

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID studijního oboru: N5345



Bc. Kristýna Kubíková

Užívání návykových látek u osob bez přístřeší

Use of addictive substances by homeless people

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 23.06.2018

Kristýna Kubíková

Identifikační záznam.

KUBÍKOVÁ, Kristýna. Užívání návykových látek u osob bez přístřeší. [Use of addictive substances by homeless people]. Praha, 2018. 57 stran, 4 příl. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Poděkování

Mnohokrát děkuji PhDr. Miroslavu Bartákovi, Ph.D. za ochotu a trpělivost, kterou mi při zpracování diplomové práce věnoval. Dále pak za jeho odborné vedení, cenné rady, zkušenosti a znalosti, které mi předal.

ABSTRAKT

Práce se zabývá problematikou bezdomovectví v souvislosti s užíváním návykových látek. Jejím cílem bylo analyzovat souvislosti mezi závislostním chováním a životem na ulici. Na základě toho pak doporučit vhodné a účinné nástroje k resocializaci těchto osob. Výzkum byl proveden formou dotazníkového šetření u pražských osob bez přístřeší na přelomu let 2017 a 2018. Participovalo na něm 300 respondentů. Metodou získávání dat byl strukturovaný dotazník. V práci byly použity běžné statistické postupy. Výběrový soubor byl tvořen metodou nepravděpodobnostního záměrného výběru.

Šetření ukázalo alarmující počet problémových uživatelů alkoholu či jiných drog mezi osobami bez přístřeší; a to 65 % ze všech zúčastněných. Dle zjištění determinuje problémové užívání návykových látek bezdomovectví, stejně tak jako je jeho důsledkem. Jedním ze společných rysů problémových uživatelů bez domova je dětství nebo alespoň jeho část prožitá v dětském domově nebo v jiném diagnostickém či výchovném zařízení. Polovina z nich byla vězněna. Z výzkumu tedy, mimo jiné, vyplývá, že prizonizace a traumata prožitá v dětství jsou vlivnými momenty v životě respondentů. Zajímavý je také údaj o sexuální orientaci uživatelů, kdy více než třetina z nich je založena jinak než heterosexuálně.

Výzkum ukázal, že závislosti na návykových látkách u osob bez přístřeší je potřeba věnovat pozornost, neboť může být překážkou návratu těchto lidí do společnosti. Zotavení je silně závislé na osobní historii jedince, sociálním kontextu, genetice, fyziologických stavech, existenci duševních chorob a ekonomickém stavu mezi řadou dalších proměnných. Je nutné problém řešit napříč všemi sociálními službami, které jsou dostupné této skupině obyvatel; a to na poli socioekonomickém i zdravotním.

Klíčová slova: návykové látky, osoby bez přístřeší, dotazníkové šetření

ABSTRACT

The thesis is focus on the issue of homelessness in the context of the usage of addictive substances. The aim of this thesis was to analyse links between addiction's behaviour and homelessness. And, to recommend suitable and effective tools for re-socialization of homeless people in accordance with the study results. The research was developed at the turn of the years 2017/2018 in the form of extensive questionnaire survey within the group of homeless people in the Prague city. The research included 300 participants. The methods of the data collection were the structured questionnaire. The research used common statistical techniques. The survey population was selected according to the methods of non-probability purposing sampling.

The survey showed alarming information – 65 % of all participants within the homeless people are problematic users of alcohol and drugs. According to the research, homelessness determined the usage of addictive substances, as well as it is the consequence of that. One of the common characteristics of the homeless problematic users of addictive substances is the childhood, or at least the half of the childhood spent in the children's home, or in another diagnostic or detention centre. Half of the participants were imprisoned. The research showed that imprisonment and traumas caused during the childhood are the most influenced moments in the respondent's lives. Interesting are also the results about sexual orientation within the respondents – more than 35 % of them have different sexual orientation than heterosexual.

The research results indicated that the addiction on substances is very important topic within the homeless population, because its significant barrier in the re-socialization of these people. The rehabilitation of addicts is strongly depending on the history of the person, social context, genetics, physiological factors, existence or nonexistence of the mental health disease and economic status, among others. It's crucial to solve this problem in its complexity through all available social services for homeless people with addictions on substances and alcoholics within the field of socioeconomic and health services

Key words: addictive substances, homeless people, questionnaire survey

OBSAH

| | |
|--|----|
| 1. Úvod..... | 8 |
| 2. Bezdomovectví..... | 9 |
| 2.1 Definice..... | 9 |
| 2.2 Počet a charakteristika osob bez přístřeší..... | 10 |
| 2.3 Legislativa..... | 11 |
| 2.4 Příčiny bezdomovectví..... | 11 |
| 2.4.1 Objektivní příčiny..... | 12 |
| 2.4.2 Subjektivní..... | 13 |
| 2.5 Život osob bez přístřeší..... | 14 |
| 2.5.1 Uspokojování potřeb..... | 14 |
| 2.5.2 Zdraví..... | 15 |
| 2.5.3 Obživa..... | 16 |
| 2.5.4 Vztahy..... | 17 |
| 3. Užívání návykových látek..... | 18 |
| 3.1 Závislost..... | 19 |
| 3.2 Škodlivé užívání..... | 20 |
| 3.3 Návykové látky preferované osobami bez přístřeší..... | 20 |
| 3.3.1 Alkohol..... | 20 |
| 3.3.2 Pervitin..... | 21 |
| 3.3.3 Marihuana..... | 21 |
| 3.4 Důsledky závislosti..... | 22 |
| 3.5 Vznik a vývoj závislosti..... | 23 |
| 3.6 Duální diagnóza, psychiatrická komorbidita..... | 24 |
| 3.7 Specifika ovlivňující užívání návykových látek u osob bez přístřeší..... | 25 |
| 3.8 Péče o (závislé) osoby bez přístřeší..... | 25 |
| 4. Výzkum..... | 28 |
| 4.1 Výzkumné cíle a otázky..... | 28 |
| 4.2 Výběrový soubor..... | 28 |
| 4.3 Metody získávání dat..... | 29 |
| 4.4 Zpracování a analýza dat..... | 30 |
| 4.5 Etické aspekty práce..... | 30 |

| | |
|--|----|
| 4.6 Výsledky šetření..... | 31 |
| 4.6.1 Základní demografické charakteristiky respondentů..... | 31 |
| 4.6.2 Vzdělání respondentů, trh práce a výše příjmů..... | 34 |
| 4.6.3 Faktory bezdomovectví..... | 35 |
| 4.6.4 Život osob bez přístřeší..... | 38 |
| 4.6.5 Užívání nelegálních návykových látek..... | 41 |
| 4.6.6 Užívání alkoholu..... | 44 |
| 4.6.7 Život osob bez přístřeší – problémových uživatelů alkoholu a drog..... | 46 |
| 5. Diskuze a závěry..... | 49 |
| Seznam literatury..... | 53 |

1. Úvod

Bezdomovectví je pojem, který je u nás znám až od příchodu demokratického režimu po roce 1989. Od té doby tento jev nabírá závažnosti, neboť počet osob bez přístřeší stále stoupá. Český statistický úřad provedl v roce 2011 šetření, při kterém bylo sečteno 11 496 takových osob. O dva roky později experti pro řešení problematiky bezdomovectví odhadli počet na 30 000, potenciálních osob bez přístřeší až na 100 000 (MPSV, 2013), v roce 2015 pracovníci obecních úřadů uvedli počet osob bez domova pohybující se kolem 68 500 a 120 000 osob bezdomovectvím ohrožených (MPSV 2016).

Funkční definice bezdomovectví vytvořená Evropskou federací národních sdružení pracujících s lidmi bez domova (dále jen „FEANTSA“) označila osoby bez přístřeší jako heterogenní populační skupinu zahrnující jak viditelné bezdomovce, tj. osoby, které přespávají venku, tak osoby, které v důsledku nemožnosti zajistit si jiné bydlení žijí v ubytovacích zařízeních pro ně určených, dále osoby, jejichž bydlení je nejisté, a také osoby, které žijí v podmínkách neodpovídajících minimálním standardům bydlení v daném kulturním a sociálním prostředí (MPSV, 2013).

Příčiny tohoto společenského vyloučení jsou různé, zpravidla se jedná o kumulaci několika rizikových faktorů. Zásadním problémem je dětství prožité v nepřírodných životních podmínkách. Dle výzkumu Hradeckého je 80 % pražských osob bez přístřeší poznamenáno v dětství nějakou formou krize rodiny (Hradecký & Hradecká, 1996). Jedním z velmi častých rizikových faktorů je výskyt závislostí na návykových látkách, které mnohdy bývají jednou z příčin bezdomovectví. Mohou ale také vznikat v důsledku této extrémně tíživé sociální situace. Psychiatrická onemocnění, mezi které závislost patří, jsou u lidí bez domova vysoko nad republikovým průměrem (MPSV, 2013). Hradecký uvádí, že mladí bezdomovci z 80% přiznávají, že berou drogy nebo je alespoň vyzkoušeli (Hradecký, & Hradecká, 1996). Vágnerová uvádí číslo o něco nižší, zhruba 60 % (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013).

Je zřejmé, že závislost na návykových látkách představuje u této skupiny obyvatel značný problém. Je nejen jednou z příčin jejich nepříznivé situace, ale i překážkou návratu do společnosti. Zcela jistě s ní souvisí navazující psychické problémy, úzkosti, deprese, psychózy, mnohdy i suicidální tendence, ale také zadluženost či problémy kriminálního charakteru. Užívání drog a alkoholu totiž zvyšuje potřebu finančních prostředků, což vede ve výsledku k páchání majetkových trestných činů. Také zvyšuje míru agrese a ubírá morální zábrany. To následně přispívá k páchání trestných činů násilných.

Alkoholismus a toxikomanie nejsou primárními a nejsilnějšími spouštěcími vlivy bezdomovectví, přesto je potřeba jim věnovat zvýšenou pozornost. Pokud má totiž být resocializace osob bez přístřeší úspěšná, je třeba se na tento problém zaměřit a systematicky ho řešit napříč všemi sociálními službami dostupnými této skupině obyvatel.

2. Bezdomevctví

Bezdomevctví a bezdomovec jsou pojmy, o které byl náš jazyk obohacen až po změně politického režimu v roce 1989. V době komunismu se tyto pojmy nepoužívaly, ačkoliv bezdomevctví v jisté formě a míře existovalo. Tato doba zcela vylučovala možnost žít na ulici a být nezaměstnaný. Pokud tomu tak bylo, daný jedinec byl odsouzen za příživnictví. Lidé na okraji společnosti žili převážně na ubytovnách, vykonávali podřadnou práci, měli problém s alkoholem, mnohdy i se zákonem. Po roce 1989 zaniklo mnoho státních podniků, tím pádem i jejich ubytoven. Lidé z nich neměli kam jít, nebyli připraveni na svobodu, která vyžaduje odpovědnost. Změnila se politická i ekonomická situace, na kterou mnoho lidí neumělo zareagovat (Průdková & Novotný, 2008). Zcela nové podmínky nastaly i na trhu práce, v oblasti bytové politiky. Změnil se i způsob vedení rodinného života a životní styl obecně (sociální zabezpečení apod.). V důsledku výše zmíněných změn se lidé, kteří se z různých důvodů neumí nebo nemohou dnešní moderní době přizpůsobit, ocitají na ulici.

Český právní řád pojmem bezdomovec označuje osoby bez státní příslušnosti. Odborná literatura o těchto lidech obvykle píše jako o osobách bez přístřeší, nepřizpůsobivých občanech nebo sociálně slabých. Např. Giddens uvádí, že bezdomovec je ten, kdo nemá kde spát, své útočiště nachází v charitativních organizacích, přespává na ulicích, v parcích, pod mostem, ve squatech nebo na nádražích (Giddens, 1999). Je to člověk, kterého z různých důvodů postihlo společenské vyloučení a následná ztráta bydlení nebo který je touto ztrátou ohrožen. Absence bydlení pak zasahuje všechny oblasti jeho života, který je charakterizovaný především poruchou sociálního fungování (Průdková & Novotný, 2008).

2.1 Definice

MPSV ve své koncepci prevence a řešení problematiky bezdomevctví v ČR do roku 2020 uvádí, že bezdomevctví dosud v ČR systematicky ani legislativně definováno není (MPSV, 2013).

Federace národních sdružení pracujících s lidmi bez domova (dále jen „FEANTSA“) vyvinula v roce 2005 evropskou typologii bezdomevctví (dále jen „ETHOS“) jako prostředek ke zlepšení porozumění a měření bezdomevctví v Evropě (FEANTSA, 2017). Tato definice se používá i v ČR. Bezdomevctvím chápe souhrnné označení pro heterogenní populační skupinu zahrnující jak viditelné osoby bez domova, tj. osoby, které spí venku (bez střechy), tak osoby, které v důsledku nemožnosti zajistit si jiné bydlení žijí v ubytovacích zařízeních určených těmito lidem. Dále takto označuje osoby, jejichž bydlení je nejisté, a rovněž osoby, které žijí v podmínkách neodpovídajících minimálním standardům bydlení v daném kulturním a sociálním prostředí (MPSV, 2013).

Hradecký uvádí, že FEANTSA již řadu let prosazuje, aby bylo bezdomevctví chápáno v širším pojetí. Tedy, aby které kromě lidí bez střechy zahrnovalo také osoby bez bytu a další osoby žijící v nejistém nebo nevyhovujícím bydlení nebo ubytování. Tato širší

definice odráží příčiny bezdomovectví a dává porozumět procesům vyloučení, které mohou vést k dlouhodobému ohrožení bezdomovectvím, i k samotnému bezdomovectví (Hradecký et al, 2007).

V rámci projektu Strategie sociální inkluze osob bez přístřeší v ČR realizovaným Sdružením azylových domů v ČR, z.s., jehož cílem bylo zjištění a navržení souboru řešení týkajících se lidí bez domova, se definicí a typologií zabývala pracovní skupina, která se snažila dosáhnout harmonizace s evropskou typologií ETHOS. Ke kategoriím a definicím, které jsou závazné, doplnila relevantní národní subkategorie, které se mohou dále dělit dle různých kritérií, případně se mohou slučovat (viz. příloha 1), (Hradecký et al, 2007).

V roce 2017 FEANTSA definici dále rozpracovala na ETHOS, která zůstává komplexním rámcem pro odborníky a akademické pracovníky (viz. příloha 2) a ETHOS light určenou pro statistické účely (viz. příloha 3), (FEANTSA, 2017).

2.2 Počet a charakteristika osob bez přístřeší

Je nesporné, že počet osob bez přístřeší stále stoupá. Alarmující je jak počet lidí bez bydlení, tak počet lidí ztrátou bydlení bezprostředně ohrožených.

Český statistický úřad provedl v roce 2011 šetření, při kterém byl zjištěno 11 496 lidí bez domova pohybujících se na území ČR. Sčítání bylo zaměřeno na ty, kteří využívali služeb sociálních zařízení a byli ochotni na výzkumu participovat. Nejvíce jich bylo v Moravskoslezském kraji a v Praze. Drtivou většinu přitom tvořili muži (85 %). Průměrný bezdomovec byl nezaměstnaný muž mezi 45-49 lety, svobodný nebo rozvedený s výučním listem či středoškolským vzděláním bez maturity, (Kubala, 2011).

Dle expertů, kteří vycházeli zejména z výše uvedené definice ETHOS, byl o rok později počet osob bez přístřeší v ČR odhadnut na přibližně 30 000. Počet potenciálních bezdomovců až na 100 000 (MPSV, 2013).

V roce 2015 proběhl další průzkum MPSV, ve spolupráci s obcemi a správními obvody hl. města Prahy, který ukázal, že v ČR žije téměř 68 500 osob bez přístřeší. Z celkového odhadu počtu nebydlících byla většina mužů (téměř 80 %) ve středním produktivním věku. Nejvyšší počet osob bez bydlení byl odhadnut v Moravskoslezském kraji a dále v hl. m. Praze. Počet potenciálních bezdomovců se zvýšil na 119 000 (MPSV, 2016).

Bartákův výzkum ukázal, že lidé bez domova jsou nejčastěji osoby v produktivním věku, většinou svobodné nebo rozvedené, bezdětné, žijící samostatně, polovina dosáhla pouze základního vzdělání nebo jsou vyučeni. Stoupá mezi nimi počet žen a mladých osob. Jen výjimečně jsou mezi nimi celé rodiny. Zhruba dvě třetiny jsou bez domova déle než jeden rok a téměř polovina prošla během svého života vězením (Barták, 2015).

2.3 Legislativa

Jak uvádí Průdková, bezdomovci podle českých zákonů neexistují, protože každý občan ČR má v občanském průkazu uvedené trvalé bydliště (Průdková & Novotný, 2008). Zákon v ČR nemá žádný zvláštní paragraf, který by tuto skupinu definoval a danou problematiku řešil specifickým způsobem. Pouze zákon č. 40/1993 Sb., o nabývání a pozbývání státního občanství České republiky, definuje „bezdomovce“ jako osoby bez státního občanství.

Listina základních práv a svobod, konkrétně článek 30 nám říká, že každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek. Osob bez přístřeší se také bezprostředně týká článek 31, který uvádí, že každý má právo na ochranu zdraví, na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (Předsednictvo České národní rady, 1992). Neboť jak uvádí Barták, spotřeba zdravotní péče u lidí bez domova neodpovídá její potenciální potřebě. Stejný autor klade důraz také na zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, který upravuje příspěvek na bydlení mající pro prevenci bezdomovectví rodin velký význam (Barták, 2011). Dalšími relevantní zákony jsou zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci, zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi upravující poskytování pomoci k zajištění základních životních potřeb osobám, které se ocitly v hmotné nouzi prostřednictvím dávek pomoci v hmotné nouzi a zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu.

2.4 Příčiny bezdomovectví

Znalost příčin bezdomovectví je klíčová pro tvorbu veřejných a sociálních politik, které řeší tento problém. Působení na příčiny bezdomovectví je efektivnějším způsobem řešení tohoto fenoménu, než odstraňování jeho následků (Barták, 2011). Komplikací je ale skutečnost, že ne vždy lze spolehlivě určit, co je příčinou a co důsledkem (Průdková & Novotný, 2008).

Za hlavní příčiny se obecně považují individuální vlastnosti jedince (jeho chování a morální hodnoty), dále pak společenský systém charakterizovaný ekonomickou globalizací a změnou společenských hodnot směrem ke společnosti vědění a postindustriální společnosti; a nakonec diskriminace některých společenských skupin. Na tyto příčiny je nutno nahlížet v širším pojetí, tedy multidisciplinárně. Nutné je brát v úvahu tato kritéria: individuální (věk, pohlaví, zdraví, příslušnost k určité minoritě, žebříček hodnot atd.), rodinné prostředí (např. partnerské vztahy, děti, vyživovací povinnost), komunitní prostředí (bezprostřední sociální a fyzické okolí jako jsou školy či zařízení zdravotnické a sociální péče), regionální prostředí (místní trh práce, dopravní možnosti), národní úroveň (kulturní vlivy, systém sociálního zabezpečení, legislativní rámec), globální úroveň (mezinárodní trh, globalizace, migrace). Vlivy také můžeme rozdělit na minulé a současné. Minulé zahrnují lidský kapitál (dětství, genetické

předpoklady, zdraví, rodina, vzdělání), fyzický kapitál (bydlení, hmotné statky) a finanční kapitál. Ty současné mají svůj původ v minulosti. Zahrnují externí vlivy (současná omezení, kterým jedinec nebo komunita čelí) a interní vlivy (rozhodnutí jedince nebo komunity), (Barták, 2004).

Příčiny bezdomovectví jsou doprovázeny kumulací různých rizikových faktorů. „Mezi ně patří sexuální a psychické zneužívání v dětství nebo dospívání, rodinné konflikty a rozvraty, pozadí péče místních autorit, delikventní chování či zkušenost s vězením, předchozí služba u armády, nedostatek sociálně podpůrných sítí, dluhy, nezaplacené nájemné nebo hypotéky, neshody v sousedství, zneužívání drog a alkoholu, vyloučení ze školy a nedostatek kvalifikace, zhoršení zdraví“ (Barták, 2011, 39). U většiny osob bez přístřeší byla ztráta domova výsledkem spolupůsobení mnoha vnějších, tedy objektivních příčin, a vnitřních, tedy příčin subjektivních (Průdková, & Novotný, 2008). Objektivní a subjektivní faktory od sebe nelze striktně oddělit. Např. nezaměstnanost může vést k závislosti na alkoholu, stejně tak jako alkoholismus může vést k nezaměstnanosti (Fitzpatrick, Kemp & Klinker, 2000).

Vývoj vzniku bezdomovectví je poměrně složitým procesem. Nejdříve přijde krize, která jedince přivede do situace, kdy se přestane starat o své ekonomické záležitosti. Často se jedná o odchod z domu rodičů po hádce, manželský nebo partnerský krach, ovdovění, odchod z armádních složek, opuštění institucionální péče, propuštění z vězení, zásadní zhoršení duševního zdraví nebo zvýšení zneužívání alkoholu či drog, finanční krize spojená s nárůstem dluhů, vyklizení z nájemného nebo vlastního bytu (Barták, 2011).

Existují dvě záchranné sociální sítě, které by mu měly pomoci. V první řadě jde o síť osobních sociálních kontaktů, tedy rodinu a přátelé, ve druhém případě pak o síť sociálních služeb a státní podporu. Pokud jedinec nemá silnou síť sociálních kontaktů a nesplňuje podmínky pro čerpání státní podpory, stává se bezdomovcem (Marek, Strnad & Hotovcová, 2012).

2.4.1 Objektivní příčiny

Objektivní příčiny bývají přisuzovány systémovým chybám a bezdomovec je zde obětí. Jsou výsledkem ekonomického, politického a celkového společenského klimatu země. Ovlivňuje je především sociální politika státu. Určujícím faktorem je vysoká míra nezaměstnanosti, chudoba, nedostatečné zabezpečení v nemoci a ve stáří, nedostupnost bydlení, diskriminace etnických minorit apod. (Průdková & Novotný, 2008).

Mareš píše o objektivních příčinách jako o důvodech, které nemají sociálně vyloučení jedinci sami pod kontrolou, nemohou participovat na obvyklých aktivitách, k nimž by je jejich občanství opravňovalo a na něž aspirují. Jeho analýza ukázala na komplexnost faktorů sociálního vyloučení v České republice, stejně jako na potřebu komplexního, ale přitom individualizovaného přístupu k řešení otázek sociálního začleňování, zejména na klíčový význam možnosti začleňování se na trhu práce,

dostupnosti a kvality bydlení, dostupnosti vzdělání, dostupnosti zdravotní péče a adekvátní podpory příjmů (Mareš, 2006).

2.4.2 Subjektivní

Jako subjektivní příčiny se označují osobní selhání jednotlivců, kteří nezvládli zareagovat na určitou problémovou situaci. Jedná se o selhání na trhu práce, v rodinném životě, neschopnost zajistit si dostatečné zdroje a bydlení (Barták, 2011). Hradecký dělí subjektivní faktory do čtyř kategorií. Popisuje faktory materiální (ztráta bydlení, zaměstnání, dlouhodobá nezaměstnanost, nedostatečné příjmy, zadluženost, ztráta živitele, majetku), faktory vztahové (rodinné nebo manželské problémy, diskriminace ženy, problémové vztahy mezi partnery a mezi rodiči a dětmi, rozvod manželů, rozchod partnerů, násilí v rodině, sexuální zneužívání a znásilnění), faktory osobní (mentální retardace, duševní či tělesná choroba, invalidita, problém se závislostí, sociální nezralost), faktory institucionální (propuštění z ústavu, z vězení, opuštění dětského domova), (Hradecký & Hradecká, 1996). Zahraniční studie potvrdily, že rodinný konflikt a užívání drog jsou nejčastějšími důvody k odchodu na ulici (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013).

Podrobněji bychom se chtěli věnovat dětství a dospívání osob bez přístřeší, neboť dle výzkumu Hradeckého je 80 % pražských bezdomovců poznamenáno v dětství nějakou krizí rodiny (Hradecký & Hradecká, 1996). Ve výzkumu Marka uvedlo osm z jedenácti respondentů zkušenost s domácím násilím, a to buď v roli svědka nebo oběti. Bez povšimnutí nelze nechat ani fakt, že část lidí bez domova vyrůstala v náhradní rodině nebo v ústavním zařízení, a ani náhradní varianta vždycky nepřinesla žádoucí výsledek. Leckdy jen proto, že nepřišla včas (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013). Dítě žijící v nepřírodných životních podmínkách bývá často v dospělosti ohroženo společenským vyloučením. Kořeny tohoto vyloučení vznikají v době, kdy dítě rodinu potřebuje. S krizí rodiny přímo či nepřímo souvisí život dítěte v nepřírodných podmínkách, jako je neúplná rodina, rekonstruovaná rodina, neformální rodina, vyrůstání v dětském domově, závislosti na alkoholu, drogách, výherních automatech apod. (Hradecký & Hradecká, 1996). Výsledky zahraničních studií ukazují, že osoby bez přístřeší pocházejí mnohem častěji z rodin, které nepředstavují spolehlivé a bezpečné zázemí. Jejich rodiče nezvládli svoje partnerství, rodičovství a mnohdy ani profesní roli. Často se jedná o osoby, které užívají alkohol či drogy, což zvyšuje riziko jejich selhání. Mohou to být ale i lidé duševně nemocní nebo lidé s poruchou osobnosti, kteří nebyli úspěšní ani ve své vlastní socializaci (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013). Mezi hlavní rizikové faktory bezdomovectví patří, mimo jiné, sexuální a psychické zneužívání v dětství nebo dospívání a rodinné spory a rozvraty. Stejně tak je jedním ze spouštěcích mechanismů odchod z domu rodičů po hádce (Fitzpatrick, Kemp & Klinker, 2000). Marek upozorňuje na to, že nevhodné výchovné prostředí znemožňuje rozvoj osobnosti tak, aby byla schopna bezproblémového fungování ve společnosti. Vznikne absence potřebných schopností a dovedností, a naopak si člověk může osvojit ta nežádoucí. Zdůrazňuje, že nejúčinnější formou učení je učení nápodobou. Rodičovské

vzory u osob bez přístřeší většinou zklamaly. Převzetí těchto vzorů chování přichází neuvědoměle (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013). V důsledku vyrůstání v problematickém prostředí stabilizace osobnosti neprobíhá vždy rovnoměrně. Mohou tak u těchto jedinců vznikat některé patologické projevy jako je kriminální činnost, drogová závislost, hraní hazardních her, život v partách bez zájmu o zaměstnání apod. Jedná se o projevy porušené, destabilizované osobnosti vyznačující se prudkými změnami nálad, nepromyšleným a impulsivním jednáním, neschopností vytvořit pevný vztah k jinému člověku, sebepoškozováním a suicidální pokusy. Pokud je u jedince významným způsobem porušen vývoj emocí, může dojít až k bezcitnosti, vymizení citů lásky k lidem, soucitu, altruismu apod. Jestliže je porušen vývoj sociálních vazeb, může porušená osobnost mít antisociální rysy (Hradecký & Hradecká, 1996).

Jako další subjektivní příčina bezdomovectví se uvádí nadměrné užívání návykových látek, které vede až ke ztrátě bydlení a totálnímu propadu. Závislost na návykových látkách, v tomto případě, bývá často součástí širšího spektra charakteristik, např. poruchy osobnosti. Jde o lidi, kteří měli i jiné adaptační potíže a problémy v chování, mnohdy od dětství, a závislost byla urychlovačem nebo spouštěčem bezdomovecké kariéry. V důsledku tohoto mladý člověk nedostudoval, nedokázal si najít práci, eventuálně si jí udržet. Neschopnost pracovat a vydělávat, ale současně nutnost hradit životní náklady ho vedli k dluhům, které nebyl schopen splácet, ztratil bydlení a ocitl se na ulici. Užívání návykových látek je nejen častou příčinou propadu na ulici, ale i překážkou návratu zpět do společnosti.

2.5 Život osob bez přístřeší

Indián žije na ulici více než 20 let. Aby se užíval, musí denně nasbírat 25 kg papíru z popelnic. Žije v chatičce a je rád, že nemusí nikoho poslouchat. Luboš je na ulici 18 let. Je alkoholik, jak sám uvádí „bez chlastu se neobejde“. Živí ho popelnice kolem supermarketů. Zdeněk potřebuje k životu 200 Kč na den. Získává je sběrem lahví a papíru. Slavomír a Alžběta žijí pod stanem. Sbírají papír nebo chodí do supermarketu na brigádu za 80 Kč na hodinu. Milan tráví celý den v denních centrech určených osobám bez přístřeší. Dostane zde napít, najíst, může se osprchovat, obléknout do čistého. Spí v noclehárnách (Centrum sociálních služeb Praha, 2016).

Většina osob bez přístřeší má veškerý svůj čas volný. Žijí bez povinností, tak jak v danou chvíli mohou a chtějí. Den tráví sběrem papíru, žebráním, vybíráním popelnic, občas brigádou nebo návštěvou sociálních zařízení jim určených. Často páchají drobnou trestnou činností, popíjí levný alkohol, užívají drogy.

2.5.1 Uspokojování potřeb

V otázce uspokojování potřeb je bezdomovectví faktorem silně modifikujícím. V situaci, kdy se člověk ocitne na ulici, musí řešit uspokojení potřeb, které dříve považoval

za samozřejmé. Významné lidské potřeby náhle nemůže realizovat obvyklým způsobem. Osoby bez přístřeší se tedy intenzivně věnují pouze nižším potřebám. Na uspokojování vyšších se už nedostává. Při krátkodobém neuspokojení se člověk dostává do stavu frustrace. Při dlouhodobém vzniká deprivace, tedy nevratná psychická porucha. Jak uvádí Barták, bezdomovectví představuje deprivaci v uspokojení základní lidské potřeby, potřeby bydlení (Barták, 2011).

2.5.2 Zdraví

Zdravotní stav osob bez přístřeší v ČR je bezesporu horší než stav bydlící populace. Dotazníkové šetření, provedené v roce 2005 pracovníky Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE) ukázalo, že přibližně polovina mužů a více než polovina žen trpí nějakým chronickým onemocněním, alarmující je také vyšší prevalence infekčních onemocnění a častější problémy s duševním zdravím (Barták, 2011). Z infekčních onemocnění jsou bezdomovcům často diagnostikovány záněty horních i dolních cest dýchacích. Vhodné je zastavit se také u tuberkulózy. Relativní počet TBC onemocnění u osob bez přístřeší je v podstatě 100krát větší než u bydlící populace. Dále se častěji vyskytují celkové virové infekce, v letních měsících pak průjmová onemocnění. Z kožních chorob, jsou to bakteriální streptokokové a stafylokokové infekce, plísně, bércové vředy, zavšivení, svrab. U mladších osob bez domova, kteří užívají drogy, se objevuje hepatitida typu C, vzácněji HIV. U starších, majících problém s alkoholem, pak jaterní onemocnění, epilepsie, jícnové varixy apod. (Vargová, 2007). Nutno zmínit také psychické potíže lidí bez domova, které mohou být jak příčinou, tak následkem jejich tíživé životní situace. Dle Šupkové se jedná nejčastěji o závislosti a depresivní stavy, dále pak poruchy spánku, reakce na stres a poruchy přizpůsobení, nemoci schizofrenního okruhu, poruchy osobnosti a úzkostné poruchy (Šupková, Pešek, Trnka, Vidovičová & Volná, 2007).

Podle vybraných sociálních pracovníků nestátních neziskových organizací, sociálních kurátorů, vedoucích středisek pomoci a lékařů jsou „bezdomovci ve srovnání s bydlící populací více chronicky nemocní, rovněž prevalence infekčních chorob je u těchto osob vysoká (například TBC). Mají často problémy s duševním zdravím (což může být jak příčina, tak i následek bezdomovectví). Vysoké procento lidí bez domova má problémy s alkoholem, nebo je na něm závislá.“ (Barták, Hnilicová & Horáková, 2006, 81).

Zdravotní potíže osobám bez přístřeší způsobují především tyto faktory: špatná strava, nevyhovující nebo žádná možnost bydlení, nedodržování hygieny, nedostatek spánku a odpočinku a většinou nedostatečné oblečení. Důležitým faktorem je také stres. Lidé bez domova také příliš často nevyhledávají lékařskou péči. Trpí jednak běžnými chorobami, jednak nemocemi, které jsou charakteristické pro tuto sociální skupinu a jsou vyvolány celkovým oslabením chronicky stresovaného organismu. Tři čtvrtiny z nich jsou kuřáci. Pouze zřídka užívají volně prodejné léky a problémem jsou i léky předepisované, jelikož nemají dostatek financí a na jejich úhradu (Barták, 2011).

Dalším klíčovým tématem v otázce jejich zdraví tvoří lékařská péče a její dostupnost. Barták uvádí, že frekvence návštěv u lékaře je u osob bez přístřeší nižší než

u bydlící populace. Z pohledu dostupnosti péče je nutné uvést, že mnoha lidem bez domova nebyla, podle jejich vlastních slov, v některých případech péče poskytnuta (Barták, 2011). Hlavními bariérami pro vyhledání odborného ošetření ve zdravotnickém zařízení jsou především negativní zkušenosti s lékařským zařízením, neřešení budoucnosti, nemožnost dodržení léčebného režimu, špatné komunikační schopnosti, absence dokladů, nízký stupeň hygieny či nedostatek zájmu o své zdraví. Velký problém mají v ČR cizinci bez zdravotního pojištění. Ze strany zdravotnického zařízení je to především nízká informovanost, strach, negativní zkušenost, absence doporučených postupů, nedostatečná spolupráce se sociálním pracovníkem, absence sociálních lůžek nebo odesílání pacienta do spádové oblasti.

2.5.3 Obživa

Jak jsme zmiňovali výše, zdrojem obživy osob bez domova je žebrání, drobné krádeže, vybírání popelnic, sběr papíru, prodej časopisu Nový prostor nebo občasná brigády. Spíše výjimečně jsou řádně zaměstnáni. Jistým zdrojem příjmu jsou dávky sociálního zabezpečení. Barták však došel ke zjištění, že více než polovina z nich ve svém životě nežádala o nějaký typ sociální dávky (Barták, 2011). Tento fakt lze vysvětlit tím, že jejich čerpání je podmíněno vlastnictvím osobních dokladů. Mnoho lidí bez domova doklady nemá, byly jim odcizeny nebo je ztratily. Obstarat si např. občanský průkaz je pro ně nákladné, zdouhavé, často nechtějí komunikovat s úřady, není to pro ně aktuálně důležité. Nejvíce pobírají podporu v nezaměstnanosti, dále pak dávky sociální pomoci a sociální podpory (Barták 2011).

Pomoc při základní obživě poskytují sociální služby, ať už terénní, ambulantní či pobytové. Jejich cílem je podporovat a motivovat osoby bez přístřeší v řešení jejich životní situace. Existuje několik denních center, kde je nabízena strava a ošacení, hygienické zázemí, sociální poradenství a základní zdravotní ošetření. Dále mohou využívat služby nocleháren, azylových domů, ev. výcvikových bytů. Služby zaměřené na uspokojení základních potřeb jsou historicky nejstarší formou sociální práce. U nás je většina z nich spojena s církví.

Občasným způsobem získávání potřebných finančních prostředků či věcí jsou krádeže. Osoby bez přístřeší k nim zaujímají různé postoje v rozmezí od zábran a nechuti krást, až po naprostou lhostejnost a pocit oprávněnosti takto jednat. U některých lidí dochází ke snížení zábran postupně, po určité době pobytu na ulici a v souvislosti s proměnou jejich hodnotové hierarchie. Jiní začínají krást mnohem dříve, někteří kradli ještě před odchodem na ulici, někteří již v dětství. Tendence k získávání prostředků krádeží (ale i k dalším kriminálním aktivitám) se zvyšuje po roce života na ulici. Pobyt na ulici má značný kriminogenní potenciál a mnozí odborníci považují takové chování za základní charakteristiku pouličního životního stylu a subkultury. Navzdory značné toleranci ke krádežím je bezdomovecká komunita trochu jiná, než jsou různé subkriminální skupiny. Převažuje zde pasivita a rezignované přežívání, neschopnost plánovat a pak svůj plán realizovat. U osob bez přístřeší jde spíše o situační aktivity, dost často podmíněné alkoholem nebo drogami. Takových lidí je mezi touto skupinou obyvatel dost. Závislost na

alkoholu nebo drogách snižuje zábrany, zvyšuje agresí a také potřebu finančních prostředků. Život na ulici vyžaduje poznání podmínek a pravidel, která je třeba brát v úvahu, aby zde člověk mohl existovat. Nutné je i přijetí norem bezdomovecké skupiny, které nejsou v úplné shodě s běžnými pravidly. Jednou z nich je tolerance k páčání trestné činnosti, resp. jejich akceptace jako standardu. S postupem času stráveného na ulici narůstá lhostejnost k takovému chování, objevuje se dokonce pocit jeho oprávněnosti. Mnozí bezdomovci považují takový způsob existence za nespravedlivý a jsou přesvědčeni, že jim společnost něco dluží a že proto nemají důvod respektovat její normy. V běžné populaci přiznává 43 % lidí, že někdy něco ukradli, ve skupině osob bez přístřeší krade běžně skoro dvojnásobně větší počet. Vědomí, že je mohou při krádeži chytit, pro ně není nijak děsivé. Vědí, že za to, co odcizí, mohou dostat nanejvýš pokutu, a tu stejně nezaplatí (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013).

Dalším způsobem získávání prostředků k obživě je žebrání, vybírání popelnic a sběr. Jídlo bezdomovci často nalézají v kontejnerech za supermarketů, za restauracemi nebo i ve všudypřítomných kontejnerech. Někteří toto považují za ponižující, avšak i přesto uznávají výhody, kterými jsou nulové riziko a snadný přístup ke zdroji. Zábranou bývá vědomí, že přehrabáváním odpadků potvrzují před ostatními lidmi svou příslušnost k sociálně vyloučené komunitě. Pro mladé osoby bez přístřeší je typické spíše žebrání, tj. oslovování kolemjdoucích s žádostí o cigaretu či drobné. Dalším způsobem získávání prostředků k životu je sbírání čehokoli, co lze prodat nebo využít. Obvykle jde o zálohované lahve, papír, někdy se v popelnicích najdou i lepší věci, jako je oblečení, nádobí nebo elektronika, které lze prodat do vetešnictví (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013).

2.5.4 Vztahy

Bezdomovectví je spojeno s velmi striktní sociální izolací. Vztahy s ostatními lidmi jsou silně omezené. Významná je absence trvalejších a hlubších vztahů. Převažují náhodné kontakty s podobnými lidmi, které jsou obvykle pouze účelové, povrchní, založené na sdílení určité situace, podobnosti role a sociálního statusu. Zásadně v nich chybí důvěra a jistota. Nebývají individuálně výběrové, podstatný je pouze předpoklad přijetí (Vágnerová, 2008). Mohou být dokonce silně stresující. Mnozí bezdomovci uvádí, že jsou v této komunitě vztahy velmi špatné, že se zde lidé k sobě chovají bezohledně a agresivně. Vztahy na ulici mají svá specifika a rizika. Značnou zátěž představuje soužití v kontaktu s problematickými osobami, vyrovnání se s faktem, že na ulici nejsou jen ohleduplní a vstřícní jedinci, ale i kriminální recidivisté, lidé s poruchou osobnosti či lidé závislí na drogách a alkoholu. Problémem je, že jsou na sobě svým způsobem závislí. Za jistých okolností by jen těžko mohli přežívat sami. Leckdy nejde o vztah, ale jen o výhodnost existence skupiny, která usnadňuje život na ulici. Na ulici se také nedaří partnerství. Mezi osobami bez přístřeší je mnoho těch, kteří by stáli o trvalejší a hlubší vztah, ale uvědomují si, že najít takového partnera či partnerku je téměř nemožné. Důvody, proč je to jen těžko realizovatelné, jsou stejné jako v případě přátelství. Je to nespolehlivost, nedůvěryhodnost a promiskuita těchto lidí (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013).

3. Užívání návykových látek

Bezdomovectví a užívání návykových látek spolu úzce souvisí. Problém s jejich užíváním najdeme ve všech společenských vrstvách. Některé skupiny jsou jím však postiženi mnohem více. Hradecký uvádí, že bezdomovecká populace mladšího věku z 80% okusila nebo bere drogy. Nejčastěji jsou to ti, kteří mají zkušenost s domácím pervitinem (Hradecký, 1996). Další výzkum ukázal, že nějakou ilegální drogu užilo více než 60 % dotázaných osob bez přístřeší (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013). MPSV mapovalo v roce 2015 situaci v obcích. Závislost na alkoholu jako příčina bezdomovectví byla zjištěna u téměř 80% klientů. Závislost na drogách jako důvod vzniku bezdomovectví byla uvedena ve 30% případů. V Karlovarském kraji v roce 2015 zaznamenali zvýšení počtu osob bez přístřeší, z nichž většina byli uživatelé návykových látek. V Městské části Praha 12, která je typickou okrajovou částí Prahy se sídlištní zástavbou se začali hojně vyskytovat uživatelé drog vietnamské národnosti bez domova, integrují se do skupiny osob bezdomovců z majoritní společnosti. Sdílejí společně vybudovaná přístřeší, squaty, ev. stany („Užívání drog a bezdomovectví“, n.d.).

Naopak šetření prováděné v roce 2005 prokázalo, že každodenně pije alkohol pouze 12 % mužů a 4 % žen, a necelých 20 % dotazovaných uvedlo, že užívali někdy také jiné návykové látky než tabák a alkohol. Toto je však zpochybnitelné vzhledem k relevanci dat, které byly získány v zařízeních vyžadujících střízlivý stav klientů (Barták, 2011). Podobné je také zjištění Štěchové, která prováděla výzkum u klientů azylových domů. Došla k závěru, že závislost na drogách se u této skupiny osob téměř nevyskytuje. Tento jev si vysvětluje tím, že osoby bez přístřeší mající problém se závislostí jsou ohroženi ztrátou tohoto ubytování. Případné problémy tohoto typu se proto snaží skrývat (Štěchová, Luptáková & Kopoldová, 2008).

Collins uvádí, že prevalence poruch užívání alkoholu je u osob bez přístřeší 10x vyšší než u bydlící populace. Jsou také nepřiměřeně postiženi morbiditou a úmrtností spojenou s alkoholem (Collins et al, 2015). Výzkum prováděný v Britské Kolumbii prokázal, že problém z užívání návykových látek se vyskytuje téměř u 80% osob bez přístřeší (Schülz, 2016). Organizace pro léčbu drogových závislostí v Manchesteru uvedla, že téměř polovina ze 100 injekčních uživatelů drog, které zkoumala, byli bezdomovci (Fitzpatrick et al, 2012). Tato autorka rovněž uvádí, že v Londýně více než 35 % mladých lidí bez domova užívá heroin, což je 18x více než jejich bydlící vrstevníci (Fitzpatrick, Kemp & Klinker, 2000).

Jisté je, že užívání návykových látek představuje u osob bez přístřeší značný problém. Otázkou je, zda je příčinou jejich propadu na ulici, nebo naopak důsledkem. Schütz uvádí, že údaje, které podporují bezdomovectví jako rizikový faktor pro užívání návykových látek, jsou mnohem slabší než údaje o užívání návykových látek jako rizikového faktoru. Život na ulici však může podpořit užívání mezi těmi, kteří se s tímto v minulosti již potýkali (Schütz, 2016). Jakmile se člověk ocitne bez přístřeší, kontakt s ostatními bezdomovci může zvýšit příležitosti k získání drogy a jejich užívání může sloužit jako prostředek k vypořádání se s velmi náročným životním stylem. Výzkum, který proběhl v Austrálii naopak ukázal, že pouze jedna třetina závislých osob bez přístřeší měla

problémy s užíváním návykových látek předtím, než se ocitli na ulici. U dvou třetin se rozvinuly problémy s užíváním až poté (Dvořáčková et al, 2016).

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislost uvádí, že mezi sociální souvislosti užívání drog patří nevzdělanost, nezaměstnanost, vztahové problémy, nekvalitní a nestálé bydlení až bezdomovectví, zadluženost a další. Tyto problémy se často vyskytují současně a mohou vést k úplnému sociálnímu vyloučení. Užívání návykových látek je velmi časté u mladých lidí bez domova, má vztah k psychiatrické komorbiditě, sexuálně rizikovému chování, kriminalitě či viktimizaci. Vztah mezi bezdomovectvím a užíváním drog je oboustranný, avšak závislost na drogách či alkoholu je zřejmě nejvážnější překážkou návratu bezdomovců do společnosti („Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog“, n.d.).

3.1 Závislost

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) je závislost „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí“ (WHO, 2016). Nešpor k tomuto dodává, že definitivní diagnóza závislosti se může stanovit pouze tehdy, dojde-li u daného jedince během jednoho roku k minimálně třem z výše uvedených projevů (Nešpor, 2008). Röhr popisuje závislost jako onemocnění, při kterém je život stále nesmyslnější. Vše se soustředí na opatřování drogy a na to, aby člověk přežil. Život je bezobsažný a prázdný, jedná se o stav absolutní rezignace (Röhr, 2015). Heller uvádí, že laická veřejnost často posuzuje závislého jako někoho, kdo se do problémů dostal vlastním přičiněním. Převládá v ní názor, že kdyby postižený chtěl, změnil svůj situaci sám. Jedná se však o velmi vážné onemocnění, které si postižený není schopen ve většině případů přiznat (Heller & Pecinová, 2011). Z psychologického hlediska je závislost vyústěním abúzu, a to na základě pozitivní zpětné vazby spočívající ve změně prožívání po požití návykové látky. Závislý jedinec časem zamění změnu prožívání reality za změnu reality samotné (Kalina et al, 2015). „Fyzická závislost se definuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický (patofyziologický) craving. Psychická a fyzická závislost se rozvíjí většinou simultánně, i když se jednotlivé látky navzájem liší kvantitativní mírou svého potenciálu k vyvolání obou závislostních složek“ (Kalina et al, 2008, 191).

3.2 Škodlivé užívání

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) je škodlivé užívání užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické (hepatitida při injekčním podání) nebo psychické (epizody sekundární deprese až těžký alkoholismus), (WHO, 2016).

Nešpor dodává, že příznaky trvají nejméně měsíc nebo se vyskytovaly opakovaně během jednoho roku. Škodlivé užívání nespĺňuje kritéria jiné duševní poruchy nebo poruchy chování v souvislosti s návykovými látkami, kromě akutní intoxikace (Nešpor, 2008).

3.3 Návykové látky preferované osobami bez přístřeší

Hradecký uvádí, že bezdomovci mladšího věku z 80% přiznávají, že okusili nebo berou drogy. Nejčastěji se jedná o ty, kteří mají zkušenost s pervitinem. Mnoho z nich kouřilo nebo kouří marihuanu. Velmi rozšířené je také zneužívání toluenu spolu s čicháním různých lepidel a ředidel, a to pro svou finanční dostupnost (Hradecký & Hradecká, 1996). Barták k tomuto dodává ještě časté užívání hašiše (Barták, 2011). Csémy pak doplňuje užívání subutexu. Ostatní látky (heroin, kokain) užívají jen ojediněle (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013). Alkohol pijí většinou starší bezdomovci, s věkovým průměrem o patnáct až dvacet let vyšším, než jsou toxikomani. Mezi alkoholiky a toxikomany je ještě skupina lidí oscilující mezi užíváním toxických látek a alkoholem. Zřejmě se jedná o náhražku v té chvíli nedostupného alkoholu. Tito lidé často užívají diazepam nebo jiné léky z této skupiny, zamění alkohol za hypnotika, analgetika, různým způsobem je kombinují a dostanou se do stavu podobného opilství. Značná část osob bez přístřeší konzumuje oboje - alkohol i nelegální drogy (Hradecký & Hradecká, 1996).

Štěchová shodně uvádí, že alkoholismus se týká zejména starších osob bez přístřeší, ti mladší upřednostňují jiné drogy, nejčastěji pervitin. Mnozí přiznávají marihuanu, výjimkou je kokain, braun a heroin. V podstatě cokoliv, co vyvolá euforii, je dobré. Často kombinují analgetika, hypnotika, někteří pijí okenu, čichají toluen, různá lepidla a ředidla. Výhodou je jejich finanční dostupnost (Štěchová, Luptáková & Kopoldová, 2008).

Vzorec užívání drog je u lidí bez domova jiný než u běžné populace, kde se zdaleka nejčastěji vyskytuje užívání marihuany. V jejich případě se marihuana užívá spolu s jinou drogou, nejčastěji s pervitinem (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013).

3.3.1 Alkohol

Patří mezi legální drogy. „Chemicky se jedná o etanol či etylalkohol. Často se označuje jako líh. Málokdy se používá jako chemicky čistá substance, nýbrž obvykle ve formě nějakého alkoholického nápoje, obsahujícího různá množství jiných látek, určujících

chuť a také modifikujících účinek alkoholu. Alkoholické nápoje vznikají různou cestou. Společným základem je kvašení cukru působením kvasinek nebo destilace“ (Alkohol - obecná charakteristika, 2013).

„Spotřeba v ČR se pohybuje kolem 10 l čistého alkoholu na obyvatele. Ve spotřebě piva dlouhodobě zaujímáme přední místo ve světě. Nadměrně konzumuje alkohol asi čtvrtina všech mužů v ČR a asi desetina žen“ (Kalina et al, 2015, 51).

Alkohol působí na centrální nervový systém, který tlumí. Už v malém množství jsou patrné jeho účinky na rychlost reakcí, koordinaci pohybů, úsudek, rozhodování. Tlumí vnímání bolesti. Vysoké koncentrace tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může vést až ke smrti. Obzvláště nebezpečné jsou proto kombinace s jinými tlumivými látkami. V psychické sféře odstraňuje zábrany, dodává pocit sebevědomí, zlepšuje náladu. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek. Často je užíván jako vyrovnávací mechanismus při poruchách duševního zdraví nebo nežádoucích událostech. Toto může vést jak ke škodlivému, tak k závislému pití (Ross-Houle, 2017).

3.3.2 Pervitin

Patří mezi budivé aminy. Ty byly objeveny a připraveny k použití na přelomu 19. a 20. století. Pervitin, genericky metamfetamin, je účinnější než amfetamin. Má formu žluto-fialového prášku bez zápachu, hořké chuti. Typická je aplikace intranazální nebo injekční, běžné dávky se pohybují od 50 do 250 mg, celkové denní dávky i nad 1 g. Účinek nastupuje u intravenózní aplikace ihned, u intranazálního užití za 5-10 minut. Při užití per os do 1 hodiny. Biologický poločas je 12-34 hodin (Kalina et al, 2015). Pervitin je psychomotorické stimulantium, které ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce. Užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování a působí nechutenství. Uvolňuje v těle zásoby energie a zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid - typická je tzv. "vykroucenost". Metamfetamin urychluje tok myšlenek, často na úkor kvality. Také zvyšuje pozornost a soustředěnost. Zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Po jeho užití nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí.

3.3.3 Marihuana

Jedná se o konopnou drogu s halucinogenním účinkem. „Směs listů, větviček, semen, květů a palic, v kvalitnějším zboží převažují palice. Podíl účinných látek se nejčastěji pohybuje mezi 1-15%. Kvalitní marihuana lepší a má charakteristickou, relativně příjemnou vůni“ (Kalina et al, 2015, 67). Účinnou látkou jsou kanabiondy, nejaktivnější psychotropní látkou je THC. Z hlediska obchodování a produkce se jedná o nejrozšířenější nelegální drogu. Obvykle se kouří, méně často se užívá per os nebo vaporizací. Při kouření účinek nastupuje bezprostředně, vrcholí během 20ti minut a odeznívá do 3 hodin. Při požití je vstřebávání pomalé, nepravidelné, první příznaky se dostavují do 30ti minut

a vrcholí po 1-5 hodinách. Biologický poločas je 30 hodin, detekovatelnost v moči 1-30 dní. Efektem je zklidnění, euforie, veselá nálada a zaostření smyslového vnímání (Kalina et al, 2008).

3.4 Důsledky závislosti

Závislost na návykových látkách má, mimo jiné, zásadní sociální důsledky. Vyplynají většinou z psychických změn daného jedince a jeho chování. Závislý člověk nerespektuje stanovené normy, zanedbává své povinnosti, nechodí do práce nebo do školy apod. Není schopen požadovaného výkonu, má poruchy soustředění a ztrácí motivaci k činnostem, které dříve běžně vykonával. Postupem času je jeho chování natolik neúnosné, že je vyloučen ze zaměstnání či školy, začne parazitovat na rodině nebo společnosti. Postupně ztrácí většinu svých sociálních rolí a zůstává jen v roli drogově závislého (Vágnerová, 2014).

Častým důsledkem závislosti je páchaní trestné činnosti v důsledku její finanční náročnosti, změny osobnosti a hodnot daného jedince. Mnoho drogově závislých končí jako bezdomovci (Vágnerová, 2014). Kriminalita, označovaná jako drogová, zahrnuje širokou škálu trestných činů. Můžeme ji rozdělit na primární drogovou trestnou činnost a sekundární drogovou trestnou činnost. Primární spočívá v porušování drogové legislativy a souvisejících právních předpisů v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL). Zahrnuje nedovolenou výrobu a nedovolené nakládání s OPL (§§ 283, 284 a 285 trestního zákona), nedovolenou výrobu a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286 trestního zákona) a podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu (§ 287 trestního zákona). Sekundární drogová trestná činnost zahrnuje psychofarmakologicky podmíněnou (pod vlivem návykových látek), ekonomicky motivovanou (za účelem získání prostředků na financování užívání drog) a systémovou trestnou činnost, např. násilné trestné činy včetně vražd, korupce, praní špinavých peněz nebo zločiny proti lidskosti páchané v rámci drogové trestné činnosti.

Trestnou činnost pod vlivem návykové látky spáchalo v roce 2016 zhruba 16 tisíc osob. Ekonomicky motivovaných trestných činů bylo v roce 2015 zhruba 156 tisíc. Za primární drogovou trestnou činnost bylo v roce 2016 odsouzeno 2876 osob, z toho 5% osob bylo odsouzeno k OPP (Obecně prospěšné práce), Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení, n.d.). Ohrožení pod vlivem návykové látky je jedním z nejčastějších trestných činů, za které soudy ukládají trest OPP. Alternativní tresty u uživatelů návykových látek patří mezi trend posledních let, neboť se hledají nové cesty trestání s ohledem na naplnění nejen represivních a preventivních cílů, ale také těch výchovných. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost uvádí, že recidiva u pachatelů drogových trestných činů dosahuje až 60 % (Drogové trestné činy: tresty a další způsoby řešení, 2009). Takto vysoké číslo nutí českou justici hledat nové způsoby trestání, které odpovídají na negativní vlivy, které s sebou přináší výkon trestu odnětí svobody, jako je např. prizonizace. Matoušek uvádí, že toto negativní ovlivnění je patrné nejen u odsouzených s dlouhodobými tresty, ale i během trestů krátkodobých a po nich. Odsouzený po svém propuštění z vězení do značné míry ztrácí schopnost žít na svobodě

běžným způsobem života a ztrácí potřebné sociální dovednosti. To může vést až k tzv. syndromu otáčivých dveří, kdy se propuštěný vězeň není schopen zachytit v nekriminálním prostředí, a proto vyhledává takový typ prostředí, které zná a v němž se umí pohybovat, tzn. některou kriminální subkulturu. A tím se pravděpodobnost jeho pokračování v kriminální dráze zvyšuje (Matoušek, 2003).

Důsledky v podobě somatických potíží mají nejčastěji dlouhodobí injekční uživatelé nelegálních drog. Jedná se o nevratné poškození organismu opakovanými místními i celkovými infekcemi, poruchy imunity, podvýživu, vážné poškození dostupného cévního systému a vnitřních orgánů. Častá je chronická hepatitida, zatím méně pravděpodobná infekce virem HIV. U dlouhodobých uživatelů většího množství alkoholu dochází k poškození gastrointestinálního traktu (pankreatitida, onemocnění jater, malnutrice, jícnové varixy), či neurologickému poškození (poškození mozku, demence, polyneuropatie, myopatie, epilepsie). Vážná poškození souvisejí s užíváním alkoholu během gravidity. Vzniká fetální alkoholový syndrom, v jehož důsledku je plod zásadně poškozen (Kalina et al, 2008).

3.5 Vznik a vývoj závislosti

Heller mezi základní faktory podílející se na vzniku závislosti řadí genetický přenos, biochemické zvláštnosti organismu, dále pak osobnostní struktury jedince, prostředí a tolerantní postoje společnosti, drogu a její dostupnost, podnět neboli startér. Dále pak působí mechanismy průběhové, a to vznik a opakování situací, při kterých se podařilo dosáhnout uspokojení vlivem drogy nebo nepřítomnost jiných dostupných alternativ k řešení situací s uspokojivým výsledkem (Heller, & Pecinová, 2011).

Závislost na návykových látkách je kombinací více poruch. Jedná se o somatické i psychické vlastnosti a také vnější vlivy, především sociální. Závislost významně ovlivňuje složení psychoaktivní látky. Některé látky vyvolají závislost v podstatě u kohokoliv, a to bez ohledu na individuální specifické vlastnosti jedince (např. heroin). Významným faktorem je také genetická dispozice. Např. u alkoholismu je uváděna 50% dědičnost. U nelegálních drog bývá uváděno od 20% do 50% (Kalina, 2015). Jistou měrou přispívá také způsob zpracování návykové látky v organismu.

Sociální faktory ve značné míře zvyšují tendenci k užívání návykových látek. Jedná se o faktory jako je společnost (dostupnost návykových látek v dané společnosti), městské prostředí (větší anonymita, větší nabídka drog), rodina (vliv dysfunkční rodiny, nápodoba obdobného rodičovského chování), sociální skupina (vliv party, vliv subkultury, kde je užívání návykových látek běžné, rizikové mohou být i některé náročné profese), nižší úroveň vzdělání nebo sociální deprivace (nezaměstnanost, absence seberealizace, bezdomovectví), (Vágnerová, 2008). Motivace k užívání návykových látek může být důsledkem sociálního tlaku. Obvykle se jedná o potřebu uniknout před něčím negativním, vyřešit problémy, vyhnout se stresu, nebo získat něco pozitivního, dosáhnout radosti a slasti, která není jinak dostupná, nebo uchovat si určité vztahy, být akceptován určitou

skupinou. Ovlivňujícím rizikovým faktorem je existence jiné psychické poruchy či nemoci, např. schizofrenie, depresivní či úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti.

3.6 Duální diagnóza, psychiatrická komorbidita

V odborné literatuře není pojem duální diagnóza jasně vymezen a různí autoři se liší v jeho definování. Často se setkáváme i s pojmem psychiatrická komorbidita či komorbidita. Duální diagnóza v psychiatrii znamená přítomnost dvou diagnóz u jednoho jedince. Není zařazena v mezinárodní klasifikaci nemocí, je to souběh dvou duševních poruch. Nejčastěji se tento pojem užívá v souvislosti s přítomností nadužívání či závislosti na návykových látkách a přítomnosti další psychiatrické poruchy. Někdy lze odlišit, zda byla jako první přítomna psychiatrická diagnóza a pak vznikla závislost nebo obráceně. Pokud je jako primární psychiatrická porucha, pak se můžeme setkat souběžně se závislostí a přítomností poruchy nálady jako je deprese, mánie nebo bipolární porucha. Dále se poměrně často vyskytují úzkostné poruchy a na ně nasedající závislost. Může jít o fobie, panické poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, posttraumatickou poruchu apod. Také u schizofrenie je časté druhotné zneužívání návykových látek. Do další skupiny duálních diagnóz se řadí abusus návykových látek při poruchách příjmu potravy, jako je mentální anorexie nebo mentální bulimie. Primární může být také zneužívání návykové látky, to se děje u některých případů schizofrenie. Prokázána je souvislost mezi užíváním marihuany a vznikem schizofrenie. Dále pak psychotické poruchy vyvolané psychoaktivními látkami, jako je pervitin či halucinogeny (MDMA, LSD), alkohol atd. U lidí, kteří dlouhodobě zneužívali marihuanu, se prokázal častější výskyt depresivních poruch („Duální diagnóza“, n.d.).

„Duální diagnózy přinášejí do léčebných programů nemalé komplikace. Obecně panuje shoda v tom, že klienti s duálními diagnózami mají těžší průběh nemoci, závažnější zdravotní i sociální důsledky, více obtíží a komplikací v léčbě a horší léčebné výsledky než klienti pouze s jednou poruchou“ (Kalina, 2015, 217).

Šupková uvádí, že se u osob bez přístřeší se závislostním chováním objevují další problémy. Často se jedná o komorbiditu jedné duševní nemoci či poruchy, kterou závislost doprovází (Šupková et al, 2007). Vágnerová potvrzuje, že se toto projevilo u téměř 60% mladých lidí bez domova (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013).

Výzkum prováděný v Dublinu upozorňuje na nedostatek služeb poskytovaných osobám s duální diagnózou. Toto je dáno historickým rozdělením psychiatrických a adiktologických služeb, které nejsou dostatečně provázané. Problémy se závislostí a duševní chorobou jsou vzájemně propojeny a nemohou být od sebe izolovány. Výzkum poukazuje na neznalost osob pracujících s lidmi bez domova v oblasti duševního zdraví. Nedostatky spatřuje v chybějícím vzdělávání zaměstnanců a nedostatku literatury (Ceannt et al, 2015).

3.7 Specifika ovlivňující užívání návykových látek u osob bez přístřeší

Vztah mezi užíváním nebo závislostí na návykových látkách a bezdomovectvím je oboustranný. Lidé, kteří návykové látky ve větší míře užívají, skončí snáze na ulici a naopak. Bezdomovecký styl života posiluje tendenci brát drogy či pít alkohol.

Jak jsme již výše uvedli, u závislých osob bez přístřeší je častým jevem psychiatrická komorbidita. Kumulaci psychiatrických symptomů z různých oblastí je možné považovat za okolnost výrazně omezující jejich schopnost přizpůsobit se nárokům běžným pro většinovou, dobře integrovanou populaci. Např. zvýšení depresivity a úzkostnosti je jejich nejčastějším psychickým problémem, který může negativně ovlivnit práci s těmito lidmi a snížit jejich možnost zvládnout zátěž spojenou s návratem do běžné společnosti. Tyto potíže, které mnohdy nebývají ani jako problém identifikovány, většinou nejsou léčeny. Negativní ladění, pesimismus a nadměrné obavy mohou podstatně blokovat resocializační proces, především motivaci k vynaložení většího úsilí a zvládnání různých překážek (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013). Nutné je také zmínit absolutní absenci jakýchkoliv podpůrných vztahů čili extrémní sociální izolaci, kterou jsme popsali výše. Osoby bez přístřeší mají většinou zcela rozpadlou přirozenou sociální síť, která bývá oporou, pokud se člověk dostane do nějaké životní krize. Jediným sociálním kontaktem je často pouze jiný bezdomovec. O povrchnosti vztahů mezi nimi jsme se také již zmiňovali. Tato osamělost je rizikovým faktorem pro vznik závislosti, ev. přitěžující okolností při její léčbě. Dalším specifikem je jejich trestní minulost. Štěchová uvádí, že mezi lidmi bez domova je několikanásobně více trestaných osob než v běžné populaci (Štěchová, Luptáková & Kopoldová, 2008). Po výkonu trestu může dojít k poškození osobnosti pachatele v důsledku negativního prostředí věznice. Člověk je vložen do omezeného prostoru, ve společnosti „zkažených“ osobností. Vězňové se navzájem ovlivňují a vzhledem ke složení této společnosti se povětšinou nejedná o vliv pozitivní (Nevřala, 2003). Dalším specifickým faktorem je nízké vzdělání, většinou základní či vyučení, nezaměstnanost (pouze třetina z nich pracuje) a nízký příjem, který mnohdy nepřekračuje částku 5 000 Kč měsíčně (Barták, 2011). Tyto sociální faktory snižují odolnost jedince vůči závislostnímu chování.

3.8 Péče o (závislé) osoby bez přístřeší

Systém sociálních služeb v ČR dělíme do tří rovin. Nejnižším stupněm je terénní práce, po ní následuje stupeň nízkoprahových středisek a jako poslední je pobytový systém služeb (Vágnerová, Csémy & Marek, 2013). V zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb., se hovoří o třech formách, ve kterých mohou být poskytovány sociální služby. Jedná se o služby pobytové, jejichž znakem je poskytnutí ubytování v zařízeních sociálních služeb; služby ambulantní, za kterými člověk dochází, ubytování není součástí; a služby terénní poskytované v přirozeném prostředí v místech, kde se tyto osoby zdržují. Nízkoprahové služby nabízí pomoc formou poradenství, nabídku základní stravy, hygieny, ošacení a v některých zařízeních i základní zdravotnickou péči. Další službu poskytují

noclehárny určené pro přespání. Sem přicházejí často lidé z nízkoprahových denních center nebo přímo z ulice. Nabízí nocleh se základním hygienickým servisem a skromné stravování. Azylové domy nabízí možnost nepřetržité služby pro muže, ženy, pro matky nebo rodiny s dětmi. Poskytují komplex služeb zahrnujících ubytování, pomoc při jednání na úřadech, sociální poradenství, různé aktivizační programy apod. Sociální byty jsou určeny pro ty, kteří nemusí využívat sociální službu, ale s určitým stupněm podpory jsou schopni získávat dovednosti k samostatnému bydlení. V rámci sociální rehabilitace se zařízení zaměřují na činnosti směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to pomocí rozvoje a nácviků dovedností, potřebných pro běžný a samostatný život ve společnosti („Lidé bez domova, n.d.).

Osoby bez přístřeší užívající návykové látky mohou plně využívat systém adiktologických služeb, který pokrývá celé spektrum jejich problémů. Jedná se o síť nízkoprahových programů a specializovaných programů ambulantní léčby, následné péče a terapeutických komunit, které mají převážně statut sociální služby. Dále pak síť zdravotnických zařízení oboru psychiatrie, případně se specializací AT, které poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby jak uživatelům alkoholu, tak nealkoholových drog („Sít specializované adiktologické péče“, n.d.).

Evropská studie z roku 2012 popsala čtyři osvědčené postupy pro léčbu závislosti u bezdomoveckých a jiných marginalizovaných skupin obyvatelstva. Jedná se o terénní programy pro vyhledávání a navazování spolupráce s osobami závislými na návykových látkách; usnadnění přístupu ke službám zdravotní péče; posílení spolupráce a koordinace mezi různými službami; a šíření informací o službách jak pro marginalizované skupiny, tak pro odborníky z této oblasti. Tato studie klade důraz na nutnost integrovanějšího poskytování služeb. Specifické psychosociální přístupy pro osoby bez přístřeší jsou v podstatě podobné jako u bydlícího obyvatelstva (Priebe et al, 2012). Schülz potvrzuje, že je při péči o bezdomovce závislé na návykových látkách potřeba komplexního přístupu. Bydlení samo o sobě je důležité, ale k řešení problémů nedostatečné. Za důležité považuje nejen podporu při hledání stabilního bydlení, ale i podporu zaměstnanosti, která pomáhá klientům získat a udržet zaměstnání, získat dovednosti, jako je řešení problémů, řízení osobních konfliktů, rozvoj vhodného chování souvisejícího s prací a rozumné hospodaření s penězi (Schülz, 2016). Výzkum Collinsové ukázal, že se bezdomovecká populace velmi těžko zapojuje do podpůrných adiktologických služeb a že tradiční možnosti léčby jsou pro ně obecně neúčinné. Jedním z důvodů, proč tradiční služby selhávají je, že primární pozornost na abstinenci omezuje další důležité intervence zaměřené na celkovou kvalitu jejich života a širší souvislosti jejich problému s užíváním. Vhodné řešení spatřuje v tzv. „Housing first“, které se liší od tradičních přístupů k bydlení tím, že jsou nízkoprahové. Nejsou zde popsána specifická kritéria pro vyloučení, nevyžadují abstinenci (Collins et al, 2016). Ross-Houle dodává, že je důležitý rozvoj odolnosti, a to jak při překonávání bezdomovectví a závislosti, tak při předcházení relapsu v budoucnosti. Zároveň upozorňuje na to, že špatný sociální kapitál může přispět k bezdomovectví a zvýšené spotřebě alkoholu. Při řešení jak závislosti, tak bezdomovectví je důležitá obnova tohoto kapitálu. Pochopení vztahu mezi konzumací alkoholu, životní situací a významnými

životními událostmi je při nápravě zásadní. Rozvíjení nástrojů, pomocí kterých lze tyto vztahy identifikovat a pochopit, je rozhodující (Ross-Houle, 2017).

Zneužívání návykových látek u osob bez přístřeší je vnímáno jako celosvětový problém, i když v konkrétních zemích má svá specifika. Také řešení a preventivní opatření musí být přizpůsobena společenským, politickým, ekonomickým, geografickým, náboženským a jiným faktorům, které tento sociální fenomén provázejí (Dvořáčková et al, 2016).

4. Výzkum

Tato část práce se zaměřuje na život osob bez přístřeší, na jejich ekonomickou situaci, kvalitu života, na sociální okolnosti a základní demografické údaje, ale především na souvislosti mezi užíváním návykových látek a bezdomovectvím. Popisuje výzkum, který byl proveden u pražských osob bez přístřeší na přelomu roku 2017/2018 formou rozsáhlého dotazníkového šetření. Inspirací nám bylo šetření provedené v roce 2005 pracovníky Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE), které bylo zaměřeno na subjektivní hodnocení zdraví osob bez přístřeší a jeho determinant. Vedoucí této práce PhDr. Miroslav Barták, Ph.D. se na jeho přípravě a realizaci významně podílel. Toto šetření, dle dostupných statistických údajů, pokrylo třetinu bezdomovecké populace v hlavním městě Praze a je tak dosud nejrozsáhlejším výzkumem této problematiky v ČR (Barták, 2011). Oba výzkumy mají mnoho shodných výzkumných okruhů s tím, že IZPE se zaměřoval především na celkový zdravotní stav osob bez přístřeší, my jsme více rozpracovali téma užívání návykových látek.

Následující kapitoly popisují jednotlivé fáze výzkumu, zaznamenávají průběh celého šetření, vč. neopomenutelných etických aspektů práce. Popisují cíle práce, stanovené výzkumné otázky, výběrový soubor, použité metody získání dat a jejich zpracování. Podrobně se věnují analýze zajištěných dat, jejich vyhodnocení a shrnutí.

4.1 Výzkumné cíle a otázky

Cílem výzkumu bylo ověřit hypotézu, že užívání návykových látek je jednou z příčin, ale také důsledků bezdomovectví. Provéřit, do jaké míry bezdomovectví determinuje závislost, a naopak závislost bezdomovectví. Analyzovat souvislosti mezi závislostním chováním a životem na ulici.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaký mají respondenti současný vztah k alkoholu a ostatním návykovým látkám?
- 2) Jaký měli vztah k alkoholu a ostatním návykovým látkám v době, kdy ještě měli kde bydlet a jejich sociální situace nebyla tak složitá?
- 3) Jaká je souvislost mezi závislostním chováním a bezdomovectvím?
- 4) Je závislost na alkoholu a ostatních návykových látkách příčinou nebo spíše důsledkem bezdomovectví?

4.2 Výběrový soubor

Základním souborem našeho výzkumu byly osoby bez přístřeší, které vyhledávaly pomoc u organizací poskytujících sociální služby této cílové skupině. Poslední sčítání bylo provedeno Českým statistickým úřadem v roce 2011. Toto šetření prokázalo, že je v Praze

1254 takových osob (Kubala, 2011). Tento počet však každým rokem stoupá, což dokazuje např. statistika Armády spásy, která uvádí, že pouze jejich pražské denní centrum navštívilo v roce 2016 téměř 1800 osob (Armáda spásy, 2017). Sčítání prováděné Magistrátem hl. města Prahy ukázalo, že na tomto území žije přibližně 4 000 lidí bez domova (Šnajdrová, & Holpuch, 2010). Jedná se však i osoby, které nevyužívají síť nabízených sociálních služeb. Výzkum MPSV uvádí počet ještě vyšší, a to 9531 osob (MPSV, 2016). Opět se jedná o celkový počet zahrnující i osoby zcela bez kontaktu se sociálními službami určenými této cílové skupině.

Výběrovým souborem našeho výzkumu byli lidé bez domova, kteří využívali na přelomu roku 2017 a 2018 služeb pražských zařízení, které poskytují sociální služby této cílové skupině. Konkrétně se jednalo o Centrum sociálních služeb Bohuslava Bureše (CSS BB), jedno ze zařízení Armády spásy; a krizovou noclehárnu provozovanou Armádou spásy a organizací Charita. CSS BB poskytuje služby osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení a bez možnosti jiného vhodného bydlení. V tomto zařízení se nachází nízkoprahové denní centrum, azylový dům a noclehárna. Šetření jsme prováděli u klientů těchto tří služeb. V roce 2017 jich využilo 1919 osob. Zhruba 80 % z toho bylo mužů, věkový průměr činil 42 let. Krizová noclehárna je zařízení poskytující v zimním období přenocování, možnost osobní hygieny a jednoduchou stravu. Jedná se o téměř bezprahové zařízení, které mohou osoby bez přístřeší využívat zcela bezplatně. V zimě 2017/2018 využilo služeb tohoto zařízení 290 klientů.

Výběrový soubor byl tvořen metodou nepravděpodobnostního záměrného výběru, kdy za záměrný výběr označujeme takový postup, při kterém cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností (Miovský, 2006). Kritériem výběru byla v tomto případě příslušnost k určité sociální skupině. Konkrétně jsme použili metodu výběru přes instituce, při které jsme využili určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá. Výběrovým souborem našeho výzkumu u byli klienti využívající služeb CSS BB a krizové noclehárny, výběrovým kritériem byla skutečnost, že využívali pomoci těchto zařízení.

Šetření se zúčastnilo celkem 312 respondentů. 12 dotazníků jsme však vyřadili, jelikož nebyly uspokojivě vyplněny. Výzkumný soubor tedy tvořilo 300 respondentů. Domníváme se, že počet našich respondentů byl dostačující k tomu, aby výsledky zkoumání byly zobecnitelné na soubor celé bezdomovecké minority využívající sociálních služeb v rámci celé ČR.

4.3 Metody získávání dat

Metodou získávání dat byl strukturovaný dotazník složený ze 4 standardizovaných dotazníků doplněných několika otázkami autorů (viz. příloha 4). Jednalo se o písemný způsob dotazování, kde byly vytištěny v určitém pořadí otázky, ne které měl informant odpovědět. Měl podobu formuláře, který obsahoval otázky volné, polootevřené i uzavřené. Obsahoval 99 otázek, které se zaměřovaly na základní údaje o respondentovi, dále pak na jeho ekonomické aktivity, životní situaci, kvalitu života, současný vztah

k alkoholu a návykovým látkám a vztah k alkoholu a návykovým látkám v době, kdy ještě nebyl bezdomovcem a jeho sociální situace nebyla tak složitá. Použity byly dotazníky kvality života WHOQOL-BREF (Dragomirecká & Bartoňová, 2006), test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu AUDIT (Klinika adiktologie, 2011), screeningový nástroj k určení míry zneužívání návykových látek DAST (Skinner, 1982) a dotazník vytvořený PhDr. Miroslavem Bartákem, Ph.D., který byl vedoucím diplomové práce v rámci které byl výzkum prováděn (Barták, osobní e-mailová komunikace, 27.3. 2017).

Dotazník vyplňovali respondenti kolektivně ve zhruba 10ti členných skupinách s jedním edukovaným pracovníkem, který v případě potřeby vysvětlil, co bylo nejasné. Formulář odevzdali do zapečetěné urny, aby byla zcela zajištěna anonymita a diskrétnost. Nejvíce dotazníku odevzdali klienti denního centra, nejméně klienti nocleháren, kteří neměli takový zájem kooperovat. Toto je pochopitelné vzhledem k únavě, která ve večerních hodinách přichází.

4.4 Zpracování a analýza dat

Prvním krokem byla kontrola odevzdaných dotazníků a vyřazení těch, které nebyly správně vyplněny. Vzhledem k asistenci edukovaného pracovníka při vyplňování, bylo vyřazeno pouze 12 z nich. Data jsme shrnuli a provedli jejich redukci (vytvořili proměnné). Před statistickým zpracováním výsledků dotazníkového šetření bylo třeba provést kategorizaci odpovědí. Znamená to u každé položky jednoznačně určit, které kategorie odpovědí přicházejí v úvahu (Chráška, 2007). Jelikož jsme výsledky zpracovávali elektronicky, následovalo po kategorizaci odpovědí kódování, což je přiřazení určitého číselného kódu každé položce dotazníku a každé kategorii odpovědí (Chráška, 2007). Data jsme uspořádali a sestavili tabulky četností, které jsme následně graficky znázornili. Dále jsme provedli popisnou analýzu všech proměnných. Ta se zaměřovala na výroky o rozložení proměnných. Zkoumali jsme vztahy mezi nimi tak, abychom zodpověděli příslušné výzkumné otázky. V práci byly použity běžné statistické postupy, jako je analýza dat, jejímž úkolem je redukce, organizace, syntéza a sumarizace informací s cílem dát výsledkům význam, dále pak statistické usuzování, tedy zobecňování z výběrových statistik na parametry rozdělení (Hendl 2006). Pro zpracování a interpretaci dat jsme využili softwarových produktů, především Microsoft Office Excel 2010. Byl zde využit aritmetický průměr, medián a modus.

4.5 Etické aspekty práce

Každý výzkum prováděný na lidech a s lidmi má své etické limity. Ty pochopitelně souvisí s respektováním intimity lidského myšlení a citů účastníků výzkumu (Pelikán, 1998). V našem výzkumu jsme kladli důraz na soukromí a důvěrnost, nezveřejnili jsme data, jež by umožnila čtenářovi identifikovat účastníky výzkumu. Všechny osobní, citlivé a důvěrné informace získané během zkoumání jsme zajistili proti zneužití. A to jednoduše tím, že všechny dotazníky byly zcela anonymní. Výzkumná data byla použita výhradně k účelům tohoto výzkumu. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná, respondentovi

nepřinesla nějakou výhodu, a naopak ani nevýhodu. Oslovení měli plné právo odmítnout na výzkumu participovat a nebyli oproti participujícím nějak znevýhodněni. Respondent měl rovněž možnost kdykoliv svobodně z výzkumu odstoupit, a to tím, že dotazník jednoduše neodevzdal. Zároveň jsme apelovali na to, aby si zkoumaný jedinec byl vědom, že nese spoluzodpovědnost za co nejvyšší kvalitu zkoumání. V úvodu dotazníku jsme požádali o co nejpravdivější a nejpřesnější odpovědi na dané otázky. Informovaný souhlas měl v našem případě pasivní formu. Jedinec vyslovil svůj souhlas vyplněním dotazníku, který v úvodu obsahoval krátké a srozumitelné vysvětlení podstaty výzkumu, jeho průběhu a okolnostech zkoumání.

Důležitým aspektem naší práce bylo neztrácet objektivní a citlivý náhled, rozpoznat a přijmout též takové informace, které eventuálně nepodpořily naše původní představy. Jakékoli upravování údajů bylo pro nás nepřijatelné a považovali bychom ho za zásadní selhání výzkumníka. Nikdy se nebudeme podílet na zneužití výsledků výzkumu. Naším cílem bylo snažit se o naprosto nezkreslené zveřejnění výsledků.

4.6 Výsledky šetření

V následujících podkapitolách jsou popsány výsledky provedeného šetření, které jsme zpracovali a následně analyzovali.

4.6.1 Základní demografické charakteristiky respondentů

Na výzkumu participovalo 300 osob. Z toho 215 mužů a 85 žen (graf č.1). Jejich průměrný věk byl 43 let, přičemž nejstarší měl 76 let, nejmladší 19 let. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 40-43 let, celkem 47 osob (graf č.2). Tento vzorek odpovídá celkovému počtu klientů CSS BB, který se v roce 2017 pohyboval okolo 2000 osob. Zhruba 80 % z toho bylo mužů, věkový průměr činil 42 let.

Graf č.1: Pohlaví respondentů

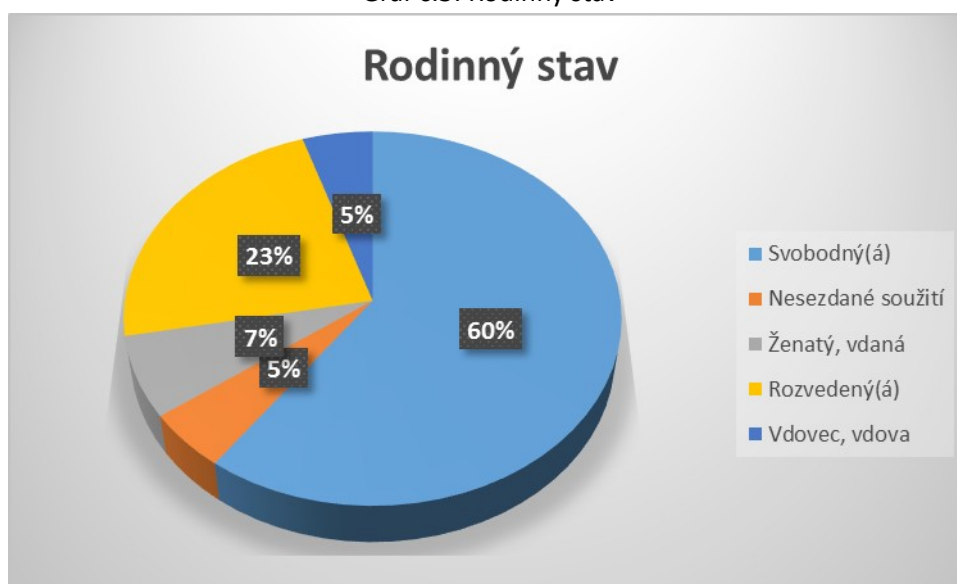


Graf č.2: Věk respondentů



Z celkového počtu bylo 180 respondentů svobodných a 69 rozvedených (graf č.3). Znamená to tedy, že více než 80 % osob bez přístřeší žije mimo manželství. V celkové populaci jsou osoby žijící v manželství nejpočetnější. Podle posledních výsledků z roku 2016 bylo v populaci 15ti a víceletých mužů téměř 50 % ženatých, mezi ženami zhruba 46 % vdaných (Aktuální populační vývoj v kostce, 2017). Znamená to, že u skupiny lidí bez domova je téměř 3x méně manželských svazků než v populaci většinové. Toto může být zapříčiněno tíživou sociální situací, ale také charakterovými rysy jedinců, kteří nejsou schopni trvalého pevného svazku s jinou osobou.

Graf č.3: Rodinný stav



Téměř polovina respondentů nemá vlastní biologické dítě. Další méně početnou skupinou jsou ti, kteří mají potomka jednoho. Jedná se o 58 osob. Zajímavé je, že se v souboru objevili jedinci, kteří mají více než 5 dětí. Jednalo se o 4 osoby. 11 respondentů

nevědělo, zda děti má, případně kolik. V tomto případě šlo pouze o muže (graf č.4).

Graf č.4: Počet dětí



Téměř polovina respondentů se narodila v Praze či středních Čechách. Toto by mohlo vypovídat o rovnoměrném rozložení sociálních služeb napříč ČR. Žádný další kraj oproti ostatním nevystává. Znamená to, že se v Praze zdržují lidé bez domova převážně z Prahy a středních Čech, podstatně menší skupina je těch, kteří přišli z různých míst napříč celou republikou. Další skupinou jsou cizinci. Našeho výzkumu se zúčastnili pouze Slováci. Ostatní zahraniční bezdomovci nemohli, v souvislosti s jazykovou bariérou, na výzkumu participovat. Slováků se v našem vzorku vyskytlo 20, tedy 7 % všech dotazovaných (graf č.5).

Graf č.5: Místo narození



4.6.2 Vzdělání respondentů, trh práce a výše příjmů

Většina respondentů, celkem 112, má pouze základní vzdělání. Další méně početnou skupinou, 77 osob, jsou vyučení bez maturity. 80 % dotazovaných nemá maturitu. Část těchto má dokonce nedokončené základní vzdělání (5 % dotazovaných). Vysokoškolské vzdělání uvedlo 9 osob, z toho 7 mužů (graf č.6). U těchto se většinou objevuje pijáctví či užívání návykových látek. Nízké vzdělání bezdomovců si můžeme vysvětlit tím, že většina z nich nevyrostala v podpůrném prostředí.

Graf č.6: Vzdělání



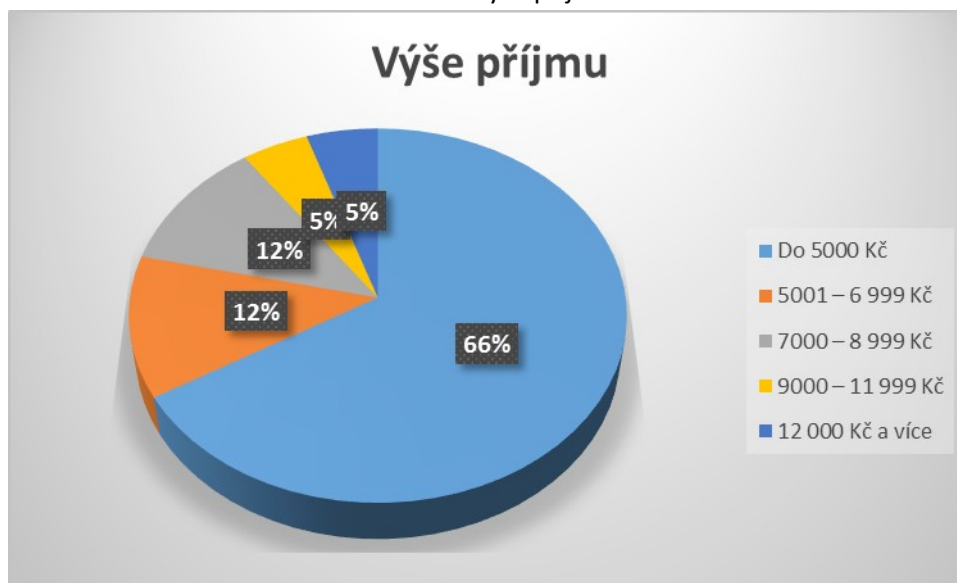
Pracovní aktivita osob bez přístřeší je velmi nízká. Z celkového počtu respondentů pracuje pouze 100 lidí (graf č.7). Z toho 25 osob zcela bez pracovní smlouvy, dalších 25 pouze brigádně (např. prodej Nového prostoru). Trvalý pracovní poměr, ať už na dobu určitou či neurčitou, má pouze 19 osob, tj. 6 % všech dotazovaných. Ostatní (30 dotazovaných) pracují v rámci Dohody o provedení práce či Dohody o provedení činnosti. Nejvíce osob bez přístřeší se v rámci své pracovní aktivity podílí na úklidu města. Dalšími frekventovanými činnostmi jsou stavební práce, práce ve skladu, zahradnické práce, práce v bezpečnostní agentuře či pomocné práce v kuchyni.

Graf č.7: Pracovní aktivita



Příjmy osob bez přístřeší jsou velmi nízké. Téměř 70 % dotazovaných uvedlo měsíční příjem nižší než 5000 Kč. Příjem vyšší než 12000 Kč má 15 osob (graf č.8). Všichni pracují v rámci Trvalého pracovního poměru či Dohodě o pracovní činnosti. Méně, než polovina dotazovaných pobírá nějaké sociální dávky, jedná se o 126 osob. Nejčastěji dávky státní sociální podpory (45 osob), dávky důchodového pojištění (38 osob) a dávky v nezaměstnanosti (37 osob). Poměrně nízký počet osob čerpajících sociální dávky přisuzujeme absencí osobních dokladů, nedisciplinovaností, ev. lhostejností ke své ekonomické situaci.

Graf č.8: výše příjmu

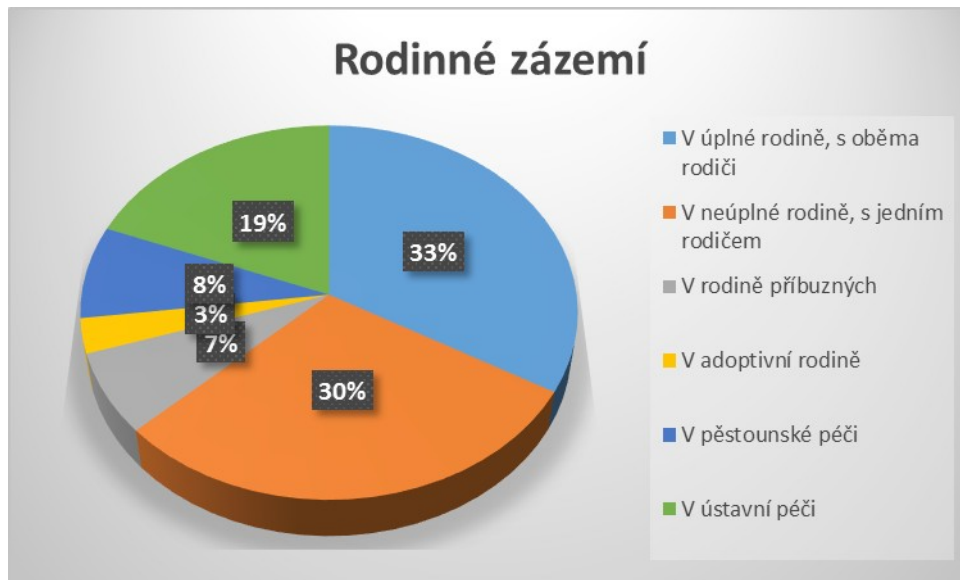


4.6.3 Faktory bezdomovectví

Mezi bezdomovci je mnoho osob, které nevyrostaly se svými rodiči. Z našeho šetření vyplývá, že se jedná o téměř 40 % dotazovaných (graf č.8). Ti vyrůstali

v pěstounské či adoptivní rodině, v dětském domově nebo u příbuzných. Zbýlých 60 % dotazovaných vyrůstalo u obou nebo alespoň jednoho z rodičů. I tyto osoby však zároveň z části kladně odpověděly na otázku, zda strávily nějakou část svého dětství v dětském domově či jiném ústavním zařízení. Z celkového počtu dotazovaných se jednalo o téměř polovinu. V jiném zařízení (diagnostický či výchovný ústav, Klokánek) bylo v dětství 78 dotazovaných. Jak jsme již zmiňovali v teoretické části této práce, dětství prožité v nepříznivých podmínkách je jednou z příčin bezdomovectví. Náš výzkum potvrzuje, že se skutečně dotýká většiny osob bez přístřeší.

Graf č.8: Rodinné zázemí



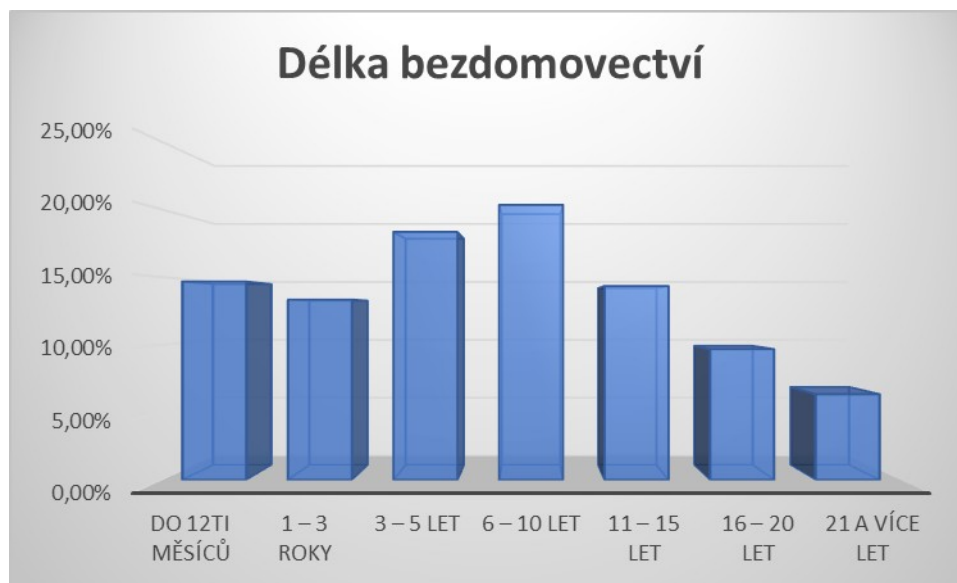
Zkušenost s vězením uvedlo 124 respondentů, tedy 42 % dotazovaných (graf č.9). Toto bývá často komplikací při resocializaci lidí bez domova, a to vzhledem k záznamu v rejstříku trestů, který je výrazně omezuje na trhu práce. V dotazníku respondenti uváděly souhrnnou délku všech svých dosavadních odnětí svobody. 41 z nich bylo ve vězení více než 6 let, 4 respondenti dokonce více než 21 let.

Graf č.9: Pobyt ve vězení



Důležitým údajem výzkumu byla délka bezdomovectví. Opět úzce souvisí s resocializací, která je obtížnější s přibývajícím roky strávenými na ulici. Nejpočetnější skupinou byly osoby žijící bez domova 6-10 let. Jednalo se o 61 respondentů, tedy více než 20 % zúčastněných. Další početnou skupinou (55 respondentů, tedy zhruba 18 %) byli ti, kteří takto žijí 3-5 let (graf č.10).

Graf č.10: Délka bezdomovectví



Nejčastější příčinou bezdomovectví je rozvod či rozpad vztahu. Toto uvedlo 51 respondentů. Dalšími frekventovanými důvody jsou ztráta bytu, alkohol a drogy, vlastní rozhodnutí a dluhy (graf č. 11). Respondenti měli v dotazníku ještě otázku na vedlejší příčiny jejich tíživé situace. V tomto případě nejvíce uváděli ztrátu bytu (79 dotazovaných), vlastní rozhodnutí (70 dotazovaných) či ztrátu zaměstnání (64 dotazovaných). Zhruba 13 % uvedlo v obou případech jako důvod své současné nepříznivé situace vlastní rozhodnutí. Znamená to, že pro řadu respondentů bylo bezdomovectví svobodnou volbou. Alkohol a drogy jako příčinu uvedlo v obou otázkách okolo 13% dotazovaných.

Graf č.11: Hlavní příčina bezdomovectví



Graf č.12: Vedlejší příčina bezdomovectví



4.6.4 Život osob bez přístřeší

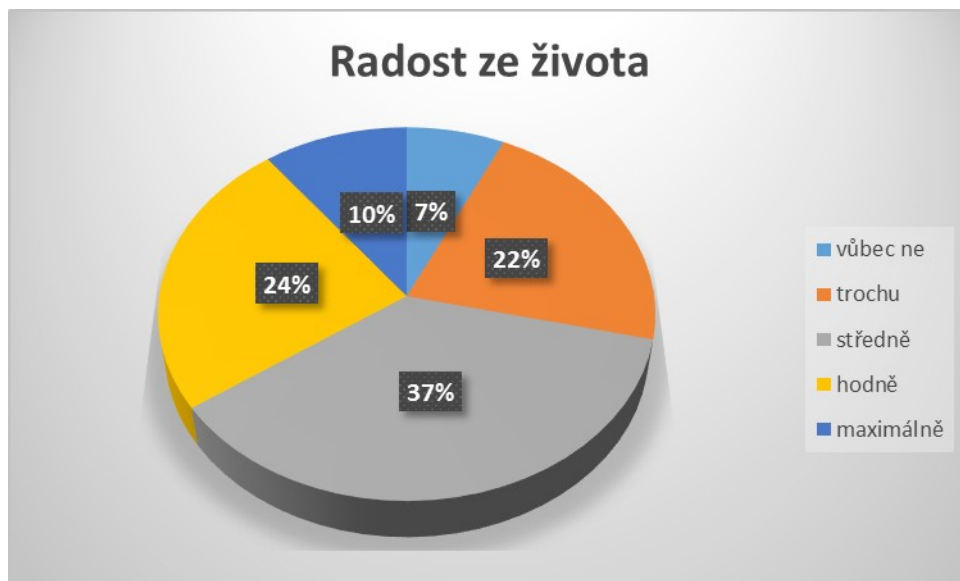
Zajímalo nás, jak osoby bez přístřeší tráví svůj obvyklý den. Kde spí, co dělají, jak se cítí, zda je něco bolí či trápí. Výsledky šetření prokázaly, že více než 100 z nich přespává v noclehárnách. Tento fakt se však nemusí vztahovat k celé bezdomovecké populaci. Šetření bylo prováděno v zařízení, které poskytuje, mimo jiné, i nocleh. Navíc v zimním období, tedy v čase, kdy fungují tzv. krizové noclehárny, ve kterých mohou bezplatně přespát. V letních měsících by byl možná následující graf rozdílný. Stejně tak tomu je v případě azylového domu, který uvedlo 74 respondentů. Kromě noclehárny poskytuje CSS BB, tedy zařízení, kde výzkum probíhal, služby azylového domu. Velký počet lidí bez domova přespává ve squatech, tedy v neobydlených opuštěných budovách. Jedná se o 80 dotazovaných (graf č. 13). Tento způsob nocování je výhodný především pro klienty užívající alkohol nebo jiné drogy. Ve všech zařízeních poskytujících nocleh je minimální tolerance k intoxikovaným klientům. Tolerantnější bývají krizové zimní noclehárny, kde v období mrazu přijmou i intoxikovaného, pokud se nechová problematicky.

Graf č.13: Kde obvykle přespáváte?



Výsledky šetření dokazují, že život osob bez přístřeší je celkem radostný. Pouze 21 dotazovaných, čili 7 %, uvedlo, že nemá ze svého života radost. Maximální radost má 31 dotazovaných, tedy 10 % (graf č. 14).

Graf č.14: Radost ze života

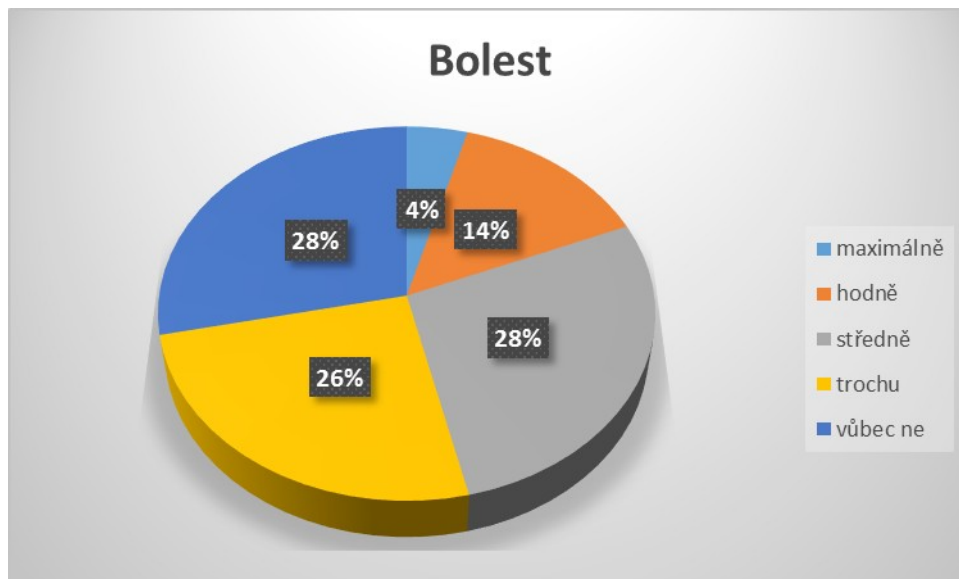


Hůře to mají osoby bez přístřeší se spokojeností se svým zdravím. 90 respondentů není spokojeno, což je téměř 30 % dotazovaných (graf č.15). Toto jistě souvisí s tím, že nějakou (i když jen malou) bolestí trpí 215 respondentů (graf č. 16).

Graf č.15: Spokojenost se svým zdravím



Graf č.16: Bolest



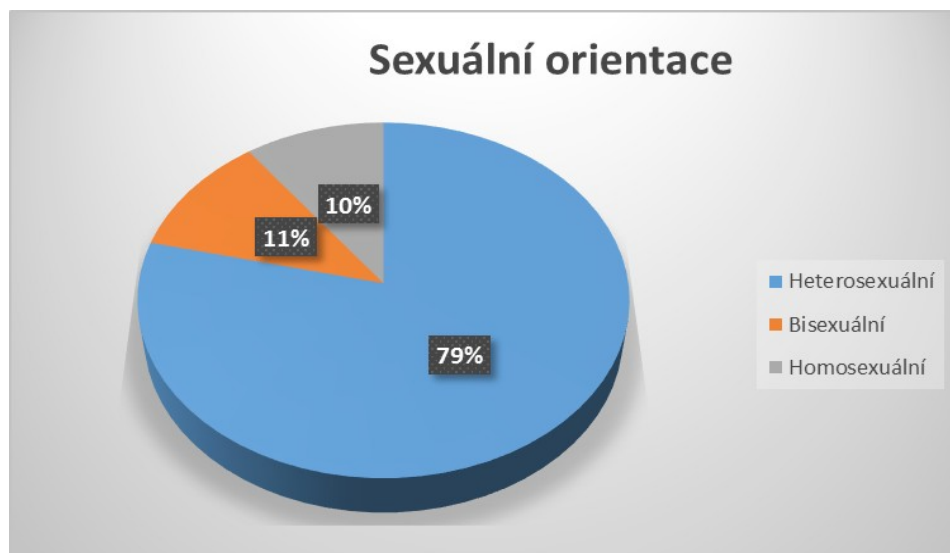
Zajímavou kapitolou života osob bez přístřeší jsou vztahy. V teoretické části práce zmiňujeme sociální izolaci, která je s tímto fenoménem spojená. Absenci trvalých a hlubokých vztahů, naopak převahu účelových a povrchních kontaktů. Náš výzkum toto potvrzuje. 88 respondentů není se svými vztahy spokojeno (graf č.17).

Graf č.17: Spokojenost s osobními vztahy



V rámci zkoumání příčin bezdomovectví nás zajímala sexuální orientace zúčastněných. Zjistili jsme, že 63 z nich (21 %) je založeno jinak než heterosexuálně, tedy homosexuálně či bisexuálně (graf č.18). Je možné, že i toto může být jednou z okolností, která člověka přivede na ulici. Je obecně známo, že např. některé minoritní skupiny neheterosexuální orientaci netolerují, mohou takové jedince zavrhnout a vyloučit ze své komunity.

Graf č.18: Sexuální orientace



4.6.5 Užívání nelegálních návykových látek

V našem šetření jsme se zaměřili na zkoumání toho, zda užívání návykových látek spíše předchází bezdomovectví nebo je více jeho důsledkem. V této podkapitole nejde jen o problémové užívání či závislost. Vztahuje se ke všem, kteří užili nějakou drogu, bez ohledu na to kolikrát. V současnosti užívá nelegální návykové látky 132 dotazovaných, tedy 45 % všech (graf č.19). Údaj o užívání v minulosti je o něco nižší. V době, kdy jedinci žili řádný život a jejich sociální situace nebyla tak složitá, užívalo či okusilo nelegální návykové látky 118 respondentů (graf č.20). Z tohoto by bylo možné usoudit, že život na ulici je podpůrný pro užívání drog. Rozdíl 14ti osob je však tak nepatrný, že ho téměř nelze zohledňovat. Navíc 80 % uživatelů drog uvedlo, že nelegální návykové látky bralo jak v minulosti, tak v současnosti (graf č. 21).

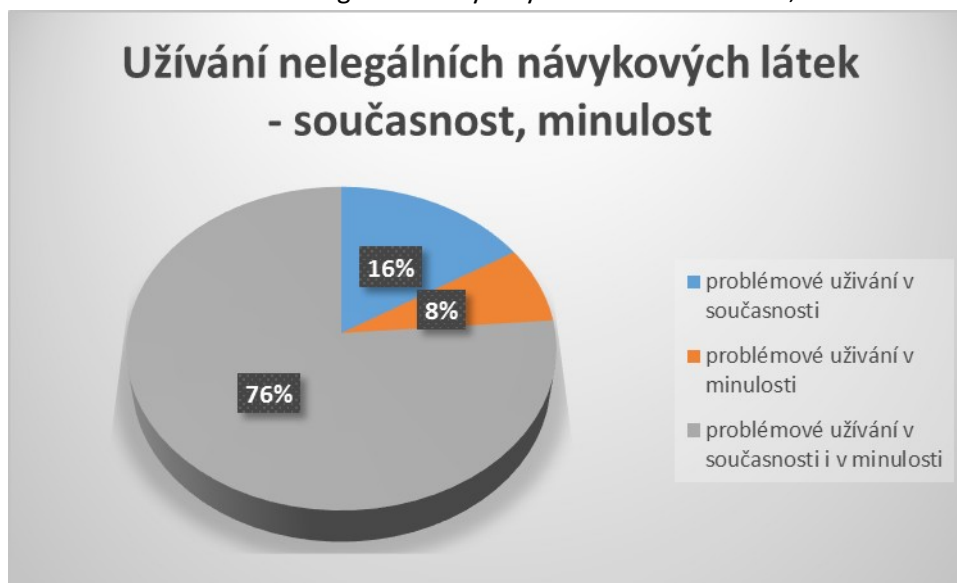
Graf č.19: Užívání nelegálních návykových látek v současnosti



Graf č.20: Užívání nelegálních návykových látek v minulosti



Graf č.21: Užívání nelegálních návykových látek – současnost, minulost



Nejčastěji zneužívanou látkou mezi osobami bez přístřeší je THC. Téměř 40 % uživatelů tuto látku preferuje. Necelých 30 % se uchyluje k pervitinu (graf č.22). Užívání ostatních látek, jako je LSD, MDMA, opiáty apod. je jen výjimečné.

Graf č.22: Užívané látky



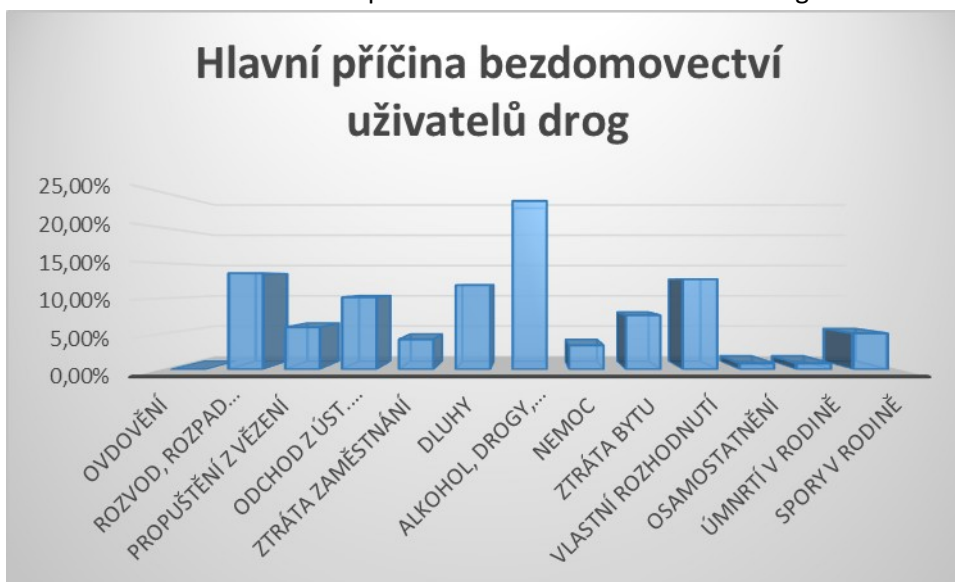
Nejvíce uživatelů či experimentátorů s drogou je ve věku 40-43 let (21 %). Na této věkové hranici jejich počet kulminuje, s přibývajícím věkem pak klesá (graf č.23).

Graf č.23: Věk uživatelů nelegálních návykových látek



Většina z nich jsou muži, téměř 80 %. 60 % jich nepracuje. 25 % udává jako příčinu své těživé sociální situace právě problémy vzniklé v souvislosti s drogami (graf č. 24). 36 % má jinou sexuální orientaci než heterosexuální. Tento fakt nasvědčuje tomu, že bezdomovectví, užívání návykových látek a sexuální orientace mají jistou souvislost.

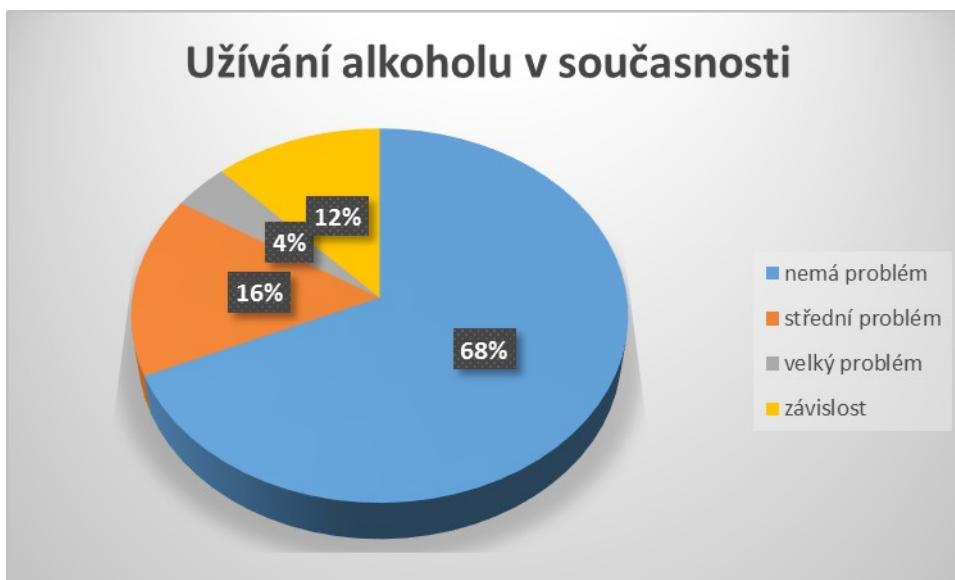
Graf č.24: Hlavní příčina bezdomovectví uživatelů drog



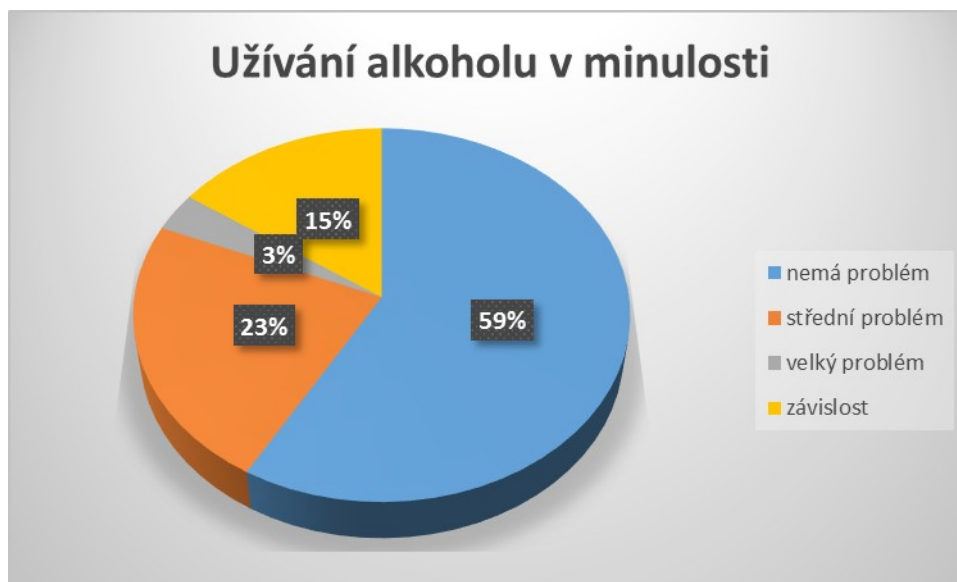
4.6.6 Užívání alkoholu

U užívání alkoholu vyšlo porovnání současnosti a minulosti opačně než u drog. Zde vycházíme z dat uváděných respondenty, kterým vyšla v dotazníku AUDIT minimálně střední úroveň problémů s alkoholem. V současnosti má problém 95 respondentů (graf č.25). V minulosti, tedy v době, kdy sociální situace dotazovaných byla stabilní, mělo problém 125 osob (graf č.26). Tyto údaje může zkreslovat fakt, že byl výzkum prováděn v zařízení, kde není intoxikace klienta tolerována. Uživatelé alkoholu jsou oproti uživatelům drog znevýhodněni jednoduchým a velmi častým testováním na přítomnost alkoholu v dechu. Uživatelé drog jsou testováni zřídka, a to vzhledem k finanční i manipulační náročnosti testů. Téměř 80 % problematicky užívajících alkohol pilo jak v minulosti, tak v současnosti (graf č. 27). Problém s alkoholem má nyní více než 30 % respondentů.

Graf č.25: Užívání alkoholu v současnosti



Graf č.26: Užívání alkoholu v minulosti



Graf č.27: Problémové užívání alkoholu – současnost, minulost



Věk uživatelů alkoholu se lehce liší od věku uživatelů jiných drog. Zatímco u nelegálních návykových látek užívání výrazně klesá po 43 roce života, u alkoholu je tomu tak až po 67 roce (graf č.28).

Graf č.28: Věk uživatelů alkoholu



Většina uživatelů jsou muži, téměř 90 %. Více než 60 % nepracuje. 25 % udává jako příčinu své tíživé sociální situace právě problémy vzniklé v souvislosti s alkoholem (graf č. 29). 20 % má jinou sexuální orientaci než heterosexuální. Což je téměř o 20 % méně než u uživatelů drog. Mohlo by to znamenat, že sexuální orientace uživatelů drog je jednou z příčin jejich závislosti.

Graf č.29: Hlavní příčina bezdomovectví u uživatelů alkoholu



4.6.7 Život osob bez přístřeší – problémových uživatelů alkoholu a drog

Tato podkapitola je zaměřena na osoby bez přístřeší, kteří problémově užívají návykové látky (alkohol či jiné drogy). Jsou to ti, jimž v dotazníku DAST nebo AUDIT vyšlo

minimálně problémové užívání nebo závislost. Jednalo se o 95 lidí bez domova problémově užívajících alkohol a 101 problémových uživatelů drog.

Zaměřili jsme se na jejich rodinné zázemí. Téměř polovina zmíněných uvedla, že žila v úplné rodině, s oběma rodiči (graf č. 30). Avšak více než 40 % prožilo alespoň část svého dětství v dětském domově (graf č.31). V jiném zařízení během dětství (diagnostický či výchovný ústav, Klokánek) bylo 32 % respondentů.

Graf č.30: Rodinné zázemí uživatelů alkoholu a drog



Graf č.31: Pobyt uživatelů alkoholu a drog v dětském domově



Graf č.32: Pobyt uživatelů alkoholu a drog v jiném zařízení během dětství



Odsouzena k trestu odnětí svobody byla téměř polovina respondentů (graf č.33). Kriminální činnost páchaná osobami bez přístřeší užívajícími návykové látky je významná jak do množství trestných činů, tak v některých případech do jejich závažnosti. Mnozí mají zásadní kriminální zkušenost, mnozí se dopouštějí drobné kriminality příležitostně nebo jen z nouze.

Graf č.33: Pobyt uživatelů alkoholu a drog ve vězení



5. Diskuze a závěry

Při práci na tomto výzkumu jsme se nechali inspirovat šetřením provedeným v roce 2005 pracovníky Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE). Bylo zaměřeno na subjektivní hodnocení zdraví osob bez přístřeší a jeho determinant. Podle dostupných statistických údajů pokrylo třetinu bezdomovecké populace v hlavním městě Praze (Barták, 2011). Zajímalo nás, do jaké míry se výsledky shodují nebo naopak liší a proč, zda došlo v bezdomovecké minoritě k nějakým změnám, ev. co je vyvolalo. Hluběji jsme se zaměřili na užívání návykových látek. Na jeho příčiny, důsledky a souvislosti vázající se k bezdomovectví. Náš výzkum byl velmi rozsáhlý co do počtu respondentů, ale i do okruhu zkoumaných témat. 300 osob odpovídalo na otázky týkající se základních demografických údajů, ekonomické aktivity dotazovaných, životní situace, kvalitu života, současný vztah k alkoholu a návykovým látkám a vztah k alkoholu a návykovým látkám v době, kdy ještě nebyly v tak tíživé situaci jako nyní.

Výzkumu se zúčastnilo více než 70 % mužů, méně než 30 % žen. Se šetřením IZPE se tento údaj shoduje (Barták, 2011). Dá se tedy předpokládat, že v bezdomovecké populaci je výrazně více mužů než žen. Toto si vysvětlujeme tím, že život na ulici je pro ženy podstatně náročnější. Musí čelit mnoha nekomfortním situacím, jako je nedostatek hygieny a spánku, násilí páchané na ulici, život ve strachu a nejistotě apod. Nejvíce osob bez přístřeší je ve středním věku, mezi 40-43 rokem, což opět vychází i z Bartákova výzkumu (Barták, 2011). Více než 80 % dotazovaných žije mimo manželství, jsou svobodní či rozvedení. Ve srovnání s většinovou populací je toto procento velmi vysoké. U skupiny osob bez přístřeší je téměř 3x méně manželských svazků než v populaci většinové. Může to být zapříčiněno tíživou sociální situací, ale také charakterovými rysy jedinců, kteří nejsou schopni trvalého pevného svazku s jinou osobou. Dle Bartáka jsou rozvody a rozpady vztahů jedním ze zásadních faktorů bezdomovectví (Barták, 2011). Téměř polovina respondentů nemá vlastní biologické děti. Většina se narodila v Praze či středních Čechách. Toto by mohlo vypovídat o rovnoměrném rozložení sociálních služeb napříč ČR. O tom, že se lidé narození v jiných částech republiky, nestěhují do Prahy kvůli „lepšímu žití“. Jejich potřeby pravděpodobně ošetří sociální služby v místech jejich narození. Otázkou však zůstává, zda si otázku v dotazníku špatně nevyložili a nezaměnili místo narození s místem pobytu.

Vzdělání osob bez přístřeší je na nízké úrovni. Zhruba polovina z nich má pouze základní, někteří dokonce nedokončené. Další početnou skupinou jsou vyučení bez maturity. Maturitu má méně než 20 % osob. Vysokoškolské vzdělání uvedlo celkem 9 osob, z toho 7 mužů. U těchto se většinou objevuje problém s užíváním návykových látek. Barták ve svém výzkumu upozorňuje na problém nízkého vzdělání v souvislosti s uplatněním na trhu práce (Barták, 2011). Dnes na trhu práce převládá situace, kdy je počet uchazečů o zaměstnání nižší než počet volných pracovních míst. I přesto je pracovní aktivita osob bez přístřeší velmi nízká. Pracuje pouze třetina z nich. A pouze 6 % všech dotazovaných má trvalý pracovní poměr. Ostatní pracují v rámci Dohody o provedení práce či Dohody o provedení činnosti. Jejich nízkou pracovní aktivitu nepřičítáme nízkému vzdělání, ale

neschopnosti se podřídit pravidlům a povinnostem, které se zaměstnáním souvisí. S vysokou mírou nezaměstnanosti souvisí nízké příjmy, které respondenti v šetření uváděli. Téměř 70 % dotazovaných má měsíčně méně než 5000 Kč. Někjaké sociální dávky přitom pobírá pouze necelá polovina všech tázaných. Nejčastěji se jedná o dávky státní sociální podpory, dávky důchodového pojištění a dávky v nezaměstnanosti. Bartákova zjištění jsou obdobná, rozšířená o informaci, že více než 80% jeho respondentů, kteří o dávku žádali, byla poskytnuta (Barták, 2011). Malé procento příjemců sociálních dávek je tedy zřejmě dáno absencí osobních dokladů, nedisciplinovaností, ev. lhostejností ke své ekonomické situaci.

Více než polovina respondentů překvapivě uvedla, že dětství prožila v úplné či neúplné rodině. Barták ve svém výzkum upozorňuje, že zmiňované rodiny, nemusely být z hlediska svých rolí plně funkční (Barták, 2011). Což náš výzkum potvrzuje tím, že i tyto osoby strávily nějakou část dětství v dětském domově či jiném ústavním zařízení. Zkušenost s vězením má necelá polovina dotazovaných, při čemž prizonizace je dalším rizikovým faktorem v otázce bezdomovectví.

Většina dotazovaných žije bez domova 3 a více let. Délka bezdomovectví je důležitým faktorem při resocializaci těchto osob. Čím déle jsou vyčleněni ze společnosti, tím obtížněji se do ní znovu zařazují. Pouze necelá třetina je na ulici méně než 3 roky. Nejčastější příčinou jejich propadu je rozvod či rozpad vztahu. Dále pak ztráta bytu, alkohol a drogy, vlastní rozhodnutí či dluhy. Vedlejšími příčinami jsou ztráta bytu, vlastní rozhodnutí a ztráta zaměstnání. Alkohol a drogy jako příčinu uvedlo v obou případech okolo 13% dotazovaných.

Třetina dotazovaných přespává v noclehárnách, dále pak ve squatech a azylových domech. Pouze malá část spí venku, např. v lese nebo na lavičce. Zde je ale potřeba podotknout, že výzkumný soubor tvořily osoby využívající sociálních služeb určených této cílové skupině. Lze tedy předpokládat, že jednou z využívaných služeb je právě nocleh.

Výsledky šetření dokazují, že život osob bez přístřeší je celkem radostný. Pouze 7 % uvedlo, že nemá ze svého života radost. Maximální radost má 10 %, ostatní se pohybují mezi. Hůře jsou na tom se spokojeností se svým zdravím. Z celkového počtu dotazovaných, jedna třetina odpověděla negativně. To souvisí s tím, že nějakou bolestí (i když jen malou) trpí více než dvě třetiny respondentů. Zajímavou kapitolou jsou vztahy, které jsou často velmi problematické. Toto náš výzkum potvrzuje, neboť třetina respondentů není se svými vztahy spokojena. V rámci zkoumání příčin bezdomovectví, nás zajímala sexuální orientace zúčastněných. Zjistili jsme, že 21 % je založeno jinak než heterosexuálně, tedy homosexuálně či bisexuálně.

V problematice bezdomovectví je klíčové užívání návykových látek. To potvrzuje alarmující fakt, že dvě třetiny respondentů mají s tímto problémem. Osoby bez přístřeší užívají hojně jak alkohol, tak jiné drogy (nejvíce THC a pervitin). Šetření prokázalo, že

uživatelů drog je nepatrně více než uživatelů alkoholu. V našem vzorku však rozdíl tvořilo pouze 6 osob. Z výzkumu tedy vyplývá, že v problematice nadužívání návykových látek osobami bez přístřeší, zaujímají alkohol a drogy stejné místo. Nepodařilo se nám jednoznačně prokázat, zda je užívání příčinou či důsledkem bezdomovectví. V případě drog se znásobilo či objevilo až s životem na ulici, v případě alkoholu tomu bylo naopak. Rozdíly jsou však nepatrné, a tak se přikláníme k tomu, že problém užívání návykových látek jde ruku v ruce s problémem bezdomovectví. Toto dokresluje fakt, že 80 % respondentů užívalo návykové látky jak v minulosti, tedy v době, kdy bydleli, tak v současnosti, tedy v době, kdy žijí bez domova. Bezdomovecký styl života bezpochyby posiluje tendenci brát drogy či pít alkohol, stejně tak ale užívání návykových látek vede ve větší míře k bezdomovectví.

Osoby bez přístřeší problémově užívající návykové látky mají několik společných rysů. Jedná se především o dětství strávené v neharmonickém prostředí. Téměř polovina z nich prožila jeho část v dětském domově. Třetina byla v jiném zařízení typu diagnostický či výchovný ústav, nebo Klokánek. Těmto lidem chyběla v dětství láska a jistota. Nepoznali vzory, neviděli, jak se dospělí chovají k partnerovi, jak řeší krizové situace. Často tak selhávají ve vztazích, neví, jak je budovat, jak v nich najít hranice, nebo uplatnit svá práva. Mnohdy v nich dochází k fyzickému i psychickému násilí. Následky traumat prožitých v dětství si nesou celý život. Mají nedostatek sebedůvěry, zodpovědnosti, jsou citově deprimovaní, mají psychické, nebo dokonce psychiatrické potíže. Toto je bezpochyby jeden z faktorů podporujících závislostní chování, nebo jednání vedoucí k sociálnímu vyloučení.

Dalším společným prožitkem je trest odnětí svobody, ke kterému došlo u zhruba poloviny uživatelů bez domova. Jak jsme již výše zmínili, pobyt ve vězení s sebou nese negativní vlivy, především v podobě prizonizace. Odsouzený ve společnosti ostatních vězňů přejímá status „kriminálního“, získává návyky, učí se dovednosti a přijímá postoje, které ho po propuštění negativně ovlivňují v jeho dalších jednáních. Komplikací je také záznam v trestním rejstříku, který je silně omezující při hledání zaměstnání.

Zajímavý je také údaj o sexuální orientaci osob bez přístřeší majících problém s užíváním návykových látek. 36 % uživatelů drog a 20 % uživatelů alkoholu je bisexuálně či homosexuálně založeno. Takto vysoké zastoupení neheterosexuálně zaměřených osob mezi bezdomovci užívajícími návykové látky není jistě bezvýznamné. Menšinová sexuální orientace může být, i přes stoupající toleranci ve společnosti, stigmatizující. A to zvláště v případě mužů, kteří jsou k tomuto méně shovívaví než ženy. Ve spojení s nedostatkem sebevědomí může být homosexualita či bisexualita dalším vlivným faktorem k sociálnímu propadu. Souvislost lze hledat také v možných rozporech v rámci rodin, ale i celých komunit. Je obecně známo, že např. některé minoritní skupiny neheterosexuální orientaci netolerují.

Nadměrné užívání návykových látek se týká výrazně více mužů bez domova než žen. V případě alkoholu z 90%, v případě drog z 80%. Více než polovina z nich nepracuje. Nejvíce uživatelů drog je ve věku 40-43 let (21 %). Na této věkové hranici jejich počet

kulminuje. Věk uživatelů alkoholu se lehce liší. Zatímco u nelegálních návykových látek užívání výrazně klesá po 43 roce života, u alkoholu je tomu tak až po 67 roce. Nadužívání návykových jako příčinu své těžké sociální situace vidí 25 % respondentů.

Užívání návykových látek je bezpochyby jednou z příčin tíživé situace osob bez přístřeší. Je zásadním tématem ve snaze o jejich resocializaci. K jejich uzdravě je nutno intervenovat na více úrovních, tedy prostřednictvím jak sociálních, tak i zdravotních služeb. Z našeho pohledu je třeba řešit závislost a bezdomovectví ruku v ruce, s uplatněním zásad case managementu. Stabilizovat sociální situaci a zároveň snižovat, nebo zcela eliminovat rizika spojená s užíváním, a to na poli trestně právním, zdravotním i socio-ekonomickém. Zaměřit se jak na zprostředkování kvalitního bydlení a materiální stabilitu zmiňovaných, tak na pozitivní sociální podporu zaměřující se na posílení sebevědomí, zodpovědnosti, důvěry v sebe i ostatní, ale také výchovu ke zdraví. Nutné je zajistit dlouhodobé ochranné intervence, klinické intervence i poradenství. Pokud má být resocializace lidí bez domova úspěšná, je třeba se na problém jejich závislosti zaměřit a systematicky ho řešit, a to v rámci všech služeb dostupných této skupině obyvatel.

Seznam literatury

- Aktuální populační vývoj v kostce. (2017). *Český statistický úřad*. Retrieved May 28, 2018 from <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>
- Alkohol – obecná charakteristika. (2013). *Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze*. Retrieved January 26, 2018 from <http://poradna.adiktologie.cz/article/alkohol/alkohol-obecna-charakteristika/>
- Armáda Spásy. (2017). *Výroční zpráva 2016*. Retrieved March 2, 2018 from http://armadaspasy.cz/wp-content/uploads/2017/07/Armada_spasy_VZ2016_final_01.pdf
- Barták, M. (2004) *Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I. Bezdomovství v zrcadle veřejné politiky*. Kostelec nad Černými lesy, Česká republika: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Barták, M., Hnilicová, H., & Horáková P. (2006). Zdravotní potřeby bezdomovců v doporučeních Světové zdravotnické organizace a v realitě České republiky. *Sociální práce*. Retrieved February 18, 2018 from http://www.socialniprace.cz/soubory/4-2006_bezdomovectvi-120116134722.pdf
- Barták, M. (2011) *Bezdomovství v ČR: zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem, Česká republika: Univerzita J.E.Purkyně.
- Barták, M. (2015). Sociální služby v kontextu hodnocení zdravotního stavu bezdomovců. *Sociální práce*. Retrieved February 18, 2018 from <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=692>
- Ceannt, R., Macdonald, S., Fenton, J., & Larkan F. (2016). *Circles Within Circles: Dublin's Frontline Homeless Sector Workers Discuss the Intersectional Issues of Homelessness, Mental Illness and Addiction*. Retrieved February 22, 2018 from http://www.feantsaresearch.org/download/10-2_article_38967015824540855800.pdf
- Centrum sociálních služeb Praha (2016). *Ulice není moje volba. Příběhy lidí bez domova*. Praha, Česká republika: Centrum sociálních služeb Praha.
- Collins, S., Jones, C., Hoffmann, G., Nelson, L., Hawes, S., Grazioli, V., ... Clifasefi, S. (2015). *In their own words: Content analysis of pathways to recovery among individuals with the lived experience of homelessness and alcohol use disorders*. Retrieved February 22, 2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715940/>
- Duální diagnóza, popis nemoci. (n.d.). In *Bohnice bez hranic*. Retrieved February 5, 2018 from <http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/>

- Dvořáčková, D., Belešová, R., Kajanová, A., & Bergougui, B. (2016). Zdravotně sociální aspekty bezdomovectví. *Kontakt - časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*. Retrieved February 23, 2018 from <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20161012131656163925.pdf>
- Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha, Česká republika: Psychiatrické centrum Praha.
- Drogová kriminalita, její prevence a drogy ve vězení. (n.d.). *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislost*. Retrieved April 20, 2018 from <https://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2016/32594-drogova-kriminalita-její-prevence-a-drogy-ve-vezeni-2016/>
- Drogové trestné činy: tresty a další způsoby řešení. (2009). *Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost*. Retrieved April 20, 2018 from http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93266_CS_Summary_Sentencing%20SI_CS.pdf
- FEANTSA. (2017). *ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion*. Retrieved January 15, 2018 from <http://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion?bcParent=27>
- Fitzpatrick, S., Kemp, P., & Klinker, S. (2000) *Single homelessness, an overview of research in Britain*. Bristol, Grain Britain: The Policy Press.
- Fitzpatrick, S., Pawson, H., Bramley, G., & Wilcox, S. (2012). The homelessness monitor: England 2012. Retrieved January 25, 2018 from https://www.crisis.org.uk/media/237045/the_homelessness_monitor_england_2012.pdf
- Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha, Česká republika: Argo.
- Chráška, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha, Česká republika: Grada Publishing.
- Heller, J., & Pecinová, O. (2011). *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha, Česká republika: Toga spol. s.r.o.
- Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*. Praha, Česká republika: Portál.
- Hradecký, I., & Hradecká, V. (1996) *Bezdomovství. Extrémní vyloučení*. Praha, Česká republika: Naděje.
- Hradecký, I., Barták, M., Cveček, D., Edgar, W., Ondrák, P., Pěnkava, P., & Ruszová, P. (2007). *Definice a typologie bezdomovství. Zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR*. Praha, Česká republika: Naděje, o.s.
- Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M., ... Zábanský, T. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha, Česká republika: Grada Publishing, a.s.

- Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Čablová, L., Čtrnáctá, Š., Dvořáček, J., ... Zima, T. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha, Česká republika: Grada Publishing, a.s.
- Klinika adiktologie 1.lf Univerzita Karlova v Praze. (2011). *Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT)*. [pdf]. Retrieved December 12, 2017 from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2693/Test-pro-identifikaci-poruch-pusobenych-uzivanim-alkoholu-AUDIT->
- Kubala, O. (2011). *Český statistický úřad: Výsledky sčítání bezdomovců*. Retrieved December 10, 2017 from https://www.czso.cz/csu/sldb/vysledky_scitani_bezdomovcu
- Lidé bez domova. (n.d.). In *Armáda spásy*. Retrieved February 6, 2018 from <http://armadaspasy.cz/pomahame-vam/socialni-sluzby/lide-bez-domova/>
- Marek, J., Strnad, A., & Hotovcová, L. (2012). *Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha, Česká republika: Portál.
- Mareš, P. (2006). *Faktory sociálního vyloučení*. Praha, Česká republika: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha, Česká republika: Portál.
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha, Česká republika: Portál.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, Česká republika: Grada Publishing, a.s.
- MPSV. (2013). *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020*. Retrieved December 15, 2017 from <https://www.vlada.cz/assets/mediacentrum/aktualne/Koncepce-prevence-a-reseni-problematiky-bezdomovectvi-v-CR-do-roku-2020.pdf>
- MPSV. (2016). *Vyhodnocení průzkumu řešení bezdomovectví v obcích s rozšířenou působností*. Retrieved January 15, 2018 from https://www.mpsv.cz/files/clanky/24488/Vyhodnoceni_pruzkumu_reseni_bezdomovectvi_v_obcich_s_rozsirenou_pusobnosti.pdf
- Nevřala, J. (2003). *Forenzní psychologie: vybraná témata*. Ostrava, česká republika: Ostravská univerzita.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha, Česká republika: Portál.
- Pelikán, J. (1998). *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha, Česká republika: Karolinum.
- Priebe, S., Matanov, A., Schor, R., Straßmayr, C., Barros, H., Barry, M., ... Gadinni, A. (2012). Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health*. Retrieved February 19, 2018 from <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84862190707&origin=inward&txGid=a4bc87f8225b0a2ef55a466eee5c38a6>

- Průdková, T., & Novotný, P. (2008). *Bezdomovectví*. Praha, Česká republika: Triton.
- Předsednictvo České národní rady. (1992). *Listina základních práv a svobod*. Retrieved January 18, 2018 from <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- Röhr, H. (2015). *Závislost. Jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha, Česká republika: Portál.
- Ross-Houle, K. (2017). *An exploration of the role of alcohol in relation to living situation and significant life events for the homeless population in Merseyside, UK*. Retrieved February 22, 2018 from https://phi.ljmu.ac.uk/wp-content/uploads/2017/03/ARUK-FinalReport_0140-PUBLISHED.pdf
- Schütz, Ch. (2016). Homelessness and Addiction: Causes, Consequences and Interventions. *Current Treatment Options in Psychiatry*. Retrieved February 19, 2018 from <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40501-016-0090-9>
- Síť specializované adiktologické péče. (n.d.). In *Drogy – info*. Retrieved February 6, 2018 from <https://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2014/specializovana-lecba-a-sluzby-pro-uzivatele-drog-2014/sit-specializovane-adiktologicke-pece-2014/>
- Skinner, H. (1982). *The drug abuse screening test*. Oxford, England: Elsevier science Ltd.
- Sociální souvislosti užívání drog a resocializace uživatelů drog. (n.d.). In *Drogy – info*. Retrieved February 25, 2018 from <https://www.drogy-info.cz/drogova-situace/socialni-souvislosti-uzivani-drog-a-resocializace-uzivatelu-drog/>
- Šnajdrová, Z., & Holpuch, P. (2010). *Sčítání bezdomovců na území hl. města Prahy, závěrečná zpráva*. Retrieved March 2, 2018 from http://socialni.praha.eu/public/44/9f/ae/1877854_502943_zaverecna_zprava_scitani_bez_domovcu_hmp_2010.pdf
- Štěchová, M., Luptáková, M., & Kopoldová, B. (2008). *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie*. Praha, Česká republika: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Šupková, D., Pešek, J., Trnka, L., Vidovičová, H., & Volná, J. (2007) *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha, Česká republika: Grada Publishing, a.s.
- Užívání drog a bezdomovectví. (n.d.). In *Drogy – info*. Retrieved February 26, 2018 from <https://www.drogy-info.cz/drogova-situace-2015/socialni-souvislosti-uzivani-drog-a-resocializace-uzivatelu-drog-2015/uzivani-drog-v-socialne-znevychodnenych-skupinach-a-lokalitach-2015/uzivani-drog-a-bezdomovectvi-2015/>
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Česká republika: Portál.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Česká republika: Portál.
- Vágnerová, M., Csémy, L., & Marek, J. (2013). *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha, Česká republika: Karolinum.

Vargová, J. (2007). *Zdravotní stav bezdomovců*. Retrieved March 19, 2017 from <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zdravotni-stav-bezdomovcu-285320>

WHO. (2016). *Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů*. Retrieved January 24, 2018 from <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Zákon č. 40/1993 Sb., o nabytí a pozbytí státního občanství České republiky.

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi.

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu.

Zákon č. 283/2009 Sb., o nedovolené výrobě a jiném nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy.

Zákon č. 284/2009 Sb., o přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu.

Zákon č. 285/2009 Sb., o nedovoleném pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku.

Zákon č. 286/2009 Sb., o výrobě a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu.

Zákon č. 287/2009 Sb., o šíření toxikomanie.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Evropská Typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení v prostředí České republiky

Příloha č. 2: ETHOS

Příloha č. 3: ETHOS light

Příloha č. 4: Dotazník použitý k výzkumu „Užívání návykových látek u osob bez přístřeší“

Seznam zkratk

CSS BB - Centrum sociálních služeb Bohuslava Bureše

ETHOS - Evropská typologie bezdomovectví

FEANTSA - Federace národních sdružení pracujících s lidmi bez domova

IZPE - Institut zdravotní politiky a ekonomiky

OPL – Omamné a psychotropní látky

OPP – Obecně prospěšné práce

ETHOS – Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR

1/2

Bezdomovství, sociální vyloučení spojené s absencí bydlení, je jedním z problémů, kterého se týká Strategie sociální ochrany a začleňování EU. Prevence bezdomovství a reintegrace osob bez domova jsou otázkami, které vyžadují dobré pochopení procesů a mechanismů, které vedou do situací absence nebo ztráty domova.

FEANTSA (Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci) vytvořila typologii bezdomovství a vyloučení z bydlení, nazvanou ETHOS.

Typologie ETHOS vychází z principu, že pojetí domova lze chápat ve třech oblastech, jejichž absence může vést k bezdomovství. Mít domov může být chápáno jako: mít přiměřené bydlení, které může osoba a její rodina vylučně

užívat (fyzická oblast); mít prostor pro vlastní soukromí s možností sociálních vztahů (sociální oblast); mít právní důvod k užívání (právní oblast). Z toho vyplývají čtyři formy vyloučení z bydlení: bez střechy, bez bytu, nejisté bydlení, nevyhovující bydlení – všechny tyto situace ukazují na absenci bydlení. ETHOS tedy člení osoby bez domova podle jejich životní situace nebo situace jejich bydlení. Tyto konceptní kategorie se dále člení na 13 operačních (pracovních) kategorií, v rámci realizovaného národního projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR byl vytvořen soubor národních subkategorií. Typologie tak může být využita pro monitoring bezdomovství, pro vytváření politik a jejich rozvoj a vyhodnocování.

| Koncepční kategorie | Operační kategorie | Životní situace | Generická (druhov) definice | Národní subkategorie | * | |
|-----------------------------------|---|--|--|---|--|--------|
| BEZ STŘECHY | 1 Osoby přežívající venku | 1.1 Veřejné prostory nebo venku (na ulici) | Osoby přežívající na ulici nebo ve veřejně přístupných prostorách bez možnosti ubytování | 1.1.1 Osoby spící venku (např. ulice, pod mostem, nádraží, letiště, veřejné dopravní prostředky, kanály, jeskyně, odstavené vagony, stany, garáže, prádelny, sklepy a půdy domů, vraky aut) | b | |
| | 2 Osoby v noclehárně | 2.1 Noclehárna | Osoby bez obvyklého bydliště, které využívají nízkoprahové noclehárny | 2.1.1 Osoby v nízkoprahové noclehárně 2.1.2 Osoby sezonně užívající k přenocování prostory zařízení bez lůžek | b b | |
| BEZ BYTU | 3 Osoby v ubytovnách pro bezdomovce | 3.1 Azylový dům pro bezdomovce | Osoby v azylových domech s krátkodobým ubytováním | 3.1.1 Muži v azylovém domě 3.1.2 Ženy v azylovém domě 3.1.3 Matky s dětmi v azylovém domě 3.1.4 Otcové s dětmi v azylovém domě 3.1.5 Úplné rodiny v azylovém domě 3.1.6 Osoby v domě na půli cesty | b b b b b b | |
| | | 3.2 Přechodná ubytovna | Osoby ve veřejných ubytovnách s krátkodobým ubytováním, které nemají vlastní bydlení | 3.2.1 Osoby ve veřejné komerční ubytovně (nemají jinou možnost bydlení) 3.2.2 Osoby v přístřeší po vystěhování z bytu | b b | |
| | | 3.3 Přechodně podporované ubytování | Bezdomovci v přechodném bydlení se sociální podporou | 3.3.1 Bydlení s podporou výslovně určené pro bezdomovce neexistuje | a | |
| | 4 Osoby v pobytových zařízeních pro ženy | 4.1 Pobytové zařízení pro ženy | | Ženy ubytované krátkodobě v zařízení z důvodu ohrožení domácím násilím | 4.1.1 Ženy ohrožené domácím násilím pobývající na skryté adrese | a |
| | | | | | 4.1.2 Ženy ohrožené domácím násilím pobývající v azylovém domě | a |
| | 5 Osoby v ubytovnách pro imigranty | 5.1 Přechodné bydlení (azylová zařízení pro žadatele o azyl) | | Imigranti v přechodných ubytovnách z důvodu imigrace | 5.1.1 Žadatelé o azyl v azylových zařízeních | a |
| | | 5.2 Ubytovny pro migrující pracovníky | | Osoby v ubytovnách pro migrující pracovníky | 5.2.1 Migrující pracovníci – cizinci ve veřejné komerční ubytovně (nemají jinou možnost bydlení) | a |
| | 6 Osoby před opuštěním instituce | 6.1 Věznice a vazební věznice | | Bez možnosti bydlení po propuštění | 6.1.1 Osoby před opuštěním věznice | a |
| | | 6.2 Zdravotnická zařízení | | Zůstává déle z důvodu absence bydlení | 6.2.1 Osoby před opuštěním zdravotnického zařízení | a |
| | | 6.3 Zařízení pro děti | | Bez možnosti bydlení | 6.3.1 Osoby před opuštěním dětské instituce 6.3.2 Osoby před opuštěním péčovské péče | a a |
| 7 Uživatelé dlouhodobější podpory | 7.1 Pobytová péče pro starší bezdomovce | | Senioři a osoby invalidní dlouhodobě ubytované v azylovém domě | 7.1.1 Muži a ženy v seniorském věku nebo invalidé dlouhodobě ubytované v azylovém domě | b | |
| | 7.2 Podporované bydlení pro bývalé bezdomovce | | Dlouhodobé bydlení s podporou pro bývalé bezdomovce | 7.2.1 Bydlení s podporou výslovně určené pro bezdomovce neexistuje | a | |

* Použité zkratky v posledním sloupci – Stupeň ohrožení: a – ohrožené osoby, b – bezdomovci

| Koncepční kategorie | Operační kategorie | Životní situace | Generická (druhová) definice | Národní subkategorie | * | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|--|--|--|---|
| NEJISTÉ BYDLENÍ | 8 Osoby žijící v nejistém bydlení | 8.1 Přechodné bydlení u příbuzných nebo přátel | Přechodné bydlení u příbuzných nebo přátel | 8.1.1 Osoby přechodně bydlící u příbuzných nebo přátel (nemají jinou možnost bydlení) 8.1.2 Osoby v podnájmu (nemají jinou možnost bydlení) | a a | |
| | | 8.2 Bydlení bez právního nároku | Bydlení bez právního nároku, nezákonné obsazení budovy | 8.2.1 Osoby bydlící v bytě bez právního důvodu 8.2.2 Osoby v nezákonné obsazené budově | a b | |
| | | 8.3 Nezákonné obsazení pozemku | Nezákonné obsazení pozemku | 8.3.1 Osoby na nezákonné obsazeném pozemku (zahradkářské kolonie, zemnice) | b | |
| | 9 Osoby ohrožené vystěhováním | 9.1 Vypověď z nájemního bytu | Vypověď z nájemního bytu | 9.1.1 Osoby, které dostaly vypověď z nájemního bytu | a | |
| | | 9.2 Ztráta vlastnictví bytu | Ztráta vlastnictví bytu | 9.2.1 Osoby ohrožené vystěhováním z vlastního bytu | a | |
| | 10 Osoby ohrožené domácím násilím | 10.1 Policejně zaznamenané domácí násilí | Případy, kdy policie zasáhla k zajištění bezpečí obětí domácího násilí | 10.1.1 Osoby ohrožené domácím násilím – policejně zaznamenané případy – oběti | a | |
| | NEVYHOVUJÍCÍ BYDLENÍ | 11 Osoby žijící v provizorních a neobvyklých stavbách | 11.1 Mobilní obydlí | Mobilní obydlí, které není určené pro obvyklé bydlení | 11.1.1 Osoby žijící v mobilním obydlí, např. maringotka, karavan, hausbót (nemají jinou možnost bydlení) | a |
| | | | 11.2 Neobvyklá stavba | Nouzový přístřešek, bouda, chatrč, barák | 11.2.1 Osoby žijící v budově, která není určena k bydlení, např. osoby žijící na pracovišti, v zahradních chatkách se souhlasem majitele | a |
| | | | 11.3 Provizorní stavba | Provizorní stavba | 11.3.1 Osoby žijící v provizorních stavbách nebo v budovách např. bez kolaudace | a |
| | | 12 Osoby žijící v nevhodném bydlení | 12.1 Obydlené neobyvatelné byty | Bydlení v objektu označeném podle národní legislativy jako nevhodné k bydlení | 12.1.1 Osoby žijící v nevhodném objektu – obydlí se stalo nezpůsobilým k obývání (dříve mohlo být obyvatelné) | a |
| 13 Osoby žijící v přelidněném bytě | | 13.1 Nejvyšší národní norma definující přelidnění | Definované jako překračující nejvyšší normu podle rozměru nebo počtu místností | 13.1.1 Osoby žijící v přelidněných bytech | a | |

* Použité zkratky v posledním sloupci - Stupeň ohrožení: a - ohrožené osoby, b - bezdomovci



FEANTSA is supported financially by the European Commission. The views expressed herein are those of the author(s) and the Commission is not responsible for any use that may be made of the information contained herein.

European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL
 FEANTSA Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Brussels ■ Belgium ■ Tel.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ ethos@feantsa.org ■ www.feantsa.org

CZ

Zdroj: https://www.feantsa.org/download/cz___8621229557703714801.pdf



What is ETHOS?

ETHOS is the European Typology of Homelessness and Housing Exclusion. It was developed by FEANTSA as a transnational framework definition for policy and practice purposes. It provides a shared language for transnational exchange. It does not attempt to harmonise national definitions of homelessness in Europe.

ETHOS classifies living situations that constitute homelessness or housing exclusion. ETHOS identifies 4 main categories of living situation: Rooflessness, Houselessness, Insecure Housing and Inadequate Housing. These conceptual categories are divided into 13 operational categories that can be used for different policy purposes, such as mapping the problem of homelessness, as well as developing, monitoring and evaluating policies.

| | OPERATIONAL CATEGORY | LIVING SITUATION | GENERIC DEFINITION | |
|---|---|---|--|---|
| Conceptual Category | 1 People Living Rough | 1.1 Public space or external space | Living in the streets or public spaces, without a shelter that can be defined as living quarters | |
| | HOUSELESS | 2 People in emergency accommodation | 2.1 Night shelter | People with no usual place of residence who make use of overnight shelter, low threshold shelter |
| | | 3 People in accommodation for the homeless | 3.1 Homeless hostel | Where the period of stay is intended to be short term |
| | | | 3.2 Temporary accommodation 3.3 Transitional supported accommodation | |
| | | 4 People in Women's Shelter | 4.1 Women's shelter accommodation | Women accommodated to experience of domestic violence and where the period of stay is intended to be short term |
| | | 5 People in accommodation for immigrants | 5.1 Temporary accommodation/reception centres | Immigrants in reception or short term accommodation due to their immigrant status |
| | | | 5.2 Migrant workers accommodation | |
| | | 6 People due to be released from institutions | 6.1 Penal institutions | No housing available prior to release |
| | 6.2 Medical institutions (*) 6.3 Children's institutions/homes | | Stay longer than needed due to lack of housing No housing identified (e.g. by 18th birthday) | |
| | 7 People receiving longer-term support (due to homelessness) | 7.1 Residential care for older homeless people | Long stay accommodation with care for formerly homeless people (normally more than one year) | |
| | | 7.2 Supported accommodation for formerly homeless people | | |
| | INSECURE | 8 People living in insecure accommodation | 8.1 Temporarily with family/friends | Living in conventional housing but not the usual place of residence due to lack of housing |
| | | | 8.2 No legal (sub)tenancy | Occupation of dwelling with no legal tenancy illegal occupation of a dwelling |
| 8.3 Illegal occupation of land | | | Occupation of land with no legal rights | |
| 9 People living under threat of eviction | | 9.1 Legal orders enforced (rented) | Where orders for eviction are operative | |
| | | 9.2 Re-possession orders (owned) | Where mortgagee has legal order to re-possess | |
| 10 People living under threat of violence | 10.1 Police recorded incidents | Where police action is taken to ensure place of safety for victims of domestic violence | | |
| INADEQUATE | 11 People living in temporary/non-conventional structures | 11.1 Mobile homes | Not intended as place of usual residence | |
| | | 11.2 Non-conventional building | Makeshift shelter, shack or shanty | |
| | | 11.3 Temporary structure | Semi-permanent structure hut or cabin | |
| 12 People living in unfit housing | 12.1 Occupied dwellings unfit for habitation | Defined as unfit for habitation by national legislation or building regulations | | |
| 13 People living in extreme over-crowding | 13.1 Highest national norm of overcrowding | Defined as exceeding national density standard for floor-space or useable rooms | | |

Note: Short stay is defined as normally less than one year; Long stay is defined as more than one year.

(*) Includes drug rehabilitation institutions, psychiatric hospitals etc.



A Harmonised Definition of Homelessness for Statistical Purposes

Sometimes referred to as ETHOS 'Light', this is a version of the ETHOS typology developed in the context of a 2007 European Commission study: *Measurement of Homelessness at European Union Level*. It is a harmonised definition of homelessness for statistical purposes. It is a pragmatic tool for the development of homelessness data collection, rather than a conceptual and operational definition to be used for a range of policy and practice purposes.

| CONCEPTUAL CATEGORY | OPERATIONAL CATEGORY | PHYSICAL DOMAIN | LEGAL DOMAIN | SOCIAL DOMAIN |
|---------------------|--|---|--|---|
| Homelessness | 1 Rooflessness | No dwelling (roof) | No legal title to a space for exclusive possession | No private and safe personal space for social relations |
| | 2 Houselessness | Has a place to live, fit for habitation | No legal title to a space for exclusive possession | No private and safe personal space for social relations |
| Housing Exclusion | 3 Insecure and inadequate housing | Has a place to live (unfit for habitation) | No security of tenure | Has space for social relations |
| | 4 Inadequate housing and social isolation within a legally occupied dwelling | Inadequate dwelling (unfit for habitation) | Has legal title and/or security of tenure | No private and safe personal space for social relations |
| | 5 Inadequate housing (secure housing) | Inadequate dwelling (dwelling unfit for habitation) | Has legal title and/or security of tenure | Has space for social relations |
| | 6 Insecure housing (adequate housing) | Has a place to live | No security of tenure | Has space for social relations |
| | 7 Social isolation within a secure and adequate context | Has a place to live | Has legal title and/or security of tenure | No private and safe personal space for social relations |

Příloha č. 4

Dotazník použitý k výzkumu „Užívání návykových látek u osob bez přístřeší“

Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který poslouží pro potřeby diplomové práce Kristýny Kubíkové. Tato práce je součástí navazujícího magisterského oboru Adiktologie na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Práce zkoumá závislosti u lidí bez domova. Dotazník je zcela ANONYMNÍ – nebude obsahovat Vaše jméno ani žádné jiné informace, které by Vás mohly individuálně identifikovat. Vaše odpovědi jsou považovány za zcela důvěrné.

I. Základní údaje o Vás

1. Věk:

2. Pohlaví:

3. Jaký je Váš rodinný stav?

| | |
|---------------------------|--|
| Svobodný, svobodná | |
| Žiji v nesezdaném soužití | |
| Ženatý, vdaná | |
| Rozvedený, rozvedená | |
| Vdovec, vdova | |

4. Kolik máte vlastních (biologických) dětí?

5. Kolik máte sourozenců?

6. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené školní vzdělání?

| | |
|--------------------------------|--|
| Neukončené základní vzdělání | |
| Základní | |
| Praktická škola | |
| Vyučen(a) bez maturity | |
| Střední bez maturity | |
| Střední odborné s maturitou | |
| Střední všeobecné s maturitou | |
| Pomaturitní nástavbové studium | |
| Vyšší odborné | |
| Vysokoškolské | |

15. Jaký je Váš současný celkový čistý měsíční příjem?

| | |
|------------------|--|
| Do 5000 Kč | |
| 5001 – 6 999 Kč | |
| 7000 – 8 999 Kč | |
| 9000 – 11 999 Kč | |
| 12 000 Kč a více | |

III. Vaše životní situace

16. V jaké rodině jste převážně vyrůstal(a)?

| | |
|---|--|
| V úplné rodině, s oběma rodiči | |
| V neúplné rodině, pouze s jedním rodičem | |
| V rodině příbuzných (u babičky, tety, strýce apod.) | |
| V adoptivní rodině | |
| V pěstounské péči | |
| Neměl(a) jsem rodinu (v ústavní péči) | |

17. Strávil(a) jste část nebo celé dětství v dětském domově?

18. Pokud ano, jak dlouho?

19. Byl(a) jste někdy v dětství v jiném zařízení (diagnostický ústav, výchovný ústav)?

20. Pokud ano, jak dlouho a kde?

21. Byl(a) jste někdy ve vězení?

22. Pokud ano, jak celkově dlouho?

23. Jaká je Vaše sexuální orientace?

| | |
|----------------|--|
| Heterosexuální | |
| Bisexuální | |
| Homosexuální | |

24. Jak dlouho žijete bez domova?

25. Co bylo podle Vás hlavní příčinou toho, že jste se ocitl(a) bez domova? Uveďte pouze 1 příčinu.

| | |
|-----------------------------|--|
| Ovdovění | |
| Rozvod, rozpad vztahu | |
| Propuštění z vězení | |
| Odchod z ústavní výchovy | |
| Ztráta zaměstnání | |
| Dluhy | |
| Alkohol, drogy, gamblerství | |
| Nemoc | |
| Ztráta bytu | |
| Vlastní rozhodnutí | |

Pokud šlo o jinou příčinu/jiné příčiny, prosím vypište:

26. Jaké byly podle Vás ostatní příčiny toho, že jste se ocitl(a) bez domova? Uveďte max. 3 příčiny.

| | |
|-----------------------------|--|
| Ovdovění | |
| Rozvod, rozpad vztahu | |
| Propuštění z vězení | |
| Odchod z ústavní výchovy | |
| Ztráta zaměstnání | |
| Dluhy | |
| Alkohol, drogy, gamblerství | |
| Nemoc | |
| Ztráta bytu | |
| Vlastní rozhodnutí | |

Pokud šlo o jinou příčinu/jiné příčiny, prosím vypište:

27. Kde obvykle přebýváte? Můžete uvést dvě místa.

| | |
|-------------|--|
| Na ubytovně | |
| U známých | |
| Na nádraží | |
| Na lavičce | |
| Ve squatu | |
| V lese | |
| Jinde | |

Pokud jinde, prosím vypište:

28. Využil(a) jste letos pomoci ještě jiné organizace, než kde probíhá dotazování?

29. Pokud ano, o jakou/jaké organizaci/e se jednalo?

30. Pokud ano, o jaký typ služby se jednalo?

IV. Kvalita života

| | | | | | |
|--|--------------------|--------------|-------------------------------------|------------|------------------|
| 31. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? | velmi špatná | špatná | ani špatná, ani dobrá | dobrá | velmi dobrá |
| | | | | | |
| 32. Jak jste spokojen/a se svým zdravím? | velmi nespokojen/a | nespokojen/a | ani spokojen/a, ani nespokojen/a | spokojen/a | velmi spokojen/a |
| | | | | | |

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních čtyř týdnů prožíval/a určité věci.

| | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
|--|----------|--------|---------|-------|-----------|
| 33. Brání Vám bolest v činnosti? | | | | | |
| 34. Potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě? | | | | | |
| 35. Jak moc Vás těší život? | | | | | |
| 36. Zdá se Vám, že má Váš život smysl? | | | | | |
| 37. Jak se dokážete soustředit? | | | | | |
| 38. Cítíte se bezpečně? | | | | | |
| 39. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete? | | | | | |

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních čtyřech týdnech.

| | vůbec ne | spíše ne | středně | většinou ano | zcela |
|---|----------|----------|---------|--------------|-------|
| 40. Máte dost energie pro život? | | | | | |
| 41. Dokážete akceptovat svůj vzhled? | | | | | |
| 42. Máte peníze k uspokojení potřeb? | | | | | |
| 43. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život? | | | | | |
| 44. Máte možnost věnovat se zálibám? | | | | | |

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních čtyřech týdnech.

| | velmi nespokojen/a | nespokojen/a | ani spokojen/a, ani nespokojen/a | spokojen/a | velmi spokojen/a |
|---|--------------------|--------------|----------------------------------|------------|------------------|
| 45. Jak jste spokojen/a se svým spánkem? | | | | | |
| 46. Jak jste spokojen/a se schopností provádět každodenní činnosti? | | | | | |
| 47. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem? | | | | | |
| 48. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou? | | | | | |
| 49. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy? | | | | | |
| 50. Jak jste spokojen/a se svým sex. životem? | | | | | |
| 51. Jak jste spokojen/a s podporou přátel? | | | | | |
| 52. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete? | | | | | |
| 53. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče? | | | | | |
| 54. Jak jste spokojen/a s dopravou? | | | | | |

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních čtyř týdnů.

| | nikdy | někdy | středně | celkem často | neustále |
|---|-------|-------|---------|--------------|----------|
| 55. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, stres? | | | | | |

V. Váš vztah k pití alkoholu

Upozornění: termín „alkoholický nápoj“ znamená: 0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo 0,5 dcl destilátu

| | | |
|-----|--|----------------------------|
| 56. | Jak často si dáte alkoholický nápoj? | |
| | | Nikdy |
| | | Méně než jednou za měsíc |
| | | 2-4krát za měsíc |
| | | 2-3krát za týden |
| | | Víckrát než 4krát za týden |
| 57. | Kolik alkoholických nápojů si dáte v typický den, kdy pijete? | |
| | | Žádný |
| | | 1-2 |
| | | 3-4 |
| | | 5-6 |
| | | 7-9 |
| | | 10 a více |
| 58. | Jak často si dáte 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti? | |
| | | Nikdy |
| | | Méně než jednou za měsíc |
| | | Měsíčně |
| | | Týdně |
| | | Denně nebo téměř denně |
| 59. | Jak často jste v posledním roce zjistil/a, že nemůžete přestat pít, když jednou začnete? | |
| | | Nikdy |
| | | Méně než jednou za měsíc |
| | | Měsíčně |
| | | Týdně |
| | | Denně nebo téměř denně |

| | | |
|-----|--|--------------------------|
| 60. | Jak často v posledním roce jste kvůli pití nezvládl/a udělat něco, co se od vás očekávalo? | |
| | | Nikdy |
| | | Méně než jednou za měsíc |
| | | Měsíčně |
| | | Týdně |
| | | Denně nebo téměř denně |
| 61. | Jak často v posledním roce jste se potřeboval/a napít alkoholu (včetně piva) po ránu, abyste se dal/a do pořádku po předchozím pití? | |
| | | Nikdy |
| | | Méně než jednou za měsíc |
| | | Měsíčně |
| | | Týdně |
| | | Denně nebo téměř denně |
| 62. | Jak často v posledním roce jste měl/a po předchozím pití výčitky svědomí nebo lítost? | |
| | | Nikdy |
| | | Méně než jednou za měsíc |
| | | Měsíčně |
| | | Týdně |
| | | Denně nebo téměř denně |
| 63. | Jak často v posledním roce jste si kvůli pití nemohl/a vzpomenout na to, co se stalo předchozí večer nebo noc? | |
| | | Nikdy |
| | | Méně než jednou za měsíc |
| | | Měsíčně |
| | | Týdně |
| | | Denně nebo téměř denně |
| 64. | Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný zranění jako výsledek vašeho pití? | |
| | | Nikdy |
| | | Méně než jednou za měsíc |
| | | Měsíčně |
| | | Týdně |
| | | Denně nebo téměř denně |
| 65. | Byl člen vaší rodiny, partner, kamarád, lékař apod. znepokojený vašim pitím nebo vám doporučil, abyste přestal/a? | |

| | | |
|--|--------------------------|--|
| | Nikdy | |
| | Méně než jednou za měsíc | |
| | Měsíčně | |
| | Týdně | |
| | Denně nebo téměř denně | |

Upozornění: termín „alkoholický nápoj“ znamená: 0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo 0,5 dcl destilátu

| | | |
|-----|---|--|
| 66. | Jak často jste si dal/a alkoholický nápoj v době, kdy jste ještě měl/a kde bydlet a Vaše sociální situace nebyla tak složitá? | |
| | Nikdy | |
| | Méně než jednou za měsíc | |
| | 2-4krát za měsíc | |
| | 2-3krát za týden | |
| | Vícekrát než 4krát za týden | |
| 67. | Kolik alkoholických nápojů jste vypil(a) v typický den, kdy jste pil(a) v době, kdy jste ještě měl/a kde bydlet a Vaše sociální situace nebyla tak složitá? | |
| | Žádný | |
| | 1-2 | |
| | 3-4 | |
| | 5-6 | |
| | 7-9 | |
| | 10 a více | |
| 68. | Jak často jste si dal/a 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti v době, kdy jste ještě měl/a kde bydlet a Vaše sociální situace nebyla tak složitá? | |
| | Nikdy | |
| | Méně než jednou za měsíc | |
| | Měsíčně | |
| | Týdně | |
| | Denně nebo téměř denně | |
| 69. | Stalo se Vám v době, kdy jste ještě měl/a kde bydlet a Vaše sociální situace nebyla tak složitá, že jste zjistil/a, že nemůžete přestat pít, když jednou začnete? | |
| | Nikdy | |
| | Méně než jednou za měsíc | |
| | Měsíčně | |

| | | | |
|-----|---|--------------------------|--|
| | | Týdně | |
| | | Denně nebo téměř denně | |
| 70. | Stalo se Vám v době, kdy jste ještě měl/a kde bydlet a Vaše sociální situace nebyla tak složitá, že jste kvůli pití nezvládl/a udělat něco, co se od vás očekávalo? | | |
| | | Nikdy | |
| | | Méně než jednou za měsíc | |
| | | Měsíčně | |
| | | Týdně | |
| | | Denně nebo téměř denně | |
| 71. | Když jste měl/a kde bydlet a Vaše soc. situace nebyla tak složitá, stávalo se, že jste se potřeboval/a napít alkoholu po ránu, abyste se dal/a do pořádku po předchozím pití? | | |
| | | Nikdy | |
| | | Méně než jednou za měsíc | |
| | | Měsíčně | |
| | | Týdně | |
| | | Denně nebo téměř denně | |
| 72. | Stávalo se v době, kdy jste ještě měl/a kde bydlet a Vaše sociální situace nebyla tak složitá, že byste měl/a po předchozím pití výčitky svědomí nebo lítost? | | |
| | | Nikdy | |
| | | Méně než jednou za měsíc | |
| | | Měsíčně | |
| | | Týdně | |
| | | Denně nebo téměř denně | |
| 73. | Stávalo se v době, kdy jste ještě měl/a kde bydlet a Vaše sociální situace nebyla tak složitá, že jste si kvůli pití nemohl/a vzpomenout na to, co se stalo předchozí večer nebo noc? | | |
| | | Nikdy | |
| | | Méně než jednou za měsíc | |
| | | Měsíčně | |
| | | Týdně | |
| | | Denně nebo téměř denně | |
| 74. | Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný zranění jako výsledek Vašeho pití v době, kdy jste ještě měl/a kde bydlet a Vaše sociální situace nebyla tak složitá? | | |
| | | Nikdy | |
| | | Méně než jednou za měsíc | |

| | | | |
|-----|--|--------------------------|--|
| | | Měsíčně | |
| | | Týdně | |
| | | Denně nebo téměř denně | |
| 75. | Byl člen vaší rodiny, partner, kamarád, lékař apod. znepokojený vaším pitím nebo vám doporučil, abyste přestal v době, kdy jste ještě měl/a kde bydlet a Vaše sociální situace nebyla tak složitá? | | |
| | | Nikdy | |
| | | Méně než jednou za měsíc | |
| | | Měsíčně | |
| | | Týdně | |
| | | Denně nebo téměř denně | |

VI. Váš SOUČASNÝ vztah k dalším návykovým látkám (drogám)

76. Užil/a jste někdy jiné látky než léky na předpis
77. Pokud ano, jaké?
78. Užil/a jste někdy více drog současně?
79. Pokud ano, jaké?
80. Měl/a jste někdy pocit, že užívání drog nejste schopný/á zastavit?
81. Měl/a jste někdy „okna“, flashbacky, stíhomam a jiné psychické komplikace
82. Měl/a jste někdy z užívání drog pocity viny?
83. Vytýkali Vám někdy Vaši nejbližší cokoliv, co by s užíváním drog souviselo?
84. Zanedbával/a jste kvůli drogám někdy Vaši rodinu?
85. Byl/a jste někdy v souvislosti s drogou zapojen/a do nezákonných aktivit?
86. Měl/a jste někdy „absták“?
87. Měl/a jste někdy v souvislosti s drogou psychické a zdravotní problémy: poruchy paměti, žloutenku, křeče, krvácení?

Váš vztah k dalším návykovým látkám (drogám) V DOBĚ, KDY JSTE JEŠTĚ MĚL/A KDE BYDLET A VAŠE SOCIÁLNÍ SITUACE NEBYLA TAK SLOŽITÁ

88. Užil/a jste někdy jiné látky než léky na předpis
89. Pokud ano, jaké?
90. Užil/a jste někdy více drog současně?
91. Pokud ano, jaké?

92. Měl/a jste někdy pocit, že užívání drog nejste schopný/á zastavit?
93. Měl/a jste někdy „okna“, flashbacky, stihomam a jiné psychické komplikace
94. Měl/a jste někdy z užívání drog pocitu viny?
95. Vytýkali Vám někdy Vaši nejbližší cokoliv, co by s užíváním drog souviselo?
96. Zanedbával/a jste kvůli drogám někdy Vaši rodinu?
97. Byl/a jste někdy v souvislosti s drogou zapojen/a do nezákonných aktivit?
98. Měl/a jste někdy „absták“?
99. Měl/a jste někdy v souvislosti s drogou psychické a zdravotní problémy: poruchy paměti, žloutenku, křeče, krvácení?

Děkuji mockrát za Váš čas.