

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce



Diplomová práce

Bc. Klára Hurníková

**Vliv sociálních služeb na zdravotní stav
osob bez přístřeší**

The impact of social services on the health of homeless individuals

Praha 2025

Studijní program: Sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Pěnkava, Ph.D.

Poděkování

Upřímné poděkování patří vedoucímu této práce PhDr. Pavlovi Pěnkavovi, PhD., za jeho trpělivý a srdečný přístup, citlivou podporu a věcné připomínky. Stejně tak děkuji i vyučujícím na katedře Sociální práce za jejich podporu a konzultace. Velké díky patří organizacím, které mi poskytly své zázemí a rady ohledně rozhovorů se svými klienty. Konkrétně děkuji organizaci Progressive, která mě inspirovala k tomu, že jsem se tomuto tématu věnovala. V neposlední řadě děkuji své rodině, která mi byla psychickou podporou v procesu přípravy a zpracování této práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. Při zpracování této práce nebyla použita žádná forma umělé inteligence.

V Praze, dne 18. 5. 2025

Klára Hurníková

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem zdravotního stavu osob bez přístřeší a způsoby, jakými sociální služby mohou tento stav ovlivnit. Jejím cílem je prozkoumat tyto způsoby, analyzovat jejich funkčnost, úspěšnost a limity a popsat konkrétní intervence, které zdravotní stav osob bez přístřeší ovlivňují. V diplomové práci jsou popsány další faktory, které tento stav ovlivňují, např. vztah osob bez přístřeší ke zdravotnickému systému a individuální a systémové bariéry, které osobám bez přístřeší brání v přístupu ke kvalitní zdravotní péči.

Cíle bylo dosaženo pomocí polostrukturovaných rozhovorů s osobami bez přístřeší a pomocí tematické analýzy výpovědí v těchto rozhovorech.

Z výzkumu vyplývá, že osoby bez přístřeší vnímají sociální služby jako nezastupitelnou pomoc při zlepšování svého zdravotního stavu. Ve věcech základního ošetření, zdravotního poradenství a psychosociální podpory při řešení svých zdravotních problémů hodnotí sociální služby jako nejvíce nápomocné a funkční. Oproti tomu z výzkumu také vzešlo, že osoby bez přístřeší mají narušenou důvěru ve zdravotní systém následkem negativních zkušeností se zdravotnickým personálem a kvalitou poskytovaných služeb, jako je např. ošetření chronických ran.

Výzkumná zjištění přispěla k identifikování faktorů, které přispívají ke zlepšení zdravotního stavu osob bez přístřeší a které jsou ovlivnitelné konkrétními intervencemi sociálních služeb. Zároveň byly identifikovány bariéry a výzvy, které zdravotní stav osob bez přístřeší negativně ovlivňují. V rámci těchto bariér byly navrženy možnosti řešení, které by mohly v budoucnu posloužit jako základ pro další výzkumy.

Klíčová slova

Zdravotní péče, dostupnost zdravotní péče, kvalita zdravotní péče, Sociální práce s osobami bez přístřeší, Sociální exkluze

Abstract

This thesis focuses on the health status of homeless individuals and the ways in which social services can influence this status. Its aim is to explore these methods, analyze their functionality, success, and limitations, and describe specific interventions that impact the health of homeless individuals. The thesis also outlines other factors affecting their health, such as the relationship of homeless individuals with the healthcare system and the individual and systemic barriers that prevent them from accessing quality healthcare.

The objectives were achieved through semi-structured interviews with homeless individuals and thematic analysis of their statements from these interviews.

The research revealed that homeless individuals perceive social services as an indispensable aid in improving their health status. They consider social services to be the most helpful and effective in areas such as basic medical care, health counseling, and psychosocial support in addressing their health issues. Conversely, the research also found that homeless individuals have diminished trust in the healthcare system due to negative experiences with healthcare personnel and the quality of services provided, such as the treatment of chronic wounds.

The research findings contributed to identifying factors that improve the health status of homeless individuals and can be influenced by specific social service interventions. At the same time, barriers and challenges that negatively affect their health were identified. Within the context of these barriers, potential solutions were proposed, which could serve as a foundation for future research.

Key words

Healthcare, Accessibility of healthcare, Quality of healthcare, Social work with homeless individuals, Social exclusion

Obsah

Úvod	9
A) TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Bezdomovectví jako projev extrémní sociální situace v České republice	11
1.1 Pojem a jeho limity	11
1.1.1 Bezdomovectví jako fenomén od 90. let a nové společenské problémy	12
1.1.2 Bezdomovectví v současnosti	14
1.2 Příčiny a faktory bezdomovectví	16
1.2.1 Psychické a sociální znevýhodnění	16
1.2.2 Ekonomické faktory	16
1.2.3 Závislosti	17
1.3 Osoba bez přístřeší jako subjekt	17
1.3.1 Bezdomovectví jako životní styl a volba	18
2. Sociální služby v kontextu bezdomovectví	20
2.1 Úvod k sociálním službám	20
2.2 Typologie sociálních služeb	21
2.2.1 Sociální služby zaměřené na osoby bez přístřeší	22
2.3 Základní zdravotní péče v sociálních službách	24
3. Zdravotní péče o osoby bez přístřeší	26
3.1 Zdraví jako právo	26
3.1.1 Zdravotní pojištění jako faktor dostupnosti zdravotní péče	27
3.2 Bezdomovectví ve zdravotnictví	28
3.2.1 Bezdomovectví jako diagnóza	29
3.3 Zdravotní služby pro osoby bez přístřeší	30
3.3.1 Armáda spásy: Ordinance pro chudé a Domovy Přístav	30
3.3.2 Naděje: Ordinance v denním centru U Bulhara	31
3.3.3 Medici na ulici	31
3.3.4 Centrum sociálních služeb: Azylový dům s ošetrovatelskou službou (ADOS)	32
3.3.5 Další organizace a projekty	32
3.4 Zdravotní následky života na ulici	32
3.4.1 Fyzické zdravotní problémy	33
3.4.2 Duševní zdraví a psychické poruchy	33
3.4.3 Závislosti	34
B) METODOLOGICKÁ ČÁST	35
4. Metodologie výzkumu	35
4.1 Cíl práce	35
4.2 Výzkumná strategie	36
4.3 Metoda a průběh sběru dat	37
4.4 Výzkumný vzorek	38
4.5 Metoda analýzy dat	39
4.6 Etika výzkumu	41
C) ANALYTICKÁ ČÁST	42
5. Sociální služby jako poskytovatelé zdravotní péče a podpory	43
5.1 Formy poskytování zdravotní péče v sociálních službách	43
5.1.1 Poskytování základního ošetření	43
5.1.2 Distribuce zdravotního materiálu	45
5.1.3 Zdravotní poradenství	45

5.2	Asistence pracovníky sociálních služeb do zdravotnických zařízení	46
5.2.1	Doprovod do zdravotnického zařízení	47
5.2.2	Komunikace se zdravotnickým personálem	48
5.2.3	Administrativní pomoc	48
5.3	Vnímání pomoci sociálních služeb	49
5.3.1	Důvěra v sociální služby	49
5.3.2	Sebereflexe v kontextu využívání sociálních služeb	50
6.	Osobní přístup osob bez přístřeší ke zdravotnímu systému	51
6.1	Důvěra ve zdravotní systém	51
6.1.1	Kvalita poskytované péče ve zdravotnických zařízení	51
6.1.2	Srovnání zdravotních systémů v současnosti a v minulých politických režimech	52
6.2	Interakce se zdravotním personálem	53
6.2.1	Stigmatizace osob bez přístřeší	53
6.2.2	Negativní zkušenosti zprostředkované od jiných lidí	54
7.	Individuální a systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči	56
7.1	Samoléčba a individuální strategie ve zvládnání zdravotních problémů	56
7.1.1	Hodnocení vlastního zdravotního stavu	57
7.1.2	Osoba bez přístřeší jako samoléčitel	57
7.2	Závislost jako překážka v přístupu k odborné zdravotní péči	58
7.2.1	Závislost na alkoholu a návykových látkách	58
7.2.2	Stigmatizace uživatelů návykových látek	59
7.3	Systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči	59
7.3.1	Regulační poplatky a doplatky za předepsané léky	60
7.3.2	Čekací doba ve zdravotnických zařízeních	60
7.3.3	Nedostatek specializovaných ordinací pro osoby bez přístřeší	61
8.	Diskuze	62
	Závěr	67
	Seznam literatury	68
	Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence	72
	Příloha 1 – Scénář rozhovoru s respondenty	73
	Příloha 2 – Kniha kódů	76

Seznam zkratek

ADOS	Azylový dům s ošetrovatelskou službou
AV ČR	Akademie věd České republiky
CPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
DVO	Dílčí výzkumná otázka
ETHOS	European Typology of Homelessness and Housing Exclusion
HVO	Hlavní výzkumná otázka
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSN	Organizace spojených národů
PTSD	posttraumatická stresová porucha
RZS	rychlá záchranná služba

Cizojazyčné názvy

National Alliance to end Homelessness	Národní aliance pro ukončení bezdomovectví
Housing First	Bydlení především

Úvod

Zdraví je jednou z nejcennějších hodnot člověka, je ale často opomíjeno, že ne každý má stejné podmínky k jeho udržení. Pro osoby bez přístřeší je přístup ke zdravotní péči často velmi omezený, zatímco potřeba lékařské pomoci je u nich mnohdy vyšší než u běžné populace. Tím tvoří rizikovou skupinu, protože čelí nejen extrémně nepříznivým životním podmínkám, ale také řadě bariér, jež jim znemožňují využívat zdravotní služby v plném rozsahu. Jedinci se kvůli strachu ze stigmatizace, odsouzení či kvůli nedostatečným informacím často vyhýbají zdravotnickým zařízením nebo se do nich dostávají až v pozdních stádiích onemocnění. Dlouhodobé vystavení nepříznivým životním podmínkám, nedostatek hygieny, podvýživa a psychický stres, které život na ulici často provází, mohou vést k řadě zdravotních problémů, které bez odpovídající podpory mohou mít vážné důsledky a dopady nejen na jednotlivce, kterých se tato nerovnost týká, ale i na celou společnost – neléčené zdravotní problémy mohou vést ke zvyšování nákladů na akutní a urgentní péči, k vyšší míře hospitalizace a k prohlubování sociální exkluze.

V tomto kontextu se sociální služby ukazují jako klíčový prvek, který může efektivně přispět ke zmírňování zdravotních nerovností mezi osobami bez přístřeší a většinovou populací. Pro mnoho klientů jsou sociální služby první institucí, kde je zdravotní problém zachycen. Služby se tak stávají poskytovatelem první pomoci při řešení zdravotní situace, mostem mezi sociální a zdravotnickou péčí, podporou při probíhající terapii či průvodcem života po nemoci. Mohou sehrát roli první linie při identifikaci zdravotních rizik a pomáhat svým klientům překonávat institucionální i osobní překážky bránící přístupu ke zdravotní péči.

Jsem přesvědčená, že sociální služby, zvláště ty orientované na osoby bez přístřeší, mají vůči zdravotnímu stavu svých klientů nezanedbatelnou zodpovědnost a mohou mít vliv na to, jakým směrem se tento stav bude vyvíjet a jak bude ovlivňovat jejich sociální situaci. Tyto služby nejen zmírňují negativní důsledky bezdomovectví na zdraví jednotlivců, ale přispívají také k celkovému zlepšení veřejného zdraví.

Tato diplomová práce se zaměřuje na zkoumání vlivu sociálních služeb na zdraví osob bez přístřeší, přičemž její hlavní přínos spočívá v kvalitativním zkoumání přístupu k tomuto tématu samotných osob bez přístřeší využívajících sociální služby. Cílem práce je porozumět tomu, jak osoby bez přístřeší vnímají svou zdravotní situaci, jakou podporu v této oblasti od sociálních služeb získávají a jaké výzvy a nedostatky oni sami vnímají.

Teoretická část je zaměřena na popsání problematiky bezdomovectví, na funkci sociálních služeb v tomto segmentu, legislativní uchopení problematiky a souvisejících zdravotních aspektů. Je zde uvedena definice bezdomovectví, jeho příčiny a důsledky, stejně jako sociální a zdravotní rizika, kterým osoby bez přístřeší čelí. Dále se práce zaměřuje na roli sociálních služeb při podpoře zdraví této skupiny, včetně jejich možností a limitů. Součástí teoretické části je také přehled legislativních opatření a sociálních politik, které upravují poskytování sociálních a zdravotních služeb osobám bez domova, a zhodnocení jejich účinnosti. Práce vychází z odborné literatury, existujících výzkumů a legislativního rámce upravujícího poskytování sociálních a zdravotních služeb.

Výzkumná část je věnována kvalitativní analýze polostrukturovaných rozhovorů s osobami bez přístřeší, a obsahuje jejich výpovědi poskytující vhled do reálné dostupnosti zdravotní péče, uvádí překážky v jejím využívání i konkrétní roli sociálních služeb v procesu

léčby a podpory zdraví. Výsledky kvalitativního výzkumu umožňují propojit teoretické poznatky s autentickými zkušenostmi lidí žijících v extrémně zranitelné situaci. Tento přístup umožňuje nejen popsat současný stav, ale také identifikovat potenciální zlepšení v oblasti propojení sociálních a zdravotních služeb.

Problematika zdraví osob bez přístřeší a role sociálních služeb v jejich podpoře je aktuálním tématem, který má význam nejen pro jednotlivce, ale i pro širší společnost. Výsledky této práce mohou přispět k hlubšímu porozumění této problematice a přinést podněty pro efektivnější způsoby podpory osob bez domova v oblasti zdravotní a sociální péče.

A) TEORETICKÁ ČÁST

1. Bezdomovectví jako projev extrémní sociální situace v České republice

Bezdomovectví v České republice představuje dlouhotrvající sociální krizi, která odkrývá zranitelnost jedinců i nedostatky společenského systému. Přesahuje totiž „pouhou“ ztrátu domova – je výrazem extrémní sociální situace, kdy jsou ohroženy základní lidské potřeby, jako jsou bezpečí, zdraví či sociální začlenění. Tento stav, jak ho definuje odborná literatura, charakterizuje akutní narušení životních jistot a schopnosti soběstačnosti (Matoušek, 2007). Vyjadřuje nejen osobní tragédii, ale i systémová selhání, která odhalují limity sociální politiky.

1.1 Pojem a jeho limity

Pro osoby bez přístřeší existuje celá řada definic i přidružených pojmů. Pro účel této diplomové práce budu používat aktuální pojem „osoby bez přístřeší“, resp. takový, jaký uvádí Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. V tomto zákoně je také uveden pojem „Osoba v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení“, ale pro účely této práce se mi kratší název výše zmíněný zdá vhodnější. Pokud se v této práci objeví jiný pojem, např. „lidé bez domova“, „bezdomovci“ apod., bude to v reakci na přímé citace od autorů, kteří tyto pojmy užívají v rámci odborné literatury.

Pojem osoba bez přístřeší zatím nemá plnohodnotně ukotvenou definici v Zákoně o sociálních službách, nicméně zde můžeme najít definici „nepříznivé sociální situace“, která zní takto: „nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, označení pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.“ (tamtéž).

Důvodů, proč v českém zákoně není snadné najít uspokojivou definici, je jistě mnoho. Osoby bez přístřeší často nemají mnoho společných či stejných znaků - přístřeší je zahrnující pojem pro mnoho proměnných, může to znamenat dům, byt, či jakoukoliv improvizovanou střechu nad hlavou. Podle vyjádření Ministerstva práce a sociálních věcí (dále budu používat oficiální zkratku MPSV) na svých webových stránkách je osobou bez přístřeší jedinec, který je ohrožen ztrátou bydlení nebo bydlení nemá (MPSV, 2007), nejedná se však o oficiální definici MPSV.

Když zapátráme v odborné literatuře, spektrum definic a vysvětlení pojmů se uspokojivě rozšiřuje, i když se častěji manipuluje spíše s pojmem „bezdomovectví“, který je vysvětlován jako syndrom komplexního sociálního selhání, který se nejčastěji projevuje neschopností akceptovat a zvládat běžné společenské požadavky (Vágnerová, 2014). Tato definice již konkrétněji popisuje projevy daného pojmu, či dokonce jeho následky, domnívám se ale, že je příliš orientovaná na selhání či chybu jedince a nereflektuje systémové či politické faktory, které k daným projevům mohou také vést. Možná i kvůli tomu autorka dodává, že je tento status často spojen s mnoha dílčími problémy, které jsou podmíněné interakcí znevý-

hodňujících dispozic a nepříznivé životní zkušenosti (tamtéž), čímž vysvětluje, že ono „selhání“ může mít mnoho příčin.

Průdková a Novotný (2008) také upozorňují na to, že ztráta bydlení (resp. přístřeší) je komplexní pojem, který zahrnuje nejen to doslova vyřčené. Bezdomovectví má podle autorů tři základní aspekty – zda má jedinec místo k bydlení, které by bylo vhodné k obývání, zda má v tomto směru nějakou právní jistotu a zda tam má prostor pro svůj soukromý život. Vágnerová (2014) k tomu dodává, že poslední aspekt je velmi důležitý, protože pokud má jedinec místo bydlení spojené s blízkými vztahy, které se časem rozpadnou, snáze se z domova odchází nebo je odtud jedinec dokonce vyhozen.

Tento předpoklad nahrává další definici bezdomovectví, podle Vágnerové (2014) je bezdomovectví komplexní fenomén, kde se nejedná pouze o ztrátu přístřeší, ale i o ztrátu domova a o sociální vyloučení, které se projevuje ve všech oblastech života: ztrátou profesní pozice a společenského postavení, narušením vztahů s blízkými lidmi a rozpadem dřívější sociální sítě, redukováním stylem života a často i celkovým úpadkem. Taková situace pro jedince přináší velkou míru stresu a nutnost vyrovnávat se s neustálým ohrožením, které život na ulici přináší. Ztráta bezpečí, ta často vyvolává frustraci a devastující životní trajektorii způsobující postupnou desocializaci.

Vágnerová (tamtéž) také dodává, že tato desocializace je jen vzácně volbou, ale spíše je výsledkem postupného sociálního propadu a následné rezignace na změnu. Dodávám k tomu svůj názor, že tato rezignace často nemusí být vědomá – u svých klientů, kteří zpravidla bývají osobami bez přístřeší, slyším mnohdy výpovědi o tom, že jsou v tomto odtržení od společnosti spokojeni a je to něco, co by nechtěli změnit. Po kratších rozhovorech se ale mohou začít svěřovat, že touhu po domově (v komplexním slova smyslu, jak výše zmiňuje Vágnerová) v jistých chvílích mívají, ale přijde jim to tak neproveditelné, těžké a abstraktní, že raději volí tu „snazší“ cestu, resp. tu, která se jim nabízí jako ta přiměřená, kterou si zaslouží a která se jim zdá v momentální situaci přirozená.

Ve starších publikacích je možno nalézt i širší vysvětlení tohoto fenoménu, například v publikaci od Vlastily a Ilji Hradeckých (1996). Ti tvrdí, že bezdomovectví nemá jednostrannou definici, je ale souborem faktorů v rámci sociálního procesu, který zahrnuje individuální, sociální a ekonomické faktory. „Bezdomovství můžeme popsat jako kontinuum důrazů, jako výčet jednotlivých faktorů, jako součást sociálního procesu, jako věc individuálního výběru, ale také jako důsledek sociálních a ekonomických sil. To zaměřuje naši pozornost jak k sociálním strukturám, k trhu práce, k trhu s byty, ke státním opatřením, tak i k sociálnímu zabezpečení, vzdělání, k výchově a k rodinným strukturám, ale také k procesu vyloučení a zranění některých lidí, v jehož důsledku se stanou bezdomovci.“ (tamtéž, str. 57).

1.1.1 Bezdomovectví jako fenomén od 90. let a nové společenské problémy

Nezaměstnanost, chudoba, majetkové rozdíly mezi lidmi, exkluze. Tato kapitola je věnována postrevolučnímu období, kdy Českou republiku zasáhly nové sociální problémy, které v mnoha případech jednotlivců i skupin skončily osobním úpadkem či v horším případě bezdomovectvím.

Ještě před rokem 1989, tedy v době Československé republiky a Československé socialistické republiky (od roku 1948), bylo bezdomovectví zákonem zakázáno a trestáno, to však neznamená, že neexistovalo (Hradečtí, 1996). Z ideologického hlediska žádné sociální problémy, především bezdomovectví, neexistovaly, protože socialismus tyto problémy údajně odstranil. Tyto problémy v té době existovaly ve své latentní formě a projevovaly se zejména v přezaměstnanosti a přetížené státní ekonomice (Krebs a kol., 2015).

Po roce 1989 se slova jako „chudoba“, „nouze“ a „bezdomovectví“ začala objevovat i na našem území a už nejen v kontextu „západních hrozeb“, ale i v rámci české sociální politiky. Začalo se nově manipulovat s pojmem „exkluze“, tedy společenské vyloučení, kdy společenské a strukturální změny zasáhly české obyvatelstvo nepřipravené na změnu životního stylu. Počaly se více a více objevovat rozdíly mezi chudými a bohatými, pracovní místa byla nejistá a nedostatek informací o jevu bezdomovectví zapříčinil nepochopení této odvrácené mince svobody (Hradečtí, 1996).

Na prudké změny reagoval stát mnoha dílčími změnami v sociální politice, které byly součástí ekonomické a sociální transformace na nový společenský systém. Dal ze zákona vzniknout úřadům práce, zavedlo se sociální pojištění a životní minimum. Vznikla řada nových zákonů, např. zákon o zaměstnanosti, o životním minimu, o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, o zdravotním pojištění atp. (Krebs a kol., 2015), které podpořily kontrolovaný vliv státu na sociální problémy a jejich předcházení, zároveň tím ale i převedly část odpovědnosti na občany státu.

Kromě povědomí o tomto zcela novém fenoménu také ale vzrostl počet vznikajících občanských iniciativ starajících se o lidi, kteří nedokázali unést odpovědnost za vlastní životy. Tehdy byla pomoc orientovaná především na ty, kterým nedokázala pomoci rodina či blízké okolí z důvodu nefunkčnosti či její neexistence (Hradečtí, 1996). Krebs a kol. (2015) k tomu však dodává, že tyto nestátní organizace, hnutí a spolky měly zpočátku velmi malou podporu od státu, jejich vliv na sociální politiku byl tedy nedostatečný.

Velkým problémem byl také výrazný nástup nezaměstnanosti, který před rokem 1989 prakticky neexistoval. Mnozí lidé přišli ne vlastní vinou o práci a později i o bydlení, s čím souvisel vznik nových problémů, na které stát musel reagovat. Součástí sociální a ekonomické reformy dal stát vybudovat záchrannou sociální síť, tedy soubor legislativních norem, které v případě nouzových sociálních situacích zmírňují nejhorší sociální dopady transformace a nového sociálně politického vývoje. Záchranná sociální síť představovala prvek celospolečenské solidarity a odpovědnosti státu za případy, kdy se člověk ne vlastní vinou (ale vinou razantních a nutných změn v sociální politice) dostal do stavu nouze (Krebs a kol., 2015).

Velká míra nezaměstnanosti, což lze považovat za jednu z příčin bezdomovectví, se také ukázala na fenoménu výrazné diferenciací v příjmech a majetku nejen jednotlivců, ale i firem, oblastí a obcí (Krebs a kol., 2015). Keller (2010) ve své knize *Tři sociální světy*, ve které se věnuje rozdílným ve společnosti nejen v postindustriální době¹, popisuje, že problém nezaměstnanosti se týká především těch, kteří ve velkém počtu vypadávají ze sys-

1) Keller toto označení používá pro období po době industriální (průmyslové), pro kterou byl příznačný rozvoj těžkého průmyslu a na něm závislé ekonomice. Při přechodu od průmyslové k postindustriální společnosti dochází k prudkému nárůstu příjmových a sociálních nerovností, lidé ztrácejí práci v továrnách a do té doby společensky významných pracovních míst, zároveň přibývá neplnohodnotných a nejistých forem zaměstnání (Keller, 2010).

tému uznávaných pracovních pozic a jsou často považováni za hrozbu či dokonce odstrašující příklad pro „přizpůsobivější“ občany a tím se stávají předmětem stigmatizace.

Keller (tamtéž) spojuje fenomén nezaměstnanosti také se sociálními dopady na jednotlivce i rodiny. Tvrdí, že křehkost a zranitelnost na trhu práce se netýká pouze oblastí zaměstnání. Opakovaná nezaměstnanost také zvyšuje riziko rozvodů, přinejmenším snižuje míru spokojenosti v manželství, také zhoršuje vztahy mezi rodiči a dětmi. Popisuje také limity způsobu podpory v nouzi, kdy má první na řadu přijít na pomoc rodina a až poté stát: „V pomoc ze strany příbuzných mohou doufat spíše ti, kteří jsou bez práce teprve kratší dobu. Jednak mají dárci pomoci lepší pocit, že jejich příspěví může být užitečné, jednak mohou spíše doufat, že se jim někdy vrátí. Zůstane-li bez práce někdo delší dobu, hrozí mu, že ho příbuzní odepíšou. Ti, kdo jsou v situaci hodně beznadějně, si často netroufají příbuzné o pomoc ani požádat“ (tamtéž, str. 97).

Pro ztrátu bydlení je od ztráty plnohodnotného zaměstnání už jen krůček. Jak Keller (tamtéž) popisuje, nejistá práce umožňuje pořídit si pouze nejisté bydlení. Lidé, kteří jsou nuceni hledat si laciné bydlení, se koncentrují v obytných částech města, jež bývají odříznutí od centra služeb a mají nevyhovující občanskou vybavenost, čímž se stávají exkludovanými od zbytku společnosti.

Společenské problémy a jejich vliv na občany státu, které byly v této kapitole nastíněny v souvislosti s příčinami osobního úpadku až vzniku bezdomovectví, byly státem reflektovány, ale bylo obtížné je řešit. Jak uvádí Krebs a kol. (2015), dlouhodobější a dostatečně konkrétní program sociální politiky zformulován nebyl. Představa o budoucí sociální politice byla zatím obecná a nejasná. I ty dobré výsledky, jichž bylo doposud v transformaci sociální politiky od roku 1989 dosaženo, by neměly vést k tzv. usnutí na vavřínech a naopak by se mělo směřovat k řešení důležitých společenských problémů v dlouhodobém a střednědobém horizontu. Transformační proces sociální politiky ukázal na na řadu společenských i lidsky bolestivých problémů, které není možné vyřešit či odstranit v krátkodobém období. Mezi zmíněné problémy uvádí Krebs a kol. (tamtéž) např. vznik nové diferenciace v příjmech, v majetkových a sociálních poměrech lidí ale i podniků, obcí a oblastí. Poukazuje také na to, že v posledních letech se prohlubuje zadlužování občanů, což zmíněnou diferenciaci ještě více zvýrazňuje.

1.1.2 Bezdomovectví v současnosti

Bezdomovectví představuje v současné České republice významný sociální problém, který je ovlivněn ekonomickými a společenskými faktory, jako jsou rostoucí ceny bydlení a omezené množství dostupných bytů. Tyto problémy zvyšují riziko bytové nouze zejména u nízkopříjmových domácností a osob ohrožených sociálním vyloučením.

Snižování chudoby a vymýcení extrémní chudoby do roku 2030 si dala Organizace spojených národů (dále již budu používat oficiální zkratku OSN) jako klíčový mezinárodní závazek. V roce 2015 byla v rámci OSN vydána Agenda pro udržitelný rozvoj, jejímž cílem bylo také vymýcení chudoby ve všech jejích formách na světě, zajištění zdravého života a rovný přístup k inkluzivnímu a kvalitnímu vzdělání (Šámalová, Vojtíšek, 2021). Chudoba je v České republice definována jako sociální vyloučení a nástrojem proti němu slouží sociální začleňování, které je zakotveno v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách. Šámalová a Vojtíšek (tamtéž, s. 271) pojem sociální vyloučení popisují jako proces, během něhož jsou

jednotlivci či skupiny vytěsňovány na okraj společnosti a je jim omezen přístup ke zdrojům a příležitostem, které jsou běžně dostupné zbytku společnosti. Bezdomovectví v České republice je pak v současnosti vnímáno jako absolutní formu sociálního vyloučení.

Současnou obranou proti výše zmíněnému fenoménu je legislativa vycházející z mezinárodních i vnitrostátních dokumentů. Pakt o ekonomických, sociálních a kulturních právech, který právně podporuje Všeobecnou deklaraci lidských práv, zavazuje k „uznání práva každého jednotlivce na přiměřenou životní úroveň pro něj a jeho rodinu“ (OSN, 1996 in Šámalová, Vojtíšek, 2021, s. 271). Evropská úmluva o lidských právech je zase zakotven obecný zákaz diskriminace. Evropská sociální charta vymezuje právo na sociální a zdravotní pomoc.

Rozsah a charakter fenoménu bezdomovectví zůstává obtížně uchopitelný bez systematického sběru dat. Nejkomplexnější dosavadní analýzou tohoto fenoménu je Sčítání osob bez domova v České republice 2019, které provedl Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (Nešporová a kol., 2019). Tento výzkum, realizovaný v dubnu 2019 na základě mezinárodní typologie ETHOS, odhadl celkový počet osob bez domova v kategoriích „bez střechy“ (přezívací venku a v noclehárnách) a vybraných kategoriích „bez bytu“ (v azylových domech, obecních ubytovnách, domech na půl cesty, zdravotnických a vězeňských zařízeních) na přibližně 23 830 osob, z toho 2 600 dětí. Zhruba polovinu tvořily osoby bez střechy (11 608), třetinu osoby v azylových domech (6 135), přičemž desetinu představovaly osoby v nemocnicích (2 672), zejména psychiatrických, a ve věznicích (1 500). Mezi sečtenými převažovali muži (70 % dospělých), nejvyšší počty byly zaznamenány v Moravskoslezském kraji (3 541) a Praze (3 251), zatímco nejvyšší podíl na tisíc obyvatel vykázaly Karlovarský, Moravskoslezský a Ústecký kraj spolu s Prahou (tamtéž, s. 7).

Tato data, ač jsou z mého pohledu velmi přínosná, pocházejí z roku 2019 a nezachycují vývoj za posledních šest let, což omezuje jejich aktuálnost vzhledem k dynamice sociálních a ekonomických faktorů, jako jsou rostoucí ceny bydlení či změny v zaměstnanosti (tamtéž).

Jedním z nástrojů, kterými se snaží vláda České republiky tento problém řešit, je Strategie sociálního začleňování 2021–2030 a z něho vycházející Akční plán 2024–2026 (2023), který popisuje nejdůležitější problémy, kterým Česká republika čelí v oblasti sociálního vyloučení. Tento krok přebírá evropskou typologii ETHOS, která rozlišuje různé formy bytové nouze, například život na ulici, provizorní ubytování nebo nejisté podnájemy. Cílem této strategie lépe definovat a pochopit rozsah bezdomovectví na našem území (tamtéž). Tento dokument navrhuje systémová opatření ke snížení rizika bezdomovectví, včetně podpory dostupnosti standardního bydlení pro ohrožené skupiny, jako jsou osoby v hmotné nouzi nebo lidé bez domova. Mezi konkrétní kroky patří vytvoření metodiky pro sociální bydlení, která má být založena na principech Housing First (viz níže), jež kladou důraz na okamžité zajištění bydlení s následnou individuální podporou (tamtéž).

Podle O'Sullivan (2022), která pro Evropskou komisi sepsala článek Klíčové prvky strategií pro ukončení bezdomovectví v Evropské unii do roku 2030, je jedním z hlavních faktorů zvyšujících riziko bezdomovectví růst cen bydlení, což je problém patrný zejména ve velkých městech, kde vysoké náklady na nájmy a nedostatek cenově dostupných bytů omezují možnosti obyvatel s nižšími příjmy. Akční plán na tento problém reaguje například vytvořením systému prevence ztráty bydlení v obcích s rozšířenou působností a metodické doporučení pro poradenství osobám v energetické chudobě, což často předchází bytové nouzi (Akční plán 2024–2026, 2023, s. 35). Dále je kladen důraz na sociální práci jako klíčový nástroj podpory, přičemž strategie i akční plán zdůrazňují její propojení se zdravotní péčí a níz-

koprahovými službami pro osoby v extrémním sociálním vyloučení (O'Sullivan, 2022; MPSV, Akční plán 2024–2026, 2023).

Strategie sociálního začleňování 2021–2030 a její Akční plán pro roky 2024–2026 jsou reakcí státu na komplexní výzvu, kterou fenomén bezdomovectví představuje. Tyto dokumenty nabízejí rámec pro prevenci a řešení bytové nouze prostřednictvím sociálního bydlení, koordinace služeb a datového monitoringu. Úspěch těchto opatření ale závisí na jejich praktické realizaci, také na způsobu dostatečného financování od státu a schopnosti reagovat na stále se proměňující politickou situaci a s tím související problémy na trhu s bydlením. Bez těchto a mnoha dalších opatření stále hrozí nebezpečí přetrvávání současného stavu, který je na hony vzdálen ideálu.

1.2 Příčiny a faktory bezdomovectví

Jak jsem již naznačila v předchozí kapitole, příčiny stavu, kdy se člověk stane osobou bez příštířeší, je velmi mnoho a prakticky nelze najít dvě osoby, které by se z hlediska příčin ve všem historicky a aktuálně shodovaly.

Když se na fenomén bezdomovectví podíváme z úhlu změny stavu, tedy, že se člověk do těchto podmínek nenarodil, ale vedla k tomu série událostí a změn, které tento propad zapříčinily, tak lze v odborné literatuře dohledat celou řadu objektivních i subjektivních důvodů a příčin. Vágnerová (2014) tvrdí, že k tomuto propadu může vést celá řada faktorů, které jsem se pro přehlednost jala shrnout do následujících tří bodů:

1.2.1 Psychické a sociální znevýhodnění

Jedná se o jedince, kteří postrádají rodinné zázemí - jejich rodina bývá dysfunkční nebo vůbec není. Jsou to osoby, které byly jako děti vystaveny pasivnímu nezájmu, nebo byly dokonce zneužívány a utekly od rodiny, či z ní byly odejmuty. Psychické potíže, ať už se jedná o následky zneužívání či o vrozená duševní onemocnění, omezují adaptační schopnosti jedince.

Dalším rizikovým faktorem je Vágnerovou (tamtéž) uvedeno odlišné sociální zázemí, než je ve většinové společnosti normou. Jedná se o dlouhodobý pobyt ve vězení, ústavní výchova, léčba atd.

Společným jmenovatelem výše zmíněného je nestabilní sociální zázemí, které je pro většinovou společnost velkou neznámou. Troufám si tvrdit, že většina z nás, kteří tuto zkušenost nemají, si nedokáží ani představit, jak je tento faktor důležitý pro budoucí motivovanost k pozitivní změně ve svém životě.

1.2.2 Ekonomické faktory

Častým faktorem je uvedena nezaměstnanost a růst chudoby, stejně tak neschopnost či neochota pracovat. Člověk v této situaci je často zatížen dluhy, které řeší dalšími půjčkami a stále se dostává hlouběji do koloběhu chudoby, což může vést k nezvládnutí své sociální situace (tamtéž)

Ve výzkumu National Alliance to End Homelessness tvrdí autoři Soucy, Janes a Halls (2024), že jednou z hlavních příčin bezdomovectví je vysoká cena bydlení v kombinaci s nedostatkem dostupného bydlení a nízkými příjmy. Nepoměr mezi příjmy a náklady na bydlení je zvláště kritický pro nejchudší vrstvy obyvatelstva, které často věnují více než polovinu svého příjmu na nájem, což je činí extrémně zranitelnými vůči ztrátě bydlení při jakémkoli neočekávaném výdaji, jako jsou zdravotní problémy nebo ztráta zaměstnání. Zajímavé je také zjištění ve zmíněném výzkumu, že více než polovina osob v přechodném ubytování a téměř polovina osob bez přístřeší je formálně zaměstnaná, což ukazuje, že ani zaměstnání samo o sobě nemusí být zárukou stability bydlení, pokud příjem nestačí na pokrytí základních životních nákladů.

1.2.3 Závislosti

Důsledkem užívání návykových látek narůstají nejen rizika zhoršení zdravotního stavu, ale i rizika propadu ve své sociální situaci. Nadměrné užívání drog nebo alkoholu je často důvodem, proč jedinec nedokáže systematicky pracovat a platit své účty, zatímco výlohy na drogy jsou pro něj prioritou. Hromadění dluhů pak může vést k vyhození z práce a následně z ubytovny či bytu. Na ulici se poté závislost může prohlubovat a bez stabilního sociálního zázemí se těžko navrácí zpět (Vágnerová, 2014).

Z historického hlediska o příčinách bezdomovectví mluví také manželé Hradečtí (1996, str. 23) a to nejen v souvislosti mnoha faktorů mimo vlastní volbu jedince, ale i v souvislosti s odpovědností státu za následky bezdomovectví. „Převládající názor, že dospělý člověk je osobně odpovědný za svůj život a za životní úroveň své existence, není dostatečně zdůvodnitelný. Poruchy procesu socializace a adaptace, bariéry mezilidských vztahů, nemoc, duševní nebo tělesné postižení, stáří a jiné příčiny brání mnohým žít „odpovědně“, uplatnit svou osobnost a žít plnohodnotně po celou délku svého života. Sociální proces ovlivněný nejen ekonomikou a politikou, ale i filosofií, kulturou a morálními principy, silně působí na každého jedince, ale ne každý unese tíhu záporných jevů a činitelů.“ Dodávají, že starost o společensky závislé, dezintegrované a maladaptivní jedince je povinností státu a nás všech, jedině tak lze omezovat sociální nerovnosti a vést stát k blahobytu (tamtéž). Tuto odpovědnost státu zdůrazňuje i Soucy, Janes a Halls (2024), kteří upozorňují, že bezdomovectví je často důsledkem systémových selhání, jako je nedostatek cenově dostupného bydlení a absence adekvátní podpory příjmů pro nejzranitelnější skupiny obyvatelstva. Bez řešení těchto strukturálních problémů, například prostřednictvím výstavby nových dostupných bytů a zajištění podpůrných služeb, nelze bezdomovectví účinně předcházet.

1.3 Osoba bez přístřeší jako subjekt

Bezdomovectví jako sociální problém či projev extrémní sociální situace bylo již v předchozích kapitolách rozvinuto, je však důležité si připustit, že v jádru tohoto stavu stojí člověk – jedinec s vlastním příběhem, pocity a zkušenostmi. Osoba bez přístřeší není pouze obětí nepříznivých okolností, ale subjektem, který aktivně prožívá a interpretuje svou situaci. Život na ulici představuje pro každého člověka bez přístřeší unikátní soubor výzev, které formují jeho identitu a vnímání světa. Hradečtí (1996) zdůrazňují, že bezdomovectví je výsledkem kombinace osobních a systémových faktorů, ale z individuální perspektivy je klíčové, jak tyto faktory člověk prožívá. Například ztráta zaměstnání nebo rodiny není jen praktickou překážkou, ale hlubokou ranou, která může vést k pocitům selhání, studu nebo beznaděje.

Z individuálního pohledu je bezdomovectví často doprovázeno intenzivními emocemi, jako je osamělost, strach nebo nedůvěra.

Z mé zkušenosti lidé bez domova často popisují pocit, že jsou „neviditelní“ nebo „nechtění“, což má z dlouhodobého hlediska negativní vliv na jejich duševní zdraví a snižuje motivaci hledat řešení. Přestože bezdomovectví přináší obrovskou zátěž, mnoho lidí bez přístřeší projevuje pozoruhodnou odolnost a schopnost adaptace. Někteří nacházejí způsoby, jak si vytvořit rutiny nebo komunitu na ulici, což jim pomáhá přežít. Například člověk, který si vybuduje „domov“ z kartonů v podchodu, může vnímat tento prostor jako místo bezpečí a kontroly.

Vágnerová, Csémy a Marek (2013), kteří se věnují životu mladých bezdomovců, uvádí, že mladé osoby, které mají zkušenost s životem na ulici, se často hodnotí jako nespolehliví a neschopní udržet si dlouhodobé vztahy. Autoři k tomu dodávají, že se může jednat o jejich reálnou charakteristiku, ale také o fakt, že život na ulici takové vlastnosti podporuje a někdy i vyžaduje. Mluví také o tom, že lidé bez domova si často uvědomují, v čem se v průběhu života na ulici změnili a že ta změna není jen pozitivní a leckdy je mrzí, že takto skončili, i přesto ale dokáží většinou jen rezignovaně přihlížet svému vlastnímu propadu.

1.3.1 Bezdomovectví jako životní styl a volba

Bezdomovectví je často zjednodušujícím způsobem označováno za „životní styl“ nebo dokonce za vědomou volbu jednotlivců, kteří si život na ulici zvolili. Tento pohled, rozšířený v médiích i mezi veřejností, však ignoruje komplexní souhru osobních, sociálních a systémových faktorů, které lidi bez přístřeší do této situace přivádějí. Představa, že si člověk „volí“ bezdomovectví, vychází z mýtu, který zjednodušuje realitu a zbavuje společnost odpovědnosti za řešení tohoto problému. (Sociální práce, 2022).

Většina lidí bez domova by podle svědectví sociálních pracovníků preferovala stabilní bydlení, pokud by měli přístup k dostupným možnostem. Sam Tsemberis, zakladatel přístupu Housing First, zjistil při rozhovorech s lidmi bez domova v New Yorku, že jejich hlavní touhou je „vlastní byt, domov“ (tamtéž).

Podobně v České republice Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví do roku 2020 (2013) uvádí, že případy, ve kterých bezdomovectví plyne z vlastního rozhodnutí, jsou vzácné a týkají se jen malé skupiny lidí, kteří aktivně odmítají standardní bydlení kvůli specifickému životnímu stylu. Pro většinu je však život na ulici výsledkem okolností, které jim nedávají jinou možnost. Na časté otázky a nesouhlasy veřejnosti, která namítá: „ve městech je tolik možností, kde se v teple vyspat, tolik organizací, které chtějí pomoci...“ odpovídá např. časopis Sociální práce (2022) takto: „...Jsou raději na ulici, kde se nemusí vzdát drog, které jim pomáhají zapomenout a které navrací ztracené sebevědomí a tiší bolest, než aby byli v noclehárně nebo azylovém domě, v nichž musí dodržovat pravidla, může tam docházet k násilí a ke krádežím a občas se tam také vyskytují vši či jiní parazité. Někteří lidé se tam necítí v bezpečí, mají málo soukromí a mnohdy si nesmí vzít s sebou své partnery nebo domácí mazlíčky. Volí raději ulici, než aby ztratili svou hrdost a někoho žádali o pomoc. ... Ulice zkrátka některým lidem dává něco, co jiní lidé mají ve svých bytech. Ulice je volbou, která je dána zejména absencí jiných, lepších možností. Na lidi na ulici je často pohlíženo jako na někoho, kdo selhal, ale i oni sami mnohdy cítí vinu za své postavení.“

V roce 2016 proběhla v Praze kampaň „Ulice není domov,“ která upozorňovala na to, že lidé bez domova čelí nejen nedostatku bydlení, ale i administrativním bariérám, jako je složité získání dokladů nebo sociálních dávek (Praha.eu, 2016). Tyto překážky nejsou otázkou osobního rozhodnutí, ale strukturálního selhání, které omezuje možnosti jednotlivců. Pokud člověk nemá přístup k bytu, nemůže si „vybrat“ život jinde než na ulici.

I v případech, kdy lidé bez domova vyjadřují, že „volí“ život na ulici, je třeba tuto „volbu“ chápat v kontextu omezených možností. Sociologický ústav AV ČR (2023) cituje Petra Vašáta², který zdůrazňuje, že bezdomovectví je komplexní fenomén a represe ani zjednodušující pohledy nejsou řešením.

Ilustrativním případem, kdy má v rámci života na ulici slovo „volba“ poněkud jiný kontext, než jak ho většinou vnímá veřejnost, je příběh pana Bajzy, žijícího ve vojenském nákladáku, který je vyobrazen v biografii *Jako v nebi, jenže jinak* (Palán, 2019). Autor zde uvádí, že „odpor k systému“ pana Bajzy a preference života mimo panelák pramení z nedůvěry k institucím a nedostatku přijatelných alternativ. Když se ho Aleš Palán ptá, zda by nechtěl dům jako jeho babička, Bajza odpovídá kladně a naznačuje, že jeho „volba“ je spíše kompromisem než ideálem. Ulice pro něj představuje prostor svobody, ale tato svoboda je zatížena těžkými podmínkami, jako je chlad, hlad nebo nejistota, které si většinou nikdo dobrovolně nevybírá.

2) Petr Vašát – antropolog a výzkumník Sociologického ústavu Akademie věd České republiky v Praze

2. Sociální služby v kontextu bezdomovectví

Pokud se budeme na bezdomovectví dívat jako na dlouhodobou sociální krizi, sociální služby jsou pak jedním z prostředků, které hrají roli při zmírňování této krize, nabízejí útočiště, zdravotní péči i cestu k reintegraci. Tyto služby, zakotvené v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, reagují na komplexní potřeby osob bez přístřeší, od základního přežití po obnovu důstojnosti a soběstačnosti (MPSV, 2019). Jejich význam spočívá nejen v okamžité pomoci, ale i v prevenci sociálního vyloučení, které je bezdomovectvím prohlubováno. I přes svoji důležitost sociální služby stále čelím zacykleným problémům a stále se objevujícím výzvám, jako jsou omezené kapacity, regionální disparity či nedostatečné financování, přesto však představují páteř systému pomoci. Prostřednictvím nízkoprahových nocleháren po inovativní přístupy (jako je např. projekt Housing First, kterému se budu podrobněji věnovat v následujících kapitolách) usilují o změnu životních trajektorií ohrožených jedinců (Hradecký, 2007).

Tato kapitola se věnuje roli sociálních služeb v boji proti bezdomovectví prostřednictvím jejich vymezení, specifických forem podpory a typologického přehledu. Nabízí pohled na to, jak tyto služby nejen reagují na akutní potřeby, ale také otevírají cestu k systémovým řešením, která vracejí lidem stabilitu a naději na lepší budoucnost.

2.1 Úvod k sociálním službám

Vnímání pojmu „sociální služby“ se velmi liší v závislosti na daném sociálním systému a modelu sociální politiky v konkrétním státě. Zatímco některé země vnímají tento pojem jako široký okruh veřejných služeb, mezi které spadá např. oblast zdravotnictví, školství nebo bydlení, jiné země jej zasazují do mnohem užšího okruhu, který je i jinak legislativně ošetřen (např. může spadat jak do veřejné správy, tak i soukromé) (Šámalová, Vojtíšek, 2021). Matoušek (2007, s. 178) doplňuje příklad, že např. v anglosaském pojetí se jako sociální služby označuje vše, co „poskytuje výhody těm, co mají problém,“ zatímco naše právní předpisy takto označují pouze služby (tj. činnosti), kdy někdo pro někoho něco činí, nikoli dávky či právní regulace.

Obsah pojmu se tedy v různých pojetích liší, ale základní podstata je společná – vždy se jedná o „individualizovaný nástroj sociální péče a sociální pomoci, jehož cílem je specifická ochrana při nepříznivé sociální situaci, a to podle povahy jak preventivní, tak terapeutické a posléze rehabilitační“ (Šámalová, Vojtíšek, 2021, s. 304).

Nyní se detailněji zaměřím na pojetí sociálních služeb v kontextu České republiky. Jak jsem již zmínila výše, služby v obecném pojmu jsou vnímány jako nástroj sociální politiky, který se zaměřuje na prospěch svých klientů. Na rozdíl od dávek jsou sociální služby vykonávány v kooperaci veřejnoprávních a soukromoprávních institucí (tamtéž), to znamená, že nemusí být zřizovány pouze veřejnou správou a mají tak širší pole v určování si svých cílů, způsobů financování a forem poskytování péče svým klientům.

Sociální služby v České republice jsou definovány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jsou poskytovány za účelem podpory osob v nepříznivé sociální situaci, prevence sociálního vyloučení a podpory soběstačnosti. Šámalová a Vojtíšek (2021, s. 309) uvádí, že v České republice zařazujeme sociální služby pod soustavy sociální pomoci a péče, jde tedy o soustavy nepříspěvkové s fakultativním nárokem. To znamená, že nárok na jeho

poskytnutí není automaticky zaručen, ale je podmíněn individuálním posouzením služeb zahrnujícím prošetření dalších okolností jako jsou sociální šetření, možnosti systému apod. Například přístup do azylového domu může být omezen zaplněním jeho kapacity, přestože žadatel splňuje podmínky.

Sociální služby v ČR představují komplexní systém, který kombinuje soukromé sociální služby, individualizovanou péči a veřejný sektor. Jejich význam spočívá v podpoře zranitelných skupin obyvatel, avšak efektivita sociálních služeb je omezena strukturálními faktory, jako jsou finanční zdroje a dostupnost (tamtéž).

2.2 Typologie sociálních služeb

Podle funkčního hlediska, kterému se věnuje Šámalová a Vojtíšek (2021), lze rozlišit služby na dvě základní skupiny: služby preventivního charakteru a služby zaměřené na péči o osoby, jež k uspokojování základních lidských potřeb potřebují pomoc či asistenci druhé osoby. Autoři uvádí, že zakladatelem preventivních služeb jsou zpravidla orgány veřejné správy a samosprávy, nikoli konečný odběratel – klient. Prevence v tomto ohledu spočívá v předcházení sociálnímu vyloučení nebo na prevenci relapsu nějakého sociálně patologického jevu a častěji tuto službu poskytují nestátní organizace. Preventivní služby jsou také bezplatné, aby mohly být dostupné pro všechny a to i včetně osob, které nejsou motivované pro jakoukoli změnu (tamtéž). Dodávám k tomu, že preventivní služby, které jsou takto nízkoprahové, jsou ve škále dostupných sociálních služeb nenahraditelné, protože počítají s tím, že pro své stávající i potenciální klienty jsou často tou jedinou službou, která motivaci ke změně jejich životního stylu nebere jako podmínku (např. uživatelé nelegálních návykových látek, kteří potřebují krizovou intervenci či psychologickou pomoc, vyhledají sociální pracovníky nízkoprahových služeb, protože nesplňují podmínky přijetí do krizového centra).

Oproti tomu služby zaměřené na péči jsou častěji poskytovány veřejnoprávními subjekty a často nebývají bezplatné, což souvisí i s tím, že sám klient je v tomto případě objednatelem a konzumentem služby zároveň.

Vzhledem k zřizování sociálních služeb je podle Matouška (2007, s. 177) možné sociální služby rozdělit do dvou základních skupin:

- **Sociální služby státní a obecní**, pod které spadají např. ústřední sociální správa řízená ministerstvem a státními úředníky a také samosprávné orgány obcí, okresů či krajů s vlastními pravomocemi pod obecnou kontrolou státu. Některé části státní sociální správy jsou také svěřeny relativně samostatným veřejnoprávním institucím, jako jsou např. nemocenské, důchodové nebo zdravotní pojišťovny nebo správy zaměstnanosti.
- **Sociální služby nestátní**, neboli soukromé, které mohou být ziskové či neziskové. Výrazným rozdílem mezi nimi je konečný příjemce zisku, tedy zda na konci výsledná částka (po odečtení nákladů a příslušných daní) připadne majiteli, nebo je podle stanov rozdělena mezi objekty sociální politiky.

Podle formy poskytování se sociální služby dělí na tři základní typy: pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby zahrnují dlouhodobé nebo krátkodobé ubytování (např. domovy pro seniory, azylové domy). Ambulantní služby jsou poskytovány v zařízeních bez ubytování, a to v pravidelných časech (např. denní stacionáře). Terénní služby jsou vykonávány

přímo v přirozeném prostředí klienta (např. terénní sociální práce, pečovatelské služby) (MPSV, 2019).

Druhy sociálních služeb lze dále rozdělit podle cílové skupiny a konkrétního zaměření. Mezi klíčové druhy patří:

- **Sociální prevence:** Zahrnuje služby jako nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, kontaktní centra, terénní programy, intervenční centra, azylové domy a noclehárny, které cílí na prevenci sociálního vyloučení a podporu osob v krizových situacích.
- **Sociální poradenství:** Obsahuje odborné sociální poradenství a základní sociální poradenství, které je dostupné každému bez omezení a zaměřuje se na řešení nepříznivých sociálních situací.
- **Sociální péče:** Zahrnuje pečovatelské služby, osobní asistenci, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. (MPSV, 2019; Šámalová, Vojtíšek, 2021).

Matoušek a Šámalová (2021) také dodávají, že kromě sociálních služeb poskytovaných podle zákona 108/2006 Sb. spadají do obecné typologie také další skupiny služeb, z nichž ne všechny jsou ukotveny v naší legislativě a přesto mohou být nazývány jako sociální. V první řadě se jedná o služby v systémech sociálně-právní ochrany, kam patří např. sociálně-právní ochrana dětí, bezpečnost a ochrana zdraví při práci, ochrana obětí trestné činnosti či ochrana veřejného zdraví (např. hygienická služba). Dále se jedná o služby v příbuzných resortech, kde má sociální práce také své místo - zdravotnictví (např. psychoterapie, hospice), školství, resort vnitra (např. služby cizincům) či resort spravedlnosti. A v neposlední řadě je třeba zmínit další doplňkové služby se sociálním přesahem v rámci dobrovolné solidarity, kam spadají svépomocné skupiny, volnočasové kluby či komunitní centra.

2.2.1 Sociální služby zaměřené na osoby bez přístřeší

Život bez domova představuje jednu z nejdůležitějších sociálních výzev současnosti, která daleko přesahuje ztrátu střechy nad hlavou. Jde o komplexní problém propojený s narušenými sociálními vazbami, omezeným přístupem k práci, zdravotní péči či právní ochraně. V České republice hrají sociální služby pro osoby bez přístřeší klíčovou roli při zmírňování těchto dopadů. Tyto služby, ukotvené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, spadají především do kategorie sociální prevence. Jejich cílem je nejen poskytnout okamžitou pomoc, ale také předejít sociálnímu vyloučení a podpořit návrat do běžného života (MPSV, 2019).

Sociální služby pro osoby bez domova zahrnují různé formy pomoci, z nichž každá reaguje na specifické potřeby. Níže jsou vypsány podle webu MPSV (2019):

- **Azylové domy** nabízejí dočasné ubytování, stravu a sociální poradenství, často s důrazem na stabilizaci života, například pro rodiny s dětmi či jednotlivce hledající práci. Tato služba zpravidla nebývá bezplatná a je nárokována různými pravidly, jako je např. zákaz užívání alkoholu či návykových látek, zákaz domácích zvířat atp. Služba tak není nízkoprahová.
- **Noclehárny** nabízejí krátkodobé přenocování (obvykle na jednu noc) a základní péči, jako je sprcha, teplý nápoj nebo lehké jídlo. Slouží jako rychlá pomoc v akutní nouzi bez dlouhodobější podpory. Služba je určena pro osoby v akutní bytové nouzi, často bez pod-

mínky registrace nebo splnění dalších kritérií. Z mé zkušenosti jsou ale i tak mezi pravidly jednotlivých zařízení značné rozdíly, např. některé noclehárny neakceptují osoby viditelně pod vlivem alkoholu či návykových látek. Bezplatnost také není garantovaná, ač je poplatek zpravidla v řádech desítek korun a v zimních měsících ještě menší či žádný.

- **Nízkoprahová denní centra** fungují jako denní zázemí, kde osoby bez domova mohou získat sociální poradenství, právní pomoc, zdravotní ošetření, zprostředkování dalších služeb nebo prostor pro odpočinek a hygienu. Centra jsou zpravidla bezplatná a jak již z názvu vyplývá – jsou nízkoprahová. Pokud tedy klientstvo dodržuje vnitřní řád daného centra, nejsou pro něj stanoveny žádné další podmínky pro využití služby.
- **Terénní programy** zahrnují práci terénních pracovníků přímo v ulicích, kde distribuují jídlo, oblečení, deky nebo zprostředkovávají kontakt na další služby (např. lékařskou péči, azylové domy). Cílem je oslovit osoby, které nevyhledávají pomoc samy. Nízkoprahovost těchto služeb je nepopiratelná a nezbytná, protože je počítáno s tím, že potenciální klientstvo má sníženou motivaci či schopnost docházet do jiných služeb, např. nízkoprahových center.

Tyto služby zajišťují veřejnoprávní instituce, jako jsou obce a kraje, i soukromoprávní subjekty, zejména neziskové organizace. Dále jsou uvedeny některé organizace, které v České republice a zejména v Praze působí:

- **Naděje** – nezisková organizace, která vznikla krátce po roce 1989 a provozuje aktivity po celé České republice. Nabízí široké spektrum služeb, včetně azylových domů, terénních programů, nízkoprahových center a projektů. Klade důraz na individuální podporu při hledání bydlení, zaměstnání a sociální stabilizaci (Naděje, 2025a)
- **Armáda spásy** – mezinárodní křesťanská organizace poskytující sociální služby s důrazem na lidskou důstojnost a sociální rehabilitaci. Zaměřuje se na osoby bez přístřeší prostřednictvím pobytových a ambulantních služeb. V Československu byla založena už v 20. letech 20. stol., její činnost však byla přerušena komunistickým režimem a poté znovu obnovena jako občanské sdružení v roce 1990. (Armáda spásy, 2025a)
- **Charita Česká republika** – největší nestátní poskytovatel sociálních a zdravotních služeb na českém území pro osoby v tíživých situacích. Své služby neposkytují pouze lidem bez domova, kterým poskytují pomoc v rámci rozlehlé sítě azylových domů a nocleháren, ale i zdravotně postiženým, obětem domácího násilí, seniorům atd. (Charita Česká republika, 2025)
- **Jako doma – Homelike** – organizace, která se věnuje ženskému bezdomovectví. Poskytuje služby jako je terénní program, komunitní centrum či stojí za projekty jako je např. Kuchařky bez domova, který zaměstnává ženy se zkušeností s bezdomovectvím. (Jako doma, 2025; Kuchařky bez domova, 2025)

Mezi organizacemi, které se zaměřují přímo na péči o lidi bez přístřeší, je nutno zmínit i další příbuzné organizace, které mají užší cílovou skupinu, např. osoby závislé na návykových látkách či osoby propuštěné z výkonu trestu. Organizace, z nichž některé zmiňuji níže, mají pro osoby bez domova velký přínos, protože operují s riziky, kterým osoby na ulici čelí, jako jsou např. závislosti, nebo se zaměřují na faktory, které jsou rizikové pro vznik bezdomovectví.

- **Sananim** – nezisková organizace působící v Praze a v Brně s dlouholetou tradicí v léčbě závislostí a podpoře osob ohrožených sociálním vyloučením. Zaměřuje se na uživatele nelegálních drog, alkoholu, patologické hráče a jejich blízké, včetně osob po výkonu trestu s rizikem bezdomovectví. Provozuje kontaktní centrum, terénní programy, terapeutické komunity a programy pro reintegraci. (Sananim, 2025)

- **Drop In** – nestátní organizace zaměřující se na poskytování zdravotnických služeb a sociálních služeb především uživatelům nealkoholových drog, jejich rodinám a blízkým. Provozuje nízkoprahové středisko (kontaktní centrum), terénní program, centrum primární prevence či projekty jako Tvoje šance, který poskytuje komplexní podporu při resocializaci a podněcuje k udržení si dlouhodobého zaměstnání. (Drop In, 2025)
- **Rubikon Centrum** – nezisková organizace působící celorepublikově zaměřená na resocializaci osob po výkonu trestu, včetně těch se závislostmi, s cílem předejít recidivě a bezdomovectví. Poskytuje sociální a právní podporu a programy pro sociální začleňování. Mezi jejich cílovou skupinu spadají osoby po propuštění z výkonu trestu, osoby ohrožené závislostí a v riziku bezdomovectví. (Rubikon centrum, 2025)

Významnou inovací je přístup **Housing First**, který v ČR rozvíjejí například organizace jako Naděje (2025a). Tento model, inspirovaný zahraničními zkušenostmi, klade důraz na okamžité zajištění vlastního bydlení bez předchozích podmínek, jako je abstinence nebo pracovní aktivita, a doprovází klienta individuální podporou. V ČR je Housing First zatím v počátcích, například v pilotních projektech v Praze a Brně, ale ukazuje slibné výsledky při snižování chronického bezdomovectví.

Ráda bych na závěr kapitoly zmínila, že i přes velký přínos těchto služeb zůstávají na našem území problémy, jako jsou nedostatečné kapacity, regionální disparity a fakultativní nárok, který nezajišťuje automatický přístup k pomoci (Šámalová, Vojtíšek, 2021). Například v menších obcích mohou služby zcela chybět, což koncentruje zátěž do velkých měst. Osobně se domnívám, že přístupy jako např. Housing First nebo Harm reduction mají potenciál zásadně změnit paradigmatu sociální pomoci, protože kladou důraz na důstojnost a autonomii jednotlivce a zmenšují negativní dopad bezdomovectví na jednotlivce i celou společnost. Jejich širší uplatnění však vyžaduje větší politickou a finanční podporu, aby se mohly rozšířit i mimo velká města.

2.3 Základní zdravotní péče v sociálních službách

Základní zdravotní péče v sociálních službách představuje důležitou součást podpory osob, které čelí sociální exkluzi nebo zdravotním omezením, a její poskytování je upraveno českou legislativou. Podle odborného časopisu pro nelékařské zdravotnické pracovníky Florence (Prošková, 5.3. 2010) není podle zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách povinností poskytovatelů sociálních služeb poskytovat zdravotní péči. Povinnost mají pouze pobytová zařízení vyjmenovaná v § 34 písm. c) až f) zákona o sociálních službách, konkrétně týdenní stacionáře (§ 47), domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48), domovy pro seniory (§ 49) a domovy se zvláštním režimem (§ 50) (108/2006 Sb. O sociálních službách).

Prošková (tamtéž) ale také uvádí, že zákon o sociálních službách stanoví, že fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány i další činnosti, jako např. poskytování zdravotní péče. Dále uvádí další možnost, jak sociální služby mohou tuto činnost provádět: „Jako jakýkoli jiný subjekt mohou (zařízení sociálních služeb, pozn. autorka) získat registraci nestátního zdravotnického zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb., O nestátních zdravotnických zařízeních. Pokud splní personální, věcné a další podmínky požadované tímto zákonem, nic nebrání jakémukoli zařízení sociálních služeb (tedy nejen pobytovému) poskytovat nejen ošetrovatelskou a rehabilitační, ale i jiné typy zdravotní péče vlastními zaměstnanci. Praktický lékař tedy může být i zaměstnancem zařízení sociálních služeb, pak

však takové zařízení musí být registrováno jako nestátní zdravotnické zařízení poskytující lékařskou péči v oboru všeobecné praktické lékařství” (tamtéž).

Rozsah ošetrovatelské a rehabilitační péče není v zákoně o sociálních službách přesně vymezen, ale odkazuje mimo jiné na zákon č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních, který definuje ošetrovatelskou péči jako soubor činností zaměřených na udržení nebo zlepšení zdravotního stavu klienta, včetně prevence komplikací a podpory soběstačnosti. Tato péče musí být poskytována jak pojištěným, tak nepojištěným osobám, a to bez ohledu na to, zda je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Podle webu MPSV (2019) také sociální služby zajišťují pomoc při osobní hygieně, při zajištění stravy nebo při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, což často souvisí s podporou zdravotního stavu klientů, například v případě osob bez přístřeší.

Sociální služby tak představují důležitý doplněk zdravotnického systému, zejména pro zranitelné skupiny, jako jsou osoby bez domova, které čelí celé řadě bariér při přístupu k běžné zdravotní péči. Jejich role spočívá nejen v přímé péči, ale i v prevenci a podpoře sociální inkluze, což má nepříímý dopad na zdravotní stav klientů.

3. Zdravotní péče o osoby bez přístřeší

Bezdomovectví přináší nejen ztrátu domova, ale i vážné ohrožení zdraví, které prohlubuje vyloučení a fyzickou i psychickou zranitelnost jedinců. Osoby bez přístřeší čelí zvýšenému riziku infekčních onemocnění, zanedbaných chronických nemocí a duševních poruch, často bez přístupu k běžné zdravotní péči (Nešporová et al., 2019). V České republice představuje zdravotní péče pro tuto skupinu klíčový nástroj ke zmírnění dopadů bezdomovectví, přesto je její dostupnost omezena absencí zdravotního pojištění osob bez přístřeší, administrativními bariérami a nedostatečnými kapacitami (MPSV, 2019). Zdravotní služby, ať už poskytované neziskovými organizacemi, či ve spolupráci s nemocnicemi, tak hrají zásadní roli nejen při záchraně životů, ale i při obnově důstojnosti a naděje na reintegraci.

Tato kapitola zkoumá zdravotní péči v kontextu bezdomovectví prostřednictvím popisu jejich dopadů, pojetí a konkrétních forem podpory. Nabízí pohled na to, jak zdravotní služby překonávají bariéry sociálního vyloučení a reagují na jedinečné potřeby osob bez přístřeší, od prevence po dlouhodobou péči, a zdůrazňuje nutnost systémových změn pro zajištění spravedlivého přístupu ke zdraví, na které mají právo všechny lidské bytosti a to bez rozdílu.

3.1 Zdraví jako právo

Zdraví je základním lidským právem, jehož zajištění je nezbytné pro důstojný život všech, včetně osob bez přístřeší. V kontextu bezdomovectví však toto právo často zůstává nenaplněné kvůli legislativním a systémovým překážkám, které prohlubují sociální vyloučení.

Listina základních lidských práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky, obsahuje „prostředí pro tvorbu zákonů, podle nichž musí stát zajistit možnost každému občanu, aby mohl svá práva a své svobody účinně realizovat“ (Hradečtí, 1996, s. 13). Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (Listina základních lidských svobod, čl. 31).

Krebs a kol. (2015) uvádí, že zdraví populace, jak ho chápeme v evropském kontextu, je chápáno jako zdroj společenského růstu země, proto je právo na zdraví a zdravotní péči garantováno státem. Zdravotní péče je tedy prioritou státní politiky a zajištění zdravotní péče jako veřejně dostupné služby je povinnost, kterou stát musí svým občanům zajistit. Vznikem Deklarace Světové zdravotnické organizace po 2. světové válce se utvrdilo, že vláda, která společnost reprezentuje, má odpovědnost za zdraví populace. Dalším dokumentem zavazujícím k ochraně zdraví je Evropská sociální charta, která do svého obsahu zahrnula právo každého na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví (tamtéž).

Pro to, aby bylo právo na zdraví skutečně naplňováno pro všechny osoby bez rozdílu nejen na papíře, ale i reálném světě, usilovali již Hradečtí (1996), kteří ve svých publikacích navrhovali systémové změny, které by tuto myšlenku více zpřístupnily, včetně zjednodušení administrativních procesů pro získání pojištění a lepší informovanosti osob bez domova o jejich právech. V současné době, ministerstvo práce a sociálních věcí rovněž uznává potřebu překonání těchto bariér, například prostřednictvím podpory sociálních služeb, které zprostředkovávají kontakt se zdravotním systémem (MPSV, Sociální služby, 2019), domnívám se ale, že toto řešení není zcela dostatečné. Sociální služby mají sice vliv na motivaci lidí k využívání zdravotnických zařízení, co ale nemohou zaručit, je výsledek svého snažení –

pokud člověk bez přístřeší přijde do zdravotnického zařízení (podpořen sociální službou) ve zranitelné pozici a je mu odmítnuto ošetření či jiná zdravotní péče na základě různých faktorů (vzhled, zdravotní stav, absence potřebných dokladů), je třeba se soustředit na změnu zdravotního systému jako takového, nikoli apelovat na sociální služby, aby zvýšily svou motivovanost.

Krebs a kol. (2015, s. 351) k tomu dodává, že v tomto ohledu je velmi důležitý a klíčový funkční princip sociální solidarity, který vyjadřuje, že „zdravotní péče se má dostat všem, kteří ji potřebují, bez ohledu na jejich platební schopnost,“ což eliminuje rozdíly v sociálních vrstvách.

3.1.1 Zdravotní pojištění jako faktor dostupnosti zdravotní péče

V České republice je systém zdravotního pojištění regulován zákonem 48/1997 Sb., O veřejném zdravotním pojištění, který stanovuje povinnost účasti na veřejném zdravotním pojištění pro všechny občany s trvalým pobytem v ČR. Tento systém však nepřihlíží k realitě extrémní sociální situace bezdomovectví, kdy mnoho jedinců ztrácí přístup k pojištění kvůli absenci dokladů, nezaměstnanosti nebo administrativním překážkám (Hradečtí, 1996).

Krebs a kol. (2015) vysvětluje, že veřejné sociální pojištění³ vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení rizika se všemi občany. Povinné platby občanů přichází do fondu všeobecného zdravotního pojištění a to pak kryje souhrnné zdravotní riziko populace. V České republice se toto pojistné odvádí procentní sazbou (většinou, podle konkrétních předpisů platných v daném období) z pracovního příjmu. Povinnost účasti na těchto odvodech je v tomto případě klíčovým faktorem v naplnění solidárního přístupu.

Účast na zdravotním pojištění mají tedy všichni občané České republiky, kteří zde mají nahlášen trvalý pobyt. Pokud ale občan není zaměstnán či nemá na území nahlášen trvalý pobyt, není OSVČ či nespadá do kategorie osob, za které platí pojistné stát, stává se „osobou bez zdanitelných příjmů“ a musí si pojištění hradit sám, což nyní činí měsíčně 13,5 % z vyměřovacího základu, kterým je aktuální minimální mzda (VZP, Osoba bez zdanitelných příjmů). Již v 90. letech 20. stol. bylo téma dostupnosti zdravotní péče obsahem odborné literatury: Hradečtí (1996) ve své knize upozorňují, že absence zdravotního pojištění je jednou z hlavních bariér přístupu k zdravotní péči pro osoby bez přístřeší, přičemž ztráta osobních dokumentů, jako je občanský průkaz, znemožňuje registraci u zdravotní pojišťovny. Bez pojištění mají tyto jedinci **nárok pouze na neodkladnou péči**, jak stanoví zákon č. 48/1997 Sb., avšak dlouhodobá léčba chronických onemocnění, kterými trpí přibližně 60 % osob bez domova, je prakticky nedostupná. Například duševní poruchy, závislosti nebo zanedbaná onemocnění, jako diabetes či hypertenze, vyžadují pravidelnou péči, kterou systém pro nepojištěné neumožňuje.

Jednou z možností, jak se nezaměstnané osoby mohou vyhnout placení pojistného, je registrace na Úřadě práce jako Uchazeč o zaměstnání. Tím se dostanou do kategorie osob, za kterou pojistné platí stát prostřednictvím státního rozpočtu podle § 7 odst. 1 písm. e) Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (Tevasopo.cz, 2023). I pro tento krok je ale potřeba splnit řadu byrokratických kroků, které jsou pro běžnou společnost jednoduché, ale pro osobu bez pří-

3) Krebs a kol. (2015) uvádí dva typy zdravotního pojištění: veřejné (solidární) a komerční (soukromé), které je na rozdíl od toho veřejného nepovinné a reaguje na zdravotní událost v životě člověka, který uzavřel adekvátní pojistku.

střeší mohou představovat velkou zátěž a jen obtížně splnitelné nároky. Hradečtí (1996) např. uvádí, že takovou bariérou může být i požadavek trvalého pobytu, který je v České republice podmínkou pro uplatňování většiny sociálních práv a nároků. Podle zákona č. 135/1982 Sb., o hlášení a evidenci pobytu občanů (§ 4, odst. 1), musí být každý občan hlášen k trvalému pobytu na jednom místě. Osoby bez přístřeší však často nemají možnost trvalý pobyt udržet ani nový získat, což je limituje v přístupu k úřadům a službám (Hradečtí, 1996). Bez platného trvalého bydliště se tak stává registrace na úřadě práce prakticky nemožná.

Další takovou komplikací může být absence dokladů, jako je občanský průkaz. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (§ 25), stanovuje, že žadatelem o zaměstnání může být fyzická osoba, která podá písemnou žádost na úřadu práce v místě svého trvalého pobytu a předloží osobní doklady. Osoby bez domova však často doklady nemají, ať už kvůli tomu, že jsou častými terči drobné kriminality, či kvůli ztrátám osobních věcí (tamtéž). Obnova dokladů je administrativně náročná, finančně zatěžující a pro mnohé bezdomovce nepřekonatelná bez vnější pomoci. K tomu se přidává strach z úřadů, označovaný Hradeckými (tamtéž) jako „byrofobie“, vyvolaný negativními zkušenostmi s odmítavým či arogantním přístupem úředníků.

3.2 Bezdomovectví ve zdravotnictví

Otázka, jak je fenomén bezdomovectví aktuálně vnímán z pohledu zdravotnictví, není z hlediska odborné literatury zatím dostatečně zpracována. Existuje mnoho publikací, které zdůrazňují kvalitu péče o osoby bez přístřeší, ale jde hlavně o publikace se sociální tematikou, které se věnují tématu bezdomovectví a jeho zdravotním následkům obecně.

Šupková a kol. (2007) vydala publikaci zaměřující se přímo na zdravotní péči o lidi bez domova a ukazuje v ní na problematický přístup většiny zdravotníků k této skupině obyvatelstva. Její průzkum zahrnuje dotazníky od pracovníků azylových domů, zdravotníků a záchranářů. Záchranáři v něm uvádí, že až v 60 % případů mají problém předat pacienta-bezdomovce do nemocnice kvůli absenci dokladů, špatnému zdravotnímu stavu (např. opilosti) nebo odmítavému postoji nemocnic. Zdravotníci z nemocnic (89 % respondentů) považují příjem těchto pacientů za zátěž kvůli administrativním potížím, nespolupráci pacientů a malhygieně. Podle profesora Pafka, zmíněném v článku Zdravotnického deníku (2015), jsou dokonce „lidé bez domova pro praktické lékaře velmi zatěžujícími pacienty, protože jejich přítomnost v čekárně odradí část pacientů a navíc je třeba věnovat jim více času a péče než ostatním nemocným.“ Pracovníci azylových domů zase narážejí na nezáměr lékařů nebo nedostatek specializovaných zařízení. Všichni respondenti shodně navrhují zřídit sociálně-zdravotnická zařízení, která by poskytovala péči přizpůsobenou potřebám lidí bez domova (Šupková a kol., 2007).

Nedůvěra ve zdravotnický systém často způsobuje, že osoby bez domova vyhledávají odborné řešení svých zdravotních problémů až na poslední chvíli. Výsledkem je velká zodpovědnost padající na záchranou službu a na pohotovostní ambulance. Článek v časopise Medical Tribune (2007) uvádí: „Mnoho bezdomovců lékaře nevyhledává a až v kritickém stavu pro ně musí přijet záchraná služba. Šest záchranářů z deseti v dotaznících uvedlo, že kvůli bezdomovcům vyjíždějí více než dvakrát týdně. Podle většiny z nich je nicméně předání bezdomovce do péče lékařů téměř vždy problematické. Lékaři si stěžují, že bezdomovci často nemají doklady, bývají opilí nebo agresivní.“

Příklady z praxe tyto potíže jasně ilustrují. Ve sborníku z Konsensuální konference o bezdomovectví, která se konala v roce 2014, popisuje Burda ve svém příspěvku (2015) dvě kazuistiky: muže nalezeného ležícího na zastávce, pokáleného a neschopného pohybu s chronickou ranou na noze a podvyživeného muže neschopného chůze, který opakovaně mluví o sebevraždě. V obou případech se jednalo o osoby bez přístřeší, kterým zavolali záchrannou službu kolemjdoucí a které neměly doklady o zdravotním pojištění, neměly na uhrazení regulačního poplatku a byly pod vlivem návykových látek, přičemž hladina alkoholu byla tzv. nízká pro pobyt na Záchytné protialkoholní stanici a zároveň vysoká pro zařízení pro bezdomovce, popř. kapacita byla již naplněna. Ze strany zdravotnického zařízení bylo poskytnuto ošetření akutních ran, nebylo ale možné zajistit odpovídající návaznou péči, ač bylo zřejmé, že kvůli jejímu neposkytnutí bude klient dále ohrožen na zdraví a životě.

Absence návazné a úlevové péče pro osoby bez přístřeší je v České republice minimální, což představuje obrovský problém pro osoby, kterých se to týká, ale i pro zdraví celé společnosti. Podle Zdravotnického deníku (2015) jsou lidé bez domova po akutním ošetření často propuštěni zpět na ulici, protože v Česku neexistují zařízení pro jejich rekonvalescenci. Například pacienti po operacích potřebují klid a čisté prostředí, což na ulici není možné. Některé nemocnice proto nevhodně prodlužují hospitalizace, což není udržitelné. Šupková a kol (2007) tento problém potvrzuje a zdůrazňuje, že chybí specializovaná zařízení, která by kombinovala zdravotní a sociální péči. V Praze funguje pouze jedna ordinace praktického lékaře a jedno stomatologické zařízení pro lidi bez domova, což je na celorepublikovou potřebu zoufale málo.

3.2.1 Bezdomovectví jako diagnóza

Jedním z faktorů, které způsobují výše zmíněné komplikace v naplňování lidského práva na zdravotní péči, může být i to, že samostatný fenomén bezdomovectví není ve zdravotnickém pojetí zakotven jako stav, který je sám o sobě spojen se zdravotními problémy a stavy vyžadujícími medicínské řešení. Pěnkava (2012) se ve své disertační práci ptá, zda se bezdomovectví dá brát jako samostatná psychická porucha, výsledek psychického vývoje či se jedná o svobodně zvolený životní styl. Pěnkava (tamtéž) doplňuje, že těmto otázkám nebyla doposud věnována větší pozornost v odborné literatuře ani na odborných konferencích, ač, domnívám se, by zvážení širší odpovědnosti za stav bezdomovectví mohlo pomoci v pochopení tohoto extrémního stavu. Kdybychom dokázali odpovědět na poznámku „*Mohou si za to sami?*“ regulérním a exaktním medicínským důvodem a diagnózou místo obšírného vysvětlování psychických, fyzických a sociálních a individuálních faktorů každého jedince, mohlo by to mít pozitivní dopad na předcházení různých nepochopení z řad laické i odborné veřejnosti.

Pěnkava (tamtéž) uvádí dva druhy diagnóz, které se ve spojení s bezdomovectvím často používají ve zdravotnickém slovníku. K tomu však připojuje i limity těchto pojmů, které způsobují, že takovéto termíny mohou být někdy i na škodu. Zároveň ani jeden z nich nereflektuje zdravotní komplikace s bezdomovectvím spojené a nejedná se tak o případ, kdy by bezdomovectví mohlo být spojeno s regulérní psychickou poruchou.

- Casus socialis – „lat. *sociální případ*. Označují se tak okolnosti ze sociálního hlediska hodné zvláštního zřetele, osamělí nesoběstační pacienti, lidé zanedbaní“ (Velký lékařský slovník). Kalvach (2005, in Pěnkava, 2012) ale toto označení napadá argumentem, že toto označení je příliš široké a nekonkrétní, protože z něj není jasné, koho přesně je

možné touto diagnózou označit – zda je to člověk na okraji společnosti a tudíž asociální, nebo je nesoběstačný a potřebuje ke komunikaci se zdravotníky osobní asistenci, nebo zda je agresivní a nespolupracuje.

- Maladaptivita – Pěnkava (tamtéž) uvádí, že mnoho slovníků popisuje tento pojem jako „nepřizpůsobivost“ nebo „poruchu chování,“ jedná se o deviantní chování vyplývající z porušené adaptivity na změnu sociálního prostředí. Problémem podle Pěnkavy je, že tato sociální maladaptace není definována v Mezinárodní klasifikaci nemocí (2018, in Pěnkava, 2012) jakožto porucha, která souvisí s duševním onemocněním. Navíc tato diagnóza vzniká z různých důvodů (jako je např. posttraumatická stresová porucha) a není tak přímo spjata s bezdomovectvím. Domnívám se také, že tato diagnóza, vzhledem ke své šíři různých interpretací, může osoby bez přístřeší ještě více stigmatizovat, protože slova jako „nepřizpůsobivost“ mohou působit dojmem, že daný člověk je „nespolupracující“ či „odmítavý“ (např. ke zdravotní péči), což nemusí být vždy pravda.

3.3 Zdravotní služby pro osoby bez přístřeší

Osoby bez přístřeší představují jednu z nejzranitelnějších skupin obyvatelstva, jejichž zdravotní stav je velmi často zhoršený v důsledku mnoha výše zmíněných faktorů včetně nedostatečné hygieny, podvýživy či chronických onemocnění. Přesto je systém zdravotnických služeb pro tuto skupinu obyvatelstva v České republice značně omezený a primární zdravotní péče jí je poskytována téměř výhradně v rámci sociálních služeb, s výjimkou několika specializovaných iniciativ (např. Medici na ulici).

Zdravotní péče pro osoby bez přístřeší v České republice je provázena několika systémovými problémy. Za prvé, chybí specializovaná ambulantní zdravotní centra, která by byla nezávislá na sociálních službách. Většina péče je poskytována v rámci azylových domů, denních center nebo terénních programů. Za druhé, po propuštění z hospitalizace neexistuje, až na nedostatečné výjimky, systém následné péče, což vede k opětovnému zhoršení zdravotního stavu klientů, kteří se vrací na ulici. Za třetí, nedostatek zdravotního personálu a finanční podpory brání rozšíření těchto služeb. Například lékaři působící v ordinacích pro chudé nemohou získat atestaci, což odrazuje odborníky od dlouhodobého zapojení (Šupková, 2007; Koubová, 2015).

K tomu dodávám, jak již bylo zmiňováno, že dalším problémem je stigmatizace osob bez přístřeší v běžných zdravotnických zařízeních, kde narážejí na předsudky, absenci dokladů nebo problémy s hygienou. To zdůrazňuje potřebu specializovaných ordinací, které jsou přizpůsobeny specifickým potřebám této populace, jako jsou flexibilní ordinační hodiny, absence administrativních bariér a podpora v dodržování léčebného režimu.

Myslím si, že by budoucnost zdravotní péče o osoby bez přístřeší měla směřovat k vytvoření samostatných zdravotnických center, posílení vzdělávání zdravotníků v oblasti terénních programů a zajištění následné péče po hospitalizaci, aby byla zajištěna důstojná a dostupná péče pro všechny, kteří ji opravdu potřebují.

3.3.1 Armáda spásy: Ordinance pro chudé a Domovy Přístav

Armáda spásy je jednou z předních organizací v České republice, která poskytuje zdravotní a sociální péči osobám bez přístřeší. V roce 2018 otevřela v Ostravě první Ordinaci prak-

tického lékaře pro lidi bez domova, kterou vede MUDr. Andrea Pekárková. Tato ordinace slouží nejen osobám bez přístřeší, ale i sociálně vyloučeným menšinám, osamělým seniorům a klientům azylových domů. Ordinace nabízí preventivní prohlídky, ošetření akutních i chronických onemocnění a vystavování lékařských posudků zdarma, což pomáhá řešit sociální situaci klientů. V roce 2022 byla otevřena další ordinace v Praze-Holešovicích, která navazuje na již přetíženou stávající ordinaci (Armáda spásy, 2025b).

Domovy Přístav, fungující například v Praze, Ostravě, Šumperku a Frýdku-Místku, poskytují dlouhodobou zdravotně-sociální péči, včetně paliativní péče pro seniory a osoby na sklonku života, čímž zajišťují důstojné prostředí pro ty, kteří by jinak zůstali na ulici. V roce 2021 tyto domovy poskytly péči 245 klientům/pacientům. Bohužel, kvůli své jedinečnosti jsou Domovy Přístav prakticky neustále zaplněné a kapacita znemožňuje poskytovat péči všem zájemcům, kterých neustále přibývá (Armáda spásy, 2025c).

Organizace Armáda spásy také provozuje kampaň Nocleženska, která pomáhá financovat zdravotní péči pro lidi bez domova. Jedná se o jednorázový poukaz v hodnotě 250 Kč, za který organizace zajistí člověku bez přístřeší ošetření v ordinaci praktického lékaře nebo na ošetřovně Armády spásy (Armáda spásy, 2025d).

3.3.2 Naděje: Ordinace v denním centru U Bulhara

Organizace Naděje (2025b) provozuje v Praze ordinaci pro osoby bez přístřeší v denním centru U Bulhara, která je jednou z mála specializovaných zdravotnických služeb pro tuto skupinu osob. Ordinace poskytuje základní zdravotní péči, ošetření ran a odborné konzultace. Ročně zde zdravotníci ošetří přibližně 1 500 osob, z čehož značnou část tvoří lidé bez domova. Ordinace je umístěna v prostředí denního centra, kde klienti mohou využít i další služby, jako jsou sprchy, šatník či potravinovou pomoc, což zvyšuje efektivitu péče díky kombinaci zdravotních a sociálních intervencí.

Ordinace nabízí služby praktických lékařů, ale i specializovanou péči v oblasti stomatology a gynekologie.

3.3.3 Medici na ulici

Projekt Medici na ulici, založený na principech celosvětového hnutí Street Medicine⁴, je jednou z výjimek mezi poskytovateli zdravotní péče pro osoby bez přístřeší, protože se zaměřuje primárně na zdravotnickou intervenci nezávisle na sociálních službách.

Tento studentský spolek, iniciovaný MUDr. Andreou Pekárkovou během jejích studií na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, sdružuje studenty medicíny, kteří poskytují zdravotní péči přímo v terénu, na ošetřovnách nebo v nouzových ubytovnách. V Praze spolupracují s Armádou Spásy, Nadějí a ekumenickou organizací Sant'Egidio, v Brně pak působí samostatně. V roce 2020 se projekt stal samostatným spolkem.

4) Street Medicine je hnutí založené v průběhu devadesátých let 20. století v USA v čele s internistou Dr. Jimem Withersem. Heslo tohoto hnutí zní „Dokud budou lidé spát na ulicích, pod mosty, podél řek, budeme jim poskytovat zdravotní péči přizpůsobenou jejich realitě.“ (Medici na ulici, 2025)

Medici na ulici se zaměřují na ošetření ran, základní diagnostiku a doprovod klientů k odborníkům, přičemž kladou důraz na neodsuzující komunikaci a budování důvěry. Projekt také prosazuje vzdělávání o zdravotní péči pro osoby bez domova na lékařských fakultách a nabízí volitelný předmět „Zdravotní péče o osoby bez domova“ na 3. lékařské fakultě. Přestože je tato iniciativa významným příspěvkem, její kapacita je omezená, protože závisí na dobrovolné práci studentů a nemá stabilní systémové financování. (Medici na ulici, 2025)

3.3.4 Centrum sociálních služeb: Azylový dům s ošetrovatelskou službou (ADOS)

Jejich cílem je nahrazovat osobám bez domova s nepříznivým zdravotním stavem možnost domácího léčení prostřednictvím poskytnutí ubytování na přechodnou dobu a základní ošetrovatelské péče. Cílovou skupinou jsou osoby bez domova starší 18 let s akutně zhoršeným zdravotním stavem či dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, který jim v současnosti znemožňuje samostatný běžný život.

Podobně, jako u Domovů Přístav, se ADOS potýká s neustále naplněnou kapacitou kvůli jedinečnosti svého poslání. (Centrum sociálních služeb, ADOS, 2025)

3.3.5 Další organizace a projekty

Kromě výše zmíněných subjektů existují i další organizace a služby, které se v menší míře podílejí na zdravotní péči pro osoby bez přístřeší, obvykle opět v rámci sociálních služeb:

- **Terénní programy:** většina terénních služeb, které jsou zaměřeny na osoby bez přístřeší, poskytuje základní zdravotní péči a distribuci zdravotnického materiálu. Takovéto služby poskytují např. organizace Armáda Spásy či Naděje, včetně služby, která je mezi klienty známá jako „sanitka.“ Terénní pracovníci dojíždí s dodávkou na předem určená místa, na kterých poskytují základní zdravotní ošetření a distribuují zdravotnický materiál.
- **Charita Česká republika:** V některých regionech, například v Sušici nebo Klatovech, nabízí Charita domácí zdravotní péči a paliativní služby, které mohou zahrnovat i osoby bez přístřeší. Tyto služby jsou však primárně určeny širší populaci a nejsou specializovány na bezdomovectví, nicméně program Charitní ambulance provozuje mimo jiné i dvě ambulance praktických lékařů a jednu psychiatrickou ambulanci, které jsou určeny pro osoby v nouzi. (Charita Česká republika, 2025)
- **Slezská diakonie:** V Moravskoslezském kraji poskytuje sociální a zdravotní služby, včetně podpory osob bez domova. I zde je zdravotní péče podřízena sociálním programům, jako jsou azylová centra nebo denní stacionáře. (Slezská diakonie, 2025)

3.4 Zdravotní následky života na ulici

Život na ulici představuje extrémní zátěž pro fyzické i duševní zdraví osob bez přístřeší. Lidé bez domova čelí nepřetržitému vystavení nepříznivým podmínkám, nedostatečné výživě, omezenému přístupu k hygieně a zdravotní péči, což vede k široké škále zdravotních problémů. Tyto potíže se navíc prohlubují kvůli sociálnímu vyloučení, stigmatizaci a administrativním bariérám, které brání včasné léčbě (Šupková a kol., 2007).

Zdravotní následky života na ulici nejsou spjaty pouze s individuální odpovědností, ale i se sociálními a systémovými faktory. Stigmatizace a předsudky v zdravotnických zařízeních, jako je odmítání pacientů kvůli špatné hygieně nebo absenci dokladů, zhoršují přístup k péči (Burda, 2015). Šupková a kol. (2007) zmiňují, že 63 % zdravotníků považuje špatnou hygienu za překážku při ošetřování osob bez domova, což vede k opožděné nebo zcela odepřené péči. Tato stigmatizace posiluje „byrofobii“, která je zmiňována i v souvislosti s registrací na úřadech práce.

Sociální izolace také zhoršuje zdravotní stav. Lidé bez domova často ztrácejí kontakt s rodinou a přáteli, což zvyšuje pocit beznaděje a snižuje motivaci vyhledat péči. Zdravotní komplikace spojené s bezdomovectvím se tak neustále prohlubují a mohou vést až k trvalým následkům či smrti. Marvasti (2003) k tomu dodává, že bezdomovectví je extrémním projevem sociální nerovnosti s vážnými dopady na zdraví. Lidé bez domova čelí zvýšenému riziku chronických onemocnění, infekcí a duševních poruch, jako jsou deprese, úzkosti nebo PTSD, kvůli stresu, špatným životním podmínkám a omezenému přístupu k péči.

3.4.1 Fyzické zdravotní problémy

Lidé bez domova trpí širokou škálou fyzických onemocnění, která jsou často přímo spojená s podmínkami života na ulici. Mezi nejčastější patří kožní infekce, chronické rány, respirační onemocnění a podvýživa (Hradečtí, 1996). Vystavení chladu, vlhku a znečištěnému prostředí zvyšuje riziko omrzlin, zánětů kůže a infekcí, jako jsou hnisavé rány (např. bérkové vředy, které se také často vyskytují u osob bez přístřeší užívající návykové látky) nebo mykózy. Šupková a kol. (2007) uvádějí, že absence hygienických zařízení a čistého oblečení vede k špatnému stavu kůže a zhoršuje léčbu těchto problémů. Například nehojící se rány, které nejsou včas ošetřeny, mohou vyústit v závažné komplikace, včetně sepse nebo nutnosti amputace (Burda, 2015).

Respirační onemocnění, jako jsou bronchitida, pneumonie nebo tuberkulóza, jsou dalším častým problémem. Život v přeplněných azylových domech nebo na ulici bez ochrany před povětrnostními vlivy zvyšuje riziko těchto nemocí (Šupková a kol., 2007). Tuberkulóza je obzvláště problematická, protože její šíření je usnadněno špatnými životními podmínkami a nedostatečnou zdravotní péčí. Hradečtí (1996) uvádějí, že prevalence tuberkulózy mezi osobami bez domova je výrazně vyšší než v běžné populaci, což je dáno opožděnou diagnostikou a nedostatečnou adhezí k léčbě.

Podvýživa a nedostatek vitamínů jsou dalšími vážnými následky. Lidé bez přístřeší často nemají přístup k pravidelné a vyvážené stravě, což vede k oslabení imunitního systému a zhoršení celkového zdravotního stavu. Šupková a kol. (2007) zmiňují, že nedostatek vitamínu C a dalších živin zvyšuje náchylnost k infekcím a zpomaluje hojení ran.

Kromě toho je u osob bez přístřeší časté užívání alkoholu a návykových látek, což dále poškozuje játra, kardiovaskulární systém a zvyšuje riziko předávkování (Burda, 2015).

3.4.2 Duševní zdraví a psychické poruchy

Duševní zdraví osob bez přístřeší je silně ovlivněno stresem, traumatem a sociálním vyloučením. Život na ulici přináší neustálou nejistotu, strach z násilí a ztrátu důstojnosti, což

často vede k rozvoji nebo prohloubení psychických poruch. Mezi nejčastější patří deprese, úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha (PTSD) a schizofrenie (Hradečtí, 1996). Šupková a kol. (2007) uvádějí, že až 30 % osob bez domova trpí nějakou formou duševní poruchy, přičemž mnohé případy zůstávají nediodagnostikovány kvůli omezenému přístupu k psychiatrické péči. Tento problém je umocněn celkovým úpadkem kapacit veřejných psychiatrických zařízení, jak ukazuje studie Markowitz (2006), která zdůrazňuje, že deinstitucionalizace vedla k výraznému poklesu dostupnosti lůžek v psychiatrických nemocnicích, což zvýšilo počet osob s duševními poruchami žijících bez odpovídající péče v městských oblastech, včetně těch bez domova. Mnoho z těchto osob se potýká s nedostatkem podpory a dohledu, což zhoršuje jejich psychický stav a zvyšuje riziko prohlubování poruch, jako je schizofrenie, která je mezi nimi převládající (tamtéž).

Trauma hraje klíčovou roli. Mnoho lidí bez domova zažilo fyzické nebo sexuální násilí, ztrátu rodiny nebo jiné traumatické události, které přispívají k rozvoji PTSD. Tento strach, spojený s předsudky zdravotníků, často vede k tomu, že lidé s duševními problémy nevyhledávají péči, což zhoršuje jejich stav až do bodu, kdy je nutná hospitalizace (Šupková a kol., 2007). Markowitz (2006) navíc upozorňuje, že snížená kapacita psychiatrických zařízení má za následek tzv. „revolving door“ fenomén, kdy jsou pacienti po krátké stabilizaci rychle propuštěni zpět do komunity bez adekvátní následné péče, což je zvláště problematické pro osoby bez domova, které nemají stabilní zázemí a podporu potřebnou k dodržování léčby. Tento nedostatek péče a podpory dále zvyšuje jejich zranitelnost a riziko zhoršení psychického zdraví.

3.4.3 Závislosti

Zneužívání návykových látek či alkoholu je dalším problémem, který propojuje duševní a fyzické zdraví. Alkohol a drogy jsou často používány jako forma „sebeléčby“ na zmírnění psychického stresu, což však vede k závislosti a dalším zdravotním komplikacím. Podle Hradečtých (1996) je závislost jedním z hlavních faktorů, které brání lidem bez domova v reintegraci do společnosti, přičemž dodávám, že ne ve všech případech se dá o závislostech mluvit jako o příčinách bezdomovectví, mnohdy jde totiž o důsledek tohoto stavu. Život na ulici představuje takovou psychickou zátěž, že droga či alkohol alespoň na chvíli zastoupí běžné radosti a klid, které osoby bez přístřeší ve svém životě nemají.

B) METODOLOGICKÁ ČÁST

4. Metodologie výzkumu

4.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je prostřednictvím kvalitativního výzkumu analyzovat roli pražských sociálních služeb při ovlivňování zdravotního stavu lidí bez přístřeší z perspektivy jejich vlastních zkušeností. Sociální služby, jako jsou azylové domy, denní centra, terénní programy nebo ordinace pro osoby bez domova, mají potenciál tuto krizi zmírnit, avšak jejich dopad na zdraví a životní situaci klientů není dostatečně prozkoumán z pohledu samotných uživatelů. Tato práce proto klade důraz na subjektivní zkušenosti klientů, aby odhalila, jak sociální služby formují jejich zdravotní stav a přístup ke zdravotní péči.

V rámci takto pojatého výzkumu jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku:

HVO: Jakou roli hrají pražské sociální služby v ovlivňování zdravotního stavu jedinců z pohledu klientů?

Tato otázka směřuje k pochopení komplexního a vícevrstevného vlivu sociálních služeb na fyzické i duševní zdraví lidí bez přístřeší, přičemž klíčovým prvkem je zaměření na subjektivní vnímání klientů. Tato otázka však zohledňuje i možné limity služeb, jako jsou nedostatečné kapacity, přísné podmínky nebo administrativní překážky, které mohou zdravotní situaci klientů zhoršovat. Zaměření na pohled klientů umožňuje zachytit nejen praktické dopady služeb, ale i emoční a sociální aspekty, jako jsou pocity bezpečí, důstojnosti nebo důvěry v systém péče. Tímto přístupem práce navazuje na teoretické zkoumání subjektivity lidí bez přístřeší a zdravotních následků bezdomovectví, které zdůrazňují potřebu chápat zkušenosti jednotlivců v kontextu jejich sociálního vyloučení a systémových bariér.

Výzkum se soustředí na pražský kontext, protože Praha jako hlavní město disponuje širokou sítí sociálních služeb, což umožňuje analyzovat jejich efektivitu z pohledu jejich klientů s relativně vysokou dostupností podpory a zároveň odhalit specifika, která mohou být inspirací pro další regiony.

Pro hlubší analýzu jsou formulovány tři dílčí výzkumné otázky, které rozvíjejí hlavní otázku a zaměřují se na specifické aspekty zkušeností klientů:

DVO1: Jak klienti vnímají dopad užívání sociálních služeb na své zdraví?

Tato otázka zkoumá subjektivní hodnocení přínosů a omezení sociálních služeb z hlediska zdravotního stavu klientů. Cílem je odhalit, jak klienti hodnotí přímý a nepřímý vliv těchto služeb na své zdraví a celkovou životní situaci.

DVO2: Jak sociální služby pomáhají ve zlepšení přístupu zdravotního systému k osobám bez přístřeší z pohledu klientů?

Otázka se zaměřuje na roli sociálních služeb jako tzv. prostředníka mezi lidmi bez přístřeší a zdravotnickým systémem. Mým předpokladem je, že programy jako Medici na ulici nebo

terénní programy, které umožňují doprovod sociálních pracovníků k lékaři, mohou usnadnit přístup k péči, zejména v kontextu administrativních bariér a již zmíněného pojmu „byrofobie“. Otázka se zaměřuje na to, zda a jak tyto služby pomáhají překonávat překážky, jako je absence dokladů, nedostatek informací nebo stigmatizace ze strany zdravotníků.

DVO3: Jak sociální služby ovlivňují důvěru klientů ve zdravotnický systém?

Tato otázka zkoumá, jak zkušenosti se sociálními službami formují postoj klientů ke zdravotnickým institucím. Předpokládám, že negativní zkušenosti, jako je odmítnutí péče kvůli špatné hygieně nebo předsudky zdravotníků, mohou prohlubovat nedůvěru a obavy z využívání zdravotnických služeb. Naopak pozitivní podpora, například empatický přístup sociálních pracovníků nebo zprostředkování odborné zdravotní péče, může důvěru posilovat. Otázka zkoumá, jak konkrétní intervence sociálních služeb (např. pomoc s objednáním k lékaři, doprovod do zdravotnických zařízení) ovlivňují vnímání zdravotnického systému klienty a zda pomáhají překonávat bariéry spojené s traumatem, nedůvěrou či sociálním vyloučením.

4.2 Výzkumná strategie

V této kapitole se budu věnovat popisu, kvalitám a limitům kvalitativního výzkumu, protože v rámci výzkumné strategie jsem tento druh výzkumu zvolila jako vhodný pro účely své práce.

Kvalitativní výzkum je výzkumná strategie zaměřená na hluboké pochopení sociálních jevů prostřednictvím analýzy subjektivních zkušeností, postojů a významů, které jednotlivci přiřkládají svému životnímu prostředí (Hricová a kol., 2023). Tento přístup se vyznačuje flexibilitou, otevřeností a zaměřením na kontext, což umožňuje zachytit komplexnost lidských zkušeností a sociálních procesů. V sociální práci je kvalitativní výzkum často využíván k exploraci potřeb klientů, hodnocení intervencí nebo pochopení sociálního vyloučení (tamtéž).

Mezi hlavní kvality kvalitativního výzkumu patří jeho schopnost poskytnout hluboký vhled do individuálních perspektiv a odhalit skryté aspekty sociálních jevů, které kvantitativní metody nemusí zachytit. Díky otevřenému přístupu k datům umožňuje objevovat nové teorie a hypotézy, což je zvláště cenné v aplikovaných oborech, jako je sociální práce, kde výzkum často reaguje na praktické problémy (tamtéž).

K limitům kvalitativního výzkumu patří nižší zobecnitelnost výsledků, protože se obvykle pracuje s menším výzkumným souborem, který nemusí být reprezentativní (tamtéž). Subjektivita výzkumníka může vést ke zkreslení, pokud není dostatečně kontrolována, například prostřednictvím triangulace nebo reflexe ((Miovský, 2006; Hricová a kol., 2023).

Dalším omezením je časová a metodologická náročnost analýzy kvalitativních dat, která vyžaduje pečlivé kódování a kategorizaci, což může být zvláště náročné při práci s rozsáhlými textovými daty (Hricová a kol., 2023). Navzdory těmto limitům je kvalitativní výzkum vhodný pro zkoumání složitých sociálních fenoménů, kde je třeba porozumět individuálním zkušenostem a kontextu.

Kvalitativní výzkum jsem shledala vhodnou strategií pro tuto diplomovou práci, jejímž cílem je analyzovat roli pražských sociálních služeb při ovlivňování zdravotního stavu osob bez přístřeší a pro kterou jsou důležité právě osobní prožitky a zkušenosti této skupiny obyvatelstva. Zaměření na subjektivní zkušenosti klientů vyžaduje hluboké pochopení jejich vnímání, postojů a životních příběhů, což kvalitativní přístup umožňuje prostřednictvím metod, jako jsou polostrukturované rozhovory nebo tematická analýza (Hricová a kol., 2023).

Lidé bez přístřeší představují zranitelnou a heterogenní skupinu, jejíž zdravotní stav je ovlivněn nejen fyzickými faktory, ale také sociálními, emočními a systémovými bariérami. Kvalitativní výzkum umožňuje zachytit tyto komplexní souvislosti a odhalit, jaké přínosy a limity vnímají klienti sociálních služeb. Vhodnost kvalitativního přístupu pro tuto práci spočívá také v jeho schopnosti respektovat důstojnost a individuální zkušenosti cílové skupiny. Lidé bez přístřeší často čelí dehumanizaci a ztrátě hlasu v systému péče, a kvalitativní výzkum dává prostor jejich příběhům, což může přispět k návrhu citlivějších intervencí. Práce s menším, záměrně vybraným vzorkem umožňuje detailní analýzu jejich zkušeností, aniž by bylo nutné usilovat o statistickou reprezentativnost, což odpovídá deskriptivnímu a relaxačnímu charakteru výzkumných otázek (Hricová a kol., 2023).

4.3 Metoda a průběh sběru dat

Pro tuto diplomovou práci byla zvolena metoda polostrukturovaného individuálního rozhovoru, která je v kvalitativním výzkumu ceněna pro svou flexibilitu a schopnost zachytit hluboké subjektivní zkušenosti respondentů (Hricová a kol., 2023). Polostrukturovaný rozhovor umožňuje kombinaci předem připravených otázek s prostorem pro exploraci nových témat, která mohou během rozhovoru vyvstat, což je zvláště vhodné pro zkoumání komplexních sociálních jevů, jako je dopad sociálních služeb na zdravotní stav lidí bez přístřeší (tamtéž). Tato metoda byla vybrána s ohledem na cíl práce – analyzovat zkušenosti klientů pražských sociálních služeb z jejich vlastní perspektivy – a umožnila získat detailní a kontextově bohatá data o jejich zdravotních problémech a interakcích se službami.

Rozhovory byly vedeny na základě předem připraveného rozhovorového schématu (viz příloha 1), které zahrnovalo otevřené otázky zaměřené na zkušenosti s fyzickými a psychologickými zdravotními problémy, využívání sociálních služeb a vnímání jejich přínosů a bariér. Schéma bylo navrženo tak, aby respektovalo citlivost cílové skupiny. Zároveň umožnilo, aby respondenti mohli svobodně sdílet své příběhy.

Žádný rozhovor nebyl nahráván, ač použití nahrávacího zařízení během rozhovorů bylo v rámci prvotní přípravy výzkumu zamýšleno. Po konzultacích s vedoucími pracovníky oslovených zařízení a vedoucím této diplomové práce jsem však došla k závěru, že nahrávání rozhovorů by bylo pro respondenty nepříjemné a mohlo by to negativně ovlivnit kvalitu sbíraných dat. V jedné z organizací byla dokonce žádost o nahrávání rozhovorů explicitně odmítnuta vzhledem k tomu, že rozhovory měly probíhat uvnitř místnosti, kam měli volný přístup další klienti služby a mohlo by ohrozit jejich anonymitu. Vzhledem k zajištění rovnosti podmínek pro všechny respondenty jsem pak možnost nahrávání rozhovorů nenařadila ani v rámci náhodného výběru.

Sběr dat probíhal od 1. března do 6. dubna 2025 v Praze. Pro účely diplomové práce byly použity dvě techniky. Jako první se budu věnovat technice účelového výběru, která je

vhodná při zkoumání jasně vymezeného jevu u dané cílové skupiny, přičemž se klade důraz na skutečnost, že informace ze získaných dat není možné získat jinou cestou (Hricová a kol., 2023). Prvním krokem bylo identifikovat organizace poskytující sociální služby osobám bez přístřeší nebo s nedávnou zkušeností s bezdomovectvím. Bylo osloveno celkem sedm organizací – tři organizace specializující se přímo na osoby bez přístřeší, tři organizace zaměřené na osoby závislé na návykových látkách (s přesahem na téma bezdomovectví) a jedna organizace pracující s ženami se zkušeností s bezdomovectvím. Oslovení probíhala e-mailem, přičemž byli kontaktováni vedoucí pracovníci, vedoucí přímé péče nebo ředitelé/ky s žádostí o zprostředkování kontaktu s jejich klienty a klientkami, se kterými by mohl být rozhovor uskutečněn. Z oslovených organizací odpověděly dvě zaměřené na osoby bez přístřeší – jedna souhlasila s účastí, druhá odmítla z kapacitních důvodů. Dvě organizace pracující s osobami závislými na návykových látkách reagovaly kladně.

Vzhledem k omezenému počtu organizací poskytujících služby osobám bez přístřeší v Praze a citlivosti cílové skupiny na sdílení osobních informací bylo nutné doplnit sběr dat technikou nabalování, neboli technikou sněhové koule (snowball sampling) (Hricová a kol., 2023). Na základě předchozích pracovních zkušeností s osobami závislými na návykových látkách a po konzultaci s pracovníky v oslovených sociálních službách jsem si vytipovala lokality v Praze, kde se osoby bez přístřeší často zdržují, a oslovila zde potenciální respondenty.

Celkem bylo osloveno 43 osob. Z úvodních oslovení a rozhovorů vyplynulo, že 10 z nich nesplňuje kritéria pro výzkum (např. neměli relevantní zkušenosti se sociálními službami). 13 osob rozhovor odmítlo, často kvůli nedůvěře nebo obavám o soukromí, což je běžné u ranitelných skupin (tamtéž).

Rozhovory byly nakonec uskutečněny s 25 respondenty – z toho část prostřednictvím tří spolupracujících organizací (konkrétně dva terénní programy a jedno nízkoprahové středisko) a část z náhodného terénního sběru. Jeden rozhovor byl předčasně ukončen z důvodu nespolupráce respondenta a tři další dokončené rozhovory byly po prvotním zhodnocení vyloučeny pro nízkou kvalitu dat (vyhýbání se otázkám, nesrozumitelné nebo protičůdné odpovědi). K analýze bylo tedy použito 21 polostrukturovaných rozhovorů.

Rozhovory trvaly v průměru 50 minut, s rozsahem od 25 do 90 minut, v závislosti na ochotě a vyjadřovacích schopnostech respondentů. Velkým limitem při sběru informací od respondentů pro mě byla nemožnost nahrávání si rozhovorů. Během rozhovoru jsem si dělala poznámky a snažila se všechny důležité odpovědi zaznamenat. Po ukončení každého rozhovoru jsem si vyhradila potřebnou dobu na dopsání detailních informací a některých citací od klientů/klientek. Každý respondent obdržel po dokončeném rozhovoru jako poděkování malou svačinu, což je v souladu s etickými doporučeními pro práci se zranitelnými skupinami, protože odměna nesmí být natolik vysoká, aby ovlivnila dobrovolnost účasti (tamtéž).

4.4 Výzkumný vzorek

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, výzkumný vzorek pro tuto diplomovou práci byl vytvořen pomocí techniky účelového výběru doplněné o metodu nabalování, které jsou v kvalitativním výzkumu běžně využívány pro výběr respondentů na základě specifických kritérií relevantních pro cíle studie (Hricová a kol., 2023).

Výběr respondentů byl řízen třemi hlavními kritérii, která odrážejí cíl práce – analyzovat roli pražských sociálních služeb při ovlivňování zdravotního stavu lidí bez přístřeší z jejich perspektivy:

1. Osoba bez přístřeší nebo zkušenost s bezdomovectvím – respondenti museli být aktuálně bez přístřeší nebo mít nedávnou zkušenost s bezdomovectvím, aby jejich zkušenosti odpovídaly zkoumanému sociálnímu fenoménu. Toto kritérium zahrnovalo jak osoby žijící na ulici, tak ty, které využívají azylové domy nebo přechodné ubytování (např. v ubytovnách, ve stanech, přespávání u přátel atp.).
2. Zdravotní problémy: Respondenti museli mít zkušenosti s fyzickými nebo psychickými zdravotními problémy, protože zdravotní stav je klíčovým prvkem zkoumaného dopadu sociálních služeb.
3. Využívání sociálních služeb: Respondenti museli být aktuálními nebo bývalými uživateli pražských sociálních služeb, jako jsou denní centra, hygienická centra, terénní programy nebo azylové domy, aby bylo možné analyzovat jejich zkušenosti s těmito službami.

Tato kritéria byla stanovena tak, aby zajistila relevanci vzorku pro výzkumné otázky a umožnila zachytit rozmanité zkušenosti cílové skupiny. Věková kategorie nebyla předem určena, aby výzkum mohl zahrnout široké spektrum potenciálních respondentů. Výsledný věkový rozsah respondentů byl od 19 do 81 let.

Vzorek zahrnuje celkem 21 respondentů, z toho 3 ženy a 18 mužů. Přestože byla snaha o genderovou vyváženost, nízký počet žen ve vzorku odráží obecnou převahu mužů mezi lidmi bez přístřeší v Praze, jak ukazuje např. poslední sčítání osob bez přístřeší z roku 2019 (Nešporová a kol., 2019). Respondenti byli osloveni prostřednictvím tří sociálních služeb a vlastního sběru dat, což zajistilo variabilitu jejich zkušeností s různými typy sociálních služeb.

Vzorek byl navržen s ohledem na kvalitativní povahu výzkumu, kde cílem není statistická reprezentativnost, ale hlubší pochopení individuálních zkušeností (Hricová a kol., 2023).

4.5 Metoda analýzy dat

Jako metodu analýzy dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů jsem zvolila tématickou analýzu, která je v kvalitativním výzkumu uznávána pro svou flexibilitu a schopnost identifikovat a interpretovat opakující se vzorce (témata) v datech, která jsou relevantní pro výzkumné otázky (Braun & Clarke, 2006). Tuto metodu jsem zvolila s ohledem na výzkumný cíl – porozumět subjektivním zkušenostem respondentů s pražskými sociálními službami a jejich dopadem na zdravotní stav. Tento způsob mi tak umožňuje zachytit komplexní narativní data v kontextu sociální reality (Novotná a kol., 2019). Tato metoda navíc podporuje kombinaci induktivního (daty vedeného) a deduktivního (teoreticky podloženého) přístupu, což je klíčové pro propojení empirických zjištění s teoretickým rámcem výzkumu zaměřeným na bezdomovectví a zdravotní péči (tamtéž).

Tematická analýza nabízí několik metodologických výhod, které ji činí vhodnou pro tento výzkum. První, jak je již zmiňováno, je její flexibilita, umožňující přizpůsobení analýzy různým epistemologickým přístupům a výzkumným otázkám (Hricová a kol., 2023). Tato vlastnost byla zásadní pro zkoumání heterogenních narativů respondentů, které zahrnovaly různé aspekty zdravotních problémů a zkušeností se sociálními službami. Druhou výhodou je důraz na subjektivní perspektivu, který mi umožnil zachytit individuální významy

a prožitky respondentů, což je v souladu s kvalitativní povahou výzkumu a jeho zaměřením na emickou perspektivu (Novotná a kol., 2019). Třetí výhodou je srozumitelnost a přenositelnost výsledků, díky čemuž jsou zjištění přístupná nejen akademickému publiku, ale i odborníkům v oblasti sociální práce a zdravotní péče (Hricová a kol., 2023).

Mezi limity tematické analýzy patří riziko subjektivity při kódování a interpretaci dat, které může být ovlivněno výzkumníkovými předsudky nebo teoretickými předpoklady (tamtéž). Toto riziko jsem se snažila minimalizovat systematickým přístupem, průběžnou reflexí a konzultací s odbornou literaturou. Dalším limitem je potenciální překrývání témat, což může ztížit jejich jednoznačné vymezení (tamtéž). Tento problém byl řešen iterativní revizí témat a jejich vzájemných vztahů. Konečně, tematická analýza může být kritizována za omezenou hloubku ve srovnání s jinými kvalitativními metodami, jako je např. narativní analýza (tamtéž).

Analýza dat probíhala podle šestifázového modelu tematické analýzy podle Braun a Clarke (2006), který zajišťuje systematický a transparentní přístup k analýze kvalitativních dat. Proces byl doplněn reflexí všech metodologických rozhodnutí, jak doplňuje Novotná a kol. (2019), aby byla podpořena validita a přenositelnost zjištění.

1. **Seznámení s daty:** První fáze zahrnovala důkladné prostudování dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů. Data byla zpracována prostřednictvím podrobných poznámek pořízených během rozhovorů, které byly opatřeny anotacemi o neverbálních projevech a kontextu (např. emocionální reakce respondentů). Tento krok umožnil hluboké ponoření do narativů a identifikaci předběžných vzorců.
2. **Počáteční kódování:** Data byla systematicky kódována do menších tematických celků na základě opakujících se vzorců a významů. Kódování bylo převážně induktivní, ale částečně informované teoretickými koncepty z literatury o bezdomovectví (např. systémové bariéry, stigmatizace).
3. **Hledání témat:** Kódy byly roztříděny do předběžných témat pomocí myšlenkových map na papíře, které mi usnadnily organizaci a vizualizaci vztahů mezi kódy. Témata byla vytvořena na základě jejich relevance pro výzkumnou otázku a schopnosti zachytit podstatné aspekty zkoumaného fenoménu. I tato fáze zahrnovala iterativní proces, při němž byly některé kódy přesunuty nebo sloučeny na základě jejich obsahové příbuznosti.
4. **Přezkoumání témat:** Předběžná témata byla podrobena důkladné revizi, aby byla zajištěna jejich vnitřní konzistence a variabilita. Byly prozkoumány vztahy mezi kódy a tématy, aby se eliminovalo překrývání. Mou snahou bylo, aby témata byla reprezentativní vzhledem k celému souboru dat, což zahrnovalo opakované čtení přepisů a porovnání s původními kódy.
5. **Definování a pojmenování témat:** Každé téma bylo přesně definováno a pojmenováno tak, aby jasně odráželo obsah jeho kódů a přínos k výzkumným otázkám. Pojmenování témat bylo navrženo tak, aby bylo výstižné a srozumitelné pro odbornou i praktickou sféru.
6. **Výsledná interpretace a zpráva:** Finální fáze zahrnovala rozpracování témat, jejich zasažení do kontextu odborné literatury a propojení s teoretickým rámcem výzkumu. Témata byla podpořena citacemi z rozhovorů, které ilustrovaly jejich význam.

Z tohoto šestifázového procesu tematické analýzy vyplynula témata, která budou prezentována v dalších kapitolách.

4.6 Etika výzkumu

Skutečnost, že výzkum byl postaven na datech sbíraných přímo od osob bez přístřeší, které považuji za zvláště zranitelnou část populace, si kladla vysoké nároky na etické zacházení s respondenty. Etické aspekty výzkumu byly řešeny v souladu s obecnými principy etiky ve společenských vědách, jak je popisují Novotná a kol. (2019), zejména s důrazem na respekt k autonomii respondentů a zajištění důvěrnosti. Tyto principy byly klíčové pro vytvoření bezpečného prostředí pro respondenty a pro zajištění validity a důvěryhodnosti výzkumu.

Proces získání informovaného souhlasu byl navržen s ohledem na specifika cílové skupiny a jejich sociální a psychologický kontext. Informovaný souhlas byl poskytován ústní formou, kterou jsem vzhledem ke zmíněným kontextům shledala jako tu nejvíce vhodnou a to z několika důvodů: za prvé, písemný souhlas by mohl být pro některé respondenty stresující nebo by mohl vzbuzovat nedůvěru ve výzkumníka, vzhledem k jejich častým negativním zkušenostem s administrativními procesy. Za druhé, ústní forma umožnila flexibilnější a citlivější komunikaci, která zohledňovala potenciální jazykové bariéry či nižší právní gramotnost respondentů. Za třetí, ústní souhlas lépe odpovídal neformálnímu prostředí, ve kterém rozhovory probíhaly, například v prostorách sociálních služeb či v parku na lavičce. Před zahájením každého rozhovoru byli respondenti ústně informováni o cíli výzkumu, jeho průběhu, dobrovolnosti účasti, možnosti kdykoli ukončit rozhovor bez negativních důsledků a způsobu zpracování dat. Bylo jim rovněž vysvětleno, že jejich odpovědi budou anonymizovány a použity výhradně pro výzkumné účely. Ústní souhlas byl zaznamenán v poznámkách výzkumníka a v některých případech potvrzen přítomností pracovníka sociální služby, což zvýšilo transparentnost procesu. Tento přístup zajistil, že respondenti plně rozuměli podmínkám účasti a cítili se bezpečně.

Zajištění anonymity respondentů bylo prioritou vzhledem k citlivé povaze tématu a potenciálním rizikům stigmatizace. Každému respondentovi byl přiřazen pseudonym (např. „R1“, „R2“), který nahradil jakékoli osobní údaje v prepisech a analytických materiálech. Osobní údaje, jako jména, adresy nebo jiné identifikátory (pokud je informátor náhodně zmínil), nebyly zaznamenávány. Respondenti byli informováni o těchto opatřeních, což posílilo jejich důvěru ve výzkumný proces.

Stejně tak byla zajištěna anonymita spolupracujících sociálních služeb. Konkrétní názvy organizací nebyly v žádných výzkumných výstupech uvedeny. Místo toho byly služby označeny obecnými termíny, například „noclehárna“ nebo „sociální služba v Praze“. Tento přístup chránil identitu organizací a zároveň umožnil zachovat kontextuální relevanci zjištění.

Práce se zranitelnou populací přinesla několik etických výzev, které jsou spojeny s potenciální emoční zátěží respondentů při sdílení osobních zkušeností. Tato rizika jsem se snažila minimalizovat vytvořením podpurného prostředí během rozhovorů, například možností přestávek nebo přítomností pracovníka sociální služby na žádost respondenta, pokud to bylo alespoň trochu možné.

Průběžná reflexe etických rozhodnutí byla dokumentována v metodologických poznámkách, aby byla zajištěna odpovědnost a soulad s etickými standardy kvalitativního výzkumu.

C) ANALYTICKÁ ČÁST

Tato část diplomové práce se věnuje analýze výsledků získaných z polostrukturovaných rozhovorů s 21 klienty pražských sociálních služeb a osobami bez přístřeší. Cílem je získat odpovědi na hlavní výzkumnou otázku **Jakou roli hrají pražské sociální služby v ovlivňování zdravotního stavu jedinců z pohledu klientů?** a na vedlejší otázky:

- **Jak klienti vnímají dopad užívání sociálních služeb na své zdraví?**;
- **Jak sociální služby pomáhají ve zlepšení přístupu zdravotního systému k osobám bez přístřeší z pohledu klientů?**;
- **Jak sociální služby ovlivňují důvěru klientů ve zdravotnický systém?**

V následujících kapitolách jsou popsána témata vycházející z kódů, které byly v rozhovorech zachyceny. Kapitoly budou také obsahovat úseky citací participantů výzkumu, které se k tématům vztahovaly, přičemž budou podány v podobě, ve které byly přímo zachyceny – tedy bez úprav do spisovné řeči a správného slovosledu. Takto jsem se rozhodla ve prospěch autentičnosti podaných svědectví a výpovědí. Vyjmuty byly pouze vulgarismy (s ohledem na formálnost práce), jména participantů či jejich známých a názvy organizací.

Z tematické analýzy všech rozhovorů vyplynula tři hlavní témata:

- 1) Sociální služby jako poskytovatelé zdravotní péče a podpory, které zkoumá roli sociálních služeb při poskytování zdravotní péče, psychosociální podpory a osobní asistence;
- 2) Vztah osob bez přístřeší ke zdravotním službám, zaměřené na postoje a zkušenosti respondentů se zdravotnickým systémem;
- 3) Individuální a systémové bariéry ovlivňující zdraví osob bez přístřeší, jež reflektuje individuální a systémové překážky při přístupu ke zdravotní péči.

5. Sociální služby jako poskytovatelé zdravotní péče a podpory

Tato kapitola se zaměřuje na analýzu role pražských sociálních služeb jako poskytovatelů zdravotní péče a podpory pro osoby bez přístřeší, což představuje první téma vycházející z tematické analýzy polostrukturovaných rozhovorů s klienty těchto služeb a osobami bez přístřeší. Sociální služby hrají v životě těchto osob nezastupitelnou roli, neboť často představují primární zdroj zdravotní péče a podpory v situacích, kdy je přístup k běžnému zdravotnickému systému omezený. Tematická analýza mi umožnila identifikovat, jak tyto služby ovlivňují zdravotní stav respondentů z jejich subjektivní perspektivy, což přímo odpovídá hlavní výzkumné otázce.

Analýza tohoto tématu je strukturována do tří podtémat:

- a) poskytování zdravotní péče v sociálních službách, které zahrnuje přímé zdravotní intervence, jako je základní ošetření nebo distribuce léků;
- b) asistence pracovníků sociálních služeb do zdravotnického zařízení, zaměřené na doprovod a podporu při přístupu ke zdravotní péči;
- c) vnímání sociálních služeb osobami bez přístřeší, jež reflektuje postoje respondentů, včetně důvěry či obav spojených s využíváním těchto služeb.

5.1 Formy poskytování zdravotní péče v sociálních službách

Tato kapitola se věnuje formám poskytování zdravotní péče v rámci pražských sociálních služeb. Cílem je prozkoumat, jakým způsobem tyto služby přispívají k prevenci a zmírňování zdravotních problémů svých klientů prostřednictvím konkrétních intervencí s důrazem na pojmenování kvalit a limitů, které s sebou tyto intervence nesou.

5.1.1 Poskytování základního ošetření

Poskytování základního ošetření zahrnuje intervence, jako je čištění a ošetření drobných zranění nebo infekcí, které jsou u osob bez přístřeší časté v důsledku jejich životních podmínek. V praxi to znamená, že pracovníci nocleháren, nízkoprahových denních středisek či terénních programů ošetřují například odřeniny, akutní či chronické rány nebo záněty.

Většina participantů výzkumu možnost základního zdravotního ošetření někdy využila v minulosti nebo ji využívá neustále a je s touto službou spokojená.

„Kdyby jich nebylo, už bych o ty nohy přišel.” – R6, klient nízkoprahového střediska

„Ošetřují mi ten bercák už několik měsíců. Jsou tam vidět pokroky, předtím jsem ho měl přes celou nohu a teď už jen tady (ukazuje si na dolní část lýtka, pozn. výzkumnice) a je krásně ohraničenéj.” – R13, klient kontaktního centra

Nicméně i v hodnocení kvality základního ošetření byly mezi participanty výzkumu rozdíly. Někteří z nich zmiňovali rozdíly v ošetření od pracovníků s odborným zdravotním vzděláním a od sociálních pracovníků pracujících v sociální službě, kteří zdravotní vzdělání nemají (mají např. pouze kurz první pomoci či třeba účast na interním kurzu v dané sociální službě). To ukazuje na jeden z limitů v poskytování zdravotní péče v terénních programech a nízkoprahových služeb či jakéhokoliv typu sociálních služeb, kde je zdravotní ošetření

vykonáváno řadovými pracovníky služby. Participanti výzkumu si většinou byli dobře vědomi, kdy zdravotní ošetření bylo vykonáváno v odborném duchu a kdy se naopak jednalo o „neprofesionální“ intervenci. I ta se ale většinou setkávala s vděčností či minimálně s pochopením.

„Když zrovna v káčku⁵ narazím na zdravotní sestru, co tam občas je, tak to ošetření je pecka. Ani to nebolí a nemusím to pak předělávat. Ale většinou jsou tady káčkaři jenom sociální pracovnice a to je pak poznat, že to není ono.” – R18, klient kontaktního centra

„Oni se snaží a je to velká pomoc, ale když se to dlouho nehojí, zajdu s tím radši za Pekárkovou⁶.” – R20, klient terénního programu

„V azyláku máme sestru, která to dělá moc dobře. Vlastně mi tím zachránila nohu.” – R21, klientka azylového domu

„Není to ideální. Ale dělají, co můžou – zase musím bejt spravedlivej.” – R5, klient nízkoprahového střediska

Velkou roli v hodnocení kvality ošetření hrálo místo ošetření. Respondenti vnímali rozdíl mezi ošetřováním prostřednictvím terénních programů, které svou činnost provádí na ulicích, na „sanitce,” na skvotech či v parcích, a ošetřením v uzavřeném prostoru, např. v kontaktních centrech, denních centrech, azylových domech atd. Soukromí, čistota a klid, které ošetřování v rámci posledního zmíněného přináší, byla pro mnoho respondentů stěžejní.

„Ošetřovat se nechám jenom tady na káčku. Přítelkyně si občas nechá něco převázat od teréňáků⁷, ale tady je to lepší, je na to klid.” – R13, klient kontaktního centra

Pro jiné to zase nebyla podmínka kvality, naopak, ošetření v terénu jim přineslo výhodu, že nemusí nikam jezdit. Toto zjištění pro mě bylo velmi důležité, ukázalo se totiž, že pro níže citovaného respondenta je terénní forma ošetření tou jedinou, kterou využívá. Důvodem je, že bydlí ve stanu na okraji Prahy a vzhledem ke špatnému zdravotnímu stavu je pro něj bolestivé a náročné jezdit pravidelně do kamenné sociální služby. Kdyby tato možnost neexistovala, je pravděpodobné, že by jeho zdravotní stav byl mnohem horší.

„Ošetření využívám od teréňáků. Jezdí za námi na stany a ošetřují toho, kdo to potřebuje. Vtipný na tom je, že za námi jezdí teréňáci pro fetáky, a to já nejsem, i když támhle soused třeba jo. Oni by mě ani neměli správně ošetřovat, ale dělají to, protože za námi nikdo jinej nejezdí. Kdyby to nedělali, tak mi ty nohy shnijou a já spolu s nima.” – R19, klient terénního programu.

Respondent zde zmiňoval další pro mě zajímavou informaci – ač nespadá do určité cílové skupiny, využívá služeb terénního programu, který je určen pro osoby užívající návykové látky. Takové programy (v Praze např. terénní program Progressive, Sananim nebo Dropin) mají ve své cílové skupině i osoby bez přístřeší, pokud užívají návykové látky. Z vlastní zkušenosti terénní pracovnice ale vím, že terénních programů je v Praze nedostatek, takže když

5) „Káčko” – slangový výraz mezi některými klienty sociálních služeb pro kontaktní centrum.

6) MUDr. Pekárková – ordinace praktického lékaře, Armáda spásy (Armáda spásy, 2025b).

7) „Teréňáci” – slangový výraz mezi některými klienty sociálních služeb pro terénní pracovníky.

jsou terénní služby přímo určené osobám bez přístřeší přetížené, mají naplněnou kapacitu nebo nestíhají pokrýt veškerá potřebná místa, kde se jejich klienti nachází, je potřeba si mezi organizacemi pomoci. To může zahrnovat i to, že terénní pracovníci poskytují své služby nejen přímé cílové skupině, ale v menší míře i ostatním, kteří pomoc potřebují.

5.1.2 Distribuce zdravotního materiálu

Distribuce zdravotního materiálu zahrnuje poskytování prostředků, jako jsou dezinfekce, obvazový materiál a léky, které umožňují osobám bez přístřeší provádění základní péče o zdraví. Mnoho klientů sociálních služeb si přijde pro základní ošetření a vyslechne si, jak se má o ránu či jiný problém starat sám. K tomu ale potřebuje materiální prostředky, které si buď může obstarat sám (na tuto variantu ale mnohdy nemá finance), nebo mu je může poskytnout sociální služba.

„Někdy mi dají něco s sebou, nějaký obvazy nebo tak, občas mi to předělává doma přítelkyně, ale chodím spíš sem. Já na to ani nechci koukat.“ – R3, klient nízkoprahového střediska a ubytovny

Sociální služby také distribuují volně dostupné léky, často na bolest, horečku nebo alergie. Ordinance pro osoby bez přístřeší nebo zařízení, kde praktikují lékaři, mohou předepisovat i léky na předpis.

Distribuce volně dostupných léků a zdravotního materiálu také čelí omezením, jako je nedostatek zásob nebo finančních prostředků na nákup materiálu, což může vést k nedostupnosti těchto prostředků pro všechny klienty.

„Mohli by toho dávat víc, v tom vidím nedostatek. Třeba mají pravidlo, že dávají jenom tři sterilní čtverce na osobu, ale já mám bércáky přes celý nohy a fakt to nestačí. Musím pak žebrot o další nebo si vzít od dalších, co sem choděj. Nebo poprosím, aby si někdo vzal za mě, ale to tady neviděj rádi. Je to proti pravidlům, no jo, ale co mám dělat jinýho? Prakticky mě nutí porušovat pravidla a krást.“ – R1, klient kontaktního centra

5.1.3 Zdravotní poradenství

Kromě samotného ošetření je velmi důležité klientům sociálních služeb se zdravotními problémy poskytovat i informace, které pro ně mohou být důležité pro to, aby se jejich zdravotní situace zlepšila. Takové informace mohou být jak preventivního charakteru (např. jak předcházet infekcím v žilách spojeným často s nitrožilním užíváním návykové látky) nebo mohou být důležité pro zlepšení již stávajícího problému (např. jak ránu nadále převazovat).

Participantů výzkumu zmiňovali, že poradenství ohledně jejich zdravotního stavu často přicházelo ruku v ruce s ošetřením. Několik respondentů také bylo na nějaký zdravotní problém či jeho komplikaci přímo upozorněno sociální službou, kam docházeli. Včasná diagnostika, která přišla od pracovníků sociálních služeb, v těchto případech zabránila možnému prohloubení problému.

„Upozornili mě na oteklé ruce, řekli mi, ať s tím jdu k lékaři. Nakonec se ukázalo, že mám problém s játry.“ – R4, klientka kontaktního centra

„Několikrát mi už řekli, že mám tu ránu zanícenou a že se o to musím starat líp. Dali mi na to dezinfekci a všechno.“ – R7, klientka terénního programu

„Já o tom ani nevěděl, ale jednou mi řekli, že ta rána vypadá fakt špatně a že musím hned do nemocnice. Zavolali mi záchranku a už jsem jel.“ – R6, klient nízkoprahového střediska

V akutních případech, například při podezření na infarkt nebo těžké zranění, pracovníci zajistili volání RZS, což je v souladu s § 36 zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, který ukládá povinnost spolupracovat se zdravotnickými zařízeními. Tato podpora byla často zásadní pro včasnou intervenci a mohla i zachránit život. Její efektivita však závisí na školení pracovníků a jejich schopnosti rychle reagovat.

Zároveň participanti výzkumu často zmiňovali, že ne vždy je volání RZS pomoci. Je důležité, aby o tom, že je RZS volána, klient věděl a souhlasil s tím. V opačném případě to s sebou může nést nepříjemné komplikace a nedorozumění, které mohou ublížit jak klientovi, tak pracovníkovi sociální služby.

„Chtěl bych tady oficiálně do zápisu říct, že bych byl rád, aby se záchranka nevolala kvůli každé hlouposti. Jednou mi volali záchranku tady z káčka, ležel jsem před dveřma a byl jsem ospalej, protože jsem to přehnal s opiátama, ale nic mi jinak nebylo. Oni mě ani nepřišli zkontrolovat, ale najednou jsem se probral, jak do mě strkali sanitáci a chtěli mě naložit do sanitky. Dal jsem jim po hubě a kdyby tady byla ta pracovnice, co je volala, tak by dopadla stejně.“ – R3, klient kontaktního centra

S respondentem citovaným výše jsem se snažila situaci lépe probrat, ptala jsem se, co konkrétně ho na dané situaci rozrušilo a jak by si představoval lepší řešení. Mluvil o tom, že systém záchranné zdravotní služby je velmi přetížen a že situace, kdy se volá RZS pro osoby užívající návykové látky zbytečně, přispívá k větší nesnášenlivosti a stigmatizaci osob bez přístřeší a lidí závislých na alkoholu nebo drogách. Z dalšího rozhovoru s respondentem a později s pracovníky konkrétního kontaktního centra jsem také pochopila to, že ve skutečnosti nebylo v té době záchranářům nijak fyzicky ublíženo a že respondent v tomto rozhovoru nejspíš pouze artikuloval svou frustraci.

5.2 Asistence pracovníky sociálních služeb do zdravotnických zařízení

Tato podkapitola se zabývá analýzou role pracovníků pražských sociálních služeb při poskytování asistence osobám bez přístřeší v přístupu ke zdravotnickým zařízením, což představuje zásadní prvek podpory jejich zdravotního stavu. Osoby bez přístřeší se často potýkají s nedůvěrou k institucionálním systémům např. kvůli předsudkům ze strany zdravotnického personálu, což výrazně omezuje jejich možnosti vyhledat potřebnou lékařskou péči. Pracovníci sociálních služeb překonávají tyto překážky tím, že plní funkci zprostředkovatelů, kteří usnadňují integraci klientů do zdravotnického systému a podporují jejich zdraví prostřednictvím praktických a emočních intervencí. Tato asistenční role je zvláště významná v pražském městském prostředí, kde vysoká koncentrace sociálních služeb umožňuje intenzivnější spolupráci s místními zdravotnickými zařízeními, jako jsou nemocnice, ambulantní ordinace nebo specializované kliniky.

5.2.1 Doprovod do zdravotnického zařízení

Doprovod do zdravotnického zařízení, který zahrnuje fyzickou asistenci a emoční podporu, účastníci popisovali jako něco, co je motivuje řešit své zdravotní problémy cestou nemocnic a jiných zdravotnických zařízení. Vyhodnotila jsem, že pro osoby bez příštěší je tato forma podpory často nezbytná, protože mnozí trpí strachem z odmítnutí ze strany zdravotníků, předchozími negativními zkušenostmi nebo nedostatkem orientace v městském prostředí. U všech organizací, ve kterých jsem s respondenty mluvila, jsem se ujistila, že asistence do zdravotnických zařízení pro své klienty nabízejí.

„Sám bych už do nemocnice nešel. Ten rozdíl, když za sebou nemáte nějakýho profíka a jste tam sám, je obrovskej. ... Oni si k vám toho tolik nedovolí, chovají se líp, nedovolí si vás vyhodit jen proto, že smrdíte nebo vypadáte jinak. Prostě vás musej přijmout a ošetřit vás.” – R1, klient terénního programu

Pracovníci nejen doprovázejí klienty na místo, ale také jim poskytují psychosociální podporu, jako je uklidnění před vyšetřením nebo vysvětlení procesu léčby, což snižuje jejich úzkost a zvyšuje ochotu spolupracovat s lékaři.

„Nejvíc mi v tom pomáhá jejich podpora. Že mě třeba uklidní, že na to neumřu, nebo tak, že se to dá řešit.” – R4, klientka kontaktního centra

Kromě toho mohou zajistit praktické záležitosti, jako je organizace dopravy (například koordinace s veřejnou dopravou nebo zajištění jízdného) či domluvení konkrétního termínu návštěvy, což je zvláště důležité pro osoby bez vlastních zdrojů. Tato podpora přispívá k včasné diagnostice a léčbě, čímž se předchází zhoršení chronických onemocnění nebo komplikací z drobných zranění, a posiluje subjektivní pocit bezpečí klientů.

„Kamarádovi jednou koupili lístek do Prahy, aby mohl zajít za Pekárkovou.” – R4, klientka kontaktního centra

Mezi respondenty se ale našli i tací, kteří tuto nabízenou službu vůbec nevyužívají. Buď z důvodu, že to nikdy nepotřebovali, nebo proto, že se stydí o tuto možnost požádat. Někteří z nich se vyjadřovali o tom, že činnosti, jako např. sám si dojíždět do nemocnice, by měl každý zvládat sám, nehledě na to, v jakém zdravotním stavu je či v jaké se nachází sociální situaci. Toto zjištění mi přišlo velmi zajímavé a přimělo mě přemýšlet o tom, proč není pro tyto osoby v pořádku říct si o pomoc v situacích, kdy jde o zdraví či dokonce o život. Jak moc je hrdost a potřeba mít své pocity pod kontrolou pro osoby bez příštěší důležitá, když na druhé straně mají možnost zlepšit svůj zdravotní stav? Lze tyto pocity ovlivnit zvenčí?

„Nikdy jsem o to nepožádal, i když mi to bylo různě nabízeno. K doktorovi mě jako malýho doprovázela máma, ale teď jsem dospělej. Dospělí si tyhle věci musí už řešit sami. ... A co bych tím dokázal? Schovávat se za sociální pracovníky, aby na mě doktoři nebyli zlí? Pokud mají potřebu na mě dělat ramena jen proto, že jsem bezdomovec, je to jejich věc a sociální pracovníci s tím nic nezmůžou.” – R20, klient terénního programu

5.2.2 Komunikace se zdravotnickým personálem

Komunikace se zdravotnickým personálem zahrnuje zprostředkování dialogu mezi klienty a lékaři nebo sestrami, což je klíčové pro překonání komunikačních a kulturních bariér, s nimiž se osoby bez přístřeší často setkávají. Tyto bariéry mohou zahrnovat nedůvěru vůči autoritám, jazykové obtíže (například u migrantů nebo osob s nízkou gramotností) nebo neschopnost jasně vyjádřit zdravotní potíže kvůli stresu nebo sociální izolaci. Pracovníci sociálních služeb fungují jako most mezi klienty a zdravotnickým personálem, když pomáhají vysvětlovat zdravotní stav, životní podmínky nebo potřeby klienta, což umožňuje přesnější diagnostiku a vhodnější léčebný plán.

Participantů výzkumu mluvili o tom, že je pro ně velkou výhodou, když nemusí řešit administrativní potřeby se zdravotnickým personálem sami. Mezi tyto potřeby patřila hlavně administrativa ohledně příjmu do nemocnice, k hospitalizaci či registraci k praktickému lékaři. Naopak např. vysvětlení odborných termínů, diagnóz atp., které je možné si přečíst např. na propouštěcí zprávě či výsledku vyšetření, participantů výzkumu od pracovníků nepotřebovali, naopak, jeden z nich se zmínil, že takové osobní dokumenty s nikým nesdílí.

„Mně třeba pomohli, když jsem se zapisovala k praktikovi, pomohli mi vyplnit online formulář atd. Ale zprávy z vyšetření nebo tak, to nikomu nedávám ke čtení, ani lidem z káčka.“ – R21, klientka azylového domu

„Ten doprovod je dobrej v tom, že oni (pracovníci sociálních služeb, pozn. výzkumnice) to dokážou říct mnohem líp. Ne, že by za mě mluvili, ale aspoň jdou na tu recepci, vysvětlí problém a pak jdu do té ordinace třeba sama. Je to taková opora.“ – R7, klientka terénního programu

Zjistila jsem, že pracovníci mohou zmírnit potenciální předsudky ze strany zdravotníků tím, že poskytnou kontext o sociálním pozadí klienta, jako je bezdomovectví nebo závislost, což může vést k větší empatii a lepší péči. Tato zprostředkovaná komunikace tak nejen zlepšuje kvalitu zdravotních služeb, ale také posiluje vztah mezi klienty a zdravotnickým personálem.

„Oni (pracovníci sociálních služeb, pozn. výzkumnice) se mě vždy zeptají, jestli to můžou říct, že jsem bezdomovec. Já chci, aby to ti zdravotníci věděli, tak jim to povolím, zjistil jsem, že je lepší vyložit karty na stůl rovnou, protože jim to pak stejně jednou dojde.“ – R16, klient terénního programu a kontaktního centra

5.2.3 Administrativní pomoc

Do kódu administrativní pomoci jsem zahrnula podporu při překonávání byrokratických překážek, které brání osobám bez přístřeší v přístupu ke zdravotní péči, jako je řešení absence zdravotního pojištění, chybějících dokladů totožnosti nebo neznalosti administrativních postupů. Pracovníci sociálních služeb jsou klientům nápomocni při zřizování náležitostí zdravotního pojištění nebo pomáhají získat ztracené doklady, jako je občanský průkaz, rodný list nebo průkaz pojištěnce, což je často nezbytné pro získání jakékoli odborné zdravotní péče.

Někteří respondenti zmiňovali, že pomoc se získáním či obnovením potřebných dokladů k léčbě je tou nejdůležitější pomocí, která se jim od sociálních služeb dostává.

„Pro mě je nejdůležitější, abych měl v pořádku doklady, to je základ. Jakmile si je nedokážete ohlídat, aby vám je neukradli, tak je s vámi konec. Abych mohl mít svojí praktickou doktorku, potřeboval jsem si nejdřív zajistit kartičku pojištěnce a občanku, s obojím mi tady pomohli a za to jsem moc vděčný.“ – R 15, klient nízkopražského střediska

Tato pomoc je obzvláště důležitá v případě akutních situací, kdy rychlé vyřízení administrativy může urychlit přístup k léčbě. Bez této podpory by mnozí klienti zůstali vyloučeni ze systému, což by mohlo vést k zhoršení jejich zdravotního stavu. Administrativní podpora navíc může zahrnovat koordinaci s úřady nebo zdravotními pojišťovnami, čímž snižuje zátěž klientů a umožňuje jim soustředit se na vlastní zdraví.

5.3 Vnímání pomoci sociálních služeb

Tato podkapitola se zaměřuje na subjektivní vnímání pomoci poskytované pražskými sociálními službami z perspektivy osob bez přístřeší. To, jaký mají klienti vztah k sociálním službám, které využívají, může hrát zásadní roli v tom, zda osoby bez přístřeší pomoc vyhledají a jak efektivně ji využijí k řešení svých zdravotních potřeb. Například negativní zkušenosti mohou vést k vyhýbání se službám, zatímco pocit bezpečí a důvěry může podporovat pravidelnější kontakt a lepší péči o zdraví.

5.3.1 Důvěra v sociální služby

Z rozhovorů s participanty výzkumu vyplynulo, že důvěra představuje zásadní faktor ovlivňující ochotu přijímat nabízenou pomoc a využívat ji k péči o své zdraví. Zahrnuje přitom jak důvěru v instituci samotnou (např. v noclehárny, denní střediska), tak v jednotlivé pracovníky, kteří s klienty přicházejí do přímého kontaktu. Mezi pozitivními výpověďmi často padala slova jako „vděk“ a „respekt“.

„Jsem za tuhle službu vděčný, na ulici se nedá nikomu jinému věřit. Kdyby nebyla, už bychom neměli zastání asi nikde.“ – R20, klient nízkopražského střediska a terénního programu

Zjistila jsem, že pro participanty výzkumu, tedy klienty sociálních služeb, je důvěra nesmírně důležitá, těžko získatelná a také těžko udržitelná, a možná proto má pro ně takový význam. Někteří se vyjádřili, že důvěru v sociální služby již ztratili, ale stále je využívají, protože nemají jinou možnost.

„Jsem rád, že existujete, je to velká pomoc. Ale dřív jsem měla nasazený růžový brejle, myslela jsem, že mi pomůžou se změnit, přestat brát drogy, najít si bydlení. Ted' už jsem ztratila víru, že to jde. Naslibujou vám, že tu pro vás budou, ale pak vám dají stopku⁸ z nesmyslného důvodu a nezajímá je, co mezitím budete dělat.“ – R4, klientka kontaktního centra

8) „Stopka“ – časově ohraničené přerušení poskytování služby, např. zákaz využívání kontaktního centra na 3 měsíce. Většinou se udává za porušení podmínek nebo pravidel dané služby.

Z rozhovorů vyplynulo, že důvěra může být často narušena předchozími negativními zkušenostmi s institucemi, jako jsou zdravotnická zařízení nebo úřady, kde se lze setkat s odmítnutím, diskriminací nebo nepochopením. Věřím ale, že sociální služby mohou tuto nedůvěru překonat tím, že nabízejí bezpečné prostředí, individuální přístup a konzistentní podporu, což může vést k vytvoření pevného vztahu mezi klientem a pracovníkem. Tuto myšlenku mi potvrdil např. klient terénního programu, který uvedl:

„Já jsem nevěřil nikdy nikomu, ale tyhle lidi (terénní pracovníci, pozn. výzkumnice) mají dobrý srdce a dokážou nám pomoci, když chceme. ... Můžu se jim svěřit i s úplným blábnutím a oni toho nezneužijou, naopak pomůžou, kde je potřeba.“ – R17, klient terénního programu

5.3.2 Sebereflexe v kontextu využívání sociálních služeb

Prostřednictvím rozhovorů jsem pochopila, že participantům výzkumu leží na srdci obavy, že svými problémy a často i celou svou existencí sociální služby zatěžují, což jsem vyhodnotila jako významnou emoční bariéru při vyhledávání pomoci a péče o zdraví. Mnoho osob bez domova si uvědomuje omezené kapacity sociálních služeb, ať už jde o finanční zdroje, personální obsazení nebo dostupnost materiálu, a cítí obavy, že svou žádostí o pomoc mohou služby příliš zatížit. Myslím si, že tento strach často pramení z pocitu viny nebo bezvýznamnosti – klienti mohou mít dojem, že jejich problémy nejsou dostatečně závažné ve srovnání s potřebami jiných nebo že by mohli být vnímáni jako obtěžující.

„Snažím se služby nezatěžovat víc, než je nutný. Na světě existuje tolik lidí, co potřebují pomoc. ... Já mám problém ten, že se nemůžu vzdát alkoholu a to mi dělá všechny problémy v životě. To by ale neměl být problém profesionálů, co na to roky studují, ale můj vlastní.“ – R18, klient kontaktního centra

Například někteří klienti sociálních služeb váhají požádat o základní ošetření, protože vidí, že pracovníci jsou již přetížení péčí o větší skupinu lidí, nebo se obávají, že budou odmítnuti kvůli nedostatku času a prostředků. Tento strach může mít přímý dopad na jejich zdravotní stav, protože vyhýbání se pomoci může vést k zanedbání drobných zdravotních problémů, které se časem zhorší, například infekce z neošetřených ran nebo zhoršení chronických stavů. Kromě toho tento strach může posilovat sociální izolaci a pocit osamělosti, což negativně ovlivňuje duševní zdraví a celkovou kvalitu života.

„Nechávám se tu ošetřovat pravidelně, ale jsou tu vždycky velké fronty a sanitka tu stojí třeba dvě hodiny, pak musí jet zase jinam. Tak se občas stane, že čekám a nestihnu to. Chápu to, ale stejně jsem pak naštvaná, protože ty nohy mám fakt hnusný, a když to nemám čím převazovat, tak je to pak poznat.“ – R7, klientka terénního programu

6. Osobní přístup osob bez přístřeší ke zdravotnímu systému

Tato kapitola se soustředí na vztah osob bez přístřeší k českému zdravotnímu systému se zaměřením na to, jak tento vztah ovlivňuje jejich přístup ke zdravotní péči a jak se od toho odráží jejich celkový zdravotní stav. Důvěra ve zdravotní systém zde hraje klíčovou roli, protože její přítomnost nebo absence přímo ovlivňuje, zda osoby bez přístřeší vyhledávají lékařskou pomoc a jak efektivně ji využívají. Například nedostatečná důvěra může vést k odkládání péče, což často zhoršuje chronické onemocnění nebo zvyšuje riziko komplikací z nedolčených zranění. Naopak silná důvěra podporuje pravidelné kontroly a dodržování léčebných plánů, což má pozitivní dopad na jejich fyzické i duševní zdraví.

Nedostatek důvěry ve zdravotní systém nejčastěji plyne z negativních zkušeností z interakcí se zdravotnickým personálem. Proto je důležité tyto negativní zkušenosti zachytit, popsat a vytvořit tak základ pro další zkoumání potenciálních prostor pro zlepšení nebo celkovou změnu přístupu zdravotnického personálu k této citlivé skupině obyvatelstva.

Analýza se opírá o subjektivní perspektivu této skupiny a přispívá k pochopení, jak mohou sociální služby posílit jejich zapojení do zdravotního systému. Strukturována je do dvou podkapitol: Důvěra ve zdravotní systém, která se věnuje postojům k institucím, a Interakce se zdravotnickým personálem, jež zkoumá dynamiku osobních střetnutí.

6.1 Důvěra ve zdravotní systém

Tato podkapitola zkoumá důvěru osob bez přístřeší v český zdravotní systém, která hraje významnou roli při určování jejich ochoty přijímat zdravotní péči a ovlivňuje jejich celkový zdravotní stav. Subjektivní vnímání systému je tvarováno nejen aktuálními zkušenostmi, ale i historickým vývojem a osobními očekáváními, což odráží komplexní dynamiku vztahu mezi touto zranitelnou skupinou a zdravotnickými institucemi.

6.1.1 Kvalita poskytované péče ve zdravotnických zařízeních

Tato podkapitola se věnuje analýze, jak participanté výzkumu posuzovali kvalitu péče ve zdravotnických zařízeních, a odhaluje rozmanité a často protichůdné postoje vůči profesionalitě zdravotnického personálu.

Většina respondentů projevila určitou úroveň důvěry v odborné schopnosti lékařů a sester, které považovali za kompetentní a zkušené díky jejich vzdělání a praxi. Tato důvěra však byla značně omezena pochybnostmi vyplývajícími z jejich sociálního postavení jako osob bez domova. Mnozí se obávali, že jejich status vede k méně kvalitní péči, přičemž vyjadřovali obavy z možných předsudků nebo zanedbání jejich zdravotních potřeb ze strany personálu. Tyto pochyby mi naznačují, že jejich důvěra v systém je křehká a silně podmíněna vnímáním diskriminace.

„V Česku je zdravotnictví kvalitní, ale bezdomovec je bezdomovcem všude. Je prostě obecně známo, že když jím jste a nemáte konexe, tak vás klidně nechají umřít. Komu bychom taky chyběli? Doktorům určitě ne.“ – R1, klient nízkopražského střediska

Naopak menší skupina respondentů na kvalitu jim poskytované péče reagovala pozitivně, uznávala odbornost zdravotníků a jejich schopnost poskytovat kompetentní péči. Tyto odpovědi však byly obecně stručné a věcné, postrádající hlubší rozpracování nebo emoční zabarvení, což kontrastuje s jejich výše popsanými citově nabitými popisy péče poskytované sociálními službami, například při ošetřování ran nebo distribuci léků. Tento rozdíl může odrážet rozdílnou úroveň osobního kontaktu a empatie, kterou účastníci vnímají v sociálních službách ve srovnání s formálnějším prostředím zdravotnických zařízení, a naznačuje, že důvěra v systém je u této skupiny spíše povrchní a silně ovlivněná sociálními faktory.

6.1.2 Srovnání zdravotních systémů v současnosti a v minulých politických režimech

Několik respondentů vyjádřilo přesvědčení, že zdravotní péče byla za komunistického režimu přístupnější a lépe organizovaná, přičemž tito jedinci kladli důraz na snadnou dostupnost praktických lékařů a specializovaných ordinací. Zdůrazňovali, že tehdejší systém nekladal důraz na sociální status nebo zaměstnanecký status, protože práce byla běžnou součástí života všech občanů, což eliminovalo některé bariéry, s nimiž se dnes setkávají jako osoby bez domova. Domnívám se, že v tomto kontextu jsem měla co do činění s jevem nazývaným se „vzpomínkový optimismus.“ Jedná se o fenomén, kdy lidé mají tendenci si z minulosti pamatovat pouze hezké zážitky a ty méně příjemné vytěšňovat (CPZP, 2025).

Podle jejich vzpomínek byla péče vnímána jako univerzální právo, dostupné bez ohledu na finanční situaci nebo společenské postavení, což kontrastuje s jejich současnými zkušenostmi, kdy čelí administrativním překážkám a pocitu odmítnutí.

„Od dob komunismu už nemocnice nemají úroveň. ... Rozdíl je v tom, že dřív by se vám nestalo, že vás někdo nevezme, třeba praktický lékař.“ – R1, klient nízkoprahového střediska, 81 let

Zajímavé pro mě bylo, že ideál komunistické zdravotní péče rezonoval i mezi mladšími respondenty. Poznala jsem tak, že v utvoření názoru na určitý fenomén je také důležitá zprostředkovaná zkušenost od jiných lidí. Nejsem si jistá, zda v tomto případě šlo opravdu o reálné politické přesvědčení nebo spíše o vzhlížení k době, která jinými byla popsána jako doba bez sociálních rozdílů, kdy lidé měli všeho stejně. Výskyt této adorace, a nezáleží na tom, zda je založená na pravdě či nikoli, mi připadá logický – každý někdy toužíme po lepším světě pro nás, a když zjistíme, že takový svět možná někdy existoval, je pochopitelné, že ho chceme zpátky, aniž bychom si uvědomili všechna fakta s tím spojená.

„...ale za komunismu to tak nebylo – tam měli všichni všeho dostatek a stejně si stěžovali. Co bych za to dal, kdybych měl být, práci a vlastního doktora.“ – R18, klient kontaktního centra, 29 let

Tato nostalgická reflexe naznačuje, že jejich důvěra v současný systém může být podlomena historickými srovnáními, která zvyšují jejich očekávání na rovnost přístupu k péči. Takové postoje mohou ovlivňovat jejich zapojení do dnešního systému, protože někteří mohou mít pocit, že současné zřízení neodpovídá jejich potřebám tak efektivně jako v minulosti. Výsledek této analýzy poukazuje na budoucí potřebu zkoumat, jak historické zkušenosti formují současné vnímání a jak by mohly být využity k navrhování systémových změn, které by lépe reflektovaly specifika této skupiny.

6.2 Interakce se zdravotním personálem

Tato podkapitola se zabývá analýzou interakcí osob bez přístřeší se zdravotnickým personálem, které mají zásadní vliv na jejich vztah k zdravotnímu systému a ochotu přijímat péči potřebnou k udržení nebo zlepšení jejich zdravotního stavu. Tyto interakce nejsou pouze odrazem individuálních zkušeností, ale také širší sociální dynamiky, která odhaluje psychosociální problémy týkající se celé společnosti. Zkoumání těchto aspektů umožňuje lépe porozumět tomu, jak negativní zkušenosti formují postoje této zranitelné skupiny ke zdravotnictví obecně.

6.2.1 Stigmatizace osob bez přístřeší

Většina participantů popsala opakované negativní zkušenosti, které se nejčastěji projevovaly formou ponižujících slovních poznámek ze strany zdravotníků. Tyto poznámky se obvykle zaměřovaly na jejich vzhled, například na špinavé oblečení, neupravenost nebo celkovou hygienu. Časté byly také automatické předpoklady, že tito lidé jsou závislí na drogách či alkoholu, nebo že jsou automaticky agresivní, aniž by zdravotníci brali v úvahu jejich individuální situaci.

„Doktor mě po dlouhém čekání vzal do ordinace a aniž by pozdravil, řekl: ‚no to máte z toho fetu.‘ Přitom já nikdy drogy nebral.“ – R5, klient nízkoprahového střediska

Na základě těchto a podobných předsudků někteří respondenti zažili přímé odmítnutí péče – například jim nebylo poskytnuto ošetření drobných zranění, jako jsou odřeniny nebo infekce, nebo jim byla odepřena hospitalizace i v případech, kdy ji akutně potřebovali kvůli vážnějším zdravotním komplikacím. Ti, kteří péči obdrželi, často popsali její nízkou kvalitu, která se projevovala například rychlým a povrchním vyšetřením, nedostatkem zájmu o jejich stav nebo minimální komunikací o dalším postupu léčby.

„Sestra po mě stříkala dezinfekci, připadal jsem si, jako bych měl mor.“ – R19, klient terénního programu

„Slyšel jsem mluvit na chodbě sestru s doktorem. Říkali si, že kdybych byl normální člověk, už by mě poslali na oddělení. ... Nakonec jsem na oddělení skončil, na jednu noc. Nedali mě ani do pokoje, ležel jsem na posteli na chodbě. Tu postel povlíkli do igelitu. Snad nikdy v životě jsem si nepřipadal víc jako odpad.“ – R5, klient nízkoprahového střediska

Kromě toho několik participantů uvedlo hrubé zacházení ze strany zdravotníků rychlé záchranné služby (RZS), což zahrnovalo necitlivé chování, arogantní tón nebo fyzicky nešetrné přístupy během převozu do nemocnice či při poskytování první pomoci. Tyto negativní zkušenosti významně narušovaly jejich důvěru v systém a vedly k tomu, že někteří raději péči nevyhledávali, což mělo za následek zhoršení jejich zdravotního stavu, například rozvoj infekcí nebo zanedbání chronických onemocnění.

Přes převahu negativních zkušeností se objevily i ojedinělé pozitivní příklady, které však většinou souvisely s konkrétními jednotlivci mezi zdravotníky – například jedna sestra, která k nim přistupovala s respektem, trpělivostí a laskavostí, což v nich vzbudilo pocit lidskosti a bezpečí.

Zcela pozitivní zkušenost, která by zahrnovala celkově vstřícné prostředí a konzistentní péči bez předsudků, popsala pouze jedna klientka, což naznačuje, že takové případy jsou spíše výjimkou.

„Ke mně se vždy chovají slušně, ve všech nemocnicích. Jeden ošetřovatel mě jednou poznal z dokumentu a hned mi přinesl vodu a jídlo.“ – R4, klientka kontaktního centra

Části rozhovorů, které se týkaly zkušeností z nemocnic, pro mě byly velmi těžké a pochopila jsem, jak hluboce stigmatizace a diskriminace ovlivňuje nejen důvěru ve zdravotní systém, ale i náhled na sebe sama a vlastní sebehodnocení. Všechna tato témata, ač byla těžká a závažná, byla ze strany respondentů probírána klidně a smířeně.

6.2.2 Negativní zkušenosti zprostředkované od jiných lidí

Během rozhovorů na téma zkušeností se zdravotnictvím obecně mnohdy přišla řeč na negativní zkušenosti, které byly participantům přeneseny od jejich známých, kamarádů či rodiny. Rozhodla jsem proto věnovat tuto podkapitulu četným negativním zkušenostem, které osoby bez přístřeší nezískaly přímo, ale zprostředkovaně prostřednictvím jiných příběhů, a zkoumala vliv těchto přenesených zkušeností na obecný přístup ke zdravotní péči.

Zjistila jsem, že mezi osobami bez přístřeší se šíří silně negativní pověst týkající se zdravotnického personálu, která je poháněna příběhy o špatném zacházení a diskriminaci. Respondenti často zmiňovali, že slyšeli od svých známých o situacích, kdy byli tito lidé odmítnuti, zneváženi nebo špatně ošetřeni kvůli svému sociálnímu postavení. Například někteří sdíleli příběhy o tom, jak jejich přátelé nedostali potřebné ošetření v nemocnici, protože zdravotníci předpokládali, že jejich zdravotní problémy souvisí s užíváním návykových látek, a péči tak považovali za zbytečnou. Jiní popsali případy, kdy byla péče předčasně ukončena s odkazem na údajné nevhodné chování spojené s bezdomovectvím, jako je špatná hygiena nebo nespolupráce, aniž by zdravotníci zohlednili jejich skutečný zdravotní stav.

„Kamaráda v nemocnici málem zabili, tak se nedivte, že do nemocnice z vlastní vůle nikdy nevstoupím. ... Měl otřes mozku, odvezli ho na ambulanci, tam ho ještě seřvali, protože jim pozvracel chodbu. Kdyby tam s ním nejela sociální pracovnice, tak by mu ani neudělali rentgen. Nakonec byl na operaci a přežil to.“ – R14, klient terénního programu

Tyto zprostředkované zkušenosti vytvářejí mezi osobami bez přístřeší dojem, že zdravotnický systém je nepřátelský a nedůvěryhodný, což posiluje jejich strach z podobného zacházení. Mnozí uvedli, že kvůli těmto příběhům raději lékařskou péči nevyhledávají, i když ji potřebují, protože se obávají odmítnutí nebo ponižujícího přístupu. Tento strach má závažné důsledky pro jejich zdraví, protože odkládání péče může vést k exacerbaci drobných problémů, jako jsou neošetřené rány, které se mohou rozvinout v závažné infekce.

Kromě fyzického zdraví tyto zprostředkované zkušenosti negativně ovlivňují i duševní stav, protože posilují pocit izolace a nedůvěry vůči institucím, což dále prohlubuje sociální exkluzi této skupiny.

Některé příběhy, které jsem vyslechla, působily skoro neuvěřitelně a mnohdy jsem pochybovala nad jejich pravostí, ale našla jsem v nich důležité poselství – strach je opravdový, a pokud je alespoň v malé míře v silách sociálních služeb tento strach zmírnit a zlepšit tak přístup osob bez přístřeší ke zdravotnímu systému a tím zlepšit jejich zdravotní stav, je pro to nutné udělat maximum.

7. Individuální a systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči

Tato kapitola se věnuje analýze bariér, které osobám bez přístřeší brání v efektivním přístupu ke zdravotní péči, a zkoumá dopad těchto bariér na zdravotní stav této zranitelné skupiny v pražském prostředí. Osoby bez domova čelí komplexnímu souboru překážek, které jsem podle opakujících se témat v rozhovorech rozdělila na individuální a systémové, přičemž oba typy bariér se vzájemně prolínají a často zhoršují schopnost osob bez domova pečovat o své zdraví.

Individuální bariéry, jako jsou osobní strategie zvládnání zdravotních problémů nebo dopady závislosti, odrážejí subjektivní přístupy a životní podmínky, které tito lidé zažívají v důsledku sociální exkluze a nedostatku zdrojů. Na druhé straně systémové bariéry, vycházející ze struktury zdravotního systému, systému sociálních služeb a společenských předsudků, zahrnují administrativní překážky, nedostatečnou flexibilitu služeb a přetrvávající stigmatizaci, která omezuje rovný přístup k péči.

V pražském kontextu, kde je zdravotní infrastruktura relativně rozvinutá, tyto bariéry přesto vytvářejí značné disproporce v přístupu ke kvalitní péči, což vede k odkládání léčby, zhoršování chronických onemocnění a celkovému poklesu kvality života. Kapitola také reflektuje roli sociálních služeb jako potenciálního prostředníka, který může pomoci překlenout některé z těchto překážek a podpořit lepší zapojení do systému zdravotní péče.

Analýza je strukturována do tří podkapitol:

- a) Samoléčba a individuální strategie ve zvládnání zdravotních problémů. V této části se zkoumají alternativní způsoby řešení zdravotních potíží;
- b) závislost jako překážka v přístupu k odborné zdravotní péči. Podkapitola se zaměřuje na vliv závislosti na přijímání péče;
- c) systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči. Podkapitola analyzuje strukturální překážky a jejich dopady.

7.1 Samoléčba a individuální strategie ve zvládnání zdravotních problémů

Tato podkapitola se zabývá tím, jak osoby bez přístřeší v pražském prostředí zvládají své zdravotní problémy „vlastními silami“ – tedy svými vlastními individuálními strategiemi a prostředky – a analyzuje, jak tyto přístupy ovlivňují jejich zdravotní stav. Odmítání odborné zdravotní péče a preference vlastních intervencí se snahou svůj zdravotní stav zlepšit bylo častým tématem, které rezonovalo v mnoha rozhovorech s participanty výzkumu. Vzhledem k jeho četnosti jsem se rozhodla mu vytvořit samostatnou kategorii.

Individuální strategie odrážejí nejen nedostatek přístupu k odborné péči, ale také subjektivní postoje, které vycházejí z předchozích negativních zkušeností respondentů a jejich nedůvěry v zdravotnický systém, jak již bylo popsáno v předchozích kapitolách. Samoléčba a alternativní způsoby řešení zdravotních potíží se stávají pro tuto zranitelnou skupinu často způsobem, jak zvládat bolest, zranění nebo chronická onemocnění, přestože tyto metody mohou mít vážné negativní zdravotní důsledky.

7.1.1 Hodnocení vlastního zdravotního stavu

Většina rozhovorů s respondenty v sobě nesla charakteristický opakující se vzorec, který se objevoval vždy, když přišlo na řadu téma vlastního hodnocení svého zdravotního stavu. Během rozhovorů se nejprve často objevovaly výpovědi, v nichž respondenti popisovali své zdraví jako dobré nebo dokonce bezproblémové. Tato počáteční sebehodnocení se však v průběhu hlubšího rozhovoru měnila a respondenti začali postupně odhalovat vážnější zdravotní problémy, které doposud zamlčovali nebo podceňovali. Mezi těmito problémy se objevovaly např. rozsáhlé bérčové vředy, které mohly signalizovat chronické zanedbání ran, epileptické záchvaty, které zvyšovaly riziko úrazů, nebo diabetes mellitus, jehož nekontrolovaný průběh mohl vést k závažným komplikacím, jako jsou amputace končetin nebo zhoršení zraku.

„Já se mám skvěle. ... Žádné zdravotní problémy nemám. ... Na káčku mi chtěli zavolat sanitku kvůli bérčovému vředu, který už mám teď rozšířený skoro po celé noze. Když mě převazovali, zjistili, že tam mám gangrénu a snad i nějaké ty červy. ... Protože mám cukrovku, hojí se to mi špatně, s tím už nic neudělám.“ – R2, klient kontaktního centra a nocleháren

Tento posun v hodnocení implikuje, že klienti mohou mít sklon bagatelizovat své potíže z různých důvodů – ať už kvůli strachu z řešení svých problémů, nedůvěře ve zdravotní systém, nebo tuto individuální strategii mohou používat jako obranný mechanismus proti pocitu bezmoci. Tato strategie minimalizace svých zdravotních problémů by mohla mít za následek odkládání vyhledání odborné pomoci, což by vedlo ke zhoršení zdravotního stavu klientů.

7.1.2 Osoba bez přístřeší jako samoléčitel

Respondenti často uváděli, že se vyhýbají nemocnicím a zdravotnickým zařízením, což je v souladu s negativními zkušenostmi a nedůvěrou v systém, již popsány v předchozích kapitolách. Místo toho se spoléhají na vlastní iniciativu, což zahrnuje různé formy samoléčby, které odrážejí jejich omezené možnosti a kreativitu v přežití.

Někteří klienti popisovali, jak si sami ošetřovali zranění, včetně těžších případů, kdy dokázali zašít své vlastní rány pomocí improvizovaných metod, jako bylo použití jehly a nitě nebo lepení ran lepicí páskou. Jiní zmiňovali, že se vyhýbají zubařům a při bolesti zubů si zub raději vytrhnou sami, často za použití nástrojů, jako jsou kleště nebo dokonce kameny, což vede k riziku infekcí nebo dalších komplikací. Jako analgetika respondenti často zmiňovali využití alkoholu nebo drog jakožto dostupného způsobu zmírnění bolesti.

„Spousta nemocí se dá řešit i jinak. Dřív taky lidi nechodili k doktorům s každým problémem, to jen teď nás systém chce ovládnout jako otroky moderní medicíny. ... U zubaře bych dal za plombu několik tisíc, přitom stačí jedny kleště.“ – R20, klient terénního programu

Zajímavostí bylo, že tyto strategie zahrnující samoléčbu popisovaly bez výjimky pouze muži. Bylo by potřebné statistické zjištění, zda se v tomto případě jedná o náhodu (participantky v tomto výzkumu byly pouze tři), či zda mají ženy větší starost o své zdraví a jsou ochotnější k tomu řešit ho odbornou zdravotní péčí. Potřebné rozšíření počtu respondentů pro potřeby exaktního statistického zpracování bohužel překračuje limit této práce.

Další častou strategií byla metoda „čekání na odeznění problému“, kdy klienti předpokládali, že se jejich zdravotní obtíže vyřeší samy, což se projevilo například při zanedbávání infekcí nebo akutních bolestí. Tyto praktiky, ačkoliv odrážejí jejich snahu o sebezáchovu, zvyšují riziko vážných zdravotních komplikací, jako jsou sepse z neošetřených ran nebo zhoršení chronických onemocnění. Analýza ukazuje, že samoléčba je často nutností vyplývající z nedůvěry a omezeného přístupu, což zdůrazňuje potřebu sociálních služeb jako podpory v překonávání těchto bariér a nabídnutí bezpečnějších alternativ.

7.2 Závislost jako překážka v přístupu k odborné zdravotní péči

Závislost není pouze individuálním problémem, ale také faktorem, který se projevuje v interakcích se zdravotnickým systémem a ovlivňuje dostupnost a kvalitu péče. Tato podkapitola reflektuje subjektivní zkušenosti respondentů, kteří čelí fyzickým i psychickým důsledkům závislosti, a zároveň zkoumá, jak tyto závislosti vytvářejí sociální bariéry, jako je např. stigmatizace ze strany zdravotníků.

Závislost zde hraje dvojí roli: na jedné straně zhoršuje zdravotní stav těchto jedinců prostřednictvím fyzických komplikací, na druhé straně omezuje jejich schopnost využívat profesionální péči kvůli praktickým i sociálním překážkám. Analýza se zaměřuje na dvě klíčové oblasti: rozmanitost závislostí a jejich zdravotní a praktické dopady, a stigmatizaci, která tyto překážky ještě prohlubuje.

7.2.1 Závislost na alkoholu a návykových látkách

Většina participantů výzkumu přiznala, že je v nějaké formě závislá na alkoholu nebo drogách. Pokud jde o nelegální návykové látky, nejčastěji se jednalo o opiátové návykové látky, jako je heroin, nebo stimulanty, jako je pervitin, nebo kombinace obojího. Nejčastější závislostí byl však alkohol, který respondenti popisovali jako dostupný a levný způsob zvládnání bolesti, stresu nebo chladu na ulici, i když jeho nadměrné užívání vedlo k vážným zdravotním problémům, jako jsou cirhózy jater, záněty sliznic nebo ztráta zubů.

Někteří klienti trvali na tom, že na ničem závislí nejsou, přesto jim byla závislost přisouzena lékaři nebo adiktology na základě odborných vyšetření či odhadů na základě jejich vzhledu a chování, což vedlo k nesouhlasu klientů s touto diagnózou a posílení pocitu nespravedlnosti.

„No oni říkají, že jsem alkoholik. ... Byl jsem v protialkoholní léčebně, protože mi to doporučeno, ale velmi rychle jsem pochopil, že tam nemám co dělat. ... Vypiju toho hodně, ale kdo by nepil, když je v takovémhle stavu.“ – R9, klient noclehárny

Naopak několik participantů uvedlo, že nikdy závislostí netrpěli a snaží se tomu vyhnout. Většina těch, kteří závislost přiznali, ji vnímala jako problém, který negativně ovlivňuje jejich zdraví. Fyzické důsledky zahrnovaly například zhoršení jaterních funkcí, zubní kazivost nebo neurologické poruchy, zatímco praktické obtíže se projevily v neschopnosti dodržovat lékařské termíny – někteří popsali, jak jim závislost brání docházet na plánované prohlídky, protože se probouzejí v opilosti nebo v uměle vyvolaném spánku po užití drog, což jim znemožňuje dopravu nebo koordinaci.

7.2.2 Stigmatizace uživatelů návykových látek

Respondenti, kteří mluvili o svých zkušenostech se závislostmi, často popisovali, jak jsou ostatními lidmi, zejména zdravotnickým personálem, vnímáni jako „nespolehliví“ nebo „neschopní léčby“ pouze na základě své závislosti. Tato stigmata se projevovala v různých formách – například když respondenti přiznali svou závislost, byli někdy odmítnuti k hospitalizaci, protože zdravotníci považovali jejich stav za méně prioritní nebo předpokládali, že jejich problémy jsou výhradně důsledkem zneužívání látek. Jiní popsali situace, kdy je personál odmítl vpustit do ordinací z obavy, že by mohli ukrást léky, což vedlo k pocitu odmítnutí a posílení jejich nedůvěry ve zdravotní systém.

Tato stigmatizace se podle respondentů často projevovala i ve verbálních interakcích, kdy zdravotníci používali odsuzující tón nebo je označovali za „nepřizpůsobivé“, což zhoršovalo jejich psychickou pohodu a odrazovalo je od dalšího vyhledávání péče. Někteří respondenti zmínili, že se kvůli těmto zkušenostem rozhodli svou závislost před personálem zatajit, což vedlo k nedostatečnému zohlednění jejich zdravotních potřeb a zhoršení diagnózy.

„Já to klidně přiznám - jsem závislej na drogách. Ale přiznám to takhle jen vám, můj praktik o tom třeba ani neví. ... Není to prostě dobrý, aby o tom věděli, můžou si pak třeba říct, že jsem jenom feťák, co stejně brzo umře na fet, tak to nemá smysl.“ – R10, klient terénního programu

Někteří respondenti měli špatné zkušenosti z nemocnice, když svou závislost přiznali a popisovali nevhodné a dokonce agresivní chování ze strany zdravotnického personálu.

„Sestra mi nemohla napíchnout kanylu, protože mám ty žíly prostě špatný. Zkoušela to asi desetkrát a tou samou jehlou, což vím, že nesmí. Když jsem jí řekl, že to bolí, odpověděla mi: ‚neměl bys na to být zvyklej, když jsi feťák?‘“ – R18, klient kontaktního centra

Tato stigmatizace tak nejen omezuje přístup k péči, ale také posiluje sociální izolaci a může zvyšovat riziko přechodu na další návykové látky jako reakci na stres. Analýza naznačuje, že změny v přístupu zdravotníků, například prostřednictvím školení o práci s lidmi závislými, by mohly snížit tyto bariéry a zlepšit zdraví této skupiny, což by mohlo být podporováno spoluprací se sociálními službami.

7.3 Systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči

Tato podkapitola se zaměřuje na systémové překážky, které osobám bez přístřeší v pražském prostředí omezují přístup k odborné zdravotní péči, a analyzuje jejich dopad na jejich zdravotní stav a celkovou kvalitu života.

Systémové bariéry představují trhliny ve zdravotním systému, které disproportčně postihují zranitelné skupiny a zahrnují finanční, administrativní a organizační překážky. Tyto bariéry nejen omezují dostupnost péče, ale také prohlubují nedůvěru v tento systém. V kontextu Prahy, kde je zdravotnická infrastruktura relativně rozvinutá, jsou tyto překážky snad ještě více viditelné a odhalují nedostatky v přizpůsobení systému specifickým potřebám marginalizovaných skupin.

7.3.1 Regulační poplatky a doplatky za předepsané léky

Několik participantů výzkumu uvedlo, že od zavedení regulačních poplatků využívají ambulantní zdravotnické služby méně často, protože pro ně představují finanční zátěž. Podle informací Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP, 2025) aktuálně činí regulační poplatek za pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubního lékařství 90 Kč, přičemž výjimku mohou získat osoby pobírající pomoc v hmotné nouzi. Pro osoby bez přístřeší však tato výjimka často není dostupná, protože nemusí být v kontaktu s úřady nebo nemají potřebné doklady k jejímu uplatnění, což je odrazuje od vyhledání péče i v akutních situacích, jako jsou zranění nebo infekce.

„Někdo si řekne, že je to pár korun. Já ty peníze samozřejmě mám, ale nemám je vždycky nebo je prostě nemám u sebe. Můžu si je třeba vyžebrot před nemocnicí, ale to mi už připadá trochu ponižující, ne? Žebrot kvůli poplatku za doktora, kterého potřebuju.” – R9, klient noclehárny

Další respondenti mluvili o tom, že jim připadá zbytečné navštěvovat lékaře s určitým problémem, protože i když jim lékař předepíše recept na lék, často nemají dostatek prostředků na jeho doplatek, což činí celý proces neefektivním. Například léky na chronická onemocnění, jako je vysoký krevní tlak nebo diabetes, mohou být pro ně finančně nedostupné. Tato finanční bariéra tak nejen omezuje jejich přístup k péči, ale také posiluje jejich nedůvěru v systém a podporuje alternativní strategie, jako je samoléčba, které mohou být zdraví škodlivé.

7.3.2 Čekací doba ve zdravotnických zařízeních

Někteří respondenti často mluvili o tom, že na vyšetření čekali několik hodin. Tyto dlouhé čekací doby vedly k frustraci, protože respondentům nebylo jasné, zda se čekací doba vztahuje pouze na ně kvůli jejich sociálnímu statusu, nebo zda je čekací doba obecná a týká se všech pacientů v čekárně. Tato nejistota posilovala jejich pocit diskriminace a nedůvěry v systém, protože někteří měli dojem, že jsou záměrně přehlíženi nebo že jejich zdravotní problémy nejsou považovány za prioritní.

„U té ordinace jsem čekala několik hodin, ale ostatní, co přišli až po mě, pořád přicházeli na řadu přede mnou. Člověk nemusí být zrovna detektiv, aby mu došlo, čím to je.” – R7, klientka terénního programu

Dlouhé čekání navíc zhoršovalo jejich situaci, protože osoby bez přístřeší často nemají stabilní místo, kam by se mohli vrátit, a čekání v čekárně pro ně znamenalo ztrátu času, který by jinak mohli věnovat shánění jídla nebo přístřeší. Někteří respondenti kvůli těmto zkušenostem péči zcela vzdali a raději se spolehli na vlastní řešení problému. Tato bariéra zdůrazňuje potřebu flexibilnějších přístupů ve zdravotnických zařízeních, jako jsou např. vyhrazené časy pro zranitelné skupiny, které by mohly být organizovány ve spolupráci se sociálními službami.

7.3.3 Nedostatek specializovaných ordinací pro osoby bez přístřeší

Mnoho respondentů uvedlo, že své zdravotní problémy řeší v ordinacích, které jsou přímo určeny pro osoby bez přístřeší nebo osoby se sociálními problémy, protože tyto služby nabízejí vstřícnější prostředí a méně předsudků. Často zmiňovali ordinaci Armády Spásy, konkrétně doktorku Pekárkovou, která je mezi klienty a pacienty známá svým empatickým přístupem, a také projekt Medici na ulici, který poskytuje mobilní zdravotní péči přímo v terénu.

Respondenti však zároveň poukazovali na to, že tyto služby jsou značně přeplněné, což omezuje jejich dostupnost. Například v ordinaci Armády Spásy se mohou setkat s dlouhými frontami a omezeným počtem míst, což je odrazuje od vyhledání péče, zejména pokud potřebují akutní ošetření. Tento nedostatek specializovaných služeb vede k tomu, že někteří klienti raději volí strategii samoléčby nebo se obracejí na běžné zdravotnické zařízení, kde však čelí stigmatizaci a dalším bariérám, jak již bylo popsáno v předchozích kapitolách.

„Paní doktorka (MUDr. Pekárková, pozn. výzkumnice) je zlatá, ale je jen jedna. Nemůže nás vzít všechny. Já mám to štěstí, že paní doktorku znám osobně a mohu za ní kdykoli přijít, ostatní to štěstí nemají.“ – R12, klient nízkoprahového střediska

Omezená kapacita těchto ordinací také znamená, že někteří respondenti nemohou získat pravidelnou péči, což zvyšuje riziko zhoršení chronických onemocnění, jako je diabetes nebo vysoký krevní tlak. Výsledek této analýzy zdůrazňuje potřebu rozšíření sítě specializovaných ordinací a posílení spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními a sociálními službami tak, aby byla zajištěna lepší dostupnost péče pro sledovanou skupinu.

8. Diskuze

V této části diplomové práce se pokusím rozebrat a interpretovat dosavadní zjištění, která z výzkumu vyplynula, posoudit jejich výpovědní hodnotu a konfrontovat je s poznatky z odborné literatury a s aktuálními informacemi publikovanými v ostatních výzkumech a odborných časopisech. Dále se budu věnovat reflexi použití zvoleného modelu a přesahu zjištění, které jsem jeho použitím získala.

Cílem výzkumu bylo identifikovat a popsat vliv pražských sociálních služeb na zdravotní stav svých klientů, kterými jsou osoby bez přístřeší. Z výzkumu vyplynulo, že tento vliv má mnoho rozmanitých podob, z nichž jen některé bylo možno v rámci práce zachytit a rozebrat tak, aby mohly posloužit této diskuzi. Věřím, že mnoho dalších podob podpory a pozitivního vlivu sociálních služeb na zdravotní stav osob bez přístřeší může být nadále zkoumáno a podrobena dalším výzkumům s potenciálně hodnotným výsledkem.

Způsob tematické analýzy mi umožnil identifikovat nejdůležitější témata, která byla součástí rozhovorů s participanty výzkumu. Tematická analýza, jak ji aplikuji v této práci, mi prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a metody otevřeného axiálního kódování umožnila vytyčit klíčová témata, která odrážejí subjektivní zkušenosti osob bez přístřeší. Tato témata jsem rozdělila do tří zásadních oblastí: sociální služby jako poskytovatelé zdravotní péče a podpory, vztah osob bez přístřeší ke zdravotnímu systému a individuální a systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči. Pomocí tohoto přístupu jsem získala strukturovaný rámec pro analýzu, který reflektuje komplexitu zkoumaného problému a zároveň umožňuje hlubší porozumění dynamice mezi zdravotním stavem klientů a sociálními službami. Volba tematické analýzy s využitím otevřeného axiálního kódování byla inspirována publikací Novotné a kol. (2019), kteří tento způsob doporučují jako nejvhodnější pro kvalitativní výzkumy zaměřené na zranitelné skupiny, protože umožňuje pružně identifikovat a propojit klíčové kategorie, aniž by předem určoval pevnou strukturu analýzy.

Při použití této metody jsem se však setkala s několika nevýhodami, které již byly popsány v publikaci od Novotné a kol. (tamtéž) a které by mohly negativně ovlivnit průběh výzkumu. První z nich byla má vlastní subjektivita, které jsem se nemohla vyhnout v rámci interpretace výpovědí participantů výzkumu. Otevřené axiální kódování z velké části záviselo na mém vlastním úsudku při identifikaci a kategorizaci témat, což mohlo vést k přehlédnutí některých méně zjevných aspektů zkušeností respondentů, například jemnějších emocí nebo nevyslovených obav spojených s jejich zdravotním stavem. Tento limit mohl být navíc podpořen skutečností, že jsem v procesu kódování nespolehala na žádný program či ověřený software pro kódování, naopak tento proces probíhal tradiční formou kódování na papíře a pomocí myšlenkových map. Tento způsob jsem zvolila z důvodu předchozích zkušeností s vlastními pracemi, kdy mi tento způsob nejlépe vyhovoval, nicméně ve zpětném hodnocení v tom vidím určité omezení v kontextu hledání objektivních témat, které byly ale v tomto případě více ovlivněny mým vlastním úsudkem. Na druhé straně jsem se tímto přístupem vyhnula možnému zkreslení způsobenému vyhodnocovacím algoritmem softwaru.

Druhou nevýhodou byla značná časová náročnost metody (tamtéž), protože opakované čtení a kódování rozhovorů vyžadovalo značné množství času, což limitovalo možnost věnovat více zdrojů dalšímu sběru dat nebo hlubší reflexi.

Třetí nevýhodou může být omezená generalizovatelnost výsledků (tamtéž), jelikož analýza je silně vázána na specifický kontext pražského prostředí a individuální narativy respon-

dentů, což mohlo negativně ovlivnit přenositelnost zjištění na jiné lokality nebo širší populaci osob bez přístřeší. Tyto nevýhody jsem se však snažila vyvážit hloubkou porozumění subjektivním zkušenostem, což umožnilo detailní popis vztahu respondentů k sociálním službám a zdravotní péči.

V následujících částech diskuse budu popsána základní témata dále rozvíjet a porovnávat s poznatky z odborné literatury a aktuálních publikací, aby bylo možné lépe porozumět jejich významu a implikacím pro praxi sociálních služeb.

Jedním z klíčových zjištění výzkumu byla skutečnost, že sociální služby byly respondenty hodnoceny jako nejspolehlivějšími poskytovateli zdravotní péče v kontextu základního ošetřování, psychosociální podpory a distribuce zdravotního materiálu, jako jsou převazové materiály, dezinfekce či volně dostupná léčiva. Většina respondentů uváděla, že když má zdravotní problém, jako první se s ním svěřit sociálním službám, pokud kromě rodiny a přátel nemá jiné možnosti. Tato preference odráží jejich nedůvěru v tradiční zdravotnický systém, jak již bylo popsáno v předchozích kapitolách, a vnímanou dostupnost a empatii, kterou sociální služby nabízejí.

Nicméně tím zde vzniká potenciální problém, protože sociální služby, jako jsou terénní programy, kontaktní centra, noclehárny nebo nízkoprahová denní střediska, nejsou podle české legislativy primárními poskytovateli zdravotní péče. Tyto instituce mají povolení provádět základní ošetření, jako je ošetření ran, nebo poskytování zdravotního poradenství (Gov.cz, 2025), avšak většina jejich personálu nejsou odborníci ve zdravotnictví, jako jsou lékaři nebo sestry, s výjimkou specifických projektů, jako jsou Medici na ulici. Tato neadekvátně přisuzovaná role sociálních služeb může vést k nedostatečné kvalitě péče, například při zanedbání vážnějších diagnóz. Pokud se ale budeme dívat na toto téma z pohledu, že partipantí výzkumu popisovali sociální služby převážně jako poskytovatele psychosociální podpory, která se pak pozitivně odrážela na jejich zdravotním stavu, je to v souladu se zjištěními např. Vágnerové a kol. (2013) v souvislosti s významem sociálních služeb pro osoby bez domova. Popisují, že v rámci svého výzkumu respondenti uváděli sociální služby primárně jako zdroj podpůrných intervencí, jako je např. podpora ve změně stávajícího životního stylu či podpora ve zlepšení zdravotního stavu. V tomto smyslu je tento konkrétní výsledek v mém výzkumu téměř v souladu s výše zmiňovaným výzkumem od Vágnerové a kol. (tamtéž).

Sociální služby dále sehrávají klíčovou roli v administrativní podpoře spojené se zdravotní péčí, například při vysvětlování složitých formulářů nebo při asistenci v komunikaci s úřady. Další významnou pomocí je podpora při obnovování osobních dokumentů, jako je občanský průkaz nebo průkaz pojištěnce, které jsou nezbytné pro přístup k odborné zdravotní péči. Tato administrativa často představuje pro osoby bez přístřeší nepřekonatelnou bariéru, a proto je podpora sociálních služeb v této oblasti zásadní pro jejich začlenění do systému.

Asistence a doprovody do jiných institucí, zejména do zdravotnických zařízení, nabízejí všechny sociální služby, které byly v rámci výpovědí partipantů výzkumu zachyceny. Jedná se o nízkoprahová denní střediska, kontaktní centra, terénní programy, noclehárny a azylové domy. Poslední zmíněná služba přitom tuto aktivitu nabízí pouze za přísnějších podmínek oproti ostatním službám, konkrétně se jedná o podmínku zákazu alkoholu a návykových látek – z práce vyplývá, že to by mohlo být pro mnoho respondentů problematické a znemožňovalo jim tuto nabídku využít. Ostatní služby ale asistence do zdravot-

nických zařízení aktivně nabízejí všem svým klientům. Tato skutečnost je podpořena opět publikací Vágnerové a spol. (tamtéž), kteří uvádějí, že u sociální práce s bezdomovci je často nezbytné zprostředkovávat kontakt s navazujícími službami a institucemi.

Tato dvojí role sociálních služeb – jako nahrazovatelé základní péče a facilitátoři administrativních procesů – ukazuje na jejich potenciál, ale také potřebu jejich lepší koordinace se zdravotnickým systémem, což by mohlo být předmětem dalšího výzkumu.

Jedním z nejpálčivějších témat, které z výzkumu vyplývá podle popisu participantů, je vztah osob bez přístřeší ke zdravotnickému systému. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že nedůvěra v kvalitu poskytované péče je mezi respondenty obrovská, což vede k tomu, že návštěva lékaře je pro ně často považována až za poslední možnost. Tuto skutečnost podporuje i článek v odborném časopise *Sociální práce*. Autor článku P. Burda (2020) uvádí, že osoby bez přístřeší, které přijdou na ambulanci do zdravotnického zařízení, mají často velké problémy s důvěrou ve zdravotní péči z důvodů negativních zkušeností se zdravotním systémem. Popisuje ale také, že na druhé straně je takový pacient velmi náročným případem, protože zdravotníci se často musí vypořádat se skutečností, že pacient je pod vlivem alkoholu nebo návykových látek a může být kvůli tomu agresivní, má znečištěné oblečení, zapáchá či má vši nebo jiné parazity. Popisuje také další problémy s tím spojené – je velmi těžké pro tohoto pacienta zařídit následnou péči, protože osoby bez přístřeší mají často problém s dodržováním termínů, což potvrzuje sebereflexi osob bez přístřeší zmíněnou v rámci tohoto výzkumu. Dalším problémem podle Burdy (tamtéž) je skutečnost, že když má respondent přijít na hospitalizaci, lékaři jí často nechtějí uskutečnit či ji alespoň potom chtějí rychle ukončit, protože ostatní pacienti by nemuseli dobře snášet to, že jsou na pokoji s někým, kdo je bez domova. Zároveň je ale pro lékaře náročnou výzvou, když musí takového pacienta ze své péče propustit, protože tito lidé většinou nemají praktického lékaře, který by jim mohl zajistit následnou péči, v některých případech se tito lidé vrací zpátky na ulici, kde se jejich stav může dále zhoršit.

Lékaři si tyto výzvy uvědomují a narážejí přitom na problémy, jako je např. nedostatek lůžek následné péče pro tuto specifickou skupinu nebo přeplněnost sociálních služeb (tamtéž). Tyto argumenty nabízejí druhý pohled na problematiku zdravotní péče o osoby bez přístřeší a ukazují, že téma osob bez přístřeší v rolích pacientů není náročné jen na jedné straně. Zároveň se obě strany setkávají uprostřed prakticky se stejnými problémy.

Během rozhovorů jsem zachytila citlivé výpovědi týkající se interakcí se zdravotnickým personálem, přičemž většina těchto zkušeností byla hluboce negativní, s výjimkou několika ojedinělých případů vstřícnosti. Nejvíce rezonujícím prvkem v přístupu zdravotníků byla stigmatizace osob bez přístřeší, která se projevovala různými formami, jako je slovní násilí (ponižující poznámky o vzhledu nebo životním stylu), odmítnutí poskytnutí ošetření nebo hospitalizace i v akutních případech, nebo poskytování nedostatečné péče, jako je povrchní vyšetření bez následného sledování. Toto chování zdravotnického personálu lze v některých případech považovat za porušení lidských práv, konkrétně práva na rovný přístup ke zdravotní péči podle Listiny základních práv a svobod (web Poslanecká sněmovna parlamentu ČR). Tyto zkušenosti posilují nedůvěru a mohou vést k dlouhodobému zanedbávání zdraví, což zvyšuje riziko závažných komplikací, jako jsou infekce nebo zhoršení chronických onemocnění.

Na druhé straně je zde odborná lékařská studie probíhající v letech 2006–2015, která uvádí druhou stranu těchto negativních zkušeností. Malý a kol. (2022, in *Epidemiol. Mikro-*

biol. Imunol. 71, 2022, č. 1, s. 21–31) poukazuje na specifika práce zdravotnického personálu s bezdomovci, jako je agresivita spojená s psychotickými stavy a závislostmi. Takové případy mohou vést k frustraci a zátěži personálu. Studie také obsahuje, že rigidní nemocniční prostředí může být v rozporu s životním stylem bezdomovců, což ztěžuje spolupráci. Tato druhá stránka ukazuje, že negativní přístup může být částečně reakcí na náročné podmínky práce a absence podpory, nikoli pouze projevem předsudků. Tato problematika naznačuje potřebu dalšího zkoumání interakcí mezi osobami bez přístřeší a zdravotníky, případně intervencí zaměřených na školení personálu v oblasti empatie a bezprecedentní péče.

Předchozí argumentace dále souvisí s dalším významným tématem, které z výzkumu vyplývá, a to je vědomí respondentů o různých formách bariér, které jim brání zlepšovat svůj zdravotní stav. Participanti jasně artikulovali, jak závislosti na alkoholu a návykových látkách představují významnou překážku v plném využívání zdravotní péče. Tato praktická obtížnost byla doplněna stigmatizací ze strany zdravotnického personálu, který často respondentům na základě jejich závislosti přisuzoval vlastnosti, jako je nespolehlivost nebo agresivita, i když tyto předpoklady se v individuálním kontextu nemusí zakládat na realitě. Tato nesprávná stereotypizace posilovala nedůvěru respondentů v systém a odrazovala je od dalšího vyhledávání pomoci.

Dalším diskutovaným tématem byl nedostatečný počet specializovaných klinik pro osoby bez přístřeší v pražském prostředí. Respondenti vyjádřili potřebu míst, která by byla přízpůsobena jejich specifickým potřebám, jako je flexibilní časový harmonogram nebo bezpečné prostředí bez předsudků. I když někteří zmínili pozitivní zkušenosti s projekty, jako jsou Medici na ulici nebo ordinace Armády Spásy, zdůraznili, že tyto služby jsou přeplněné a nedokážou pokrýt poptávku. Tento problém a jeho řešení podpořil článek ve Zdravotnickém deníku popisující nedostatečnou zdravotně sociální péči o osoby bez domova. Autorka článku N. Slivková (2023) v něm uvádí, že v celé republice je pouze šest ordinací pro lidi bez přístřeší, což je zoufale málo, a diskutuje mimořádný nedostatek lékařů, lůžek i motivace ze strany zdravotníků. Podle Olgy Richterové, místopředsedkyně poslanecké sněmovny, by vláda měla projednat legislativní rámec týkající se ubytování pro bezdomovce a zlepšit systém pouliční medicíny, která prokazatelně snižuje chronifikaci onemocnění a zátěž záchranné služby (tamtéž). Tato zjištění tedy ukazují na potřebu rozšíření specializované infrastruktury a lepší koordinace mezi sociálními službami a zdravotnickým systémem, což by mohlo zlepšit přístup k péči a zmírnit dopady závislostí na zdraví této skupiny.

Závěrem lze konstatovat, že výzkum mi umožnil popsat dynamiku mezi osobami bez přístřeší a jejich zdravím, přičemž klíčovou roli hraje jejich vztah ke zdravotnickému systému, různé bariéry a podpora ze strany sociálních služeb. Respondenti projevili hlubokou nedůvěru v kvalitu péče poskytované zdravotníky, která je odrazuje od vyhledávání odborné pomoci a posiluje jejich spoléhání se na samoléčbu nebo sociální služby. Stigmatizace ze strany zdravotnického personálu, jako je odmítnutí péče nebo slovní útoky, dále prohlubuje tuto bariéru a může být považována za porušení lidských práv respondentů. Závislosti na alkoholu a návykových látkách představují další významnou překážku, zejména kvůli neschopnosti respondentů dodržovat lékařské termíny a také nesprávným stereotypům, které na ně zdravotníci promítají. Absence specializovaných klinik navíc omezuje přístup k cílené péči, přestože projekty jako Medici na ulici či Armáda Spásy ukazují potenciál takových iniciativ. Na druhé straně sociální služby hrají v tomto komplexním problému nezastupitelnou roli, zejména v základní zdravotní péči, psychosociální podpoře a administrativní asistenci, jako je obnova dokumentů, což pomáhá překonávat systémové bariéry. Tato zjištění nazna-

čují potřebu systémových změn, jako je školení zdravotníků v empatii, rozšíření specializované infrastruktury a posílení spolupráce mezi sociálními službami a zdravotnictvím. Doporučením pro další výzkumy by mohlo být zkoumání efektivity těchto intervencí a rozšíření analýzy na jiné regiony, aby bylo možné ověřit obecnější platnost výsledků a navrhnout univerzálnější řešení pro zlepšení zdravotního stavu osob bez přístřeší.

Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jaký vliv mají sociální služby na zdravotní stav svých klientů, kterými jsou osoby bez přístřeší. Tento cíl byl obsažen v hlavní výzkumné otázce: Jakou roli hrají pražské sociální služby v ovlivňování zdravotního stavu jedinců z pohledu klientů?

Hlavní zjištění ukazují, že péče o osoby bez domova je značně komplikovaná kvůli různým bariérám, jako jsou například obtíže při vstupu do zdravotního systému, nedostatečná následná péče po ukončení odborné zdravotní péče a celkově obtížné podmínky zdravotního systému, které zvyšují riziko zhoršení jejich zdravotního stavu. Vztah mezi zdravotnickým personálem a těmito osobami je často zatížen předsudky a nedorozuměními, což může být částečně způsobeno náročnými podmínkami, kterým zdravotníci čelí, včetně chování pacientů a nedostatku systémové podpory.

Z pohledu participantů výzkumu mají sociální služby v kontextu ovlivňování jejich zdravotního stavu několik rolí, které jsou v mnoha směrech ambivalentní. Na jednu stranu participanté výzkumu důvěřují sociálním službám, že zdravotní péče poskytovaná v těchto službách je kvalitní a lépe dostupná, na rozdíl od péče ve zdravotnických zařízeních. Na druhou stranu mnozí pochybují o odbornosti pracovníků v sociálních službách v souvislosti se zdravotnickým vzděláním, což jim však nezabraňuje tyto služby využívat i v souvislosti s těžšími zdravotními problémy. To naznačuje, že osoby bez přístřeší raději volí neodborné zdravotní intervence poskytované zdravotními službami před odbornými zásahy ve zdravotnických zařízeních. Projekty jako Medici na ulici nebo ordinace Armády Spásy představují cennou pomoc a bezpečné prostředí, které osoby bez přístřeší oceňují, na druhé straně však tyto služby trpí nedostatečnou kapacitou a nepokryjí potřeby všech.

Kromě toho byl v pražském prostředí identifikován nedostatek specializovaných zařízení, která by byla přizpůsobena potřebám lidí bez domova, což dále ztěžuje přístup k péči. Tyto závěry jsou podpořeny odbornými zdroji, včetně studií a článků zabývajících se touto problematikou, a zdůrazňují potřebu komplexního přístupu k řešení.

Pro budoucí výzkum by bylo vhodné zaměřit se na několik klíčových oblastí, které by mohly přispět k zlepšení situace. Jedním z doporučení je podrobněji prozkoumat, jak by mohla terénní medicína a přístupy zaměřené na zajištění bydlení jako první krok pomoci snížit potřebu hospitalizací a zlepšit celkový zdravotní stav těchto osob. Dále by bylo užitečné analyzovat, jaké změny v legislativě a systémové podpoře by mohly usnadnit přístup k péči a zajistit lepší koordinaci mezi zdravotními a sociálními službami. V neposlední řadě by bylo přínosné věnovat pozornost psychosociálním aspektům interakcí mezi zdravotníky a osobami bez přístřeší, aby bylo možné navrhnout školení a programy, které by pomohly překonat předsudky a zlepšily vzájemnou komunikaci a důvěru.

Seznam literatury

Armáda spásy, 2025a. *O nás: kdo jsme.*

Dostupné na: <https://www.armadaspasy.cz/>

Armáda spásy, 2025b. *Ordinace Praha.*

Dostupné na: <https://www.armadaspasy.cz/sluzby/ordinace-praha/>

Armáda spásy, 2025c. *Domovy Přístav.*

Dostupné na: <https://www.armadaspasy.cz/sluzby/domov-pristav-praha/>

Armáda spásy, 2025d. *Nocleženka pomáhá lidem v těžké situaci.*

Dostupné na: <https://www.armadaspasy.cz/o-nas/novinky/noclezenka-pomaha-lidem-v-tezke-situaci/>

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria, 2006. *Using thematic analysis in psychology.* Online. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology

BURDA, Patrik, 2015. 4.3 *Problematika poskytování akutní zdravotní péče osobám bez přístřeší.* Online. Konsensuální konference o bezdomovectví v České republice: Sborník z konference. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-094-5.

Dostupné na: https://www.mpsv.cz/cms/documents/c499b537-c85d-4cad-e916-fda4a5444d34/Konsensualni_konference_o_bezdomovectvi_v_CR_-_sbornik.pdf

BURDA, Patrik, 2022 *Osoba bez domova jako klient na akutní ambulanci – nejčastější problémy a potřeby z pohledu všeobecné sestry.* Online. *Sociální práce*, 1. 9. 2020.

Dostupné na: <https://socialniprace.cz/inspirace-pro-praxi/osoba-bez-domova-jako-klient-na-akutni-ambulanci-nejcastejsi-problemy-a-potreby-z-pohledu-vseobecne-sestry-2/>

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2025. *Paměť.* Online.

Dostupné na: <https://www.cpzp.cz/clanek/5052-0-Pamet.html>

Drop In, 2025. *O nás.* Dostupné na:

<https://www.dropin.cz/>

Gov.cz, 2025. *Poskytování zdravotních služeb v zařízení sociálních služeb.* Online.

Dostupné na: <https://portal.gov.cz/sluzby-vs/poskytovani-zdravotnich-sluzeb-v-zarizeni-socialnich-sluzeb-S1057>

HRADEČTÍ, Vlastila a Ilja, 1996. *Bezdomovství – extrémní vyloučení.* Praha: Naděje. ISBN 80-902292-0-4

HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav; URBAN, David, 2023. *Metodologie v sociální práci.* PDF. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4056-0

Charita Česká republika, 2025. *Jak pomáháme: zdravotní služby.*

Dostupné na: <https://www.charita.cz/jak-pomahame/zdravotni-sluzby/>

Jako Doma, 2025. *Pomáháme ženám bez domova.*

Dostupné na: <https://jakodoma.org/>

KOUBOVÁ, Michaela, 2015. *Z nemocnice rovnou na ulici. Česku zcela chybí návazná a úlevová péče pro bezdomovce.* Online. Zdravotnický deník, 21. 10. 2015.

Dostupné na: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/10/z-nemocnice-rovnou-na-ulici-cesku-zcela-chybi-navazna-a-ulevova-pece-pro-bezdomovce/>

KREBS, Vojtěch a kol., 2015. *Sociální politika.* Vyd. 6. Praha: Wolters Kluwer. ISBN: 978-80-7478-921-2.

KELLER, Jan, 2010. *Tři sociální světy: sociální struktura postindustriální společnosti.* Studie. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-031-5.

Kuchařky bez domova, 2025.

Dostupné na: <https://kucharkybezdomova.org/#onas>

MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Základy sociální práce.* Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* PDF. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MARKOWITZ, Fred, 2006. *Psychiatric hospital capacity, homelessness, and crime and arrest rates.* Online. Criminology: An Interdisciplinary Journal.

Dostupné na: <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2006.00042.x>

MARWASTI, Amir, 2003. *Being homeless: Textual and Narrative Constructions.* Oxford: Lexington books. ISBN: 0-7391-0619-8.

MALÝ, Marek; ORLÍKOVÁ, Hana; KYNČL, Jan; KŘÍŽ, Bohumil, 2022. *Charakteristiky bezdomovců hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních v České republice v letech 2006–2015.* Online. Epidemiol. Mikrobiol. Imunol. 71, č. 1, s. 21-31, 2022.

Dostupné na: <https://www.prolekare.cz/casopisy/epidemiologie/2022-1-22/charakteristiky-bezdomovcu-hospitalizovanych-ve-zdravotnickych-zarizenich-v-ceske-republice-v-letech-2006-2015-130627>

MPSV, 2023. *Strategie sociálního začleňování 2021–2030, Akční plán 2024–2026.* Online.

Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Ak%C4%8Dn%C3%AD+pl%C3%A1n+2024-2026+Strategie+soci%C3%A1ln%C3%ADho+za%C4%8Dle%C5%88ov%C3%A1n%C3%AD+2021-2030.pdf/c5686f65-b67f-acd4-d96f-47dfb450cfc9>

MPSV, 2019. *Sociální služby.* Online.

Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

MPSV, 2007. 2007/20998-223 *Poskytování sociálních služeb cílové skupině osob bez přístřeší.* Online.

Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/2007-20998-223-poskytovani-socialnich-sluzeb-cilove-skupine-osob-bez-pristresi>

Medical Tribune, 2007. *Bezdomovci nevyhledávají lékaře, problémy pak řeší záchranka*. Online. 19.9.2007.

Dostupné na: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/bezdomovci-nevyhledavaji-lekare-problemy-pak-resi-zachranka/#>

NOVOTNÁ, Hedvika; ŠPAČEK, Ondřej; ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna a kol., 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. PDF. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7571-052-9

NEŠPOROVÁ, Olga; HOLPUCH, Petr; JANUROVÁ, Kristýna; KUCHAROVÁ Věra, 2019. *Sčítání osob bez domova v české republice 2019: Kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS*. Online. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i. ISBN 978-80-7416-351-7.

Dostupné na: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/S%C4%8D%C3%ADt%C3%A1n%C3%AD+osob+bez+domova+v+%C4%8Cesk%C3%A9+republice+2019+\(V%C3%9APSV%2C+v.+v.+i.\).pdf/5adddd29-8010-1c75-49f6-24ea82721436](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/S%C4%8D%C3%ADt%C3%A1n%C3%AD+osob+bez+domova+v+%C4%8Cesk%C3%A9+republice+2019+(V%C3%9APSV%2C+v.+v.+i.).pdf/5adddd29-8010-1c75-49f6-24ea82721436)

Naděje, 2025a. *Ústředí naděje*.

Dostupné na: https://nadeje.cz/ustredi_nadeje

Naděje, 2025b. *Ordinace lékařů*.

Dostupné na: <https://www.nadeje.cz/praha/phordinacelekaru>

PROŠKOVÁ, Eva, 2010. *Poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb*. Online. Florence 3/2010, 5.3.2010.

Dostupné na: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2010/3/poskytovani-zdravotni-pece-v-zarizenich-socialnich-sluzeb/>

PALÁN, Aleš, 2019 *Jako v nebi, jenže jinak: nová setkání se samotáři z Čech a Moravy*. Praha: Prostor. ISBN: 978-80-7260-428-9

PĚNKAVA, Pavel, 2019. *Sociální aspekty stárnutí u osob bez domova v souvislosti se systémovými opatřeními v Praze*. Online. Dizertační práce, vedoucí Matoušek, Oldřich. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce.

Dostupné na: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/108379>

Rubikon Centrum, 2025. Domovská stránka.

Dostupné na: <https://www.rubikoncentrum.cz/>

Sociologický ústav AV ČR, 2023. Vašát: „Bezdomovectví je komplexní fenomén. Neexistuje univerzální řešení a represe není cesta.“ Online.

Dostupné na: <https://www.soc.cas.cz/cz/aktuality/z-medii/vasat-bezdomovectvi-je-komplexni-fenomen-neexistuje-univerzalni-reseni-a-represe-neni-cesta>

Sant' Egidio, 2025. O nás.

Dostupné na: <https://www.santegidio.cz/o-nas>

ŠÁMALOVÁ, Kateřina a VOJTÍŠEK, Petr, 2021. *Sociální správa: organizace a řízení sociálních systémů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2195-3.

SULLIVAN, Eoin, 2022. *Key Elements in Strategies to End Homelessness in the European Union by 2030: A Discussion Paper*. Online. *European journal of homelessness*, 16, 2: 145–176.

Dostupné na: https://www.feantsaresearch.org/public/user/Observatory/2022/EJH_16-2/EJH_16-2_A6.pdf

SLIVKOVÁ, Nela, 2023. *Zdravotně sociální péče o lidi bez domova je nedostatečná. Chybí lékaři, lůžka i motivace*. Online. *Zdravotnický deník*. 27. 1. 2023.

Dostupné na: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2023/01/zdravotni-pecce-o-lidi-bez-domova-je-nedostatecna-chybi-lekari-luzka-i-motivace/>

Tevasopo, 2023. *Evidence na Úřadu práce ČR a pojištění*. Online. 15. 06. 2023.

Dostupné na: <https://www.tevasopo.cz/pracovne-pravni-problematika/evidence-na-uradu-prace-cr-a-pojisteni/>

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie; CSÉMY, Ladislav a MAREK, Jakub, 2013. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2209-5.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2025. *Regulační poplatky*. Online.

Dostupné na: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ostatni/regulacni-poplatky>

Velký lékařský slovník. *Casus socialis*. Online.

Dostupné na: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/casus-socialis>

Právní prameny:

Listina základních práv a svobod.

Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách.

Zákon č. 160/1992 Sb., O nestátních zdravotnických zařízeních.

Zákon č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních.

Zákon č. 48/1997 Sb., O veřejném zdravotním pojištění.

Zákon č. 135/1982 Sb., O hlášení a evidenci pobytu občanů.

Zákon č. 435/2004 Sb., O zaměstnanosti

Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence

Při zpracování této práce nebyla použita žádná forma ani nástroj umělé inteligence.

Příloha 1 – Scénář rozhovoru s respondenty

Rozhovor s klienty sociálních služeb pro účel diplomové práce na téma Vliv sociálních služeb na zdravotní stav osob bez přístřeší

Rozhovor č.:

Ústní informovaný souhlas a úvodní informace respondentovi:

Děkuji, že jste souhlasil/a s rozhovorem na téma vlivu sociálních služeb na zdravotní stav osob bez přístřeší. Pokud vám bude nepříjemné na jakékoli otázky odpovídat, nemusíte, jakékoli otázky můžeme přeskočit nebo rozhovor předčasně ukončit. Všechny osobní informace, které zmíníte, budou anonymizovány. Kdybyste zpětně chtěl/a nějaké informace, které jste v rozhovoru zmínil/a, ze záznamu odstranit, řekněte mi a učiním tak. Průběh rozhovoru nebude audiovizuálně nahráván. Během rozhovoru si budu dělat ruční poznámky na papír, pokud by vás to v průběhu rozhovoru rušilo, dejte mi prosím vědět a zařídím se podle toho.

Rozuměl/a jste těmto informacím a souhlasíte s nimi? Chcete před začátkem rozhovoru cokoli dodat či dovysvětlit?

ANO/NE

Kritéria pro vhodného korespondenta, úvodní otázky:

Osoba bez bez přístřeší ANO/NE

Využívání sociálních služeb ANO/NE

Zkušenost se zdravotními problémy ANO/NE

Věk:

Datum:

Pohlaví:

Místo:

Využívané sociální služby:

Zdravotní stav

1. Jak byste popsal/a váš zdravotní stav?

(Pokud nechcete upřesňovat jaké, vůbec nemusíte. Jen mě zajímá, jak vy sám/sama vnímáte svůj zdravotní stav a zda jste v minulosti byl/a v situaci, kdy jste potřeboval/a zdravotnické ošetření/ lékařskou pomoc.)

- Máte nějaké zdravotní problémy? Případně řešil/a jste v minulosti nějaké zdravotní problémy?
- Pokud vám o tom nevádí mluvit, potýkáte se nebo potýkal/a jste se v životě s nějakou závislostí?

Alkohol, návykové látky, jiné závislosti..

Dosavadní zkušenosti se zdravotnictvím a přístup k řešení zdravotních problémů (vztah ke zdravotnickému systému)

2. Vybavíte si nějakou situaci týkající se zdravotního problému, který jste řešil/a ve zdravotnickém zařízení, která pro vás byla těžká nebo v něčem nepříjemná?

- a. Byl jste v této situaci sám, nebo jste tam byl např. s kamarádem, rodinným příslušníkem, pracovníkem/icí soc. služby? V čem Vám tato podpora pomohla?

3. Měl/a jste někdy obavu přijít se zdravotním problémem do nemocnice, zdrav. zařízení?
Např. že jste měl/a nějaký zdravotní problém, který by vyžadoval nějaké odborné řešení, ale bál/a jste se, necítil/a se na to?

- a. Kdy to bylo a jaký zdravotní problém jste řešil/a?
(pokud nechcete odpovídat, nemusíte)
- b. Z čeho obava vyplývala? Proč se vám nechtělo obrátit se na zdravotnické zařízení?
- c. Jak to nakonec dopadlo? Co jste nakonec dělal/a?
- d. Obrátil jste se s touto obavou na soc. službu?
- Pokud ano, jaká byla reakce a jak jste společně postupovali?
 - Pokud ne, proč? Kdybyste se někdy znovu ocitl/a v podobné situaci, obrátila byste se na SS? Proč ano, proč ne?

4. Vybavíte si nějakou situaci, kdy jste byl/a venku a měl/a nějaký náhlý zdravotní problém, na který bylo třeba volat záchranou službu? Jak ta situace probíhala?
Pokud ne – např. předchozí zkušenosti, zkušenosti vašich přátel, z doslechu.

- a. Měl/a jste důvěru, že o vás bude dobře postaráno? Proč ano, proč ne?
- b. Máte pocit, že by vám mohly pracovníci sociálních služeb v těchto situacích pomoci?
Pokud ano, jak/v čem?
- c. Ocenil/a byste možnost kontaktovat pracovníky/ice soc. služeb po příjezdu do nemocnice?
Co byste od nich v tu chvíli potřeboval/a?

5. Kdyby se u vás projevila nějaká zdravotní komplikace, onemocněl jste, stal se vám menší úraz atd., komu jako prvnímu byste se s tím svěřil?

- a. Proč?
- b. Pokud jsou mezi prvními i pracovníci/ice soc. služby, jak byste si představoval, že se bude situace řešit?

Dosavadní zkušenosti s pomocí soc. služeb při řešení zdravotních problémů

6. Pomáhá vám sociální služba, kam docházíte, v řešení vašeho zdravotního problému?
Jak ta pomoc vypadá? Mohl/a byste mi to trochu popsat?

- a. Jak jste s touto pomocí byl/a spokojená a proč?
Chybělo/chybí vám třeba něco? Pokud ano, co to bylo/je?
- b. Pokud ne, znamená to, že vám tato pomoc nebyla ze strany soc. služby nabídnuta? Nebo vám nabídnuta byla, ale nakonec jste ji nevyužil/a? Případně, proč jste ji nevyužil/a?
Ocenil byste případnou pomoc, příp. jak by to podle vás mělo vypadat?

7. Zažil/a jste někdy situaci, kdy vás pracovník/ice sociálních služeb doprovodil do zdrav. zařízení?
Mohl/a byste mi popsat, jak to probíhalo?

- a. Udělal/a byste to znovu? Přišlo Vám to přínosné?

- b. Pokud ne, proč? Nabízí tuto možnost soc. služba, kam docházíte? Využil/a byste toho v budoucnu?
- c. Máte srovnání, kdy jste zdrav. zařízení navštívil bez doprovodu?
Vnímal/a jste rozdíl? A v čem?

8. Upozornil vás někdy pracovník/ice soc. služby na zdravotní problém, který by se měl léčit či řešit odborně?

Jak situace probíhala?

- a. Co se dělo potom, co vás na to upozornil/a? Řešil jste problém následně?

9. Poskytli/y vám někdy pracovníci/ice soc. služeb základní zdravotní ošetření?

Jak to probíhalo?

- a. Pokud ano, Měl/a jste důvěru, že je o vás odborně postaráno?
- b. Pokud ne, jak byste si to představoval jinak?

Propojenost sociálních a zdravotnických služeb

10. Jaký máte názor na to, jak moc se pracovníci/ice soc. služeb vyznají i ve zdravotnické problematice?

Třeba vzhledem k vašim zkušenostem z minulosti.

- a. Poskytli/y vám někdy odborné poradenství ve zdravotnickém tématu? Pomohly vám tyto informace?
- b. Pokud ne, můžete to rozvést? V čem by se to mělo podle vás zlepšit nebo co by mohlo být jinak?

11. Jak hodnotíte to, jak moc je zdravotnický personál vzdělaný i v sociálních tématech?

např. kam se obrátit při řešení dokladů, kde se v teple vyspat po propuštění z nemocnice, na jakou službu se obrátit atd.?

- a. Máte zkušenost, že jste ve zdravotnickém zařízení tyto informace dostal/a?
- b. Pokud ano, řešil s vámi tyto věci přímo zdravotnický personál (sestry, lékaři), nebo např. sociální sestra/pracovník/ice zaměstnaná/ý v nemocnici?
Dostal/a jste možnost s někým takovým mluvit?

Ukončení rozhovoru

12. Je něco, co byste chtěl/a dodat k tomu, jak by sociální služby mohly pomoci ve zlepšení vašeho zdravotního stavu, např. v minulosti, nebo jak by mohly pomoci v budoucnu?

13. Ještě něco byste si přál/a dodat na adresu sociálních a zdravotních služeb?

Příloha 2 – Kniha kódů

KNIHA KODŮ			
Téma:	Podtéma:	Kódy:	
Sociální služby jako poskytovatelé zdravotní péče a podpory	Formy poskytování zdravotní péče v sociálních službách	Poskytování základního zdravotního ošetření	
	Asistence pracovníky sociálních služeb do zdravotnického zařízení	Distribuce zdravotního materiálu	
	Vnímání pomoci sociálních služeb	Zdravotní poradenství	
	Osobní přístup osob bez přístřeší ke zdravotnímu systému	Důvěra ve zdravotní systém	Doprovod do zdravotnického zařízení
		Interakce ze zdravotnickým personálem	Komunikace se zdravotnickým personálem
		Samoléčba a individuální strategie ve zvládnání zdravotních problémů	Administrativní pomoc
Interakce ze zdravotnickým personálem		Důvěra v sociální služby	
Individuální a systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči	Závislosti jako překážka v přístupu k odborné péči	Sebereflexe v kontextu využívání sociálních služeb	
	Systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči	Kvalita poskytované péče ve zdravotnických zařízeních	
	Osobní přístup osob bez přístřeší ke zdravotnímu systému	Důvěra ve zdravotní systém	Srovnání současného zdravotního systému s minulými politickými režimy
		Interakce ze zdravotnickým personálem	Stigmatizace osob bez přístřeší
		Samoléčba a individuální strategie ve zvládnání zdravotních problémů	Negativní zkušenosti zprostředkované od jiných lidí
Individuální a systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči	Závislosti jako překážka v přístupu k odborné péči	Osoba bez přístřeší jako samoléčitel	
	Systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči	Čekání na odeznění problému	
	Osobní přístup osob bez přístřeší ke zdravotnímu systému	Závislosti jako překážka v přístupu k odborné péči	Závislost na alkoholu a návykových látkách
		Systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči	Stigmatizace uživatelů návykových látek
Osobní přístup osob bez přístřeší ke zdravotnímu systému	Systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči	Regulační poplatky a doplatky za předepsané léky	
		Čekací doba ve zdravotnických zařízeních	
Osobní přístup osob bez přístřeší ke zdravotnímu systému	Systémové bariéry v přístupu ke zdravotní péči	Nedostatek specializovaných ordinací pro osoby bez přístřeší	