

UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM



BEZDOMOVSTVÍ V ČR: ZDRAVOTNÍ STAV BEZDOMOVců A JEHO DETERMINANTY

Miroslav Barták

Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty

Miroslav Barták



*Tento projekt je součástí
IPRM Ústí n. L. – Centrum.*

Tato publikace vznikla v rámci projektu Posilování kompetencí vysokoškolských pracovníků pro rozvoj konkurenceschopnosti vysokého školství v Ústeckém kraji, registrační číslo CZ.1.07/2.2.00/07.0117, realizovaného v rámci OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost.



<http://pokrok.ujep.cz>

Anotace

Publikace „Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty“ se systematicky zabývá objektivizací zdravotního stavu bezdomovců v ČR a jeho determinantami v kontextu veřejné politiky. Je členěna do tří hlavních částí. První část reprezentuje souhrn teoretických východisek a empirických poznatků k dané problematice. Vychází z nejvýznamnějších zahraničních studií a poskytuje přehled domácích pramenů. Druhá, stěžejní část je věnována empirickému šetření životních podmínek a zdraví bezdomovců u nás. Výsledky tohoto unikátního výzkumu a jejich interpretace jsou doplněny o závěry z kvalitativního šetření typu focus group, jehož účastníky byli odborníci, zabývající se bezdomovstvím teoreticky i prakticky. Třetí část věnuje pozornost veřejněpolitickému kontextu bezdomovství v ČR i v zahraničí. Zaměřuje se na problémovou analýzu nejvýznamnějších veřejných politik v jejich historickém vývoji a nastiňuje nosné směry jejího dalšího vývoje u nás. Práce uzavírá tím, že prevence bezdomovství a zmírňování jeho důsledků jsou nejučinnějšími prostředky v péči o zdraví bezdomovců.

Annotation

The publication „Homelessness in the Czech Republic: health status of homeless people and its determinants“ systematically deals with the objectification of the health status of homeless people in the Czech Republic and its determinants in the context of relevant public policies. It's divided into three main parts. The first part presents a summary of theoretical base and available empirical evidence, both abroad and in the CR. The second structural part brings the results of unique questionnaire survey of living conditions and health of homeless people in the CR. The results of this research and theirs interpretations are complemented by the results of the focus group with the professionals who deal with the homelessness both theoretically and practically. The third part of thesis deals with the public policy context of homelessness in the CR and abroad. The attention is paid to the problem-oriented analysis of public policy, its historical development and also to the future development trends. The thesis concludes that prevention of homelessness and eliminating of its consequences are the most effective ways of homeless health care.

Klíčová slova

Bezdomovství, veřejná politika, zdraví, sociální determinanty zdraví, dotazníkové šetření

Keywords

Homelessness, public policy, health, social determinants of health, questionnaire survey

Autor práce: **Miroslav Barták**

Recenze: **PhDr. Helena Hnilicová, Ph. D.**

Mgr. Ladislav Varga

Obsah

1	ÚVOD	9
2	CÍLE PRÁCE	12
3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY/HYPOTÉZY	13
4	METODY ŘEŠENÍ/ZDROJE DAT	15
4.1	ANALÝZA AKTÉRŮ, ANALÝZA POLITICKÉHO CYKLU A POLICY NETWORKS	15
4.2	ANALÝZA VEŘEJNÉ POLITICKÝCH DOKUMENTŮ	16
4.3	ANALÝZA UDÁLOSTÍ VEŘEJNÉ POLITIKY	17
4.4	SROVNÁVACÍ ANALÝZA – MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ	18
4.5	MODELOVÁNÍ, MODEL Y	18
4.5.1	<i>Influenční diagram</i>	19
4.6	STATISTICKÉ METODY	19
4.6.1	<i>Metody zobrazení kvantitativních dat</i>	20
4.6.2	<i>Míry centrální tendence</i>	20
4.6.3	<i>Regresní analýza</i>	20
4.7	FOCUS GROUP	20
4.8	POZOROVÁNÍ	21
4.9	DOTAZOVÁNÍ A ROZHOVORY	21
4.10	POUŽITÁ DATA A JEJICH ZÍSKÁVÁNÍ	22
5	BEZDOMOVSTVÍ JAKO SOCIÁLNÍ A VEŘEJNĚ POLITICKÝ PROBLÉM	23
5.1	BEZDOMOVSTVÍ JAKO SOCIÁLNÍ PROBLÉM	23
5.2	BEZDOMOVSTVÍ JAKO VEŘEJNĚPOLITICKÝ PROBLÉM	25
6	TEORETICKÁ VÝCHODISKA STUDIA BEZDOMOVSTVÍ A ZDRAVÍ BEZDOMOVců	28
6.1	BEZDOMOVSTVÍ	28
6.1.1	<i>Definice bezdomovství</i>	30
6.2	MĚŘENÍ BEZDOMOVSTVÍ A JEHO ROZSAH	35
6.3	PŘÍČINY BEZDOMOVSTVÍ	38
6.3.1	<i>Strukturální a individuální příčiny bezdomovství</i>	38
6.3.2	<i>Rizikové faktory</i>	39
6.3.3	<i>Spouštěcí mechanismy</i>	40
6.3.4	<i>Charakteristiky bezdomovců</i>	40
6.3.5	<i>Kariéra bezdomovství</i>	41
6.4	SOCIÁLNÍ SOUDRŽNOST	42
6.5	SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ	48
6.6	CHUDOBA	52
6.6.1	<i>Kultura chudoby</i>	53
6.7	SOCIÁLNÍ KAPITÁL	55
6.7.1	<i>Zdroje sociálního kapitálu</i>	56
6.8	HIERARCHIE LIDSKÝCH POTŘEB	57
6.9	KVALITA ŽIVOTA	58
6.10	NAUČENÁ BEZMOCNOST	59
6.11	ZDRAVÍ A JEHO DETERMINANTY	60
6.12	PUBLIC HEALTH – VEŘEJNÉ ZDRAVÍ	60
6.13	SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ	61
6.14	ZDRAVÍ	61
6.15	NEMOC	62
6.16	DETERMINANTY ZDRAVÍ	63
6.17	MĚŘENÍ ZDRAVÍ A NEMOCÍ	67
6.18	EKVITA VE ZDRAVÍ	69
6.19	NEROVNOSTI VE ZDRAVÍ	71
6.20	ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM	72
7	DISKUSE ZAHRANIČNÍCH A DOMÁCÍCH POZNATKŮ O ZDRAVÍ BEZDOMOVců	74
7.1	POZNATKY O ZDRAVÍ BEZDOMOVců V ZAHRANIČÍ	74

7.2	POZNATKY O ZDRAVÍ BEZDOMOVců V ČR	77
7.3	DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO BEZDOMOVCE V ZAHRANIČÍ A ČR A JEJÍ SPOTŘEBA.....	78
8	ZDRAVOTNÍ STAV BEZDOMOVců – VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	81
8.1	CHARAKTERISTIKA ŠETŘENÍ	81
8.2	RESPONDENTI A SBĚR DAT	82
8.3	VALIDITA DAT	84
8.4	VYHODNOCENÍ ŠETŘENÍ.....	84
8.4.1	<i>Základní demografické charakteristiky respondentů</i>	<i>84</i>
8.4.2	<i>Vzdělání bezdomovců</i>	<i>87</i>
8.4.3	<i>Bezdomovci a trh práce.....</i>	<i>88</i>
8.4.4	<i>Příjem</i>	<i>90</i>
8.4.5	<i>Faktory bezdomovství.....</i>	<i>91</i>
8.4.6	<i>Život bezdomovců</i>	<i>95</i>
8.4.7	<i>Sociální služby využívané bezdomovci</i>	<i>96</i>
8.4.8	<i>Reakce na bezdomovství.....</i>	<i>97</i>
8.4.9	<i>Subjektivně vnímané zdraví</i>	<i>98</i>
8.4.10	<i>EuroQol – 5 D.....</i>	<i>100</i>
8.4.11	<i>Životní styl, životospráva.....</i>	<i>104</i>
8.4.12	<i>Dostupnost a spotřeba zdravotní péče</i>	<i>105</i>
8.5	PŘEHLED HLAVNÍCH ZJIŠTĚNÍ	109
8.6	DISKUSE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	111
9	ZDRAVÍ BEZDOMOVců VE SROVNÁNÍ S VĚTŠINOVOU POPULACÍ.....	117
9.1	MOŽNOSTI A MEZE SROVNÁNÍ.....	117
9.2	ZDRAVÍ BEZDOMOVců A VĚTŠINOVÉ (BYDLÍCÍ) POPULACE	118
10	VÝSLEDKY FOCUS GROUP ZDRAVÍ BEZDOMOVců A JEHO DETERMINANTY.....	122
10.1	DEFINICE BEZDOMOVSTVÍ.....	122
10.2	DETERMINANTY ZDRAVOTNÍHO STAVU BEZDOMOVců	123
10.3	ZDRAVOTNÍ STAV BEZDOMOVců	123
10.4	DOSTUPNOST ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB PRO BEZDOMOVCE.....	124
10.5	PŘEHLED HLAVNÍCH ZJIŠTĚNÍ	126
10.6	DISKUSE POZNATKŮ FOCUS GROUP	126
10.6.1	<i>Doplnění poznatků focus group.....</i>	<i>127</i>
11	ANALÝZA BEZDOMOVSTVÍ V ČR V MEZINÁRODNÍM KONTEXTU	128
11.1	VYBRANÉ STRUKTURÁLNÍ PODMÍNKY BEZDOMOVSTVÍ	130
11.1.1	<i>Změny v oblasti rodinného života.....</i>	<i>130</i>
11.1.2	<i>Situace na trhu práce</i>	<i>131</i>
11.1.3	<i>Chudoba</i>	<i>132</i>
11.2	NECITLIVOST A SELHÁNÍ VEŘEJNÝCH POLITIK	133
11.2.1	<i>Bytová politika.....</i>	<i>133</i>
11.2.2	<i>Zdravotní politika</i>	<i>135</i>
11.2.3	<i>Sociální politika.....</i>	<i>136</i>
11.3	POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB	137
11.3.1	<i>Financování.....</i>	<i>138</i>
11.4	VEŘEJNÉ MÍNĚNÍ A BEZDOMOVSTVÍ	139
11.5	BEZDOMOVSTVÍ V KONCEPČNÍCH A STRATEGICKÝCH DOKUMENTECH	140
11.5.1	<i>Národní úroveň.....</i>	<i>140</i>
11.5.2	<i>Regionální úroveň</i>	<i>143</i>
11.6	SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO BEZDOMOVCE	145
11.6.1	<i>Právní úprava sociálních služeb</i>	<i>145</i>
11.6.2	<i>Sociální služby určené bezdomovcům</i>	<i>145</i>
11.6.3	<i>Dostupnost sociálních služeb pro bezdomovce</i>	<i>147</i>
11.7	MILNÍKY A ZROD VEŘEJNÉ POLITIKY VE VZTAHU K BEZDOMOVSTVÍ V ČR	150
11.7.1	<i>Znovuobjevení se bezdomovství.....</i>	<i>150</i>
11.7.2	<i>Systémová apatie vůči bezdomovství.....</i>	<i>151</i>
11.7.3	<i>Europeizace otázky bezdomovství</i>	<i>152</i>
11.7.4	<i>Bezdomovství v zajištění Evropských strukturálních fondů.....</i>	<i>153</i>

11.8	BEZDOMOVSTVÍ VE VZTAZÍCH TRHU, STÁTU A OBČANSKÉHO SEKTORU	154
11.8.1	<i>Trh a bezdomovství</i>	154
11.8.2	<i>Stát a bezdomovství</i>	154
11.8.3	<i>Občanský sektor a bezdomovství</i>	155
11.9	PŘEHLED HLAVNÍCH ZJIŠTĚNÍ	157
12	ŘEŠENÍ BEZDOMOVSTVÍ A ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ BEZDOMOVců V ZAHRANIČÍ NA NÁRODNÍ ÚROVNI	158
12.1	VELKÁ BRITÁNIE	158
12.2	KANADA.....	161
13	ŘEŠENÍ BEZDOMOVSTVÍ A ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ BEZDOMOVců V ČINNOSTI NADNÁRODNÍCH A MEZINÁRODNÍCH ORGANIZACÍ	164
13.1	FEANTSA	164
13.2	SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO).....	165
13.3	EVROPSKÁ UNIE	167
13.3.1	<i>Oblast zaměstnanosti a sociálních věcí</i>	168
13.3.2	<i>Oblast veřejného zdraví</i>	170
13.3.3	<i>Regionální (strukturální) politika</i>	170
	ZÁVĚR A ZAMYŠLENÍ NAD VÝVOJEM V LETECH 2008 AŽ 2011	172
	SEZNAM LITERATURY	179
	SEZNAM SCHÉMAT, TABULEK A GRAFŮ	194
	SEZNAM PŘÍLOH	195
	REJSTŘÍK	196

1 Úvod

Přestože se stěžejní část práce opírá o údaje, které jsou již několik let staré a z pohledu přístupu, který je založen na poznatcích, tudíž zastaralé, stále ještě podle soudu autora představují zajímavý příspěvek do diskuse o sociálních determinantách zdraví skupin ohrožených sociálním vyloučením. V případě lidí bez domova se jedná spíše než o ohrožení sociálním vyloučením o sociální vyloučení v jedné ze svých nejzávažnějších podob. Důvodem dopracování a úpravy práce po několika letech od jejího sepsání a obhájení jako kvalifikační práce na FSV UK Praha je pocit dluhu, jak vůči odborné veřejnosti, tak i poskytovatelům sociálních služeb v první linii, kdy získané poznatky stále mohou být cenným příspěvkem do aktuálních i budoucích debat. Posledních pět let bylo charakterizováno celou řadou dílčích i zásadnějších společenských změn. Bezdomovství existovalo bezesporu v roce 2006 a s jako společenským problémem se s ním setkáváme, bohužel ne zcela neočekávaně, i dnes. Podívejme se tedy do roku 2006, respektive do let 2006 až 2008 a pokusme se objektivizovat problém bezdomovství a zejména zdravotního stavu bezdomovců v české společnosti.

Ve čtvrtek 26. ledna 2006, kdy noční teplota klesá k -10 °C, vyhledává lékařské ošetření téměř polovina z více než dvou stovek bezdomovců, kteří nocují v provizorním stanovém městečku na pražské Letné. Nejčastěji jsou nachlazení, mají zvýšenou teplotu, ale přicházejí také s kožními onemocněními a poraněními. Na rok přesně, 26. ledna 2007, umrzá poblíž hlavní brány Fakultní nemocnice v Olomouci třiapadesátiletý bezdomovec poté, co z ní byl vyveden ochrankou. Stalo se tak krátce poté, co byl podruhé vyšetřen na oddělení urgentního příjmu. V květnu 2007 si v Pardubicích mezi sebou záchranná služba, nemocnice, poliklinika, policie a azylový dům posílají padesátiletého bezdomovce s bérčovými vředy. Všechny instituce tvrdí, že do jejich péče tento člověk nespadá. V prosinci 2007 objevuje asi padesátiletý bezdomovec v kontejneru, kde hledal jídlo, kojence – Vendelína Čtvrťka. Bezdomovci zachránci nabízí primátor hlavního města ubytování a práci. Na náhlou změnu své životní situace reaguje tento bezdomovec mimo jiné skokem z okna zařízení sociálních služeb, kde mu je nabídnuto ubytování, a způsobuje si pohmožděniny. Při ošetření napadá lékaře nemocnice Na Bulovce a následně je hospitalizován v psychiatrické léčebně v pražských Bohnicích.

Tyto dramatické a mediálně známé události dobře ilustrují závažnost problému bezdomovství u nás. Bezdomovství je nejzávažnější formou sociálního vyloučení, charakterizované jako nemožnost adekvátně uspokojovat jednu z nejzákladnějších lidských potřeb – potřebu bydlení. Bezdomovství není statickým jevem, ale spíše dynamickým procesem, na jehož vznik i průběh působí řada vlivů a okolností. Samotná ztráta bydlení je bezesporu problémem závažným, ne však jediným, který s bezdomovstvím souvisí. V našich podmínkách se s bezdomovstvím znovu setkáváme po roce 1989, kdy se ve své zjevné podobě opět objevuje, po několika desítkách let. Nicméně ani po téměř dvaceti letech nemáme o tomto fenoménu k dispozici dostatečné znalosti.

Jeden z nejvýznamnějších problémů, který se v souvislosti s bezdomovstvím objevuje, a to jak v České republice, tak v zahraničí, je problém zdraví a dostupnosti zdravotnických služeb. Zdraví je významnou individuální i společenskou hodnotou, umožňuje naplnění individuálního lidského potenciálu i sociálního kapitálu a představuje podstatnou součást kvality života. Přesto se také u nás setkáváme se společenskými skupinami, u kterých můžeme vyslovit opodstatněné obavy o možnost naplnění potenciálu zdraví i řadu závažných otázek týkajících se faktorů, které jejich zdraví determinují. Jednou ze skupin, která si v této souvislosti zaslouží naší zvýšenou pozornost, jsou bezdomovci.

Ze zahraničí i zdrojů mezinárodních organizací jsou dostupné jak četné poznatky o zdraví/zdravotním stavu bezdomovců, tak i koncepční a strategické materiály, programy, metodiky a manuály, které se zdraví bezdomovců a možnostem jeho zlepšení věnují. V našich podmínkách jsou o zdraví bezdomovců a jeho determinantách k dispozici prozatím pouze dílčí poznatky. Tento limit se pak projevuje jak v rámci koncepčních a strategických materiálů, tak i v omezeném počtu a úspěšnosti konkrétních intervencí.

V kontextu veřejné politiky by porozumění bezdomovství, hodnocení zdravotního stavu bezdomovců, ani analýza relevantních veřejněpolitických opatření nebyly možné bez využití multidisciplinárního přístupu, který je pro tento obor typický.

První část práce přináší teoretická východiska, která mohou být uplatněna při studiu bezdomovství a zdravotního stavu bezdomovců a jeho determinant, a věnuje se diskusi existujících poznatků o zdraví bezdomovců a dostupnosti zdravotnických služeb v zahraničí i v ČR.

Další část je věnována empirickému šetření zdravotního stavu bezdomovců a jeho determinant a analýze získaných poznatků, včetně diskuse možného srovnání údajů s většinovou populací, které vychází z reprezentativních šetření. Na tuto část navazuje souhrn hlavních zjištění focus group na téma zdraví bezdomovců.

Ve třetí části jsou analyzovány relevantní veřejné politiky v ČR v kontextu zahraničního vývoje.

Závěr práce je pokusem o syntézu získaných poznatků, které mohou být využity pro další rozvoj výzkumu a navazujících analýz. Mohou být také uplatněny jako poznatková podpora tvorby a realizace konkrétních veřejněpolitických opatření. Na závěr navazuje krátké zamyšlení o vývoji bezdomovství v letech 2008 až 2011. Zcela na závěr si autor dovoluje poděkovat vedení a pracovníkům FSV UK Praha za možnost dané téma otevřít a rozvíjet. V poslední řadě patří dík také realizačnímu týmu projektu, v rámci kterého tato publikaci vychází.

2 Cíle práce

Cílem práce je objektivizace zdravotního stavu bezdomovců v ČR a jeho determinant a zhodnocení souvisejících veřejných politik.

K dosažení tohoto cíle je využito relevantních teoretických konceptů, diskuse domácích i zahraničních poznatků o zdraví bezdomovců a analýzy existujících veřejných politik.

Zdrojem domácích poznatků o zdraví bezdomovců a jeho determinantách je především **vyhodnocení a analýza výsledků dotazníkového šetření**, které bylo provedeno v roce 2005 řešitelským týmem Institutu zdravotní politiky a ekonomiky v Kostelci nad Černými lesy (IZPE) v rámci grantového projektu IGA MZ ČR (NR 8119-3/2004) – „Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty“.

Cíle práce představují jak *analýzu pro politiku* (*analysis for policy*), tak *analýzu politiky* (*analysis of policy*) a *monitorování a hodnocení politiky* (*policy monitoring and evaluation*) (viz Parsons 1999, s. 54–56).

Analýza pro politiku představuje těžiště této práce a zahrnuje příspěvek k objektivizaci zdravotního stavu bezdomovců a jeho determinant především prostřednictvím prezentace výsledků dotazníkového šetření, ale také závěry získané metodou focus group. *Analýza politiky* si všímá současných veřejných politik a jejich selhávání. Práce také do jisté míry *monitoruje a hodnotí* míru naplnění veřejně politických cílů, a to jak v minulosti, tak současnosti.

3 Výzkumné otázky/hypotézy

Výzkumné otázky a hypotézy jsou odvozeny od hlavního cíle práce, kterým je **objektivizace¹ zdravotního stavu bezdomovců, jeho determinant** a role veřejné politiky v této oblasti, a to jak ve vztahu k příčinám, tak i řešením. Pro dosažení tohoto cíle je využito multidisciplinárního přístupu a metod veřejné politiky. K dosažení cíle práce jsou využívány poznatky dalších disciplín, jakými jsou veřejné zdraví (public health), sociologie, statistika, ale také psychologie.

Ve vztahu ke zdravotnímu stavu bezdomovců a jeho determinantům se práce zabývá těmito otázkami:

- Jak hodnotí bezdomovci své zdraví, jaké faktory toto hodnocení ovlivňují?
- Jaké faktory jejich zdravotní stav nejvýznamněji ovlivňují?
- Jaká onemocnění se v populaci bezdomovců nejčastěji vyskytují?
- Existují rozdíly v hodnocení zdravotního stavu samotnými bezdomovci a těmi, kteří s bezdomovci pracují?
- Na jakých faktorech, okolnostech toto hodnocení závisí?
- Jaké je zdraví bezdomovců ve srovnání s většinovou populací? Jaké jsou možnosti a meze tohoto srovnávání?
- Jaká je dostupnost a spotřeba péče u bezdomovců a čím je dostupnost a spotřeba péče ovlivněna?

Ve vztahu ke zdraví bezdomovců se práce snaží statisticky ověřit především následující hypotézy:

- *Zdravotní stav bezdomovců se zhoršuje s věkem.*
- *Zdravotní stav žen bez domova je horší než zdravotní stav bezdomovců mužů.*
- *S délkou bezdomovství se zhoršuje hodnocení zdraví a vnímané zdravotní obtíže.*
- *Zdravotní stav bezdomovců je ovlivněn nadměrnou spotřebou alkoholu.*
- *Bezdomovci se významně relativně často setkávají s odmítnutím poskytnutí zdravotní péče.*

¹ Přesněji vyjádřeno přispět k objektivizaci.

Ve vztahu k fenoménu bezdomovství v ČR hledá práce odpovědi na následující otázky:

- Co je bezdomovství, jak je vymezeno?
- Jaké faktory, společenské procesy a jevy, případně individuální charakteristiky bezdomovství způsobují/mají na bezdomovství vliv?
- Jak lze bezdomovce charakterizovat?
- Narušuje bezdomovství naplňování významných celospolečenských cílů?
- Existují rozdíly ve vnímání bezdomovství, jeho příčin a důsledků samotnými bezdomovci a těmi, kteří se bezdomovstvím zabývají jako náplní své práce?

Ve vztahu k možnostem řešení bezdomovství a zdravotních problémů bezdomovců pak práce zejména věnuje tomu:

- Jaké má veřejná politika v ČR možnosti a omezení při řešení tohoto fenoménu a jaké přístupy jsou aktuálně implementovány? Čím jsou tyto přístupy ovlivněny?
- Jaké jsou postoje důležitých aktérů a jaké je jejich jednání?
- Které přístupy využívané v zahraničí je možné uplatnit v našich podmínkách?
- Jaká doporučení formulují v tomto ohledu mezinárodní organizace?

4 Metody řešení/zdroje dat

Předkládaná práce vznikla v rámci oboru veřejná politika. Tento svébytný, sebevědomý a dynamicky se rozvíjející vědní obor je vymezen jako „*disciplína propracovávající a aplikující výkladové rámce sociologie, ekonomie, politických věd, práva, teorie řízení a dalších oborů k analýze a prognóze procesů formování a uplatňování veřejných zájmů a vážící se k řešení diferencovaných sociálních problémů. Věnuje se přitom především institucionálnímu zprostředkování těchto procesů veřejným, občanským a do jisté míry i soukromým (komerčním) sektorem v poloze, která je využitelná politickou praxí.*“ (Potůček a kol. 2005, s. 21).

Při zkoumání veřejněpolitických problémů lze aplikovat dva základní metodologické přístupy, a to přístupy pozitivní a normativní (Veselý, Nekola eds. 2007, s. 144; Parsons 1999). Práce tyto přístupy kombinuje, když vychází z hodnotových základů aplikovaných a rozvíjených veřejnou politikou (lidská důstojnost, úcta k lidským právům a sociálním právům) a využívá poznatky normativních modelů veřejných politik, zejména týkajících se zmenšení společenských nerovností, aplikace kritéria lidské důstojnosti i kultivace a uplatnění lidského potenciálu (viz Potůček a kol. 2005, s. 25–27). Práce se zabývá hodnocením uvedených kritérií ve vztahu ke zdraví bezdomovců a bezdomovství a stupněm jejich (ne)naplnění v této oblasti.

Multidisciplinární povaha veřejné politiky předurčuje využití metod, které přesahují rámec jednotlivých oborů (viz výše). V práci jsou kombinovány kvantitativní a kvalitativní metody, které jsou využívány ve veřejné politice a vzhledem k zaměření práce také ve veřejném zdraví a sociálním lékařství (srovnej např. Potůček a kol. 2005; Parsons 1999; Veselý, Nekola eds. 2007; Detels et al. 2005; Bowling 1997, 2005).

4.1 Analýza aktérů, analýza politického cyklu a policy networks

Ve veřejné politice se setkáváme s celou řadou aktérů a institucí. Znalosti aktérů a institucí nám mohou pomoci řešit společenské problémy, ale také využívat společenské šance. Aktéři mohou být jednotlivci nebo skupiny. Aktéři zahrnutí v určité politice (programu) mohou být souhrnně označeni jako „politický subsystém“. Hlavní aktéry lze při jisté míře zjednodušení rozdělit (podle Howlett, Ramesh 1995, s. 52–75) do pěti základních kategorií. Tyto kategorie zahrnují: *volené zástupce, jmenované*

zástupce, zájmové skupiny, výzkumné organizace a masová média. Vzhledem k stále větší potřebě vymezení pojmu aktér se setkáváme také s dalšími pojmy, jako např. *stakeholder*. Stakeholder je pak definován zpravidla velmi volně jako aktér, který má na dané politice zájem, je politikou ovlivněn nebo ji ovlivňuje či jí může být ovlivněn. Někteří autoři považují za stakeholdera dokonce také vnější prostředí nebo uvažují, že charakteristikou stakeholdera je na rozdíl od shareholdera zájem o danou problematiku.²

Instituce je nutné chápat obecně, ne pouze ve smyslu úřadů a organizačních jednotek. Instituce mohou mít podobu právní normy (tzv. formální instituce), ale také podobu tradic, zvyků či zažitých způsobů chování (tzv. neformální instituce). Význam znalostí institucionálního rámce, jeho změn a vývoje je vzhledem k řešení společenských problémů a využívání rozvojových příležitostí klíčový. Aktéři a instituce se dostávají při řešení společenských problémů a využívání společenských šancí do vzájemných, více či méně formálních interakcí a vazeb. V některých případech hrají výraznější úlohu instituce, v jiných aktéři.

V literatuře se setkáváme s mnoha vymezeními politického cyklu a jeho jednotlivých kroků (Potůček 2005, s. 35–37; Parsons 1999, s. 77–79). S určitou mírou zjednodušení lze říci, že tvorba a implementace veřejné politiky vytváří určitý cyklus na sebe navazujících kroků. Tento pohled na veřejnou politiku je stále častěji doplňován/nahrazován konceptem *sítě tvorby politik (policy network)* (srovnej Potůček a kol. 2005, s. 54–57; Fiala, Schubert 2000). Tento „koncept se snaží analyzovat a pochopit tvorbu veřejné politiky jako sféru otevřeného politického prostoru, v němž probíhají různorodé a proměnlivé interakce mezi volně spjatými skupinami aktérů. Tento analytický koncept podtrhuje nehierarchické pojetí procesu interakcí a umožňuje nám analyzovat tvorbu politik jako proměnlivou síť vztahů mezi těmi, kdo z nejrůznějších pohnutek zasahují, utvářejí a ovlivňují veřejnou politiku jako děj a jako výsledek.“ (Potůček a kol. 2005, s. 54).

4.2 Analýza veřejně politických dokumentů

Podle Veselého a kol. (Veselý, Drhová, Nachtmannová 2005, s. 13) nelze u většiny politik vysledovat konkrétní začátek ani konec, při kterém dochází k neustálé reformulaci již existujících politik. Při vývoji politik dochází ke zjevné formulaci politiky ve formě písemného dokumentu nebo ústního prohlášení. Tyto dokumenty nebo

² Viz např. <http://www.sof.cz/index.asp?type=clanky&id=34>, <http://en.wikipedia.org/wiki/Stakeholder> [citováno 12. 11. 2007].

prohlášení jsou označovány jako veřejněpolitické dokumenty. Veřejněpolitické dokumenty mají jasného autora (osobu/osoby, resp. instituci/instituce), datum a místo vzniku či zveřejnění. Veřejněpolitické dokumenty jsou značně heterogenní skupinou. Výše uvedení autoři rozlišují čtyři, respektive pět typů podle funkce a způsobu vzniku: *legislativní veřejněpolitické dokumenty (Ústava a ústavní zákony, mezinárodní dohody, zákony, nařízení a vyhlášky), strategické veřejněpolitické dokumenty (vize, strategie, koncepce, dlouhodobé záměry, akční plány, plány, plány rozvoje, strategické plány, národní politiky), výzkumné veřejněpolitické dokumenty (analýzy veřejné politiky, policy briefs), deklarativní a advokační veřejněpolitické dokumenty (programová prohlášení, dokumenty politických stran, zájmových skupin) a také fiskální veřejněpolitické dokumenty* (podle Veselý, Drhová, Nachtmannová 2005, s. 13).

Analýzu veřejněpolitických dokumentů lze orientovat na hledání hodnot, cílů, opatření a zájmů v dané oblasti a na jejich vzájemnou (ne)koherentnost. Můžeme analyzovat také míru naplnění výše uvedených hodnot, cílů či zájmů z pohledu veřejného/skupinového zájmu, vývoj veřejněpolitických dokumentů vztahujících se k dané problematice v daném časovém úseku apod.

4.3 Analýza událostí veřejné politiky

Analýza událostí veřejné politiky umožňuje postihnout významné souvislosti identifikace, uznání, prezentace a řešení veřejných zájmů, vypovídá o stavu „politické kultury“, poskytuje informace o implementaci veřejněpolitických rozhodnutí a veřejněpolitických dokumentů. Díky analýze událostí veřejné politiky získáváme poznatky o interakci trhu státu a občanského sektoru jako regulátorů života společnosti (dle Purkrábka in Potůček, Purkrábek, Vavroušek a kol. 1994, s. 98). Inspirací (základem) metody analýzy událostí veřejné politiky je analýza historických událostí, která je zjednodušeně řečeno založena na analýze longitudinálních záznamů o načasování a výskytu jedné nebo více událostí (srovnej Steele 2005, s. 1).

Analýza událostí veřejné politiky (Purkrábek in Potůček, Purkrábek, Vavroušek a kol. 1994, s. 98) se skládá z několika kroků, které zahrnují „výběr události (podle hlediska podstatnosti pro danou veřejnou politiku), analýzu cílů (hodnotová orientace, sociální aktéři rozhodování, jejich podíl), analýzu veřejněpolitických dokumentů, skutečnou realizaci programů a cílů (využité metody a instrumenty, kapacita implementace, využití participace a zdrojů), analýzu efektivity realizace

veřejněpolitických programů (analýza procesu, míra dosažení programových výsledků). Veřejná politika jako společenská praxe se skládá z mnoha jednotlivých událostí nestejného významu. Tyto události mají různě významný vliv jak na naplnění veřejného zájmu (řešení veřejněpolitické problému, využití rozvojové příležitosti), tak i na procesy veřejné politiky v dané oblasti např. zdravotnictví, sociálního začleňování.“ (Purkrábek in Potůček, Purkrábek, Vavroušek a kol. 1994, s. 98).

4.4 Srovnávací analýza – mezinárodní srovnání

Srovnávací analýza nabízí možnost porovnání vymezeného problému, situace, ale také způsobu řešení nebo stupně naplnění cílů na základě vytýčených kritérií hodnocení. V rámci srovnávací analýzy je třeba vymezit rozsah zkoumání, např. celý zdravotnický systém, jednotlivý segment, právní úpravu nebo řešení určitého problému. Je nutné vymezit také časovou dimenzi srovnání. Mezinárodní srovnávání je metodou, která je rozšířena např. v práci Světové zdravotnické organizace nebo Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj. Srovnání může mít deskriptivní nebo hodnotící charakter.

4.5 Modelování, modely

„Veřejná politika vyžaduje schopnost organizovat myšlenky a koncepty. Bez modelů a dalších abstrakcí bychom nebyli ani schopni začít uvažovat.“ (Parsons 1999, s. 61). Modely a modelování jsou základním nástrojem veřejné politiky. Veřejněpolitické problémy jsou do značné míry komplexní a při jejich řešení je třeba tuto komplexnost do určité míry redukovat. „Pokud zjednodušíme šíři faktorů a sil působících na problémy a procesy, můžeme konstruovat modely, kognitivní mapy nebo uvažovat v metaforách.“ (Parsons 1999, s. 57). Modely a mapy nám umožňují analyzovat velmi široká témata nebo vysoce komplexní systémy. Modely jsou významnou pomůckou při exploraci, nicméně zjednodušení, které obsahují, může být jejich slabinou, pokud pomíjejí některý podstatný aspekt. Modely a modelování bývají charakterizovány v rámci různých oborů. Hledání závislosti mezi proměnnými pomocí statistické regrese je v této práci de facto ověřováním určitého matematického modelu. V sociálních vědách jde o „...konstrukt, který na základě daného vztahu při poznávání zastupuje originál (realitu) a díky němuž o něm získáváme informace, které jsou využitelné pro náš odborný záměr...“ (viz Velký sociologický slovník, s. 640). Modely

v policy analysis diskutuje Veselý, když uvádí, že model v policy analysis je „...zjednodušená reprezentace reality, ať již objektů nebo procesů, která vyzdvihuje prvky, které jsou z daného hlediska považovány za zvláště důležité, a vzájemné vazby mezi těmito prvky“ (Veselý 2005, s. 28).

4.5.1 Influenční diagram

„Influenční diagram vytváří intuitivní a efektivní zobrazení pro vytváření, porozumění a vysvětlování modelů v policy analysis, ale také v risk managementu. Influenční diagram začal být využíván v sedmdesátých letech minulého století pro postižení znalostí, nejistot, cílů a rozhodnutí v jejich vzájemných interakcích, které se váží k určité situaci nebo rozhodovacímu problému.“ (Morgan, Henrion 1990, s. 260).

4.6 Statistické metody

V práci jsou použity tyto statistické postupy: **analýza dat** představuje uspořádání dat a jejich popis užitím grafů, numerických souhrnů a dalších nástrojů. **Statistické usuzování** (inference) se ubírá za samotná data a usiluje o získání závěrů o širší podstatě zkoumaných jevů. Neprovádí pouze závěry, ale dodává k nim také úsudek o jejich statistické spolehlivosti (dle Hendla 2006, s. 17–18). Předkládaná práce používá spojení analýzy dat jak ve výše popsaném smyslu, tak ve smyslu metod statistického usuzování, kdy podstatnou část analýzy lze provést bez využití pravděpodobnostních konceptů, které jsou jinak v případě statistického usuzování důležité (viz Hendl 2006, s. 18). Využití statistických metod ve veřejné politice diskutuje Veselý (viz Veselý, Nekola eds. 2007, kapitola 6). Práce využívá pro zpracování a interpretaci dat softwarových produktů. Především se jedná o program Microsoft Office Excel 2007, což je aktuálně nejnovější verze tohoto produktu, která umožňuje, na rozdíl od předchozích verzí, ještě více uživatelsky přátelské zpracování a kategorizaci dat, ale také jejich následnou analýzu a statistické usuzování, a to jak s využitím předdefinovaných funkcí a metod statistické analýzy a usuzování, tak i jejich vytvářením („programováním“). Pro zkoumání závislosti proměnných a další statistické výpočty bylo použito software STATISTICA a STATA. Využití tohoto software mělo také kontrolní funkci vzhledem k výpočtům v programu Microsoft Office Excel 2007.

4.6.1 Metody zobrazení kvantitativních dat

V práci jsou široce zastoupeny grafické metody (zobrazení získaných dat), a to především prostřednictvím koláčových a sloupcových grafů. Tabelační metody byly využity pro uvedení dat v přesném tvaru (viz Hendl 2006, s. 96–92). Také při zpracování a interpretaci dat šetření bylo využito jak grafických, tak tabelačních metod.

4.6.2 Míry centrální tendence

Míry centrální tendence charakterizují typickou hodnotu dat (Hendl 2006, s. 93–95). V práci jsou využity: aritmetický průměr, medián a modus.

4.6.3 Regresní analýza

Regresní analýza analyzuje vztah mezi závislou (cílovou) proměnnou a několika dalšími, nezávislými (ovlivňujícími) proměnnými. Vztah mezi závislou a nezávislou proměnnou popisujeme matematickým modelem, což je rovnice, jež svazuje závislou proměnnou s nezávislou proměnnou, a pravděpodobnostní předpoklady, které by měl vztah splňovat. Statistické problémy, které nás zajímají v regresní analýze, jsou: a) získávání statistických odhadů nezávislých parametrů regresní funkce, b) testování hypotéz o těchto parametrech, c) ověřování předpokladů regresního modelu (Hendl 2006, s. 266–268). Při aplikaci této metody byl využit standardní interval spolehlivosti s hladinou 95 % (viz Hendl 2006, s. 37 a 181).

4.7 Focus group

Focus group (ohnisková skupina/skupinová diskuse) je jednou ze základních metod kvalitativního výzkumu. V této práci je použita jako, do jisté míry, doplňková metoda. Z pohledu výzkumu zdraví/zdravotnických služeb je popsána např. Bowlingovou (Bowling 1997, s. 352–357), ve veřejné politice pak např. Veselým (Veselý, Nekola eds. 2007, s. 176–181). Jedná se o metodu nestrukturovaného rozhovoru v malé skupině. Typická focus group probíhá mezi šesti až dvanácti účastníky a vedoucím skupiny, který využívá nestrukturovaného seznamu témat či otázek k simulaci a řízení diskuse. Metoda využívá skupinové dynamiky, kdy jsou její členové ovlivňováni podněty ostatních členů skupiny k dané problematice a dochází tak k určité kumulaci podnětů. Člen skupiny má možnost reagovat na podněty ostatních. Vedoucí skupiny by měl být zkušeným profesionálem, který je schopen vytvářet uvolněnou atmosféru, řídit diskusi skupiny, zvládat případné konflikty, zapojovat do

diskuse pasivní participanty a zpracovávat písemné poznámky k diskutovaným okruhům, ale také k průběhu skupinového rozhovoru a skupinové dynamice. Focus group by měla probíhat v příjemném prostředí a participantům by mělo být zajištěno občerstvení. V případě souhlasu členů focus group je pořizován zvukový, případně také obrazový záznam (podle Bowling 1997, s. 352–353).

4.8 Pozorování

Pozorování je samozřejmou součástí mnoha kvalitativních výzkumů. „*Jednání a chování lidí jsou cílem prakticky každého zkoumání, jež se týká jedince nebo skupiny. Pozorování je snahou zjistit, co se ve skutečnosti děje. Ve výzkumu jde o promyšlené pozorování.*“ (Hendl 2005, s. 191). Výzkumné pozorování můžeme dělit podle následujících dimenzí na: *skryté vs. otevřené* (zda pozorovatel informuje o své činnosti účastníky děje) a *zúčastněné (participativní) vs. nezúčastněné (neparticipativní)*, tj. do jaké míry pozorovatel participuje na dění. Dále rozlišujeme *strukturované a nestrukturované* pozorování (zda je prováděno na základě předem daného scénáře), *pozorování v umělé nebo přirozené situaci*, ale také *pozorování sebe samého či někoho jiného* (Hendl 2005, s. 191; Veselý, Nekola eds. 2007, s. 169). Jak upozorňuje Hendl, role výzkumníka se v různých fázích výzkumu nebo jeho situacích může dle potřeby měnit, a rozlišuje: *úplného účastníka* – výzkumník se stává členem skupiny, ale neinformuje o své totožnosti, *účastníka jako pozorovatele*, kdy výzkumník je rovnoprávným členem skupiny, ale účastníci jsou si vědomi jeho totožnosti, *pozorovatele jako účastníka*, kdy výzkumník funguje spíše jako tazatel, a *úplného pozorovatele*, který přijímá roli vnějšího pozorovatele (Hendl 2005, s. 191–192). V rámci této práce bylo využito převážně zúčastněné pozorování, kdy měl autor možnost podílet se na tvorbě i implementaci dané oblasti veřejné politiky a jeho výzkumný zájem nebyl účastníkům skryt.

4.9 Dotazování a rozhovory

„*Hlavní skupinu metod sběru dat v empirickém výzkumu tvoří naslouchání vyprávění, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí.*“ (Hendl 2005, s. 161). Dvě krajní formy dotazování představují na jedné straně dotazníky s pevně danou strukturou (dotazníkové šetření bylo hlavní metodou sběru dat o zdraví bezdomovců a jeho determinantách), na straně druhé volné rozhovory, jejichž struktura není předem

stanovena. Neformální rozhovor se spoléhá na vytváření otázek v přirozeném průběhu interakce. Výhoda neformálního rozhovoru spočívá v tom, že zohledňuje individuální rozdíly a změny situace. Otázky mohou být individualizovány, aby bylo dosaženo kvalitativně hlubší interakce, a to s využitím daného prostředí a situace, které mají vliv na uvolněnost a konkrétnost rozhovoru (viz Hendl 2005, s. 161 a dále). V práci bylo využito polostrukturovaných a neformálních rozhovorů jako doplňku k dalším metodám kvalitativního dotazování.

4.10 Použitá data a jejich získávání

Při analýze zdravotního stavu bezdomovců a jeho determinant bylo využito dat z výše uvedeného dotazníkového šetření, na jehož přípravě a realizaci se autor podílel. V ČR se jednalo o první dotazníkové šetření, věnované zdraví bezdomovců a jeho determinantám. Jeho rozsahu se doposud žádné další šetření nepřiblížilo. Původním záměrem projektu IZPE bylo získat k výsledkům dotazníkového šetření následně také data o objektivním zdravotním stavu bezdomovců, a to prostřednictvím výpisu z jejich zdravotnické dokumentace. Šetření nebylo z tohoto důvodu anonymní, respondenti poskytovali informovaný souhlas se zpracováním dat ze své zdravotnické dokumentace, což může být z metodologického hlediska určitým omezením. Zrušení IZPE na jaře 2006 pak vedlo k institucionálnímu ukončení výzkumných aktivit. K porovnání tedy nikdy nedošlo a s jistotou lze konstatovat, že ani nedojde.

Většina zahraničních monografií o bezdomovství, které jsou v této práci využity, byla získána z prostředků výše uvedeného grantu IGA MZ a v současné době je součástí fondu Národní lékařské knihovny. Časopisecké články byly získány rešeršemi na základě hledání podle klíčových slov, zejména spojení homelessness a health, a byly nalezeny nejdříve díky laskavé pomoci pracovníků knihovny IZPE, např. v databázích EBSCO a ProQuest, a po zrušení IZPE pomocí knihovnicko-informačního portálu MedPort³, kde byly informace získávány především z databází MEDLINE a PUB MED. Některé články byly rovněž získány při krátkodobém studijním pobytu z databází Univerzity v Kostnici v Německu.

³ <http://www.knihovna.ipvz.cz/vypis.asp?item=33&>.

5 Bezdomovství jako sociální a veřejně politický problém

Přestože v našich podmínkách bylo bezdomovství označeno za sociální problém de facto až v publikaci manželů Hradeckých (Hradecká, Hradecký 1996), lze oficiální nastolení „agendy bezdomovství“ datovat ještě později. Ve společném memorandu o sociálním začleňování (viz dále), které zástupci České republiky podepsali se zástupci EU v prosinci 2003, je poprvé na úrovni ústředního orgánu státní správy písemně konstatováno, že bezdomovství je sociální problém (MPSV 2003). Přestože dnes je problém bezdomovství uznáván, některé výklady (MHMP 2008) nás vybízí k opětovnému předkládání na poznatech založených důkazů, že bezdomovství je problém sociální, tedy problém společnosti jako celku, nikoliv pouze osob bez domova nebo pomáhajících organizací. Deklaratorní prohlášení bezdomovství za sociální problém je však z pohledu řady aktérů vnímáno jako nedostatečné. Jaké je tedy vymezení sociálního problému? Lze považovat bezdomovství v ČR za závažný sociální problém a problém veřejněpolitický?

5.1 Bezdomovství jako sociální problém

Sociální problém můžeme podle Velkého sociologického slovníku definovat jako „sociální stav nebo situaci, o níž se určitá relevantní skupina lidí nebo sami zúčastnění domnívají, že vyžaduje řešení, obvykle prostředky vnějšího institucionalizovaného zásahu (výchovného, politického, přesvědčovacího, ekonomického). Je možné stanovit 3 odlišné přístupy k vymezení a pojetí sociálních problémů:

1. *pojetí objektivní, které za sociální problémy pokládá takové stavy nebo takové druhy chování, které komplikují dosahování společenských cílů, poškozují plynulé fungování společnosti a narušují sociální rovnováhu (R. K. Merton, R. A. Nisbet aj.);*
2. *pojetí subjektivní, podle něhož je sociální problém to, co je za sociální problém pokládáno, co je takto pojmenováno a označeno, protože neexistují inherentně patologické sociální stavy na straně jedné a na druhé straně nemusí být situace problémová, jakkoliv dramatickým a šokujícím způsobem, a nemusí na vnějšího pozorovatele působit jako problémová, pokud není definována samotnými aktéry;*
3. *pojetí, které oba pohledy kombinuje a které sociální problémy vymezuje jako takový sociální stav, který značná část společnosti pokládá za narušení norem*

nebo zásah do hodnot, jimž je přisuzován obzvláštní význam.“ (Velký sociologický slovník, s. 846).

Každý z těchto přístupů k vymezení je do jisté míry omezený. „U funkcionalistického pojetí vzniká oprávněná otázka, jak a zda je možno vymezit objektivní společenské cíle a jak objektivně definovat stav rovnováhy (toto pojetí má dnes již velmi málo stoupenců), u pojetí kompromisního lze klást otázku, jak velké množství lidí musí situaci posuzovat jako problémovou (J. Robertson vtipně poznamenal, že tu musí být buď významné množství lidí, nebo množství významných lidí). U pojetí subjektivního vzniká samozřejmě nebezpečí formulace umělých problémů, jestliže je nějaká situace jako problémová definována, ačkoliv proto nejsou objektivní důvody (např. politicky utilitárně motivovaná dramatizace určitých situací a napětí).“ (Velký sociologický slovník, s. 846; viz také Veselý, 2005).

Bezdomovství je sociální problém, protože narušuje dosahování společenských cílů. Lze totiž pochybovat o tom, že existence bezdomovství je v souladu s duchem Ústavy ČR, která hovoří o rozvoji naší země v duchu nedotknutelných hodnot lidské důstojnosti a svobody a o ČR jako o vlasti rovnoprávných občanů, kteří jsou si vědomi svých povinností vůči druhým a zodpovědnosti vůči celku. Tuto část Ústavy lze uplatnit pro odůvodnění toho, proč je bezdomovství sociální problém i při vědomí, že jak uvádí Hendrych a Svoboda: „Mezi základní charakteristické znaky ČR Ústava neuvádí sociální atribut státu. Pojem sociální stát ve spojení s přívlastky demokratický a právní neodpovídá hodnotovému směřování Ústavy, jak je podrobněji vyjádřeno v čl. 5, 6 a 9, a nezapadal by ideologicky-politickým zabarvením do koncepce omezené neutrality Ústavy. Absence pojmu sociální stát však neznamena, že sociální práva občanů mají být opomíjena. Nemohou však mít přednost před právy a svobodami ostatními.“ (Hendrych, Svoboda 1997, s. 2). **Ve světle těchto úvah bezdomovství v zásadě naplňuje objektivní definici sociálního problému.**

Bezdomovství je za sociální problém považováno nejen samotnými bezdomovci (např. MHMP 2008) a neziskovými organizacemi (Hradecký, Barták, Cvrček a kol. 2007), ale také je tak označeno ve Společném memorandu o sociálním začleňování – Česká republika a v následných dokumentech (viz dále), které významně souvisejí s realizací cílů členství naší země v EU. Na řešení bezdomovství je dnes hojně využíváno finančních prostředků ze strukturálních fondů EU, a to v rozsahu řádově

desítek milionů Kč⁴. **Bezdomovství tedy odpovídá i subjektivní definici sociálního problému.**

Co se týče kombinace obou těchto pohledů, lze i zde vyslovit tvrzení, že bezdomovství je sociální problém, protože **je pokládán za narušení společenských norem (99,97 % populace je populace bydlící)** a v souvislosti s tím i za narušení hodnot, kdy bydlení je důležitou hodnotou a jednou ze základních lidských potřeb, na jejíž uspokojení se váže uspokojení potřeb dalších.

5.2 Bezdomovství jako veřejněpolitický problém

Bezdomovství naplňuje definiční vymezení sociálního problému. Je ovšem řešení bezdomovství v ČR veřejným zájmem a problémem veřejněpolitickým? Formulování veřejněpolitických problémů je vždy kolektivní a bytostně politickou záležitostí (Veselý 2005, s. 7; Veselý, Nekola eds. 2008).

V literatuře se můžeme setkat s řadou vymezení veřejněpolitických problémů, kdy je za veřejněpolitický problém považována nerealizovaná potřeba, hodnota, rozvojová příležitost, rozpor mezi existujícím a možným (Veselý 2005, s. 12). Veselý s odkazem na Deryho uvádí několik přístupů ve vymezení veřejněpolitických problémů, když vymezuje problém jako problémovou situaci, problém jako diskrepanci, problém jako řešitelnou diskrepanci a problém jako příležitost (viz Veselý 2005, s. 12).

Bezdomovství, tedy škálu sociálních situací, kdy se jedinci ocitají bez střechy nad hlavou, můžeme vidět jako nerealizované základní lidské potřeby určité, byť rozsahem omezené části obyvatelstva, která je řešitelná prostřednictvím působení existujících veřejných institucí. Bezdomovství můžeme chápat také jako rozpor mezi současným stavem (žijí mezi námi lidé bez domova) a potenciálně možným a normativně ceněným stavem (mezi námi nežijí lidé bez domova, jsme schopni bezdomovství předcházet). Bezdomovství představuje pro veřejnou politiku také příležitost. Jeho řešení a prevence jsou nástroji posilování sociální soudržnosti a dokládají naplňování a obranu hodnot, na kterých je naše společnost založena.

Řešení a předcházení bezdomovství můžeme označit za **záležitost veřejného zájmu**, kdy veřejný je takový zájem, který podporuje rozvoj společnosti a řešení jejich reálných problémů a dotýká se potřeb, hodnot a jejich ochrany (viz Potůček 1996, s. 78). Stav *nebydlení* je jak nerealizovanou základní potřebou určité skupiny

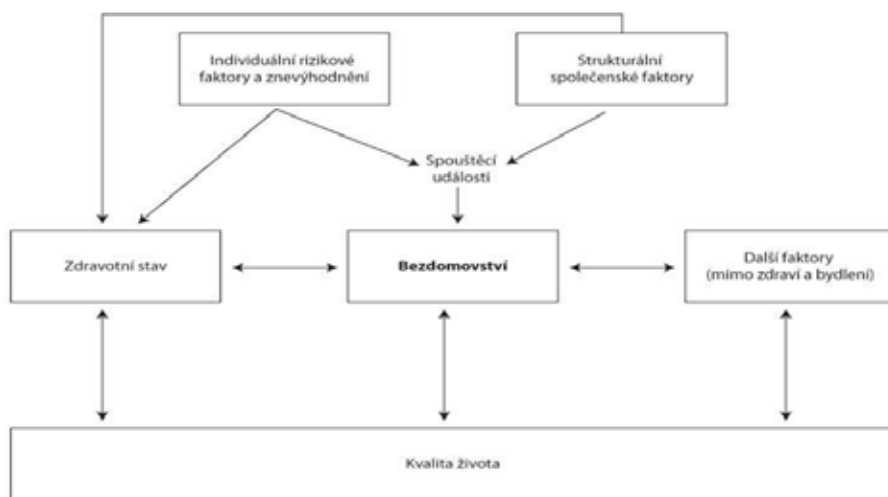
⁴ Jen rozpočet projektu *Aktivizace pracovního potenciálu osob ohrožených sociálním vyloučením*, který je primárně zaměřen na řešení bezdomovství, činí přibližně 80 milionů Kč.

společnosti, ale také závažným narušením hodnot, na které společnost aspiruje. Jedná se přitom o výchozí hodnoty, jakými jsou lidská důstojnost nebo solidarita, které jsou pro fungování společnosti zásadní a s kterými je bezdomovství do značné míry v rozporu.

Bezdomovství nabývá řady znaků, které jsou pro veřejněpolitické problémy charakteristické (srovnej Veselý 2005, s. 13–14). Je **provázáno** celou řadou dalších problémů, na kterých není nezávislé. Vyřešení dílčího problému, který s bezdomovstvím souvisí, neznamená jeho řešení. Bezdomovství můžeme chápat jako určitý kompozitní indikátor společenského vývoje, který nás upozorňuje na selhání veřejných politik. Je problémem **subjektivním**, kdy například počty bezdomovců a jejich problémy mohou být vnímány různými aktéry zcela odlišně. Do jisté míry je problémem „umělým“, který není nezávislý na definování jednotlivými aktéry, včetně bezdomovců samotných. Vzhledem k tomu, že bezdomovství je spíše procesem než stavem, musíme nutně brát do úvahy také jeho dynamiku.

Z „makro“ pohledu je zdraví bezdomovců podstatnou, nicméně dílčí stránkou bezdomovství. Tento aspekt života bezdomovců byl strukturován a operacionalizován např. v dotazníkovém šetření IZPE. Nemůžeme však ignorovat také další souvislosti života bezdomovců. Vymezení zdraví v kontextu bezdomovství nabízí následující schéma Frankische, Hwanga a Quantze. Hodnotícím kritériem je v tomto schématu kvalita života, která jak bezdomovství, tak i zdraví ovlivňuje.

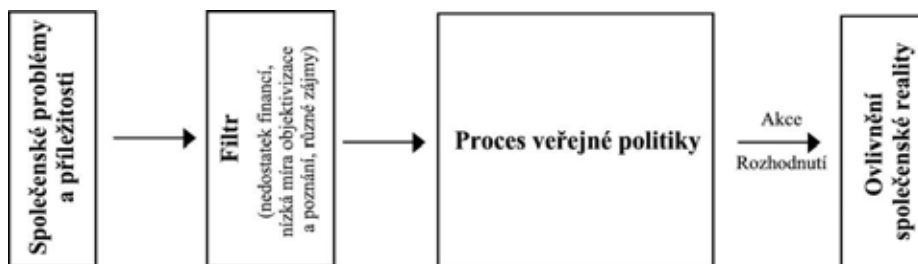
Schéma č. 1: **Bezdomovství a zdraví bezdomovců**



Zdroj: Frankisch, Hwang, Quantz 2005, upraveno, rozšířeno.

Vzhledem k tomu, že naše dosavadní poznatky o bezdomovství a zdraví bezdomovců jsou omezené, je pro veřejnou politiku výzvou překonání „filtru omezeného poznání“, který brání ovlivnění společenské reality, respektive činí aktuální opatření omezeně efektivní.

Schéma č. 2: **Omezení veřejných politik při reakci na problémy a výzvy**



Zdroj: Parsons 1995, s. 138, upraveno.

6 Teoretická východiska studia bezdomovství a zdraví bezdomovců

Následující kapitola diskutuje teoretické poznatky, které jsou relevantní z hlediska studia bezdomovství a zdraví (zdravotního stavu) bezdomovců a které jsou využitelné pro tvorbu a realizaci veřejných politik v ČR především v kontextu EU. Postupuje od stručné historie bezdomovství, přes jeho definici a diskusi faktorů, které na bezdomovství působí, k vymezení veřejné politiky, sociálního kapitálu, sociálního vyloučení, chudoby, sociální soudržnosti, zdraví a jeho determinant, veřejného zdraví a dalších relevantních konceptů, které jsou v souvislosti s bezdomovstvím méně často zmiňovány. Tato kapitola nabízí nejdříve výkladové rámce sociologie, dále pak psychologie a následně veřejného zdraví (public health).

6.1 Bezdomovství

Jak poznamenává Levinson (Levinson ed. 2004), bezdomovství není novým fenoménem. V lidských společnostech není bezdomovství ničím neobvyklým. První zmínky o bezdomovství jsou podle něj i více než deset tisíc let staré a dnes dostupné především díky různým nápisům, náboženským textům, zpěvům, záznamům v kronikách nebo básním. Například v Bibli nacházíme několik desítek zmínek o bezdomovství. Podle Levinsona (Levinson ed. 2004, s. 640) je ve vztahu mezi náboženstvím a bezdomovstvím v rámci studia bezdomovství věnována relativně malá pozornost, přestože je hluboce zakořeněno v lidské zkušenosti. Pocity vyloučení, ztracení v divočině, potulování (poutě) hrají ústřední roli v mnoha náboženstvích, včetně judaismu, buddhismu, hinduismu, křesťanství nebo islámu. Z náboženských tradic pak tak vychází idea péče o bezdomovce, chudé, nemocné a potřebné.

Německý historik Martin Rheinheimer (Rheinheimer 2003) uvádí, že počet lidí na potulce dosahoval v některých tehdejších evropských státech dvě až deset procent populace (např. v Německu 18. století), kdy zejména za krizi připravovala chudoba obyvatelstvo o střechu nad hlavou. Již ve středověku se na tyto osoby mnohdy vztahovala omezená solidarita. „*Roku 1527 publikoval Martin Luther německou verzi Liber vagatorum pod titulem O falešném žebrákově Bubereyovi. V úvodu píše, že podporu si zaslouží jen domácí, usedlí, „skuteční“ chudí, kdežto cizí, přivandrovalí žebráci nemají být nadále tolerováni*“ (Rheinheimer 2003, s. 105). Vzhledem k rozsahu

lidí bez domova není překvapivé, že se do bezdomovství dostávali celé rodiny, nebo i vesnice, ale také že se v této životní situaci rodily děti, které jiný život (byť byl z dnešního pohledu krátký) vůbec nepoznaly. Ani tehdy nebyla skupina bezdomovců homogenní. Jiná byla situace řemeslníků bez domova, kteří mohli nabídnout například skromnou úhradu za nocleh, jiná byla situace bezdomovců, kteří neměli teplé oblečení a v zimě zemřeli. Pokud bezdomovci nějaké, byť krátkodobé ubytování nacházeli, byly to podmínky skutečně stísněné. Běžnou praxí bylo například sdílení jednoho lůžka několika cizími lidmi. „...*Vlhká, polorozpadlá stavení, v nichž chudí bydleli, byla nepříznivá pro zdraví, nemluvě o vších, krysách a podobné havěti. ...někteří lidé neměli žádnou střechu nad hlavou a přespávali na hřbitovech nebo pod širým nebem u městských bran. Od 17. století slyšíme, že v Lipsku hledali žebráci nocleh v cihelnách. Tam našli alespoň trochu tepla a útulek.*“ (Rheinheimer 2003, s. 15–16). Domovská práva, která chránila usazené před bezdomovstvím, byla často používána jako regulátor počtu obyvatel. Pokud by počet obyvatel sídla přesahoval určitý počet, bylo získání domovského práva nově příchozím prakticky vyloučeno.

Po dlouhou dobu historie byla péče o bezdomovce, pokud vůbec existovala, spíše nahodilá, probíhala především v lokálních podmínkách a byla závislá na náboženské tradici. Určitou změnu do tohoto vývoje přinesly sociální zákony, které se poprvé uplatnily ve Velké Británii. Jedná se například o zákon pomoci v chudobě z roku 1601 (Levinson ed. 2004, s. 654). Z dnešního pohledu bylo britské zákonodárství k chudým a bezdomovcům velmi tvrdé. Za potulku hrozilo vězení, za lék na bezdomovství byla považována tvrdá práce. Výrazného zmírnění se Velká Británie dočkala v podstatě až ve dvacátém století (Fitzpatrick et al. 2000, s. 3).

Poněkud odlišná byla situace v USA, kam před chudobou a možným bezdomovstvím řada obyvatel Evropy odcházela. V devatenáctém století vzbuzovali bezdomovci v USA především zájem policie. Ekonomické problémy USA v první polovině 20. století tento přístup změnily, tváří v tvář rostoucímu počtu nezaměstnaných, kteří často končili bez jakýchkoliv prostředků na ulici. Levinson (Levinson ed. 2004, s. xxi) hovoří o různých epochách bezdomovství v USA, které nastaly v USA například ve dvacátých, sedmdesátých, osmdesátých letech minulého století a naposledy o epoše bezdomovství po roce 2000. Bezdomovství v USA má některé charakteristiky, s kterými se v jiných státech setkáváme v omezenější míře, pokud vůbec. Jde především o vysoký počet afroamerických bezdomovců, kteří převyšují počet bezdomovců původem euroamerických. Levinson (Levinson ed. 2004,

s. xxi) považuje bezdomovství za jeden z nejméně poznaných sociálních problémů USA, byť se vztahuje spíše k znevýhodněným populačním skupinám a významná část americké společnosti má o tomto fenoménu velice omezené informace.

6.1.1 Definice bezdomovství

Ještě dříve, než se budeme zabývat současnými definicemi a typologiemi bezdomovství, které jsou k dispozici v ČR a zahraničí, dovolme si malou odbočku v podobě krátkého exkurzu do historie pojmu bezdomovec. Slovo bezdomovec se skládá ze dvou slov – **bez** (poukazující na absenci čehosi) a **domov** (jedna z důležitých dimenzí bydlení, nikoliv však bydlení samotné). Jak se vlastně toto slovo dostalo do našeho slovníku? Vysvětlení, které nabízí např. Giddens, je možná paradoxní.

„Ještě před dvěma generacemi si většina lidí pod pojmem domov představovala rodinné prostředí a za bezdomovce byli považováni ti, kdo obývali laciné ubytovny nebo svobodárny. Říkalo se jim bezdomovci (homeless), protože žili sami a málokdy se vídali se svou rodinou nebo příbuznými. V průběhu posledních dvou nebo tří desetiletí se situace změnila. Stále totiž přibývá lidí, kteří žijí osaměle z vlastního svobodného rozhodnutí. Pojem bezdomovec byl proto přenesen na rostoucí kategorii těch, kdo vůbec nemají kde spát – buď nacházejí dočasné útočiště v charitativních útulcích, anebo přespávají na ulici, v parcích, na nádražích nebo ve zchátralých, opuštěných budovách.“ (Giddens 1999, s. 28).

V práci Štěchové a kol. (Štěchová a kol. 2008, s. 4) je výše uvedené vysvětlení pojmu označeno za nevhodné pro české podmínky. Je pravdou, že původní význam pojmu má pro český jazyk spíše synonyma jako *tulák, vandrák nebo pobuda*. Nicméně zejména po roce 1989 začal být u nás tento pojem používán ve smyslu, který diskutuje Giddens. Ukazuje se, že i v českém prostředí dokáže vymezení sociální situace bezdomovství vzbudit „odborné emoce“. Pravdou je, že bezdomovství ve Velké Británii a ČR není totožné, což ovšem nabídka Giddensova pohledu nepodsouvá.

Obecně přijatelná definice bezdomovství, která by umožnila zjišťovat rozsah bezdomovství, identifikovala jeho příčiny a možné důsledky, stejně jako jeho souvislost s vývojem současných společností, chybí, z čehož vyplývá celá řada problémů jak pro sociální práci, která se zabývá přímo prací s bezdomovci, tak zejména pro veřejné a sociální politiky, které vytváří rámec a podmínky pro realizaci opatření ve prospěch této skupiny.

Otázkou zůstává, zda je možné dlouhodobě využitelnou definici bezdomovství vůbec vytvořit. Jakákoliv definice bude popisovat pouze část sociální reality a bude nutné ji dále upravovat a rozšiřovat. V evropském kontextu se setkáváme nejčastěji nikoliv s definicí, ale relativně rozsáhlou typologií bezdomovství – European definition of Homelessness and housing exclusion – ETHOS⁵. Tato typologie je každoročně doplňována a upřesňována, čímž je částečně řešen problém aktuálnosti vzhledem ke společenskému vývoji. Do českého prostředí byla tato typologie (viz níže) uvedena díky aktivitě *Definice a typologie bezdomovství*, kterou zpracoval v rámci projektu financovaného z prostředků ESF a státního rozpočtu ČR s názvem *Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR* tým vedený ředitelem o. s. Naděje, Iljou Hradeckým.

V současné době má tedy pojem bezdomovství význam, který mu byl dán až v posledních několika desítkách let, a jak uvádí např. funkční definice bezdomovství FEANTSA, je slovo bezdomovec „**označení pro heterogenní populační skupinu zahrnující viditelné bezdomovce, tj. osoby, které spí venku, tzv. rooflessness, osoby, které v důsledku nemožnosti zajistit si jiné bydlení žijí v ubytovacích kapacitách pro bezdomovce, tzv. houselessness, ale také osoby, jejichž bydlení je nejisté, tzv. people living in insecure housing a také osoby, které žijí v podmínkách, které neodpovídají minimálním standardům bydlení v daném kulturním a sociálním prostředí, tzv. people living in inadequate accomodation. Jako bezdomovci jsou označováni také ti, kteří obývají karavany nebo obytné lodě.**“ (Edgar, Doherty, Meert 2002, s. 13).

Tato definice je používána nejen organizacemi, které jsou členskými organizacemi FEANTSA⁶ (Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abri), ale také institucemi Evropské unie v dokumentech unitární politiky sociálního začleňování.

Typologii ETHOS, kterou FEANTSA využila k operacionalizaci a rozšíření definice bezdomovství, zachycuje následující tabulka. Kategorie odpovídají současným poměrům v ČR a od anglického originálu se tak částečně odlišují. Podle typologie ETHOS znamená mít domov mít obydlí (prostor), které je způsobilé k naplňování potřeby bydlení (fyzická doména); mít možnost uchovat si soukromí a udržovat společenské vztahy (sociální doména) a nakonec mít jistotu užívání a právní nárok na něj (právní doména). Absence jedné nebo více domén pak podle této typologie naplňuje sociální situaci bezdomovství (Edgar, Meert 2006, s. 57–58).

⁵ ETHOS – European Typology on Homelessness and Housing Exclusion, dostupné z <http://www.feantsa.org/code/EN/pg.asp?Page=484> [citováno 6. 3. 2008].

⁶ Mezinárodní sdružení organizací pracujících s bezdomovci sídlící v Bruselu.

Tabulka č. 1: **Klasifikace bezdomovství podle domén domova v podmínkách ČR**

Kategorie	Fyzická doména	Právní doména	Sociální doména
<i>Bez střechy</i>	Žádné obydlí	Žádný právní nárok na užívání (uživací právo, vlastnictví)	Žádné soukromí a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
<i>Bez domova</i>	Má místo k bydlení, vhodné k obývání	Žádný právní nárok na užívání (uživací právo, vlastnictví)	Žádné soukromí a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
<i>Nejisté a nevyhovující bydlení</i>	Má místo k bydlení (nejisté či nevhodné k obývání)	Žádný právní nárok na užívání (uživací právo, vlastnictví)	Má prostor pro sociální vztahy
<i>Nevyhovující bydlení a sociální izolace v legálně užívaném obydlí</i>	Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k obývání)	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Žádné soukromí a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy
<i>Nevyhovující bydlení (právní nárok)</i>	Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k obývání)	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Má prostor pro sociální vztahy
<i>Nejisté bydlení (vhodné k obývání)</i>	Má místo k bydlení	Žádný právní nárok na užívání (uživací právo, vlastnictví)	Má prostor pro sociální vztahy
<i>Sociální izolace v kontextu jistého a vhodného bydlení</i>	Má místo k bydlení	Má právní nárok a/nebo jistotu užívacího práva	Žádné soukromí a bezpečný osobní prostor pro sociální vztahy

Zdroj: Hradecký, Barták, Cvrček a kol. 2007, podle Edgar, Meert 2006, s. 58 (upraveno).

Na základě této tabulky bylo propracováno třináct národních subkategorií pro ČR, které zohledňují různé životní situace týkající se sociálního vyloučení v oblasti bydlení. S využitím klasifikace ETHOS zahrnují v našich podmínkách tyto subkategorie skupiny, které jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka č. 2: **Typologie ETHOS v podmínkách ČR**

Kategorie	Skupina
<i>Bez střechy</i>	- osoby přežívající venku - osoby v noclehárnách
<i>Bez bytu</i>	- osoby v ubytovnách pro bezdomovce - osoby v pobytových zařízeních pro ženy - osoby v ubytovnách pro migranty - osoby před opuštěním instituce - uživatelé dlouhodobé podpory (azylové domy)
<i>Nejisté bydlení</i>	- osoby žijící v nejistém bydlení - osoby ohrožené vystěhováním - osoby ohrožené domácím násilím
<i>Nevyhovující bydlení</i>	- osoby žijící v provizorních a neobvyklých stavbách - osoby žijící v nevhodném bydlení - osoby žijící v přelidněném bytě

Zdroj: Hradecký, Barták, Cvrček a kol. 2007, s. 32–33 (upraveno, kráceno).

Definice popisuje sociální situaci určité skupiny lidí, ale již nezachycuje příčiny vzniku, případně následky této situace. Vzniká tedy otázka, jak je možné, že tuto definici používají mimo organizací, které jsou členy FEANTSA, také instituce Evropské unie a do určité míry i její členské státy při tvorbě politik sociálního začleňování, když neidentifikuje klíčové příčiny a následky bezdomovství, které by bylo možné ovlivnit právě prostřednictvím výše zmíněných politik sociálního začleňování.

Suzane Fitzpatricková z univerzity v anglickém Yorku shrnuje diskuse o definici bezdomovství následovně: *„Podle nejužší definice bezdomovství se jedná o životní situace lidí, kteří se ocitnou „bez střechy nad hlavou“. V tomto případě, kdy se osoby ocitnou bez jakéhokoli přístřeší, jsou považováni za bezdomovce. Příkladem jsou lidé spící na ulicích, ale mohou to být také imigranti nebo oběti živelných pohrom. Označení „bez domova“ je širší termín, který zahrnuje i ty, kteří žijí v nouzových a přechodných ubytovnách pro bezdomovce, jako jsou noclehárny, ubytovny a azylové domy. Jinou skupinu v této kategorii tvoří jedinci, kteří žijí v místech nevhodných pro stálé ubytování. Třetí možná definice zahrnuje i lidi žijící v nejistých podmínkách, přechodných podnájmech, dočasně bydlící u přátel či příbuzných nebo bydlící pod hrozbou vystěhování, případně ve squatech apod. Mezi bezdomovce mohou být zahrnuti i lidé žijící v neadekvátních bytových podmínkách. Rodiny, které jsou společně nedobrovolně dlouhodobě ubytovány, protože si nedokážou zajistit oddělené ubytování, mohou být také považovány za „skryté“ a tudíž bezdomovce. Považujeme-li za formu bezdomovství jakoukoliv potřebnost v oblasti bydlení, je zde nebezpečí, že se skutečné ohrožení a strádání bezdomovců jaksi vytratí. Přeplněné bydlení, špatné bytové podmínky a nejisté pronájmy jsou všechno velmi významné problémy postihující stovky a možná i tisíce lidí, jejich problémy jsou však vzdálené od těch nejextrémnějších projevů bezdomovství a všichni tak nemohou být označeni za bezdomovce. Jednoduše řečeno, bydlet „nevalně“ je jedna věc, nemít kde bydlet věc druhá.“* (Fitzpatrick et al. 2000, s. 18).

Další definici nabízí Organizace spojených národů, popisuje *„absolutní bezdomovství jako podmínky, kdy lidé žijí bez fyzického ubytování, spí venku, v autech případně v domech určených k demolici. Relativní bezdomovství je definováno jako podmínky, kdy jedinci sice mají fyzicky ubytování, ale toto ubytování nevyhovuje základním hygienickým a bezpečnostním standardům. ... Podle tohoto vymezení jsou pak bezdomovci lidé, kteří spí v ubytovnách pro bezdomovce, a osoby, jejichž situace odpovídá vymezení absolutního bezdomovství.“* (citováno podle Whang 2001, s. 1).

V českém prostředí se mimo výše uvedené definice FEANTSA, jejíž používání propaguje např. občanské sdružení Naděje, a typologie ETHOS, která je oficiálně akceptována MPSV (prozatím prakticky bez jakéhokoli uplatnění ve strategických materiálech nebo konkrétních opatřeních – viz dále) setkáváme také s následujícími definicemi:

Profesor Mareš nabídl následující: *„Obecně řečeno, bezdomovství je více než nedostatkem přístřeší a více než chudobou. Je součástí širšího procesu marginalizace založeného na neschopnosti bezdomovců participovat na způsobu života, který je standardní pro většinu populace.“* (Mareš 1999, s. 58).

Ve své rozsáhlé publikaci věnované psychopatologii uvádí M. Vágnerová: *„Bezdomovec může být osobou bez trvalého bydliště nebo je tzv. osobou bez přístřeší, která sice oficiálně trvalé bydliště má, ale z nějakého důvodu jej nechce nebo nemůže užívat. Takový člověk obvykle nemá ani zaměstnání a rodinu, resp. jeho vztahy s příbuznými jsou natolik narušené, že zcela ztratily svou funkci. Nemá téměř žádné vazby ke společnosti, zůstává izolován na jejím okraji. Bezdomovectví je výsledkem generalizovaného psychosociálního selhání, spojeného se ztrátou komplexu běžných rolí. Takovým způsobem bývají obvykle postiženi lidé s dysfunkční osobností, s nedostatečnými kompetencemi a s negativními návyky.“* (Vágnerová 1999, s. 400).

Dřívější snahy definovat bezdomovství vystihuje také následující úvaha u nás nejvýraznější osobnosti, která se prakticky bezdomovstvím zabývá, Ilji Hradeckého: *„Každá definice bezdomovství bude vlastně ve svém obsahu vágní a posunovatelná. Výrok, že bezdomovec je někdo, kdo ztratil nebo opustil svůj domov, svůj byt, své ubytování, kdo neumí vyřešit komplikované problémy a hledá nebo přijímá pomoc od sociálních pracovníků, města, dobrovolných organizací, je nepřesný a nedostatečný. Definice by byla oboustranně riskantní:*

- a) vyloučí někoho, kdo je jakkoliv marginální,*
- b) zahrne všechny služby na sociálním poli.“* (Hradecká, Hradecký 1996, s. 36).

Výše uvedené definice nejsou samozřejmě jedinými možnými. Přehled dalších definic viz např. Barták (Barták 2005).

České právní normy znají pojem osoba bez přístřeší, kdy podle zákona č. 112/2006 Sb., o hmotné nouzi, může být osoba považována za osobu v hmotné nouzi, pokud nemůže upokojovat své základní potřeby z důvodu ztráty přístřeší. Sociální situaci bezdomovství však nijak dále nespecifikují, ačkoliv je cílové skupině osob bez přístřeší určeno specificky několik druhů sociálních služeb.

Často opomíjeným je pohled těch, kteří bezdomovství zakouší. **Samotní bezdomovci považují označení bezdomovec za hanlivé** (Hradecký, Barták, Cvrček a kol. 2007, s. 29), kdy spíše nelibě přejímají své označení ze slovníku veřejnosti. Následující tabulka uvádí slangové výrazy, které pro své označení používají samotní bezdomovci.

Tabulka č. 3: **Jak se označují samotní bezdomovci**

Slang bezdomovců	Význam
<i>Bezinky</i>	<i>Lidé bez jakéhokoliv zázemí</i>
<i>Pouliční směs</i>	<i>Osoby sociálně slabé</i>
<i>Bezáci</i>	<i>Osoby dočasně bez přístřeší</i>
<i>Republikový oříšek</i>	<i>Lidé v beznadějně životní situaci</i>
<i>Streetpeople</i>	<i>Osoby v nouzi</i>
<i>Děti ulice</i>	<i>Osoby, jejichž sociální situace je nejistá</i>
<i>Tulák</i>	<i>Lidé dočasně nepřízpůsobení</i>

Zdroj: Hradecký, Barták, Cvrček a kol. 2007, s. 29 (upraveno).

Přestože máme k dispozici řadu definic a typologií bezdomovství, lze předpokládat, že tyto definice nebudou mít trvalou platnost. Dynamika společenského vývoje s velkou pravděpodobností změní v budoucnu naše nahlížení. Historie výzkumu bezdomovství je toho důkazem (srovnej např. Hutson, Clapham 1999).

6.2 Měření bezdomovství a jeho rozsah

Měření bezdomovství závisí do značné míry na zvolené definici bezdomovství a metodice sběru dat. V literatuře je rozlišováno měření přímé a nepřímé, měření administrativní, pomocí zvláštních výzkumů, sekundární analýzou statistických údajů. Naprosto vyčerpávající informaci o možnostech měření bezdomovství (nikoliv o počtech bezdomovců) v Evropské unii poskytuje Bill Edgar z britské University of Dundee (viz Edgar et al. 2007). Obecně je předmětem měření zpravidla:

- **počet bezdomovců** v určitém časovém okamžiku;
- **pohyb bezdomovců**, tj. počet bezdomovců, kteří se stali bezdomovci ve vymezeném časovém období;
- **prevalence bezdomovství**, tj. počet jednotlivců, kteří mají zkušenost s bezdomovstvím během určitého časového období, např. jednoho roku (Fitzpatrick et al. 2000, s. 11).

Určitým paradoxem zůstává, že s rostoucí evidencí o možnostech měření klesá ochota zveřejňovat data o počtu bezdomovců. V podmínkách ČR jsou v současné době k dispozici pouze údaje o počtu bezdomovců v hl. městě Praze z roku 2004, kdy bylo zjištěno 3 096 bezdomovců (Hradecký a kol. 2004, s. 12), a výsledky sčítání bezdomovců v Brně, z března 2006, kde bylo zjištěno 1 176 osob.⁷ Obě uvedená sčítání byla realizována s využitím obdobné metodiky (brněnské sčítání bylo výrazně inspirováno sčítáním pražským). Celkové odhady se pohybují v rozmezí od 35 000 (Hradecká, Hradecký 1996) k 6 000 (srovnej Fitzpatrick, Stephens 2007)⁸.

Bezdomovství je v ČR spojováno především s hlavním městem Prahou, kde se bezdomovci koncentrují. V rámci hlavního města Prahy se pak s **bezdomovci setkáváme nejčastěji v centru**, tedy na Praze 1 (viz ÚMČ Praha 1 2007, s. 16). V databázi Poradny pro osoby bez přístřeší Prahy 1 byly sledovány počty bezdomovců, kteří navštívili sociálního kurátora této městské části od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2006⁹ podle místa jejich trvalého pobytu (ÚMČ Praha 1 2007, s. 14). Ve sledovaném období kurátora kontaktovalo 6 000 bezdomovců (osob, které se aktuálně nacházely v situaci bezdomovství). Z grafu je patrné, že **téměř polovina osob měla trvalý pobyt na území hlavního města Prahy**. To ovšem neznamená, že bezdomovství se netýká také jiných krajů (minimálně z pohledu „zdroje bezdomovců“ pro hlavní město), nicméně v dalších krajích ČR je bezdomovství méně častým jevem.

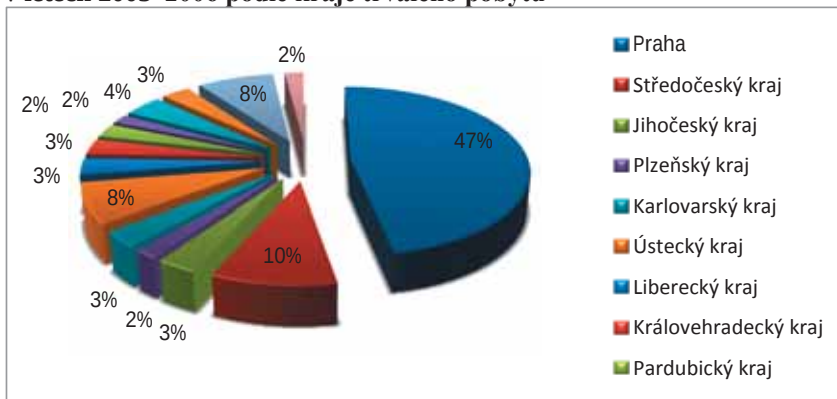
⁷ Tisková zpráva dostupná z

[http://www.bezdomovci.eu/sad.ayrton.cz/storage/File/Scitani%20bezdomovcu%20v%20Brne%202006%20\(tiskova%20zprava\).pdf](http://www.bezdomovci.eu/sad.ayrton.cz/storage/File/Scitani%20bezdomovcu%20v%20Brne%202006%20(tiskova%20zprava).pdf).

⁸ Data za ČR poskytl Martin Lux ze Sociologického ústavu AV.

⁹ Obdobná longitudinální data má k dispozici také např. o. s. Naděje. Autor byl informován v závěru roku 2007 Ing. Prudkým z CESES FSV UK, který se analýzou těchto dat zabýval, že výsledky jejich analýzy budou publikovány v sešitu CESES FSV UK, doposud (první čtvrtletí 2008) však nejsou k dispozici.

Graf č. 1: Procentuální podíl klientů bez domova sociálního kurátora Prahy 1 v letech 2003–2006 podle kraje trvalého pobytu



Zdroj: ÚMČ Praha 1 2007, s. 14.

Bezdomovci se nekonzentrují v Praze díky širokému spektru sociálních služeb, ale především proto, že se domnívají, že v Praze mají lepší ekonomické vyhlídky než v místě svého původního života. Když se tento předpoklad nenaplní, již se většinou „domů“ nevrací a zůstávají.

Na úrovni EU nejsou k dispozici spolehlivé údaje o počtu bezdomovců. Zatímco ještě v roce 2002 bylo možné sečtením údajů z pravidelné zprávy (viz Edgar, Doherty, Meert 2002, s. 15–17) zjistit, že číslo se přibližuje 1 200 000 bezdomovců, v následujících letech se již ti samí autoři (statistické přehledy zpracovávají každoročně) více odvolávají na širší definice i odlišnosti různých měření a konkrétní čísla za celou EU neuvádí, ani je nelze z jejich zprávy odpovědně odhadnout (viz Edgar, Meert 2006).

Podle Fitzpatrickové a Stephense zažije v USA alespoň jednou ročně situaci bezdomovství 2,5 až 3,5 milionů osob. Autoři v této souvislosti hovoří o bezdomovství jako o masivním problému USA (Fitzpatrick, Stephens 2007, s. 48). V Austrálii je pak podle těchto autorů odhadováno asi sto tisíc bezdomovců a v Kanadě asi 150 000 (Fitzpatrick, Stephens 2007, s. 48).

Jedinou zemí (respektive její částí), kde klesá počet bezdomovců v kategorii roofless (bez střechy), je Velká Británie resp. Anglie. Podle výše uvedených autorů tam kles počet těchto bezdomovců od roku 1998 asi o dvě třetiny (Fitzpatrick, Stephens 2007, s. 50), což je údajně způsobeno stanovením politického cíle v roce 1998 a jeho splněním za pomoci nástrojů veřejné politiky.

6.3 Příčiny bezdomovství

Pro tvorbu veřejných a sociálních politik, které řeší problém bezdomovství, je nezbytná znalost příčin bezdomovství. Působení na příčiny bezdomovství představuje totiž efektivnější způsob řešení bezdomovství, než je odstraňování jeho následků.

Jednotlivým determinantům bezdomovství a jejich vlivu na vznik bezdomovství je věnována v dostupné literatuře značná pozornost (srovnej např. Levinson ed. 2004; Hutson, Clapham 1999; Burrows, Pleace, Quilgars 1997; Vostanis, Cumella 1999; Institute of Medicine 1988; Fitzpatrick et al. 2000; v podmínkách ČR pak Hradecká, Hradecký 1996; Barták 2005; Hradecký, Barták, Cvrček a kol. 2007). **Znalost těchto determinant je pro tvorbu a implementaci jakékoliv veřejné a sociální politiky nebo opatření veřejného zdraví, které mají za cíl bezdomovství předcházet, případně omezovat jeho důsledky v oblasti zdraví bezdomovců, klíčová.**

V zásadě lze determinanty dělit na objektivní a subjektivní (Hradecká, Hradecký 1996, s. 43), v zahraničí je pro základní rozdělení determinant používána klasifikace na strukturální a individuální (viz např. Lee, Price-Spratlen, Kanan 2003, s. 351). Dělení ovšem často ještě pokračuje na sociální, ekonomické, psychologické apod.

6.3.1 Strukturální a individuální příčiny bezdomovství

Problémem je, že lze jen obtížně určit, co je determinantou strukturální a co individuální. Takto můžeme příčiny zaměnit za následky a naopak. Co je příčinou bezdomovství a co je již jeho následkem? Tato otázka často vede k úvahám a znázornění bezdomovství jako cyklu. V dostupné literatuře se setkáváme s výčtem faktorů (viz níže), které působí na vznik bezdomovství. Zajímavý souhrn v rámci této diskuse nabízí studie autorského týmu profesorky Fitzpatrickové (Fitzpatrick et al. 2000, s. 22–26), věnovaná výzkumům v oblasti bezdomovství ve Velké Británii. Velmi obdobné vymezení strukturálních faktorů bezdomovství nacházíme také v dalších publikacích (Levinson ed. 2004, s. 51–57). Mezi strukturální příčiny bezdomovství řadíme nejčastěji:

- Chudobu
- Situaci na trhu práce
- Situaci v sektoru bydlení
- Změny v oblasti rodinného života
- Nedostupnost sociálního zabezpečení

Zdroj: Fitzpatrick et al. 2000, s. 22–26; Levinson ed. 2004, s. 51–57.

Jako individuální příčiny bezdomovství bývají, zjednodušeně řečeno, označována osobní selhání jednotlivců, kteří nezvládli zareagovat na určitou problémovou situací, která je spojena s některou z výše uvedených příčin (viz např. Levinson ed. 2004, s. 55). Dle tohoto vnímání, které je blízké neoliberálnímu pohledu na svět, je bezdomovství výsledkem osobního selhání na trhu práce, v rodinném životě, neschopnosti zajistit si dostatečné zdroje a bydlení.

V praxi je však často velice složité rozlišit míru vlastního přičinění. V soudobé výzkumné literatuře je bezdomovství analyzováno zejména s ohledem na příčiny strukturální, které do jisté míry individuální zavinění nehodnotí z hlediska vzniku bezdomovství jako zásadní (srovnej Fitzpatrick et al. 2000, s. 19).

6.3.2 Rizikové faktory

Rozpětí rizikových faktorů je zachyceno relativně novými výzkumy (viz např. Anderson et al. 1993; Jones 1993; Evans 1996; Randall a Brown 1996, 1999a, citováno podle Fitzpatrick et al. 2000, s. 28). Ty mezi rizikové faktory zahrnují:

• sexuální a psychické zneužívání v dětství nebo dospívání; • rodinné konflikty a rozvraty; • pozadí péče místních autorit; • delikventní chování či zkušenost s vězením; • předchozí služba u armády; • nedostatek sociálně podpůrných sítí;	• dluhy, nezaplacené nájemné nebo hypotéky; • neshody v sousedství; • zneužívání drog a alkoholu; • vyloučení ze školy a nedostatek kvalifikace; • zhoršení zdraví.
--	--

Zdroj: Fitzpatrick et al. 2000, s. 28.

Stejně jako mohou být tyto faktory specificky rizikové z hlediska vzniku bezdomovství, tak může naopak bezdomovství tyto situace evokovat, například delikventní chování nebo zneužívání drog a alkoholu. Rozsáhlou diskusí na téma zdraví

a bezdomovství obsahuje publikace Homelessness, Health, and Human Needs, která diskutuje vztah mezi bezdomovstvím a zdravím, kdy v některých případech je zdraví příčinou a bezdomovství důsledkem, ale také naopak bezdomovství je možné označit za hlavní příčinu některých typů onemocnění (Institute of Medicine 1988).

6.3.3 Spouštěcí mechanismy

Škála specifických událostí nebo „krizových bodů“ může odstartovat bezdomovství a konkrétně i ztrátu přístřeší (viz Anderson et al. 1993; Evans 1996; Randall a Brown 1996; Randall 1998; SEU 1998; Randall a Brown 1999a, citováno podle Fitzpatrick et al. 2000, s. 28). Mezi tyto události můžeme zahrnout:

• odchod z domu rodičů po hádce; • manželský nebo partnerský kolaps; • ovdovění; • odchod z armádních složek; • opuštění institucionální péče; • opuštění vězení;	• ostré zhoršení duševního zdraví nebo zvýšení zneužívání alkoholu a drog; • finanční krize spojená s růstem dluhů; • vyklizení z nájemného nebo vlastního bytu.
--	--

Zdroj: Fitzpatrick et al. 2000, s. 28.

6.3.4 Charakteristiky bezdomovců

Z pohledu pohlaví dominují mezi bezdomovci muži (srovnej Hradecká, Hradecký 1996; Levinson ed. 2004, Fitzpatrick et al. 2000). Z hlediska rodinného stavu pak, zejména v kontinentální Evropě, převažují osoby samostatně žijící nad rodinami, byť bezdomovství rodin je také závažným problémem (Levinson ed. 2004; Fitzpatrick et al. 2000), a to zejména ve Velké Británii a USA. Z hlediska věku se jedná spíše o osoby mladší, které se zpravidla ani nedožívají vyššího věku (Whang 2000, 2003). Zvláště v Kanadě a USA je bezdomovství spojováno s původním obyvatelstvem, respektive nemajoritními etnickými skupinami (Levinson ed. 2004; Fitzpatrick et al. 2000). Bezdomovci se rekrutují nečastěji s chudších vrstev obyvatelstva (např. Helvie, Kunstmann et al. 1999) a koncentrují se zpravidla ve velkých městech (Levinson ed. 2004; Fitzpatrick et al. 2000; Helvie, Kunstmann et al. 1999).

Schéma č. 3: **Integrovaný přístup ke studiu vzniku sociální situace bezdomovství**

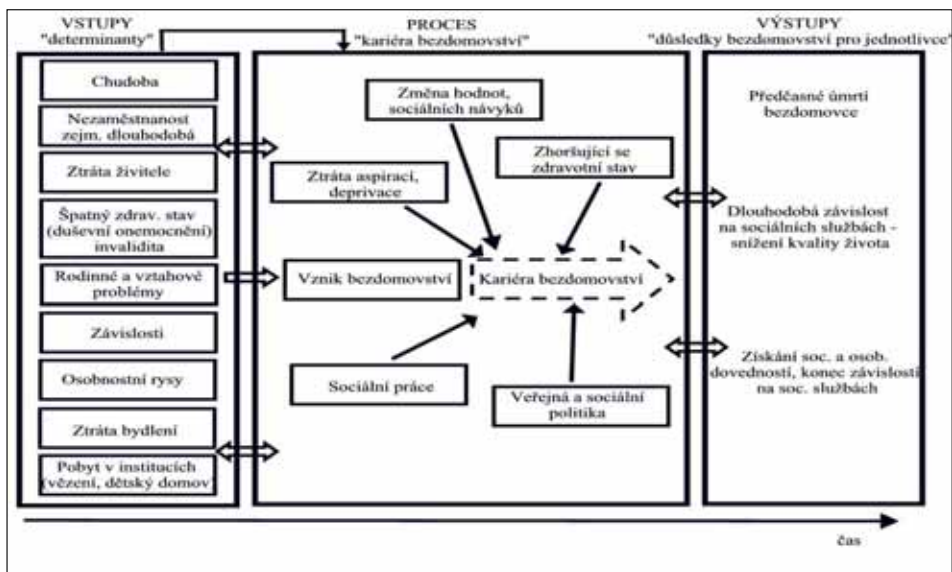
Strukturální faktory	Charakteristiky	Rizikové faktory	Spouštěcí mechanismy
Chudoba Situace na trhu práce Veřejné a sociální politiky a jejich selhání Změny v oblasti rodinného života	Věk Pohlaví Společenský status Typ domácnosti Etnická příslušnost Místo bydliště/pobytu	Sexuální a psychické zneužívání v dětství nebo dospívání Rodinné konflikty a rozvraty Delikventní chování či zkušenost s vězením Nedostatek sociálně podpůrných sítí Dluhy, nezaplacené nájemné nebo hypotéky Neshody v sousedství; zneužívání drog a alkoholu Vyloučení ze školy a nedostatek kvalifikace Problémy se zdravím	Odchod z domu rodičů po hádce Manželský nebo partnerský kolaps Ovdovění Opuštění institucionální péče Opuštění vězení Ostré zhoršení duševního zdraví nebo zvýšení zneužívání alkoholu a drog Finanční krize spojená s růstem dluhů Vyklizení z nájemného (podnájmu) nebo vlastněného bytu

Zdroj: Fitzpatrick et al. 2000, s. 19–25 (doplněno, upraveno).

6.3.5 Kariéra bezdomovství

Bezdomovství není v žádném případě statickým jevem, ale naopak dynamickým procesem, kdy na bezdomovce působí celá řada faktorů, které mají vliv na kvalitu jeho života i na možnost bezdomovství samostatně nebo za přispění dalších osob, organizací či institucí překonat. Cílem následující schématu je tuto dynamiku alespoň základním způsobem postihnout. Schéma je členěno na *vstupy* – příčiny bezdomovství, *proces bezdomovství*, kdy na život bezdomovce působí jak bezdomovství samotné, tak i další v individuální i společenské rovině. Poslední částí jsou *výstupy* – důsledky, které bezdomovství pro kvalitu života osoby představuje.

Schéma č. 4: **Kariéra bezdomovství**



Zdroj: Barták 2005, s. 44 (vlastní zpracování).

Bezdomovství však nemá důsledky pouze pro bezdomovce, ale také pro společnost jako celek, kdy společnost generuje některé příčiny bezdomovství, na bezdomovce určitým způsobem (ne)působí a v konečném důsledku bezdomovství představuje určité ohrožení společenských hodnot či poukazuje na selhávání veřejných politik.

Z hlediska zdraví bezdomovců se samotné bezdomovství stává významnou determinantou zdraví a životní situace bezdomovství představuje dominantní fyzickou a duševní zátěž, která v průběhu času roste.

6.4 Sociální soudržnost

Sociální soudržnost (koheze)¹⁰ je v současné době významným konceptem, který je využíván a rozvíjen jak výzkumníky v oblasti sociálních věd, tak i analytiky orientovanými na poradenství a servis pro politiky. Výzkumníci využívají tento koncept pro zdůraznění sociálních a ekonomických selhání soudobých západních společností. V souvislosti s mírou sociální soudržnosti se často hovoří o rozkladu společenských hodnot a o poklesu občanské participace při tvorbě a realizaci veřejné politiky, který se

¹⁰ Např. Šafr a Sedláčková (Musil a kol. 2004, s. 17) doporučují rozlišovat soudržnost a kohezi, přičemž pojem koheze má být vyhrazen sociálněvědnímu diskursu a pojem soudržnost prakticko-politickému diskursu. V této práci není uvedené doporučení akceptováno a pojmy jsou případně používány jako synonyma.

projevuje například nižší účastí při volbách apod. Analytici, kteří se zabývají poradenstvím a poskytováním servisních služeb pro politickou reprezentaci, využívají často pojmu sociální soudržnosti, když ve svých materiálech upozorňují na sociální a ekonomické nerovnosti, které jsou způsobeny procesy ekonomické globalizace (viz např. Musil a kol. 2004; Jeannotte 2003).

V současné době hovoříme o sociální soudržnosti a solidaritě, respektive o jejím oslabování nebo posilování zpravidla v souvislosti s vývojem globálních ekonomik. Zde musíme nutně hledat paralelu s pracemi Durkheima, Marxe a Webera z 19. a počátku 20. století, které se zabývaly přeměnou autonomních komunit, založených na uspokojování potřeb svých členů, ve vysoce urbanizované a industrializované moderní společnosti, žijících v národních státech (Musil a kol. 2004, s. 8–10). Durkheim píše o společnosti založené na solidaritě mechanické a společnosti založené na solidaritě organické, kdy mechanická solidarita byla vlastní tradičním společenstvem a solidarita organická charakterizovala společnosti, ve kterých se jedinec vymaňuje z tlaků své skupiny a kde je solidarita částí společnosti založena na vzájemné potřebnosti v rámci vyššího celku. Komplexnost tohoto druhého systému znamená sice oproti mechanické solidaritě pokrok, skrývá však v sobě nebezpečí anomie, tedy stavu, kdy specializace částí není dostatečně vyvažována zpětnou integrací (viz např. Keller 1997; Musil a kol. 2004, s. 8–10). Je třeba poznamenat, že uvedenou problematikou se zabývali, byť každý ze svého pohledu, Comte, Spencer, Tönnies a mnoho dalších významných sociologů (viz např. Keller 1997).

V současné domácí i zahraniční literatuře se setkáváme s celou řadou definic sociální soudržnosti a solidarity. Než se budeme věnovat vymezení pojmů v zahraniční literatuře, povšimněme si definice, která je použita v publikaci Průvodce krajinou priorit pro Českou republiku. Její autoři pod pojmem sociální soudržnost rozumějí „*sociální vztahy, sdílené identity, mezilidskou důvěru, sociální kontrolu a solidaritu, stejně jako loajalitu a vzájemná očekávání, jež si lidé pravidelně ve svých vzájemných vztazích budují a prokazují. Sociální soudržnost podle tohoto vymezení vzniká v každodenních interakcích lidí, kteří vystupují ze své individuální anonymity, podílejí se na veřejném a kolektivním životě a přijímají svůj díl odpovědnosti za dění mimo hranice jejich úzce vymezených individuálních zájmů.*“ (Potůček a kol. 2002, s. 143).

Musil doporučuje rozlišovat sociálně strukturální, institucionální, kulturní a symbolickou dimenzi a dále úroveň identit a úroveň akční (Musil a kol. 2004, s. 10).

Podle Chana můžeme sociální soudržnost chápat jako „stav vztahů, které se týkají toho, jaký mají navzájem jedinci potenciál k soudržnosti, nebo naopak k nevráživosti v rámci určitého společenství“ (Chan et al. 2003, s. 11, citováno podle Jeannotte 2003, s. 7).

Velmi zajímavou a pro svou aplikační orientaci inspirující diskusi rozvíjí kanadští výzkumníci (Jeannotte 2003). Když tamní sociální vědci začali v druhé polovině 90. let 20. století zkoumat problematiku sociální soudržnosti, uvědomili si, že prakticky neexistuje standardní definice sociální soudržnosti a že na různých místech světa je tento termín vykládán odlišně (srovnej Jeannotte 2003).

Přínos k definici sociální soudržnosti je práce Jane Jensonové z Univerzity v Montrealu. Ve výkladovém rámci této autorky je stupeň sociální soudržnosti ve společnosti charakterizován tím, kde se společnost nachází na imaginárních osách každé z pěti dimenzí (Jenson 1998, s. 15).

Tabulka č. 4: **Pět dimenzí sociální soudržnosti podle Jensonové**

Sounáležitost-----	Izolace
Začlenění-----	Vyloučení
Participace-----	Neovlivňování
Uznání-----	Odmítnutí
Legitimita-----	Nelegitimita

Zdroj: Jenson 1998, s. 15.

Jiný výzkumník z Montrealské univerzity, Paul Bernard, přišel s výkladovým rámcem, který přináší do debaty další dimenzi – rovnost versus nerovnost. Touto dimenzí pak doplnil výkladový rámec Jensonové (Bernard 1999, s. 21). Bernard rovněž upozornil na to, že výsledných šest dimenzí můžeme de facto rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří faktory, které generují sociální soudržnost (podpora faktorů může, ale nemusí být předmětem veřejných politik a programů). Druhou skupinou představují podstatné sociální výstupy působení těchto faktorů v sociální realitě.

Tabulka č. 5: **Faktory působící na sociální soudržnost a výstupy působení těchto faktorů ve společnosti podle Bernarda**

Faktory působící na sociální soudržnost	Společenské výstupy
Rovnost / Nerovnost	Vyloučení / Začlenění
Uznání / Odmítnutí	Sounáležitost / Izolace
Legitimita / Nelegitimita	Participace / Neovlivnění

Zdroj: Benard 1999, s. 19.

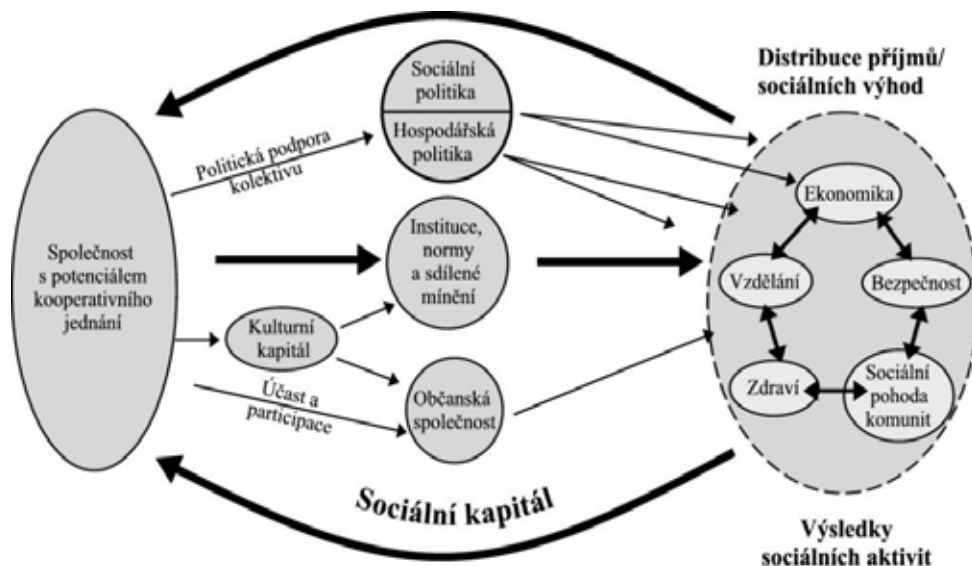
Bernard argumentuje tím, že sociální soudržnost může být jak nezávislou, tak i závislou proměnnou. Jinými slovy sociální soudržnost je příčinou i důsledkem příznivého společenského vývoje (Beauvais, Jenson 2002, s. iii). Kdybychom převedli tuto debatu do roviny veřejné politiky, kanadští výzkumníci tvrdí, že stát se může angažovat v celé řadě politik a programů, které generují sociální a ekonomickou rovnost (bez toho, že by blíže vysvětlovali, jak chápou rovnost). Když jsou tyto politiky efektivní, občané se cítí být začlenění do života své komunity. Pokud tomu tak není, velká část občanů se může cítit vyloučena, což představuje ohrožení sociální soudržnosti v rámci společnosti. Kanadští výzkumníci v této souvislosti nabízejí zajímavou paralelu s legitimitou politických, sociálních a ekonomických institucí (Jeannotte et al. 2002, s. 19). Jestliže tyto instituce nemají v očích většiny občanů legitimitu, ztrácí jejich podporu. Rezignace na politické a sociální aktivity se projevuje sama o sobě ve škále typů chování, jako je například nízká volební účast nebo rezignace na angažovanost v nestátním neziskovém sektoru. Pokud se takové chování vyskytuje u většího počtu členů společnosti, můžeme hovořit o negativních důsledcích pro rozvoj sociální soudržnosti.

Vzhledem k závěrům výzkumů Jensonové, Bernarda a dalších odborníků se definice sociální soudržnosti v Kanadě posunula od původního konceptu, který byl založen na hodnotovém vymezení sociální soudržnosti (*„sociální soudržnost jako pokračující proces vývoje komunitou sdílených hodnot, sdílených výzev a rovných příležitostí v rámci daného státu, který je založen na pocitu odpovědnosti, naděje a recipročního chování mezi občany*), ke konceptu funkcionalistickému, který je zaměřen na lidské chování“ (Jeannotte et al. 2002, s. 2). Výsledkem je následující pracovní definice kanadských výzkumníků: *„Sociální soudržnost je založena na ochotě jedinců kooperovat a pracovat na všech úrovních společnosti pro dosažení kolektivních cílů.“* (Jeannotte et al. 2002, s. 3). Podstatou definice je její zřetelné zaměření na společenské výstupy sociální soudržnosti, obsahuje rovněž určité vymezení možných nástrojů pro měření míry sociální soudržnosti ve společnosti.

Pokusy vyvinout konceptuální rámec sociální soudržnosti, ve kterém by společnost (v tomto případě kanadská) mohla být zkoumána a měřena, nás odrazují od svůdného zjednodušování a směřují nás k většímu uznání komplexnosti společenského vývoje a dočasnosti politického prostředí. Existuje řada faktorů a dimenzí, které hrají roli při rozvoji sociální soudržnosti. Mnoho kanadských studií poukazuje na korelaci mezi růstem sociální soudržnosti a výsledky veřejných politik, určit kauzální souvislosti je ovšem často problematické (Jeannotte 2003). Kanadští výzkumníci navrhli pracovní

model sociální soudržnosti, s jehož pomocí se snaží vysvětlit, jak funguje sociální soudržnost.

Schéma č. 5: **Pracovní model sociální soudržnosti**



Zdroj: Jeannotte 2003, s. 9.

Tento model se pokouší ilustrovat způsob, jakým sociální soudržnost ovlivňuje reálné společenské dění a jakým výsledky působení sociální soudržnosti ovlivňují její míru ve společnosti. Kanadští výzkumníci se domnívají, že existují tři základní kauzální souvislosti. Tvrdí, že vysoká míra sociální soudržnosti ve společnosti zvýší podporu veřejných politik v oblasti vzdělávání, zdravotního pojištění a redistribuce zdrojů. Zmíněné politiky mají prokazatelně pozitivní společenské efekty, zejména pokud fungují univerzálně. Druhou tezí je, že vyšší míra sociální soudržnosti vede k vyšší míře přijetí norem společenského chování a k vyšší podpoře sociálních institucí, hodnot a pravidel fair play. Zatřetí vysoká míra sociální soudržnosti vede k širší participaci na životě občanské společnosti, což přispívá k pozitivnímu ovlivnění společenského dění a rovněž k růstu sociálního kapitálu (viz Jeannotte 2003, s. 10).

Základní komponenty modelu, které vedou k sociální soudržnosti, přestože nemusí být kauzálně podmíněny, představují mechanismy pozitivně ovlivňující společenský vývoj za předpokladu, že jsou v rámci společnosti spravedlivě rozděleny. Jestliže lidé mohou získat spravedlivý podíl, lze za jinak nezměněných podmínek předpokládat, že budou motivováni podílet se a kooperovat na dosažení celospolečenských cílů. Tato reciprocita – spravedlivá distribuce versus ochota podílet

se na dosahování celospolečenských cílů – má tři hlavní implikace: a) sociální soudržnost a příznivé společenské výstupy se vzájemně evokují ve virtuálním cyklu, b) jakákoliv změna jedné části modelu může ovlivnit jeho další část, c) všechny správně nastavené veřejné politiky mohou ve svých důsledcích podporovat růst sociální soudržnosti (podle Jeannotte 2003, s. 10).

Pokud je jedním z významných politických cílů posilování sociální soudržnosti a boj proti sociálnímu vyloučení, potřebujeme mít k dispozici validní indikátory, které jsou schopné měřit míru sociální soudržnosti v dané společnosti. Musil a kolektiv doporučují zaměřit se především na následující indikátory: participace, důvěra v druhé, legitimita společenských institucí a sociální sítě (Musil a kol. 2004). Scharon Jeannottová ve své práci věnované mezinárodnímu srovnání definic sociální soudržnosti a konceptuálním problémům uvádí následující charakteristiky soudržné společnosti a poskytuje tak přehled možných indikátorů pro její měření (Jeannotte 2000).

Tabulka č. 6: **Charakteristiky soudržné společnosti podle Jeannottové**

Charakteristiky	Podpůrné faktory
<i>Politické</i> Svoboda vyjadřování, svobodný přístup k informacím, ochrana lidských práv, právní stát, politická propojenost státu a občanů, aktivní participace ve společnosti.	Solidarita a obroda občanské společnosti.
<i>Ekonomické</i> Stabilní a bezpečná společnost, zabezpečená dostupnost k materiálnímu blahobytu, regulační opatření pro odstranění tržních selhání.	Schopnost vyvážit působení konkurenčních trhů a sociálních aspektů života společnosti, dematerializace a „kulturalizace“ ekonomie, využití potenciálu informačních technologií.
<i>Sociální</i> Univerzální systém sociálního zabezpečení, dostupnost bydlení, zdravotní péče a vzdělávání, ochrana před kriminalitou a korupcí, sociální spojení s komunitami, systém sociálního dialogu.	Solidarita, schopnost dialogu a kooperace, společenská flexibilita a demografické změny, obroda občanské společnosti.
<i>Kulturní</i> Pozitivní vztah ke kulturním odlišnostem, posilování identity Evropanství.	Kultura a pocit sounáležitosti, otevřenost kulturním odlišnostem.

Zdroj: Jeannotte 2000.

6.5 Sociální vyloučení

Problematicke sociálního vyloučení je v posledních letech věnována značná pozornost, a to jak na úrovni národní, tak i mezinárodní. Důsledky sociálního vyloučení působí nejen na jedince, který ho zakouší, ale zároveň představují významný problém z pohledu sociální soudržnosti společnosti.

Původ termínu „sociální vyloučení“ nacházíme u Webera, který definoval vyloučení jako jednu z forem sociálního uzavírání (Hills et al. 2002, s. 1–2). Podle těchto autorů Weber identifikoval sociální vyloučení jako *„pokus jedné sociální skupiny zajistit si pro sebe privilegované postavení na úkor jiné sociální skupiny prostřednictvím procesu subordinace“* (Hills et al. 2002, s. 1–2). Toto jednání může být naprosto cílené a z pohledu dané sociální skupiny velmi aktivní (srovnej Hills et al. 2002, s. 2). Jako příklad sociálního vyloučení můžeme tedy chápat bariéry, které jsou vytvářeny jedné sociální skupině jinou sociální skupinou například v různých klubech a spolcích, kdy jejich „privilegovaní“ členové stanovují pravidla, která znemožňují participaci ostatních. Dalšími projevy sociálního vyloučení v tomto přístupu mohou být vědomé, ale rovněž méně vědomé odmítání některých skupin nebo osob na základě jejich rasy nebo pohlaví. V tomto pojetí je chápáno sociální vylučování jako nástroj udržení si privilegovaného postavení určité sociální skupiny a sociálně vyloučení nacházíme spíše v luxusních klubech a za vysokými zdmi domů v soukromých ulicích.

Dnes je koncept sociálního vyloučení převážně používán ve významu, který mu byl dán ve Francii v 70. letech minulého století. V tomto pojetí již *„sociální vyloučení neznamená sociální uzavírání jedné skupiny před druhou, ale fakt, že někteří jedinci propadli systémem sociálního zabezpečení a jsou vyloučeni administrativně státem“* (Hills et al. 2002, s. 2; Percy-Smith ed. 2000, s. 1). V tomto pojetí je hlavním faktorem vyloučení stát a (ne)fungování veřejných politik. Sociálně vyloučenými jsou podle tohoto vymezení ti, kteří propadají existující záchranou sociální sítě. *„Nejdříve byli jako sociálně vyloučení uváděni především zdravotně postižení občané, osamělí rodiče a sociálně nepojištění nezaměstnaní – zejména mladí dospělí.“* (podle Hills et al. 2002, s. 2). Díky rostoucím sociálním problémům se toto označení rozšířilo také na další „znevýhodněné“ skupiny, jakými jsou například mladí s asociálním chováním nebo osoby, které jsou ve společnosti díky svým charakteristikám izolované (viz Hills et al. 2002, s. 2).

V evropském kontextu je rozšíření sociálního vyloučení spojováno zejména s dlouhodobou nezaměstnaností. Participace na trhu práce (respektive její zprostředkování) je považováno za hlavní nástroj boje proti sociálnímu vyloučení (viz např. Percy-Smith ed. 2000).

Stejně jako v případě výše zmiňované sociální soudržnosti je sociální vyloučení obtížně definovatelným konceptem a každá definice je nutně zatížena určitým zjednodušením. Autoři knihy *Understanding Social Exclusion* navrhují následující pracovní definici sociálního vyloučení: „*Jedinec je sociálně vyloučený, jestliže nemůže participovat na klíčových aktivitách společnosti, ve které žije.*“ (Hills et al. 2002, s. 30).

Hills a jeho spolupracovníci však upozorňují, že jejich definice je zatížena několika omezeními: vztahuje se na aktuální situaci a poněkud pomíjí časové a prostorové aspekty, je příliš univerzální, což neumožňuje postihnout specifika sociálního vyloučení v různých oblastech či státech, a konečně neuvádí, na jakých aktivitách je participace z hlediska sociálního vyloučení nejdůležitější (podle Hills et al. 2002, s. 31).

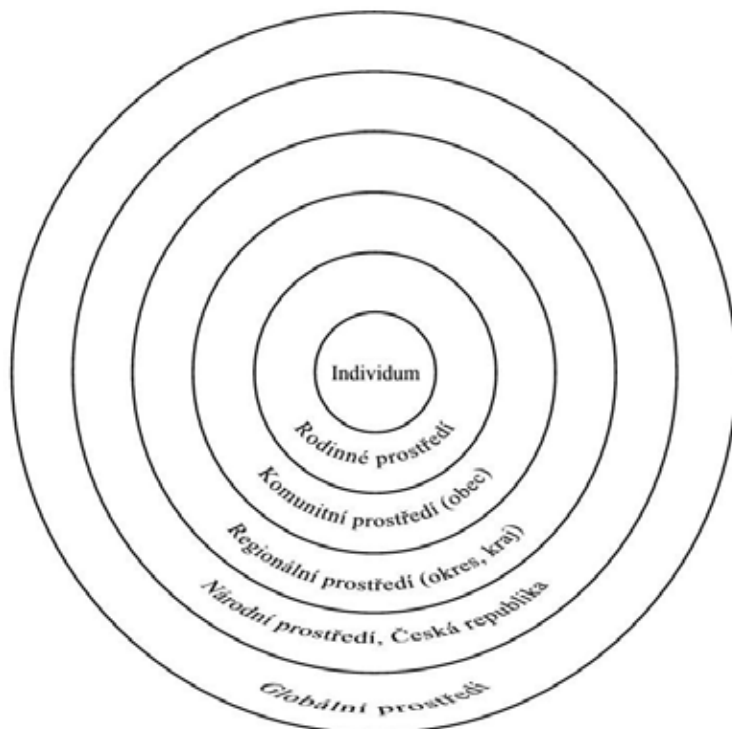
Hills a spolupracovníci uvádějí čtyři dimenze participace, a to: **spotřebu** (tedy schopnost nakupovat zboží a služby), **produkci** (tvorba ekonomických a sociálních hodnot prostřednictvím placené práce), **politickou angažovanost** (zapojení do veřejněpolitického rozhodování s cílem měnit širší podmínky svého života) a **sociální interakci** (rodinné vazby, přátelství, vztahy v sousedství a v širší komunitě) (podle Hills et al. 2002, s. 31). Percy-Smithová doplňuje k tomuto výčtu ještě schopnost hromadit (prostřednictvím úspor, pojištění, vlastnictví nemovitostí) majetek (srovnej Percy-Smith ed. 2000, s. 8).

Názory na to, jaké jsou hlavní příčiny sociálního vyloučení, se často liší, v literatuře se setkáváme s dvěma nejdůležitějšími názorovými proudy (Hills et al. 2002; Percy-Smith ed. 2000; Byrne 1995), které považují za hlavní příčinu sociálního vyloučení buď *individuální charakteristiky jedince* a jeho chování (kdy např. nezaměstnanost může být považována za určitou neschopnost získat zaměstnání), nebo *společenský systém* a jeho instituce (sociální vyloučení je způsobeno selháním veřejného sektoru, např. při tvorbě a implementaci právních norem, i širšími společenskými procesy, které mění významné společenské hodnoty, např. solidaritu). Percy-Smithová uvádí následující charakteristiky sociálního vyloučení: nedostatek pracovních příležitostí, nedostatek příležitostí pro vzdělávání a získávání dovedností, deprivace

v dětství, rozpad rodiny, vyšší věk, nerovnosti ve zdraví, nevyhovující bydlení, násilí a kriminalita (Percy-Smith ed. 2000, s. 8).

Pro studium sociálního vyloučení bychom měli brát do úvahy následující dimenze (Hills et al. 2002, s. 7): *individuální*: tj. věk, pohlaví, etnická příslušnost, postižení, handicap, zdraví, preference, očekávání, hodnoty; *rodinné prostředí*: například partnerské vztahy, děti, vyživovací povinnost apod.; *komunitní prostředí (obec)*: tj. bezprostřední sociální a fyzické okolí, školy, zařízení zdravotnické a sociální péče; *regionální prostředí*: například místní trh práce, dopravní možnosti apod.; *národní úroveň*: tj. kulturní vlivy, systém sociálního zabezpečení, legislativní rámec apod.; *globální úroveň*: tj. mezinárodní trh, globalizace, přechod ke společnosti vědění a postindustriální společnosti, mezinárodní migrace, klimatické změny, životní prostředí apod. Percy-Smithová uvádí ekonomickou, sociální, politickou dimenzi, dimenzi sousedských vztahů, individuální (zejména zdravotní problémy, nedostatečné vzdělání, nedostatek sebedůvěry), prostorovou (koncentrace znevýhodněných na určitém místě) a skupinovou dimenzi, která postihuje koncentraci problémů v určitých skupinách (Percy-Smith eds. 2000, s. 9).

Schéma č. 6: **Integrovaný přístup k sociálnímu vyloučení**



Zdroj: Hills et al. 2002, s. 7 (upraveno).

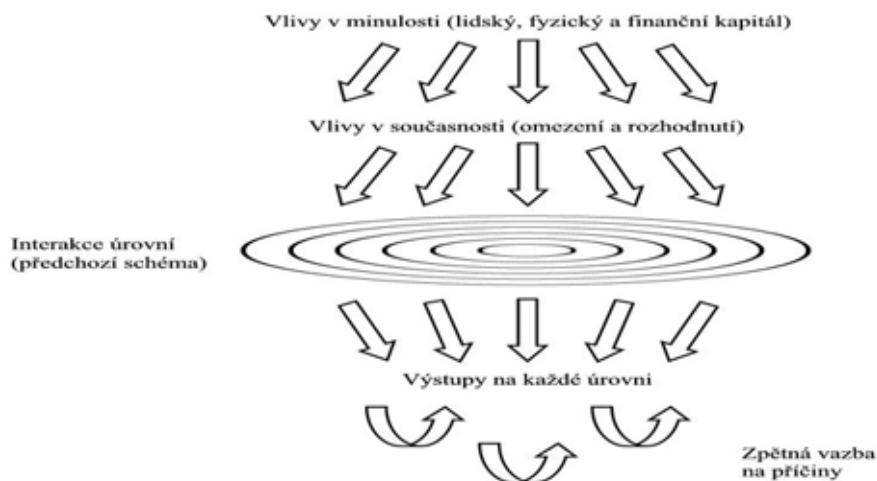
Výše uvedené schéma nabízí zajímavou pomůcku pro studium sociálního vyloučení. Jeho cílem je zachytit fakt, že jedinec je ovlivněn bezprostředně rodinou a komunitou (obcí), ve které žije, dále kontextem společenského vývoje ve své zemi, ale také globálním vývojem (viz Hills et al. 2002, s. 7).

Hills a spolupracovníci se domnívají, že pro studium sociálního vyloučení má klíčový význam časová dimenze, kdy na sociální vyloučení jedince nebo sociální skupiny působí určité vlivy z minulosti, které rozhodují o míře individuálního/skupinového lidského, materiálního a finančního kapitálu (Hills et al. 2002, s. 8).

Jestliže přijmeme tuto logiku, pak všechny současné příčiny sociálního vyloučení mají svůj původ v minulosti. Jestliže ovšem v přítomnosti přijmeme nějaké rozhodnutí, které ovlivní život v budoucnu, pak by bylo z analytického hlediska vhodnější zabývat se současnými vlivy, ačkoliv jedinec toto rozhodnutí učinil na základě svých minulých zkušeností. Současné vlivy můžeme rozlišit na: *externí vlivy – současná omezení, kterým jedinec nebo komunita čelí*; a *interní vlivy – rozhodnutí jedince nebo komunity* (Hills et al. 2002, s. 8).

Pokud předchozí schéma spojíme s těmito „současnými a minulými příčinami“, můžeme výsledné zobrazení použít jako nástroj studia sociálního vyloučení.

Schéma č. 7: **Rámec analýzy sociálního vyloučení**



Zdroj: Hills et al. 2002, s. 9.

Smyslem tohoto schématu je spojit integrovaný rámec sociálního vyloučení s individuem ve svém středu s minulými a současnými příčinami sociálního vyloučení

(v jeho jednotlivých dimenzích). Jednotlivé příčiny (viz výše) se navzájem ovlivňují a působí na různé úrovni/úrovních od globální po individuální. Příčiny mohou samozřejmě ovlivňovat všechny roviny od úrovně jednotlivce až po úroveň globální. Jednotlivé roviny se samozřejmě také ovlivňují. Využití tohoto schématu nám umožňuje rovněž zkoumat úspěchy a neúspěchy veřejně politických rozhodnutí a opatření (Hills et al. 2002, s. 8–9).

6.6 Chudoba

V souvislosti s výše diskutovaným sociálním vyloučením máme možnost sledovat debatu, zda existuje podstatný rozdíl mezi tímto termínem a chudobou. Přestože pojmy chudoba a sociální vyloučení nejsou synonyma, měli bychom problematice chudoby věnovat při studiu sociálního vyloučení a sociální soudržnosti pozornost (srovnej např. Mareš 1999).

Chudoba je stavem, ale také dynamicky se vyvíjející situací jednotlivců či sociálních skupin. Podle definice Světové Banky (World Bank, s. 9) je „*chudobou výrazná deprivace v oblasti blahobytu (well-being)*“¹¹. Podle Poverty Manual této instituce můžeme na chudobu pohlížet jako na *nedostatek finančních zdrojů* pro uspokojování potřeb, ale také jako na *nedostatek určitého typu statku*, např. jídla, zdravotní péče nebo obydlí, nebo rovněž jako na *schopnost zapojit se do společnosti* (World Bank, s. 9).

Můžeme rozlišovat absolutní a relativní chudobu, kdy *absolutní chudoba* je definována jako nemožnost uspokojení základních lidských potřeb a finančně vyjádřena životem za méně než 1 americký dolar na den (viz Chen, Ravallion 2007, s. 6; Coudoel, Hentschel, Wodon 2002, s. 33). Chen a Ravallion v této souvislosti upozorňují na životní situaci milionů osob, které žijí denně s více než jedním, ale méně než dvěma americkými dolary (Chen, Ravallion 2007, s. 6). Dalším možným pojetím je měření chudoby relativní, která se vztahuje k určitému standardu, který je na daném území uznáván (Coudoel, Hentschel, Wodon 2002, s. 33). Může se jednat například o určité procento průměrného mediánového příjmu v dané populaci apod. V našich domácích podmínkách bychom měli hovořit spíše o chudobě relativní (srovnej např. Mareš 2004, s. 5). Lidé, kteří spadají pod hranici chudoby, mají možnost uspokojovat základní lidské

¹¹ Poverty Manual WB, dostupný z <http://siteresources.worldbank.org/PGLP/Resources/PMch1.pdf> [citováno 9. 4. 2008].

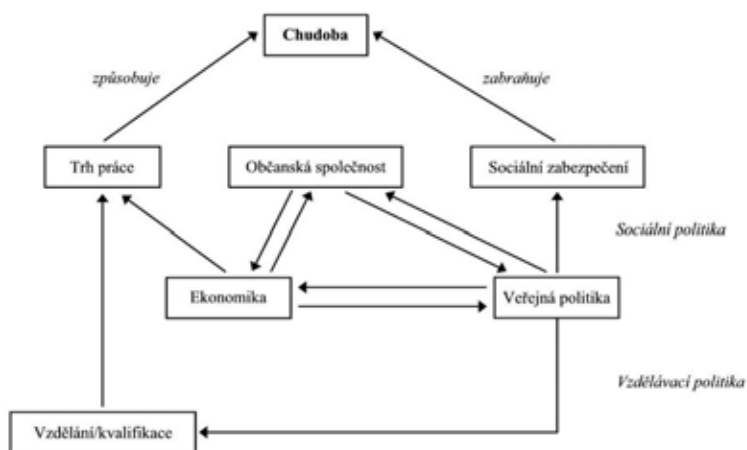
potřeby, byť ne vždy zcela odpovídajícím způsobem. Relativní chudoba v ČR ve vztahu k bezdomovství je podrobněji diskutována v kapitole č. 10.

Mareš uvádí také další možné dělení chudoby, a to na chudobu starou a chudobu novou (Mareš 1999). Zatímco stará chudoba souvisí s životním cyklem a za její typické reprezentanty jsou označováni například bezdomovci nebo rodiny s malými dětmi a jedním živitelem, chudoba nová je odvozena do značné míry z postavení na trhu práce, respektive z nezaměstnanosti. Hlavní ohroženou skupinou jsou v tomto případě nezaměstnaní, předlužené osoby a domácnosti či příslušníci etnických minorit, v podmínkách ČR zejména Romové (viz Mareš 1999; MPSV 2004).

S různým vymezením chudoby souvisí také problematika jejího měření. Mareš uvádí řadu typů měření chudoby od přímého a nepřímého až po jednodimenziální a multidimenziální indikátory (viz Mareš 2004, s. 6–12).

Chudoba existuje v určitých společenských souvislostech, jak ukazuje například následující schéma Schomollingové. Ve společnosti existují faktory a jevy, které chudobu vyvolávají, stejně jako možnosti, jak chudobu omezit a předcházet jí.

Schéma č. 8: **Chudoba v České republice ve společenských souvislostech**



Zdroj: Schmolling 1997 (upraveno).

Je nutné vzít do úvahy, že chudoba nemá pouze společenské důsledky, ale také své důsledky pro každého, kdo ji zakouší (viz např. Vágnerová 1999, s. 400).

6.6.1 Kultura chudoby

Kultura chudoby (či subkultura chudoby) je koncept založený na premise, že chudí mají svůj vlastní a unikátní systém hodnot – nesdílí hodnoty přijímané

většinovou společností. Tento koncept předpokládá, že chudí zůstávají chudými, protože se svými hodnotami a postoji na chudobu adaptují (viz Lewis 1998). Přestože antropolog Lewis se zabýval především chodbou v „rozvojových“ zemích, stal se tento koncept atraktivní také pro významné aktéry veřejné politiky, a to zejména v USA.

Je nutné podotknout, že koncept kultura chudoby, který Lewis rozpracoval, je již celá desetiletí terčem kritiky, a to sociologů, antropologů i ekonomů (viz Walton 2007). Kritici této teorie se domnívají, že popis chudých jako unikátní kultury má nedostatečnou vypovídací schopnost. Například Walton se domnívá, že Lewisovo vnímání je podmíněno výkladovými rámci antropologie, a polemizuje s otázkou, zda chudí jsou chudí proto, že chudoba je jejich kulturou. Walton upozorňuje, že pojem kultura chudoby je problematický jak empiricky, tak i normativně. Hovoří spíše než o kultuře chudoby o kulturní dimenzi sociálních nerovností a nabízí pojem *inequality traps*, který popisuje interakci kulturních procesů s procesy ekonomickými a politickými (Walton 2007, s. 3–5).

Z hlediska studia bezdomovství může být koncept kultura chudoby využit především jako doplňující vysvětlení omezených úspěchů opatření sociální a veřejné politiky, kdy hodnotová východiska těchto opatření neodpovídají hodnotám, které jsou sdíleny samotnými bezdomovci. Problematickým momentem může být značná nehomogenost populace bezdomovců, kdy bezdomovství je sice zastřešujícím termínem, nicméně postihuje celou škálu sociálních situací v oblasti (ne)bydlení. V tomto případě bychom museli uvažovat o dalších subkulturách této kultury – např. o kultuře chudoby bezdomovců spících venku, bezdomovců nocujících v zařízeních sociálních služeb nebo bezdomovců žijících v prostorách, které nejsou primárně určeny k obývání.

Na straně druhé situace bezdomovců v ČR naplňuje určité znaky tohoto konceptu, jakými jsou pocit, marginalizace či specifické vnímání hodnot, které je výsledkem adaptace na život na ulici a neodpovídá normám většinové (bydlící) společnosti (viz např. Vágnerová 1999). Ve vztahu ke zdraví bezdomovců může být přínosné uvědomit si, že vysokou hodnotu, kterou zdraví připisuje většinová společnost, nemusí bezdomovci vnímat zcela stejně. Tomuto může odpovídat také například subjektivní hodnocení zdraví ze strany bezdomovců, kdy bezdomovci nepovažují své zdraví za problematické a jeho ochraně nepřipisují takovou důležitost jako většinová (bydlící) populace.

Koncept kultury chudoby může být přes všechny výše uvedené problémy velmi přínosný pro tvorbu opatření veřejné politiky, a to zejména v budoucnosti. Pokud by v situaci extrémního sociálního vyloučení v oblasti bydlení vyrůstaly děti, lze předpokládat, že systém hodnot, který by si vytvořily, bude odlišný od hodnot sdílených většinovou společností. Opatření veřejné politiky, nezohledňující rozdíly ve vnímání hodnot, by pak měla, za jinak nezměněných podmínek, spíše menší naději na úspěch.

6.7 Sociální kapitál

Jak uvádí Sedláčková a Šafr, samotný termín sociální kapitál je poměrně nový, poprvé ho v sociálních vědách použili na přelomu 70. a 80. let 20. století ekonom Glenn Loury a sociolog Pierre Bourdieu. Později jej dle výše zmíněných autorů upřesnil James Coleman. Rozdílné pojetí sociálního kapitálu podle nich zastupuje politolog Robert Putnam, který výrazným způsobem přispěl k rozvoji teoretických poznatků v oblasti měření a analytického uplatnění v současném společenskovědním výzkumu (Šafr, Sedláčková 2006, s. 14).

Podle výše uvedených autorů v sociologii první definoval sociální kapitál Bourdieu, který jej definoval jako *„množinu aktuálních nebo potenciálních zdrojů, která vychází z vlastnictví trvalé sítě více či méně institucionalizovaných vztahů a známostí, jinými slovy z členství ve skupině, která vybavuje každého člena kolektivně vlastněným kapitálem, tedy různými oprávněními“* (Bourdieu 1980, s. 2, citováno podle Šafr, Sedláčková 2006, s. 15). Podle Colemana *„sociální kapitál představuje jak aspekt sociální kultury, tak vybavu aktérů v této struktuře, slouží tedy jako spojující článek mezi mikro a makro kulturou. Základní funkcí sociálního kapitálu je usnadnit jednání aktéra (kolektivních aktérů) v rámci struktury.“* (Coleman 1988, s. 119, citováno podle Šafr, Sedláčková 2006, s. 18). Jiné pojetí nabízí např. Putnam, podle kterého *„sociální kapitál odkazuje k vlastnostem sociální organizace, jako je důvěra, normy a sítě, které usnadňují koordinované jednání, a tak přispívají k výkonnosti společnosti“* (Putnam et al. 1993, s. 167, citováno podle Šafr, Sedláčková 2006, s. 19). Například Světová banka definuje sociální kapitál jako *„...institute, vztahy a normy, které posouvají kvalitu a kvantitu sociálních interakcí v rámci společnosti...“*¹²

V teoretické i praktické diskusi se setkáváme s různými vymezeními sociálního kapitálu (Šafr, Sedláčková 2006, s. 25–28). Nejčastější je členění na individuální

¹²<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALLCAPITAL/0,,contentMDK:20185164~menuPK:418217~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html>.

a kolektivní sociální, respektive personalizovaný a kolektivní (ibid s. 25), kdy je základní otázkou, zda sociální kapitál přináší užitek jedinci nebo společnosti jako celku. Dalším možným členěním je dělení podle spojení s různými formami sociální organizace (role, pravidla) nebo mentálních procesů a idejí udržovaných kulturou (normy, hodnoty, postoje), kdy rozlišujeme strukturální a kognitivní sociální kapitál (ibid s. 26). Dalším možným členěním je rozdělení sociálního kapitálu na přemostňující, svazující a spojující (ibid s. 27).

Významnou otázkou stále zůstávají možnosti a meze měření sociálního kapitálu, které se nutně odvíjí od definice či zkoumané dimenze (ucelený přehled metod a indikátorů přináší Šafr, Sedláčková 2006, s. 41–54). Touto otázkou se zabývá v aplikované rovině řada institucí, např. Světová banka (viz např. Grootaert et al. 2004).

6.7.1 Zdroje sociálního kapitálu

V rámci společenského a sociálního vývoje společnosti existuje celá řada klíčových zdrojů sociálního kapitálu. Jde zejména o: **Rodinu** (*jako hlavní zdroj ekonomického a sociálního blahobytu svých členů, rodina představuje první a v mnoha ohledech také nejdůležitější „stavební kámen“ v rámci generování sociálního kapitálu*); **Komunitu** (*sociální interakce mezi sousedy, přáteli a skupinami generují sociální kapitál a schopnost pracovat společně na dosahování důležitých společenských cílů*); **Občanskou společnost** (*dostatek sociálního kapitálu je základní podmínkou úspěchu jakékoliv nevládní neziskové organizace, protože poskytuje příležitosti pro participaci a umožňuje prezentaci těch, kteří mohou být vyloučeni z „tradičních“ způsobů artikulace skupinových zájmů*); **Veřejný sektor** (*veřejný sektor, veřejná správa a místní samospráva mají velmi důležitou roli pro vytváření blahobytu jakékoliv společnosti*); **Etnicita** (*etnické vztahy jsou v rámci diskuse o sociálním kapitálu jedním z nejfrekventovanějších témat*); **Gender** (*sociální sítě založené na genderovém principu představují významný faktor generování sociálního kapitálu*).¹³ Diskusi zdrojů sociálního kapitálu nabízí také například Pantoja (Pantoja 2000, s. 18–25).

Bezdomovství je charakteristické rozpadem rodinných vazeb, izolací od širší komunity a do určité míry také nezájmem veřejného sektoru. Právě absenci funkčních rodinných vazeb a vazeb na komunitu reprezentovanou přáteli či sousedy můžeme považovat za jednu z významných příčin nízké míry individuálního sociálního kapitálu

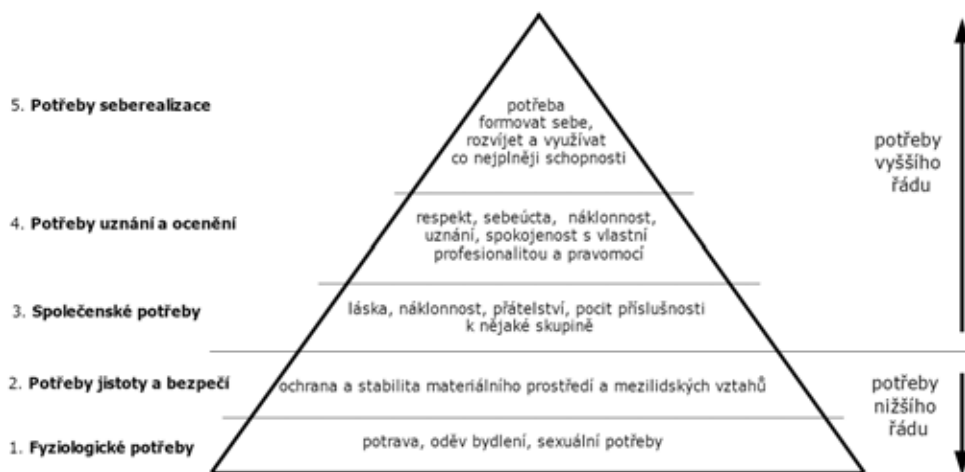
¹³<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20185225~menuPK:418213~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html>.

bezdomovců, který jim neumožňuje řešit bezdomovství v rámci rodiny, popřípadě nejbližší komunity, a ti jsou tak odkázáni na pomoc veřejného sektoru a organizací občanské společnosti. Také bezdomovci jako sociální skupina nedisponují dostatečným množstvím sociálního kapitálu, který by jim umožnil aktivní participace při řešení bezdomovství.

6.8 Hierarchie lidských potřeb

Americký psycholog A. H. Maslow publikoval v roce 1943 v *Psychological Review*¹⁴ článek s názvem *Teorie lidské motivace*, ve kterém nastínil strukturu lidských potřeb. Tato teorie je dnes běžně prezentována jako Maslowova hierarchie či pyramida potřeb. Maslow klasifikoval potřeby vyššího a nižšího řádu, které dále dělil tak, jak znázorňuje následující schéma.

Schéma č. 9: Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: http://halek.info/mng_grafy/07-graf01.pdf.

Bezdomovství provází deprivace v uspokojování potřeb a zaměření se na potřeby tzv. nižšího řádu (srovnej Vágnerová 1999, s. 412–414; Hradecká, Hradecký 1996; Šupková a kol. 2007). Modifikovanou hierarchii potřeb u bezdomovců nabízí např. Downerová (Downer 2001). Bezdomovství jako takové představuje deprivaci v uspokojení základní lidské potřeby, potřeby bydlení. Vzhledem k tomu, že potřeby

¹⁴ Přepis originálu článku je dostupný z <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm#r13> [citováno 17. 4. 2008].

jsou hierarchické, neumožňuje bezdomovství uspokojování potřeb tzv. vyššího řádu, což má pro jedince a jeho osobní i sociální život významné důsledky. Bezdomovci, kteří jsou frustrováni (více či méně) neúspěchem při uspokojování potřeb základních, rezignují na aspirace ohledně potřeb vyššího řádu.

Schéma č. 10: **Charakteristika potřeb a jejich (ne)naplnění u bezdomovců**



Zdroj: Downer 2001, s. 21 (upraveno, rozšířeno).

6.9 Kvalita života

Kvalita života je obvykle definována jako stupeň blaha či pohody, kterou pociťuje jedinec nebo společenská skupina. World Health Organization¹⁵ (dále WHO) definuje kvalitu života jako „*individuální vnímání postavení jedince ve světě v kontextu kulturních a hodnotových systémů a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“ (WHO 1997, s. 1). Kvalitu života dle této definice ovlivňuje fyzické a duševní zdraví, míra závislosti na druhých, sociální vztahy, ale také důvěra (WHO 1997, s. 1). V literatuře se setkáváme s celou řadou definic kvality života (srovnej Bowling 1991; Detels et al. 2004; Hnilicová, Bencko 2005; velký význam z hlediska poznání kvality života má práce Payne a kol. 2005), nicméně obecně přijímaná definice tohoto široce vymezeného pojmu neexistuje, obecně je však uváděno, že definice i konkrétní měření by měla zahrnovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince (srovnej Slováček a kol. 2004). Z pohledu zdraví hovoříme o kvalitě života související se

¹⁵ Světová zdravotnická organizace – SZO.

zdravím, kdy je na „kvalitu života pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty.“ (Slováček a kol. 2004, s. 6). Se zdravím související kvalita života, tedy ty její aspekty, které jsou primárně determinovány zdravím, lze zkoumat za pomoci řady standardizovaných výzkumných nástrojů, jakými jsou například dotazníky WHO – WHOQOL a jeho různé mutace, od roku 1987 rozvíjeným dotazníkem EuroQol, dotazníkem SF 36 a dalšími (viz Bowling 1991).

6.10 Naučená bezmocnost

K lepšímu pochopení omezené schopnosti bezdomovců aktivněji přebírat odpovědnost za svůj další život může přispět pojem *naučené bezmocnosti* (*learned helplessness*), kterou v šedesátých letech minulého století teoreticky formuloval a experimentálně ověřil psycholog Martin E. P. Seligman.¹⁶

Seligman používá termínu naučená bezmocnost k popisu situací, kdy člověk na základě předchozího vystavení nějaké neovlivnitelné šokové situaci ztrácí schopnost tuto situaci řešit, i pokud je tato situace již ovlivnitelná. Naučená bezmocnost zasahuje behaviorální, kognitivní i afektivní stránku osobnosti (podle Kenyon 1994)¹⁷, kdy výrazně ovlivňuje následující psychologické procesy: *motivaci, poznávání, emoce*. Prof. Kohoutek formuluje definici naučené bezmocnosti jako „*subjektivní a často nesprávné přesvědčení, že jeho úspěšnost je nezávislá na míře jeho osobního snažení, jako stav pasivity, apatie, závislosti, rezignace, nízké sebedůvěry a beznaděje, a to vše v důsledku nesprávně interpretovaných minulých záporných zkušeností*.“¹⁸

V 70. letech minulého století byla Seligmanova teorie využita například v rámci atribuční teorie (podle Kenyon 1994)¹⁹, kdy s jistou mírou zjednodušení můžeme s velkou pravděpodobností předpokládat depresi u jedince, který vnímá, že nemá kontrolu nad „svým světem“, vnímá situaci jako nezměnitelnou a dává si vinu za svou neschopnost.

¹⁶ http://en.wikipedia.org/wiki/Learned_helplessness.

¹⁷ <http://www.flyfishingdevon.co.uk/salmon/year2/psy221depression/psy221depression.htm>.

¹⁸ Pojem naučená bezmocnost <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/naucena-bezmocnost>.

¹⁹ <http://www.flyfishingdevon.co.uk/salmon/year2/psy221depression/psy221depression.htm>.

Naučená bezmocnost byla v USA diskutována u bezdomovců dětí (Herth 1998). Pojem byl využit ve vztahu k dětským bezdomovcům také při popisu situace lidí bez domova v Rusku (Stephenson 2006). Kvazi-experimentální studie u veteránů v USA, kteří se stali bezdomovci (Jane, Thomas 2005), prokázala, že specifické intervence zdravotních sester mohou výrazným způsobem přispět k růstu naděje a zlepšit vnímání sebe sama i omezit depresivní stavy u této skupiny, která je jinak zpravidla charakterizována spíše beznadějí, špatným vnímáním sebe sama a depresemi. Hloubková interview, která byla vedena s bezdomovci ve věku nad 50 let v americkém Cincinnati (Vance 1995), dokládají, že řada starších bezdomovců reaguje na svou životní situaci tím, že nalézá jakousi „sociální mezeru“, ve které mohou existovat a uspokojovat bazální životní potřeby, díky jejichž uspokojení přežívají.

Naučená bezmocnost, respektive psychologické procesy, které ovlivňuje, mohou vyústit až v sebevraždu. Naléhavost tohoto tématu diskutují například Christensen a Garces na základě své přímé zkušenosti, kdy mladý bezdomovec poté, co se mu podařilo získat práci i stálé bydlení, spáchal sebevraždu díky „devastující“ zkušenosti s životem na ulici, kdy adaptaci na novou (byť z hlediska sociálního příznivější) situaci neunesl (Christensen, Garces 2006). Problém sebevražednosti zejména mladých bezdomovců byl diskutován také Kiddem a Carollovou (Kidd, Carroll 2007). Sebevražedným jednáním jsou ohroženi především mladší bezdomovci, u starších bezdomovců riziko sebevraždy stoupá zejména z důvodu závislosti na drogách a alkoholu (Prigerson et al. 2003).

6.11 Zdraví a jeho determinanty

Ještě dříve, než se budeme zabývat vymezením a diskusí hlavních pojmů souvisejících se zdravím a jeho determinantami, je vhodné vymezit obory, veřejné zdraví a sociální lékařství, jejichž poznatky jsou v rámci veřejné (zejména zdravotní) politiky využívány, byť veřejná politika překračuje díky své multidisciplinaritě jejich hranice. Diskusi na toto téma nabízí Háva (Háva in Potůček a kol. 2005, s. 314–315).

6.12 Public Health – Veřejné zdraví

„Veřejné zdraví je procesem mobilizace a angažování místních, regionálních, národních a nadnárodních zdrojů k zajištění takových podmínek, ve kterých mohou být

lidé zdraví.“ (Detels et al. 2005, s. 3). Problémy veřejného zdraví jsou v různých místech světa odlišné (například boj s infekčními či neinfekčními onemocněními), principy veřejného zdraví jsou však stejné. Zdůrazňován je přístup založený na poznání (evidence based), zaměření na zdravotní problémy komunity (Detels et al. 2005, s. 3). Základním cílem veřejného zdraví vždy bylo a je prevence onemocnění a podpora zdraví komunit (veřejnosti). Současně roste pozornost věnovaná kvalitě života (prostřednictvím podpory zdraví), která je považována za pozitivně vymezený cíl, který přesahuje kontrolu nemocí (viz Detels et al. 2005, s. 13). Zvýšená pozornost podpoře zdraví souvisí zejména s rostoucím poznáním vlivu životního stylu a ekonomických a sociálních podmínek na zdraví lidí. Veřejné zdraví je multidisciplinárním oborem, který využívá metod společenských i přírodních věd. V našich podmínkách se stále ještě v mnohých případech setkáváme se zaměřením veřejného zdraví dominantně na kontrolu nemocí, což se projevuje nižším počtem široce vymezených aktivit podpory zdraví a v jejich sociálních a ekonomických souvislostech.

6.13 Sociální lékařství

Holčík a Žáček definují sociální lékařství jako vědní, medicínský a interdisciplinární obor, který se zabývá zdravím populace a péčí o zdraví ve společnosti (Holčík, Žáček 1995, s. 7–9). Jeho poslání charakterizují několika funkcemi: poznávací a metodickou, hodnotovou a postojovou, výchovnou, aplikační a formativní a koordinační a integrační. Shrnující definici nabízí např. Anderson a jeho spoluautoři (Anderson, Smith, Sidel 2005), kteří uvádějí, že medicína je obecně velmi sociální, když způsoby definování a klasifikace nemocí, diagnostické metody a léčba, ale také způsoby financování a organizace zdravotnictví reflektují sociální podmínky. Podle jejich definice je sociální lékařství oborem, který systematicky rozvíjí porozumění vztahům mezi zdravím, nemocemi a sociálními podmínkami.

6.14 Zdraví

Zdraví je podle definice uvedené v zakládajícím dokumentu WHO z roku 1946, který vstoupil v platnost v roce 1948, vymezeno jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci nebo vady“²⁰. Tato definice, která je

²⁰ http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

součástí Ústavy WHO, nebyla od svého prvního zveřejnění měněna, nicméně byla hojně kritizována, což naznačuje určité nepochopení záměru jejích autorů. Naznačuje, že zdraví je určitým ideálem, ke kterému se lze přiblížit, ve vzácném případě jej naplnit. Stanovuje však vizi, tedy hlavní cíl, a diskutuje základní možnosti naplnění tohoto cíle – intervence v oblasti fyzického a duševního zdraví i jeho sociálních determinant. Tato vize zdraví naznačuje rovněž, že zdraví není jen otázkou individuální, ale také otázkou celospolečenskou. Někomu by se mohla zdát tato vize nerealistická a idealistická, což však neubírá nic na její důležitosti, ani na důležitosti snah o její naplnění.

Zdraví je nezbytnou podmínkou participace jedince na společenských aktivitách, umožňuje mu realizovat primární i sekundární potřeby, rozvíjet jeho lidský i sociální potenciál. Definice zdraví WHO je dále základem řady definic kvality života (srovnej Háva in Potůček a kol. 2005, s. 324) a také diskuse pojmu kvalita života (viz dále).

Zdraví tedy není jen biologickou charakteristikou, ale významnou individuální i společenskou hodnotou (srovnej Beaglehole in Detels et al. 2004, s. 83–109; Holčík, Žáček 1995, s. 25–26; Háva in Potůček a kol. 2005).

Vzhledem k obecnosti definice WHO (která však vyjadřuje pozitivní i negativní vymezení) byla zpracována řada operačních definic zdraví. Určitý přehled těchto definic nabízí např. Holčík a Žáček (Holčík, Žáček 1995), když podle Žáčka zahrnuje operační definice zdraví *„tělesnou a psychosociální integritu navozující stav optimální pohody, nenarušenost životních funkcí a společenských rolí, ale také adaptabilitu, tj. přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy“* (ibid, s. 24).

6.15 Nemoc

Stejně tak jako můžeme nalézt řadu pohledů na vymezení zdraví, setkáváme se s různými vymezeními pojmu nemoc (srovnej například Detels et al., 2005; Holčík, Žáček 1995, s. 25–28; Háva in Potůček a kol. 2005, s. 326). Podle těchto vymezení se jedná o *„...zjistitelnou poruchu zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, kterou lze určit a klasifikovat s tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými neshodami“* (Holčík, Žáček 1995, s. 25). Výše zmínění autoři diskutují strukturální představu nemoci, když odlišují nemoc jako objektivní poruchu zdraví, nemoc jako vnímanou poruchu zdraví a nemoc jako předmět zdravotnických služeb. V tomto výčtu bychom neměli opomenout ani sociální důsledky nemocí, které jsou spojeny například s nemožností participace na společenských aktivitách, způsobují izolaci jedince, jsou faktorem sociálního vyloučení apod. Angličtina na rozdíl od češtiny vystihuje

medicínské a sociální pohledy na nemoc, viz např. pojmy disease a illness. Mnozí autoři (například Holčík, Žáček 1995, s. 25; Detels et al. 2004) uvádí také tzv. fenomén ledovce, kdy některé osoby nemoc nevnímají nebo ji ignorují.

Z hlediska samotné léčby i vykazování má značný význam klasifikace nemocí. V současné době je v ČR pro tyto účely využívána desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10), v ní jsou nemoci členěny do jednadvaceti skupin. Podrobně je tato revize klasifikace nemocí popsána např. v instruktážní příručce ÚZIS (ÚZIS 1996).

6.16 Determinanty zdraví

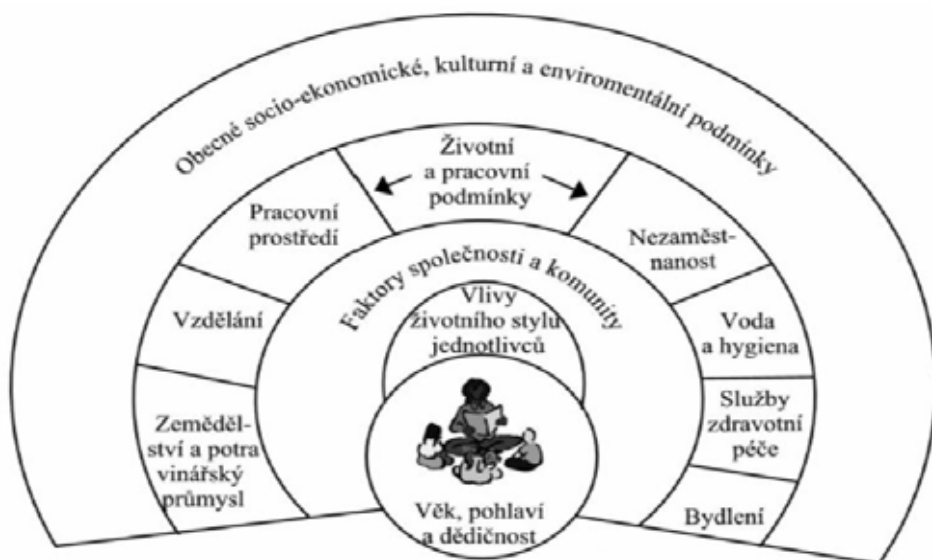
Determinanty zdraví jsou faktory, které pozitivně, ale také negativně ovlivňují lidské zdraví (viz např. Detels et al. 2005; Dahlgren, Whitehead 2007). Vyčerpávající přehled determinant zdraví a možností ovlivnění přináší Robert Beaglehole v Oxford Textbook of Public Health (podrobně Beaglehole in Detels et al. 2005, s. 83–89). V průběhu posledních několika desetiletí se pohled na determinanty zdraví v mnohém změnil. Beaglehole (Beaglehole in Detels et al., 2005, s. 83) uvádí čtyři možnosti pohledu na determinanty zdraví, když rozlišuje pohled biomedicínský, přístup založený na životním stylu, široký socioekonomický přístup a pohled zdraví veřejnosti. Zároveň zdůrazňuje přetrvávající dominantní vliv biomedicínského přístupu, který je založen na poznatcích „tzv. objektivních věd“. Zdraví je mimo základních biologických charakteristik také konceptem sociálním a kulturním, kdy podle Beagleholeho existují tři základní zdroje rozdílů ve zdraví lidí. *Jde o vrozené předpoklady, socio-ekonomické podmínky života a životní styl, tedy faktory související s chováním.* Těchto tří oblastí se dotýkají rozdíly mezi pohlavími stejně jako kulturní a ekonomické faktory, které také hrají důležitou roli v determinaci zdraví populace (Beaglehole in Detels et al. 2005, s. 85). Determinanty Beaglehole sumarizuje následovně:

- **determinanty dědičné** (genetické faktory), které ovlivňují naše zdraví přibližně z 20–25 %, respektive v tomto rozsahu mohou vysvětlit příčinu úmrtí,
- **sociální a ekonomické determinanty**, které zahrnují postavení na trhu práce, pracovní podmínky a bezpečnost práce, vzdělání, **bydlení** a rodinné podmínky,
- **životní styl a další determinanty související s chováním**, zahrnující kouření, spotřebu alkoholu, fyzickou aktivitu, péči o sebe sama, sociální kontakty nebo styl práce,
- **pohlaví, respektive rod** (gender),
- **kulturní determinanty** (například ve vztahu ke starším lidem) a

- **politické determinanty**, které zahrnují sociální a ekonomické prostředí a zdravotnický systém (Beaglehole in Detels et al. 2005, s. 85–87).

Beaglehole nevynechává, jak by se mohlo zdát, ani faktory, které se týkají životního prostředí, když je popisuje jako důležité globální faktory, které působí na zdraví a nemoci lidí (Beaglehole in Detels et al., 2005, s. 85). Dahlgren a Whiteheadová (Dahlgren, Whitehead 2007, s. 21–22) uvádějí, že determinanty zdraví mohou být ovlivněny individuálním, komerčním nebo politickým rozhodnutím a lze je dělit na: **pozitivní faktory zdraví** (přispívající k udržení a zlepšení zdraví – ekonomická bezpečnost, vhodné bydlení, nezávadné potraviny apod.), **ochranné faktory** (které omezují riziko vzniku nebo přetrvání nemoci – očkování, ale také existence podpůrných sociálních sítí, jasná vize života, tj. psychosociální faktory) a **rizikové faktory** (tedy příčiny nemocí, které jsou potenciálně preventabilní). Autoři však k tomuto výčtu dodávají, že kategorizace jednotlivých faktorů do těchto tří skupin může být obtížná, nicméně že naše pozornost by měla být zaměřena nově na faktory pozitivní a ochranné.

Schéma č. 11: **Hlavní determinanty zdraví**



Zdroj: Dahlgren, Whitehead 2007.

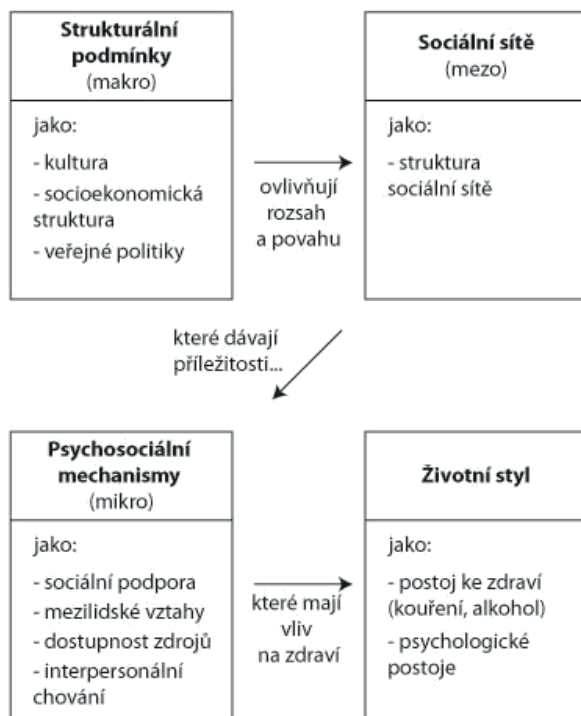
WHO rozlišuje následující škálu faktorů, které nejvíce působí na celkovou zátěž nemocemi v evropském regionu:

Faktory působící „zdola“	Faktory působící „shora“
1. Tabák 2. Vysoký krevní tlak 3. Nadužívání alkoholu 4. Vysoká hladina cholesterolu 5. Nadváha 6. Nízká konzumace ovoce a zeleniny 7. Fyzická neaktivita 8. Užívání drog 9. Nechráněný pohlaví styk 10. Nedostatek prvku železo	• Globální neoliberalní obchodní politika • Příjmové nerovnosti • Chudoba • Rizika související s pracovními podmínkami • Nízká míra sociální soudržnosti

Zdroj: Dahlgren, Whitehead 2007, s. 23 (upraveno).

Podnětné a v literatuře méně citované schéma představuje Berkmanův a Glessův konceptuální rámec vlivu sociální sítě na zdraví, který cituje Dahlgren a Whiteheadová (Dahlgren, Whitehead 2007, s. 81). Tento model sází především na vliv sociálních sítí na životní styl jedince, kdy životní styl uvažuje jako klíčovou determinantu zdraví.

Schéma č. 12: **Berkmanův a Glessův konceptuální rámec vlivu sociální sítě na zdraví**



Zdroj: Dahlgren, Whitehead 2007, s. 81 (upraveno).

Určité shrnutí determinant zdraví (se zaměřením na ekonomické a sociální) v domácích podmínkách nabízí například Drbal (Drbal 2000), v mezinárodním kontextu pak významný počín v rozšíření znalostí představuje souhrnná publikace *Social Determinants of Health: The Solid Facts* autorů Wilkinsona a Marmota (Wilkinson, Marmot eds. 2003). Na význam životního stylu z hlediska zdraví upozornila výrazně například Lalondova zpráva o zdraví Kanaďanů, která přestože byla kritizována za opomíjení vlivů prostředí na zdraví, představuje dodnes významné obecné východisko výzkumu determinant zdraví a podpory zdraví (viz Robertson 1998).

6.17 Měření zdraví a nemocí

Jak je již uvedeno výše, definování zdraví a nemoci, respektive různých pohledů na ně jsou předmětem stálého odborného zájmu. Metodologické základy měření zdraví a nemoci poskytuje **epidemiologie** [z řečtiny studium (logos) toho, co je mezi (epi) lidmi (demos)], bez jejíchž poznatků by tvorba zdravotní politiky nebyla myslitelná. „*Epidemiologie je definována jako věda, která vysvětluje vztahy zdraví nebo nemoci s ostatními faktory v populaci*“ (Detels et al. 2005, s. 490). Detels považuje epidemiologii za základ oboru veřejné zdraví a uvádí, že epidemiologie představuje filosofickou metodu studia zdravotních problémů (Detels et al. 2005, s. 485). „*Podle Slovníku epidemiologie je epidemiologie studiem distribuce (rozložení) a determinant se zdravím souvisejících vztahů nebo událostí ve specifických populacích a aplikace tohoto studia při kontrole zdravotních problémů.*“ (citováno podle Detels et al. 2005, s. 485).

Epidemiologie je také základní disciplínou v rámci sociálního lékařství. Holčík a Žáček uvádějí tzv. starší a novější definici epidemiologie. V jejich výkladu je „*ve starším pojetí epidemiologie chápána jako studium rozložení nemoci nebo poruch zdraví v lidské populaci ve vztahu k faktorům, které určují toto rozložení, a v novějším pojetí se jedná o studium rozložení a determinanty stavů a událostí se vztahem ke zdraví v daných skupinách populace a využívá výsledků tohoto studia k řešení zdravotních problémů*“ (Holčík, Žáček 1995, s. 23). Epidemiologie nám umožňuje rozbor zdraví/výskytu nemocí v dané populaci, pochopení toho, jak nemoci vznikají a jaké vlivy působí na jejich průběh, ale také předkládat a implementovat taková opatření, která mohou vývoj zdraví populace, v pozitivním smyslu, ovlivnit.

Měření zdraví je často založeno na měření pomoci výskytu onemocnění v populaci. Při měření nemocí se setkáváme s různými jednotkami měření, kterými jsou např. osoba, nemoc od svého vzniku až po uzdravení (úmrtí), případ onemocnění, ale také návštěva u lékaře, hospitalizace, pracovní neschopnost (Holčík, Žáček 1995, s. 29). Základními ukazateli nemocnosti (morbidity) jsou:

- „**incidence** (absolutní, relativní), která popisuje počet nových případů nemoci v časovém intervalu, respektive počet nových případů v poměru k sledované populaci,
- **prevalence**, tj. rozsah nemoci v populaci k určitému datu,
- **průměrná délka trvání onemocnění**“ (např. Holčík, Žáček 1995, s. 29–30).

V národním i mezinárodním kontextu se často setkáváme s hodnocením zdraví na základě údajů o úmrtnosti (mortalitě), ať již celkové nebo specifické. Řada údajů o nemocnosti a úmrtnosti je shromažďována v rámci rutinních statistik a nemohou tak poskytnout obraz o zdraví a nemoci některých specifických skupin obyvatel.

Důležitý je také ukazatel naděje dožití (life expectancy). „*Naděje dožití (též střední délka života) vyjadřuje počet roků, který v průměru ještě prožije osoba právě x-letá za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné (zpravidla delší) období. Jedná se tedy o hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce.*“ (ČSÚ).²¹

Zejména v rámci mezinárodního srovnání se uplatňují kompozitní ukazatele, jakým je například DALY (Disability-Adjusted Life Years), což je ukazatel vyvinutý pro kvantifikaci globální zátěže nemocemi (burden of disease), který reflektuje funkční omezení a předčasnou úmrtnost a je upraven z hlediska věku, pohlaví a délky onemocnění. Dalším ukazatelem je QALY (Quality-Adjusted Life Years), tedy údaj reflektující naději dožití vyváženou faktorem kvality života. Používán je rovněž ukazatel HALY (Health-Adjusted Life Years), tedy léta života se zhoršeným zdravím (podle Glosář European Observatory on Health Systems and Policies²² Háva in Potůček a kol. 2005, s. 329).

Mimo *objektivního hodnocení zdraví* (viz výše) můžeme zdraví měřit také pomocí jeho *subjektivního hodnocení samotným jedincem*. V rámci celé populace jsou tak prováděna reprezentativní šetření, která se týkají zdraví a jeho determinant (srovnej např. ÚZIS 2003, 2004), nicméně ani tato šetření nám nemusí poskytnout údaje o zdraví některých znevýhodněných populačních skupin, jakými jsou bezdomovci, migranti apod. V těchto šetřeních je zpravidla zkoumána nejen nemocnost, zdraví a jeho determinanty, ale také šířeji chápáná kvalita života.

Pro potřeby zkoumání zdraví specifických populací (bezdomovců) lze využít celou řadu metod, ať již kvalitativní (strukturované a nestrukturované observační studie, nestrukturované dotazování a focus group), nebo kvantitativní (např. sběr dat prostřednictvím dotazníkových šetření, dotazování apod.), případně jejich kombinace (např. případové studie, konsensuální metody, akční výzkum a techniky rychlého

²¹ http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_vek.

²² <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=H>.

hodnocení, analýza dokumentů). Tyto metody jsou často odvozeny od metod využívaných či vytvořených dalšími odbory, zejména sociologií, a rozvíjených také veřejnou politikou. Jejich vyčerpávající souhrn nabízí např. Ann Bowlingová (Bowling 1997, 1991; Bowling, Ebrahim eds. 2005).

Při sestavování výzkumu bychom měli brát do úvahy, že v teorii jsou rozlišovány dva typy výzkumů. Výzkum zdraví a výzkum zdravotnických systémů a zdravotnických služeb. Výzkum zdraví je definován jako proces získávání systematických poznatků a technika, která může být využita pro zlepšení zdraví jednotlivých populačních skupin. V rámci výzkumu zdraví jde o získávání poznatků o zdravotním stavu a nemocnosti dané populace, které mohou být využity například pro nastavení lepších podmínek dostupnosti zdravotnických služeb pro jedince a komunity (Bowling 1997, s. 2). V kontextu této práce je relevantní čerpat poznatky z tzv. sociálního výzkumu zdraví, který využívá výkladových rámců psychologie a sociologie, ale také přístupy založené na hodnocení potřeb péče (viz Bowling 1997, s. 22–45 a 46–98). Výzkum zdravotnického systému a zdravotnických služeb je zaměřen zejména na zkoumání dvou parametrů, a to *effectiveness*, tj. dosahování zamýšleného užitku v populaci za běžných podmínek péče, a *efficiency*, tj. dosahování vyššího užitku za nižší náklady (viz Bowling 1997, s. 2 a 6).

6.18 Ekvita ve zdraví

Ekvitu ve zdraví lze definovat principiálně několika způsoby odvozenými z filosofie, etiky, veřejného zdraví, ekonomie, ale také z dalších vědních oborů. Společným znakem většiny definic ekvity ve zdraví je myšlenka, že určité rozdíly ve zdraví (nejčastěji pojmenovávané jako nerovnosti ve zdraví) jsou nespravedlivé a neopodstatněné (srovnej např. Macinko, Starfield 2002). Vymezení ekvity je z pohledu cílů této práce naprosto klíčové v situaci, kdy je její snahou objektivizovat (ne)ekvitu ve zdraví u populace bezdomovců v ČR.

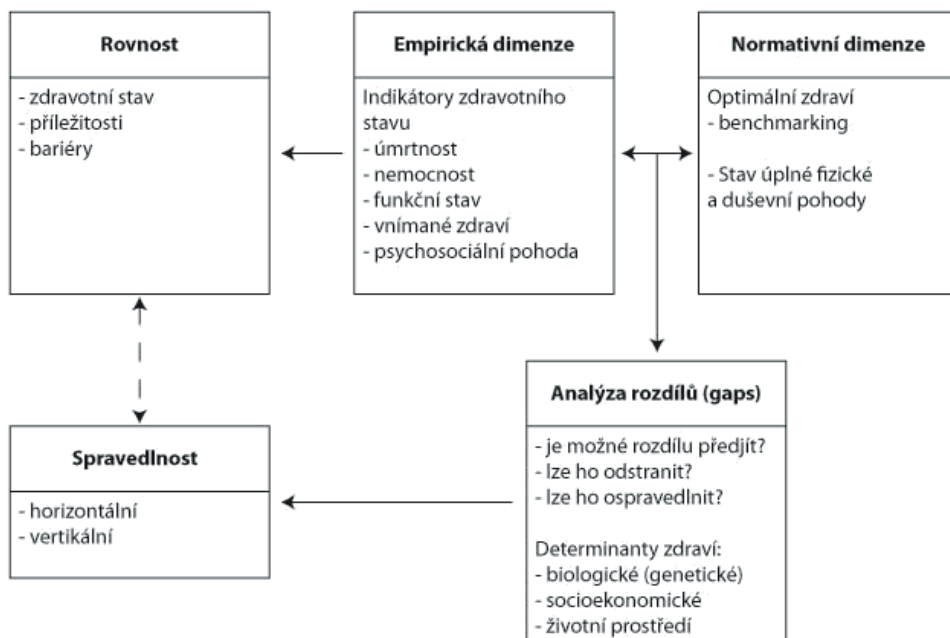
Podle vymezení Mezinárodní společnosti pro ekvitu ve zdraví (ISEqH) je „*ekvita ve zdraví charakterizována nepřítomností systematických a potenciálně odstranitelných rozdílů v jednom či více aspektech celopopulačního zdraví nebo zdraví populační skupiny, která je definována sociálně, ekonomicky, demograficky nebo geograficky*“ (ISEqH 2000)²³.

²³ Dostupné z http://www.iseqh.org/workdef_en.htm [citováno 25. 2. 2008].

Pravděpodobně nejcitovanější je pracovní definice (využívaná např. WHO), která uvádí, že „ekvita ve zdraví je naplněna, pokud má ideálně každý jedinec rovnou příležitost dosáhnout plně svého zdravotního potenciálu, a pragmatictěji, pokud nikdo není znevýhodněn při naplňování tohoto potenciálu za předpokladu, že existující překážky jsou odstranitelné“ (Whitehead 1992). Ekvita je podle této definice tedy spojena s vytvořením spravedlivých (rovných) příležitostí pro naplnění zdraví a se snížením rozdílů ve zdraví ve společnosti na co možná nejnížší možnou úroveň.

Řada autorů včetně dříve citovaných uvádí, že v teoretické rovině je nutné odlišovat pojmy nerovnosti ve zdraví a ekvity ve zdraví (srovnej např. Chang 2002, s. 488; Macinko, Starfield 2002), a nabízí následující vymezení těchto pojmů, kdy ekvita ve zdraví je normativním konceptem (hodnotíme, co je správné a co špatné), zatímco nerovnosti ve zdraví jsou konceptem empirickým (zjišťujeme je na základě měření zdravotního stavu jedinců a populačních skupin). Jak uvádí například výše zmíněný Chang, vytvoření validních nástrojů pro měření rozdílů ve zdraví, které mohou existovat mezi různými jednotlivci nebo sociálními skupinami, je do značné míry empirickou otázkou, ale označení některých rozdílů (nerovností) za nespravedlivé již vyžaduje hodnotový soud (Chang 2002).

Schéma č. 13: **Konceptuální rámec ekvity ve zdraví**



Zdroj: podle Chang 2002, s. 490 (upraveno).

Chang také shrnul diskusi o vymezení pojmu ekvity ve zdraví do podoby konceptuálního rámce – viz předchozí schéma (Chang 2002, s. 490). Míra ekvity je zde vyjádřena rozdíly mezi indikátory zdraví a normativním vymezením stavu optimálního zdraví, při kterém je hodnoceno, zda jsou případné rozdíly odstranitelné a ospravedlnitelné.

6.19 Nerovnosti ve zdraví

Sociální nerovnosti ve zdraví jsou pak charakterizovány jako „*systematické rozdíly ve zdravotním stavu mezi socioekonomickými skupinami, ať již jsou tyto skupiny koncipovány na základě rozdílů v příjmech, vzdělání nebo postavení na trhu práce. Všechny systematické sociální nerovnosti ve zdraví v rámci státu jsou produkovány sociálně, jsou (z)měnitelné a neférové*“ (Dahlgren, Whitehead 2007, s. 5). Jak uvádí Dahlgren a Whiteheadová lze jako synonymum pro nerovnosti ve zdraví používat také výrazy *health divide* (volně přeloženo jako rozdíly ve zdraví) a *health gap* (mezera, v přeneseném slova smyslu propast, ve zdraví). Výše zmínění autoři (Dahlgren, Whitehead 2007, s. 5–7) upozorňují na:

- **relativní rozdíly ve zdraví**, které představují poměr v hodnotách indikátorů zdraví znevýhodněné populační skupiny a odpovídající referenční skupiny neznevýhodněné populace, kdy relativní rozdíly jsou často konstatovány jako procentuální rozdíly mezi těmito skupinami,
- **absolutní rozdíly ve zdraví**, ty pak měří rozdíly mezi hodnotami indikátorů zaznamenaných i nejvyšších a nejnižších společenských skupin,
- **rozdíly ve zdraví, které jsou způsobeny rozdíly mezi pohlavími**, kdy se jedná o ekonomické, sociální nebo kulturní rozdíly ve zdraví žen a mužů v kontrastu s biologickými rozdíly mezi pohlavími,
- **etnické rozdíly ve zdraví**, které vyjadřují systematické rozdíly ve zdraví mezi odlišnými etnickými skupinami a konečně
- **geografické rozdíly ve zdraví**, tedy na rozdíly ve zdraví, které jsou zaznamenány mezi různými geografickými oblastmi.

Z hlediska společenské debaty o nerovnostech ve zdraví měla a má význam studie publikovaná ve Velké Británii v roce 1980 s názvem *Inequalities in Health : Report of a Research Working Group*, která je známa jako Black Report (Blackova zpráva). Tato zpráva upozornila na významné sociální, ale také další nerovnosti ve zdraví obyvatel Velké Británie. Zpráva obsahovala nejen analýzu nerovností ve zdraví,

ale také politická doporučení, která však nebyla tehdejší britskou vládou příznivě přijata. Text této zprávy je dostupný elektronicky.²⁴

6.20 Zdravotnický systém

Zdravotnický systém resp. systém péče o zdraví můžeme vymezit jako „*souhrn služeb, které jsou na daném území (obvykle státu) vymezeny právními normami, včetně pravidel pro jejich správu, řízení a financování*“ (Háva in Potůček a kol. 2005, s. 331). „*Zdravotnický systém poskytuje služby s cílem přispět k lidskému zdraví, a to jak ve zdravotnických zařízeních, tak i doma, ve vzdělávacích institucích, na pracovištích, veřejných místech a v komunitách.*“²⁵ Podle Glosáře European Observatory on Health and Policies představují zdravotnický systém „*lidé, instituce a zdroje, které v souladu s přijatými politikami zlepšují zdraví lidí.*“²⁶

V rámci zdravotnického systému je poskytována *primární péče* – péče praktických lékařů, stomatologů a péče domácí (viz Háva in Potůček a kol. 2005, s. 331), která podle WHO představuje zpravidla první a nejdůležitější bod setkání osoby nebo komunity se zdravotnickým systémem a jejíž význam je v péči o zdraví naprosto zásadní (viz Deklarace z konference o primární péči z Alma-Aty ze září 1978)²⁷. Dále rozlišujeme *sekundární péči*, tedy péči ambulantních specialistů, nemocnice poskytující základní akutní péči, a *terciární péči*, kam řadíme specializovaná, často na daném území jedinečná pracoviště (ibid 331). Do zdravotnického systému jsou řazeny také výzkumné a vzdělávací aktivity, aktivity podpory zdraví apod. (viz ibid 331).

Cíle zdravotnického systému jsou obecně „*...naplnění lidských práv na ochranu zdraví a dostupnost zdravotní péče, podpora a ochrana zdraví, prodlužování života a zlepšení jeho kvality, řízení rizika výskytu onemocnění, léčba nemocných, rozvoj poznání cestou výzkumu a aplikace jeho výsledků, další vzdělávání zdravotníků...*“ (Háva in Potůček a kol. 2005, s. 317–318; srovnej např. Detels et al. 2005, s. 329 a 870).

Významnou otázkou je vlastní organizace zdravotnického systému a zvolený způsob financování a úhrad. Ve státech OECD se setkáváme s různými modely

²⁴ <http://www.sochealth.co.uk/history/black9.htm>.

²⁵ Glosář European Observatory on Health Systems and Policies viz <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Health%20care%20system>.

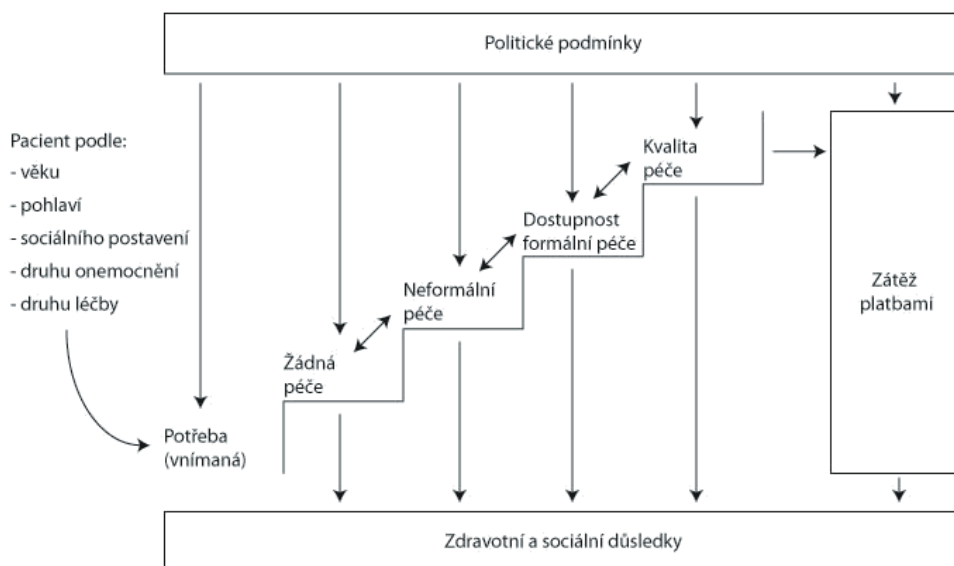
²⁶ Glosář European Observatory on Health Systems and Policies viz <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Health%20care%20system>.

²⁷ Text deklarace je dostupný z http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

zdravotnického systému z pohledu financování a úhrad, které pak ovlivňují míru ekvity zdravotnického systému, nicméně každý systém má své slabé a silné stránky z pohledu výše uvedených cílů (viz OECD 2004, s. 22–23). Z hlediska zdraví bezdomovců diskutuje tuto problematiku zejména Andersonová (Anderson et al. 2006, s. 11–14), která konstatuje, že ve všech typech systémů jsou bezdomovci znevýhodněnou skupinou.

Obecný rámec analýzy ekvity zdravotnických systémů, který nabízí Dahlgren a Whiteheadová (Dahlgren, Whitehead 2007, s. 81), znázorňuje následující schéma.

Schéma č. 14: **Rámec hodnocení ekvity zdravotnického systému**



Zdroj: Dahlgren, Whitehead 2007, s. 81.

7 Diskuse zahraničních a domácích poznatků o zdraví bezdomovců

Zdraví bezdomovců je v zahraničí, zejména v anglosaském prostředí, tématem četných odborných prací (viz Barták 2004). Tyto práce se odlišují svým zaměřením, od celopopulačních šetření až po hodnocení výskytu jednotlivých onemocnění nebo příčin úmrtnosti u relativně malé skupiny bezdomovců v konkrétním místě. Studie se odlišují také vlastní definicí bezdomovství, kdy se setkáváme jak s úzkým, tak i širokým vymezením tohoto fenoménu. Pro výzkum zdraví bezdomovců jsou využívány jak kvantitativní a kvalitativní metody, tak jejich kombinace (především pokud jde o rozsáhlejší šetření). Rovněž v domácích podmínkách se zdraví bezdomovců těší rostoucímu odbornému zájmu (viz Šupková a kol. 2007). V ČR se setkáváme jak s překlady, tak s původními pracemi, které se týkají vybraných zdravotních problémů bezdomovců a prezentují výsledky provedených empirických šetření.

7.1 Poznátky o zdraví bezdomovců v zahraničí

Významným výzkumným počinem v oblasti studia zdraví bezdomovců je šetření provedené Wendy Binesovou a publikované v roce 1995 ve studii *The Health of Single Homeless People* (Bines 1995). Projekt hodnocení zdraví bezdomovců byl proveden Centrem bytové politiky na univerzitě v Yorku v roce 1991. Metodologicky byl tento projekt založen na kombinaci kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod s tím, že v rámci šetření bylo hodnoceno subjektivní vnímání zdraví celkem 1 280 osob, které žily v ubytovnách a noclehárnách pro bezdomovce, a 507 osob, které využívaly služby denních center. Subjektivní vnímání zdraví bezdomovců bylo srovnáno se subjektivním vnímáním zdraví v rámci většinové britské populace na základě první vlny British Household Panel Survey, které bylo provedeno na vzorku 10 000 osob. Tento výzkum byl doplněn závěry z dvaceti diskusních skupin s bezdomovci. V rámci těchto rozhovorů byli bezdomovci motivováni, aby hovořili o problémech svého duševního a fyzického zdraví, ale také o dalších aspektech svého života.

Výzkum (Bines 1995) prokázal, že mezi bezdomovci jsou v porovnání s většinovou populací méně zdraví, respektive více nemocní. Co se tělesného zdraví týče, byla u bezdomovců ve srovnání s většinovou bydlící populací zaznamenána vyšší incidence:

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

Závažným problémem, který tato studie objektivizovala, bylo duševní zdraví bezdomovců. Incidence duševních onemocnění a poruch je dle výsledků této studie oproti bydlící populaci osminásobná, co se bezdomovců využívajících ubytovny a noclehárny týče, a dokonce jedenáctkrát vyšší u bezdomovců, kteří přespávají venku a ze sociálních služeb využívají pouze denní centra. Z bezdomovců, kteří uváděli, že trpí duševním onemocněním nebo poruchou, byl někdy v minulosti každý čtvrtý hospitalizován v psychiatrickém zařízení. Výzkum také odhalil, že dvě třetiny duševně nemocných bezdomovců nejsou adekvátním způsobem léčeny. Ve srovnání s většinovou populací bylo zaznamenáno také více zdravotních problémů souvisejících s nadměrnou konzumací alkoholu. Problémy, jejichž příčinu představuje primárně alkohol, se častěji týkají bezdomovců, kteří žijí na ulici, než bezdomovců, kteří využívají ubytovny a noclehárny.

Význam problematiky zdraví bezdomovců v evropském kontextu zdůraznilo také monotematicky zaměřené číslo *European Journal of Homelessness* v zimě roku 2006. Jednotlivé články diskutují ve srovnání s bydlící populací horší zdraví bezdomovců a zamýšlí se nad naplňováním práva na zdraví, respektive zdravotnické služby v evropském kontextu. Spíše než o odborné texty se však jedná o články popularizující, které jsou určeny především veřejněpolitickým rozhodovatelům.

V Kanadě se zdravím bezdomovců soustavně zabývá Stephen Hwang. Ve své přehledové práci (Hwang 2001) diskutuje zejména problém předčasných úmrtí bezdomovců, **kdy u žen bez domova je pravděpodobnost předčasného úmrtí jednatřicetinásobně vyšší než u žen v rámci většinové populace** (Hwang 2001). Všimá si také vysoké míry kožních onemocnění, výskytu tuberkulózy, ale také HIV/AIDS a častých zranění u populace kanadských bezdomovců. K obdobným závěrům dospěl také ve svém předchozím hodnocení úmrtnosti a nemocnosti bezdomovců v Torontu (Hwang 2000). O několik let později provádí v Torontu další šetření, které je zaměřeno zvláště na úmrtnost žen (Cheung, Hwang 2004), a potvrzuje své závěry z roku 2001. Ve svých člancích Hwang vždy uvádí, že situace ve městech

USA je ve srovnání s Kanadou horší a sám se problematikou úmrtnosti bezdomovců v USA zabývá (srovnej Hwang et al. 1997). Problém předčasné úmrtnosti bezdomovců v americké Philadelphii zkoumal Hibbs (Hibbs et al. 1994), kdy potvrzuje až trojnásobně vyšší míru úmrtnosti bezdomovců ve všech věkových skupinách. Trojnásobně vysoká míra úmrtnosti bezdomovců byla potvrzena také v New Yorku pět let poté (Barrow et al. 1999), hlavní příčinou je podle autorů užívání drog a dlouhodobý život na ulici jako takový.

Z hlediska věku je mimořádná pozornost věnována zdraví dětí bez domova (srovnej Garibaldi et al. 2005; Ensing 2004; Edmunds et al. 2004; Henderson, Jackson 2004; Huang et al. 2004; Khurana et al. 2004; Karabanow 2004; Ensing, Bell 2004; Craft-Rosenberg et al. 2000; Jackson 2000; Vostanis, Cumella 1999; Duchon 1998; Farrow ed. 1992). Tyto děti jsou ohroženy zejména závislostí na drogách, projevují se u nich ve vysoké míře duševní poruchy a onemocnění, častá jsou také zranění způsobená životem na ulici a nevyhovujícím rodinným zázemím. Zdravotní stav v dětství, charakterizovaný komorbiditou, se pak projevuje velmi špatným zdravím v dospělosti a přispívá k předčasným úmrtím dětských bezdomovců.

Také zdraví starších bezdomovců je předmětem výzkumného zájmu (srovnej Garibaldi et al. 2005), kdy zdravotní obtíže starších bezdomovců jsou ještě závažnější než bezdomovců mladších. Studie dokazují, že s rostoucí délkou bezdomovství zátěž nemocemi roste (Garibaldi et al. 2005; Fernandes, Raizer, Brêtas 2007, Olivia 2005).

Z hlediska jednotlivých druhů onemocnění a poruch zdraví dominuje v literatuře téma duševních onemocnění a poruch, které představují jednu z charakteristik bezdomovství (srovnej např. Schumacher et al. 2000; Ash et al. 2003; Rouff 2000; Lauber, Lay, Rössler 2005; Hoff 2001; Downer 2001; Helvie, Kunstmann 1999; Breakey, Thompson eds. 1997; Weinreb et al. 2006; Turnbull et al. 2007). Uvedené studie potvrzují nejen vyšší výskyt duševních onemocnění a poruch v populaci bezdomovců, ale také **vysoké míry závislosti na drogách** (např. Kemp, Neale, Robertson 2006) **a zejména alkoholu** (viz např. Helvie, Kunstmann 1999; Levinson ed. 2004, s. 7–13; Salize 2002), a to i v zemích, které nejsou s bezdomovstvím spojovány, jako např. v Japonsku (McCurry 2005). Studie Merry Littleové (Little et al. 2005) poukazuje na vážné zdravotní komplikace závislých těhotných žen bez domova, které se projevují například rizikem potratu, předčasnými porody, ale také nízkou porodní hmotností dětí narozených těmto ženám a zdravotními problémy novorozenců. Závislost bezdomovců na heroinu je diskutována Darkeovou (Darke et al. 2005). Některé studie

se zabývají také negativním vlivem stresu na již tak špatné zdraví bezdomovců (srovnej Munoz et al. 2005; Whitebeck et al. 2007). Longitudinální studie dokazují, že duševní zdraví bezdomovců se s délkou bezdomovství zhoršuje (Weinreb et al. 2006). **Bezdomovství je spojováno také s HIV/AIDS** (Kinner et al. 2005; Levinson ed. 2004; Masson et al. 2004) **a TBC** (např. Pleace, Quilgars 1996; Levis ed. 2004; Fitzpatrick et al. 2000). Často opomíjeným, avšak velmi důležitým tématem je zdraví chrupu bezdomovců. Výsledky studií na toto téma ukazují problémy bezdomovců v této oblasti (např. Bruno 2006; De Palma 2007).

7.2 Poznatky o zdraví bezdomovců v ČR

V rámci své práce uvádí Šupková statistiky záznamů z ordinace praktického lékaře o. s. Naděje v Praze, která patří mezi jedno z mála „specializovaných“ zařízení pro bezdomovce v hlavním městě Praze a ČR vůbec (Šupková a kol. 2007, s. 24–25). **Jako nejčastější onemocnění pacientů bezdomovců uvádí podle MKN 10 nemoci dýchací soustavy a nemoci kůže a podkožního vaziva.** Incidenci jednotlivých druhů onemocnění shrnuje následující tabulka, a to za období 1. 1. 2005 až 31. 5. 2006 (Šupková a kol. 2007, s. 24–25).

Tabulka č. 7: **Diagnostikovaná onemocnění v ordinaci praktického lékaře o. s. Naděje od ledna 2005 do konce května 2006**

Diagnostická skupina	Rok 2005			1–5. Měsíc 2006		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Infekční a parazitární nemoci	106	26	132	50	7	57
Novotvary, nemoci krve a imunity	10	5	15	3	2	5
Nemoci endokrinní a metabolické	17	5	22	4	4	8
Nemoci duševní a poruchy chování	45	20	65	13	5	18
Nemoci nervové soustavy	34	6	40	13	2	15
Nemoci oka a očních adnex a nemoci ucha	29	10	39	10	6	16
Nemoci oběhové soustavy	129	51	180	66	24	90
Nemoci dýchací soustavy	318	122	440	174	60	234
Nemoci trávicí soustavy	80	41	121	45	14	59
Nemoci kůže a podkožního vaziva	238	60	298	181	27	208
Nemoci svalové a kosterní soustavy	121	46	167	60	21	81
Nemoci močové a pohlavní soustavy	25	27	52	20	6	26
Těhotenství, porod, vrozené vady apod.	1	0	1	0	0	0
Příznaky a nálezy nezařazené jinde	38	33	71	19	7	26
Poranění, otravy apod.	111	25	136	82	9	91
Vnější příčiny nemoci	8	3	11	4	1	5
Faktory ovlivňující zdravotní stav (v ordinaci o. s. Naděje jsou do této skupiny zahrnována i screeningová vyšetření a vyšetření nutná k přijetí do ubytovny.	327	94	421	445	77	522

Zdroj: Šupková a kol. 2007, s. 24–25 (upraveno).

Podle Šupkové (Šupková a kol. 2007, s. 26) byly nejčastějšími diagnózami **záněty horních cest dýchacích** (159 případů), **dále pak vředy dolních končetin** (47 případů), impetiga (39 případů), cévní onemocnění (38 případů), flegmózy (33 případů), zranění hlavy a krku (29 případů) a hypertenze (28 případů).

Motivované vyhledávání tuberkulózy u bezdomovců v Praze v letech 2002–2006 prokázalo, že **výskyt tuberkulózy mezi bezdomovci je průměrně desetinásobný**, než je tomu u celkové populace, a bezdomovci se tak řadí mezi skupiny s vyšším rizikem onemocnění (viz Trnka in Šupková a kol. 2007; Trnka, Kantorová, Krejbič 2003).

Duševní zdraví bezdomovců bylo částečně objektivizováno studií *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. **Podle závěrů tohoto výzkumu je výskyt duševních poruch u bezdomovců vyšší než v běžné populaci.** Významně horší stav byl zjištěn u žen, více duševních potíží měly osoby s nižším dosaženým vzděláním, delší dobou života bez přístřeší a ústavní léčbou pro psychiatrickou poruchu (Dragomirecká, Kubisová, Anděl 2004). Vyšší výskyt duševních poruch u žen, závislost na vzdělání, ale také vliv rozvodů a osamělého života byl prokázán rovněž u bydlící populace (srovnej Džúrová, Smolová, Dragomirecká 2000).

7.3 Dostupnost zdravotní péče pro bezdomovce v zahraničí a ČR a její spotřeba

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

Také výsledky dalších zahraničních výzkumů poukazují na omezenou dostupnost zdravotní péče pro bezdomovce. Výzkum publikovaný Centre for Housing Policy University of York (Wallace, Jones, England 1999) poukazuje, že bezdomovci mají ve srovnání s většinou populací zhoršenou dostupnost primární zdravotní péče a ani ve Velké Británii není zpracována žádná ucelená strategie na řešení tohoto problému. Z hlediska dostupnosti péče uvádí studie jako nejohroženější skupiny

bezdomovce, kteří žijí na ulici a nevyhledávají pomoc v systému sociálních služeb. Bariéru dostupnosti vytváří naneštěstí také samotní lékaři, kteří ze strachu z agresivity nebo problémů v čekárně bezdomovce odmítají. Problémem je jistě i zjištění, že bezdomovci jsou odmítáni, aniž by se chovali jakkoliv nevhodným způsobem, a to na základě předsudků, které si o nich vytvořili někteří zdravotníci. Řada bezdomovců se také, mnohdy nezávisle na vlastních negativních zkušenostech, obává chování lékaře, a proto péči raději nevyhledá. Z hlediska chování samotných bezdomovců tvoří největší bariéru dostupnosti péče užívání návykových látek (drog). Jedním z dílčích zjištění studie je také fakt, že bezdomovci nepřipisují zejména svému fyzickému zdraví takovou hodnotu jako většinová populace. Pro bezdomovce je často zajištění jídla, noclehu, ale také alkoholu nebo drog důležitější než vlastní zdraví (Walace, Jones, England 1999).

Výzkum Wendy Binesové (Bines 1995 viz výše) se zaměřil rovněž na dostupnost zdravotní péče pro bezdomovce. Přestože z bezdomovců, kteří využívají ubytovny a noclehárny, je u praktického lékaře registrováno asi 80 %, a u bezdomovců, kteří žijí na ulici, je to přibližně 60 %, jde spíše o registraci formální. Jak samotný výzkum uvádí, tato registrace není dobrým ukazatelem dostupnosti primární péče. Samotná registrace není zárukou možnosti spotřeby zdravotní péče na základě potřeb konkrétního bezdomovce, takže pro řadu bezdomovců je péče nedostupná.

Zajímavá je rovněž spotřeba zdravotní péče bezdomovci v závislosti na jejich věku, kdy studie Binesové uvádí, že čím déle bezdomovství trvá, tím lepší je znalost bezdomovců, kam se mají obrátit v případě nemoci, a interpretuje tuto skutečnost jako nevědomost mladých bezdomovců, kteří neznají dostupné zdravotní služby, které mohou ve své situaci využít. Na dostupnost zdravotní péče má dle studie také pozitivní vliv délka ubytování v zařízení sociálních služeb, kdy jsou tato zařízení schopna svými klientům dostupnost zdravotní péče zajistit.

Analytický tým vedený Isobelou Andersonovou (Anderson et al. 2006, s. 10) navrhl následující model, který postihuje otázky dostupnosti zdravotnických služeb v závislosti na příčinách, faktorech a spouštěcích mechanismech bezdomovství. Tento model má upozornit na některé problémové okruhy dostupnosti péče, které se v rámci kariéry bezdomovství vyskytují ve vazbě na problémy a situace, se kterými jsou bezdomovci konfrontováni.

Tabulka č. 8: **Otázky týkající se zdravotní péče v souvislosti s příčinami a faktory bezdomovství**

Příčiny	Faktory	Spouštěcí mechanismy	Problémové okruhy ve vztahu k zdravotní péči
Strukturální	Chudoba Nezaměstnanost Bydlení	Dluhy Finanční krize Vystěhování	Dostupnost praktického lékaře
Institucionální	Opuštění instituce Zkušenost s vězením Služba v armádě	Opuštění instituce Propuštění z vězení Propuštění z armády	Lékařské výkony související s opuštěním instituce
Vztahové	Rodinné násilí v dětství Rodinné násilí v dospělosti Rozpad rodiny (včetně úmrtí člena)	Opuštění rodičů Pocit násilného vztahu Vyrovnání se s osamělým životem	Následná (pokračující) péče
Osobní	Duševní porucha/onemocnění Problémy s učením Závislosti na drogách Závislost na alkoholu	Zhoršení zdraví/náhly projev nemoci Odstranění podpory Závislosti na drogách Závislosti na alkoholu	Nediagnostikovaná onemocnění Polymorbidita Specializovaná/rezidenční péče

Zdroj: Anderson et al. 2006 (upraveno).

Také v ČR existují evidence o (ne)dostupnosti péče pro bezdomovce (srovnej Barták, Hnilicová, Horáková 2006; Šupková a kol., 2007), které jsou získávány především z rozhovorů se samotnými bezdomovci, ale také díky výpovědím sociálních pracovníků a v některých případech také zdravotníků (např. pracovníků záchranné služby, kteří převáží bezdomovce do nemocnic). Závažné důsledky odmítnutí péče diskutují, na základě analýzy dat dotazníkového šetření IZPE, rovněž Háva a Dittrich²⁸.

²⁸H. Hnilicová, ústní sdělení.

8 Zdravotní stav bezdomovců – výsledky dotazníkového šetření

V roce 2003 podal tým pracovníků Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE) pod vedením MUDr. Petra Hávy, CSc.²⁹ návrh výzkumného projektu, který se týkal zdravotního stavu bezdomovců, do soutěže Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví. Projekt byl podpořen v roce 2004 (IGA MZ ČR NR 8119-3/2004) a v roce 2005 proběhlo dotazníkové šetření subjektivního hodnocení zdraví bezdomovců a jeho determinant. Projekt byl plánován do roku 2006, v důsledku zrušení IZPE nebyl dokončen. Práce na projektu skončily de facto přepisem dat z dotazníků do elektronické podoby.

8.1 Charakteristika šetření

Sběr dat probíhal formou dotazníkového šetření od srpna do prosince 2005. V rámci dotazníku (o rozsahu 85 otázek) odpovídali respondenti bezdomovci na uzavřené a otevřené otázky, které byly vytvořeny členy řešitelského týmu. První část dotazníku byla věnována determinantám zdraví (zejména socioekonomickým) a zahrnovala otázky na:

- **základní charakteristiky** (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, rodinný stav, počet dětí),
- **ekonomickou aktivitu a příjem** (postavení na trhu práce, příjem, jeho druhy a výše),
- **životní situaci bezdomovství** (faktory, spouštěcí mechanismy a rizikové faktory bezdomovství, délka bezdomovství, využívané a požadované sociální služby, reakce okolí).

Druhá část dotazníku se pak zaměřila na zdraví a životosprávu a obsahovala otázky na:

- **zdravotní stav** (subjektivní hodnocení aktuálního zdravotního stavu, nemocnost, prodělaná onemocnění),
- **spotřebu a dostupnost zdravotní péče** (počet návštěv praktického lékaře, ambulantních specialistů a zubního lékaře, hospitalizace, odmítnutí zdravotní péče),
- **životosprávu** (stravování, spotřeba tabáku, alkoholu a nelegálních drog, péče o vlastní zdraví).

²⁹ Hlavním řešitelem byl MUDr. Petr Háva, CSc., spoluřešiteli 1. M. Barták, 2. L. Nesvadbová, 3. H. Hnilicová. Na přípravě dotazníku se podílela a přepis dat řídila P. Horáková, sběr dat v organizacích koordinovali L. Wimmer a L. Varga.

8.2 Respondenti a sběr dat

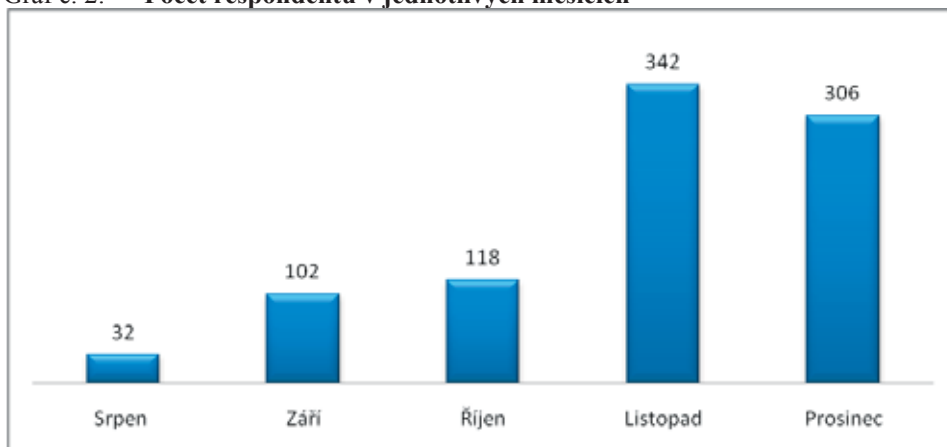
Jak je již uvedeno výše, výzkum probíhal od srpna do prosince 2005 v zařízeních sociálních služeb v **Praze**. Nejvíce dotazníků bylo vyplněno v zimních měsících (listopad a prosinec), kdy bezdomovci výrazně častěji využívali služeb pomáhajících organizací, ve kterých byl výzkum prováděn. Počet respondentů v jednotlivých měsících zachycuje graf níže. Šetření se zúčastnilo **900 mužů a žen bez domova**, což je podle dostupných výsledků sčítání (srovnej Hradecký a kol. 2004) přibližně **třicet procent** sečtených pražských bezdomovců, respektive kolem deseti procent odhadovaného počtu bezdomovců v ČR (srovnej např. Hradecká, Hradecký 1996).

Výběr respondentů byl, vzhledem k neexistenci relevantních statistických údajů o populaci, proveden úsudkem, a to na základě znalostí literárních pramenů, zkušeností řešitelského týmu a konzultací s pracovníky pomáhajících organizací. Bezdomovci vyplňovali dotazník v organizacích, ve kterých využívali sociální služby. K vyplnění byli **motivováni poukázkou na odběr potravin v hodnotě 50 Kč**. Do šetření byli tedy podle typologie ETHOS (viz výše) zahrnuti následující skupiny bezdomovců, a to skupina **bez domova** (tedy ti bezdomovci, kteří zpravidla nacházejí přístřeší u poskytovatelů sociální služeb) a **bez střechy** (tedy bezdomovci, kteří nemají často vůbec žádné ubytování). Osoby bez střechy přiměla k návštěvě organizací především klesající zimní teplota, což je patrné na vysokém počtu respondentů v listopadu a prosinci. Vzhledem k místu dotazování tedy nebyli v souboru zastoupeni bezdomovci, kteří vůbec sociálních služeb nevyužívají a jejichž zdraví může být vážně poškozeno, ani osoby s nejistým či nevyhovujícím bydlením.

Důležitým kritériem výběru respondentů byla jejich ochota zúčastnit se šetření, kdy v některých (byť spíše ojedinělých) případech účast na šetření odmítli. V rámci celého projektu bylo plánováno také hodnocení objektivního zdravotního stavu (tato část výzkumu však nebyla díky zrušení IZPE uskutečněna) a respondenti udávali svá osobní data a informovaný souhlas s výpisem ze své zdravotnické dokumentace, díky čemuž nebyl výzkum anonymní. Byla prováděna elektronická evidence dotazníků v rámci speciálně vytvořeného software, čímž bylo eliminováno případné opakované vyplnění dotazníku toutéž osobou. V rámci tohoto postupu i dalšího zpracování dat bylo přísně dbáno na korektní zacházení s osobními údaji respondentů. Data byla pořizována formou rozhovoru tazatele s respondentem, kdy respondent odpovídal na otázky dotazníku a tazatel zapisoval respondentovy odpovědi do jeho tištěné formy. Tazateli byli proškolení pracovníci pomáhajících organizací a také koordinátoři – zaměstnanci

IZPE. Vzhledem k tomu, že respondenti měli k tazatelům důvěru (která by při zapojení jiných tazatelů mohla absentovat), bylo možné předložit pro tuto skupinu populace mimořádně rozsáhlý dotazník, s jakým se mnohdy setkali vůbec poprvé. Někteří respondenti však odmítli na některou otázku nebo část otázek odpovědět.

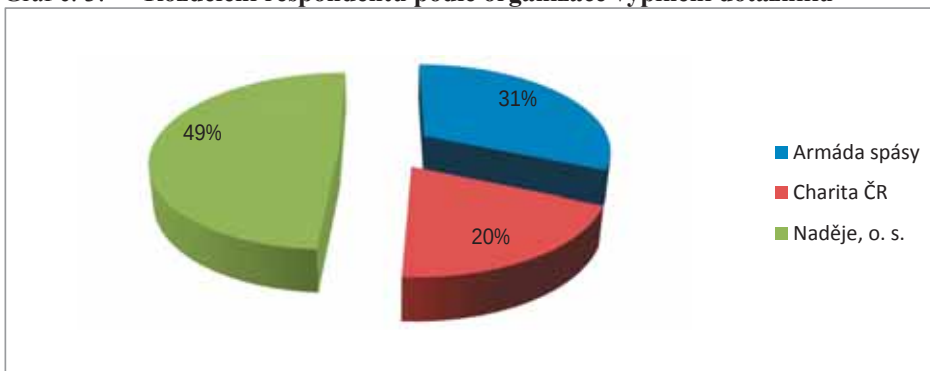
Graf č. 2: Počet respondentů v jednotlivých měsících



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Dotazníky byly pořízeny v organizacích o. s. Naděje, Armáda spásy a v zařízeních Charity ČR. Procentuální zastoupení klientů těchto organizací v rámci šetření znázorňuje následující graf. Vysoký podíl dotazníků vyplněných v o. s. Naděje je dán nejen významem této organizace, ale také úzkou spoluprací, která byla s tímto sdružením navázána ještě v přípravné části projektu.

Graf č. 3: Rozdělení respondentů podle organizace vyplnění dotazníku



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

8.3 Validita dat

Zásadní otázkou je, do jaké míry lze poznatky získané tímto šetřením využít pro zobecnění na populaci bezdomovců v České republice a pro možné hledání podobností a odlišností vzhledem k většinové bydlící populaci. Co se týče reprezentativnosti vzhledem k existujícím poznatkům o populaci bezdomovců v Praze (srovnej Hradecký a kol. 2004), lze považovat vzorek respondentů za reprezentativní. Vzhledem k tomu, že výrazné procento bezdomovců není původně z hlavního města Prahy a bezdomovství je v ČR dominantně problémem hlavního města (minimálně z hlediska svého rozsahu), byť v určité míře také Brna (viz např. Hradecký 2006), lze považovat výběrový vzorek za reprezentativní také z hlediska ČR s tím, že populace bezdomovců v ČR jako celek není dodnes uspokojivě objektivizována a řada základních údajů o ní není k dispozici.

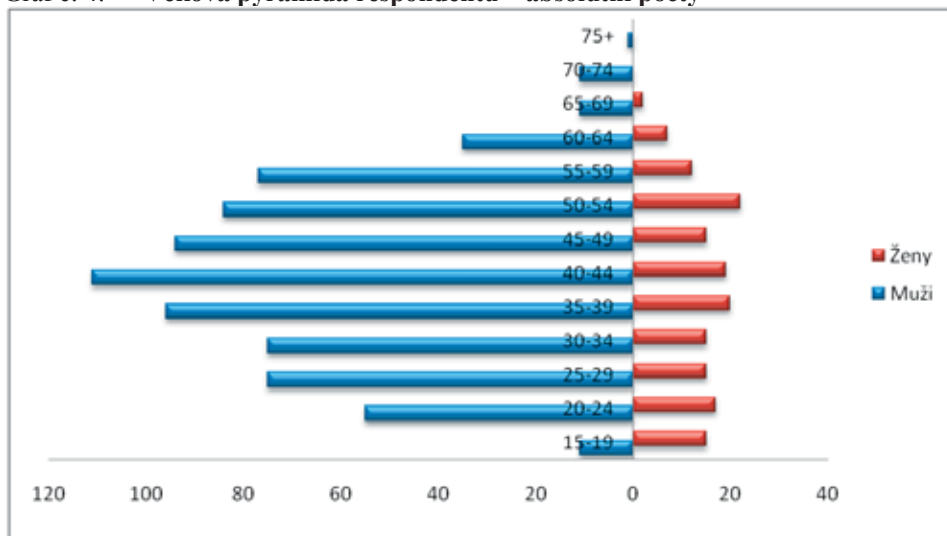
8.4 Vyhodnocení šetření

V následujících podkapitolách jsou analyzovány hlavní poznatky, které z provedeného šetření vyplynuly, a to včetně ověření stanovených hypotéz (viz kapitola „Hypotézy a výzkumné otázky“).

8.4.1 Základní demografické charakteristiky respondentů

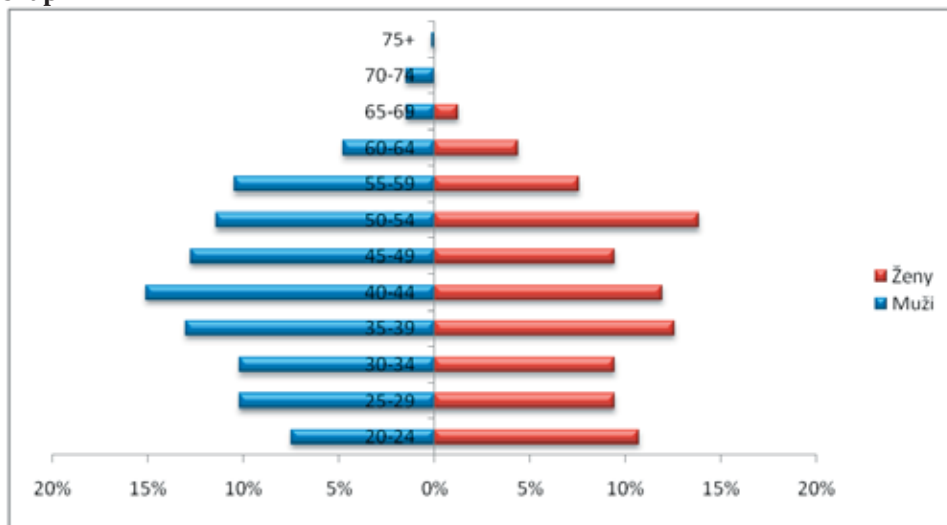
Mezi respondenty převažovali muži nad ženami, kdy podíl žen představoval přibližně 20 %. **Z hlediska věkové struktury převažují u mužů i žen osoby v produktivním věku.** Relativně nízký podíl osob ve věku nad 60 let může být způsoben jednak dostupností sociálních služeb pro cílovou skupinu seniorů, ale také možnou předčasnou úmrtností bezdomovců. Relativně vysoký počet žen ve věkové skupině 50–54 let může být vysvětlen několika způsoby. Mladší ženy se snaží předcházet svému bezdomovství, často z obav před odejmutím svých dětí z péče, v diskutované skupině mohou žít děti těchto žen již samostatně. Dalším vysvětlením může být nižší pravděpodobnost žen bez domova ve věku 50–54 let najít životního partnera, zejména pokud již mají za sebou několikaletou kariéru bezdomovství. U mladších věkových skupin žen je prevence bezdomovství prostřednictvím bydlení u partnera, byť tento vztah nemusí být ideální, relativně běžná.

Graf č. 4: Věková pyramida respondentů – absolutní počty



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

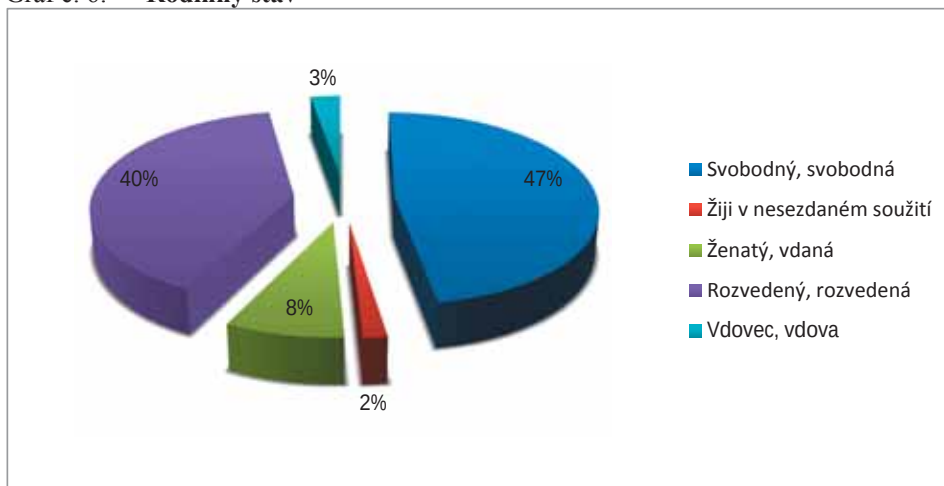
Graf č. 5: Věková pyramida respondentů – procentuální zastoupení věkových skupin



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Z hlediska rodinného stavu uvedla téměř polovina respondentů, že jsou svobodní, následovala skupina rozvedených. Svobodní a rozvedení představují téměř devadesát procent respondentů. V rámci souboru pouze nepatrná skupina respondentů uvedla, že žije v nesezdaném soužití nebo že ovdověla. Manželství bezdomovců, které jako svůj současný rodinný stav uvedlo 73 respondentů, nebývá zpravidla v mnoha ohledech funkční z individuálního i společenského hlediska. U řady takto odpovídajících bezdomovců v době dotazování probíhalo rozvodové řízení.

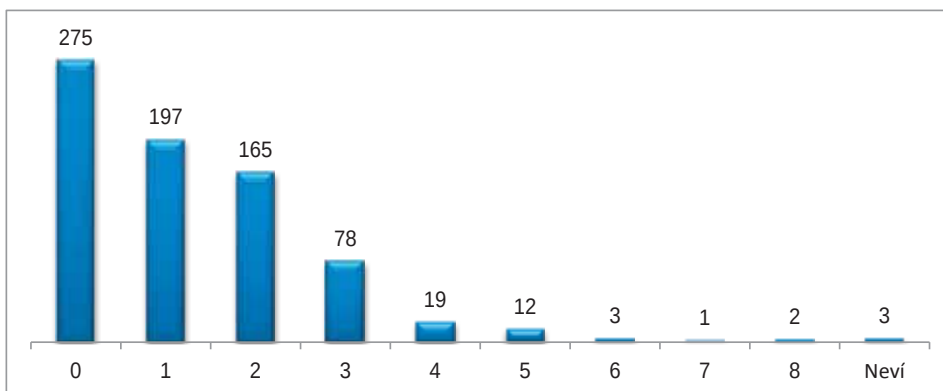
Graf č. 6: **Rodinný stav**



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Další zkoumanou charakteristikou byl počet vlastních (biologických) dětí bezdomovců. **Nejčastěji respondenti uváděli, že děti nemají, dále pak že mají jedno, dvě a tři děti.** Ve výzkumném souboru se objevila také odpověď osm dětí, a to ve dvou případech. Počet dětí může mít význam například v zajištění péče dospělých dětí o rodiče, který se stal bezdomovcem. Děti bezdomovců jsou zpravidla buď dospělé, nebo jsou odebrány rodiči bezdomovci z péče. Dospělé děti pak z nejrůznějších důvodů nejeví o své rodiče bez domova zájem, například v důsledku dlouhého odloučení s tímto rodičem po rozvodu, kdy rodič bezdomovec neprojevoval o své děti zájem, ale také například z důvodu zhroucení rodinných vztahů, kdy děti současných bezdomovců od rodičů odešli a neudržují s nimi kontakt.

Graf č. 7: **Počet vlastních (biologických) dětí**

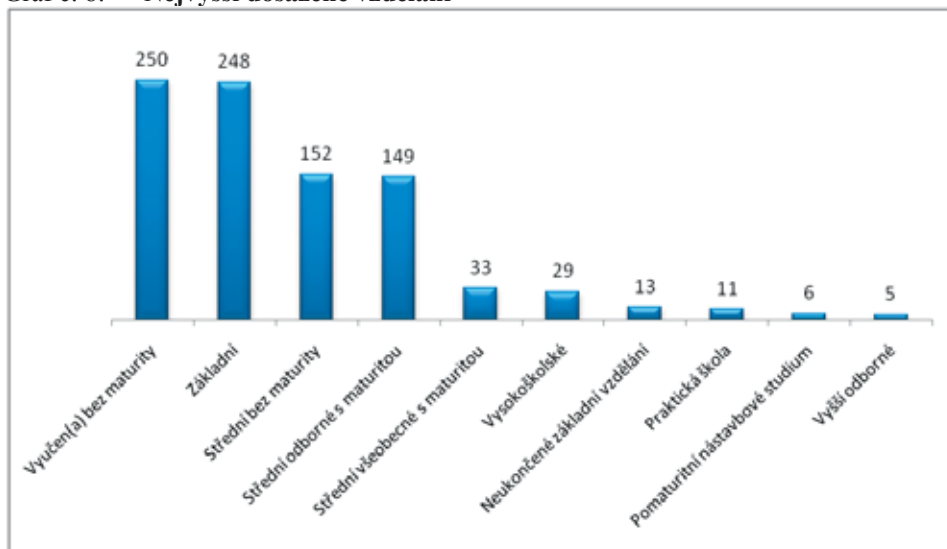


Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

8.4.2 Vzdělání bezdomovců

Nejčastějším nejvyšším dosaženým vzděláním bezdomovců je vzdělání základní a vyučení. Celkově uvedla tyto typy vzdělání více než polovina dotazovaných bezdomovců. Relativně malé procento bezdomovců uvedlo neukončené základní vzdělání, naopak bezdomovství se nevyhýbá ani osobám s vysokoškolským vzděláním. Vysokoškolské vzdělání některých bezdomovců může být překvapivé, v rámci tohoto šetření se jednalo zpravidla o bezdomovce muže, kteří vysokoškolské vzdělání získali často v armádě a po restrukturalizaci armády po roce 1989 její řady opustili. Ztráta pevného životního režimu a v neposlední řadě problémy s alkoholem jsou příčinami jejich bezdomovství, což platí u bezdomovců s vysokoškolským vzděláním obecně. Kategorie nejvyššího dosažené vzdělání neodpovídají v některých aspektech běžnému rozdělení, a to z důvodu větší srozumitelnosti pro respondenty bezdomovce (viz např. zařazení kategorie „praktická škola“). Míra vzdělání v mnoha ohledech limituje životní šance respondentů bezdomovců, ačkoliv na trhu práce patřily, v době šetření, jejich stupně vzdělání k poptávaným (zejména vyučení) a získat pracovní místo pro vyučené nebylo zpravidla problémem.

Graf č. 8: Nejvyšší dosažené vzdělání

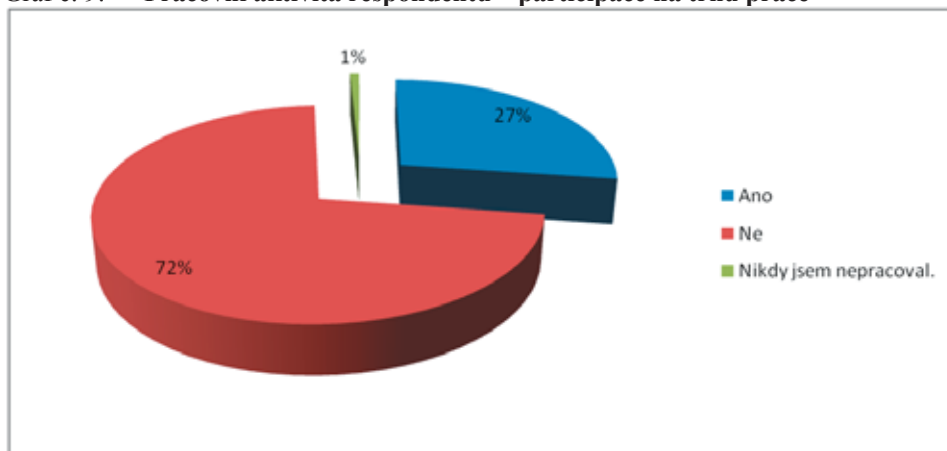


Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty, vlastní zpracování.

8.4.3 Bezdomovci a trh práce

Na otázku týkající se aktuální participace respondentů na otevřeném i „chráněném“ trhu práce odpověděla pouze třetina, že v současné době pracuje. Ostatní dotázaní uvedli, že v současné době nepracují. Z hlediska celého souboru nevýznamná skupina respondentů odpověděla, že nikdy nepracovala. Jde o mladé bezdomovce, kteří nebyli nikdy vystaveni povinnosti pracovat a pracovní návyky nejen neztratili, ale nikdy je nenabyli. Pokud již bezdomovci pracují, pak je nejčastější formou jejich práce příležitostná brigáda, kdy uzavírají zpravidla jen ústní pracovní smlouvu a mzda je jim vyplacena v hotovosti. Pracující bezdomovci mají také zkušenosti s výplatou nižší než dohodnuté částky, nebo nevyplacení mzdy vůbec. Čtvrtina respondentů uvedla, že pracuje bez jakékoliv pracovní smlouvy, což vytváří mezi „zaměstnancem“ a „zaměstnavatelem“ značně problematický vztah, a to jak vzhledem k podmínkám práce, tak i zákonnosti takového postupu. Více než polovina pracujících bezdomovců je tak na trhu práce v naprosto nevyhovujícím postavení, které zpravidla neumožňuje jejich dlouhodobější pracovní perspektivu. Pracující respondenti pracují zpravidla manuálně s tím, že vykonávají nejčastěji různé pomocné práce, kde není vyžadována prakticky žádná kvalifikace. **S rostoucím věkem statisticky významně klesá počet respondentů, kteří pracují. Délka bezdomovství není z tohoto pohledu statisticky významná.**

Graf č. 9: Pracovní aktivita respondentů – participace na trhu práce



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

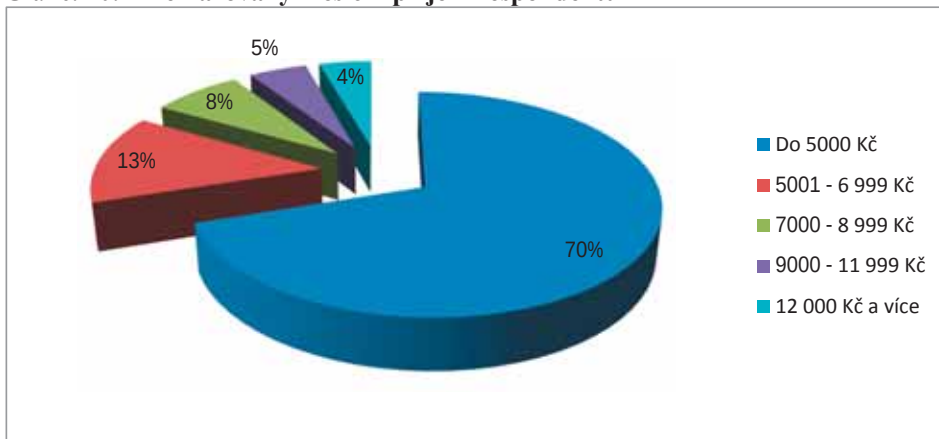
Svou práci hodnotí jako fyzicky náročnou téměř polovina pracujících respondentů, druhá polovina ji za fyzicky náročnou nepovažuje a pouze malé procento pracujících bezdomovců nebylo schopno fyzickou náročnost své práce zhodnotit. **Nezaměstnaní respondenti byli pouze v necelé třetině případů registrováni na Úřadu práce**, zbylá část registrována nebyla. Důvodem tohoto stavu je relativně nižší míra spolupráce bezdomovců s Úřady práce, kdy řada z nich byla díky zanedbávání svých povinností z registrace vyřazena. Téměř polovina nezaměstnaných respondentů uvedla, že jsou nezaměstnaní méně než jeden rok, a to nejčastěji 0–3 měsíce (60 %). Naopak více než polovina nezaměstnaných bezdomovců čelí dlouhodobé nezaměstnanosti, jejíž délka se pohybuje v rozpětí od jednoho roku až po 15 let i více. Z pohledu absolutních čísel počet respondentů, kteří uvedli, že jejich nezaměstnanost trvá více než 10 let, není vysoký, nicméně dle výzkumu existují desítky bezdomovců, kteří práci ztratili v roce 1990 a další nenašli (nebo ji ať již z jakéhokoliv důvodu nehledali). Aktivizace pracovního potenciálu těchto osob je možná pouze v omezené míře. Dlouhodobě nezaměstnaní bezdomovci jsou zpravidla adaptováni na způsob života, ve kterém práce nehraje na žebříčku hodnot pravděpodobně významnou roli. Většina dotazovaných v minulosti soustavně pracovala, když v průběhu své pracovní kariéry změnila zaměstnání nejčastěji jednou až pětkrát. Více než desetinásobná změna pracovního místa se týkala přibližně jen 6 % bezdomovců, přičemž **třetina bezdomovců si byla schopna své nejtrvalejší pracovní místo udržet 6–10 let**. Celkově polovina respondentů uvedla, že na jednom pracovním místě setrvala od 3 do

15 let. Nejčastěji se respondenti uplatnili v dělnických profesích nebo vykonávali pomocné práce v různých odvětvích průmyslu a služeb, což odpovídá jejich kvalifikačním struktuře.

8.4.4 Příjem

Třetina dotazovaných uvedla, že jejich příjem (jeho část) pochází z pracovní činnosti. Sedmnáct procent dotázaných uvedlo, že pobírá nějaký typ důchodu. **Nejčastějším typem důchodu byl plný invalidní důchod (68 respondentů), následoval pak důchod starobní (46 respondentů).** Bezdomovci, kteří uváděli starobní důchod jako zdroj svého příjmu, byli v době dotazování zpravidla klienti zařízení o. s. Naděje, které se specializuje na péči o starší bezdomovce. Částečný invalidní důchod uvedlo pak 38 respondentů. Dalším možným zdrojem příjmu jsou obecně sociální dávky, a to jak jednorázové, tak opakující se. **Zajímavým zjištěním je, že 58 % bezdomovců uvedlo, že v souvislosti se svou životní situací nikdy nežádalo o nějaký typ sociální dávky.** Přibližně 20 % požádalo o sociální dávky jednou, zbylí dotázaní požádali o tento způsob pomoci vícekrát. **Paradoxně více než 80 % respondentů, kteří o dávku žádali, uvedlo, že jim požadovaná dávka byla poskytnuta,** jen necelých devět procent se svou žádostí neuspělo a dalším žadatelům bylo vyhověno jen při některé žádosti. Z přibližně dvou stovek bezdomovců, kteří uvedli, že pobírají nějaký typ sociální dávky, bylo nejvíce příjemců podpory v nezaměstnanosti, následují příjemci dávky sociální pomoci a sociální podpory. Statisticky nebylo prokázáno, že by žádost o sociální dávky závisela například na věku, pohlaví nebo vzdělání respondentů.

Graf č. 10: Deklarovaný měsíční příjem respondentů



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

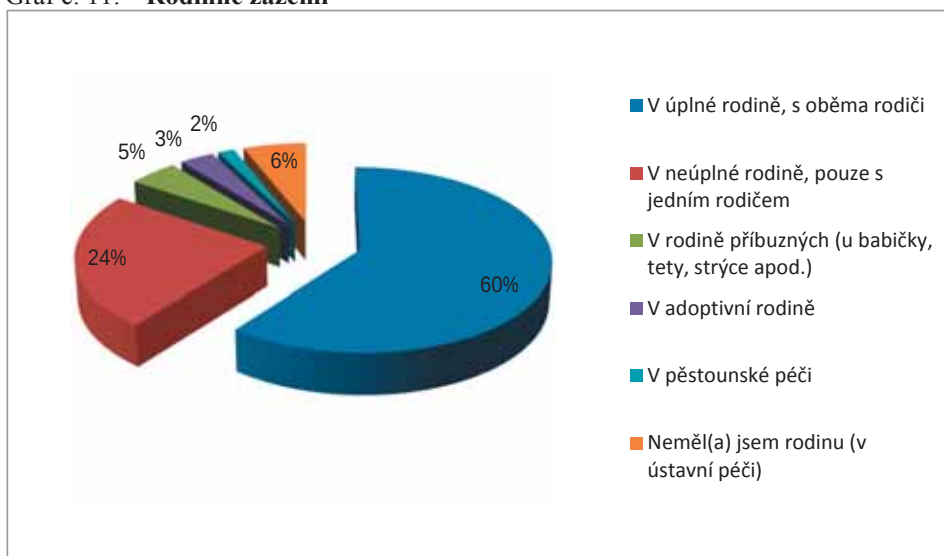
Sedmdesát procent respondentů deklarovalo, že jejich průměrný měsíční příjem nepřekračuje částku 5 000 Kč. Naopak pouze čtyři procenta dotázaných uvedla měsíční příjem 12 000 Kč a více. V této souvislosti tedy může být překvapivé, že i vzhledem k nízkému příjmu řada bezdomovců nežadá, ať již sami nebo prostřednictvím pomáhajících organizací, o nárokovatelné sociální dávky, respektive o jejich případné zvýšení. **Statisticky významné rozdíly byly zjištěny v příjmech v závislosti na pohlaví. Stejně jako v majoritní populaci jsou příjmy žen nižší.**

8.4.5 Faktory bezdomovství

Část otázek se zaměřila na životní situaci bezdomovců a na její subjektivní hodnocení. **Z pohledu rodinného zázemí vyrůstala více než polovina respondentů v úplné rodině s oběma rodiči.** S jedním rodičem pak vyrůstala pětina dotázaných. V ústavní péči vyrůstalo 53, tj. 6 % dotázaných.

Přibližně 20 % dotázaných uvedlo, že strávilo část svého života v dětském domově, z toho více než polovina zde strávila prakticky celé dětství. 13 % dotázaných uvedlo, že má zkušenost s jiným typem zařízení pro cílovou skupinu dětí a mladistvů (diagnostický ústav, výchovný ústav). Více než polovina dotázaných s touto zkušeností pobývala v zařízení méně než jeden rok.

Graf č. 11: **Rodinné zázemí**

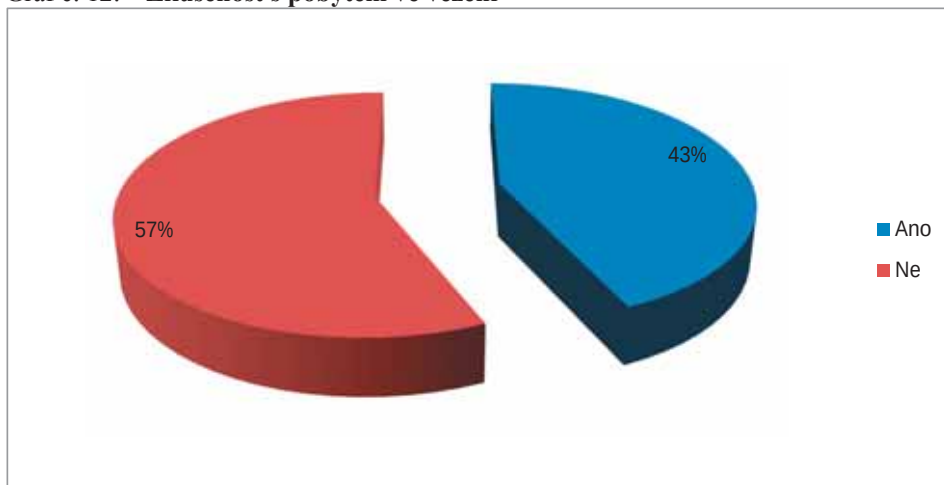


Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Důležitým faktorem působícím na bezdomovství je zkušenost s vězením.

Z dotazovaných bezdomovců uvedlo zkušenost s vězením 389 dotázaných, tj. 43 %.

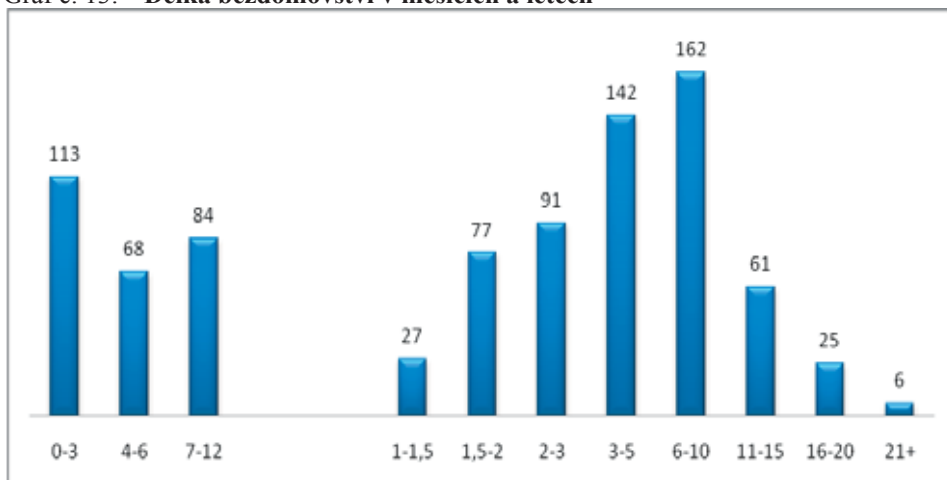
Graf č. 12: **Zkušenost s pobytem ve vězení**



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Jednou z nejvýznamnějších otázek celého šetření byla **délka bezdomovství**, která může do značné míry ovlivnit jak subjektivně vnímané zdraví, tak i schopnost opětovného začlenění. Přibližně třetina bezdomovců je v této situaci méně než jeden rok, zbývající dvě třetiny bezdomovců žijí bez domova déle. Nejvíce bezdomovců žije tímto způsobem života od 2 do 10 let. Tyto poznatky mohou být využity pro poskytování různých typů sociálních služeb, kdy náročnost sociální práce zpravidla s délkou bezdomovství roste a osoby vystavené bezdomovství po dlouhou dobu vyžadují zcela odlišný přístup než ostatní skupiny klientů. Výsledky také ukazují, že určité procento bezdomovců svoji situaci za bezdomovství považovala již před rokem 1989.

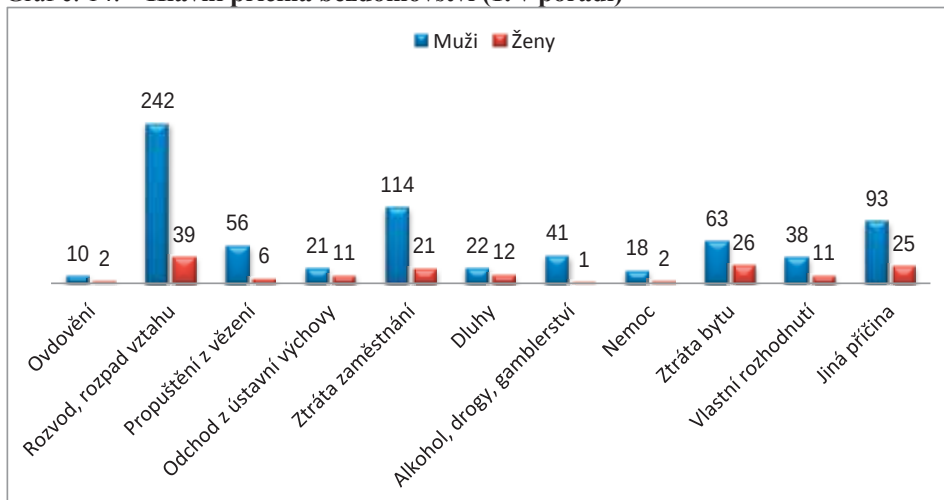
Graf č. 13: Délka bezdomovství v měsících a letech



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

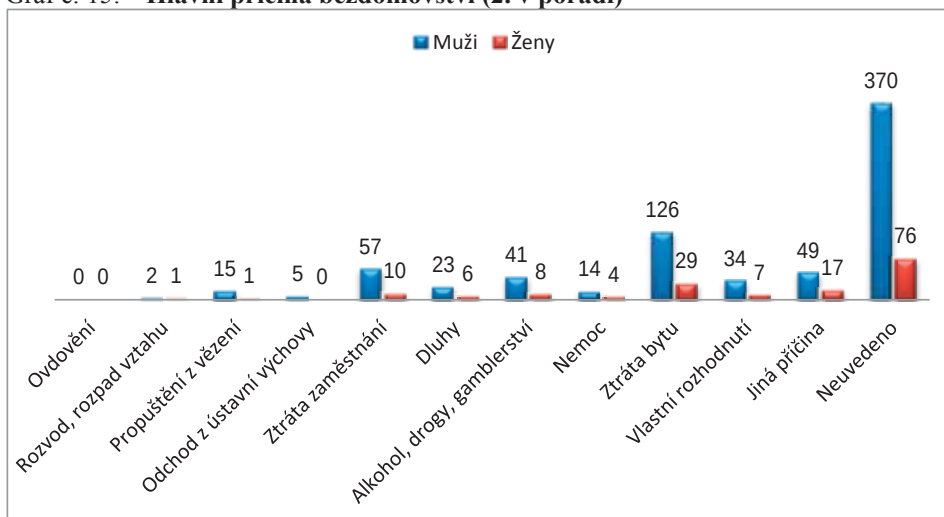
Z hlediska příčin bezdomovství byli respondenti vyzváni, aby uvedli podle svého názoru tři nejvýznamnější příčiny své současné situace. **Nejčastější hlavní příčinou jejich bezdomovství je podle jejich subjektivního vnímání rozvod nebo rozpad partnerského vztahu, následuje ztráta zaměstnání a jiná příčina.** Jako jiná příčina byla ve většině případů spíše než další, v dotazníku nezminěná kategorie, podrobněji specifikována „kategorizovaná situace“, zejména rozpad vztahu (s rodiči, příbuznými, partnerem). **Vlastní ztráta bytu tedy není ani u mužů ani u žen nejdůležitější z hlediska jejich současné situace.** Nemoc je jako hlavní příčina bezdomovství uváděna jen u malého počtu respondentů. Určité, byť nevelké procento bezdomovců uvedlo, že bezdomovství je důsledkem jejich vlastního rozhodnutí.

Graf č. 14: **Hlavní příčina bezdomovství (1. v pořadí)**



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Graf č. 15: **Hlavní příčina bezdomovství (2. v pořadí)**



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Druhou nejzávažnější příčinou bezdomovství je podle samotných bezdomovců ztráta bytu, zaměstnání nebo jiná příčina. V absolutních číslech je ztráta bytu jako druhá příčina bezdomovství shodná pro obě pohlaví, ztráta zaměstnání je důležitější příčinou pro muže a naopak pro ženy je to jiná příčina, podle jejich

výpovědí rozpady vztahů. Signifikantní počet respondentů (mužů i žen) neuvedl žádnou druhou nejvýznamnější příčinu své současné situace.

Třetí nejvýznamnější příčinu uvedlo již velmi malé procento dotazovaných.

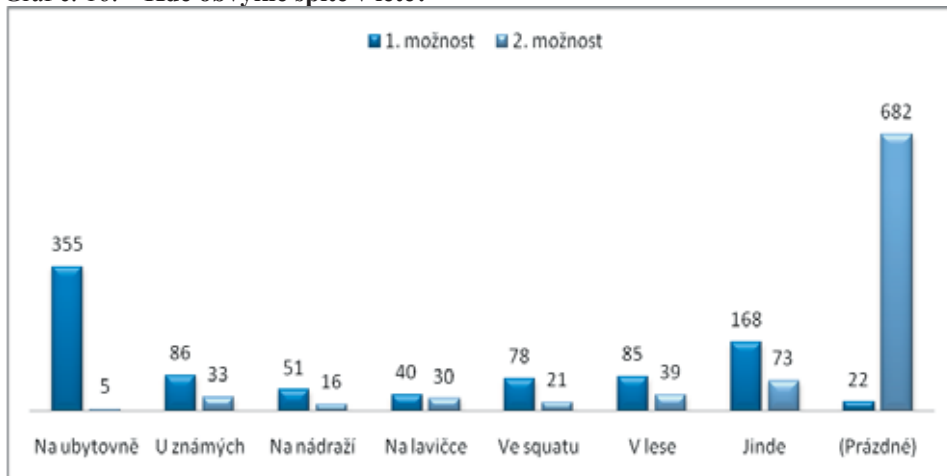
U mužů i žen to byla ztráta bytu. Jako třetí nejvýznamnější příčinu bezdomovství bylo 12 mužů ochotno uvést problémy s alkoholem nebo drogami, naopak žádná žena bez domova tuto příčinu jako významnou neuvedla.

Když se respondenti poprvé ocitli bez domova, pouze něco více než 60 % se jich obrátilo o pomoc, kterou nejčastěji našli u nestátních charitativních organizací, přátel a známých a až na třetím místě u své rodiny. Jen malá část bezdomovců požádala pomoc přímo některou z institucí veřejné správy. Převážné většině těch, kteří o pomoc požádali, byla také poskytnuta a byli s ní spokojeni. Poskytnutá pomoc měla zpravidla krátkodobý charakter (do 1 roku), kdy nejčastěji respondenti uváděli, že jim byla poskytována 0–3, respektive 4–6 měsíců. Ženy žádaly statisticky významně méně o pomoc při řešení své životní situace než muži.

8.4.6 Život bezdomovců

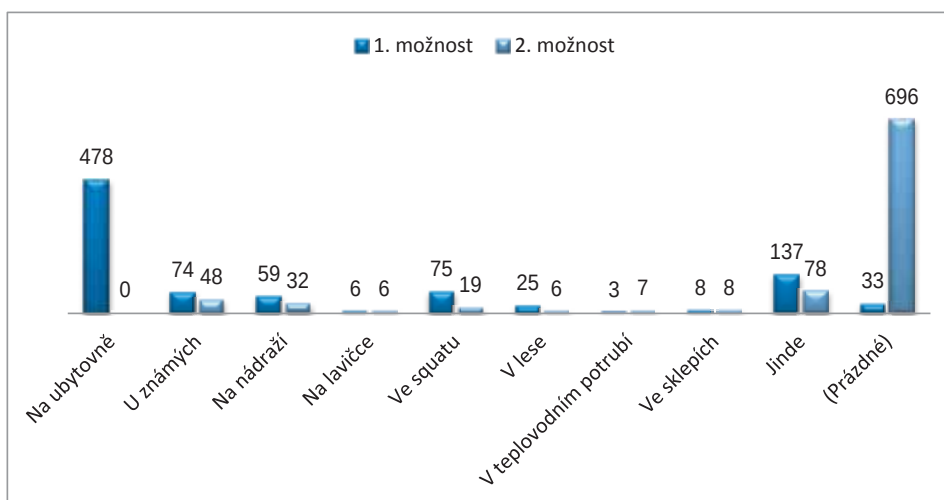
Z hlediska zdraví i poskytování sociálních služeb je relevantní zkoumat místo spánku bezdomovců. Dotazník zjišťoval, kde nocují respondenti v létě a kde v zimě.

Graf č. 16: Kde obvykle spíte v létě?



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Graf č. 17: **Kde obvykle spíte v zimě?**



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

V zimním období se zvyšuje počet bezdomovců, kteří vyhledávají nocleh na ubytovnách zařízení sociálních služeb na úkor jiných možností, zejména spaní na různých místech bez střechy nad hlavou (na lavičce, v lese). V zimním období roste také podíl bezdomovců, kteří přespávají na nádražích. Pokud bezdomovci zvolili kategorii jinde, pak se jednalo zpravidla o možnosti pod mostem, v tramvaji nebo na letišti.

Většina bezdomovců udržuje buď žádné, nebo pouze sporadické kontakty s příbuznými. Nicméně přibližně 17 % dotázaných uvedlo, že jsou jejich kontakty časté nebo velmi časté.

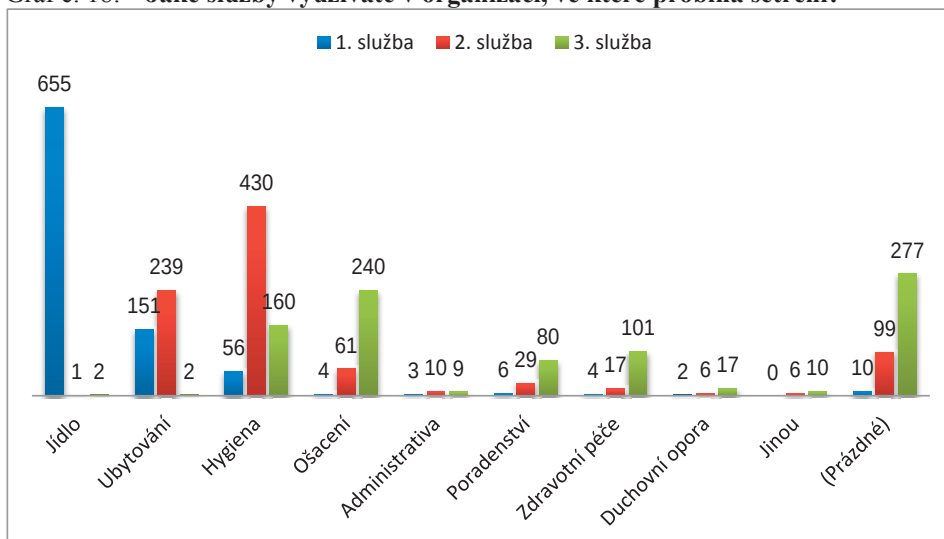
75 % respondentů uvedlo, že mají v současné době přátele. Pouze čtvrtina jich žila v době dotazování bez přátel. Třetina dotazovaných bezdomovců má přátele jen mezi bezdomovci, třetina naopak mezi bydlícími a poslední třetina dotazovaných má za přátele jak bezdomovce, tak i bydlící.

8.4.7 Sociální služby využívané bezdomovci

Z hlediska typu pomoci využívali bezdomovci v organizacích, ve kterých byli dotazováni, nejčastěji možnost stravy, ubytování a hygieny. Možnost stravy je pro mnohé bezdomovce vůbec nejdůležitější sociální službou vůbec. Přibližně polovina respondentů uvedla, že nevyužívá služeb jiné organizace než té, ve které bylo prováděno šetření. Příčinou tak vysokého počtu může být subjektivní obava

bezdromovce o pokračování této pomoci, pokud by uvedl, že aktuálně čerpá služby také v jiné organizaci. Uvedené tři nejčastěji využívané služby a jejich důležitost pro bezdomovce odpovídá četnosti jejich využívání a souvisí především s uspokojováním základních lidských potřeb, které jsou pro bezdomovce z hlediska jejich života (přežití) nejdůležitější.

Graf č. 18: **Jaké služby využíváte v organizaci, ve které probíhá šetření?**



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

8.4.8 Reakce na bezdomovství

Téměř třetina respondentů uvedla, že se někdy setkala s negativním chováním okolí (urážky, nadávky, násilí, výhrůžky) v souvislosti se svým bezdomovstvím. Jedná se o chování ostatních bezdomovců, tak i majoritní (bydlící) populace. Takové chování ohlásilo příslušným orgánům (Policie ČR, Městská policie) pouze nepatrné procento bezdomovců a ještě méně se jich o tuto zkušenost podělilo v organizaci, kde využívají sociální služby.

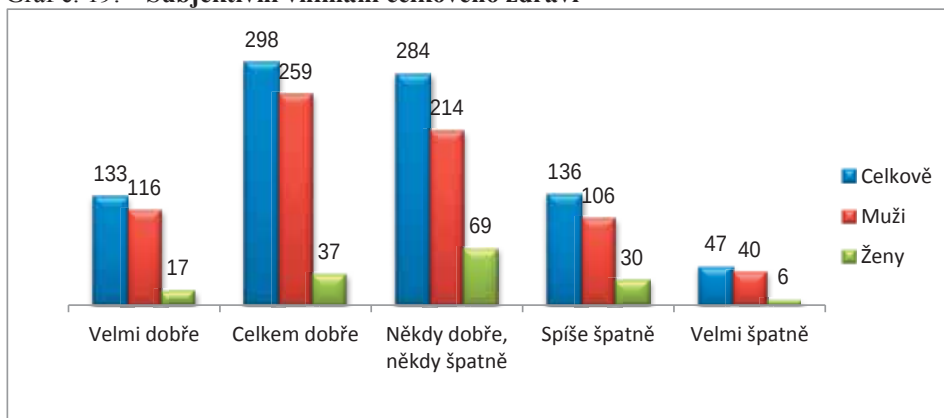
Přibližně stejné procento bezdomovců uvedlo, že má negativní zkušenost (urážky, nadávky, násilí, výhrůžky) s policií (Policíí ČR, Městkou policií). Z hlediska vyšetření je značným problémem, že většina bezdomovců tuto zkušenost (podezření) nikde nenahlásí. Pokud již vnímaný incident ohlásí, je to opět častěji na policii než v zařízeních sociálních služeb. **Statisticky významným faktorem těchto zkušeností je**

délka bezdomovství. Tuto skutečnost lze interpretovat tak, že s rostoucí délkou bezdomovství mají bezdomovci větší šanci dostat se s policií do kontaktu.

8.4.9 Subjektivně vnímané zdraví

První otázka v této části dotazníku se týkala celkového vnímání subjektivního zdraví u respondentů. Dotazovaní bezdomovci se měli vyjádřit, jak se v současné době celkově zdravotně cítí. Celkově v souboru zaznamenáváme spíše kladné nebo nerozhodné odpovědi. Velmi špatně se cítí pouze malá část respondentů. **Pocit zdraví se zhoršuje s rostoucím věkem (významně závisí na věku) s tím, že ženy se cítí hůře než muži. Vliv délky bezdomovství nebyl statisticky prokázán.**

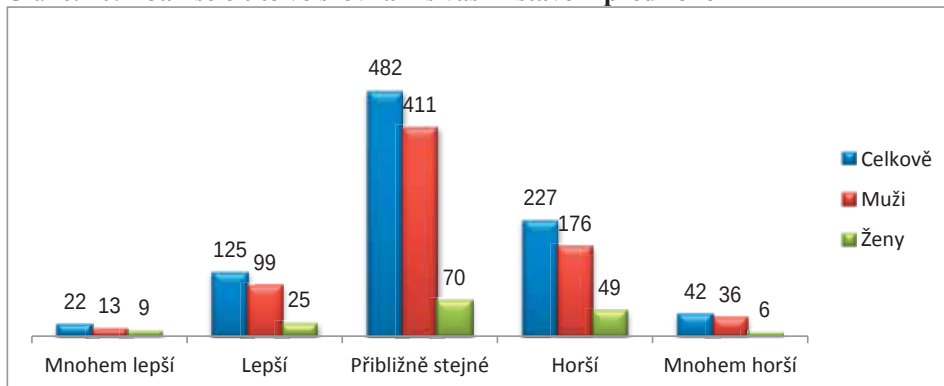
Graf č. 19: Subjektivní vnímání celkového zdraví



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

V porovnání se situací před rokem se nejvíce mužů i žen cítí přibližně stejně, pouze malá část se cítí mnohem lépe. **Z výsledků je patrné, že pokud se respondenti necítí přibližně stejně, cítí se spíše hůře (např. ti, kteří jsou bezdomovci krátce a do jejichž hodnocení se promítá nově bezdomovství).** Statisticky nebyla prokázána žádná významná souvislost například s věkem nebo délkou bezdomovství.

Graf č. 20: **Jak se cítíte ve srovnání s vaším stavem před rokem**

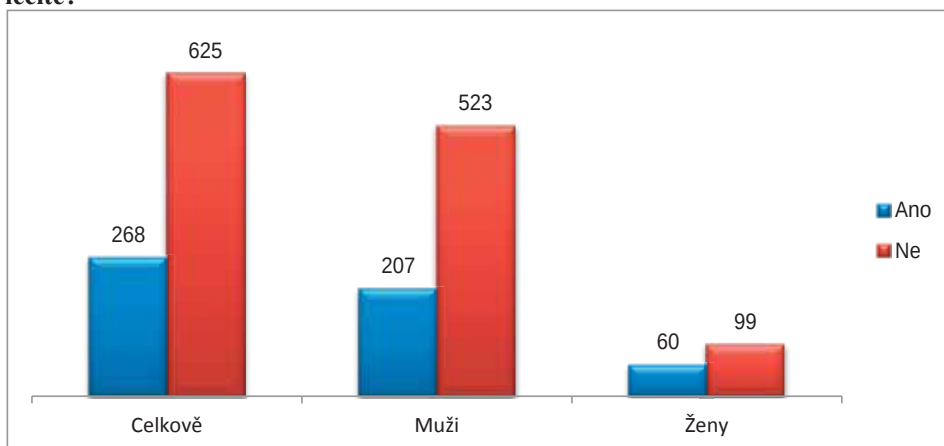


Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Respondenti měli možnost vyjádřit se k několika otázkám, které se týkaly jejich vlastního pohledu na život. Dotazovaní muži i ženy byli relativně kritičtí v hodnocení toho, zda je jejich způsob života ve shodě s vlastním ideálem. **Většina z nich uváděla, že svůj život za ideální nepovažuje** s tím, že délka bezdomovství ovlivňuje toto hodnocení tak, že s rostoucí délkou bezdomovství považuje stále méně respondentů svůj život za ideální. **Převažující počet mužů i žen se nedomnívá, že jsou podmínky jejich života vynikající a se svým životem nejsou spokojeni** s tím, že s rostoucím věkem stoupá počet těch, kteří vnímají podmínky svého života jako špatné. Většina z nich také nedostala (minimálně prozatím) od života to, co chtěla a očekávala s tím, že délka bezdomovství prohlubuje negativní hodnocení. Pokud by respondenti měli možnost žít znovu, většina z nich by řadu věcí změnila. Statisticky významná byla při odpovědi na tuto otázku délka bezdomovství, kdy s její rostoucí délkou bezdomovství přesvědčení o nutnosti změny roste.

Na otázku, zda respondenti trpí dlouhodobě (alespoň 6 měsíců) nějakou chorobou, uvedlo kladnou odpověď přibližně 28 % mužů a 37 % žen. Kladná odpověď roste s věkem, nicméně u žen zaznamenáváme kladnou odpověď častěji než u mužů již v mladších věkových skupinách. Vyšší podíl kladných odpovědí ve starších věkových skupinách je dán jejich četností v rámci zkoumané populace. Statisticky významně chronické onemocnění stoupá s rostoucím věkem.

Graf č. 21: Trpíte v současné době nějakou chorobou, pro kterou se dlouhodobě léčíte?



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

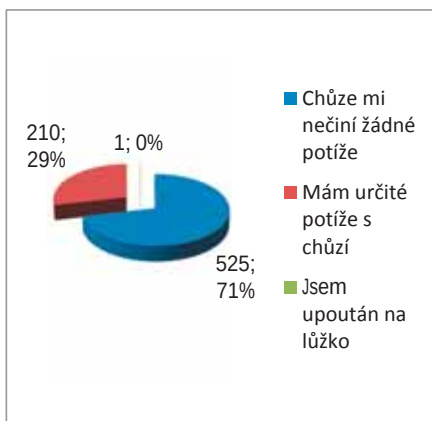
Bezdomovci a bezdomovkyně uváděli nejčastěji, že trpí duševními onemocněními a poruchami, kožními onemocněními a vysokým krevním tlakem. Dotazník zjišťoval také, jaká závažná onemocnění prodělali respondenti v průběhu života. Několik respondentů uvedlo, že v průběhu svého života prodělali hepatitidu (žloutenku), TBC, boreliózu a další závažná (zejména infekční) onemocnění.

Významný podíl bezdomovců (přibližně tři čtvrtiny) uvedl, že v průběhu svého života prodělali nějaký úraz. Nejčastějším úrazem jsou zlomeniny horních a dolních končetin. Vzhledem ke konstrukci otázky však nebylo možné zjistit, zda tento úraz souvisel s životní situací bezdomovství. V několika případech bezdomovci uvedli také například omrzliny nebo pobodání, které pravděpodobně souvisely s jejich životní situací.

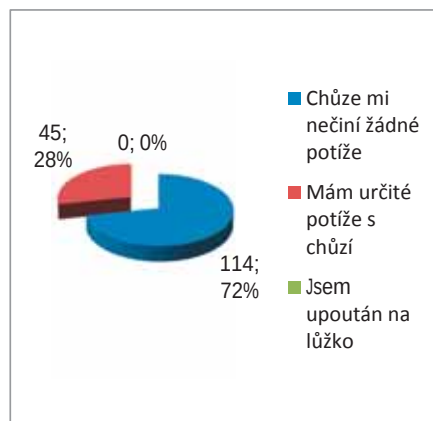
8.4.10 EuroQol – 5 D

Z důvodu zjištění se zdravím související kvality života byl do šetření zakomponován dotazník EQ – 5 D (dále EuroQol). První dotazníkem sledovanou dimenzí byla **pohyblivost**. Více než sedmdesáti procentům dotazovaných mužů a žen nečiní chůze žádné obtíže, zbývajícím třiceti procentům respondentů činí chůze určité potíže. **Mužům činí chůze určité potíže nejčastěji ve věkové skupině od 50 do 60 let, stejně tak je tomu i u žen.**

Graf č. 22: **Pohyblivost muži**



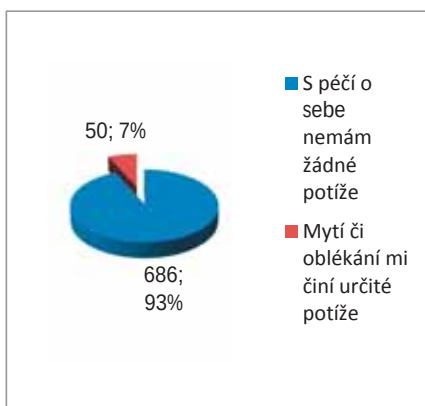
Pohyblivost ženy



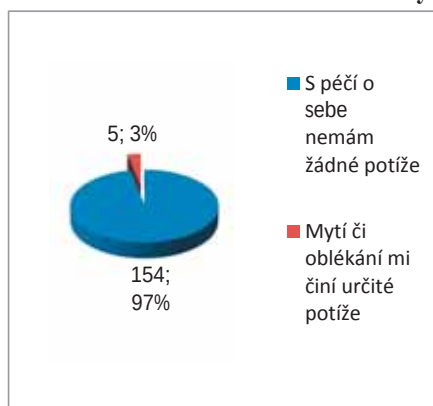
Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Další sledovanou dimenzí je **schopnost sebeobsluhy**. S **péčí o sebe nemá žádné potíže 93 % mužů a 97 % žen**. Pouze 7 % mužů, respektive 3 % žen uvádějí, že mytí či oblékání jim činí určité potíže. Mužům činí mytí či oblékání určité potíže nejčastěji ve věkových skupinách 55–59 let a 45–49 let, u žen vzhledem k velmi nízkému počtu odpovědí není faktor věku zcela relevantní.

Graf č. 23: **Sebeobsluha muži**



Sebeobsluha ženy



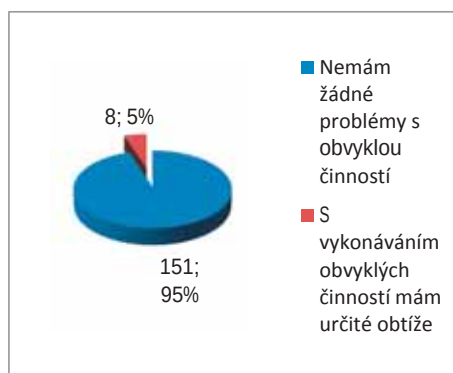
Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Následující dimenzí je **obvyklá činnost**. S obvyklou činností nemá žádné problémy 87 % mužů, respektive 95 % žen. S vykonáváním obvyklých činností mají nejčastěji obtíže opět muži ve věku od 50 do 60 let.

Graf č. 24 Obvyklá činnost mužů



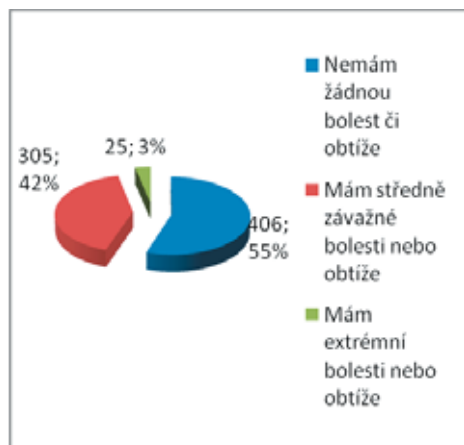
Obvyklá činnost ženy



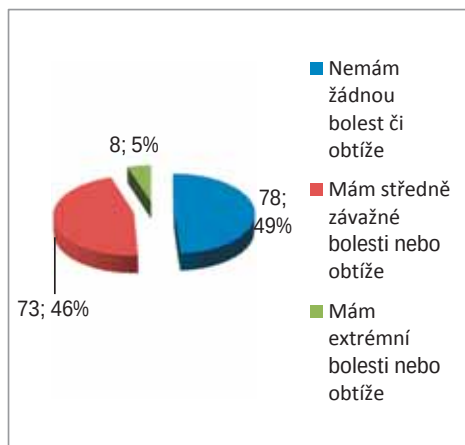
Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Co se týče **bolesti/obtíží**, uvedlo 55 % mužů a 49 % žen, že nemá žádné bolesti či obtíže. **Středně závažné bolesti/obtíže uvedlo 42 % mužů, respektive 46 % žen.** Zbýlá část dotazovaných uvedla, že trpí extrémními bolestmi nebo obtížemi. Střední bolesti/obtíže uváděli muži často již od věku 35 let s tím, že nejvyšší četnost středních bolestí uváděla skupina mužů ve věku 40–50 let a 50–60 let. Obdobný vývoj lze sledovat také u žen.

Graf č. 25 Bolest/obtíže – muži



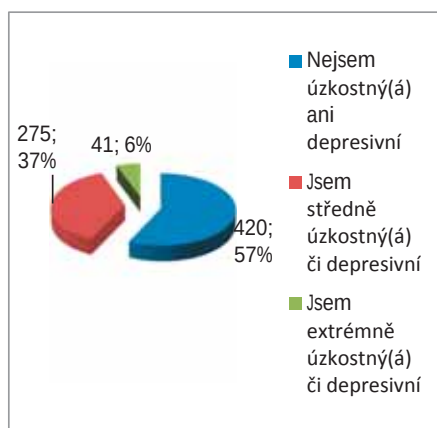
Bolest/obtíže – ženy



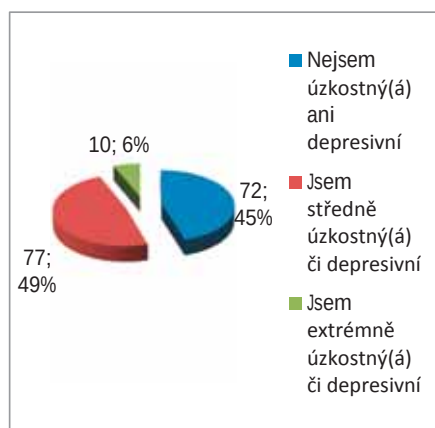
Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Důležitou dimenzí se zdravím související kvality života je pocíťovaná **míra úzkosti a deprese**. Ve vyjádření na tuto otázku odpovědělo 57 % mužů, respektive 45 % žen, že nejsou úzkostní ani depresivní. **Střední míru úzkosti či depresivnosti uvedlo však 37 % mužů a téměř polovina dotazovaných žen.** Shodné procento mužů a žen uvedlo, že jsou extrémně úzkostliví či depresivní. Střední míru úzkosti či depresivnosti uváděli nejčastěji muži ve věku 40–50 let. **Naopak ženy uváděly střední míru úzkosti či depresivnosti nejvíce ve věkových skupinách od 25 do 35 let a poté ve věkové skupině 50 až 60 let.**

Graf č. 26: Úzkost/deprese – muži



Úzkost/deprese – ženy



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

Poslední součástí EuroQolu je škála, která umožňuje lidem vyjádřit aktuální zdravotní stav na stupnici od 0 (nejhorší představitelný zdravotní stav) do 100 (nejlepší představitelný zdravotní stav). Mezi průměrnými hodnotami u mužů a žen není podstatný rozdíl. V rámci celého souboru byla hodnota s nejvyšší četností 50 (tuto možnost zvolilo 151 respondentů) následovaly hodnoty 80 (133 respondentů) a 70 (110 respondentů). Průměr, tedy součet všech údajů dělený jejich počtem, medián, tedy hodnotu, která rozděluje soubor na dvě stejně početné poloviny, respektive modus, tedy hodnotu, která se v datech vyskytuje nejčastěji, shrnuje následující tabulka.

Tabulka č. 9: Míry centrální tendence u škály EuroQol

Věková skupina	Medián		Modus		Průměr	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
15–19	80,0	55,0	100,0	50,0	73,2	58,3
20–24	80,0	75,0	50,0	80,0	70,9	69,7
25–29	70,0	70,0	50,0	70,0	71,0	71,7
30–34	80,0	55,0	80,0	80,0	71,7	58,9
35–39	75,0	65,0	80,0	50,0	69,9	68,0
40–44	70,0	80,0	70,0	90,0	69,5	76,3
45–49	70,0	70,0	80,0	70,0	67,9	63,0
50–54	65,0	60,0	50,0	80,0	64,3	59,6
55–59	65,0	50,0	50,0	50,0	64,1	63,3
60–64	60,0	90,0	50,0	90,0	58,3	81,4
65–69	80,0	80,0	80,0	n/a	73,8	80,0
70–74	60,0		50,0		60,0	
75+	60,0		n/a		60,0	

Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování). n/a = nelze vypočítat pro počet respondentů 1-2 ve věkové kategorii.

Statisticky existuje významná závislost výsledku „škály“ v rámci EuroQolu na věku, kdy věk zhoršuje pozitivní hodnocení zdraví, statisticky se však nepodařila prokázat závislost na pohlaví a délce bezdomovství.

8.4.11 Životní styl, životospráva

Respondenti odpovídali na otázku, **zda je pro ně zdraví absolutní prioritou, nebo zda je pro ně sice důležité, ale z přestupků proti správné životosprávě si nedělají příliš velkou hlavu**, a to na škále od 1 (zdraví jako absolutní priorita) až 9 (s životosprávou si nedělám těžkou hlavu). Nejvíce mužů se přiklonilo na této škále k hodnotě 5, kdy zdraví pro ně není ani absolutní prioritou, ani nemají těžkou hlavu z porušování životosprávy. Zhruba stejný počet mužů uváděl v odpovědi na tuto otázku hodnoty 1–4 a hodnoty 6–9. Jiná situace je u žen, které uváděly častěji odpovědi klonící se k tvrzení, že zdraví je pro ně absolutní prioritou, než že si ze životosprávy nedělají těžkou hlavu, a také četnost odpovědi 5 (ani/ani) nebyla v porovnání s muži relativně tak vysoká.

Další otázka byla zaměřena na četnost stravování. **Většina mužů i žen uvedla, že mají možnost stravovat se minimálně dvakrát či třikrát denně.** Ženy uváděly častěji než muži, že se stravují vícekrát než třikrát denně.

Lidské zdraví negativně ovlivňuje kouření. Respondenti byli proto požádáni, aby se vyjádřili k tomu, jaký je jejich vztah k cigaretám. **Téměř tři čtvrtiny mužů kouří, přibližně 20 % vykouří více než 20 cigaret denně.** Naopak nikdy nekouřilo jen 8 %

dotazovaných mužů. Také většina dotazovaných žen kouří, byť je procento příležitostného kouření u žen vyšší než u mužů a mírně více žen než mužů uvedlo, že nikdy nekouřilo.

S bezdomovstvím je často spojována nadměrná spotřeba alkoholu. **Každodenní pití alkoholických nápojů uvedlo 12 % dotázaných mužů, naopak 20 % uvedlo, že abstinují.** Polovina dotázaných mužů uvedla, že pije alkohol jednou týdně, maximálně jednou měsíčně. **Zcela jiné hodnoty byly zjištěny u žen. Polovina z nich uvedla, že abstinují, každodenní pití uvedla 4 % dotazovaných žen.**

Necelých 20 % dotazovaných mužů a žen uvedlo, že užívala někdy také jiné návykové látky než tabák a alkohol. Pokud drogy užívají, potom se nejčastěji jedná o *marihuanu nebo hašiš*, dále pak *stimulancia* (např. pervitin, amfetaminy, kokain) a *opiáty* (heroin). Nevýznamný počet mužů a žen bez domova uvedl, že užívá *inhaláty* (tj. těkavé látky, např. toluen), které jsou uváděny jako „droga chudých“. Relativní podíl užívání jednotlivých druhů ilegálních drog je u mužů a žen stejný s tím, že tyto látky užívají zpravidla denně nebo jednorázově.

Další otázkou, která souvisí se zdravím a životním stylem, byla možnost hygieny. **Téměř polovina mužů i žen bez domova uvedla, že má možnost hygieny denně. Přes 90 % všech dotázaných uvedlo, že mají možnost hygieny minimálně několikrát týdně.**

8.4.12 Dostupnost a spotřeba zdravotní péče

V posledních dvanácti měsících navštívilo z důvodu zdravotních obtíží praktického lékaře alespoň jednou 70 % mužů, respektive 79 % žen. Nejvíce mužů i žen navštívilo praktického lékaře pouze jednou. Nejčastěji (bez ohledu na počet návštěv) vyhledali péči pacienti/pacientky ve věku 40–50 let, více než 5 návštěv ročně uvádí relativně malé procento dotazovaných mužů a žen. **Statisticky významný je vztah mezi délkou bezdomovství a spotřebou tohoto druhu péče, kdy spotřeba tohoto druhu péče stoupá s rostoucí délkou bezdomovství. Statisticky významný je rovněž vztah mezi spotřebou péče praktického lékaře a subjektivním pocitem zdraví** (operacionalizovaný jak pomocí otázky „*Jak se v současné době zdravotně cítíte?*“, tak pomocí „teploměru“ dotazníku EuroQol), **kdy se zhoršujícím se vnímáním zdraví spotřeba péče roste.**

Z důvodu zdravotních obtíží navštívilo v posledních dvanácti měsících odborného ambulantního lékaře (včetně gynekologa) 50 % dotazovaných mužů,

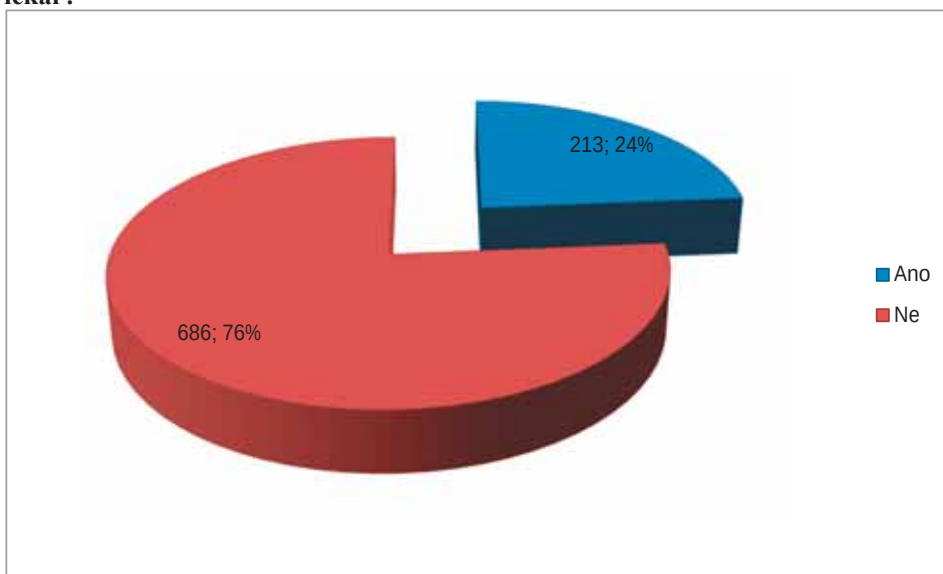
respektive 63 % dotazovaných žen. Nejvíce mužů i žen opět navštívilo odborného ambulantního lékaře pouze jednou, z hlediska věku (bez ohledu na počet návštěv) to bylo opět především ve skupině 40–50 let. Většina mužů, kteří odborného ambulantního lékaře navštívili, uváděla od jedné do tří návštěv. Obdobná situace byla také, co se týče četnosti návštěv u dotazovaných žen. **Stejně jako u péče praktických lékařů je spotřeba péče ambulantních specialistů statisticky významně ovlivněna subjektivním zdravím, kdy péči spotřebovávají více ti, kteří se cítí hůře.**

Zubního lékaře navštívilo v posledních dvanácti měsících pouze 39 % dotazovaných mužů, respektive 31 % dotazovaných žen. Zubního lékaře vyhledali dotazovaní muži i ženy opět nejčastěji jednou s tím, že více než dvě návštěvy uvedlo relativně malé procento dotazovaných mužů a žen. Z hlediska věku vyhledalo péči zubního lékaře opět nejvíce osob ve věku 40–50 let. U péče zubních lékařů nebyly nalezeny statisticky významné závislosti jako u péče praktických lékařů a ambulantních specialistů.

Za posledních dvanáct měsíců bylo hospitalizováno 37 % dotazovaných mužů, respektive 32 % žen. Dalece nejvýznamnější podíl mužů i žen byl hospitalizován jednou. Více než dvě hospitalizace uvedlo relativně malé procento dotazovaných. Muži i ženy byli nejčastěji hospitalizováni (bez ohledu na počet hospitalizací) ve věkové skupině 50–60 let. Také u hospitalizací nebyla statisticky prokázána závislosti na faktorech, jakými jsou pohlaví, dosažené vzdělání nebo délka bezdomovství.

Respondenti byli také dotázáni, jaké vidí možnosti zlepšení zdravotní péče pro sebe a lidi kolem nich. Odpovědi na tuto otázku lze členit do dvou hlavních okruhů. **Největší prostor pro zlepšení existuje podle jejich názoru v přístupu personálu, a to jak zdravotních sester, tak i lékařů.** Vztah zdravotníků k nim jako pacientům hodnotili spíše kriticky s tím, že by uvítali větší ochotu a více komunikace. Některým bezdomovcům také vadila určitá stigmatizace, kdy jsou označováni zdravotníky za bezdomovce a byli odmítnuti například v důsledku špatné hygieny. **Druhou největší možností zlepšení je podle dotázaných větší finanční dostupnost, a to zejména léčiv na předpis, kdy řada dotázaných považuje doplatky na tyto léky za příliš vysoké, což vnímá jako snížení dostupnosti péče.** Terčem kritiky se staly také spoluplatby u stomatologických ošetření. Někteří dotazovaní vidí možnost zlepšení péče také v **budování specializovaných zařízení pro bezdomovce, které by jejich potřeby zohlednili více než „běžná“ zařízení.**

Graf č. 27: **Užíváte trvale (aspoň 6 měsíců) nějaké léky, které Vám předepisuje lékař?**



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

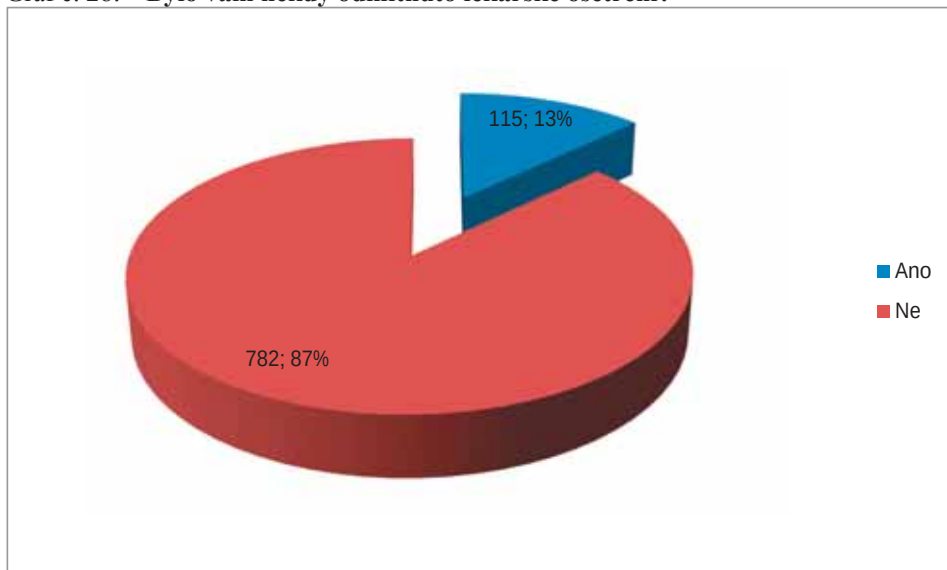
Léky na lékařský předpis užívá méně respondentů, než je počet těch, kteří uvedli, že trpí více než šest měsíců nějakou chorobou. S rostoucí délkou bezdomovství roste také počet těch, kteří z důvodů svých zdravotních obtíží uvádějí, že užívají léky na lékařský předpis.

Léky bez předpisu pak více jak tři měsíce užívá pouze 7 % dotázaných. Toto procento je pravděpodobně dáno vysokým počtem respondentů, kteří hodnotí jako nejvýraznější problém nákladnost léčiv.

Lékařské ošetření bylo odmítnuto 13 % dotázaných. **Nejčastěji subjektivně udávaným důvodem odmítnutí byla ztráta registrační kartičky zdravotní pojišťovny, neschopnost předložit občanský průkaz, informace zdravotnického personálu, že má jít pacient jinam, ale také neochota posádky sanitky k jejich převozu do nemocnice.** Významná část těch, kteří uvedli, že jim bylo odmítnuto lékařské ošetření, však důvod tohoto odmítnutí neuvedla. Statisticky významným preventivním faktorem odmítnutí lékařského ošetření je rostoucí věk respondentů, kdy starší respondenti uváděli méně často odmítnutí než respondenti mladší.

Vzhledem k nízké četnosti dat nelze příliš odpovědně zhodnotit, zda existují některá „bezdomovecky nepřátelská“ zdravotnická zařízení či lékaři.

Graf č. 28: Bylo vám někdy odmítnuto lékařské ošetření?



Zdroj: Dotazníkové šetření v rámci projektu Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty (vlastní zpracování).

8.5 Přehled hlavních zjištění

Šetření postihlo skupinu 900 bezdomovců „bez bytu“, a v zimních měsících také skupinu „bez střechy“ v Praze.

- **Základní socio-demografické charakteristiky:**
 - o mezi dotazovanými bezdomovci bylo přibližně 80 % mužů a 20 % žen,
 - o bezdomovci jsou nejčastěji osoby v produktivním věku,
 - o z hlediska rodinného stavu se jedná ve většině o osoby svobodné nebo rozvedené, kteří žijí samostatně (osaměle),
 - o 30 % dotázaných bezdomovců nemá žádné děti,
 - o přibližně polovina bezdomovců dosáhla nejvyššího vzdělání základního nebo vyučen/vyučena.
- **Ekonomická aktivita a příjem:**
 - o téměř tři čtvrtiny bezdomovců jsou nezaměstnaní, ale pouze třetina z nich je registrována na Úřadu práce,
 - o pokud již bezdomovci pracují, příjmy žen bez domova jsou nižší než bezdomovců mužů,
 - o asi 75 % bezdomovců uvedlo měsíční příjem nižší než 5 000 Kč.
- **Životní situace bezdomovství:**
 - o přibližně dvě třetiny bezdomovců jsou bez domova více než jeden rok,
 - o více než 40 % bezdomovců prošlo během svého života vězením,
 - o nejčastěji udávanou příčinou bezdomovství jsou partnerské rozvraty, rozvody a ztráta zaměstnání,
 - o jen asi 60 % bezdomovců se v době, kdy se stalo bezdomovci, obrátilo o pomoc, ačkoliv těm, kteří pomoc žádali, byla zpravidla poskytnuta,
 - o v zimě roste počet bezdomovců, kteří vyhledávají sociální služby,
 - o bezdomovci nejčastěji žádají a využívají možnost stavování a hygieny,
 - o třetina bezdomovců udává negativní zkušenosti se svým okolím nebo policií, která souvisí s jejich životní situací.
- **Zdravotní stav:**
 - o hodnocení zdraví se zhoršuje s rostoucím věkem (významně závisí na věku) s tím, že ženy se cítí hůře než muži, vliv délky bezdomovství nebyl v tomto ohledu statisticky prokázán,
 - o v porovnání se situací před rokem se nejvíce bezdomovců cítí stejně,
 - o většina bezdomovců nepovažuje svůj život za ideální, pokud by měli možnost, řadu věcí by změnil,
 - o přibližně 28 % mužů, respektive 37 % žen uvedlo, že aktuálně trpí nějakým chronickým onemocněním, s rostoucím věkem je výskyt chronických onemocnění častější (nejčastěji uváděnými onemocněními jsou duševní choroby/poruchy chování a kožní onemocnění, ale také vysoký krevní tlak),

- o muži i ženy bez domova hodnotí velmi kladně míru své pohyblivosti a schopnost sebeobsluhy, vysoké procento však uvádí bolesti/obtíže a úzkost/deprese,
- o existuje významná statistická závislost výsledku „škály“ v rámci EuroQolu na věku, kdy věk zhoršuje pozitivní hodnocení zdraví, naopak statisticky se nepodařila prokázat závislost na pohlaví a délce bezdomovství.
- **Životopráva:**
 - o většina bezdomovců má „bezproblémovou“ možnost stravování a hygieny,
 - o tři čtvrtiny bezdomovců jsou kuřáci,
 - o 12 % mužů a 4 % žen bez domova uvádějí, že denně konzumují alkohol, což je ovlivněno místem sběru dat, kdy podmínkou přijetí do organizace je střízlivý stav, což data naprosto zkresluje,
 - o přibližně 20 % bezdomovců má zkušenosti s nelegálními drogami, nejčastěji s marihuanou a hašišem, zanedbatelné procento uvedlo spotřebu inhalátů (např. toluenu), který je považován za „drogu chudých“.
- **Spotřeba a dostupnost péče:**
 - o v posledních dvanácti měsících navštívilo z důvodu zdravotních obtíží praktického lékaře alespoň jednou 70 % mužů, respektive 79 % žen,
 - o z důvodu zdravotních obtíží navštívilo v posledních dvanácti měsících odborného ambulantního lékaře (včetně gynekologa) 50 % dotazovaných mužů, respektive 63 % dotazovaných žen.
 - o zubního lékaře navštívilo v posledních dvanácti měsících pouze 39 % dotazovaných mužů, respektive 31 % dotazovaných žen,
 - o za posledních dvanáct měsíců bylo hospitalizováno 37 % dotazovaných mužů, respektive 32 % žen,
 - o bezdomovci navštěvují lékaře nebo jsou hospitalizováni nejčastěji pouze jednou ročně,
 - o léky na lékařský předpis užívá méně bezdomovců, než kolik jich uvádí léčená chronická onemocnění,
 - o bezdomovci pouze zřídka užívají volně prodejné léky,
 - o největší problém pro bezdomovce představuje finanční „náročnost“ předepisovaných léčiv,
 - o 13 % bezdomovců se setkala s odmítnutím u lékaře nebo ve zdravotnickém zařízení, a to z důvodů, které de jure nemohou být důvodem odmítnutí,
 - o pokud by mohli bezdomovci něco ve zdravotnictví změnit, chtěli by lepší vztahy zdravotníků k pacientům, zejména v oblasti komunikace.

8.6 Diskuse výsledků šetření

Vzhledem k počtu respondentů bylo dotazníkové šetření, provedené v roce 2005 pracovníky Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE), nejrozsáhlejší v ČR. V současné době jsou k dispozici také výsledky dalších dotazníkových šetření, která jsou však svým rozsahem řádově menší (srovnej MHMP 2008; Kosová, Barták 2007; ÚMČ Prahy 1 2007). Podle dostupných statistických údajů o bezdomovcích pokrylo šetření IZPE téměř třetinu populace bezdomovců v hlavním městě Praze (srovnej Hradecký a kol. 2004). **Z hlediska věkové struktury dominují osoby v „mladším“ produktivním věku**, což odpovídá také dalším realizovaným výzkumům v této oblasti (srovnej Hradecký a kol. 2004). **V populaci bezdomovců výrazně převažují muži nad ženami** (zhruba v poměru 80 % mužů a 20 % žen), což je struktura, která je zmiňována všemi dosavadními výzkumy, a to jak před rokem 2005 (srovnej Hradecká, Hradecký 1996), tak i sčítáními bezdomovců v hlavním městě Praha v roce 2004 (srovnej Hradecký a kol. 2004) a rovněž novějšími analýzami (srovnej např. ÚMČ Prahy 1 2007; MHMP 2008).

Nejčastěji se bezdomovci stávají osoby svobodné a rozvedené. Rozvody a rozpady vztahů jsou tedy důležitými faktory bezdomovství. Tento výsledek potvrdilo pozdější šetření provedené pracovníky ÚMČ Prahy 1 v roce 2007 (ÚMČ Prahy 1 2007).

Problémem lidí bez domova je také nízké vzdělání, které jim skýtá pouze omezenou možnost uplatnění na trhu práce, která je dále komplikována samotným bezdomovstvím, které nalezení, ale zejména udržení si práce výrazně znesnadňuje. **Vysoká míra nezaměstnanosti, která se v šetření týkala více než 70 % dotazovaných bezdomovců**, výše zmíněnou situaci potvrzuje. Nezaměstnanost, **velmi nízký příjem, kdy tři čtvrtiny dotázaných uvedli příjem do 5 000 Kč měsíčně**, ale také omezená schopnost žádat o sociální dávky (řada bezdomovců o sociální dávky v souvislosti se svou situací nežádá) jsou dalšími charakteristikami dotazovaných bezdomovců. **Stejně jako u bydlící populace jsou ženy bez domova z pohledu trhu práce oproti mužům více znevýhodněné, kdy pracující ženy bez domova dosahují průměrně nižšího výdělku než pracující muži bez domova.**

Překvapivě vysoké procento dotazovaných **uvedlo, že vyrůstali v úplné rodině**, což ovšem neznamená, že tato rodina byla z hlediska svých rolí plně funkční. Lze předpokládat, že zejména v roli socializační nebo emocionální mohla zklamat. **Rizikovým faktorem bezdomovství je také pobyt v dětském domově nebo diagnostickém ústavu**, kdy po propuštění část mladých lidí nebyla socializována na

život v „nechráněném prostředí“. **Výrazná část dotazovaných prošla vězením**, toto pozorování do určité míry potvrdil také pozdější průzkum populace bezdomovců na území MČ Prahy 1 (srovnej ÚMČ Prahy 1 2007). Pobyt ve vězení je rizikovým faktorem z pohledu rozpadu partnerského vztahu a ztráty předchozího bydlení.

Dvě třetiny dotázaných bezdomovců žijí bez domova dlouhodobě více než jeden, respektive dva roky. Tato zkušenost má pak závažné důsledky v řadě oblastí osobního i společenského života těch, kteří bezdomovství zakouší. **Nejčastější subjektivně uváděnou příčinou bezdomovství jsou rozpady vztahů** (především partnerské/manželské, ale také s rodiči), **následuje ztráta zaměstnání a až poté byla uváděna vlastní ztráta bytu**. Do jisté míry se tedy potvrzují zahraniční poznatky o příčinách bezdomovství (srovnej Fitzpatrick, Kemp, Klinker 2000). **Otázkou zůstává, zda lze vztahové rozvraty považovat za příčinu pouze individuální a/nebo zda jsou společensky determinovány**. Širší společenské faktory zcela jistě vliv na rozpady vztahů a manželství mají. U budoucích bezdomovců ovšem působí zejména nízká míra příjmu, kdy si partner po rozchodu/rozvodu není schopen nalézt nové bydlení (nestačí mu k tomu dostupné finanční ani sociální zdroje) a za určitou dobu se stává bezdomovcem.

Dotazovaní bezdomovci spali nejčastěji na ubytovnách, a to zejména v zimních měsících. Existuje **relativně** dobrá evidence, která dokládá, že s klesajícími teplotami roste zájem bezdomovců o sociální služby, zejména o nocleh, jídlo a ošacení (srovnej Kosová 2006, Kosová, Barták 2007). Vysoký podíl dotazovaných bezdomovců využívajících ubytoven je dán místem sběru dotazníků, kdy bezdomovci, kteří služby charitativních organizací vyhledávají, využívají také možnost ubytování. Pokud nenacházejí ubytování v různých typech ubytoven, přespávají bezdomovci nejčastěji u známých nebo na nádražích. V létě bezdomovci využívají příznivějšího počasí a volí „alternativnější“ způsoby, jako například spaní v lesích, parcích apod. **Bezdomovství je obvykle spojováno se spaním pod mostem**. Tuto možnost však většina dotázaných ani v létě ani v zimě neuváděla. Pokud se bezdomovci obrací o pomoc, pak nejčastěji na nestátní charitativní organizace, kde nejčastěji využívají možnost stravování, bydlení a hygieny. Díky těmto sociálním službám převážná většina bezdomovců nehladoví a má možnost alespoň omezené základní hygieny.

Dotazovaným bezdomovcům není cizí kouření, které je výrazným rizikovým faktorem některých zdravotních problémů a navíc jeho finanční náročnost odčerpává již tak omezené finanční zdroje bezdomovců. S bezdomovstvím je spojována spotřeba a

zejména levného a nekvalitního alkoholu. Každodenní pití alkoholických nápojů uvedlo 12 % dotázaných mužů, naopak 20 % uvedlo, že abstinují. Polovina dotázaných mužů uvedla, že pije alkohol jednou týdně, maximálně jednou měsíčně. Zcela jiné hodnoty byly zjištěny u žen. Polovina z nich uvedla, že abstinují, každodenní pití uvedla 4 % dotazovaných žen. Tyto údaje **nelze považovat za relevantní**, protože respondenti byli dotazováni v charitativních organizacích, kde je podmínkou přijetí střízlivý stav, a do odpovědi se tak projektovaly obavy, že přiznání časté spotřeby alkoholu by jim neumožnilo nadále služby v dané organizaci čerpat.

Bezdomovci se ve své situaci relativně málo obrací na svou rodinu, když s příbuznými udržují spíše jen sporadické nebo vůbec žádné kontakty. Zajímavým zjištěním je rovněž fakt, že bezdomovci se relativně málo obrací o pomoc na orgány veřejné správy, respektive místní samosprávy. **Určitá nedůvěra k úřadům je tedy dalším typickým znakem** dotazovaných bezdomovců. Nedůvěra či nezájem jsou také pravděpodobně příčinou toho, že prakticky polovina dotazovaných bezdomovců uvedla, že by v případě voleb nešla volit. Pokud by dotazovaní k volbám šli, volili by nejčastěji (možná překvapivě) ODS, což může být způsobeno především tím, že v době dotazování byla radní zodpovědná za sociální oblast z ČSSD a pracovníci organizací mohli svou subjektivní nespokojenost (například s financováním sociálních služeb) projektovat také na své klienty. Přestože charitativní organizace se zpravidla hlásí k církvím, nebyl počet potenciálních voličů KDU-ČSL mezi klienty bezdomovci příliš vysoký. Bezdomovci mají určité zkušenosti s násilím ze strany policie nebo ostatních občanů. Tyto problémy však mohou být řešeny pouze minimálně, protože většina bezdomovců je nikdy nikde nenahlásí.

Výše uvedené determinanty zdraví a faktory bezdomovství by se měly za jinak nezměněných podmínek projevit také v subjektivním hodnocení vlastního zdraví a spotřebě zdravotní péče dotazovaných bezdomovců.

Dotazovaní bezdomovci uváděli nejčastěji, že se cítí spíše dobře nebo někdy dobře, někdy špatně. Druhou nejčastější variantu odpovědi lze interpretovat spíše tak, že své subjektivní zdraví vnímají hůře. Ženy uvádí horší hodnocení než muži. Statisticky nebyla potvrzena u této otázky závislost na délce bezdomovství. Příčin tohoto výsledku může být více. Bezdomovci nemají možnost srovnání svého stavu, vzhledem k sociální izolaci, s dalšími populačními skupinami, **hodnotu zdraví a pojem cítit se dobře vnímají jinak než bydlící populace.** Zjištění, že se **aktuálně cítili mnozí bezdomovci stejně jako před rokem**, může být způsobeno obranným psychologickým

postojem, kdy si díky podvědomé snaze přežít **nemohou připustit, že se jejich zdravotní stav zhoršuje**, ačkoliv by tomu tak mohlo objektivně být, což by vysvětlovalo opět statisticky nevýznamnou souvislost s délkou bezdomovství. Bezdomovství je jen vzácně volbou a samotní bezdomovci nejsou se svou situací zpravidla spokojeni, když svůj život nepovažují za ideální a kdyby měli příležitost žít ho znovu, žili by jinak. **Déle než šest měsíců trpí nějakou chorobou častěji ženy než muži, ženy jsou více než muži nemocné v mladším věku.** Nejčastěji uváděná onemocnění patří do skupiny nemocí kůže a podkožního vaziva a nemocí duševních a poruch chování. Z konkrétních diagnóz může být do jisté míry překvapením relativně vysoký počet osob, které trpí epilepsií a diabetem. **Uváděná onemocnění mohou být často spíše důsledkem bezdomovství**, např. bércové vředy, ale také **jeho příčinou**, jako duševní onemocnění. **Léčba relativně často uváděné epilepsie nebo diabetu může být u bezdomovců problematická.**

Zajímavé výsledky přinesl také zařazený dotazník EuroQol. Zatímco u dimenzí kvality života pohyblivost, sebeobsluha a obvyklá činnost překvapivě velký podíl bezdomovců uvedl, že nemá žádné potíže, což může být opět způsobeno relativnějším vnímáním těchto dimenzí a nemožností srovnání bezdomovců s dalšími populačními skupinami, **dimenze bolest/obtíže a úzkost/deprese poukazují na výskyt těchto problémů u bezdomovecké populace.** Životní situace dotazovaných je stresující (srovnej např. Nakonečný 2004; Dzúrová a kol. 2000) a zaznamenaná míra úzkostlivosti/depresí může být významnou determinantou například duševních, ale také řady somatických onemocnění. Ženy jsou podle výsledků šetření úzkostlivější/depresivnější než muži. Také podíl dotazovaných bezdomovců, kteří uvedli středně velké bolesti/obtíže, napovídá, že bezdomovci při odpovědi na otázku celkového **zdraví své zdravotní problémy spíše relativizují.** Hodnocení zdraví na škále od nuly do sta závisí na věku, kdy s rostoucím věkem skóre hodnocení klesá. Statisticky nebyla prokázána váha pohlaví, ani délky bezdomovství. Také tento výsledek může být způsoben odlišným vnímáním zdraví samotnými bezdomovci, když svoje zdraví hodnotí pouze ve srovnání s ostatními bezdomovci a svůj stav na základě tohoto srovnání hodnotí dobře.

Pokud se dotazovaní bezdomovci dostali v posledním roce do kontaktu se zdravotnickými službami, bylo to nejčastěji s praktickým lékařem. Relativní dostupnost tohoto druhu péče lze vysvětlit především tím, že v některých charitativních organizacích, například v o. s. Naděje, byla v provozu (a s určitými problémy je

v provozu dodnes) ordinace praktického lékaře. Vyšetření praktickým lékařem byla také jedna z nutných podmínek například přijetí na ubytovnu, takže se jí klienti bezdomovci nemohli vyhnout. **Významné procento bezdomovců navštívilo praktického lékaře pouze jednou ročně, přestože uváděné zdravotní obtíže by si vyžádaly návštěvy častější.** Se zhoršujícím se vnímáním svého zdravotního stavu a rostoucím věkem bezdomovců spotřeba péče stoupá. Nízký počet návštěv neumožňuje kontinuitu péče. **Role praktických lékařů je z hlediska řešení zdravotních problémů klíčová.** Spotřeba péče ambulantních specialistů (včetně péče gynekologů) měřená počtem návštěv není rovněž ve srovnání s uváděnými zdravotními problémy vysoká. Péči ambulantních specialistů využívají více ženy než muži s tím, že s rostoucími pociťovanými obtížemi vyhledávají dotazování péči častěji. V charitativních zařízeních nejsou provozovány ordinace ambulantních specialistů, **což může být příčinou omezeného využívání tohoto druhu péče,** kdy bezdomovci v případě zdravotních obtíží musí navštívit lékaře mimo charitativní organizaci, což může být vzhledem k jejich charakteristikám problematické a řada bezdomovců z obavy z odmítnutí (byť tato obava může mít ryze subjektivní příčiny) raději péči nevyhledá. Zdravotní obtíže dotazovaných si u třetiny mužů a zhruba stejného podílu žen vyžádaly hospitalizaci. Závažným problémem v této souvislosti je fakt, že **bezdomovci se nemají po propuštění z nemocnice kam vrátit** a jejich doléčení/rekonvalescence tak představují závažný problém. Příčinou relativně vysokého počtu hospitalizovaných bezdomovců může být nižší spotřeba ambulantní péče, kdy hospitalizace je následně jedinou možností řešení jejich zdravotních obtíží.

Třináct procent bezdomovců uvedlo, že jim bylo někdy odmítnuto lékařské ošetření, a to z důvodů, které nemohou být v systému veřejného zdravotního pojištění, který se na většinu bezdomovců vztahuje, příčinou odmítnutí péče. Tyto „důvody“ mohly být využívány některými zdravotníky pro odmítnutí pacientů například z důvodů zanedbaného zevnějšku, špatné osobní hygieny nebo jako „prevence“ agresivity ze strany samotných pacientů bezdomovců.

Dotazovaní bezdomovci také spatřují největší možnosti zlepšení zdravotnického systému ve zlepšení vztahu pacient lékař, respektive pacient/zdravotník, na straně druhé zdravotničtí profesionálové argumentují agresivitou a nevhodným chováním (srovnej Šupková a kol. 2007).

Z hlediska dostupnosti léčiv je zajímavé zjištění, že užívání léků deklarovalo méně bezdomovců, než byl počet těch, kteří uvedli, že trpí dlouhodobými

zdravotními problémy. Toto zjištění by bylo možné interpretovat tak, že léčiva jsou pro některé bezdomovce nedostupná. Důvodem této nedostupnosti může být finanční náročnost, kterou řada bezdomovců zmiňovala. Přestože v době šetření byl potenciálně vždy k dispozici preparát bez doplatku, toto opatření se pravděpodobně u určité části bezdomovců minulo účinkem. **Pocitovaná finanční náročnost léčiv je pak patrná zejména u volně prodejných léčiv, která bezdomovci užívají pouze zřídka.**

Celkově by se mohlo zdát, že determinanty zdraví dotazovaných bezdomovců by mohly objektivně vést k horšímu zdravotnímu stavu, než jaký sami bezdomovci uvádějí. Možným vysvětlením tohoto jevu je **jiné vnímání zdraví a nemoci** ve srovnání s většinovou (bydlící) populací. Například změny v psychice osob, které bezdomovci zakouší při adaptaci na životní situaci bezdomovství (srovnej Vágnerová 1999), mohou být důvodem lepšího vnímání vlastního zdraví. Bezdomovci se také při hodnocení svého zdraví nesrovnávají s většinovou populací, takže své zdraví vnímají spíše v porovnání s dalšími bezdomovci, což může opět vést k lepšímu hodnocení, než jaké by přesněji odpovídalo jejich zdravotnímu stavu. Zjištěná spotřeba zdravotní péče u bezdomovců neodpovídá její potenciální potřebě, kdy například bez působení sociálního pracovníka nebo zdravotníka lékařskou péči sami z různých důvodů (obavy z odmítnutí, jiné vnímání nemoci, nedůvěra apod.) nevyhledávají.

9 Zdraví bezdomovců ve srovnání s většinovou populací

9.1 Možnosti a meze srovnání

Vzhledem k tomu, že údaje týkající se zdraví bezdomovců a jeho determinant nejsou zachyceny v rutinních statistikách, je nutné využít případné srovnání, či spíše hledání určitých symetrií s poznatky populačních šetření zdravotního stavu většinové populace. Rigorózní srovnání výsledků dotazníkového šetření zdravotního stavu bezdomovců a jeho determinant s výsledky průzkumů zdravotního stavu populace (např. ÚZIS 2003, 2004) není v klasickém smyslu možné, neboť by se zcela jistě stalo předmětem oprávněných metodologických i praktických kontroverzí.

Výběrová šetření o zdravotním stavu české populace (ÚZIS 2003, 2000) obsahují souhrnné výsledky periodicky se opakujících reprezentativních anketních průzkumů zdravotního stavu populace, respektive jsou součástí různých mezinárodních projektů, jako například Světové šetření o zdraví v ČR, které bylo iniciováno WHO (ÚZIS 2004). S rozvojem poznání jsou stále častěji do výběrových šetření i statistického vykazování zařazovány otázky/data, která se týkají zdraví ohrožených skupin obyvatelstva (srovnej EUPHIX 2008 nebo EUGLOREH 2007)³⁰.

Při sestavování v našich podmínkách vůbec prvního dotazníkového šetření o zdraví bezdomovců bylo využito poznatků jak výběrových šetření o zdravotním stavu české populace, tak i Světového šetření o zdraví v ČR, a to například při formulaci některých otázek, které se týkaly příjmu, životního stylu apod. Situace bezdomovství je však tak specifická, že řada otázek musela být zpracována na základě vlastního studia bezdomovství a od formulací ve výše uvedených šetření se odlišují, respektive je překračují, jak je tomu zejména u otázek, které se týkají životní situace bezdomovství. *Omezení srovnání v tomto případě vyplývá z určité odlišnosti otázek/jejich struktury.*

Dalším parametrem, který srovnání omezuje, je reprezentativnost. Výběrová šetření i Světové šetření jsou z hlediska výběru respondentů reprezentativní pro populaci ČR, což umožňuje nejen srovnávání například jednotlivých krajů naší země, ale také srovnání mezinárodní. Pro výběr vzorku bezdomovců však do značné míry chyběly údaje o populaci bezdomovců jako celku, včetně pouze velmi hrubých odhadů její velikosti a struktury. Tyto otázky provedené šetření, vzhledem k rozsahu, částečně

³⁰ http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100 [citováno 12. 3. 2008].

objektivizovalo. *Omezení je tedy způsobeno také reprezentativností vzorku zkoumaných bezdomovců vzhledem k celkové bezdomovecké populaci.*

Závažnější metodologickou otázkou je však možnost srovnávání populace bezdomovců a populace ČR (byť bezdomovci do populace ČR bezpochyby patří). Populace bezdomovců vykazuje, nejen podle výsledků dotazníkového šetření, zcela odlišné charakteristiky od celkové populace, jakými jsou například podíl žen, věková struktura, sociální a ekonomické postavení nebo místo života (srovnej Hradecká, Hradecký 1996; Barták 2005; později Hradecký a kol. 2007; ÚMČ Prahy 1 2007). Bezdomovství je charakterizováno jako sociální vyloučení v oblasti bydlení, kdy bezdomovci nemohou uspokojovat adekvátním způsobem jednu ze základních lidských potřeb. Samotné působení bezdomovství (kariéry bezdomovství) je oproti většinové populaci zcela zásadní proměnou. *Omezení tak spočívá obecně v možnosti srovnání populace ČR a populace bezdomovců.*

Určitým problémem může být také využití samotné metody subjektivního hodnocení zdraví, kdy bezdomovci a většinová populace hodnotí stejnými vyjádřeními zcela odlišné situace. Například cítit se velmi dobře znamená obecně pro bezdomovce něco jiného než pro většinovou (bydlící) populaci. *Omezení představuje tudíž také možnost odlišného hodnocení zdraví (případně jeho determinant) bezdomovci a většinovou populaci.*

9.2 Zdraví bezdomovců a většinové (bydlící) populace

Přes výše uvedená omezení můžeme hledat určité synergie či odlišnosti mezi oběma populacemi.

Již z pohledu srovnání základní demografické charakteristiky – pohlaví – můžeme sledovat významné rozdíly. Zatímco v šetřeních většinové populace (ÚZIS 2003, 2004) je podíl mužů a žen pro populaci ČR reprezentativní, a to v poměru přibližně 47 % mužů a 53 % žen, v populaci bezdomovců v rámci provedeného šetření výrazně dominují muži, kteří představují asi 80 % respondentů oproti 20 % žen. Tyto charakteristiky populace bezdomovců jsou však uváděny také dalšími prameny (Hradecká, Hradecký 1996; Barták 2004; později Hradecký a kol. 2007). Co se věkové struktury respondentů šetření týče, také se od populace ČR odlišuje tím, že mezi bezdomovci nejsou z pochopitelných důvodů zastoupeny děti a také osoby v seniorském věku nepředstavují výraznou skupinu bezdomovců. Z pohledu rodinného stavu dominují

celopopulačním šetřením osoby sezené, v populaci bezdomovců se setkáváme nejčastěji se svobodnými a rozvedenými, kteří nežijí s žádným partnerem. Celopopulační šetření kladla také otázku národnosti, kdy se více jak 90 % populace hlásí k národnosti české. Tato charakteristika nebyla u bezdomovců zkoumána s tím, že podle údajů poskytovatelů sociálních služeb představuje počet bezdomovců cizinců zanedbatelnou skupinu a většina bezdomovců se hlásí k české národnosti, což se potvrzuje například při vyřizování osobních dokladů apod. Oproti většinové populaci jsou bezdomovci méně vzdělaní, vysokoškolské vzdělání mají pouze jednotlivci, naopak se u bezdomovců výrazně častěji setkáváme se základním (nedokončeným základním) vzděláním. Další nesrovnatelnou kategorií je participace na trhu práce. Nezaměstnanost je jednou z charakteristik bezdomovství a představuje de facto normu. Pokud již bezdomovci pracují, pak zaměstnané ženy bez domova mají nižší příjem než muži bezdomovci, což je jev, který můžeme sledovat i u bydlící populace.

Další rozdíly můžeme sledovat také v oblasti životního stylu, zejména u kouření a spotřeby alkoholu. Mezi bezdomovci je více kuřáků než v bydlící populaci s tím, že v rámci bydlící populace patří mezi kuřáky nejčastěji osoby se základním a učňovským vzděláním (srovnej ÚZIS 2003, s. 37), což je vzdělání, které je u bezdomovců nejčastější. Významným faktorem, ovlivňujícím zdraví, je spotřeba alkoholu. Vzhledem k tomu, že byli bezdomovci dotazováni v zařízeních, která požadují jako podmínku pro poskytování sociálních služeb střízlivý stav, nevypovídali o spotřebě alkoholu pravdivě. Například dvacet procent mužů, respektive padesát procent žen bez domova uvedlo, že abstinují, což je výrazně více než u bydlící populace. Také každodenní spotřeba alkoholu by podle výsledků šetření byla častější u bydlící populace než u bezdomovců. Jiná situace je u nelegálních drog, kdy bezdomovci ve srovnání s většinovou populací užívají drogy častěji. Stejně jako u bydlící populace jsou mezi bezdomovci nejrozšířenější kanabinoidy (tj. marihuana a hašiš). Přes tento údaj však není bezdomovství v našich podmínkách spojováno s drogovou závislostí. Drogová komunita a komunita bezdomovců se vymezuje odlišně a také sociální problémy těchto dvou skupin jsou jiné.

Subjektivně vnímané zdraví bydlící populace se zhoršuje díky mnoha faktorům, které jsou pro bezdomovce typické. Jde například o věk, nízké dosažené vzdělání, nezaměstnanost nebo nízký příjem. V rámci většinové populace hodnotí svůj zdravotní stav hůře ženy než muži. Také ženy bez domova posuzují svůj zdravotní stav hůře než bezdomovci muži, starší bezdomovci se cítí hůře než bezdomovci mladší. Jistým

překvapením je fakt, že se statisticky nepodařilo prokázat vliv délky bezdomovství na subjektivně vnímané zdraví. Přestože by výsledky u populace bezdomovců mohly být srovnány se zdravím bydlící populace (ÚZIS 2003, 2004), je vnímání zdraví u bezdomovců spíše horší než u bydlící populace s tím, že bezdomovci jsou ke svému zdraví méně vnímaví než bydlící populace.

Co se týče se zdravím související kvality života, cítí se bezdomovci překvapivě v některých jejích dimenzích lépe než bydlící populace (např. pohyblivost, péče o sebe), což však svědčí spíše o méně senzitivním vnímání těchto dimenzí bezdomovci než o skutečném stavu. K podobným výsledkům (u bydlících a bezdomovců) lze dospět u dimenzí bolest/obtíže nebo úzkost/deprese. Ženy bez domova pociťovaly větší bolesti a úzkost než bezdomovci muži, což odpovídá také zjištěním u většinové populace. Vzhledem k odlišnostem v metodice lze vnímání zdraví bezdomovců v těchto oblastech hodnotit jako horší než u respondentů celopopulačních šetření.

Bezdomovci méně často než bydlící populace trpí, podle svého vyjádření, chronickými onemocněními, což opět spíše reflektuje jejich vnímání nemoci než reálný zdravotní stav. Zatímco bydlící populace uvádí jako nejčastější chronickou nemoc artrózu, hypertenzi a potíže s páteří, bezdomovci uvádí spíše kožní nebo duševní onemocnění, ale uváděli také hypertenzi nebo diabetes. Vyšší výskyt duševních chorob mezi bezdomovci byl potvrzen také studií o duševním zdraví bezdomovců (viz Dragomirecká, Kubisová, Anděl 2004).

Pozornost zasluhuje také zvážení rozdílů v oblasti tzv. sociálního zdraví. To je u bezdomovců výrazně horší než u populace bydlící. Bezdomovci nacházejí méně sociální podporu, ale mnohdy ji ani nevyhledávají, setkáváme se u nich často s odloučením od rodiny, přestože tři čtvrtiny uvádějí, že mají přátele, můžeme diskutovat kvalitu těchto vztahů.

V posledních dvanácti měsících navštívilo, možná překvapivě, praktického lékaře i ambulantní specialisty v podstatě srovnatelné procento mužů i žen z populace bydlící i bezdomovecké. Frekvence návštěv u lékaře je ovšem u bezdomovců nižší (často se omezuje na jedinou návštěvu ročně). Výrazně méně než bydlící populace uvádějí bezdomovci spotřebu péče zubních lékařů, což může být způsobeno zejména vyšším zatížením spoluplatbami. Bezdomovci jsou také relativně často (v porovnání s bydlící populací) hospitalizováni, což může být způsobeno zdravotními riziky bezdomovství (struktura onemocnění), nižší spotřebou péče praktických lékařů a

ambulantních specialistů i posunem hranice, kdy bezdomovci začínají považovat své zdraví za problém a kdy si jejich stav vyžaduje již nemocniční péči.

Z pohledu dostupnosti péče je nutné poznamenat, že části bezdomovců nebyla, podle jejich vlastního vyjádření, v některých případech péče poskytnuta. Bezdomovci spotřebovávají méně léků, a to jak na předpis, tak nepředepsaných (volně prodejných). Léky bez předpisu užívá jen velmi malé procento bezdomovců, což může být dáno jejich finanční náročností, ale také životním stylem bezdomovců, kteří připisují zdraví jiný význam než populace bydlící.

Přes výše uvedené limity nám zvážení podobností a odlišností zdraví bezdomovců a bydlící populace může přinést odpovědi na některé podstatné otázky, které se týkají zdraví této specifické populační skupiny, ale také cenné náměty pro další výzkum i praktické intervence v oblasti zdraví bezdomovců.

10 Výsledky focus group zdraví bezdomovců a jeho determinanty

Cílem focus group³¹, která byla uspořádána v roce 2005 v rámci projektu IZPE (viz úvod), bylo získat informace o postojích těch, kteří se s bezdomovci a jejich zdravotními problémy setkávají ve své každodenní práci, ale také poznatky, které by byly využitelné při konstrukci dotazníkového šetření a mohly doplnit jeho zjištění (viz výše). Vzhledem k relativnímu „stáří“ výsledků focus group jsou k dispozici také nové poznatky, získané rozhovory s aktéry (srovnej Šupková 2007; Kolektiv autorů 2007). Následná šetření potvrdila mnohé poznatky z této focus group, a to také díky tomu, že byly dotazovány identické osoby, respektive zástupci organizací, které poskytují bezdomovcům sociální služby. Poznatky focus group v rámci projektu IZPE lze považovat za stále relevantní a některých zjištění bylo využito například při tvorbě definice bezdomovství v rámci projektu spolufinancovaném ESF a MPSV (srovnej Hradecký, Barták, Cvrček 2007). S výsledky focus group byla odborná veřejnost seznámena v letech 2005 a 2006 (Barták, Hnilicová, Horáková 2006). Skupinový rozhovor se týkal těchto okruhů:

- **bezdomovství jako veřejný problém** a reakce aktérů (zkušenosti „praktiků“ v péči o bezdomovce), „who is who“ v oblastech odpovědnosti, řešení a prevence problematiky bezdomovství v ČR;
- **zdravotní stav bezdomovců**, nejčastější onemocnění a jejich vývoj, příčiny nemocí u osob bez domova, zdravotní rizika pro ostatní populaci;
- **determinanty zdraví bezdomovců** – demografické charakteristiky, příčiny bezdomovství v ČR podle názorů zástupců pomáhajících organizací, model typického bezdomovce v ČR. Odhad významnosti jednotlivých determinant; dostupnost zdravotní péče – zkušenosti z praxe.

10.1 Definice bezdomovství

Účastníci ohniskové skupiny se shodli, že obecně přijímaná a ustálená definice v ČR neexistuje. Za bezdomovce je u nás zpravidla považován jedinec, který žije přímo na ulici nebo vyhledává pomoc charitativních organizací. Skutečnost, že u nás doposud chybí takováto definice, je vnímána jako problém, který má v praxi své důsledky. Organizace poskytující sociální a další služby této skupině klientů si pro své potřeby

³¹ Účastníky focus group byli P. Háva (IZPE), H. Hnilicová (IZPE, I. LF UK), L. Nesvadbová (IZPE, VFN), M. Barták (IZPE), L. Varga a M. Dušková (o. s. Naděje), P. Homolka (o. s. Armáda Spásy) a M. Kadlec (ÚMČ Praha 1).

zpravidla vytvářejí své vlastní, operativní definice. Většina účastníků uváděla, že definice, které si jejich organizace vytvořily, je nutné neustále zpřesňovat, tak aby odpovídaly potřebám klasifikace klientů pro poskytování sociálních a dalších služeb. Je to potřeba také v komunikaci s úřady a politickými reprezentanty na místní úrovni.

Neexistence definice bezdomovství je vnímána jako komplikace také mezi některými aktéry veřejné politiky, kteří upozorňují na skutečnost, že problém neexistence definice bezdomovství je zachycen rovněž v Národním akčním plánu boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení (MPSV 2004) a že definice bezdomovství je prvním krokem k dokonalejšímu zmapování situace v ČR a k jejímu následnému řešení.

10.2 Determinanty zdravotního stavu bezdomovců

Ohledně determinant zdravotního stavu bezdomovců panovala mezi účastníky focus group shoda. Kariéra bezdomovství podle jejich názoru začíná často mnoho let před tím, než se člověk bezprostředně ocitá na ulici. Mezi klienty se výrazně často vyskytují lidé z rozpadlých, neúplných a dysfunkčních rodin, lidé, kteří prošli dětskými domovy, vězením, psychiatrickými léčebnami, neúspěšným protialkoholním léčením. Bezdomovci zpravidla zažili partnerské a manželské kolapsy, po nichž zejména muži opouštějí dosavadní bydliště s partnerkou (a dětmi), aniž mají zajištěnou adekvátní náhradu bydlení.

Participantům byla položena otázka, která se týkala vzdělanostní struktury lidí bez domova. Z odpovědí vyplývá, že se téměř nesetkávají s negramotnými klienty, mezi časté vzdělání bezdomovců patří základní, popřípadě tzv. praktická škola. Mezi bezdomovci však také existuje nezanedbatelné procento lidí s ukončeným odborným vzděláním. Podle očekávání se vysokoškoláci mezi bezdomovci vyskytují pouze v ojedinělých případech.

V posledních letech roste počet mladých lidí bez domova, naopak počet bezdomovců v důchodovém věku zůstává relativně nízký. V ČR je bezdomovství spíše problémem mužů než žen (muži tvoří kolem 80 % z celkového počtu bezdomovců) v produktivním věku. Zkušenost ukazuje, že nejvýznamnějším rizikovým faktorem bezdomovství je nadměrná konzumace a následná závislost na alkoholu.

10.3 Zdravotní stav bezdomovců

Ve skupině byli zastoupeni jak odborníci, kteří se zabývají poskytováním sociálních služeb pro bezdomovce, tak i lékaři, kteří jim poskytují zdravotní péči.

Stanoviska jednotlivých účastníků diskuse byla tedy založena na jejich osobních zkušenostech. Jako závažný problém se jeví vyšší výskyt infekčních nemocí a nebezpečí jejich šíření. Sociální pracovníci uváděli řadu příkladů z praxe, kdy se v jejich organizaci objevili lidé bez domova s infekční nemocí, a to počínaje nakažlivými kožními onemocněními, až po závažné případy aktivní TBC. V souvislosti s TBC účastníci velmi oceňovali programy screeningu TBC u populace bezdomovců.

Sociální pracovníci upozorňovali také na fakt, že řada jejich klientů trpí závažnými duševními onemocněními. Problémem je zejména to, že psychicky nemocní bezdomovci nemají vesměs pravidelnou psychiatrickou péči, neberou potřebné léky. Sociální pracovníci mají pouze omezené možnosti pomoci, tudíž je nezbytné, aby tuto problematiku řešila odborná psychiatrická pracoviště.

Zúčastnění experti zároveň poukázali, že vysoké procento klientů tvoří osoby, které mají určité problémy s alkoholem. Míru závislosti na omamných a psychotropních látkách hodnotili diskutující pouze na základě vlastních zkušeností a vyhnuli se zobecnění. Lékaři, kteří pracující s touto cílovou skupinou, potvrdili, že jejich pacienti trpí nadprůměrně chronickými onemocněními a závažnými duševními onemocněními a poruchami. Lékaři spatřovali problém rovněž v tom, že tito klienti často nemají kompletní zdravotnickou dokumentaci, a stanovení anamnézy je velmi složité, někdy téměř nemožné, což znesnadňuje určení přesné diagnózy.

10.4 Dostupnost zdravotnických služeb pro bezdomovce

Dalším diskutovaným a z hlediska zdravotního stavu a jeho determinant relevantním tématem byla problematika dostupnosti zdravotnických služeb pro bezdomovce. Participanti na několika skutečných případech zpochybnili naplnění zákonem stanovené garance dostupnosti zdravotní péče pro všechny občany. Situace se liší podle toho, zda má nebo nemá daná pomáhající organizace vlastní lékařskou ordinaci. Pokud je ordinace umístěna přímo v pomáhajícím zařízení, problémy většinou nejsou. Ty vznikají, pokud zařízení ordinaci nemá, ale také pokud je třeba odeslat pacienta bez domova na další vyšetření.

K tomuto tématu byla velmi živá diskuse, která ukázala, že situace bývá mnohdy kritická, když bezdomovec potřebuje hospitalizaci. Lékaři v mnoha případech odmítají bezdomovce do nemocnice přijmout a argumentují tím, že nejsou dostatečné zdravotní důvody k hospitalizaci a že nemocnice není sociálně-charitativním zařízením. Sociální pracovníci, kteří doprovázejí takového člověka, musí vynaložit značné osobní úsilí a

musí mít výrazné přesvědčovací schopnosti, aby svého klienta do nemocnice umístili, protože mu v azylových zařízeních nelze poskytnout ani základní ošetrovatelskou péči, kterou nutně potřebuje.

Druhým problémem je fakt, že bezdomovci bývají z nemocnice předčasně propouštěni, předčasně v tom smyslu, že jejich zdravotní stav již vyžaduje pouze domácí léčení, které však v jejich případě není možné zajistit. Toto značně komplikuje situaci sociálních pracovníků, kteří jsou v přímém a soustavném styku s lidmi bez domova, kteří by měli a také chtějí pomoci, ale nevědí jak. Sami nemají žádné zdravotnické vzdělání, neumějí kompetentně posoudit aktuální zdravotní stav, zejména ale nemohou zajistit svému klientovi bydlení a potřebnou péči. To, co nabízejí, je soucítění s těmi nejpotřebnějšími, to však na vyřešení situace nestačí.

Zdravotníci a sociální pracovníci se ve většině případů lišili v názoru, zda primární důvody hospitalizace jsou zdravotní nebo sociální. Zatímco sociální pracovníci zastávají názor, že důvody jsou především zdravotní, lékaři téměř vždy zdůrazňují sociální charakter problémů daného člověka, který však nechťejí brát v úvahu při rozhodování o léčbě. Podle názorů jednoho diskutujícího charitativního pracovníka někteří lékaři nedostatečně přihlížejí k širším sociálním souvislostem onemocnění – tedy bezdomovství pacienta. Výjimkou nejsou ani situace, kdy došlo dle názorů sociálních pracovníků k porušení zákona i lékařské etiky a byla v daném případě odmítnuta potřebná zdravotní péče. Na základě metody pokusu a omylu si pomáhající organizace vytvořily síť lékařů, kteří pečují o zdraví klientů s tím, že např. do jedné ordinace je doporučen pouze omezený počet pacientů-bezdomovců měsíčně.

Pro tvorbu zdravotní politiky zaměřené na populaci bezdomovců je významné také zjištění, že pokud lékař přijímá pacienty bez domova ve své obvyklé ordinaci, kam docházejí i jeho „normální“ pacienti, tj. mimo ordinaci umístěnou přímo v charitativních zařízeních, je to pro něj z jistého pohledu rizikové počínání. Takoví lékaři záhy pozorují odliv svých bydlících pacientů, postupně je ztrácejí, což lze vysvětlit problematičností pacientů-bezdomovců, jejichž přítomnost v čekárně ostatní pacienty odrazuje.

10.5 Přehled hlavních zjištění

- **Definice bezdomovství**
 - Nedostatečná definice bezdomovství ztěžuje jeho efektivní řešení.
 - Sebelepší definice musí být rozšiřována a zpřesňována v závislosti na společenském vývoji.
- **Determinanty zdravotního stavu bezdomovců**
 - Nejvýznamnější determinantou zdravotního stavu bezdomovců je samotné bezdomovství.
 - Mezi bezdomovci se vyskytují ve vysoké míře problémy s alkoholem, bezdomovci jsou vystavováni výrazným stresovým situacím (sociálním, vztahovým), což ovlivňuje jejich duševní zdraví.
- **Zdravotní stav bezdomovců**
 - Bezdomovci trpí často infekčními onemocněními.
 - U bezdomovců se vyskytují ve vysoké míře duševní poruchy a onemocnění.
 - Většina bezdomovců má problémy s alkoholem či je na něm závislá.
- **Dostupnost zdravotnických služeb**
 - Nejlépe zajistí dostupnost péče zdravotnická zařízení přímo u poskytovatelů sociálních služeb.
 - Přijetí pacienta-bezdomovce může být pro lékaře riziko z pohledu odlivu pacientů „bydlících“.
 - Hospitalizace bezdomovců i jejich převozy do nemocnice jsou mnohdy problematické.
 - Po propuštění z nemocnice se bezdomovci vrací zpět na ulici a jejich „doléčení“ je nejisté.

10.6 Diskuse poznatků focus group

Profesionálové, kteří se ve své každodenní práci s bezdomovci setkávají se špatným zdravím svých klientů, jej hodnotí vzhledem ke své možnosti srovnání hůře než bezdomovci samotní, kteří si řadu zdravotních problémů nebo zdravotních rizik částečně nebo zcela neuvědomují. Velkým problémem poskytování péče je také často zcela chybně nebo velmi neúplná zdravotnická dokumentace, z hlediska nedostupnosti je to pak odmítání bezdomovců na základě důvodů, které nejsou z pohledu platných zákonů možné. Otázkou zůstává, zda se v těchto případech jedná o individuální selhání konkrétních zdravotníků, nebo o nedokonalost celého systému. Zdá se, že často již pouze deklaratorní podpora klíčových principů zdravotnického systému (např. spravedlnosti) může vést k osobním selháním jednotlivců.

10.6.1 Doplnění poznatků focus group

Vzhledem k tomu, že postoje jednotlivých aktérů se mohou v čase měnit, bylo v průběhu roku 2007 a prvního čtvrtletí 2008 provedeno několik neformálních doplňujících rozhovorů s vybranými účastníky (resp. zástupci zúčastněných organizací) výše uvedené skupiny tak, aby měli možnost se vyjádřit ke stejným okruhům, které diskutovali v roce 2005³². Dotazování se odvolávali na objektivizaci některých poznatků v rámci aktivit projektu, který se věnoval definici bezdomovství (Hradecký, Barták, Cvrček 2007) a zdraví bezdomovců (Šupková a kol. 2007).

Z hlediska pracovníků a poskytovatelů sociálních služeb představovalo největší výzvu naplnění podmínek, které na ně nově kladl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to například nutnost registrace nebo vypracování standardů kvality sociálních služeb. Velmi diskutovanou oblastí z hlediska další udržitelnosti služeb bylo financování v podmínkách nového zákona. Dotazování celkově vyjadřovali určité obavy z implementace tohoto nového zákona, zejména v dlouhodobém časovém horizontu. Naopak pozitivně hodnotili možnost čerpat na sociální služby pro bezdomovce zdroje ze strukturálních fondů EU, byť upozorňovali na administrativní náročnost celého procesu.

Z hlediska zdraví bezdomovců nebyly uváděny významně odlišné poznatky, než jaké již zazněly v rámci focus group. Zcela jiná byla otázka dostupnosti zdravotní péče pro bezdomovce, která byla diskutována jak v kontextu kroků ministra zdravotnictví Julínka, tak i aktuálního vývoje podmínek poskytování zdravotní péče – stěhování (potenciální neexistence) z hlediska primární péče klíčové ordinace o. s. Naděje v centru Prahy. Zaváděné poplatky ve zdravotnictví byly shodně podrobeny kritice a byla vyjádřena obava z dalšího snížení dostupnosti péče pro bezdomovce.

Podle vyjádření o. s. Naděje je možný následující postup. Lékař (v souladu se zákonem) nevyžaduje přímo úhradu, ale uznání závazku, tj. toho, že bezdomovec byl ošetřen. Dluhy na těchto poplatcích jsou pak „řešeny“ v rámci organizace.

³² Šlo konkrétně o L. Vargu (o. s. Naděje), D. Šupkovou (o. s. Naděje), P. Pěnkavu (ÚMČ Praha 1 – ten byl na focus group zastupován M. Kadlecem).

11 Analýza bezdomovství v ČR v mezinárodním kontextu

Na vznik sociální situace bezdomovství v ČR působí jak strukturální faktory, tak faktory rizikové a v neposlední řadě také tzv. spouštěcí události (mechanismy), které jsou bezprostřední příčinou toho, že se jedinec ocitá na ulici. S využitím výsledků dotazníkového šetření zdravotního stavu bezdomovců a jeho determinant (viz výše) je možné předložit následující model vzniku sociální situace bezdomovství, který zohledňuje faktory, které udávají samotní bezdomovci. Je zřejmé, že „mix“ faktorů, které působí na vznik bezdomovství, může být (a v praxi také je) individuální.

Schéma č. 15: Model faktorů působících na vznik bezdomovství v ČR

Strukturální faktory	Charakteristiky	Rizikové faktory	Spouštěcí mechanismy
Změny v oblasti rodinného života	Produktivní věk	Nadměrná konzumace alkoholu/drog	Manželský nebo partnerský kolaps
Situace na trhu práce	Mužské pohlaví	Nezaměstnanost/předlužení	Odchod z domu rodičů po hádce
Chudoba	Nízký socioekonomický status (vzdělání, příjem)	Zkušenost s vězením/dětským domovem	Smrt rodičů/příbuzných
„Necitlivost“ a selhání veřejných politik	Rodinný stav svobodná/ý, rozvedená/ý	Ztráta bytu, dluhy na nájemném, soudní exekuce	Odchod z institucí (vězení, dětský domov)

Zdroj: Fitzpatrick et al. 2000 (vlastní zpracování s využitím analytického rámce).

Zdá se, že hlavními strukturálními příčinami bezdomovství jsou v podmínkách ČR (podle názoru samotných bezdomovců, ale také těch, kteří s nimi pracují) problémy rodinných či partnerských vztahů, ale také nezaměstnanosti a chudoby. Přestože by řada autorů mohla považovat rodinné či partnerské rozvraty za příčinu individuální, lze jejich původ spatřovat ve velké míře v celospolečenských změnách – vnímání rodiny a partnerského soužití. Nicméně bezdomovcem se nestane (až na drobné výjimky) osoba s vysokým socioekonomickým statusem. Chudoba je stále významnou příčinou bezdomovství. Určitá námitka by mohla zazníť s odvoláním na existenci systému sociálního zabezpečení. V této souvislosti je třeba poznamenat, že bezdomovci mnohdy

o pomoc (na kterou mají zákonný nárok) nežádají a možnosti poskytovatelů sociálních služeb jsou v této oblasti omezené a závisí také na míře spolupráce samotných uživatelů služeb – bezdomovců. Samotná ztráta bytu (např. díky dluhům na nájemném, exekucím v důsledku nesplacených hypoték apod.) není v našich podmínkách prozatím významnou primární příčinou bezdomovství, respektive ti, kteří o byt přijdou, jsou často schopni obstarat si náhradní bydlení, či je jim dokonce zajištěno.

Pohled bezdomovců je do značné míry v rozporu s pohledem pracovníků pomáhajících profesí, zdravotníků a dalších skupin, kteří se s bezdomovci setkávají v rámci své každodenní práce. Z jejich pohledu je bezdomovství často důsledkem alkoholismu a špatného, zejména duševního zdraví. Tyto problémy se u bezdomovců skutečně objevují výrazně často, nicméně bezdomovci je vnímají odlišným způsobem a za příčinu bezdomovství je nepovažují.

Řešení bezdomovství má v ČR zejména po roce 2000 výrazné vazby na Metodu otevřené koordinace sociálních politik EU a po roce 2004 také na financování z prostředků evropských strukturálních fondů ESF. Naopak na úrovni regionální je řešeno koncepčně prakticky až od roku 2006 (např. první celopražská koncepce byla zpracována až v roce 2008).

Bezdomovství je v ČR spojováno především s hlavním městem Prahou, kde se bezdomovci koncentrují. V rámci hlavního města se pak s **bezdomovci setkáváme nejčastěji v centru**, tedy na Praze 1 (viz ÚMČ Prahy 1 2007, s. 16). V databázi Poradny pro osoby bez přístřeší Prahy 1 byly sledovány počty bezdomovců, kteří navštívili sociálního kurátora této městské části od 1. 1. 2003 do 31. 12. 2006³³ podle místa jejich trvalého pobytu (ÚMČ Prahy 1 2007, s. 14). Ve sledovaném období kurátora kontaktovalo 6 000 bezdomovců (osob, které se aktuálně nacházely v situaci bezdomovství). Z grafu je patrné, že *téměř polovina osob měla trvalý pobyt na území hlavního města Prahy*. To ovšem neznamena, že bezdomovství se netýká také jiných krajů (minimálně z pohledu „zdroje bezdomovců“ pro hlavní město), nicméně v dalších krajích ČR je bezdomovství méně častým jevem.

³³ Obdobná longitudinální data má k dispozici také např. o. s. Naděje. Autor byl informován v závěru roku 2007 Ing. Prudkým z CESES FSV UK, který se analýzou těchto dat zabýval, že výsledky jejich analýzy budou publikovány v sešitu CESES FSV UK, doposud (první čtvrtletí 2008) však nejsou k dispozici.

3D pie chart showing the distribution of tourists by region in the Czech Republic in 2008. The largest share is from Prague (Praha) at 47%, followed by Středočeský kraj at 10%, Ústecký kraj at 8%, and others at smaller percentages.

Region	Percentage
Praha	47%
Středočeský kraj	10%
Ústecký kraj	8%
Liberecký kraj	8%
Královehradecký kraj	3%
Pardubický kraj	3%
Karlovarský kraj	3%
Plzeňský kraj	3%
Jihočeský kraj	3%
Other regions	2% (multiple categories)

Bezdomovci se nekoncentrují v Praze díky širokému spektru sociálních služeb, ale především proto, že se domnívají, že v Praze mají lepší ekonomické vyhlídky než v místě svého původního života. Když se tento předpoklad nenaplní, již se většinou „domů“ nevracejí a zůstávají.

Následující podkapitoly jsou věnovány diskusi vybraných podmínek, které spoluutváří společenský kontext, ve kterém bezdomovství v ČR jako společenský fenomén vzniká a naneštěstí se také rozvíjí.

Rodinné prostredie má zásadný význam z hľadiska socializácie jedince, vybavuje ho určitou mierou sociálneho kapitálu, predstavuje pro ne (alespoň) po časť života jednu z elementárnych jstot, miesto bezpečia, intimity a naplnovanie rady dôležitých ľudských potrieb. Bezdomovci vnímajú rozpad rodiny či partnerstvá ako hlavnú príčinu svojho bezdomovstva. Národná správa o rodine (MPSV 2004, s. 11) konštatuje štruktúrnú lhostejnosť spoločnosti voči rodine, čož podľa této správy predstavuje prirodzené východisko rodinnej politiky (viz MPSV 2004, s. 12). V 90. letech minulého stoloia a počiatkom nového milénia zaznamenávame rastouci počet svobodných i rúst počtu nesezdaných soužití (viz MPSV 2004, s. 25). Svou roli hraje také relativně vysoká míra rozvodovosti a v devadesátých letech zvyšující se podíl rozvodů bezdětných manželství (MPSV 2004, s. 28). Zejména rozvedení žijí ve vysokém procentu v domácnostech

jednotlivce, a to již ve věkové skupině 35–39 let (MPSV 2004, s. 42). Z pohledu vnitřních rodinných vztahů není rodina zcela odolná různým vnějším vlivům, a to zejména ekonomickým, kdy normou se do určité míry stává individualismus a úspěch. Případné ekonomické neúspěchy, obtíže při zajišťování bydlení či nezaměstnanost vedou k napětí v rodině či vztazích a k jejich rozpadům. Rodina musí čelit také řadě sociálních a kulturních vlivů (viz MPSV 2004, s. 52). S výše uvedenými situacemi se většina těch, kteří je zakouší, více či méně úspěšně vyrovná, nicméně tyto situace v kombinaci s dalšími faktory vytváří prostředí, ve kterém může dojít ke vzniku bezdomovectví. Možným způsobem prevence v této oblasti je podpora rodinné soudržnosti, či výchovy k odpovědnému partnerství a rodičovství, tak jak ji chápe např. Národní koncepce rodinné politiky (viz MPSV 2005a). Výchova k odpovědnosti a podpora soudržnosti jsou z hlediska prevence bezdomovství vhodné cíle, nicméně jejich naplnění není krátkodobým úkolem a také případné výsledky se projeví často se zpožděním.

11.1.2 Situace na trhu práce

Situace na trhu práce je dalším z důležitých strukturálních faktorů bezdomovství. Přestože se v ČR průměrná **míra nezaměstnanosti** od roku 2004 snižuje,³⁴ stále sledujeme výrazné regionální rozdíly mezi jednotlivými kraji ČR, kdy nejvyšší průměrnou míru nezaměstnanosti stabilně sledujeme v krajích Ústeckém a Moravskoslezském a naopak nejnižší v hl. městě Praze a Středočeském kraji.³⁵ Nezaměstnanost nepostihuje všechny skupiny obyvatel stejnoměrně. Nejvíce ohroženými jsou osoby, u kterých dochází ke kumulaci několika handicapů. Jde například o kombinaci věku nad 50 let, nízkého vzdělání, zkušenosti s vězením (záznam v rejstříku trestu), zdravotního handicapu a podobně. Problémem je rovněž stále existující diskriminace žen, a to jak z hlediska výše příjmu, tak i sladování osobního a pracovního života (srovnej MPSV 2006, s. 47). Navíc ženy čelí více než muži nezaměstnanosti dlouhodobé, která stále zůstává výrazným problémem, který se týká opět těch, kteří čelí výše uvedené kumulaci několika znevýhodnění. Podíl dlouhodobě nezaměstnaných byl ke konci roku 2005 asi 41 %, a to zejména díky růstu počtu nezaměstnaných nad 24 měsíců (MPSV 2006, s. 47). Nezaměstnanost, zejména dlouhodobá, vyvolává nejen problematickou situaci ekonomickou, ale také sociální

³⁴ Srovnej MPSV : Průměrná míra nezaměstnanosti od roku 1997, dostupný z http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/casove_rady[citováno 10. 3. 2008].

³⁵ Srovnej MPSV : Průměrná míra nezaměstnanosti od roku 1997, dostupný z http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/casove_rady[citováno 10. 3. 2008].

(srovnej např. Vágnerová 1999). S prodlužující se délkou nezaměstnanosti klesá motivace, ale také reálné možnosti a dovednosti nezaměstnaných opětovně se začlenit na otevřený trh práce, roste u nich výskyt sociálně patologických jevů (Vágnerová 1999, s. 410). Zapojení těchto osob zpět na trh práce je z odborného i finančního hlediska náročné a vyžaduje si spíše zvláštní projekty, které přesahují možnosti opatření klasických nástrojů pasivní a aktivní politiky zaměstnanosti.

11.1.3 Chudoba

S výše uvedenou nezaměstnaností do značné míry souvisí také problematika chudoby. „*Hranice ohrožení chudobou (hranice příjmové chudoby) představuje podle metodiky EU 60 % ročního národního vyrovnaného mediánového příjmu na spotřební jednotku.*“ (MPSV 2006, s. 49). Podle této metodiky je chudobou postiženo asi 8 % obyvatel ČR (viz MPSV 2006, s. 49; též Mareš 2004, s. 47). Tento údaj je nevhodně téměř vydáván za úspěch (viz MPSV 2006, s. 49). Takový pohled je sice možný, nicméně z hlediska řešení tohoto závažného problému zůstává otázkou, zda je příznivé zjištění, že v ČR žije pod výše uvedenou hranicí několik stovek tisíc občanů. Chudoba opět nepostihuje všechny populační skupiny stejnou měrou. Více jsou ohroženy ženy než muži (MPSV 2006, s. 50), což je mimo jiné způsobené také jejich pozicí na trhu práce (viz výše). „*Nejvíce ohrožené jsou chudobou osoby nezaměstnané (zejména dlouhodobě), ostatní ekonomicky neaktivní, neúplné rodiny s dětmi a domácnosti s více než třemi dětmi.*“ (MPSV 2006, s. 50). V kontextu této práce je nutné uvést, že podle MPSV nebyla do výše prezentovaných údajů zahrnuta skupina bezdomovců (viz poznámka pod čarou MPSV 2006, s. 50). „*Sociální transfery významně ovlivnily celkovou míru chudoby v ČR. Bez důchodů a ostatních sociálních transferů by žilo pod hranicí ohrožení chudobou 39 % osob ČR. Vyplacené důchody snížily tuto míru na 21 % a ostatní sociální transfery na konečných 8 %.*“ (MPSV 2006, s. 49). V současné době se v ČR pro definování chudoby využívá institutů životního a existenčního minima tak, jak jsou vymezeny v zákoně č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění. Z hlediska bezdomovství je však třeba zdůraznit, že ani životní, ani existenční minimum podle výše uvedené úpravy nezahrnuje „*...nezbytné náklady na bydlení. Ochrana v oblasti bydlení je řešena v rámci systému státní sociální podpory poskytováním příspěvku na bydlení a v systému pomoci v hmotné nouzi doplatkem na bydlení.*“³⁶

³⁶ Viz http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/zivotni_min [citováno 21. 3. 2008].

11.2 Necitlivost a selhání veřejných politik

Veřejné politiky jsou nástrojem řešení bezdomovství a mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu této populační skupiny. Selhání veřejných politik však může vést k tomu, že lidé zůstávají bez domova a stávají se bezdomovci. **Jejich necitlivost pak způsobuje, že veřejněpolitická opatření jsou pro specifickou populaci bezdomovců nevhodná, když nereagují adekvátně na potřeby této populace.** Následující podkapitoly jsou věnovány problémově orientované přehledové analýze vybraných politik, které se ukazují z hlediska bezdomovství jako podstatné, ač je zřejmé, že tento přehled se neubrání určitému zobecnění a zjednodušení, když veřejná politika je často velmi jemným předivem vtažů a souvislostí, který tento pohled nemůže plně reflektovat.

11.2.1 Bytová politika

Bezdomovství je charakterizováno nemožností uspokojit adekvátně potřebu bydlení. V kontextu bytové politiky bychom měli věnovat pozornost dvěma aspektům, a to **dostupnosti bydlení a nástrojům k prevenci sociálního vyloučení v oblasti bydlení.** Musíme si však uvědomit, že role bytové politiky spočívá jak v *obecné prevenci bezdomovství, tak i v následném, ovšem spíše střednědobém a dlouhodobém řešení*, které není bez návaznosti na další sociální, psychologickou a lékařskou péči zcela účinné (viz např. Fitzpatrick et al. 2000). Její sociální rozměr by tedy měl být schopen ve vztahu k bezdomovcům³⁷ zajistit dlouhodobější a udržitelné bydlení v návaznosti na další intervence a programy.

Podle studií a koncepčních materiálů (Lux a kol. 2003, 2004; MMR 2005) není v ČR plošný nedostatek bytů, a to dokonce ani v hlavním městě (viz Lux a kol. 2004). Mezi hlavní problémy stále patří nedostatečná **finanční dostupnost bytů** (obzvláště pro mladé rodiny a osoby ohrožené sociálním vyloučením) a nerovnoměrné územní rozložení bytů ve vztahu k situaci na trhu práce. Dalším problémem je vágní a nejednoznačné stanovení role **existujícího obecního bytového fondu z pohledu jeho sociálního charakteru** (srovnej MMR 2005, s. 5–7; Lux a kol. 2003, 2004). Podíl spotřebních výdajů na bydlení na celkových čistých peněžních příjmech *průměrné domácnosti* se zvýšil z 15 % v roce 1998 na 17 % v roce 2003 (Lux a kol. 2003, s. 74–77), na 18,5 % v roce 2005³⁸ a na 18,7 % v roce 2006³⁹ s tím, že dále mírně roste.

³⁷ Ve smyslu skupiny bezdomovců „bez střechy“ a „bez bytu“.

³⁸ http://www.mmr.cz/bydleni2006/cz_data/index.htm [citováno 14. 1. 2008].

Právní úprava bydlení je rozsáhlá a relativně roztržštěná v řadě zákonů a dalších norem. Základním koncepčním dokumentem v ČR v oblasti bydlení je *Koncepce bytové politiky* Ministerstva pro místní rozvoj, schválená v roce 2005 s časovým rámcem do roku 2010³⁹ (MMR 2005). Tato koncepce se přímo řešení bytových problémů bezdomovců nevěnuje, nicméně stanoví řadu cílů v oblasti bydlení sociálně znevýhodněných skupin, které mohou významně přispět k prevenci bezdomovství. Koncepce vyzdvihuje důležitost sociálního aspektu bydlení, v analytické části ale přiznává, že segment *sociálního bydlení není u nás jasně definován* (pokud pomineme pozdější definici sociálního bydlení vzhledem k sazbě DPH, která nemá se sociálním bydlením mnoho společného). *Realizaci politiky sociálního bydlení ponechává do značné na obcích*, které však nejsou k této činnosti de facto zavázány (MMR 2005, s. 5–7).

V ČR je využívána řada nástrojů v oblasti sociálního bydlení (srovnej Lux a kol. 2003, 2004). Prvním nástrojem je *regulace nájemného* (byť postupně dochází k jeho deregulaci), které je však v ČR dlouhodobě charakteristické svým plošným zaměřením, kdy ho nevyužívají pouze sociálně potřební. Dalším nástrojem je *mířená alokační politika v sociálním bydlení*, kde však v praktické rovině dochází často k využití jiných než sociálních kritérií. Ministerstvem místního rozvoje je propagován a realizován také nástroj *podpora výstavby nových sociálních bytů* s tím, že obce a další subjekty, kterým je tato podpora určena, o ni projevují omezený zájem (Lux a kol. 2004). Všem nástrojům a jejich využití se podrobněji věnuje např. Lux (Lux a kol. 2003, 2004).

Spíše než bezdomovství je za rostoucí problém bytové politiky považována prostorová segregace (srovnej např. Sýkora, Temelová 2005).

V České republice je do značné míry jak v koncepční, tak i implementační rovině **opomíjeno propojení sociálního bydlení a sociálních služeb**. Pokud je například bezdomovec ubytován v azylovém domě, nemá (v krátkodobém, ale ani střednědobém horizontu) příliš velké šance na získání „sociálního bytu“. Pokud nějaké bydlení získá, poskytování sociálních služeb často přestává, ačkoliv samotné bydlení neřeší všechny jeho problémy a jeho schopnost samostatného bydlení je omezená. Otázkou zůstává, zda by efektivní bytová politika spojená s doplňujícími sociálními službami byla schopna zamezit trendu koncentrace bezdomovců v hlavním městě Praze.

³⁹ <http://www.mmr.cz/bydleni2007/cz/3-5-podil-spotrebnych-vydani-domacnosti-zpravodajského.html> [citováno 14. 1. 2008].

⁴⁰ <http://www.mmr.cz/bytova-politika-koncepce-strategie> [citováno 14. 1. 2008].

11.2.2 Zdravotní politika

Ve vztahu k populaci bezdomovců je zdravotní politika necitlivá, či přímo selhává v několika ohledech. Prvním problémem je, že zodpovědné orgány, zejména Ministerstvo zdravotnictví, ale také zdravotní pojišťovny, *nejsou ve 100 % případech schopné důsledně prosadit práva*, která jsou garantovaná článkem 31. Listiny základních práv a svobod a specifikována dalšími zákony, např. zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění nebo zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění. Dalším problémem je určitá systémová lhostejnost, kdy jsou v podmínkách českého zdravotnictví řešeny především problémy financování a úhrad zdravotní péče a otázkám ekvity ve zdraví a dostupnosti zdravotnických služeb specifických skupin je věnována pouze deklaratorní pozornost, zejména s odvoláním na existenci veřejného zdravotního pojištění (viz Barták et al. 2007). Ve zdravotnictví můžeme v některých ohledech a zejména některých konkrétních případech pozorovat *omezenou míru senzitivity*, kdy zdravotnický systém neprojevuje o zdravotní stav některých skupin obyvatel zájem a nenabízí služby odpovídající jejich potřebám. Specifickou péči pro bezdomovce tak, mimo pomáhajících organizací, které provozují v některých případech svá vlastní zdravotnická zařízení, prakticky téměř nikdo nerozvíjí a nepodporuje. Bezdomovci, za které neplatí zdravotní pojištění stát (dle ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění), se často dostávají do situace, kdy jsou dlužníky zdravotních pojišťoven. Problematická je také *možná apatie vůči konkrétnímu postupu některých zdravotníků* (ze strany odpovědných aktérů – např. Ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven, Lékařské komory), kteří odmítají poskytnout službu bezdomovci, který u sebe nemá průkaz zdravotního pojištění nebo působí zanedbaně (viz např. výsledky dotazníkového šetření).

Za projev určité necitlivosti vůči pacientům bezdomovcům (a ohrožení dostupnosti péče pro tuto skupinu) můžeme označit také zavedení poplatků od 1.1.2008 (vymezených v § 16a zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění), kdy sice občané, kteří se nacházejí v situaci hmotné nouze (podle odstavce 2, písmena d výše uvedeného paragrafu), jsou od poplatků osvobozeni (toto kritérium většina bezdomovců pravděpodobně naplňuje), nicméně musí svou sociální potřebnost dokazovat potvrzením, ne starším 30 dnů. Vzhledem ke svým charakteristikám získávají bezdomovci toto potvrzení často problematicky nebo ho nemají k dispozici v případě akutních zdravotních problémů a jsou tak nuceni zaplatit/uznat svůj závazek. Systém, který by umožňoval sociální vyloučení v oblasti zdravotnických služeb odhalit a tento

problém řešit, neexistuje, a to opět z důvodu odvolávání se na obecnou garanci dostupnosti péče.

11.2.3 Sociální politika

Ve vztahu k bezdomovství má sociální politika mimořádný význam. Její působení můžeme kategorizovat v praktické i koncepční rovině do několika následujících okruhů: státní sociální podpora, podpora v hmotné nouzi, zaměstnanost nebo sociální služby.

Z hlediska státní sociální podpory, která je vymezena zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře v platném znění a je určena především pro rodiny s dětmi (viz § 1 zákona), má specificky význam z pohledu *prevence bezdomovství rodin* především příspěvek na bydlení (viz § 24–26 zákona). Z hlediska podpory v hmotné nouzi, která přispívá jak k prevenci bezdomovství, tak i jeho řešení, jsou relevantní zejména zákony č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu^{41,42} a č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi v platném znění. Životní ani existenční minimum nezahrnují náklady na bydlení, které jsou řešeny *příspěvkem na bydlení* (v rámci zákona č. 117/1995 Sb.) a doplatkem na bydlení (v rámci zákona č. 111/2006 Sb.). Zákon 111/2006 Sb. také poprvé v české legislativě hovoří explicitně o bezdomovství ve smyslu sociálního vyloučení, když uvádí v § 2 odstavci 6, že za osobu v hmotné nouzi lze považovat (mimo další skupiny) také ty, kteří nemohou uspokojovat životně důležité potřeby, vzhledem k tomu, že jsou bez přístřeší. **Specifikaci bezdomovství však tento zákon** (ani další – viz dále) **nenabízí** a nenabízí ani definici toho, co rozumí pojmem přístřeší.

V souvislosti s bezdomovstvím je nutné se věnovat § 3 *zákona o pomoci v hmotné nouzi*, kdy za osoby v hmotné nouzi nejsou považováni ti, kteří sice nepracují, ale nejsou v evidenci ÚP, což je situace řady bezdomovců. Další skupinou jsou ti občané bezdomovci, kteří odmítají veřejně prospěšné a krátkodobé práce nebo účast na aktivitách v rámci aktivní politiky zaměstnanosti, a také ti, kteří neprojevují prokazatelně snahu zvýšit si svůj příjem vlastním přičiněním (samozřejmě ve vztahu ke

⁴¹ § 1 zákona stanoví **životní minimum** jako minimální hranici peněžních příjmů fyzických osob k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb a **existenční minimum** jako minimální hranici příjmu osob, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežití. *Výše existenčního minima činí od 1. 1. 2007 2 020 Kč, výše životního minima jednotlivce je pak 3 126 Kč.*

⁴² **Hlavní využití** životního a existenčního minima v zákoně č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. Životní minimum plní rozhodující úlohu při posuzování hmotné nouze i jako sociálně-ochranná veličina. Vedle životního minima je z důvodu větší motivace zaveden pro dospělé osoby v hmotné nouzi institut existenčního minima. Viz http://portal.mpsv.cz/soc/hn/obcane/zivotni_min [citováno 14. 3. 2008].

svým zdravotním a dalším možnostem). Tato opatření jsou jistě opodstatněná, nicméně část bezdomovců mohou z tohoto systému (vzhledem k jejich charakteristikám) vyloučit.

Určitým problémem může být v tomto ohledu také nutnost žádat o dávky v místě trvalého pobytu (institut trvalého pobytu upravuje § 10 zákona č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel v platném znění). Institut trvalého pobytu sám o sobě nezakládá žádný právní vztah k uvedenému objektu nebo vlastníku nemovitosti, nicméně každý občan může mít pouze jeden trvalý pobyt a jeho změna vyžaduje administrativní úkon, který bezdomovci často opomenou či o něm nevědí a ani nevědí, jak se k novému trvalému pobytu přihlásit. Poskytování sociálních dávek, které jsou vázány na institut trvalého pobytu, tak může být, minimálně přechodně, komplikované.

Mimo oblast sociálního zabezpečení můžeme jako do jisté míry problematickou označit aktivní politiku zaměstnanosti, která prakticky vůbec nepočítá s tím, že bezdomovci pracovat do značné míry nemohou, nikoliv nechtějí (např. v důsledku naučené bezmocnosti). Ti, kteří selhávají, jsou pak z mnoha existujících programů vylučováni a jejich postavení na trhu práce se tak dále zhoršuje. Situaci v této oblasti pomáhají do určité míry řešit specifické programy, které jsou financovány z prostředků strukturálních fondů EU a věnují se primárně rozvoji potenciálu pracovat a obecným předpokladům pro získání a udržení si zaměstnání.

V oblasti sociálních služeb došlo k zásadním změnám v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (viz níže). Tyto změny se týkaly a týkají spíše poskytovatelů sociálních služeb (nutnost registrace, zpracování standardů kvality služeb) než jejich uživatelů – bezdomovců. Ti ale do určité míry mohou pociťovat nervozitu poskytovatelů z implementace tohoto zákona.

11.3 Poskytování služeb

Poskytování sociálních i dalších služeb pro bezdomovce má u nás tradici v rámci nestátního neziskového sektoru. Prvním poskytovatelem se stalo o. s. Naděje, a to již na počátku devadesátých let minulého století. Nestátní neziskové organizace, ve většině případů ve formě občanského sdružení, dominují v poskytování sociálních služeb pro bezdomovce dodnes. Nestátní neziskové organizace nerozvíjí své služby zpravidla na základě požadavku ze strany veřejné správy, činí tak na základě hodnot, které sdílí, a cílů, které se snaží naplňovat. Jednání neziskových organizací je do určité míry ovlivněno křesťanskými ideály (většina nestátních neziskových organizací je založena

na křesťanských hodnotách a otevřeně se k nim hlásí a propaguje je), které uplatňují při péči o bezdomovce. Tento přístup části klientů bezdomovců nevyhovuje a je příčinou jejich averze vůči některým poskytovatelům.

Služby bezdomovcům jsou poskytovány také veřejným sektorem. Nejčastější formou je poskytování služeb příspěvkovými či rozpočtovými organizacemi. Tento typ poskytovatelů se však nerozvíjí, a to díky omezené ochotě zastupitelstev obcí nově zakládat či výrazně rozšiřovat stávající organizace. Co se týče zdravotnických služeb, pokouší se nejčastěji poskytovatelé služeb sociálních získat také status zpravidla nestátního zdravotnického zařízení a zdravotní péči bezdomovcům poskytovat „přímo (např. o. s. Naděje). V této činnosti nejsou nijak zvláště podporovány ani ze strany odpovědných ministerstev, orgánů krajů či obcí nebo zdravotními pojišťovnami. Určitým problémem je, že poskytovatelé se zaměřují pouze na sociální, případně zdravotní péči a pouze velmi omezeně rozvíjí jinou činnost. Určitou výjimkou je občanské sdružení Ježek a Čížek, které nabízí především možnost zapojení do kulturního života, a to prostřednictvím „bezdomoveckého divadla“. V našich podmínkách je mimořádným počinem také vydávání časopisu Nový prostor (občanským sdružením Nový prostor), tj. zapojení bezdomovců do „sociálního podnikání“, kdy je jim nabízena primárně pracovní příležitost.

11.3.1 Financování

Zatímco v předchozích oblastech můžeme sledovat významný vliv nestátního neziskového sektoru, otázka financování je do značné míry přenesena na sektor veřejný. Bez prostředků z veřejných rozpočtů (státního, krajských, obecních) by opatření ve prospěch bezdomovců byla značně omezená. V otázce financování jsou mezi nestátními neziskovými organizacemi a veřejnou správou (MPSV, krajské úřady, úřady obcí) vedeny vleklé spory. Nestátní neziskové organizace si zpravidla nepřipouští, že problematika bezdomovství není jedinou oblastí, která vyžaduje finanční podporu, na druhé straně organizace poskytující služby bezdomovcům prohrávají v mnoha konkrétních případech v konkurenci s poskytovateli služeb jiným cílovým skupinám, případně s jinými oblastmi veřejného zájmu. Nestátní neziskové organizace využívají při tlaku na veřejný sektor své poznatkové převahy, kterou však veřejný sektor sám vyvolává. Možnosti čerpat finanční prostředky ze strukturálních fondů EU, zejména Evropského strukturálního fondu (ESF), v oblasti řešení sociálního vyloučení nepřinesly ani tak více finančních prostředků, ale „odlehčily“ částečně veřejným rozpočtům, a to

zejména na regionální a místní úrovni. Přestože mají projekty „specifické cíle“, kterých je nutné dosáhnout, jsou využívány neziskovými organizacemi spíše pro zajištění základního chodu a financování pracovníků, kteří mají mimo práci na určitém projektu také další úkoly (ačkoliv je jejich práce financována ze 100 % z prostředků projektu) a v účetnictví organizací se tento „outsourcing“ neprojevuje. ESF tak v oblasti bezdomovství nahrazují jiné zdroje financování, bez jejichž existence by byla další činnost pomáhajících organizací vážně ohrožena. Do značné míry „vítanou externalitou“ je, zejména pro volené, ale také jmenované zástupce, složitost čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů, která do značné míry omezuje advokační roli nestátních neziskových organizací, když váže jejich kapacitu na administrativní činnost a omezuje tak do určité míry jejich kritické hlasy. Získat na pomoc bezdomovcům finanční prostředky od soukromých dárců je obtížné a tyto zdroje představují jen minimální část příjmů pomáhajících organizací. Určitou výjimkou je poskytování věcných darů, např. oblečení nebo potravin.

11.4 Veřejné mínění a bezdomovství

Řešení bezdomovství se netěší obecně příliš velké pozornosti či podpoře široké veřejnosti. Postoje občanů ve vztahu k bezdomovcům byly předmětem několika výzkumů (srovnej Barták 2005, s. 65–66). Podle provedených výzkumů roste v naší zemi počet občanů, kteří se s bezdomovci setkávají ve svém každodenním životě. **Jejich postoje vůči bezdomovcům jsou však relativně stabilní, a to v negativním slova smyslu.** Poslední šetření bylo provedeno v listopadu 2007 (viz MHMP 2008, s. 21–31). V rámci tohoto reprezentativního průzkumu, který provedla pro Magistrát hlavního města Prahy firma FOCUS, Marketing & Social Research, bylo zjištěno, že **bezdomovci patří mezi skupinu, která si podle názoru Pražanů zasluhuje nejmenší podporu z veřejných zdrojů.** „...ochota podporovat bezdomovce klesá s rostoucím věkem dotázaných. Nejvyšší ochota je patrná ve věkové skupině 18–24 let, nejmenší pak u osob nad 65 let...“ (MHMP 2008, s. 24). Podle tohoto výzkumu **by si měli z bezdomovství pomoci především bezdomovci samotní** (85 % dotazovaných) a v případě pomoci by se mělo jednat o nestátní, církevní a humanitární organizace (MHMP 2008, s. 28). Paradoxním zjištěním je, že bezdomovství vnímá jako problém 83 % dotázaných obyvatel hlavního města, nicméně čím více je tento jev respondenty považován za problém, tím méně veřejných finančních prostředků by na jeho řešení uvolnili (MHMP 2008, s. 27). Postoje k bezdomovcům mohou být negativní díky tomu,

že občané mohou bezdomovství vnímat jako osobní a zaviněné selhání jedince, případně do svých postojů projektovat své vlastní negativní zkušenosti s nimi.

Šupková (Šupková a kol. 2007) analyzovala postoje zdravotníků ve vztahu ke zdraví bezdomovců. Zdravotníci se ve vztahu k bezdomovcům obávají náročné administrativy, která je spojena s absencí dokladů či dluhy na zdravotním pojištění, ale také určité marnosti své práce, kdy vědí, že bezdomovec skončí opět na ulici (Šupková a kol. 2007, s. 15). Ve vztahu ke zdravotnímu stavu se mezi zdravotníky objevují výroky typu „*Celkově bývá zdravotní stav špatný (daný životním stylem). V mnoha případech však nejde o život ohrožující stavy, ale spíše o kombinaci sociálních a zdravotních problémů. S tím souvisejí i případné problémy s umístěním pacienta – nepacienta ve zdravotnickém zařízení.*“ (Šupková a kol. 2007, s. 17). Bezdomovci jsou zdravotníky v mnoha případech vnímáni jako tzv. „problémoví“ pacienti, a to spíše z důvodů administrativních či úhrady péče, než z důvodu svých zdravotních problémů.

11.5 Bezdomovství v koncepčních a strategických dokumentech

Jak již bylo několikrát uvedeno, bezdomovství bylo poprvé zmíněno ve strategických a koncepčních dokumentech v roce 2003. Na národní úrovni je bezdomovství spojeno prakticky výhradně s dokumenty, které připravuje MPSV v rámci zapojení ČR do metody otevřené koordinace cílů sociální politiky EU. Na regionální (místní) úrovni je politika bezdomovství rozpracována prozatím spíše s cílem eliminovat bezdomovství na daném území a zajistit kvalitnější životní podmínky pro „slušné občany“ než za účelem pomoci těm, kteří žijí v situaci bez domova. Obecně se s bezdomovstvím setkáváme prakticky pouze v souvislosti se sociálními službami, další relevantní oblasti veřejné politiky nejsou prozatím rozpracovány.

11.5.1 Národní úroveň

Na národní úrovni můžeme za první strategický veřejněpolitický dokument, který se zabýval bezdomovstvím, označit *Společné memorandum sociálního začleňování* z roku 2003⁴³. Tento dokument byl zpracován v rámci přípravy ČR na plné zapojení do metody otevřené koordinace v rámci sociálního začleňování po vstupu do Evropské unie. V tomto memorandu ČR nastínila zásadní výzvy, týkající se boje

⁴³ Dostupný např. z

<http://www.vlasak.net/pool/prilohy/Spolecne%20memorandum%20o%20socialnim%20zaclenovani.pdf> [citováno 8. 3. 2008].

s chudobou a sociálním vyloučením, a seznámila s nejvýznamnějšími politickými opatřeními, která byla přijata na základě dohody o zahájení přenosu společných cílů EU do národních politik. Ve vztahu k bezdomovství bylo stanoveno několik významných cílů (viz dále), a to především v oblasti bytové politiky. Memorandum také vytýčilo cíl *lépe porozumět rozsahu a povaze bezdomovectví a vytvořit integrovanou a komplexní strategii pro prevenci a boj s tímto fenoménem*. Nicméně memorandum neuvádí jakékoliv termíny pro splnění cílů, ani nástroje, kterými by mělo být těchto cílů dosaženo.

Krátce po vydání Společného memoranda o sociálním začleňování představila ČR již jako členský stát EU *Národní akční plán sociálního začleňování 2004–2006*⁴⁴. Na rozdíl od Memoranda tento akční plán již nenavrhuje integrovanou a komplexní strategii, ale řešení bezdomovství v rámci širší strategie boje proti chudobě a podpory zaměstnanosti. Ve vztahu k bezdomovství pak formuluje dva zcela konkrétní cíle, a to přijetí funkční definice bezdomovství (v rámci celkové objektivizace) a kvantifikaci bezdomovců. Stejně jako Memorandum však nenabízí žádné konkrétní termíny, ani představy, jak by mělo být těchto cílů dosaženo.

Vzhledem k určitým změnám, které se odehrály na úrovni EU (viz dále), byl na léta 2006–2008 Národní akční plán sociálního začleňování zapracován jako část dokumentu s názvem *Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování 2006–2008*⁴⁵. V rámci této zprávy se problematika bezdomovství rozmělnila natolik, že již spíše velmi obecně zdůrazňuje prevenci bezdomovství jako nástroj sociálního začleňování. Zajímavé je zdůraznění špatného zdravotního stavu bezdomovců a nedostupnosti tohoto druhu informací, ovšem pouze v rovině „analytického“ konstatování.

V souvislosti s uvedenými strategickými dokumenty bychom si měli položit otázku, **do jaké míry bylo dílčích cílů, které byly ve vztahu k bezdomovství stanoveny, dosaženo**. Tuto otázku je však velice obtížné zodpovědět, zejména díky tomu, že cíle jsou stanoveny s různou mírou konkrétnosti a měření jejich naplnění je často nejen obtížné, ale prakticky nemožné (viz Barták 2005). K problémům formulace cílů se přidává navíc velmi omezená politická podpora, právní nezávaznost, neprovázanost s existujícím právním řádem a zdroji financování (viz např. Potůček 2006). Od roku 2003 do počátku roku 2008 můžeme sledovat jak růst konkrétnosti některých cílů, tak i čím dál více obecné formulování cílů jiných (viz tabulka níže).

⁴⁴ Dostupný z http://www.mpsv.cz/files/clanky/2831/NAPSI_tisk_cz.pdf [citováno 8. 3. 2008].

⁴⁵ Dostupný z http://www.mpsv.cz/files/clanky/3002/Narodni_zprava_2006-8.pdf [citováno 8. 3. 2008].

Celkově však můžeme konstatovat, že se nepodařilo naplnit prakticky žádný cíl, který byl plánován. Určitou výjimku představuje vytvoření typologie bezdomovství v rámci projektu, který realizovalo „konsorcium“ neziskových organizací kolem o. s. Naděje. Tato typologie byla představena v roce 2007.

Dokument	Konkrétní cíle ve vztahu k bezdomovství
Společné memorandum o sociálním začleňování ⁴⁶	• <i>Odstranit ekonomické a legislativní překážky bránící vzniku fungujícího trhu s byty;</i> • <i>Zavést speciální sektor sociálního bydlení;</i> • <i>Finančně a metodicky pomáhat obcím s tím, že podpora bude perspektivně nasměrována i na další subjekty (neziskové organizace);</i> • <i>Zajistit dostatek kvalitních statistických informací o vybavenosti jednotlivých lokalit byty určenými pro zranitelné skupiny osob;</i> • <i>Vytvářet podmínky pro předcházení prostorové segregace v oblasti bydlení znevýhodněných skupin obyvatelstva;</i> • <i>Lépe porozumět rozsahu a povaze bezdomovectví a vytvořit integrovanou a komplexní strategii pro prevenci a boj s tímto fenoménem.</i>
Národní akční plán sociálního začleňování 2004–2006 ⁴⁷	<i>Předcházet bezdomovectví, a to prevencí tohoto jevu v rámci celkové strategie boje proti chudobě a podporou zaměstnanosti. Pro zlepšení životních podmínek bezdomovců je nezbytné zejména vytvořit síť sociálních služeb, jejichž prostřednictvím bude možné předcházet vzniku situace bezdomovectví a zároveň podporovat vlastní potenciál osob bez domova ke zlepšení jejich situace; a síť azylových domů, bytů na půli cesty.</i> <i>Dalšími cíli jsou:</i> • <i>přijetí funkční definice bezdomovectví a objektivizace fenoménu;</i> • <i>kvantifikace bezdomovců a osob bezdomovectvím ohrožených;</i> • <i>podpora prevence, kladení důrazu na systematickou terénní práci pro osoby ohrožené bezdomovectvím (dlužníci ještě nevystěhovaní) s důrazem na aktivaci vlastních potenciálů těchto osob;</i> • <i>prevence ztráty bydlení – podpora ohrožených skupin k udržení si bydlení (placení, ochrana, údržba), důraz na používání splátkových kalendářů před soudním vystěhováním.</i>

⁴⁶ Dostupný např. z <http://www.vlasak.net/pool/prilohy/Spolecne%20memorandum%20o%20socialnim%20zaclenovani.pdf> [citováno 8. 3. 2008].

⁴⁷ Dostupný z http://www.mpsv.cz/files/clanky/2831/NAPSI_tisk_cz.pdf [citováno 8. 3. 2008].

Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování 2006–2008⁴⁸	<i>Posílení integrace osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením, odstraňování bariér vstupu a udržení se na trhu práce pro tyto osoby.</i> • <i>Posílit dovednosti spojené se starostí o bydlení a domácnost se zaměřením na prevenci ztráty bydlení a vzniku bezdomovectví.</i>
Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování 2008–2010⁴⁹	<i>Prozatím nejsou k dispozici.</i>

11.5.2 Regionální úroveň

Na regionální úrovni se problematika bezdomovství objevuje ještě později než na úrovni národní. Zejména jde o povinnost krajů ČR zpracovávat podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách *střednědobé plány rozvoje sociálních služeb*. V této době (první čtvrtletí 2008) však tyto plány představují spíše nezbytný a formální podklad pro čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu, respektive kapitoly MPSV, na financování služeb na území a neplní tak zcela roli koncepčních a/nebo strategických dokumentů v oblasti řešení bezdomovství. Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb vycházejí z myšlenek komunitního plánování, které jsou na jedné straně uznávány řadou relevantních aktérů, na stranu druhou se jedná v našich podmínkách prozatím spíše o teoretický, než o prakticky aplikovaný koncept. V obecné rovině je problémem rovněž „importování“ komunitního plánování z Velké Británie s odlišnou tradicí přístupu k sociálním problémům, který naráží na odlišné vnímání rolí jednotlivých aktérů v ČR.

Mimořádné postavení v rámci ČR můžeme v tomto smyslu zaznamenat v hlavním městě Praha. Magistrát hlavního města Prahy veřejně publikoval Akční plán řešení problematiky bezdomovectví pro rok 2008 a následující období (MHMP 2008).

Akční plán řešení problematiky bezdomovectví pro rok 2008 a následující období v hlavním městě Praze

Hlavní město Praha publikovalo v květnu 2008 dokument s názvem *Akční plán řešení problematiky bezdomovectví pro rok 2008 a následující období* (MHMP 2008). Dokument není de facto akčním plánem, ale spíše výčtem několika konkrétních projektů rozpracovaných do relativně podrobných rozpočtů, včetně vyjádření nákladů bez DPH, údajně pro lepší představu o náročnosti navrhovaného řešení. Hlavním cílem tohoto plánu je *...zmírnit negativní jevy, které bezdomovectví doprovázejí a usnadnit tak běžným občanům hlavního města Prahy jejich každodenní život...* (MHMP 2008, s. 3).

⁴⁸ Dostupný z http://www.mpsv.cz/files/clanky/3002/Narodni_zprava_2006-8.pdf [citováno 8. 3. 2008].

⁴⁹ Podkladové materiály dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/5130> [citováno 8. 3. 2008].

Dokument opomíjí širší rámec strategií řešení bezdomovství v ČR a do značné míry i v Praze, jakými jsou například Národní akční plány nebo Zpráva o sociálním zabezpečení, a bez jakékoliv reflexe bagatelizuje předchozí pražské strategické dokumenty. Dosavadní pražské dokumenty shrnuje do konstatování *...většina těchto dokumentů se buď zabývala jen určitým úsekem této problematiky, či se stal dokument spíše jakýmsi teoretickým materiálem, který se většinou nikdy neuvedl do praxe...* (MHMP, 2008, s. 3).

Pro dosažení výše uvedeného cíle navrhuje akční plán následující opatření (viz MHMP 2008, s. 6–13): *rozvoj mezinárodní spolupráce, dokončení systému jednotné evidence sociálně slabých osob, mobilní ambulanci lékařské péče, job místa, úklidový tým, hot line, specializovaný sociálně prevenční tým, specializovaný tým městské policie, Centrum integrované pomoci bezdomovcům, změny v systému financování poskytovatelů sociálních služeb, organizace prevence proti vystěhování.*

Některá z uvedených opatření jistě pomohou zlepšit situaci lidí bez domova (např. job místa, mobilní ambulance lékařské péče, organizace prevence proti vystěhování, Centrum integrované pomoci bezdomovcům nebo specializovaný sociálně prevenční tým). Zajímavým zjištěním je, že akční plán věnuje prostor také prevenci, která není překvapivě explicitně uváděným cílem. Jiná opatření jsou inovativní, jako například centrální evidence sociálně slabých osob (konečná podoba databáze musela být oproti původnímu zadání MHMP změněna v důsledku vyjádření Úřadu pro ochranu osobních údajů). Hodnocení přínosu pro řešení problematiky bezdomovství prozatím není možné. Další opatření jsou překvapivá a jejich prosazení může vyvolat řadu kontroverzí. Jde o zřízení speciálního týmu městské policie, který má komunikovat s bezdomovci efektivněji než „běžní“ strážníci, zřízení hot line, kam se budou moci občané Prahy obracet s podněty či stížnostmi, které se týkají bezdomovců, nebo o zřízení úklidového týmu, který bude pokrývat (viz MHMP 2008, s. 8) *...potřebu úklidu vzniklou v souvislosti s výskytem bezdomovecké populace...*

Pravděpodobně nejvíce kontroverzní „novinkou“ jsou zamýšlené změny v systému financování sociálních služeb pro bezdomovce. **Hlavní myšlenkou navrhovaného opatření je změna grantového financování poskytovatelů sociálních služeb na systém založený na soutěži poskytovatelů o veřejné zakázky.** Služby tak mají být nadále poskytovány **dotazníkovým způsobem**. Tento způsob financování není v podmínkách sociálních služeb příliš obvyklý a lze předpokládat určitý implementační deficit při případné realizaci.

Významnou slabinou dokumentu je zaměření na určité uspokojení potřeb „běžných občanů Prahy“ spíše než na spektrum služeb pro samotné bezdomovce. Dokument, respektive realizovaná opatření mohou být vnímána pomáhajícími organizacemi a zejména samotnými bezdomovci jako diskriminační. V souvislosti s některými opatřeními dokumentu lze diskutovat uplatnění konceptu lidské důstojnosti a naplnění lidských a sociálních práv. V akčním plánu (MHMP 2008, s. 5) můžeme z grafického znázornění systému navrhovaných řešení (které překvapivě zahrnuje pouze některé navrhované „projekty“) vyčíst, *...že bezdomovec bez zájmu o pomoc (nespolupracující), agresivně reagující na nabízenou pomoc, či jinak zjevně porušující zákon bude předán v případě kontaktu se sociálně preventivní hlídkou buď specializovanému týmu městské policie, nebo policie ČR...* Považovat nezájem o nabízenou pomoc za důvod předávat osoby bez domova represivním složkám je nejen v naprostém rozporu se standardy kvality sociálních služeb, zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ale také projevem výrazné neznalosti základních lidských a sociálních práv, které jsou garantovány Ústavou ČR a Listinou základních práv a svobod.

Pozitivní stránkou nabízeného dokumentu je zveřejnění výsledků reprezentativního šetření u občanů hlavního města Prahy se zaměřením na problematiku bezdomovství, dotazníkového šetření mezi samotnými bezdomovci nebo přehled poskytovatelů sociálních služeb v Praze pro tuto cílovou skupinu.

Celkově však dokument, mimo potvrzení realizace několika dílčích, do určité míry kontroverzních projektů, nebude pravděpodobně představovat významný praktický přínos pro skutečné koncepční řešení problematiky bezdomovství v hlavním městě. Jeho kritická reflexe však může být dobrým základem pro tvorbu strategických dokumentů i konkrétních programů pro bezdomovce v hlavním městě Praze.

11.6 Sociální služby pro bezdomovce

Sociální služby mají z pohledu prevence i řešení bezdomovství mimořádnou úlohu. Změny v oblasti sociálních služeb probíhají kontinuálně, určitou „revoluci“ v této oblasti však přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tato podkapitola se zaměřuje obecně na úpravu sociálních služeb a konkrétně na jejich aktuální dostupnost v hlavním městě Praze.

11.6.1 Právní úprava sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje „podmínky pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách“ (viz § 1 zákona). Sociální služby musí projít procesem registrace. Údaje z registračních formulářů, které poskytovatelé vyplňují, představují základní (a v našich podmínkách nový) zdroj informací o sektoru sociálních služeb.

Zákon zdůrazňuje lidskou důstojnost jako základní princip poskytování sociálních služeb a nárok na bezplatné sociální poradenství (musí být součástí každé poskytované služby). Podle zákona „musí pomoc vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ (viz § 2 zákona).

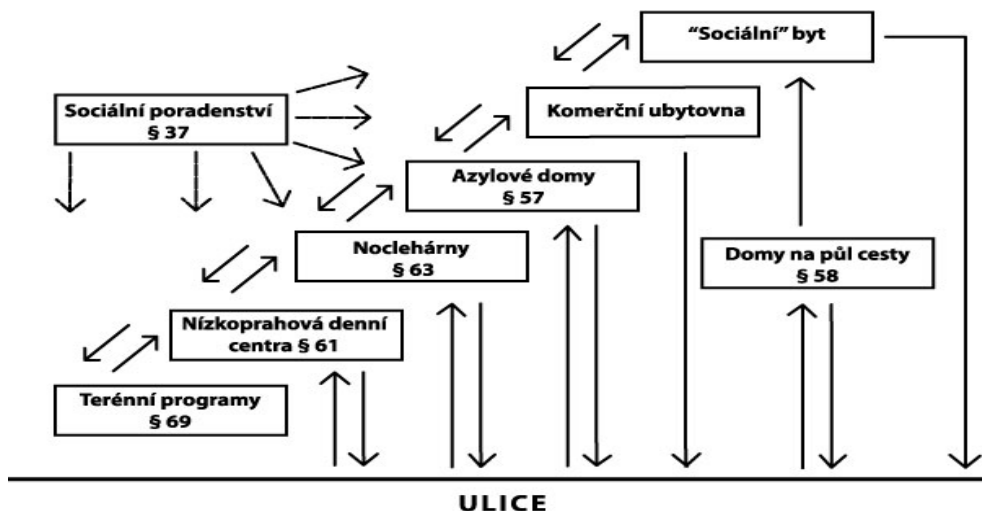
11.6.2 Sociální služby určené bezdomovcům

Základní sociální službou (v rámci zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.), která je určena pro bezdomovce, je sociální poradenství (viz § 37), které zahrnuje jak poradenství základní (musí ho nabízet všichni poskytovatelé sociálních služeb), tak i poradenství specializované, které se věnuje specifickým cílovým skupinám uživatelů – bezdomovcům. Značný význam mají služby sociální prevence (§ 53), mezi které ve vztahu k bezdomovství řadíme (viz § 57, 58, 61, 63 a 69 zákona) především:

- **Azylové domy** (§ 57), jejichž cílem je poskytovat na přechodnou dobu pobytové služby v souvislosti se ztrátou bydlení. Tato sociální služba zahrnuje poskytnutí stravy/ pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a vyřizování osobních záležitostí.
- **Nízkoprahová denní centra** (§ 61), která poskytují ambulantní, případně terénní služby pro osoby bez přístřeší a jejichž cílem je pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zajištění stravy/její poskytnutí a pomoc při uplatňování práv a zájmů.
- **Noclehárny** (§ 63), které poskytují služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba zahrnuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu a poskytnutí přenocování.
- **Terénní programy** (§ 69), což jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.
- Fakticky preventivně působící **Domy na půl cesty** (§ 58), které jsou určeny zpravidla osobám do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Tato služba mimo poskytnutí ubytování a pomoci při uplatňování práv a zájmu nabízí také sociálně terapeutickou péči a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Uspokojování potřeby bydlení bezdomovců ve vztahu ke službám, které definuje zákon o sociálních službách, lze s jistou mírou zobecnění popsat následujícím schématem. Toto schéma nabízí pohled na určité kontinuum služeb či spíše možností řešení bezdomovství definovanými sociálními službami. Ideálním cílem by samozřejmě bylo ukončení závislosti na sociálních službách a dalších nástrojích sociální politiky, nicméně za úspěch ve vztahu k bezdomovství v domácích podmínkách můžeme považovat úroveň, kdy (již bývalý) bezdomovec žije v sociálním bytě, v horším případě na komerční ubytovně a je podporován službami sociální poradenství.

Schéma č. 16: Uspokojování potřeby bydlení v kontextu zákona č. 108/2006 Sb.



Zdroj: Kosová, pracovní podklad pro ÚMČ Prahy 1.

11.6.3 Dostupnost sociálních služeb pro bezdomovce

Určení dostupnosti sociálních služeb (podle zákona č. 108/2006, o sociálních službách) pro bezdomovce není jednoduchým zadáním, a to zejména z důvodu, že řada poskytovatelů uvádí jako svou cílovou skupinu také osoby bez přístřeší, aniž by tuto službu bezdomovci někdy využívali. Pokud bychom vyšli z prostého počtu registrovaných služeb pro tuto cílovou skupinu, pak jich bylo k 1. 2. 2008 registrováno 491 s tím, že minimálně třetinu těchto služeb představuje odborné sociální poradenství. Dalším problémem je také omezená kvalita informací, které obsahuje registr sociálních služeb vedený Ministerstvem práce a sociálních věcí⁵⁰. Za nekvalitu informací jsou odpovědní jak poskytovatelé, kteří z nejrůznějších důvodů údaje zkreslují (zejména co se týče zdrojů financování v naději na vyšší dotace), tak především implementační deficit zákona, kdy některé parametry nejsou dostatečně vysvětleny, takže například u zmíněných financí, počtu pracovníků, ale také v případě kapacity služeb získáváme často pouze problematicky srovnatelné údaje. Tento stav dokumentuje také elektronický registr MPSV, respektive jeho zveřejňované elektronické přílohy k žádosti o registraci, které jsou sice shodné pro všechny poskytovatele, nicméně jejich provedení odráží spíše „lidovou tvořivost“ než vedení odpovědných krajských úřadů/Magistrátu hl. města Prahy a velmi omezené metodické vedení ze strany MPSV (pracovníci ministerstva jsou

⁵⁰ Registr je dostupný z <http://portal.mpsv.cz>.

„na roztrhání“ a „nezastižitelní“, pokud již na dotazy odpovídají, uvádějí zpravidla pouze citace zákona).⁵¹ Alternativní zdroj informací nabízí registr, který byl vytvořen v rámci projektu *Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR*⁵², který je však de facto s registrem MPSV duplicitní a s jeho spuštěním ztratil do jisté míry na významu. Spíše než typové dostupnosti je vhodné vzhledem k populaci bezdomovců věnovat pozornost místní dostupnosti a existujícím kapacitám zařízení.

Vzhledem k tomu, že za jednotlivé kraje nejsou dostupné údaje o počtu bezdomovců a bezdomovství představuje největší problém v našem hlavním městě, zaměřuje se tato dílčí analýza především na situaci v Praze, a to k 1. 2. 2008. Jako údaj o počtu bezdomovců pak využívá data ze sčítání bezdomovců v roce 2004 (Hradecký a kol. 2004) s tím, že nejsou k dispozici novější (ve smyslu věrohodnosti) údaje o počtu bezdomovců. Připomeňme, že při tomto sčítání bylo zjištěno 3 096 bezdomovců a nejsou k dispozici věrohodné údaje, že by se jejich počet v posledních čtyřech letech snížil. V hlavním městě Praha bylo podle údajů registru vedeného MPSV k poslednímu lednu 2008 evidováno 227 poskytovatelů, kteří nabízeli celkem 524 sociálních služeb. Osoby bez přístřeší byly cílovou skupinou 51 registrované služby (někteří poskytovatelé však tuto cílovou skupinu zvolili automaticky, aniž by se jí fakticky věnovali). Přehled četnosti a kapacity registrovaných služeb přináší následující tabulka.

Tabulka č. 10: Registrované sociální služby se zaměřením na osoby bez přístřeší v hl. m. Praze

Typ služby	Četnost	Kapacita
Sociální poradenství (odborné)	101	<i>Z dostupných údajů nelze určit</i>
Nízkoprahová denní centra	4	650 osob denně
Noclehárny	5	349 míst
Azylové domy	7 – cílová skupina pouze osoby bez přístřeší (celkem 22)	186 míst (celkem všech 22 azylových domů 683 míst)

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV, stav k 1. 2. 2008.

V případě, že bychom počítali pouze kapacity „speciálně“ (bez 15 azylových domů také pro jiné cílové skupiny) určené bezdomovcům, pokrývá současná kapacita sociálních služeb přibližně 20 % bezdomovecké populace. Pokud bychom do možnosti ubytování zahrnuli všechny azylové domy, dostupnost by byla na úrovni mírně přesahující 30 % populace. Počtu bezdomovců neodpovídá ani kapacita nízkoprahových

⁵¹ Ústní sdělení nejmenovaného pracovníka MHMP na problematiku registrace sociálních služeb ve vztahu k bezdomovcům [20. 2. 2008].

⁵² Registr dostupný z <http://www.bezdomovci.eu>.

denních center. Kapacitu ubytování významně ovlivňuje dostupnost noclehárny Centra sociálních služeb Praha – loď Hermes, která má 233 míst⁵³, což je v hl. městě nejvíce.

V tomto kontextu působí některé koncepční záměry Magistrátu hlavního města Prahy jako poněkud nevhodné, kdy nejsou aktuálně dostupné kapacity ani pro tzv. „bezdomovce se zájmem o pomoc“ (viz výše MHMP 2008).

Jak ukazuje následující tabulka, registrované sociální služby, které nabízejí bezdomovcům ubytování, nejsou koncentrovány v hlavním městě. V Praze je méně azylových domů a nocleháren než například v Moravskoslezském nebo Olomouckém kraji. Naopak na území kraje Vysočina není k dispozici jediná registrovaná služba. Také co se nízkoprahových denních center týče, nejsou soustředěna v hlavním městě. ***Bezdomovci se tedy v Praze nekoncentrují proto, že by v regionech nebyly dostupné sociální služby (minimálně z pohledu typové dostupnosti), ale proto, že v ní očekávají lepší ekonomické vyhlídky (a alespoň zpočátku) i řešení své situace.***

Tabulka č. 11: Azylové domy a noclehárny a nízkoprahová denní centra – počet zařízení v krajích ČR

Kraj	Azylové domy	Noclehárny	Nízkoprahová denní centra
Hlavní město Praha	22	5	4
Jihočeský kraj	17	2	1
Jihomoravský kraj	25	6	5
Karlovarský kraj	6	2	2
Královehradecký kraj	9	1	1
Liberecký kraj	9	2	2
Moravskoslezský kraj	32	11	8
Olomoucký kraj	22	8	2
Pardubický kraj	10	1	2
Plzeňský kraj	9	4	1
Středočeský kraj	18	3	3
Ústecký kraj	23	7	6
Kraj Vysočina	10	0	0
Zlínský kraj	15	5	5
Celkem v ČR	227	57	42

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV, stav k 1. 2. 2008.

⁵³ V případě zařízení „loď Hermes“ se jedná o maximální kapacitu, při jejímž naplnění by pravděpodobně nebylo možné zajistit bezpečnost provozu. Navíc loď Hermes údajně neodpovídá zcela požádním standardům [ústní sdělení nejmenovaného pracovníka zařízení ze dne 20. 12. 2007].

11.7 Milníky a zrod veřejné politiky ve vztahu k bezdomovství v ČR

Tato podkapitola se snaží vymezit, na základě vybraných **událostí**, hlavní vývojové etapy (ne)řešení bezdomovství v ČR od roku 1989 do začátku roku 2008. Věnuje se především vývoji specifických událostí v oblasti sociální a zdravotní politiky, ale také v rámci občanské společnosti.

11.7.1 Znovuobjevení se bezdomovství

Bezdomovství se v tehdejší Československu znovu objevilo v souvislosti se společenskými změnami po roce 1989, kdy se určitá (byť relativně malá) část obyvatel nedokázala z řady důvodů přizpůsobit novým podmínkám a ocitla se nakonec bez domova (srovnej Hradecká, Hradecký 1996). K rozšíření bezdomovství přispěla svým dílem také „sociální necitlivost“ **začínajícího transformačního procesu**, kdy byl důraz kladen především na otázky ekonomické, často na úkor dalších významných společenských cílů. Prosazeným (nikoliv však jediným možným) řešením se zjednodušeně řečeno stala liberalizace a s ní spojené rozvolnění některých „tradičních hodnot“. Jednou z udávaných příčin růstu počtu lidí bez domova byla také amnestie tehdejšího prezidenta Václava Havla (srovnej Hradecká, Hradecký 1996). Spíše než amnestie byla však za bezdomovstvím některých propuštěných faktická selhání sociální a dalších veřejných politik.

V této době bylo pro rodící se veřejnou politiku bezdomovství de facto neviditelné (či nechtělo být viditelné), kdy namnoze nereformovaná veřejná správa věnovala pozornost jiným prioritám než bezdomovství, které se zatím týkalo spíše desítek osob. V této době spontánně vzniká či se obnovuje činnost řady nestátních organizací, jejichž cílem není dosahování ekonomického profitu, ale pomoc bezdomovcům v jejich nové životní situaci, kdy stát v péči o tyto osoby selhává (např. Naděje, Armáda spásy). Případy bezdomovství se objevují v různých místech země, na mnoha místech mají spíše skrytou podobu. Nejviditelnější je bezdomovství v hlavním městě Praze, kde se lidé bez domova soustřeďují. Do značné míry milným a dodnes přetrvávajícím tvrzením je, že za koncentrací bezdomovství v Praze jsou odpovědné nestátní neziskové organizace, které se v Praze začaly bezdomovcům nově věnovat a tak sem bezdomovci „přišli za službami“.

Z hlediska vývoje sociální politiky sehrál v této době roli dokument Scénář sociální reformy z roku 1990 (viz Potůček 1999, s. 97). Po volbách v roce 1992 se však

v sociální politice prosadil poněkud odlišný směr, který se soustředil dominantně na politiku sociálního zabezpečení, kdy vznikla koncepce „tří pilířů“, a to sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci (ibid, s. 97).

Také oblast zdravotní politiky prošla v této době „bouřlivým vývojem“, kdy reálné kroky zdravotní politiky orientovala výrazná liberalizace (Rokosová, Háva, Schreyogg, Busse 2005). Z hlediska zdraví bezdomovců je třeba v této souvislosti uvést diskusi a následné přijetí systému veřejného zdravotního pojištění (viz např. Potůček 1999, s. 131). Význam z tohoto hlediska má také „opětovné se přihlášení“ ke konceptu Zdraví pro všechny WHO (srovnej Kříž 2007).

Rozdělení Československa představovalo další společenskou změnu, která svým způsobem bezdomovství ovlivnila. Organizace, které s bezdomovci pracovaly, se začaly po jeho rozdělení setkávat s případy, kdy jejich klienti měli velmi omezenou možnost čerpat finanční podporu a pomoc ze systému sociálního zabezpečení, nově díky svému slovenskému občanství. Nicméně ani díky rozdělení Československa se bezdomovství v nově vzniklé České republice nestalo významným problémem cizinců a počet bezdomovců se díky této události výrazně nezvýšil.

Ústava České republiky (zákon č. 1/1993 Sb.) a Listina základních práv a svobod (zákon č. 2/1993 Sb.) opět zdůraznily hodnotu lidské důstojnosti a participace na aktivitách pro rozvoj společnosti. V jisté poloze interpretace tak můžeme nově označit bezdomovství za svého druhu „protiústavní“. Listinou je stanoveno právo na hmotné zabezpečení a pomoc v nouzi (článek 30) a ochranu zdraví, kdy občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky (článek 31). Oba články jsou doplněny ustanovením, že podrobnosti stanoví zákon, což se v obou případech stalo a stává předmětem více či méně výrazných sporů.

11.7.2 Systémová apatie vůči bezdomovství

Tuto etapu můžeme časově vymezit od roku 1993 do roku 1999, ačkoliv vývoj v jednotlivých částech tohoto období byl (nejen vzhledem k bezdomovství) odlišný. Česká republika se musela zejména v počáteční fázi své existence vyrovnat s hospodářskými i sociálními problémy, které vedly až k sestavení úřednické vlády a předčasným volbám v roce 1998. Z hlediska vývoje bezdomovství měly hospodářské problémy vliv na **růst počtu osob bez domova**, nicméně nárůst v řádech stovek osob neupoutal pozornost tvůrců veřejné politiky (ačkoliv v té době se jednalo také o vládu sociálně demokratickou). V tomto období byla přijata také řada „sociálních“ zákonů,

v souvislosti s bezdomovstvím bychom měli zmínit minimálně zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře (viz např. Čabanová a kol. 2005, s. 11); v prosinci roku 1999 je „znovupřijata“ Evropská sociální charta. Z hlediska zdravotní politiky se s novou sociálně demokratickou vládou (minimálně v deklaratorní rovině) do jisté míry „rehabilituje“ myšlenka zdraví jako veřejného statku.

Z hlediska veřejné diskuse a do jisté míry také řešení bezdomovství má v tomto období zásadní význam vydání publikace zakladatelů o. s. Naděje manželů Hradeckých s názvem *Bezdomovství: Extrémní vyloučení* v roce 1996, která obsahovala první komplexnější analýzu problematiky v ČR a na několik let byla (více či méně přímo) hlavním zdrojem poznatků o bezdomovství u nás.⁵⁴ Tato publikace se stala do jisté míry určitým symbolem „asymetrie informací“, kdy organizace, které s bezdomovci pracují, disponují výrazně lepšími znalostmi problému bezdomovství než veřejná správa a občané, jejichž přístupy jsou do jisté míry ovlivněny naučenými stereotypy a předsudky. Publikace manželů Hradeckých může být také považována za první veřejněpolitickou analýzu bezdomovství, která diskutuje selhání veřejných politik ve vztahu k této populační skupině.

11.7.3 Europeizace otázky bezdomovství

Toto období můžeme vymezit léty 2000–2004. Kolem roku 2000 jsme svědky rostoucího vlivu připravovaného vstupu do Evropské unie na veřejnou politiku v České republice, kdy dochází k určité europeizaci řady právních norem, ale také strategických a koncepčních přístupů (např. Čabanová a kol. 2005; Potůček a kol. 2005). V souvislosti s bezdomovstvím mělo rozhodující význam zapojení ČR do tzv. metody otevřené koordinace sociálních politik v souvislosti s plněním cílů tzv. Lisabonské strategie (srovnej Barták 2005). V rámci přípravy na členství v EU bylo zpracováno ***Společné memorandum o sociálním začleňování*** (viz dále), kde se poprvé (zjevně pod vlivem evropského kontextu, ale také díky snaze několika mála jednotlivců viz dále) objevuje **problematika bezdomovství jako sociální a veřejněpolitický problém, který vyžaduje v ČR řešení**. Pro představitele nestátních neziskových organizací bylo toto uvedení bezdomovství do veřejněpolitické agendy vnímáno velmi pozitivně, naopak ze strany veřejné správy byly formulovány (již v samotném Memorandu) určité

⁵⁴ Není bez zajímavosti, že vydání této publikace finančně podpořila Evropská unie v rámci programu PHARE.

obavy z nedostatku relevantních informací. **Rok 2004 a vstup ČR do Evropské unie tak bez nadsázky znamená pro řešení bezdomovství zcela nový a jedinečný impuls.**

11.7.4 Bezdomovství v zajištění Evropských strukturálních fondů

Označení období let 2005–2008 by se mohlo zdát zavádějící, nicméně upozorňuje na hlavní zdroj financování aktivit jak koncepčního a strategického charakteru, tak i různých programů a intervencí. V roce 2004 již v rámci členství v Evropské unii byl zpracován *Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2004–2006* (viz dále), kterým se ČR aktivně a zcela přihlásila k naplňování významných unijních, ale také domácích cílů sociální politiky. Míra *(ne)naplnění cílů*, které byly ve vztahu k bezdomovství vytýčeny jak v tomto dokumentu, tak i předchozím Memorandu (viz dále), byla důvodem určitého rozčarování a kritiky jak nestátních neziskových organizací, tak i odborné veřejnosti (viz např. Potůček 2006). Poskytovatelé sociálních služeb i orgány veřejné správy, např. Ministerstvo práce a sociálních věcí, jsou „zanepřázdňeny“ novou legislativní úpravou poskytování sociálních služeb – zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a agendách strukturálních fondů EU. Zákon o sociálních službách přináší klasifikaci sociálních služeb, ale také povinnost pro kraje ČR zpracovávat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb. V tomto období je podpořeno několik významných projektů (spolufinancovaných ze strukturálních fondů EU), které se zabývají bezdomovstvím. Jedním z nich je *Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR* (realizovaný v letech 2005–2007), kterým **MPSV de facto delegovalo analytickou a koncepční činnost v oblasti bezdomovství** na „konsorcium“ kolem o. s. Naděje. Dalším (svým rozpočtem největším „neinvestičním“) projektem v ČR v programovacím období 2004–2006 je „pražský“ projekt *Aktivizace pracovního potenciálu sociálně znevýhodněných občanů* (nebyl doposud ukončen), který se zaměřuje na pomoc bezdomovcům v návratu na otevřený trh práce.

V oblasti zdravotnictví se diskuse ve vztahu k bezdomovství od roku 2006 týká především dopadů liberálních reformních kroků, zejména ve vztahu k poplatkům, které jsou s platností od 1. 1. 2008 vymezeny § 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

11.8 Bezdomovství ve vztazích trhu, státu a občanského sektoru

Pro veřejněpolitickou analýzu různých aspektů bezdomovství můžeme využít model vztahů trhu, státu a občanské společnosti jako tří interagujících mechanismů regulace demokratických společností (Potůček a kol. 2005, s. 86). Samozřejmě nelze pominout ani selhání těchto regulačních mechanismů. Ve vztahu k příčinám i řešení bezdomovství hraje každý z těchto sektorů svou specifickou roli.

11.8.1 Trh a bezdomovství

Fungování tržního mechanismu bez účinného působení dalších regulátorů bývá považováno za jednu ze strukturálních příčin bezdomovství (srovnej např. Levinson ed. 2004). Nezaměstnanost daná poměrem poptávky a nabídky po pracovní síle, vyloučení těch, kteří nedisponují potřebnými zdroji z tržní participace, ale také obecná necitlivost trhu při uplatnění některých hodnotících kritérií (lidské důstojnosti, nerovnosti v rozdělení zdrojů) jsou toho příkladem. Na druhé straně stát i občanský sektor sází na zapojení bezdomovců do tržní směny. Jde především o pomoc bezdomovcům participovat na trhu práce, ve které je spatřováno řešení řady problémů, které souvisejí se sociálním vyloučením. Některé soukromé firmy se podílí také v rámci své společenské odpovědnosti na řešení některých problémů bezdomovců (poskytují potraviny, oblečení, finanční dary apod.), jiné ji svým chováním spoluzpůsobují.

Prozatím málo diskutovaným tématem je tzv. „rent seeking“ a také určité zneužívání problémů bezdomovců k maximalizaci zisku soukromých ziskových společností, například ve formě přípravy projektů, jejichž primárním cílem není zlepšení situace bezdomovců. Pozoruhodným znakem současné situace ČR je diskutabilní zapojení soukromých ziskových firem do koncepční a analytické činnosti v oblasti bezdomovství (viz případ ABL).

11.8.2 Stát a bezdomovství

Z pohledu státu je bezdomovství citlivým kompozitním indikátorem jeho omezené schopnosti řešit veřejněpolitické problémy. Na jedné straně má stát řadu nástrojů na řešení bezdomovství (tvorbu práva, veřejněpolitické programy, veřejné finance, autoritu u občanů). Na straně druhé bezdomovství svou (ne)činností může také způsobovat či prohlubovat. **Postoje státu (veřejné správy) jsou ve vztahu**

k bezdomovství v podmínkách ČR značně rozporuplné. Bezdomovství se stává uznaným sociálním a veřejněpolitickým problémem spíše díky vstupu naší země do Evropské unie a zapojení do tzv. metody otevřené koordinace než na základě jednání zodpovědných aktérů a institucí v ČR (srovnej MPSV 2002). Deklaratorní rovina není v souladu s postoji mnoha politiků (srovnej Barták 2005) a jejich faktickou (ne)činností. Veřejná správa uvádí, jak je parné i z koncepčních dokumentů (viz dále), že nejsou dostupné informace o bezdomovství (srovnej MPSV 2006), přesto na jeho řešení (dokonce i na analytické práce) vydává ročně desítky milionů Kč z různých veřejných zdrojů. Z pohledu koncepční a analytické činnosti dominuje v podmínkách ČR přenos této úlohy ze strany veřejné správy na organizace občanské společnosti a v některých případech také na soukromé ziskové společnosti. Z pohledu poskytování sociálních služeb zajišťuje veřejný sektor služby v převážné míře u nestátního neziskového sektoru. Existující způsob financování služeb (převážně z veřejných zdrojů) však udržuje neziskové organizace v neustálé nejistotě a de facto jim neumožňuje optimální rozvoj služeb. Také v posledních letech největší změna v „sociálním zákonodárství“, přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, představuje sice dobře míněný, avšak po implementační stránce ne zcela zvládnutý a efektivní nástroj pro vyjasnění vztahů veřejné správy na straně jedné a dalších subjektů na straně druhé.

Přesunutí řady úkolů na nestátní neziskový sektor nebo soukromé ziskové společnosti, financování (často ne zcela neproblematické) či příprava a implementace právní norem nic nemění na skutečnosti, že **se stát se nezabývá své odpovědnosti za společenský vývoj v dané oblasti.**

11.8.3 Občanský sektor a bezdomovství

Občanský sektor (jeho institucionalizovaná část) hraje v řešení i prevenci bezdomovství u nás podstatnou roli. Nestátní neziskový sektor stojí za prvními studiemi, které na bezdomovství jako veřejný problém upozornily (viz Hradecká, Hradecký 1996). Nestátní neziskové organizace poskytují v současnosti převážnou míru služeb pro bezdomovce a také disponují určitým „poznatkovým monopolem“, týkajícím se jejich klientů bezdomovců. V posledních letech se však stále výrazněji podílí na koncepční a analytické činnosti, která není hlavní náplní jejich práce a nejsou na ni (zejména personálně) vybaveny. Určitým milníkem v této oblasti je projekt ***Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR***⁵⁵, který byl spolufinancován z prostředků

⁵⁵ Podrobné informace o projektu jsou k dispozici na <http://www.bezdomovci.eu/index.php?sekce=submenu&idt=7&id=3&jazyk=> [citováno 9. 3. 2008].

Evropských strukturálních fondů. V rámci tohoto projektu byla pod vedením „konsorcia“ nestátních neziskových organizací zpracována jak definice a typologie bezdomovství, tak i analytické materiály týkající se sociálních služeb či zdravotní péče.

Obecnou charakteristikou většiny organizací nestátního neziskového sektoru, které se bezdomovstvím zabývají, je jejich křesťanská orientace. Vystihuje to například posláním nejvýznamnější organizace, která v ČR s bezdomovci pracuje, o. s. Naděje. „...*posláním Naděje je praktické uplatňování evangelia v životě a jeho šíření. K naplnění svého poslání užívá Naděje soustavu svých služeb...*“⁵⁶

V tomto sektoru dochází k výraznému růstu profesionalizace (alespoň u organizací, které v tomto segmentu dominují), která je vynucena jak vnitřními, tak i vnějšími podmínkami. Mezi vnitřní podmínky lze zařadit především snahu o růst kvality služeb a také průběžně doplňované vzdělávání pracovníků těchto organizací. K vnějším podmínkám můžeme zařadit potřebu obstát ve stále složitějších řízeních o grantové a dotační prostředky či požadavky zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Z pohledu teorie vzniku a vývoje organizací občanské společnosti (OOS) můžeme vznik a rozvoj nestátních neziskových organizací, které se zabývají bezdomovstvím v ČR, spatřovat především **v teorii vzájemné závislosti (selhání OOS)**, která zdůrazňuje reciproční vyvažování nedostatků státu a občanského sektoru (viz Frič, Bútora in Potůček a kol. 2005, s. 164). V počátku rozvoje těchto organizací po roce 1989 můžeme sledovat jak navázání na historickou tradici, tak naplnění znaků **teorie přídavného faktoru (sociální podnikatelé)**, kdy „uznat selhání trhu a státu není dostatečné k uspokojivému vysvětlení definicí ve vývoji OOS.„sociální podnikatelé“ mají motivaci a možnosti vytvářet organizace občanské společnosti, které uspokojují potřeby občanů...“ (Frič, Bútora in Potůček a kol. 2005, s. 162).

⁵⁶ Dostupné z http://www.nadeje.cz/vz/poslani_zasady.pdf [9. 3. 2008].

11.9 Přehled hlavních zjištění

Bezdomovství existuje v ČR ve společenském kontextu změn v oblasti rodinného života, výskytu relativní chudoby, nezaměstnanosti. Přestože v ČR neexistuje plošný nedostatek bytů, problém je jejich finanční dostupnost. Velkým problémem je rovněž absence jasného vymezení bytového fondu ve veřejném vlastnictví z pohledu jeho sociálního určení. Řešení bezdomovství je výrazným způsobem ovlivněno vstupem ČR do EU a zapojením se do metody otevřené koordinace cílů sociální politiky. Možnosti prevence a odstraňování následků bezdomovství zasahují do řady veřejných politik, které jsou nastaveny vzhledem k potřebám většinové populace a potřeby bezdomovců nedostatečně zohledňují, pokud je vůbec registrují.

Cíle, které jsou v oblasti bezdomovství stanoveny ve strategických a koncepčních dokumentech, jsou ovlivněny poznatkovými deficity. Navíc jsou tyto cíle v mnohých případech příliš obecné, takže není možné změřit úspěch v jejich dosahování. Problémem je rovněž právní nezávaznost strategických dokumentů, nízká politická podpora pro jejich realizaci, ale také nenávaznost na existující právní řád i nevyjasněná otázka financování. Na regionální úrovni je k dispozici pouze Akční plán řešení bezdomovství v hlavním městě Praha, který je zpracován s cílem bezdomovství eliminovat nikoliv řešit.

Bezdomovství je tradičně spojováno s aktivitami nestátních neziskových organizací, které plní ve vztahu k politice bezdomovství řadu funkcí, včetně analytické a koncepční činnosti. Veřejný sektor prakticky řešení bezdomovství na nestátní neziskové organizace delegoval a vystupuje nejvýrazněji především v oblasti financování, kde je prozatím nezastupitelný.

S jistou mírou zjednodušení můžeme politiku ve vztahu k bezdomovství rozdělit do čtyř etap. Její vývoj můžeme sledovat na ose od naprostého nezájmu, až po její „zajetí“ strukturálními fondy EU.

Vývoj v oblasti řešení bezdomovství můžeme sledovat v rámci interakce trhu, státu a občanské společnosti. Tento úhel pohledu nám umožňuje získání alternativního, nikoliv jediného možného pohledu na řešení problematiky bezdomovství u nás.

12 Řešení bezdomovství a zdravotních problémů bezdomovců v zahraničí na národní úrovni

Bezdomovství je multidisciplinárním problémem, jehož řešení vyžaduje koordinovaný přístup řady veřejných politik, kdy zdraví bezdomovců představuje problém zásadní, nikoliv však jediný (viz Fitzpatrick et al. 2000; Parsons, Palmer 2004). Vytváření programů zaměřených pouze na řešení zdravotních problémů bezdomovců bez jejich propojení na další programy je nutně problematické, protože nepostihuje další aspekty života bezdomovců. Na druhé straně státy, které mají propracovanou celkovou strategii řešení bezdomovství – v této analýze jsou zastoupeny Velkou Británií a Kanadou, věnují nutnosti řešit zdravotní problémy bezdomovců značnou pozornost. Zkušenosti těchto států mohou být pozitivní inspirací pro tvorbu veřejné politiky v ČR, ale také zdrojem informací o případných selháních a omezeních implementovaných politik a programů.

12.1 Velká Británie

Bezdomovství ve Velké Británii je předmětem zájmu veřejné politiky již relativně dlouhou dobu. Bezdomovství jako společenský fenomén je vymezeno v zákonech z roku 1996, respektive 2002. Zákon z roku 1996 vymezuje sociální situaci bezdomovství (diskuse např. Fitzpatrick et al. 2000), zákon z roku 2002 pak stanovuje především povinnosti místních úřadů ve vztahu k bezdomovcům (viz Barták 2005, s. 150). Tyto předpisy poskytují významný institucionální základ britské politiky boje proti bezdomovství.

Britská vláda⁵⁷ přijala od roku 2002 řadu cílů, které se týkají především snížení počtu osob spících na ulicích, omezení dětí bez domova, ale také lepšího ubytování pro rodiny ohrožené bezdomovstvím. V současné době (rok 2008) se cíle vlády přesouvají spíše ke snížení počtu rodin, které žijí v dočasném ubytování.⁵⁸

V březnu 2002 byla publikována zpráva „*More than the roof*“⁵⁹ (Více než střecha nad hlavou), která načrtla problém bezdomovství ve Velké Británii, jeho příčiny

⁵⁷ Problematicou bezdomovství se ve Velké Británii zabývá vicepremiér, respektive ministři místní správy a bydlení a jejich specializovaná pracoviště.

⁵⁸ <http://www.communities.gov.uk/housing/homelessness/overviewkey/> [citováno 12. 3. 2008].

⁵⁹ Zpráva je dostupná z www.odpm.gov.uk/stellent/groups/odpm_homelessness/documents/page/odpm_home_601520.hcsp [citováno 12. 3. 2008].

a možnosti jeho řešení. Tato zpráva společně se zákonem o bezdomovství z roku 2002 představuje základ současné vládní strategie v boji proti bezdomovství. Základní cíle vládní strategie byly:

- Zintenzivnění pomoci bezdomovcům a jedincům ohroženým bezdomovstvím.
- Vývoj strategických přístupů k řešení a prevenci bezdomovství.
- Zlepšení schopnosti reagovat na bezdomovství.
- Snížení počtu rodin s dětmi bez domova využívajících bydlení typu Bed and Breakfast.
- Snížení počtu lidí bez domova o dvě třetiny.
- Zajištění možnosti přiměřeného bydlení pro všechny obyvatele Velké Británie.

O tři roky později (v březnu 2005) byla publikována další zpráva „*Sustainable Communities: settled homes; changing lives*“ (ODPM 2005). Hlavními cíli této strategie do roku 2010 (ODPM 2005, s. 7) jsou s přihlédnutím k strategickým cílům z roku 2002 zejména:

- Prevence bezdomovství.
- Poskytování pomoci a podpory nejvíce znevýhodněným.
- Zaměření se na širší příčiny bezdomovství.
- Zaměření se na bezdomovce spící na ulicích.
- Zajištění více bytů.

Tato zpráva hodnotí cíle stanovené v dokumentu *More than the roof* jako úspěšně naplňované, zejména co se týče snižování počtu osob spících na ulicích. Úspěch spatřuje také v implementaci zákona o bezdomovství z roku 2002. Určitým limitem této strategie, ale také dalších koncepčních dokumentů je jejich zaměření pouze na osoby vymezené jako bezdomovci zákony z roku 1996 a 2002 (viz výše) a nezahrnuje tak všechny, kteří bezdomovství zakouší.

Hlavním nástrojem naplnění cílů z roku 2005 je mimo stálého uvádění problematiky bezdomovství do vládních agend především navyšování výdajů (oproti roku 2005 prozatím asi o jednu pětinu). Jednou ze stěžejních oblastí strategie z roku 2005 je zajistit naplnění zdravotních potřeb bezdomovců (ODPM 2005, s. 12).

Naomi Parsonsová a Guy Palmer, kteří shrnuli politiky, které mají ve Velké Británii vliv na bezdomovství (Parsons, Palmer 2004), uvádějí tři programy, které

existují v rámci britského zdravotnictví (respektive MHS) a jsou zaměřené na potřeby bezdomovců (Parsons, Palmer 2004, s. 30–32).

Jde o *Individualizované lékařské služby*, tedy o kontrakty mezi praktickými lékaři a Trusty primární péče ohledně poskytování služeb specifickým skupinám obyvatelstva (včetně bezdomovců) v rámci spádové oblasti. Další je program *Národní podpora služeb*, který je rovněž založen na kontraktech mezi praktickými lékaři a zaměřuje se opět na poskytování služeb znevýhodněným skupinám obyvatel (jednou z nich jsou bezdomovci). Posledním programem je *Alternativní poskytování zdravotnických služeb*, které umožňuje organizacím, které s bezdomovci pracují, žádat prostředky na zřízení místa lékaře nebo zdravotníka, který poskytuje služby jejich klientům bezdomovcům.

Určitým problémem těchto programů je podle Parsonsové a Palmera především fakt, že na jedné straně zdravotní programy pro bezdomovce de facto existují, na straně druhé objem a kvalitu poskytovaných služeb téměř nikdo nezkoumá (Parsons, Palmer 2004, s. 31). Jako hlavní doporučení uvádí autoři (ibid, s. 31–32) především *zlepšení znalosti o zdravotních potřebách bezdomovců a péči, která je jim na místní úrovni poskytována*, ale také v dalším rozvoji péče v rámci pomáhajících organizací. Po pomáhajících organizacích pak vyžadují zpracování přehledových materiálů o problematice zdraví a dostupnosti zdravotní péče pro bezdomovce.

Přes výše uvedené tvrzení o neprozkoumanosti objemu a kvality péče nabízí určité hodnocení studie Deborah Quilgarsové a Nicholase Pleace (Quilgars, Pleace 2003), která byla sepsána na základě využití metody focus group a dotazníkového šetření mezi poskytovateli zdravotní péče a pomáhajícími organizacemi. Tato studie se věnuje péči, která je bezdomovcům poskytována ve Skotsku (v kontextu celé Velké Británie). Studie shrnuje, že dostupnost primární péče je dobrá zejména pro ty bezdomovce, kteří jsou v péči zařízení sociálních služeb, problematicky je pak dostupná péče specializovaná, zejména pak psychiatrická (Quilgars, Pleace 2003, s. 5). Autoři ve své zprávě také konstatují, že zdravotnické služby pro bezdomovce jsou vždy pouze omezeně efektivní, protože díky multifaktoriální povaze bezdomovství, není možné výrazněji ovlivnit zdraví bezdomovců pouze v rámci systému zdravotnických služeb (ibid, s. 9).

12.2 Kanada

Bezdomovství představuje v Kanadě dlouhodobě závažný sociální problém, který začal být řešen na celokanadské úrovni pomocí vládní politiky se souhrnným názvem *National Homelessness Initiative – Národní iniciativa pro bezdomovství*⁶⁰ v roce 1999. Na programy a aktivity byly vynaloženy téměř tři čtvrtě miliardy kanadských dolarů. Základní cíle Národní iniciativy pro bezdomovství byly:

- S podporou kanadské vlády pomáhat městům při vytváření programů boje proti bezdomovství a rozšířit spektrum vhodných nástrojů a zdrojů pro boj s bezdomovstvím.
- Pomáhat vytvářet partnerství relevantních aktérů a vhodné projekty, které jsou směřované do oblasti okamžitých i dlouhodobých diverzifikovaných služeb pro bezdomovce a do programů, které snižují počet lidí bez domova.
- Vytvářet povědomí o bezdomovství v Kanadě a přispívat k pochopení tohoto multifaktoriálního společenského problému.

Těchto cílů bylo dosahováno prostřednictvím následujících programů a aktivit:

- *Iniciativa pro podporu komunitních partnerství (SCPI)* byla programem v kompetenci Národní kanceláře pro bezdomovství (NSH), což bylo pracoviště zřízené pro potřeby Národní iniciativy pro bezdomovství. Národní kancelář pro bezdomovství je součástí Human Resources Development Canada.
- *Program pro řešení bezdomovství původních obyvatel Kanady* byl propojen s další strategií Urban Aboriginal Strategy, což byl program, jehož cílem bylo řízení pracovní skupiny pro vztahy s původním obyvatelstvem a jehož implementace probíhala prostřednictvím Národní kanceláře pro bezdomovství.
- *Strategický program pro zaměstnávání mladých (YES)* byl zaměřen na zaměstnávání mladých lidí bez domova. Strategie byla v kompetenci Human Resources Development Canada.
- Kanadská hypotéční a bytová společnost získala dodatečné finanční zdroje pro financování existujících renovačních programů, které byly určeny pro občany s nízkými příjmy, včetně bezdomovců a jedinců ohrožených bezdomovstvím. Jednalo se konkrétně o dva programy: *Residential Rehabilitation Assistance Program (RRAP)* a *Shelter Enhancement Program (SEP)*. Tyto existující programy byly revidovány s tím, že zahrnovaly také mladé lidi, kteří se stali obětmi domácího násilí.
- *Surplus Federal Real Property for Homelessness Initiative (SFRPHI)* byl projekt, který umožňoval jednotlivým komunitám používat nevyužité vládní nemovitosti pro vytváření projektů v oblasti bezdomovství.
- Národní kancelář pro bezdomovství je v rámci Národní iniciativy pro bezdomovství odpovědná za oblast *výzkumu bezdomovství*.

⁶⁰ www.homelessness.gc.ca [citováno 19. 7. 2004].

Určitým problémem je (srovnej Fitzpatrick, Stephens 2007, s. 47), že v Kanadě neexistují oproti výše uvedené Velké Británii přesné údaje o počtu bezdomovců (odhad je podle výše uvedeného zdroje asi 150 000), nicméně výzkumníci se přiklání k názoru, že počet bezdomovců v Kanadě roste (srovnej Fitzpatrick, Stephens 2007, s. 17). Hodnocení na základě údajů o snižování počtu bezdomovců je tedy přinejmenším problematické.

Přes existující (byť ve veřejných materiálech nezmiňované) informace o spíše než klesajícím rostoucím počtu bezdomovců (nebo právě proto) byla v prosinci roku 2006 přijata nová strategie řešení bezdomovství *Homelessness Partnering Strategy – Strategie partnerství pro bezdomovství*⁶¹. Tato strategie, dotovaná asi 270 miliony kanadských dolarů, nahrazuje a v určitých aspektech také navazuje na předchozí Národní iniciativu pro bezdomovství. Přístupem nové strategie je „bydlení především“, kdy hlavním cílem spolupráce vlády s dalšími relevantními aktéry je na prvním místě snaha dopomoci bezdomovcům k soběstačnosti, zejména co se týče bydlení.

Oproti předchozí Iniciativě je Strategie partnerství pro bezdomovství realizována pouze třemi programovými aktivitami:

- *Iniciativa pro partnerství v řešení bezdomovství (Homelessness Partnership Initiative)*, která umožňuje 61 zapojeným komunitám financovat (při úspěchu v otevřeném grantovém řízení) konkrétní projekty týkající se bezdomovství, které jsou vytvořeny podle unikátních potřeb a situace dané komunity.
- *Síť odpovědných aktérů (Homelessness Accountability Network)*, což je program, který je zaměřen na posilování spolupráce a je určený zejména městům a jejich partnerům. Program jim má pomoci přebírat v řešení bezdomovství aktivnější roli, vytvořit udržitelné síť spolupracujících organizací a partnerství a pomoci rozvinout komunitní plánování zaměřené na bezdomovství.
- *Surplus Federal Real Property for Homelessness Initiative*, tedy program využívání vládních nemovitostí pro projekty zaměřené na bezdomovce.

Zdravotní potřeby kanadských bezdomovců a dostupnost zdravotnických služeb pro tuto skupinu jsou relativně dobře zmapovány (viz např. Hwang 2001). Ve své zprávě pro kanadský parlament z roku 1999 uvádí Nancy Miller Chenier⁶², že na národní rozměr zdravotních problémů bezdomovců bylo upozorněno premiérem Ontaria a starostou Toronta poprvé v roce 1998, nicméně že role kanadské vlády zůstává nejasná za situace, kdy odpovědnost za otázky zdraví kanadských bezdomovců není zákonem striktně rozdělena mezi vládu a nižší úroveň správy. Roli vlády shledává

⁶¹ <http://www.homelessness.gc.ca> [citováno 15. 3. 2008].

⁶² <http://www.dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/modules/prb99-1-homelessness/health-e.htm> [citováno 15. 3. 2008].

především v podpoře provincionálních a teritoriálních vlád, dohlížení nad naplňováním principů *Canadian Health Act* (kanadského zákona o zdraví), který garantuje univerzální dostupnost zdravotní péče v poloze, která odpovídá situaci bezdomovců, ale také ve financování speciálních programů zdravotnických služeb pro bezdomovce. Kanadská vláda financovala v minulosti několik programů⁶³, které se zaměřily například na získání průkazu zdravotního pojištění (Health cards) pro bezdomovce, kdy pracovníci Ministerstva zdravotnictví docházeli do vytipovaných nemocnic a bezdomovcům tuto kartu vyřídili (k získání karty je třeba uvést bydliště, což byl pro bezdomovce problém), když jako adresa byla pověřenými pracovníky ministerstva uvedena konkrétní nemocnice.

Na úrovni jednotlivých měst (např. v Torontu)⁶⁴ jsou přístupy ke zdravotním potřebám bezdomovců a dostupnosti péče založeny na podpoře specializovaných organizací, které se zdraví bezdomovců věnují (např. duševně nemocným bezdomovcům), ale také na vytváření pracovních skupin při městské správě, které řeší otázky zdraví bezdomovců a dostupnosti (návaznosti) služeb. Tyto pracovní skupiny pak vytváří návody a metodiky, díky kterým lze bezdomovce nasměrovat např. po ukončení hospitalizace do ubytovny. Konkrétně v Torontu existuje program, kdy v nemocnici Sv. Michala jsou kanadští lékaři cvičeni ve specifických aspektech péče o bezdomovce⁶⁵. Financování těchto aktivit probíhá především z výše uvedených národních zdrojů.

⁶³ <http://www.toronto.ca/homelessness/pdf/reportcard2003.pdf> [citováno 16. 3. 2008].

⁶⁴ <http://www.toronto.ca/homelessness/pdf/reportcard2003.pdf> [citováno 16. 3. 2008].

⁶⁵ Na tomto programu participuje také Stephen Hwang, jehož články jsou hojně citovány v části věnové souhrnu poznatků o zdraví bezdomovců v zahraničí.

13 Řešení bezdomovství a zdravotních problémů bezdomovců v činnosti nadnárodních a mezinárodních organizací

Problematické bezdomovství a zdraví bezdomovců se na nadnárodní a mezinárodní úrovni, různou měrou, zabývá několik významných organizací. V kontextu Evropy (ale de facto také ve světovém měřítku) nejvýznamnější organizací, která se ve své činnosti věnuje specificky bezdomovství, je **FEANTSA**, tedy Evropská federace organizací pracujících s bezdomovci. Z hlediska řešení zdraví bezdomovců a působení na determinanty zdraví nemůžeme z tohoto přehledu vyloučit **Světovou zdravotnickou organizaci (WHO)**. V neposlední řadě musíme naši pozornost věnovat také **Evropské unii (EU)** a jejím aktivitám v této oblasti. Je nutné poznamenat, že každá z těchto organizací má jiné poslání i možnosti a uvádět na jednom místě organizaci občanské společnosti, jakou je FEANTSA, a vedle ní WHO nebo Evropskou unii může být předmětem kritiky. Nicméně FEANTSA je de facto jedinou mezinárodní organizací, která se bezdomovství věnuje a do značné míry ovlivňuje činnost EU v této oblasti.

13.1 FEANTSA

Významným „nadnárodním hráčem“, který se věnuje zdraví bezdomovců v kontextu Evropy, je FEANTSA (viz výše). FEANTSA je Evropskou federací národních organizací, které pracují s bezdomovci. Je jediným nadnárodním sdružením (nejen evropským), které se specializuje výlučně na problematiku bezdomovství. Hlavním cílem FEANTSA je prevence a zmírňování následků chudoby a sociálního vyloučení u bezdomovců, a to prostřednictvím podpory spolupráce všech relevantních aktérů v Evropě.⁶⁶ Významná je činnost organizace ve zprostředkování informací pro rozhodování orgánů a členských států EU (např. při hodnocení Národních akčních plánů a dalších strategických dokumentů), kde funguje jako lobbistická organizace. Její činnost však nespočívá pouze v lobbingu, ale také ve sběru informací o bezdomovství v Evropě, kdy FEANTSA vytváří řadu metodik a klasifikací v oblasti bezdomovství, sociálního vyloučení a bydlení (nejznámější je typologie bezdomovství ETHOS, viz

⁶⁶ <http://www.feantsa.org/code/en/hp.asp> [citováno 18. 3. 2008].

výše). V rámci FEANTSA funguje také think-tank *European Observatory on Homelessness* a je vydáván časopis *European Journal of Homelessness*.

Souhrnná analytická zpráva, kterou tato organizace publikovala na téma zdraví bezdomovců (viz Anderson et al. 2006), rozděluje politická doporučení tvůrcům zdravotní politiky do několika okruhů, které zahrnují *zvyšování dostupnosti péče pro bezdomovce v rámci stávajícího zdravotnického systému, poskytování alternativních služeb (služeb jdoucích za bezdomovci) a zlepšení dostupnosti návazných služeb (rehabilitace, doléčení).*

Tabulka č. 12: **Politická doporučení FEANTSA pro zlepšení dostupnosti péče pro bezdomovce**

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

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

Vzhledem k celoevropské působnosti FEANTSA jsou nabízená doporučení orientována primárně na potřeby bezdomovců a nemusí vždy zcela reflektovat aktuální nastavení zdravotnického systému v daném státě. Doporučení nejsou ani příliš kontroverzní, když současně zdůrazňují jak poskytování péče bezdomovcům v „běžných“ ordinacích a zařízeních, tak i ve „specializovaných“ ordinacích a zařízeních, které slouží výlučněji potřebám bezdomovců.

13.2 Světová zdravotnická organizace (WHO)

Světová zdravotnická organizace (World health organisation – WHO) je mezinárodní agenturou v rámci Organizace spojených národů, která je odpovědná (zabývá se) otázkami zdraví. V současné době má 192 členských států a dva státy přidružené. Zástupci těchto států se každoročně scházejí ve švýcarské Ženevě (kde je hlavní sídlo organizace), kde diskutují politické cíle, rozpočet organizace, ale také jednou za pět let volí generálního ředitele. WHO má šest regionálních kanceláří, pro

Evropský region v Kodani, pro region Ameriky ve Washingtonu, pro Africký region v Brazzaville, pro region Východní středomoří v Káhiře, pro region Jihovýchodní Asie v New Dehli a pro Západopacifický region v Manile (WHO 2006, s. 2–3). WHO se zabývá otázkami zdraví, takže její zaměření pokrývá všechny relevantní otázky veřejného zdraví. WHO nerozvíjí spolupráci pouze s národními vládami, ale stále více také s aktéry občanské společnosti.

Z hlediska tvorby veřejné politiky ve vztahu k bezdomovství má značný význam Světová deklarace zdraví (World Health Declaration) z roku 1998 (WHO 1999, s. V), která je založena na předpokladu, že naplnění potenciálu zdraví lidí lze dosáhnout pomocí přístupu „*health for all policy*“ (politika zdraví pro všechny), tedy zapojení všech relevantních politik (nejen zdravotní) do vytváření lepších podmínek pro zdraví. Na základě této deklarace byl zpracován v Evropském regionu WHO politický rámec *health for all* **Zdraví 21**. Hlavním a stálým obecným cílem tohoto rámce je zdraví pro všechny, dílčími cíli jsou pak podporovat a chránit zdraví v průběhu života člověka a snižovat výskyt hlavních onemocnění a úrazů (WHO 1999, s. 4). Nejvýznamnějšími hodnotami tohoto rámce jsou *zdraví jako základní lidské právo, ekvita a solidarita ve zdraví* (mezi státy, mezi regiony, ale také mezi společenskými skupinami v rámci daného státu a v neposlední řadě mezi muži a ženami) *a participace a odpovědnost jedinců, skupin, komunit, institucí a sektorů na rozvoji zdraví* (WHO 1999, s. 4). Čtyřmi strategiemi pro akci jsou pak multisektorální strategie zaměřené na ovlivňování determinant zdraví, zdravotní programy založené na výsledcích a investice do zdraví a klinické péče, integrovaná primární péče a flexibilní péče nemocniční a zapojení všech relevantních aktérů pro zdraví (WHO 1999, s. 4). Rámec Zdraví 21 v Evropském regionu WHO obsahuje 21 cílů, které jsou zaměřeny na dosažení cíle hlavního, tedy zdraví pro všechny. Evropský rámec byl pak základem pro tvorbu rámců Zdraví 21 na národní úrovni. V České republice byl tento rámec vzat na vědomí usnesením vlády České republiky č. 1046 z 30. října 2002 (MZ 2003).

Rámec politiky zdraví pro všechny Zdraví 21 by neměl být interpretován na základě jednoho cíle, protože k naplnění hlavního cíle je třeba rozvíjet aktivity ve všech 21 oblastech. Z hlediska zdraví bezdomovců (stejně jako dalších společenských skupin) jsou všechny cíle stejně relevantní. Tvůrci zdravotní politiky a další odpovědní aktéři by však měli vycházet jak při tvorbě strategických materiálů, tak i zákonů a konkrétních opatření z hodnot, které rámec Zdraví 21 nabízí, **tedy z práva na zdraví, solidarity, spravedlnosti a participace a odpovědnosti.**

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

Tabulka č. 13: **Doporučení studie WHO k řešení problému zdraví bezdomovců**

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

Zdroj: podle Wright, Tompkins 2005.

Určitá slabina manuálu WHO je způsobena profesním a výzkumným zaměřením jeho autorů, kdy se práce orientuje především na duševní onemocnění a poruchy bezdomovců, jejichž rozsah je v bezdomovecké populaci sice mimořádný, nepředstavují však všechny zdravotní problémy bezdomovců.

13.3 Evropská unie

Evropská unie jako „ekonomické a politické partnerství“ 27 států Evropy se zabývá (s různou intenzitou) většinou veřejněpolitických problémů a příležitostí. Ačkoliv otázky zdraví a sociální politiky patří do značné míry do kompetence národních států, orgány Evropské unie rozvíjí celou řadu aktivit, které jsou **zaměřeny na bezdomovství a otázku zdraví bezdomovců**. Tyto aktivity jsou jak aktivní, tak i reaktivní (viz příloha č. 3).

13.3.1 Oblast zaměstnanosti a sociálních věcí⁶⁷

Z hlediska sociální politiky mělo značný význam zasedání Evropské rady v Lisabonu, na kterém byla přijata strategie pro ekonomickou a sociální obnovu a obnovu životního prostředí.⁶⁸

Tzv. *Lisabonská strategie pro ekonomickou a sociální obnovu a obnovu životního prostředí* je významnou strategií EU na období let 2000–2010.

Jejím cílem je přeměna EU na nejdynamičtější a nejkonkurenceschopnější ekonomiku světa. V rámci této strategie je silná ekonomika motorem tvorby nových pracovních míst, sociálních politik a politik v oblasti životního prostředí. Ty pak zajistí udržitelný rozvoj a sociální začlenění.

V rámci sociálního začleňování a řešení problematiky bezdomovství jsou velice významné články 32. a 33. závěrů předsednictva ze **zasedání Evropské rady v Lisabonu ve dnech 23. a 24. března 2000.**⁶⁹ V článku 32. se konstatuje, že počet lidí, kteří žijí pod hranicí chudoby, a sociálně vyloučených v Evropské unii je neakceptovatelný. V článku se dále hovoří o tom, že na znalostech založená společnost na jedné straně riziko sociálního vyloučení snižuje, na straně druhé je však konstatováno, že právě na znalostech založená společnost může sociální vyloučení generovat. Ochrana před tímto rizikem a podpora co možná největšího využití nabízejících se příležitostí je možná prostřednictvím zlepšení dovedností, přístupností vzdělání a bojem proti nezaměstnanosti. Jako *nejdůležitější faktor zabraňující sociálnímu vyloučení je identifikována zaměstnanost*. Článek 32. dále uvádí, že boj se sociálním vyloučením by měl být založen na Metodě otevřené koordinace kombinující národní akční plány a iniciativy Evropské komise. Článek 33. navrhuje, že Evropská rada a Evropská komise by se měly zaměřit na:

- podporu lepšího porozumění sociálnímu vyloučení prostřednictvím výměny informací a příkladů dobré praxe na základě společně přijatých indikátorů;
- usměrňování vývoje sociální soudržnosti v členských státech EU v oblasti zaměstnanosti, vzdělávání a výchovy, zdraví a bydlení tak, aby byly komplementární na úrovni celé EU;
- vývoj prioritních akcí směřovaných ke specifickým populačním skupinám. *(Členské státy jsou vyzvány k tomu, aby tyto akce stanovily podle svých aktuálních potřeb a následně informovaly o jejich implementaci.)*

⁶⁷ Název podkapitoly je zvolen podle oficiálního názvu agendy na internetovém portálu EU.

⁶⁸ http://europa.eu.int/comm/lisbon_strategy/intro_en.html [citováno 2. 7. 2007].

⁶⁹ http://eu.eu.int/ueDocs/cms_data/docs/pressData/en/ec/00100-r1.en0.htm [citováno 2. 7. 2007].

Článek 37. se týká implementace Metody otevřené koordinace. Je v něm vysvětlena podstata této metody. Byla vytvořena, aby pomohla členským státům EU rozvíjet jejich vlastní politiky, které se týkají:

- zavádění směrnic EU kombinovaných se specifickými časovými harmonogramy pro dosahování cílů strategie v krátkodobém, střednědobém a dlouhodobém období;
- vytvoření vhodných kvantitativních a kvalitativních ukazatelů a vypracovávání příkladů dobré praxe pro možnost mezinárodního srovnávání tam, kde je třeba;
- transformování směrnic do národních a regionálních politik prostřednictvím stanovení specifických cílů a přijetí opatření, které berou do úvahy národní a regionální odlišnosti;
- periodického monitorování a vyhodnocování a vytváření studií s cílem pomoci vzájemnému učení se mezi jednotlivými členskými státy.

Metoda otevřené koordinace je dále založena na principu decentralizace a subsidiarity, a to jak na úrovni EU, tak i v jednotlivých členských státech. Zdůrazňuje význam sociálních partnerů a neziskových organizací a vzájemné spolupráce všech relevantních aktérů.

Tzv. Lisabonská strategie byla doplňována a upřesňována v následujících letech v řadě dalších zasedání Evropské rady, např. v Nice v prosinci 2000⁷⁰, kde byla ustanovena v souladu s cíli Lisabonské strategie tzv. *Evropská sociální agenda na léta 2000–2005*. Velký význam má v tomto kontextu také zasedání Rady Evropské unie v Göteborgu ve dnech 15. a 16. června 2001⁷¹, které bylo, co se Lisabonské strategie týká, velice významné. Lisabonská strategie byla rozšířena o dimenzi životního prostředí, protože na tomto zasedání byla přijata Strategie udržitelného rozvoje. **Pro Českou republiku bylo významné, že na základě článku 11. závěrů předsednictva zasedání Rady Evropské unie byla společně s dalšími kandidátskými státy vyzvána, aby začlenila cíle unijní politiky v oblasti ekonomické, sociální a v oblasti životního prostředí do své národní politiky.**

V roce 2005 byla přijata nová **sociální agenda EU na léta 2006–2010**⁷², která vychází z tzv. *střednědobého hodnocení Lisabonské strategie*⁷³. Tato agenda do jisté

⁷⁰ http://ue.eu.int/euDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/00400-r1.%20ann.en0.htm [citováno 2. 7. 2007].

⁷¹ http://ue.eu.int/EuDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/00200-r1.en1.pdf [citováno 3. 7. 2007].

⁷² http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&an_doc=2005 &nu_doc=33 [citováno 10. 7. 2007].

⁷³ http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&an_doc=2005 &nu_doc=33 [citováno 10. 7. 2007].

míry zužuje „původní cíle“ Lisabonské strategie na dvě oblasti, a to na **zaměstnanost s cílem ekonomické prosperity** a na **rovné příležitosti a začlenění s cílem zvýšení solidarity**. Opět je zdůrazňována nutnost mezíresortní spolupráce a zapojení všech relevantních sociálních partnerů. **Hlavním cílem zůstává vize plné zaměstnanosti.**

13.3.2 Oblast veřejného zdraví

Evropská unie se dlouhodobě věnuje řadě otázek veřejného zdraví, zejména v oblasti ochrany spotřebitele (např. kvalité potravin), ochrany zdraví při práci nebo volného pohybu osob a služeb z hlediska zdravotnictví. Její angažovanost v otázkách zdravotnického systému a hodnotových východisek zdravotní politiky však byla dlouhou dobu spíše omezená. Určitým obratem v tomto směru je publikace Bílé knihy *Společně pro zdraví: Strategický přístup pro EU na období 2008–2013*.⁷⁴ Tento dokument vychází z premisy, že zdraví je významnou individuální i společenskou hodnotou a že je mu nutné věnovat pozornost také na úrovni EU jako celku. Hodnotově se dokument zakládá na univerzálnosti, přístupu k dobré zdravotní péči, spravedlnosti a solidaritě. **Dokument zdůrazňuje nutnost omezení nespravedlivosti v oblasti zdraví (mezi jednotlivými populačními skupinami) a zdůrazňuje stejně jako politický rámec Zdraví 21 začlenění otázek zdraví do všech politik.** Ačkoliv dokument je „pouze“ Bílou knihou, vymezuje jednoznačně hodnoty „evropského rozměru“ zdravotní politiky. Lze předpokládat, že v budoucnu bude úloha (respektive snaha o angažování se) orgánů Evropské unie v oblasti veřejného zdraví a zdravotnických systémů růst.

13.3.3 Regionální (strukturální) politika

Značný význam pro realizaci cílů Evropské unie v oblasti sociálního začleňování má regionální politika EU. Nejvýznamnějším nástrojem regionální politiky EU jsou strukturální fondy. Strukturální politika měla v období 2000–2006 následující cíle:

- **Cíl 1 – Podpora rozvoje zaostávajících regionů**
- **Cíl 2 – Podpora oblastí potýkajících se s restrukturalizací**
- **Cíl 3 – Podpora politiky zaměstnanosti a vzdělání**

Zdroj: <http://www.strukturalni-fondy.cz/regionalni-politika/regionalni-politika-eu-2004-2006> [citováno 14. 12. 2007].

⁷⁴ http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf [1. 12. 2007].

Financování projektů a aktivit v dosahování těchto cílů je prováděno zejména pomocí strukturálních fondů. Existují čtyři strukturální fondy a každý z nich pokrývá specifickou tematickou oblast:

- *Evropský fond regionálního rozvoje (ERDF),*
- *Evropský sociální fond (ESF),*
- *Evropský orientační a záruční fond pro zemědělství (EAGGF) – funguje od roku 1962 a z jeho zdrojů je financován rozvoj venkovských oblastí. EAGGF je rozdělen do dvou sekcí, orientační a záruční,*
- *Finanční nástroj pro podporu rybolovu (EIFG).*

Zdroj: <http://www.strukturalni-fondy.cz/regionalni-politika/regionalni-politika-eu-2004-2006> [citováno 14. 12. 2007].

Zejména z **prostředků Evropského sociálního fondu** byla ve výše uvedeném období v EU financována řada projektů, které se týkají bezdomovství a jeho prevence, zejména prostřednictvím začlenění bezdomovců na trh práce (v rámci plnění cíle 3). Strukturální fondy představují v řadě členských států jeden z hlavních zdrojů financování projektů, které jsou věnovány otázce bezdomovství.

Závěr a zamyšlení nad vývojem v letech 2008 až 2011

Fenomén bezdomovství se v naší společnosti opět objevil po roce 1989. Bezdomovství v České republice patří, i po téměř dvaceti letech existence demokratického státu, k méně poznaným a objektivizovaným společenským jevům. Tento deficit můžeme přičíst jak multifaktoriální povaze bezdomovství, tak i skutečnosti, že bezdomovství nebylo dlouho, přes svou zjevnou existenci, uznaným sociálním a veřejněpolitickým problémem. Apatie převažující části společnosti vůči bezdomovství a bezdomovcům nevedla řadu let k rozvoji potřebné společenské diskuse, ale ani k rozvoji poznání v této oblasti.

Cílem této práce je přispět k objektivizaci zdravotního stavu bezdomovců v ČR a jeho determinant a analyzovat v tomto kontextu relevantní veřejné politiky. V době, kdy vznikl uvedený záměr (počátkem roku 2005), byly k dispozici pouze velmi kusé informace o zdraví bezdomovců. Bylo publikováno několik článků, které se věnovaly vysokému výskytu tuberkulózy mezi bezdomovci a jejich špatnému duševnímu zdraví. K dispozici byly tehdy „čerstvé informace“ z historicky prvního sčítání bezdomovců v Praze z roku 2004. V té době však bylo bezdomovství již většinou odpovědných aktérů, zejména díky našemu členství v EU, uznaným sociálním i veřejněpolitickým problémem. Nutnost jeho řešení se opakovaně objevovala ve strategických a koncepčních dokumentech, ovšem bez hlubšího poznání bezdomovství jako takového a bez výrazných ohledů na ty, pro které se bezdomovství stalo životní realitou. Tyto nedostatky měl překonat projekt řešený od roku 2004 v IZPE s názvem „Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty“. V jeho rámci mělo rozhodující význam dotazníkové šetření, které bylo provedeno v roce 2005. Zrušení IZPE v roce 2006 představovalo také konec tohoto projektu, a to ve fázi prepisu získaných dat. Poznatky, které jsou předkládány v této práci, byly získány především z uvedeného dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 900 bezdomovců. Dále bylo čerpáno z pramenů, které byly k dispozici o bezdomovství a zdraví bezdomovců do prvního čtvrtletí roku 2008.

Bezdomovství je charakterizováno nemožností uspokojovat adekvátním způsobem jednu ze základních lidských potřeb – potřebu bydlení. Český právní řád používá od roku 2006 pojem „osoba bez přístřeší“, kterou charakterizuje jako osobu v hmotné nouzi, která nemůže uspokojovat své životní potřeby z důvodu ztráty přístřeší. Toto pojetí ukazuje, že u nás jsou za bezdomovce považovány pouze osoby, které

nemají vůbec žádné přístřeší, a jedinci, kteří nacházejí ubytování u poskytovatelů sociálních služeb. Dodnes nemáme k dispozici přesnější údaje o počtu bezdomovců v ČR. K dispozici jsou pouze údaje ze sčítání provedeného v roce 2004 v Praze a také data z Brna z roku 2006. Odhady celkového počtu bezdomovců se pohybují v rozmezí od pěti tisíc (doložitelné oběma sčítáními) až do několika desítek tisíc osob.

Bezdomovství, jeho vznik a průběh jsou ovlivněny celou řadou celospolečenských procesů, ale také individuálními charakteristikami jednotlivců. V našich podmínkách se jedná o změny v oblasti rodinného života, které jsou důsledkem strukturální lhostejnosti vůči rodině. Tato skutečnost je doprovázena erozí tradičních rodinných hodnot a změnou fungování rodin, kdy se setkáváme s vysokou mírou rozvodovosti, ale také s rostoucím počtem těch, kteří žijí osaměle. Ačkoliv systém sociálního zabezpečení chrání ohroženou populaci před absolutní chudobou, ve špatných podmínkách relativní chudoby žije v naší zemi přibližně 8 % obyvatel. Chudoba souvisí se situací na trhu práce, a to zejména s dlouhodobou nezaměstnaností. Dlouhodobá nezaměstnanost, chudoba a nemožnost či neschopnost hospodařit s minimálními prostředky pak mají často rozhodující význam na vznik bezdomovství. Navíc ve vztahu k bezdomovství se u nás setkáváme s necitlivostí a selháním veřejných politik.

Z individuálních faktorů, přispívajících ke vzniku bezdomovství, patří k nejvýznamnějším omezená schopnost zvládat „sociální stres“, který je vyvolán spolupůsobením všech výše uvedených faktorů, případně jeho zvládání sociálně patologickým způsobem, zejména alkoholem. S fenoménem vlivu sociálního stresu na bezdomovství úzce souvisí další, zatím málo zmiňovaný psychologický jev – naučená bezmocnost. Naučená bezmocnost je psychický stav celkové rezignace, apatie a nedůvěry jedince v jakoukoliv možnost zlepšit svou situaci vlastním přičiněním. Naučená bezpomocnost je vyvolána stresovými událostmi, které člověk prožil v minulosti, a které se ukázaly vlastní snahou a vlastním úsilím neřešitelné.

Bezdomovství postihuje v ČR především muže, kteří představují přibližně 80 % bezdomovců. Jsou to nejčastěji osoby v produktivním věku, žijící osaměle, zpravidla jako svobodní nebo rozvedení. Přibližně třetina bezdomovců nemá žádné děti, a pokud je má, udržuje s nimi pouze omezené kontakty. Řada bezdomovců prošla ve svém životě vězením. Bezdomovství není otázkou krátkodobou, protože přibližně dvě třetiny bezdomovců žijí v této situaci déle než rok. Vyhlídky na trhu práce nejsou pro bezdomovce dobré, a to jak vzhledem k malé snaze bezdomovců najít si práci, tak díky

tomu, že bezdomovci mají většinou nedostatečnou kvalifikaci a dlouhodobá nezaměstnanost jejich pracovní návyky ještě více oslabila. Jenom málo z nich je registrováno na úřadech práce, což návazně omezuje možnost čerpat sociální dávky. Paradoxně o jejich čerpání často nejeví zájem, protože o nich buď nevědí, nebo nejsou sto zvládnout jejich vyřízení. Většina bezdomovců má tak k dispozici příjem, který jim, bez další pomoci, neumožňuje adekvátním způsobem uspokojovat základní potřeby, a to včetně potřeby bydlení.

Samotní bezdomovci udávají jako příčinu svého bezdomovství nejčastěji partnerské rozvraty, rozvody a ztrátu zaměstnání. Se svým způsobem života nejsou spokojeni, často však nevidí možnost, jak svou situaci změnit, a na její řešení rezignují. Není pravdivý mýtus, sdílený částí naší veřejnosti, že mnoha bezdomovcům jejich situace příliš nevadí a de facto si sami „svobodně“ zvolili tento způsob existence. Podle profesionálů, kteří s bezdomovci pracují, začíná samotné bezdomovství řadu let před tím, než se jedinec ocitne bez střechy nad hlavou, a to v disfunkčních rodinách. Za významný problém, který vede k bezdomovství, považují závislost na alkoholu. Samotní bezdomovci si problémy s alkoholem nepřipouští a často je také zatajují v obavě, že jim nebudou poskytnuty sociální služby, při jejichž poskytování je důležitou podmínkou střízlivý stav. Pokud trvá bezdomovství delší dobu, bezdomovci se adaptují na svou životní situaci a v intencích „naučené bezmocnosti“ se dostávají do stavu apatie, kdy se zaměřují na uspokojování nejzákladnějších potřeb umožňujících přežití.

Dotazníkové šetření, které bylo hlavní metodou objektivizace zdravotního stavu bezdomovců, přineslo následující zjištění: vnímání zdraví samotnými bezdomovci je výrazně ovlivněno jejich životní situací, své zhoršené zdraví si často neuvědomují. Na otázku „Jak se celkově zdravotně cítíte?“ nejvíce mužů a žen bez domova odpovědělo, že se cítí celkem dobře (33 %). Druhá nejčastější odpověď byla, že se cítí někdy dobře a někdy špatně (31 %). Překvapivě málo bezdomovců (mužů i žen) uvedlo, že se cítí velmi špatně (5 %). Hodnocení zdraví se u bezdomovců zhoršuje s rostoucím věkem. Ženy se cítí celkově hůře než muži. Na aktuální hodnocení celkového zdraví neměla statisticky významný vliv délka bezdomovství. Jak muži, tak i ženy bez domova hodnotí kladně schopnost sebeobsluhy, kdy 93 % mužů a 97 % žen uvedlo, že s ní nemá žádné obtíže. Hůře hodnotí pak míru své pohyblivosti, kdy bez potíží je 71 % mužů, respektive 72 % žen. Na druhé straně však vysoké procento uvádí bolesti/obtíže (45 % mužů, respektive 51 % žen má minimálně středně závažné bolesti/obtíže) a úzkost/deprese (střední a/nebo závažné úzkost/deprese uvedlo 43 % mužů a 55 % žen).

Přibližně 28 % mužů, respektive 37 % žen uvedlo, že aktuálně trpí nějakým chronickým onemocněním, kdy s rostoucím věkem je výskyt chronických onemocnění častější. Nejčastěji uváděnými onemocněními jsou duševní choroby/poruchy chování a kožní onemocnění, ale také vysoký krevní tlak. Tato zjištění korespondují s objektivními statistickými údaji i zkušenostmi poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb. Problémem je, že léčba a rekonvalescence po onemocněních je díky bezdomovství velmi obtížná, ne-li téměř nemožná.

Nejvýznamnější determinantou zdravotního stavu bezdomovců je samotné bezdomovství. Většina bezdomovců má podle vlastního vyjádření možnost stravování i dodržování základní hygieny. Tři čtvrtiny bezdomovců jsou kuřáci, 12 % mužů a 4 % žen přiznává, že každodenně konzumují alkoholické nápoje. Polovina dotazovaných žen a pětina mužů uvedla, že abstinují. Podle poskytovatelů sociálních služeb a lékařů je podíl bezdomovců, kteří mají problémy s alkoholem, výrazně vyšší. Přibližně pětina bezdomovců připouští, že má zkušenosti s nelegálními drogami, nejčastěji s marihuanou a hašišem.

Zcela specifickou determinantu představuje u bezdomovců dostupnost a spotřeba zdravotní péče. Někteří bezdomovci uváděli (13 %), že jim bylo odmítnuto lékařské ošetření z důvodů, které jsou vzhledem k existujícím garancím dostupnosti zdravotnických služeb důkazem sociálního vyloučení. Odmítnutí ošetření je pro bezdomovce stigmatizující a lze se domnívat, že je může odradit od dalších kontaktů se zdravotnickým systémem. Praktického lékaře navštívilo podle výsledků šetření v posledním roce alespoň jednou z důvodu zdravotních obtíží 70 % mužů, respektive 79 % žen. Odborného ambulantního lékaře včetně gynekologa navštívilo v posledních dvanácti měsících 50 % dotazovaných mužů, respektive 63 % dotazovaných žen. Zubního lékaře navštívilo v posledních dvanácti měsících pouze 39 % dotazovaných mužů, respektive 31 % dotazovaných žen. V posledním roce uvedla svou hospitalizaci přibližně třetina mužů i žen bez domova. Vzhledem k udávaným a pociťovaným zdravotním obtížím je počet návštěv nízký, bezdomovci navštíví lékaře zpravidla pouze jednou. Specificky spotřeba stomatologické péče je u bezdomovců velmi nízká, pravděpodobně z důvodu jejího zatížení spoluplatbami. Bezdomovci užívají také méně léky. Ne všichni, kteří uvádějí chronická onemocnění, je pravidelně užívají. Bezdomovci přikládají otázkám svého zdraví a nemoci jiný význam než ti, kteří jim poskytují sociální služby nebo zdravotní péči. Profesionálové hodnotí jejich zdravotní problémy i dostupnost a spotřebu zdravotnických služeb hůře než bezdomovci samotní.

Srovnání výsledků o zdraví bezdomovců s výsledky reprezentačních šetření populace ČR je problematické. Důvodem je zejména rozdílnost použitých dotazníků. Je také jasné, že na zdraví bezdomovců má rozhodující vliv samotné bezdomovství, tedy determinanty, se kterou se u bydlící populace nesetkáváme. Ukázalo se, že bezdomovci vnímají své zdraví méně citlivě než bydlící populace a tím pádem spotřebovávají vzhledem ke svým zdravotním problémům méně péče. Výskyt některých onemocnění je u bezdomovců prokazatelně vyšší. Markantním příkladem je tuberkulóza, která se u bezdomovců vyskytuje desetkrát častěji. Zdravotní problémy bezdomovců sice není možné řešit pouze v rámci zdravotní politiky, ta je přesto ve vztahu k bezdomovcům necitlivá a selhává především v tom, že nedokáže zajistit garantovanou dostupnost zdravotnických služeb a nevytváří ani v zahraničí běžné specializované programy a intervence. V současné době je nejvýznamnější úlohou zajištění dostupnosti základní zdravotní péče, která bude odpovídat zdravotním potřebám bezdomovců.

Lze uzavřít, že nemocní nejsou pouze bezdomovci, ale do jisté míry také společnost, která umožňuje vznik bezdomovství a toleruje jeho existenci. V dobré kondici však nejsou ani veřejné politiky, jejichž cílem by mělo být prosazování veřejného zájmu, společensky uznaných hodnot a také jejich ochrana. Hlavním problémem existujících veřejných politik v ČR ve vztahu k bezdomovství je, mimo již zmíněných poznatkových deficitů, jejich vzájemná neprovázanost a mnohdy pouze obecný a deklaratorní charakter. Tento stav je pak příčinou implementačního deficitu. Bezdomovství je tradiční oblastí působení nestátních neziskových organizací. Veřejný sektor de facto na tyto organizace otázku bezdomovství delegoval. Ponechává si svou roli v oblasti legislativní a zajišťuje financování. V posledních dvou letech zaznamenáváme také zvýšenou aktivitu soukromého ziskového sektoru, pro který je participace na aktivitách ve prospěch bezdomovců zajímavou obchodní příležitostí. S tímto přístupem se obecně nesetkáváme a lze se domnívat, že může být do budoucna v jistém smyslu rizikový.

Úplné odstranění bezdomovství není v podmínkách demokratického státu možné, představuje však důležitou vizi a úkol, který je nutné řešit.

Společenský vývoj od roku 2008, kdy byla dopsána kvalifikační práce na FSV UK Praha, do roku 2011 přinesl celou řadu změn v oblasti veřejné politiky i řešení problému bezdomovství, respektive zdravotního stavu bezdomovců. Jistě, některá očekávání se naplnila a jiná nikoliv. Jako první je třeba si položit otázku, zda se změnily samotné determinanty bezdomovství. Odpověď může znít ano. Je zřejmé, že se

determinanty bezdomovství a zdravotního stavu bezdomovců dále vyvíjejí. V době provádění šetření nebyla zdaleka tak rozšířená problematika zadlužení jedinců a domácností a neexistoval ani institut osobního bankrotu, stejně tak nesplácení hypoték a v důsledku toho i výrazné problémy s bydlením u osob s nižšími příjmy. Nové poznatky také existují, co se týče složení populace bezdomovců. Podle některých názorů je podíl žen na bezdomovecké populaci vyšší, než je v práci zmiňovaných 20 %. Subjektivně se ekonomická situace mnoha jednotlivců v posledních pěti letech nezlepšuje – naopak, zejména lidé s nízkými příjmy se často ocitají ve velmi problematické životní situaci. V roce 2008 byla také jiná situace ohledně deregulace nájemného, které v posledních letech dále pokračuje a v některých případech může vést eventuálně i k vzniku bezdomovství. Jednoznačně lze konstatovat, že počet bezdomovců se výrazně nesnížil (pokud ano, chybí o tom důkaz), některé zdroje dokonce přichází s čísly vyššími, než byla dostupná v době napsání původního textu. S osobami bez domova se nadále setkáváme v prostředcích hromadné dopravy, při našich cestách městy i různých veřejných prostorech. Lze odhadnout, že se výrazně nezměnil ani zdravotní stav bezdomovců. Co se týče dostupnosti péče, byla například v Praze podniknuta pozitivní opatření, jako zřízení „sanitky“ pro osoby bez přístřeší, což lze považovat z hlediska veřejného zdraví za pozitivní, stejně tak jako aktuální přípravu dalšího zdravotnického zařízení, specificky určeného pro cílovou skupinu bezdomovců. Celkově se však zcela jistě zdravotní stav populace bezdomovců nezlepšil a stále je charakterizován z pohledu veřejného zdraví závažnými skutečnostmi.

Změnila se také veřejná politika. Obecně a s jistou mírou zjednodušení lze konstatovat, že „na západní frontě klid“. Bezdomovství se sice stalo na všech úrovních „běžnou“ součástí agendy, na druhou stranu to zásadně ke zlepšení životní situace a výraznému snížení počtu lidí bez domova nepřispělo. Ani dnes nelze konstatovat, že jsou odstraňovány příčiny, naopak stále jsou spíše hašeny nejpálčivější následky a projevy bezdomovství. Ačkoliv i zde existují pozitivní případy, jako zaměstnávání lidí bez domova nebo pokračující profesionalizace poskytování služeb. Nedostatek finančních prostředků, který byl v práci konstatován, existuje stále. Také se doposud nepodařilo uspokojivě vyřešit dlouhodobější finanční udržitelnost poskytovaných sociálních služeb. Snahy na úrovni EU dále pokračují, nicméně jsou zastíněny problémy, které existují v rámci řešení zadlužení některých států „eurozóny“.

Bezdomovství je do určité míry odrazem stavu celé společnosti. Tento obraz není jistě ani v roce 2011 ideální. Dílčí opatření, které byly v posledních letech

provedeny, ukazují, že byl učiněn pokrok zejména v oblasti odstraňování následků bezdomovství, respektive v péči o samotné bezdomovce. Problémem stále zůstává řešení příčin bezdomovství, kdy stále nebyl nalezen úspěšný recept na řešení strukturálních determinant bezdomovství.

Pokud bychom si položili otázku, jaký bude stav řešení tohoto problému například v roce 2015, můžeme formulovat řadu alternativních scénářů. Autor knihy v této souvislosti nabízí starší, nicméně podle jeho názoru stále relevantní poznatky k diskusi a věří, že pokud by snad pomohli zlepšit životní situaci alespoň části populace lidí bez domova, nebyla jeho práce zbytečná.

Seznam literatury

ANAD, S. *The concern for equity in health*. J. Epidemiol. Community Health, 2002, vol. 56, p. 485–487.

ANDERSON, I. et al. *The Changing Role of Service Provision: Barriers of Access to Health Services for Homeless People*. Brussel: FEANTSA, 2006. ISBN 9789075529586.

ANDERSON, M. R., SMITH, L., SIDEL, V. W. *What is social medicine*. Monthly Review, 2005, vol. 56, no. 8.

ASH, D. et al. *Violence, Self-Harm, Victimization and hopelessness in Patients admitted to an Acute Inpatient Unit in South Australia*. International Journal of Social Psychiatry, 2003, vol. 49, no. 2. p. 112–118.

ATKINSON, R. *Občanství a boj proti sociální exkluzi v kontextu reformy sociálního státu*. Sborník prací FSS MU. Brno: MU, 2000.

BABIDGE, N. C., BUHRICH, N., BUTLER, T. *Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2001, vol. 103, no. 2, p. 105.

BAKER, L. *Homelessness and suicide*. London: Shelter, 1997. ISBN 1 870767-60-8.

BALOGH, J. *Šetření zdravotní stavu obyvatelstva přímými zdravotními prohlídkami ve vybrané územní oblasti*. Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha: ÚSLOZ, 1975.

BARROW, S. M. et al. *Mortality Among Homeless Shelter Residents in New York City*. American Journal of Public Health, 1999, vol. 89, no. 4, p. 529–534.

BARRY, B. *Social Exclusion, Social Isolation and the Distribution of Income*. CASE paper 12. London: LSE, 1998.

BARTÁK, M. *Fenomén bezdomovství*. Bakalářská práce. Ústí nad L.: FSE UJEP, 2002. Vedoucí bakalářské práce Jaroslava Mužíková.

BARTÁK, M. *Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Zdravotnictví v ČR 2004, roč. 7, č. 2.

BARTÁK, M. *Bezdomovství v zrcadle veřejné politiky*. Rigorózní práce. Praha: FSV UK, 2005. Vedoucí práce Martin Potůček.

BARTÁK, M. et al. *Equity Study: Czech Republic*. Praha: IPVZ, 2007.

BARTÁK, M., HNILICOVÁ, H., HORÁKOVÁ, P. *Zdravotní potřeby bezdomovců v doporučeních světové zdravotnické organizace a v realitě České republiky*. Sociální práce/Sociální práce 2006, č. 4, s. 77–81.

BARTÁK, M., MALINA, A., HORÁKOVÁ, P. *Ekvita ve zdraví a zdravotnických službách*. Revizní a posudkové lékařství, 2007, č. 3., roč. 2.

BARTLEY, M., BLANE, D., MONTGOMERY, S. *Socioeconomic determinants of health : Health and life course: why safety nets matter*. British Medical Journal, 1997, vol. 314, no. 7088, p. 1194.

BAUMOHL, J. *Homelessness in America : Statistical Handbook and Research Guide*. Westport: Greenwood Publishing Group, 1996. ISBN: 0897748697.

- BEAVAIS, C., JENSON, J. *Social Cohesion : Updating the state of research*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks, 2002. Dostupné z <http://www.cprn.org/doc.cfm?l=en>.
- BECKER, H. S. *Outsiders*. Free Press, 1963.
- BEGIN, P. et al. *Homelessness*. Ottawa: Direction de la Recherche Parlementaire, 1999. Dostupné z <http://ir.lib.sfu.ca/retrieve/3855/chodarr0278.pdf>.
- BERNARD, P. *Social Cohesion : A Critique*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks, 1999. Dostupné z <http://www.cprn.org/doc.cfm?l=en>.
- BLUMER, H. *Social problems as collective behaviour*. Social Problems, 1971, vol. 18, p. 298–306.
- BOWLING, A. *Measuring health : A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press, 1991. ISBN 0-335-15436-0.
- BOWLING, A. *Research Methods in Health : Investigating Health and Health Services*. Buckingham: Open University Press, 1997. ISBN 0-335-19885-6.
- BOWLING, A., EBRAHIM, S. eds. *Handbook of Health Research Methods : Investigation, Measurement and Analysis*. Maidenhead : Open University Press, 2005. ISBN 0-335-21460-6.
- BRAEKEY, W., THOMPSON, W. J. eds. *Mentally Ill and Homeless: Specific Programs for Special Needs*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1997. ISBN 90-5702-557-4.
- BRANNEN, J. *Mixed methods research : A discussion paper*. Swindon: ESRC National Centre for Research Methods, 2005. Dostupné z <http://www.ncrm.ac.uk/research/outputs/publications/documents/MethodsReviewPaperNCRM-005.pdf>.
- BRUNO, R. *Oral Health Needs Assesment of Homeless Adults in the District of Columbia*. Washington: Some, 2006.
- BUCK, D. S. et al. *Involving Homeless Persons in the Leadership of a Health Care Organizaition*. Qualitative Health Research, 2004. vol. 14, no. 4, p. 513–525.
- BUHRICH, N., HODDER, T., TEESSON, M. *Lifetime prevalence of trauma among homeless people in Sydney*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2000, vol. 34, no. 6, p. 963.
- BURROWS, R., PLEACE, N., QUILGARS, D. *Homelessness and Social Policy*. New York: Routledge, 1997. ISBN 0-415-15457-X.
- BYRNE, D. *Social Exclusion : Issues in Society*. Open University Press, 1999. ISBN 0335215947.
- CAKIRPALOGLU, P. *Psychologie hodnot: Přehled pro humanitní obory*. Olomouc: Votobia, 2004. ISBN 80-7220-195-6.
- CAUCE, A. M. *The Characteristics and Mental Health of Homeless Adolescents : Age and Gender Differences*. Journal of Emotional & Behavioral Disorders, 2000, vol. 8, no. 4, p. 230.
- CONRAD, J. K. et al. *Homelessness Prevention in Treatment of Substance Abuse and Mental Illness : Logic Models and Implemenzation of Eight American Project*. New York : The Haworth Press, 1999. ISBN 0-7890-0750-9.

COUDOUÉL, A., HENTSCHEL, J., WODON, Q. *Poverty Measurement and Analysis, in the PRSP Sourcebook*. Washington : World Bank, 2002. Dostupné z <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPA/0,,contentMDK:20210454~menuPK:435375~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:430367,00.html>.

CRAFT-ROESENBERG, M., POWELL, R. S., CULP, K. *Health Status and Resources of Rural Homeless Women and Children*. Western Journal of Nursing Research, 2000, vol. 22, no. 8, p. 863–878.

CRANE, M., WARNES, M. A. *Single Homeless People in London: Profile of Service Users and Perceptions of Needs*. Sheffield: Sheffield Institute for Studies on Ageing, 2001. ISBN 09541 612-0-3.

ČABANOVÁ, B. a kol. *Analýza reformy ve zdravotnictví a sociálních službách. Studie k projektu Násilí na pracovišti ve zdravotnictví a sociálních službách*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. ISBN 80-86625-49-4.

DARKE, S. et al. *Twelve-month outcomes for heroin dependence treatments: does route of administration matter?* Drug and Alcohol Review, 2005, vol. 24, p. 165 – 171.

DE PALMA, P. A. *Oral health among a group of homeless individuals from dental professionals and patients perspective*. Stockholm: Karolinska Institut, 2007.

DETELS, R., McEWEN, J., BEAGLEHOLE, R., TANAKA, H. *Oxford Textbook of Public Health*. Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press, 2005. ISBN 0-19-263041-5.

DOHERTY, J., EDGAR, B., MEERT, H. *Homelessness research in the EU: A Summary*. Brussels : FEANTSA, 2002. Dostupné z <http://www.feantsa.org>.

DONNELLAN, C. *Dealing with Homelessness*. Cambridge: Educational Publishers, 2004.

DOWNER, R. T. *Homelessness and its Consequences: The Impact on Children's Psychological Well-Being*. New York: Routledge, 2001. ISBN 08115335806.

DRAGOMIRECKÁ, E., KUBISOVÁ, D., ANDĚL, M. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. Psychiatrie, 2004, vol. 8, no. 4, s. 274–279.

DRAUS, P. A *Tale of Treatment: Tuberculosis Control in a Low Income Neighbourhood in the United States*. Current Sociology, 2001, vol. 49. no. 3, 189–206.

DRBAL, C. *Úvahy o zdraví člověka v naší společnosti*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80 201 0194 2.

DRBAL, C. *Naše zdraví a jeho otazníky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2004. ISBN 80-86729-08-7.

DUCHON, L. M. *Families and Their Health Care after Homelessness : Opportunities for Improving Acces*. New York: Garland Publishing, 1998. ISBN 0-8153-3146-0.

DYCHES, H. *The Impact of Mobile Crisis Services on the USE of Community-Based Mental Health Services*. Research on Social Work Practice, 2002, vol. 12, no. 6. P. 731–751.

DZÚROVÁ, D., SMOLOVÁ, E., DRAGOMIRECKÁ, E. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech*. Praha: PŘF UK Praha, 2000. ISBN 80-238-6038-0.

EDGAR, B., DOHERTY, J., MEERT, H. *Review of Statistics on Homelessness in Europe*. Brussels : FEANTSA, 2002. Dostupné z <http://www.feantsa.org>.

EDGAR, B., MEERT, H. *Fifth Review of Statistics on Homelessness in Europe*. Brussels : FEANTSA, 2006. Dostupné z <http://www.feantsa.org>.

EDGAR, B. et al. *Measurement of Homelessness at European Union Level*. Brussel: European Commision, 2007. Dostupný z http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdf.

EDMUNDS, S. et al. *Child Health Assessment at School Entry (CHASE) project : evaluation in 10 London primary schools*. Child: Care, Health & Development, vol. 31, no. 2, p. 143–154.

ENSING, J. *Quality of Health Care : The Views of Homeless Youth*. Health Services Research, 2004, vol. 39, no. 4. p. 695–708.

ENSIGN, J., GITTELSON, J. *Health and acces to care: Perspective of homeless young in Baltimore City, U. S. A*. Social Science and Medicine, 1998, vol. 47, no. 12, p. 2087.

ENSIGN, J., BELL, M. *Illness Expiriences of Homeless Youth*. Qualitative Health Research, 2004, vol. 14, no 9, p. 1239–1254.

FAJKUS, B. *Filosofie a metodologie vědy: Vývoj, současnost a perspektivy*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1304-0.

FERNANDEZ, F. S. L., RAIZER, M. V., BRÊTAS, A. C. P. *Old, Poor and Out on the Streets : On the road to exclusion*. Rev Latino-am Enfermagem, 2007, vol. 15, special issue, p. 755–761.

FARRELL, S. J. *Picking Up the Challenge : Developing a Methodology to Enumerate and Assess the Needs of the Street Homeless Population*. Evaluation Review, 2004, vol. 28, no. 2, p. 144–155.

FARROW, J. A. et al. *Health and Health Needs of Homeless and Runaway Youth*. Journal of Adolescent Health, 1992, vol 13, p. 717–726.

FICHTER, M. M., QUADFLIEG, N. *Prevalence of mental illness in homeless men in Munich Germany: results from a representative sample*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2001, vol. 103, no. 2, p. 94.

FITZPATRICK, S., KEMP, P., KLINKER, S. *Single Homelessness : an overview of research in Britain*. Bristol: The Policy Press, 2000. ISBN 1-86134-255-1.

FITZPATRICK, S., STEPHENS, M. *An International Review of Homelessness and Social Housing Policy*. London: Crown, 2007. ISBN 978 1 85112 888 4.

FRANKISH, J. C., HWANG, S. W., QUANTZ, D. *Homeless and Health in Canada: Research Lessons and Priorities*. Canadian Journal of Public Health, 2005, vol. 96, suplement 2, p. 24–29.

GARIBALDI, B., CONDE-MARTEL, A., O'TOLLE, T. P. *Self-Reported Comorbidities, Perceived Needs, and Sources for Usual Care for Older and Younger Homeless Adults*. J Gen Intern Med., vol. 20, no. 8, p. 726–730.

GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.

GIDDENS, A. *Sociology*. Cambridge: Polity Press, 1997. ISBN 0-7456-1803-0.

GOLDEN, A., CURRIE, W. H., GREAVES LATIMER, E. J. *Taking responsibility for Homelessness : An Action Plan for Toronto 1999*. Dostupné z <http://www.city.toronto.on.ca>.

GROOTAERT, CH. et al. *Measuring Social Capital : An Integrated Questionnaire*. Washington: World Bank, 2004. ISBN 0-8213-5661-5.

HARRISON, D., ZIGLIO, E. *Social determinants of health: implication for the health profession*. WHO, Academia Nazionale di Medica, Genova 18–21 April 1998. WHO, 1998.

HELVIE, C. O., KUNSTMANN, W. *Homelessness in the United States, Europe and Russia: A comparative Perspective*. Dostupné z http://action.web.ca/home/housing/resources.shtml?x=66888&AA_EX_Session=0bb14b4e638a101e92acd1506bdf5df.

HENDERSON, A. D., JACKSON, M. Restorative Health: Lessening the Impact of Previous Abuse and Violence in the Lives of Vulnerable Girls. *Health Care for Women International*, 2004, vol. 25, p. 794–812.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-123-9.

HENDRYCH, D., SVOBODA, C. *Ústava České republiky: Komentář*. Praha: C. H. Beck, 1997. ISBN 80-7179-084-2.

HENSHEL, R. L. *Thinking about Social Problems*. Hardcourt : Brace Jovanovich, 1977.

HERTH, K. *Hope as seen through the eyes of homeless children*. *Journal of Advanced Nursing*, 1998. vol. 28, no. 5, p. 1053–1062.

HIBBS, J. R. et al. *Mortality in a Cohort of Homeless Adults in Philadelphia*. *The New England Journal of Medicine* 1994, vol. 331, no. 5, p. 304–309.

HILLS, J., LE GRAND, J., PIACHAUD, D. *Understanding Social Exclusion*. Oxford: Oxford University Press, 2002. ISBN 0-19-925194-0.

HNILICOVÁ, H., BENCKO, V. *Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví*. *Praktický lékař*, 2005, 85, č. 11, s. 656–660.

HOFF, L. A. *People in Crisis : Clinical and Public Health Perspectives*. San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Company, 2001. ISBN 0-7879-5421-7.

HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A. *Sociální lékařství*. Brno: MU Brno, 1995. ISBN 80-210-1233-1.

HOPE, M., YOUNG, J. *The Faces of Homelessness*. Lexington: MA Lexington, 1986.

HORÁKOVÁ, M. *K problematice bezdomovství*. *Sociální politika*, 1995, roč. 21, č. 10, s. 6–9.

HOWLETT, M., RAMESH, M. *Studying public policy : Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press, 1995. ISBN 0-19-540976-0.

HRADECKÁ, V., HRADECKÝ, I. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996. ISBN 80-902292-0-4.

- HRADECKÝ, I. *Konflikt, bezdomovci a veřejný prostor: Profily bezdomovství v České republice*. Praha: Naděje, 2006. Dostupný z <http://www.bezdomovci.eu/sad.ayrton.cz/storage/File/Konflikt,%20bezdomovci%20a%20verejny%20prostor%20-%20tematicka%20zprava%202006.pdf>.
- HRADECKÝ, I. *Národní zpráva o bezdomovství v České republice 2006 : politická část*. Praha: Naděje, 2006. Dostupný z [http://www.bezdomovci.eu/sad.ayrton.cz/storage/File/Narodni%20zprava%20o%20bezdomovstvi%202006_politicka%20cast\(1\).pdf](http://www.bezdomovci.eu/sad.ayrton.cz/storage/File/Narodni%20zprava%20o%20bezdomovstvi%202006_politicka%20cast(1).pdf).
- HRADECKÝ, I. a kol. *Sčítání bezdomovců Praha 2004 : závěrečná zpráva*. Praha: MCSSP, 2004. Dostupný z <http://www.bezdomovci.eu/sad.ayrton.cz/storage/File/Scitani%20bezdomovcu%20Praha%202004.pdf>.
- HRADECKÝ, I., BARTÁK, M., CVRČEK, D. a kol. *Definice a typologie bezdomovství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-86451-13-8.
- HUANG, C. C. et al. *A comparative analysis of abandoned street children and formerly abandoned street children in La Paz, Bolivia*. Arch Dis Child, 2004; vol 89, p. 821–826.
- HUTSON, S., CLAPHAM, D. *Homelessness : Public Policies and Private Troubles*. Continuum : London, 1999. ISBN 0-8264-5106-3.
- HWANG, S. W. *Causes of Death in Homeless Adult in Boston*. Annals of Internal Medicine, 1997, vol. 126, no. 8, p. 625–628.
- HWANG, S. W. *Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario*. Journal of American Medical Association, 2000, vol. 283, no. 283.
- HWANG, S. W. *Homelessness and health*. Canadian Medical Association Journal, 2001, vol. 164, no. 2, p. 229.
- CHANG, W. C. *The meaning and goals of equity in health*. J. Epidemiol. Community Health, 2002, vol. 56, p. 488–491.
- CHEN, S., RAVALLION, M. *Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981–2004 : World Bank Policy Research Working Paper 4211*. Washington: World Bank, 2007. Dostupné z http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/04/16/000016406_20070416104010/Rendered/PDF/wps4211.pdf.
- CHEUNG, A. M., HWANG, S. W. *Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature*. Canadian Medical Association Journal, 2004. vol. 170, no. 8, p. 1243–1248.
- CHRISTENSEN, R. C., GARCES, L. K. *Where Is the Research on Homeless Persons and Suicide?* Psychiatric Services, 2006, vol. 57, no. 4, p. 447.
- JACKSON, K. *Family Homelessness : More than simply a lack of housing*. New York: Garland Publishing, 2000. ISBN 0815335814.
- JEANOTTE, S. et al. *Social Cohesion Around the World: An International Comparison of Definitions and Issues*. Ottawa: Strategic Research and Analysis Directorate, 2000.
- JEANOTTE, S. et al. *Buying in or Dropping Out: The Public Policy Implications of Social Cohesion*. Ottawa: Strategic Research and Analysis Directorate, Department of Canadian Heritage, 2002.

- JEANOTTE, S. et al. *Social Cohesion : Insights from Canadian Research*. Gatineau: Strategic Planning and Policy Coordination Department of Canadian Heritage, 2003.
- JENCKS, CH. *The Homeless*. Cambridge: Harvard University Press, 1994.
- JENSON, J. *Mapping Social Cohesion : The State of Canadian Research*. Ottawa: Renouf Publishing, 1998. ISBN 1-896703-31-3.
- JOHN, P. *Analysing Public Policy*. Continuum, 1998. ISBN 0-8264-5424-0.
- Just the Facts : Homelessness in Los Angeles*. Dostupné z <http://wiengart.org>.
- KAMIENIECKI, G. W. *Prevalence of psychological distress and psychiatric disorders among homeless youth in Australia: a comparative review*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2001, vol. 35, no. 3, p. 352.
- KAPR, J. a kol. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-901059-1-2.
- KARABANOW, J. *Being young and Homeless : Understanding how youth enter and exit street life*. New York: Peter Lang Publishing, 2004. ISBN 0-8204-6781-2.
- KEMP, P. A., NAELE, J., ROBERTSON, M. *Homelessness among problem drug users: prevalence, risk factors and trigger events*. Health and Social Care in the Community, 2006, vol. 14, no. 4, p. 319–328.
- KHURANA, S. *Mental Health Status of Runaway Adolescents*. Indian Journal of Pediatrics, 2004, vol. 71, p. 405–409.
- KIDD, S. A., CARROLL, M. *Coping and Suicidality Among Homeless Youth*. Journal of Adolescence, vol. 30, no. 2, p. 283–296.
- KINNER, D. P. et al. *Health Status, Health Care Use, Medication Use, and Medication Adherence Among Homeless and Housed People Living With HIV/AIDS*. American Journal of Public Health 2007, vol. 97, no. 12, p. 2238–2245.
- KLINKENBERG, D. V. et al. *Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis b, and hepatitis c among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders*. Comprehensive Psychiatry, 2003, vol. 44, no. 4, p. 293–302.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Návrh udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2348-8.
- KOSOVÁ, P. *Analýza problematiky bezdomovství a možnosti jejího řešení*. Diplomová práce. Praha: UK FSV, KVSP, 2004. 120 s. Vedoucí diplomové práce Bohumila Čabanová.
- KOSOVÁ, P. *Noclehárna pro bezdomovce na lodi Hermes*. Praha: CSSP, 2007.
- KOSOVÁ, P. *Krizové zimní středisko Letná 2006 : Souhrnná zpráva*. Praha: MCSSP, 2006.
- KOSOVÁ, P., BARTÁK M. *Dotazníkové šetření lod' Hermes – popisné statistiky*. Praha: CSSP, 2007.
- KOTÝNKOVÁ, M. *Rozsah a průběh sociálního vyloučení v české společnosti*. Sborník prací FSS MU. Brno: MU, 2000, s. 115–125.
- KŘÍŽ, J. *Analýza evropských zkušeností s politikou zdraví pro všechny pro 21. století*. Hygiena 2007, č. 1, s. 12–14. Dostupný z <http://www1.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2007-1-02-full.pdf>.

- LARSON, C. O. *Use of the SF-12 instrument for measuring the health of homeless persons*. Health Service Research, 2002, vol. 37, no. 3, p. 733.
- LAUBER, CH., LAY, B., RÖSSLER, W. *Homelessness among people with severe mental illness in Switzerland*. Swiss Med.wkly., 2005, vol. 135, p. 50–56.
- LEE, B. A., PRICE-SPRATLEN, T., KANAN, J. W. *Determinants of Homelessness in Metropolitan Areas*. Journal of Urban Affairs, 2003, vol. 25, no. 3, p. 335.
- LESTER, H. E., PATTISON, H. M. *Development and Validation of the Attitudes towards the Homeless Questionnaire*. Medical Education, 2000, vol. 34, no. 4, p. 266–268.
- LEVINSON, D. ed. *Encyclopedia of Homelessness*. London: Sage, 2004. ISBN 0-7619-2751-4.
- LEWIS, O. *The Culture of Poverty*. Society, 1998, vol. 35, no. 2, p. 7–9.
- LINDSEY, A. M. *Physical health of homeless adults*. Annual Rev. Nurs. Res., 1995, vol. 13, p. 31.
- LITTLE, M. et al. *Adverse perinatal outcomes associated with homelessness and substance use in pregnancy*. CMAJ, 2005, vol. 173, no. 6, p. 615–618.
- LUX, M. a kol. *Bydlení – věc veřejná: Sociální aspekty bydlení v České republice a zemích Evropské unie*. Praha: Slon, 2002. ISBN 80-86429-12-1.
- LUX, M a kol. *Standardy bydlení 2002/03 : Finanční dostupnost a postoje občanů*. Praha: SÚ AV ČR, 2003. ISBN 80-7330-027-3.
- LUX, M. a kol. *Standardy bydlení 2003/2004 : Bytová politika v ČR: efektivněji a cíleněji*. Praha: SÚ AV ČR, 2004. ISBN 80-7330-107-5.
- MACINKO, J. A., STARFIELD, B. *Annotated Bibliography on Equity in Health 1980–2001*. International Journal for Equity in Health. 2002, vol. 1, no. 1.
- MASSON, C. L. et al. *Predictors of medical service utilization among individuals with co-occurring HIV infection and substance abuse disorders*. AIDS CARE 2004, vol. 16, no. 6, p. 744–755.
- MAREŠ, P. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha: Slon, 1999. ISBN 80-8585-0-61-3.
- MAREŠ, P. *Chudoba v České republice v datech: šetření sociální situace domácností* Praha: VÚPSV, 2004. Dostupné z http://www.vupsv.cz/Mares-chudoba_v_CR.pdf.
- MAYES, G., BERGHMAN, J., SALAIS, R. (eds.) *Social Exclusion and European Policy*. Cheltenham: Edward Edgar, 2001. ISBN1-84064-688-8.
- MC CORMACK, D., MACINTOSH, J. *Research with Homeless People Uncovers a Model of Health*. Western Journal of Nursing Research, 2001, vol. 23, no. 7, p. 679–697.
- MC CURRY, J. *Drinking too much in Osaka*. The Lancet 2005, vol. 365, p. 375–376.
- MHMP. *Akční plán řešení problematiky bezdomovectví pro rok 2008 a následující období*. Praha: MHMP, 2008.
- MMR. *Koncepce bytové politiky. Schválena vládou usnesením ze dne 16. března 2005, č. 292*. Praha: MMR, 2005. Dostupné z <http://www.mmr.cz/koncepce-bytove-politiky-schvalena-vladou-usnesenim-ze-dne-16-brezna-2005-c-292>.

MORGAN, G. M., HENRION, M. *Uncertainty: A Guide to Dealing with Uncertainty in Quantitative Risk and Policy Analysis*. New York: Cambridge University Press, 1990. ISBN 0521427444.

MPSV. *Národní zpráva o rodině*. Praha: MPSV, 2004. Dostupná z <http://www.noviny-mpsv.cz/narodnizprava.htm>.

MPSV. Národní koncepce rodinné politiky. Praha: MPSV, 2005a. Dostupná z http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce_rodina.pdf.

MUNKOVÁ, G. *Sociální deviace*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0279-2.

MUNOZ, M. et al. *An empirical comparison of substance and alcohol dependence patterns in the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, USA)*. Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002, vol. 37, no. 6, p. 289.

MUSIL, J. a kol. *Pojetí sociální soudržnosti v soudobé sociologii a politologii*. Praha: CESES FSV UK, 2004. ISBN 1801-1640.

MZ. *Zdraví 21 : Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: Zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: MZ, 2003. ISBN 80-85047-99-3.

NAGEL, S. S. *Handbook of Public Policy Evaluation*. London: Sage, 2002. ISBN 0761923748.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-0690-7.

Obce, Kraje, hl. m. Praha. Obecní policie. Ostrava: Sagit, 2004. ISBN 80-7208-413 5.

O' CONNELL, J. J. *The Health Care of Homeless Persons : A Manual of Communicable Diseases & Common Problems in Shelters & on the Street*. Boston: Guthrie Nixon Smith Printers, 2004. ISBN 0-9711650-8-4.

ODPM. *Sustainable Communities : settled homes; changing lives. A strategy for tackling homelessness*. London: ODPM Publications, 2005. ISBN 1 85112 779 8.

OECD. *Toward High Performing Health Systems : Policy Studies*. Paris: OECD, 2004. ISBN 92-64-01559-0.

OLIVIA, G. M. *Identification and Characteristics of Older Homeless African American Women*. Issues in Mental Health Nursing, 2005, vol. 26, p. 117–136,

PANTOJA, E. *Exploring the Concept of Social Capital and its Relevance for Community-based Development : The Case of Coal Mining Areas in Orissa, India*. Washington: World Bank, 2000. Dostupné z <http://siteresources.worldbank.org/INTSOCIALCAPITAL/Resources/Social-Capital-Initiative-Working-Paper-Series/SCI-WPS-18.pdf>.

PARSONS, N., PALMER, G. *A Review of Government Policies that have an Impact on the Single Homelessness*. London: New Policy Institute, 2004. Dostupné z <http://www.npi.org.uk/reports/homelessness%20policy.pdf>.

PARSONS, W. *Public Policy – An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 1995. ISBN 1-85278-554-3.

PATTON, C. V., SAWICKY, D. S. *Basic Methods of Policy Analysis and Planning*. New Jersey: Prentice Hall, 1993. ISBN 0-13-060948-X.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

- PERCY-SMITH, J. eds. *Policy Responses to Social Exclusion : Towards Inclusion?* Maidenhead : Open University Press, 2000. ISBN 0-335-20473-2.
- PINTOVÁ, K., POTUŽNÍKOVÁ, Z., WIMMER, L. *Analýza bezdomovství a politik boje proti bezdomovství. Seminární práce.* Praha: KVSP FSV UK, 2004.
- PIZEM, P., MASSICOTE, P., VINCENT, J. R., BAROLET R. Y. *The state of oral and dental health of the homeless and vagrant population of Montreal.* J. Can. Dent. Assoc., 1994, vol. 60, no. 12, p. 1061.
- PLEACE, N., QUILGARS, D. *Health & Homelessness in London: A review.* London: King's Fund Publishing, 1996. ISBN 1-85717-108-X.
- PLAECE, N., JONES, A., ENGLAND, J. *Access to General Practice for People Sleeping Rough.* York: York Publishing Services, 2000. ISBN 1-874797-90-0.
- POST, P. *Mobile Health Care for Homeless People: Using Vehicles to Extend Care.* Nashville: National Health Care for the Homeless Council, Inc., 2007. Dostupné z <http://www.nhchc.org/MobileHealth/mobilehealthnarrative.pdf>.
- POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika.* Praha: Slon, 2005. ISBN 80-86429-50-4.
- POTŮČEK, M., PURKRÁBEK, M., VAVROUŠEK, J. a kol. *Zrod teorie veřejné politiky v České Republice: Úvodní studie k analýze formování a realizace veřejné politiky v České republice po roce 1989.* Praha: ISS FSV UK, in Vesmír, 1994. ISBN 80-901131-6-8.
- POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika: Studijní texty ke stejnojmennému kursu magisterského studia oboru „Veřejná politika“.* Praha: FSV UK ISS, 1996.
- POTŮČEK, M. a kol. *Vize rozvoje České republiky do roku 2015.* Praha: Gutenberg, 2001. ISBN 80-86349-02-0.
- POTŮČEK, M. a kol. *Průvodce krajinou priorit pro Českou republiku.* Praha: Gutenberg, 2002. ISBN 80-86349-06-3.
- POTŮČEK, M. a kol. *Putování českou budoucností: Traveling in the Czech Future.* Praha: Gutenberg, 2003. ISBN 80-86349-09-8.
- POTŮČEK, M. et al. *Public Policy in Central and Eastern Europe: Theories, Methods, Practices.* Bratislava: NISPAcee, 2003. ISBN 80-89013-13-9.
- POTŮČEK, M. a kol. *Zpráva o lidském rozvoji Česká republika 2003 : Odkud přicházíme, co jsme, kam jdeme?* Praha: MFJ, 2003. ISBN 80-86284-33-6.
- POTŮČEK, M. *Evropské a národní strategie sociálního začleňování – teorie a praxe.* In Syrovátka, T. ed. *Sociální vyloučení a sociální politika.* Brno: MUNI, VUPSV, 2006, s. 75–82.
- PRIGERSON, H. G. et al. *Suicidal ideation and suicide attempts in homeless mentally ill persons : age-specific risks of substance abuse.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003. vol. 38, no. 4, p. 213–219.
- Příklady nejlepší praxe v boji proti bezdomovectví.* Praha : FEANTSA, S.A.D., Armáda spásy, Naděje, 2003. ISBN 80-8651-05-4.
- QUILGARS, D., PLEACE, N. *Delivering Health Care to Homless People: An Effectiveness Review.* York: University of York, 2003.
- REDBURN, F. S., BUSS, T. F. *Responding to America's Homeless: Public Policy Alternatives.* New York: Praeger, 1986.

RHEINHEIMER, M. *Chudáci, žebráci a vaganti: Lidé na okraji společnosti 1450–1850*. Praha: Vyšehrad, 2003. ISBN 80-7021-579-8.

ROBERTSON, A. *Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health*. Health Promotion International 1998, vol. 13, no. 2., p. 155–166.

ROKOSOVÁ, M., HÁVA, P., SCHREYOGG, J., BUSSE, R. *Health care systems in transition : Czech Republic*. Copenhagen : WHO regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on health Systems and Policies, 2005. Dostupný z <http://www.euro.who.int/Document/E86823.pdf>.

ROOUF, L. *Schizoid Personality Traits Among the Homeless Mentally Ill: A Quantitative and Qualitative Report*. Journal of Social Distress and the Homeless, 2000, vol. 9, no. 2, p. 127–141.

SALIZE, H. J. et al. *Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim Germany*. Addiction, 2002, vol. 97, no. 12, p. 1593.

SDRUŽENÍ AZYLOVÝCH DOMŮ. *Návrh udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce*. Praha: Grada, 2007. ISBN 987-80-247-2348-8.

SHANKS, J., KHERAJ, S., FISH, S. *Better ways of assessing health needs in primary care*. British Medical Journal, 1995, vol. 310, no. 6978, p. 480.

SHELTER. *Healthy Relationship : Health and Social Services engagement in homelessness strategies and services*. London: Shelter, 2003. ISBN 1 903595-13-4.

SCHMOLLING, P. *Armut in Deutschland : Sozialräumliche Analyse und Entwicklung seit 1945*. Shaker Verlag ISBN: 3826523814.

SCHUMACHER, J. E. et al. *Linking Practice and Science in the Substance Abuse Treatment of Homeless Persons*. Journal of Applied Behavioral Science, 2000, vol. 36, no. 3, p. 297–313.

SLOVÁČEK, L. a kol. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. Vojenské zdravotnické listy, 2004, roč. LXXIII, č. 1.

STEELE, F. *Event history analysis*. Bristol: University of Bristol, 2005. Dostupné z <http://www.ncrm.ac.uk/research/outputs/publications/methodsreview/MethodsReviewPaperNCRM-004.pdf>.

STEPHENSON, S. *Crossing the Line: Vagrancy, Homelessness and Social Displacement in Russia*. Basingstoke : Ashgate Publishing Limited, 2006. ISBN-10: 0 7546 1813 7.

SÝKORA, L., TEMELOVÁ, J. *Prevence prostorové segregace*. Praha: MMR a PŘF UK Praha, 2005. Dostupné z http://old.mmr.cz/upload/files/060420_Publikace_segrecace.pdf.

ŠAFR J., BAYER, M., SEDLÁČKOVÁ, M. *Sociální koheze. Teorie, koncepty a analytická východiska*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2008, vol. 44, no. 2, s. 247–269.

ŠAFR, J., SEDLÁČKOVÁ, M. *Sociální kapitál: Koncepty, teorie a metody měření*. Praha: SÚ AV ČR, 2006. ISBN 80-7330-095-8.

ŠTĚCHOVÁ, M. a kol. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2008. ISBN 978-80-7338-069-4.

ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2245-0.

TAYAL, U. *Homelessness and health*. British Medical Journal, 2003, vol. 327, no. 7406, p. 110.

THURNBULL, J. et al. *Homelessness and health*. CMAJ, 2007, vol. 177, no. 9, p. 1065–1066.

TRABERT, G. *Health status and medical care accessibility of single, homeless persons*. Gesundheitswesen, 1997, vol. 59, no. 6, p. 378.

TRNKA, L., KANTOROVÁ, Z., KREJBICH, F. *Bezdomovství a tuberkulóza*. Zdravotnické noviny č. 33/2003, příloha Lékařské listy, 2003, roč. 52, č. 33, s. 22.

ÚMČ Prahy 1. *Analýza bezdomovectví na území městské části Praha 1*. Praha: ÚMČ Prahy 1, 2007.

Ústava České republiky. *Listina Základních práv a svobod*. Ostrava: Sagit, 2004. ISBN 80-7208-424-0.

ÚZIS ČR. *Mezinárodní klasifikace nemocí: Instrukční příručka*. Praha: ÚZIS ČR, 1996. ISBN 80-901856-4-9.

ÚZIS ČR. *Výběrové šetření o zdravotním stavu České populace 2002 : HIS CR 2002*. Praha: ÚZIS ČR, 2003. ISBN 80-7280-296-8.

ÚZIS ČR. *Světové šetření o zdraví v České republice: World Health Survey in the Czech Republic*. Praha: ÚZIS ČR, 2004. ISBN 80-7280-419-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6.

VANCE, D. E. *A portrait of older homeless men: Identifying hopelessness and adaptation*. Journal of Social Distress and the Homeless, 2005, vol. 4, no. 1, p. 57–71.

Velký sociologický slovník, 2 svazky. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.

VESELÝ, A. *Metody a metodologie vymezení problému: Strukturace, definice, modelování a formulace problému v policy analysis*. Praha: UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1640.

VESELÝ, A., DRHOVÁ, Z., NACHTMANNOVÁ, M. *Veřejná politika a proces její tvorby: Co je „policy“ a jak vzniká*. Praha: UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1640.

VESELÝ, A., NEKOLA, M. eds. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: Slon, 2008. ISBN 978-80-86429-75-5.

VICTOR, CH. R. *Health status of the temporarily homeless population and residents of North West Thames region*. British Medical Journal, 1992, vol. 305, no. 6850, p. 387.

VICTOR, CH. R. *The health of homeless people in Britain*. European Journal of Public Health 1997, vol. 7, no. 4, p. 398.

VOSTANIS, P., CUMELLA, S. *Homeless Children : Problems and Needs*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1999. ISBN 1-85302-595-X.

WALLACE, R., WALLACE, D. *Socioeconomic determinants of health : Community marginalisation and the diffusion of diseases and disorder in the United States*. British Medical Journal, 1997, vol. 314, no. 7090, p. 1341.

WALTON, M. *Culture matters for poverty, but not because of a culture of poverty : Notes on analytics and policy*. Harvard University, 2007. Dostupný z <http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/myjahiasite/users/administrateur/public/eudn2007/walton.pdf>.

WALTERS, S., EAST, L. *The cycle of homelessness in the lives of young mothers: the diagnostic please of an action*. Journal of Clinical Nursing, 2001, vol. 10, no. 2, p. 171.

WEINREB, L. F. et al. *A Comparison of the Health and Mental Health Status of Homeless Mothers in Worcester, Mass: 1993 and 2003*. American Journal of Public Health, 2006, vol. 96, no. 8, p. 1444–1448.

WENZEL, S. L., LEAKE, L. D., GELBERG, L. *Health of Homeless Women with Recent Experience of Rape*. Journal of General Internal Medicine, 2000, vol. 15, no. 4, p. 265.

WHITEBECK, L. B. et al. *Victimization and Posttraumatic Stress Disorder Among Runaway and Homeless Adolescents*. Violence and Victims, 2007. vol. 22, no 6, p. 721–734.

WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. International Journal of Health Services, 1992, vol. 22 no. 3, p. 429–445.

WIBBENS, M. *CZ Homelessness Perpetuated by Government Apathy : Independent Study Project*. Praha: School of Internation Training, 2003.

WILKINSON, R., MARMOT, M. *Social determinants of health : The solid facts*. Copenhagen : World Health Organization, 2003. ISBN 92 890 1371 0.

WHO. *WHOOL : Measuring Quality of Life*. Geneva: WHO, 1997.

WHO. *Health 21 : The health for all policy framework for the WHO European Region*. Geneva: WHO, 1999. ISBN 92 890 1349 4.

WHO. *Working for health : An introduction to the World Health Organization*. Geneva: WHO, 2006. ISBN 92 4 156313 5.

WORLD BANK. *Poverty Manual, All, JH Revision of August 8, 2005*. Washington: World Bank, 2005. Dostupné z <http://siteresources.worldbank.org/PGLP/Resources/PMch1.pdf>.

WRIGHT, J. D., RUBIN, B. A., DEVINE, J. A. *Beside the golden door : Policy, Politics, and the Homeless*. Aldine : De Gruyter, 1998.

WRIGHT, N. M. J., TOMKINS, CH. N. E. *How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people?* Copenhagen : World Health Organisation, 2005. Dostupný z <http://www.euro.who.int/document/E85482.pdf>.

Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 112/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o životním a existenčním minimu a hmotné nouzi.

ZIGLIO, E. *Health Systems Confronting Poverty : Public Health Case studies No. 1.* Copenhagen : World Health Organization, 2003. ISBN 92 890 1369 9.

ZIGLIO, E. *Investment for Health : A discussion of the role of economics and social determinants.* Copenhagen : World Health Organization, 2002.

Informační zdroje

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_cs.pdf.
http://en.wikipedia.org/wiki/Learned_helplessness.
http://eu.eu.int/ueDocs/cms_data/docs/pressData/en/ec/00100-r1.en0.htm.
http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&an_doc=2005 &nu_doc=33.
http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=COMfinal&an_doc=2005 &nu_doc=33.
http://europa.eu.int/comm/lisbon_strategy/intro_en.html.
http://portal.mpsv.cz/soc/hn/obcane/zivotni_min.
http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/zivotni_min.
http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/casove_rady.
http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/casove_rady.
<http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm#r13>.
<http://siteresources.worldbank.org/PGLP/Resources/PMch1.pdf>.
<http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/naucena-bezmocnost>.
http://ue.eu.int/EuDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/00200-r1.en1.pdf.
http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/00400-r1.%20ann.en0.htm.
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20185164~menuPK:418217~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html>.
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20185225~menuPK:418213~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html>.
<http://www.bezdomovci.eu>.
<http://www.bezdomovci.eu/index.php?sekce=submenu&idt=7&id=3&jazyk=>.
[http://www.bezdomovci.eu/sad.ayrton.cz/storage/File/Scitani%20bezdomovcu%20v%20Brne%202006%20\(tiskova%20zprava\).pdf](http://www.bezdomovci.eu/sad.ayrton.cz/storage/File/Scitani%20bezdomovcu%20v%20Brne%202006%20(tiskova%20zprava).pdf).
<http://www.communities.gov.uk/housing/homelessness/overviewkey/>.
http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_vek.
http://www.denik.cz/z_domova/bezdomovec-mel-nohu-plnou-cervu20080603.html.
<http://www.dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/modules/prb99-1-homelessness/health-e.htm>.
<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=H>.
<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Health%20care%20system>.
<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Health%20care%20system>.
<http://www.feantsa.org/code/en/hp.asp>.
<http://www.feantsa.org/code/EN/pg.asp?Page=484>.
<http://www.flyfishingdevon.co.uk/salmon/year2/psy221depression/psy221depression.htm>.
<http://www.flyfishingdevon.co.uk/salmon/year2/psy221depression/psy221depression.htm>.
<http://www.homelessness.gc.ca>.
<http://www.homelessness.gc.ca>.
http://www.iseqh.org/workdef_en.htm.
<http://www.knihovna.ipvz.cz/vypis.asp?item=33&>.
http://www.mmr.cz/bydleni2006/cz_data/index.htm.
<http://www.mmr.cz/bydleni2007/cz/3-5-podil-spotrebnich-vydani-domacnosti-zpravodajského.html>.
<http://www.mmr.cz/bytova-politika-koncepce-strategie>.
<http://www.mpsv.cz/cs/5130>.
http://www.mpsv.cz/files/clanky/2831/NAPSI_tisk_cz.pdf.
http://www.mpsv.cz/files/clanky/2831/NAPSI_tisk_cz.pdf.
http://www.mpsv.cz/files/clanky/3002/Narodni_zprava_2006-8.pdf.
http://www.mpsv.cz/files/clanky/3002/Narodni_zprava_2006-8.pdf.
http://www.nadeje.cz/vz/poslani_zasady.pdf.
http://www.odpm.gov.uk/stellent/groups/odpm_homelessness/documents/page/odpm_home_601520.hcsp.
http://www.rozhlas.cz/izurnal/cesko/_zprava/411594.
<http://www.sof.cz/index2.asp?type=clanky&id=34>, <http://en.wikipedia.org/wiki/Stakeholder>.
<http://www.sochealth.co.uk/history/black9.htm>.
<http://www.toronto.ca/homelessness/pdf/reportcard2003.pdf>.
<http://www.toronto.ca/homelessness/pdf/reportcard2003.pdf>.
http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100.
<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=20840>.
<http://www.vlasak.net/pool/prilohy/Spolecne%20memorandum%20o%20socialnim%20zaclesnovani.pdf>.
<http://www.vlasak.net/pool/prilohy/Spolecne%20memorandum%20o%20socialnim%20zaclesnovani.pdf>.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

Seznam schémat, tabulek a grafů

Seznam schémat:

Schéma č. 1:	Bezdomovství a zdraví bezdomovců	26
Schéma č. 2:	Omezení veřejných politik při reakci na problémy a výzvy	27
Schéma č. 3:	Integrovaný přístup ke studiu vzniku sociální situace bezdomovství	41
Schéma č. 4:	Kariéra bezdomovství	42
Schéma č. 5:	Pracovní model sociální soudržnosti.....	46
Schéma č. 6:	Integrovaný přístup k sociálnímu vyloučení	50
Schéma č. 7:	Rámec analýzy sociálního vyloučení	51
Schéma č. 8:	Chudoba v České republice ve společenských souvislostech	53
Schéma č. 9:	Maslowova hierarchie potřeb	57
Schéma č. 10:	Charakteristika potřeb a jejich (ne)naplnění u bezdomovců	58
Schéma č. 11:	Hlavní determinanty zdraví.....	64
Schéma č. 12:	Berkmanův a Glessův konceptuální rámec vlivu sociální sítě na zdraví.....	66
Schéma č. 13:	Konceptuální rámec ekvity ve zdraví.....	70
Schéma č. 14:	Rámec hodnocení ekvity zdravotnického systému	73
Schéma č. 15:	Model faktorů působících na vznik bezdomovství v ČR.....	128
Schéma č. 16:	Uspokojování potřeby bydlení v kontextu zákona č. 108/2006 Sb.	147

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1:	Klasifikace bezdomovství podle domén domova v podmínkách ČR.....	32
Tabulka č. 2:	Typologie ETHOS v podmínkách ČR	32
Tabulka č. 3:	Jak se označují samotní bezdomovci	35
Tabulka č. 4:	Pět dimenzí sociální soudržnosti podle Jensonové	44
Tabulka č. 5:	Faktory působící na sociální soudržnost a výstupy působení těchto faktorů ve společnosti podle Bernarda	44
Tabulka č. 6:	Charakteristiky soudržné společnosti podle Jeannottové.....	47
Tabulka č. 7:	Diagnostikovaná onemocnění v ordinaci praktického lékaře o. s. Naděje od ledna 2005 do konce května 2006	77
Tabulka č. 8:	Otázky týkající se zdravotní péče v souvislosti s příčinami a faktory bezdomovství	80
Tabulka č. 9:	Míry centrální tendence u škály EuroQol	104
Tabulka č. 10:	Registrované sociální služby se zaměřením na osoby bez přístřeší v hl. m. Praze.....	148
Tabulka č. 11:	Azylové domy a noclehárny a nízkoprahová denní centra – počet zařízení v krajích ČR	149
Tabulka č. 12:	Politická doporučení FEANTSA pro zlepšení dostupnosti péče pro bezdomovce	165
Tabulka č. 13:	Doporučení studie WHO k řešení problému zdraví bezdomovců.....	167

Seznam grafů:

Graf č. 1:	Procentuální podíl klientů bez domova sociálního kurátora Prahy 1 v letech 2003–2006 podle kraje trvalého pobytu.....	37
Graf č. 2:	Počet respondentů v jednotlivých měsících	83
Graf č. 3:	Rozdělení respondentů podle organizace vyplnění dotazníku	83
Graf č. 4:	Věková pyramida respondentů – absolutní počty	85
Graf č. 5:	Věková pyramida respondentů – procentuální zastoupení věkových skupin....	85
Graf č. 6:	Rodinný stav	86
Graf č. 7:	Počet vlastních (biologických) dětí.....	87
Graf č. 8:	Nejvyšší dosažené vzdělání.....	88
Graf č. 9:	Pracovní aktivita respondentů – participace na trhu práce.....	89
Graf č. 10:	Deklarovaný měsíční příjem respondentů.....	90
Graf č. 11:	Rodinné zázemí.....	91
Graf č. 12:	Zkušenost s pobytem ve vězení.....	92
Graf č. 13:	Délka bezdomovství v měsících a letech	93
Graf č. 14:	Hlavní příčina bezdomovství (1. v pořadí)	94
Graf č. 15:	Hlavní příčina bezdomovství (2. v pořadí)	94
Graf č. 16:	Kde obvykle spíte v létě?	95
Graf č. 17:	Kde obvykle spíte v zimě?	96
Graf č. 18:	Jaké služby využíváte v organizaci, ve které probíhá šetření?.....	97
Graf č. 19:	Subjektivní vnímání celkového zdraví.....	98
Graf č. 20:	Jak se cítíte ve srovnání s vaším stavem před rokem.....	99
Graf č. 21:	Trpíte v současné době nějakou chorobou, pro kterou se dlouhodobě léčíte? 100	
Graf č. 22:	Pohyblivost muži Pobyblivost ženy	101
Graf č. 23:	Sebeobsluha muži Sebeobsluha ženy	101
Graf č. 24:	Obvyklá činnost muži Obvyklá činnost ženy.....	102
Graf č. 25:	Bolest/obtíže – muži Bolest/obtíže – ženy	102
Graf č. 26:	Úzkost/deprese – muži Úzkost/deprese – ženy	103
Graf č. 27:	Užíváte trvale (aspoň 6 měsíců) nějaké léky, které Vám předepisuje lékař? ..107	
Graf č. 28:	Bylo vám někdy odmítnuto lékařské ošetření?	108
Graf č. 29:	Procentuální podíl klientů bez domova sociálního kurátora Prahy 1 v letech 2003–2006 podle kraje trvalého pobytu.....	130

Seznam příloh

Příloha č. 1:	Písemné prohlášení o zamezení bezdomovectví na ulicích	197
Příloha č. 2:	Konkrétní přístupy k zdravotním problémům bezdomovců	199

Rejstřík

A

Analýza, 12, 15, 16, 17, 128, 181, 183, 185, 188, 190

B

Bezdomovství, 1, 3, 4, 10, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 36, 41, 42, 56, 57, 77, 112, 114, 118, 129, 133, 140, 150, 152, 153, 154, 155, 157, 158, 161, 172, 173, 176, 179, 183, 190, 200

bydlení, 10, 25, 30, 31, 32, 33, 39, 47, 50, 54, 55, 57, 60, 63, 64, 84, 112, 118, 123, 125, 129, 131, 132, 133, 134, 136, 142, 143, 146, 147, 158, 159, 162, 164, 167, 168, 172, 174, 186, 198

D

důsledky, 30, 38, 41, 42, 53, 58, 62, 80, 112, 122

F

focus group, 3, 11, 12, 20, 68, 122, 123, 126, 127, 160

I

implementace, 16, 17, 127, 137, 155, 161, 169
IZPE, 12, 22, 26, 80, 81, 82, 111, 122, 172

K

Kanada, 161

L

Léčba, 114
Lékaři, 124

M

mezinárodní srovnání, 18
modely, 18, 72

N

Naděje, 31, 34, 36, 68, 77, 83, 90, 114, 122, 127, 129, 137, 138, 142, 150, 152, 153, 156, 183, 184, 188

Naučená bezmocnost, 59, 60, 173

P

péče, 9, 13, 28, 29, 39, 40, 41, 47, 50, 52, 69, 72, 78, 79, 80, 81, 84, 86, 105, 106, 109, 113, 114, 115, 116, 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 135, 140, 143, 156, 160, 163, 165, 166, 167, 175, 176, 190, 199, 200

S

sociální kapitál, 55, 56
sociálních služeb, 9, 34, 37, 54, 75, 79, 82, 84, 92, 95, 96, 97, 113, 119, 123, 126, 127, 129, 130, 134, 137, 142, 143, 145, 147, 148, 149, 153, 155, 156, 160, 165, 173, 175, 185, 189

Š

šetření, 3, 4, 11, 12, 20, 21, 22, 26, 68, 74, 75, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 107, 108, 111, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 128, 135, 139, 143, 160, 172, 174, 175, 176, 185, 186, 190

V

veřejné politiky, 3, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 28, 37, 42, 45, 47, 54, 55, 123, 140, 150, 151, 158, 166, 172, 176, 179, 188
Veřejněpolitické problémy, 18

Z

zdraví, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 15, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 38, 39, 40, 41, 42, 50, 54, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 92, 95, 98, 104, 105, 109, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 129, 135, 140, 151, 152, 158, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 172, 174, 175, 176, 179, 181, 185, 187, 190, 191, 198
zdravotní politiky, 12, 67, 81, 111, 125, 150, 151, 152, 165, 166, 170, 176, 181

**Příloha č. 1: Písemné prohlášení o zamezení
bezdomovectví na ulicích**

2004



2009

10.12.2007

0111/2007

PÍSEMNÉ PROHLÁŠENÍ

o zamezení bezdomovectví na ulicích,

které v souladu s článkem 116 jednacího řádu

předkládají Mary Lou McDonald, Jacek Protasiewicz, Claude Moraes, Gérard Onesta a
Jean Marie Beaupuy

platné do: 26.3.2008

Písemné prohlášení o zamezení bezdomovectví na ulicích

Evropský parlament,

- s ohledem na článek 116 jednacího řádu,
- A. vzhledem k tomu, že se problematika bezdomovců stala v roce 2005 prioritou Rady ve složení pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a ochranu spotřebitele a za prioritu je také považována v rámci oddílu „sociální začlenění“ evropské strategie sociální ochrany a začlenění,
- B. vzhledem k tomu, že přístup k adekvátnímu bydlení je základním lidským právem a přístup k provizornímu bydlení je často prvním krokem vedoucím k adekvátnímu a udržitelnému řešení bytové situace pro osoby zažívající extrémní chudobu a vyloučení,
- C. vzhledem k tomu, že každou zimu umírají v EU lidé v mrazu kvůli nedostatku ubytovacích kapacit krizových center a služeb poskytujících péči v terénu,
- D. vzhledem k tomu, že bezdomovci žijící na ulicích představují nejzjevnější formu bezdomovectví, kterou lze účinně řešit jen v rámci obsáhlejší ucelené strategie,
- E. vzhledem k tomu, že Evropský parlament vyzýval v tomto roce již dvakrát k přijetí naléhavých opatření, jež by řešila problematiku bezdomovectví,
- 1. vyzývá Radu, aby do roku 2015 dojednala závazek EU zamezit bezdomovectví na ulicích;
- 2. vyzývá Komisi, aby vytvořila evropskou rámcovou definici bezdomovectví, shromáždila srovnatelné a spolehlivé statistické údaje a každoročně podávala aktualizovanou zprávu o opatřeních, která byla v členských státech EU přijata s cílem zamezit bezdomovectví, a o výsledcích, kterých bylo v této oblasti dosaženo;
- 3. naléhavě vyzývá členské státy, aby vytvořily „krizové plány pro zimní období“, jež by byly součástí širší strategie pro problematiku bezdomovectví;
- 4. pověřuje svého předsedu, aby toto prohlášení spolu se jmény jeho signatářů předal Radě, Komisi a členským státům.

Příloha č. 2: Konkrétní přístupy k zdravotním problémům bezdomovců

- **Manuály pro sociální pracovníky**

Jedním ze zajímavých přístupů, který je uplatňován v USA (viz Connell et al. 2004) je **zpracovávání manuálů, které mapují zdravotní problémy bezdomovců**. Myšlenka jejich zpracování vychází z faktu, že zdravotníci nejsou většinou prvními, kteří přicházejí do kontaktu se zdravotními problémy bezdomovců. Jako první jsou s bezdomovci zpravidla v kontaktu terénní sociální pracovníci a pracovníci zařízení a organizací, které poskytují bezdomovcům sociální služby. Tito pracovníci však mají pouze omezené medicínské znalosti. Mezery ve znalostech si mají možnost doplnit z manuálu, který obsahuje výčet zdravotních problémů bezdomovců a jejich základních symptomů. Tento výčet je doplněn bohatou fotografickou dokumentací. Znalost pravděpodobného onemocnění bezdomovce je důležitá při **komunikaci sociálního pracovníka a zdravotníků**, kdy sociální pracovník může informovaně podat zprávu o podezření na určité onemocnění.

- **Mobilní zdravotnická ordinace/zdravotnické služby pro bezdomovce**

Zejména v USA [viz zpráva o projektu s více než třiceti mobilními ordinacemi v práci Postové (Post 2007)], ale také v dalších státech (např. Velké Británii) jsou využívány mobilní zdravotnické ordinace či zdravotní služby, kdy se zdravotníci spolu se sociálními pracovníky vydávají „do ulic“ a zlepšují tak dostupnost zdravotnických služeb pro bezdomovce, kteří by jinak mnohdy ordinaci či zdravotnické zařízení nenavštívili. Cílem těchto zařízení (aktivit) pro bezdomovce je jednak poskytování primární péče, ale také případné odkázání (převoz) do zdravotnického zařízení (Post 2007). Mobilní péče je poskytována také ve vztahu ke specifickým problémům bezdomovců např. s duševním zdravím (viz Pleace, Quilgars 1996)⁷⁵.



Zdroj obr.: <http://www.nhchc.org/mobilehealth.html> [citováno 16. 3. 2008].

⁷⁵ V podmínkách ČR bylo využito mobilní ordinace při screeningu bezdomovců na TBC (viz Trnka, Kantorová, Krejchová 2003) a v roce 2008 je plánován provoz první ordinace tohoto typu v Praze (viz MHMP 2008, s. 6–7).

- **Zdravotnické služby pro bezdomovce „pod jednou střechou“**

Bezdomovství je často charakterizováno komorbiditou, kdy například praktický lékař může problém diagnostikovat, nicméně jeho řešení je do značné míry závislé na dostupnosti např. ambulantního specialisty. Z těchto důvodů (určitého řízení rozhraní mezi jednotlivými druhy služeb) existuje v Londýně několik zdravotnických zařízení, která poskytují komplexní primární péči, ale také péči sekundární (např. Pleace, Quilgars 1996) s nízkoprahovým přístupem na jednom místě. Výhoda tohoto přístupu může být jak *finanční* (nižší náklady na provoz než v případě jednotlivé samostatné ordinace/zařízení), tak v *omezení možnosti přerušení léčby* v důsledku nedostupnosti navazující péče.

Název Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav
bezdomovců a jeho determinanty
Autor Miroslav Barták
Nakladatel Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Edice Odborné texty projektu Posilování kompetencí vysokoškolských
pracovníků pro rozvoj konkurenceschopnosti vysokého školství
v Ústeckém kraji, registrační číslo CZ.1.07/2.2.00/07.0117
Náklad 100 ks
Počet stran 200 stran
Tisk a vazba PrintActive s.r.o., www.dum-tisku.cz

