

UNIVERZITA KARLOVA

Husitská teologická fakulta

**DUŠEVNÍ ZDRAVÍ U BEZDOMOVECKÉ
POPULACE**

MENTAL HEALTH IN THE HOMELESS POPULATION

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Jakub Marek, PhD.

Autor práce:
Jana Pavlatová

Praha 2025

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji svému školiteli panu doktoru Jakubu Markovi za ochotu a vstřícnost při odborném vedení této bakalářské práce. Dále děkuji organizacím Naděje Praha a Armáda spásy za možnost realizovat výzkum v rámci jejich mobilní sociální služby.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že tato bakalářská práce na téma Duševní zdraví u bezdomovecké populace, byla zpracována samostatně a všechny použité prameny a literatura byly řádně ocitovány. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

Jana Pavlatová:

ANOTACE:

Cílem této práce je zmapovat duševní zdraví u bezdomovecké populace a upozornit na provázanost psychiatrické morbidity s životem v této extrémní formě sociálního vyloučení. Teoretická část charakterizuje bezdomovectví, představí problematiku duševních poruch u bezdomovecké populace a stručně popíše vybrané psychiatrické poruchy. Výzkumná část se bude opírat o kvantitativní metodu sběru dat za pomoci strukturovaného dotazníkového šetření. Získaná data budou porovnána s výzkumem prováděným 3. LF UK z let 2002–2003 na téma Duševní zdraví pražských bezdomovců.

Klíčová slova:

Bezdomovectví, duševní poruchy, schizofrenie, mobilní sociální služba, dotazník SRQ.

ANNOTATION:

This study aims to analyse mental health in the homeless population and to highlight the interconnectedness of psychiatric morbidity with life in the extreme form of social exclusion. The theoretical part will characterize homelessness, introduce the problem of mental health in the homeless population, and briefly introduce selected psychiatric disorders. The empirical part will lean on the quantitative method of data collection with the help of a structured questionnaire survey. The acquired data will be compared to research conducted on the 3. medical facility of Charles University between 2002–2003 on the topic of Mental health in Prague homeless.

Keywords:

Homelessness, mental disorders, schizophrenia, mobile social service, Self-Reporting Questionnaire.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	4
ÚVOD.....	9
1 BEZDOMOVECTVÍ	11
1.1 Charakteristika bezdomovectví.....	11
1.2 Typologie bezdomovectví podle ETHOS.....	12
1.3 Formy bezdomovectví.....	12
1.4 Příčiny bezdomovectví.....	14
1.5 Rozdílnost v příčinách bezdomovectví v kontextu pohlaví a věku.....	15
1.6 Důsledky bezdomovectví.....	16
2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ U BEZDOMOVECKÉ POPULACE	19
2.1 Normalita a patologie: charakteristika duševního onemocnění.....	19
2.2 Duševní zdraví u lidí bez domova.....	21
2.3 Vztah duševního onemocnění a bezdomovectví.....	23
2.4 Psychické zdraví žen bez domova	25
2.5 Psychické zdraví mužů bez domova	26
2.6 Psychické zdraví mladých lidí bez domova	26
3 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH PSYCHIATRICKÝCH PORUCH	27
3.1 Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19)	27
3.2 Schizofrenie (F20)	28
3.3 Deprese (F32).....	28
3.4 Úzkostné poruchy a posttraumatická stresová porucha (F41–43.1)	29
3.5 Poruchy osobnosti a chování (F60–F69)	30

EMPIRICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE.....	32
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	32
4.2 Hypotézy.....	32
4.3 Výzkumná metoda	33
4.4 Výzkumný nástroj.....	34
4.5 Výzkumný vzorek a proces sběru dat	36
4.5.1 Kontrolní soubor.....	36
4.5.2 Výzkumný soubor.....	37

4.6	Limity výzkumu	37
4.7	Mobilní sociální služba.....	38
4.8	Etika výzkumu.....	38
5	ANALÝZA DAT	40
5.1	Proces zpracování dat	40
5.2	Vyhodnocení SRQ-24	41
5.3	Vyhodnocení sociodemografických dat.....	43
6	KOMPARACE VÝZKUMŮ.....	52
6.1	Komparace užitých metod a postupů.....	52
6.2	Komparace výsledků SRQ-24.....	53
6.3	Komparace sociodemografických dat.....	58
7	OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	64
8	DISKUZE NAD VÝSLEDKY	67
	ZÁVĚR.....	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
	SEZNAM TABULEK.....	79
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM PŘÍLOH	80

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

3. LF UK – 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

CDZ – Centrum duševního zdraví

ETHOS – Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení (European Typology of Homelessness and housing exclusion)

FEANTESA – Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci (European Federation of National Organisations working with the Homeless)

FN – Fakultní nemocnice

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus)

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize

NKÚ – Národní kontrolní ústav

NRJDT – Národní jednotka dohledu na tuberkulózu

NZIP – Národní zdravotnický informační portál

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

OBZP – Osoba bez zdanitelných příjmů

PA – Protialkoholní léčebna

PN – Psychiatrická nemocnice¹

PTSD – Posttraumatická stresová porucha

SRQ-24 – Sebeposuzovací dotazník o 24 položkách (Self-reporting questionnaire)

TBC – Tuberkulóza

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO – Světová zdravotnická organizace (World health organization)

¹ Ve výzkumu prováděném 3. LF UK z let 2002–2003 je užitá zastaralá forma označení pobytového zařízení psychiatrické pomoci, tedy psychiatrická léčebna. Dnes se užívá pojem psychiatrická nemocnice, proto v této práci nahrazuji zkratku PL novější verzí PN.

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Život lidí žijících v extrémní formě sociálního vyloučení je zatížen nesčetnými problémy. Samotný život na ulici tyto problémy velmi často umocňuje a zesiluje natolik, že mají tendenci takového jedince deformovat na mnoha rovinách jeho fungování. Jedná se nejen o fyzické problémy, ale i sociální a stejně tak i problémy psychické, které osoby bez domova velmi často zužují a zabraňují i v jejich opětovné integraci do společnosti. Tato bakalářská práce se bude proto hlouběji věnovat duševnímu zdraví u lidí bez domova, protože tuto problematiku vnímám jako velmi významnou nejen v rámci prevence, ale i při řešení bezdomovectví.

Duševní zdraví lidí bez domova je často přehlížený problém, který má ale značný vliv na opětovné zařazení osoby bez domova do běžného života. Tato bakalářská práce si tak klade za cíl zmapovat problematiku duševního zdraví u lidí bez domova a pochopit možné souvislosti a příčiny zhoršeného duševního zdraví u bezdomovecké populace. K této problematice budu přistupovat nejenom skrze teoretický rámec, ale též empiricky. V rámci praktické části realizuji kvantitativní výzkum, který bude tvořit náhled do současného stavu psychiky této marginalizované skupiny.

Teoretická část nejprve představí v první kapitole bezdomovectví v jeho obecném pojetí. Budu se věnovat definování bezdomovectví v kontextu toho, co to znamená mít domov a mít kde bydlet. Dále uvedu nejpoužívanější typologii bezdomovectví, tzv. typologie ETHOS. Následně charakterizuji formy, ale i příčiny a důsledky bezdomovectví.

Druhá kapitola se pak bude věnovat hlubšímu porozumění samotných psychických poruch u lidí bez domova. Zaměřím se na definování toho, co to znamená duševní onemocnění a jak se projevuje v rámci společnosti jako celku. Představím také některá statistická data pro demonstrování závažnosti problematiky duševního zdraví u bezdomovecké populace. Srovnám některé výzkumy a prozkoumám i možné příčiny a souvislosti jejich vzniku a vysoké četnosti u této skupiny.

Teoretickou část pak uzavřu popisem vybraných psychiatrických poruch s důrazem na symptomatiku, která se s bezdomoveckou populací, na základě tuzemských i zahraničních výzkumů nejčastěji pojí.

V rámci empirické části se pak budu soustředit na realizaci vlastního výzkumu, který se bude zaměřovat na dotazníkové šetření u lidí bez domova za využití sebeposuzovacího dotazníku označovaného jako SRQ-24. Rozhodla jsem se přistoupit nejen k interpretaci získaných dat, ale i ke komparaci s výzkumem realizovaným o několik let dříve. Pro tyto účely jsem zvolila výzkum provedený mezi lety 2002–2003, nazvaný Duševní zdraví pražských bezdomovců², který je dostatečně transparentní co do užitých metod a postupů, tak i výzkumného nástroje na to, aby byl do jisté míry realizovatelný i v rámci této bakalářské práce. Tato komparace tak může posloužit k jasnějšímu demonstrování závažnosti duševního zdraví lidí bez domova. Domnívám se, že komparace dvou výzkumů s velkým časovým odstupem má i potenciál zachytit alespoň náznak trendu vývoje prevalence duševních poruch u této skupiny osob.

² DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie*. 2004, roč. 8, č. 4. 274–279. ISSN: 1211-7579.

1 BEZDOMOVECTVÍ

Tato kapitola se budu věnovat charakterizování bezdomovectví zejména v kontrastu k bydlení, ale též v jeho příčinách, formách a důsledcích.

1.1 Charakteristika bezdomovectví

Bezdomovectví je nejčastěji chápáno jako stav extrémního vyloučení, chudoby, marginalizace a sociální dezintegrace.³ Slovo „bezdomovec“ je složeno z předpony „bez,“ indikující absenci něčeho a kořenem slova je „domov.“⁴ Mnoho, ať už zahraničních encyklopedií⁵, nebo i Slovník sociální práce od profesora Matouška, jej definují právě jako stav bez domova, bez stálého bydlení.⁶

Pro pochopení podstaty tohoto pojmu, je třeba si nejprve vymezit jeho protipól. A položit si otázku, co je to domov a co znamená vlastnit či mít domov. Ravenhill definuje domov následovně: „ *Home is a feeling of safety, trust, continuity and stability that permits the physical, emotional and psychological well-being necessary for experiencing friendships and relationships.*”⁷ Domov lze vymezit i ve vztahu k identitě a kontrole: „ *“Home” should be a place where a person is able to define the space as their own, where they are able to control its form and shape. This may be through control of activities and of defining their privacy in terms of access to their space. When this is done, they have made a home with a sense of their identity.*”⁸

Definice těchto autorů odpovídají třem doménám domova, které pro účely vytvoření operační definice bezdomovectví vytvořila Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci (FEANTSA⁹). Domov tak představuje nejenom fyzický nebo materiální aspekt bezpečí a jistoty, tzv. fyzická doména, ale je determinován také vztahy s druhými lidmi, rodinou a jednotlivci, které se v jeho prostoru odehrávají a stejně tak soukromím a plnou kontrolou nad tímto prostorem a aktivitami, které v něm

³ HRADECKÁ, V; HRADECKÝ, I. *Bezdomovectví: Extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996. ISBN: 80-902292-0-4. S. 26–27, 36.

⁴ BARTÁK, M. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2011. ISBN: 978-80-7414-441-7. S. 13.

⁵ Encyclopedia Britannica: Homelessness: social phenomenon. Dostupné z: <https://www.britannica.com>. [cit. 2024-10-24]; Oxford English Dictionary: homelessness. Dostupné z: <https://www.oed.com>. [cit. 2024-10-24].

⁶ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9. S. 31.

⁷ RAVENHILL, M. H. *The culture of homelessness: An ethnographic study*. ProQuest LLC, 2014. S. 14–15.

⁸ TIPPLE, G; SPEAK, S. Definitions of homelessness in developing countries. Online. *Habitat international*. 2005, roč. 29, č. 2, s. 337–352. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2003.11.002>. [cit. 2024-10-24]. S. 338.

⁹ Založena 1989 se sídlem v Bruselu.

probíhají, tzv. sociální doména. Je to místo, které člověku patří, jak v subjektivní rovině, tedy člověk k tomuto místu má osobní vazbu, ale i objektivní. Na tento prostor člověk klade legitimní a legislativní nárok, který ho opravňuje k exkluzivnímu přístupu k tomuto prostoru, tzv. právní doména.¹⁰

1.2 Typologie bezdomovectví podle ETHOS

FEANTSA vytvořila na základě principů tří domén, které charakterizují domov, typologii bezdomovectví označenou jako ETHOS¹¹. Tato typologie člení lidi bez domova podle jejich životní situace nebo situace bydlení. Skládá se ze čtyř základních kategorií, tzv. koncepčních kategoriích, které jsou specifikovány prostřednictvím operační kategorie¹², která se k nim vždy pojí, patří sem:

1. Bydlení bez střechy (osoby přežívající venku a v noclehárnách);
2. bydlení bez bytu (osoby v ubytovnách pro bezdomovce, imigranty dále osoby před opuštěním instituce¹³ a uživatelé dlouhodobější podpory);
3. nejisté bydlení (osoby ohrožené vystěhováním a osoby ohrožené domácím násilím);
4. nevyhovující bydlení (osoby žijící v provizorních a neobvyklých stavbách, osoby žijící v hygienicky nevhodném bydlení nebo přelidněném bytě).¹⁴

Typologie ETHOS, dále rozvádí i konkrétní životní situace, které se k určité koncepční kategorii vážou a tzv. generické definice a národní subkategorie bezdomovectví.¹⁵

1.3 Formy bezdomovectví

Ilja a Vlastimila Hradečtí rozlišují tři formy bezdomovectví, a to:

1. Bezdomovectví zjevné;
2. bezdomovectví skryté;

¹⁰ HRADECKÝ, I. a kol *Definice a typologie bezdomovství: [zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR]*. Praha: Naděje, 2007. ISBN 978-80-86451-13-8. S. 11.

¹¹ Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení (z ang. European Typology of Homelessness and housing exclusion).

¹² Viz závorky za základními kategoriemi bezdomovectví dle typologie ETHOS.

¹³ Např. dětské domovy, věznice a vazební věznice nebo i zdravotnická zařízení, typicky psychiatrické nemocnice.

¹⁴ ETHOS: Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení v prostředí ČR. Online. Dostupné z: <https://www.feantsa.org>. [cit. 2024-12-10].

¹⁵ ETHOS: Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení v prostředí ČR. Online. Dostupné z: <https://www.feantsa.org>. [cit. 2024-12-10].

3. bezdomovectví potenciální.¹⁶

Zjevné bezdomovectví je tou nejviditelnější formou, která zároveň vyvolává nejsilnější společenskou reakci. Část respondentů v rámci empirické části mé bakalářské práce pochází právě z řad zjevných bezdomovců. Dle typologie ETHOS se jedná o kategorii bez střechy. Jsou to osoby, převážně muži, kteří pobývají na veřejných prostranstvích, jako jsou ulice, parky a nádraží. Často se o této skupině osob mluví právě jako o „nádražní populaci.“ Lidé bez domova nádraží vyhledávají kvůli snazšímu zajištění fyziologických potřeb, tedy jídla, vody, spánku, ale i tepla a sanitárního zařízení, které nádraží těmto lidem může poskytnout. Vyhledávané je také kvůli naplnění sociálních potřeb, jako je pocit sounáležitosti, bezpečí, jistoty a lásky, kterou lidé bez domova nacházejí v kolektivu, který se utváří právě na nádražích. Tento prostor se tak pro mnohé osoby bez přístřeší stává bezpečnějším útočištěm než ulice.¹⁷

Skryté bezdomovectví, kterým se taktéž vyznačovala část respondentů mé empirické práce, je forma bezdomovectví, která naopak pro veřejnost není snadno rozpoznatelná. Zahrnuje zpravidla ženy bez domova, které vyhledávají pobytová zařízení, zejména azylové domy, ale mnohem častější je u této formy bezdomovectví přespávání u příbuzných, v autech, squatech, sklepích, domech určených k demolici apod. Tato forma bezdomovectví se řadí do kategorie bez bytu podle typologie ETHOS. Ilja a Vlastimila Hradečtí uvádějí, že tato skupina tzv. skrytých bezdomovců je pravděpodobně početnější než skupina zjevných nebo potenciálních.¹⁸

Potenciální bezdomovectví odpovídá kategorii nevyhovující a nejisté bydlení podle typologie ETHOS. Spadají sem osoby, které žijí v přelidněných bytech, holobytech, hygienicky závadných a zchátralých bytech určených k asanaci, v podnájmu, ale i v sociálních bytech a provizorních bytech. Do této formy bezdomovectví jsou řazeny i osoby kategorie bez bytu, tedy osoby před propuštěním z některých institucí.¹⁹

¹⁶ HRADECKÁ, V; HRADECKÝ, I. *Bezdomovectví: Extrémní vyloučení*. S. 27.

¹⁷ HRADECKÁ, V; HRADECKÝ, I. *Bezdomovectví: Extrémní vyloučení*. S. 28–31.

¹⁸ HRADECKÁ, V; HRADECKÝ, I. *Bezdomovectví: Extrémní vyloučení*. S. 31–32.

¹⁹ HRADECKÁ, V; HRADECKÝ, I. *Bezdomovectví: Extrémní vyloučení*. S. 32.

1.4 Příčiny bezdomovectví

Determinanty bezdomovectví jsou komplexní, nehomogenní, dříve rozdělovány do dvou kategorií, a to na determinanty subjektivní, tedy individuální a objektivní, tedy strukturální.²⁰

Subjektivní příčiny bezdomovectví jsou chápány jako série individuálních selhání. Tento přístup k hledání příčin se soustředí na abnormality v osobnosti člověka, jeho charakteru a v jeho modelech chování.²¹

Determinanty označované jako objektivní, chápané jako strukturální a sociálně-ekonomicky podmíněné, představují příčiny bezdomovectví, kde je vina za selhání hledána v systému. Jedná se zejména o sociální politiku státu a její oblasti, jako je vzdělávání, rodinná a důchodová politika a politika zaměstnanosti, ale též o roli zákonodárství, integrace, rovnoprávnosti pohlaví apod.²² Doktor Stanoev²³ ve svém článku v periodiku Sociální práce uvádí strukturální faktory, zejména nerovnost ve společnosti, jako primární determinant bezdomovectví. Na základě tohoto článku mezi lidmi bez domova převažují osoby se základním vzděláním, s historií ústavní péče a z rozpadlých rodin, ale to samozřejmě neznamená, že by se bezdomovectví týkalo exkluzivně těchto osob.²⁴

Příčiny objektivní a subjektivní jsou samozřejmě velmi úzce provázány. Jak uvádí Barták, determinanty nelze jednoznačně od sebe odlišit. „*Nezaměstnanost může vést k závislosti na alkoholu, stejně jako alkoholismus může vést k nezaměstnanosti.*“²⁵ Je proto takřka nemožné určit, co je příčinou a co důsledkem bezdomovectví.²⁶

Proto se současný stav nahlížení na tuto problematiku přiklání spíše k multifaktoriální teorii příčin bezdomovectví. Mezi takovéto faktory jsou řazeny například faktory ekonomické, zdravotní, sociální, ale i určité osobnostní rysy nebo zkušenosti. O bezdomovectví tak lze uvažovat jako o procesu, který má určitý průběh. Propad na ulici bývá spíše pozvolný, připomínající spirálu tvořenou a prohlubovanou

²⁰ HRADECKÁ, V; HRADECKÝ, I. *Bezdomovectví: Extrémní vyloučení*. S. 33.

²¹ BARTÁK, M. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. S. 25.

²² HRADECKÁ, V; HRADECKÝ, I. *Bezdomovectví: Extrémní vyloučení*. S. 33.

²³ Mgr. Martin Stanoev Ph.D., působí v Centru empirických výzkumů na Fakultě veřejných politik SU v Opavě. Dlouhodobě se věnuje problematice sociálního vyloučení, závislostem a speciální pedagogice.

²⁴ STANOEV, M. *Bezdomovci jako nositelé stigmatu a příjemci pomoci*. Online. *Sociální práce*. 2015, roč. 5, s. 41–51. Dostupné z: <https://socialniprace.cz>. [cit. 2024-12-04]. S. 44.

²⁵ BARTÁK, M. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. S. 25.

²⁶ BARTÁK, M. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. S. 25.

nakumulovanými rizikovými faktory, jako je například nepříznivé rodinné zázemí v dětství, rozpad sociálních vazeb, ztráta zaměstnání, toxikomanie, zadluženost, rozvod, duševní nebo jiné zdravotní problémy apod. Tyto stresující situace mají charakter tzv. dominového efektu, tedy, že jeden problém vytváří problém další.²⁷

1.5 Rozdílnost v příčinách bezdomovectví v kontextu pohlaví a věku

Je důležité poukázat na rozdílnost v příčinách bezdomovectví mladých osob a lidí ve středním věku. Zatímco u mladých osob bez domova hraje významnou roli dysfunkční rodina a nepříznivé rodinné zázemí²⁸, u lidí bez domova ve středních letech se jedná zpravidla o ztrátu.²⁹

Mladí lidé, kteří končí na ulici po dovršení zletilosti, pocházejí z dysfunkčních rodin. V dětství jim chybělo bezpečné a harmonické prostředí. Neosvojili si žádoucí modely chování, názorů, návyků, hodnot a postojů. Nenaucili se nést zodpovědnost za důsledky svých činů a zpravidla nedokážou ani tyto důsledky dopředu předvídat. Chybí jim vytrvalost, spolehlivost a disciplinovanost v sebeřízení. Jejich život je tak od dětství charakterizován zahálčivostí a rizikovým chováním. Z výzkumů také vyplývá, že mladí lidé, kteří se ocitli na ulici, mají bohatou historii útěků z domova, často ještě před dovršením zletilosti. K těmto negativním návykům chování se mohou přidružovat i duševní poruchy nebo poruchy chování.³⁰

Samotné spouštěče bezprostředně předcházející bezdomovectví mladých lidí jsou i tak různorodé. Může se jednat o impulzivní reakci na stresující situaci, ke které došlo v rodině, nebo o akumulaci problémů, které přerostly schopnost jedince vyřešit je a vyrovnat se s nimi. Jako nejčastěji citovaný důvod odchodu na ulici jsou konflikty v rodině a toxikomanie. Závislost nejenže devastuje fyzické a duševní zdraví jedince, ale přímo podmiňuje nepříznivou finanční situaci. Jedinec závislý na návykových látkách není schopen ve většině případů stabilního zaměstnání. Dochází tak postupně k finančním deficitům spojeným se získáváním drog, k zadluženosti, neschopnosti dostát svým povinnostem, které vedou k postupné ztrátě bydlení. Tato nespolehlivost

²⁷ VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4054-9. S. 8–9; 59.

²⁸ VÁGNEROVÁ, M; CSÉMY, L; MAREK, J. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2209-5. S. 56–61.

²⁹ VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. S. 8.

³⁰ VÁGNEROVÁ, M; CSÉMY, L; MAREK, J. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. S. 59–62.

a rizikovost, které abúzus návykových látek sebou přináší, vede často k vyhození z domova.³¹

U osob, které se na ulici ocitly v období střední až pozdní dospělosti³² je spouštěč bezdomovectví viděn ve ztrátě. Jedná se velmi často o rozpad manželství nebo partnerství, a to ať už z důvodu dlouhodobých konfliktů, domácího násilí nebo abúzu alkoholu, nejčastěji u mužů. Jedná se nejen o rozpad partnerských vztahů, ale obecně o ztrátu zaměstnání a bydlení. Opět ale jde, jako tomu bylo i v případě mladých bezdomovců, o nahromadění problémů, nedostatečnou kompetenci a někdy i neochotu v jejich řešení. Častou reakcí těchto lidí je impulzivní, zkratovité chování a neschopnost chápat a vidět důsledky svých činů v budoucnu.³³

Zatímco u mužů dominuje faktor rozvodu nebo rozpadu partnerského vztahu, právě za doprovodu závislosti na alkoholu, u žen je převládajícím faktorem domácí násilí. Ženy mají tendenci z těchto násilných patologických vztahů utíkat, a to i na ulici, kde paradoxně hledají bezpečí. Alkoholismus u mužů je uváděn nejen jako příčina rozpadu manželského nebo partnerského soužití s následným propadem na ulici, ale vede obecně ke ztrátě zaměstnání a bydlení i u osob, které žijí samy bez partnera.³⁴

U osob bez domova ve středních až pozdních letech může ztráta bydlení a zaměstnání nastat i z důvodu zhoršeného fyzického nebo duševního zdraví, často opět ve spojitosti s abúzem alkoholu. K propadu na ulici může dojít i v případě opuštění instituce, například vězení nebo psychiatrické nemocnice. Pro tyto jedince je náročné sehnat zaměstnání nebo si jej udržet, stejně tak bydlení.³⁵

1.6 Důsledky bezdomovectví

Bezdomovectví má dalekosáhlé důsledky na fyzické a duševní zdraví. Způsob života, kterým bezdomovecká populace žije, je neslučitelný s udržitelnou a zdravou životosprávou.³⁶ Hrozí zde velké riziko předčasného úmrtí a rozvoje velké řady nemocí. Odhadované dožití u lidí bez domova bylo mezi lety 2013 a 2014 kolem 52 let.

³¹ VÁGNEROVÁ, M; CSÉMY, L; MAREK, J. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. S. 59–61.

³² Střední dospělost: 35–45 let; pozdní dospělost: 45–65 let.

³³ VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. S. 59–67.

³⁴ VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. S. 60–65.

³⁵ VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. S. 66–67.

³⁶ ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2245-0. S. 22.

K tomu lze postavit do kontrastu naději dožití, která se v té době pohybovala u mužů kolem 76 let a u žen kolem 82. Jako příčina smrti lidí bez domova je nejčastěji jmenováno selhání organismu.³⁷

Lidé bez domova vykazují také vyšší psychiatrickou morbiditu v poměru k bydlící populaci.³⁸ Z mnohých zahraničních i tuzemských studií³⁹ vyplývá závažnost duševního zdraví lidí bez domova. Velmi často trpí duálními diagnózami, tedy tzv. komorbiditami, kdy dochází k souběhu dvou duševních onemocnění zároveň. Typickým jevem je koexistence závislostní poruchy a k ní přidružená jiná psychiatrická porucha, např. porucha osobnosti.⁴⁰

Mezi nejčastější somatická onemocnění lidí bez domova patří nemoci dýchací soustavy (např. astma, CHOPN, záněty horních i dolních cest dýchacích, aj.) a kožního a podkožního vaziva (např. flegmóny, impetiga, vředy dolních končetin aj.).⁴¹ Stejně tak orální a dentální problémy jsou pro tuto skupinu osob charakteristické.⁴² Tyto problémy jsou spojeny s nedostatečnou hygienou. Např. kožní problémy, které u lidí bez domova postihují zejména dolní části těla, převážně chodidla, jsou způsobené faktory, jako je vlhko, nedostačující obuv a ponožky, časté chůze a stání. U lidí bez domova k těmto typům problémů mohou přispět i drobná zranění, lokalizovaná právě na chodidlech.⁴³

Je třeba zmínit i problematiku zdravotního pojištění u lidí bez domova. V ČR je povinné zdravotní pojištění, které platí pro všechny občany bez rozdílu. Zdravotní pojištění může být hrazeno státem v případě např. studentů nebo nejčastěji v rámci zaměstnání, kdy jej odvádí a zčásti i hradí zaměstnavatel⁴⁴. Problém nastává ve chvíli, kdy osoba není zaměstnaná, není státním pojištěncem a není ani evidovaná na úřadu práce. V takovýchto případech si osoby hradí zdravotní pojištění z vlastních zdrojů. U

³⁷ STANOEV, M. Bezdomovci jako nositelé stigmatu a příjemci pomoci. S. 44.

³⁸ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců.

³⁹ Např. DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců; AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. Mental Health and Homelessness. In: *International Encyclopedia of Housing and Home*. Elsevier Science, 2012, 268–273. ISBN: 9780080471631.

⁴⁰ ZOLNIKOV, T; HAMMEL, M; FURIO, F; EGGLESTON, B. Barriers for homeless with dual diagnosis: lessons learned from intensive mobile psychosocial assertive community treatment program. *Advances in Dual Diagnosis*. 2021, roč. 14, č. 4, s. 169–182. ISSN: 1757-0972. S. 169–170.

⁴¹ ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. S. 25.

⁴² HWANG, W. S. Homelessness and Health. Online. *Canadian Medical Association Journal*. 2001, roč. 164, č. 2, s. 229–233. Dostupné z: <https://www.researchgate.net>. [cit. 2025-04-01]. S. 230.

⁴³ HWANG, W. S. Homelessness and Health. S. 230.

⁴⁴ OSVČ a OBZP si zdravotní pojištění hradí sami.

bezdomecké populace ovšem dochází z logických důvodů k absenci financí a vznikají tak za zdravotní péči dluhy. Lidé bez domova proto raději zdravotní péči ani nevyhledávají.⁴⁵ Jak uvádí Šupková: „*Nedostatek přístupu k základní lékařské péči některých lidí znamená nejen zhoršení životních okolností toho kterého člověka, ale může ovlivnit zdravotní stav daleko širšího spektra lidí, kteří nevšímavě procházejí kolem.*“⁴⁶ Neadekvátní zdraví lidí bez domova může mít negativní dopady na veřejné zdraví. U lidí bez domova se předpokládá vyšší výskyt infekčních onemocnění, než je tomu u bydlící populace. Jedná se o infekční onemocnění jako je virus HIV, TBC, hepatitida C, často jako negativní důsledek intravenózně aplikovaných drog nebo prostituce. V posledních letech mohou být lidé bez domova přenašeči i viru COVID-19. Zanedbávání zdravotního stavu bezdomecké populace tak může negativně ovlivnit životy mnohem širšího okruhu lidí.⁴⁷

⁴⁵ ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. S. 9–11.

⁴⁶ ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. S. 9.

⁴⁷ MOSITES, E; HUGHES, L; BUTLER, J.C. Homelessness and Infectious Diseases: Understanding the Gaps and Defining a Public Health Approach: Introduction. Online. *The Journal of Infectious Diseases*. 2022, roč. 226, č. 3, s. 301–303. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac352>. [cit. 2024-10-24]. S. 301.

2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ U BEZDOMOVECKÉ POPULACE

Tato kapitola se bude věnovat analýze duševního zdraví lidí bez domova. Považuji za důležité nejprve definovat základní pojmy, jako je duševní nemoc a zdraví, a to v kontextu společenské normy. Dále předložím statistické údaje k demonstrování závažnosti této problematiky. Budu se zaměřovat také na popsání vztahu duševního onemocnění a bezdomovectví a následně i charakterizování duševního zdraví u žen, mužů a mladých osob bez domova.

2.1 Normalita a patologie: charakteristika duševního onemocnění

Pro pochopení duševního onemocnění je vhodné nejprve vymezit, co to znamená být duševně zdravý. Existuje mnoho definic duševního zdraví. Za nejznámější definici lze považovat definici duševního zdraví WHO z roku 2018, která stav duševního zdraví charakterizuje jako: *“State of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.”*⁴⁸ Pojem well-being můžeme chápat jako subjektivní pocit pohody, kdy se člověk cítí být spokojený se stavem vlastního života.⁴⁹

Citovaná definice charakterizuje mimo jiné stav duševního zdraví jako schopnost vyrovnat se s běžnými stresujícími událostmi v životě. Právě zátěžové, nestandardní a stresující situace mohou být hranicí, kde lze v určitém kontextu doby⁵⁰ spatřovat a vyvozovat normalitu nebo abnormalitu v psychice člověka. Člověk vyznačující se duševní patologií bude v takovéto situaci reagovat pravděpodobně odlišně oproti většinové společnosti. Jeho chování může být nepřiměřeně intenzivní dané situaci a může vést k abnormálnímu chování, které bude pro společnost snadno rozpoznatelné, někdy i nežádoucí.⁵¹

Zde je proto na místě stručně charakterizovat význam normy a normality. To, co je označováno jako normální, je zpravidla chápáno jako součást společenské normy, často

⁴⁸ WHO: *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int>. [cit. 2024-12-20].

⁴⁹ MIKOVÁ, B. *Koncepty "Sense of coherence" a "Sense of national coherence" jako prediktivní faktory duševního zdraví v období pandemie COVID-19*. Diplomová práce, vedoucí Šípová, Ivana. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, 2021. S. 13–14.

⁵⁰ Každá doba stejně jako každá kultura má svou jedinečnou sociální normu. To, co bylo společensky žádoucí před padesáti lety, nemusí být žádoucí dnes.

⁵¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN: 9788026202257. S. 19–20.

tzv. statistické. Jedná se o chování, které je ve společnosti chtěné a přijímané. Za hranicí této normy, ať už psané nebo nepsané, leží pásmo tzv. tolerančního limitu. Ten zahrnuje chování, které je navzdory své abnormalitě společností stále tolerováno. Cokoli, co je za hranicí tolerančního limitu už je chápáno jako chování deviantní. Deviantní chování může mít pozitivní nebo negativní konotaci. V každém případě ale představuje extrémní odchylku od normy. V případě deviace negativní pak můžeme mluvit o patologii, tedy chování a psychice, která je nezdravá a má tendenci poškozovat život člověka na mnoha rovinách. Mnohdy můžeme v takovém případě mluvit i o sociálně patologickém chování, tedy chování, které poškozuje nejen jedince samotného, který jedná patologicky, ale i společnost jako celek.⁵²

Je také důležité si uvědomit, že společenská norma má mnoho forem⁵³, a je třeba ji vždy posuzovat v rámci širšího kontextu, zejména sociokulturního a individuálního. Nelze o ní také smýšlet jako o pevně dané hranici. To, co je považováno za normální a je v souladu s normou společnosti, se mění v průběhu času a vyvíjí stejně jako společnost sama. Je také vždy třeba přihlížet k osobnosti a vlastnostem jednotlivce, charakteru dané situace a prostředí, v němž byl vychováván a v němž žije.⁵⁴

Lze tak konstatovat, že duševní onemocnění je odchylka od normálního chování, prožívání a myšlení, které znemožňuje plné participování jedince ve společnosti. Etiologie duševních onemocnění je zpravidla spatřována v kombinaci faktorů, jako je prostředí a genetická predispozice.⁵⁵

Podle Americké asociace psychologů je duševní onemocnění charakterizováno jako stav výrazného narušení kognitivních procesů, emocí a myšlení, často za doprovodu abnormálního chování.⁵⁶ Podobně duševní onemocnění charakterizuje i WHO: „...a clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or

⁵² FISCHER, S; ŠKODA, J. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0. S. 15–17; 21–23.

⁵³ Lze mluvit o statistické (většinové) normě, skupinové normě, individuální, odborné nebo sociokulturní normě.

⁵⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 19–21.

⁵⁵ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7. S. 15–16.

⁵⁶ APA Dictionary of Psychology: *Mental disorder*. Online. Dostupné z: <https://dictionary.apa.org/>. [cit. 2024-12-20].

*behaviour. It is usually associated with distress or impairment in important areas of functioning.*⁵⁷

K určování hranice mezi zdravou a nemocnou psychikou se využívá různých diagnostických kritérií a klasifikací. Nejznámější klasifikace duševních nemocí je součástí Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, označované zkratkou MKN-10. Zde jsou jednotlivé duševní nemoci označeny specifickým kódem začínajícím vždy písmenem F a pokračujícím zpravidla dvou až trojcifernou číslicí, která konkretizuje danou kategorii a podkategorii duševního onemocnění. Např. paranoidní schizofrenie nese kód F20.0. MKN-10 jednotlivé nemoci charakterizuje z hlediska symptomů a je tak využívána v praxi psychiatrie a klinickými psychology.⁵⁸

2.2 Duševní zdraví u lidí bez domova

*„The homeless are not all mentally ill, and the mentally ill are not all homeless, but homeless people are excessively burdened with mental health problems.”*⁵⁹ U bezdomovecké populace je podle mnohých výzkumů vyšší prevalence duševních poruch než u populace bydlící.^{60,61,62} Naznačují to jak zahraniční výzkumy^{63,64}, tak i tuzemská studie prováděná 3. LF UK mezi lety 2002–2003⁶⁵. Výsledky studií se samozřejmě liší podle lokality, zvolené metodiky a výzkumného souboru. Některé výzkumy uvádějí prevalenci duševních chorob kolem 40–60 %, jiné hovoří o 20–25 %.⁶⁶ Barták uvádí, že situace se liší u osob, které přespávají v azylových domech, a těch kteří přespávají na ulici.⁶⁷ Mezi nejčastější duševní poruchy patří především závislosti.⁶⁸ Dalšími častými psychickými poruchami jsou deprese, úzkosti, nadměrná nervozita a psychotické poruchy, jako je schizofrenie.⁶⁹ Častým jevem jsou rovněž komorbidity či tzv. duální diagnózy.⁷⁰ Podle údajů z roku 2017, které poskytla

⁵⁷ WHO: *Mental disorders*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int>. [cit. 2024-12-20].

⁵⁸ ÚZIS: *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*. Online: Dostupné z: <https://www.uzis.cz>. [cit. 2024-12-24].

⁵⁹ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. *Mental Health and Homelessness*. S. 268.

⁶⁰ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. S. 276.

⁶¹ ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. S. 26.

⁶² BARTÁK, M. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. S. 27.

⁶³ BARTÁK, M. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. S. 27.

⁶⁴ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. S. 76.

⁶⁵ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. S. 276.

⁶⁶ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. S. 276.

⁶⁷ BARTÁK, M. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. S. 27.

⁶⁸ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. *Mental Health and Homelessness*. S. 269.

⁶⁹ BARTÁK, Miroslav. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. S. 27.

⁷⁰ ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. S. 26.

organizace Naděje Praha, prošlo sezením u psychologa Naděje přes 400 osob bez domova, z toho 34 % zahrnovalo problematiku závislosti, 25 % poruchy chování a osobnosti, 6,8 % poruchy nálad a afektivní poruchy, 6,4 % schizofrenní poruchy a poruchy s bludy a u 5,3 % klientů byly diagnostikovány neurotické poruchy a u necelých 3 % se jednalo o mentální retardaci a výchovné a vzdělanostní zanedbání. Tyto údaje ve větší míře korespondují s daty získanými o rok později, tedy roku 2018, znovu od organizace Naděje Praha, kde psychoterapeutické pomoci využilo v tomto roce 48 osob, u kterých bylo následně diagnostikováno ve 30 % závislosti, necelých 21 % případů zahrnovalo poruchy osobnosti, v 16,7 % poruchy nálad, 12,5 % zahrnovali osoby trpící neurotickými a stresovými poruchami a v 10,4 % byla diagnostikována schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.⁷¹ Další statistické údaje, které tu lze ilustrovat zahrnují data z Ordinance praktického lékaře pro bezdomovce v letech 2005–2006. Tato data uvádějí následující rozložení diagnóz: 23 % závislosti, 19 % depresivní stavy, 17 % poruchy spánku, 16 % reakce na stres a poruchy přizpůsobení, 8 % schizofrenní poruchy, 4 % poruchy osobnosti, a ve 2 % úzkostné poruchy (viz tabulka č. 1).⁷²

Tabulka 1: Srovnání některých tuzemských studií ve vztahu k prevalenci duševních poruch u bezdomovecké populace (v %).

psychické poruchy	Šupková, 2005–2006	Naděje 2017	Naděje 2018	průměr
závislosti	23	34	30	29
poruchy osobnosti	4	25	21	16,7
afektivní poruchy	19	6,8	16,7	14,2
neurotické poruchy	18	5,3	12,5	11,9
psychózy	8	6,4	10,4	8,3
mentální retardace a zanedbání vzdělání	-	3	-	3
poruchy spánku	17	-	-	17

Zdroj: ŠUPKOVÁ, D. a kol. Zdravotní péče o bezdomovce v ČR, s. 27; DUTKA, J; GLUMBÍKOVÁ, K; ČADA, K. Zdraví obyvatel postrádajících standardní bydlení. Online. MPSV, 2018. Dostupné z: <https://socialnibydleni.mpsv.cz>. [cit. 2025-04-12]. S. 4–5 (upraveno autorkou).

Z ilustrovaných dat v tabulce č. 1 jasně vyplývá, že největší zastoupení mají závislostní poruchy. Následně jsou to především deprese z řad afektivních poruch, úzkostné stavy z řad neurotických poruch, dále poruchy osobnosti a poruchy schizofrenního rázu.

⁷¹ DUTKA, J; GLUMBÍKOVÁ, K; ČADA, K. Zdraví obyvatel postrádajících standardní bydlení. S. 4–5.

⁷² ŠUPKOVÁ, D. a kol. Zdravotní péče o bezdomovce v ČR. S. 27.

Zajímavé je tvrzení, které předkládá Šupková, že přibývá klientů trpících mentální retardací.⁷³

2.3 Vztah duševního onemocnění a bezdomovectví

Vztah duševního onemocnění a života na ulici je velmi komplikovaným tématem. Duševní nemoc může být stejně tak příčinou, jako i důsledkem bezdomovectví. V každém případě se jedná o velmi provázaný vztah.⁷⁴ U většiny osob bez domova se duševní onemocnění pravděpodobně vyskytovalo ještě před propadem na ulici. Jak upozorňuje Breakey: „*Three basic factors usually contribute to a slide into homelessness, regardless of the person's mental health: poverty, disaffiliation, and personal vulnerability.*”⁷⁵

Lidé se závažnými duševními nemocemi, jako je např. schizofrenie nebo bipolární porucha mají v těchto třech faktorech výrazné problémy.⁷⁶ Lidé s duševním onemocněním představují rizikovou skupinu ohroženou nezaměstnaností. Přes 80 % lidí se závažným duševním onemocněním má problém s uplatněním na trhu práce.⁷⁷ Mezi možné příčiny tohoto jevu, lze zařadit střídání remisí a relapsů, které mohou vyústit až v hospitalizaci jedince, a tedy jeho nevyžádanou absenci v práci. Dále nedostatečné sociální kompetence a atypičnost v chování a prožívání těchto jedinců. K nesnadnému uplatnění na trhu práce u těchto osob přispívá i jejich snížená pracovní výkonnost, ovlivněna at' už samotnou podstatou onemocnění, nebo užíváním psychofarmak⁷⁸. Jelikož duševní onemocnění zpravidla propuká v období dospívání, tito jedinci se i často potýkají s nedokončeným vzděláním at' už sekundárním nebo terciálním. Jejich atraktivita pro zaměstnavatele je tak narušena právě i touto nedostatečnou kvalifikací.⁷⁹ Tedy lze očekávat u skupiny osob se závažnými duševními

⁷³ ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. S. 27.

⁷⁴ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. *Mental Health and Homelessness*. S. 268.

⁷⁵ BREAKEY, W. R. *Mental illness and health*. Online. *Encyclopedia of Homelessness*. 2004; roč. 2. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. Dostupné z: <https://sk-sagepub-com>. [cit. 2025-04-01].

⁷⁶ BREAKEY, W. R. *Mental illness and health*.

⁷⁷ KONDRÁTOVÁ, L; CHRŤKOVÁ, D; MLADÁ, K; JANOŠKOVÁ, M; ŠTANGLOVÁ, a et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS*. 2018, roč. 114, č. 4, s. 151–158. ISSN 1212-0383. S. 152.

⁷⁸ Některá psychofarmaka mají jako nežádoucí účinek např. zvýšenou únavu, ospalost nebo i narušení psychomotorických funkcí.

⁷⁹ HORÁKOVÁ, J. *Lidé s duševním onemocněním – Problematika bydlení*. Online. Fokus ČR, z. s. 2017. Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz>. [cit. 2025-04-01]. S. 6–7.

poruchami nedostatečné finanční zajištění pramenící z nestabilního a nedostatečně finančně ohodnoceného zaměstnání.⁸⁰

Druhým faktorem podle Breakey je nedostatečná sociální síť, která by těmto jedincům nabídla podporu a zázemí v období krizí. Lidé se závažným duševním onemocněním trpí nedostatečnou až žádnou podpůrnou sítí. Může tomu být z důvodu symptomů samotné nemoci, kdy jedinec, např. u schizofrenie, je paranoidní, podezřavý, stažený do sebe. Mnoho duševních poruch sebou nese narušené sociální vztahy, které jsou tímto onemocněním v případě zejména blízkých osob, zatíženy.⁸¹

Posledním faktorem majícím vliv na propad do bezdomovectví je výrazná zranitelnost, tedy maladaptace jedince překonat a vyrovnat se s krizemi v jeho životě. Tato zranitelnost může vést a často vede k rozvoji závislostního chování, které samotné duševní onemocnění může ještě více prohloubit.⁸²

Jak jsem zmínila výše, duševní onemocnění a bezdomovectví jsou velmi úzce provázány. I když většina osob bez domova vykazovala symptomy duševních poruch ještě před propadem na ulici, nelze vyloučit, že v některých případech to bylo bezdomovectví, které vznik duševního onemocnění podmínilo.⁸³ Jedním z faktorů, který má značný vliv na rozvoj duševního onemocnění u bezdomovecké populace, je stres. Lidé bez domova zažívají permanentní stres, který se váže k jejich obživě, spánku a finanční nestabilitě a negativně ovlivňuje nejen jejich psychické zdraví, ale i zdraví fyzické. Stávají se tak zranitelnějšími k rozvoji duševního onemocnění.⁸⁴ Pokud se příčinou bezdomovectví člověka stane duševní onemocnění, může dojít k celkovému zhoršení psychického stavu. Je také logické domnívat se, že čím déle je člověk vystaven tomuto stresu, tedy životu na ulici, riziko rozvoje některého duševního onemocnění stoupá.⁸⁵

Je třeba si také dále uvědomit, že člověk bez domova zažívá psychickou deprivaci v mnoha rovinách svého fungování, a to ve fyzické rovině, jako nedostatek tepla a tělesného komfortu, dále v rovině emocionální, jako nedostatek lásky a radosti,

⁸⁰ BREAKEY, W. R. Mental illness and health.

⁸¹ BREAKEY, W. R. Mental illness and health.

⁸² BREAKEY, W. R. Mental illness and health.

⁸³ BREAKEY, W. R. Mental illness and health.

⁸⁴ ANOMBEM, O. M; ARISOYIN, A; OKEREKE, O. P; OKOBI, O. E; MAMMAN, A *et al.* A Review of the Impact of Homelessness on Mental Health. Online. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*. 2023, roč. 35, č. 17. 11–18. Dostupné z: <https://journaljammr.com>. [cit. 2025-04-01]. S. 12.

⁸⁵ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. Mental Health and Homelessness. S. 268.

teritoriální, jako nedostatek soukromí, ale i ontologické, jakožto nedostatek zakořeněnosti ve světě a v neposlední řadě v rovině spirituální, kdy se jedná o nedostatek naděje a absenci smysluplnosti života. To vše může ke zhoršenému duševnímu zdraví u bezdomovecké populace přispívat.⁸⁶

2.4 Psychické zdraví žen bez domova

O psychickém zdraví žen bez domova není tolik informací jako v případě mužského bezdomovectví. Je to jednak z důvodu skrytého charakteru, který je pro bezdomovectví žen typický. Jsou to právě ženy, které mnohem častěji zůstávají u rodiny, přátel, v patologickém vztahu, nebo vyhledávají azylové domy a jiné formy ubytování.⁸⁷ Studie zaměřené na duševní zdraví lidí bez domova se shodují, že ženy bez domova mají sklony trpět vážnějšími psychickými onemocněními, jako je např. schizofrenie, než je tomu v případě mužů.^{88,89} Podle výzkumu prováděném mezi lety 2002–2003⁹⁰ bylo v souboru celkem 18,8 % žen, které vykazovaly vysokou pravděpodobnost výskytu psychotické poruchy v porovnání s mužskými protějšky, kde se jednalo o 7,1 %.⁹¹ Je logické předpokládat, že psychické zdraví žen, které přespávají na ulici, bude výrazně horší než u těch, které vyhledávají jinou alternativu.⁹²

Hlavním faktorem, který má znatelný vliv na stav duševního zdraví žen, je násilí. Mnoho žen, které se ocitly na ulici má zkušenosti s domácím násilím či sexuálním zneužíváním, ať už během dětství nebo v dospělosti. Právě domácí násilí a útěk před ním jsou jedním z hlavních důvodů bezdomovectví žen. Pokud se ale žena ocitne na ulici, riziko, že se stane obětí fyzického nebo sexuálního násilí, stoupá.⁹³

Ženy, které jsou matkami, mají podle Amore, K; Howden-Chapman, P. větší riziko rozvoje poruchy osobnosti, deprese nebo úzkostných poruch v případě života v nestabilních a nejistých podmínkách, jako může být např. přespávání u přátel nebo v azylovém domě. Toto tvrzení se odvíjí od předpokládaného vysokého stresu, kterému ženy s dětmi čelí. Hlavním stresorem se zde stává zajištění základních potřeb dítěte.

⁸⁶ SOMERVILLE, P. Understanding homelessness. Online. *Housing Theory and Society*. 2013, roč. 30, č. 4, 384–415. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14036096.2012.756096>. [cit. 2025-04-01]. S. 384

⁸⁷ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. Mental Health and Homelessness. S. 270.

⁸⁸ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. Mental Health and Homelessness. S. 270.

⁸⁹ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

⁹⁰ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců.

⁹¹ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

⁹² AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. Mental Health and Homelessness. S. 270.

⁹³ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. Mental Health and Homelessness. S. 270.

Pokud se žena s dítětem dostane na ulici a stane se osobou bez přístřeší, jsou děti těmto matkám na ulici odebrány úřady⁹⁴, což má na psychiku žen opět značně negativní vliv.⁹⁵

2.5 Psychické zdraví mužů bez domova⁹⁶

Velké procento lidí bez domova představují muži⁹⁷, kteří se projevují zejména tzv. zjevnou formou bezdomovectví.⁹⁸ Většina výzkumů tudíž reprezentuje výsledky mužského bezdomovectví. Mezi nejčastější psychiatrické poruchy patří především deprese a úzkosti. Schizofrenie se u mužské bezdomovecké populace vyskytuje v mnohem menší míře, než je tomu u jejich ženských protějšků (viz kapitola 2.4). Objevují se zde i poruchy osobnosti.⁹⁹ Velmi časté jsou závislosti, zejména na alkoholu, které lze chápat jako mechanismus pomáhající přežít náročnost života na ulici.¹⁰⁰

2.6 Psychické zdraví mladých lidí bez domova

Mladí lidé, kteří se ocitli na ulici, většinou pocházejí z problematických rodin, kde byly přítomny patologické prvky, jako je například fyzické nebo sexuální zneužívání. Mnoho z nich zažilo ústavní výchovu nebo pěstounskou péči. Po stránce duševního zdraví je pro ně typické sebepoškozování, suicidální myšlenky a jednání, časté jsou také deprese a úzkostné poruchy. Jak uvádí autoři Amore, K; Howden-Chapman, P. u mladých lidí bez domova je i větší riziko pohlavních chorob z důvodu prostituce, brzkého pohlavního styku, střídání sexuálních partnerů a užívání drog.¹⁰¹

Typická pro mladé bezdomovce je také posttraumatická stresová porucha (PTSD). Podle Vágnerové, M; Csémyho, L; Marka, J. se jedná o 80 % mladých lidí, kteří se na ulici stali obětí násilí, a to často opakovaně. 50 % bylo fyzicky napadeno, 15–20 % bylo napadeno sexuálně a 20 % bylo okradeno. PTSD trpí 10–35 % mladých lidí bez domova, z toho mnohem častěji postihuje mladé dívky než chlapce.¹⁰²

⁹⁴ V ČR se jedná o OSPOD.

⁹⁵ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. *Mental Health and Homelessness*. S. 270.

⁹⁶ Vzhledem k tomu, že většina lidí bez domova jsou muži. Vycházím při následujícím textu z děl, které výslovně nemluví o mužském bezdomovectví, ale naopak mluví obecně.

⁹⁷ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. *Mental Health and Homelessness*. S. 269.

⁹⁸ HRADECKÁ, V; HRADECKÝ, I. *Bezdomovectví: Extrémní vyloučení*. S. 34.

⁹⁹ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. *Mental Health and Homelessness*. S. 269.

¹⁰⁰ ANOMBEM, O. M; ARISOYIN, A; OKEREKE, O. P; OKOBI, O. E; MAMMAN, A et al. *A Review of the Impact of Homelessness on Mental Health*. S. 14.

¹⁰¹ AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. *Mental Health and Homelessness*. S. 270.

¹⁰² VÁGNEROVÁ, M; CSÉMY, L; MAREK, J. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. S. 191.

3 CHARAKTERISTIKA VYBRANÝCH PSYCHIATRICKÝCH PORUCH

Tato kapitola si klade za cíl seznámit čtenáře s psychiatrickými nemocemi, jejichž výskyt je u bezdomovecké populace častý. Zaměřím se především na charakterizování symptomů a jiných projevů těchto onemocnění.

3.1 Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19)

Mezi poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek řadíme poruchy vyvolané požíváním alkoholu (F10) a poruchy vyvolané užíváním nealkoholových drog, kam řadíme opioidy, halucinogeny, kokain nebo organická rozpouštědla.¹⁰³ Mezi lidmi bez domova je nadměrné užívání návykových látek velmi rozšířené. Velmi častá je konzumace alkoholu, a to zejména u starších osob bez domova, tedy osob ve středních letech a nad 50 let. U mladších lidí bez domova pak dominují nelegální drogy.¹⁰⁴ Problematiku závislostí, konkrétně závislost na alkoholu, blíže zkoumám v rámci empirické části, a to ve vztahu k minulosti léčení v protialkoholní léčebně.

Klíčovým pojmem v tomto kontextu je psychoaktivní látka, která je definována jako látka s přímým účinkem na psychické funkce. Na některých psychoaktivních látkách se může rozvinout závislost. Ta může být dvojího druhu, a to fyzická a psychická. Zatímco fyzická závislost se vyznačuje tělesnými příznaky jako je třes, pocení apod. po vysazení nebo snížení dávky, psychická závislost se vyznačuje zvýšenou touhou po navození příjemného stavu.¹⁰⁵

Při jednorázovém užití psychoaktivní látky dochází k tzv. akutní intoxikaci. Při opakovaném užití může dojít k rozvoji tzv. škodlivého užívání, které sebou přináší negativní dopady pro fyzický a psychický stav jedince. Jedná se například o cirhózu jater nebo depresivní stavy.¹⁰⁶ Pokud dojde k rozvoji závislosti, tzv. syndromu závislosti, dochází po vysazení látky k odvykacímu stavu.¹⁰⁷ Odvykací stav je

¹⁰³ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 52–55.

¹⁰⁴ VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. S. 165.

¹⁰⁵ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 51.

¹⁰⁶ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 51.

¹⁰⁷ OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6. S. 200.

charakteristický fyzickými příznaky, ale i psychickými, a to zejména poruchami vědomí, neklidem, úzkostí, někdy též halucinacemi a iluzemi.¹⁰⁸

3.2 Schizofrenie (F20)

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.¹⁰⁹“ Jedná se o jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění. V mnohých případech jedince invalidizuje a vyřadí z běžného života.¹¹⁰ Podle různých studií je mezi lidmi bez domova schizofrenie zastoupenější než v běžné populaci. Její četnost se u bezdomovecké populace odhaduje mezi 2–45 %.¹¹¹ Schizofrenie (F20) je charakteristická dvěma soubory příznaků, a to příznaky pozitivními, kdy něco oproti normě přebývá, např. halucinace nebo bludy, a negativními příznaky, kdy něco oproti normě ubývá. Typické jsou pro negativní příznaky oploštěné emoce, sociální izolace, úbytek vůle a anhedonie.¹¹² Existuje několik forem schizofrenie. Tou nejčastější je paranoidní forma, charakteristická perzekučními bludy a halucinacemi. Další druhy schizofrenie zahrnují hebefrenní formu, pro niž jsou typické nepřiměřené obličejové grimasy a chichotání se. Dále je to katatonní forma, která je charakteristická poruchami motoriky, např. tzv. katatonní stupor, kdy je u jedince patrné snížení až zastavení pohybů a aktivity nebo tzv. mutismus, kdy dochází k zastavení verbální komunikace. Posledním typem schizofrenie je symplexní forma, která se vyznačuje výraznými změnami osobnosti.¹¹³

3.3 Deprese (F32)

U bezdomovecké populace je podle mnohých výzkumů nejčastějším duševním onemocněním právě depresivní porucha.¹¹⁴ Deprese spadá pod tzv. afektivní poruchy či poruchy nálad.¹¹⁵ Základním rysem afektivních poruch podle Vágnerové je: „chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho

¹⁰⁸ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 52.

¹⁰⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 333.

¹¹⁰ OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. S. 208.

¹¹¹ DVOŘÁČKOVÁ D; BELEŠOVÁ R; KAJANOVÁ A; BERGUGUI B. Zdravotně sociální aspekty bezdomovectví. *Kontakt*. 2016, roč. 18, č. 3. s. 196–201. Dostupné z: <https://www.researchgate.net>. [cit. 2025-04-01]. S. 198.

¹¹² MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 58.

¹¹³ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 60–61.

¹¹⁴ VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. S. 187.

¹¹⁵ OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. S. 215.

*uvažování, jednání i somatické funkce.*¹¹⁶ Mezi afektivní poruchy řadíme i mánii (F30), bipolární poruchu (F31) a trvalé poruchy nálad (F34).¹¹⁷

Depresivní porucha je jednou z nejčastějších duševních onemocnění. Vagnerová uvádí, že deprese postihuje 1–20 % dospělých lidí.¹¹⁸ U osob bez domova, podle některých studií, se uvádí četnost mezi 25–40 %, některé studie dokonce uvádějí četnost až 79 %.¹¹⁹ Jedná se o stav, který je doprovázen chorobným smutkem, ztrátou zájmů, anhedonií, poruchami sebehodnocení, ztrátou potěšení z aktivit, které jedince předtím bavily, ztrátou pocitu radosti, sebeobviňováním, suicidálními tendencemi a chováním. Osoba trpící depresí se zpravidla vyznačuje sníženou mírou komunikativnosti a latencí v myšlení. Depresi také velmi často doprovázejí poruchy spánku, sexuální aktivity nebo i příjmu potravy.¹²⁰

3.4 Úzkostné poruchy a posttraumatická stresová porucha (F41–43.1)

Úzkostné poruchy, stejně jako PTSD, jsou součástí skupiny tzv. neurotických poruch. Jejich společným znakem je nedostatečná schopnost adaptace jedince. Jak uvádí Vagnerová: „*Veškeré úzkostné poruchy lze chápat jako maladaptivní způsob reagování, který neodpovídá realitě a vychází ze subjektivně pocítovaného ohrožení*¹²¹.“ Jedinec zažívá nepřiměřený stres, strach a úzkost. Tyto symptomy často doprovázejí i tělesné změny, jako je pocení, třes, nevolnost, zhoršené dýchání apod.¹²² Úzkostných poruch je celá řada, nejčastější je tzv. generalizovaná úzkostná porucha nebo různé druhy fobií, např. sociální fobie.¹²³ PTSD dle studií trápí 10–35 % lidí bez domova. Její výskyt je častější u žen a mladších osob z řad bezdomovecké populace.¹²⁴ Jedná se o poruchu vzniklou v důsledku silné traumatické události, a to jednorázové nebo i déle trvající. Mezi nejčastější symptomy PTSD patří např. disociativní stavy, oploštělost emocí a

¹¹⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 369.

¹¹⁷ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 64–66.

¹¹⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 370.

¹¹⁹ VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. S. 187.

¹²⁰ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 65.

¹²¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 404.

¹²² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 406.

¹²³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 401.

¹²⁴ VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. S. 187.

prožívání, nebo naopak silné afektivní reakce. Dále jsou to již zmiňované úzkosti, strach, stres, ale též mohou být přítomny i depresivní symptomy.¹²⁵

3.5 Poruchy osobnosti a chování (F60–F69)

Poruch osobnosti a chování je mnoho. Pro pochopení toho, co je to porucha osobnosti, je třeba si nejprve vymezit osobnost. Osobnost je vnímána jako integrovaný individuální celek, který je typický svou relativní stálostí. Osobnost člověka determinuje jeho chování a jednání a jeho reakce na nejrůznější podněty. V případě poruchy osobnosti mluvíme též o integrovaném celku, ale tento celek se v projevech chování a jednání výrazně liší od společensky daných norem.¹²⁶ Vágnerová definuje poruchu osobnosti *„jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy.“*¹²⁷ Důsledkem poruchy osobnosti je pak narušení osobní pohody a sociální adaptace.¹²⁸ Velkým okruhem poruch osobnosti jsou tzv. specifické poruchy osobnosti (F60). Jedná se o poruchy, které jsou rezistentní vůči farmakoterapii a často i psychoterapii. Jedince zpravidla doprovázejí po celý život.¹²⁹ Jedná se de facto o vlastnosti, které jsou buď extrémně vystupňované, nebo naopak je patrná jejich absence či zaostalost.¹³⁰

Mezi tyto specifické poruchy osobnosti řadíme: paranoidní poruchu osobnosti (F60.0), která je typická podezíravostí, vztahovačností, nedůvěřivostí a přecitlivělostí. Dále schizoidní poruchu osobnosti (F60.1), která je typická chladem a rezervovaností na poli emocí. Disociální poruchu osobnosti (F60.2), kdy je patrná absence pocitů viny a empatie. Jedinec je výbušný, nerespektuje morální hodnoty společnosti. Mezi specifické poruchy osobnosti patří dále i emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3), pro niž je typická nedostatečná kontrola emocí a impulzivita. Dále histrionská porucha osobnosti (F60.4), charakteristická teatrálností a egocentrismem. Patří sem i anankastická (F60.5) a anxiózní porucha osobnosti (F60.6).¹³¹

¹²⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 425; 429–436.

¹²⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 511.

¹²⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 513.

¹²⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. S. 513.

¹²⁹ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 80.

¹³⁰ OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. S. 255.

¹³¹ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 80–81.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE

V této kapitole představím podrobněji výzkumný design, tedy cíl výzkumu a dílčí otázky. Dále zde bude charakterizována zvolená metoda sběru dat, výzkumný nástroj a proces získávání dat. V poslední části zhodnotím i limity výzkumu a etické aspekty, které jsem se při realizaci a tvorbě snažila naplnit.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zmapování duševního zdraví u lidí bez domova na území hlavního města Prahy a následná komparace získaných dat s výzkumem E. Dragomirecké, D. Kubisové a M. Anděla mezi lety 2002–2003. Hlavní výzkumnou otázkou (HVO) tedy je:

„Jak se změnila prevalence a struktura duševních poruch u lidí bez domova v Praze ve srovnání s výzkumem provedeným E. Dragomireckou, D. Kubisovou a M. Andělem mezi lety 2002–2003?“

Pro hlubší a ucelenější porozumění zkoumané problematice jsem se rozhodla stanovit tři vedlejší výzkumné otázky (VVO). Tyto otázky vycházejí z hlavních zjištění výzkumu z let 2002–2003:

- **VVO1:** *Vyazuje hodnocení duševního zdraví bezdomovecké populace závažnější skóre v dotazníku SRQ-24 v poměru k bydlící populaci?*
- **VVO2:** *Dosahují ženy bez domova v rámci vlastního šetření horších výsledků v kategorii psychotických poruch (podle SRQ-24) oproti jejich mužským protějškům?*
- **VVO3:** *Vyskytuje se závažnější skóre (SRQ-24) duševního zdraví ve vzorku bezdomovecké populace zejména u osob s nižším dosaženým vzděláním, vyšším počtem let strávených na ulici a u osob s historií léčení v PN, PA?*

4.2 Hypotézy

V návaznosti na výzkumné otázky si stanovuji následující hypotézy, které se budu snažit ověřit v rámci této empirické části.

H1: Prevalence a struktura duševních poruch u osob bez domova na základě vlastního dotazníkového šetření nezaznamenala výrazné odchylky od výzkumu z let 2002–2003.

Předpokládám, že prevalence duševních poruch u osob bez domova zachovává stejnou strukturu jako v případě výzkumu z let 2002–2003, tedy že u osob bez domova převládají zejména neurotické a depresivní poruchy.

H2: Duševní zdraví osob bez domova na základě vlastního šetření dosahuje horšího skóre (SRQ-24) oproti bydlící populaci.

Předpokládám, že absence domova u osob bez domova ovlivňuje negativně jejich psychický stav oproti bydlící populaci, jako tomu bylo i v případě výzkumu z let 2002–2003. Předpokládám tedy patrné rozdíly ve výsledcích měření duševního zdraví pomocí SRQ-24 mezi kontrolní skupinou a osobami bez domova.

H3: Respondentky z řad žen bez domova vykazují na základě vlastního šetření závažnější psychiatrická onemocnění, zejména psychózy, oproti populaci mužů bez domova.

Předpokládám, že má zjištění budou korespondovat s daty získanými výzkumem z let 2002–2003, který zaznamenal zvýšený výskyt psychotických onemocnění u žen bez domova oproti jejich mužským protějškům.

H4: Závažnějšího skóre (SRQ-24) v rámci vlastního šetření dosahují častěji osoby bez domova, které strávily na ulici vyšší počet let, prodělaly hospitalizaci v PN nebo PA léčebně, a osoby s nižším dosaženým vzděláním.

Předpokládám, že zejména prodělaná hospitalizace v psychiatrické nemocnici nebo léčba v protialkoholní léčebně a vyšší počet let strávených na ulici mají závažnější dopady na psychické zdraví osob bez domova stejně jako v případě osob s nižším dosaženým vzděláním. Toto tvrzení koreluje s výzkumem z let 2002–2003, kdy horších výsledků v dotazníku SRQ-24 dosahovaly osoby vyznačující se právě výše zmíněnými charakteristikami.

4.3 Výzkumná metoda

E. Dragomirecká, D. Kubisová a M. Anděl využívají kvantitativní metodu sběru dat. Proto byla v mém výzkumu využita identická metoda včetně výzkumného nástroje, kterým se stal standardizovaný screeningový dotazník označovaný jako SRQ-24. Tento dotazník se skládá z 24 uzavřených otázek, na které respondent odpovídá ano/ne. Jedná se o časově nenáročný dotazník. Jeho vyplnění zabere v průměru kolem 2–3 minut. Po vyplnění dotazníku jsou respondenti ještě požádáni o zodpovězení několika

sociodemografických údajů, jako je věk, pohlaví, vzdělání, národnost nebo například počet let bez domova (viz příloha A). Sociodemografické údaje opět vycházejí z výzkumu E. Dragomirecké, D. Kubisové a M. Anděla.

Dotazník jsem vytvořila ve dvou formách, a to v tištěné verzi, která sloužila především pro sběr dat u osob bez přístřeší, a v rámci kontrolní skupiny pak i u osob nad 50 let. Druhá verze dotazníku byla online forma, kterou jsem zhotovila prostřednictvím platformy survio.com. Tato konkrétní platforma byla využita pro efektivnější administrování a vyhodnocování dotazníků. Obě tyto formy dotazníku respektovaly jednotnou strukturu a návaznost otázek, včetně těch sociodemografických.

4.4 Výzkumný nástroj

Hlavním výzkumným nástrojem se stal již zmiňovaný dotazník SRQ-24, složený z následujících 24 položek, zkoumajících psychický stav za období uplynulých 30 dnů:

1. *Měl/a jste v uplynulých dnech často bolesti hlavy?*
2. *Měl/a jste v uplynulých dnech menší chuť k jídlu?*
3. *Měl/a jste v uplynulých dnech problémy se spánkem nebo usínáním?*
4. *Snadno jste se polekal/a v uplynulých dnech?*
5. *Třásl/y se vám často ruce v uplynulých dnech?*¹³²
6. *Cítil/a jste nervozitu, napětí nebo úzkost v uplynulých dnech?*
7. *Měl/a jste problémy se zažíváním nebo vyprazdňováním stolice v uplynulých dnech?*
8. *Měl/a jste problémy se soustředit v uplynulých dnech?*
9. *Byl/a jste nešťastný/á v uplynulých dnech?*
10. *Plakal/a jste častěji než dříve v uplynulých dnech?*
11. *Bylo pro vás obtížné se těšit z obvyklých činností v uplynulých dnech?*
12. *Bylo pro vás obtížné se rozhodovat v uplynulých dnech?*
13. *Byla pro vás každodenní práce vyčerpávající v uplynulých dnech?*
14. *Měl/a jste pocit, že nedokážete být užitečný/á v uplynulých dnech?*
15. *Ztratil/a jste zájem o různé věci v uplynulých dnech?*
16. *Cítil/a jste se zbytečný/á v uplynulých dnech?*
17. *Přemýšlel/a jste nad ukončením svého života v uplynulých dnech?*

¹³² Třes rukou, tzv. tremor, může souviset nejen se zvýšeným stresem a úzkostmi obecně, ale i s abstinenčními příznaky, často v kontextu závislosti na alkoholu.

18. *Cítil/a jste se stále unavený/á v uplynulých dnech?*
19. *Trápili vás nepříjemné pocity v žaludku v uplynulých dnech?*
20. *Unavil/a jste se snadno v uplynulých dnech?*
21. *Měl/a jste pocit, že se vám někdo snaží nějak ublížit nebo uškodit v uplynulých dnech?*
22. *Zažil/a jste v posledních dnech pocit, že máte zvláštní schopnosti nebo že jste předurčen/a k něčemu výjimečnému?*
23. *Měl/a jste někdy pocit, že vám někdo záměrně manipuluje, ovládá nebo vkládá myšlenky v uplynulých dnech?*
24. *Slyšel/a jste někdy hlasy, o nichž jste nevěděl/a, odkud přicházejí nebo které nemohli ostatní lidé slyšet v uplynulých dnech?*¹³³

Tento dotazník byl vytvořen WHO v 70. letech 20. století, a to zejména pro rozvojové státy s negramotnou populací. Byl navržen jako jednoduchý nástroj pro odhalení psychické disturbance. Data prostřednictvím dotazníku lze získat verbálním dotazováním nebo vyplněním dotazníku respondenty.¹³⁴ Důležité je upozornit, že se nejedná o alternativní formu diagnostické metody. Nelze tímto dotazníkem určovat přesnou klinickou diagnózu v psychologickém ani psychiatrickém kontextu. V samotném manuálu pro aplikování a vyhodnocování SRQ-20¹³⁵ je uvedeno, že byl navržen jako součást dvoufázového procesu, kdy určuje pouze pravděpodobnost přítomnosti některého psychiatrického onemocnění. Druhou fází je pak stanovení samotné diagnózy profesionálem, tedy klinickým psychologem či psychiatrem.¹³⁶

Vznik tohoto dotazníku souvisí se studií nazvanou: *Strategies for Extending Mental Health Care*¹³⁷, která probíhala v rámci mezikulturní a interdisciplinární spolupráce. Tato studie měla za cíl vyvinutí účinnějších strategií pro boj s duševními nemocemi v rozvojových zemích. Dotazník SRQ, který byl výslednicí této studie, zahrnoval původně 32 otázek, které vycházely ze 4 alternativních skrínigových testů a to: PASSR

¹³³ ŠKODA, C; DRAGOMIRECKÁ, E; SLAVÍČKOVÁ, M. Skrining skryté psychiatrické nemocnosti. Knihovna programového vybavení EPIINFO. Praha: Psychiatrické centrum, 1994. Dostupné také z: <https://kramerius.medvik.cz>. [cit. 2025-04-08] S. 87–86.

¹³⁴ BEUSENBERG, M; ORLEY, J. *A user's guide to the self reporting questionnaire*. Online. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization, 1994. Dostupné z: <https://iris.who.int>. [cit. 2025-4-22]. S. 1–8.

¹³⁵ BEUSENBERG, M; ORLEY, J. *A user's guide to the self reporting questionnaire*.

¹³⁶ BEUSENBERG, M; ORLEY, J. *A user's guide to the self reporting questionnaire*. S. 12.

¹³⁷ SARTORIUS, N; HARDING, T. W. The WHO Collaborative Study on Stratiefies for Extending Mental Health Care, I: The Genesis of the Sudy. Online. *American Journal of Psychiatry*. 1983, roč. 140, č. 11, s. 1470–1473. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/ajp.140.11.1470>. [cit. 2025-4-22].

(The Patient Self-report Symptom Form), The Post Graduate Institute Health Questionnaire N2, GHQ (The General Health Questionnaire), PSE (Present State Examination) a psychotické symptomy vycházejí z Foulds' Symptom Sign Inventory.¹³⁸

Z těchto dotazníků bylo pracovníky WHO selektováno nejprve 32 otázek a které později byly zredukovány na 25. V tomto originálním pojetí SRQ se 20 otázek zaměřovalo na neurotické symptomy, 4 otázky byly věnovány psychotickým symptomům a poslední otázka se zaměřovala na záchvatovité křeče a ztrátu vědomí, odpovídající epilepsii.¹³⁹ V současnosti je běžnější praxí užití pouze neurotické části dotazníku, tedy SRQ-20. Čtyři otázky týkající se psychotických symptomů jsou často vyřazovány kvůli nedostatečné validitě těchto otázek. Kritika poukazuje na nemožnost těmito otázkami odhalit psychotické onemocnění, dále na nízkou pravděpodobnost, že se jedinci s psychózou zúčastní dotazníkového šetření, nebo například na absenci dostatečného náhledu na psychotický stav u těchto pacientů.¹⁴⁰

4.5 Výzkumný vzorek a proces sběru dat

Výzkumný vzorek sestával ze dvou částí, a to kontrolní skupiny, kterou tvořili bydlící respondenti, a výzkumného souboru, který sestával z osob bez domova na území hlavního města Prahy, kteří se vyznačovali zjevnou a skrytou formou bezdomovectví, tedy podle typologie ETHOS se jednalo především o kategorii bez střechy a bez bytu.

4.5.1 Kontrolní soubor

Kontrolní soubor tvořila skupina osob, které mají stálé a stabilní bydlení. Věková struktura se pohybovala od 19 do 70 let. Data byla získána kombinovanou formou. Nejprve jsem oslovila respondenty prostřednictvím sociální sítě k vyplnění online dotazníku vytvořeného na stránkách survio.com. Sběr dat byl prováděn od 18. září 2024 do 25. září 2024. Z důvodu vyššího zastoupení osob do 29 let, které se výzkumu zúčastnily, jsem se rozhodla pro získání respondentů ve věkové kategorii 30–65 let oslovit respondenty osobně a požádat je o vyplnění tištěného dotazníku, a to v období října 2024. Tištěný dotazník vyplnilo 10 osob. Celkový počet respondentů kontrolního souboru čítal 41 osob.

¹³⁸ BEUSENBERG, M; ORLEY, J. *A user's guide to the self reporting questionnaire*. S. 5–6.

¹³⁹ BEUSENBERG, M; ORLEY, J. *A user's guide to the self reporting questionnaire*. S. 1–2.

¹⁴⁰ BEUSENBERG, M; ORLEY, J. *A user's guide to the self reporting questionnaire*. S. 2.

4.5.2 Výzkumný soubor

V rámci výzkumu u osob bez domova probíhalo dotazníkové šetření za využití tištěného dotazníku a prostřednictvím rozhovoru, tedy dotazník jsem vyplňovala já společně s respondentem, tak, aby se docílilo co nejvyšší míry porozumění. K vyplnění dotazníku byli lidé bez domova motivováni odměnou v podobě jídla, konkrétně se jednalo o drobné sladkosti.¹⁴¹

S realizací výzkumu u osob bez domova jsem začala již v prosinci roku 2024. Zpočátku jsem vyhledávala tyto osoby sama, ovšem z důvodu nízkého počtu takto získaných respondentů, celkem sedmi, a silnější neochoty z jejich strany jsem se domluvila nejprve s organizací Naděje Praha a na základě dobrovolnické smlouvy realizovala výzkum v rámci jejich Mobilní sociální služby. Pracovnice Naděje Praha jsem doprovázela od 13. do 17.1.2025 a tato forma realizace se ukázala jako velmi efektivní. Lidé bez domova byli motivováni nejen skrze již zmiňovanou odměnu, ale také skrze organizaci Naděje Praha, vůči které cítili důvěru a domnívám se, i vděčnost. Díky spolupráci s organizací Naděje Praha se mi podařilo získat celkem 36 respondentů.

Další část výzkumu s lidmi bez domova jsem realizovala na začátku března 2025 v délce jednoho týdne, kdy jsem doprovázela organizaci Armáda spásy v rámci jejich terénního programu Mobilní výdej stravy. Na základě komunikace s pracovníky Armády spásy, ale i osob bez domova využívajících jejich mobilní službu, jsem se rozhodla soustředit výhradně na stanoviště na Praze 9 v Letňanech, které bylo dle jejich výpovědí a mé následné zkušenosti jedním z nejfrekventovanějších stanovišť. Díky spolupráci s Armádou Spásy se mi podařilo získat zbylých 21 respondentů.

Celkem jsem tedy získala 64 respondentů, z toho 6 žen.

4.6 Limity výzkumu

Původně bylo zamýšleno získat alespoň sto respondentů z řad osob bez domova, to se ale kvůli značným limitům doprovázejícím tento výzkum ukázalo jako velmi těžko dosažitelné, a to zejména z časových důvodů a nedostatečného počtu realizátorů. Jako další limit se ukázal také samotný proces dotazování, kdy klienti velmi často využívali tohoto prostoru pro sdílení hlubších pocitů a myšlenek a odbíhali od tématu. Docházelo tak k tomu, že samotné vyplnění dotazníku netrvalo 2–3 minuty, ale v některých

¹⁴¹ V rámci výzkumu realizovaném doktorkou Dragomireckou, Kubisovou a Andělem byla motivačním prvkem stravenka v hodnotě padesáti korun.

případech se jeho vyplňování prodloužilo i na mnohem delší čas. Toto bylo limitující především v případě realizace výzkumu v rámci Mobilního výdeje stravy Armády spásy, kde klienti na rozdíl od stanovišť Mobilní sociální služby Naděje Praha, nebyli zvyklí setrvat na místě po delší dobu a odcházeli takřka okamžitě. Realita tedy byla taková, že než jsem s jedním klientem vyplnila dotazník, značná část potenciálních respondentů odešla. Jedním z hlavních limitů tohoto výzkumu byl tedy i nedostatečný počet realizátorů, který se negativně odrážel v administrování dotazníků.¹⁴² Přesto bych ráda zdůraznila, že i když pro samotný výzkum tato skutečnost byla limitující, tak pro můj budoucí profesní rozvoj a hlubší porozumění problematice duševního zdraví u lidí bez domova i problematice bezdomovectví jako takové, tyto rozhovory nad rámec dotazování považuji za přínosné a důležité.

Samotný dotazník SRQ-24 má také své určité limity, které byly zmíněny již v kapitole 4.4.

4.7 Mobilní sociální služba

Mobilní sociální služba je součástí terénní sociální práce s lidmi bez domova a v rámci vlastního šetření hrála důležitou roli v získávání respondentů. Jedná se zpravidla o dodávku, která stojí v určitém intervalu na vymezeném místě a po uplynutí této doby se mobilní služba opět přesouvá na místo jiné. O časovém i místním harmonogramu jsou klienti informováni, ať už samotnými terénními pracovníky, nebo nízkoprahovými zařízeními. Často se tak děje prostřednictvím distribuce informačních letáků. Tyto mobilní dodávky pak plní funkci jak terénního sociálního pracovníka, tak i nabízejí některé prvky nízkoprahového zařízení. Takovým prvkem je například soukromý a bezpečný prostor uvnitř dodávky, který může sloužit nejen ke zdravotnickým úkonům, ale i k poskytování základního nebo odborného poradenství.¹⁴³

4.8 Etika výzkumu

Výzkum, který jsem prováděla v rámci této bakalářské práce, se řídil etickými zásadami formulovanými Univerzitou Karlovou pro vědeckou, uměleckou a tvůrčí činnost.¹⁴⁴

¹⁴² V případě výzkumu duševního zdraví pražských bezdomovců z let 2002–2003, pomáhalo s administrací dotazníků, několik desítek studentů z řady 3. LF UK.

¹⁴³ MAREK, J; STRNAD, A; HOTOVCOVÁ, L. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0090-1. S. 122–123.

¹⁴⁴ Univerzita Karlova. *Etický kodex*. Online. Dostupné z: <https://cuni.cz>. [cit. 2025-04-22].

Všem účastníkům výzkumu byla zajištěna anonymita už z podstaty metody výzkumu. Nebylo vyžadováno znát jména účastníků nebo jiné údaje citlivého charakteru. Každý z účastníků byl před zahájením dotazování seznámen s cílem, charakterem a průběhem dotazování. Byli zároveň ujištěni o dobrovolnosti, nerizikovosti a možnosti kdykoli, bez udání důvodů, účast ve výzkumu ukončit. Každý z respondentů měl dále možnost vyjádřit se k metodice sběru dat a jejich nakládání. Všechny tyto náležitosti byly respondentům oznámeny ústní formou v případě osob bez domova a písemnou v případě především kontrolního souboru¹⁴⁵. V rámci osobního dotazování u osob bez domova jsem každému z dotazovaných vždy nabídla možnost vzít si úvodní část dotazníku, kde jsou nejen znovu představeny cíle, ale také jsem zde uvedla kontakt na krizovou linku, Linku důvěry Psychiatrické nemocnice Bohnice, která funguje nepřetržitě a poskytuje první psychickou pomoc, a na krizová centra Psychiatrické nemocnice Bohnice, RIAPS–Praha. Se získanými daty jsem nakládala s rozvahou a ohledem na všechny zúčastněné tak, aby byla data maximálně zabezpečena.

¹⁴⁵ S výjimkou respondentů, kteří vyplňovali dotazník osobně.

5 ANALÝZA DAT

Tato část se bude věnovat procesu zpracování, vyhodnocení a interpretaci získaných dat na základě vlastního šetření.

5.1 Proces zpracování dat

Pro zpracování získaných dat byl využit výhradně software MS Office Excel a jeho funkce umožňující analýzu dat, tedy analytické nástroje. Při stanovování statistik jsem se snažila řídit statistickými metodami a nástroji, které využily ve svém výzkumu E. Dragomirecká, D. Kubisová a M. Anděl¹⁴⁶. Jednalo se především o statistické metody umožňující testování hypotéz. V rámci mého výzkumu jsem využila funkce umožňující výpočet chí-kvadrát (χ^2) a p-hodnoty¹⁴⁷ (p), tzv. chí-kvadrát test¹⁴⁸, které poukazují na statistickou významnost zkoumaného jevu a na statisticky významný vztah mezi zkoumanými kategoriemi.

V rámci statistických metod testujících hypotézy je třeba nejprve stanovit tzv. nulovou hypotézu (H_0), která je formulována negativně a naznačuje, že výsledky výzkumu vznikly náhodou a mezi pozorovanými hodnotami není na základě chí-kvadrát testu statisticky významná souvislost či rozdíl. Její opak, tzv. alternativní hypotéza (H_a) je formulována pozitivně. Pro výsledné zamítnutí nebo nezamítnutí nulové hypotézy se využívá tzv. hladina významnosti testu. Tato hladina se označuje jako řecké písmeno alfa (α) a nejčastěji se užívá hodnota $\alpha = 0,05$. V případě zamítnutí H_0 bude p-hodnota nižší než $\alpha = 0,05$. ($p < \alpha$). V případě nezamítnutí bude naopak p-hodnota vyšší než hodnota α ($p > \alpha$). Chí-kvadrát hodnota (χ^2) ukazuje rozdíl mezi očekávanou a pozorovanou hodnotou a její výpočet je nezbytný pro stanovení p-hodnoty.¹⁴⁹

Dále byla využita i jednofaktorová analýza rozptylu tzv. F-test¹⁵⁰, který slouží k ověření hypotéz v rámci porovnávání průměrů dvou skupin dat. F-test se využívá obdobně jako chí-kvadrát test, tedy k prokázání vzájemného vztahu a statistické významnosti mezi zkoumanými kategoriemi, např. mezi pohlavím a délkou let bez domova (např. tabulky č. 11 a 16). K výpočtu F-testu se využívají jiná data než u chí-kvadrát testu, a

¹⁴⁶ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců.

¹⁴⁷ Někdy se označuje také jako kritická hodnota.

¹⁴⁸ V rámci excelu se jedná o funkci nazvanou CHISQ.TEST.

¹⁴⁹ CHRÁSKA, M; KOČVAROVÁ, I. *Kvantitativní design v pedagogických výzkumech začínajících akademických pracovníků*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2014. ISBN 978-80-7454-420-0. S. 43–44.

¹⁵⁰ Pro f-test se využívá v rámci excelu analytický nástroj označený jako jednofaktorová ANOVA.

to např. věk nebo právě počet let bez domova, nikoliv data nominální, jako je v rámci chí-kvadrát testu např. počet respondentů v určité kategorii měření. Určuje se nejen F-hodnota, ale i p-hodnota, kde se stejně jako v případě chí-kvadrát testu sleduje hladina významnosti alfa, která je totožná s hladinou významnosti u chí-kvadrát testu. S hladinou alfa se pak nakládá obdobně jako v případě chí-kvadrát testu. Tedy pokud je p-hodnota menší než hladina alfa ($p < \alpha$), jedná se o statisticky významnou souvislost a je odmítnuta nulová hypotéza. Pokud je p-hodnota větší než alfa ($p > \alpha$) nulová hypotéza trvá. Využita byla v rámci empirické části této bakalářské práce i statistická metoda pro určení variability dat, tzv. směrodatná odchylka výběrová¹⁵¹, která nám ukazuje, jak moc se některá data odchylují od průměru (např. tabulky č. 11 a 16).¹⁵²

5.2 Vyhodnocení SRQ-24

Vyhodnocení dotazníku SRQ-24 probíhá bodováním odpovědí, kdy za každou kladnou odpověď, tedy „Ano“, je udělen jeden bod. Respondent tak může celkově získat až 24 bodů. Pro interpretaci dat získaných dotazníkem SRQ-24 bylo využito doporučených zón klasifikace celkového skóre, jako v případě výzkumu Duševního zdraví pražských bezdomovců z let 2002–2003. Jedná se o následující zóny:

- a) SRQ-20 (neurotické a depresivní poruchy)
 - 0–4: žádné nebo minimální duševní potíže, bez duševní poruchy
 - 5–7: mírná intenzita potíží, mohou být reakcí na stres, duševní porucha je možná
 - 8 a více: vysoká intenzita potíží, duševní porucha je pravděpodobná, za normálních okolností je vyhledávána zdravotní péče.
- b) SRQ-4 (psychotické poruchy, schizofrenie)
 - 0: bez příznaků
 - 1: možný problém
 - 2 a více: psychotická porucha je pravděpodobná.¹⁵³

Výsledné skóre SRQ-24, zaznamenané v následující tabulce č. 2, poukazuje na poměrně rovnoměrné rozložení psychiatrické disturbance u mužů a žen v souboru lidí bez

¹⁵¹ V excelu využita funkce označená jako SMODCH.VÝBĚR.

¹⁵² CHRÁSKA, M; KOČVAROVÁ, I. *Kvantitativní design v pedagogických výzkumech začínajících akademických pracovníků*. S. 34–36; 73–77.

¹⁵³ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277.

domova, což podporují i výsledné p-hodnoty a chí-kvadrát hodnoty, které neprokázaly žádnou významnou spojitost duševního onemocnění s konkrétním pohlavím, tedy jedná se pravděpodobně o náhodné rozložení dat. Celkové hodnocení dotazníku SRQ-24 ukazuje, že 53 % dotazovaných má závažné psychické potíže alespoň v jedné oblasti (55 % mužů a 33 % žen). Z toho závažné depresivní a neurotické obtíže byly přítomny u celkem 44 % osob. V této kategorii převyšovali muži (45 %). Psychotická porucha pak byla pravděpodobná u 25 % dotazovaných (26 % mužů a 17 % žen).

Tabulka 2: Výskyt duševních potíží podle pohlaví u osob bez domova.

typ potíží	intenzita potíží	muži N = 58		ženy N = 6		celkem N = 64	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
depresivní a úzkostná porucha	žádné nebo minimální potíže	18	31	1	17	19	30
	mírná intenzita potíží	14	24	3	50	17	27
	vysoká intenzita potíží	26	45	2	33	28	44
		58	100	6	100	64	100,0
psychotická porucha	bez příznaků	31	53	3	50	34	53
	možný problém	12	21	2	33	14	22
	porucha je pravděpodobná	15	26	1	17	16	25
		58	100	6	100	64	100
celkové hodnocení	nemá potíže ani v jedné oblasti	14	24	0	0	14	22
	mírné potíže alespoň v jedné oblasti	12	21	4	67	16	25
	závažné potíže alespoň v jedné oblasti	32	55	2	33	34	53
		58	100	6	100	64	100

Zdroj: vlastní šetření.

depresivní a úzkostná porucha: $\chi^2 = 1,911$; $p = 0,385$

psychotická porucha: $\chi^2 = 0,593$; $p = 0,743$

celkové hodnocení: $\chi^2 = 6,534$; $p = 0,073$

Získaná data také demonstrují v některých kategoriích výrazně horší duševní zdraví v porovnání s kontrolním souborem (viz tabulka č. 3), ovšem znovu nelze prokázat, na základě výpočtů p-hodnot a chí-kvadrát hodnot, které jsou poměrně vysoké, že mezi zkoumanými kategoriemi, tedy mezi duševním onemocněním, bezdomovectvím a kontrolním souborem, jsou statisticky významné souvislosti. Nejnižší hodnoty lze spatřovat v kategorii psychotických poruch, kde psychotická porucha byla pravděpodobná u 25 % osob bez domova v kontrastu s bydlící populací, kde se jednalo

o celkem 12 % osob.¹⁵⁴ I když jsou chí-kvadrát hodnoty a p-hodnoty nižší, stále neprokazují jednoznačnou významnost mezi těmito zkoumanými kategoriemi. V rámci depresivních a úzkostných poruch byly rozdíly ve skóre mezi kontrolním a výzkumným souborem méně markantní. Dotazníkové šetření u bydlící populace odhalilo 39 % osob s vysokou intenzitou těchto potíží. Ve výzkumném souboru se jednalo o celkem 44 % dotazovaných.

Tabulka 3: Intenzita potíží u osob bez domova a kontrolního souboru.

typ potíží	intenzita potíží	bezdomovci N = 64		kontrolní N = 41	
		abs.	%	abs.	%
depresivní a úzkostná porucha	žádné nebo minimální potíže	19	30	15	37
	mírná intenzita potíží	17	27	10	24
	vysoká intenzita potíží	28	44	16	39
		64	100	41	100
psychotická porucha	bez příznaků	34	53	28	68
	možný problém	14	22	8	20
	porucha je pravděpodobná	16	25	5	12
		64	100	41	100
celkové hodnocení	nemá potíže ani v jedné oblasti	14	22	12	29
	mírné potíže alespoň v jedné oblasti	16	25	10	24
	závažné potíže alespoň v jedné oblasti	34	53	19	46
		64	100	41	100

Zdroj: vlastní šetření.

depresivní a úzkostná porucha: $\chi^2 = 0,546$; $p = 0,761$

psychotická porucha: $\chi^2 = 3,089$; $p = 0,213$

celkové hodnocení: $\chi^2 = 0,783$; $p = 0,676$

5.3 Vyhodnocení sociodemografických dat

K dotazníku SRQ-24 bylo připojeno několik sociodemografických otázek, které byly převzaty z výzkumu E. Dragomirecké, D. Kubisové a M. Anděla:

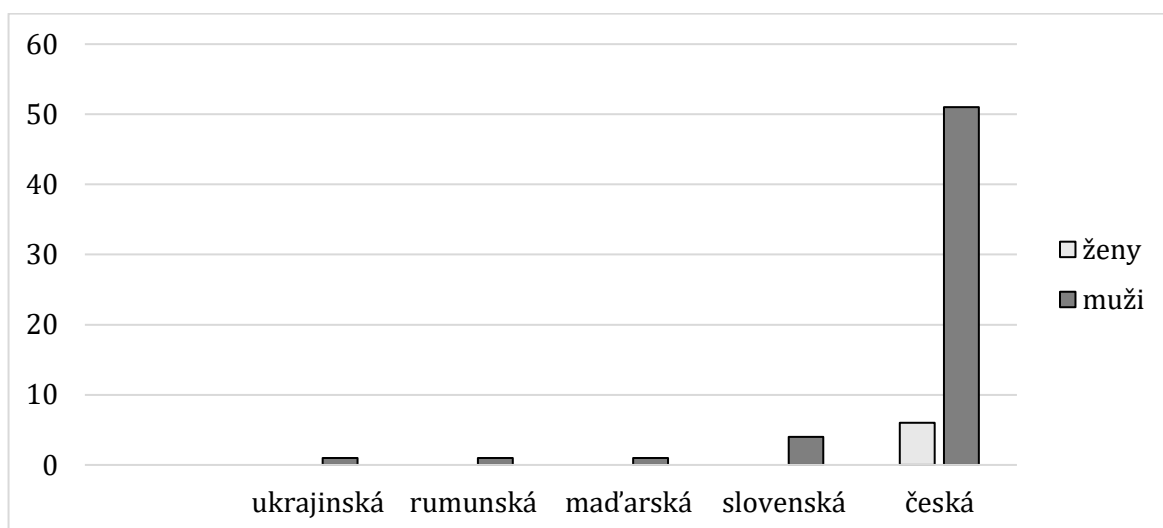
- *Uved'te prosím vaše pohlaví?*
- *Kolik je vám let?*
- *Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*
- *Pobýval/a jste někdy v protialkoholní léčebně?*
- *Byl/a jste někdy hospitalizován/a v psychiatrické nemocnici?*

¹⁵⁴ Významnější hodnoty v tabulkách jsou zvýrazněny tučně.

- *Jak dlouho již pobýváte na ulici?*
- *Kde přespáváte v zimních obdobích?*
- *Kde přespáváte v letních obdobích?*¹⁵⁵

Respondenti u některých otázek odpovídali ano/ne, u jiných uváděli číselný údaj (počet let na ulici, věk) a u jiných měli možnost vybrat z více možností, případně doplnit svoji vlastní. Dotazník SRQ-24 spolu se sociodemografickými položkami vyplnilo celkem 64 respondentů, z toho 6 žen (9,4 %) a 58 mužů. Z 81 % se jednalo o osoby české národnosti, z 6 % o osoby pocházející ze Slovenska. V jednom případě dotazník vyplnil i příslušník rumunské, maďarské a ukrajinské národnosti. Na základě provedeného chí-kvadrát testu nebyl prokázán žádný vzájemný vztah mezi zkoumanými kategoriemi (viz graf č. 1, tabulka č. 4).

Graf 1: Respondenti z řad osob bez domova podle národnosti a pohlaví (abs.).



Zdroj: vlastní šetření.

Tabulka 4: Respondenti z řad osob bez domova podle národnosti a pohlaví.

národnost	ženy		muži		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
česká	6	100	51	88	57	89
slovenská	0	0	4	7	4	6
rumunská	0	0	1	2	1	2
maďarská	0	0	1	2	1	2
ukrajinská	0	0	1	2	1	2
celkem	6	100	58	100	64	100

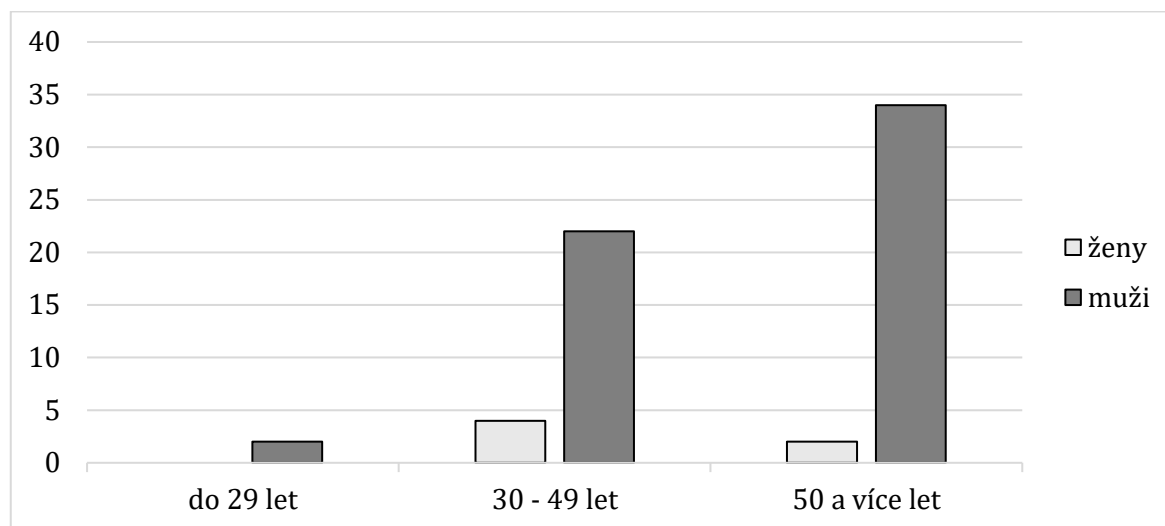
Zdroj: vlastní šetření.

$\chi^2 = 0,465$; $p = 0,977$

¹⁵⁵ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 276–279.

Následující graf č. 2 spolu s tabulkou č. 5 předkládají věkovou strukturu respondentů výzkumného souboru. Průměrný věk všech respondentů byl přibližně $49,7 \pm 11,4$ let. Věkové rozpětí se pohybovalo od 27 do 70 let. Nejpočetnější skupinou byly osoby nad 50 let (56 %). Osoby v rozmezí 30–49 let tvořily 41 % souboru. Nejméně zastoupenou věkovou skupinou byly osoby do 29 let věku (3 %). Prezentovaná data v níže vloženém grafu a tabulce, i přes nižší p-hodnotu, nejsou stále signifikantní.

Graf 2: Respondenti z řad osob bez domova podle věku a pohlaví (abs.).



Zdroj: vlastní šetření.

Tabulka 5: Respondenti z řad osob bez domova podle věku a pohlaví.

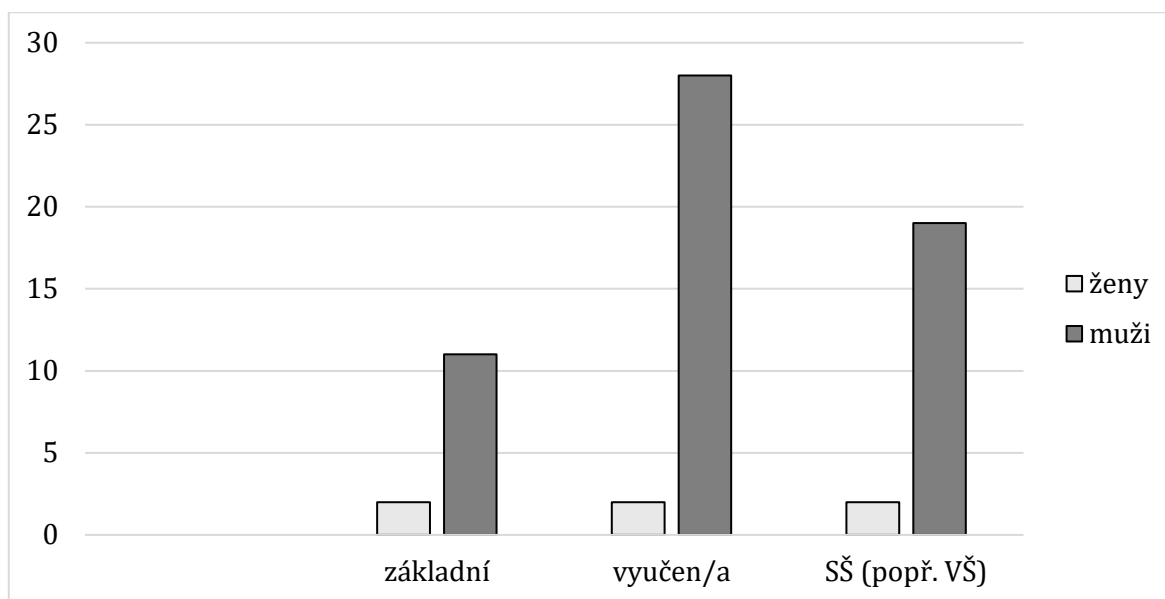
věková skupina	muži		ženy		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
do 29 let	2	3	0	0	2	3
30–49 let	22	38	4	67	26	41
50 a více let	34	59	2	33	36	56
celkem	58	100	6	100	64	100

Zdroj: vlastní šetření.

$\chi^2 = 1,930$; $p = 0,398$

Nejčastějším dosaženým vzděláním u všech respondentů bylo odborné vyučení bez maturity (47 %). Dále následovalo středoškolské a vysokoškolské vzdělání (33 %), zbytek respondentů uvedl, že jejich nejvyšším dosaženým vzděláním je základní vzdělání (20 %). Mezi muži a ženami nebyly na základě vlastního dotazníkového šetření nalezeny výraznější rozdíly, jak poukazuje i provedený chí-kvadrát test. Mezi pohlavím a vzděláním v tomto zkoumaném souboru není statisticky významný vztah (viz graf č. 3, tabulka č. 6).

Graf 3: Respondenti z řad osob bez domova podle dokončeného vzdělání a pohlaví (abs.).



Zdroj: vlastní šetření.

Tabulka 6: Respondenti z řad osob bez domova podle dokončeného vzdělání a pohlaví.

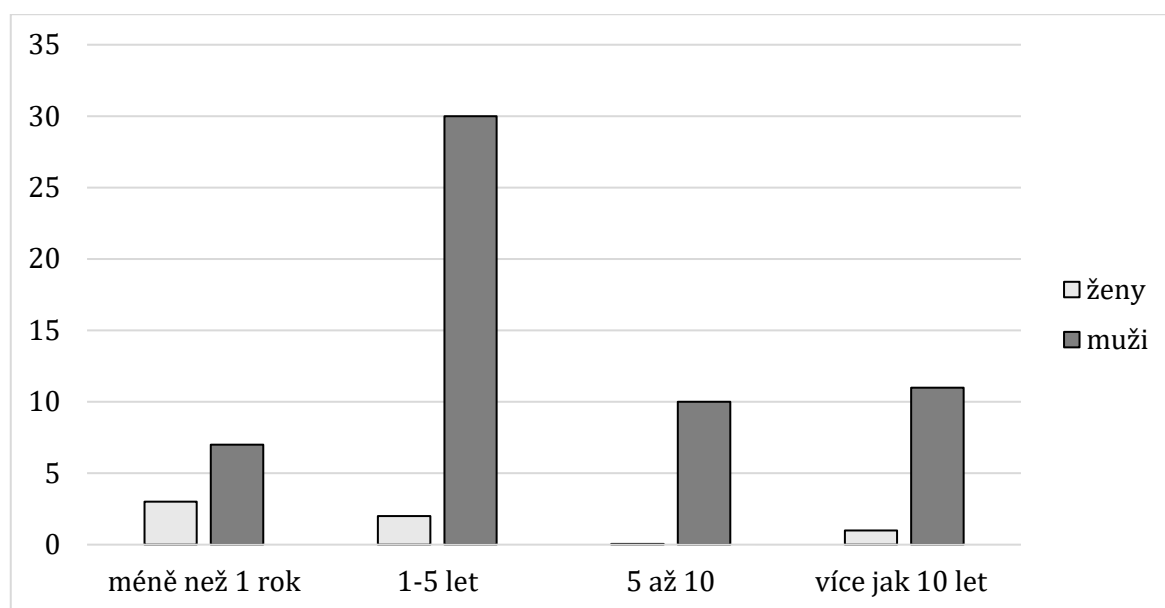
dokončené vzdělání	muži		ženy		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
základní	11	19	2	33	13	20
vyučen/a	28	48	2	33	30	47
SŠ (popř. VŠ)	19	33	2	33	21	33
celkem	58	100	6	100	64	100

Zdroj: vlastní šetření.

$\chi^2 = 0,812$; $p = 0,666$

Stejně jako v rámci výzkumu E. Dragomirecké, D. Kubisové a M. Anděla jsem i v rámci svého výzkumu sledovala počet let bez domova a to, kde respondenti přespávají v zimním a letním období. Průměrný počet let bez domova u mužů byl $6 \pm 7,71$ let, u žen pak $3 \pm 4,76$ let (viz graf č. 4, tabulka č. 7). V zimním období dominovalo u dotazovaných přespávání na ulici (45 %) a v azylových zařízeních (44 %) nebo v jiných formách pobytových služeb, jako jsou například noclehárny (viz graf č. 5, tabulka č. 8). V letním období je naopak preferováno přespávání na ulici. Tato preference dominuje nejen v případě mužů, kde se jedná o 69 % z nich, ale byla výrazně zastoupena i v rámci žen, kde se jednalo o polovinu výzkumného souboru (viz graf č. 6, tabulka č. 9).

Graf 4: Respondenti z řad osob bez domova podle délky života bez domova a pohlaví (abs.).



Zdroj: vlastní šetření.

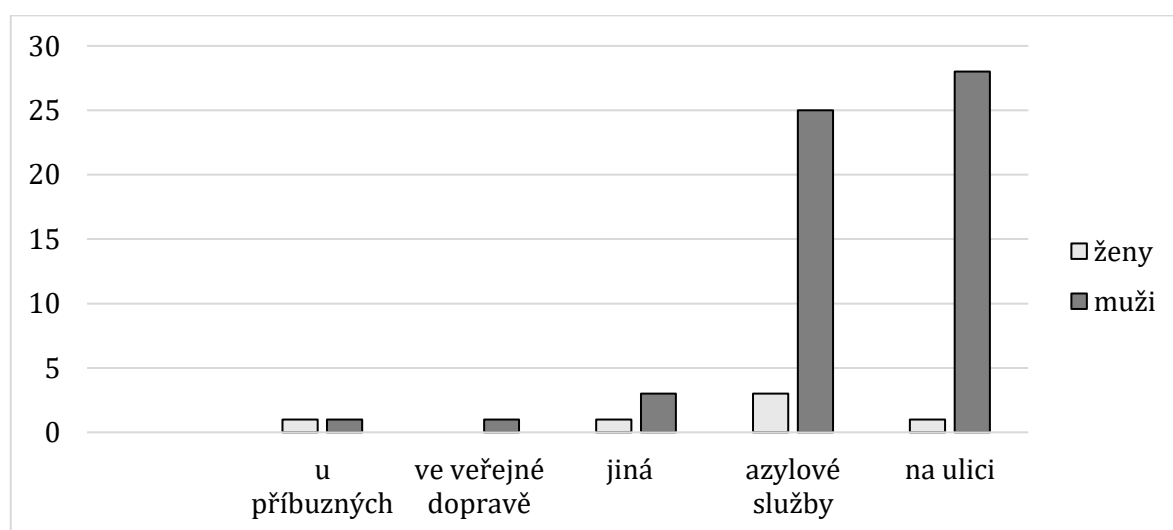
Tabulka 7: Respondenti z řad osob bez domova podle délky života bez domova a pohlaví.

doba bez domova	muži		ženy		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
méně než 1 rok	7	12	3	50	10	16
1-5 let	30	52	2	33	32	50
5 až 10 let	10	17	0	0	10	16
více jak 10 let	11	19	1	17	12	19
celkem	58	100	6	100	64	100

Zdroj: vlastní šetření.

$\chi^2 = 6,279$; $p = 0,099$

Graf 5: Respondenti z řad osob bez domova podle formy přespávání v zimním období a pohlaví (abs.).



Zdroj: vlastní šetření.

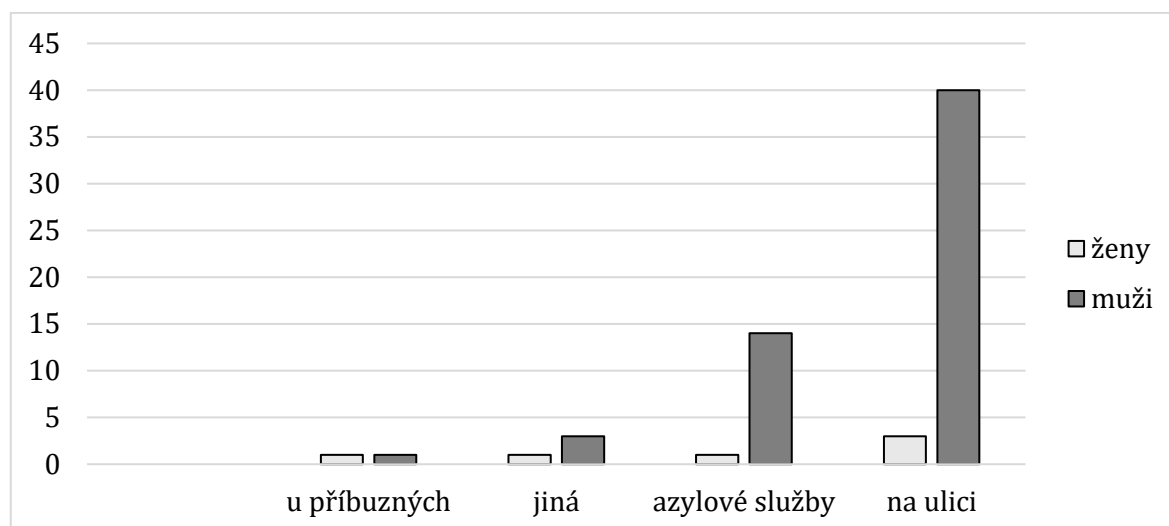
Tabulka 8: Respondenti z řad osob bez domova podle formy přespávání v zimním období a pohlaví.

Kde pobýváte v zimním období?	ženy		muži		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
azylové služby	3	50	25	43	28	44
komerční ubytování	0	0	0	0	0	0
u příbuzných nebo známých	1	17	1	2	2	3
na ulici	1	17	28	48	29	45
ve veřejné dopravě	0	0	1	2	1	2
na nádražích, letištích	0	0	0	0	0	0
jiná (např. squat, podnájem, auto)	1	17	3	5	4	6
celkem	6	100	58	100	64	100

Zdroj: vlastní šetření.

$\chi^2 = 6,581$; $p = 0,361$

Graf 6: Respondenti z řad osob bez domova podle formy přespávání v letním období a pohlaví (abs.).



Zdroj: vlastní šetření.

Tabulka 9: Respondenti z řad osob bez domova podle formy přespávání v letním období a pohlaví.

Kde pobýváte v letním období?	ženy		muži		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
azylové služby	1	17	14	24	15	23
komerční ubytování	0	0	0	0	0	0
u příbuzných nebo známých	1	17	1	2	2	3
na ulici	3	50	40	69	43	67
ve veřejné dopravě	0	0	0	0	0	0
na nádražích, letištích	0	0	0	0	0	0
jiná (např. squat, podnájem, auto)	1	17	3	5	4	6
celkem	6	100	58	100	64	100

Zdroj: vlastní šetření.

$\chi^2 = 5,928$; $p = 0,431$

Další sledovanou charakteristikou byla historie léčení v psychiatrické nemocnici nebo v protialkoholní léčebně. Považuji za důležité alespoň v krátkosti charakterizovat tyto

dvě instituce. Psychiatrická nemocnice se zaměřuje především na akutní lůžkovou péči, tedy na hospitalizaci pacientů s vážnými duševními nemocemi, jako je např. schizofrenie nebo bipolární porucha. Hospitalizace jako taková pak může být, a ve většině případů i je, dobrovolná. Méně často pak nedobrovolná, a to především v případech, kdy jedinec je nebezpečný sám sobě nebo okolí. Při nedobrovolné hospitalizaci je nutné zapojení soudu.¹⁵⁶ Protialkoholní léčebna velmi často funguje v rámci specializovaných oddělení psychiatrických nemocnic¹⁵⁷. Pacienti, kteří jsou zde umístěni, musí s pobytem souhlasit a některé léčebny si kladou specifické podmínky pro přijetí, např. motivační dopis. Trvání protialkoholní léčby je do jisté míry závislé na stavu pacienta, trvá ale nejméně tři měsíce. Pacienti jsou nuceni dodržovat přísný harmonogram dne, který zahrnuje i docházení na různé formy terapie, např. skupinovou.¹⁵⁸

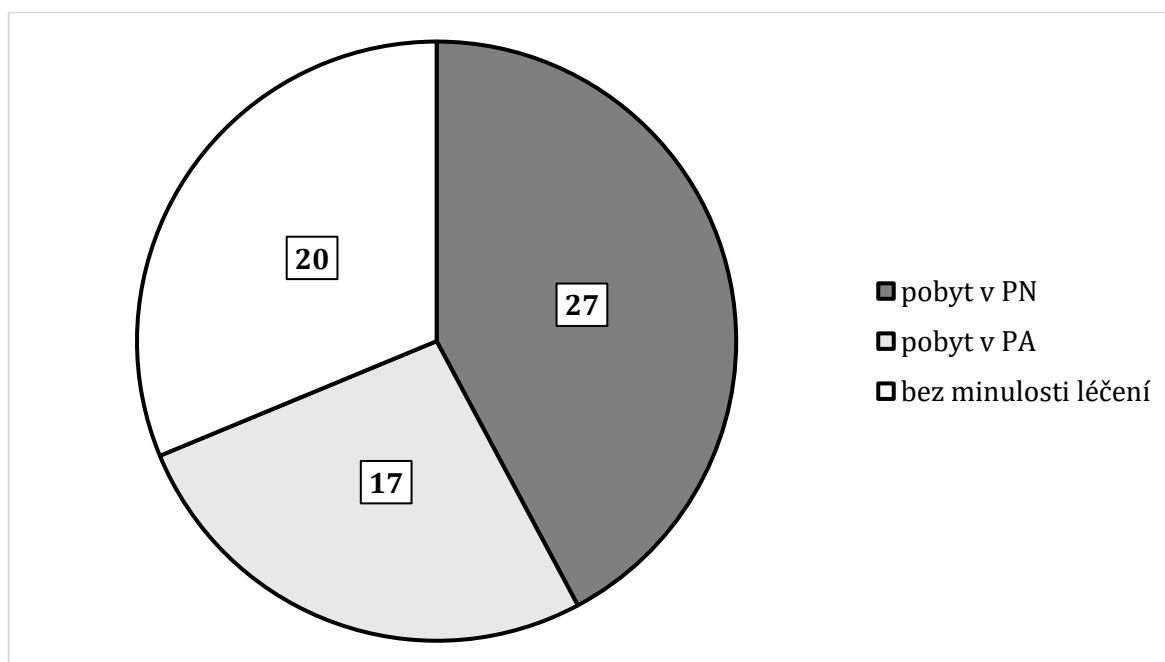
41 % mužů a 50 % žen bez domova odpovědělo, že byli v minulosti hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. O něco nižší bylo zastoupení osob s minulostí pobytu v protialkoholní léčebně. Se závislostí na alkoholu mělo dle dotazovaných zkušenost 26 % mužů a 17 % žen (viz graf č. 7, tabulka č. 10). Zatímco v kategorii léčení v protialkoholní léčebně nebyla prostřednictvím chí-kvadrát testu prokázána statistická významnost, kategorie hospitalizace v psychiatrické nemocnici měla p-hodnotu nižší než stanovená hladina významnosti. Tato nízká p-hodnota tak zavrhuje nulovou hypotézu a prokazuje existenci vztahu mezi zkoumanými kategoriemi, ovšem je třeba zdůraznit, že kvůli nízkému počtu respondentů z řad žen je třeba tyto výsledky brát spíše orientačně. Přestože je třeba tyto výsledky interpretovat opatrně, je důležité upozornit, že souvislost mezi hospitalizací v psychiatrické nemocnici a pohlavím je možná, ale je potřeba hlubší a komplexnější výzkum na toto téma.

¹⁵⁶ MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. S. 119–120.

¹⁵⁷ Oddělení pro muže a ženy léčící se ze závislosti na návykových látkách.

¹⁵⁸ NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem a jejich blízké*. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9. S. 161.

Graf 7: Respondenti z řad osob bez domova podle předchozího léčení v PN či PA a bez minulosti léčení (abs.).



Zdroj: vlastní šetření.

Tabulka 10: Respondenti z řad osob bez domova podle předchozího léčení v PN či PA a pohlaví.

předchozí léčení	ženy		muži		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
pobyt v PN	3	75	24	60	27	61
pobyt v PA	1	25	16	40	17	39
Celkem	4	100	40	100	44	100

Zdroj: vlastní šetření.

PN: $\chi^2 = 16,06$; $p < 0,000$

PA: $\chi^2 = 5,582$; $p = 0,061$

Poslední tabulka této kapitoly, tabulka č. 11, představuje výsledky celkového hodnocení dotazníku SRQ-24. Tyto výsledky jsou zároveň dány do souvislosti s některými charakteristikami, které byly sledovány v rámci sociodemografických údajů. V tabulce tak vidíme, že závažnějších duševních potíží dosahovaly zejména osoby, které byly v minulosti léčeny v psychiatrické nemocnici nebo protialkoholní léčebně. Dále také vidíme, že horšího skóre dosahovaly v rámci dotazníkového šetření osoby, které strávily delší počet let bez domova a osoby, které byly staršího věku. Statistická významnost dat v tabulce je prokázána pouze v kategorii podíl žen a pobyt v psychiatrické nemocnici. V rámci předchozí hospitalizace v psychiatrické nemocnici, vidíme statisticky významný vztah mezi intenzitou duševních potíží a předchozí

hospitalizací v psychiatrické nemocnici.¹⁵⁹ Ovšem znovu poukazují, že je třeba výsledky brát orientačně z důvodu nízkého počtu respondentů, i přes statisticky významné výsledky chí-kvadrát testu.

Tabulka 11: Hodnocení duševního stavu (celkové skóre) ve vztahu k dalším charakteristikám.

		žádné potíže	mírné potíže	závažné potíže	celkem	test	P
věk	průměr ± SD	49,6 ± 9,3	49 ±14,3	50 ±11,1	49,7 ± 11,4	F = 0,041	0,960
podíl žen	(%)	0	25,0	5,9	9,4	$\chi^2 =$ 6,534	0,038
vzdělání	SŠ, popř. VŠ (%)	42,9	37,5	26,5	32,8	$\chi^2 =$ 1,420	0,492
pobyt v PN	(%)	7,1	25,0	64,7	42,2	$\chi^2 =$ 16,06	0,0003
pobyt v PA	(%)	7,1	18,8	38,2	26,6	$\chi^2 =$ 5,582	0,061
roky bez domova	průměr ± SD	5,94 ± 8,49	5,82 ± 7,65	6,28 ± 7,17	6,09 ± 7,51	F = 0,023	0,977

Zdroj: vlastní šetření.

¹⁵⁹ V tabulce zvýrazněno tučně.

6 KOMPARACE VÝZKUMŮ

V této části bude věnována pozornost komparaci získaných dat prostřednictvím vlastního realizovaného výzkumu na osobách bez domova s daty, která byla získána v letech 2002–2003 při výzkumu duševního zdraví pražských bezdomovců. Komparace se bude snažit identifikovat rozdíly, případné shody v těchto dvou výzkumech. Před samotným porovnáním výsledků dotazníku SRQ-24 porovnáám užitou metodologii a výzkumný soubor.

6.1 Komparace užitých metod a postupů

Při realizaci vlastního šetření byla snaha směřována k co nejpřesnějšímu přiblížení se podmínkám výzkumu z let 2002–2003. Tento přístup tak zahrnoval aplikování stejných metod a technik. Byl proto užit stejný screeningový dotazník SRQ-24, stejně jako byly do dotazníku zařazeny identické sociodemografické položky. Administrování dotazníku pak probíhalo také formou rozhovoru s respondentem, tedy tzv. asistovaného vyplňování dotazníku.

Jediné rozdíly představoval způsob, jakým byla zvyšována motivace u osob bez domova, a proces sběru dat. Zatímco v případě výzkumu duševního zdraví pražských bezdomovců z let 2002–2003, byla jako motivační prvek užitá stravenka v hodnotě 50 Kč, v mém případě se jednalo o jídlo v podobě sladkosti. Dále byl rozdíl v počtu realizátorů výzkumu, kdy do výzkumu z let 2002–2003 byla zapojena značná část studentů 3. LF UK.¹⁶⁰ V mém případě byla kapacita pro realizaci v tomto ohledu značně limitována. Vlastní výzkum včetně administrování dotazníků a jejich vyhodnocení byl tak pouze v mé vlastní kompetenci.

Další významný rozdíl byl v rámci zkoumaného souboru. V rámci výzkumu z let 2002–2003 se jednalo o osoby ve stavu zjevného a skrytého bezdomovectví. Podle typologie ETHOS se jednalo o kategorii osob bez střechy a bez bytu, které byly v kontaktu s organizací Naděje Praha, ale především se jednalo o osoby bez domova, které byly součástí screeningového vyšetření na TBC. Toto vyšetření stejně jako administrování dotazníku SRQ-24 probíhalo dle dostupných dat především ve zdravotnických zařízeních jako byla již zmiňovaná ordinace lékaře v rámci Naděje Praha nebo FN

¹⁶⁰ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 276.

Bulovka¹⁶¹. Tedy v rámci screeningu psychiatrických poruch byl prováděn i screening epidemiologické situace TBC u osob bez domova. Vyšetřování výskytu TBC bylo v kompetenci Národní jednotky dohledu nad tuberkulózou (NRJDT), a to v rámci programu aktivního vyhledávání TBC u osob bez domova.¹⁶²

Výzkum prováděný v rámci této bakalářské práce zahrnoval taktéž osoby bez domova, které se vyznačovaly zjevnou a skrytou formou bezdomovectví. Ovšem tito lidé nebyli součástí žádné širší studie na TBC. Administrování dotazníků probíhalo na veřejných prostranstvích, zejména na stanovištích mobilní sociální služby organizací Naděje Praha a Armáda spásy. Respondenti pro tento výzkum byli také aktivně vyhledáváni a oslovovali k účasti v dotazníkovém šetření a neměli možnost se o tomto výzkumu dozvědět jiným způsobem.

Bohužel výzkum provedený v letech 2002–2003 není v některých oblastech dostatečně transparentní, proto například v rámci získávání dat z kontrolního souboru nebylo možné nastavit identické podmínky, protože nejsou známy. Domnívám se ale, že zrovna v tomto případě nastavení identických podmínek nehrálo tak důležitou roli jako v případě jiných faktorů.

6.2 Komparace výsledků SRQ-24

Výzkum duševního zdraví pražských bezdomovců provedený v letech 2002–2003 demonstruje závažnost duševního zdraví lidí bez domova. Především poukazuje na výrazně zhoršené duševní zdraví u žen, a to zejména v rámci psychotických poruch, kde tato skutečnost byla i statisticky prokázána na základě výpočtu chí-kvadrát testu¹⁶³. Z výzkumu z let 2002–2003 tak vyplývá, že psychotická porucha je pravděpodobná u 18,8 % žen z celkového počtu 32. V porovnání s muži bez domova tak ženy dosahují horšího celkového skóre v dotazníku SRQ-24, a to ve všech kategoriích měření (viz tabulka č. 12). V rámci porovnání dat s kontrolní skupinou je znovu patrné výrazně zhoršené duševní zdraví u osob bez domova (viz tabulka č. 13), kde zároveň chí-kvadrát hodnota a p-hodnota jasně dokládají statistickou významnost¹⁶⁴ a vztah mezi duševním zdravím a životem bez domova.¹⁶⁵

¹⁶¹ S výjimkou 20 osob bez domova, které byli vyhledáni na jinak veřejnosti nedostupných místech, podle: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 276.

¹⁶² DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 276.

¹⁶³ V tabulce zvýrazněno tučně.

¹⁶⁴ V tabulce zvýrazněno tučně.

¹⁶⁵ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

Tabulka 12: Výskyt duševních potíží podle pohlaví na základě výzkumu z let 2002–2003 (v %).

typ potíží	intenzita potíží	muži N = 225	ženy N = 32	celkem N = 257
depresivní a úzkostná porucha	žádné nebo minimální potíže	60,0	40,6	57,6
	mírná intenzita potíží	18,7	21,9	19,1
	vysoká intenzita potíží	21,3	37,5	23,3
		100	100	100
psychotická porucha	bez příznaků	59,6	37,5	56,8
	možný problém	33,3	43,8	34,9
	porucha je pravděpodobná	7,1	18,8	8,6
		100	100	100
celkové hodnocení	nemá potíže ani v jedné oblasti	42,2	31,3	40,8
	mírné potíže alespoň v jedné oblasti	34,2	28,1	33,5
	závažné potíže alespoň v jedné oblasti	23,6	40,6	25,7
		100	100	100

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278. (upraveno autorkou).

depresivní a úzkostná porucha: $\chi^2 = 5,114$; $p = 0,078$

psychotická porucha: $\chi^2 = 7,710$; $p = 0,021$

celkové hodnocení: $\chi^2 = 4,315$; $p = 0,116$

Tabulka 13: Intenzita potíží u osob bez domova a kontrolního souboru (v %) na základě výzkumu z let 2002–2003.

typ potíží	intenzita potíží	bezdomovci N = 257	kontrolní N = 149
depresivní a úzkostná porucha	žádné nebo minimální potíže	57,6	72,5
	mírná intenzita potíží	19,1	18,1
	vysoká intenzita potíží	23,3	9,4
		100	100
psychotická porucha	bez příznaků	56,8	81,9
	možný problém	34,6	12,1
	porucha je pravděpodobná	8,6	6,0
		100	100
celkové hodnocení	nemá potíže ani v jedné oblasti	40,8	63,1
	mírné potíže alespoň v jedné oblasti	33,5	22,8
	závažné potíže alespoň v jedné oblasti	25,7	14,1
		100	100

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278. (upraveno autorkou).

depresivní a úzkostná porucha: $\chi^2 = 13,435$; $p = 0,001$

psychotická porucha: $\chi^2 = 27,963$; $p < 0,000$

celkové hodnocení: $\chi^2 = 19,035$; $p < 0,000$

Výzkum provedený v rámci této bakalářské práce potvrzuje stále přetrvávající závažnost stavu duševního zdraví u lidí bez domova (viz tabulka č. 14). Ovšem neprokazuje vyšší zastoupení duševních poruch u žen (17 % žen oproti 26 % mužů). Tato skutečnost je pravděpodobně zapříčiněna nižším počtem respondentů z řad žen (viz tabulka č. 2). Tabulka č. 14 představuje zároveň komparaci celkového skóre dotazníku SRQ-24, kde vidíme trend nárůstu duševních poruch u lidí bez domova. V některých kategoriích měření se jedná o nárůst až o 20 %. Tyto odchylky jsou statisticky významné, dle provedených výpočtů chí-kvadrát testů¹⁶⁶, ovšem znovu je třeba přihlížet k těmto výsledkům orientačně z důvodu nízkého počtu respondentů v rámci vlastního šetření.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na duševní zdraví u lidí bez domova, přesto považuji za důležité upozornit alespoň krátce na srovnání měření u kontrolního souboru, které zaznamenává dosažení horšího skóre v dotazníku SRQ-24 oproti měření z let 2002–2003 (viz tabulka č. 15). I přesto, že duševní zdraví lidí bez domova dosahuje horších výsledků než u kontrolního souboru, je patrné, že duševní zdraví bydlící populace zaznamenalo v posledních dvou dekádách taktéž nárůst psychiatrické morbidity, a tedy jeho stav se zdá být srovnatelně závažný s výjimkou psychotických poruch, kde se zdá být nárůst v kontrolním souboru nejmenší, celkem 12 % osob. Statisticky významné odchylky jsou pak v rámci této komparace zaznamenány v kategorii depresivní a úzkostné poruchy a v kategorii celkové hodnocení¹⁶⁷.

¹⁶⁶ V tabulce zvýrazněno tučně.

¹⁶⁷ V tabulce zvýrazněno tučně.

Tabulka 14: Srovnání výskytu duševních potíží u osob bez domova (v %) v rámci výzkumu z let 2002–2003 (N = 257) a vlastního výzkumu za období 2025 (N = 64).

typ potíží	intenzita potíží	2002–2003 N = 257	období 2025 N = 64
depresivní a úzkostná porucha	žádné nebo minimální potíže	57,6	30
	mírná intenzita potíží	19,1	27
	vysoká intenzita potíží	23,3	44
		100	100
psychotická porucha	bez příznaků	56,8	53
	možný problém	34,6	22
	porucha je pravděpodobná	8,6	25
		100	100
celkové hodnocení	nemá potíže ani v jedné oblasti	40,8	22
	mírné potíže alespoň v jedné oblasti	33,5	25
	závažné potíže alespoň v jedné oblasti	25,7	53
		100	100

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278. (upraveno autorkou); vlastní šetření.

depresivní a úzkostná porucha: $\chi^2 = 17,404$; $p < 0,000$

psychotická porucha: $\chi^2 = 15,864$; $p < 0,000$

celkové hodnocení: $\chi^2 = 18,088$; $p < 0,000$

Tabulka 15: Srovnání intenzity potíží u kontrolního souboru (v %) z výzkumu z let 2002–2003 (N = 149) a vlastního výzkumu za období 2025 (N = 41).

typ potíží	intenzita potíží	2002–2003 N = 149	období 2025 N = 41
depresivní a úzkostná porucha	žádné nebo minimální potíže	72,5	37
	mírná intenzita potíží	18,1	24
	vysoká intenzita potíží	9,4	39
		100	100
psychotická porucha	bez příznaků	81,9	68
	možný problém	12,1	20
	porucha je pravděpodobná	6,0	12
		100	100
celkové hodnocení	nemá potíže ani v jedné oblasti	63,1	29
	mírné potíže alespoň v jedné oblasti	22,8	24
	závažné potíže alespoň v jedné oblasti	14,1	46
		100	100

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278. (upraveno autorkou); vlastní šetření.

depresivní a úzkostná porucha: $\chi^2 = 23,598$; $p < 0,000$

psychotická porucha: $\chi^2 = 3,778$; $p = 0,151$

celkové hodnocení: $\chi^2 = 22,623$; $p < 0,000$

Ze srovnání celkového skóre dotazníku SRQ–24 s dalšími charakteristikami, jako je počet let strávených na ulici či historie léčení v psychiatrické nemocnici nebo protialkoholní léčbě, lze poukázat na zjevnou provázanost těchto charakteristik

s duševním zdravím respondentů. U některých sledovaných kategorií byl statisticky prokázán vzájemný vztah¹⁶⁸, tedy jedná se dle vypočtených chí-kvadrát hodnot a p-hodnot o charakteristiky, mající prokazatelný vliv na duševní zdraví lidí bez domova na základě výzkumu z let 2002–2003. Dle tohoto výzkumu bylo zaznamenáno 36,4 % osob, u kterých dotazník SRQ-24 odhalil závažné psychické potíže a které zároveň uvedly, že byly v minulosti hospitalizovány v psychiatrické nemocnici. Závažné potíže byly také zaznamenány u respondentů s předchozí dobou léčení v protialkoholní léčebně. Jednalo se celkem o 21,2 % dotazovaných, dále u osob s nižším dosaženým vzděláním a vyšším počtem let strávených na ulici (viz tabulka č. 16).¹⁶⁹

Tabulka 16: Hodnocení duševního stavu (celkové skóre) ve vztahu k dalším charakteristikám na základě výzkumu z let 2002–2003.

		žádné potíže	mírné potíže	závažné potíže	celkem	test	P
věk	průměr ± SD	41,2 ± 10,28	40,1 ± 11,39	41,3 ± 11,44	40,9 ± 10,93	F = 0,317	0,729
podíl žen	(%)	9,5	10,5	19,7	12,5	$\chi^2 = 4,315$	0,116
vzdělání	SŠ, popř. VŠ (%)	41,0	26,7	18	30,4	$\chi^2 = 17,224$	0,002
pobyt v PN	(%)	13,3	23,3	36,4	22,6	$\chi^2 = 12,335$	0,0020
pobyt v PA	(%)	8,6	12,8	21,2	13,2	$\chi^2 = 5,663$	0,059
roky bez domova	průměr ± SD	1,9 ± 2,80	2,7 ± 3,64	3,39 ± 3,89	2,57 ± 4,3	F = 3,957	0,020

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 279. (upraveno autorkou).

V tabulce č. 17 lze vidět srovnání obou výzkumů v kontextu souvislosti závažných duševních potíží a sledovaných charakteristik, které nesou v některých kategoriích statistickou významnost¹⁷⁰ a poukazují na zvyšující se trend duševních poruch ve vztahu k uvedeným charakteristikám. Samozřejmě, je opět třeba přihlížet k výsledkům chí-kvadrát testů orientačně z důvodu nízkého počtu respondentů na straně vlastního šetření. Závažné duševní potíže byly pozorovány u 64,7 % dotazovaných na základě vlastního zjištění. Jednalo se zároveň o respondenty, kteří uvedli, že v minulosti byli léčeni v psychiatrické nemocnici. Podobné výsledky pak pozorujeme u osob

¹⁶⁸ V tabulce zvýrazněno tučně.

¹⁶⁹ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 279.

¹⁷⁰ V tabulce zvýrazněno tučně.

s minulostí léčení závislosti na alkoholu, kde se jednalo o 38,2 % dotazovaných. Tyto data znovu představují nárůst oproti zjištěním z let 2002–2003.

Data z let 2002–2003 dále naznačují souvislost psychických onemocnění u lidí bez domova s jejich dosaženým vzděláním. V tabulce č. 16 si lze povšimnout, že 41 % respondentů, kteří měli středoškolské vzdělání, popřípadě vysokoškolské, dosahovalo v dotazníku nižších hodnot, tedy jejich psychický stav nevykazoval závažné duševní problémy.¹⁷¹ Vlastní šetření do jisté míry tato tvrzení potvrzuje. V tabulce č. 11 dosahovalo 42,9 % respondentů se středoškolským, popřípadě vysokoškolským vzděláním, minimální intenzity potíží. Závažnějšího skóre pak s tímto typem vzdělání dosahovalo 26,5 % osob bez domova, tedy na základě vlastních zjištění, lze konstatovat, že osoby s pouze odborným vyučením nebo základním vzděláním dosahovaly v dotazníku SRQ-24 horších výsledků.

Tabulka 17: Incidence závažných duševních potíží u osob bez domova z let 2002–2003 a vlastního výzkumu za období 2025 ve vztahu k dalším charakteristikám (v %).

	2002–2003	období 2025
věk ¹⁷²	41,3 ± 11,44	50 ± 11,1
podíl žen	19,7	5,9
SŠ, popř. VŠ vzdělání	18	26,5
pobyt v PN	36,4	64,7
pobyt v PA	21,2	38,2
roky bez domova ¹⁷³	3,39 ± 3,89	6,28 ± 7,17

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 279. (upraveno autorkou); vlastní šetření.

podíl žen: $\chi^2 = 0,136$; $p = 0,713$

SŠ, popř. VŠ vzdělání: $\chi^2 = 7,426$; $p = 0,006$

pobyt v PN: $\chi^2 = 11,407$; $p = 0,001$

pobyt v PA: $\chi^2 = 5,236$; $p = 0,022$

6.3 Komparace sociodemografických dat

Výzkumu v letech 2002–2003 se zúčastnilo celkem 257 respondentů, z toho 225 mužů a 32 žen. 93 % osob bylo české národnosti a 6 % národnosti slovenské.¹⁷⁴ Jednalo se o soubor lidí bez domova pobývajících na území hlavního města Prahy. V rámci mého výzkumu byl celkový počet respondentů výrazně nižší. Jednalo se celkem o 64 osob, z toho 58 mužů a 6 žen, taktéž pobývajících na území hlavního města Prahy. Co se národnostní struktury týče, v rámci mého výzkumu se jednalo o něco rozmanitější

¹⁷¹ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 279.

¹⁷² Nelze vypočítat chí-kvadrát a p-hodnotu. K takovému výpočtu by bylo zapotřebí jiných hodnot poukazujících např. na počet osob apod.

¹⁷³ viz. poznámka 148.

¹⁷⁴ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277.

vzorek. Převážná část byla tvořena českou národností (89 %) a slovenskou (6 %). Výzkumu se ale zúčastnili i jednotlivci z řad ukrajinské, rumunské i maďarské národnosti (viz graf č. 1, tabulka č. 4).

Průměrný věk respondentů účastnících se výzkumu z let 2002–2003 byl u mužů i u žen kolem 41 let ($40,9 \pm 10,93$). Nejzastoupenější část představovaly osoby bez domova ve věku mezi 30 a 49 lety (58 %) (viz tabulka č. 16 a 18).¹⁷⁵ Výsledky z vlastního šetření udávají průměrný věk u respondentů o něco vyšší, kolem 50 let ($49,7 \pm 11,4$). Osoby nad 50 let představovaly celkem 56 % dotazovaných, z toho převážnou část tvořili muži (59 %). Nejméně početnou byla pak skupina osob do 29 let (3 %) (viz graf č. 2, tabulky č. 5 a 19). Srovnání v tabulce č. 19 poukazuje na trend poklesu mladších ročníků v rámci bezdomovecké populace a nárůst starších osob bez domova oproti výzkumu z let 2002–2003. Tato zjištění nesou statistickou validitu¹⁷⁶, jak poukazuje výpočet chí-kvadrát testu. Opět je třeba ale brát tyto statistické výsledky jako orientační a vyžadující komplexnější a rozsáhlejší výzkum pro jejich potvrzení.

Tabulka 18: Respondenti z řad osob bez domova podle věku a pohlaví na základě výzkumu z let 2002–2003.

věková skupina	muži		ženy		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
do 29 let	40	18	3	9	43	17
30–49 let	131	58	21	66	152	59
50 a více let	54	24	8	25	62	24
celkem	225	100	32	100	257	100

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277. (upraveno autorkou).

$\chi^2 = 1,453$; $p = 0,483$

Tabulka 19: Srovnání věkové struktury u osob bez domova z let 2002–2003 a vlastního výzkumu za období 2025.

věková skupina	2002–2003		období 2025	
	abs.	%	abs.	%
do 29 let	43	17	2	3
30–49 let	152	59	26	41
50 a více let	62	24	36	56
celkem	257	100	64	100

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277. (upraveno autorkou); vlastní šetření.

$\chi^2 = 27,258$; $p < 0,000$

¹⁷⁵ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277.

¹⁷⁶ V tabulce zvýrazněna tučně.

Míra vzdělání u osob bez domova v rámci výzkumu z let 2002–2003 poukázala na vyšší dosažené vzdělání u mužů, kde dominovalo především odborné vyučení bez maturity (41,8 %). Druhou nejzastoupenější kategorií bylo středoškolské, popřípadě vysokoškolské vzdělání (32,9 %), kde byla znovu větší převaha mužů. U žen převládalo pouze základní vzdělání (62,5 %) (viz tabulka č. 20).¹⁷⁷ Tato zjištění prokazují také statisticky významný vztah¹⁷⁸ mezi stupněm vzdělání a pohlavím v kontextu bezdomovectví.

Zkoumaný soubor vlastního dotazníkového šetření tuto strukturu potvrzuje. I v rámci vlastního šetření se ukazuje vyšší zastoupení mužů, u kterých je jako nejvyšší dosažené vzdělání odborné vyučení bez maturity (48 %). Středoškolského, popřípadě vysokoškolského vzdělání pak dosahuje 33 % mužů. Dosažené vzdělání u žen v kontextu mého zkoumaného souboru nepoukazuje na výrazné rozdíly (viz graf č. 3, tabulky č. 6 a 21).

Tabulka 20: Respondenti z řad osob bez domova podle dokončeného vzdělání a pohlaví na základě výzkumu z let 2002–2003.

dokončené vzdělání	muži		ženy		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
základní	57	25	20	63	77	30
vyučen/a	94	42	8	25	102	40
SŠ (popř. VŠ)	74	33	4	13	78	30
celkem	225	100	32	100	257	100

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277. (upraveno autorkou).

$\chi^2 = 18,741$; $p < 0,001$

Tabulka 21: Srovnání respondentů z řad osob bez domova z let 2002–2003 a vlastního výzkumu za období 2025 podle dokončeného vzdělání.

dokončené vzdělání	2002–2003		období 2025	
	abs.	%	abs.	%
základní	77	30	13	20
vyučen/a	102	40	30	48
SŠ (popř. VŠ)	78	30	21	33
celkem	257	100	64	100

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 279. (upraveno autorkou); vlastní šetření.

$\chi^2 = 2,446$; $p = 0,294$

Výzkum duševního zdraví pražských bezdomovců z let 2002–2003 sledoval i faktor počtu let strávených na ulici, tedy dobu života bez stálého a stabilního bydlení. Třetina

¹⁷⁷ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277.

¹⁷⁸ V tabulce zvýrazněno tučně.

souboru včetně žen (33,3 %) byla bez stálé formy bydlení méně než půl roku, u pětiny zkoumaného souboru (20 %) to byla doba delší než pět let a 5 % dotazovaných žilo bez domova 10 až 20 let. Průměrný počet let strávených na ulici se pohyboval dle údajů z let 2002–2003 kolem $2,57 \pm 4,3$.¹⁷⁹

Data z mého výzkumu uvádějí vyšší průměrný počet let strávených bez domova, a to zejména u mužů. Průměrná doba života na ulici se pohybovala kolem $6 \pm 7,71$ let, u žen pak kolem $3 \pm 4,76$ let. Největší zastoupení představovalo 50 % osob z celkového souboru, kteří uvedli, že bez domova jsou 1 až 5 let. 19 % dotazovaných pak uvádělo dobu delší než 10 let (viz tabulka č. 22).

Tabulka 22: Respondenti z řad osob bez domova podle délky života bez domova a pohlaví.

doba bez domova	muži		ženy		celkem	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
méně než 1 rok	7	12	3	50	10	16
1-5 let	30	52	2	33	32	50
5 až 10	10	17	0	0	10	16
více jak 10 let	11	19	1	17	12	19
celkem	58	100	6	100	64	100

Zdroj: vlastní šetření.

$\chi^2 = 6,279$; $p = 0,099$

V kapitole 6.2 byly rozebírány různé faktory, např. minulost léčení v psychiatrické nemocnici a protialkoholní léčbě, ve vztahu k duševnímu zdraví respondentů. Pro ucelenější přehled dat tyto charakteristiky prezentuji níže znovu. Historie léčení v psychiatrické nemocnici byla zaznamenána u 22,6 % respondentů ze souboru zkoumaného v letech 2002–2003 a 13,2 % si prošlo protialkoholním léčením v témže souboru. Ve všech těchto kategoriích měli o něco vyšší zastoupení muži oproti ženám (viz tabulka č. 23).¹⁸⁰

Tabulka 23: Počet let bez domova a předchozí léčba podle pohlaví na základě výzkumu z let 2002–2003 (v %).

	muži	ženy	celkem	test	P
roky bez domova (průměr $\pm$ SD)	$2,6 \pm 3,41$	$2,4 \pm 3,66$	$2,57 \pm 4,3$	$F = 0,090$	0,764
pobyt v PN (%)	24	15,6	23	$\chi^2 = 0,315$	0,222
pobyt v PA (%)	14	9,4	13	$\chi^2 = 0,492$	0,359

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277 (upraveno autorkou).

¹⁷⁹ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277.

¹⁸⁰ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277.

Tabulka č. 24 prezentuje srovnání těchto výsledků v rámci sledování předchozího léčení v psychiatrické nemocnici a protialkoholní léčebně. Z vlastního šetření vyplývá do jisté míry podobné rozložení, ovšem nelze opomenout stoupající trend, na který poukazují data získaná vlastním šetřením. Větší zastoupení osob je v případě léčení v psychiatrické nemocnici (celkem 42 %) a o něco menší zastoupení pak v rámci léčení v protialkoholní léčebně (celkem 26 %). Stejně jako ve výzkumu vedeném E. Dragomireckou, D. Kubisovou a M. Andělem byla vyšší incidence historie léčení v psychiatrické nemocnici nebo protialkoholní léčebně evidována u mužů (viz tabulky č. 10 a 11). Výsledky prezentované v tabulce č. 24 jsou statisticky významné¹⁸¹ a vykazují souvislost ve sledovaných kategoriích, tedy rostoucí trend počtu osob bez domova léčených v psychiatrické nemocnici či protialkoholní léčebně. Data, jak bylo zmíněno již výše, nelze brát definitivně, je třeba důkladnějšího výzkumu v této oblasti.

Tabulka 24: Srovnání počtu let bez domova a předchozího léčení u respondentů z let 2002–2003 a vlastního výzkumu z období 2025 (v %).

	2002–2003	období 2025
roky bez domova (průměr ± SD)	2,57 ± 4,3	6,09 ± 7,51
pobyt v PN (%)	22,6	42,2
pobyt v PA (%)	13,2	26,6

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277 (upraveno autorkou); vlastní šetření.

pobyt v PN: $\chi^2 = 10,790$; $p = 0,001$

pobyt v PA: $\chi^2 = 7,151$; $p = 0,007$

Poslední sledovanou charakteristikou byla preferovaná forma přespávání v zimním a letním období. Respondenti měli možnost výběru z více odpovědí. Z dat výzkumu z let 2002–2003 vyplývá, že 50,6 % dotazovaných vyhledává pro přespávání azylová zařízení, 30 % preferuje přespávání na ulici, 26,1 % uvedlo, že vyhledávají nádraží, a 18,7 % pak komerční ubytovny. Méně vyhledávanou formou přespávání bylo přespávání v dopravních prostředcích (16,7 %) a přespávání u příbuzných nebo známých (14 %).¹⁸²

V následující tabulce č. 25 předkládám komparaci výsledků mezi výzkumy v kontextu preferované formy přespávání v zimním a letním období. Data, která jsem získala na základě vlastního dotazníkového šetření, naznačují odlišné rozložení. Získaná data uvádějí jako celkově nejvyhledávanější formu přespávání na ulici, a to jak u mužů, tak

¹⁸¹ V tabulce označeno tučně.

¹⁸² DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277.

i u žen (56 %) (viz tabulka č. 8 a 9). Druhou nejzastoupenější formou je pak přespávání v azylových zařízeních (34 %).

Tabulka 25: Srovnání preferované formy přespávání v zimním a letním období (v %) u respondentů z let 2002–2003 a vlastního výzkumu za období 2025.

přespávání v zimním a letním období	celkem	
	2002–2003	období 2025
azylová zařízení	50,6	34
komerční ubytování	18,7	0
u příbuzných nebo známých	14	3
na ulici	30	56
ve veřejné dopravě	16,7	1
na nádražích, letištích	26,1	0
jiná (např. squat, sklep)	0	6
celkem	100	100

Zdroj: DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277 (upraveno autorkou); vlastní šetření.

7 OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

H1: Prevalence a struktura duševních poruch u osob bez domova na základě vlastního dotazníkového šetření nezaznamenala výrazné odchylky od výzkumu z let 2002–2003.

Hypotéza vyvrácena

Tato hypotéza předpokládala, že výsledky vlastního šetření budou korespondovat s výsledky výzkumu z let 2002–2003¹⁸³ týkajícího se prevalence a struktury duševních onemocnění. Vlastní dotazníkové šetření provedené v rámci této bakalářské práce se ale v některých kategoriích měření výrazně lišilo ve výsledcích v porovnání s výzkumem z let 2002–2003.

Data, která jsem získala na základě vlastního šetření, naznačují možný rostoucí trend (viz tabulka č. 14). To je ale třeba samozřejmě přezkoumat jinými a rozsáhlejšími výzkumy. Struktura duševních onemocnění na základě vyhodnocení SRQ–24, zachovává stejnou strukturu jako v případě výzkumu z let 2002–2003, ve které u bezdomovecké populace převažují především neurotické a depresivní poruchy.¹⁸⁴ Rozdíl představuje prevalence duševních poruch, která je v rámci vlastního šetření v některých kategoriích vyšší až o 20 %, proto nemohu stanovenou hypotézu potvrdit.

Vlastní dotazníkové šetření zaznamenalo nárůst o 21 % v kategorii neurotické a depresivní poruchy. Jednalo se celkem o 44 % osob, které vykazovaly vysokou intenzitu potíží, oproti výzkumu z let 2002–2003, kdy se jednalo o celkem 23,3 % osob¹⁸⁵ (rozdíl 21 %). Další nárůst prevalence byl na základě vlastního šetření zaznamenán v kategorii psychotických poruch, kdy bylo identifikováno 25 % osob s pravděpodobnou psychotickou poruchou oproti výzkumu z let 2002–2003, kdy se jednalo o 8,6 % osob¹⁸⁶ (rozdíl 16,4 %).

Z důvodu nízkého počtu respondentů v rámci vlastního šetření je třeba brát tyto hodnoty jako orientační. Pro přesnější zjištění je třeba provést rozsáhlejší výzkum.

H2: Duševní zdraví osob bez domova na základě vlastního šetření dosahuje horšího skóre (SRQ–24) oproti bydlící populaci.

¹⁸³ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců.

¹⁸⁴ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

¹⁸⁵ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

¹⁸⁶ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

Hypotéza potvrzena

Hypotéza předpokládala, že duševní zdraví u bezdomovecké populace bude závažnější, tedy že lidé bez domova budou dosahovat horších výsledků v dotazníku SRQ-24 oproti bydlící populaci, tedy kontrolnímu souboru. Hypotéza vycházela ze zjištění z výzkumu z let 2002–2003, kde duševní zdraví lidí bez domova bylo závažnějšího charakteru než v případě kontrolního souboru.¹⁸⁷

Z vlastního dotazníkového šetření bylo zjištěno, že duševní zdraví bezdomovecké populace je závažnější než u bydlící (viz tabulka č. 3). V kategorii psychotických poruch se jednalo o výrazné rozdíly. U bezdomovecké populace byla psychotická porucha pravděpodobná u 25 % dotazovaných. U kontrolního souboru se jednalo o 12 %, což činí znatelný rozdíl v prevalenci tohoto onemocnění, konkrétně rozdíl 13 %. V kategorii neurotických a depresivních poruch tak markantní rozdíly nebyly odhaleny, přesto duševní zdraví bezdomovecké populace v rámci vlastního šetření i v této kategorii je horší oproti populaci bydlící. Neurotické a depresivní poruchy byly zaznamenány u 44 % osob bez domova v kontrastu k bydlící populaci, kde se jednalo o 39 %. V kategorii celkového skóre pak znovu vychází duševní zdraví lidí bez domova jako závažnější povahy. Na základě dat z vlastního šetření mělo závažné potíže alespoň v jedné oblasti celkem 53 % respondentů ze souboru osob bez domova. V případě kontrolního souboru se jednalo o 46 %.

Znovu připomínám, že je třeba k výsledkům mého šetření přihlížet orientačně.

H3: Respondentky z řad žen bez domova vykazují na základě vlastního šetření závažnější psychiatrická onemocnění, zejména psychózy, oproti populaci mužů bez domova.

Hypotézu nelze vyvrátit ani potvrdit

Předpokládala jsem, že vlastní dotazníkové šetření zachová shodnou strukturu rozložení duševních poruch u osob bez domova ve vztahu k pohlaví, jako tomu bylo v případě výzkumu z let 2002–2003 (viz tabulka č. 12), tedy že psychotické poruchy budou četnější v případě žen bez domova.¹⁸⁸ Výsledky dotazníkového šetření provedeného v rámci této bakalářské práce, však tuto predikci neprokázaly. Naopak, získaná data naznačují vyšší prevalenci psychotických poruch u mužů bez domova (26

¹⁸⁷ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

¹⁸⁸ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

%) než u žen (17 %) (viz tabulka č. 2). Z důvodu nedostatečného počtu respondentů z řad žen, a tedy i nedostatečně průkazných statistických hodnot ($X^2 = 0,593$; $p = 0,743$), nelze stanovenou hypotézu vyvrátit ani přijmout. K prokázání tohoto vztahu je zapotřebí hlubšího zkoumání a rozsáhlejšího výzkumného souboru.

H4: Závažnějšího skóre (SRQ-24) v rámci vlastního šetření dosahují častěji osoby bez domova, které strávily na ulici vyšší počet let, prodělaly hospitalizaci v PN nebo PA léčebně, a osoby s nižším dosaženým vzděláním.

Hypotéza potvrzena

Stanovená hypotéza předpokládala, že vlastní dotazníkové šetření identifikuje stejné charakteristiky mající vliv na závažné duševní zdraví u lidí bez domova, tak jako tomu bylo v případě dotazníkového šetření z let 2002–2003 (viz tabulka č. 16). Tedy že závažnějšího skóre budou dosahovat osoby které strávily delší dobu na ulici, prodělaly hospitalizaci v psychiatrické nemocnici nebo byly léčeny v protialkoholní léčebně, a osoby s nižším dosaženým vzděláním.¹⁸⁹

Daty získanými na základě vlastního šetření bylo prokázáno, že závažnějšího skóre v dotazníku SRQ-24 dosahují častěji právě osoby vyznačující se výše popsány charakteristikami. Jednalo se tedy o osoby, které na ulici strávily delší počet let, v průměru $6,28 \pm 7,17$ let (viz tabulky č. 7 a 11). Závažnějšího skóre dosahovaly také osoby s historií léčení v psychiatrické nemocnici nebo protialkoholní léčebně (viz tabulka č. 11). U osob s nižším vzděláním, tedy odborným vyučením bez maturity nebo základním, mělo závažné duševní potíže 39 % dotazovaných, oproti osobám se středoškolským, popřípadě vysokoškolským, kde se jednalo o celkem 26 % respondentů (viz tabulka č. 11).

Tuto hypotézu označuji jako potvrzenou, znovu ale musím upozornit, že data získaná provedením vlastního dotazníkového šetření je třeba posuzovat orientačně vzhledem k limitům výzkumu.

¹⁸⁹ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

8 DISKUZE NAD VÝSLEDKY

Výzkum provedený v rámci této bakalářské práce nedosahoval vysoké statistické významnosti, jak naznačují hodnoty chí-kvadrát testů a p-hodnoty. Ani si tzv. statistickou sílu nekladal za cíl. Cílem bylo zmapovat stav duševního zdraví u bezdomovecké populace na území hlavního města Prahy a získaná data porovnat s výzkumem z let 2002–2003. Jedná se tedy spíše o orientační a deskriptivní formu výzkumu.

I když v některých měřeních a srovnáních vyšly statisticky významné hodnoty, je stále třeba je interpretovat opatrně vzhledem k nízkému počtu respondentů. Zároveň bych ráda upozornila, že ani výzkum z let 2002–2003 nedosahoval v rámci provedených chí-kvadrát testů vždy statistické významnosti, protože ne vždy existuje signifikantní vztah mezi měřenými kategoriemi. Některé výsledky statistických měření v rámci výzkumu E. Dragomirecké, D. Kubisové a M. Anděla, tedy poukazují spíše na náhodnost dat. Statisticky nejprůkaznější je v rámci výzkumu z let 2002–2003 porovnání bezdomovecké populace s kontrolním souborem (viz tabulka č. 13), kde ve všech kategoriích měření byly hodnoty chí-kvadrát testu a p-hodnoty natolik nízké, že dokazují souvislost bezdomovectví s duševním onemocněním. Další statisticky prokázané souvislosti jsou doloženy v tabulce č. 16, kde výzkumu z let 2002–2003 zaznamenal spojitost závažných duševních potíží s přechozím léčením v psychiatrické nemocnici, a také s nižším dosaženým vzděláním.¹⁹⁰

Je možné se také domnívat, že bezdomovecká populace je natolik variabilní a heterogenní, že nelze podchytit všechny významné souvislosti. Stejně tak je možné, že využitý nástroj SRQ-24 nebyl dostatečný pro prokázání všech statisticky významných souvislostí v bezdomovecké populaci. Je proto třeba hlubšího a komplexnějšího výzkumu, který by například kombinoval kvantitativní a kvalitativní metodu a zaměřil by se na rozsáhlejší sběr dat co do počtu respondentů.

Vedle celkově nízkého počtu respondentů z řad osob bez domova, zaznamenal výzkum v rámci této bakalářské práce především nedostatečný počet respondentů z řad žen bez domova. Tato situace byla dle mého názoru zapříčiněna několika faktory. Zprvu bezdomovectví žen se vyznačuje spíše skrytou formou nežli zjevnou. Dále se jednalo o

¹⁹⁰ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 277–279.

časté odmítání účasti v dotazníkovém šetření z jejich strany. A v neposlední řadě se domnívám, že roli hrálo i obecně nízké zastoupení žen v bezdomovecké populaci. Podle posledního sčítání osob bez domova z roku 2019, je bezdomovecká populace tvořena z velké části muži (81 %), oproti ženám, které představují pouze 19 %.¹⁹¹

Zároveň bych ráda upozornila, jak je uvedeno ve výzkumu vedeném E. Dragomireckou, D. Kubisovou a M. Andělem, že nelze docílit pravidla náhodného výběru u souboru osob bez domova. O zařazení do dotazníkového šetření rozhodovala především ochota respondentů zúčastnit se. Dále jejich mentální a fyzická kondice, která ovlivňovala jejich schopnost odpovídat na položené dotazy. Výzkumu se tedy nemohli z výše uvedených důvodu zúčastnit ani být požádáni o účast jedinci se zhoršenou fyzickou, mentální nebo i psychickou kondicí, například osoby v akutní fázi psychotického onemocnění nebo osoby intoxikované návykovými látkami.¹⁹² To samé platí i v případě kontrolního souboru, kde pro získání respondentů byla využita sociální síť, byť v kombinaci s tištěnou formou dotazníku pro získání respondentů z řad starších osob. Přesto nemohlo být plně zajištěno pravidlo náhodného výběru ani v případě kontrolního souboru.

Navzdory výše zmíněným nedostatkům výzkumu, výsledky stále potvrzují vyšší prevalenci duševních poruch u bezdomovecké populace oproti kontrolnímu souboru. Zejména alarmující je vysoký podíl osob s možným psychotickým onemocněním. U mužů se jednalo o celkem 26 % osob, tedy téměř každý třetí ze zkoumaného vzorku dosahoval vysokého skóre v kategorii psychotických poruch. Ve výzkumu z let 2002–2003 byla psychotická porucha pravděpodobná u 8,6 % dotazovaných.¹⁹³

Podle přehledové studie z roku 2016 se procento osob z řad bezdomovecké populace trpící psychotickým onemocněním pohybuje mezi 2–45 % v závislosti na metodě sběru dat. Zároveň je poukázáno, že největší rozdíly v duševním zdraví bydlící a bezdomovecké populace jsou patrné z pravidla na prevalenci psychotických poruch.¹⁹⁴ To také odpovídá výsledkům vlastního šetření, kde rozdíl mezi kontrolní a bezdomoveckou skupinou v této kategorii činil 13 % a tedy jednalo se tak o

¹⁹¹ NEŠPOROVÁ, O; HOLPUCH, P; JANUROVÁ, K; KUCHAROVÁ, V. *Sčítání osob bez domova v České republice 2019: Kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS*. 1. vydání. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2019. ISBN: 978-80-7416-351-7. S. 50.

¹⁹² DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

¹⁹³ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 278.

¹⁹⁴ DVOŘÁČKOVÁ D; BELEŠOVÁ R; KAJANOVÁ A; BERGOUGUI B. Zdravotně sociální aspekty bezdomovectví. S. 198.

nejmarkantnější rozdíl v celkovém hodnocení dotazníku SRQ-24. Pro představu vysoké četnosti tohoto onemocnění u bezdomovecké populace, uvádím ještě data z psychoterapeutických služeb organizace Naděje Praha, kde za rok 2018 využily jimi nabízené psychoterapeutické pomoci 10,4 % osob trpících schizofrenií nebo jinou psychotickou poruchou (viz tabulka č. 1).¹⁹⁵

Zjištění výskytu závažných duševních potíží u osob s minulostí léčení závislosti na alkoholu poukazuje také na vysokou prevalenci duálních diagnóz v bezdomovecké populaci. Provedené dotazníkové šetření v rámci této bakalářské práce zjistilo závažné psychické potíže u 38,2 % respondentů, kteří byli v minulosti léčení kvůli závislosti na alkoholu. V rámci výzkumu z let 2002–2003 se jednalo také o poměrně vysoké procento osob, celkem 21,2 % respondentů.¹⁹⁶ V odborných publikacích se výskyt duálních diagnóz odhaduje na 10–20 %, opět v závislosti na typu výzkumu a výzkumného nástroje.¹⁹⁷ Podle dat Naděje Praha se za rok 2017 se závislostmi potýkalo celkem 34 % jejich klientů (viz tabulka č. 1).¹⁹⁸

Přestože, stejně jako v případě duševních nemocí, nelze přesně určit, co je příčinou a co důsledkem zhoršeného duševního zdraví bezdomovecké populace stejně jako vyšší prevalence závislostních poruch, je zajímavé dát tato zjištění do souvislosti i se studiemi, které uvádějí až 48 % riziko rozvoje závislosti na návykových látkách u osob se schizofrenií. U osob s bipolární poruchou se pak jedná o až 56 % riziko rozvoje závislostního chování. U zdravých jedinců, tedy jedinců bez závažnějších duševních poruch, se riziko rozvoje závislosti pohybuje kolem 17 %. Tedy lidé trpící závažnými duševními poruchami mají sklony inklinovat k závislostnímu chování častěji než osoby bez závažnějších duševních poruch.¹⁹⁹

Zajímavé je i zjištění vyšší prevalence duševních poruch u bydlící populace oproti zjištěním z let 2002–2003 (viz tabulka č. 15). I když znovu je třeba výsledky mého vlastního šetření interpretovat opatrně vzhledem k limitům výzkumu, považuji za důležité poukázat na podobný rostoucí trend prevalence psychiatrických poruch v populaci, který zaznamenal Národní zdravotnický informační portál. Podle údajů

¹⁹⁵ DUTKA, J; GLUMBÍKOVÁ, K; ČADA, K. *Zdraví obyvatel postrádajících standardní bydlení*. S. 4–5.

¹⁹⁶ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 279.

¹⁹⁷ DVOŘÁČKOVÁ D; BELEŠOVÁ R; KAJANOVÁ A; BERGOUGUI B. Zdravotně sociální aspekty bezdomovectví. S. 198.

¹⁹⁸ DUTKA, J; GLUMBÍKOVÁ, K; ČADA, K. *Zdraví obyvatel postrádajících standardní bydlení*. S. 4.

¹⁹⁹ DRAKE, R. E; MUESER, K. Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2000, roč. 26, č. 1, s. 105–118. Dostupné z: <https://www.researchgate.net>. [cit. 2025-04-01]. S. 105.

NZIP došlo k nárůstu duševních poruch v ČR o 22 % v rozmezí let 2010 až 2021.²⁰⁰ Možnými důvody tohoto nárůstu je mnoho. Jedním z nich může být například proběhlá pandemie COVID-19, ale i obecně nepříznivá environmentální, ekonomická a geopolitická situace. Tento trend růstu prevalence psychiatrických diagnóz může být značně ovlivněn i masovým rozšířením a rozvojem sociálních sítí a internetu, které na začátku 21. století nebyly ještě natolik používány.²⁰¹ K tomuto rostoucímu trendu může také přispět i destigmatizace duševních poruch, kdy lidé mluví otevřeněji o psychiatrických diagnózách a vlastních zkušenostech s duševními poruchami nebo vyhledáváním a využíváním odborné pomoci. Ovšem k potvrzení těchto souvislostí je potřeba hlubšího a komplexnějšího zkoumání.

Zjištěné sociodemografické údaje, především ve vztahu k věkové struktuře osob bez domova, odpovídají poslednímu sčítání bezdomovecké populace z roku 2019. Toto sčítání určilo jako nejpočetnější věkovou skupinu osoby mezi 50 a 64 lety. Jejich zastoupení v rámci bezdomovecké populace se pohybovalo kolem 30–40 % v závislosti na jejich formě přespávání. Osoby přespávající venku, tedy zjevní bezdomovci (podle typologie ETHOS osoby bez střechy) představovaly v rámci tohoto sčítání celkem 36 %. V rámci nocleháren se tato věková skupina pak pohybovala kolem 40 %.²⁰² Výsledky vlastního šetření tuto věkovou skupinu evidovaly také jako tu nejpočetnější. Tvořila 56 % všech dotazovaných. Druhou nejzastoupenější skupinou pak byly osoby ve věku 30 až 49 let (celkem 41 %).

Za důležité považuji upozornit na poměrně vysoké procento osob, které uvedly, že byly v minulosti hospitalizovány v psychiatrické nemocnici. Tato skutečnost se odráží nejen v provedeném vlastním šetření, ale také ve výzkumu z let 2002–2003. Jedná se o 42 % osob v rámci vlastního šetření a o 22,6 % osob v rámci výzkumu z let 2002–2003 které uvedly, že byly alespoň jednou v minulosti hospitalizovány v psychiatrické nemocnici (viz tabulka č. 24).²⁰³ Takto vysoké zastoupení osob s historií léčení v psychiatrické nemocnici z řad lidí bez domova je možné interpretovat také jako nedostatečné zajištění následné péče. Nelze tedy vyloučit možnost, že v rámci bezdomovecké

²⁰⁰ NZIP. *Duševní onemocnění v Česku*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz> [cit. 2025-04-20].

²⁰¹ KOPECKÝ, K; KREJČÍ, V. *Sociální síť: Úvod do problematiky*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6370-4. S. 12–14.

²⁰² NEŠPOROVÁ, O; HOLPUCH, P; JANUROVÁ, K; KUCHAROVÁ, V. Sčítání osob bez domova v České republice 2019: Kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS. S. 51–52.

²⁰³ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 279.

populace je určité procento lidí, kteří po propuštění z psychiatrické nemocnice skončili na ulici.

Dlouhodobá hospitalizace sebou může nést značné negativní sociální důsledky, které mohou jedinci znesnadnit opětovnou integraci do společnosti. Jednak může docházet k rozvoji tzv. syndromu hospitalismu, kdy se jedinec podřizuje systému a stává se apatickým, nezúčastněným a v konečném důsledku závislým na pomoci. Spolu s tím ale hospitalizace, která například u osob se schizofrenií trvá i řadu měsíců, má negativní vliv na sociální sféru fungování člověka. Při dlouhodobých hospitalizacích je ohroženo bydlení, zaměstnání a sociální vztahy klienta. Je proto třeba dbát především na včasnou prevenci a kvalitní následnou péči, jak vyzdvihují autoři E. Dragomirecká, D. Kubisová a M. Anděl ve výzkumu z let 2002–2003: *„Značné procento osob v našem souboru (32,3 %), které se v minulosti léčilo v psychiatrické léčebně nebo absolvovalo protialkoholní léčbu, je upozorněním na důležitost kvalitní následné péče o pacienty propuštěné z ústavní léčby.“*²⁰⁴ Tito lidé totiž často v důsledku dlouhodobé a opakované hospitalizace ztrácejí zaměstnání a následně čelí problémům s bydlením. Zejména v případě, kdy po propuštění z psychiatrické nemocnice jedinec nemá kam jít a nemá nikoho, kdo by se o něj postaral. Jelikož u lidí s duševním onemocněním převládají spíše patologické a nestabilní rodinné a jiné vztahy, je zde tedy vysoké riziko, že skončí v bytové nouzi nebo dochází k relapsu onemocnění. To pak ve většině případů vede k opětovné hospitalizaci.²⁰⁵ Samozřejmě psychiatrické nemocnice hrají v boji proti duševním onemocněním nezastupitelnou roli a hospitalizace je často nevyhnutelnou součástí uzdravení duševního zdraví člověka, je ale třeba také rozvinout i kvalitní následnou péči.

Důležitým mezníkem proto je reforma psychiatrické péče započatá v roce 2013, která si kladla za cíl posílit, skrze centra duševního zdraví (CDZ), komunitní péči a následnou péči o tyto jedince. Cílem této reformy bylo také snížit celkový počet lůžek v psychiatrických nemocnicích, a tedy snížit i počty hospitalizací. I když první CDZ začala vznikat v roce 2018 do dnešních dnů nebyla vybudována jejich dostatečná síť. Z plánovaných 100 center pro rok 2023 jich dle Národního kontrolního úřadu (NKÚ), bylo vybudováno jen zhruba 30. Tedy zůstává stále značná část osob, kterým se

²⁰⁴ DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. S. 279.

²⁰⁵ HORÁKOVÁ, J. Lidé s duševním onemocněním – Problematika bydlení. S. 7–9.

nedostává potřebné péče v oblasti duševního zdraví.²⁰⁶ Není proto ani možné vyloučit, že mezi lidmi bez domova i mezi těmi, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, jsou přítomny osoby, které v důsledku této chybějící následné péče a podpory, skončily ve stavu extrémního sociálního vyloučení.

²⁰⁶ NKÚ. *Kontrola NKÚ: center duševního zdraví je málo, chybí odborný personál, není zajištěno financování*. Online. Tisková zpráva ke kontrolní akci č. 23/22. 2024. Dostupné z: <https://www.nku.cz>. [cit. 2025-04-20].

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala problematice duševního zdraví u bezdomovecké populace. Jejím cílem bylo tuto problematiku zmapovat, a to nejen teoreticky, ale i prakticky v rámci vlastního dotazníkového šetření, které slouží, jak již bylo několikrát zmíněno, orientačním a deskriptivním účelům spíše než statistické významnosti.

Teoretická část se zaměřila na charakterizování bezdomovectví v jeho formách, příčinách a důsledcích. Bezdomovectví bylo definováno jako absence domova, který byl vymezen nejen jako hmotný koncept, ale též jako důležitá součást našeho sociálního a individuálního života. Byla představena nejužívanější typologie bezdomovectví, tzv. typologie ETHOS, kde bylo jasně demonstrováno, že bezdomovectví není pouze absence střechy nad hlavou, ale je to též nejisté bydlení, například i ve smyslu nedostatečného bezpečí v případě obětí domácího násilí nebo nedostatečného legislativního bezpečí v případě osob přespávajících u známých či příbuzných a osob bydlících v podnájmech. Ve druhé kapitole jsem se věnovala otázce, co to znamená být duševně zdravý nebo nemocen. Představila jsem definici zdraví WHO, která přispěla k lepšímu pochopení duševního onemocnění. Zároveň jsem představila i hlavní možné příčiny zhoršeného duševního zdraví u lidí bez domova a demonstrovala tuto skutečnost na několika tuzemských i zahraničních výzkumech. Pro lepší pochopení duševního onemocnění jsem ve třetí kapitole charakterizovala vybrané psychiatrické diagnózy, které se s bezdomovectvím nejčastěji pojí.

Empirická část se pak věnovala vlastnímu výzkumu duševního zdraví u bezdomovecké populace, jehož cílem bylo tuto problematiku empiricky prozkoumat a výsledná zjištění porovnat s výzkumem duševního zdraví pražských bezdomovců provedeným mezi lety 2002–2003. Pro lepší uchopení výzkumné otázky a hlubší náhled do problematiky duševního zdraví u osob bez domova jsem stanovila tři dílčí výzkumné otázky a hypotézy k těmto otázkám.

Výzkumným nástrojem byl dotazník SRQ–24, který byl vyvinut WHO pro účely odhadu prevalence duševních poruch u negramotné populace. Tento dotazník nebyl koncipován jako přesný nástroj určující diagnózu. Byl součástí dvoufázového procesu a jeho cílem je pouze tzv. screening duševních poruch. Druhou částí pak je stanovení samotné diagnózy psychiatrem nebo klinickým psychologem.

Dotazníkové šetření prokázalo zhoršené duševní zdraví u lidí bez domova v porovnání s bydlící populací. Vysokého skóre dotazníku SRQ-24 dosahovaly především osoby s historií léčení v psychiatrické nemocnici nebo protialkoholní léčebně, dále osoby s delší dobou pobytu na ulici a osoby s nižším dosaženým vzděláním. Vyššího skóre dosahovaly zejména v kategorii psychotických poruch, kde se jednalo o celkem 25 % ze zkoumaného vzorku. U bydlící populace tento podíl činil 12 %, to představuje rozdíl 13 %. Dotazníkové šetření také poukazuje na vyšší pravděpodobnost prevalence duševních poruch u bydlící populace ve srovnání s daty získanými stejnou metodou a stejným výzkumným nástrojem v letech 2002–2003. Zhoršeného duševního zdraví v kategorii neurotických a depresivních poruch dosahovalo v kontrolním souboru 39 % dotazovaných. Celkové skóre dotazníku SRQ-24 pak u kontrolního souboru činí 46 % respondentů, kteří mají závažné duševní problémy alespoň v jedné měřené kategorii.

I přestože realizovaný výzkum v rámci této bakalářské práce nenesl statistickou významnost, jeho deskriptivní charakter poukazuje na stále převládající vysoké procento osob s možnou psychiatrickou diagnózou, kterým se nedostává potřebné péče. Přestože nelze přesně určit, zda duševní onemocnění je výsledkem bezdomovectví, nebo zdali je bezdomovectví symptomem duševního onemocnění, je zcela zjevné, že přítomnost duševní poruchy představuje bariéru na cestě z ulice k trvalému a stabilnímu bydlení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMORE, K; HOWDEN-CHAPMAN, P. Mental Health and Homelessness. In: *International Encyclopedia of Housing and Home*. Elsevier Science, 2012, 268–273. ISBN: 9780080471631.

ANOMBEM, O. M; ARISOYIN, A; OKEREKE, O. P; OKOBI, O. E; MAMMAN, A *et al.* A Review of the Impact of Homelessness on Mental Health. Online. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*. 2023, roč. 35, č. 17. 11–18. Dostupné z: <https://journaljammr.com>. [cit. 2025-04-01].

BARTÁK, M. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2011. ISBN: 978-80-7414-441-7.

BEUSENBERG, M; ORLEY, J. *A user's guide to the self reporting questionnaire*. Online. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization, 1994. Dostupné z: <https://iris.who.int>. [cit. 2025-4-22].

BREAKEY, W. R. Mental illness and health. Online. *Encyclopedia of Homelessness*. 2004; roč. 2. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. Dostupné z: <https://sk-sagepub-com>. [cit. 2025-04-01].

DRAGOMIRECKÁ, E; KUBISOVÁ, D; ANDĚL, M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie*. 2004, roč. 8, č. 4. 274–279. ISSN: 1211-7579.

DRAKE, R. E; MUESER, K. Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2000, roč. 26, č. 1, s. 105–118. Dostupné z: <https://www.researchgate.net>. [cit. 2025-04-01].

DUTKA, J; GLUMBÍKOVÁ, K; ČADA, K. *Zdraví obyvatel postrádajících standardní bydlení*. Online. MPSV, 2018. Dostupné z: <https://socialnibydeni.mpsv.cz>. [cit. 2025-04-12].

DVOŘÁČKOVÁ D, BELEŠOVÁ R, KAJANOVÁ A, BERGOUGUI B. Zdravotně sociální aspekty bezdomovectví. *Kontakt*. 2016, roč. 18, č. 3. s. 196–201. Dostupné z: <https://www.researchgate.net>. [cit. 2025-04-01].

FISCHER, S; ŠKODA, J. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0.

HORÁKOVÁ, J. *Lidé s duševním onemocněním – Problematika bydlení*. Online. Fokus ČR, z. s. 2017. Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz>. [cit. 2025-04-01].

HRADECKÁ, V; HRADECKÝ, I. *Bezdomovectví: Extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996. ISBN: 80-902292-0-4.

HRADECKÝ, I. a kol. *Definice a typologie bezdomovství: [zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR]*. Praha: Naděje, 2007. ISBN 978-80-86451-13-8.

HWANG, W. S. Homelessness and Health. Online. *Canadian Medical Association Journal*. 2001, roč. 164, č. 2, s. 229–233. Dostupné z: <https://www.researchgate.net>. [cit. 2025-04-01].

CHRÁSKA, M; KOČVAROVÁ, I. *Kvantitativní design v pedagogických výzkumech začínajících akademických pracovníků*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2014. ISBN 978-80-7454-420-0.

KONDRÁTOVÁ, L., CHRTKOVÁ, D., MLADÁ, K., JANOUŠKOVÁ, M., ŠTANGLOVÁ, A. ROBOCH, Z., PÁV, M., WINKLER, P. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrické společnosti SLS*. 2018, roč. 114, č. 4, s. 151–158. ISSN 1212-0383.

KOPECKÝ, K; KREJČÍ, V. *Sociální sítě: Úvod do problematiky*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-244-6370-4.

MALÁ, E; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-723-7.

MAREK, J; STRNAD, A; HOTOVCOVÁ, L. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0090-1.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

MIKOVÁ, B. *Koncepty "Sense of coherence" a "Sense of national coherence" jako prediktivní faktory duševního zdraví v období pandemie COVID-19*. Diplomová práce, vedoucí Šípová, Ivana. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, 2021.

MOSITES, E; HUGHES, L; BUTLER, J.C. Homelessness and Infectious Diseases: Understanding the Gaps and Defining a Public Health Approach: Introduction. Online. *The Journal of Infectious Diseases*. 2022, roč. 226, č. 3, s. 301–303. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac352>. [cit. 2024-10-24].

NEŠPOROVÁ, O; HOLPUCH, P; JANUROVÁ, K; KUCHAROVÁ, V. *Sčítání osob bez domova v České republice 2019: Kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS*. 1. vydání. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2019. ISBN: 978-80-7416-351-7.

NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem a jejich blízké*. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.

RAVENHILL, M. H. *The culture of homelessness: An ethnographic study*. ProQuest LLC, 2014.

SARTORIUS, N; HARDING, T. W. The WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care, I: The Genesis of the Study. Online. *American Journal of Psychiatry*. 1983, roč. 140, č. 11, s. 1470–1473. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/ajp.140.11.1470>. [cit. 2025-4-22].

SOMERVILLE, P. Understanding homelessness. Online. *Housing Theory and Society*. 2013, roč. 30, č. 4, 384–415. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14036096.2012.756096>. [cit. 2025-04-01].

STANOEVI, M. Bezdomovci jako nositelé stigmatu a příjemci pomoci. Online. *Sociální práce*. 2015, roč. 5, s. 41–51. Dostupné z: <https://socialniprace.cz>. [cit. 2024-12-04].

ŠKODA, C; DRAGOMIRECKÁ, E; SLAVÍČKOVÁ, M. Skrining skryté psychiatrické nemocnosti. Knihovna programového vybavení EPIINFO. Praha: Psychiatrické centrum, 1994. Dostupné také z: <https://kramerius.medvik.cz>. [cit. 2025-04-08].

ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2245-0.

TIPPLE, G; SPEAK, S. Definitions of homelessness in developing countries. Online. *Habitat international*. 2005, roč. 29, č. 2, s. 337–352. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2003.11.002>. [cit. 2024-10-24].

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN: 9788026202257.

VÁGNEROVÁ, M; CSÉMY, L; MAREK, J. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2209-5.

VÁGNEROVÁ, M; MAREK, J; CSÉMY, L. *Bezdomovectví ve středním věku: příčiny, souvislosti a perspektivy*. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4054-9.

ZOLNIKOV, T; HAMMEL, M; FURIO, F; EGGLESTON, B. Barriers for homeless with dual diagnosis: lessons learned from intensive mobile psychosocial assertive community treatment program. *Advances in Dual Diagnosis*. 2021, roč. 14, č. 4, s. 169–182. ISSN: 1757-0972.

Internetové zdroje

APA Dictionary of Psychology: *Mental disorder*. Online. Dostupné z: <https://dictionary.apa.org/>. [cit. 10-12-2024].

Encyclopedia Britannica: *Homelessness: social phenomenon*. Dostupné z: <https://www.britannica.com>. [cit. 2024-10-24].

ETHOS: Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení v prostředí ČR. Online. Dostupné z: ETHOS: <https://www.feantsa.org>. [cit. 2024-12-10].

NKÚ. *Kontrola NKÚ: center duševního zdraví je málo, chybí odborný personál, není zajištěno financování*. Online. Tisková zpráva ke kontrolní akci č. 23/22. 2024. Dostupné z: <https://www.nku.cz>. [cit. 2025-04-20].

NZIP. *Duševní onemocnění v Česku*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz> [cit. 2025-04-20].

Oxford English Dictionary: *Homelessness*. Dostupné z: <https://www.oed.com>. [cit. 2024-10-24].

Univerzita Karlova. *Etický kodex*. Online. Dostupné z: <https://cuni.cz/UK-9490.html>. [cit. 2025-4-22].

ÚZIS: *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*. Online: Dostupné z: <https://www.uzis.cz>. [cit. 2024-12-24].

WHO: *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int>. [cit. 2024-12-20].

WHO: *Mental disorders*. Online. Dostupné z: <https://www.who.int>. [cit. 2024-12-20].

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Srovnání některých tuzemských studií ve vztahu k prevalenci duševních poruch u bezdomovecké populace (v %).	22
Tabulka 2: Výskyt duševních potíží podle pohlaví u osob bez domova.	42
Tabulka 3: Intenzita potíží u osob bez domova a kontrolního souboru.	43
Tabulka 4: Respondenti z řad osob bez domova podle národnosti a pohlaví.	44
Tabulka 5: Respondenti z řad osob bez domova podle věku a pohlaví.	45
Tabulka 6: Respondenti z řad osob bez domova podle dokončeného vzdělání a pohlaví.	46
Tabulka 7: Respondenti z řad osob bez domova podle délky života bez domova a pohlaví.	47
Tabulka 8: Respondenti z řad osob bez domova podle formy přespávání v zimním období a pohlaví.	48
Tabulka 9: Respondenti z řad osob bez domova podle formy přespávání v letním období a pohlaví.	48
Tabulka 10: Respondenti z řad osob bez domova podle předchozího léčení v PN či PA a pohlaví.	50
Tabulka 11: Hodnocení duševního stavu (celkové skóre) ve vztahu k dalším charakteristikám.	51
Tabulka 12: Výskyt duševních potíží podle pohlaví na základě výzkumu z let 2002–2003 (v %).	54
Tabulka 13: Intenzita potíží u osob bez domova a kontrolního souboru (v %) na základě výzkumu z let 2002–2003.	54
Tabulka 14: Srovnání výskytu duševních potíží u osob bez domova (v %) v rámci výzkumu z let 2002–2003 (N = 257) a vlastního výzkumu za období 2025 (N = 64).	56
Tabulka 15: Srovnání intenzity potíží u kontrolního souboru (v %) z výzkumu z let 2002–2003 (N = 149) a vlastního výzkumu za období 2025 (N = 41).	56
Tabulka 16: Hodnocení duševního stavu (celkové skóre) ve vztahu k dalším charakteristikám na základě výzkumu z let 2002–2003.	57
Tabulka 17: Incidence závažných duševních potíží u osob bez domova z let 2002–2003 a vlastního výzkumu za období 2025 ve vztahu k dalším charakteristikám (v %).	58

Tabulka 18: Respondenti z řad osob bez domova podle věku a pohlaví na základě výzkumu z let 2002–2003.	59
Tabulka 19: Srovnání věkové struktury u osob bez domova z let 2002–2003 a vlastního výzkumu za období 2025.	59
Tabulka 20: Respondenti z řad osob bez domova podle dokončeného vzdělání a pohlaví na základě výzkumu z let 2002–2003.....	60
Tabulka 21: Srovnání respondentů z řad osob bez domova z let 2002–2003 a vlastního výzkumu za období 2025 podle dokončeného vzdělání.....	60
Tabulka 22: Respondenti z řad osob bez domova podle délky života bez domova a pohlaví.....	61
Tabulka 23: Počet let bez domova a předchozí léčba podle pohlaví na základě výzkumu z let 2002–2003 (v %).	61
Tabulka 24: Srovnání počtu let bez domova a předchozího léčení u respondentů z let 2002–2003 a vlastního výzkumu z období 2025 (v %).	62
Tabulka 25: Srovnání preferované formy přespávání v zimním a letním období (v %) u respondentů z let 2002–2003 a vlastního výzkumu za období 2025.	63

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Respondenti z řad osob bez domova podle národnosti a pohlaví (abs.).	44
Graf 2: Respondenti z řad osob bez domova podle věku a pohlaví (abs.).	45
Graf 3: Respondenti z řad osob bez domova podle dokončeného vzdělání a pohlaví (abs.).	46
Graf 4: Respondenti z řad osob bez domova podle délky života bez domova a pohlaví (abs.).	47
Graf 5: Respondenti z řad osob bez domova podle formy přespávání v zimním období a pohlaví (abs.).	47
Graf 6: Respondenti z řad osob bez domova podle formy přespávání v letním období a pohlaví (abs.).	48
Graf 7: Respondenti z řad osob bez domova podle předchozího léčení v PN či PA a bez minulosti léčení (abs.).	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – dotazník SRQ–24 spolu se sociodemografickým otázkami.

PŘÍLOHA A – dotazník SRQ-24 spolu se sociodemografickými otázkami

SRQ 24 - Sebeposuzovací dotazník

Tento výzkum je prováděn v rámci bakalářské práce na Univerzitě Karlově. Cílem výzkumu je zmapování duševního zdraví u lidí bez domova. Účast ve výzkumu zahrnuje vyplnění krátkého dotazníku. Jedná se o účast dobrovolnou a anonymní. Máte právo kdykoliv bez udání důvodu ukončit svou účast. Účastí či odmítnutím účasti ve výzkumu se nevystavujete žádnému riziku.

Dotazník, který se chystáte vyplnit byl vyvinut WHO jako jednoduchý nástroj pro odhalení potencionální psychiatrické morbidity. Skládá se z 24 otázek na které odpovídáte ANO/NE. Po dotazníku následuje několik doplňujících sociodemografických otázek.

Pokud se necítíte psychicky dobře, nejste na to sami, můžete se obrátit na některou z krizových linek (např. Linka důvěry: 284 016 666) **nebo krizové centrum** (např. PN Bohnice, RIAPS-Praha).

Děkuji za Váš čas.

1 Měl/a jste v uplynulých 30 dnech často bolesti hlavy?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

2 Měl/a jste v uplynulých 30 dnech menší chuť k jídlu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

3 Měl/a jste v uplynulých 30 dnech problémy se spánkem nebo usínáním?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

4 Snadno jste se polekal/a v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

5 Třásl se Vám občas ruce v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

6 Cítil/a jste nervozitu, napětí nebo úzkost v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

7 Měl/a jste problémy se zažíváním nebo vyprazdňováním stolice v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

8 Měl/a jste problémy se soustředit v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

9 Byl/a jste nešťastný/á v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

10 Plakal/a jste častěji než dříve v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

11 Bylo pro Vás obtížné se těšit z každodenních činností v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

12 Bylo pro Vás obtížné se rozhodovat v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

13 Byla pro Vás každodenní práce vyčerpávající v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

14 Měl/a jste pocit, že nedokážete být užitečný/á v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

15 Ztratil/a jste zájem o různé věci v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

16 Cítil/a jste se zbytečný/á v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

17 Přemýšlel/a jste nad ukončením svého života v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

18 Cítil/a jste se stále unavený/á v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

19 Trápili Vás nepříjemné pocity v žaludku v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

20 Unavil/a jste se snadno v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

21 Měl/a jste pocit, že se Vám někdo snaží nějak ublížit nebo uškodit v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

22 Zažil/a jste v posledních 30 dnech pocit, že máte zvláštní schopnosti nebo že jste předurčen/a k něčemu výjimečnému?

Nápověda k otázce: *např. zachránit svět, zničit svět, číst myšlenky druhým lidem, prorokovat budoucnost apod.*

☐ ANO ☐ NE

23 Měl/a jste někdy pocit, že Vám někdo záměrně manipuluje, ovládá nebo vkládá myšlenky v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

24 Slyšel/a jste někdy hlasy, o nichž jste nevěděl/a, odkud přicházejí nebo které nemohly ostatní lidé slyšet v uplynulých 30 dnech?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

☐ ANO ☐ NE

25 Uvedte prosím Vaše pohlaví.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ MUŽ ☐ ŽENA ☐ JINÉ

26 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ ZŠ ☐ SŠ - vyučen/a ☐ SŠ - maturita ☐ VOŠ ☐ VŠ

27 Byl/a jste někdy hospitalizován v psychiatrické nemocnici?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ ANO ☐ NE

28 Kolik je Vám let?

Nápověda k otázce: *Použijte pouze číslice*

29 Jaká je Vaše národnost?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ Česká ☐ Slovenská

- ☐ Jiná (prosím uveďte)

30 Pobýval/a jste někdy v protialkoholní léčebně?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ☐ ANO ☐ NE

31 Jak dlouho již pobýváte na ulici?

Nápověda k otázce: *Za číslici uveďte prosím zdali se jedná o rok nebo měsíc.*

32 Kde přespáváte v zimních obdobích?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Azylové domy, ubytovny, noclehárny apod. | ☐ Na ulici. | ☐ Na nádraží nebo letišti. | ☐ Ve veřejné dopravě. |
| ☐ U příbuzných nebo známých. | ☐ V komerčních ubytovnách (hotely, hostely apod.) | | |
| ☐ Jiná (prosím uveďte) | <input type="text"/> | | |

33 Kde přespáváte v letních obdobích?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Azylové domy, ubytovny, noclehárny apod. | ☐ Na ulici. | ☐ Na nádraží nebo letišti. | ☐ Ve veřejné dopravě. |
| ☐ V komerčních ubytovnách (hotely, hostely apod.) | ☐ U příbuzných nebo známých. | | |
| ☐ Jiná (prosím uveďte) | <input type="text"/> | | |