Berkmana a L. Breslova: „Lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí podle některých zjištění déle a disponují celkem lepším fyzickým i psychickým zdravím než lidé bez těchto vazeb.“

#### *1.4.6 Sociální determinanty zdraví*

Vzhledem k důležitosti si dovoluji si tuto problematiku pojmut jako samostatnou kapitolu.

Wilkinson a Marmot (2003) tvrdí, že potřeba a poptávka po jednoznačných vědeckých důkazech vlivu sociální situace na zdraví je větší než kdy jindy. Vacková popisuje názory Aronowitze (2008) a Kunitze (2008), a sice že lze vztah mezi sociálními determinantami a výskytem určitého onemocnění považovat za novou teorii "rámování", která je velmi podobná labelingu. Tato teorie zdůvodňuje onemocnění nejen ze zdravotních, ale také sociálních příčin (Vacková, 2012a, s. 64).

Epidemiologické studie, které porovnávají zdravotní stav populačních skupin, udávají významné rozdíly v péči o zdraví zejména v neprospěch slabších sociálních vrstev. Nerovnost ve zdraví lze sledovat pomocí několika ukazatelů:

- celkové ukazatele zdravotního stavu (specifická úmrtnost, střední délka života, výskyt předčasných úmrtí ve sledované populaci a jejich příčiny)
- životní styl a rizikové faktory (škodlivé návyky, způsob výživy, stupeň nezaměstnanosti, kriminální chování, rozvodovost, počet neúplných rodin)
- životní prostředí včetně pracovního a jeho rizikové faktory
- ukazatele kvality života, stupeň participace v sociálním prostředí
- subjektivní pocit zdraví, spokojenost se životem (Nesvadbová; Elichová, 2010).

Marmot (2010) potvrzuje, že nerovnosti v oblasti zdraví jsou výsledkem sociální nerovnosti společnosti (v podmínkách, v jakých se lidé narodí, mohou růst a žít, pracovat a vzápětí i stárnout). Zdravotní nerovnosti v současné době představují snížení produktivity, ztráty daňových příjmů, vyšší sociální dávky a zvyšující se náklady na léčbu. Jednotlivé kroky na snížení nerovnosti v oblasti zdraví vyžadují akci napříč všemi sociálními determinanty zdraví. Přijetí opatření nevyžaduje zvláštní zdravotní program, ale podpůrné akce v celé společnosti.

Nespravedlivé a zbytečné rozdíly ve zdravotním stavu jsou utvářeny z rozdělování peněz, moci a zdrojů na globální, národní a místní úrovni. Reakcí na rostoucí obavy byla založena Komise pro sociální determinanty zdraví (CSDH), aby nacházela metody, kterými by se rozdíly snižovaly (WHO, 2012).

Dle Marmota (2010) nerovnosti postihují způsob, jakým lidé žijí, jejich následné šance, onemocnění a jejich riziko předčasného úmrtí. Zranitelné sociální skupiny, jako jsou i lidé ohrožení sociální izolací nebo diskriminací (Vacková 2012a, s. 39).

Ve světě již proběhly mnohé studie zkoumající příčiny mezi chudobou a vybranými charakteristikami zdraví. Rozhodla jsem se, s ohledem na koncept sociálních determinant zdraví, zkoumat vztah lidí bez domova k subjektivnímu hodnocení jejich zdraví.

Jak uvádí Davidová (2010) prvotní souvislost mezi zdravotním stavem a sociální situací člověka byla popsána skrze tzv. "sociální determinanty zdraví" dle Marmota a Wilkinsona (2003) a staly se tak základním rámcem pro následující zkoumání.

Wilkinson, Marmot (2003) vymezují sociální determinanty zdraví: sociální gradient, stres, dětství, práce, nezaměstnanost, sociální opora, závislosti, výživa, doprava a sociální vyloučení.

Přesto Vacková (2012a) cituje autory Ellaway, Macintry (2007), kteří se zabývají konceptuálním rizikem, jímž se může stát samotné pojetí sociálních determinant zdraví (tzn., že vybrané sociální charakteristiky mají vliv na zdraví), jež velmi přesně definuje teorii sociálního driftu, dle níž naopak zvolené aspekty zdraví mají vliv na vybrané sociální charakteristiky.

#### 1.4.6.1 Sociální gradient

Braveman, Krieger, Lynch (2000) objasňují dostupné důkazy, že sociální pozice je často rozhodující determinantou a klíčovým faktorem zdraví. Poukazují na to, že nikdo nemůže zdraví obyvatel zcela pochopit, aniž by zkoumal jejich sociální postavení. Studium sociálních nerovností v oblasti zdraví, neznamená předjímání kauzality, ale zabývá se porovnáním zdraví mezi různými zeměpisnými oblastmi.

Znevýhodnění může mít mnoho podob, dotýká se např. nedostatku rodinného majetku, nedostatečného vzdělání během adolescence, nejistého zaměstnání, bydlení v chudinské čtvrti, či vyrůstání v rodině procházející náročnou životní situací (Čeledová; Čevela, 2010, s. 30). Wilkinson a Marmot (2003) poukazují na fakt, že lidé umístění nízko na sociálním řebříčku mají dvojnásobné riziko závažného onemocnění a také předčasně umírají oproti lidem postaveným ve vyšší sociální hierarchii.

Důležitost sociálního gradientu v životě je nepopíratelná. Každý člověk potřebuje nejen dobré materiální zázemí, ale už od raného dětství do pozdějšího věku potřebuje cítit, že si jej druzí váží.

#### 1.4.6.2 Dětství

Je všeobecně známým faktem, že se v dětství utváří hodnoty člověka a jeho osobnosti v dospělosti. Podle Wilkinsona a Marmota (2003) studie a pozorovací výzkumy ukazují, že základy zdraví dospělých lidí jsou stanoveny již v raném dětství nebo ještě před narozením. Nedostatečné prenatální péče matky a špatný fetální vývoj ovlivňují zdraví a přináší riziko snížení fyzické, kognitivní i emocionální funkce v dospělosti.

#### 1.4.6.3 Stres

Sociální a psychologické okolnosti mohou způsobit dlouhodobý stres. Pokračování napětí v úzkost, nejistotu, nízké sebevědomí, sociální izolaci a nedostatek kontroly nad rodinným i pracovním životem, mají silný vliv na zdraví a mohou vést až k předčasnému úmrtí (Wilkinson; Marmot, 2003, s 12).

Víme, že nadměrný stres jakéhokoliv původu včetně psychogenního rozvrací stabilitu imunitního systému s projekcí poruch jeho funkcí nejen do mnoha klinických projevů (Drbal 2001, s. 18).

#### 1.4.6.4 Nezaměstnanost

Jistota zaměstnání zvyšuje pracovní spokojenost a tím i zdraví člověka, zmiňují autoři Wilkinson a Marmot (2003). Z dlouhodobého hlediska je nezaměstnanost patologickým jevem způsobující nejen finanční problém, ale i nemoci a předčasná úmrtí. Nejčastěji člověka postihují rizikové choroby kardiovaskulární a duševní (zejména úzkost a deprese), doplňují Čeledová a Čevela (2010).

#### 1.4.6.5 Sociální vyloučení

Problematiku jsem podrobně nastínila v předchozí kapitole, proto jen krátce zmíním výroky Wilkinsona a Marmota. Život je krátký tam, kde je jeho kvalita špatná. Chudoba, sociální vyloučení a diskriminace mají na svědomí lidské životy, protože způsobují utrpení a zášť (Wilkinson a Marmot, 2003, s. 16). Za důvody sociálního vyloučení můžeme označit nezaměstnanost, tělesné postižení, nemoci, diskriminaci,

rasismus, stigmatizaci nebo hostilitu. Jsou to také důvody, které brání lidem ve vzdělání, přípravě na povolání, v občanských aktivitách, přístupu k službám a vhodnému využití aktivit volného času. Žijí-li lidé v těchto podmínkách dlouho, utváří se bludný kruh s pravděpodobně zvyšujícími se zdravotními problémy (Wilkinson a Marmot, 2003).

#### 1.4.6.6 Závislosti

Postupem času se rozšířil okruh znalostí o negativních účincích toxických látek od nikotinu, přes alkohol, až k tvrdým drogám. Jejich bezprostřední patogenní vlivy i dlouhodobé psychosomatické důsledky včetně zvýšeného rizika genové instability a možných následných mutací jsou zcela nesporné (Drbal 2001, s. 19).

Lomas (1998) charakterizuje tradiční vysvětlení nerovností ve zdraví specifickým chováním těch z nižších sociálně-ekonomických tříd, kteří podléhají rizikovému chování v podobě závislosti na alkoholu a nikotinu, vedoucí k jejich předčasné smrti na srdeční onemocnění, rakovinu plic a tak dále. Wilkinson a Marmot (2003) považují za hlavní důvody kouření chudých pocit úlevy od stresu a zlepšení nálady.

#### 1.4.6.7 Sociální opora

Protektivní význam existence sociální opory na zdraví je nepopiratelný. Sociální opora působí jak v rovině individuální, tak v rovině sociální. Lidé, kteří postrádají sociální oporu, trpí více zdravotními a psychickými problémy (Čeledová; Čevela, 2010, s. 31). Experimenty ukazují, že dobré sociální vztahy mohou snížit i fyziologické reakce na stres (Wilkinson a Marmot, 2003).

#### 1.4.6.8 Práce

Dle Wilkinsona a Marmota (2003) mají lepší zdraví ti, co mají nad svou prací kontrolu než ti, co se obávají o místo nebo zažívají stres, jenž podstatně zvyšuje riziko onemocnění. Čeledová, Čevela (2010) popisují, že neuspokojující nebo nejisté zaměstnání mají stejné dopady na zdraví jako samotná nezaměstnanost.

#### 1.4.6.9 Výživa

Dnes jsou obecně známé a ověřené poznatky o významu výživy v souvislosti se vznikem a průběhem kardiovaskulárních chorob, zhoubných nádorů i řady jiných onemocnění (Drbal 2001, s. 18). Wilkinson a Marmot (2003) nabízejí zvláštní pohled na nedostatek kvalitní stravy a nahrazení čerstvých potravin levnějšími zpracovanými s vysokým obsahem tuku. To pomalu ale jistě vede ke zvýšení obezity.

#### 1.4.6.10 Doprava

Čeledová, Čevela (2010) dopravu vnímají zejména podporující zdraví, tzn. chůzi, jízdu na kole nebo využití veřejné dopravy.

Pravidelné cvičení chrání proti onemocnění srdce tím, že omezuje obezitu a snižuje nástup diabetu. To podporuje pocit pohody a chrání před pocití deprese. Pozitivem je snížení znečištění ovzduší a zvýšení kontaktů s lidmi, protože sociální izolace jsou silně spojeny s horším zdravím (Wilkinson; Marmot, 2003).

### 1.5 Zdraví bezdomovců

Právo na ochranu zdraví je zakotveno v Listině základních práv a svobod. Článek 31 říká, že má každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Neznamena to však, že je zdravotní péče bezplatná (Šupková a kol., 2007).

Špatné zdraví může vést k pracovní neschopnosti a z důvodu dlouhodobé léčby člověk může přijít jak o práci, tak o bydlení či sociální zázemí. I toto může být jednou z příčin, že člověk upadne do sociálního vyloučení - bezdomovectví (Marek, Strnad, Hotovcová 2012, s. 50). Bezdomovcův život je velmi těžký a životní podmínky jej vystavují zvětšujícímu se riziku onemocnění. Stačí pomyslet na změny klimatu, na samotu, na přerušování osobních vztahů (Hradičtí, 1996).

Barták (2011) zmiňuje, že téma zdravotního stavu bezdomovců je v zahraničí, zejména v anglosaském prostředí, tématem četných odborných prací.

Evropská úřadovna WHO iniciovala zpracování studie, která by mapovala hlavní otázky zdraví a dostupnosti zdravotní péče pro bezdomovce (Wright 2005). Hlavní poznatky studie zahrnují následující zjištění: *Zdravotní stav bezdomovců je horší než zdravotní stav bydlící populace, což se týká jak fyzického, tak i duševního zdraví. Bezdomovci mají také často problémy s dostupností pro ně vhodných zdravotnických služeb. Z hlediska zdravotní stavu je populace bezdomovců charakterizována komorbiditou (převážně závislostí na alkoholu, drogách a duševními poruchami) a předčasnou úmrtností* (Barták, 2011, s. 78).

Hradičtí (1996) charakterizují zdraví bezdomovců jako chatrné a slabé. Podmínky, ve kterých se ocitají, jim nedovolují správnou životosprávu, často nedosahují ani nejzákladnější hygieny. Stejně tak Buchtová (2004) považuje jejich zdraví kritickou stránkou jejich života, zvláště pak nocujících na veřejných prostranstvích.

Bezdomovci jsou, ve srovnání s bydlící populací, více chronicky nemocní, rovněž prevalence infekčních chorob je u těchto osob vysoká tvrdí Barták, Hnilicová a Horáková (2006).

Sirovátka et al.(2005) dokládá studii špatného zdravotního stavu v souvislosti s příjmovou chudobou. Mezi nejčastější onemocnění, kde psychosociální vlivy nezaměstnanosti (která mimochodem s fenoménem bezdomovectví souvisí) působí jako jejich spouštěč, či přispívají na jejich udržení, patří hypertenze, astma, vředová choroba žaludku a dvanáctníku a kožní choroby, dokonce i vyšší výskyt diabetu, uvádí (Kajanová, 2009, s. 27).

Statistiky z Evropské unie prokazují, že bezdomovci mají zdraví daleko křehčí a nestálější než ostatní obyvatelstvo. Např. anketa o bezdomovcích spících na ulicích Londýna prokázala, že střední věk úmrtí těchto lidí je 47 let proti 73 - 79 letům ostatní populace, a že v Německu mají tito lidé naději na život o 10 let kratší než osoby, které mají bydliště. Je naprosto zřetelné, že kvalita života bezdomovců je chudobná. Z našich zkušeností v Praze můžeme konstatovat, že bezdomovci trpí povětšinou zdravotním postižením anebo chronickou či akutní chorobou (Hradičtí, 1996).

### *1.5.1 Somatické komplikace*

Dle Fitzpatrick, Kemp, Klinker (2004) je zdraví bezdomovců oblastí života celkem dobře prozkoumanou.

Z šetření vyplynulo, že většina lidí žijících na ulici trpí více chorobami najednou, upozorňují Šivlová a Mikulášek (2008). Nejčastěji různými virózami a respiračními nemocemi, dále kožními nemocemi jako jsou bércové vředy. Výjimku netvoří omrzliny, popáleniny i vši, blechy a také svrab. Velká část lidí bez domova mívá problémy s chrupem a trávicí problémy. Neopomíjeným významným faktorem jsou i různá zranění a úrazy. Další rozšířené nemoci, kterými trpí, jsou podle Fitzpatrick, Kemp, Klinker (2004) opakované bolesti hlavy, záchvaty, dokonce i ztráta vědomí. Zvýšený zájem je věnován onemocnění TBC. Všechny nemoci mají mnoho společného s ukazatelem fyzického zdraví bezdomovců, s úmrtností (mortalitou).

Subjektivní vnímání zdraví bezdomovců bylo srovnáno se subjektivním vnímáním zdraví v rámci většinové britské populace. V rámci těchto rozhovorů byli bezdomovci motivováni, aby hovořili o problémech svého fyzického zdraví, ale také o dalších aspektech svého života. Výzkum (Bines 1995) prokázal, že mezi bezdomovci jsou v porovnání s většinovou populací méně zdraví, respektive více nemocní. Co se tělesného zdraví týče, byla u bezdomovců ve srovnání s většinovou bydlící populací zaznamenána vyšší incidence:

- plicních onemocnění (včetně TBC), ale také bolestí hlavy, kdy počet těchto problémů byl pro bezdomovce z ubytoven a nocleháren dvojnásobný a dokonce, trojnásobný u bezdomovců, kteří žijí na ulicích,
- kožních onemocnění (zejména vředů), kdy byla zaznamenána dvojnásobná, respektive trojnásobná četnost,
- onemocnění svalové a kosterní soustavy, a to dvojnásobně.

Výskyt tuberkulózy mezi bezdomovci je průměrně desetinásobný, než je tomu u celkové populace (Barták, 2011, s. 74-75).

Z výzkumu subjektivně vnímaného zdraví bezdomovců udává Barták (2011) výsledky, že se pocit zdraví zhoršuje s rostoucím věkem. Vliv délky bezdomovství nebyl statisticky prokázán.



Za důležitou informaci považují uvést, že bezdomovci oproti bydlící populaci páchají sebevraždy 35x častěji a umírají 4x častěji z důvodu nepřírodných příčin (napadení, nehody, otravou alkoholem, drogami apod.), (Fitzpatrick, Kemp, Klinker, 2004).

### *1.5.2 Psychické potíže*

Některé výzkumy ukazují problematiku duševního onemocnění ještě před vznikem bezdomovectví, uvádějí Fitzpatrick, Kemp a Klinker (2004). Marek, Strnad, Hotovcová (2012) poukazují na fakt, že většina bezdomovců měla určité psychické potíže ještě v době, kdy pracovali a měli zázemí.

Nemoc, která jej postihne v dětství (epilepsie, DMO, meningitida, encefalitida, hyperaktivita, psychosomatické poruchy, mentální retardace apod.), nebo během života, která se prohlubuje a roste v důsledku nedostatku peněz a chudoby, přivede nakonec člověka do postavení bezdomovce, dokládají Hradičtí (1996).

Z předchozí kapitoly víme, že se mezi bezdomovci objevují propuštění pacienti z psychiatrických léčeben i propuštění vězni s poruchami osobnosti, čímž se vyznačují charakterové vlastnosti jedince, ovšem značně se odlišující od patrných rysů většinové populace, popisují Marek, Strnad, Hotovcová (2012). V populaci se vyskytuje 6-9 % lidí projevujících se neustálými stereotypními reakcemi na široké spektrum sociálních situací. V bezdomovecké komunitě lze spatřit až 80 % jedinců postižených určitou poruchou osobnosti (asociální, emočně nestabilní, paranoidní, schizoidní, závislí či narcističtí). Hradičtí (1996) popisují, jak se s podlomeným zdravím bezradně toulají se z místa na místo, bez pomoci. Fitzpatrick, Kemp a Klinker (2004) říkají, že právě samo bezdomovství vykazuje mnohé známky stresu s ním spojené a tím i negativní dopad na celkové duševní zdraví.

Reprezentativní studie (Koegel a kol. (1988), Hermanna a kol., Vazqueze a kol.(1997) a Fichtera a kol.) ukazuje relativně jednotné výsledky: u 70-95% sledovaných osob bez domova se našly symptomy minimálně jedné psychiatrické diagnózy (Štěchová, Luptáková, Kopoldová 2008).

WHO (2012) považuje etiologii duševních poruch za multifaktoriální, stanovenou jako výsledek interakce genetické, jiné biologické, psychologické a sociální

determinanty. Řada mechanismů může vysvětlit zvýšené deprese zahrnující stres spojený s nízkým socioekonomickým statusem (zejména v kontextu vysoce příjmové nerovnosti), marginalizace, pocitu beznaděje, bezmocnosti apod.

Za nejčastější duševní poruchy autoři považují závislosti, psychotická onemocnění (nemoci schizofrenního okruhu), depresivní a úzkostné poruchy, posttraumatickou stresovou poruchu (úzkost, otupělost, přecitlivělost a nezáměr o budoucnost), poruchy chování a poruchy osobnosti nebo pokusy o sebevraždu. Též může jít o kombinaci těchto poruch, přičemž muži bývají nejvíce postiženi poruchami osobnosti se závislostmi. Údaje souhrnné studie uvádí, že 40-90 % mladých bezdomovců užívá drogy, 15-80 % bezdomovců vykazuje známky deprese a 20-80% z nich trpí poruchami osobnosti. Neléčené psychické poruchy mohou vést k poruše sociálního fungování, přes bezdomovectví, až k sociální izolaci. Mají přímý vliv na sociální a ekonomický status jedince (Marek, Strnad, Hotovcová 2012, s. 41-42).

Lidé spící v noclehárnách jsou až 8x více zasaženi depresemi, úzkostmi nebo nervozitou, konstatují Fitzpatrick, Kemp, Klinker (2004). Bezdomovci přežívající venku dokonce až 11x více oproti bydlící populaci. Tito lidé také vykazují vysoké procento závislostmi na alkoholu.

### *1.5.3 Závislosti*

Obecně víme, že propadnutí závislosti na alkoholu na jiných návykových látkách přináší řadu problémů, jak samotnému jedinci, tak i jeho širšímu okolí. Ať už se jedná o somatické poškození organismu, psychické potíže, neméně důležité je ztráta původních hodnot. Mizí kontakt s rodinou i přáteli, člověk začne zanedbávat zevnějšek a následkem všech událostí odchází z domova, což může naplňovat jednu z forem bezdomovectví.

Lomas (1998) charakterizuje tradiční vysvětlení nerovností ve zdraví specifickým chováním těch z nižších sociálně-ekonomických tříd, kteří podléhají rizikovému chování v podobě závislostí na alkoholu a nikotinu, vedoucí k jejich předčasné smrti na srdeční onemocnění, rakovinu plic a tak dále. Wilkinson a Marmot (2003) definují, že užívání drog je jak odpovědí na sociální poruchy a důležitým faktorem při zhoršení

výsledné nerovností v oblasti zdraví. Nabízí uživatelům přelud uniknout z neštěstí a stresu, ale jen dělá jejich problémy horší. Závislost na alkoholu, užívání drog a kouření cigaret jsou úzce spojeny se značkami o sociální a ekonomické znevýhodnění.

Přijde-li člověk o domov a své sociální vazby, musí jednak zpracovat ztrátu a jednak se postarat o to, aby přežil. Zjištění, že návrat do původních poměrů je nemožný nebo vyžaduje enormní úsilí, je šokující a alkohol je jedním z prostředků, jak se s tímto šokem vypořádat. Opilost je v tomto případě normální reakcí na sociálně nenormální situaci. Nahrazuje smysl a cíl života, rozpouští zlost, vztek, pocit křivdy a spojuje s ostatními lidmi, kteří mají stejný úděl. Umožňuje přežít v lhostejnosti. Opilost se ovšem brzy mění v závislost a zápas s požadavky společnosti a s vlastní závislostí je pak bojem s neporazitelnou přesilou (Faldyna, 2008, s. 37).

WHO (2012) potvrzuje obecné zjištění z různých částí světa, že alkohol má tendenci být více převládající u nižších sociálních vrstev, a že je tomu tak obzvláště u mužů. Zdravotní výstupy zahrnují širokou škálu chronické onemocnění a akutních stavů (alkoholová závislost, škodlivé užívání, akutní intoxikace alkoholem a otrava).

Dle Kajanové (2009) se nadměrným a dlouhodobým užíváním alkoholu zvyšuje riziko výskytu nevyléčitelných onemocnění (mozková atrofie, cirhóza jater, změny nervového systému, pankreatitida, ale i vznik karcinomu jater, jícnu, žaludku nebo tenkého střeva).

Britské výzkumy opakovaně zjistily, že přibližně polovina lidí přespávajících na ulici měla vážné problémy s alkoholem. Speciální výzkumy týkající se vzájemných vztahů mezi problémem s alkoholem a bezdomovectvím zjistily, že těžká závislost na alkoholu často bezdomovectví předchází a také lidi znovu a znovu vrací na ulici. Francouzský sociolog Gaboriau se pokusil odpovědět na otázku, proč se bezdomovci často stávají alkoholiky. Nabízí teorii „kultury piva a vína“. Bezdomovec touto „kulturou“ seskupenou kolem láhve žije, láhev mu dělá „společnici“ v jeho trápení, ale zároveň omezuje a znemožňuje jeho znovupřijetí do společnosti. Na druhé straně mu dá pocit chvilkového štěstí a veselosti. Pítí mu sice ničí život, ale zpříjemňuje prožívání a usnadňuje přežití současné chvíle (Štěchová, Luptáková, Kopoldová 2008, s. 48).

Fitzpatrick, Kemp, Klinker (2004) diskutují o důkazech výzkumných studií, které zjistili, že těžká závislost na alkoholu bezdomovectví determinuje, ale také ho obnovuje.

Wilkinson a Marmot (2003) vnímají sociální deprivaci (především nízké příjmy, špatné podmínky k bydlení) a s ní související bezdomovství za příčinu vysoké míry závislosti na nikotinu. Podle WHO (2012) potvrzuje příčinný vztah mezi chudobou a užíváním tabáku, přičemž špatný zdravotní stav vyplývající z užívání tabáku past chudoby ještě více udržuje.

Nikotinismus představuje závažný rizikový faktor, jenž podstatně zvyšuje riziko rakovin (zejména plic) a výskytu srdečních chorob (poškozuje srdce a cévy, vyvolává zvýšení hladiny cholesterolu v krvi a vysoký krevní tlak). Kuřáci často podléhají chronické bronchitidě a chronické plicní nemoci. Zdravotní dopady ilegálních drog jsou nejzávažnější v případě nitrožilní aplikace (především heroin a pervitin), spojené s riziky infekce, hepatitid či AIDS. Abúzus drog dále způsobuje některá psychická onemocnění, např. psychotické, depresivní nebo úzkostné poruchy (Kajanová, 2009, s. 44-45).

#### *1.5.4 Zdravotní péče o bezdomovce*

Dle Šupkové (2007) je zdravotní péče o bezdomovce dána příslušnou zdravotní politikou země.

Lidé žijící v sociálně vyloučených lokalitách mívají ztížený přístup k běžné zdravotní péči. Důvodů k tomu je více, říká Gabal (2006) a popisuje mimo objektivní důvody prostorového vyloučení i subjektivní, kde převládá malá informovanost apod.

Život na ulici způsobuje mnoho závažných onemocnění, která je třeba léčit, jenže bezdomovci léčbu odmítají. Je tedy patrné, že mezi bezdomovci a zdravotnickými zařízeními panuje značná nedůvěra, popisují situaci Marek, Strnad, Hotovcová (2012).

Nemají v pořádku zdravotní pojištění, jsou bez peněz, bez osobních dokladů, bez rodinného zázemí a bez nároku na sociální dávky. Trvalé bydliště mají dlouhodobě fiktivní, nejsou registrovaní na Úřadu práce a nedodržují léčebný režim. To jsou všechno problémy s jejich ošetřením v běžných zdravotnických zařízeních.

Bezdomovec, který je veřejností vnímán jako „typický“, bývá odmítán, nejčastěji pro „naplněnou kapacitu“, případně je po akutním ošetření propuštěn do „domácího“ doléčení (Půrová, 2008, s. 39; Tým občanského sdružení, 2012, s. 51)

Obecným faktem stále zůstává, že bezdomovec k trvalému bydlišti spadá jen úředně (obecní úřady), tudíž se v něm nevyskytuje a to bohužel komplikuje jakékoliv zabezpečení jeho řádné léčby, konstatují Marek, Strnad a Hotovcová (2012).

Přesto, že pro mnohé bezdomovce představuje pobyt v nemocnici lůžko a stravu (bývají postiženi syndromem ústavní závislosti), někteří jej vnímají jako ohrožení pocitu svobody a často se vracejí zpět na ulici (nejčastěji závislí na drogách). Marek, Strnad, Hotovcová (2012).

Matoušek (2003) i Marek, Strnad a Hotovcová (2012) objasňují fakt častého odmítání ze strany lékařů z důvodu neuhrazeného pojištění, či neexistencí zdravotní karty. Stejně i Barták, Hnilicová, Horáková (2006) vnímají problém v tom, že bezdomovci nemají vytvořenou kompletní zdravotnickou dokumentaci a tím je stanovení přesné diagnózy více než znesnadněno.

Další zjištění, proč většina lékařů odmítá o bezdomovce pečovat, dodávají Barták, Hnilicová a Horáková (2006). Pokud lékař přijímá pacienty bez domova ve své obvykle ordinaci, kam docházejí i jeho „normální“ pacienti, je to pro něj z jistého pohledu rizikové počínání, jenž zapříčiní odliv pacientů, které přítomnost bezdomovce v čekárně odrazuje.

Tým občanského sdružení (2012) se domnívá, že je nutno překonat překážky v přístupu ke zdravotním službám, aby se zbytečně nezhoršoval bezdomovcův zdravotní stav, a současně aby se snižovalo riziko před infekčními a parazitárními onemocněními pro celou populaci.

Výzkum uvádí, že i registrace u lékaře není dobrým ukazatelem dostupnosti primární péče. Samotná registrace totiž není zárukou možnosti spotřeby zdravotní péče na základě potřeb konkrétního bezdomovce. Pro řadu bezdomovců je péče nedostupná (Barták, 2011, s. 79).

### 1.5.5 Řešení problematiky zdravotní péče

Hradečtí (1996) se zmiňují o Evropské síti (EUR-HOPE-NETWORK), jenž sdružuje osoby a organizace, které pracují ve zdravotní oblasti pro lidi na okraji společnosti. Cílem sítě je ochrana zdraví chudých i vyloučených. Důležitá je spolupráce a výměna zkušeností, vytvoření národních sítí, upozorňování na problémy zdraví populace, která je v obtížné situaci. Angažuje se v pomoci při rozhodování evropských i národních politiků, týkajících se zdraví marginalizovaných skupin.

Průzkum zdravotní péče o bezdomovce je tedy komplexní téma zahrnující několik úrovní zkušeností, reálných možností i pocitů sociálních pracovníků v neziskovém sektoru, zdravotníků, i samotných bezdomovců, komentuje Šupková a kol. (2007).

Souhrnná analytická zpráva, kterou na téma zdraví bezdomovců publikovala organizace FEANTSA (viz kapitola 6), rozděluje politická doporučení tvůrcům zdravotní politiky do několika okruhů. Zahrnuje zvyšování dostupnosti péče pro bezdomovce v rámci stávajícího zdravotnického systému, poskytování alternativních služeb (služeb jdoucích za bezdomovci) a zlepšení dostupnosti návazných služeb (rehabilitace, doléčení), (Barták, 2011, s. 164).

Přesto Marek, Strnad, Hotovcová (2012) dokládají známý fakt, že u spousty bezdomovců se vyskytují zdravotní i sociální problémy, přesto chybí služby, které by poskytovaly obojí péči. Někdy zdravotnická zařízení nahrazují péči pobytem azylových domů, jindy AD zastává roli léčebny dlouhodobě nemocných.

V rámci činnosti konkrétních neziskových organizací pak samozřejmě existují možnosti externí spolupráce s lékaři s různou specializací. Střediska specializovaná na klientelu s cílenou poptávkou (pomáhající toxikomanům, prostitutkám apod.) řeší zdravotní péči o své klienty smlouvami, ovšem i neformálními dohodami s odbornými lékaři (často jen ústními), kteří např. jednou týdně docházejí do takového střediska. (Šupková a kol., 2007, s. 11).

Příkladem dobré praxe s umožněním domácí péče a rekonvalescence po propuštění z nemocnice je zařízení v Londýně. Wytham Hall bylo jako centrum pro zdravotní rekonvalescenci bezdomovců založeno v roce 1984. Hlavním cílem je poskytnout domácí péči bezdomovcům s fyzickým a psychiatrickým onemocněním, jejichž stav

není k přímé hospitalizaci, ale život bez této péče by jejich onemocnění určitě zhoršil. Kromě domácí péče přímo v domě je součástí programu i spolupráce s jinými zařízeními a agenturami, které se na léčbě pacienta podílejí (např. Anonymní alkoholici). Vzhledem k reálným možnostem a systémovému zázemí v naší republice je zřejmé, že zásadní jsou administrativní a finanční problémy. Pro všechny zúčastněné strany se jako východisko jeví zřízení tzv. sociálně-zdravotnického zařízení pro tuto cílovou skupinu (Šupková a kol., 2007).

I přesto všechno se zdá, jakoby problematika zdravotního stavu bezdomovců a péče o něj většinovou populaci dojmala méně, než problematika péče o jiné reprezentanty chudoby a sociálního vyloučení. Všichni bychom si však měli uvědomit, že nedostatek přístupu k základní lékařské péči některých lidí znamená nejen zhoršení životních okolností toho kterého člověka, ale může ovlivnit i zdravotní stav daleko širšího spektra lidí, nevíšavě procházejících kolem (Šupková a kol., 2007).

Dobrá zdravotní stav je předpokladem pro resocializaci a je klíčovým faktorem v přístupu udržení zaměstnanosti a bydlení.

## **1.6 Organizace poskytující pomoc osobám bez přístřeší**

### *1.6.1 Organizace pracující s bezdomovci*

Organizace pracující s bezdomovci v ČR mají jeden charakteristický rys: většina z nich je přímo spojena s nějakou církví nebo ve svých stanovách artikuluje náboženské principy. To odráží fakt, že bezdomovectví není jevem současným, ale naopak v naší společnosti trvale přítomen: proto na něj odpovídají tradiční formy dobročinnosti (Schwarzová, 2005, s. 328).

#### **1.6.1.1 FEANTSA**

Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci, byla založena v roce 1989 jako evropská nevládní organizace, aby zabránila chudobě a sociálnímu vyloučení osob ohrožených nebo žijících v bezdomovectví. V současné době má více

než 120 členských organizací v 30 evropských zemí. Většina členů FEANTSA jsou národní nebo regionální zastřešující organizace poskytovatelů služeb, které podporují lidi bez domova se širokou škálou služeb, včetně bydlení, zdravotní péče, zaměstnání a sociální podpory. Často pracují v úzké spolupráci s orgány veřejné správy, sociálního bydlení, služeb a dalších relevantních aktérů (FEANTSA, 2012).

FEANTSA (2012) se zavazuje k provádění účinných opatření proti bezdomovectví (vymezuje rozsah, příčiny nebo řešení problematiky s cílem zlepšit politiku a praxi).

FEANTSA podporuje poznání problematiky zejména rozšiřováním publikací, svými příspěvky do novin a časopisu, účastí na seminářích a důležitých setkáních na evropské úrovni týkajících se sociálního vyloučení, organizováním mezinárodních seminářů, mediálních událostí a tiskových konferencí (Sborník 1998, s. 31).

#### 1.6.1.2 Armáda spásy

Armáda spásy (AS) je mezinárodní křesťanské hnutí, vyznačující se rozsáhlou sociální prací na náboženské a sociálně-charitativní úrovni. Po celém světě pomáhá lidem v extrémně nepříznivé sociální situaci spojené zejména se ztrátou domova. Provozuje nízkoprahová zařízení pro mládež, zaměřená na smysluplné využití jejich volného času (Kopřivová, 2006; Sborník, 1998, s. 33).

Autoři sborníku (1998) se shodují, že cílem pomoci není jen poskytnout základní lidské potřeby (jídlo, oblečení, střechu nad hlavou), ale rámcem strukturovaného programu člověka motivovat, nalézt sebe sama a tak i cestu ze své zdánlivě bezvýchodné situace. AS usiluje o společný rozvoj s vyspělými zeměmi Evropy za účelem aktivního využívání jejich dlouholetých zkušeností.

#### 1.6.1.3 Sdružení azylových domů SAD

Dle Bajera (2006a) sdružení azylových domů (zkráceně SAD) vzniklo kolem roku 1993 jako právnická osoba, sdružující nejrůznější typy azylových domů v ČR (státní, nestátní, obecní a církevní). Sborník (1998) i Bajer (2006a) uvádějí, že při mapování problému lidí bez domova v České republice spolupracuje SAD s Výzkumným ústavem



MPSV, který je pro ně reprezentujícím konzultačním partnerem. Jako příklad uvádí vznik společného projektu "Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR".

Sdružení je poradním zastřešujícím orgánem pro jednání s ministerstvem, pro propagaci problematiky bezdomovectví, pro jednání v rámci legislativy, jak pojmout bezdomovectví, jak financovat azylové domy apod. (Bajer, 2006a, s. 34-35).

#### 1.6.1.4 Naděje

Bajer (2006b) popisuje Naději jako spolek, založen podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. Podrobnější uvedení dle stanov uvádí tento spolek jako nepolitické sdružení s celostátní působností. Nyní Naděje zahrnuje 4 koncepce "Program pro třetí věk, Program pro mentálně postižené, Náhradní rodinná péče a Integrovaný program", věnující se právě bezplatné pomoci bezdomovcům, říká Bajer (2006b). Celkovým rámcem široce rozevřeného komplexu služeb je prevence a vždy adresná pomoc při řešení chudoby a osamělosti, prevence sociálního vyloučení a sociální intervence. V každém se snaží vidět lidskou bytost, které vždy náleží zachovat si lidskou důstojnost (Bajer, 2006b)

### *1.6.2 Služby a sociální zařízení pro bezdomovce*

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách se definují tyto služby, které ve své koncepci popisuje Tým občanského sdružení (2012):

#### 1.6.2.1 Terénní programy

Jednotlivé registrované služby jsou diferencované zaměřením na různou cílovou skupinu, zejména zaměřením poskytovatele.

#### 1.6.2.2 Nízkoprahová denní centra (NDC)

Poskytována formou terénní nebo ambulantní a navazuje na terénní programy. Ze zákona nabízejí pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí včetně základního

poradenství. Některá NDC nabízejí praní prádla, distribuci potravin a šatstva, popřípadě zprostředkování zdravotní služby (sestra, lékař). Služba je anonymní a bezplatná.

#### 1.6.2.3 Noclehárny (N)

Slouží jakožto ambulantní služby, jejichž hlavním pozitivem je přes noc za minimální poplatek poskytnutí lůžka. Často postrádají vlastní sociální práci s klienty.

#### 1.6.2.4 Azylové domy (AD)

Dle slovníku sociální práce definuje Matoušek (2003) azylový dům jako ubytovací zařízení pro osoby bez přístřeší, kteří se pro změnu životního stylu rozhodli z vlastní iniciativy a jsou tak motivováni k integraci do společnosti.

Pobytové služby se poskytují podle § 57 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, na přechodnou dobu (zpravidla 1 rok) osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se sociálním bydlením. Obsahují tyto základní činnosti – poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Dále výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, dodává Hradecký a kol. (2007).

V některých AD klienti procházejí tzv. integračními stupni, tj. fázemi pobytu, během nichž si klient klade postupně náročnější cíle (Matoušek, 2003). Štěchová, Luptáková a Kopoldová (2008) dále dokládají informace o sdružení "Nový prostor", které neposkytuje ubytování, ale zajišťuje bezdomovcům možnost výdělků pouličním prodejem časopisu Nový prostor, kdy jim z každého prodeje náleží nepatrná finanční odměna. Pozitivním důvodem bývá navrácení nebo udržení pracovních návyků.

Tým občanského sdružení (2012) popisuje bludný kruh klienta AD. Zpravila po roce (několika letech) musí pobyt v azylovém domě ukončit a jediná cesta vede opět na ulici, případně přes terénní program, denní centrum a noclehárnu zase zpět do azylového domu. Tímto problémem jsou nejvíce zasaženi bezdomovci-senioři a lidé se zdravotním postižením, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, ale nejsou pro ně dostupné jiné služby než právě AD.

## 2 CÍL PRÁCE

### 2.1 Cíl práce

Cílem je odhalit a vydefinovat prvky sociálního vyloučení u bezdomovců a nalézt jejich podmíněnost ve vztahu k subjektivnímu vnímání zdravotního stavu.

#### 2.1.1 Dílčí cíle

- nalézt hlubší vysvětlení faktorů sociálního vyloučení bezdomovců
- zjistit, zda mělo na jeho momentální situaci vliv právě zhoršení zdraví
- zjistit pohled bezdomovců na vnímání svého celkového
- zjistit možnosti pozitivního ovlivnění jejich situace

#### 2.1.2 Operacionalizace pojmu "sociální vyloučení"

Viz kapitola Současný stav pojem sociální vyloučení. Vacková a Velemínský (in Davidová, 2010) uvádějí sociální okolnosti jako oblast, do nichž spadá zaměstnanost (popř. nezaměstnanost, vzdělání, místo bydliště, generace a další, jež mají vliv na to, jak se člověk subjektivně cítí. Davidová (2010) dále popisuje, že se sociálním vyloučením myslí stav, kdy je jedinec nebo sociální skupina vyloučena z ekonomického a sociálního života (z trhu práce, společenských institucí a hlavního proudu vzdělání) a tím je i z možnosti podílet se na právech (především sociálních), životních prostředcích a zdrojích blahobytu sdílených se zbytkem populace. V oblasti sociálních práv jde zejména o práva přístup ke vzdělání, možnosti zajistit bydlení, zdravotní péči a právo sociální ochrany. V procesu sociálního vyloučení je jedinci výrazně znesnadněn přístup ke zdrojům, příležitostem, které umožňují zapojení do sociálních, ekonomických a politických aktivit hlavního proudu společnosti.

### 2.1.3 Operacionalizace pojmu "subjektivní vnímání zdraví"

Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) subjektivní hodnocení vlastního zdraví je komplexní ukazatel, který kromě faktické fyzické kondice odráží i celkové životní pocity a postoje. Subjektivní pohled na zdravotní stav je zároveň důležitým prvkem, který reálně ovlivňuje chování lidí v každodenním životě mnohdy podstatněji než objektivně stanovené diagnózy a zdravotní handicapy. Šetření subjektivní reflexe vlastního zdraví je téma poměrně složité, protože vnímání kvality vlastního zdraví má různá kritéria a každé z těchto kritérií vypovídá o zdravotním stavu populace z jiného pohledu. Dle Vackové (2012) vychází subjektivní vnímání vlastního zdraví z vnitřního, vysoce individuálního hodnocení, částečně podmíněného objektivním zdravotním stavem, ale i životním stylem, emočním naladěním nebo sociálně ekonomickými podmínkami.

## 2.2 Cílová skupina

Lidé bez domova navštěvující azylový dům.

## 2.3 Výzkumné otázky

1. Jaké příčiny sehrály významnou roli v ocitnutí se respondentů na ulici?
2. Jak lidé bez domova hodnotí své momentální zdraví?
3. Jak lidé bez domova vnímají pomoc v oblasti zlepšení jejich situace?

Hypotézy budou stanoveny v závěru práce.

## 3 METODIKA

### 3.1 Metodika sběru dat

Předmětem výzkumu jsou souvislosti mezi životní (sociální) situací vybrané skupiny obyvatel a jejich zdravotním stavem.

Pro sběr potřebných dat bylo použito kvalitativního výzkumu, jak uvádí Strauss (1999), jedná se o typ výzkumu, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur. Švaříček (1999) popisuje podstatu kvalitativního výzkumu jako do široka vedený sběr informací, aniž by zpočátku byly stanoveny nějaké hypotézy (proměnné). Důležité je prozkoumání množství dat a pátrání po pravidelnostech v daném jevu a formulování předběžných závěrů, dává vznik nové teorii. Výstupem jsou hypotézy, které však nelze zobecnit, nýbrž ověřit pomocí kvantity.

Základním a jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu v rámci kvalitativního přístupu je "případová studie". Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Jejich prostřednictvím tak máme možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem (Miovský, 2006).

Hendl (2005) ve své publikaci zmiňuje osobní případovou studii, kdy je pozornost zaměřena např. minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události. Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah.

Vybranou metodou pro výzkum je dotazování. Technika je dle Bártlové, Hnilicové (2000) souhrn postupů na efektivní využívání některé procedury a jde vlastně o způsob sběru empirických dat. Vybranou technikou byl zvolen individuální polostrukturovaný rozhovor s otevřenými i uzavřenými otázkami, jenž charakterizuje Bártlová, Hnilicová (2000) jako hrubý seznam otázek, které bychom měli mít připraveny, jinak máme vcelku volné pole.

Zvolila jsem průzkum subjektivního pohledu bezdomovce na jeho vlastní zdraví, z toho důvodu se jako jedna z technik nabízí právě rozhovor, hodící se v přístupu k získání potřebných dat o lidech bez domova více než tištěný dotazník.

Jako doplňkovou metodu k rozhovoru jsem použila techniku zúčastněného skrytého pozorování, jež se používá v situacích, kdy se výzkumník stává na určitou dobu součástí zkoumaného prostředí, uvádí Bártlová, Hnilicová (2000). Předmětem přímého pozorování je chování osob i atmosféry, kdy jsou předem daná jasná kritéria pro hodnocení. Hendl (2005) poznamenává, že výzkumník přistupuje k pozorování s vědomím toho, že sociální svět je spoluvytvářen subjektivními významy a zkušeností konstruovanou účastníky sociální situace. Pomocí pozorování jsem zaznamenala první dojem, neverbální projevy a momentální psychické rozpoložení.

Podklady pro rozhovor a pozorování jsou uvedeny v příloze.

### **3.1 Výběr respondentů**

Kritériem pro výběr respondentů byli lidé bez domova ocitající se v procesu sociálního vyloučení. Pro svůj výzkum jsem zvolila účelový výběr respondentů - technika prostého záměrného výběru na základě jejich pohlaví a věku. Mohu tedy považovat způsob výběru za "záměrný výběr přes instituce", jenž je metodou, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá. Výzkumný soubor tvoří 10 respondentů, klientů "Denního centra" v Azylovém domě sv. Pavla v Českých Budějovicích.

Realizace výzkumu proběhla v červenci 2013. Rozhovory probíhaly osobně - seznámení o tématu a cílech, poučení o anonymitě a mlčenlivosti. Švaříček (1999) popisuje etické dimenze kvalitativního výzkumu jako obecné principy: "důvěrnosti" (nebudou uveřejněna žádná data, jež by čtenářům umožnila dotyčné klienty identifikovat) a "informovaného souhlasu" od účastníků výzkumu, jenž byl ústní.

Výsledky mohou být ovlivněny také obdobím sběru dat, které proběhlo v letních měsících. Pro příklad uvádím výzkum Výběrové studie 2004 v listopadu, což je obecně měsíc, kdy se lidé častěji potýkají s různými virózy, nachlazením, předvánočními i

jinými depresemi. Tyto faktory mohly také přispět k negativnějšímu hodnocení zdravotního stavu (ÚZIS 2004, s. 15).

### **3.2 Metodika zpracování dat**

V případové studii využíváme při analýze mnoho nejrůznějších přístupů. Zde se opírám se o "teoretická tvrzení" dle Hendla (2005) který uvádí, že se přistupuje k analýze pomocí "kódování", tedy systematickým prohledáváním dat s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části. Na tuto fázi vždy navazuje snaha výsledky této analýzy interpretovat jako celek. Proces segmentace zahrnuje rozdělení dat do analytických jednotek. V této práci se soustředí na odstavce.

Hendl (2005) popisuje kategoriální systémy jako sloužící k provádění redukce dat. Využívají se při kódování záznamů rozhovorů, pozorování. Konstrukcí kategoriálních systémů se myslí návrh popisného systému kategorií pro systematickou klasifikaci a roztřídění dat, které přiřazujeme k různým nadpisům.

Rozhodla jsem se data seskupit pomocí "Metody vytváření trsů". Ta slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky. Společným znakem takového trsu může být například tematický překryv, tj. když vyhledáváme ve výrociích osob všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu. Základní princip metody vytváření trsů je postaven na srovnávání a agregaci dat a má dimenzi určité hierarchizace, neboť v ní prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější (Miovský, 2006, s. 221).

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Kazuistiky

Tabulka č. 1 - Identifikace respondentů - označení číselnou zkratkou

Respondent	Narození Věk	Stav	Vzdělání	Bydlení	Příjem	Dluhy
R1	1979 35 let	rozvedený	vyučen	noclehárna	Dočasný pracovní poměr	exekuce
R2	1954 59 let	rozvedený	vyučen	AD	Dávky HN Prodej NP	nemá
R2	1958 55 let	rozvedený	vyučen	venku	Brigáda bez smlouvy	má, ale neuvádí
R4	1984 29 let	ženatý	základní	venku	ID 3. stupně Brigády	má, ale neuvádí
R5	1955 57 let	3x rozvedený	základní	AD	Dávky HN	výživné
R6	1962 51 let	rozvedený	vyučen, zkoušky na strážného	sociální ubytovna	Dočasně na ÚP, nyní nabídka nové práce	exekuce
R7	1980 33 let	svobodný	základní	venku	Dávky HN	exekuce
R8	1955 58 let	svobodný	základní	noclehárna	ID - neuvádí	exekuce
R9	1968 45 let	rozvedený	vyučen	noclehárna	ID 3. stupně	nemá



<b>R10</b>	1954	<i>dosud</i>			<i>čeká na 1.</i>	<i>nemá</i>
	59 let	<i>nerozvedený</i>	<i>vyučen</i>	<i>vlastní byt</i>	<i>výplatu</i>	

Zdroj: Vlastní výzkum

### Vysvětlivky:

HN = hmotná nouze

AD = azylový dům

ID = invalidní důchod

PvN = podpora v nezaměstnanosti

### Respondent č. 1

**narozen roku 1979, 35 let**

**stav - rozvedený**

**vzdělání - vyučen**

Původní rodina - otec pil, matka se 2x rozvedla, ale zdržovala se v domácnosti, nelze tedy říci, že by prožil dětství plnohodnotně. Tvrdil, že podle něj bylo všechno v pořádku, načež oznámil, že na minulosti nelze nic pozměnit, jen se znovu narodit. Nyní má matka svoje, otec je v důchodu, bratr má svoji rodinu.

Vztahy k partnerkám uvádí: *"Musí to být žena, co se stará o chlapa, žádná poběhlice, co pije, bere drogy!"* K otázce na děti se vyjádřil, že ani neví, jestli nějaké má, že mu bývala partnerka nic neoznámila.

(moje pozn.: Respondent trpí jednou z psychotických poruch, kdy si podle mě vymýšlí a říká pravdu, jak se mu hodí).

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova**, která jej dostala do stavu řešit situaci výpomocí služby Azylového domu, byla ztráta zaměstnání, jenž řekl, že se snaží pracovat 10 let, ale smlouvy jsou většinou falešné, neplatné nebo na půlroční úvazek, po kterém dostával výpověď. Vehementně a zarytě tvrdí, že na ulici ho dostávají jen

zaměstnavatelé, u kterých byl zaměstnán (podnikatel nebo majitel a.s.). K situaci, v jaké se nachází, vidí vinu v penězích a neshody s bývalou ženou, která se chtěla jen bavit a užívat si a on byl z práce fyzicky unaven.

O sobě tvrdí jen to nejlepší, že jsou s ním instituce jako ÚP, Magistrát spokojeni. Obviňuje zaměstnavatele, že by je zažaloval a nechal se jimi vyplatit.

Má zkušenost s bydlením na vesnici i v paneláku, kam se později přestěhoval.

Cítí se na svůj věk unavený, chtěl by již nyní v 35 letech do důchodu. Jako důvod uvádí, že je unavený touto společností, ve které vidí jen ohrožení vlastní osoby.

Nyní prý práci má, jen čeká, až se zaměstnavatel vrátí z dovolené, od 20. 8. nastupuje pracovat do lesa. (moje pozn.: Nevím, do jaké míry tuto informaci považovat za relevantní). Dříve pracoval u ochranky a přivydělával si v hospodách.

Svou finanční situaci hodnotí za neuspokojivou, pobírá 10 - 15 tisíc, ale prý je rád, že vyžije, protože splácí dluhy (min. exekucích 500 000,-), řekl, že musí dát dohromady ještě 200-300 tisíc.

Co se rozvedl, jede si svoje, od nikoho pomoc nepotřebuje, poslední žena byla alkoholička. Řekl, že se s rodinou stýká, ale pomoc ve smyslu finanční a emocionální se neprojevila. *"No to nechávaj na mě, každej jako po tý svý cestě, ale styky jsou, styky jsou."*

Dříve pobíral dávky hmotné nouze, nyní nepobírá nic. Zdravotní pojištění si dle jeho názoru platí, ale už se necítí tak zdravý. Tvrdí o sobě, že fyzicky je vyspělý a sportuje. Chodí ke svému lékaři každý druhý měsíc, nejčastěji s problémy se zády, nachlazení, občas teploty, průdušky. S odmítnutím lékařské péče problém neměl.

Poplatky za léky neuznává. Tvrdí o sobě, že je zabezpečený, pojištění za něj hradí buď zaměstnavatel, nebo stát. *"Říkám, já jsem prostě zabezpečenej, zabezpečuju se co nejvíc, abych na to co nejmíň myslel."*

Uvádí o sobě, že je obyčejný daňový poplatník a respektuje zákony a ústavu, jako ostatní.

Vykouří okolo 50-60 cigaret denně. Z alkoholu pije pivo, kouří marihuanu. Za závislého na OPL se nepovažuje.

Stravování se zohledňuje podle deprese a podle nervů. *"Něco mám za sebou, že jo, co nejvíce spát, být v klidu, na doporučení svého psychiatra."*

*"Děláte náročnou fyzickou práci v lese na stavbách, chodíte do práce, děláte, ono vás to jednou zlomí, spíte z toho dva dny, to je něco jiného, to je život, to je prostě realita."*

Od problémů a starostí mu prý pomáhá pohled na ženy, s některými zajde na kávu, jak tvrdí. *"Rodina si jede svoje, já si jedu taky svoje."*

Pomoc od sociálních pracovníků a služeb Azylového domu dle něj není dostačující, jako problém vidí hygienu. (Přiznám se, že tuto odpověď mi vysvětlil špinavými popelnicemi, které stojí na dvorku uprostřed Azylového domu, moje pozn.: Z toho se dá soudit, že chvíli reaguje normálně a v různých otázkách tápe a neustále hází vinu na systém společnosti, nikdy ne na sebe).

Kdyby mu bylo nejhůř, šel by do přírody na vzduch: *"Ono to přejde."*

Na otázku, jestli je družný, společenský nebo má raději samotu sdělil: *"To se nedá takhle říct, před 10 lety to bylo jiné, bylo více společnosti, více lidí, více kamarádů, více zábavy, dneska je to už asi prostě o těch penězích a je to na každém, no."*

Na otázky ohledně svého zdraví, jestli jej považuje za důležité, odpověděl: "Nevím, já bych chtěl mít ještě děti, tak 2 až 3. Fyzické zdraví si udržuje kulturistikou, cvičí karate, judo.

Potýká se s obtížemi zvanými: *"Ženský, samota, nedostatek sexu, (usmívám se) no je to tak jako já se netopím, já jenom prostě si jedu svoje."*

V mládí prodělal úraz, když spadl hlavou do vápna, na půl roku oslepl, ale nyní se mu tyto problémy nevrací. Udal, že dědičnými chorobami netrpí.

Léky neužívá. "Málo, občas paralen nějakej, ibalgin nebo tak něco".

Ptala jsem se na podrážděnost, nervozitu, strach úzkost. Oповěděl, že se cítí vyrovnaný, a vinu hází na okolí. *"To jsou jenom lidi, já jsem svůj, já jsem vyrovnanej. Se mnou momentálně nic není, to je prostě okolí, to jsou vždycky lidi. Ani v minulosti se mnou nic nebylo, to je vždycky prostě okolí, člověk."* Na sebe vinu neházel a tvrdil, že je sám se sebou spokojený. Rozpovídal se o rasových nepokojích, jak je okolí nevyrovnané. Že on se může schovat za úřady, ale ví, že s tím neudělá, ale utíkat ze země také nebude.

Se službami Azylovému dobu není spokojen, především s pracovníky, kteří nereagují na hygienu, na svobodu druhých a jen si odsedí, dostanou plat, služeb je málo a měli by je poskytovat věřící a lidi od městské policie. Myslí si, že tenhle rozhovor nic nezmění.

Deprese trpí málo, přičemž uvádí nedostatek spánku, který svaluje na tělesnou unavenost a nedostatek uspokojení sexuálního pudu.

U sebe by nic nezlepšil, vinu shazuje na dobu. On je svůj, má svoji budoucnost, jede si svoje, proto se narodil jako svobodný člověk, který si na sebe vydělá. Momentálně ho jen nevyrovnává okolí (Ukrajinci, sociální poměry apod.), se kterým, dle jeho slov ale nic neudělá. Vyjadřuje se o sobě, že je přírodní člověk. Chtěl by férovou ženu, která nepije a není na peníze.

*Rozhovor probíhal v soukromí na dvorku, klient si zapálil cigaretu a byl povídavý, při rozhovoru nenavázal oční kontakt. Klient byl vyšší pohublé postavy, opálené pleti, na sobě špinavé oblečení. Z jeho výpovědi je patrné, že i když se snažil mluvit přesvědčivě, bylo zde několik věcí, které na sebe logicky nenavazovaly. Tým sociálních pracovníků mi později sdělil, že jde o klienta pohrouženého na sebe, který má problémy s uvědoměním okolní reality trpí bludy, čímž potencionálně ohrožuje nejen sebe, ale i své okolí.*

## **Respondent č. 2**

**narozen roku 1954, 59 let**

**stav - rozvedený**

**vzdělání - vyučen**

Rodiče byli dělníci. Dětství měl dle jeho slov harmonické. Jednou se stěhovali, bydleli v bytovce. Ústavní zařízení nenavštívil. Má 2 sestry, ale o pomoc je zatím nežádal. Vztahy k partnerkám má dobré, má 2 děti, se kterými je v kontaktu, navzájem si pomáhají.

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova** - byla ztráta zaměstnání. Důvod uvádí, propouštění více zaměstnanců, byl nahlášen na ÚP, pobíral podporu v nezaměstnanosti. Cítil se špatně.

Nyní pobírá dávky hmotné nouze.

Nyní je bez práce, snaží se něco najít, příležitostně chodí na brigády. Tvrdí, že finance, které si vydělá, musí stačit. Jiný příjem nemá, NP neprodával.

Lékaře navštěvuje nepravidelně, nevyhledává ani zubaře apod. "*Když mám problém, tak navštívím. Pokud jsem nachlazený, léčím se sám.*" Zdravotní péče mu byla vždy poskytnuta ochotně, nikdy se s nezájmem nesetkal. Léky na tlak apod. považuje za drahé. Nyní se cítí zdravý, uvádí, že žádnými dědičnými chorobami netrpí.

Klient kouří, denně tak 15 cigaret, pije kávu, alkohol pije občas. Závislost na OPL neuvádí.

Strava se sestává z toho, co si nakoupí a sám uvaří, říká: "*Je to klasické jídlo*". Necítí se ochuzen o vitamíny a další prvky, co by měly být ve stravě obsaženy.

S problémy se radí se sociální pracovníci, pomoc z rodiny přijímá od syna.

Nejdůležitější osobou v jeho životě je syn a kamarád. Kdyby mu bylo nejhůř, obrátil by se na syna. Necítí se nějak vyloučen, podle nálady navštěvuje společnost (předpokládá se hlavně ostatních klientů azylového domu), někdy má rád samotu.

Své zdraví považuje za velmi důležité. Snaží se být pohybově aktivní. Nepocituje stres ani výrazné známky únavy.

Prodělal dávně operace, nyní potíže nevnímá, nic jej nebolí. Klient se usmívá a na otázku, jak se dnes cítí, říká: "*V pohodě*". Žádné bolesti nepocituje.

Schází mu jen práce a nějaké bydlení, pak už by bylo všechno. Na otázku, jestli má z něčeho strach, odpověděl: "O tom jsem nepřemýšlel". Netrpí depresemi, poruchami spánku netrpí. Možnosti zlepšení vidí jen v získání práce, důchodu.

Ze začátku měl špatné nálady, nyní říká: "Člověk musí být optimista".

S pracovníky Azylového domu vychází v pohodě. Jmenoval na škále pojem - dobře.

Největší cenu má zdraví, rodina pokud je v pohodě, a pak práce.

Za rok se možná vidí v důchodě a na Moravě.

*S panem Davidem jsem vedla velmi příjemný rozhovor, na první dotázání byl velice ochoten o sobě hovořit a neměl se za co stydět. Měl přízvuk z Ostravska. Byl upraven, vím, že vypomáhá s chodem provozu, kdy s pracovníci jezdí ostatním pro polévku a propůjčil svoji tvář propagaci na prospekty týkajících se problematiky osob bez domova. Rozhovor probíhal v přátelské atmosféře v klidném prostředí Denního centra.*

### **Respondent č. 3**

**narozen roku 1958, 55 let**

**stav - rozvedený**

**vzdělání - základní**

Klient se nechtěl bavit, rozhovor zpočátku probíhal trošku nucenou formou. Když jsem se ptala na rodinu, naznačil: *"Já nevím, jestli se chcete zacházet do rodinných detailů, tak o tom bych se nebavil vůbec, já mám svoje důvody k tomu. Já jsem rád, když na to nemyslím, protože tam bych musel vraždit."* Jeden člověk byl možná v pohodě, ale zbytek ne. Na otázku o sourozencích se vyjádřil: *"Už ne, mám, ale nemám, to je právě to o čem jsem mluvil."*

Vztah k partnerkám má kladný. Na otázku, jestli má děti, odpověděl: *"Další otázka, o které se nechci bavit. Mám, ale už nejsou na světě. Nechci se o tom bavit vůbec, nezlobte se."* Respondent je rád, když rodinu nevidí.

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova** - neshody v rodině, propouštění ze zaměstnání, uvedl, že je bez zaměstnání také kvůli stáří.

V otázce na práci se vyjádřil: *"To je vono právě, když někam přijdu, řeknou, přijďte za 14 dní, za tejdén nic, dělaj si z vás legraci, já už se ani nepokouším."*

Pracuje bez smlouvy: *"Na černo no."* Jaké je finanční ohodnocení? *"To je špatný, to by chtělo ještě jednou tolik."*

Když jsem se ptala na přiznání důchodu, klient byl v rozpacích a řekl, že neví, až se vyjádří lékař, jestli mu bude přiznán důchod či ne. (moje pozn.: mluvil spíše v náznacích).

O dluzích se vyjádřil, že neví, *"Spíš oni mě dlužej!"*, ale podrobnosti nevyslovil. Platí VZP, osobní přístup lékaře shledává kladný, nýbrž jej často nevyhledává, léčí se sám.

Vykouří denně 10 - 15 cigaret. Na otázku: *"Alkohol? Já jsem nemocnej člověk, já nepiju alkohol. Vy říkáte pivu alkohol? Kdo pije tvrdej alkohol, tak skončí špatně."* Drogy jsou dle jeho názoru ženy.

Na otázku jak se stravujete, odpověděl: *"Jak se dá."* Myslíte si, že zdravě? *"Ne, není možnost."*

S problémy si pomáhá sám. Kdyby mu bylo nejhůř, šel by do nemocnice. Z otázky, jestli má rád společnost lidí nebo raději samotu uvedl toho: *"Já jsem samotář, pro mě to je lepší. Já jsem si na to zvykl, já vím, jak v tom mám chodit. Já už jsem kdysi byl takhle venku, na trampy a tohle, takže já vím, co mě čeká. Já se nebojím toho."*

Neřekl, co má za zdravotní potíže: *"Je lepší, když je to mezi mnou a lékařem."* Následně říká: *"Tělo polevilo, už jsem v pokročilém věku."* Na otázku, jak se celkově cítíte, odpověděl: *"Já, bych chtěl nejrady do důchodu."*

Úrazů prodělal mnoho, ale nyní už jej neomezují. Bolí jej všechno, ale snaží se na to nemyslet. Neví, co mu lékař sdělí pozítří. Užívá Anacit. Bolí jej hlava, 25 let trpí na žaludeční vředy.

Největší strach má z nepříjemných lidí, že mu lžou do očí. Když se k němu někdo zachová špatně, takovou křivdu oplácí. *"Ohrožují mě jen neupřímní lidi."*

Úzkost nepociťuje, je radši, když je sám. Depresemi netrpí. Spí 5 hod. denně, spí venku, na noclehárnu by nikdy nešel.

S pracovníky vychází dobře. Ostatním lidem nevěří, ukazuje na 2 lidi, kterým by věřil.

Nejvíce postrádá volnost. Chtěl by odsud pryč, byl v cizině, a říká: *"Měl jsem tam zůstat."*

Z budoucnosti obavy nemá. Tvrdí: *"Já nepotřebuju moc velkou pomoc. Upřímnost, upřímnost, upřímnost, nebo já budu taky neupřímněj potom."*

Za rok se vidí pořád na stejném místě, jasně řekl: *"Tady!, protože se to jen tak nevyřídí všechno, trvá to dlouho, no."*

*Klient nejprve působil odtazitě, na otázky odpovídat nechtěl, ale stačila malá motivace (slíbený sáček mleté kávy), kdy poté celkem ochotně vypověděl potřebné informace. Neustále však pochodoval z místa na místo, takže jsem za ním byla nucena docházet. Dovoluji si konstatovat, že jsem narazila na typický příklad člověka bez přístřeší, který je menšího shrbeného vzrůstu, prošedivělých vlasů. Nejvíce pobývá venku, navštěvuje jen službu Denního centra. Nemá vyřešené finance, trpí mnoha nemocemi, o svůj zevnějšek vcelku nedbá a jako jediný z dotazovaných silně zapáchal.*

#### **Respondent č. 4**

**narozen roku 1984, 29 let**

**stav - ženatý**

**vzdělání - základní**

Jeho rodiče byli zemědělci. Má bratra na Slovensku. Dětství považuje za dobré, přestože krátce pobyl v dětském domově. Rodiče chodili do práce: *"Máma nás nestíhala. Vytáhla mě jedna paní a pak se postaral brácha a byl zpátky doma. V současné době jsou rodiče po smrti."* S partnerkou uvádí, že má hezký vztah, má i kamarádky. Mají spolu čtyřměsíčního syna.

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova** - sdělil, že mu někdo ukradl finance. Azylová dům navštěvuje od října 2012.

Dříve bydlel v bytovce u Nových Hradů, kdykoliv potřebovali pomoc, dostala se jim vzájemná pomoc od sousedů. Dělal pečovatele, ředitele neobviňuje, důvod bylo propouštění. Dluhy neuvádí.



Nyní se snaží se hledat brigády s manželkou (např. doplňovali zboží v supermarketu).

Od roku 2001 je v invalidním důchodu (3. stupeň), má zborcenou celou páteř.

Zdravotní připojištění si platí (350,-). Navštěvuje 2 lékaře (každé 3 měsíce dochází povinně k neuroložce), s odmítnutím se nesešel. Zubaře navštěvuje často (trhání stoliček).

Zdraví je pro něj nejdůležitější. Nejvíce ho trápí bolesti žaludku, oblast trávení. Je pohublý, uvádí, že má problém s heteroly - zánět na žaludku (problém přibývání hmotnosti). Lékař mu dával injekce.

Onemocnění, která v životě prodělal, byly klíšťová encefalítida, zranění oka, nervový kolaps - ležel na nervovém.

O tatínkovi se zmiňuje, že měl rakovinu prostaty. Chtěl by vyšetření, jestli to nebude dědičné. Klient se léčí sám, uvádí deprese. S depresemi se v současnosti léčí. Užívá léky na zklidnění nervů. Strach nebo úzkost z ničeho nepocituje, smrt rodičů a stav na ulici už si nebere osobně, kvůli synovi.

Mezi lidmi se cítí dobře, rád vyhledává společnost. Spí se mu celkem dobře, s manželkou jsou na ulici nebetonu. Horší je to v zimě, to spávají na ubytovně.

Kouří, pije kávu, alkohol jen výjimečně (pivo). S nelegálními drogami zkušenosti nemá.

Ke stravě se vyjadřuje trochu rozpačitě, pitný režim se snaží dodržovat.

Problémy řeší se sociální pracovníci a na denním centru navštěvuje internet. Nejdůležitější osobou v jeho životě je manželka.

Nynější stav nehodnotí jako nejhorší. Necítí se vyloučen, má stejné přátele. Baví jej turistika, vycházky se synem. Udává, že má dostatek pohybu.

Snaží se hledat si společné bydlení (garsonka), když to finance dovolí zpřijemnit výlety po okolí, kvůli synovi. Na otázku, kde se vidíte za rok, odpověděl: "*Kde se dá.*" Je rád, že syn je ještě malý, nemluvný, že tuto situaci nevnímá jako ohrožující. Přemýšlel, že by žena šla do Azylového domu pro ženy.

*Klient byl vstřícný a velmi sdílný. Na první pohled velice pohublý (propadlé lícní kosti). Rozhovor probíhal v rušném prostředí Denního centra, kam se nahrnuli klienti, kteří přišli na polévku.*

## **Respondent č. 5**

**narozen roku 1955, 57 let**

**stav - 3x rozvedený**

**vzdělání - základní**

Otec je 10 let mrtvý, zemřel na infarkt, s matkou již 2 roky nevychází, má 4 sourozence, v kontaktu s nimi není.

Vztahy k partnerkám popisuje jako ne zcela naplněné, uvádí, že 25 let pracoval jako řidič kamionu, takže se v domácnosti tak často nevyskytoval.

Klient má 2 děti. Syna (15 let) 2 roky neviděl, protože byl ve vězení: " Sice jenom 10 měsíců, protože mě pan Klaus pak pustil." (jinak dostal 2 roky). Dcera má 24 let a má svůj život.

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova** - zkrachování firmy, kde 25 let pracoval (rok 2010). Důvod pobytu v AD je nedostatek financí, doplácel bydlení, poplatil vše podstatné, po odečtení nákladů na bydlení mu zbylo jen 1300,-. Za neplacení výživného na syna se ocitl na ve vězení. Po propuštění pobýval v Jindřichově Hradci, musel se hlásit kurátorce, kde byl dříve nahlášen. V Českých Budějovicích považuje větší šanci sehnat práci, se službou AD je spokojen.

Jako pozitivum vidí, že když shání práci, může si zavolat. Prodává i Nový prostor.

Nyní je nezaměstnaný. Zprvu pobýval na nocležně, od konce května je na ubytovně.

Pobírá dávky hmotné nouze ve výši 2200,-. Jiný příjem neuvádí. Každé pondělí chodí na ÚP. 850,- má nařízeno soudně, které má na syna vyplácet. *"Ted' zase neplatím, je otázka, kdy přijdou, můžu jít znova."*

Lékaře, zubaře nevyhledává. S negativním přístupem lékařů se nesetkal, léčí se sám.

Pán si musel sednout, má problémy s tlakem, bere léky na jeho zlepšení.

Kouří 20 cigaret, pije kávu, pivo si dá. Závislost na tvrdých OPL popírá.

Nabízí se otázka, kde s tak nízkým příjmem bere na "krabičku denně" peníze.

Jeho strava - chodí si zde na polévku.

S problémy mu pomáhá sociální pracovnice, psychoterapeut. Vycházejí spolu v klidu, se službami je spokojen. Nikdo z rodiny ne. Cítí se sám.

Zdraví považuje za důležité. Pán je 10 let po bouračce, bolí jej páteř, bolesti pociťuje, ale z povolání "řidič kamionu". Prodělal 3 infarkty.

Necítí se v pořádku, vadí mu, že po 25 letech nemůže zavadit o práci, nýbrž výrazný strach nebo úzkost nepociťuje, spíše však stres a únavu. Uvádí pocity jako: "*No někdy bezvýhodný, když nevíte co?*"

Na moji poslední otázku, co pro něj má největší cenu řekl: "*Já nevím, nevyberu si.*"

Na otázku, koho nejvíce postrádáte, odpověděl: "*Je to blbý, ale asi nikoho!*"

Nynější situaci považuje za velmi špatnou. Svědčil o tom i jeho odevzdaný výraz ve tváři.

*Klient byl zpočátku rozpačitý, nechtěl se bavit, ale snažila jsem se ho motivovat s tím, že nebude uvedeno nic, co by jej identifikovalo, v zápětí mu to tedy nevadilo.*

*Byl menší, zavalitý, opálené postavy. Oblečení zcela obnošené (špinavé), celkový dojem byl typický pro delší pobyt v AD, kdy se dle jeho slov na nikoho obracet nepotřebuje. Hovořil potichu, klidně.*

## **Respondent č. 6**

**narozen roku 1962, 51 let**

**stav - rozvedený**

**vzdělání - vyučen, uvádí, že v den rozhovoru skládal státní zkoušky na strážníka**

Rodinné vztahy označuje jako špatné, nestýká se s nimi od svých 17 let. Pobýval v kojeneckém ústavu - na své dětství charakterizuje slovy: *"Šlo to, šlo to, šlo to!"* Děti nemá. Partnerské vztahy měl četné, většinou trvaly krátce, fungovaly tak 3 roky, pak si šel každý svou cestou. *"Ženatý jsem byl 11 let, pak už to nefungovalo, 6 let si dělala, co chtěla, zbytek, já, pak jsme se rozvedli a byl pokoj."*

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova** - po rozvodu majetek prodali, nějaký čas pobýval v Maďarsku. Když došly peníze, raději přicestoval zpět. S Maďary nechce mít nic společného (přesný důvod neuvedl). Má známé, kteří měli rodiny, byty, tvrdí o nich, že to dopadlo, jak to dopadlo, že se vždy sejdou na AD a popovídají si. Přesný důvod je uveden v předchozím odstavci. On sám v AD nepobývá, bydlí na sociální ubytovně. Původní byt (s bývalou manželkou) měl hned vedle budovy AD. Nyní využívá služby AD - sociální poradenství, zajde si na polévku, popovídat s lidmi. AD navštěvuje už 10 let.

Stabilně práci nemá, je registrován na ÚP, dojíždí do Vimperku za započatou práci. Je rád, že má certifikát na strážného, kdyby se náhodou pracovní místo naskytlo.

V otázkách na důchod říká: *"Toho se nedožiju"* Brigády, nebo prodej NP nevyužívá. Jiný příjem nemá, s původní rodinou se nestýká: *"Nestýkám se nima, nechci se s nima stýkat, nezajímaj mě ty lidi!"* Popřel i jakékoli vazby i k exmanželce.

Má dluhy na sociálním pojištění, říká: *" Tam budou určitě!"* a přiznanou exekuci: *"No jezdil jsem si autobusem, kdy se mi zachtělo, jak se mi zachtělo (na černo), říká a směje se: nějakých pól míče tam bude určitě, jako co v mejch letech budu řešit!"* *Když nastoupím do práce, tak mi na to skočí exekuce, mám přiznáno, že 2/3 z platu, jak nastoupím, tak jim to takhle odevzdám ten papír, jo a zase budu chodit na pampelišky, tak jako..., radši mlčím."*

Lékaře nenavštívil tak 4 roky a zubaře vůbec nevyhledává (důvod přičítá věku). Léčí se sám: *"Brufen všechno vyřeší!"*

Denně vykouří 10 někdy 20 cigaret, kávu pije, tvrdí, že alkohol nepije, drogy neužívá. Na otázky odpovídá zkráceně a rychle slovem "Ne", nevím, do jaké míry tomuto přidávat na vážnosti jím poskytovaných informací.

Ohledně stravování vypověděl, že jí, co mu chutná (vepřové), na zdravou stravu nedbá. Nechutenstvím netrpí.

Sociální oporou je sám sobě, říká, že mu nikdo nepomáhá, jen občas pomohou sociální pracovníci. *"Já jsem takovej vlk samotář, sám, sám, sám."*

Za nejdůležitější osobu ve svém životě považuje sám sebe. Symbolické vyloučení ze společnosti nepovažuje.

Své budoucí zdraví nehodnotí jako důležité, říká: *"Tak nějak už to doklepu."* poté dodal, že se nazí sportovat *"Jezdím na kole, hodně, hodně, hodně, činky a tak."*

K otázce o prodělaných onemocněních a úrazech se vyjádřil, že nic takového mu do zdraví nezasahuje. *"Já si dávám pozor, sakra pozor na sebe."* Jestli ho něco bolí, tak řekl, že hlava (ze zkoušek). K dědičným chorobám a psychickým problémům uvedl: *"Já nic takovýho nepociťuju."*

Svůj zdravotní stav hodnotí na 5 stupňové škále jako průměrné. Úzkost, strach snad nikdy nezažil, deprese nepociťuje. Říká o sobě, že je nervák (rozpovídal se, jak umí být zlý, když ho lidi podrazí, sliby, které lidi nedodrží, až mu dotyčný přijde do rány, tak mu prostě vyčiní, případně to řeší i ručně. *"To z něj vyklepu prostě."*

Má rád společnost i samotu. Spánek hodnotí, jak kdy, podle nálady. *"Dřív to bylo lepší, všemu jsem se smál, no dneska už je to trošku jiný"*.

Největší cenu pro něj má zdraví, ale k lepšímu zdravotnímu stylu se vyjádřil, že jej měnit nebude. *"Co bude, to bude, ať se děje vůle Boží."*

K poslední otázce, kde se vidíte za rok, odpověděl: *"Dole, nevím prostě, co bude."* (smích)

*Pán byl romské národnosti, velice usměvavý a bylo na něm vidět, že si z života nedělá těžkou hlavu, mnohé problémy nás ostatních nepovažuje za důležité (např. fakt, jak řeší své dluhy, do kterých se dostal vlastním nezodpovědným způsobem života - typický pro romskou mentalitu). Rozhovor probíhal v přátelském duchu na dvorku.*

## Respondent č. 7

**narozen roku 1980, 33 let**

**stav - svobodný**

**vzdělání - základní**

S původní rodinou nemá dobré vztahy, má bratra, ale taky na něj nesází. Od 15 let žil sám, převážně na ulici. *"Nevycházel jsem s nima prostě, neklapalo to. Já jsem byl průserovej, takovej divokej trošku a máma to nezkousla."*

Ptala jsem se na kamarády a okolí, uvedl: *"Já jsem si jel sám na svý triko."*

Vztahy k ženám (partnerkám) hodnotí kladně, děti nemá. S jednou ženou má domluvenou schůzku.

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova** - v AD je 10 let, bydlel na ulici, chvíli na noclehárně, na ubytovně, pak zase venku. *"Spím i venku v zimě, mně to nevadí, já jsem na to zvyklej."* K pocitům k předešlým událostem uvádí: *"Já jsem takovej samotář! Jak bych se cejtíl? Normálně no, člověk se musí postarat. Stejnak bych od nich musel jednou odejít, ne?"*

Zaměstnání neuvádí, chodí na melouchy na chvílku, občas vypomoct. *"Zedničiny, bouračky a takový." Je nahlášen na ÚP, pobírá dávky hmotné nouze, jiný příjem nemá.* K prodeji NP se vyjadřuje: *"To vůbec"*. O ostatních příjmech (důchod apod. říká, že se toho nedožije). Brigády bere, když se něco vyskytne, ale lze si spočítat, že s financemi si hlavu neláme.

*To mám dluhy, no. Jak jste s nimi srovnán? "Já to neřeším, až to přijde, tak to přijde, pak to začnu řešit, když tohleto, ale jinak na to prdím."*

K platbám zdravotního pojištění se vyjadřuje: *"Tak jako mám tam nějaký mezery. Jsem měl bouračku na motorce, jsem chodil no k doktorovi."* Nasetkal se odmítnutím. *"Mám stálýho doktora, ale spíš se vyléčím sám."* Léky neužívá, za to drogy ano.

Vykouří přes 20 cigaret denně, kávu pije, i alkohol. Načež uvádí zkušenosti s pervitinem (5 let). *"Závislej nejsem na tom."*

Stravuje se z polévky, dochází i do KC, kde jsou mu poskytnuty podobné služby. Když potřebuje poradit, občas tam zajde i za sociální pracovníci, ale více v KC než v AD.

Pomoc psychoterapeuta nevyhledává.

Za nejdůležitější osobu ve svém životě považuje sám sebe. Kdyby mu bylo nejhůř, obrátil by se sám na sebe, taky o sobě tvrdí, že se spoléhá jen sám na sebe. Samota mu nevadí.

*"Každej jednou umře",* proto zdraví nepovažuje za tolik důležité.

Udává, že nespí, pociťuje únavu, svaluje to na horko, ale je na něm vidět, že je závislý na pervitinu (jsou viditelně popraskané žilky v bělmu očí). *"Občas cítím játra, ledviny, ale to je po tý bouračce."*

*"Havárie na motorce byla před půl rokem. Léky od bolesti neberu, léčím se sám...odmlka (smích)... pervitinem, no. To přestane bolet. Já na tom nejsem jakoby závislej, já to beru, když na to mám chuť. To vás všechno přestane bolet, zuby, všechno...Prolítám celý Budějice, žiju si v klidu. To je pecka, nestěžuju si."* Tvrdí o sobě, že jej bere 5 let. Nepovažuje jej za drogu, která by mu ubírala na zdraví.

Práci neshání, tvrdí, že se nudí (při tom, že nevydělává, tuším, že prostředky na drogy obstarává krádežemi).

Úrazy (onemocnění) - havárie na motorce, kterou řídil kamarád, protože byl klient v podnapilém stavu- natržená slezina, játra, ledviny, plíce, páteř, celý hrudní koš. Dávali mu 30% naději na přežití. *"Já jsem se znova narodil, no, nemůžu za to (smích)"*

Na moji osobní otázku, jestli chce život prožít stejně nebo jinak odpověděl: *" Já to tak neberu, buď anebo, ne?"*

Na otázku, co by chtěl zlepšit, řekl: *"Já už nic."* Suverénně tvrdí, že se vyššího věku nedožije. *" Né, že bych nechtěl, ale nedožiju se toho."*

Nemá zodpovědnost za svůj život, má rád volnost, samotu. S pár lidmi přátelství udržuje.

Obavy z budoucnosti nemá. Budoucnost neřeší, život s partnerkou neřeší, chtěl by do ciziny, že bude tvořit, co tvořil tady. Rozhovor se začal vymykat původně plánovaným cílům a obsáhl všechny důležité otázky.

*Klient užívá službu již 10 let, je závislý na pervitinu, ulice a droga jsou jeho životem. Víc neuvádí. Odpovídal ochotně, nýbrž mluvil v náznacích a byla vidět emoční a inteligenční oploštěnost. Chybí zde rodinné i sociální zázemí, které mu nahrazují OPL.*

## **Respondent č. 8**

**narozen roku 1955, 58 let**

**stav - svobodný**

**vzdělání - základní**

Od 15 let pracoval rok v pivovare na nakládce. *"Pak jsem šel od 16 dělat na stavbu na montáže, jako stavební dělník, no."* Po vojně šel za prací do Ostravy, pracoval v uranových dolech.

Matka byla hodná, otec taky. Má mladšího bratra. Oba rodiče byli vyučení. Finanční problémy v dětství nepociťoval. *"Dětství bylo pěkný."* Vztahy k partnerkám má kladný, mně se líbí děvčata. *"Známost jsem měl, ale pak jsme se rozešli."* Děti nemá.

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova** - vyprávěl, jak v roce 2000 přišel o byt. S matkou dostali nový byt. *"Matka zemřela a já jsem tam byl sám. "Prostě jsem přišel o byt, protože jsem tenkrát tam vzal takovýho todle to, no a on mě podved, jako no a přišel jsem vo byt a vo auto. No dopadlo to, jak to prostě dopadlo, no."*

Službu AD využívá zhruba 2 roky. *"Chvíli ve špitále, chvíli venku, ale jako tohleto, dobrý no."* Dřívější dobu označuje za lepší, měl kamarády, na minulost si ale nestěžuje. *"No měl jsem starosti i problémy zdravotní do toho. Je to těžký, tohleto, člověk propadá i depresím, chodím k psychiatrovi na injekce, abych z toho nezblbnul."*

Práci dříve měl, ale od roku 2004 je v invalidním důchodu (1. stupeň), zlobí ho klouby, konkrétně levá kyčel, kdy se rozpovídal o tom, že byl v uranovém dole 2x zasypaný. Na jiné dávky nárok nemá, léky si musí doplácet sám. *"Ti, co jsou*



*na sociálce, ti na to maj nárok, ale já ne, prostě je to daný takhle zákonem.*" Finančně mu občas vypomáhá bratr.

K prodeji časopisu Nový Prostor se vyjádřil: *"No to ne, já nemůžu dlouho stát, já bych se zbláznil, mně bolí nohy."*

Dluhy splácí, má exekuci sráženou z důchodu. K tomu se vyjadřuje velmi nelibě, že mu chybí finanční prostředky. Rád by si našel nějakou práci, ale v souvislosti s jeho špatným zdravotním stavem, je to zřejmě nereálné. Načež tvrdí: *"Dá se s tím žít prostě, možná časem se to zlepší, ta práce, no ptám se."*

Lékaři mu našli nádor - rakovina tlustého střeva. Zhubnul 19 kilo. Polemizuje nad operací, i všem informován paní primářkou, že se operace provádí laserem (chemoterapie) a je zde 99% úspěšnost. Vyjádřil se takto: *"Paní doktorka na ortopedii říkala, že ještě jako počkáme (s operací). Chodím na ty injekce a beru ty tablety. No je to těžký, to víte, ono i ten věk, to už je konec, není mi pětadvacet let."* Dále konstatuje: *"Třeba se jim to nepovede, to víte, myšlenky, je to taková nejistota, obava. Ne že bych se bál ty operace, už jsem prodělal operace, už mi vzali žlučník."*

Je registrován u Vojenské zdravotní pojišťovny. Lékařku navštěvuje 2-3x do měsíce. Doktoři jsou v pohodě: *"Já jsem spokojenej, nemůžu říct, že by se chovali nějak arogantně, máme dobrý doktory, když mě to veme, beru brufen."*

Také kouří cigarety již delší dobu, 5- 10, někdy 15, jak kdy. Kávu pije rozumně, občas se napije i alkoholu, závislost

K otázce ohledně stravování odpovídá: *"Večer si něco udělám, těstoviny, vajíčka nebo tak, není problém, já jsem se naučil na vojně."*

Hlady netrpí: *"To jsou lidi na tom huř."* Zhubnul psychikou. *"No, jo, řekla mi to i paní lékařka z psychiatrie, že je to stresovýho původu, že je takhle spoustu somatických chorob, no tak s tím se člověk musí srovnat."*

S problémy mu pomáhá sociální pracovnice, *"Voni tady taky vychází vstříc."* Když potřebuje, jde si soukromě promluvit.

Za nejdůležitější osoby v životě považuje doktory i kněze. *"Každou neděli chodím na mši, já jsem křesťan, já nejsem ateista."* Když by mu bylo nejhůř, obrátil by se na doktory (moje pozn.: z jeho stávajícího tělesného stavu lze usuzovat, že se nachází

ve srovnání s ostatními respondenty ve složitější životní situaci, ztrátou sociálních kontaktů netrpí. Má spoustu známých, říká: *"Normálně se hlásí ke mně, já se hlásím k nim, spoustu kamarádů tu mám jako, necítím se, že bych byl vyloučený."*

Zdraví považuje za důležité, ale říká: *"Beru to sportovně, no."* Za delší chůze jej bolí jej páteř: *"Nohy mě bolí, od páteře mi to střílí do nohou"*, klouby, léky užívá pravidelně ráno i večer (na zlepšení krevního tlaku), k tomu ještě chodí na injekce (od bolestí). Cítí se unavenější, musí si často odpočinout. Je po operaci žlučníku, vnitřních hemoroidů, které mu praskli při namáhavé práci v papírnách. Zdravotní problémy přisuzuje tvrdé práci. *"My jsme pili i tu důlní vodu, mohou v něm být i zbytky radioaktivity."* Nechutenstvím netrpí, ale bolestmi se budí i ze spánku, kdy bolestí nemůže usnout.

Největší strach má ze smrti: *"Nerad bych umřel brzy no, člověk má takový myšlenky."* Trpí depresemi, chodí k psychiatrovi, bere antidepresiva.

Snaží se nikomu neublížit, nevyvolává žádné šarvátky, konflikty apod. Mezi lidmi ve společnosti je rád, je to tu ovlivněné ostatními lidmi. Chtěl by být v pohodě, radši je venku než v AD. *"V 6 ráno už jsem vzhůru a jsem pod sprchou a, nemám rád být zavšivenej, prostě se mi to příčí, my jsme byli zvyklí z vojny, čistota a prostě špína - to neexistovalo."* Spí na ubytovně, říká: *"Tam je to šikovný, vykoupu se. Tady dole si posedím, dám si kafičko, ohřeju si jídlo. Mně to říkali ty sociální pracovnice, člověk musí chtít, když nechce, je zavšivenej tak dopadne, jak dopadne. Nechci žít jako psanec, já nechci takhle dopadnout."*

O hodnotách se vyjadřuje: *"Co je nejdůležitější? No bejt zdravěj, mít práci, no a žít jako normální člověk."* Na poslední otázku, kde se vidí za rok, odpovídá rozpačitě, spíše neví.

*Pán byl nejdříve vůči cizí osobě (mé přítomnosti) nevrlý, nechtěl se bavit. Načež řekl, že čas má a rozhovor, který jsme vedli, byl později velice příjemný, povídal o sobě vstřícně. Neustále jsme řešili jeho pochroumané zdraví (nyní pozitivní nález v tlustém střevě). Během rozhovoru jsem se snažila jej pozitivně povzbuzovat.*

## Respondent č. 9

**narozen roku 1968, 45 let**

**stav - rozvedený**

**vzdělání - vyučen**

*"Matka je vyučená kadeřnice: "Velice hodná a laskavá žena. Otec je zedník a tam to nebylo vono " Má 2 starší bratry. Kteří se ale rozprchli. Kontakt má pouze s jedním.*

*Vyrůstali na vesnici, dětství označuje za hezké, rodiče se nerozvedli. Říká: "Máma nás nikdy neuhodila, ale táta jo, ten nás občas za řezal, jak to přišlo."*

Byl 2x ženatý. Poprvé se rozvedl, když si jeho manželka našla jiného (chybu vidí v tom, že si ji neusměrnil, když si začala dělat, co chtěla) s ní má dceru, které je 22 let. Podruhé bohužel nevlastní vinou, když se dostal do invalidního důchodu, v době, kdy spolu vychovávali ročního syna (dnes je mu 12 let). S dětmi vychází dobře, k dceři chodí na návštěvu, ví o respondentově situaci.

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova** - pracoval jako sanitář a po noční směně jel autobusem domů. Ten po cestě havaroval a tak se ocitl 4 měsíce v nemocnici v umělém spánku. Všechno co popisuje, se událo v jednom roce 2004.

Prodělal mnoho operací 10 - 12 operací všechno v roce 2004. Stehenní kost měl zlomenou na 7x, má v ní železo a šrouby. Má viditelně propadlé čelo, tvrdí, že mu chybí malý mozek. Je po operaci očí, když následkem úrazu trpěl dvojitým viděním, občas si nepamatuje. 6-7 operací proběhlo jenom na hlavě. Celou nehodu si nepamatuje, dle jeho slov v autobuse spal, když se na něj zřítíl strom a celkově jej poškodil.

Sám o sobě tvrdí, že má velké štěstí, protože mu primář neurologie pověděl, že neupadl do kómatu. V opačném případě by jej neprobudili.

Když se po celkové rekonvalescenci vrátil domů, otec hodil vinu na něj a prohlásil větu, na kterou do smrti nezapomene: *"Sem už domů nesmíš, seber se a vypadni! "* Matka prý plakala, tu utěšil: *"Mami, neboj, já se s tebou někde setkám, ale jeho "zabiju" (rozčilení)!"* Odešel a doma nebyl přes 9 let. (pozn. do dnešní doby). S matkou se ale tajně stýkal.

S druhou manželkou měl neshody, požádal ji, aby mu převedla částku 30 000,- na jeho spořicí účet, nikdy ale peníze neviděl. On předělal dům, měl našetřeno, přesto manželka požádala o rozvod, jako důvod uvedla situaci svého muže, který se dostal do invalidního důchodu.

Důvodem ocitnutí se na ulici vidí jako paradox souhry okolností, kdy mu švagrová začala dělat opatrovnici, přestože nebyl zbaven svéprávnosti a nebyl vyrozuměn soudem. Říká: *"Ona vytvořila účet, ale ten já neznám, nevím, kde je. Beru invalidní důchodu 2. stupně, 11 700,- důchod + 20 000,- bolestné od ČSAD, ale nevidím z něj ani korunu. (smích) Já se tomu dneska směju, ale až je mi smutno."* O tom, že mu dělala opatrovnici, nevěděl, dozvěděl se to až po roce a půl, tzn. někdy v roce 2006.

Nyní jej již nezastupuje a podal na ní trestní oznámení z důvodu, že si založila svůj účet a 5 let jej obírala o finance. "Nyní již situaci projednává soud."

Využívá jen služby denního centra, žije na ulici, v zimě na ubytovně. Zjistil, že má peníze, ale nemá k němu přístup.

*"Já nechodím po lidech sírovat peníze, to já nedělám, chodím po kontáčkách, přiznám se, ano, ale abych chodil krást, to ne, na to mám svou hrdost."* Rád by si někde přivydělal, shání se po něčem. Dokonce už si vyhlédl i podnájem 2+1 za 5000,-

K otázce jak vidí budoucnost a usmívá a říká: *" Dobře to vidím, ta půjde minimálně na 20 let, musí mi všechno vrátit, dluží mi jenom 4 miliony, všechno mi musí vrátit, musí mi najít byt v kategorii, co má ona, to znamená (3+1), bude to platit ona."*

Vidí to jako trestný čin omezování osobní svobody: *"Ona má moji občanku - neprávem, ona užívala moje finance - neprávem."*

Žádné dluhy vůči nikomu neuvádí. 3500,- má stanoveno výživné na syna.

Léky bral po operaci, ale nyní žádné nebere, občas proti bolesti si vezme brufen. Kouřil těch 20 denně, nyní vykouří zhruba 10 cigaret denně. Pije kávu. K alkoholu se vyjádřil: *"Jdu na pívko, jdu, proč ne. Když mám při sobě trošku penízek, jdu si koupit červené víno, tvrdý, to už jsem dlouho neměl, to už jako né, ale "* Stravuje se tím, co najde v kontejnerech: *"Lidi dneska plno věcí vyhodí, neváží si věcí."* (Do AD chodí na polévku).

Zdraví považuje za nejdůležitější věc v životě. Událost na něm zanechala trvalé následky, bolí jej noha i hlava, když je na slunci. S odmítnutím lékaře se nesetkal, po operacích trávil 3 měsíční rehabilitační pobyt v lázních. Lékařům vděčí za nový život.

Ve chvíli, kdy se neustále usmíval, jsem podotkla, že vypadá jako šťastný člověk, načež dodal: "Milá zlatá, zdání klame, vypadám jako šťastnej člověk, ale starostí nad hlavu! *"Ale já si to nepřipouštím" (směje se).*" Chodí do kostela na mši a modlí se, to mu v životě nejvíce pomáhá.

Větší únavu nebo deprese nepocituje. *"Mrzí mě to, ano, je mi to líto, ale..."* Někdy jde mezi lidi, někdy je radši sám. Vyloučen ze společnosti se v závislosti na okolnostech cítí, ale osobně si to nebere.

Co mě trápí třeba: *"Jsem škaredej, žádná ženská mě nechce, což je normální. Ale zase být sám, to taky není dobrý."* Nejradši by šel do práce, shání brigády. *"Ale nějaká ta šance je, jak se říká. Prací bych přišel na jiné myšlenky."*

K budoucnosti je vyjadřuje takto: *"Já si koupím baráček a budu si pěstovat kytičky a brambůrky a koupím si pašíka, protože jsem řezník a bude zabíjačka a dobře bude. Já se obklopím prostě barákem."*

*Respondent byl mírně špinavý, ale velice milý, k poskytnutí rozhovoru se dokonce hlásil dobrovolně, byl velmi povídavý, celkem uvědomělý, mluvil klidně. Naznal, že svou situaci rozhodně neřeší chlastem, ale vírou, kterou poznal v závislosti s nehodou. Vymyká se ostatním povahám respondentů, které jsem dříve kontaktovala. Zpracovala jsem jeho příběh, i když jisté souvislosti jeho vyprávění nezapadaly do časové posloupnosti.*

## **Respondent č. 10**

**narozen roku 1954, 59 let**

**stav - dosud úředně nerozvedený**

## **vzdělání - vyučen**

Původní rodina - matka úřednice, otec námořní důstojník, vzpomínky na dětství má dobré, normální, klasické. Nestěhovali se. Žádné problémy neuvádí. Žili v bytě. Partnerské vztahy nyní neuvádí, má 2 děti. K otázce, jaké spolu mají vzájemné vztahy, uvedl: *"No tak kluka nevidím, ten je v jednom kuse v kriminále, na a s holkou naprosto perfektní."*

**Krizová událost - ocitnutí se bez domova** - *"No přišel jsem o práci"*. Partnerská krize byla dávno, ale souvislost s nynější situací tato událost nemá.

V AD nepobývá, navštěvuje zde pouze službu denního centra a tou je polévka zdarma, kterou využívá zhruba jeden měsíc.. Pán má svůj vlastní byt. O sobě říká: *"Jsem majitel realit" (já - úsměv) "Ne skutečně, než dostanu první vejplatu, nemám co jíst, nemám ani korunu, tak sem chodím na polívku, no."*

*Jinak já mám automatickou pračku, barevnou televizi satelit, všechno, jako já jsem v pohodě.*

Na otázku, zda si našel práci, odpověděl: *"No už jsem si sehnal práci, ale než dostanu první vejplatu, tak to trvá šest neděl, že jo. Přece nebudu o hladu ne?"*

Má 3 roky do důchodu. Čeká na svůj první příjem z práce.

Dluhy má kolem 11000,- u Spořitelny. Nic víc jej nezatěžuje. Nyní sociální pojištění platí ÚP. Vše má v pořádku, na kontě má 40 000,-, které si nemůže vyzvednout, protože nemá OP. V AD se pouze potřebuje najíst.

Se zdravím problém nemá: *"Jen jako starej dědek se žádama občas."* S odmítnutím lékařské péče se nesetkal. Kladně se vyjadřuje o své obvodní lékařce: *"Musím zaklepat, vynikající ženská."*

Drobné nemoci si léčí sám: *"Není nic, co by brufen nespravil."*

Nekouří, kávu ani alkohol nepije, s nelegální drogou zkušenost neuvádí.

Když má problém, nejčastěji si pomůže sám, říká, že mi nikdo nepomáhá. Nedovedl určit konkrétní osobu. Kdyby mu bylo nejhůř, obrátil by se k Jeptiškám, které navštívil, než objevil služby AD.

Má tak 3 až 4 kamarády

Je spíše samotář, než společenský tvor: "Nechodí nikam, sedím doma jako hříbek." Zdraví považuje za velmi důležité, přesto sport provozuje za pasivní záležitost.

Z onemocnění, které uvedl - "klasika" stáří, tak trochu bolí záda. S depresi se nesešel. Stres, nervozitu, únavu, nechutenství během dne nepocítuje. Neužívá žádné léky. Zdraví hodnotí vzhledem k věku slovem: "Akorát". Nic jej nebolí.

Strach, úzkost ze zítřku nemá: "Vono to nějak dopadne." Spí v pohodě."

Největší cenu v životě pro něj má jídlo, (zdraví, najíst se apod.). S pracovníky AD a ostatními klienty vychází v pořádku. Za rok se vidí v práci, je celkově spokojen.

*Celý rozhovor probíhal s úsměvem, klient byl hladový, těšil se na polévku. Respondent je sice v momentální tíživé situaci, ale střechu nad hlavou nepostrádá. Ačkoliv bych tento rozhovor považovala za zajímavý, přičemž jsem si stanovila vykonat rozhovory s uživateli "Denního centra" Azylového domu sv. Pavla, vzhledem k cíli a celkovému zaměření výzkumných otázek jej považuji za nezpracovatelný (negativní jev), proto jeho interpretaci vypustím.*

## 4.2 Interpretace výsledků

Výsledky jsou seřazeny metodou vytváření trsů, jimiž se tvoří kategorie na základě podobnosti znaku, kterým je daný jev a tím společnou charakteristikou sjednoceny.

Lze je charakterizovat a rozdělit do následujících skupin: "lidé, kteří svou situaci neřeší" (využívající základních služeb k přežití) a "lidé toužící po osobním standardu a motivující pro to něco udělat" (využívající noclehárny, AD, je pro ně typický snížený odchod z institucionálního zařízení).

**Tabulka č. 2 - Věk respondentů**

Věk respondentů	Počet respondentů	Průměrný věk
mladší do 35 let	3	32,3
starší nad 35 let	6	54,2

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 3 - Rodinný stav**

Rodinný stav	Počet respondentů
svobodný	2
žinatý	1
rozvedený	6

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 4 - Vzdělání**

Vzdělání	Počet respondentů
základní	4
vyučen	5

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 4 - Způsob bydlení**

Způsob bydlení	Počet respondentů
venku	3
sociální byt	1
noclehárna	3
azylové ubytování	2

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 5 - Příjem**

Příjem	Počet respondentů
Dočasný pracovní poměr	1
Práce bez smlouvy	1
Dávky HN	4
Invalidní důchod	3

Zdroj: Vlastní výzkum



**Tabulka č. 6 - Dluhy**

Způsob bydlení	Počet respondentů
nemá	2
má, ale neuvádí	2
exekuce	4
výživné	1

Zdroj: Vlastní výzkum

## 1. kategorie - PŮVODNÍ RODINA

**Tabulka č. 7 - Hodnocení a spokojenost se svým dětstvím a vztahy k původní rodině**

Hodnocení dětství a vztahy s původní rodinou	Počet respondentů	Podrobnější údaje
harmonické	2	R2 - pěkné, harmonické R8 - rodiče vyučení, "Dětství bylo pěkný."
méně harmonické	2	R5 - otec je po smrti, s matkou 2 roky nevychází, má 4 sourozence, ale v kontaktu s nimi není R9- dětství hezké, matka laskavá hodná žena, s otcem nevycházel, má 2 sourozence, ale nyní v kontaktu nejsou
dysfunkční	4	R1 - matka se 2x rozvedla, žila pro domácnost, otec pil, netvrdí, že by měl dětství plnohodnotné R3 - "Já nevím, jestli se chcete zacházet do rodinných detailů, tak o tom bych se nebavil vůbec, já mám svoje důvody k tomu. Já jsem rád, když na to

		<p><i>nemyslím, protože tam bych musel vraždit. Jeden člověk byl možná v pohodě, ale zbytek ne."</i></p> <p>R6 - rodinné vztahy špatné, nestýká se s nimi od 17 let, k dětství se vyjadřuje: "<i>Šlo to, šlo to, šlo to!</i>"</p> <p>R7 - s původní rodinou nemá dobré vztahy, od 15 let žije na ulici</p>
--	--	--

Zdroj: Vlastní výzkum

## 2. kategorie - PARTNERSKÉ VZTAHY

**Tabulka č. 8 - Partnerské vztahy a vztahy s dětmi**

Partnerské vztahy a vztahy s dětmi	Počet respondentů	Podrobnější údaje
vřelé, hezké	3	<p>R2 - má 2 děti, je s nimi v kontaktu</p> <p>R4 - má manželku a 4 měsíčního syna</p> <p>R8 - svobodný, měl vztah, ale rozešli se</p>
nenaplněné	5	<p>R1 - rozvedený, o ženě se vyjadřuje slovy, že nesmí být poběhlice a závislá na alkoholu</p> <p>R5- je 3x rozvedený, byl pracovně mimo rodinu, má 2 děti, dcera žije samostatně, na syna platí výživné</p> <p>R6 - rozvedený, měl četné vztahy, ženy má rád</p> <p>R7 - svobodný, dlouhé partnerské vztahy nemá</p> <p>R9 - 2x rozvedený, 2 děti, navštěvuje dceru</p>
nefunkční	1	<p>R3 - "<i>Další otázka, o které se nechci bavit. Mám, ale už nejsou na světě. Nechci se o tom bavit vůbec, nezlobte se.</i>"</p>

Zdroj: Vlastní výzkum

### 3. kategorie - KRIZOVÝ OKAMŽIK - OCITNUTÍ SE BEZ DOMOVA

Tabulka č. 9 - Krizový moment

Krizový moment ocitnutí se bez domova	Počet respondentů	Podrobnější údaje
neshody v rodině rozvod	2	R6 - rozvod, prodej majetku R7 - v 15 letech odešel od původní rodiny
ztráta zaměstnání	4	R1 - snaží se pracovat, ale od zaměstnavatelů dostává jen půlroční úvazky nebo falešné smlouvy, zarytě tvrdí, že jej kulici dostávají nedůvěryhodní zaměstnavatele R2- propouštění , byl na ÚP, měl PvN R3 - propouštění ze zaměstnání, + neshody s rodinou R5 - zkrachování firmy, nedostatek financí, byl ve vězení za neplacení výživného
špatné sociální podmínky	1	R4 - špatné sociální podmínky, celková chudoba, ukradli mu nějaké finance
ostatní	2	R8 - přišel o byt " <i>Matka zemřela a já jsem tam byl sám. "Prostě jsem přišel o byt, protože jsem tenkrát tam vzal takovýho tohle to, no a on mě podved, jako no a přišel jsem vo byt a vo auto. No dopadlo to, jak to prostě dopadlo, no."</i> R9 - paradoxní situace - havárie, následek ID a rozvod, podvod s opatrovnící, která mu zadržuje finance

Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4. kategorie - TRH PRÁCE

Tabulka č. 10 - Zaměstnání

Zaměstnání	Počet respondentů	Podrobnější údaje
dočasný pracovní poměr	1	R1 - částečná úvazek - práce v lese
dávky hmotné nouze	5	R1 - bez práce, snaží se hledat R3 - pobírá dávky + přivýdělek bez smlouvy R5 - prodává Nový Prostor R6 - v den rozhovoru složil zkoušená strážníka, dojíždí za započatou práci do Vimperku R7 - mám dojem, že finance obstarává krádežemi
invalidní důchod	3	R4 - od roku 2001 - 3. Stupeň + žena - rodičovský příspěvek R8 - od roku 2004 - 1. stupeň R9 - od roku 2004 - 2. stupeň, znemožněn přístup?

Zdroj: Vlastní výzkum

#### 5. kategorie - DLUHY

Tabulka č. 11 - Dluhy

Dluhy	Počet respondentů	Podrobnější údaje
má	5	R1 - (min. exekucích 500 000,-) zmínil se, že musí dát dohromady ještě 200-300 tisíc. R5 - 850,- má nařízeno soudně, které má na syna vyplácet. "Ted' zase neplatím, je otázka, kdy přijdou,

		<p><i>můžu jít znova."</i></p> <p>R6 - na sociálním pojištění, "No jezdil jsem si autobusem, kdy se mi zachtělo, jak se mi zachtělo (na černo), říká a směje se: nějakých půl míče tam bude určitě, jako co v mejch letech budu řešit!"</p> <p><i>Když nastoupím do práce, tak mi na to skočí exekuce, mám přiznáno, že 2/3 z platu, jak nastoupím, tak jim to takhle odevzdám ten papír, jo a zase budu chodit na pampelišky, tak jako..., radši mlčím."</i></p> <p>R7 - <i>To mám dluhy, no. Já to neřeším, až to přijde, tak to přijde, pak to začnu řešit, když tohleto, ale jinak na to prdím.</i></p> <p>R8 - exekuce na důchod, nese to nelibě</p>
nemá	4	<p>R2 - podrobnosti nevyjádřil</p> <p>R3 - podrobnosti nevyslovil "Spíš oni mě dlužej!"</p> <p>R4 - neuvádí</p> <p>R9 - žádné neuvádí, 3500,- má stanovené výživné</p>

Zdroj: Vlastní výzkum

## 6. kategorie - ZDRAVOTNÍ PÉČE

Tabulka č. 12 - Zdravotní péče

Dostupnost zdravotní péče	Počet respondentů	Podrobnější údaje
návštěva lékaře pravidelně	4	<p>R1 - platí poplatky, navštěvuje psychiatra</p> <p>R4 - platí si úrazové připojištění 350,-, lékaře navštěvuje každé 3 měsíce</p> <p>R8 - je registrován u Vojenské ZP, lékaře navštěvuje 2-3x do měsíce</p>

		R9 - po úrazu prodělal mnoho operací, s lékaři má pravidelný kontakt
návštěva lékaře nepravidelně	5	R2 - nevyhledává ani zubaře, léčí se sám R3- platí VZP, léčí se sám R5 - léčí se sám, bere léky na tlak R6 - lékaře nenavštívil 4 roky, " <i>Brufen vyléčí všechno</i> " R9 - jen po havárii, nyní se léčí sám (léky neužívá)
žádný problém s odmítnutím lékařem	9	nikdo s dotazovaných neměl problém s odmítnutím nebo neochotou poskytnout zdravotní péči, zároveň udávají, že neví o žádných dědičných chorobách

Zdroj: Vlastní výzkum

## 7. kategorie - ZÁVISLOSTI

Tabulka č. 13 - Závislosti

Závislosti	Počet respondentů	Podrobnější údaje
kouření cigaret	9	R1 - 50 - 60 denně (balených) R2 - 15 denně R3 - 10 - 15 denně R4 - nevedl R5 -20 denně R6 - 10 - 20 denně R7 - 20 denně R8 - 5 - 10 nejvíc 15 denně R9 - 10 denně

<b>pítí kávy, alkoholu</b>	8	všichni respondenti pijí kávu i pivo, tvrdý alkohol neuedl nikdo, ale s jeho požíváním se počítá
<b>OPL</b>	2	R1 - občas kouří marihuanu R7 - užívá pervitin (5 let)

Zdroj: Vlastní výzkum

## 8. kategorie - STRAVOVÁNÍ

**Tabulka č. 14 - Strava**

<b>Strava</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Podrobnější údaje</b>
<b>nepřavidelná</b>	7	R1 - stravování zohledňuje podle deprese R2 - Jde o klasické jídlo, co si nakoupím a uvařím R4 - ke stravě se vyjadřuje rozpačitě, ale snaží se dodržovat pitný režim R5, R7, R8, R9 - zajde si na polévku
<b>nezdravá</b>	4	R3 - stravuje se jak se dá, není možnost zdravé stravy R6 - dopřeje si i nezdravé vepřové, na zdravou stravu nedbá R8 - polévka, večer si vaří těstoviny, je zvyklý z vojny R9 - stravuje se tím, co najde v kontejnerech

Zdroj: Vlastní výzkum

## 9. kategorie - SOCIÁLNÍ OPORA/ SOCIÁLNÍ SÍŤ

Tabulka č. 15 - Sociální opora

Sociální opora	Počet respondentů	Podrobnější údaje
rodina	1	R2 - pomoc přijímá od syna
Pomoc služby AD sv. Pavla Sociální pracovníce, psychoterapeut	6	R2 - přijímá pomoc sociálních pracovníc R4, R5 - se službami je spokojen R6 R7 R8
ostatní	5	R1 - pomáhá mu pohled na ženy, s rodinou kontakt nemá, <i>"Rodina si jede svoje, já si jedu taky svoje."</i> R3 - <i>"Já jsem samotář, pro mě to je lepší. Já jsem si na to zvykl, já vím, jak v tom mám chodit. Já už jsem kdysi byl takhle venku, na trampy a tohle, takže já vím, co mě čeká. Já se nebojím toho."</i> R6 - <i>"Já jsem takovej vlk samotář, sám, sám, sám."</i> R8 - kněz R9 - víra

Zdroj: Vlastní výzkum

## 10. kategorie - FYZICKÉ ZDRAVÍ

Tabulka č. 16 - Hodnocení celkového zdraví, fyzické potíže

Hodnocení fyzického zdraví	Počet respondentů	Podrobnější údaje
nejdůležitější	3	R4 - trápí jej bolesti v žaludku, trávicí problémy



		R5 - pán je 10 let po bouračce, bolí jej páteř, bolesti pocítuje, ale z povolání. Prodělal 3 infarkty. R9- Událost na něm zanechala trvalé následky, bolí jej noha i hlava.
důležité	3	R2 - prodělal dávně operace, nyní potíže nevnímá, nic jej nebolí. Klient se usmívá a na otázku, jak se dnes cítí, říká: "V pohodě". Žádné bolesti nepocítuje. R3 - bolí jej všechno, ale snaží se na to nemyslet. Neví, co mu lékař sdělí pozítří. Užívá Anacit. Bolí jej hlava, 25 let trpí na žaludeční vředy. R8 - rakovina - "Beru to sportovně, no. Nohy mě bolí, od páteře mi to střílí do nohou."
méně důležité	3	R1 - cítí se být unavený, ale udržuje se sportem R6 - "Tak nějak už to doklepu.", "Jezdím na kole, hodně, hodně, hodně, činky a tak." R7 - "Každou jednou umře. Občas cítím játra, ledviny, ale to je po té bouračce."

Zdroj: Vlastní výzkum

## 11. kategorie - PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

Tabulka č. 17 - Psychické potíže

Psychické potíže	Počet respondentů	Podrobnější údaje
deprese	2	R4 - užívá léky na deprese, má svého psychiatra R8

úzkost, strach, poruchy spánku	1	R8 - nejistota z nadcházející operace, rakovina tlustého střeva - a s tím související psychosomatika, poruchy spánku
ostatní	6	R1 - při rozhovoru projevuje známky psychické poruchy, nebojím se tvrdit, že trpí schizofrenií, udává únavu a nedostatek sexuálního vyžití R3 - strach z nepříjemných lidí R5 - <i>"No někdy bezvýchodný, když nevíte co?"</i> R6 - tvrdí o sobě, že je "nervák", nesnáší podrazy lidí R7 - pociťuje únavu, ale to přisuzuji dojezdu drogy R9 - větší únavu nepociťuje, ale říká <i>"Ale já si to nepřipouštím" (směje se). "Mrzí mě to, ano, je mi to líto, ale..."</i>

Zdroj: Vlastní výzkum

## 12. kategorie - OBAVY, STRÁDÁNÍ, BUDOUCNOST

Tabulka č. 18 - Obavy, strádání, budoucnost

Obavy, Strádání, Budoucnost	Počet respondentů	Podrobnější údaje
žádné obavy	6	R1 - u sebe by ni nezlepšil, je sám se sebou spokojený, jediné, co jej nevyrovnává, je dle jeho slov okolí R3 - nemá obavy z budoucnosti R4 - necítí se vyloučen, má své přátele i koníčky

		R5 - neví, co postrádá, nevybere si (člověka) asi nikoho R6 - "Co bude, to bude, ať se děje vůle Boží." R7 - budoucnost neřeší, má rád volnost a samotu
strádání obavy	3	R3 - nejvíce postrádá volnost, chtěl by do zahraničí R8 - největší obavy má ze smrti, nechce dopadnout jako zavšivený psanec, neví, co bude za rok? R9 - trápí se svým vzhledem, chtěl by práci, aby přišel na jiné myšlenky, vyloučení cítí, ale nebere si jej osobně
lepší budoucnost	3	R2 - dobrá, za rok se vidí v důchodě na Moravě R4 - sehnat bydlení pro rodinu R6 - "Dole, nevím prostě, co bude." (smích) R9 - má plány, že si koupí dům a bude mu dobře

Zdroj: Vlastní výzkum

### 4.3 Interpretace otázek, které byly položeny sociálním pracovnícím.

#### Otázka č. 1

*Jaké jsou z vašeho pohledu důvody vzniku bezdomovectví?*

#### SP č. 1

- rodinné zázemí (výchova, vzor, možnosti, základní vzdělání, dětský domov apod.)
- přidružení sociálních patologií (především alkoholismus, toxikomanie, gambling)
- dluhová problematika

Důsledky jak zdravotní, tak i sociální.

#### SP č. 2

Nefunkčnost rodiny, rozvod, dluhy, ztráta majetku, závislosti (alkohol, drogy, automaty).

### **SP č. 3**

Alkoholová závislost, drogy, automaty, význam trestu, půjčky, špatný rodinný vzor, nezaměstnanost.

### **Otázka č. 2**

*Krátce zhodnoťte zdravotní a sociální služby poskytované lidem bez domova?*

*Škála - velmi dobře - dobře - průměrně - špatně - velmi špatně*

### **SP č. 1**

Hodnotím jako špatné.

Existují problémy:

- není vyřešena problematika psychicky a somaticky nemocných bezdomovců
- není je kde umístit
- problematika zdravotní péče, především kontinuální léčba
- problematika vyplácení dávek hmotné nouze (mnohdy začarovaný kruh)
- problematika zaměstnatelnosti lidí bez domova - překážky:
  - věk bezdomovců (50 let a více)
  - trestní bezúhonnost (VTOS)
  - trvalý pobyt - Magistrát
  - přechodný pobyt - AD sv. Pavla
  - nízká gramotnost bezdomovců

### **SP č. 2**

Zdravotní - špatné

Lidé bez domova často nemají praktického lékaře a najít ho je složité.

Často mají dluh na zdravotním pojištění.

Sociální - průměrné

### **SP č. 3**

Hodnotím je jako špatné, zejména poskytování dávek je začarovaným kruhem.

Zdravotní služby jsou na špatné úrovni - důležité je potvrzení o stavu hmotné nouze.

### **Shrnutí**

K otázce č. 1 se všechny sociální pracovníce vyjádřily stejným názorem a uvedená tvrzení dokládají i odborníci z kapitoly Současný stav.

V otázce č. 2 sociální pracovníce hodnotí obě služby na škále stupněm č. 4, tedy špatné, přičemž jedna za sociální služby - průměrné.

## 5 DISKUZE

Diplomová práce nás seznamuje s prozkoumáním problematiky, kterou člověk potkává na každém kroku, ale jen málokdo se nad ní pozastaví a všimne si lidských osudů, které se většinou ocitají v bludném kruhu závislosti pomoci a podpory ostatních.

Práce přináší řadu nových pohledů k řešení problematiky procesu sociálního vyloučení u bezdomovců a jejich vnímání vlastního zdraví. Z původně plánovaných 10 rozhovorů bylo na snaze kvalifikovat a kategorizovat 9 z nich, jelikož poslední respondent má vlastní bydlení a do Azylového domu dochází v souvislosti s nepředvídatelnou situací změny zaměstnání a čekací doby na svůj první příjem.

Z výsledků je patrné, že většina lidí, nacházející se bez střechy nad hlavou řeší nejeden handicap a nachází se tak v nepříznivé sociální situaci. Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách se rozumí nepříznivou sociální situací takový stav oslabení nebo ztráty 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 jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením, což je stav nerovnosti participace k pěti zdrojům v lidské společnosti (zaměstnání, bydlení, sociální ochraně, zdravotní péči, vzdělání).

Faktem je, že průměrný věk starších klientů je po 50. roce života, což je hranice, kdy bývají se svým základním nebo vyučeným vzděláním pro trh práce nezajímavými a těžko se jim hledají pracovní příležitosti. Nutno dodat, že je v tom špetka diskriminace a nemožnost hájit svá základní sociální práva dovolávající se po spravedlnosti. Spoustu oslovených by pracovat chtělo, ale nemohou z důvodu svého pochroumaného zdraví nebo stigmatizace třeba k dosaženému vzdělání nebo zápisu v trestním rejstříku.

Pakliže se jedná o příčiny individuální, jde již většinou o ztrátu pracovních návyků při dlouhodobé nezaměstnanosti, neschopnosti hospodařit s penězi a dostat svým finančním závazkům, orientaci na okamžité uspokojení potřeb vyplývající z dlouhodobé frustrace nebo apatie a nízká motivace k řešení vlastních problémů, dodává (Toušek, 2007). Člověk bez zaměstnání postrádá širší vazby s okolím, proto se většinou nachází

na okraji společnosti. Výzkum potvrzuje, že osoby nacházející se v Azylovém domě navštěvující Denní centrum pobírají buď invalidní důchod, dávky hmotné nouze, nebo jsou částečně zaměstnaní, víceméně bez dlouhodobých smluv.

Mají četné dluhy ve formě exekucí, takže se jim ani nevyplatí práci si najít, protože by více jak polovina výdělku pokryly splátky.

Jedná se o začarovaný kruh, vysvětluje Kajanová, Urban (2009), kdy nezaměstnanost související s omezeným přístupem na trh práce produkuje závislost na sociálních dávkách. S tím dále souvisí nízká kvalifikace a vzdělanost těchto lidí. Většinou tak mají omezený přístup ke službám a absencí sociálních vztahů mimo svojí lokalitu se dostávají až k mnoha problémům, které se samozřejmě odráží i na jejich zdravotním stavu.

Osoby ohrožené sociálním vyloučením rozlišuje Kotýnková (2005) na izolované jedince (oslabené tělesně, mentálně, věkem, nízkým vzděláním, sociálním původem, frustrací z dětství apod.), dále lidé zdravotně postižení nebo specifické romské etnikum. Rizikovou skupinu tvoří jedinci neschopni převzít odpovědnost za svůj vlastní život i drogově závislí. Všechny vyjmenované skupiny osob se stali podkladem rozhovorů mých kazuistik.

Mnozí bezdomovci se nedovedou poučit ze zkušeností, uplívají na nefunkčních způsobech chování, které jim připadají vhodné jen proto, že je používali vždy. Selhávají, když se dostanou do náročné situace. Nejsou schopni prosadit svá práva, často je ani neznají. Postrádají základní sociální kompetence důležité k sociálnímu začlenění (Vágnerová, 2004).

Vágnerová (2004) říká, že bohužel v mnoha případech nejde o volbu, ale o sociální úpadek, který sami lidé nedokážou ovlivnit. Postupně se stává rezignací na lepší alternativu. Je výsledkem generalizovaného psychosociálního selhání spojeného se ztrátou komplexu běžných rolí. Takový člověk má narušené vztahy s rodinou, popř. ji postrádá. Hlavní příčinu je třeba vidět převážně v původní rodině respondenta, kdy jsem z výzkumu vygenerovala 2 hlavní proudy a to rodinu méně harmonickou a dysfunkční.

Vágnerová (2004) dále popisuje charakteristiku osobnosti buď jako příčinu nebo důsledek jejich životního stylu, který je typický svým zjednodušením na tzv. přežívání

často spojené s užíváním alkoholu a jiných drog. Citově bývají vyhořelí, emoce dávají najevo pocity libosti či nelibosti. K okolí se mohou se projevovat depresivně až hostilně. Tato situace nastala v případě rozhovoru s respondentem č. 3. Z jednotlivých anamnéz potvrzují Hradečtí (1996) vleklou chronicitu chudoby a zní plynoucí amorálními jevy (defektivita, afektivní labilita nebo emoční nevyrovnanost).

Publikace Preventing Social Exclusion (2001) uvádí, že sociálně vyloučené skupiny se obvykle potýkají s významně vyšší hladinou stresu a duševními zdravotními problémy než ostatní. Sociální vyloučení může vést přes nedostatečnou životosprávu nebo vyšších sazeb kouření (užívání drog) a nedostatku naděje pro budoucnost i ke zhoršení fyzického zdraví. Tuto teorii 100 % potvrzují, protože výzkum u všech dotazovaných prokázal závislost na nikotinu, kofeinu a konzumaci alkoholických nápojů, přičemž u jednoho respondenta závislosti na pervitinu. Ten tuto tezi vyvrací, přičemž dodává, že mu dává pocit uvolnění a snížení bolesti. Lomas (1998) charakterizuje tradiční vysvětlení nerovností ve zdraví specifickým chováním těch z nižších sociálně-ekonomických tříd, kteří podléhají rizikovému chování v podobě závislostí, vedoucí k jejich předčasné smrti na srdeční onemocnění, rakovinu plic a tak dále. Wilkinson a Marmot (2003) považují za hlavní důvody kouření chudých právě pocit úlevy od stresu a zlepšení nálady. Bezdomovec se obklopuje „kulturou“ seskupenou kolem láhve, láhev mu dělá „společníci“ v jeho trápení, ale zároveň omezuje a znemožňuje jeho znovupřijetí do společnosti. Na druhé straně mu dá pocit chvilkového štěstí a veselosti. Pítí mu sice ničí život, ale zpříjemňuje prožívání a usnadňuje přežití současné chvíle (Štěchová, Luptáková, Kopoldová 2008, s. 48).

Respondenti v okruhu sociální opory neudávají na první místo rodinu, nýbrž právě služby Azylového domu či víry v Boha. 3 respondenti uvedli, že se starají sami o sebe a ničí pomoc zvenčí nepotřebují, přičemž jejich odpovědi nepovažují za relevantní. Každý potřebuje cítit zázemí, že někam patří, mít nastavenou dlaň bližního, právě ten, kdo pomoc nejvíce odmítá. Protektivní význam sociální opory má značný vliv na zdraví je nepopíratelný. Sociální opora působí jak v rovině individuální, tak v rovině sociální.

Lidé, kteří postrádají sociální oporu, trpí více zdravotními a psychickými problémy



(Čeledová; Čevela, 2010). I publikace Křivohlavného (2001) dokazuje ovlivnění výrokem dle L. F. Berkmana a L. Breslova: „Lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí podle některých zjištění déle a disponují celkem lepším fyzickým i psychickým zdravím než lidé bez těchto vazeb.“

Oslabení odolnosti organismu, ale i jeho dědičných dispozic je mnohdy důsledek změn v přírodních i sociálních podmínkách života a současně i nevhodného životního stylu (nevhodná výživa, malá tělesná aktivita, narůstání stresových situací nebo nároky na malou adaptaci jedince na proměnlivé okolnosti života), (Břicháček, 1999). S věkem se obecně výskyt chronických obtíží ještě zvyšuje. V porovnání podle jednotlivých socioekonomických charakteristik byl vyšší výskyt chronických nemocí zjištěn u osob s nižším vzděláním a osob rozvedených (ÚZIS 2006), což je většina respondentů.

Reálný zdravotní stav, v jakém se jedinec nachází, nemusí vždy odpovídat tomu, jak jej subjektivně vnímá. Subjektivní hodnocení zdraví je determinováno nejen skutečnou zdravotní situací jedince, ale i řadou dalších faktorů. I zde se však jedná o subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu, nikoliv o vyjádření potvrzené lékařem, a proto je nutné i v tomto případě zohlednit zkraslení spojené s faktory individuální psychiky. (ÚZIS, 2006). Celá práce je postavena na subjektivním vnímání vlastního zdraví klientů Azylového domu sv. Pavla.

Bezdomovci bývají, ve srovnání s bydlící populací, více chronicky nemocní, rovněž prevalence infekčních chorob je u těchto osob vysoká tvrdí Barták, Hnilicová a Horáková (2006). Z odpovědí respondentů se nedá přímo určit, jakými konkrétními chorobami právě trpí, nebyli natolik sdílní tuto informaci sdělit, nýbrž uvedli všechny prodělané nemoci a úrazy.

Velká část lidí bez domova mívá problémy s chrupem a trávicí problémy. Neopomíjeným významným faktorem jsou i různá zranění a úrazy. Fitzpatrick, Kemp, Klinker (2004). Ke stravování se všichni vyjádřili stejně chudě, denně snědí zdarma podávanou polévku, a pár respondentů uvedlo, že si večer uvaří z mála, co si nakoupí. Jeden z nich dokonce hledá jídlo v kontejnerech.

Dobrou zprávou je, že většina respondentů sice své zdraví vnímá ne příliš zdravě, nýbrž pořád jej nehodnotí jako velmi špatné a svůj zdravotní stav přijali jako neodmyslitelný faktor ovlivnění jejich budoucnosti, kde zastávají názory, že nemají obavy nebo přílišný strach a úzkost z toho, co přijde zítra. Tuto dimenzi označuje Kebza (2005) jako prožívání osobní pohody v pojmu "naděje". Člověk je schopen snášet mnoho bolesti a příkoří, poškození zdraví nebo sociální úpadek jen v případě, že má víru v zlepšení stávající situace.

Budeme-li se bavit o opačném prožitku, tedy absenci naděje, byl tento jev výzkumem označen za "naučenou bezmocnost", syndrom beznaděje a bezmoci. Tuto koncepci mohu vztáhnout na 2 - 3 respondenty, kteří si ze své situace nic nedělají, ba se jí smějí (mají nashromážděné nesčetné dluhy a malý okruh blízkých přátel, že si z normálního fungování většinové společnosti ještě vystřelují a dodávají, že s tím stejně nic nezmůžou). Koncepce naučené bezmocnosti uvedla do výzkumu psychosociálních determinant zdraví nový pohled na vysvětlení ztráty motivace a aktivity vůči nepříjemným podnětům, působícím za málo ovlivnitelných či dokonce neovlivnitelných okolností (Kebza, 2005).

Beňová (2008) objasňuje určitou zranitelnost také tím, co přežili a dennodenně zažívají. Jsou zranitelní tím, kým jsou. Jejich chování a pózy však souvisí s tím, jaké mechanismy se jim osvědčily při jejich každodenním boji o přežití a zabezpečení základních potřeb.

Vnitřní svět mnohých bezdomovců je zahalený množstvím negativních zkušeností, převládají pocity zklamání, neschopnosti, samoty, naučené bezmocnosti, typické pro rezignaci až apatii, zmiňuje Vágnerová (2004) a Beňová (2008).

Bezdomovci vykazují známky skupiny obyvatel s rozdílnými specifickými zdravotními potřebami. Na jejich zdraví působí řada negativních socio-kulturních faktorů, které mohou mít vliv na jejich zdraví (Vacková, 2012). Život na ulici způsobuje mnoho závažných onemocnění, která je třeba léčit, jenže bezdomovci léčbu odmítají.

Šupková (2007) popisuje výrok, že pokud mívá klient opakovanou zkušenost s odmítnutím žádosti o poskytnutí zdravotní péče, stává se, že další pomoc již

nevyhledává. Z mého šetření vyplývá, že se nikdo s oslovených s odmítnutím lékařské péče nesetkal a téměř všichni hodnotí lékařskou péči kladně. Faktem ale zůstává, že se klienti k lékaři příliš nehrnou, takže o prevenci onemocnění tu lze jen polemizovat. Většina uvedla, že se léčí sama. V důsledku jejich sociální situace nemají ani zdravotní pojištění a tak řada z nich nechodí na preventivní prohlídky, očkování nebo jiné ošetření týkající se zlepšení jejich zdravotního stavu.

Evropská úřadovna WHO iniciovala zpracování studie, která by mapovala hlavní otázky zdraví a dostupnosti zdravotní péče pro bezdomovce (Wright 2005). Hlavní poznatky studie zahrnují následující zjištění: *Zdravotní stav bezdomovců je horší než zdravotní stav bydlící populace, což se týká jak fyzického, tak i duševního zdraví. Bezdomovci mají také často problémy s dostupností pro ně vhodných zdravotnických služeb. Z hlediska zdravotní stavu je populace bezdomovců charakterizována komorbiditou (převážně závislostí na alkoholu, drogách a duševními poruchami) a předčasnou úmrtností* (Barták, 2011, s. 78).

Za nejčastější duševní poruchy autoři považují závislosti, psychotická onemocnění (nemoci schizofrenního okruhu), depresivní a úzkostné poruchy, posttraumatickou stresovou poruchu (úzkost, otupělost, přecitlivělost a nezájem o budoucnost), poruchy chování a poruchy osobnosti nebo pokusy o sebevraždu. Též může jít o kombinaci těchto poruch, přičemž muži bývají nejvíce postiženi poruchami osobnosti se závislostmi. Údaje souhrnné studie uvádí, že 40-90 % mladých bezdomovců užívá drogy, 15-80 % bezdomovců vykazuje známky deprese a 20-80% z nich trpí poruchami osobnosti. Neléčené psychické poruchy mohou vést k poruše sociálního fungování, přes bezdomovectví, až k sociální izolaci. Mají přímý vliv na sociální a ekonomický status jedince (Marek, Strnad, Hotovcová 2012, s. 41-42).

Vágnerová (2004) Bezdomovec, který sociálně selhal, postrádá naději v lepší budoucnost. Trpí méněcenností a zvykli si na submisivní pozici. Sociální selhání způsobuje nedostatek schopnosti se o sebe postarat, tím jsou právě závislí na cizí pomoci, nejčastěji na charitativní péči. Typicky poznávacím znamením je pro ně zanedbaný zevnějšek, který se vyznačuje vymizením hygienických návyků. Vyznačují

se také odmítáním důležitých norem většinové společnosti. Navazují vztahy spíše sobě podobným lidem a tato sdružení jsou pro ně spíše účelová.

Toto jednání jsem zaznamenala u prvního respondenta, který mi na mé otázky neustále odpovídal složitými souvětími, které neustále opakoval, a na konci myšlenky mi někdy nedávaly smysl. Hodnotím jej jako osobnost s poruchou osobnosti nebo schizofrenie.

Hradičtí (1996) charakterizují zdraví bezdomovců jako chatrné a slabé. Podmínky, ve kterých se ocitají, jim nedovolují správnou životosprávu, často nedosahují ani nezákladnější hygieny. Stejně tak Buchtová (2004) považuje jejich zdraví kritickou stránkou jejich života, zvláště pak nocujících na veřejných prostranstvích.

Z výzkumu subjektivně vnímaného zdraví bezdomovců udává Barták (2011) výsledky, že se pocit zdraví zhoršuje s rostoucím věkem. Vliv délky bezdomovství nebyl statisticky prokázán. Proto jsem se v souvislosti s délkou pobytu a jejím vlivem na jejich zdraví nijak nezmiňovala.

## 6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřila na problematiku subjektivního vnímání zdraví bezdomovců, kteří se nacházejí na okraji společnosti a jsou tak ohroženi procesem zvaným sociální vyloučení.

Teoretická část práce se zabývala pojmy vážícími se k názvu celé práce, tedy sociálním vyloučením, bezdomovectvím, zdravím z pohledu subjektivního i obecně známým faktům ke zdraví bezdomovců.

Cílem bylo identifikovat a rozkrýt faktory průvodního jevu, příčin jejich stavu a s ním související subjektivního pohledu na svůj zdravotní stav.

Stanovila jsem tři výzkumné otázky.

*VI: Jaké příčiny sehrály významnou roli v ocitnutí se respondentů na ulici?*

Mohu konstatovat, že výsledky mého výzkumu ohledně situací, se kterými se potýkali nebo potýkají, se dají srovnat s teoretickými podklady. Co klient, co individualita a příčiny krizového okamžiku, kdy se člověk ocitne na ulici a vyhledá pomoc Azylového domu, jsou shodné s objektivními i subjektivními parametry uvedenými předními odborníky na tuto nelehkou problematiku. Jsou jimi většinou přidružené jevy - vztahové problémy, partnerské krize, rozvody, nemoci, úrazy, důvěřivost, nezaměstnanost, naplacení nájmu, dluhů, nedostatek sociální opory a pomoci, psychické poruchy osobnosti.

Nejsnadnějším řešením je vždy prevence, oproti represi. Otázka prevence k procesu sociálního vyloučení by měla vycházet z ekonomického růstu, zaměstnatelnosti těchto osob s potenciálním růstem jejich další vzdělanosti a kvalifikace. Najít pro ně vhodné místo k bydlení v podobě levných sociálních bytů, přístupu ke zdravotní péči a následným otevřením nových směrů a cest k participaci na společenském uplatnění a seberealizace s většinovou společností. Víme, že tento problém nelze nikdy zcela vymítit, ale snaha vládních opatření a osvěta nevšímajících kolemjdoucích může nemalou měrou přispět k řešení smutné situace ocitajících se v bludném kruhu své životní cesty. Koneckonců největší podmínkou je samotné chtění jedince začlenit se a vrátit se zpět do společnosti. Nabídněme jim pomocnou ruku.

*V2: Jak lidé bez domova hodnotí své momentální zdraví?*

Z výzkumu je patrné, že zmiňované osoby bez přístřeší, které se nacházejí v procesu sociálního vyloučení, hodnotí své celkové zdraví spíše negativně a dodávají, že by nejvíce uvítali větší pomoc při zaměstnatelnosti a přijetí na trh práce, přičemž někteří však nejsou sto zařídit si podmínky pro zlepšení vlastní situace (doklady), předsudky, zklamání z odmítnutí a s rolí, kterou momentálně zastávají, jsou vesměs všichni srovnání a smíření.

Aspekty sociálního vyloučení u bezdomovců jsou široké a je třeba je vnímat v celostním záběru biopsychosociálních souvislostí, mění se potřeby, schopnosti i sebepojetí. Zdraví je úzce spojeno se závislostí na návykových látkách, což hraje hru příčiny i důsledku.

*H2: Subjektivní vnímání zdraví bezdomovců souvisí s kulturou chudoby a žebříčku hodnot.*

*V3: Jak lidé bez domova vnímají pomoc v oblasti zlepšení jejich situace?*

Důležitou a hlavní roli v péči pro osoby bez přístřeší sehrávají právě sociální služby, které jsou těmto lidem bezplatně dostupné. Jde jak o poskytnutí ošacení, umožnění hygieny, poskytnutí stravy, tak i zásah psychologické pomoci a krizové intervence. Ovšem služba, která výrazně absentuje, je s nimi související a propojená zdravotní péče o tuto skupinu obyvatel. Svědčí o tom jak samotné tvrzení všech respondentů, kteří se snaží léčit sami, a lékaře tak často nevyhledávají. Tento fakt doplňují názory všech oslovených sociálních pracovníků, které se s touto problematikou setkávají dnes a denně. V systému sociální pomoci chybí kontinuální provázanost zdravotně-sociálních služeb a zřízení takového zařízení by jistě usnadnilo často zdlouhavý proces resocializace. Přičemž by alespoň zlepšilo psychosociální podmínky jedince k návratu do běžného života. Zdraví je přeci nejdůležitější věcí, co v životě vlastníme.

*H2: Výrazným nedostatkem na poli služeb pro osoby bez domova je propojení zdravotní a sociální péče.*

## **Využití práce v praxi**

Nalézání souvislostí mezi vybranými charakteristikami sociální situace konkrétně sociálního vyloučení a zdravotním stavem je vhodná cesta k nalézání nerovností ve zdraví různých skupin obyvatelstva. Je zřejmé, že vztah mezi sociálními charakteristikami a zdravím není pouze samostatným teoreticko-výzkumným rámcem, ale též politickou otázkou, cituji Vackovou (2012).

Tato práce může být využita jako podklad pro další kvantifikovatelné zkoumání sociálních determinant zdraví souvisejících s bezdomovectvím. Sociální pracovníce včetně mě vnímáme absenci propojení zdravotně sociálních služeb pro osoby bez domova. Tuto problematiku je třeba dále prohlubovat, aby posléze mohla sloužit k ovlivnění veřejné politiky při formování prostředí ovlivňujícího zdraví.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAJER, P., 2006a. Každý azylový dům musí mít rozpracovanou sociální práci s uživatelem. *In Sociální práce* 4/2006. s. 34-35. ISSN 1213-6204
2. BAJER, P., 2006b. Společnost neposkytuje bezdomovcům dostatečné služby. *In Sociální práce* 4/2006. s. 40-42. ISSN 1213-6204
3. BARTÁK, M., 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 223s. ISBN 978-80-7337-503-8
4. BARTÁK, M., 2011. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 200s. ISBN 978-80-7414-441-7
5. BARTÁK, M., HNILICOVÁ, H., HORÁKOVÁ, P., 2006. Zdravotní potřeby bezdomovců v doporučeních Světové zdravotnické organizace a v realitě České republiky. *In Sociální práce* 4/2006. s. 77-82. ISSN 1213-6204
6. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H., 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-311-2
7. BAYRAM, N., BILGEL, F., BILGEL, N., G., 2012. Social Exclusion and Quality of Life: An Empirical Study from Turkey. Volume 105, pp 109-120. [on-line] [2013-02-22]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-010-9767-4?LI=true>
8. BEŇOVÁ, N., 2008. *Bezdomovci, ľudia ako my*. 1. vyd. Košice: o. z. Proti prúdu, 75 s. ISBN 978-80-969924 -1-6
9. BLATNÝ, M., et al., 2005. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MSD, 109s. ISBN 80-8663-335-7
10. BRAVEMAN, P., KRIEGER, N., LYNCH, J., 2000. *Health inequalities and social inequalities in health*. Bull World Health Organ vol.78 no.2 Genebra. ISSN 0042-



9686. [on-line] [2013-02-25]. Dostupné z:  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862000000200011&script=sci_arttext)
11. BROŽ, M., KINTLOVÁ, P. a Ladislav TOUŠEK, 2007. *Kdo drží černého Petra. Člověk v tísní*. ISBN 978-80-86961-27-9
12. BŘICHÁČEK, V., 1999. Zdraví jako biosociální jev. In DUNOVSKÝ, J. a kol: *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 27-31. ISBN 80-7169-254-9
13. BUCHTOVÁ, B., 2004. Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. In *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. 1. vydání. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 75-90. ISBN 80-86625-20-6.
14. Centrum pro sociální a ekonomické strategie (CESES), 2004. Zpráva o rozvojových cílech tisíciletí: *Rozvojové cíle tisíciletí cesta ke snížení chudoby a sociálního vyloučení*. [on-line] [2012-12-08]. Dostupné z: [http://www.ceses.cuni.cz/CESES-34-version1-mdgr\\_cr\\_part1.pdf](http://www.ceses.cuni.cz/CESES-34-version1-mdgr_cr_part1.pdf)
15. ČELEDOVÁ, L. ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 126s. ISBN 978-80-247-3213-8
16. DAVIDOVÁ, E., 2010. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví Romů v České a Slovenské republice*. 1. vyd. Praha: Triton. 251 s. ISBN 987-80-7387-428-5
17. DRBAL, C. BENCKO, V., 2005. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In *Kvalita života a zdraví*. Kapitola: Část IV Pojem, s. 234-249. ISBN 80-7254-657-0.
18. DRBAL, C., 2001. *Zdravotní politika a její vliv na determinanty zdraví*. [on-line] [2013-1-21]. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/Archiv/2001/1-2/04.pdf>
19. FALDYNA, Z., 2008. Alkohol a lidé bez domova. In *Zdravotnická péče a bezdomovectví*. Olomouc 4. 12. 2008. s. 35-38. [on-line] [2013-02-23]. ISBN 978-80-254-3656-1

20. FEANTSA, Copyright © 2011. [online] [cit. 2013-1-22]. Dostupné z:  
<http://www.feantsa.org>
21. FITZPATRICK, S., KEMP, P., KLINKER, S., 2004. *Bezdomovství: Přehled výsledků výzkumů z Velké Británie*. České vydání. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 96 s. ISBN 80-86625-15-X
22. GABAL, 2006. Gabal Analysis and Consulting. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti*. [on-line] [2012-10-16]. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/3043/Analyza\\_romskych\\_lokalit.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3043/Analyza_romskych_lokalit.pdf)
23. GABAL, I. a VÍŠEK, P., 2010. *Východiska strategie boje proti sociálnímu vyloučení*. Praha, 61 s. [on-line] [2012-10-18]. Dostupné z:  
[http://www.gac.cz/userfiles/File/nase\\_prace\\_vystupy/GAC\\_Strategie\\_soc\\_vyloucení.pdf](http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_Strategie_soc_vyloucení.pdf)
24. GILAROVÁ, P., 2012. *Slovníček k problematice bezdomovectví*. [on-line] [2012-11-04]. Dostupné z: <http://www.infoservis.net/art.php?id=1069232964>
25. GORDON, D., LEVITAS, R., PANTAZIS, CH. et al., 2000. *Poverty and social exclusion in Britain. Joseph Rowntree Foundation*. [on-line] [2012-11-04]. Dostupné z: <http://eprints.whiterose.ac.uk/73358/1/Document.pdf>
26. HAASOVÁ, J., 2010. Typologie lidí na ulici. Sborník z konference: *Jak se žije na ulici - zjevné bezdomovectví*. Charita Olomouc. 6-11 s. [on-line] [2013-01-04]. Dostupné z: <http://chol.charita.cz/web/SLD2010.pdf>
27. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
28. HRADECKÁ, V. – HRADECKÝ, I., 1996. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*, Praha: Naděje, 107 s. ISBN 80-902292-0-4.
29. HRADECKÝ, I. et al., 2007. *Definice a typologie bezdomovství*. 1. vyd. Praha: Naděje. ISBN 978-80-86451-13-8

30. HRADECKÝ, I., 2005b. *Profily bezdomovství v České republice: Proč spí lidé venku a kdo jsou to lidé*. Praha. [on-line] [2012-11-05] Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/vz/pslvakj05cz.pdf>
31. HRADECKÝ, I., 2005a. *Národní zpráva o bezdomovectví v ČR 2005*. Praha. [on-line] [2012-11-05] Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/vz/nzob05cz.pdf>  
<http://epolis.cz/page.php?location=1&menu=first&id=28&idNotion=20>
32. KAJANOVÁ, A., 2009. *Sociální determinanty zdraví vybraných romských komunit*. České Budějovice, 196s. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra sociální práce. Vedoucí práce: Eva Davidová.
33. KAJANOVÁ, A., URBAN, D., 2009. Sociální exkluze a kultura chudoby, sociálně vyloučené lokality. In *Sociální práce s etnickými skupinami - Etnické, marginální a rizikové skupiny*. České Budějovice. ISBN 978-80-7394-181-9
34. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 264 s. ISBN 80-2001-307-5
35. KELLER, J., 2010. *Tři sociální světy: sociální struktura postindustriální společnosti*. Praha: SLON, s. ISBN 978-80-7419-031-5
36. KOPŘIVOVÁ, J., 2006. Návrat ztracené důstojnosti. In *Sociální práce* 4/2006. s. 17-21. ISSN 1213-6204
37. KOTÝNKOVÁ, M., 2004. Zmírňování chudoby a sociálního vyloučení jako předpoklad pro zvýšení kvality života. In *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. 1. vydání. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 33-44. ISBN 80-86625-20-6.
38. KOTÝNKOVÁ, M., 2005. Sociální vyloučení. In *Sociální politika*. 3. přepracované vyd. Praha: ASPI, a.s. s. 124-130. ISBN 80-7357-050-5
39. KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 280s. ISBN 8071785512.

40. KUČERA, Z., 2004. Podpora zdraví a kvalita života. In *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. 1. vydání. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 108-120. ISBN 80-86625-20-6.
41. LOMAS, J., 1998. *Social capital and health: implications for public health and epidemiology*. Soc. Sci. Med. Vol. 47, No. 9, pp. 1181±1188. [on-line] [2012-11-27] Dostupné z: <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/LOMrights.pdf>
42. MAREK, J.; STRNAD, A.; HOTOVCOVÁ, L., 2012. *Bezdomovectví: V kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0090-1
43. MAREŠ, J., et al., 2008. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD, 235s. ISBN 978-80-7392-076-0.
44. MAREŠ, P., 2000. *Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení*. Sociologický časopis, 36,3: 285-297. [on-line] [2012-10-23]. Dostupné z: [http://www.sreview.soc.cas.cz/uploads/028583b8ba8110c76a6ae9d260c5c0374e096283\\_376\\_285MARES.pdf](http://www.sreview.soc.cas.cz/uploads/028583b8ba8110c76a6ae9d260c5c0374e096283_376_285MARES.pdf)
45. MAREŠ, P., 2004. Sociální exkluze a inkluze. In *Sociální exkluze a sociální inkluze menšin a marginalizovaných skupin*. Brno: Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií, 237 s. ISBN 80-210-3455-6
46. MAREŠ, P., 2006. *Faktory sociálního vyloučení*. Praha: VÚSPV. [on-line] [2012-10-24]. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_193.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_193.pdf)
47. MAREŠ, P., HORÁKOVÁ, M. a Miroslava RÁKOCZYOVÁ, 2008. *Sociální exkluze na lokální úrovni*. 1. vyd. Praha: VÚSPV, 77 s. [on-line] [2012-12-08] Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_280.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_280.pdf)
48. MARLIER, E., ATKINSON, A. B. 2010. Indicators of Poverty and Social Exclusion in a Global Context. *Journal of Policy Analysis and Management*. 29/2:285-304. [on-line] [2013-01-17] Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pam.20492/abstract>

49. MARMOT Review, 2010. *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010*. London: Marmot review, 2010. ISBN 978-0-9564870-0-1 [online] [cit. 2012-11-15]. Dostupné z: <http://www.marmotreview.org>
50. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 287 s. ISBN 8071785490
51. MIOVSKÝ M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4
52. MISÍKOVÁ, M., 2008. Sociální vyloučení. In *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-504-1
53. Národní program Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení, 2010. [on-line] [2012-10-09] Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7456/Narodni\\_program\\_ER\\_2010.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7456/Narodni_program_ER_2010.pdf)
54. NESVADBOVÁ, L., ELICHOVÁ, M., 2010. Zdraví a zdravotní stav Romů. In *Kvalita života a sociální determinanty zdraví Romů v České a Slovenské republice*. Kapitola 6. 78-130s. ISBN 987-80-7387-428-5
55. NESVADBOVÁ, L., ŠANDERA, J., HABERLOVÁ, V., 2009. *Romská populace a zdraví*. Česká republika - Národní zpráva. ISBN 978-84-692-5535-3. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Sastipen.pdf>
56. POLIS, 2012a. Sociální exkluze (vyloučení). [online] [cit. 2012-10-3]. Dostupné z: <http://www.epolis.cz/page.php?location=&menu=first&id=28&idNotion=9>
57. POLIS, 2012b. Chudoba. [online] [cit. 2012-10-3]. Dostupné z: <http://epolis.cz/page.php?location=1&menu=first&id=28&idNotion=20>
58. Preventing Social Exclusion: Report by the Social Exclusion Unit, 2001. Cabinet Office. [on-line] [2013-03-03] Dostupné z: [http://www.housing.infoxchange.net.au/library/ahin/housing\\_policy/items/00054-upload-00001.pdf](http://www.housing.infoxchange.net.au/library/ahin/housing_policy/items/00054-upload-00001.pdf)

59. PRŮDKOVÁ, T., NOVOTNÝ, P., 2008. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Triton, 93 s. ISBN 978-80-7387-100-0
60. PŮROVÁ, J., 2008. Sociálně zdravotní péče o bezdomovce. In *Zdravotnická péče a bezdomovectví*. Olomouc 4. 12. 2008. s. 39-41. [on-line] [2013-02-23]. ISBN 978-80-254-3656-1
61. Sborník ze semináře Bezdomovství v Evropě Olomouc 4. 3. 1998, 1997. Praha: Naděje. ISBN 80-902292-3-9
62. SCHWARZOVÁ, G., 2005. In *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 351 s. ISBN 80-7367-002-X
63. SIROVÁTKA, T. et al., 2005. *Příjmová chudoba, materiální deprivace a sociální vyloučení v České republice a srovnání se zeměmi EU*. Praha: VÚSPV, 175 s. [on-line] [2012-12-08] Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_166.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_166.pdf)
64. STRAUSS, A. L., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 196 s. ISBN 80-8583-460-X
65. ŠIVLOVÁ, K., MIKULÁŠEK, O., 2008. Lidé žijící na ulici a zdravotní péče. In *Zdravotnická péče a bezdomovectví*. Olomouc 4. 12. 2008. s. 17-20. [on-line] [2013-02-23] ISBN 978-80-254-3656-1
66. ŠTĚCHOVÁ M., et al., 2008. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie. Institut pro kriminologii a sociální prevenci*. ISBN 978-80-7338-069-4. [on-line] [2013-02-28]. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/344.pdf>
67. ŠUPKOVÁ, D. a kol., 2007. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 62s. ISBN 978-80-247-2245-0
68. ŠVAŘÍČEK, R. ŠEDOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0

69. Tým občanského sdružení Hodnoty – soužití – pomoc (H. S. P.) Praha, 2012. *Souhrnný materiál pro tvorbu Koncepce práce s bezdomovci v ČR na období do roku 2020*. [on-line] [2013-03-05]. 288s. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/file/8471/>
70. ÚZIS ČR, 2006. *Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel ČR zaměřené na zneužívání drog*. Praha. ISBN 80-7280-636-X. [on-line] [2012-10-05]. 288s. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-zivotnim-stylu-obyvatel-ceske-republiky-zamerene-zneuziv>
71. VACKOVÁ, J. a kol., 2012a. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. 1. vyd. Praha: Triton, 301s. ISBN 978-80-7387-514-5. Kapitola 6., Zdraví, zdravotní stav a zdravotní potřeby imigrantů v České republice, s. 38-39
72. VACKOVÁ, J., 2012b. Projekt ZSF JU: Sociální determinanty zdraví u vybraných cílových skupin. [on-line] [2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=6&podsekce=29&clanek=31>
73. VÁGNEROVÁ, M., 2004. Bezdomovectví. In *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, s. 748-756. ISBN 80-7178-802-3
74. VAVŘÍK, M., 2010. Sociální exkluze a ideologie. In *Inkluze versus exkluze - dilema sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií Brno. 30-37 s. ISBN 978-80-87182-12-3
75. VOKURKA, M., HUGO, J., 2006. *Velký lékařský slovník*. 6. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 1017 s. ISBN 80-7345-105-0
76. WHO, 2010. *Equity, social determinants and public health programmes*. ISBN 978 92 4 156397 0 [online] [cit. 2013-02-05]. 15 s. Dostupné z: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf)
77. WILKINSON, R., MARMOT M., 2003. *Social determinants of health: The solid facts*. 2. vyd. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 31s. ISBN 92-890-1371-0
78. World Health Organization (WHO), 2012. Social demerminant of health. [on-line] [2012-11-30] Dostupné z: [http://who.int/social\\_determinants/en/](http://who.int/social_determinants/en/)

79. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Sociální zabezpečení, podle stavu 2013. Ostrava: Sagit, 2012.
80. Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění. Sociální zabezpečení, podle stavu 2013. Ostrava: Sagit, 2012.
81. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění. Sbírka zákonů české republiky. [on-line] [2013-02-05]. Dostupné z:  
<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/sb074-00.pdf>
82. ŽÁČEK, A., 1984. Metody studia zdraví a nemoci v populaci: Úvod do epidemiologie neinfekčních chorob. 2. upravené a doplněné vyd. Praha: Avicenum. 402 s.



## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Bezdomovectví

Chudoba

Sociální vyloučení

Zdraví

Subjektivní vnímání zdraví

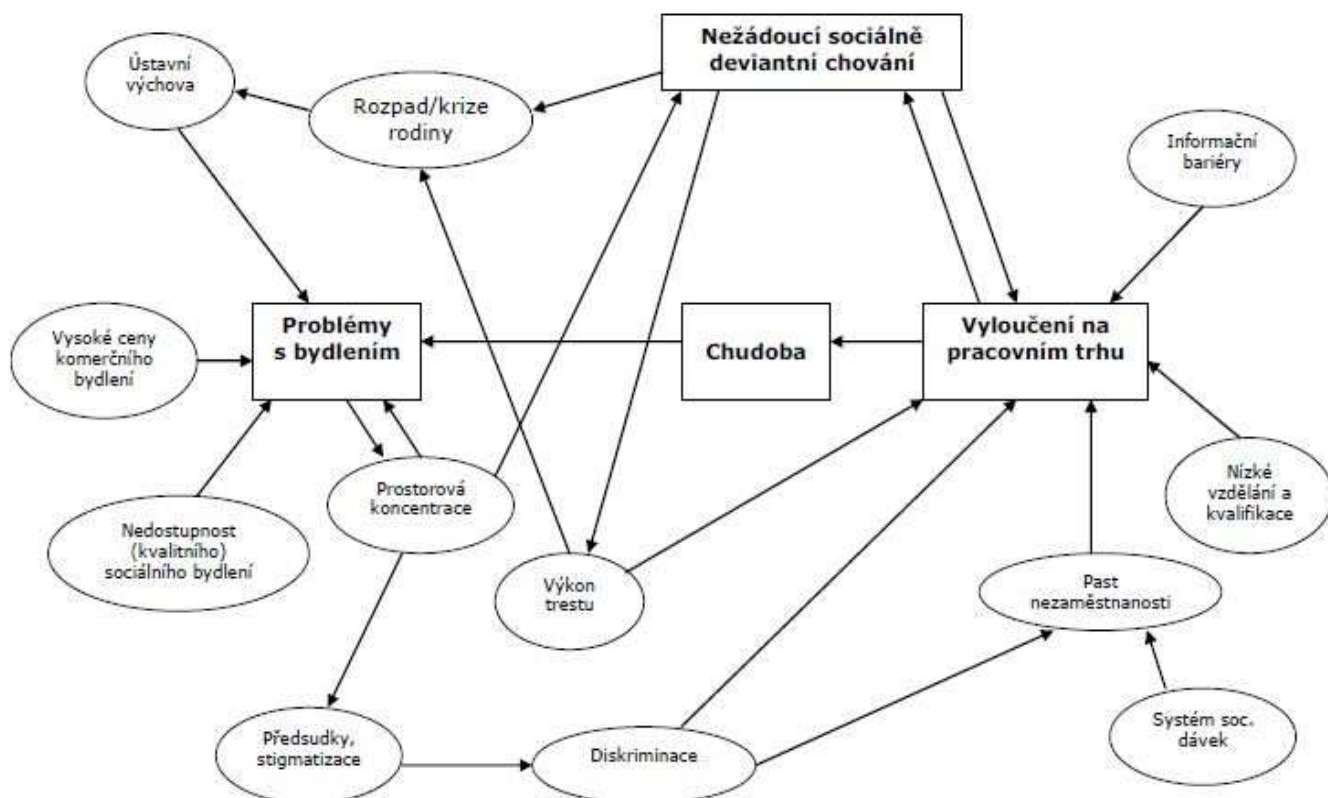
## 9 PŘÍLOHY

### 9.1 Seznam příloh

- Příloha č. 1: Mechanismy sociálního vyloučení
- Příloha č. 2: 7 teoretických domén bezdomovství
- Příloha č. 3: Upravená pyramida potřeb dle Maslowa
- Příloha č. 4: Zacyklení kruhu v důsledku propuštění z nemocnice do tzv. domácí péče
- Příloha č. 5: Politická doporučení FEANTSA pro zlepšení dostupnosti péče pro bezdomovce
- Příloha č. 6: Doporučení studie WHO k řešení problému zdraví bezdomovců
- Příloha č. 7: Podklad (okruhy otázek) pro rozhovor s respondenty - osoby bez přístřeší

## Příloha č. 1: Mechanismy sociálního vyloučení

Schéma č. 1 Mechanismy sociálního vyloučení



Zdroj: Výpovědi expertů a aktérů sociální politiky na lokální úrovni (26 respondentů)

Zdroj: (Mareš, Horáková, Rákoczyová, 2008)

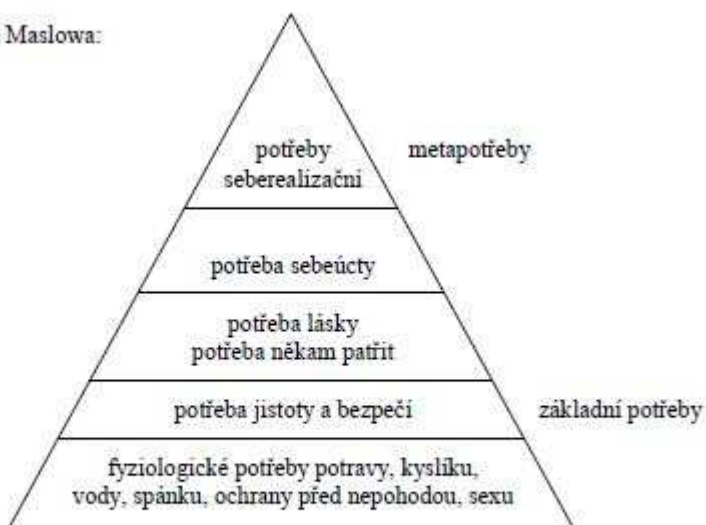
Příloha č. 2: 7 teoretických domén bezdomovství

Č.	Koncepční kategorie	Fyzická oblast	Právní oblast	Sociální oblast
1.	<b>Bez střechy</b>	Žádné obydlí (střecha)	Žádný právní nárok na užívání prostoru (vlastnictví, užívací právo)	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
2.	<b>Bez domova</b>	Má místo k bydlení, vhodné k obývání	Žádný právní nárok na užívání prostoru (vlastnictví, užívací právo)	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
3.	Nejisté a nevyhovující bydlení	Má místo k bydlení (nejisté a/nebo nevhodné k obývání)	Žádná jistota užívacího práva	Má prostor pro sociální vztahy
4.	Nevyhovující bydlení a sociální izolace v legálně obývaném obydlí	Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k obývání)	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
5.	Nevyhovující bydlení (jisté užívací právo)	Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k obývání)	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Má prostor pro sociální vztahy
6.	Nejisté bydlení (vhodné k obývání)	Má místo k bydlení	Žádná jistota užívacího práva ztráta vlastnictví	Má prostor pro sociální vztahy
7.	Sociální izolace v kontextu jistého a vhodného bydlení	Má místo k bydlení	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Žádný soukromý a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy

Zdroj: Hradecký a kol. (2007)

### Příloha č. 3: Upravená pyramida potřeb dle Maslowa

Dělení podle Maslowa:



Upravená pyramida podle Pascala Pichona<sup>24</sup> se snaží vysvětlit přitažlivost nádraží pro vyloučené a deklasované:



Přizpůsobení Maslowovy pyramidy těm nejubožejším ukazuje, že desocializovaný jedinec se pokouší uspokojit své potřeby v určitém pořádku, jehož hierarchie je následující: fyziologické potřeby, potřeby bezpečí, potřeby sociální. Brecht vyjádřil tuto skutečnost větou:

Zdroj: Hradečtí (1996)

Příloha č. 4: Zacyklení kruhu v důsledku propuštění z nemocnice do tzv. domácí péče



Zdroj: Šupková (2007)

Příloha č. 5: Politická doporučení FEANTSA pro zlepšení dostupnosti péče pro bezdomovce

Služby	Oblasti intervence
<b>Běžné zdravotnické služby</b>	Praktičtí lékaři Ambulantní specialisté Lůžková zařízení (nemocnice)
<b>Alternativní zdravotnické služby</b>	Ordinace v zařízeních sociálních služeb Nové formy péče v zařízeních sociálních služeb Nízkoprahové a mobilní služby
<b>Návazná péče</b>	Spolupráce a partnerství jednotlivých složek systému péče Řízení rozhraní (návaznost péče, následná péče)

Zdroj: Anderson et al., 2006 (upraveno).

Zdroj: Barták 2011, s. 165

## Příloha č. 6: Doporučení studie WHO k řešení problému zdraví bezdomovců

Problematice sociálních determinant zdraví se věnuje WHO velmi intenzivně (srovnej např. Ziglio 2002, 2003; Dahlgreen, Whitehead 2007). Nicméně specificky na bezdomovství je zaměřen pouze jeden materiál (manuál) s názvem „*Jak mohou zdravotní systémy řešit hlavní zdravotní problémy bezdomovců*“. Ačkoliv jediný, představuje tento materiál pravděpodobně nejrozsáhlejší zdroj specifických doporučení, které se týkají zdraví bezdomovců a dostupnosti péče pro tuto skupinu občanů (viz Wright, Tompkins 2005). Hlavní doporučení shrnuje následující tabulka.

- Dostupnost primární zdravotní péče je základním předpokladem efektivního řešení zdravotních problémů lidí bez domova.
- Řešení zdravotních problémů bezdomovců vyžaduje odstranit bariéry v dostupnosti (poskytování) zdravotní péče, jakými jsou například chybějící zdravotní pojištění, ale také kulturní bariéry, které jsou způsobeny stigmatizací nebo nedostatkem znalostí u zdravotníků.
- Neznalosti zdravotníků je třeba řešit a doplňovat vhodným školením.
- Je třeba odstraňovat bariéry, které stojí v cestě spolupráce různých organizací tak, aby byla lidem bez domova zajištěna dostupnost zdravotní péče a behaviorálních intervenčních programů, stejně jako dostupnost bydlení a finanční podpora.

Zdroj: podle Wright, Tompkins 2005.

Zdroj: Barták 2011, s. 167

## Příloha č. 7: Podklad (okruhy otázek) pro rozhovor s respondenty - osoby bez přístřeší

### **Otázky k rozhovoru - kategorie**

#### **1 Identifikace**

Jaký rok jste se narodil?

Jste svobodný, ženatý, rozvedený nebo ovdovělý?

Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

## **2 Původní rodina - jaké složení - úplná/neúplná**

Kde jste vyrůstal? Jaké vzdělání měli vaši rodiče? Čím se živili?

Jaké jste měl dětství? Harmonické, pěkné nebo spíše nestabilní? Stěhovali jste se?

Pobýval jste v ústavním zařízení?

Jak byste krátce popsal své vztahy k partnerkám - máte děti, stýkáte se s nimi?

Jaké s nimi máte vztahy?

## **3 Bydlení =Zlomový bod - krizový okamžik - příčina života bez domova?**

Z jakého důvodu jste se ocitl na ulici? Ztráta nebo něčeho?

Jak dlouho žijete v AD a co bylo důvodem vašeho navštívení?

Kde jste dříve bydlel? Odkud pocházíte?

Popište, jak jste se cítil, než jste přišel do AD?

## **4 Finanční situace - zaměstnání - příjem?**

Pracujete? Kde? Na smlouvu? Bez smlouvy?

Vystačí vám finance na pokrytí vašich základních potřeb?

Z jakého důvodu skončilo vaše poslední zaměstnání?

Jste nahlášen na Úřadu práce? Pobíráte PvN?

Platíte si sociální pojištění?

Máte přiznaný, popř. pobíráte invalidní nebo starobní důchod?

Pobíráte dávky hmotné nouze?

Jiný příjem? Žebrání, pomoc od rodiny, přátel? Občasné brigády, prodej NP?

Potýkáte se s dluhy?

## **5 Spotřeba a dostupnost zdravotní péče (praktického lékaře, zubaře i hospitalizace)**

Platíte si zdravotní pojištění? Víte, že je ze zákona povinné?

Jak často navštěvujete lékaře, popř. zubaře?

Máte problémy při vyhledávání lékařské péče?

S jakým přístupem jste se ohledně zdravotní péče setkal?

Léčíte se sám? Popř. proč nenavštěvujete lékaře?



### **Doplňující otázky**

Kouříte cigarety? Kolik? Kdy jste začal?

Pijete kávu? Kolik?

Pijete alkohol? Jaký? Kolik?

Máte zkušenost s nějakou nelegální drogou?

Léčil jste se někde s nějakou závislostí?

Co jíte, pijete nejčastěji přes den?

### **6 Sociální opora**

Pomáhá vám někdo s vašimi problémy?

Koho považujete za nejdůležitější osobu ve vašem životě? (někoho z rodiny, přítel, psychoterapeut, sociální pracovník, duchovní?)

Na koho byste se obrátil, kdyby vám bylo nejhůř?

Cítíte se vyloučen z okruhu společnosti lidí? Nebo vám samota vyhovuje?

### **7 Subjektivní vnímání zdraví**

Považujete dobré zdraví za důležité? Co pro své zdraví děláte?

S jakými zdravotními obtížemi se během dne potýkáte? Stres? Únava?

Jaká onemocnění nebo úraz (zranění) jste již prodělal?

Trpíte nějakým onemocněním nyní? O kterých víte?

Bolí vás něco? Jaká část těla? Víte o svých dědičných chorobách?

Trpíte nějakým onemocněním dlouhodobě (déle jak 3 měsíce, popř. půl roku)?

Myslíte si, že k tomu jak se cítíte, přispěla vaše momentální situace?

Užíváte nějaké léky - pravidelně/ nepravidelně?

### ***Jak se celkově cítíte po tělesné stránce? - otázka vyžaduje specifikaci***

Cítíte nějaké bolesti v oblasti hlavy, ramen, zad, bolesti žaludku nebo jiných orgánů, trpíte nadměrným pocením, nechutenstvím, průjmem či zácpou?

Máte dostatek pohybu?

*Jak se celkově cítíte po psychické stránce? - otázka vyžaduje specifikaci*

Z čeho máte největší strach?

Pociťujete úzkost? Nervozitu? Podrážděnost? Deprese?

Jste rád mezi lidmi nebo spíše máte spíše rád samotu?

Spí se vám dobře?

## **8 Doplnující otázky = Možnosti zlepšení situace**

### **Subjektivní prožívání životní situace bez domova**

Co je vaší náplní dne?

Jak vycházíte s pracovníky a ostatními lidmi v AD? Vyhovují vám poskytované služby?

Škála - velmi dobré - dobré - průměrné - špatné - velmi špatné

Co pro vás má v životě největší cenu - jako vyznáváte životní hodnoty?

Co nebo koho nejvíce postrádáte?

Co byste chtěl ve svém životě zlepšit? Máte obavy z budoucnosti?

Jak si představujete pomoc a budoucnost? Kde se vidíte za rok?

**Pozn.** Některé druhy otázek byly převzaty a modifikovány z odborné publikace *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*, dle Vackové (2012a).

### **Otázky k rozhovoru pro pracovníky AD**

*Jaké jsou z vašeho pohledu prvotní důvody vzniku bezdomovectví?*

*Zhodnoťte a krátce popište zdravotní a sociální služby poskytované lidem bez domova?*

*Škála - velmi dobré - dobré - průměrné - špatné - velmi špatné*

### **Kritéria k pozorování**

1. Jak probíhala komunikace s bezdomovcem - první dojem?
2. Osobní výraz bezdomovce, jeho vzhled apod.?
3. Pocity bezdomovce z rozhovoru - reakce na danou zkušenost?
4. Prostředí k rozhovoru?

