



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

2017



**OSTRAVSKÁ UNIVERZITA**  
FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

# Zdraví obyvatel azylových domů

VÝZKUMNÝ TÝM:

KATEŘINA GLUMBÍKOVÁ; BARBORA GŘUNDĚLOVÁ; IVANA  
KANIOVÁ; ZUZANA STANKOVÁ; ANNA KRAUSOVÁ; KATEŘINA  
LUKEŠOVÁ; MARIE ŠPILÁČKOVÁ

Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií, Fr. Šrámka 3, Ostrava – Mariánské Hory

## OBSAH

|  |    |
|--|----|
| ÚVOD.....  | 3  |
| METODOLOGIE VÝZKUMU .....  | 4  |
| Cíl výzkumu.....   | 4  |
| Strategie výzkumu .....  | 4  |
| Kvalitativní výzkumná strategie.....   | 4  |
| Výběr komunikačních partnerů.....  | 5  |
| Techniky sběru dat .....   | 6  |
| Metody analýzy dat .....   | 7  |
| Kvantitativní výzkumná strategie .....   | 8  |
| Cíl výzkumu.....   | 8  |
| Výběr respondentů.....   | 8  |
| Technika sběru dat .....   | 8  |
| Metoda analýzy dat.....  | 8  |
| Etika výzkumu.....   | 8  |
| Limity získaných dat .....   | 9  |
| Časový harmonogram .....   | 9  |
| KVALITATIVNÍ ANALÝZA.....  | 10 |
| Multikauzální podmíněnost vzniku situace bezdomovectví .....                         | 10 |
| Situace bezdomovectví a propojenost psychického a fyzického zdraví.....              | 13 |
| Co znamená azylový dům ve vztahu ke zdraví? .....                                    | 18 |
| Co v azylovém domě vám pomáhá v péči o zdraví (být zdravý)?.....                     | 21 |
| Sociální pracovník v azylovém domě.....  | 24 |
| Co v azylovém domě vám naopak znesnadňuje péči o zdraví (nepomáhá být zdravý)? ..... | 29 |
| Soužití v azylovém domě .....  | 31 |
| Co děláte pro to, abyste byl/a zdravý/á? .....                                       | 38 |
| Co by mohly azylové domy dělat, aby podpořily vaše zdraví? .....                     | 45 |
| KVANTITATIVNÍ ANALÝZA.....   | 48 |
| Počty respondentů v jednotlivých krajích a Praze.....                                | 48 |
| Přehled demografických údajů respondentů .....                                       | 49 |
| Pohlaví .....  | 49 |
| Věk.....   | 49 |
| Počet dětí.....  | 50 |
| Zaměstnání .....   | 51 |

|  |    |
|--|----|
| Průměrný měsíční příjem .....  | 53 |
| Trajektorie bydlení .....  | 54 |
| Předchozí pobyt respondentů před pobytem v azylovém .....  | 57 |
| Zdravotní stav .....   | 58 |
| Podíl počtu úrazů/operací .....  | 59 |
| Aktuální onemocnění – fyzická .....  | 60 |
| Aktuální onemocnění – psychická .....  | 61 |
| Kouření .....  | 62 |
| Zkušenost s domácím násilím .....  | 62 |
| Docházení do zdravotnických zařízení/služeb .....  | 63 |
| Návštěvy u lékařů podle typu zdravotnické služby .....   | 64 |
| Užívání léků .....   | 70 |
| Vliv pobytu v azylovém domě na zdraví .....  | 70 |
| DOPORUČENÍ .....   | 72 |
| Celospolečenská úroveň .....   | 72 |
| Systémová opatření ve vztahu ke zdraví obyvatel azylových domů .....                                     | 73 |
| Vybavení a prostory azylového domu .....   | 74 |
| Režim a pravidla zařízení .....  | 75 |
| Sociální práce v azylovém domě .....   | 76 |
| Psychické zdraví a pomoc sociálních pracovníků .....   | 78 |
| ZÁVĚR .....  | 81 |
| LITERATURA .....   | 82 |
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ .....   | 84 |
| PŘÍLOHY .....  | 85 |
| Příloha č. 1: Tabulky kódů .....   | 85 |
| Multikauzální podmíněnost vzniku situace bezdomovectví .....   | 85 |
| Bezdomovectví a propojenost psychického a fyzického zdraví .....   | 85 |
| Co znamená azylový dům ve vztahu ke zdraví? / Jak váš pobyt v azylovém domě působí na vaše zdraví? ..... | 86 |
| Co v azylovém domě vám pomáhá v péči o zdraví (být zdravý)? .....  | 86 |
| Co v azylovém domě vám naopak znesnadňuje péči o zdraví (nepomáhá být zdravý)? .....                     | 88 |
| Co děláte pro to, abyste byl/a zdravý/á?/Co vám pomáhá zůstat zdravý/á? .....                            | 89 |
| Příloha č. 2: Výběrový soubor v kvalitativním šetření .....  | 90 |

## ÚVOD

Následující výzkumná zpráva byla zhotovena v rámci projektu Rozvoj služeb pro osoby bez domova pod střechem (financovaného z Operačního programu Zaměstnanost, prioritní osa OPZ: 2 Sociální začleňování a boj s chudobou, pod registračním číslem CZ.03.2.63/0.0/0.0/99\_041/0002242.), jehož realizátorem je Sdružení azylových domů v ČR z.s. Jedním z výstupů tohoto projektu je analýza zdraví obyvatel azylových domů, kterou zhotovila Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. Problematika zdraví obyvatel azylových domů byla zpracována týmem z Fakulty sociálních studií Ostravské univerzity, který se ve své odborné činnosti zabývá problematikou života osob bez domova a genderovou tematikou. V úvodu této analýzy považujeme za důležité zmínit, že je problematika zdraví obyvatel azylových domů v České republice dosud ne zcela probádaným tématem. V minulosti byla v českém kontextu realizována výzkumná šetření, v nichž jsou diskutovány parciální problémy, jako např. závislosti, infekční a psychické choroby, problémy v oblasti hospitalizace a propouštění z nemocnic osob bez domova, otázky zajištění adekvátní zdravotní péče v azylových domech nebo vznik specializovaných pracovišť (viz Dragomirecká, Kubisová, Anděl, 2004; Šupková, 2007; Barták, 2011). Publikované příspěvky v české odborné literatuře (např. Trnka, Šnircová, Krejbich, 2006; Dvořáčková, Belešová, Kajanová, Bergougui, 2016) často akcentují špatný zdravotní stav lidí bez domova jako důsledek jejich nezájmu, negativního a nezodpovědného přístupu ke zdraví, životního stylu a nízké zdravotní gramotnosti. Na potřebu tvorby komplexní podkladové analýzy v oblasti zdraví obyvatel azylových domů v České republice pro účely rozvoje sociální práce a sociálních služeb určených této cílové skupině upozorňují Glumbíková, Gojová a Gřundělová (2017). Glumbíková a Gřundělová (2016) v metaanalýze výzkumů realizovaných na téma zdraví obyvatel azylových domů zacílily na publikované výzkumy v anglickém, francouzském a německém jazyce. Metaanalýza zahrnovala údaje ze šedesáti sedmi odborných publikací a podrobně se věnuje zdraví osob bez stabilního bydlení, jak po fyzické, tak po psychické stránce. Autorky se také zaměřily na využívání a dostupnost zdravotních služeb pro osoby z azylových domů a na možnosti podpory péče o jejich zdraví ze strany pracovníků a pracovníků azylových zařízení.

V rámci této výzkumné zprávy je na několika místech uveden odkaz na kvalitativní analýzu Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů (2017), která byla provedena v rámci projektu Studentské grantové soutěže (SGS03/ÚVAFM/2017), tato analýza je k dispozici na stránkách Sdružení azylových domů v ČR z. s. Cílem této analýzy bylo zjistit, jak obyvatelé azylových domů vnímají své zdraví a jak vnímají zdravotní služby a jak se téma zdraví a zdravotních služeb projevuje v jejich naracích.

## METODOLOGIE VÝZKUMU

Následující kapitola představí metodologii, pomocí níž bylo realizováno výzkumné šetření.

### Cíl výzkumu

1. Analyzovat a popsat vnímané působení bezdomovectví na zdraví obyvatel azylových domů.
2. Analyzovat a popsat vnímané působení prostředí azylového domu na zdraví jeho obyvatel.
3. Sestavit doporučení pro azylové domy vyplývající z výzkumného šetření.<sup>1</sup>

### Strategie výzkumu

V rámci zpracování analýzy Zdraví obyvatel azylových domů jsme se rozhodli zvolit kombinaci kvalitativní a kvantitativní výzkumné strategie, využili jsme tedy smíšeného výzkumu. Pro využití kombinace kvantitativní a kvalitativní výzkumné strategie jsme se rozhodli se záměrem využít synergie těchto výzkumných strategií. Výzkumné strategie jsme přitom kombinovali sekvenčně. Na začátku výzkumu jsme tedy využili kvalitativní výzkumnou strategii a až posléze kvantitativní výzkumnou strategii (Hendl, 2016).

### Kvalitativní výzkumná strategie

Kvalitativní výzkum je přístupem využívajícím principů neopakovatelnosti a jedinečnosti, procesualnosti, kontextuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli zkoumání (Miovský, 2006). Kvalitativní výzkum zkoumá zevnitř, snaží se o výklad skutečnosti, používá jazyk a měřítka zkoumaného a snaží se o porozumění jeho realitě (Hubík, 2006). Výzkumník má v rámci této výzkumné strategie možnost reflektovat každodennost jedinců, skupin, organizací či společnosti (Hendl, 2016). Miovský (2006) uvádí, že cílem kvalitativní výzkumné strategie je dosažení vhledu a porozumění zkoumanému problému v celé jeho šíři a hloubce (podobně také Ferjenčík, 2010: „*kvalitativní výzkum je orientován holisticky*“), což přesně odpovídá záměrům plánovaného výzkumu. Naše volba kvalitativní výzkumné strategie byla ovlivněna také tím, že kvalitativní výzkum předpokládá, že je každý sám odborníkem na svůj vlastní život. Denzin a Lincoln (2011) uvádí, že kvalitativní výzkum v sociálních vědách vychází z toho, jak jsou různé vztahy a pojmy chápány aktéry sociální reality. Aktéři jsou přitom vnímáni jako odborníci na sociální situace, které prožívají. Cílem výzkumníka je porozumět situaci tak, jak jí rozumí aktéři sami (tedy „*získat pohled z perspektivy subjektu*“).

---

<sup>1</sup> V rámci doporučení budou zapracovány i příklady dobré praxe ze zahraničí.

Výzkumná otázka kvalitativní výzkumné části je složena ze dvou výzkumných otázek:

1. Jak obyvatelé azylového domu interpretují působení bezdomovectví na své zdraví?
2. Jak obyvatelé azylových domů interpretují působení azylového domu na své zdraví?

### **Výběr komunikačních partnerů**

Záměrný výběr byl vzhledem k povaze cílové skupiny obyvatel azylových domů a její svázanosti s určitým prostředím (azylovým domem) zřejmou volbou. Záměrný výběr je výběr výzkumného „vzorku“ pomocí postupu, kdy záměrně vyhledáváme účastníky dle „určitých vlastností“ (Miovský, 2006). Podle stanoveného kritéria/stanovených kritérií tedy vybíráme účastníky výzkumu, kteří je splňují a jsou zároveň ochotni se výzkumu zúčastnit. V rámci záměrného výběru můžeme rozpoznat několik strategií, které se vzájemně kombinují dle naší potřeby (Rubin, Babbie, 2011). Konkrétně jsme využili záměrný výběr přes instituci. Záměrný výběr přes instituce je metodou, kdy využíváme určitého typu služeb či činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, na níž se ve výzkumu zaměřujeme (Miovský, 2006). Tento typ záměrného výběru je v tomto výzkumu využit z důvodu, že základním souborem výzkumu jsou právě lidé (muži, ženy, rodiče samoživitelé a rodiny) využívající služeb dané instituce (azylový dům).

Kvalitativní části výzkumu se zúčastnilo **30 komunikačních partnerů a partnerek** ze tří různých krajů České republiky a z Prahy, 13 komunikačních partnerů tvořily ženy.

**Tabulka 1: Rozdělení komunikačních partnerů**

| Kraje a hlavní město Praha | Počet |     |           |
|----------------------------|-------|-----|-----------|
|                            | mužů  | žen | celkem    |
| Moravskoslezský            | 0     | 8   | <b>8</b>  |
| Praha                      | 3     | 3   | <b>6</b>  |
| Ústecký                    | 6     | 0   | <b>6</b>  |
| Zlínský                    | 8     | 2   | <b>10</b> |
|                            |       |     | <b>30</b> |

Tabulka popisující výběrový soubor v kvalitativním šetření je součástí příloh závěrečné výzkumné zprávy (Příloha č. 2).

## **Techniky sběru dat**

Data byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. V rámci polostrukturovaného rozhovoru je dáno jádro interview, tedy minimum témat a otázek, které budou probrány. Na jádro se posléze „nabaluje“ množství doplňujících témat a otázek (Miovský, 2006; Ferjenčík, 2010). Pro polostrukturovaný rozhovor je příznačný jasně definovaný účel, určitá předem připravená osnova a velká různost procesu získávání informací jako celku (Hendl, 2016). Výhodu polostrukturovaného interview spatřujeme v tom, že dokáže eliminovat nevýhody nestrukturovaného a zcela strukturovaného interview a „vytěžit současně maximum jejich výhod“. Plusem je také, že je zde možnost využít volné a nenucené komunikace (za účelem motivace a udržení zájmu komunikačního partnera) i strukturace (Miovský, 2006).

V polostrukturovaném rozhovoru jsme využili prvků narativního interview, pro něž je charakteristická snaha podněcovat dotazovaného spíše k vyprávění než ke klasické „konverzační výměně“. Jednotlivé dotazy lze tedy pokládat na určité úrovni obecnosti, slouží tak spíše jako podněty (jako prostor k projekci vlastních zkušeností) než jako zcela konkrétní otázky. Tato snaha je spojena s nepřerušováním vyprávěče. Cílem je získat co nejautentičtější „materiál“ (Riessman, 2008).

V rámci rozhovoru (byť polostrukturovaného) jsme také dodržovali určité principy Kaufmannova „rozumějícího rozhovoru“, důraz jsme kladli zejména na přirozenost interakce se svými komunikačními partnerkami. Kaufmannův rozumějící rozhovor je specifickou metodou provádění rozhovoru. V polostrukturovaném rozhovoru se totiž snadno ustanovuje hierarchie spočívající v nadřazenosti tazatele (klade otázky) a podřazenosti odpovídajícího (odpovídá), což vede k tomu, že styl odpovědi odpovídá stylu otázky (dotazovaný přijímá kategorie tazatele). Kaufmann proto vyznává nestrukturovaný rozhovor, i když přiznává, že výzkumník může mít připravenou určitou osnovu rozhovoru, nejdůležitější částí rozhovoru je právě interakce, která umožňuje prohloubení a rozvinutí výpovědí („relanci“). Zásadní roli v rozumějícím rozhovoru má empatie (Kaufmann, 2001 in Šubrt, 2010).

### **Pro polostrukturovaný rozhovor jsme připravili následující okruhy otázek:**

Jak situace bezdomovectví působí na vaše zdraví?

Jak váš pobyt v azylovém domě působí na vaše zdraví?

Co může udělat v péči o zdraví azylový dům?

Co v azylovém domě vám pomáhá v péči o zdraví (být zdravý)?

Co v azylovém domě vám naopak znesnadňuje péči o zdraví (nepomáhá být zdravý)?

Je něco, co pro vás azylový dům v oblasti zdraví může ještě udělat?

Je nějaká možnost, jak by vám azylový dům mohl pomoci v oblasti využívání zdravotních služeb?

Co můžete v péči o zdraví udělat vy?

Je něco, co pro sebe v rámci péče o zdraví můžete udělat vy?

Je něco, čím si vy sami můžete usnadnit využívání zdravotnických služeb?

Co pro vás v rámci péče o zdraví může udělat někdo jiný?

Je něco, co pro vás v oblasti péče o zdraví může udělat někdo jiný?

Je nějaká možnost, jak by vám „někdo jiný“ mohl pomoci v oblasti využívání zdravotnických služeb?

### **Metody analýzy dat**

V rámci analýzy dat jsme využili konstruktivistický přístup k zakotvené teorii K. Charmazové. Přístup Charmazové je založen na existenci více možných realit, výzkumník i účastníci výzkumu do výzkumného procesu vstupují se svou vlastní verzí reality a ve vzájemné interakci tvoří realitu novou.<sup>2</sup> Zakotvená teorie v pojetí Charmazové zdůrazňuje: „*kvalitativní výzkum jakéhokoli druhu se vztahuje k těm („relies on“), kteří ho vykonávají. Nejsme pasivní nádobka, do níž by byla data vlévána*“ (Charmaz 2009: 23). Charmazová dále poukazuje na to, že zakotvená teorie nemusí být vázána na využití jediné epistemologie ani jedné jediné metody tvorby dat. Výzkumná činnost je naopak založena na spolupráci mezi výzkumníkem a jeho komunikačním partnerem, od něhož se výzkumník dozvídá informace. Účastník výzkumu je tedy výzkumníkovi rovnocenným partnerem (Charmaz, 2003).

Konstruktivistický přístup k zakotvené teorii vychází z následujících tří předpokladů: výzkumník je zaměřen zejména na interpretativní porozumění jevu a na význam, který vzniká v určitém kontextu výzkumu, v určitých časových a kulturních souvislostech; použité postupy zakotvené teorie nemusí být výslovně předepsané a rigidní; výzkumník může využívat postupy klasické zakotvené teorie, aniž by dodržoval původní pozitivisticky laděný rámec. V rámci analýzy dat využívá Charmazová ve svém přístupu dvojí kódování. Prvním je otevřené kódování, které sestává z pečlivého čtení získaných dat a hledání kódů.<sup>3</sup> Následuje zaměřené kódování, pomocí něž skládáme původní kódy do abstraktnějších kategorií (Charmaz, 2003).

---

<sup>2</sup> Výzkumník si musí být přítom vědom toho, že to, co vnímá je vázáno na jeho předchozí zkušenost, vlastní biografii, na vztah k účastníkům výzkumu, kontext výzkumu a vlastní způsob zpracování empirického materiálu (Charmaz, 2003).

<sup>3</sup> Slovní označení, které vystihuje význam dané části textu.



## **Kvantitativní výzkumná strategie**

Kvantitativní výzkumná strategie pracuje s měřením proměnných, je založená na standardizaci a numerizaci. Tato výzkumná strategie má kořeny v pozitivistickém paradigmatu, snaží se proto o objektivnost (Ferjenčík, 2010).

### ***Cíl výzkumu***

Zmapovat zdraví obyvatel azylových domů.

### ***Výběr respondentů***

Pro výběr respondentů jsme využili účelový výběr. Respondenti byli vybráni z šesti krajů České republiky a hlavního města Prahy. V rámci účelového výběru respondentů jsme si stanovili dvě kritéria: pobyt v azylovém domě a pohlaví respondentů. Kvantitativního šetření se zúčastnilo 191 respondentů. Demografické charakteristiky jednotlivých respondentů jsou součástí kvantitativní analýzy dat.

### ***Technika sběru dat***

Jako technika sběru dat bude využit dotazník, který můžeme popsat jako standardizované interview předložené v písemné podobě. Data sesbíraná formou dotazníku mají potenciál pro lepší kvantifikaci díky zcela standardizované formulaci otázek než data získaná formou rozhovoru. Využití dotazníku je také ekonomickou metodou z hlediska využití času i financí a může respondentovi přinést větší záruku anonymity. Využití techniky dotazníku ale klade vysoké nároky na srozumitelnost otázek. S ohledem na zajištění srozumitelnosti všech otázek pro cílovou skupinu jsme využili možnost pilotovat dotazníky s lidmi se zkušeností s bezdomovectvím a tam, kde to bylo reálné i asistované vyplnění dotazníků za přítomnosti výzkumníka (133 dotazníků), které byl připraven pomoci s interpretací jednotlivých otázek.

### ***Metoda analýzy dat***

Data byla analyzována pomocí metod deskriptivní statistiky.

## **Etika výzkumu**

V rámci realizace výzkumu jsme se řídili Etickými principy při výzkumech s lidmi, jež přijala Americká psychologická asociace (APA) v roce 1982 a etickými zásadami pro aplikaci kvalitativního přístupu ve výzkumu tak, jak je popisují Denzin a Lincoln (1998). S daty z výzkumu je nakládáno v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. Realizovaný výzkum byl eticky ošetřen informováním každého komunikačního partnera

o účelu a plánovaném průběhu výzkumu. Tento informovaný souhlas s účastí na výzkumu proběhl ústně. Tuto variantu jsme zvolili proto, že vnímáme určitý despekt ze strany komunikačních partnerů k podepisování určitých „smluv“. Popsali jsme komunikačním partnerům, jak plánujeme naložit se získanými daty a zdůraznili jejich anonymitu. Na možnost nevyžadovat informovaný souhlas s výzkumem v písemné podobě poukazují např. Švaříček a Šedřová (2014). Účast komunikačních partnerů ve výzkumu byla dobrovolná a mohli ji v průběhu výzkumu kdykoliv odvolat. Ve vztahu k azylovým domům byl výzkum ošetřen informováním zařízení o povaze a cílech výzkumu.

### Limity získaných dat

Data získaná v rámci výzkumného šetření poskytují rozsáhlý vhled do životní situace obyvatel azylových domů. Data prezentovaná v rámci kvalitativního výzkumného šetření vznikla na základě rozhovorů s komunikačními partnery, přináší tedy jejich pohled na danou problematiku. Data získaná z kvantitativního výzkumného šetření vznikla na poměrně rozsáhlém výběrovém souboru, ani tato data ovšem nelze generalizovat ve vztahu k tomu, že byl výběrový soubor respondentů vytvořen pomocí nenáhodného výběru.

### Časový harmonogram

Tabulka 2: Časový harmonogram výzkumu

| Harmonogram výzkumu  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Příprava kvalitativního výzkumu  | X | X |   |   |   |   |   |
| Terénní výzkum – rozhovory a doplnění kvalitativních dat v rámci cykličnosti výzkumu |   | X | X | X |   |   |   |
| Analýza dat z kvalitativní části výzkumu   |   |   | X | X | X | X | X |
| Příprava kvantitativního výzkumu – tvorba dotazníku                                  |   |   |   |   | X |   |   |
| Sběr kvantitativních dat – dotazník  |   |   |   |   | X | X |   |
| Analýza dat z kvantitativní části výzkumu  |   |   |   |   |   | X | X |
| Příprava závěrečné výzkumné zprávy   |   |   |   |   | X | X | X |
| Administrativa a vedení projektu   | X | X | X | X | X | X | X |

## KVALITATIVNÍ ANALÝZA

V následujícím textu představíme data vzniklá v rámci výzkumu v kontextu výzkumných otázek stanovených pro kvalitativní část výzkumu. Data<sup>4</sup> jsou prezentována v následujících kapitolách: Multikauzální podmíněnost situace bezdomovectví, Situace bezdomovectví a propojenost psychického a fyzického zdraví, Co znamená azylový dům ve vztahu ke zdraví? Co v azylovém domě vám pomáhá v péči o zdraví (být zdravý)?, Co v azylovém domě vám naopak znesnadňuje péči o zdraví (nepomáhá být zdravý)?, Co děláte pro to, abyste byl/a zdravý/á?, Co by mohly azylové domy dělat, aby podpořily vaše zdraví? Jednotlivé kódy jsou vyznačeny tučně a jejich přehled je uveden v Příloze č. 1 výzkumné zprávy v přehledné tabulce, kde jsou grupovány do kategorií.

### Multikauzální podmíněnost vzniku situace bezdomovectví

V úvodu analýzy týkající se zdravotní situace obyvatel azylových domů považujeme v rámci kontextu celé životní situace osob bez domova uvést **„důvody“ vzniku situace bezdomovectví a příchodu do azylového domu**. Z vyprávění komunikačních partnerů vyplývá, že jsou důvody vzniku situace bezdomovectví a příchodu do azylového domu často multikauzálně podmíněny. Vznik situace bezdomovectví je spojován s **vystěhováním**. *„A teď jako jak mě vystěhovali z baráku, úplně nevinný, jsem přijel ze Španělska od dcery, tak jako nájemníka jo, sice já jsem to platil jo, ale já jsem nevěděl kudy kam. Žena Vás vystěhovala? Já jsem nerozuměla. Ne, ne, já su rozvedený, já jsem byl v podnájmu jednom. Aha, jo. Tak on toho využil no“* (KPM 2). Situace ztráty domova vznikla ale i kvůli **podvodům**. *„Já jsem třeba, já měla pronájem, já měla dobrý pronájem, ale tady šlo o to, že tam... já jsem naletěla prostě na nájemní smlouvu, tam se dělalo měsíčně, já si to pořádně nepřečetla, to byla moje chyba, tam měsíčně vlastně pán dělal měsíčně vyúčtování plynu, vody a elektřiny, takže on, já jsem mu platila sedm a půl tisíce plus třeba dalších deset tisíc za plyn jo...“* (KPŽ 1).

O domov lidé přicházejí i kvůli **dluhům a nemožnosti platit nájem**. *„Já jsem jako nezplatila jednu nájem, kde jsem bydlela a už jsem jela. A už jsem tu po druhý. Poprvé jsem tady byla kvůli toho, jo to jsem měla též dluhy. Kvůli dluhům, no“* (KPŽ 10). *„No já jsem pracoval dva roky v Německu, mezitím jsem měl nějaký problém s bytem, o který jsem vlastně přišel a bratr mě sehnal místo zde, tady v azylovém domě. Takže vlastně přes bratra, prostě, jsem tady... No dostal jsem se do nějakých finančních problémů, no a přestal jsem platit nájemný a tím pádem, konečná no“* (KPM 14). *„Přivedlo mě, že jsem se zadlužila na bytě. Tak jsem se musela vystěhovat“* (KPŽ 9).

---

<sup>4</sup> V rámci prezentace dat jsou využity přímé citace komunikačních partnerů. V některých případech je jedna citace využita u více kódů. Toto využití je dáno metodou kvalitativní analýzy dat, která je založena na využívání celých narací komunikačních partnerů, přičemž narace může být svým obsahem vztažena i k více kódům.

Ztráta bydlení souvisí často i se **ztrátou zaměstnání**. „Pak jsem si zažádala byt. No ale tam došlo k takový tý, že jsem si hledala zaměstnání v té době, šla jsem do jedné fabriky, kde mi nepotvrdili potvrzení z pracáku, že jsem tam opravdu byla. Tam jsem se neshodla s tou paní vedoucí, co tam byla, takže mi to potvrzení nepotvrdila a tím pádem jsem přišla o byt. Jsem potom přišla o všechny dávky a vyřadili mě z evidence úřadu práce. Takže právě jsem zůstala tady a jsem tady skoro rok“ (KPŽ 11).

Ztráta domova je spojována také s **exekucemi a rodinnými problémy**. „Odkoupil jsem si byt, ale nějak jsem o ten byt přišel. Exekuce a tohleto. No a já jsem bydlel u tátového bráchy, protože mně rodiče umřeli. A nasliboval mi hory doly strejda, že je v nemocnici, že se o mě postará, i o bráchu co je tady, protože bráchu ještě mám. No, ale nějak to dopadlo tak, že prostě jsem bral svoji sociální dávku, co jsem bral, no ale jsem to utrácel. No, měl jsem všude dluhy prostě, no. Jemu se to nelíbilo, prostě strejdovi, tak mě vyhodil z bytu“ (KPM 12). „Já jsem byl doma, maminka nám umřela jako, tady byl můj brácha Roman. Maminka nám umřela, já jsem byl ve výkonu trestu dlouho, přišel jsem domů jako z výkonu trestu, no a jsem se pohádal tady s tetou“ (KPM 13). „No, do konce sem od desátýho roku... roku osmdesát, jsem bydlel s matkou a nevlastním otcem. Matka mi v osmdesátým umřela a já jsem s nevlastním tátou neměl neshody, tak jsem se nastěhoval k babičce do Prahy na dvacet let. Jako od matky matka... Já už jsem tam ani nežil, protože nevlastní otec mi dal soudní vystěhování a... No stal se ze mě bezdomovec“ (KPM 17). „A vzniklo to vlastně tím, že mu zemřela dcera. A vlastně, byly jí necelý tři roky, takže byla vlastně stejně stará, jako mám teď dceru. A vlastně, vzniklo to vlastně tím, že jsem se začala léčit na psychiatrii“ (KPŽ 13).

Ve vztahu k rodinným problémům byla jako častý důvod ztráty bydlení popisována **ztráta partnera**. „Jinak jako, já jsem totiž v takovém azylovém domě poprvé, jo. Já bych se tu tady ani nedostala, kdyby se mi nestalo to, že mi vlastně přítele zavřeli. Otce malého. A vlastně, jak ho zavřeli, tak já se šla uklidnit na dva dny ke kamarádce, jsem přijela. Vrátila jsem se domů a vlastně stalo se to, že už majitel mi vyměnil zámeček a přišla jsem takhle vlastně na ulici, jo. Bez kauce, bez ničeho. Nechal si všechno a vyhodil mě“ (KPŽ 4). „Já, ano. Já jsem se dostal, já jsem dřív žil s mojí jako jo, ta mi udělala, takhle, utekla mi do Ameriky jo, no a já jsem tím pádem zůstal tady no“ (KPM 16). „No, to že jak to bylo, rozvod, ztráta zaměstnání a jako jedno s druhým no. Asi jako v zásadě takový klasický případ no“ (KPM 7). „Tak já mám invalidní důchod plný, no a manželka se se mnou rozvedla. Řekla, že nebudu bydlet u ní v domě. No tak jsem si koupil mobil house. Jenže vněm se nedá bydlet přes zimu, protože je tam velká zima, tak jsem šel na azylový dům, že tady přebudu zimu a na jaře půjdu do toho mobil housu bydlet, no“ (KPM 9). „Já sem se rozved, jsem dělal v práci, tak aji v Německu jsem dělal. Manželka se mě začala podvádět, tak jsem se rozved. Ztratíte práci a už to s váma jede. Nemáte šanci, sám člověk nemá šanci se z toho dostat. To je právě taky ten binec, že oni třeba, ten stát takovým lidem nepomáhá“ (KPM 6). U žen bývá ztráta partnera často spojována s **domácím násilím**. „Jako málem mě zabil, že jo. No a od té doby...

*pak jsem, takhle. Já jsem z domova potom utekl, jo. Protože to se jako nedalo vydržet“ (KPŽ 4). „Jenomže, prostě já mám těžký život s přítelem, s kterým jsem žila třináct roků. Teď už spolu nežijeme. Mně bylo šestnáct roků, když jsem s ním zůstala, jako malé děvče, on je ode mě o třináct roků starší. Po větších prostě životních mých situacích a zklamáních prostě a všechno možné, se nasbíralo toho strašně moc, jsem usoudila, že ten život s ním už prostě nestojí vůbec za nic. Proto jsem se ocitla na azylovém domě už po třetí. Já jsem od něho teď potřetí utekla a prostě jsem za to ráda. Jsem vděčná za to, že azylový dům mi tady vždycky vyšel vstříc a vždycky mi poskytl tu střechu nad hlavou“ (KPŽ 1). „To není jenom, že zklamal, on mě mlátil, on prostě... jenomže já jsem... já jsem si... já jsem byla vychovaná slušně s tím, že prostě když už u nás doma to tak je, že když prostě zůstaneš s chlapem, už s ním prostě máš ten sexuální vztah, tak prostě už s ním musíš zůstat do konce svého života. A tohle já jsem furt prostě nechtěla“ (KPŽ 1). „Jsem utekla. Podařilo se mi nějak, sama nevím jak. Prostě jsem šla na policii, oznámila jsem jim to a vlastně utekla jsem, no. On jezdil pracovat do Brna, ale vždycky si bral moje doklady s sebou, abych já nemohla utéct. No, takže vlastně jsem utekla, vlastně. Už toho na mě bylo tolik, že jsem už dál nemohla. A sebrala, ani nevím, kde se ta odvaha ve mně v tu chvíli vzala, ale utekla jsem prostě na policii, oznámila jsem to všechno. Jednu noc jsem strávila na policejní stanici, kde mě pak odvezli na nádraží, kde na mě čekal od mé mámy přítel a vlastně odvezl mě domů“ (KPŽ 13).*

Do azylového domu lidé přichází ale i z jiných **nejistých forem ubytování**. „Je to tady lepší, jak když jsem byl na ubytovně. Pač tam jsem byl s kamarádem, tam to bylo po čtyřech, tam nikdy nevíte, koho dostanete jako spolubydlicího. Byli to různí lidé po kriminálech, to je věc názoru... No, tak na osmdesát procent. Tam byl člověk, kterej byl z kriminálu, od toho jsem se radši držel dál, takže asi tak. Tam ty podmínky jako byly špatný. Nene, já už jsem tady bydlel, už dřív... jsem tady přespával jako na noclehárně“ (KPM 10). „Doma jsem nemohl být, rodiče mě živit nebudou, co se týče práce, změnila se jiná doba, tak jsem musel jít na ubytovnu, jenomže na té se mi nelíbilo tak jsem šel tady“ (KPM 3).

Pobyt v nejistých formách ubytování je často také spojen s **opakovaným pobytem v azylových domech**. „Já jsem bydlela všude tady po těch azylákách. Já jsem začínala se S., jako s noclehárnou, pak jsem skončila ve V., pak jsem byla v Z., tam jsem byla pět let, tam to byl kdysi domov důchodců a v roce 2005 z toho udělali azyl. No, tam jsem byla asi třikrát, potom, po těch pěti letech. No, pak jsem byla na R., no, pak jsem zase byla na V... a pak jsem nakonec skončila tady“ (KPŽ 6) „Ano, má hodně velký. Protože, možná je to tím, že jsem tu potřetí. Já jsem tu byla poprvé, když mi bylo... táhlo mi na dvacet. To jsem vlastně měla toho prvního syna, on má osm roků, vlastně už mi bylo dvacet jedna. To jsem tady byla asi tři měsíce a odešla jsem. Pak jsem tu přišla, když jsem čekala druhého syna. To jsem znovu odešla od svého přítele. Porodila jsem tady vlastně a teď jsem tu potřetí a budu tady druhý rok“ (KPŽ 1).

Tři z komunikačních partnerů popisovali, že do azylového domu „**přímo**“ z ulice. V rámci životní trajektorie bydlení měla s pobytem na ulici zkušenost téměř třetina komunikačních partnerů. „*Jo na ulici jsem bydlel taky... proto jsem tady, proto sem tady*“ (KPM 12). „*Hodně z chlapů tady bydlelo na tý ulici...*“ (KPM 8). „*Já si myslím, že jo..., na ulici tu bylo hodně lidí, aspoň, co slýchám já tak*“ (KPM 2). Ve vztahu k tomu, že příchod z ulice popisovali častěji muži lze poukázat na to, že ženy častěji popisovaly přechodné ubytování v nejistých formách bydlení, což koresponduje s teorií o častém výskytu skrytého bezdomovectví u žen, jež je skryté právě díky přespáváním v nejistém ubytování nebo u známých a z něj plynoucím nevyhledáváním pomoci sociálních služeb (podobně viz např. Haasová, 2005).

Dva z komunikačních partnerů popisovali zážitek, kdy je **propustili z nemocnice a oni skončili na ulici**. „*No a pak mě propustili v županu, že jo, tady to takhle ven hned*“ (KPM 16). „*Takže mě odvezli hned od soudu do nemocnice, za tři dny mě pustili z nemocnice a já jsem si tak říkal, tak na co já pojedou zpátky bydlet na ulici do Brna, když jsem tady v podstatě doma. Jsem neměl ani občanský průkaz ani kartičku pojišťovny, prostě vůbec nic. Jo, stejně mi to nevyřídili nikde jinde než tady na Vsetíně, kde stejně zůstanu. No a asi po dvou dnech mě právě pracovníci, ale denního centra mě zastihli u tady vsetínského Kauflandu no a byla mi nabídnuta pomoc*“ (KPM 8).

Z předchozích citací je patrné, že se často jedná o **kombinaci několika faktorů, které se v životním příběhu komunikačních partnerů objevují**. „*Ale vlastně tuhle situaci zavinila jakoby moje máma, protože mě vyhodila v den mých osmnáctých narozenin a vlastně já jsem žila vlastně na ulici, pak jsem se dostala tak, že jsem si našla práci, pak jsem si zaplatila ubytovnu, kde jsem poznala toho přítele, se kterým jsem měla tu první dceru a začala jsem s ním vlastně žít. Tehda mě vyhodili z práce, neměla jsem, jak zaplatit tu ubytovnu, takže mně hrozilo, že bych byla zase na ulici venku, a to jsem nechtěla. A on mi nabídl, že mi pomůže, tak jsem tu pomoc přijmula, akorát jsem nevěděla, že to bude... on mi nabídl, že mi pomůže, tak jsem to přijmula, akorát jsem nevěděla, jak to dopadne, že to skončí tak, jak jsem skončila*“ (KPŽ 13).

### **Situace bezdomovectví a propojenost psychického a fyzického zdraví**

**Fyzické zdraví** je u obyvatel azylových domů mnohdy špatné. Nejzávažnější zdravotní onemocnění a často i jejich kumulaci popisovali většinou komunikační partneři, kteří měli **dlouhodobou zkušenost s pobytem na ulici**. „*Ta noha tam v podstatě nebyla... A to už jsem měl oko pryč. Protože, protože si nedovedu představit, v podstatě ta noha, já ji necítím, jo. Kdybyste mi tady řezali nožem, tak já to necítím. Já necítím chodidlo, koleno a mezitím ten prostor, který byl rozdrcený, tak já to necítím, jo. V podstatě, mám takovou nějakou pseudo-protézu, i když to vypadá jako noha. Já si dovedu představit žít bez nohy raz dva,*

ale tím, že mám už jen jedno oko, tak mám, sám jsem si to způsobil, jaké by to bylo přijít ještě o to druhé oko“ (KPM 8). „Hubnutí, kosti mě začaly bolet, nohy mě začaly bolet, hlava, bolesti hlavy jsem měl vždycky“ (KPM 11). „Já mám třeba artrózu, vysoký tlak, odvápnění kostí, vředy na dvanácterníku, tuky v játrech“ (KPM 6) „Jo, to je taková nemoc, že odešly mi nervy z nohou. Já necítím horko a necítím chlad. Já jsem třeba doma si napustil vanu, že se půjdu koupat, tak jsem si napustil vodu, strčil jsem tam ruku. Říkám, teče dobrá voda, tak jsem šel pryč. Jenomže ten boiler přidal a napustila se mi vana plná horké vody“ (KPM 9). „Občas mě chytanou játra, vředy, no ale když de do tuhýho, to už pak jen do nemocnice“ (KPM 12). „Mám štítnou žlázu ještě k tomu. Páteř mám, teď ty ruce, no a teď mi jako přestávají moc sloužit i nohy. Ale jinak obyčejné angíny, jo. Hodně trpím na angíny, no... Teď jsem nedávno, no, dělali, no, žaludek... Mám zvětšenou levou ledvinu“ (KPŽ 11). „Já jsem měl vředy“ (KPM 16). Pobyť na ulici často vede k tvorbě **omrzlin**. „Já měl úplně černý prsty a hejbal jsem s nima, cejtil jsem je. V. mi řekl: Co máš s prstama? Já jsem se na ně podíval, jsem si zavolal sanitku a hned mě odvezli na B. a tam jsem byl třicet měsíců. A za týden hned jsem byl bez prstů. Akorát malíček mi nechali“ (KPM 17). „Tady mají lidi často omrzliny...hlavně ti, co spávali přímo na ulici... to si člověk lehne ve vlhkých ponožkách, dá si doušek vína na spaní a už to je...pak pěkně prstíky pryč... nejčastěji na nohách jo...“ (KPM 8). Komunikační partneři dále popisovali zkušenosti s různými **úrazy**. „S prstama. To jsem byl v práci, tady na baráku, nahoře. To mi spadlo dvě stě patnáct kilo celé na ruku. My jsme se nepohodli s tím klukem. Já jsem měl říct, že zároveň stejně, jak já, ale on to pustil a spadlo mi to na ruku. No, tak dneska nemůžu dát ruce takhle k sobě. Mi to dávali dohromady“ (KPM 12). „Nebo, spíše, já to mám po nehodě, takže se to objevilo úplně a mám pravé plotýnky...“ (KPŽ 14). „Já jsem vlastně absolvovala za svůj život dvoje rehabilitace a jedny byly přímo v nemocnici, protože jsem ležela v nemocnici. Jsem byla po těžkém úrazu nohy, protože tam jsem to měla“ (KPŽ 3). „Kdysi, to ještě se mnou kámoš byl, do mě to našilo auto, jo. Takže jsem tady měl šrouby a dráty, jo. Tři. Do dneška tam mám čtyry jizvy, jako“ (KPM 4). „To jsem měl zlomenou klíční kost a nějak blbě mi to srostlo, tak mi to museli zlomit a dali znova do toho... to se taky nějak nepovedlo, tak mi to zlomili ještě jednou a to taky, to samý, a nakonec mi tam dali šroub“ (KPM 17).

Některá o nemocnění spojovali komunikační partneři se **závislostí na alkoholu**. „Akorát s tou epilepsií, jak jsem říkal... z toho alkoholu“ (KPM 17). „Tak přišel jsem kvůli alkoholu o nohu a o oko... to už stačí ne...“ (KPM 8). „Já mám s játrama problémy... protože jsem byl závislý na tom alkoholu“ (KPM 16). Někteří komunikační partneři hodnotili svůj zdravotní stav jako celkově špatný v důsledku **komorbiditý onemocnění**. „No ty, co potřebuju. Na trávení mám, na vysoký tlak. Teď mám tu cukrovku silnou, jsem byl na operaci slinivky, no a oni mi kousek slinivky vzali a hned jsem dostal dvě hodiny po operaci cukrovku. Protože slinivka vyrábí inzulín, no, a tak mě dali přímo na inzulín. Tak si píchám inzulín, no, a čtyřikrát denně. No, a tak to mě ta cukrovka aj tu ledvinu zničila a oči. A oči mám nevratně poškozené, a tak

chodím na laser“ (KPM 9). „Jo, teď je to dobrý no, a mám z toho týráni, jak to bylo psychicky i fyzicky – epilepsii. No, a nakonec mám ještě cukrovku. No a pak jsem měla ještě, jak se tomu říká, vod páteře bolesti hlavy... migrény“ (KPŽ 6). „Jestli mě z toho právě nebolí záda, něco takovýho..., protože špatně vidím na jedno oko, a chtěl jsem si zajít právě k tomu obvodnímu kvůli tomu, jestli si mám vzít ještě ty prášky na tu psychiku. Protože na tu hlavu jsem bral Rivotril“ (KPM 11).

Řada komunikačních partnerů hovořila „jen“ o **běžných onemocněních a občasných bolestech**. „Tak já nevím, jestli jsem zdravá jako. Teď jako tu je nachlazení, mám problémy se zádoma, po těch schodech nohy bolí, jinak, jako jinak jsem takhle zdravá. Jinak bych nemohla ani existovat“ (KPŽ 10). „No tak normálně jinak..., virózy a tak“ (KPŽ 5). „Tak pak taky také ty běžné onemocnění, co tu řadí... chřipka, virózy a podobně“ (KPM 2).

V rámci **psychického zdraví** komunikační partneři popisovali zejména pocity, že jsou „**psychicky na dně**“. „No jako zdraví ne, ale tak nějak tu psychiku, to jako, jako, to bylo dost takový nepříjemný, no... To jo, úplně. Byl jsem tak nějak psychicky na dně, že jsem všechno hodil za hlavu a už mi to bylo, bylo, úplně všechno, všechno fuk“ (KPM 5). „Jsem byl psychicky na dně... tož to byl ten rozvod, když ztratíte zaměstnání, tak to vás taky psychicky zdeptá, nemáte z čeho platit, z čeho žít, to je... ta sociálka, to vám nestačí, to je... to je prostě, psychicky vás to sráží do kolen“ (KPM 6). „Nesmím si to tak brát, já jsem takovej, že si to moc беру a vůbec. To psychický, já jsem byl i v léčebně třikrát... člověk je psychicky na dně z toho života“ (KPM 6). Psychické dno někteří z účastníků výzkumu spojovali s **pobytem na ulici**. „Na tý ulici šlo prostě o psychiku. Za ty roky už ta psychika přeci jenom šla pomalu, jak se říká, ke dnu, že jo“ (KPM 8). „Já jsem to zjistil a byl jsem na ulici. A trápilo mě to a bral jsem nějaký prášky, paní doktorka mi dávala neuroly...“ (KPM 11). Někteří komunikační partneři přímo spojovali svůj špatný psychický stav **se stresem ze ztráty bydlení a z nejistého bydlení**. „No, tak víte, že mám, protože nemám bydlení. Za měsíc mi končí tady smlouva. Nemám tady trvalý bydlíště, takže s bydlením je strašný problém... Strašně moc. Protože večer nemůžete spát, ani nevíte, kam s tím dítětem půjdete. No a taky dlouhý léta jsem se léčila s nervama a psychikou, takže... chodím teď k psychiatrovi“ (KPŽ 10). „Ale jo...ale tak máte dluhy jo, vyřadí Vás z pracáku, a taky mě bylo blbě, mě praskla cévka, ten vysoký tlak jsem neléčil, protože jsem na to moc nebyl. Pak mě dali trošku dohromady, vyřadili mě z pracáku a půl roku jsem neplatil zdravotní a tak dále“ (KPM 6). „No, tak víte, že mám, protože nemám bydlení. „No, tak šla jsem semka z jinačího azylového domu, jelikož se mi nepodařilo ještě bydlení svoje, takže jsem musela přestoupit z azylového domu a šla jsem semka do azylového domu... to byly nervy strašný fakt“ (KPŽ 13). „Noooo, tak já se léčím u pana doktora, psychiatra, každý měsíc, protože se stalo, že toho na mě bylo moc a bylo to se mnou špatný. Prostě už to na mě všechno spadlo, člověk není ze železa, jak se říká, že... takže chodím k tomu panu doktorovi každý měsíc, беру léky a snažím se tu svoji ztrátu, co se týče bydlení, nějak řešit. Pomáhají mi v tom aji tady pracovníci sociální“ (KPŽ 10).



Svůj špatný psychický stav spojovali, ale i se **ztrátou blízkých**. „Do té vojny jsem měl nějaký čtyři nebo pět měsíců do výstupu, nebo tři nebo čtyři, nějak tak, a tátovi sebrali nohu, to jsem tam byl v nemocnici, a pak za měsíc nebo za dva měsíce odešel. Tak to mě dostalo“ (KPM 11). „No, když mi umřelo dítě, tak jsem chodila, to bylo dříve ještě s manželem“ (KPŽ14). Nebo se **strachem ze ztráty blízkých**. „Já se toho bojím, že mi maminka odejde, já na to nemám teď, že bych si něco dával na to, to já jsem z toho byl právě úplně...“ (KPM 11).

Dále komunikační partneři hovořili o **depresích**. „No já jsem, já jsem chodil asi 3 týdny po horách, když mě honil. To už jsem měl deprese... Já, když jsem byl v lese, tak mi to tak nepřišlo. Já jsem měl vždycky takovou depresi, že mi to bylo jedno, chtěl jsem bejt sám někde. Tak jsem pochodoval, ani jsem nejedl. Mi to bylo fuk žít. Měl jsem to víckrát ještě jako aji když jsem třeba byl v tom podnájmu a to, jsem byl sám tam třeba pár večerů, tak mě to tak nějak začlo brát. A táhne ho to pryč. Sám a kolem dokola nikdo, taková pohoda, klid“ (KPM 2). Komunikační partneři také často popisovali **nespavost (problémy se spánkem) a s ní spojenou únavu**. „Nee, spíš jsem taková, spíš unavená...tady z toho všeho.“ (KPŽ 9) „Vždycky zahulíme trávu, a ne jako já nehulím každý den každou chvíli, já jenom když potřebuju, já to potřebuju na spaní, že jo. Protože já jsem bral ve výkonu trestu prášky, jsem bral od psychiatra a já je nebudu brát ty prášky. To je konec. Vždycky mi dal prášky, a to jsem vždycky spal. Já třeba usnu takhle, ale to je konec třeba. Vždycky si zakouřím, najím se třeba a jdu spát takhle jo třeba. Nevím proč“ (KPM 13). Jedna komunikační partnerka popisovala **fobii**. „No, já beru akorát na ty stresy a na závratě. A navíc chodím ještě k psychiatrovi. No, takže mám fobii přejít hladkej chodník. Já přijdu k hladkýmu chodníku, já ho vidím a dělá se mi nevolno a taky se začnu třást“ (KPŽ 6). Tři z komunikačních partnerů přitom otevřeně hovořili o tom, že v minulosti zvažovali **sebevraždu**. „Jo po tom všem si člověk říká, že by to i skončil... já sem to skončit chtěl“ (KPM 8). „Já sem měla v minulosti i ty myšlenky na smrt, že by byl aspoň pokoj, už bylo toho trápení fakt dost“ (KPŽ 5). „Když jsem měl toho kámoše, tak už jsem si jednou chtěl hodit, jo. On mi tedy ustříhl, přeřízl lano, jo“ (KPM 4). Jedna z komunikačních partnerek hovořila ve spojitosti s psychickým zdravím o svém **dítěti**. „Je to jako... Mám třeba syna, který je po sexuálním zneužívání, jo. Už jsme byli u psychologa, teď nás čeká ještě psychiatr, protože možná dostane trvalé léky na uklidnění, jelikož je ADHD, hyperaktivita s poruchou soustředění. Má těžké problémy ve škole, nebo míval“ (KPŽ 3). Ve vztahu k psychickým potížím dětí, je třeba zdůraznit, že děti mohou být často senzitivnější ke změnám, matky žijící v azylovém domě se tak musí vyrovnat nejen se svou psychickou situací, ale i s psychickým stavem dětí.

Z popisu komunikačních partnerů je zřejmé, že vnímají **psychické a fyzické zdraví jako úzce propojené**. „No, být zdravý, být duševně, že, psychicky, fyzicky“ (KPŽ 3). „No různé léky... co můžete dělat v mém věku, když už máte tolik nemocí. Prostě to, aji psychicky Vás to deptá... to zdraví je propojené celé“ (KPM 6). „Tak být zdraví... jak duševně, tak psychicky... to jde úzce dohromady... já o tom vím svoje“ (KPM 8). „Tak jak není člověk zdravý psychicky...“

*tak ni fyzicky... to je jasný... ta psychika to souvisí se vším“ (KPŽ 5). Někteří komunikační partneři v tomto kontextu hovořili o psychickém zdraví jako o „**křehčím**“. „*Ta je taková křehčí ta psychická stránka, než ta fyzická“ (KPM 7). „Když jsem na tom byla psychicky špatně, jak jsem měla problémy s bydlením jo, a to, tak šel aji celkové všechno se mnou dolů jo, že prostě šlo to aji vidět na vzhledu, jo“ (KPŽ 4).**

Spojení psychického a fyzického zdraví se vyskytovalo u žen i u mužů. Byly to ale ženy, kdo častěji hovořily o „**psychických problémech**“, zejména v podobě depresí a **úzkostí**. „*Takže asi ta psychika je prostě to nejdůležitější. Pokud není člověk psychicky v pořádku, bude pořád nemocný“ (KPŽ 3). „Na tý ulici šlo prostě o psychiku. Za ty roky už ta psychika přeci jenom šla pomalu, jak se říká, ke dnu, že jo“ (KPM 5). „Já jsem tady přišel jako spíše psychicky to. No ale já jsem i dříve trpěl jako, jo. Jsem měl takové různé psychické problémy. Já, když jsem byl v lese, tak mi to tak nepřišlo. Já jsem měl vždycky takovou depresi, že mi to bylo jedno, chtěl jsem bejt sám někde. Tak jsem pochodoval, ani jsem nejedl. Mi to bylo fuk žít. Měl jsem to víckrát ještě jako aji když jsem třeba byl v tom podnájmu a to, jsem byl sám tam třeba pár večerů, tak mě to tak nějak začlo brát. A táhne ho to pryč“ (KPM 2). „Jsem byl psychicky na dně, tož to byl ten rozvod, když ztratíte zaměstnání, tak to vás taky psychicky zdeptá, nemáte z čeho platit, z čeho žít, to je... ta sociálka, to vám nestačí, to je...to je prostě, psychicky vás to sráží do kolen“ (KPM 7). O psychických problémech hovořili i muži, ale spíše v případě, kdy s daným psychickým onemocněním již docházeli k lékařům a bylo tak určitým způsobem zdůrazněno či více uvědomováno. Můžeme tedy říct, že se psychické problémy vyskytují u mužů i žen v azylových domech, u mužů jsou ale méně verbalizovány.*

Psychické zdraví je zejména u žen spojováno s minulou zkušeností s **domácím násilím**. „*No, a nakonec to skončilo tak, že ti cizinci chtěli zpátky peníze, jenže já jsem se ho bála, protože mi řek, když to na něj řeknu, že mě zabije, a já tam byla sama plus postiženýho syna plus ještě bráchu postiženýho“ (KPŽ 6). „Chtěl půlku baráku, zmlátil mě, vzal na mě sekeru. A nebejt toho, že já jsem musela kdysi zvládat kung-fu, tak jsem musela použít, aby mě nezabil, že jo“ (KPŽ 6). „No, takhle. Tady je jeden základní problém, a to jako nezapomenu. Byl jsem v dětském domově. Čtrnáct a půl roku. Takže, táta, když teda žil, samozřejmě už je po smrti, tak se mnou švihnul o zeď, jo, a málem mi rozbil, no jako rozsekal mi trošku hlavu...díky fotrovi mám výpadky paměti, jo“ (KPM 4). „On ze mě udělal úplně toho tlustého, nevěřícího člověka, který prostě sám sebe zabíjel v sobě. A ještě on přišel a byl frajer, že se oblík, že má auto, že prostě na něho letí šestnáctileté holky. To mě strašně ještě víc bolelo a prostě to bylo něco neskutečného, opravdu. On si totiž ani neuvědomil, že mi ublížil“ (KPŽ 1). „To si ani nedokážete představit. Já jsem nebyla schopná se ráno ani umýt, ani učesat, ani obléct, mně strašně... Ten život mě strašně trápil. Já jsem si ho neužívala. Já jsem ho jenom přežívala, jo... a to je to nejhorší, že než člověk na to přijde, že prostě ten život se musí žít naplno“ (KPŽ 2).*

Dvě z komunikačních partnerek spojovaly své špatné psychické zdraví po zkušenosti s domácím násilím se svým „selháním“ v mateřské roli. „A právě vždycky po jeho odchodu do mě vždycky dal ty nervy a já jsem si ten vztek vylívala na dětech. Ne že bych je nějakým způsobem týrala, já je nebiju, ale křičela jsem, rozhazovala jsem věci kolem sebe, nechovala jsem se hezky a ty děti se mě bály. Ty děti se mě bály, protože viděly, že brečím, že mám nervy, že na ně křičím, že prostě... a bylo to špatný, bylo to strašně špatný“ (KPŽ 1). „Já sem potom měla takový deprese, že mi děti odebrali... nemohla sem se o ně postarat... nemohla sem nic... to, že mi je vzali, bylo ale ještě horší. Jo, jsou, jsou mi oporou...já jsem u sebe neměla ani jedno dítě“ (KPŽ 13).

### Co znamená azylový dům ve vztahu ke zdraví?

Azylový dům je ve vyprávění komunikačních partnerů často spojován se **změnou zdravotního stavu a začátek chození k lékařům**. „Tak třeba, co jsem tady, tak to jsem začla podruhý chodit k psychiatrovi. No, a to už mě objednala tady paní sociální jako. Oni se vším pomůžou, jsou tady moc hodný“ (KPŽ 10). „Jo tady všecho zorganizovali a začal jsem chodit k tomu psychiatrovi pořádně...“ (KPM 2). „Až tady, jak jsem přišel, tak jsem se začal o to zdraví jako víc zajímat a tak, šel jsem k doktorovi po dlouhý době vlastně až tady po tom pobytu jo...“ (KPM 12). Azylový dům je některými komunikačními partnery vnímán i jako **začátek ježdění na kontroly**. „Ale už po tom jsem si měl dát pokoj, jo. Že to stačilo, jo. Ale tak oni mě znali. No a jsem tady byl, postupně mi to vytáhli a pak se to dohodilo. Jezdil jsem na kontroly, a včera konkrétně jsem byl na poslední prohlídce ve Z.“ (KPM 8). „Tady na to dost dbají, i na to chození na kontroly jako jo... maminy i děti“ (KPŽ 3).

Příchod do azylového domu je spojen s **prioritizací zdraví** díky vstupní lékařské prohlídce, kterou je třeba před příchodem absolvovat. „Tady se chodí na vyšetření, když tady člověk vstupuje, tak musí projít nějakou vstupní prohlídkou... musí jít ke kožnímu, na rentgen a k praktickému doktorovi“ (KPM 7). „Já sem... po dlouhý době byl u doktora jako až, jak sem tu nastupoval... ta zdravotní prohlídka... a hned, že mám jít k dalším doktorům... mám žádanky, ale předtím to byly roky“ (KPM 5). „No k doktorovi... tak jako po době teď půjdu... ale byl sem na prohlídce, bez toho vás tu nepustí do baráku“ (KPM 12). „Já sem začla o zdraví přemýšlet, až jak sem šla přes tu prohlídku... tady má každej prohlídku, jakože nejste infekční a tak, a hned chcou, ať jdu k dalším, jakože doktorům teďka“ (KPŽ 4).

Prioritizace zdraví byla některými komunikačními partnery spojována i s **individuálním plánem**. „A to je taky třeba, já jsem si tam dal do svého plánu, máme nějaký svůj plán, čeho chceme dosáhnout. Prostě první bylo zdravotní stav nějaký. Ustálit, jo. S tou nohou. Říkám, přišel jsem zde se šroubama, oko bylo pryč a na druhé jsem viděl hodně špatně. Podařilo se mi, v podstatě během té doby, co jsem tady si nechat vyrobit, to jsme jeli do B., takovou

speciální tvrdou kontaktní čočku, takže teďka už vás vidím. Před tím bych vás nerozeznal“ (KPM 8). „Já mám zlepšení psychiky i v individuálním plánu“ (KPŽ 13). Někteří komunikační partneři na druhou stranu vnímali vyplňování individuálního plánu jako určitou náležitost pobytu v azylovém domě, která musí být naplněna, a kam je **potřeba „něco“ vyplnit**. „Jako ty plány záleží jo... jak kde, hlavně je třeba to vyplňovat v klidu a fakt se na tom domluvit jo... ne, že se tam něco jen tak nasází halabala“ (KPŽ 10). „Jako já bych tam napsal cokoliv do toho plánu, jde o to, že potřebuješ bydlet jo, tak napíšeš cokoliv“ (KPM 4). „Ty individuální plány tady máme... jo, jo to je dobrý, akorát jsou tu tací, kterým je jedno, co tam mají napsané a nedodrží to no“ (KPM 2).

Ve vztahu k domácímu násilí vnímaly komunikační partnerky azylový dům jako **poskytovatele ochrany**. „Vlastně poskytl neveřejnou adresu, kvůli tomu, takže se cítím v bezpečí“ (KPŽ 15). „Jo tu mám zastání... tady on za mnou přijít nemůže ani, kdyby chtělo jo... takže tu mám zastání“ (KPŽ 15).

Azylový dům byl komunikačními partnery vnímán jako **zázemí pro zdraví**, které je dáno tím, že mají komunikační partneři, kde bydlet. „Ale jako je přínosné, že tady můžu bydlet“ (KPM 12). „Je to lepší než venku“ (KPM 2). „Ne ne, žádná změna tady v tom není, ale je určitě mít, být v azylovém domě než spát někde na nádraží, takže já si myslím, že to celkem jde, a že to půjde no“ (KPM 14). „No, můžou, můžou bejt tady třeba lidi, třeba ti klienti, co sem, co sem choděj. Maj dole potravu, že jo, stravu dostanou, maj tam kávu, čaj, jsou tam v teple. No a co se týče azylového domu, jako co bydlím já, no, tak tam máme teplo, máme tam všechno... No, tady člověk má klid, jo, může se vyspat, v teple, všechno, na rozdíl z dřívějších zkušeností, nedá se srovnat... Až tady jsem, tady mi pomohli se dát dohromady... Tady je možnost se vykoupat, maj tady ošacení čistý...“ (KPM 5). „Než jsem bydlela tady, tak jsem měla problémy se zády. Ale to bylo také způsobené tím, že jsem spala tři roky na rozkládacím gauči. Jsme měli dva plus jedna, tak aby měl syn vlastní postel, tak jsem spala v obývací. Postel s gaučem se mi zároveň nevešly. Takže já jsem byla vlastně skoro rok přerušovaně na nemocenské. Kvůli tomu jsem dostala výpověď v práci, kvůli tomu jsem tady“ (KPŽ 3). „Že tam může člověk být celej den, a že se tam můžu zase z venku vrátit“ (KPŽ 6). „Tady je možnost se vykoupat, maj tady ošacený čistý, že jo, nový jako, takže... Mám možnost jako vařit jídlo, takže si vařím každý den. Azylového domu jako co bydlím já, no, tak tam máme teplo, máme tam všechno. No, tady člověk má klid, jo, může se vyspat, v teple, všechno, na rozdíl z dřívějších zkušeností, tak já jako se... nedá se srovnat“ (KPM 5). „Je to lepší než venku.“ (KPM 2) „No, já mám rád právě horkou vodu“ (KPM 4).

Azylový dům dle výpovědí komunikačních partnerů nabízí také určitý **„dohled“ nad zdravím**. Tento dohled byl komunikačními partnery spojován zejména s **abstinenčí**. „Tak já nevím. Neberu nic. Přestal jsem fetovat. Od té doby, co to, tak nefetuju, to už je devět měsíců, deset. No a jsem dělal ty brigády, na jabka jsem jezdil a ták no, pak už jsem nemohl. Jsem byl rád,

že jsem přišel domů a lehl jsem si. No, teďkom to je rok, rok, co nefetuju. Takovej život lepší, no“ (KPM 12). „Nepiju nebo nefetuju tady to vůbec. Akorát trávu si zakouřím, a to je všechno. To je jediný ale také fety nebo nějak vyhledávat kamarádům to nechci. Sem za to seděl za tady tohle. A to mi dalo ponaučení. Deset let paní jsem seděl“ (KPM 13). „No a vlastně i ten pobyt mě v podstatě nějakým způsobem drží. Tady v nějakých vzorných hranicích. Ty hranice jsou tady nastavené, já jsem si taky nastavil nějaké hranice. Myslím si, že dneska už bych možná i dokázal nejen, že jako kdybych odtud chtěl odejít, ale myslím si, že bych dneska dokázal už prostě odejít s tím, že bych třeba si našel nějaký byt, jo a držet to takhle dál. Jo, ale myslím si, že bych se furt snažil udržovat nějaký kontakt tady s tím azylovým domem“ (KPM 8).

Zázemí azylového domu je některými komunikačními partnery spojováno s **čistotou a hygienou**. „Já si tu uklidím a vím, že mám po sobě čisto. Jo a čistota je půl zdraví, jak se říká. Jo, takže pro mě jen todlencto, asi. Udržování té čistoty. A to jako, si myslím, že každá ženská by měla mít doma čisto, že jo, ať je, kde je“ (KPŽ 3). „Že o nás tady pečují, jako že máme tady uklízečky, který nám vytírají třeba záchody“ (KPM 16). „Jo, máme tu k dispozici třeba, já nevím, čistící prostředky, jo, že by nám dali třeba jako, kdybysme neměli na savo třeba, ať si můžeme třeba pořádně uklidit. Tak to tu je k dispozici“ (KPM 6). „Dost. Někdo si to bere, někdo ne. Jsou tu lidé, které když služba nenažene do sprchy, tak by tak chodil i měsíc“ (KPM 1).

Azylový dům je některými komunikačními partnery vnímán jako místo, kde došlo k **obnovení jejich kondice**. „Teď jsem se zase dostal nahoru a jsem jako rád“ (KPM 5). „Až tady paní sociální mě dala do kupy jo takhle“ (KPM 16). „Už jsem se dostal i do formičky trošku, což jsem neměl... Ono v tom stanu je taky trošku zima, jo. A v něm jsou mrazy. To jsem si opravdu užil. Jednu deku jsem měl, jeden polštář. A klepal jsem se jak osika“ (KPM 4). „No tak byl jsem na ulici, vid' no a člověk chce žít nějaký život. Tady to tak celkově začíná, tady ti pomáhaj zase postavit se na ty nohy a mně pomohli docela dost no, já chodím do práce, a tak no“ (KPM 15).

Někteří komunikační partneři popisovali azylový dům jako **stabilní místo** po dlouhé době nestability. „No, já to vnímám jako stabilní místo“ (KPM 5). Možnost mít „stabilní místo“ souvisí s **příležitostí vydechnout/odpočinout si**. „Mě pomáhá to, že tam můžu být celý den, že si můžu odpočinout, natáhnout se. Tak nějak, že ta tíha toho mozku, že ze mě spadne. Že si člověk odpočine, tak nějak, odlehčí nebo jak se tomu řekne“ (KPŽ 6). „U mě má psychický vliv. Na fyzické zdraví no tak já nevím. To je těžko hovořit. Každý dostane chřipku nebo. No, ale zase je to lepší než venku, že. Tady si může lehnout, odpočinout, skočit k doktorovi. Kdyžto když jsou ti lidé venku, ještě pod mostem... No mně to pomohlo tak, že jsem z toho vyplul ze všeho. Že jsem dostal tady ubytování jako, cože jako začátek byl těžký, že.

*No, ale tak po měsíci jsem už začala práce venku. Jsem byl celý den venku. Tady zahrádky máme...” (KPM 2).*

Azylový dům je přitom často spojován a **porovnáván s domovem**. Někteří komunikační partneři považují azylový dům za domov, jiní ho naopak vidí jako protiklad domova. *„No tak není to jako doma, ale určitě je to dobrý start do budoucího života. Pomáhají nám tu hodně, i když o tom zdraví to trochu vážne (smích), ale jinak všechno, co potřebujeme, tu máme, takže je to dobrý“ (KPŽ 5).* *„Úplně Vám nepomůžou, to je jasné, to nikomu, taky je to prostě na přežití“ (KPM 6)* *„To beru jako, kdybych třeba bydlela... je to takový domov“ (KPŽ 6).* *„Jo, jo, jo. On (pozn. syn) to vlastně už od začátku říkal tady tomu „doma“. Neslyšela jsem to v tom bytě tři roky“ (KPŽ 3).*

Komunikační partneři vnímali azylový dům i jako **příležitost**, jejíž využití je na každém z nich. *„Já vám to řeknu upřímně. Já si jako myslím, že takhle jako, takhle jako, nikomu z klientů nebrání to, aby měl možnost úspěšně o svoje zdraví pečovat. Jo je to tak, jak se k tomu ten daný člověk staví, že se mu prostě nechce. Jo a tím pádem třeba má nějaké zdravotní problémy“ (KPM 2).* *„Tady máte všechno... se vším pomůžou, ale každý musí chtít sám... jsou tu tací, kteří nechcú a to je potom těžké“ (KPM 2).* *„Podle mě tady nabízí dost možností, ale jsou tu i tací...tací... co prostě nechcú jako ten, co sem s ním bydlel... toho já bych... jo... člověk musí chtít sám se snažit, to oni za vás neudělaj všechnu práci“ (KPM 4).* *„Nebrání. Já vám to řeknu upřímně. Já si jako myslím, že takhle jako, takhle jako, nikomu z klientů nebrání to, aby měl možnost úspěšně o svoje zdraví pečovat. Jo je to tak, jak se k tomu ten daný člověk staví, že se mu prostě nechce. Jo a tím pádem třeba má nějaké zdravotní problémy“ (KPM 8).* *„Asi ne. Jestli chce člověk dělat něco, tak by to asi měl dělat sám nějak no“ (KPM 14).* *„Vždyť to záleží každý na člověku, co s tím udělá, že jo. To nejde tady, třeba řekne jeden, že chce hrát fotbal, no a druhý den už třeba nechce... jeden chce jít k doktorovi, druhý ne...” (KPM 11).*

### **Co v azylovém domě vám pomáhá v péči o zdraví (být zdravý)?**

Komunikační partneři popisovali vnímanou spojitost mezi azylovým domem a zdravím v oblasti **zájmu o jejich zdraví**. *„Jo, jo. A třeba když vám je špatně, tak vám řeknou, běžte si lehnout a to. To tady jako tak hodně ty pečovatelky“ (KPŽ 11).* *„Pokaždé si, tady si spíš pomáhají lidi navzájem. Sociální vám tady vždycky pomůžou, zajímá se... a to pomáhá, vám to pak taky není jedno, že jo“ (KPM 12).* *„Mi přijde, že paní sociální pracovníci tady opravdu zajímá, ať jsou obyvatelé tady zdraví... vždycky se ptá, chce vědět, co nového nebo, když člověk přijde od toho doktora, tak se ptá“ (KPM 8).* *„Není jim to tady jedno... sociální... i paní ředitelka se zajímá“ (KPM 15).*

Ve vztahu k informační podpoře komunikační partneři hovořili i o tom, že je **azylový dům „učí se o sebe postarat“**. „A ten azylový dům mi poskytuje to, že si můžu najít i práci, uklízíme si v pokoji, učeň nás, jak máme žít, jak máme, když píšu ten, jak se máme o sebe postarat. Jako nestěžuju si na azylový dům... Co si zařádám, ve všem mi pomůžou“ (KPM 12). Jeden z komunikačních partnerů zmiňoval, že se snaží šířit získané poznatky i dále svému spolubydlícímu. „Jinak azylák mě naučil hodně, hodně moc. Jsou lidi, kteří si toho neumějí vážit. Třeba teď tady je mladej kluk, ten sedí třeba do třech hodin na televizi. A já mu třeba poradím, jako, já mu říkám: poslouchej, co je na tom, když přijdeš třeba z toho venku, umyješ si nohy, uklidíš si v pokoji. Já si taky uklízím pokoj. Hele a běž spát, ty spíš, ty nejsi taky vyspalej. On třeba ve spaní řve. A to je tím, že on není vyspalej. Já jsem mu to vysvětloval. Tak řekl si, že si našel nějakou práci, tak že bude chodit vždycky každé den třeba k večeru. Takže ještě dávám nějaký rady. Někomu, do života. Aby neblbnul, aby třeba nehulil, takhlenc. Že to nemá žádný význam. Se chytne nějaký party a končí“ (KPM 11).

Azylový dům je také vnímán jako **podpora materiální**, tedy jako **zdroj vitamínů, potravinové pomoci** a v některých případech také hygienických a čistících prostředků. „Dávali vitamíny, vitamín C, čaje, prostě takový ty balíčky, aby se z toho nějak... takovou výpomoc no“ (KPM 11). „Veškeré vitamíny, čaje jsme dostávali, medy jsme dostávali. Jako že azylák se tady o nás hodně stará“ (KPM 12). „No dárky, třeba hygienu třeba, balíček jo nebo potraviny jo takhle, no dost jako“ (KPM 16). „No jako podporu to vnímám v tom, že mám co dát děcku jíst. Protože ta hmotná nouze... Já jsem teď vlastně nastoupila čerstvě na hmotnou nouzi, takže já to mám zatím kolísavé, než se mi to srovná. Protože jeden měsíc mám míň, druhý víc“ (KPŽ 3). „No dárky, třeba hygienu třeba, balíček jo nebo potraviny jo takhle, no dost jako“ (KPM 16). Jedna komunikační partnerka ale vnímala určité rozvojové oblasti **kvality a množství potravinové pomoci v azylovém domě**. „Je to fakt, že třeba z T., když přebývají nějaké potraviny, jako před lhůtou trvanlivosti, tak to všechno dovezou. Posledně dovezli banány a bylo toho jak pro prasata, když to řeknu sprostě už, jo. To už jako, „hodně rychle to snězte, hodně rychle, ty děcka na to koukaly, že dostali deset banánu, ty děcka nevěděly, co s tím. Teď nikdo neměl mlíko, že bysme udělali aspoň koktejl, tak jsme to nafasovali, protože my tady máme takové balíky, takže jsme nafasovali každý aspoň po mlíku, ať těm děckám můžem aspoň ty banány, ty koktejly ať jim můžem udělat. Ale jinak jako... Dá se říct, že i ten chleba, den před spotřebou není zdravý, co nám přivezou. Už to jako, nějaký ten zárodek už tam určitě bude“ (KPŽ 3).

**Informační podpora** azylového domu je úzce spojena i s **přístupem ke zdravotnickým službám**, který zprostředkovává. „To já nevím, jak oni to tady mají, akorát když budu mít nějaký problém, třeba s vážným nemocem, nebo když budu nemocný, tak já si myslím, že půjdu dolů na vrátnici, řeknu že „zavolejte sanitku“ nebo toto. Jako oni vám v tady tom pomůžou rychle. Kolikrát se něco stalo, že, nedávno dva lidi jsem tady zachránil, dlouho jako. Tady zase jako jo tady, když jste nemocnej nebo potřebujete svého lékaře, vždycky vám

to vyhledaj tady, že jo. Tady zase jako jsou dobrý, nebo sanitku vám zavolají“ (KPM 13). „Nebo Vám vyhledají svého lékaře. To zase jo tady to zase na tady to jsou dobrý. Pomůžou vám se vším tady“ (KPŽ 9). „No, hned jsme mu zavolali sanitku... anebo kdyby oni to třeba neviděli, že tam někdo leží, tak i kluci jsou tady takoví, že hned zavolají, že tam někdo leží, zavolejte mu sanitku něco s ním je. Jsou tady takoví lidi, že hned vám pomůžou... Tady, co jsem viděl lidi. Tady nedávno odpadl frajer na kuřárně, tak mu chtěli pomoci, tak mu zavolali sanitku“ (KPM 12). „V péči o zdraví? Kdyby to na vás poznali, tak zavolaj sanitku, doktora a tak. Tady byly takový příběhy, že když někdo přišel, odpad, tak vám poskytní pomoc. I když to byl člověk na ulici. Oni ho vzali, dali ho sem, dali mu najíst, vykoukali, všechno... Ale stejně. Bylo mu třeba blbě, hned zavolali sanitku a odváželi ho“ (KPM 11). „No, jak říkám, pokud bych měl říct tady nějaké, co se týče zdraví jo tady na azylovém domě, říkám, každý, kdo má nějaké zdravotní problémy, má kdykoliv možnost přijít, ať už za sociální pracovníci nebo pokud má nějaké komplikace třeba večer, nebo něco takového, tak je tady služba, jo prostě, kdyby, jsou, zavolají prostě klidně i záchrannou službu, jo“ (KPM 8). „Měla jsem úzkostlivý stavy, až záchvaty úzkosti. To probíhá tak, že když jdete ven, když jsem věděla, že půjdu ven, tak už mi začalo být špatně, úplně se mi rozbušilo srdíčko, měla jsem studený pot, rozklepala jsem se, nemohla jsem vůbec dechat. A takhle jsem to na sobě začala pozorovat. A když jsem věděla, že už je to fakt špatný, že už to budu muset řešit jinak, než jsem to řešila sama, tak jsem o tom řekla personálu, taky v azylovém domě, no a vlastně oni to hnedka se mnou začali tu situaci řešit. Takže vlastně to se mnou začali řešit a dodnes se léčím“ (KPŽ 13).

Někteří komunikační partneři vnímali azylový dům jako místo umožňující **pracovat**; práce je přitom vnímána jako zdroj aktivity a smyslu. „Prostě od třiceti let už občas jsem měla takové psychické problémy. Teď to zmizelo. No tak teď mně hrozně pomohli tady. Jo, že já jsem tady nastoupil a začal jsem tady na zahrádce a tak. Vlastně těch sto dvacet nebo sto třicet hodin jsem odpracoval zdarma. A tak oni pak chtěli do údržby. To mně také pomohlo, protože jsem potřeboval dva roky do důchodu odpracovat. Takže mě tu, jako na zvanou. No a dostal jsem... tak su takový spokojený. No a ty psychické problémy jsou pryč, protože já budu pracovat třeba celý den. No ale, su v pohodě, úplně. Jo, že jsem neměl žádné deprese a Vánoce, jako dřív. Což bylo pravidelné. Teď úplná spokojenost“ (KPM 2). „Až jsem, až jsem našel tady..., že jo, tady jsem se dopracoval k tomu, že jsem získal práci tady, no a potom jsem našel... pak jsem byl sám sebou“ (KPM 5). „Právě mě to vyhovuje práce jo, že mňa to odreačuje. Čím víc jako se člověk pohybuje něco dělá, tak tím je to lepší... Jako já to beru tak, že aj práce by se našla, teď je hodně práce, já jsem já být bez práce třeba nemohl. Tak určitě chodit někde, já nevím, jakákoliv práce“ (KPM 6). „Jinak se vrátím, jsem zase tady, udělám si své úklidy. Jinak chodím pomáhat do domova důchodců, jako dobrovolník... Ano, zabiju tam čas. Ti lidé jsou rádi, že tam jsme, chodíme tam dva“ (KPM 3). Dva komunikační partneři spatřovali výhodu v peer zaměstnávání v podobě **započítání roků**



**na důchod.** „No, že ještě potřebuju dva roky do důchodu. Protože jsem žádal o důchod. No právě, jak už jsem byl tady, jsem si požádal. No, oni mě řekli, že mi chybí dva roky“ (KPM 2). „Jako žije se mi tady dobře. No, tak mám tady práci, já jsem tady zaměstnaný... dělám údržbáře... započítává se mi to i na důchod. No já jsem furt aktivní, já dělám od rána do večera... No, to ne. Já si dávám vejpłat, tady, že, takže si nakoupím, nakoupím potraviny a z toho si vařím a vyžiju“ (KPM 5).

Jeden z komunikačních partnerů vnímal v kontextu práce v azylovém domě pozitivně možnost **dostávat za práci body**, za které si mohou posléze „nakoupit“ potraviny. „Ale jo. Například nemá možnost si nakoupit domácí suroviny. Každý má možnost si zajít do... dostane ty body určené a za ty body dostane jídlo. Já když... jsem míval dejme tomu sto dvacet hodin měl jsem asi šest set bodů, já jsem mohl žít úplně, já jsem rozdával. Já su taky vyučený kuchař, jsem navařil taky, kolikrát a kdo chtěl, dostal nebo i tak jsem rozdával nějaké oplatky a tak. Jak říkám, každý má tu možnost si to jako...“ (KPM 2).

Ve vztahu k práci v azylovém domě a ke zprostředkovanému dobrovolnictví hovořil jeden z peer zaměstnanců **o vnímané nechuti** ostatních obyvatel azylových domů **se zapojit**. „Tak to je těžké, já třeba když sháním něco, já sháním anebo je tu ještě pracovník takový a něco potřebuju pár lidí třeba něco udělat jo nebo a jako někoho jiného chodíme stěhovat a no a včera bola třeba odhazovat sníh v nemocnici, jo na to jí nezeženete teď pět zdravých lidí, že jako, tak sú tu ale“ (KPM 2).

Ve vztahu ke zdravotnímu stavu obyvatel azylových domů vnímal daný komunikační partner jako problematické **povinně odpracované hodiny**. „Jo, takže kdo chce, opravdu, a teď je to nějak, jsem to četl až tady, že už každý, kdo bude na sociálce, bude muset odpracovat 20 hodin nějak, a teď jako to taky můžou jo, ale teď budou muset hledat přes obecní úřad, jinak se mu zmenšuje sociální dávka. Myslím, že z těch 3410 na těch 2200, takže teď se bude každý snažit zase, aby si někde těch 20 nebo 30 hodin odpracoval, což musí mít orazítkované určitě a právě nevím. Teď jsme se o tom bavili tady se šéfama, že by to šlo i tady třeba, ale odpracovat, ale na nějaké větší akci třeba. Teď se bude snažit každý ještě víc, protože může přijít o ty peníze z té sociálky“ (KPM 2).

### **Sociální pracovník v azylovém domě**

Jako primární zdroj sociální podpory v oblasti zdraví je v azylovém domě vnímán **sociální pracovník**.

#### Dobrý vztah se sociálním pracovníkem

Ve vztahu k sociálnímu pracovníkovi komunikační partneři vnímali jako hodně důležité **navázání dobrého vztahu**. „Jo, tak ona je ráda, když ji řeknu, jak jsem pokračoval a zase jsem

*jí říkal, že už mám byt. No je z toho šťastná taková. Mně to pomohlo všechno“ (KPM 2). „No, člověk, když chce, taky musí chtít, tak se s něma dá promluvit o čemkoli, když má člověk svoje problémy a tady to, tak se člověk musí naučit věřit. A já, když jsem přišel sem, tak jsem se strašně styděl. Vlastně a od té doby, co se tady s něma bavím, tak všechno v pohodě“ (KPM 15). „Tu podporu tady jako nemám, tu mám spíš od paní ředitelky nebo od sociální, takže spoléhám na sebe no, vím, že se to dá zvládnout i bez té rodiny, že ji člověk nepotřebuje...“ (KPM 13). „No, tak říkám, mi tady pomáhá hlavně ta podpora pracovníc, že prostě kdykoliv, co je jakýkoliv problém, ta se člověk může zajít vypovídat se aspoň, že jo. Pomůžou Vám, to je asi to nejdůležitější“ (KPŽ 5).*

Charakteristikou dobrého vztahu je **podpora a zájem**. *„Cítil jsem to vždycky chvilku lepší nebo to, ale... Ted' jsem cítil, že mám lidi kolem sebe, oni se vám snažija pomoci všichni“ (KPM 2). „Ale jo, jinak si myslím, je to velice, jo, silná podpora si myslím. Že kdybych chtěla, není problém kdykoli“ (KPŽ 3). „No asi nejvíc tady podpora paní sociální pracovníce a všech těch pracovníc. Oni jsou úplně úžasný, oni prostě se snaží člověkovi pomoci, povzbudit, takže si myslím, že tady i ostatní spolubydlíci, že jo navzájem si pomáháme, podporujem se a tak dále. Takže to mi asi pomohlo ze všeho nejvíc“ (KPŽ 5). „Ona mi prostě vždycky, já vidím, jakou ona z toho má radost. Že dělám radost svému okolí z toho, že se držím. Jo, že vidím tu odezvu. Jako ono totiž, když se člověk o něco snaží, a je to takové prostě, to mi strašně pomáhá, jo. Ona vždycky přijde. Spolužák. No a občas mě zatelefonuje a jak tohlens to, tak jdeme spolu posedět, jo. Ale udělal to tím způsobem, že já jdu tady na služebnu a řeknu, dneska mě tady omluvte, dneska večer se nevrátím. Jo, a jdeme si sednout. Dobře, ale to posedím, jo. Jo a jdu k němu přespat na hodinu a vlastně druhý den jsem zase zpátky. Paní... tady kolikrát sedí a říká, já jsem tak ráda, že jste se vrátil“ (KPM 8). „Jo, tak ona je ráda, když ji řeknu, jak jsem pokračoval a zase jsem říkal, že už mám byt. No je z toho šťastná taková. Mně to pomohlo všechno“ (KPM 2). „Jo, jo. A třeba když vám je špatně, tak vám řeknou, běžte si lehnout a to. To tady jako tak hodně ty pečovatelky. To jo. Že ta podpora tady je, jako od nich, jako“ (KPŽ 11).*

Další charakteristikou vztahu je **„nebýt na to sám“**. *„Je to důležité. Je to možná i z toho důvodu, že si říkáte, nejsou v tom sám. Tolik lidí je takhlenc jak já“ (KPM 2). „Ale zase na jednu stránku je to dobrý, že tu není člověk vůbec sám. Že není na ulici s tím dítětem“ (KPŽ 10). „O hodně lepší, protože ten azylový dům vám dá to, že tady máte i kamarády, pokecáte s nima. Ten, když vás požádá třeba... tady je vidět krásně, že třeba když nemáte, tak vám pomůžou. Tady jsou všichni milí. Všichni strašně milí tady jsou. Jak ředitelka...jsou tady milí“ (KPM 11). „No, tak říkám, mi tady pomáhá hlavně ta podpora pracovníc, že prostě kdykoliv, co je jakýkoliv problém, ta se člověk může zajít vypovídat se aspoň, že jo. Pomůžou Vám, to je asi to nejdůležitější“ (KPŽ 5). Ve vztahu k „nebýt na to sám“ komunikační partneři hovořili o tom, že **„někdy stačí si jen popovídat“**, „pouhá“ možnost sdílení je tedy komunikačními partnery vnímána jako velmi cenná. *„Máme tu možnost. Bud' mluvíme**

s personálem, nebo nám nabídli psychologickou pomoc, kdyby náhodou nějaké vypěťové situace a tak dál“ (KPŽ 3). „Chodím, občas si zajdu s nima (pozn. se sociálními pracovníci) podebatovat, řešíme nějaké problémy vždycky a...takže takhle“ (KPM 5). „Popecáme, co a jak, jak je to tady, pokud máme nějaký problém, tady tohle, no, a takový a tohle, no. Pak jdou, chodí sem dvakrát, třikrát denně“ (KPM 12). Dva z komunikačních partnerů vnímali jako velmi důležitou možnost „**bavit se otevřeně**“. „Jo a říká prostě, potom co jsme se bavili, kolikrát jsme se bavili opravdu už tak otevřeně a říká, to si pamatujete, jak jste po mě chtěl třicet korun, jak vás právě pustili z nemocnice, a vy jste se chtěl dostat vlakem do V. a přitom jste bydlel tady na nocležně? Říkám ne, to si, prostě, úplně mimo“ (KPM 8). „Pro mě je důležitý si moc promluvit fakt jako otevřeně jo... prostě, co na srdci to na jazyku... to je to, co mi pomáhá... ne to dělat jako nějak tak jenom napůl nebo co“ (KPŽ 14). „Tak uvidíme, jak ten soud dopadne, protože já tam nebudu u něho, takže jsem tam psala vyjádření s mojí paní sociální, mojí důvěrnici, paní M. a budu čekat na vyjádření, no. Tak jsem zvědavá, jak to dopadne“ (KPŽ 13). Ve vztahu k možnosti hovořit otevřeně se někteří komunikační partneři zamýšleli nad tím, **zda mohou sociálním pracovníkům „říct všechno“**, když jsou to pracovníci zařízení a mají vůči nim i určitou kontrolní funkci. „On by možná takový pokec sem tam nebyl špatný. Z toho má každý strach, že toho ten druhý zneužije, a kor tady“ (KPM 1). „Říct jim všechno nemůžeš, to oni potom rozhodnou, že o bydlení a tak... spíš někomu z venku by se to dalo“ (KPŽ 4).

Ve vztahu k pomoci ze strany sociálních pracovníků komunikační partneři akcentovali její **dostupnost**. „Co se týče doktorů, co se týče dlabance, co se týče pokecu, jo, to mi bohatě stačí k tomu, abych prostě nešel dolů, jo.“ (KPM 4) „Tady jo, cokoliv, kdykoliv, sedí tu služba, stačí si říct“ (KPM 8). „Vždycky tu někdo je...i v noci...když je něco potřeba dá se za nima zajít“ (KPŽ 5). „Jo to jo...oni jsou tady od toho, kdyby se cokoliv dělo, tak se za nima může přijít a oni třeba poradí nebo i sanitku tady jednomu volali jo“ (KPM 2). „No jak říkám, pokud bych měl říct tady nějaké, co se týče zdraví jo tady na azylovém domě, říkám, každý kdo má nějaké problémy, má kdykoliv možnost přijít, ať už za sociální pracovníci nebo pokud má nějaké komplikace třeba i zdravotní i třeba večer, nebo něco takového, tak je tady služba, jo prostě, kdyby, jsou, zavolají prostě klidně i záchrannou službu, jo“ (KPM 8).

Někteří komunikační partneři vnímali jako důležitý vztah s **jedním známým/osvědčeným sociálním pracovníkem**. „Když potřebuju, nebo když oni potřebujou, tak já jdu k těm teréňákům. A ty mi vždycky poraděj, jo. A vždycky se všecko... nebo většina věcí se daří. To se mi jako nestává, a hodně dlouho. Právě že ten mě právě z toho dostal, no. Protože on mě vzal z toho sněhu, jo. A z toho stanu. Bych tam byl dodneška, že jo. Mám taky všechno přes ně, takže se... Já jdu, když tak jo... za L., ten už mě zná a ví, co a jak...moc mi pomoh... i tu jsem kvůli němu“ (KPM 4). „Já vždycky jdu tady za paní sociální pracovníci... známe jeden druhého“ (KPM 8). V rámci kontaktu s „**jedním sociálním pracovníkem**“ byla jako důležitá vnímána **dlouhodobost** tohoto vztahu. V rámci dlouhodobosti kontaktu popisovali

komunikační partneři zážitek „znají mě z minulosti“. „No tady jsem v podstatě přišel ve chvíli, kdy ze mě trčely ještě asi takhle dlouhé šrouby. To vám říkám, tady se na mě všichni..., ale oni mě znali už z dřívějšíka. V podstatě o to oko jsem přišel, když jsem byl na azylovém teda na nocležně. A to už mi tehdy říkali, ježíš marjá, nestačí to? Jste přišel o oko... Mně hlavně třeba i prostě ta reakce, když jsem sem v podstatě nastoupil, jo. Toho 2. 5. minulého roku, tak mě přijmula paní, sociální pracovnice. Ona se na mě podívala a říká, já vás nepoznávám. Já říkám, proč? Ona říká, no protože vás znám právě, já jsem vás myslím za tu dobu, co vás znám neviděla nikdy strážlivého“ (KPM 8). „Takových lidí je hodně si říkáte. Já jsem sa dal do kupy tím, že jsem cítil, že mě pomáhají, že mňa v tom nenechal nikdo. Na sociálce je jedna paní taková hodná, dodneška k ní chodím vždycky povyprávět“ (KPM 2). „Mi přijde důležitý, že už mě tu znají... ví, co jsem zač, co mám za sebou jo... to všechno... nemusím to pořád opakovat... oni už prostě ví, jaká je přesně ta moje situace jo“ (KPM 12). Komunikační partneři hovořili v tomto kontextu i o potřebě **udržet s azylovým domem/se sociálními pracovníky dlouhodobý kontakt do budoucna**. „Myslím si, že dneska už bych možná i dokázal nejen, že jako kdybych odtud chtěl odejít, ale myslím si, že bych dneska dokázal už prostě odejít s tím, že bych třeba si našel nějaký byt, jo a držet to takhle dál. Jo, ale myslím si, že bych se furt snažil udržovat nějaký kontakt tady s tím azylovým domem“ (KPM 8). „Oni jo... oni sou jako moje rodina ty sociální pracovnice...určitě zůstanem nějak v kontaktu“ (KPŽ 4). „No to je těžké, těžko se bude odcházet... i kdyby do toho domova... já sem tady zvyklý...já když si někde zvyknu...i když odejdu...tak přijdu třeba na návštěvu doufám“ (KPM 17).

### Způsoby pomoci

Komunikační partneři přitom ve vztahu k sociálnímu pracovníkovi hovořili o mnoha **způsobech pomoci**, kterou poskytuje nebo kterou by potřebovali, aby poskytoval. „Tak jako zatím mi pomáhají v tom třeba, jako ne to zdraví, ale třeba ty úřady, že existují. V tom moc, jakože, se neorientuju. Jakože mi pomáhají v tom, vyřizovat všechno. I ty lékaře, jakože mi pomohli najít lékaře pro děti“ (KPŽ 2).

První z rovin poskytované pomoci je **(sociální) poradenství**, které dle vyprávění komunikačních partnerů zahrnuje pomoc všeho druhu. Přes **zajištění lékařské péče**: „Tady je komunita jednou měsíčně a každý svůj názor si tam řekne, co ho baví nebo co ho bolí, co potřebuje, jaký léky potřebuje, kam zajít k tomu doktorovi. Voni vždycky tady tomu pomůžou jako... S každým slovem nebo Vám vyhledají svého lékaře. To zase jo tady to zase na tady to jsou dobrý. Pomůžou Vám se vším tady“ (KPM 11); **vyřízení dokladů**: „No akorát když potřebuju poradit nebo tak tak jdu tady za paní tady sociální, že jo, ta mi poradí, takhle, takhle, tady to... Třeba když, abych měl všechno vyřízený, papíry jo tady to, tak jdu za ní, vona mi poradí, že jo“ (KPM 16). „Jo, když to řeknu, ona to obvolá, jako je to pravda, protože

paní M. můžu poděkovat, sociální. Protože jsem tu kartičku neuměl, nechtěl jsem ani k doktorovi, požádal jsem paní M., jestli by mi zjistila to číslo, protože oni mi řekli, že mají pobočku, já jsem tam volal, a oni mi řekli, že od čtvrtka do pátku bych tu průmyslovou kartu dostal“ (KPM 11). „Ale tak jo, jako snaží se...vyřídít nějaké doktory, papíry nebo tak...“ (KPM 6); **pomoc s počítačovou gramotností:** „No, ano. S naší sociální pracovníci a s paní, která vlastně pomáhá s prací a s počítačem třeba naučit, tak tam. Protože my jsme ho neměli, takže nemůžu umět“ (KPŽ 14); **podporu při hledání bydlení:** „Já si sháním bydlení, takže mi pomůžou. Pomůžou jako i s bydlením, vlastně najít jako, jo, aby... No, že se mnou sepíšou jako výdaje a formulář a tak“ (KPM 6); **pomoc s hledáním práce:** „Hodně mi pomohli, s tou prací mi pomohli. Že tady mám nějaký, že člověk trosku si tady může našetřit peníze, pomůže vám třeba najít to bydlení, udělat ten, udělat si nějakou tu, jak se tomu říká, aby si člověk našetřil ty peníze, ty prostory. Hlavně je tady dobrá komunita, ty lidi mezi sebou, to myslím tady ty paní sociální a paní ředitelka“ (KPM 14); **hledání informací o zdravé výživě na internetu:** „Tady jako, asi jako... Jo, kdybych zašla tady za personálem, jako za pečovatelkama, zeptala se jako, jak víc můžu udržet jistotu nebo jak víc to, tak oni by mi asi pomohli na internetu jako vyhledat nějaké tipy na, já nevím, zdravé recepty, no a takové ty“ (KPŽ 3); **po pomoc s doučováním dětí.** „Pomůže ho doučit... matika, čeština nebo tak, cokoliv, ohledně bydlení hledat“ (KPŽ 12).

Ve vztahu k poradenství dva komunikační partneři ale hovořili i o **poradenství v oblasti osobní změny**. Někteří toto poradenství spojovali s minulou **závislostí na alkoholu**. „Prostě mě nezajímalo nic jinčího, než si sehnat někde na flašku. v podstatě i ti sociální pracovníci, kteří tady se mnou tady taky hodně intenzivně pracuje, že se bavíme o různých věcech. Je to prostě prostředí, kde vznikají určité konflikty“ (KPM 8). „Jo dá se s ní mluvit i o tom alkoholu..., když to na mě jde, jde to říct... když to řeknu, tak se mi uleví“ (KPM 3).

Ve vztahu k poradenství v oblasti osobní změny někteří komunikační partneři očekávají od sociálního pracovníka **podporu s psychoterapeutickými prvky**. „Říkám, a to řeknu narovinu sociální pracovnice, paní... nemá být sociální pracovnice, ta má být právě ta psychoterapeutka. Protože já si s ní dokážu kolikrát, říkám, když ve mně něco hodně vře, tak abych neřval na ni, tak se jdu uklidnit a pak se s ní snažím si to rozvykládat a vcházím vlastně v podstatě jo. Jo, to je daleko nejlepší psychiatr než všichni psychiatři, kteří zatím toto. Já bych spíše, a toto nevím, jestli by bylo spíše nějakého psychologa. Potřeboval bych si někdy pokecat o některých věcech, které mě štvou. Pustit to ze sebe ven. Jo a říkám, mám to třeba i v tom plánu. Snažit se určitým způsobem tolerovat věci, které na mě působí jako vnitřně negativně, tak právě dokázat to řešit právě ne, že půjdu a koupím si půl litra vodky. Jo, občas na mě lidi koukají, protože tady nesmíme sprostě mluvit, tak já tady po cestě dolů a otáčí se maminky s kočárkama, radči jsou na druhou stranu, protože já hodně sprostě nadávám. A než dojdou do města a zpátky, tak mě více bolí huba než nohy. Jo, se vrátím se zpátky. Paní... na mě čekala a říká, tak co, vy jste mi chtěl něco říct. No a já vcházím a ráno

*bych normálně nevím, někoho zabil, a vracím se kolem té jedenácté hodiny, protože si chci udělat oběd, jo a přijdu a venku se vyřvu, jo a nepotřebuju k tomu nezbytně nutně flašku. Jo, tak to je dobré, že jste přišel na to, co tak jako funguje. No a říkám, ale spousta, ne spousta lidí“ (KPM 8) „Já, když se potřebuju vymluvit z těch svých problémů, tak jdu za paní sociální...když to na mě zase ide ty deprese jo...nebo zase ty stavy“ (KPŽ 2).*

Jako specifická forma informační a sociální podpory ze strany sociálních pracovníků bylo vnímáno **doprovázení**, které sociální pracovníci azylového domu poskytují. *„Já nevím, jako. Já si myslím, že tady ty pečovatelky jako podporují, a to lidem dávají. Že vždycky podržej a i doprovody udělají. Když potřebuju, že ten doprovod udělají, k tomu lékaři. Já si myslím, že tady je to v pořádku... Já si myslím, že jo. Jsou tady hodný ty pečovatelky, a když potřebujete, podrží vás, i ty doprovody, takže vás doprovodí“ (KPŽ 10). „Jo...ale ze začátku, když mi to začalo, ta epilepsie, tak jsem musela mít doprovod, že jsem byla celkově slabá a necítila jsem se na cestu, tak jsem potřebovala doprovod“ (KPŽ 6). „No, doprovázeli mě. Ale řekli mi, že už tam budu chodit sám. Protože já jsem tam byl jednou a hned jsem zabloudil. Takže jsem tam byl potom s L. a už jsem si to zafixoval, už jsem věděl, kde to je. Pak už jsem šel normálně. Protože já chodím totiž pěšky, jo. Já nejezdím ani tramvajema, ani autobusama. Radši tam chodím pěšky, zpátky. A je to pěkně daleko teda. Ale mám čas aspoň na přemýšlení“ (KPM 4).*

Sociální pracovníci v azylových domech klientům poskytují i další možnosti podpory, je to podpora v prosazování práv klientů, **advokacie**, která se vztahuje např. k vyřízení dávek či zajištění dopravy k lékařské péči. *„No, až doma jsem to četla, kolik tam je. Tak paní T. tam druhej den jako... jednání, kdo co potřebuje... tak jsem jí to ukazovala a ona říkala, že tam o půl devátý bude volat, na tu sociálku a že se snaží na to zeptat a v pondělí když tak za tou kurátorkou, kdyby se to vztahovalo na mě“ (KPŽ 6). „Tady mi ten doktor nechtěl vypsát tu sanitu jo, že prý mám jet autobusem do toho Z., a tak sem to říkal naší sociální pracovníci a ona, že je to nějaké divné, povídá, že tam zkusí ještě zavolat a domluvit to“ (KPM 8).*

## **Co v azylovém domě vám naopak znesnadňuje péči o zdraví (nepomáhá být zdravý)?**

Prvním vnímaným znesnadňujícím prvkem ve vztahu k péči o zdraví v azylovém domě byly dvě bariéry, které se vztahovaly k možnosti **„dostat se do azylového domu“**.

První bariérou je komunikačními partnery popisovaná **nedostatečná informovanost o existenci azylových domů**. Mnozí z komunikačních partnerů uváděli, že se o existenci azylového domu dozvěděli, až když se do něj dostali. *„No tak to jsem strávil první noc vlastně tam, to je pro všechny vlastně, já jsem ani o tom nevěděl, že nemusím já spávat venku“ (KPM 2). „Já sem se tady o tom dozvěděl od kamaráda, co už v azylovém domě žil... neznal*

jsem“ (KPM 12). „Já jsem o azylácích nevěděla, dokud jsem tu nebydlela... myslím, že to tak má většina mamin tady“ (KPŽ 2).

Druhou vnímanou bariérou je **nedostatečná kapacita azylových domů** v místě jejich aktuálního pobytu. „Nemohl jsem nic no. A pak mě ještě tady... tak mě řekla, že je plno tady, že jo, že abych šel ještě ven. Tak jsem si akorát vzal kalhoty, co jsem tam měl jako tady to a šel jsem zase ven. Pak mě tady paní sociální mě stáhla jo, já jsem přišel, jestli má bydlení, vona jo, pojdte, tak jsem se dal malinko do kupy“ (KPM 16). „Nene, já už jsem tady bydlel, už dřív... jsem tady přespával jako na noclehárně a už jsem se ptal paní, jestli je tady volno, ale ono tady bylo pořád plno“ (KPM 10). „Já sem tady byl původně na tej noclehárně... dokavad' nebylo místo tady“ (KPM 2).

V rámci zdraví vnímali komunikační partneři i **negativa pobytu v azylovém domě**. Tato negativa byla vnímána jako „zátěžová“ zejména pro **psychické zdraví obyvatel azylových domů**.

Jako obzvláště zátěžová je vnímána **první zkušenost s pobytem v azylovém domě**. „Takže působí vlastně hlavně ten stres. To, že se musíte nějakým způsobem přizpůsobovat, že jste vystavena něčemu“ (KPŽ 3). „No ze začátku to bylo hodně na psychiku náročný, že jo spíš, jsem pak dostal angínu, takže jsem byla oslabená, že jo. To dělala psychika a všechno, ale teď už je to zase dobrý. Jsem se trochu vzpamatovala a dala do kupy, přece jenom jsem tu dva měsíce... Asi bylo nejhorší si zvyknout na to, že už prostě nejsem ve svém, že jo, že přece i ta dělená koupelna a tak dále. To všechno bylo asi to nejhorší, že jo, no. Prostě zvyknout si na to, že už nemám sama pro sebe, ale že se často tu potkávám s jinýma i u televize a tak dále, že. To je asi to nejhorší“ (KPŽ 5). „Jako já myslela, že mi tu chybí, že prostě když maminka sem přijde a většinou každá z nás má ze začátku nějaký ty psychický problémy, že jo, že spíš jako by bylo dobrý, kdyby sem někdo docházel a každá z nás se mu mohla v té první fázi vypovídat alespoň, že jo, že si myslím, že by to pomohlo každé... No, jo. Já to vidím, viděla jsem to na sobě a vidím to na každé, která přijde po mně, že jo, že prostě je těžké se pro nás smířit s tím, že jsme přišli o něco, že jo, a teďkom vlastně jsme tu a než se ... každé to trvá dýl, než se s tím vyrovná a adaptuje se, že jo. Já si myslím, že tohle by bylo docela dobrý“ (KPŽ 4). „No, přes to, tady právě se mi líbilo ze všeho nejvíc. Tady si nemůžu pořád zvykat, zvyknout. I když jsem si trochu zvykl. Ale říkám, tady to bylo ještě lepší...ten začátek byl nejhorší“ (KPM 4). Jeden z komunikačních partnerů naopak popisoval, že už si v azylovém domě zvykl natolik, že z něj nyní **nechce odejít**. „Domov důchodců. Teď jsme tam nedávno volali, ona to zvedla ta... ona říkala H., že tam poblíž někde staví další areál asi pro třicet lidí, že bych maximálně, že jsem sedmej v pořadníku. Takže tak bych to řekl. A mně se odsud nikam nechce. Já už jsem tady zvyklej. Zase si zvykat někde jinde“ (KPM 17).

První z negativ bylo spojeno s vnímanou **nutností se přizpůsobit režimu zařízení**, který byl dvěma komunikačními partnery přirovnáván k „vojně“ a jedním komunikačním partnerem dokonce k vazbě. „*To je tu jak na vojně, úklidy, ty rajóny, vycházky, návštěvy... to všechno*“ (KPM 15). „*V rámci toho zdraví?! Ne tak, ještě začnu to, spíš, jak se bavíme, jo, že třeba musíme dělat rajony. No a dvakrát za týden třeba schody se myjou. Jo, ale někdo to bere tak, že je to jak na vojně*“ (KPM 2). „*Já jsem rád paní, že jsem tady, že nejsem někde na ulici nebo to, ale je to furt stejný. To je jak na vazbě tady, akorát že jsou otevřené, jinak jak na vazbě je to tady*“ (KPM 13). Nutnost přizpůsobení se pravidlům může být některými obyvateli azylového domu vnímáno jako hodně zatěžující a může být pro ně **důvodem (nuceného) odchodu ze zařízení**. „*Říkám, pokud tady budu porušovat ty pravidla, tak zas budu na té ulici...tak to skončilo, když jsem tu byl poprvé. A teď už taky s tím, jo, říkám, no tak co, tak jsem si to vše začal všechno obracet tím způsobem, že prostě už nechci na tu ulici zpátky, a že třeba už i ta noha byla taková více dost hraniční*“ (KPM 8). „*No, pro někoho. Pár lidí už odešlo kvůli němu (pozn. kvůli řádu). V podstatě jeden, co to dělal tady, tak on utek a je v H. a v azyláku a taky říkal, že tam to párkrát taky*“ (KPM 2). Nutnost přizpůsobit se pravidlům zařízení byla některými komunikačními partnery spojována s pravidly pro **konzumaci alkoholu**. „*Ne, tady je právě cedulka na dveřích do 0,8 (pozn. promile). Byl jsem toho svědkem přes léto, já jsem tomu říkal, že zas sedá na trestnou lavici, když nafúkal víc, tak čeká venku. Někdo čekal dvě hodiny, tři hodiny až... až měl tých 0,8 asi*“ (KPM 2). Porušování nařízení v rámci konzumace alkoholu spojovali někteří komunikační partneři opět s **nuceným odchodem z azylového domu**. „*No, nechybí mi to. Za tu cenu, co jsem tady měl za to... Jsem byl taky vyhozenej, asi dvakrát po třech měsících...*“ (KPM 17). V rámci konzumace alkoholu popisovali účastníci výzkumu **strategie, jak na pravidla „vyzrát“**. Některé z těchto strategií se jeví být potenciálně zdraví nebezpečné. „*Na ubytovně můžete pít, jak chcete, tady do 0,8 promile, když jsem přepil, tak jsem spal venku*“ (KPM 3). „*Tak oni někteří spijou venku no, když si chou přihnout*“ (KPM 2).

### **Soužití v azylovém domě**

Významným negativem, které komunikační partneři spojovali s pobytem v azylovém domě a zdravotním stavem, byl **nedostatek soukromí a nutnost sdílení prostor**. „*Není krásné úplně, tři lidé třeba na cimře, no ale zase je to lepší, opravdu než někde. Já jsem byl skoro měsíc venku, že, tak pro mňa to bylo úplně, ale nakonec sem si zvyknul*“ (KPM 2). „*Ono je to těžký, já jsem spíš v práci než tady, protože tady lidi, tady když se chcete dívat na televizi, tak nemůžete, tady pořád někdo řve nebo tady někdo mluví a já to nechcu posluchat*“ (KPM 14).

Nemožnost mít soukromí a čas pro sebe popisovaly zejména **matky, které žijí v azylovém domě s dětmi**. „*Já se ani nikam nedostanu. Já nechodím nikam. Já se věnuju malé, jsem s malou, a když je nemocná, že bych ještě jako, no to vůbec. Prostě, já jako žiju pro ně*“



(KPŽ 14). „No jo, ale jak chcete v tom jedna krát jedna metrů. Jakože jakoby v uvozovkách. Tam ne, to je na hlavu. Fakt jako to je hodně na hlavu, jo. To se nedá. A teď jakože jsou vedle v pokoji dvě, jo. Tam vlastně malý tu je nejmladší, jo. A my jsme vlastně tři pokoje na tu jednu koupelku. A jak máme tu předsíňku, tak vlastně já mám...dvě, jo, co mají vlastně osmiletého a jedenáctiletého, jo, že prostě. A ten jedenáctiletý je v pohodě, ale ten osmiletý je taky, ale je více takový hyperaktivnější, a to. A teď prostě, jak ty děcka lítaj, jo, tak prostě byl malý nemocný a za chvíli byl znovu, protože jo. Ty dveře prostě jo, to dělá to svoje jo, taky. To je šílené toto. Jo, že. Ale toto neovlivníme no, tady toto“ (KPŽ 4). „Azylový dům pro mě to jediné, třeba pro takového člověka jako jsem já anebo ostatní lidi, protože jsou takoví, že mají jedno dítě a je větší. Nějaký soukromí, místnost, nebo tak, televizi svoji, protože tady nejsou televize na pokoji. Aby ten člověk mohl v klidu se na něco podívat. Je to úplně něco jiný než sedět s děckama. Anebo kdybyste pořádně v tom, jak se to říká... Děcka křičej, že“ (KPŽ 11). „Tak já mám soukromí, jak jsou děcka ve škole. Někdy jsou na víkendy pryč, to si odpočinu vždycky. Jako takhle můžu říct, tady jsem nervóznější. Zvlášť v tom pokojíčku malém. Ale jsem tam spokojená. Ale někdy mi tam přijde, někdy občas tak těsno. Tak z 3+1, když se odstěhujete do takového pokojíčku, tak to je něco jiného. Jak děti začnou zlobit, hlavně ten“ (KPŽ 10). „Někdy jsem tak vyčerpaná, že prostě už si říkám, stačil by jeden, dva dny prostě sama někam toto. Někdy jsem fakt tak vyčerpaná. To všechny maminky tady, prostě to je fakt náročné“ (KPŽ 12).

Ve vztahu k pobytu v azylovém domě matky často popisovaly **zlobení dětí**. „Tak já už jsem starší člověk, takže už na to nemám nervy na ty malý děcka, taky zlobí děsně“ (KPŽ 11). „Je drzejší, mluví sprostě, to by neměl, provokuje zbytečně lidi. Všecko mu vadí“ (KPŽ 12). V tomto kontextu hodnotily dvě z komunikačních partnerek azylový dům jako **ne zcela vhodné prostředí pro výchovu dětí**. „Není to dobré pro výchovu dětí a jako opravdu ne, a to zdraví se nad tím hodně odráží“ (KPŽ 1). „Ne to vůbec... děcka se tady hodně zhoršila jako v chování...“ (KPŽ 10). Jedna z komunikačních partnerek v tomto kontextu hovořila o tom, že se zhoršil psychický stav jejího syna. „No právě že naopak zhoršila, protože ten starší syn on je na tatkově závislý a on prostě na něho ne že kašle ale on si přijde, kdy se mu zachce a prostě to je těžké pro něho. Jak by měl, on takový nebyl. A od té doby, co bydlíme tady, to je obrácené. On je samotář, on má rád klid, samotu. Televizi na pokoji nemůžeme mít, tak jak říkám, je tady dvacet dětí a chce se dívat na pohádku a prostě nemůže se dívat na ni, protože to nejde. Prostě a tím pádem mu všecko vadí, ho bolí hlava a on prostě...“ (KPŽ 12). Z výše zmíněného vyplývá, že se komunikačním partnerkám může jevit jako problematické i **sžívání dětí různých věkových kategorií v azylovém domě**.

V rámci pobytu v azylovém domě bylo velkým tématem **spolubydlení** a často **ambivalentní vztahy** s dalšími obyvateli azylového domu. „Tam mě to baví líp jak tady, tady se každě hádá kvůli blbostem, dluží peníze, tak lidi proto musí něco dělat, aby měli peníze, když pro to nic nedělají, se potom nedá mluvit... Skrz peněz, skrz jídlo, kvůli blbostem... Tak máte

*spolubydlícího, to je takový těžší. Spolubydlící je jinej, já jsem jinej“ (KPM 14). „Takže, já vám něco ještě povím. Když jsem tady bydlel, bydlel jsem na pokoji s jedním mladým frajerem. No, a když jsem viděl, to co on předvádí... No tak jsem málem dal přes tlamu, jo... Tak jednak si myl nohy v kýblu..., celej se myl v kýblu. Já jsem to... jak jsem přišel, protože já chodím ven, přišel jsem a koukám, co to je...“ (KPM 4). „No, já jsem tady bydlel s někým, ale nedopadlo to dobře. Dcera mě taky upozornila, že ho nemám brát do bytu, že to bude problém, protože chtěl pořád peníze, peníze. A on byl závislej na cigaretách, a to bylo špatný. Já sám nekouřím, já nemůžu, ani alkohol nepiju, protože na léky se nesmí pít alkohol“ (KPM 10). K hádkám mezi obyvateli azylového domu může ale docházet i kvůli úklidům. „Protože tady mám třeba úklid, jo, zrovna hernu. Včera jsem tady dělala hodinu a půl úklid, který normálně trvá půl hodiny, jo. Když jsem odsunula křesla, jo a... Jde o to, že jedna to udělá a druhá to neudělá, to, co má dělat, jo. I personál vám to řekne, ale to nikdo nedělá. To se dělá jenom v sobotu, ale když to mám napsané, že to mám dělat denně, tak to denně udělám. A o tom to je, že?“ (KPŽ 3).*

Ve vztahu ke konfliktům se spolubydlícími hovořili komunikační partneři o několika strategiích. První z nich bylo **držení si odstupu**, **strategie držení si odstupu byla často spojována s pocitem „nepatřím sem“**. „Tady to asi není možný, tady chodí ty bezdomovci, že jo, se seznámit, ale to je bezvýznamný. Nevím, jak bych to definoval, ale tady chodí lidi, kteří jsou bez práce a bez nějakých ideálů, takže s něma člověk nemůže navázat kontakt, není o čem se bavit s něma“ (KPM 10). „Člověk si musí držet nějakou, jako nějaké soukromí si musí držet. Jako aby člověk přežil, to ne, ale aby se cítil prostě nějak dobře. Si to zbytečně nějak neztrpčovat ještě víc“ (KPM 7). S držením odstupu se často pojila strategie **stažení se**. „To se radši straním. Jako, na hlídání dětí nebo křik, to, to, tohle to ne. To nezvládám. To strašně vznikne, takové, pocení ruce, ne, to ne. Já vždycky zalezu do toho pokoje... To máte návaly, a takové to, že se začnu škrábat, tak radši se zavřu do pokoje“ (KPŽ 11). Dva z komunikačních partnerů uplatňovali v kontextu výše zmíněného ve svých výrocih strategii zaměřenou na vyzdvihování své „**bezproblémovosti**“ ve vztahu k „problémovosti“ ostatních. „Já tady funguju...se mnou nejsou žádné problémy jak s ostatníma, ti třeba nedodržují ty pravidla, pak třeba i odchází, furt s na něco vymlouvají...to já ne, já si pěkně splním to svoje jo a mám svatý klid“ (KPM 2). „Tak já tady jo... snažím se jim i radit třeba tomu, co se mnou bydlel předtím jo...tak tomu jsem radil, co a jak se životem... i ohledně tý čistoty, že to je základ jo a tak... já vim, jak to tu chodí, já tu nemám jako jeden z mála jedinej problém“ (KPM 5).

Další strategií byla **snaha o toleranci**. „Vlastně a svým způsobem pomohlo mi to, je to tu v pohodě jako takhle dalo by se říct, ale říkám, o toleranci s matkami jo to tady jako je takhle“ (KPŽ 4). Dva z komunikačních partnerů popisovali jako strategii dominanci a **sebeprosazení**. „Koukej jít ven, koukej jít do sprchy, nebo tě ztřískám“ (KPM 4). „Teď bydlím ještě, ona je proti mně mladá, je jí asi třicet pět a nedá se s ní bydlet. Jako si shání práci a chodí do sboru a všude možně, takže ona přijde večír a vona má nějaký vztahy ke kočkám

a k duchům a tohle, a to mě jako rozčiluje, to jsem jí řekla a by mě tím nekrmila, že mě to nezajímá. Ona je to původně, ona měla babičku Němku a maminku jako že jo.... A taky vona nemá ráda Čechy jako, já říkám, mě to neříkej, mě to nezajímá jako, to je tvoje věc. Ale nedá se s ní vyjít jako“ (KPŽ 6). Jedna z komunikačních partnerek popisovala, že ji **uklidňují její děti**. „Já nevím, mě hlavně uklidňují děti moje, jo. Prostě tak jako jde vidět, kolikrát jsme se tady poštěkali s maminama, takže prostě ten malý zpozorněl a začal plakat. Tak to mě hodně hned uklidní, že prostě mě to dá do klidu, jo. Že prostě vím, že když já nebudu spokojená, tak to dítě nebude spokojené, jo. Že prostě ten hodně fakt ten malý. Nebo jak jsem s oběma, jo, že mi prostě pomáhají ty děti, jo. Jakože nejvíc na tu psychiku, být v klidu, protože i když fakt nejsem já klidná, tak jde vidět aji na tom prckovi, že prostě je takový nevrlý. Jo, a je to horší, jo. A prostě to nejde, když, jo. Oni jsou taky děti vším, jo. No, to mě malý, děti mě uklidňují. Takhle. A jak jsem říkala, když je matka v pohodě, tak je aji dítě v pohodě“ (KPŽ 4).

V rámci ambivalentnosti vztahů se spolubydlícími popisovali komunikační partneři i **vzájemnou pomoc**. „Nedávno mě stříhal tady klient“ (KPM 17). „Je tu jeden, kterej vždycky řeže zemáky dvě hodiny na také malé kostečky a má z toho kaši. A tu je víc takovejch. A on jako každý má možnost tak sa naučí temu. A zas je tu jeden kucháček co je vyučený kuchař, ten jeden stále má chřipku, tak on zase na vás když vidí, tak když vidí, když vidí, že někdo nemá, tak mu zase třeba dá kyselici a tady jed hrachovku, a to zase, on dělá zase tady pro..., no za ty hodiny dostane různé jídlo, jo, fazole, hrách a on to zase někomu dává“ (KPM 2). „Sa spřátelíte s někým no nebo si pomáháte navzájem, on vám něco donese. Třeba z obchodu nebo uvaříte si dohromady, což tady tak jako je. Ve dvojko si vaříja. To sa vždycky domluví, že naváříme vám. No že máte ty lidi kolem sebe, to je důležité asi. Tak nejsou v tom sám, to je jako ten začátek, nejsou v tom sám, bo tak dopadnou. Takových lidí je hodně si říkáte“ (KPM 6). „Pokaždé si, tady si spíš pomáhají lidi navzájem. Ten má, ten nemá, ten dá, ten zase nemá tak ten mu dá. A takhle si tady pomáhají“ (KPM 12). „Já si jedu furt svoje. Jako mám tady kamaráda, co sedí zrovna tam. Bráchu tady mám. Pomáháme si navzájem, nenervuju se s nikým anebo todle“ (KPM 12). Ve vztahu k pomoci spolubydlících v azylových domech komunikační partneři hodnotili pozitivně i **možnost sdílení**. „Že tu mám kamarádky a že máme třeba i stejný osud, něco máme podobné a mám tady dobrou kamarádku, která vlastně potom přijde za váma a ona mě tady sbírala ze země, když jsem..., když mě dostal neskutečně... já už ani brečet nemůžu, já už to mám za sebou, prostě a on mě na ty kolena dostal nesčetněkrát“ (KPŽ 1). „Tady mám lidi kolem sebe, jo..., můžu si pokecat..., můžu se svěřit nebo tak... to jinde není třeba“ (KPM 14). „Důležité je i to sdílení, jo... tady si s holkama pokecáme o všem... jsme tu dobrá parta ted'ka a máme toho hodně společného jako v životě...ty špatný věci většinou“ (KPŽ 3).

Ve vztahu ke vzájemné pomoci a její potřebě popisovaly některé komunikační partnerky jako bariéru chození k lékaři a určitý „zpomalovač“ uzdravování se **nemožnost nechat děti**

**v azylovém domě bez dozoru.** Možnosti řešení této bariéry se v jednotlivých azylových domech různily. „No pomáhají nám tak, že prostě máme třeba, když bych byla třeba těžce nemocná já nebo s těma horečkama, že oni mi tu nechají toho syna, na to, abych si mohla zajít k tomu lékaři. Jo, že kdyby nemohl do školy nebo něco, že to by mi povolili hlídání. Jsou azylové domy, kde to hlídání mezi matkami je běžná věc a matky si můžou dojít do obchodu nebo tak, ale tady ho prostě nechat nemůžu jenom tak. Já si potřebuju... tak si ho vemte s sebou, je zdravý, nic mu není, jo. Kdyby byl nemocný on nebo já, můžu ho tu nechat a jít si vyřizovat“ (KPŽ 3). „Já, když sem byla nemocná, tak sem musela vodit děcka všude s sebou... i s horečkou... tři děcka malý ještě“ (KPŽ 4). Nutnost zajistit hlídání dětí bylo jednou komunikační partnerkou vnímáno i jako bariéra možnosti jít si zacvičit. „Tady jde o to, že já ty děti nemám komu dát, jo, abych třeba šla na tu hodinu a vypotila se někde jo“ (KPŽ 1). Ve vztahu k hlídání dětí a ke sdílení se jeví být vzájemná pomoc u obyvatelek azylových domů častější než u obyvatelů (mužů). Zajímavým jevem se zdá být to, že jsou to právě ženy, které častěji popisují přínosy možného sdílení vlastních zkušeností, muži naopak spíše zmiňovali možnost „si popovídat“ se sociálními pracovníky.

Komunikační partneři také vnímali ve vztahu k azylovému domu určitou **sociální uzavřenost** tohoto **prostředí**, která se u některých projevovala **odloučením od partnera**: „Já jsem rozvedená, ale jako co mám teď tady ty děti, tak mám přítele. Byli jsme spolu třináct let. On je teď na ubytovně a já jsem tady“ (KPŽ 10); a vnímanou **izolací od vztahů mimo azylový dům**, která je dána různě striktními **pravidly pro návštěvy v azylových domech**: „Ne, ne, ne. Já je tu nepotřebuju, já chodím radši za něma... Akorát kolikrát sem přijdou sestřenice nebo holky, tak tady sedíme před barákem. Si dáme kafe nebo čaj jo, ale dovnitř se nesmí“ (KPM 12). „Tady návštěvy můžou, ale jenom odpoledne v návštěvních hodinách...jinak je to zakázaný“ (KPŽ 5); a různě striktními pravidly pro **vycházky**: „Tak tady sou ty vycházky jo, takže jinak musíme být tady, když nemáme vycházky...je to jenom pár hodin denně, akorát na nákup“ (KPŽ 4).

Někteří komunikační partneři o tom, že vnímají, že se jejich zdravotní stav v azylovém domě **zhoršil**. „No, od té doby, co jsem tady, tak jsem furt taková nachcípáná. I děti jsou nemocný furt. Takže se to, prostě, nevím, jak jsou děcka nemocné, je to, že nevydrží na pokoji, jo, chodí, kuckají, kýchnou, no, a to je hned, že“ (KPŽ 9). „My sme tady nemocní pořád... já, děcka... všichni“ (KPŽ 4). Zhoršení zdravotního stavu komunikační partneři spojovali s kategorií **roznášení nemoci**. „Jako jedině tak, že, když je nás tady víc, tak se roznese chřipka nebo, že to dřív chytíte nebo tak, ale jako tak by to mělo pomáhat“ (KPM 2). „Tady je to špatný, když jeden je nemocný, tak se to tady šíří“ (KPM 10). „Takže když je člověk nemocný, taky je dneska více lidí nemocných, tak fakt se to rozšiřuje jako. Ani to větrání nepomáhá. Každý je tu jinak nachcípáný teďka. Abyste neodešla odcať jako, měla byste s těma lidma mluvit v roušce, si myslím“ (KPM 7). „No tak teď tady nejhorší je to, že když jsme tu tak všichni pohromadě a jeden je nemocný tak se to pak předává, že jo, a nakonec

onemocněly všechny děti (smích). My jsme tu měli úplně všechny nemocný. To je asi to nejhorší, že vlastně je tu jedna herna, že jo, a vlastně když sem přijde nějaký vir, tak to dostanou postupem všechny“ (KPŽ 5). „No to se v takových zařízeních, zdravotní to, to se nedá vůbec zlepšit. Že prostě čím větší kolektiv, tím horší to bude. A když má to dítě, kde jsou další... I kdyby tu bylo deset děček nemocných a pět zdravých, tak ty děčka stejně půjdou za tím kolektivem. Protože těch deset děček je natáhnutých ve svých pokojích a musí být v izolaci, ale tam je pět dětí, které si hrajou a oni tam chtějí být, jo. Musí projít přes tu chodbu, protože jdou k lékaři, jdou na záchod. Jo, takže i... protože tam jsou většinou dva pokoje a jedna koupelna. Takže stejně i v té koupelně, než ta matka utře po něm všechno, jo. Takže čím větší kolektiv, tím to bude vždycky horší. Opravdu, každý pokoj, mít svůj záchod, svoje umyvadlo, mít svoji sprchu. To si myslím, že je základ“ (KPŽ 3). „Přenášejí se, no. Třeba teďkon byla chřipková epidemie nebo to... měli to tady všichni. Takže všichni dostanou potom ten bacil, který tady, nějak běhá v ovzduší... Oni třeba říkají, že ti, co jsou nemocní, mají být na pokojích. Jenže někteří to nedodrží“ (KPŽ 9). Ve vztahu k roznášení onemocnění hodnotili komunikační partneři často negativně **nechození k lékařům** u svých spolubydlících. „Jo, a to prostě tady jsou děčka, které prostě nebyly u doktora, kašlou a teď mají taky chycené ty průdušky a teď aby mi to chytil zpátky můj malý, já mám strach. A to jako s malým děčkem. Furt zavřená na pokojích, to taky nejde. Jo a ven taky jdu, ale na chvíli, protože on je po té nemoci, po těch antibiotikách. Je to tady tak strašné tady v tom. Jako, nevyberete si“ (KPŽ 4). „Jsou tu malé holčičky, co prostě nachlazené mají, jakože nemají teploty, ale mají tu rýmu a ten kašel a nejdou k tomu doktorovi, jo. Stačí jenom zajít k tomu doktorovi. A to stojí fakt ty kapky do nosu, jo a jenom ten Stoptusin třeba na ten kašel. A dávat to pravidelně a prostě, za týden, si myslím, že to bude pryč. Jo a nejdou k tomu doktorovi. Nebo kdyby přišli za maminkou a ostatní. A já vám ten Stoptusin klidně dám jo. Ty léky prostě jo. To není problém nebo takhle, jo. Ale prostě. Když to tady budou 2 lidi prostě léčit a ostatní ne, tak to nemá smysl, si myslím“ (KPŽ 5). „Ale pak když se ten člověk cítí špatně, tak prostě jít k tomu doktorovi, jo, a ne že jenom budu sobec a nejdu, to vyležím tři dny, a přitom už se cítí dobře a už je jenom ten přenašeč, jo prostě“ (KPŽ 4).

Ve vztahu k roznášení onemocnění a nechození k lékařům popisovali někteří komunikační partneři **snahu sociálních pracovníků, aby nemocní k lékařům skutečně chodili**. V tomto kontextu ale komunikační partneři dodávali, že sociální pracovníci nemají možnosti/„nástroje“ k tomu, aby nemocné skutečně donutili k lékaři jít. „Tak tady, skoro nic takového není, spíš je tu přístup, spíš tím, že vždycky se snaží apelovat na všechny maminky, aby chodily k doktorovi s dětma, když jsou nemocní, že jo. Aby prostě je nechaly vyšetřit, proléčit a asi to je všechno. Akorát když někdo jít nechce, tak ho prostě asi nedonutí... asi není jak“ (KPŽ 5). „To nejde jo. To aji chápalo vedení, že to nedonutí. Že oni třeba řeknou jo, byli jsme u doktora, ale nedonesou žádné potvrzení. A ona to tady vyleží. Pokud mají děčka antibiotika, tak vyžadují, jestli máme nějakou zprávu od doktorky nebo něco. Nebo recept

nebo takhle. Tak já jsem dala, že, ale oni to taky neovlivní, že. Jako, to je ten problém tady. Aby to dávalo smysl. A nevím, jak by se to dalo do budoucna nějak změnit. To fakt záleží na těch matkách, jo“ (KPŽ 4).

Vnímáním bariérou ve vztahu ke zvládnání režimu zařízení je u některých klientů i **špatný zdravotní stav**. „Ten byl zároveň s ním v nemocnici a ten byl taky na tom špatně. A ten první byl v pohodě. Kdosi mi tady říkal je on je tam a on bez noh ten první? Já říkám ne... My jsme slyšeli, že má nohy uřezané a to. Jo, že a on sa z toho tak brzo dostal, jako že... no ale jak má tady zvládat ty rajóny, ty úklidy“ (KPM 2). „Ano, operace kolen, menisky mám vyoperované a přetrhané klíční, teda kolenní vazy. 2001 to bylo, jak mě ty klouby chytly v tom 1996, tak potom za čtyři roky kolena. To jsem byl v práci a prasklo mě v koleně a meniskus, je to špatné. Artróza, to se vám drolí klouby, že... to je rozpad kloubů vlastně ta artróza, to je právě na houbec, já se třeba neohnu, abych uklidil jo“ (KPM 6). „Tak asi tři čtvrtiny bud jsou to berličkáři nebo mají nějaké psychické poruchy. Tady takový prostě míchačka tady těchto věcí...to je pak těžké s tím režimem tu“ (KPM 7). „Jeden je po infarktu, je rád, že mu oběd dovezou, a že si umyje kastrůlky na jídlonosič. Druhý je o berlích se žádama“ (KPM 1). Ve vztahu ke zvládnání režimu v azylovém domě tematizovali někteří účastníci výzkumu bariéru ve vztahu ke svému **věku**. „No cítím. Úklidy zvládám a všechno. Až na ty záda jakž takž. Už mi není dvacet“ (KPŽ 10).

V rámci úvah o bariérách zvládnání režimu v azylovém domě v podobě věku a špatného zdravotního stavu se někteří komunikační partneři zamýšleli nad vztahem azylového domu a „**pečovatelské služby**“, „**LDN**“ a „**hospice**“. „Jo, měli jsme tady klienta, který v podstatě tady, i když on byl teda starší člověk, ale prostě nedokázal v podstatě zachovávat základní hygienické pravidla. Jo, takže to bylo občas otrěs, tím že tady děláme v podstatě nějaké rajony, jo střídáme se, takže občas po něm mýt a uklízet toaletu bylo nesnesitelné. Jo, nesnesitelné. Všecko je, já už nemůžu říct, že ledasco je snesitelné, jo ale prostě lezlo nám to na nervy. A pak asi po roce se ho podařilo přemístit opravdu do domova s pečovatelskou službou, kde se uvolnilo místo. Jako občas to bylo velice nepříjemné. Jo, co se týče té zdravotní péče, je to tady tak nějak, myslím si, vyhovující. Je to azylový dům není to sanatorium“ (KPM 8). „Teď, to je tak měsíc. Jsem tam ležel čtrnáct dní. Týden na interně, potom mě dali na eldéenku, tady jsem měl nějaké úlevy malé, nemohl jsem třeba dělat některé věci, jak ostatní“ (KPM 9). „Tak to jsou různé výmysly, co by tu mělo být, co by se mělo zlepšit. Což jako relativně, fakt to tak nejde, to si každý představuje, co by se mohla. No. Třeba do lázní zajet nebo tak...toto je azylový dům ne nějaká služba pečovatelská“ (KPM 2). „Já si myslím, že nic. Tady je na tom spousta lidí tak jako, že to zavání hospicem. Že je to tady takový miš maš lidí. Staří lidi, invalidní lidi, zdraví lidi. A těch zdravých a schopných lidí se napočítá tak na prstech jedné ruky. Ale tak jako já nepotřebuju, aby se o mě někdo staral, jsem rád, když se o sebe postarám sám. Nerad bych něčím někoho otravoval. Není taková situace prostě no“ (KPM 7).

Ve vztahu k azylovému domu vnímali komunikační partneři jako stresující také **omezenou dobu pobytu a neexistenci systému sociálního bydlení, který by navazoval na pobyt v azylovém domě**. „*To je taky na rok. Tam jsem bydlela rok, a pak jsem si sehnala podnájem, prostě. Tam jsem bydlela dva roky, ale tam taky to nějak finančně nešlo... no a teď sem tady, ale tu je to taky jenom na rok a co potom, že...*“ (KPŽ 10). „*Zatím ještě ne, protože tak nějak toho času moc nemám, na přemejšlení, jo a... jako řešil jsem to, že, s panem sociálním, jo, takže... uvidím, jak to bude dál... ale jako zvyvaj mi tu už jen ty čtyři měsíce, že... co pak bude nevím, nepřemejšlel sem ještě*“ (KPM 5). „*Akorát že to je to, že tady to je jenom na rok a já po tom roce si musím zase něco hledat. Ale já, když jdete třeba na tu ubytovnu tady, tak to je všechno plný, tam vám taky řeknou, že to je všechno plný... tak budu muset asi do tý práce, najít si nějakou práci a vzít si nějaký byt, nebo nevím*“ (KPM 11). „*Tak každý má ty svoje životní pády, si myslím, a to, a když jsem na tom byla psychicky špatně, jak jsem měla problémy s bydlením jo, a to, tak šel aji celkové všechno se mnou dolů jo, že prostě šlo to aji vidět na vzhledu, jo... a teď zase... hrozí stěhování... zase to začíná*“ (KPŽ 4). „*Akorát že to je to, že tady to je jenom na rok a já po tom roce si musím zase něco hledat. Ale já... když jdete třeba na tu ubytovnu tady, tak to je všechno plný, tam vám taky řeknou, že to je všechno plný... tak budu muset asi do tý práce, najít si nějakou práci a vzít si nějaký byt, nebo nevím...*“ (KPM 11). Jedna z komunikačních partnerek hovořila o tom, že dostala **sociální byt „za odměnu“**. „*A dostali jsme ho za to, že jsme vzorný no...*“ (KPŽ 14). Vnímání dostávání sociálních bytů „za odměnu“ může vést k tomu, že obyvatelé azylových domů vnímají sociálního pracovníka jako určitého „strážce a přidělovače sociálních bytů“. Jako stresující byla v kontextu možného přestěhování jedním z komunikačních partnerů vnímána i nutnost obstarávat si **nové vybavení domácnosti**. „*To už bylo vlastně potřetí, co jsem si obstarával všechno nové, nové věci, je to furt dokola...je to stresující*“ (KPM 2).

### **Co děláte pro to, abyste byl/a zdravý/á?**

Obyvatelé azylových domů ve svých výročí popisovali určité specifické strategie zvládnání aktuální životní situace bez domova/a pobytu v azylovém domě. Některé z popisovaných strategií lze přitom vnímat jako adaptivní a funkční, některé naopak jako nefunkční a neadaptivní. V rámci této kapitoly se nabízelo strategie rozdělit do dvou větších celků právě dle popsané „*adaptivnosti*“/„*funkčnosti*“, ale nechtěli jsme k individuálním strategiím zaujímat hodnotící stanovisko, proto necháváme posouzení „*funkčnosti*“/„*adaptivnosti*“ jednotlivých strategií na sociálních pracovnících v rámci individuálních situací jednotlivých klientů.

První ze strategií je spojena s **odklonem pozornosti a odreagováním se**, cílem této strategie je „*přijít na jiné myšlenky*“. „*Tady pár kámošů, ale prostě se projít do přírody, člověk přijde na jiné myšlenky, skočím si na hřiby, jsem v přírodě, a to je lepší jak doktor*“ (KPM 6).

„Protože já chodím furt po venku. Já furt musím cestovat, jo. Nevím teda proč, ale furt chodím tam, tam, tam, že jo“ (KPM 4). „Tím se teda nezabývám, na to nemyslím (pozn. myšleno zdraví), protože to by člověk psychicky zblblnul. Já se snažím na to nemyslet a nějak se třeba zabavit nějakou knihou, si přečíst nebo televizi, tak nějak aby člověk přišel na jiný myšlenky“ (KPŽ 6). Odklon pozornosti a odreagování se souvisí s potřebou „**mít svůj klid**“, ale může být samostatná strategie související s aktuální životní situací. „Já už potřebuju, mám šedesát roků skoro, já už potřebuju klid, sám být v pohodě a klídečku. Tady ten klid není, když se člověk rozčílí, těžko no“ (KPM 6).

Další popisovanou strategií je **humor**. „No já už to беру tak jako s humorem, že člověk by se neměl vzdávat nebo propadat nějaký panice. Jsou nějaký lidi, co se chtějí třeba oběsit, ale člověk by to neměl vzdávat, ani když se dostane do takových, ted' budu mluvit sprostě, do takových sraček. Ale furt sou nějaký řešení, furt sou“ (KPM 15).

Někteří komunikační partneři vnímali v rámci copingových strategií jako důležité **pozitivní myšlení**. „Pozitivně myslet. Já nevím, já nevím, jak to mám říct prostě. Brát život tak, jak je. Jak Vám nadělil. Já jsem sama, já nemám rodiče, takže prostě jsem zvyklá... Mě pozitivně naladí paní K., protože má miminko, takže jako já, já nevím prostě“ (KPŽ 14). „Psychika, nutí mě to jako, kašli na to, že jsi nemocná, kašli na to, nepoddávej se tomu, myslí pozitivně“ (KPŽ 6). Se strategií myslet pozitivně se ve vyprávění komunikačních partnerů pojila i strategie „**nepoddávat se tomu**“. „Tak po té psychické stránce se cítím normálně, nepodávám se tomu jako takhle, že jsem nemocná. Já se snažím tak nějak si obstarat nákup“ (KPŽ 6). „Já přemáhám bolest. Já přemáhám bolest. Minule mě bolely strašně nohy, já jsem měl, jak mi říkala mamka, v mládí jsem měl zánět kostnice“ (KPM 11). „Jestli mě z toho právě nebolí záda, něco takovýho. Protože kolem toho, odsad', mě to chytne, protože když zacvičím, když třeba zvednu nějakou činku, tak mě to třeba chytne. Jinak, jinak se tomu nepoddávám. Ale nevím, co je ve mně, protože jsem nebyl hodně dlouho u doktora“ (KPM 11).

Jeden z komunikačních partnerů hovořil o strategii „**hlavně slušně**“ ve vztahu ke svému okolí. „Slušně hlavně. Nemá cenu nadávat, to mě naučili v léčebně. Nemá cenu se rozčilovat, je to zbytečné“ (KPM 3). „Tak většinou to nikde jako nevykřikuju, ale když, za tu dobu jsem neměla potřebu nikomu říkat, že jsem jako na azylu. Jinak, když se, já si myslím, že když se chováte vy dobře, tak se k vám taky budou chovat dobře. To je můj názor“ (KPŽ 15).

Komunikační partneři popisovali i strategii spojenou se **zvyknutím si**, ať už na stávající zdravotní stav nebo na pobyt v azylovém domě. „Tak jak mám oči, tak tu ledvinu mám nevléčitelnou. Kdyby to bylo vyléčitelné, tak mě to tak netrápí. Ale dokonce života chodit na tu dialýzu. Můžu tu být dvacet roků, můžu tu být týden. Ale furt tam chodit. A to tam lehnete a musíte tam ležet pět hodin a nesmíte sa pohnou je třeba si zvyknout ale“ (KPM 9). „Nejsem spokojenej s tím, že prostě, že jsem skončil tady, určitě jako. Je lepší bydlet někde prostě, jak bych to řekl, byl jsem zvyklej prostě bydlet, posledních deset let jsem bydlel sám



prostě. Ted'ka tady je padesát lidí, takže je to takový nezvyk, je to jenom nezvyk, určitě. Takže to, já se zase adaptuju. Takže s tím taky žádný problém nebude. Samozřejmě, že lepší asi bydlet prostě sám“ (KPM 14). „Ne, já nemám celkově zdravotní problémy, protože já mám rád počasí, jaký je, to si člověk nevybere, musí brát takový, jaký je já mám navíc rád tu zimu, takže... já jsem vždycky skončil v zimě na ulici, takže jsem si nějak zvyknul“ (KPM 15).

Komunikační partneři ale volili i strategii spojenou s **únikem** ze stávající životní situace. „Já se sem vždycky těším a pak se zase těším, když jdu pryč. To je takové těšení se furt na něco. Se sem člověk vždycky těší a pak se zase těší, až může odejít z tady. Já tady moc nebývám, třeba dneska bych tu ani nebyl, že, já vždycky ráno jdu, a taky mám ještě jiné aktivity. Kdyby nebylo dneska tady tohleto, tak už bych byl pryč“ (KPM 6). „No, pro někoho to tu není ten azylák. Pár lidí už odešlo kvůli němu“ (KPM 2). Někteří komunikační partneři popisovali, že je strategií jejich spolubydlících **únik do nemoci**, tato strategie přitom slouží podle komunikačních partnerů ke dvěma cílům, prvním je získání pozornosti a zájmu okolí a druhou vyhnutí se povinností, které jsou s pobytem v azylovém domě spojovány. „Protože na sebe upoutávají pozornost. Mají potřebu, aby o ně byla nějak zvýšená péče. Jo, prostě člověk, který je tady v podstatě v pohodě, jo, tak tady opravdu je na tom azylovém domě, protože to je azylový dům a ne dům s pečovatelskou službou“ (KPM 8). „A je tu víc lidí takových, kteří nejsou na tom zase až takhle, jo, ale přece jenom mám pocit kolikrát, že si říkám fakt, já nevím, co nejsou všechno schopni vyprodukovat za nemoc. Jo, že jenom aby se na něj dívali, jaký on je chudák“ (KPM 2). „Kdo chce, má tu možnost. Kdo nechce, no a pak jsou tady teda vyloženě lidi, kteří spíš nechtějí kvůli tomu, aby jim bylo, jakože chudáček maličký. A pomalu i zadek utírat“ (KPM 6).

Strategie úniku je některými komunikačními partnery spojována s **únikem z reality pomocí alkoholu nebo drog**. „Jo a chodí na to pivko, jo, a že si myslí, že to tím nějak tak vyřeší, ale někdo chodí pravidelně, že si dá třeba dvě nebo tři pivka a projde“ (KPM 2). „Tak přestal, já jsem s tím nikdy nefetoval nějak hodně, ale když je člověk na té ulici, tak drogy vám pomůžou trošku žít vlastně“ (KPM 15). „Že na těch drogách ani nespíte, že vás udrží bez spánku, že si uděláte něco k jídlu. Když jste na ulici, nemůžete si nikam lehnout, tady na lavičku, hned vás buděj policajti. Takže tohle vás ničí a jste pořád unavená, takže drogy drží nad vodou, tak, že tu únavu nemáte“ (KPM 8). „Když je člověk na té ulici, tak drogy vám pomůžou trošku žít vlastně, já jsem díky drogám dostal i žloutenku céčko“ (KPM 15). „No, jak jsem byl psychicky na houbec, jak jsem se rozváděl, tak jsem pil. Ale pak říkám si, to ti stejně nepomůže, tím nic nevyléčíš, že jo, tak jsem přestal pít, že jo. Ted' za prvé po mozkové ani nemůžu pít, to bych byl dávno po smrti, takže... no, jedno pivo si dám, třeba jednou za čtrnáct dní, dvě piva za čtrnáct dní, ale jinak nemůžu... a kor na prášky“ (KPM 6). „Vždycky zahulíme trávu, a ne jako já nebulím každý den každou chvíli, já jenom když potřebuju, já to potřebuju na spaní, že jo“ (KPM 13). Určitý únik z přítomnosti představují ale i **myšlenky na budoucnost**. „Kdyby mně něco našli, tak bych fakt šel někam do těch lázní. To by sem

chtěl, to by sem si přál“ (KPM 11). „Jo já v budoucnu bych chtěla třeba baráček jo... pěkně mít někde svoje... pes, zahrada třeba i jo“ (KPŽ 11). „V budoucnu..., chtěl bych se zařídít pro sebe... mít teplo, klid, ženu, aby se o mě starala třeba“ (KPM 15).

Jednou ze strategií, kterou komunikační partneři popisovali, byla i **rezignace**. „Jsem se rozvedl, a pak už to... už jsem házel všechno za hlavu. Mi bylo všechno jedno“ (KPM 5). „Jsem byl psychicky na dně... tož to byl ten rozvod, když ztratíte zaměstnání, tak to vás taky psychicky zdeptá, nemáte z čeho platit, z čeho žít, to je... ta sociálka, to vám nestačí, to je... to je prostě, psychicky vás to sráží do kolen... to už je pak všechno jedno“ (KPM 6). „Já sem měla období, kdy sem na všechno už kašlala... bylo mi to jedno jo, úplně“ (KPŽ 5).

Někteří komunikační partneři popisovali strategii spojenou se zvládnutím aktuální životní situace s vírou v Boha, se **spiritualitou**. „Tady jde o to, že já jsem se i přihlásil na tu bohoslužbu, že jsem byl kdysi na tý apoštolský, jsem byl. Když jsem byl úplně mimo. Já vám řeknu pravdu. Já jsem dělal takový věci, co dělaj dneska třeba chrejmoni. Že jsem bral prášky, bral jsem i tady ten pervitin, prostě, hulil jsem trávu, úplně všechno. A nemělo to význam. Tak mě vzal kamarád, kterej byl kdysi taky hudebník, hrál s bráchou, ten hrál na harmoniku, a vzal mě k tý apoštolský církvi a začal jsem se z toho dostávat. A dostávala mě ta víra. Příroda, víra a tohleto. A dostal jsem se z toho. A děkuju tomu, že mi pomohli“ (KPM 11). „Vzal jsem si Bibli, četl jsem si Bibli třeba někde... To mi pomohlo“ (KPM 15). „Tak já pro to dělám to, že chodím do kostela. Jako zrovna sem do tohohle sboru chodím, a to se cejtím teda jako zdravá jako duševně hodně, to mi jako pomáhá“ (KPŽ 15).

Někteří komunikační partneři uváděli, že jim pomáhá aktuální životní situaci zvládnout možnost mít **výplň času**. „Chodili jsme tam na dévédéčko koukat, jako na filmy. Každý pátek, každou středu jsme si tam vařili v kuchyni. Takový ty věci, no. Oni nám k tomu dali potraviny nebo tohleto a my jsme si to třeba uvařili“ (KPM 12). „Dneska se ještě těším na Ordinaci, já se totiž každý den těším na tu Ordinaci. Já jsem to neviděl, ale je to pro mě taková pohoda. Možná je to pro spoustu lidí takové ujeté, protože tady se na to nedívají. Mě to tak prostě uklidní“ (KPM 7). „Řád jako takový... nějakou náplň, jako den, aby člověk měl vždycky nějakou náplň na ten den, když ju nemá, tak... to já si myslím, že je právě to psychické, ten řád, aby člověk měl nějakou náplň, klasicky nějak, aby byl prostě, aby nějaká činnost byla, taky kultury trochu, sportu a nějaké dobré jídlo“ (KPM 9). Ve vztahu s výplní času komunikační partneři nejčastěji popisovali **možnost práce**, ať už ve smyslu zaměstnání, smyslu smysluplné činnosti nebo tvorby pocitu užitečnosti. „Dojízdim každý den, no každý den ne, já dělám od středy do soboty... to je pro to zdraví taky důležitý“ (KPM 15). „Aktivity tady jsou nějaké pracovní aktivity... to je důležitý ten čas nějak nezabíjet, ale dělat cosi smysluplného. Kdo chce dělat, kdo nechce dělat, nedělá“ (KPM 6). „Já si myslím, že nějaký řád si myslím, být nějak prospěšný, si myslím, nějak aby si člověk připadal užitečný, dělat nějaké dobré skutky maličké. Z něčeho se radovat, aspoň denně se z něčeho radovat. A na něco se těšit, to je

důležité“ (KPM 6). „No, tak teď mně hrozně pomohli tady. Jo, že já jsem tady nastoupil a začal jsem tady na zahrádce a tak. Vlastně těch sto dvacet nebo sto třicet hodin jsem odpracoval zdarma. A tak oni pak chtěli do údržby“ (KPM 8). Potřeba práce je spojena i s možností „dostat se mezi lidi“, tedy s **možností získání sociálních kontaktů mimo azylový dům**. „Rozvážím obědy. Ale zase mě všude vidí rádi, víte? Když chodíte s jídlem, tak Vás všude vidí rádi. Tak to spolu souvisí, když k tomu dáváte ještě nějaké hlášky, tak je to dobré, no“ (KPM 6). „Jako žije se mi tady dobře. No, tak mám tady práci, já jsem tady zaměstnaněj. Dělán údržbáře. No já jsem furt aktivní, já dělám od rána do večera, že jo, tady jsem se dopracoval k tomu, že jsem získal práci tady, no a potom jsem našel, pak jsem byl sám sebou“ (KPM 5). Ve vztahu k práci zmiňovali někteří komunikační partneři i **možnost přivýdělku**, kterou řeší aktuální finanční nemožnost. „A tak neříkám, i když mám plnej, si přivydělám něco, no. Na černo, no tak co, no. Lidi dělají na černo taky, no tak, musím z něčeho žít“ (KPM 9). „Já myslím, že je super hlavně si něco přivydělat, že to pomůže tady s tím šetřením na bydlení“ (KPM 15). Někteří komunikační partneři ve vztahu k práci reflektovali její **nedostupnost/nedosažitelnost**. „Já jsem, furt jsem něco sháněl, furt jsem měl něco a nemohl jsem nic najít, že jo“ (KPM 16). „No práce, to je těžko, co já můžu dělat s tím zdravím podlomeným, takhle mě nikde nevezmou“ (KPM 8). „Tady práce jinak není jo, člověk musí mít praxi a tak, a to nemám, no“ (KPM 12).

Ve vztahu ke zdraví byla komunikačními partnery vnímána jako důležitá i **strategie vyrovnání se se závislostí**. „Tam je to prostě, ne na tom, když jako ten člověk, že alkohol vám zničil život, ale vy jste si ho zničil sám díky tomu, že jste začal konzumovat alkohol. Jo, takže tam je to postavené trošku nějak jinak. Člověk se musí postavit k tomu, že ta chyba je ve mně. Ne v tom, že jako ten alkohol je ten špatný. Nikdo jiný nikomu tu flašku do ruky nedá. Vždycky záleží na člověku nebo na člověku, že prostě si to vezme a pije“ (KPM 8). „Já se se závislostí pral dlouho, ale teď to zvládám jo, to je důležitý..., to je ten první krok, bez téhle změny to nešlo, změnil jsem se v tomhle a teď se mění všechno v tom životě“ (KPM 4). Jeden z komunikačních partnerů přitom popisoval svou **speciální strategii vyrovnání se se závislostí**. „Prostě jednou jsem nemocný, jako říct, že je člověk vyléčený alkoholik, to je podle mého názoru, teda i z medicínského hlediska, jak říkají psychiatři, to je blbost, jo. No, tak jako říct jsem bývalý narkoman, jsem bývalý alkoholik, jsem bývalý, tady při tady těch nemocech je hloupost. Podle mého názoru, jo. To mi potvrdí data. I když třeba nesouhlasím, že některé věci se dají dělat nějak trošku jinak. Když si to tam trošku člověk srovná, tak takhle, jde to. Jo. I když jako říkám, je to vlastně vždy na ostří nože, já si někdy zajdu třeba i na pivo jo, to by se doktoři zbláznili, kdyby to slyšeli, vyléčený alkoholik“ (KPM 8).

Další ze strategií vyrovnání se se stávající životní situací je strategie „**já sám**“. Tato strategie spočívá v tom, že komunikační partneři popisují svou kompetenci si vše zařídit / „postarat se o sebe sami“. „Tak podporu k tomu určitě dostanete, ale nevím, jak by mi mohl pomoci? To je snad každého člověka svůj zájem, aby na ty rehabilitace chodil, když je má doporučené“

(KPŽ 11). „Ale tak jako já nepotřebuju, aby se o mě někdo staral, jsem rád, když se o sebe postarám sám. Nerad bych něčím někoho otravoval. Není taková situace prostě no“ (KPM 6). „Co Vám pomůže, z toho se musí člověk dostat psychicky sám. Přijít mezi lidi a začít v tem no. Já jsem to, já jsem prostě. V té K. jak jsem byl poprvé, tam za mnou psychiatr přišel, vedl takové rozhovory a říkám, stejně mi nepomůžete. Prostě, z toho se člověk musí dostat sám, to je jako“ (KPM 6). „Máma mi sama řekla, že mi nechce pomoci, ani já sám si nechci nechat pomoci...člověk si musí pomoci sám. A moje máma, když vám něco dá, tak vám to vyčítá a já to nemám moc rád, ať si pomůžu sám sobě, jsem takovej, jsem rád, jakej jsem“ (KPM 15). „Asi ne. Jestli chce člověk dělat něco, tak by to asi měl dělat sám nějak, no“ (KPM 14). „No, za prvý, já si, já si sám udělám všechno, jo, ale... Já se sám vykoupu, všechno, jo. Nepotřebuju pomoc. Já bych si i uvařil, všechno“ (KPM 17). Z výroků komunikačních partnerů je patrné, že je pro ně schopnost „postarat se o sebe sám“ velice důležitou složkou jejich sebe-náhledu.

Komunikační partneři hodnotili jako velmi důležitou i strategii, která je v určité opozici k výše popsané strategii „já sám“ a sice strategii **hledání opory**. Strategie hledání opory je spojena se sociálním okolím. Hledaná opora přitom často není materiální povahy. Komunikační partneři popisovali hledání opory sociální, informační i materiální. **Opora** je komunikačními partnery vyhledávána u rodiny, kamarádů, spolubydlících, sociálních pracovníků (viz výše) i dalších pracovníků azylového domu (viz spolubydlení). Vztahy s rodinou jsou dle vyprávění komunikačních partnerů často narušeny ve smyslu **neexistence vztahů s rodinou z důvodu odloučení členů rodiny**, nenavázání těchto vztahů nebo z důvodu hádek a „špatných rodinných vztahů“. „Od šestnácti let jsem bez rodičů“ (KPM 15). „Mám, no. A vídáte se nebo? Nevídáme, protože stydím se tam vůbec vcházet. A to je s tou manželkou, jo? Jo, to je s tou manželkou a oni už mají i vlastní rodinu“ (KPM 8). „Se bohužel stala taková ta tragédie v mojí rodině, a prostě, jo, to je v tom člověku nějak takhle“ (KPM 8). „Dcera tu právě byla na Vánoce, i před Vánoce zase byla v Itálii jako. Viděla, že je to v pohodě. Já jsem právě minulé Vánoce byl v tom Španělsku. To, jak jsem se vrátil od dcery, tak jsem přišel o ten byt“ (KPM 2).

Někteří komunikační partneři popisovali, že **rodina** nemůže pomoci, protože **je v podobné životní situaci jako sami komunikační partneři**. „On žije v Praze, s ním nejsem vůbec v kontaktu. No jsem v kontaktu, teď jsem tam byl v lednu a on je alkoholik nebo zdá se mi, že je alkoholik, že se spíš předháníme, kdo toho víc vypije“ (KPM 15). „No rodina...mám jen maminku... ta mi nepomůže je na tom stejně jak já v podstatě“ (KPŽ 5). „Já rodinu mám..., ale nestýkáme se... i kdyby, tak co vím, brácha je na tom stejně jak já“ (KPM 5). I **rodina je ale zdrojem opory**. „Tak... rodiče. No... a ještě žijou, tak mně pomáhají. Jak finančně, tak psychicky. Já tam třeba přijedu a jsem tam čtrnáct dní. A ještě mám jednu sestru a ona bydlí v NJ. A má barák, zdělila, v K., tak tam též třeba zajedu a jsem tam měsíc.“ (KPM 9) „No, ale ona je má babička u sebe. Já jsem nechtěl, že když ji zavřou, aby děti vzali do ústavu.“

*Tak toto, babička je máma jako její. Tak vzala na sebe děti ještě, obě dvě“ (KPM 12). „Třeba když nemám třeba co jíst, tak jdu, mama mi třeba navaří nebo já koupím třeba mamince, jo, že jo. Mami uvař mi, protože tady se to nedá“ (KPM 12).*

Zdrojem sociální opory jsou často i vztahy s ostatními **obyvateli azylového domu**. V mnoha případech jsou spolubydlíci z azylového domu „**jediní kamarádi**“, které komunikační partneři uvádí, že mají. „*Já mám kamarády akorát tady v azylovém domě..., jinde ne..., jiné nepotřebuju“ (KPM 16). „Já si jedu furt svoje. Jako mám tady kamaráda, co sedí zrovna tam. Bráchu tady mám. Pomáháme si navzájem, nenervuju se s nikým anebo todle. Já jsem většinou seděl, jako za, za rvačky a za drogy, za to“ (KPM 12). „Člověk si něco plánuje sám a něco přijde samo, to se pak nabaluje samo na sebe, tady ty věci. Já tomu říkám, že se pohybuju ve hvězdné pěchotě. Tady s těma lidma ne, já mám hvězdnou pěchotu mezi jinýma lidma“ (KPM 6). „Pokaždé si, tady si spíš pomáhají lidi navzájem. Ten má, ten nemá, ten dá, ten zase nemá, tak ten mu dá. A takhle si tady pomáhají“ (KPM 14).*

Ve vztahu ke kamarádům popisovali komunikační partneři strategii „**vyhýbání se bývalým kamarádům**“. Strategie vyhýbání se bývalým kamarádům je spojena s prostorovými spouštěči závislosti. „*Prostorové spouštěče tam hrát obecně. Já třeba když to řeknu na rovinu, já strašně rád chodím do města, protože já tam ty lidi z té minulosti potkávám a vždycky to dopadne stejně. Polez, nemáš? Nebo když oni mají tak pojd', ale já řeknu, ne, já nejdu. Tak nastala ta reakce, co ty teď budeš ohrnovat nos, však si byl mezi náma, jo. Začíná ta nepříjemná reakce, jo, které se snažím vyhýbat“ (KPM 8). „Hlavně mezi lidma se už nepohybuju tak, jak jsem se pohyboval dřív mezi nima“ (KPM 12).*

Specifickou copingovou strategií spojenou se zvládním aktuální životní situace je **zvládní „finanční nemožnosti“**. Zvládní finanční nemožnosti je realizováno pomocí šetření, pomocí omezování se v jídle a v nákupu léků i pomocí „*ne-dopřání si*“. „*Prostě jak mě něco napadlo, tak si jdu k tomu koupit ty suroviny, samozřejmě v rámci finančních možností, jo“ (KPM 8). „Nekouřím normální cigarety, kouřím, kupuju si, to je zcela úplně, ale dá se koupit tabák za sto korun. To mi vydrží na týden. I při tom množství cigaret, které vykouřím, jo. No musí se člověk nějak naučit s tím vyjít“ (KPM 12). „Ne, hodně ne. Jako tak třikrát do měsíce máme kuřátko. Ted' jsme měli řízky kuřecí. Ale tak jako hovězí nebo vepřový, to vůbec“ (KPŽ 10). „Tak jako není to tak, jako že bych jedla na začátku hodně a na konci ne, ale je to tak, že někdy se prostě stane, že člověk se mu vyskytnou nějaký prostě finance navíc nebo nějaká nemoc a třeba potřebuje zaplatit víc peněz za léky nebo tak, tak radši, než abych prostě vyšla s penězma na celej měsíc, tak sobě uberu, aby mi to jako stačilo na měsíc, abych měla pro dceru nebo takhle“ (KPŽ 15).*

U matek s dětmi se objevovala speciální strategie související se zvládním finanční nemožnosti v podobě **deprivačních výdajů**. Deprivační výdaje jsou výdaje, které nastávají po nějaké době, během níž jsou deprivovány přání dětí. Projevují se tendencí dětem dopřát to,

co jim po dobu nedopřávání chybělo, např. sladkostí. „*Já pak, jak přijdou dávky, vždycky děckám nakoupím jo... hlavně... koupím, co chcou, protože před dávkama nemaj nic no...*“ (KPŽ 10). „*Tak hlavně děckám, že se nakupuje... sladkosti, ovoce... co chcou... snažím se jim koupit, ať mají..., jinak ono toho moc nemají*“ (KPŽ 4).

Strategií snižující stres je, dle vyprávění komunikačních partnerů, i **kouření**. „*Někdy, ale já jako když jsem měla stres, když jsem se rozváděla, já jsem nekouřila nikdy, ale jako myslím si, že je to menší zlo než pít alkohol. Co si budeme povídat. Jo, ale jako že bych kouřila jako tovární komín, to jako ne jako.*“ (KPŽ 14). „*No jako, já kouřím ve stresu hlavně, že...*“ (KPŽ 4). „*Já kouřím, tak uklidňuje to, no*“ (KPM 14). Kouření bylo přitom vnímáno jako určitým způsobem nevyhnutelné ve vztahu ke společenskému životu v azylovém domě. „*Tady kouří snad každý, vždycky si dáme kafičko a posedíme a pokecáme*“ (KPM 12). „*Tak co nám tady zbývá dělat, posedíme venku na sluníčku a zapálíme si... všechny holky kouří*“ (KPŽ 5). „*Já sem chtěla nekouřit, ale tu fakt kouří každý... tak kouřím taky... bylo by divný tam stát s něma a nekouřit*“ (KPŽ 10). U kouření je přitom velkým tématem finanční dostupnost cigaret (viz dále kategorie finanční nedostupnost). „*Nekouřím normální cigarety, kouřím, kupuju si, to je zcela úplně, ale dá se koupit tabák za sto korun. To mi vydrží na týden. I při tom množství cigaret, které vykouřím, jo. No musí se člověk nějak naučit s tím vyjít*“ (KPM 8).

## Co by mohly azylové domy dělat, aby podpořily vaše zdraví?

Každý z komunikačních partnerů byl na konci rozhovoru osloven s otázkou, co by doporučil azylovým domům? / Co by mohly azylové domy dělat, aby podpořily vaše zdraví? Komunikační partneři přišli s několika doporučeními. Uvádíme je zde všechny s ohledem na to, že si uvědomujeme, že některá z nich jsou v azylových domech jen obtížně realizovatelná z různých důvodů, např. z důvodu (legislativního) nastavení služeb či z důvodu nedostatečných finančních zdrojů.

- Ve vztahu k vybavení azylového domu měli komunikační partneři v analýze několik doporučení. První z nich se týkalo zajištění první pomoci při případných úrazech nebo méně závažných krátkodobých onemocnění v podobě existence dostupné **lékárničky** v azylovém domě. „*Asi by bylo fajn, kdyby tu byla nějaká lékárnička, kdyby děti onemocněly. Neměli jsme doma nic, že jo. Takže prostě zaťuknout a... něco takového. Taková ta univerzální lékárnička*“ (KPŽ 5). „*Jo, že tak, obvazy, náplasti... Já tu funguju jako lékárnička. Všichni mi klepou na dveře. Nemáš náplast a nemáš to? Já jsem prostě taká naučená, prostě ovoce a lékárnička k děcku patří. To je to, co mně asi matka dala*“ (KPŽ 3). „*To já nevím, jestli by to tady mohli dávat, snad ten paralen by neublížil, ten brufen taky ne... možná nějaký kapky na krk nebo tak. Když někoho bolejí zuby, nebo záda, hlava...*“ (KPM 11). „*Paraleny a tak, protože ty matky, jak to teďka je*

s těma penězma, nemají. Musí si chodit zbytečně půjčovat a pro ně je třeba lepší dostat z té lékárníčky a pak, buď jakože, se to bude doplňovat ze zásob, jako z financí azylového domu, anebo dobře, my jsme vám dali paraleny, ale vy je pak musíte koupit anebo přinést peníze“ (KPŽ 4). „Nebo, že se kolikrát stalo, že děti dostaly horečku a oni tady třeba nemaj třeba Paralen nebo tak, kdyby tady měli nějakou lékárníčku, třeba“ (KPŽ 9). Přítomnost lékárníčky v azylovém domě vnímaly komunikační partnerky i jako „první pomoc“ ve vztahu k tomu, že: „Pak by se nemuselo jezdit s každou blbostí na pohotovost“ (KPŽ 13).

- Ve vztahu k vybavení azylového domu komunikační partneři (zejména komunikační partnerky s dětmi) zmiňovali, že by ocenili možnost **mít k dispozici na pokoji televizi**, a to zejména, když jsou děti nemocné nebo je v zařízení „karanténa“ kvůli nemoci jiných obyvatel. „Akorát, že by měli dát vybavení na ty pokoje. Tu televizi a to. Aby ty maminky nemusely pořád lítat za těma děckama, jestli se jim něco nestalo nebo to. Měla by ta maminka mít taky svoje soukromí, trochu“ (KPŽ 10). „Jo, mít televizi na pokoji. To by v dnešní době dětem úplně stačilo. Jo, kdyby tu byly třeba ze tři ty přenosné televize, kdyby tu měli nafasované třeba. Dobře, jako třeba, nevím. Dostanete na pokoj. Jo, třeba, vy budete mít odpoledne. Kdyby bylo více dětí nemocných. Nebo tak, jo. Protože ty děcka jak to. Můžeme si třeba půjčit společenské hry, ale pro to děcko je to, jako si s váma chvíli zahraje, ale pak stejně usne. Takže radši mu nechám zapnutou tu televizi, jo. Já třeba tu televizi tady mám, ale nemůžu si ju vzít na pokoj, jo“ (KPŽ 3). Jedna z komunikačních partnerek na druhou stranu vnímala, že „mít televizi na pokoji“ může mít svá negativa: „Zaprvé nejsou ty antény na každém pokoji, každá by musela mít svoje, a oni se bojí, že by prostě nebyl kolektiv. Že prostě by všichni zůstali zavření na pokojích a čuměli by na televizi a dévéděčka a tak dál. No, a to asi ne. Přesný důvod mi nebyl sdělený“ (KPŽ 3).
- Ve vztahu k potřebě sdílení a potřebě „popovídat si“ jedna z komunikačních partnerek uváděla myšlenku realizace **facilitovaných svépomocných skupin**. „Já si myslím..., takový ty skupiny svépomocný..., to bych tu udělala“ (KPŽ 10). Další z komunikačních partnerek uváděla, že má se svépomocnými skupinami v azylovém domě zkušenost a vnímá je jako nápomocné „Tady jsou skupiny, co čtrnáct dní... povídáme si tam o různých věcech... myslím, že je to dobrý“ (KPŽ 14). Jedna z komunikačních partnerek, která měla zkušenost s domácím násilím, vyzdvihovala možnost sdílet svůj příběh a dostat zpětnou vazbu od někoho, kdo má podobné zkušenosti jako ona „Já sem se svěřila kamarádce... moc mi pomohla“ (KPŽ 10). „Mi pomáhá možnost mluvit s někým, kdo třeba zažil taky to násilí a tak“ (KPM 10). Facilitaci svépomocných skupin lze přitom považovat za odbornou dovednost, proto bychom rádi azylové domy podpořili ve vzdělávání svých sociálních pracovníků v této dovednosti.

- Ve vztahu ke zdravému životnímu stylu zmiňovala řada komunikačních partnerů v analýze Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů (2017) „*cvičení*“. Možnost cvičení nebo sportu byla přitom spojována spíše s minulostí nebo s budoucností. V tomto kontextu někteří komunikační partneři zmiňovali jako pozitivní možnost mít **místo, kam si mohou jít zacvičit**. Jeden z komunikačních partnerů hovořil o možnosti mít tělocvičnu přímo v azylovém domě. „*Chybí tady nějaký, tak já nevím, jestli nemají peníze, chybí tady třeba tělocvična. Ale to asi není možný, to je moc peněz... No, nevím no, asi jen tohle no..., spíš že to tělo je takový ztuhlý, že to tělo..., v létě to není problém, ale přes tu zimu je to problém*“ (KPM 14). Další z komunikačních partnerů spíše preferovala možnost mít „*nasmlouvanou*“ tělocvičnu nebo sportovní aktivity, kam by mohly jít. „*Já si myslím, že ani jako ne, no. Já jsem právě tady jako navrhovala, protože jsem tu dva roky, kdyby třeba nějaké, já nevím, aerobic, nebo zumba, nebo něco, prostě, aby tady pro ty matky se něco prostě dělo, jo*“ (KPŽ 1).
- Komunikační partnerky hodnotily opakovaně jako podporující ve vztahu ke svému psychickému zdraví **posilování jejich mateřské kompetence**. „*A hlavně mě motivovali tím, že mi neustále opakovali, že jsem dobrá máma. Že jsem šikovná, že jsem dobrá, že to prostě zvládám, že oni ví, že to zvládám*“ (KPŽ 1). „*Mi pomáhalo slyšet tu pochvalu...jakože se o děti starám dobře a tak...to mi dávalo sílu...*“ (KPŽ 10). „*Mi pomáhá vědět to, že se dobře starám o ty děti... to mi tu pořád říkáj*“ (KPŽ 14). Posilování mateřské kompetence patří v širším slova smyslu do **obecného posilování/ocenování**, které může být realizováno např. formou (častých) pochval a ocenění (i za drobné úspěchy), které může vést k pozitivnímu přerámování vlastní identity a posilování pozitivního sebe-náhledu a sebehodnocení.
- Ve vztahu se zkušenostmi se **šířením nemocí** hovořili někteří komunikační partneři o **potřebě posílení opatření** v podobě režimových opatření, dostupné desinfekce a jedna z komunikačních partnerek dokonce v podobě roušek.



## KVANTITATIVNÍ ANALÝZA

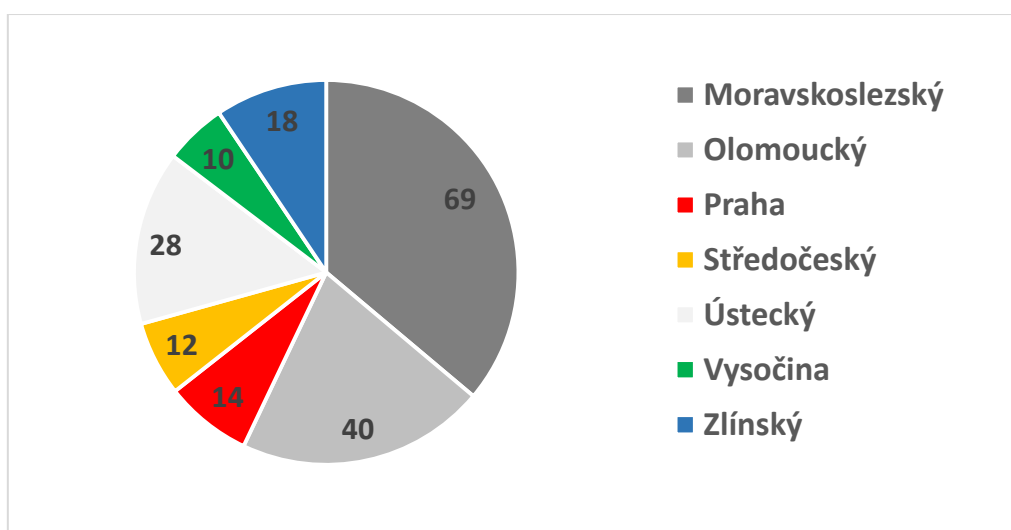
Kvantitativní analýza zdraví sestává ze statistické analýzy odpovědí na jednotlivé otázky položené v rámci dotazníkového šetření. Analýza je rozdělena do následujících kapitol, v rámci nichž, jsou data prezentována formou tabulek a příslušných grafů. Výzkumu se zúčastnilo celkem **191 respondentů**, v případě, že na danou otázku některý z dotazovaných neodpověděl, je tato skutečnost vždy uváděna ve statistické analýze dané položky dotazníku.

### Počty respondentů v jednotlivých krajích a Praze

Tabulka 3: Přehled respondentů v jednotlivých krajích České republiky a Praze

| Kraje a Praha   | Počet respondentů |                  |
|-----------------|-------------------|------------------|
|                 | absolutně         | v % <sup>5</sup> |
| Moravskoslezský | 69                | 36,1             |
| Olomoucký       | 40                | 20,9             |
| Praha           | 14                | 7,3              |
| Středočeský     | 12                | 6,3              |
| Ústecký         | 28                | 14,8             |
| Vysočina        | 10                | 5,2              |
| Zlínský         | 18                | 9,4              |
| <b>Celkem</b>   | <b>191</b>        | <b>100,0</b>     |

Graf 1: Počet respondentů v jednotlivých krajích a Praze (N = 191)



<sup>5</sup> Veškeré údaje uvedené v procentech byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo.

## Přehled demografických údajů respondentů

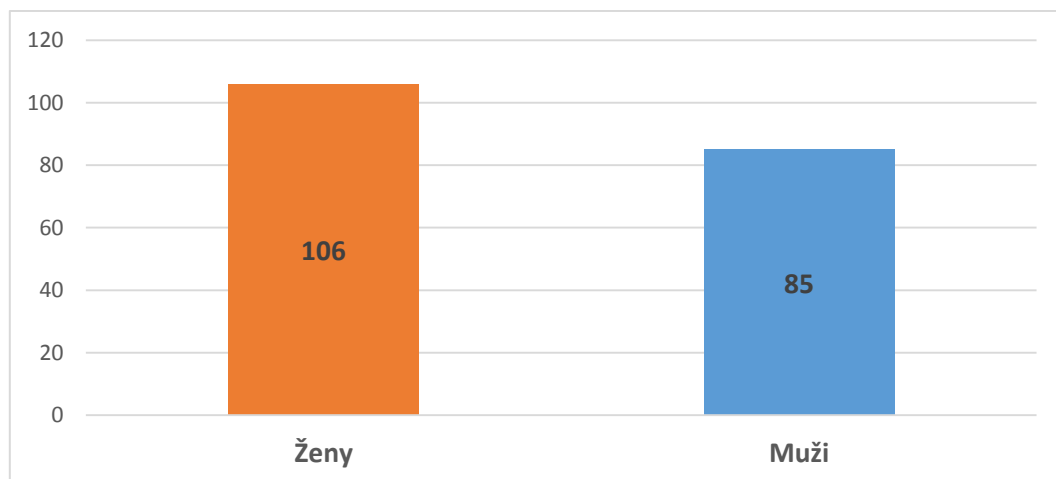
### Pohlaví

Výzkumu se zúčastnilo celkem 191 respondentů, z toho 106 žen (55,5 %) a 79 mužů (44,5 %).

Tabulka 4: Počet respondentů podle pohlaví

| Pohlaví       | Počet respondentů |              |
|---------------|-------------------|--------------|
|               | absolutně         | v %          |
| Ženy          | 106               | 55,5         |
| Muži          | 85                | 44,5         |
| <b>Celkem</b> | <b>191</b>        | <b>100,0</b> |

Graf 2: Respondenti podle pohlaví (N = 191)



### Věk

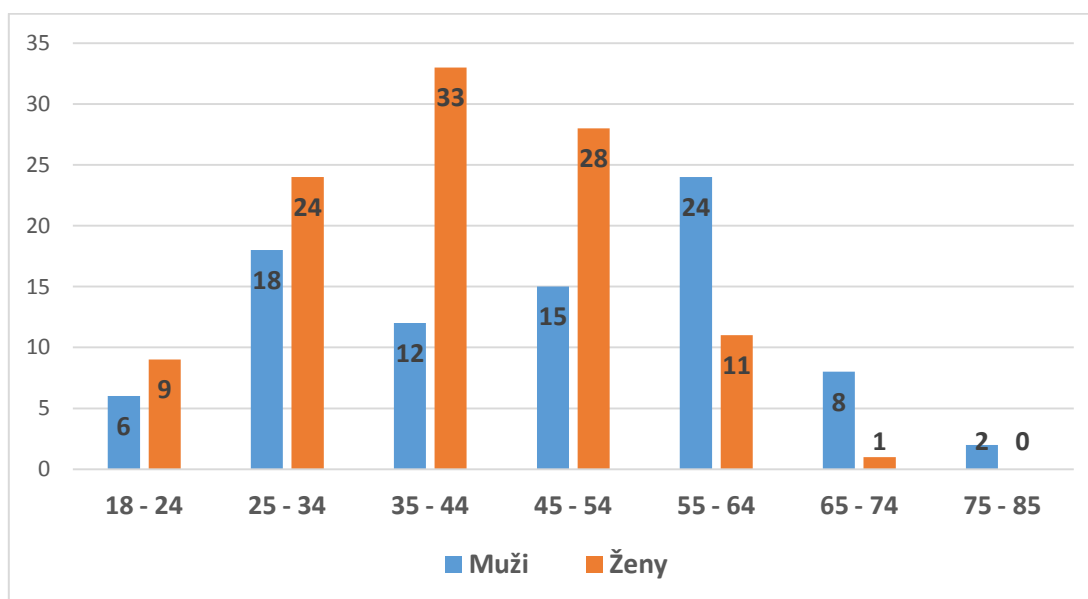
Oslovení respondenti byli ve věkovém rozmezí 18 až 85 let. Průměrný věk účastníků výzkumu byl 44 let. Nejvyšší zastoupení měli respondenti ve věkové kohortě 35–44 let (23,5 %), ve věkové kohortě 45–54 let (22,5 %) a ve věkové kohortě 25–34 let (22,0 %). Nejnižší zastoupené měli respondenti ve věkové kohortě 75–84 let (1,0 %) a ve věkové kohortě 65–74 let (5,0 %).

Muži (45, tj. 53,0 %) i ženy (85, tj. 80,0 %) byly nejvíce zastoupeny ve věkové kohortě 25–54 let. Muži potom také v kohortě 55–64 let (24 mužů oproti 11 ženám). Ve věkové kohortě 65–84 let bylo rovněž vyšší zastoupení mužů (10 mužů oproti 1 ženě).

**Tabulka 5: Věkové rozložení respondentů**

| Věkové kohorty | Počet respondentů |              | Muži      |              | Ženy       |              |
|----------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
|                | abs.              | v %          | abs.      | v %          | abs.       | v %          |
| 18–24          | 15                | 8,0          | 6         | 7,0          | 9          | 8,5          |
| 25–34          | 42                | 22,0         | 18        | 21,0         | 24         | 22,5         |
| 35–44          | 45                | 23,5         | 12        | 14,0         | 33         | 31,0         |
| 45–54          | 43                | 22,5         | 15        | 18,0         | 28         | 26,5         |
| 55–64          | 35                | 18,0         | 24        | 28,0         | 11         | 10,5         |
| 65–74          | 9                 | 5,0          | 8         | 9,5          | 1          | 1,0          |
| 75–85          | 2                 | 1,0          | 2         | 2,5          | 0          | 0,0          |
| <b>Celkem</b>  | <b>191</b>        | <b>100,0</b> | <b>85</b> | <b>100,0</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> |

**Graf 3: Věkové kohorty respondentů podle pohlaví (N = 191)**



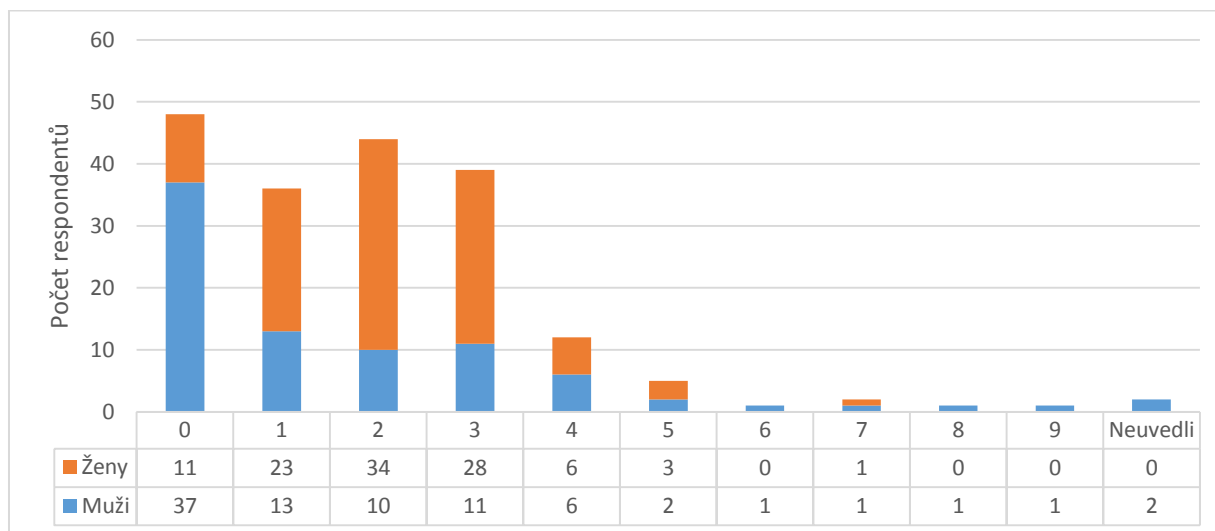
### **Počet dětí**

Nejvíce oslovených respondentů uvedlo, že nemají žádné děti (48 respondentů, tj. 25,0 %), 2 děti má 44 respondentů (23,0 %) a 3 děti uvedlo 39 respondentů (20,5 %). V rámci popisovaného rozložení je třeba brát v úvahu, že 58 respondentů (30,0 %) tvořili muži, kteří žili v azylovém domě pro muže (bez dětí). Nejnižší zastoupení měly kategorie 8 a 9 dětí, shodně po 0,5 % z celkového počtu respondentů. 2 respondenti počet dětí nevedli. Z celkového počtu respondentů bylo pouze 11 (10,0 %) žen bez dětí a 37 mužů (43,5 %) bez dětí. Nejvíce žen (80 %) mělo 1–3 děti. Nejvíce mužů bylo bezdětných (43,5 %), 40,0 % mužů mělo 1–3 děti.

**Tabulka 6: Počet dětí respondentů**

| Počet dětí    | Počet respondentů |              | Muži      |              | Ženy       |              |
|---------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
|               | abs.              | v %          | abs.      | v %          | abs.       | v %          |
| 0             | 48                | 25,0         | 37        | 43,5         | 11         | 10,0         |
| 1             | 36                | 19,0         | 13        | 15,5         | 23         | 21,5         |
| 2             | 44                | 23,0         | 10        | 12,0         | 34         | 32,0         |
| 3             | 39                | 20,5         | 11        | 13,0         | 28         | 26,5         |
| 4             | 12                | 6,5          | 6         | 7,0          | 6          | 6,0          |
| 5             | 5                 | 2,5          | 2         | 2,5          | 3          | 3,0          |
| 6             | 1                 | 0,5          | 1         | 1,0          | 0          | 0,0          |
| 7             | 2                 | 1,0          | 1         | 1,0          | 1          | 1,0          |
| 8             | 1                 | 0,5          | 1         | 1,0          | 0          | 0,0          |
| 9             | 1                 | 0,5          | 1         | 1,0          | 0          | 0,0          |
| Neuvedli      | 2                 | 1,0          | 2         | 2,5          | 0          | 0,0          |
| <b>Celkem</b> | <b>191</b>        | <b>100,0</b> | <b>85</b> | <b>100,0</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> |

**Graf 4: Počet dětí respondentů (N = 191)**



### **Zaměstnaní**

Nevyšší počet respondentů byl zastoupen v kategorii „Bez zaměstnání“ (40,5 %). Druhý nejvyšší počet v kategorii Mateřská/rodičovská dovolená (23,5 %). Třetí nejvyšší počet v kategorii „Zaměstnaní“ (18,0 %). Zaměstnaní respondenti většinou uváděli, že pracují na hlavní pracovní poměr (28 respondentů), ostatní (6 respondentů) byli zaměstnaní v rámci

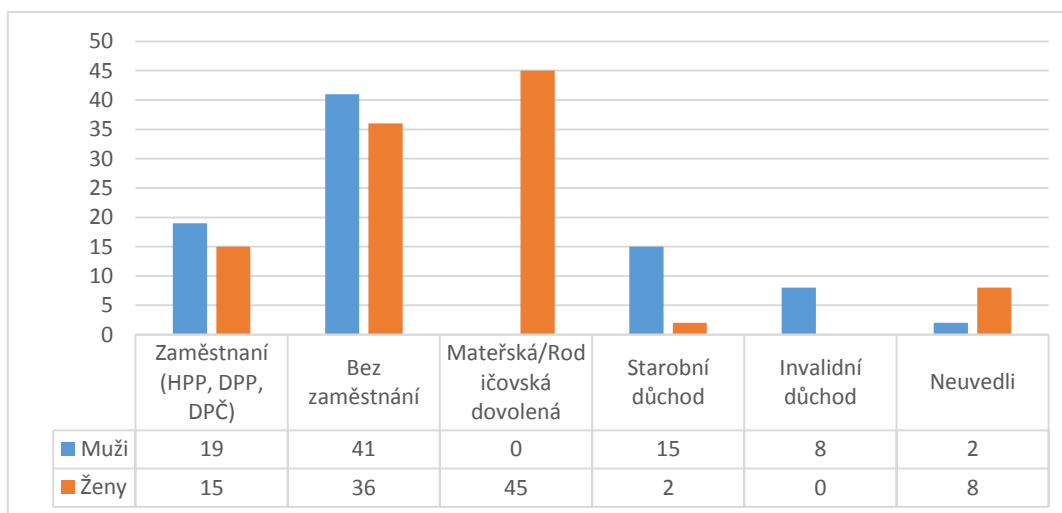
dohod (DPP, DPČ). V kategoriích byli zastoupeni i respondenti ve starobním důchodu (9,0 %) a invalidním důchodu (4,0 %).

42,5 % žen uvedlo, že je na mateřské/rodičovské dovolené. 34,0 % žen spadalo do kategorie „Bez zaměstnání“, 14,0 % žen se řadilo do kategorie „Zaměstnaní“. Nejvyšší procento mužů (48,0 %) spadalo do kategorie „Bez zaměstnání“, 22,5 % mužů uvádělo, že jsou „Zaměstnaní“. 17,5 % mužů spadalo do kategorie „Starobní důchod“.

**Tabulka 7: Respondenti podle zaměstnání**

| Kategorie                    | Počet respondentů |              | Muži      |              | Ženy       |              |
|------------------------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
|                              | abs.              | v %          | abs.      | v %          | v %        | abs.         |
| Zaměstnaní (HPP, DPP, DPČ)   | 34                | 18,0         | 19        | 22,5         | 15         | 14,0         |
| Bez zaměstnání               | 77                | 40,5         | 41        | 48,0         | 36         | 34,0         |
| Mateřská/rodičovská dovolená | 45                | 23,5         | 0         | 0,0          | 45         | 42,5         |
| Starobní důchod              | 17                | 9,0          | 15        | 17,5         | 2          | 2,0          |
| Invalidní důchod             | 8                 | 4,0          | 8         | 9,5          | 0          | 0,0          |
| Neuvedli                     | 10                | 5,0          | 2         | 2,5          | 8          | 7,5          |
| <b>Celkem</b>                | <b>191</b>        | <b>100,0</b> | <b>85</b> | <b>100,0</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> |

**Graf 5: Respondenti podle zaměstnání (N = 191)**



### **Průměrný měsíční příjem**

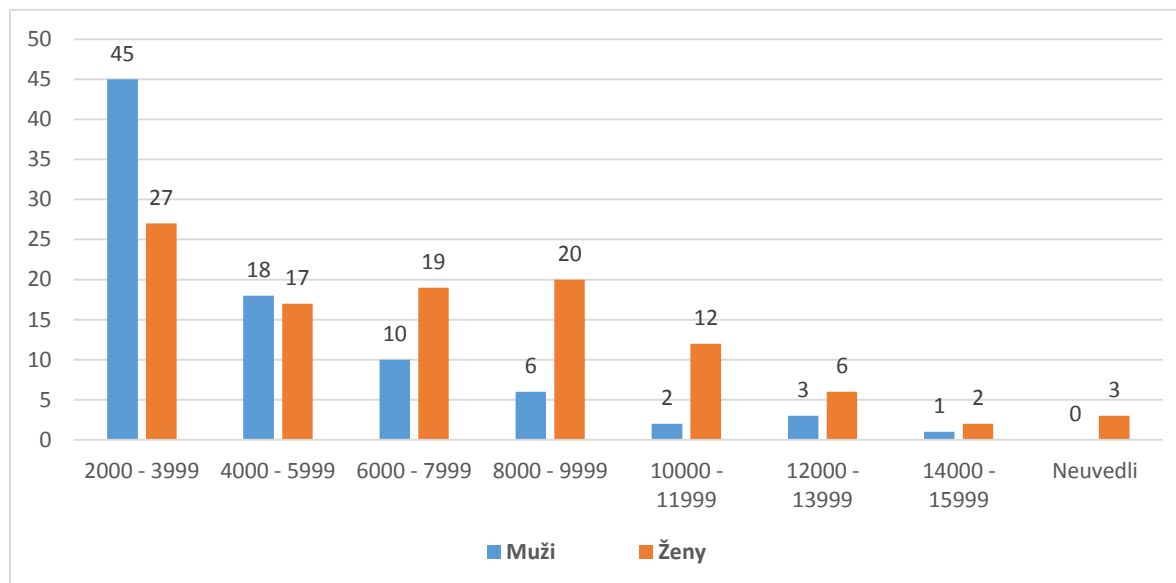
Průměrný měsíční příjem činil 5 519 Kč měsíčně. Nejvyšší počet respondentů byl zastoupen v kategorii 2 000 až 3 999 Kč/měsíčně (72 respondentů, 37,5 %) a v kategorii 4 000 až 5 999 Kč/měsíčně (35 respondentů, 18,5 %).

26 respondentů (14,0 %) se dostalo nad příjmovou hranici 10 000 Kč/měsíčně. Pouze 1,5 % respondentů se dostalo na měsíční příjem v kategorii 14 000 – 15 999 Kč/měsíčně. Ve vztahu k tomuto údaji je třeba brát zřetel na to, že 18,0 % respondentů uvedlo, že má „Zaměstnání“. V příjmové kategorii 2 000 až 3 999 a 4 000 až 5 999 převažovali muži (74,0 % mužů se nacházelo v těchto příjmových kategoriích). Ve vyšších příjmových kategoriích (6 000 až 15 999) převažovaly ženy (celkem 55,5 % žen se nacházelo v těchto kategoriích). Rozdíl v zastoupení mužů a žen v příjmových kategoriích může být ovlivněn příjmy žen z mateřské/rodičovské dovolené.

**Tabulka 8: Respondenti podle průměrného měsíčního příjmu**

| Příjem          | Počet respondentů |              | Muži      |              | Ženy       |              |
|-----------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
|                 | abs.              | v %          | abs.      | v %          | abs.       | v %          |
| 2 000 – 3 999   | 72                | 37,5         | 45        | 53,0         | 27         | 25,5         |
| 4 000 – 5 999   | 35                | 18,5         | 18        | 21,0         | 17         | 16,0         |
| 6 000 – 7 999   | 29                | 15,0         | 10        | 12,0         | 19         | 18,0         |
| 8 000 – 9 999   | 26                | 13,5         | 6         | 7,0          | 20         | 19,0         |
| 10 000 – 11 999 | 14                | 7,5          | 2         | 2,5          | 12         | 11,0         |
| 12 000 – 13 999 | 9                 | 5,0          | 3         | 3,5          | 6          | 5,5          |
| 14 000 – 15 999 | 3                 | 1,5          | 1         | 1,0          | 2          | 2,0          |
| Neuvedli        | 3                 | 1,5          | 0         | 0,0          | 3          | 3,0          |
| <b>Celkem</b>   | <b>191</b>        | <b>100,0</b> | <b>85</b> | <b>100,0</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> |

**Graf 6: Respondenti podle průměrného měsíčního příjmu (N = 191)**



### Trajektorie bydlení

98 dotazovaných osob, tedy 51,0 % z celkového počtu respondentů, uvedlo, že má zkušenost s pobytem na ulici, nejčastěji se jednalo o zkušenost v časové kohortě 0 až 2 měsíce (37 respondentů, tj. 19,0 %) a v časové kohortě 3 měsíce až 23 měsíců (39 respondentů, tj. 20,5 %). 17 (9,0 %) respondentů uvedlo, že má s pobytem na ulici zkušenost 2 až 9 let. 5 respondentů (2,5 %) uvedlo, že má s pobytem na ulici delší zkušenost než 10 let.

107 respondentů (56,0 %) má zkušenost s pobytem na ubytovně, nejčastěji v rozsahu 3 měsíce až 23 měsíců (46 respondentů, tj. 24,0 %). 7 respondentů (4,0 %) uvedlo, že má zkušenost s pobytem na ubytovně delší než 10 let. 25 respondentů (13,0 %) uvádělo zkušenost s pobytem na ubytovně v rozsahu 0 až 2 měsíce. 29 respondentů (15,0 %) uvádělo, že má zkušenost s pobytem na ubytovně v rozsahu 2 až 9 let.

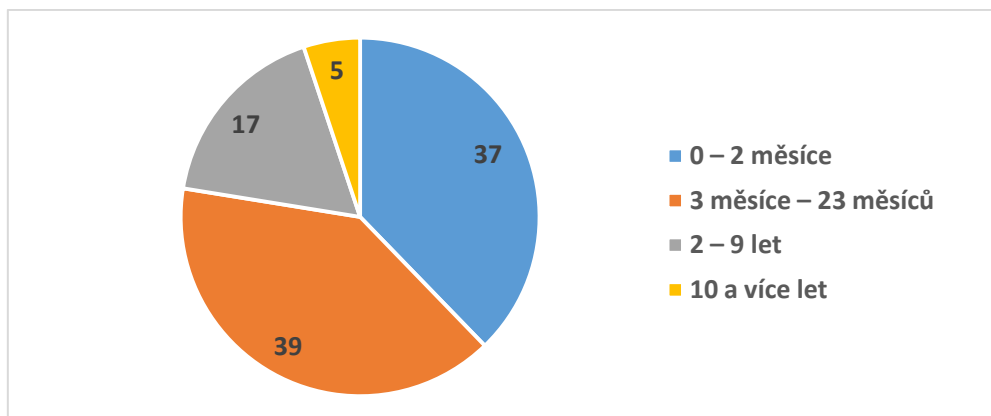
114 respondentů (60,0 %) má zkušenost s pobytem v azylovém domě. Zkušenost v délce 0 až 2 měsíce uvádělo 36 respondentů (19,0 %), zkušenost v délce 3 měsíce až 23 měsíců uvádělo 39 respondentů (20,5 %), zkušenost v délce 2 až 9 let (36 respondentů, tj. 19,0 %) a zkušenost v délce 10 a více let 3 respondenti (1,5 %). Pouze 77 dotazovaných (40,0 %) tedy bydlelo v azylovém domě poprvé. 56 dotazovaných (30,0 %) mělo zkušenost se všemi třemi typy ubytování.

Z hlediska genderového rozložení měli větší zkušenost s pobytem na ulici muži (77 respondentů, tj. 90,5 %), s pobytem na ubytovně (75 respondentů, tj. 88,0 %) i s pobytem v azylovém domě (73 respondentů, tj. 86,0 %). Nejvíce žen mělo zkušenost s pobytem v azylovém domě (41 respondentek, tj. 38,5 %), nejméně s pobytem na ulici (21 respondentek, 20,0 %).

**Tabulka 9: Délka pobytu na ulici, na ubytovně nebo v azylovém domě**

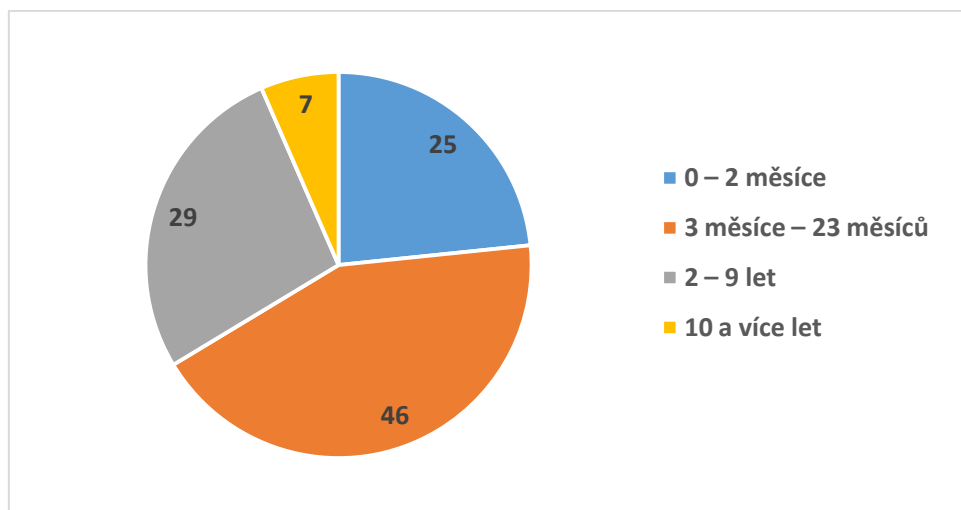
| Délka pobytu           | Počet respondentů   | Počet mužů z celkového počtu osob se zkušeností | Počet žen z celkového počtu osob se zkušeností |
|------------------------|---------------------|---|--|
| <b>na ulici</b>        |                     |   |  |
| 0 až 2 měsíců          | 37                  |   |  |
| 3 až 23 měsíců         | 39                  |   |  |
| 2 až 9 let             | 17                  |   |  |
| 10 a více let          | 5                   |   |  |
| <b>Celkem</b>          | <b>98 (51,0 %)</b>  |   |  |
| <b>na ubytovně</b>     |                     |   |  |
| 0 až 2 měsíců          | 25                  |   |  |
| 3 až 23 měsíců         | 46                  |   |  |
| 2 až 9 let             | 29                  |   |  |
| 10 a více let          | 7                   |   |  |
| <b>Celkem</b>          | <b>107 (56,0 %)</b> |   |  |
| <b>v azylovém domě</b> |                     |   |  |
| 0 až 2 měsíců          | 36                  |   |  |
| 3 až 23 měsíců         | 39                  |   |  |
| 2 až 9 let             | 36                  |   |  |
| 10 a více let          | 3                   |   |  |
| <b>Celkem</b>          | <b>114 (60,0 %)</b> |   |  |

**Graf 7: Délka pobytu na ulici (N = 98; muži: 77, ženy: 21)**

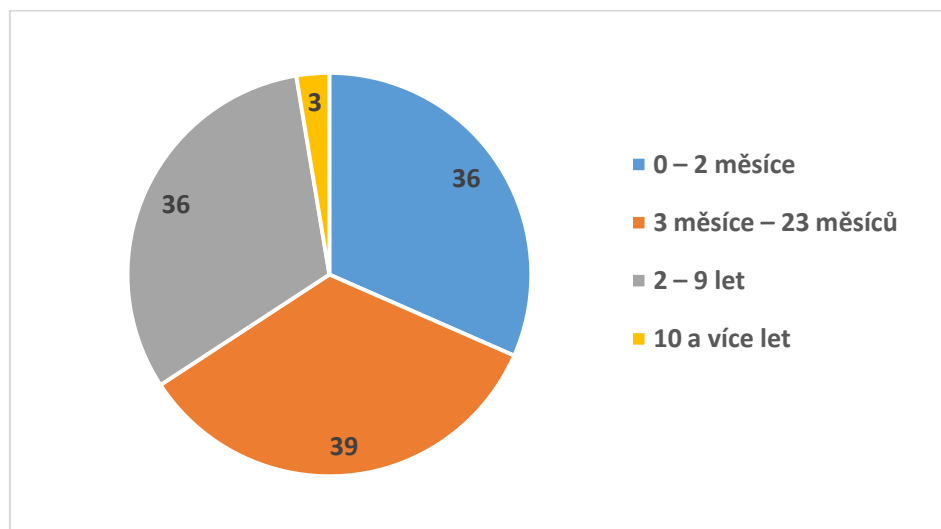




**Graf 8: Délka pobytu na ubytovně (N = 107; muži: 75, ženy: 32)**



**Graf 9: Délka pobytu v azylovém domě (N = 114; muži: 73, ženy: 41)**



Nejvyšší počet dotazovaných přišel do azylového domu z bytu (79 respondentů, tj. 41,0 %), počet respondentů, kteří přišli z ubytovny, jiného azylového domu nebo přímo z ulice je velmi podobný (průměrně 18,0 % respondentů). 3 respondenti uvedli, že se do azylového domu dostali po ukončení pobytu v nemocnici, 2 dotazovaní přišli do azylového domu z psychiatrické léčebny, 2 respondenti byli před pobytem v azylovém domě v protialkoholní léčebně, 1 respondent přišel z výkonu trestu, 1 z výchovného ústavu a 1 z chráněného bydlení.

Nejvyšší zastoupení mají ženy v kategorii „z bytu“ (53 respondentek, tj. 50,0 % žen). Nejvyšší zastoupení mužů je v kategorii „z ulice“ a „z bytu“, celkem 63,0 %. Nejméně žen přišlo do azylového domu „z ulice“, celkem 8 žen (7,0 %), oproti 28 mužům (33,0 %). Zajímavým

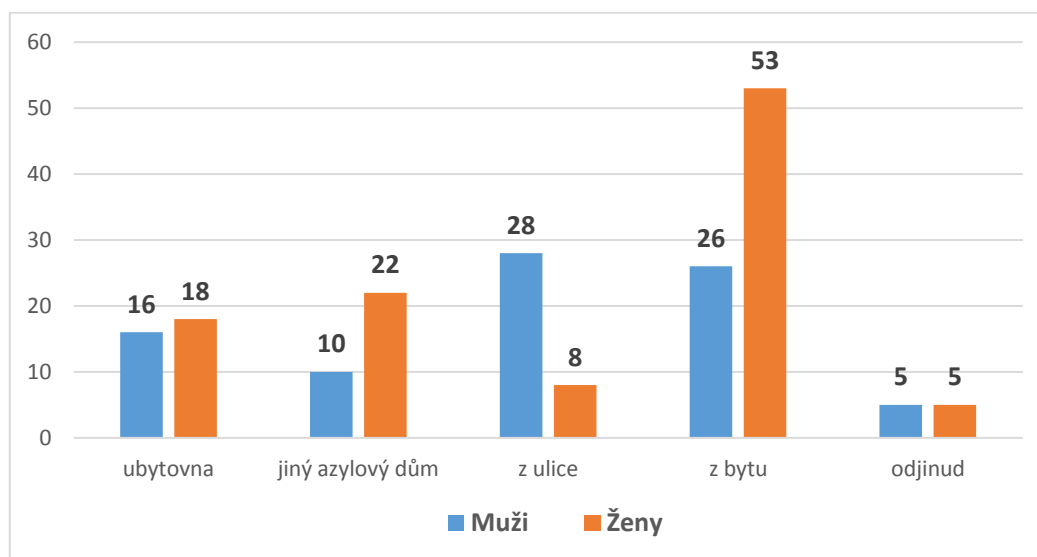
se jeví i srovnání počtu příchozích z jiného azylového domu 22 žen (21,0 %) oproti 10 mužům (12,0 %).

### Předchozí pobyt respondentů před pobytem v azylovém

Tabulka 10: Předchozí pobyt respondentů před pobytem v azylovém

| Místo pobytu před azylovým domem | Počet respondentů |              | Muži      |              | Ženy       |              |
|----------------------------------|-------------------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|
|                                  | abs.              | v %          | abs.      | v %          | abs.       | v %          |
| ubytovna                         | 34                | 18,0         | 16        | 19,0         | 18         | 17,0         |
| jiný azylový dům                 | 32                | 17,0         | 10        | 12,0         | 22         | 21,0         |
| z ulice                          | 36                | 19,0         | 28        | 33,0         | 8          | 7,0          |
| z bytu                           | 79                | 41,0         | 26        | 30,0         | 53         | 50,0         |
| odjinud                          | 10                | 5,0          | 5         | 6,0          | 5          | 5,0          |
| <b>Celkem</b>                    | <b>191</b>        | <b>100,0</b> | <b>85</b> | <b>100,0</b> | <b>106</b> | <b>100,0</b> |

Graf 10: Předchozí pobyt respondentů před pobytem v azylovém domě (N = 191)

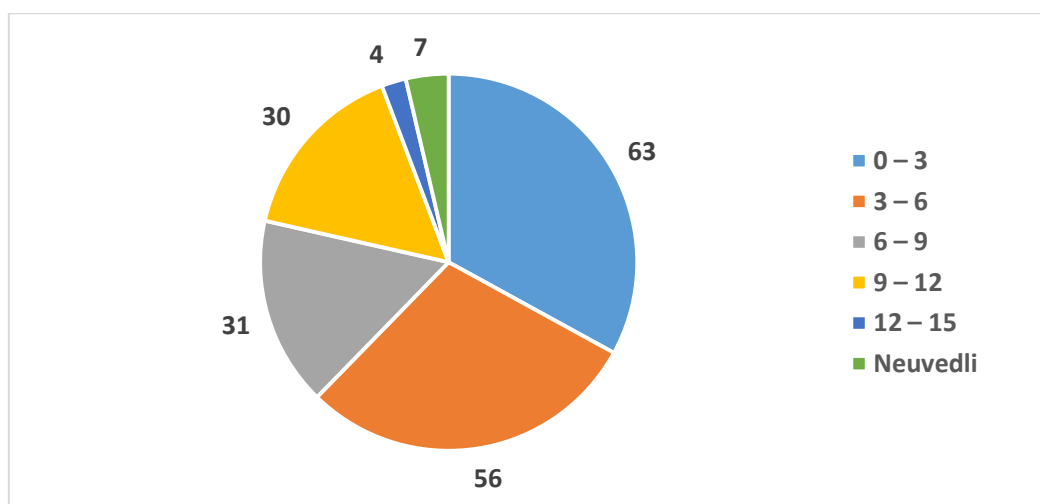


119 dotazovaných osob (62,0 %) uvedlo, že v azylovém domě bydlí 0 až 5 měsíců. 61 respondentů (32,0 %) uvedlo, že v azylovém domě bydlí 6 až 11 měsíců. 4 respondenti (2,0 %) uvedli, že v azylovém domě žijí 12 až 14 měsíců.

**Tabulka 11: Délka pobytu v azylovém domě**

| Délka pobytu v měsících | Počet respondentů |              |
|-------------------------|-------------------|--------------|
|                         | abs.              | v %          |
| 0 až 2                  | 63                | 33,0         |
| 3 až 5                  | 56                | 29,0         |
| 6 až 8                  | 31                | 16,0         |
| 9 až 11                 | 30                | 16,0         |
| 12 až 14                | 4                 | 2,0          |
| Neuvedli                | 7                 | 4,0          |
| <b>Celkem</b>           | <b>191</b>        | <b>100,0</b> |

**Graf 11: Délka pobytu v azylovém domě (N = 191)**



## Zdravotní stav

Ve vztahu k historii svého zdravotního stavu uvedlo 137 respondentů (72,0 %), že mělo v minulosti zkušenost s „úrazy a operacemi“, 45 respondentů uvedlo, že tuto zkušenost nemělo, 9 respondentů na otázku neodpovědělo. Data byla kategorizována na základě odpovědí respondentů na otevřenou otázku, přičemž někteří respondenti uváděli více typů úrazů/operací najednou.

### *Podíl počtu úrazů/operací*

**Tabulka 12: Podíl počtu úrazů/operací**

| <b>Typ úrazu/operace</b> | <b>Počet respondentů</b> |
|--------------------------|--------------------------|
| žlučník                  | 8                        |
| apendix                  | 9                        |
| gynekologické            | 9                        |
| srdce                    | 5                        |
| horní a dolní končetiny* | 40                       |
| páteř                    | 5                        |
| kýla                     | 9                        |
| žaludek                  | 7                        |
| oči                      | 11                       |
| otřes mozku              | 13                       |
| konečník                 | 3                        |
| krční a nosní mandle     | 5                        |
| střeva                   | 6                        |
| játra                    | 8                        |
| myom                     | 3                        |
| kostní dřeň              | 2                        |
| plíce                    | 4                        |
| natržené vazy            | 7                        |
| ucho                     | 3                        |
| úrazy hlavy              | 11                       |
| rozštěp patra            | 2                        |
| amputace                 | 13                       |
| popáleniny               | 9                        |
| <b>Celkem</b>            | <b>192</b>               |

\* Otevřené zlomeniny (8), operace menisků (10), operace kyčle (6), operace krčku (4), operace lopatky (2), operace kotníku (4), operace lokte (2), operace klíční kosti (4).

Ve vztahu k rozložení počtu respondentů v rámci jednotlivých typů úrazů/operací lze poukázat na vysoký počet respondentů v kategorii úrazů/operací horních a dolních končetin (40 respondentů), kategorii otřes mozku (13 respondentů), v kategorii úrazy hlavy (11 respondentů) a v kategorii amputace (13 respondentů). Tyto kategorie úrazů/operací jsou přitom v kvalitativní části analýzy spojovány s pobytem na ulici. Pakliže bychom grupovali jednotlivé kategorie týkající se trávicí soustavy (žlučník, apendix, žaludek, konečník, střeva, játra), činilo by celkové zastoupení 41 respondentů. Úrazy a operace trávicí soustavy lze určitým způsobem propojit s nižší kvalitou stravy popisovanou v analýze **Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů (2017)**.

### **Aktuální onemocnění – fyzická**

Výskyt aktuálních fyzických onemocnění uvedlo 72 respondentů (37,5 %), celkový počet respondentů u jednotlivých typů onemocnění je 200. Na jednoho respondenta tedy v průměru připadají téměř 3 aktuální fyzická onemocnění. Tento údaj může poukazovat na komorbiditu fyzických onemocnění u respondentů. Data byla kategorizována na základě odpovědí respondentů na otevřenou otázku týkající se aktuálních fyzických onemocnění.

**Tabulka 13: Výskyt aktuálních fyzických onemocnění**

| <b>Typ onemocnění</b>                           | <b>Počet respondentů</b> |
|---|--------------------------|
| alergie   | 2                        |
| snížená hybnost (páteř, kolena, kyčle, kotníky) | 42                       |
| astma   | 4                        |
| diabetes  | 6                        |
| krevní tlak                                     | 11                       |
| rakovina  | 3                        |
| leukémie  | 2                        |
| dýchací problémy                                | 7                        |
| mozková příhoda                                 | 3                        |
| migrény   | 4                        |
| štítná žláza                                    | 5                        |
| trávení (žaludek, střeva, žlučník)              | 31                       |
| srdce   | 7                        |
| ledviny   | 4                        |
| gynekologické potíže                            | 15                       |
| zuby  | 23                       |
| oči   | 28                       |
| kýla  | 3                        |
| <b>Celkem</b>                                   | <b>200</b>               |

Ve vztahu k tomu, že v rámci kvalitativní analýzy Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů (2017) uváděli komunikační partneři jako bariéru přístupu ke zdravotním službám sníženou hybnost, lze poukázat na vysoký počet respondentů, tj. 42 dotazovaných, kteří uváděli, že mají s hybností akutní potíže. Vyskytuje se zde také vysoký počet osob, které uváděly akutní problémy s trávením, celkem 31 dotazovaných. 23 respondentů pociťovalo akutní problémy se zuby a 28 respondentů s očima. Tyto data lze opět vztáhnout k vnímané nedostupnosti lékařské péče v rámci těchto dvou specializací (viz opět analýza Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů, 2017). 15 žen uvedlo akutní gynekologické potíže, které mohou mít určitou souvislost s nechozením na preventivní lékařské prohlídky popisované opět v kvalitativní části analýzy.

### ***Aktuální onemocnění – psychická***

118 respondentů (62 % z celkového počtu) uvedlo, že má akutní psychická onemocnění. Data byla kategorizována na základě odpovědí respondentů na otevřenou otázku.

**Tabulka 14: Výskyt aktuálních psychických onemocnění**

| <b>Typ onemocnění</b>              | <b>Počet respondentů</b> |
|------------------------------------|--------------------------|
| deprese                            | 12                       |
| epilepsie                          | 6                        |
| nespavost                          | 33                       |
| panická úzkostná porucha           | 6                        |
| schizofrenie a psychotické poruchy | 11                       |
| úzkosti                            | 24                       |
| posttraumatická stresová porucha   | 6                        |
| nespecifikované psychické problémy | 20                       |
| <b>Celkem</b>                      | <b>118</b>               |

Nejvyšší počet respondentů, tj. 33 osob, uváděl problémy s nespavostí a 24 osob trpělo úzkostmi. Poměrně vysoký počet respondentů uváděl v rámci akutních psychických onemocnění i schizofrenii a psychotické poruchy, celkově 11 osob. 20 respondentů odpovídalo v kategorii nespécifické psychické problémy. V tomto kontextu lze uvést, že se patrně jedná o respondenty, kteří pociťují nějaké známky psychických problémů/psychické nepohody, ale nebyli u lékaře (nemají přesnou diagnózu). Z celkového počtu respondentů,

kteří uvedli, že mají psychické problémy, tj. 118 dotazovaných, bylo 53 mužů (45,0 %), téměř polovina mužů žijících v azylovém domě tedy uváděla, že má aktuálně psychické problémy.

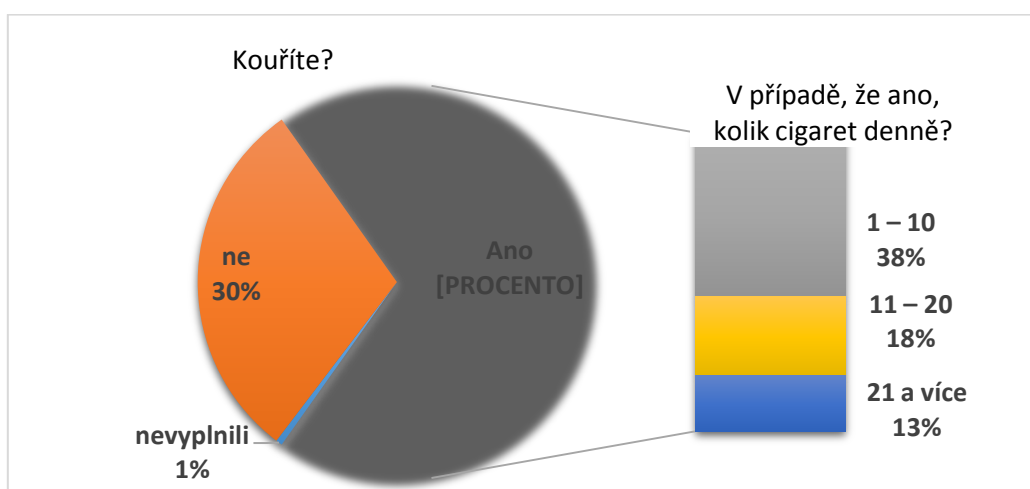
### **Kouření**

69,5 % respondentů uvedlo, že kouří, více než polovina z nich (55,0 %) kouří 1 až 10 cigaret denně. V kvalitativní části je kouření spojováno s pobytem v azylovém domě a s tím, že „kouří všichni“. Někteří komunikační partneři v kvalitativní analýze spojovali kouření se strategií redukce stresu.

**Tabulka 15: Výskyt a četnost kouření u respondentů**

| Kuřáci                        | Počet respondentů |      |
|-------------------------------|-------------------|------|
|                               | abs.              | v %  |
| ano                           | 133               | 69,5 |
| ne                            | 57                | 30,0 |
| nevyplnili                    | 1                 | 0,5  |
| Počty cigaret za den u kuřáků | abs.              | v %  |
| 1 až 10                       | 73                | 55,0 |
| 11 až 20                      | 35                | 26,0 |
| 21 a více                     | 25                | 19,0 |

**Graf 12: Výskyt a četnost kouření u respondentů (N = 191)**



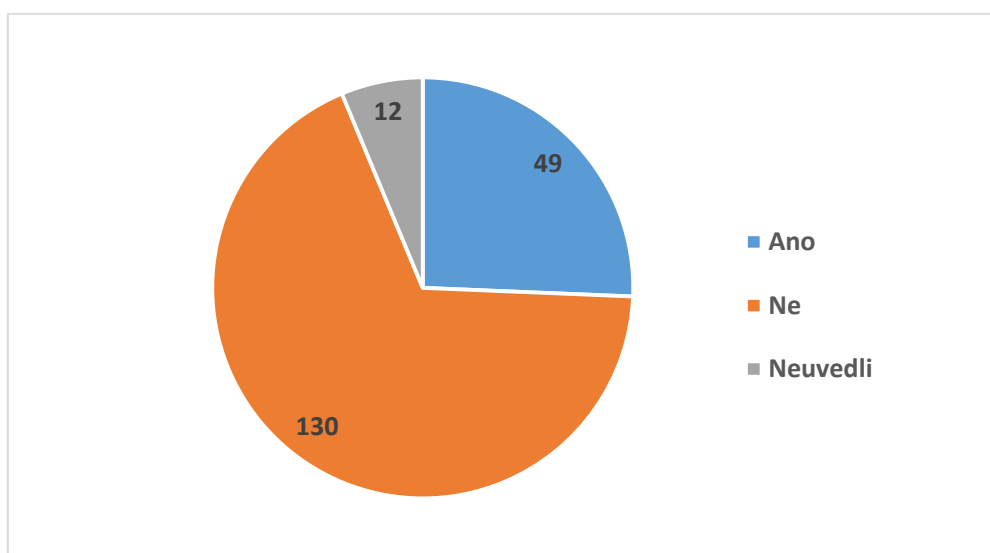
### **Zkušenost s domácím násilím**

49 respondentů (25,5 %) uvedlo, že má zkušenost s domácím násilím. Z těchto 49 respondentů tvořily 40 respondentů ženy (81,5 %).

**Tabulka 16: Zkušenost s domácím násilím**

| Zkušenost s domácím násilím | Počet respondentů |              |
|-----------------------------|-------------------|--------------|
|                             | abs.              | v %          |
| ano                         | 49                | 25,5         |
| ne                          | 130               | 68,0         |
| neuedli                     | 12                | 6,5          |
| <b>Celkem</b>               | <b>191</b>        | <b>100,0</b> |

**Graf 13: Zkušenost s domácím násilím (N = 191)**



### **Docházení do zdravotnických zařízení/služeb**

Na základě získaných dat můžeme konstatovat, že pouze 49,0 % z celkového počtu respondentů chodí k obvodnímu lékaři. Většina návštěv (71 z 93, tj. 76,0 %) se udála v posledních 5 měsících. Pouze 13,0 % z celkového počtu respondentů uvedlo, že dochází k očnímu lékaři a pouze 17,0 % respondentů uvádělo, že dochází k zubnímu lékaři. Četnost očních (28 respondentů) a zubních (23 respondentů) problémů byla přitom respondenty uváděna jako jedna z nejvyšších v rámci aktuálních fyzických problémů. 46,5 % dotazovaných uvedlo, že v posledních 18 měsících navštívili pohotovost. V zahraničních výzkumech je přitom častější využívání pohotovosti spojováno s nižším využíváním jiných zdravotních služeb (viz např. Kushel, Perry, et al., 2002; Wei Lim et al., 2002). 43,0 % respondentů uvedlo, že má zkušenost s hospitalizací v nemocnici (17,0 % respondentů bylo hospitalizováno



v posledních 11 měsících). 24,0 % respondentek uvedlo, že dochází na gynekologii (jen 25 respondentek tj. 51,0 % z celkového počtu těch, co dochází na gynekologii, uvedlo, že bylo u gynekologa v posledních 11 měsících). 13,5 % respondentů uvádělo, že dochází k psychiatrovi. Tento údaj lze vztáhnout k tomu, že 62,0 % z celkového počtu uvádělo, že má aktuálně psychické problémy. 85 žen (90,0 %) z celkového počtu 95 žen s dětmi uvedlo, že dochází k dětskému lékaři. Tento údaj lze rovněž spojit s daty získanými z kvalitativního šetření, kdy komunikační partnerky akcentovaly, že k lékaři chodí zejména s dětmi (viz analýza Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů, 2017). V posledních 6 až 11 měsících uvedlo celkem 26 respondentů, že dochází do jiného zdravotnického zařízení.

### ***Návštěvy u lékařů podle typu zdravotnické služby***

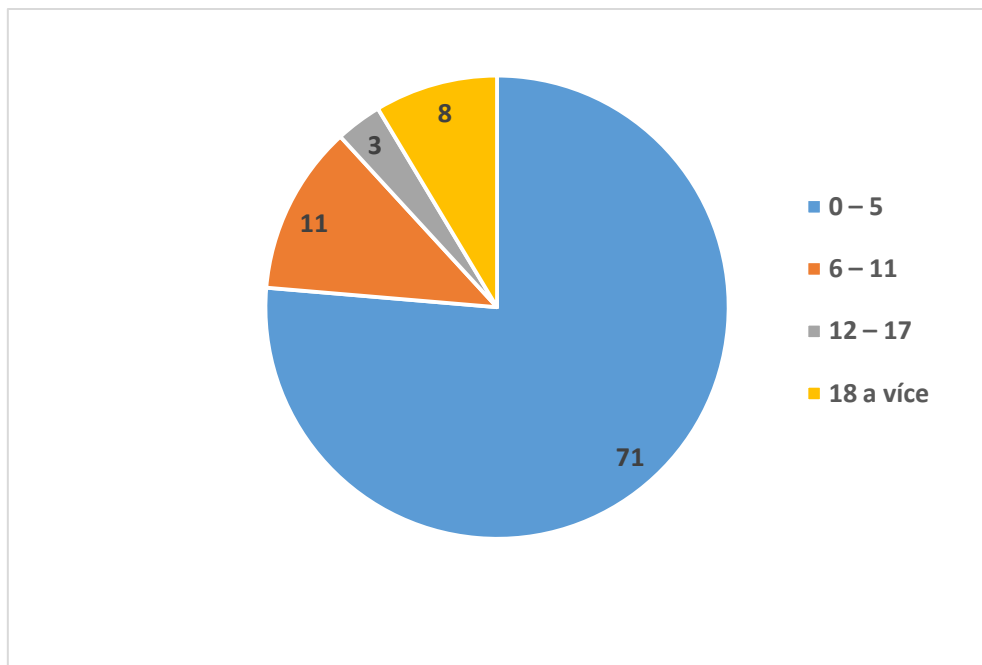
**Tabulka 17: Návštěvy u lékařů podle typu zdravotnické služby**

| Typ zdravotnické služby                   | Počet docházejících respondentů |             |
|---|---------------------------------|-------------|
|   | abs.                            | v %         |
| <b>návštěva obvodního lékaře (v měs.)</b> | <b>93*</b>                      | <b>49,0</b> |
| 0 až 5                                    | 71                              |             |
| 6 až 11                                   | 11                              |             |
| 12 až 17                                  | 3                               |             |
| 18 a více                                 | 8                               |             |
| <b>návštěva očního lékaře (v měs.)</b>    | <b>25</b>                       | <b>13,0</b> |
| 0 až 5                                    | 9                               |             |
| 6 až 11                                   | 4                               |             |
| 12 až 17                                  | 1                               |             |
| 18 a více                                 | 11                              |             |
| <b>návštěva pohotovosti (v měs.)</b>      | <b>89</b>                       | <b>46,5</b> |
| 0 až 5                                    | 34                              |             |
| 6 až 11                                   | 28                              |             |
| 12 až 17                                  | 27                              |             |
| 18 a více                                 | 0                               |             |
| <b>hospitalizace v nemocnici (v měs.)</b> | <b>82</b>                       | <b>43,0</b> |
| 0 až 5                                    | 18                              |             |
| 6 až 11                                   | 14                              |             |
| 12 až 17                                  | 16                              |             |
| 18 a více                                 | 34                              |             |
| <b>návštěva zubního lékaře (v měs.)</b>   | <b>32</b>                       | <b>17,0</b> |
| 0 až 5                                    | 13                              |             |
| 6 až 11                                   | 4                               |             |
| 12 až 17                                  | 9                               |             |
| 18 a více                                 | 6                               |             |
| <b>návštěva gynekologie (v měs.)</b>      | <b>46</b>                       | <b>24,0</b> |
| 0 až 5                                    | 19                              |             |

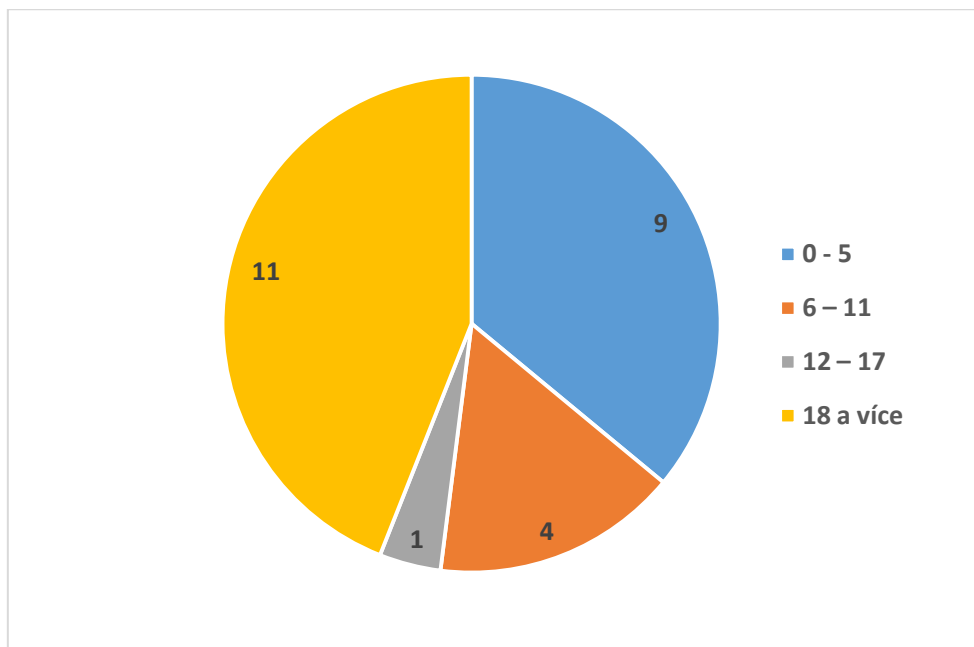
|                                   |    |      |
|-----------------------------------|----|------|
| 6 až 11                           | 6  |      |
| 12 až 17                          | 4  |      |
| 18 a více                         | 17 |      |
| návštěva psychiatra (v měs.)      | 26 | 13,5 |
| 0 až 5                            | 16 |      |
| 6 až 11                           | 6  |      |
| 12 až 17                          | 4  |      |
| 18 a více                         | 0  |      |
| návštěva pediatra (v měs.)        | 85 | 44,5 |
| 0 až 5                            | 35 |      |
| 6 až 11                           | 40 |      |
| 12 až 17                          | 10 |      |
| 18 a více                         | 0  |      |
| ostatní návštěvy v období 6 až 12 | 26 | 13,5 |
| ORL                               | 5  |      |
| kardiologie                       | 6  |      |
| neurologie                        | 5  |      |
| plicní                            | 6  |      |
| onkologie                         | 2  |      |
| geriatrie                         | 2  |      |

\* Vysoká návštěvnost praktického lékaře může být spojena s tím, že je při vstupu do azylového domu vyžadováno lékařské vyšetření.

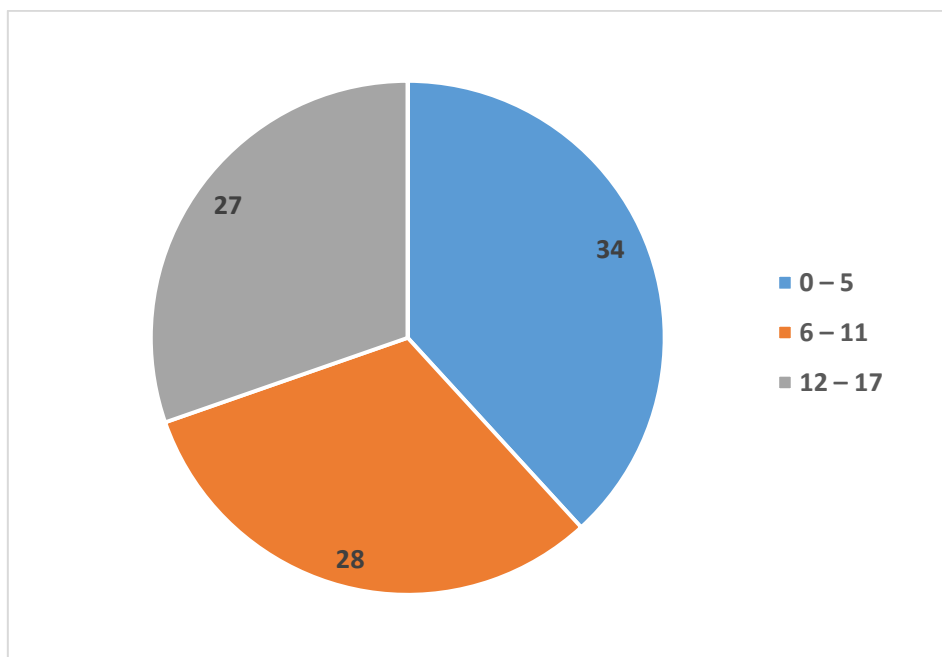
**Graf 14: Docházení k obvodnímu lékaři (v měsících; N = 93)**



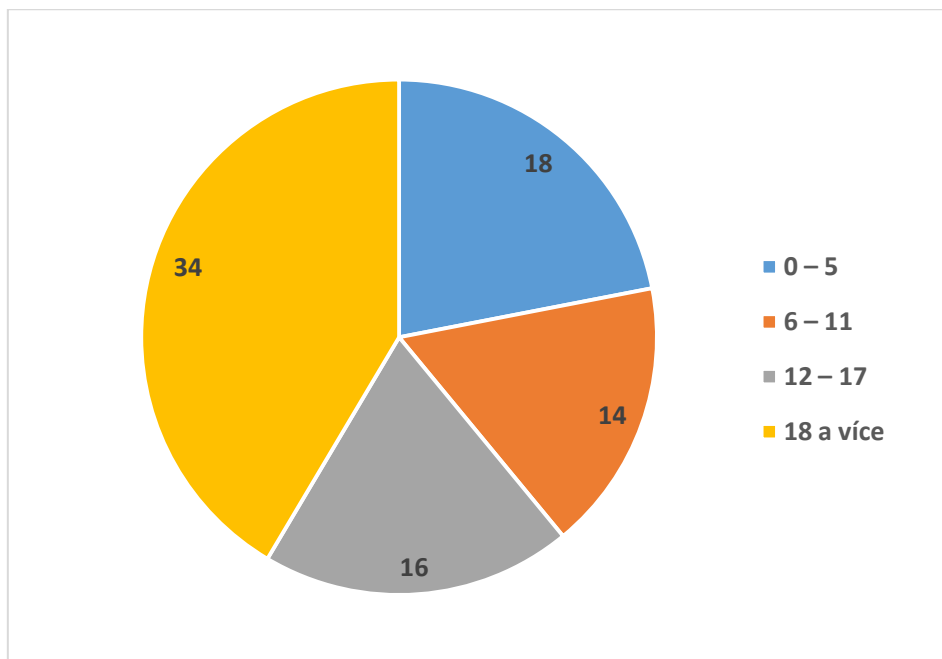
**Graf 15: Docházení k očnímu lékaři (v měsících; N =25)**



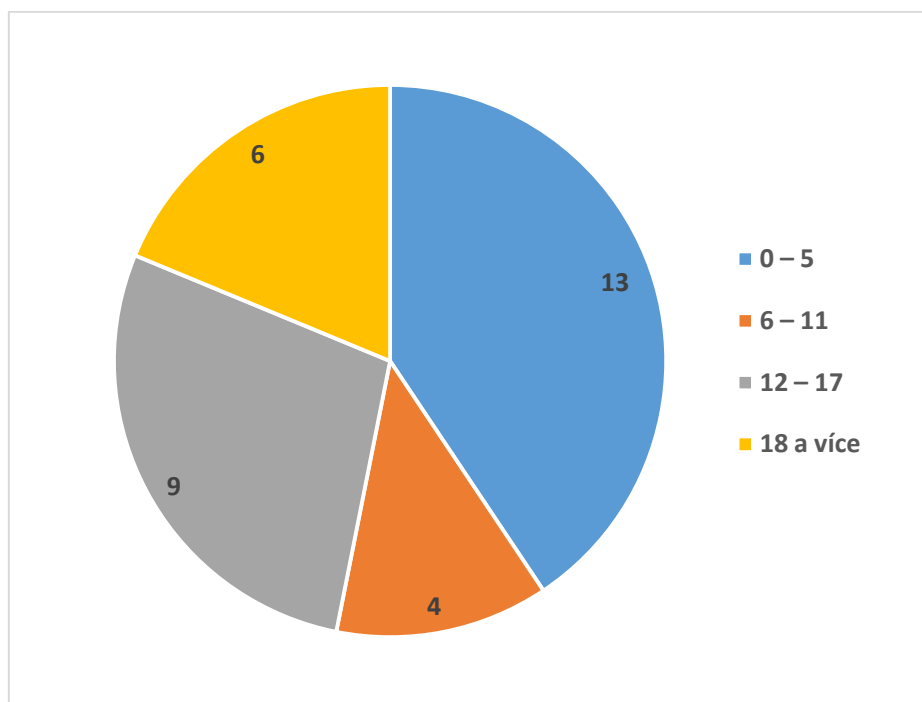
**Graf 16: Docházení na pohotovost (v měsících; n = 89)**



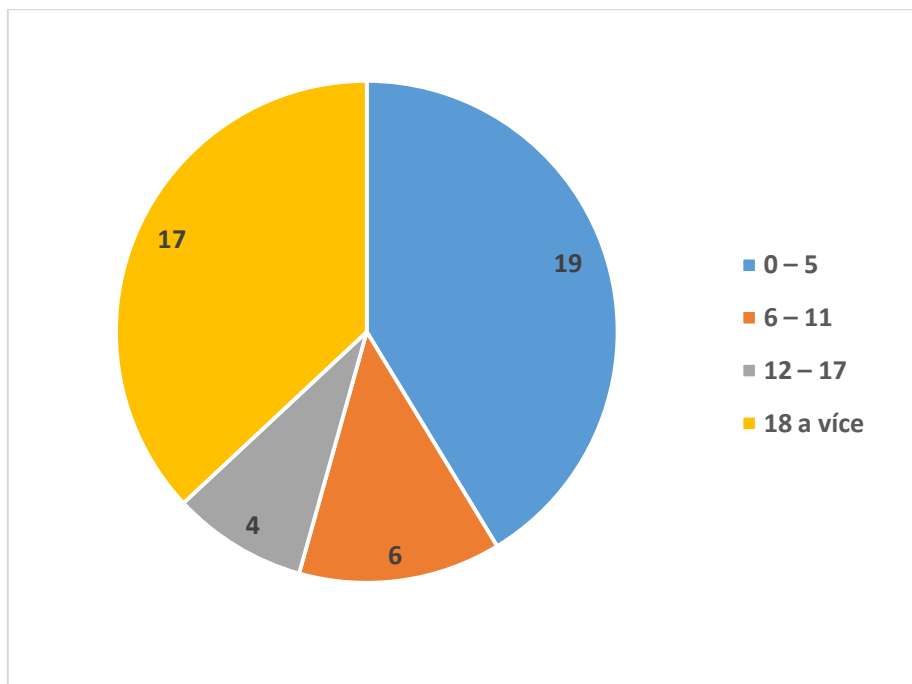
**Graf 17: Hospitalizace v nemocnici (v měsících; N = 82)**



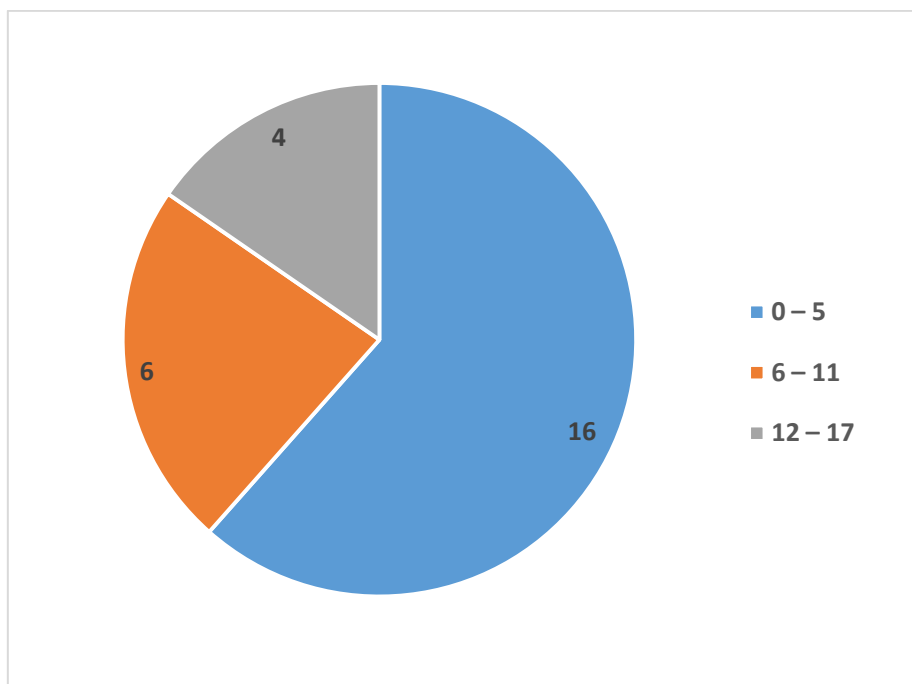
**Graf 18: Docházení k zubnímu lékaři (v měsících; N =32)**



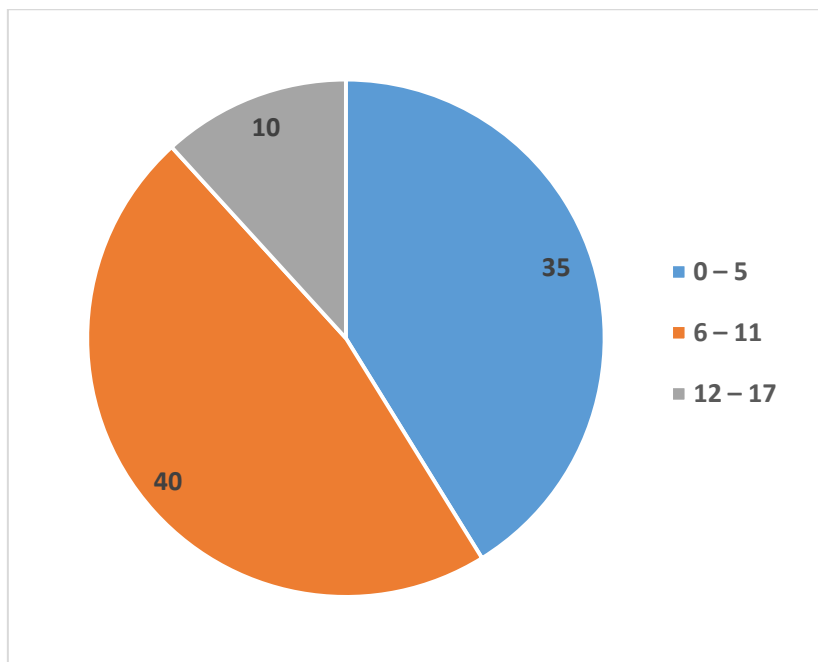
**Graf 19: Docházení na gynekologii (v měsících; N =46)**



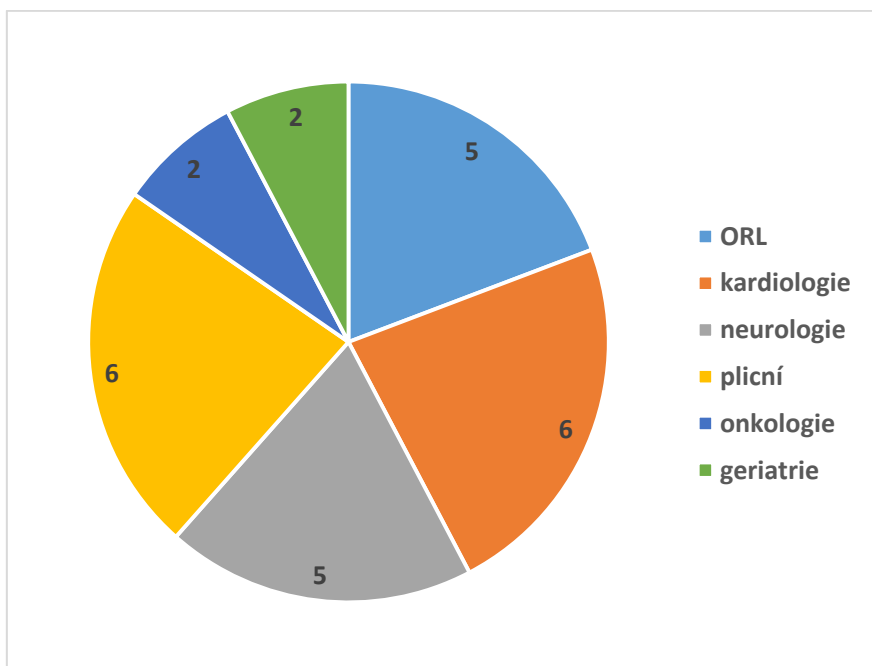
**Graf 20: Docházení na psychiatrii (v měsících; N =26)**



**Graf 21: Docházení na pediatrii (v měsících; N =85)**



**Graf 22: Docházejí k jiným specialistům (v měsících; N = 26)**



## Užívání léků

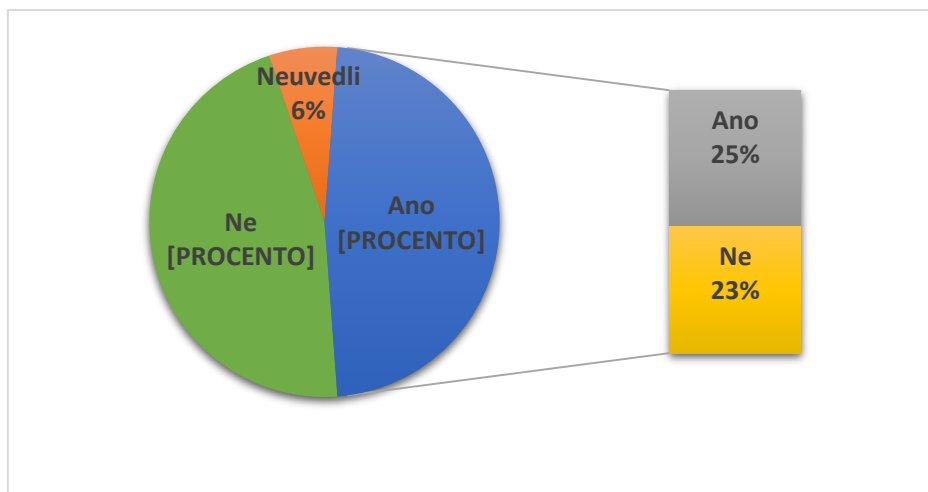
91 oslovených osob (47,5 % z celkového počtu) uvedlo, že by měly užívat léky, pouze 47 respondentů uvedlo, že je reálně užívají (51,5 % z celkového počtu těch, kteří by je užívat měli). Počet těch, kteří léky neužívají (48,5 %) lze propojit s důvody neužívání léků, které jsou uvedeny v kvalitativní analýze Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů (2017); jedná se přitom zejména o finanční důvody.

Tabulka 18: Užívání léků

| Otázka                   | Ano  |      | Ne   |      | Neuvedli |     |
|--------------------------|------|------|------|------|----------|-----|
|                          | abs. | v %  | abs. | v %  | abs.     | v % |
| Měl/a byste užívat léky? | 91   | 47,5 | 88*  | 46,0 | 12       | 6,5 |
| Užíváte je?              | 47   | 51,5 | 44   | 48,5 | -        | -   |

*\*Zde považujeme za důležité dát tento počet respondentů do kontextu počtu respondentů, kteří dochází k lékaři a jsou jim tedy předepsány léky.*

Graf 23: Užívání léků (N = 191)



## Vliv pobytu v azylovém domě na zdraví

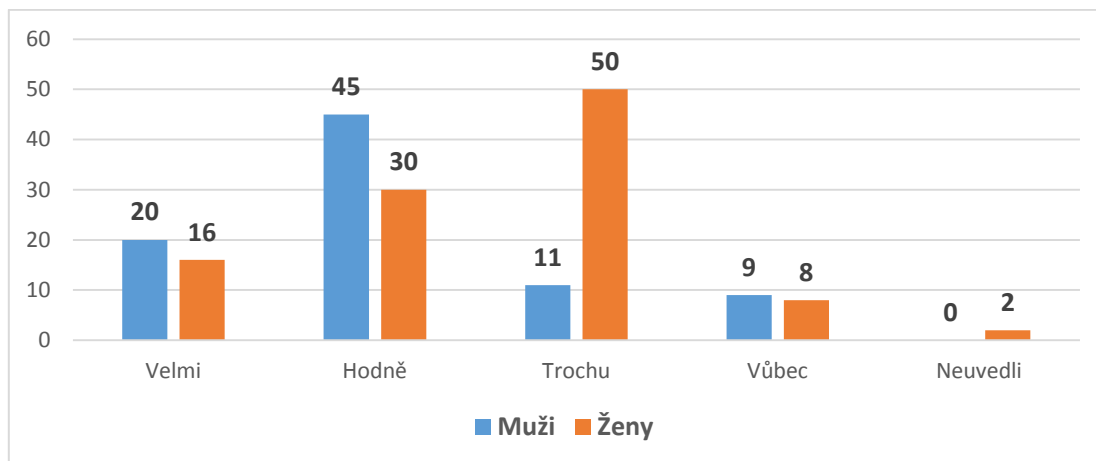
111 (58,0 %) dotazovaných osob uvedlo, že jim azylový dům pomohl „velmi“ nebo „hodně“. 78 (41,0 %) respondentů uvedlo, že jim azylový dům pomohl „trochu“ nebo „vůbec“.

46 (43,5 %) žen a 65 mužů (76,5 %) uvedlo, že jim azylový dům pomohl „velmi“ nebo „hodně“. 58 (54,5 %) žen a 20 mužů (23,5 %) uvedlo, že jim azylový dům pomohl „trochu“ nebo „vůbec“.

**Tabulka 19: Vliv pobytu v azylovém domě na zdraví**

| Jak moc vám azylový dům pomáhá s vaším zdravím? | Počet respondentů |              | Muži      |            | Ženy       |            |
|---|-------------------|--------------|-----------|------------|------------|------------|
|   | abs.              | v %          | abs.      | v %        | abs.       | v %        |
| Velmi   | 36                | 19,0         | 20        | 23,5       | 16         | 15,0       |
| Hodně   | 75                | 39,0         | 45        | 53,0       | 30         | 28,5       |
| Trochu  | 61                | 32,0         | 11        | 13,0       | 50         | 47,0       |
| Vůbec   | 17                | 9,0          | 9         | 10,5       | 8          | 7,5        |
| Neuvedli  | 2                 | 1,0          | 0         | 0,0        | 2          | 2,0        |
| <b>Celkem</b>                                   | <b>191</b>        | <b>100,0</b> | <b>85</b> | <b>100</b> | <b>106</b> | <b>100</b> |

**Graf 24: Vliv pobytu v azylovém domě na zdraví (N = 191)**





## DOPORUČENÍ

V následující kapitole uvádíme seznam doporučení pro praxi azylových domů v České republice, které sestavil výzkumný tým realizující prezentovanou analýzu. Některá námi prezentovaná doporučení se specificky vztahují k analýze Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů (2017), která byla realizována v rámci studentské grantové soutěže. Pro větší přehlednost jsou doporučení kategorizována do následujících tematických celků:

- Celospolečenská úroveň,
- Systémová opatření ve vztahu ke zdraví obyvatel azylových domů,
- Vybavení a prostory azylového domu,
- Režim a pravidla zařízení,
- Sociální práce v azylovém domě,
- Psychické zdraví a pomoc sociálních pracovníků.

Obecným doporučením, které lze pro azylové domy a jejich pracovníky formulovat je vnímání zdraví jako **celku a kladení důrazu na propojenost psychického a fyzického zdraví**. Komunikační partneři přitom často hovořili o špatném psychickém zdraví, které souviselo s pobytem na ulici a s vnímáním možných stresorů v prostředí azylového domu (zejména při prvo-pobytu a první adaptaci na režim zařízení). Ve výpovědích komunikačních partnerů je také patrné, že se zde objevují **dvě roviny pomoci**, a sice pomoc, kterou komunikační partneři **deklarují** jako potřebnou a pomoc, kterou komunikační partneři potřebují, ale zůstává z různých důvodů nevyřčena, tedy **pomoc latentní**.

Zdraví se zdá, na základě výroků komunikačních partnerů, být v azylových domech **velkým tématem** i zakázkou pro sociální práci s lidmi bez domova. S příchodem do azylového domu bývá téma zdraví často aktualizováno/akcentováno, i tak se jeví jako přínosné tuto **aktualizaci/akcentaci posilovat připomínáním/opakováním nabídky pomoci v oblasti zdraví** (např. zprostředkování, doprovázení apod.) a **po dohodě s klienty podporovat i zařazení zdravotní problematiky do individuálních plánů klientů**.

### Celospolečenská úroveň

- V rámci analýzy Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů (2017) komunikační partneři popisovali, že se ve zdravotnických službách, ale i v kontaktu s veřejností setkávají s **opresí ve vztahu ke ztrátě domova**. Určitý nástroj napomáhající k řešení této vnímané oprese je šíření příběhu a poznatků o multi-kauzální podmíněnosti situace bezdomovectví a podpora nevinícího přístupu k lidem bez domova. Výše zmíněné by mohlo být realizováno např. formou realizace

výzkumných šetření a šíření jejich výsledků či formou kampaní pro veřejnost. Ve vztahu ke spolupráci azylových domů se zdravotnickými zařízeními se jeví být možností šíření anti-opresivního pohledu na osoby bez domova i toto šíření v rámci spolupráce s partnerskými organizacemi a zařízeními.

### **Systemová opatření ve vztahu ke zdraví obyvatel azylových domů**

- Řada komunikačních partnerů spojovala azylové domy s „**nedostatkem volných míst**“. Nedostatek volných míst se objevoval specificky v určitých městech, kde byl výzkum realizován, i přes to považujeme za důležité jej zmínit. Nedostatek volných míst v azylových domech může vést k nedobrovolnému setrvání na ulici a příležitostnému využívání služeb noclehárny. Setrvávání na ulici má přitom na zdravotní stav velmi závažné následky.
- Vnímanou bariérou pobytu v azylovém domě je rovněž často špatný zdravotní stav cílové skupiny. Tento špatný zdravotní stav je spojen s nemožností podílet se na běžném chodu zařízení např. formou pravidelných úklidů („*rajónů*“). Bariérou umístění komunikačních partnerů do specializovaných zařízení, které by jim poskytovaly potřebnou péči, je často **nedostatečná kapacita těchto zařízení**. Doporučení k výše uvedeným kapacitním omezením se v tomto kontextu může vztahovat k posílení počtu azylových domů v městech, kde je jejich kapacita přeplněna a propojení azylových domů, resp. jejich klientů s jinými službami, do nichž by klienti ve špatném zdravotním stavu spadali jako cílová skupina.
- Ve vztahu k popisované psychické nepohodě spojené s nutností sdílet společné prostory a s ní spojenému nedostatku soukromí, které komunikační partneři často popisovali, a ve vztahu k šíření nemocí, by se jevílo být možným řešením **posílení počtu azylových domů, které mají povahu bytových jednotek** buď v jedné budově, nebo v samostatných oddělených bytech.
- Někteří komunikační partneři hovořili, ve vztahu ke své psychické nepohodě, o odloučení od partnera/partnerky, ke kterému došlo v důsledku pobytu v azylovém domě. Komunikační partneři hovořili také o potřebnosti sociální podpory ze strany svých blízkých. Jako řešení tohoto odloučení by se jevílo **posílení počtu azylových domů pro rodiny s dětmi při snižování jejich kapacity**.
- Jako určitou bariéru v rámci pobytu v azylovém domě vnímali někteří komunikační partneři zákaz konzumace alkoholu (resp. určení přípustné hladiny alkoholu pro vstup do zařízení). Komunikační partneři ve vztahu k zákazu konzumace alkoholu přicházeli s různými strategiemi „*obcházení*“ tohoto nařízení. Některé z těchto strategií se přitom jevílo jako potenciálně rizikové, např. přespávání venku. Z výše uvedeného

je na zvážení možnost zřizování tzv. **mokrých azylových domů**, kde podobná pravidla nebrání pobytu v azylovém domě nebo v současné době realističtější vyjednávání podmínek (např. v oblasti technických parametrů) pro tvorbu mokrých azylových domů.

- Vnímanou bariérou v rámci pravidelného docházení k lékaři (viz Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů, 2017) byla i **finanční náročnost zdravotnické péče** (např. nákup léku, zakoupení kompenzačních pomůcek jako jsou brýle či zubní protézy atd.) a dojíždění do zařízení zdravotnické péče. V tomto kontextu je na zvážení možnost finanční pomoci obyvatelům azylového domu, např. formou mimořádných dávek okamžité pomoci.

### Vybavení a prostory azylového domu

- V rámci vybavení některých azylových domů hovořili komunikační partneři o jeho nedostatečnosti v podobě **vybavení kuchyně**. *„Jo tady se dá, tady je třeba jedna mikrovlnka jako... Jeden vaříč třeba no, a já potřebuju třeba, aby mi máma třeba navařila, tak když vaří maminka, já si to přinesu sem, tady si to vohřeju, že jo“* (KPM 16). *„No je tu jenom jedna trouba na sedm ženských, že... to nestačí vůbec... každá by si chtěla vařit něco jiného... je to o domluvě, ale někdy se to nedá, ale zase pro děcka navařit musím“* (KPŽ 4).
- Dalším vnímaným problémem je výskyt infekčních nemocí a nebezpečí jejich šíření. K zabránění vzniku a šíření nemocí v azylovém domě zpravidla nestačí pouze dodržovat pořádek a hygienu, jak požadují domácí řády zařízení. K šíření infekčních nemocí může docházet např. vzdušnou cestou v podobě kapének. V kontextu hygieny a zabránění šíření nemocí zmiňovali někteří komunikační partneři **potřebu nesdílet společné prostory** jako je kuchyně, hygienická zařízení a herny pro děti se všemi ostatními obyvateli azylového domu, tedy i s nemocnými. Dodržení karanténního režimu je však v azylovém domě prakticky nemožné. *„Nebo jak máte tu společné koupelku, jo, tak tam ty bacily, jo, že, i když se vyvětrá“* (KPŽ 4). *„Ale vzhledem ke zdraví, já si myslím, že... akorát ty společné prostory tomu vadí, no, kvůli tomu zdraví. Že vlastně máme na pokojích jenom ty vaříče. Takže kvůli pečení musíme tady do té trouby. Teď tu sedí ti nemocní. Takhle se ty bacily vlastně roznáší.... No některé ty matky jsou tady k tomu laxní, by se dalo říct“* (KPŽ 3). Ve vztahu k prevenci šíření nemocí v důsledku nutnosti sdílení společných prostor zmiňovaly obyvatelky jednoho azylového domu potřebu **čističky vzduchu**. *„Co by pro nás mohli udělat? No, tak... asi bych byla pro tu čističku vzduchu, když už tu někdo onemocní, tak ať se to neroznáší, ty bacily“* (KPŽ 3).

## Režim a pravidla zařízení

- Komunikační partneři často vnímali, že má na jejich psychický stav vliv **možnost pracovat a smysluplně trávit svůj volný čas**. To potvrzuje i Dušek a Večeřová-Procházková (2015), společné trávení volného času, podle nich, zbavuje ubíjející sociální izolace a vede ke „svépomoci“. Ve vztahu k tomuto hodnotili komunikační partneři velmi pozitivně možnost **dobrovolnictví, peer zaměstnání a organizace volnočasových aktivit**. Komunikační partneři by přivítali i možnost, že by v azylovém domě bylo k dispozici vybavení pro trávení volného času. *„Tady třeba jsem říkal i paní ředitelce minule, aby objednala třeba kytary dvě, nebo klávesy, že zavedu ten hudební kroužek, aby se třeba tady ti lidi nenudili. Ona říkala, že jo, že s tím jako souhlasí, že není problém takhle. Než aby seděli na pokoji nebo to.... Třeba jo, já nevím. Teď zatím já nevím, jsme se bavili o tom předvčím na komunitě, říkali, že jo, že bude fotbal, na zahrádku budeme chodit dělat na uklízení zahrady“* (KPM 11).
- Některé komunikační partnerky hodnotily pozitivně **volnočasové aktivity, které azylový dům zprostředkovává pro jejich děti**, např.: *„No, třeba jo. Víc těch programů nebo tak, protože fakt, to bylo strašné, umíte si představit třicet šest dětí nebo kolik a všechno se to vždycky nahrne a prostě ta maminka prostě, no, hrůza. Co pak, neuděláte nic prostě. Mohla by třeba občas nějaká paní pečovatelka, co má třeba, hmmm, co má to tak vymyslí nějaké vyrábění, tááákové srdíčka vyráběly, jo, ale to mají všechno chvílku, jo, to je takové, na chvílku, no“* (KPŽ 12). Ve vztahu k volnočasovým aktivitám pro děti vnímaly komunikační partnerky jako pozitivní možnost tyto aktivity směřovat **mimo azylový dům**. *„Tak nějaké aktivity pro děti mimo azylák, ať se dostanou taky mimo barák víc a nejsou tu furt zavřený“* (KPŽ 4). Uvědomujeme si, že pořádání volnočasových aktivit není v základních činnostech azylového domu, proto doporučujeme azylovým domům jít cestou uzavření partnerství, např. s komunitními zařízeními, se středisky volného času, s domy dětí a mládeže, s nízkoprahovými zařízeními apod. Jednou z možností zprostředkování těchto aktivit se jeví i navázání spolupráce s programy jako je Kmotr<sup>6</sup>/Velký bratr či s pedagogickými fakultami univerzit nebo s fakultami (filozofická fakulta/fakulta sociálních studií), kde je vyučována sociální práce formou projektové výuky (student realizují mini-projekty s cílovými skupinami, např. návštěva zoo, sběr hraček pro děti z dětských domovů apod.).
- Ve vztahu ke svému psychickému zdraví, ve smyslu zajištění soukromí, i ve vztahu k možnosti *„zajít si k lékaři“* a *„vyléčit se z nemoci“* zmiňovaly komunikační partnerky, že by vnímaly jako velmi nápomocné **zajištění hlídání dětí v azylovém domě**.

---

<sup>6</sup> „Program KMOTR je sociálně preventivní program pro děti a mládež ve věku 7-18 let fungující na principu individuálního přátelského vztahu mezi jedním dítětem a dospělým dobrovolníkem.“ (<http://www.sdruzeni-stop.cz/kmotr/>)

Komunikační partnerky přitom uváděly, že v některých azylových domech tato možnost v případě nutnosti (spíše neformálně) funguje. Naším doporučením vztahujícím se k zajištění hlídání dětí v azylovém domě je zvážení možností, jak klientky azylových domů (matky) neomezovat v tom, aby si mohly (v případě potřeby) vzájemně hlídat děti. V některých azylových domech je vzájemné hlídání dětí realizováno na základě písemných smluv.

- Doporučením ve vztahu k vnímané „sociální izolaci“ v prostředí azylového domu a k potřebě „sociální opory“ může být i umožnění **zvýšení počtu návštěv a vytvoření míst pro návštěvy** v azylovém domě. Někteří komunikační partneři také hovořili o omezené možnosti vycházek. **Rozšíření možnosti vycházek** rovněž může vést k větší otevřenosti prostředí azylového domu a k získání sociální opory, která se jeví být pro psychické zdraví obyvatel azylových domů obzvláště důležitá. Návštěvy a vycházky lze v tomto kontextu vnímat jako nástroj zvyšující sociální otevřenost azylových domů.
- V azylovém domě se může vytvářet určité napětí ve vztahu k možným konfliktům se spolubydlíci a z nich plynoucímu napětí či k nutnosti dodržovat pravidla zařízení. Ze samotné povahy a cílů azylových domů vyplývá, že se nejedná o zařízení určené k dlouhodobému pobytu, ale i tak se zná, že **práce s klimatem** může být důležitá zejména ve spojitosti s často zmiňovanými psychickými obtížemi obyvatel azylových domů (může např. sloužit k prevenci relapsů některých psychických onemocnění) a podpořit získávání kompetencí pro další stabilizaci a osamostatnění. Práce s klimatem azylového domu a práce se skupinami celkově vyžaduje určité odborné dovednosti, které by mohly být u sociálních pracovníků azylových domů posilovány formou školení v oblasti facilitace/vedení skupinové diskuze či mediace a ošetřování konfliktů.
- Řada komunikačních partnerů popisovala **větší potřebu kontroly ze strany sociálních pracovníků v oblasti zajištění docházení k lékaři u nemocných**, zároveň ale reflektovali, že na toto zajištění nemají sociální pracovníci dostatečné nástroje. Požadovaná větší kontrola ze strany sociálních pracovníků ve vztahu ke spolubydlíci (tedy k určitému „oni“) se přitom jeví v jistém rozporu s vnímanou nutností přizpůsobit se režimu zařízení, která je vztahována k vlastnímu „já“.

### Sociální práce v azylovém domě

- Komunikační partneři uváděli, že by ocenili možnost **kurzů v oblasti zdraví, zdravé výživy a péče o zdraví**. „*Tak třeba nějaké ty kurzy o zdraví by nebyly špatné tady pro některé*“ (KPM 2). „*Pro maminy by bylo dobré, obzvlášť pro některé, kdyby se jako dál*“

vzdělávaly v tom, co je dobrý a co ne pro to zdraví... zvláště v souvislosti s dětma“ (KPŽ 10). Kurzy zdravé výživy by mohly být spojovány s kurzy vaření. **Kurzy vaření** by přitom mohly být k dispozici i pro muže. Komunikační partneři v analýze Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů (2017) z azylových domů **pro muže** totiž hovořili o tzv. „*párkařích*“, kteří se žijí v podstatě jen polotovary z důvodu, že vařit neumí. Dalším kurzem, který byl komunikačními partnery vnímán jako přínosný, je kurz **první pomoci**.

- Ve vztahu k tomu, že většina komunikačních partnerů uváděla, že kouří a kouření je určitým způsobem svázáno s prostředím azylového domu (a často také se strategiemi redukce stresu), by mohly být v azylových domech realizovány i **školení zabývající se škodlivostí kouření** a možnostmi/popř. pomocí s tím, jak s kouřením přestat.
- Komunikační partneři vyjadřovali určitá **přání ve vztahu k povaze poskytované pomoci** ze strany sociálních pracovníků: navázání vztahu, nízkoprahovost/dostupnost, otevřenost, podpora a zájem, možnost sdílení, dlouhodobost a neodsuzující přístup.
- Podobnou povahu si komunikační partneři přáli i u vzdělávacích kurzů. V rámci realizace těchto kurzů bychom spatřovali příležitost pro **peer vzdělávání**<sup>7</sup>, které by mohlo (alespoň částečně) sytit výše uvedená přání vztahující se k povaze poskytované pomoci ze strany sociálních pracovníků. V rámci peer vzdělávání je učitelem/vzdělavatelem člověk se zkušeností s bezdomovectvím. Vzdělávání se uskutečňuje např. v rámci témat zdraví a prevence či práce s dluhy (viz např. praxe organizace St. Mungo<sup>8</sup>). Příkladem využití peer vzdělávání může být např. situace, kdy je v azylovém domě několik klientů/klientek, kteří neumí vařit a jeden nebo dva klienti, kteří vařit umí nebo jsou dokonce vyučenými kuchaři. Azylový dům pak může pomoci zprostředkovat kurz vaření vedený právě těmi klienty, kteří vařit umí.
- Jako podporující je v tomto kontextu vnímáno doprovázení do zdravotnických služeb ze strany sociálních pracovníků azylového domu nebo spolupracujících služeb či organizací. Doprovázení je přitom vnímáno jako podporující zejména v kontextu vnímaného opresivního přístupu ze strany některých lékařů (Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů, 2017). Zde bychom rovněž spatřovali příležitost pro peer aktivity. V zahraničí totiž existuje dobrá zkušenost vztahující se k **peer doprovázení do zdravotnických služeb**.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup>Pro bližší informace doporučujeme: FEANTSA. 2013. Participation Toolkit. Dostupné z: <http://www.feantsa.org/en/toolkit/2013/10/19/participation-toolkit-get-a-different-result-get-people-participating?bcParent=27>

<sup>8</sup>Odkaz: <http://www.mungos.org/>

<sup>9</sup>„Organizace Groundswell (2015) v Londýně zřídila „Homeless Health Peer Advocacy“. Jedná se o program doprovázení osob bez domova do zdravotnických zařízení. Doprovázejícími jsou dobrovolníci, kteří sami mají zkušenost

- Ve vztahu k **pomoci poskytované sociálními pracovníky z azylových domů** měli komunikační partneři multi-oborové a multi-činnostní nároky. Sociální pracovníci jim zprostředkovávají: poradenství, „terapii“, „nahrazují“ psychologa, poskytují krizovou intervenci a zároveň pomáhají s hledáním bydlení, síťují klienty na další služby, zprostředkovávají zdravotnickou péči atd. Na sociální pracovníky je tak kladena velká zátěž. Zvládnání popsané kumulace rolí by sociálním pracovníkům mohly usnadnit **pravidelné supervize a intervize**. Ve vztahu ke kumulaci rolí by mohlo být řešením i posílení počtu sociálních pracovníků v azylových domech, zde je ovšem vždy otázkou, jaké možnosti mají v této oblasti konkrétní sociální služby. Jako možnost snížení dopadu kumulace rolí by se jevilo i posílení počtu sociálních pracovníků v azylových domech. Podobná opatření jako u sociálních pracovníků v azylových domech by měla být zavedena i u terénních sociálních pracovníků, na něž se klienti často obrací i zpětně a udržují s nimi dlouhodobý kontakt.
- Ve vztahu ke zdraví se klientům azylového domu jevilo jako obzvláště důležité **síťování jednotlivých sociálních služeb**, a to jak v oblasti terénní sociální práce, která často u klientů přímo vedla k pobytu v azylovém domě, tak v oblasti síťování na služby zabývajícími se specifickou cílovou skupinou, viz např. Bílý kruh bezpečí (problematika domácího násilí) či Renarkon (drogová problematika). V tomto kontextu považujeme za důležité si uvědomit, že je poradenství ve specializovaných oblastech velmi náročné, proto chceme sociální pracovníky z azylových domů podpořit v tom, aby využívali spolupráci dalších kolegů/služeb zaměřených na danou tematiku.

## Psychické zdraví a pomoc sociálních pracovníků

- Ve vztahu k časté psychické nepohodě, kterou komunikační partneři popisovali, by mohlo vést ke zkvalitnění a rychlému zachycení těch, kteří mohou potřebovat pomoc v oblasti psychického zdraví, **vzdělání sociálních pracovníků v základech rozeznání projevů a možných rizik nejčastějších psychických onemocnění**, s nimiž se obyvatelé azylových domů setkávají (např. deprese, úzkosti, posttraumatická

---

*s bezdomovectvím. Každý z dobrovolníků projde systémem školení a jsou podporováni supervizí a koučováním ze strany organizace. Poskytnutá pomoc pomáhá překonávat osobní (např. dodání sebedůvěry, podpora při návštěvě), systémové (např. nalezení lékaře, doprovázení) i praktické (např. sjednání termínu ošetření) bariéry v naplnění zdravotních potřeb osob bez domova. Tato služba existuje od roku 2010 a v roce 2015 umožnila 1445 návštěv u lékaře a facilitovala 998 setkání lidí bez domova v jednotlivých službách. Výsledkem služby je časnější diagnostika a léčba. Léčbu podporuje i zlepšování i v dalších životních oblastech (zaměstnatelnost, bytové potřeby, závislost na návykových látkách atd.). Efekt peer podpory spočívá také ve zlepšení sebevědomí, znalostí a motivace k využití zdravotnických služeb. Jeden z peer advokátů uvádí: „Lidé bez domova se cítí být souzeni, což jim způsobuje velkou úzkost. Peer advokát jim může pomoci tím, že mají s sebou někoho, kdo je na jejich straně, kdo je nechce soudit, někoho, kdo byl kdysi v jejich kůži“ (Groundswell, 2015: nestránkováno). Peer podpora dále snižuje až o 68 % množství nenaplněných potřeb u osob bez domova a o 42 % snižuje nutnost využití neplánovaných zdravotnických služeb (např. využití pohotovosti v důsledku akutních zdravotních komplikací), což vede i k úsporám ekonomickým.“ (Glumbíková, Gojová, Gřundělová, 2017).*

stresová porucha, fobie atd.). Ve vztahu ke kumulaci rolí sociálního pracovníka a zvýšených požadavcích, které jsou na něj kladeny, by ve vztahu k často se vyskytujícímu psychickému onemocněním sociálním pracovníkům mohlo ve vztahu k jejich práci pomoci **další vzdělávání<sup>10</sup> v podobě akreditovaných kurzů zaměřených např. na znaky nejčastěji se vyskytujících psychických obtíží u cílové skupiny, základů krizové intervence nebo v přístupech orientovaných na trauma.** Dvě z komunikačních partnerek v tomto kontextu hodnotily pozitivně znalosti sociálních pracovníků z oblasti domácího násilí. „*Přítel, vlastně on je prostě narkoman a tím, že je závislý na drogách... paní sociální mě právě varovala, že se to bude vracet to násilí... a že bych s ním neměla být, když je pod vlivem, že mi pak spíš ublíží*” (KPŽ 15). „*Tak jsem se k němu vrátila. Když jsem pak mluvila se sociální, tak jsme se bavily právě o tom, že to domácí násilí je..., že to byl prostě takový koloběh*” (KPŽ 15).

- V rámci doporučení vztahujícím se k psychickému stavu obyvatel azylových domů považujeme za důležité klást větší důraz na to, **jaký vliv má dlouhodobý pobyt na ulici na osoby bez domova, které přichází do azylového domu.** Edidin et al. (2012) uvádí, že duševní stav může být významně ovlivňován dlouhodobým stresem a deprivací, které lidé na ulici zažívají. Dlouhodobá situace bezdomovectví je dále významnou bariérou ve využívání zdravotních služeb (Gelberg, Anderson, Leake, 2000). Znalost vlivu pobytu na ulici na psychický stav může být pro sociální pracovníky z azylových domů velmi podporující ve vztahu k přímé práci s klientem.
- Ke snížení možného výskytu psychické nepohody a stresu souvisejícího s pobytem v azylovém zařízení by mohla **přispět zvýšená informovanost o vlivu pobytu v azylovém domě na psychický stav jeho obyvatel a reflexe ze strany pracovníků azylového domu.** Zejména v případě prvo-pobytu v azylovém domě hovořili komunikační partneři o potřebě „zvyknout si“, o stresových a úzkostných reakcích a spojovali s nimi často potřebu (psychologické) pomoci.
- Několik komunikačních partnerů zmiňovalo potřebu **psychologické pomoci.** „*Já bych spíše, a toto nevím, jestli by bylo spíše na nějakého psychologa. Potřeboval bych si někdy pokecat o některých věcech, které mě štvou. Pustit to ze sebe ven*” (KPM 8). „*Já bych i psychologa potřebovala*” (KPŽ 13). „*Mi přijde dobrý si popovídat, třeba i s psychologem a tak, psycholog ví, poradí, má náhled*” (KPŽ 5). Ve vztahu k psychologické pomoci se názory komunikačních partnerů lišili v tom, zda by mělo mít zařízení „svého“ psychologa, který by zde pracoval (např. na částečný úvazek), anebo zda by bylo lepší docházet za psychologem externě. „*Ono je to těžký, já bych radši někam docházela někam pryč tady z baráku než přímo tu... tu se to pak šíří ty informace.*” (KPŽ 10) „*Tak i tady v tom zařízení by byl dobrý psycholog*” (KPM 8). Řada komunikačních partnerů zmiňovala, že navštěvují psychiatra. Ve vztahu

<sup>10</sup> S respektem k odlišným kompetencím sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.



k psychologické pomoci je přitom důležité reflektovat, že samotné **přiznání si toho, že „potřebuji psychologickou pomoc“ může být hodně náročné.**

- Ve vztahu k psychickým obtížím se jeví být přínosné i **vzdělávání ve smyslu prevence psychických obtíží v podobě jejich rozeznání.** Komunikační partneři ve svých vyprávěních zmiňovali, že na začátku psychických potíží nevěděli, co se s nimi děje. *„Já sem to nechápal ze začátku, nevěděl jsem, jo, že je to ta deprese“ (KPM 2).* *„Třeba dýchat sem nemohla, jo... a vůbec sem nevěděla, že to je z té úzkosti, jo a tak“ (KPŽ 13).* Ve vztahu k výpovědím komunikačních partnerů v oblasti psychického zdraví se témata vzdělávání v této oblasti mohou zaměřovat na psychosomatické obtíže, somatické obtíže spojené s psychickými onemocněními (např. nespavost, nechutenství apod.), účinky léků či cykličnost některých psychických onemocnění.
- Ve vztahu k psychickým obtížím u mužů se jeví být nosným **překročení „genderových stereotypů“** typu *„muži nechtějí psychologickou pomoc“*, *„muži se nepotřebují vypovídat/nebudou se chtít vypovídat“* a psychologickou pomoc a možnost *„se vypovídat“* mužům nabízet. Komunikační partneři, muži, tuto možnost hodnotili jako velmi přínosnou a potřebnou. V tomto kontextu je třeba si opět uvědomit, že je přiznání potřeby psychologické pomoci celkově vnímáno jako náročné, proto je třeba ji nabízet citlivě a srozumitelně (s ohledem na aktuální psychický stav klienta).

## ZÁVĚR

Výzkumné šetření si kladlo následující tři cíle: (1) Analyzovat a popsat vnímané působení bezdomovectví na zdraví obyvatel azylových domů. (2) Analyzovat a popsat vnímané působení prostředí azylového domu na zdraví jeho obyvatel. (3) Sestavit doporučení pro azylové domy vyplývající z výzkumného šetření.

Cílů výzkumu bylo dosaženo pomocí kombinace kvalitativní a kvantitativní výzkumné strategie. Výzkumu se celkem zúčastnilo **221 obyvatel** azylových domů. Zdraví je obyvateli azylových domů pojmáno značně holisticky s důrazem na propojenost psychického a fyzického zdraví.

V rámci analýzy jsme mapovali přínosy i možné rozvojové oblasti ve vztahu mezi zdravím obyvatel azylových domů, situací bezdomovectví a pobytem v azylovém domě. Výzkumná zpráva poukazuje na to, že je zdraví v azylových domech velmi aktuálním tématem, kterému je třeba věnovat pozornost ze strany akademické veřejnosti i praktiků sociální práce.

V rámci analýzy jsme sestavili řadu doporučení pro azylové domy, která byla kategorizována do následujících tematických celků: Celospolečenská úroveň, Systémová opatření ve vztahu ke zdraví obyvatel azylových domů, Vybavení a prostory azylového domu, Režim a pravidla zařízení, Sociální práce v azylovém domě, Psychické zdraví a pomoc sociálních pracovníků.

## LITERATURA

- APA. 2010. *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* [online]. [25. 5. 2017]. Dostupné z: <http://www.apa.org/ethics/code/>
- BARTÁK, M. 2011. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. (eds.). 2011. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. 4th ed. Thousand Oaks, London, New Delhi, Singapore: SAGE.
- DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. 1998. *Collecting and Interpreting Qualitative Material*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE.
- DRAGOMIRECKÁ, E., KUBISOVÁ, D., ANDĚL, M. 2004. Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie*, 8(4), 274–279.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., BELEŠOVÁ, R., KAJANOVÁ, A. et al. 2016. Health and Social Aspects of Homelessness. *Kontakt* [online]. 18(3), 179–183 [29. 11. 2016]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.08.004>
- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada.
- EDIDIN J. P., GANIM, Z., HUNTER, S. J. et al. 2012. The Mental and Physical Health of Homeless Youth: A Literature Review. *Child Psychiatry & Human Development* [online]. 43(3), 354–375 [10.11.2016]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10578-011-0270-1>
- FEANTSA. 2013. *Participation Toolkit*. Brussels: FEANTSA. [29. 7. 2017]. Dostupné z: <http://www.feantsa.org/en/toolkit/2013/10/19/participation-toolkit-get-a-different-result-get-people-participating?bcParent=27>
- FERJENČÍK, J. 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 2. vyd. Praha: Portál.
- GELBERG, L., ANDERSEN, R. M., LEAKE, B. D. 2000. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: Application to Medical Care Use and Outcomes for Homeless People. *Health Services Research* [online]. 34(6), 1273–1302 [10.11.2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089079/>
- GLUMBÍKOVÁ, K., GOJOVÁ, A., GŘUNDĚLOVÁ, B. 2017. Zdraví a přístup ke zdravotním službám u obyvatel a obyvatelek azylových domů – téma pro sociální práci? *Sociální práce / Sociálna práca / Czech and Slovak Social Work*, 17(3), 23–40.
- GLUMBÍKOVÁ, K., GŘUNDĚLOVÁ, B. *Metanalýza: Zdraví obyvatel azylových domů*. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií.
- GLUMBÍKOVÁ, K., GOJOVÁ, A., KANIOVÁ, I., GŘUNDĚLOVÁ, B., STANOKOVÁ, Z. 2017. *Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů*. Ostrava: Ostravská univerzita. Závěrečná zpráva z výzkumu.

- GROUNDSWELL. 2015. *The Escape Plan. A Participatory Research Study* [online]. [24. 10. 2016]. Dostupné z: [http://www.groundswell.org.uk/The\\_Escape\\_Plan\\_Report.pdf](http://www.groundswell.org.uk/The_Escape_Plan_Report.pdf)
- HAASOVÁ, J. 2005. *Jak žijí v Olomouci ženy bez domova*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Portál.
- HUBÍK, S. 2006. *Hypotéza: metodologický nástroj výzkumu ve společenských vědách*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
- CHARMAZ, K. 2003. Qualitative interviewing and Grounded Theory Analysis. In: HOLSTEIN, J., GUBRIUM, J. F. (Eds.). *Inside Interviewing. New Lenses, New Concerns*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE, 311-330.
- CHARMAZ, K. 2009. *Constructing grounded theory*. London: Sage.
- KUSHEL, M. B., PERRY, S. et al. 2002. Emergency Department Use Among the Homeless and Marginally Housed: Results From a Community-Based Study. *Am J Public Health*, 92(5), 778–784.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- RIESSMAN, C. K. 2008. *Narrative methods for the human sciences*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE Publications.
- RUBIN, A., BABBIE, E. R. 2011. *Research Methods for Social Work*. 7th ed. Belmont: Brooks/Cole Cengage.
- SDRUŽENÍ – S.T.O.P. 2017. *Kmotr* [online]. Ostrava: S.T.O.P. [30.07.2017]. Dostupné z: <http://www.sdruzeni-stop.cz/kmotr>
- ST MUNGO'S. 2017. *Home – St Mungo's* [online]. London: St Mungo [30.07.2017]. Dostupné z: <https://www.mungos.org/>
- ŠUBRT, J. 2010. *Soudobá sociologie*. Praha: Karolinum.
- ŠUPKOVÁ, D. 2007. Průzkum zdravotní péče o bezdomovce v České republice. In: ŠUPKOVÁ, D. et al. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada Publishing.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. et al. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál.
- TRNKA, L., ŠNIRCOVÁ, J., KREJBICH, F. 2006. Vyhledávání tuberkulózy mezi bezdomovci a imigranty v praxi. *Zdravotnictví v ČR* [online]. 4(IX), 144–148 [29. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-4-2006.pdf>
- WEI LIM, Y., ANDERSEN, R., LEAKE et al. 2002. How Accessible is Medical Care for Homeless Women? *Medical Care*. 40(6), 510-520.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

|        |  |
|--------|--|
| %      | procent  |
| abs.   | absolutně  |
| ADHD   | Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou |
| APA    | Americká psychologická asociace  |
| apod.  | a podobně  |
| atd.   | a tak dále   |
| et al. | a kolektiv   |
| KPM    | Komunikační partner muž  |
| KPŽ    | Komunikační partnerka žena   |
| např.  | například  |
| pozn.  | poznámka   |
| Sb.    | Sbírky   |

## Příloha č. 1: Tabulky kódů

*Multikauzální podmíněnost vzniku situace bezdomovectví*

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Důvody vzniku situace bezdomovectví a příchodu do azylového domu | Vystěhování (podvody)                |
|  | Exekuce a rodinné problémy           |
|  | Ztráta partnera                      |
|  | Domácí násilí                        |
|  | Dluhy a nemožnost platit nájem       |
|  | Ztráta zaměstnání                    |
|  | Nejisté formy ubytování              |
|  | - Opakovaný pobyt v azylových domech |
|  | „Přímo z ulice“                      |
|  | Propuštění z nemocnice               |

*Bezdomovectví a propojenost psychického a fyzického zdraví*

|                  |   |
|------------------|---|
| Fyzické zdraví   | Dlouhodobá zkušenost s pobytem na ulici       |
|                  | Omrzliny                                      |
|                  | Úrazy   |
|                  | Závislost na alkoholu                         |
|                  | Komorbidity onemocnění                        |
|                  | Běžná onemocnění a občasné bolesti            |
| Psychické zdraví | „Psychicky na dně“                            |
|                  | Pobyt na ulici                                |
|                  | Stres ze ztráty bydlení a z nejistého bydlení |
|                  | Ztráta blízkých                               |
|                  | Strach ze ztráty blízkých                     |
|                  | Deprese                                       |
|                  | Nespavost a únava                             |
|                  | Fobie   |
|                  | Sebevražda                                    |
|                  | Děti  |

|  |                           |
|--|---------------------------|
|  | Úzkosti                   |
|  | Následky domácího násilí  |
|  | Selhávání v mateřské roli |
|  | Kouření                   |
| Propojenost psychického a fyzického zdraví |                           |

***Co znamená azylový dům ve vztahu ke zdraví? / Jak váš pobyt v azylovém domě působí na vaše zdraví?***

|                      |   |
|----------------------|---|
| Azylový dům a zdraví | Změna zdravotního stavu a začátek chůze k lékařům |
|                      | Začátek ježdění na kontroly                       |
|                      | Prioritizace zdraví                               |
|                      | Individuální plán                                 |
|                      | Poskytovatel ochrany                              |
|                      | Zázemí pro zdraví                                 |
|                      | Dohled nad zdravím                                |
|                      | - Dohled nad zdravím – abstinence                 |
|                      | Čistota a hygiena                                 |
|                      | Stabilní místo                                    |
|                      | Příležitost vydechnout a odpočinout si            |
|                      | Porovnání s domovem                               |
|                      | Obnovení kondice                                  |
| Příležitost          |   |

***Co v azylovém domě vám pomáhá v péči o zdraví (být zdravý)?***

|             |   |
|-------------|---|
| Azylový dům | Zájem o zdraví  |
|             | Azylový dům „učí se o sebe postarat“                    |
|             | Podpora materiální – zdroj vitamínů, potravinové pomoci |
|             | - Kvality a množství potravinové pomoci v azylovém domě |
|             | Informační podpora – přístup ke zdravotnickým           |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
|                                    | službám   |
|                                    | Práce   |
|                                    | - Započítání roků na důchod   |
|                                    | - Body za práci   |
|                                    | - Vnímaná nechuť se zapojit   |
|                                    | - Povinně odpracované hodiny  |
| Sociální pracovník v azylovém domě | Navázání dobrého vztahu   |
|                                    | Podpora a zájem   |
|                                    | „Nebýt na to sám“   |
|                                    | „Někdy stačí si jen popovídat“  |
|                                    | „Bavit se otevřeně“   |
|                                    | Dostupnost  |
|                                    | Známý/osvědčený sociální pracovník  |
|                                    | Dlouhodobost  |
|                                    | - „Znají mě z minulosti“  |
|                                    | - Udržet s azylovým domem/se sociálními pracovníky dlouhodobý kontakt do budoucna |
| Způsoby pomoci                     | (Sociální) poradenství  |
|                                    | Zajištění lékařské péče   |
|                                    | Vyřízení dokladů  |
|                                    | Pomoc s počítačovou gramotností   |
|                                    | Podpora při hledání bydlení   |
|                                    | Pomoc s hledáním práce  |
|                                    | Hledání informací o zdravé výživě na internetu                                    |
|                                    | Pomoc s doučováním dětí   |
|                                    | Poradenství v oblasti osobní změny  |
|                                    | Poradenství v oblasti závislosti na alkoholu                                      |
|                                    | Podpora s psychoterapeutickými prvky  |
|                                    | Doprovázení   |
|                                    | Advokacie   |



**Co v azylovém domě vám naopak znesnadňuje péči o zdraví (nepomáhá být zdravý)?**

|   |   |
|---|---|
| Nemožnost „dostat se do azylového domu“ | Informace o existenci azylových domů                      |
|   | Nedostatečná kapacita azylových domů                      |
| Negativa pobytu v azylovém domě         | První zkušenost s pobytem v azylovém domě                 |
|   | - X Nechce odejít   |
|   | Nutnost se přizpůsobit režimu zařízení                    |
|   | - (Nucený) odchod ze zařízení                             |
|   | - Konzumace alkoholu                                      |
|   | - Strategie, jak na pravidla „vyzrát“                     |
|   | Nedostatek soukromí a nutnost sdílení prostor             |
|   | Matky, které žijí v azylovém domě s dětmi                 |
|   | - Zlobení dětí  |
|   | - Ne zcela vhodné prostředí pro výchovu dětí              |
|   | - Sžívání dětí různých věkových kategorií v azylovém domě |
|   | Spolubydlení/ambivalentní vztahy                          |
|   | - Držení si odstupu/„nepatřím sem“                        |
|   | - Stažení se  |
|   | - Bezproblémovost   |
|   | - Snaha o toleranci                                       |
|   | - Sebeprosazení   |
|   | - Uklidňují děti  |
|   | Vzájemná pomoc  |
|   | Možnost sdílení   |
|   | Nemožnost nechat děti v azylovém domě bez dozoru          |
|   | Sociální uzavřenost                                       |
|   | Odloučení od partnera                                     |
|   | Izolace od vztahů mimo azylový dům                        |
|   | Pravidla pro návštěvy v azylových domech                  |
|   | Vycházky  |
|   | Zhoršení zdravotního stavu                                |
|   | Roznášení nemocí  |

|  |   |
|--|---|
|  | - Nechození k lékařům   |
|  | - Snaha sociálních pracovníků, aby nemocní k lékařům skutečně chodili                 |
|  | Špatný zdravotní stav   |
|  | - Špatný zdravotní stav – věk   |
|  | Azylový dům x „pečovatelské služby“, „LDN“ a „hospice“                                |
|  | Omezená dobu pobytu a nenávaznost pobytu v azylovém domě na systém sociálního bydlení |
|  | Sociální byt „za odměnu“  |
|  | Nové vybavení domácnosti  |

***Co děláte pro to, abyste byl/a zdravý/á?/Co vám pomáhá zůstat zdravý/á?***

|  |  |
|--|--|
| Co děláte pro to, abyste byl/a zdravý/á?<br>Co vám pomáhá zůstat zdravý/á? | Odklon pozornosti a odreagování se                   |
|  | „Mít svůj klid“                                      |
|  | Humor  |
|  | Pozitivní myšlení                                    |
|  | „Nepoddávat se tomu“                                 |
|  | Zvyknutí si  |
|  | Únik   |
|  | - Únik do nemoci                                     |
|  | - Únik z reality pomocí alkoholu nebo drog           |
|  | - Myšlenky na budoucnost                             |
|  | Rezignace  |
|  | Spiritualita   |
|  | „Hlavně slušně“                                      |
|  | Výplň času   |
|  | Možnost práce  |
|  | - Možnost zisku sociálních kontaktů mimo azylový dům |
| - Možnost přivýděлку   |  |
| - Nedostupnost/nedosažitelnost   |  |
| Strategie vyrovnání se se závislostí                                       |  |

|  |  |
|--|--|
|  | - Speciální strategie vyrovnání se se závislostí                         |
|  | „Já sám“   |
|  | Hledání opory – sociální, informační a materiální                        |
|  | Sociální opora   |
|  | - Neexistence vztahů s rodinou z důvodu odloučení členů rodiny           |
|  | - Rodina je v podobné životní situaci jako sami komunikační partneři     |
|  | - Rodina je zdrojem opory  |
|  | - Obyvatelé azylového domu jako zdroj sociální opory – „jediní kamarádi“ |
|  | - Pomoc spolubydlících   |
|  | - „Vyhýbání se bývalým kamarádům“  |
|  | Informační podpora kamarádů  |
|  | Zvládání „finanční nemožnosti“   |
|  | - Deprivační výdaje  |
|  | Kouření  |

## Příloha č. 2: Výběrový soubor v kvalitativním šetření

| Komunikační partner | Pohlaví | Věk | Délka pobytu v měs. | Opakovaný pobyt         | Důvod pobytu   | Předchozí pobyt                                | Vzdělání                                   | Zaměstnání                   | Rodinný stav | Počet dětí | Kouření    | Příznaky nemoci   | Návštěva lékařů          | Odbornost lékařů   | Zkušenost se závislostí na alkoholu | Zkušenost se závislostí na drogách | Zkušenost s domácím násilím              |
|---------------------|---------|-----|---------------------|-------------------------|--|--|--|------------------------------|--------------|------------|------------|---|--------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| KPŽ 10              | žena    | 43  | 5                   | ano                     | neplacení nájmu  | azylový dům                                    | základní                                   | ne                           | rozvedená    | 2          | ano        | bolesti zad, bolesti nohou, dětské nemoci, psychické problémy   | ano                      | psychiatrie, pediatrie                                       | ano                                 | ne                                 | ano                                      |
| KPŽ 9               | žena    | 30  | 5                   | ne                      | dluhy, nesplácení úvěru  | nájemní byt RPG                                | základní                                   | ne                           | rozvedená    | 3          | ano        | běžné virózy, unavenost   | ne                       | nezjištěno   | ne                                  | ne                                 | ne                                       |
| KPŽ 11              | žena    | 53  | 12                  | ne                      | neplacení nájmu  | nájemní byt                                    | základní                                   | ne                           | rozvedená    | 4          | ano        | psychické problémy, záda, žaludek, ledviny, zuby, štítná žláza  | ano                      | rehabilitace, stomatologie, endokrinologie, urologie         | ne                                  | ne                                 | ne                                       |
| KPŽ 5               | žena    | 36  | 2                   | ne                      | vystěhování  | podnám   | vyučená zahradnice                         | ne                           | rozvedená    | 2          | nezjištěno | běžné nemoci  | ano                      | praktický lékař, pediatrie                                   | nezjištěno                          | nezjištěno                         | nezjištěno                               |
| KPŽ 13              | žena    | 29  | 48                  | ano                     | odchod od přítele  | podnám s partnerem                             | základní                                   | ne (rodičovská)              | svobodná     | 3          | ano        | deprese, úzkosti, atopický ekzem, problémy se spánkem a příjmem potravy   | ano                      | kardiologie, psychiatrie, gynekologie                        | ne                                  | ne                                 | ano                                      |
| KPŽ 12              | žena    | 31  | 3                   | ne                      | rozpad manželství  | podnám s partnerem                             | vyučená prodavačka                         | ne (rodičovská)              | v rozvodu    | 3          | ano        | bolesti zad   | ano                      | stomatologie   | ne                                  | ne                                 | ne                                       |
| KPŽ 3               | žena    | 32  | 1                   | ano                     | neplacení nájmu  | podnám   | vyučena                                    | ne                           | svobodná     | 1          | nezjištěno | bolesti zad, syn psychické problémy a problémy s chováním v důsledku sex. zneužívání                                | ano                      | oftalmologie, psycholog, dětská psychiatrie, praktický lékař | ne                                  | ne                                 | ano-dítě sex. násilí páchané nezletilými |
| KPŽ 4               | žena    | 26  | 7                   | ne                      | vystěhování  | podnám   | základní                                   | ne                           | svobodná     | 2          | nezjištěno | zánět zubů  | ano                      | stomatologie   | nezjištěno                          | nezjištěno                         | nezjištěno                               |
| KPŽ 4               | žena    | 42  | 6                   | ne                      | nezjištěno   | u rodiny                                       | vyučená prodavačka                         | ano                          | rozvedená    | 3          | ano        | problémy se zády, bezpepková dieta - dcera  | ano                      | pediatrie  | ne                                  | ne                                 | ne                                       |
| KPŽ 15              | žena    | 27  | 6                   | ne                      | přítel závislý na drogách, matka ji vyhodila i s dcerou              | u matky  | vyučená zlatnice, nyní rekvalifikační kurz | brigáda ve zlatnictví        | svobodná     | 1          | ano        | nezjištěno  | ano                      | gynekologie, praktický lékař, pediatrie                      | ne                                  | ne                                 | ano                                      |
| KPŽ 6               | žena    | 66  | nezjištěno          | ano                     | nezjištěno   | azylový dům                                    | hotelová škola                             | ne, invalidní důchod         | rozvedená    | 1          | ano        | epilepsie, cukrovka, psychické problémy, migrény  | ano                      | psychiatrie, praktický lékař, diabetologie                   | ne                                  | ne                                 | ano                                      |
| KPM10               | muž     | 60  | 2                   | ano                     | odchod z ubytovny - nespokojenost s podmínkami                       | ubytovna                                       | vyučení zahradník                          | ne, invalidní důchod         | rozvedený    | 0          | ne         | mrtevce - omezená hybnost horná končetiny, pocívaná slabost   | ano                      | praktický lékař  | ne                                  | nezjištěno                         | nezjištěno                               |
| KPM 4               | muž     | 58  | 3                   | ano                     | dlouhodobý pobyt na ulici  | pobyt na ulici, ve stanu                       | nezjištěno                                 | ne                           | svobodný     | 0          | ano        | výpadky paměti po úraze, bolest nohy po úraze   | ne                       | nezjištěno   | ne                                  | ne                                 | ano-otec                                 |
| KPM 5               | muž     | 63  | 4                   | ano                     | dlouhodobý pobyt na ulici  | azylový dům                                    | střední škola strojí s maturitou           | ano (peer zaměstnání)        | rozvedený    | 1          | ano        | žádné, dříve psychická deprivace-na ulici   | ne                       | nezjištěno   | ne                                  | ne                                 | ne                                       |
| KPM 12              | muž     | 40  | 4                   | ano                     | úmrť rodičů, dluhy   | na ulici, u rodiny                             | Základní                                   | ne                           | svobodný     | 2          | ano        | problémy s játry, žaludeční vřed, úraz ruky - doživotní následky  | ne                       | nezjištěno   | ne                                  | ano                                | ne                                       |
| KPM 11              | muž     | 41  | 4,5                 | ne                      | ztráta bydlení u přítelkyně, našla si nového přítele, pobyt na ulici | krátkodobý pobyt na ulici, předtím ubytovna    | základní                                   | ne                           | svobodný     | 1          | ano        | psychické problémy, záda, nespavost   | ne                       | nezjištěno   | ne                                  | ano                                | ne                                       |
| KPM 13              | muž     | 41  | 3                   | ano                     | neshody v rodině   | noclehárna                                     | základní                                   | ne                           | svobodný     | 1          | ano        | slabé srdce, nespavost, psychické problémy  | ne                       | nezjištěno   | ne                                  | ano                                | ne                                       |
| KPM 14              | muž     | 54  | 1                   | ne                      | finanční problémy - neplacení nájmu                                  | pobyt v zahraničí (vikendy bydlení v pronájmu) | vyučen                                     | ne                           | rozvedený    | 4          | ano        | nezjištěno  | ano                      | praktický lékař  | ne                                  | ne                                 | ne                                       |
| KPM 15              | muž     | 33  | 12                  | ne                      | pobyt na ulici   | ubytovna                                       | základní                                   | ano                          | svobodný     | 0          | ano        | bez zdravotních potíží  | ano                      | stomatologie   | ne                                  | ano                                | ne                                       |
| KPM 16              | muž     | 55  | nezjištěno          | nezjištěno              | rozchod s partnerkou   | u družky                                       | nevyučený zedník                           | ne                           | svobodný     | 0          | ano        | žaludeční vřed  | ano                      | praktický lékař, gastrologie                                 | nezjištěno                          | nezjištěno                         | ne                                       |
| KPM 8               | muž     | 41  | nezjištěno          | ne                      | vystěhování  | podnám   | vyučení kuchař                             | ano (peer zaměstnání)        | rozvedený    | 1          | ano        | deprese   | ano                      | stomatologie   | ano                                 | ne                                 | ne                                       |
| KPM 2               | muž     | 58  | nezjištěno          | ano (dům na půli cesty) | dlouhodobý pobyt na ulici  | pobyt na ulici                                 | střední průmyslová škola                   | ne                           | rozvedený    | 1          | ano        | ztráta oka, noha po autonehodě  | ano                      | chirurgie  | ano                                 | ano                                | ne                                       |
| KPŽ 2               | žena    | 20  | 4                   | ne                      | domácí násilí (potom co umřeli oba rodiče)                           | podnám s přítelem                              | základní                                   | ne (rodičovská)              | nezjištěno   | 2          | ne         | deprese, úzkosti  | spíše ne                 | gynekologie, pediatrie                                       | ne                                  | ne                                 | ano                                      |
| KPM 1               | muž     | 62  | 7                   | ano                     | umrtí matky, nepohodnutí se sestrou                                  | přespávání u kamarádů, ulice                   | nezjištěno                                 | ne                           | rozvedený    | 2          | ano        | operace varlat  | ne                       | nezjištěno   | ne                                  | ne                                 | ne                                       |
| KPM 3               | muž     | 50  | 18                  | ano                     | rozvod, alkohol  | pobyt na ulici, ubytovna                       | nezjištěno                                 | dobrovolník, není zaměstnaný | rozvedený    | 2          | ne         | prasklý vřed, problémy s plícemi, špatné ramena   | jen v akutních případech | gastrologie  | ano                                 | ne                                 | ne                                       |
| KPM 17              | muž     | 55  | nezjištěno          | ano                     | pobyt na ulici   | po propuštění z nemocnice pobyt na ulici       | vyučení zedník obkládač                    | nezjištěno                   | nezjištěno   | 0          | ano        | amputace prstů na dolních končetinách, sároubovaná kyčel a klíční kost, zkrácená dolní končetina, epilepsie         | ano                      | praktický lékař  | ano                                 | ne                                 | ne                                       |
| KPŽ 1               | žena    | 28  | 20                  | ano                     | domácí násilí  | podnám s partnerem                             | vyučená dámská krejčí                      | ne (rodičovská)              | svobodná     | 3          | ano        | deprese, psychiatrická indikace   | nezjištěno               | psychiatrie, pediatrie, oftalmologie a dermatologie          | ne                                  | ne                                 | ano                                      |
| KPM 7               | muž     | 51  | 2                   | ano                     | neplacení nájmu z důvodu ztráty příjmu (ztráta zaměstnání)           | pobyt u známých                                | střední škola - gymnázium                  | ne                           | rozvedený    | 1          | ano        | deprese   | ano                      | praktický lékař  | ano                                 | ne                                 | ne                                       |
| KPM 6               | muž     | 60  | 13                  | ano                     | neplacení nájmu  | pronám   | základní                                   | ne                           | rozvedený    | 2          | ano        | deprese, artrosa, přetřhané kolenní vazy, menisky, šedý zákal   | ano                      | praktický lékař, oftalmologie                                | ne                                  | ne                                 | ne                                       |
| KPM9                | muž     | 56  | 4                   | ano                     | odstěhování od manželky (rozvod)                                     | bydlení u manželky                             | základní                                   | ne                           | rozvedený    | 4          | ano        | cukrovka, neuropatie, nemocná ledvina, resekce části slinivky, resekce žlučníku, problémy se sluchem (naslouchadla) | ano                      | dialýza (2x týdně)   | ne                                  | ne                                 | ne                                       |



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

***Dodavatel:***

*Ostravská univerzita,  
Fakulta sociálních studií*



**OSTRAVSKÁ UNIVERZITA**  
FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

***Zadavatel:***

*Sdružení azylových  
domů v ČR, z.s.*



*Ostrava, 2017*

*ISBN:*

*Rozvoj služeb pro osoby  
bez domova pod střechou.*

*Registrační číslo:  
CZ.03.2.63/0.0/0.0/99\_041  
/ 0002242.*