

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2017**

**Adriana Krbcová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B5347

**Adriana Krbcová**

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

**SOCIÁLNÍ ASPEKTY ZDRAVOTNÍHO STAVU,  
NEROVNOSTI VE ZDRAVÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Zikmundová Květuše, CSc.

Plzeň 2017

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2017

.....

Adriana Krbcová

Děkuji MUDr. Zikmundové Květuši, CSc., za odborné vedení práce a poskytování cenných rad. Rovněž děkuji Mgr. Ivance Anně Ludínové a Mgr. Džemalovi Gërbanimu za pomoc při vyhledávání respondentů pro vyplnění dotazníku a poskytnutí rozhovoru.

## **Anotace**

Jméno autora: Adriana Krbcová

Katedra: Záchranářství a technických oborů

Název práce: Sociální aspekty zdravotního stavu, nerovnosti ve zdraví

Vedoucí práce: MUDr. Zikmundová Květuše, CSc.

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: Nerovnosti ve zdraví, sociální faktory zdraví, onemocnění, prevence

### **Souhrn:**

Tato práce se zabývá sociálními aspekty zdravotního stavu, nerovnostmi ve zdraví. Rozdělena je do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se skládá z kapitol blíže charakterizujících socioekonomické faktory a jejich působení na zdraví člověka. Popsány jsou i některé programy zabývající se odstraňováním nerovností ve zdraví. Praktická část přináší zpracované výsledky výzkumného šetření provedeného u respondentů z nižších sociálních tříd. Jedná se o osoby bez domova a osoby po výkonu trestu. Součástí práce je leták poskytující informace o dané problematice a možnostech pomoci znevýhodněným skupinám osob.

## **Annotation**

Author's name: Adriana Krbcová

Department: Department of Rescue Services and Technical Fields

Title of thesis: Social Aspects of Health Status, Health Inequalities

Thesis supervisor: MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 2

Numbers of used literature titles: 31

Keywords: Health inequalities, social factors of health, illness, prevention

### Summary

This thesis deals with social aspects of health status and health inequalities. It is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part contains chapters that characterize socio-economic factors and their influence on human health in details. Some of the programs dealing with health inequalities elimination are described as well. The practical part presents processed research inquiry results obtained from respondents of lower socioeconomic groups, namely homeless individuals or individuals returning after imprisonment. The thesis contains a leaflet providing information about the mentioned problems and about possibilities how to help disadvantaged groups of individuals.

# Obsah

Úvod .....	11
Teoretická část .....	13
1 Zdraví .....	13
1.1 Nerovnosti ve zdraví .....	13
1.2 Základní hierarchie potřeb .....	14
1.3 Determinanty zdraví .....	14
1.4 Sociální determinanty zdraví .....	15
1.4.1 Sociální gradient .....	15
1.5 Stres .....	15
1.5.1 Stresové faktory .....	16
1.5.2 Tabulka životních událostí .....	16
1.6 Dětství .....	18
1.7 Sociální vyloučení a chudoba .....	19
1.8 Práce .....	20
1.9 Nezaměstnanost .....	20
1.9.1 Rizikové skupiny .....	21
1.10 Závislosti .....	21
1.10.1 Drogová závislost .....	22
1.10.2 Závislost na alkoholu .....	22
1.10.3 Závislost na tabákových výrobcích .....	22
1.11 Strava .....	22
1.12 Doprava .....	23
2 Onemocnění .....	24
2.1 Duševní onemocnění .....	24
2.1.1 Depresivní a úzkostné poruchy .....	24
2.1.2 Suicidální chování .....	24

2.1.3	Schizofrenie .....	24
2.2	Zdravotní problémy .....	24
2.2.1	Diabetes melitus .....	24
2.2.2	Hypertenze.....	25
2.2.3	Infarkt myokardu .....	25
2.2.4	Vředová choroba žaludku a dvanáctníku.....	25
2.2.5	Kožní onemocnění.....	25
2.2.6	Hepatitida C.....	26
2.2.7	Onemocnění dýchacích cest .....	26
3	Ekvita ve zdraví.....	27
3.1	Programy zabývající se snižováním nerovností ve zdraví.....	27
3.1.1	Zdraví 2020 .....	27
3.1.2	Zdraví pro všechny 21 (Health for All 21).....	27
3.1.3	Projekt Je to i tvůj příběh.....	27
3.1.4	Projekt snižování zdravotních nerovností - podpora zdraví ve vyloučených lokalitách .....	28
3.2	Pobyt v ústavu či ve vězení.....	28
3.3	Prevence.....	29
3.3.1	Primární .....	29
3.3.2	Sekundární.....	29
3.3.3	Terciální.....	29
3.3.4	Kvartérní prevence .....	29
3.3.5	Podpora zdraví.....	29
3.3.6	Komunitní preventivní programy .....	29
3.3.7	Výchova ke zdraví.....	30
	Praktická část.....	31
4	Formulace problému.....	31



5	Cíle práce a předpoklady .....	32
5.1	Cíle práce .....	32
5.2	Předpoklady .....	32
6	Metodika výzkumu .....	33
6.1	Vzorek respondentů .....	33
6.2	Zpracování údajů .....	33
6.3	Prezentace a interpretace získaných údajů.....	33
7	Rozhovory .....	47
7.1	Rozhovor s Mgr. Džemalem Gërbanim, vedoucím domu sv. Františka v Plzni ..	47
7.2	Rozhovor s Mgr. Ivankou Annou Ludínovou.....	52
8	Diskuze .....	56
	Závěr.....	60
	Literatura a prameny.....	0
	Seznam zkratk.....	3
	Seznam tabulek.....	4
	Seznam příloh.....	5
	Přílohy .....	6

## Úvod

Nerovnosti ve zdraví jsou v současnosti celosvětově velmi aktuálním tématem. V této souvislosti mluvíme o nerovnostech vznikajících ve spojitosti se socioekonomickým postavením. Nedostatek financí na zajištění základních potřeb, nízké vzdělání, nezaměstnanost, chudoba, sociální vyloučení, ale i sociální podmínky v dětství jsou faktory působící na zdravotní stav jedince. Sociální determinanty jsou označovány jako „man made“, to znamená, že člověk je vytvořil, a proto je také může změnit. Špatné sociální podmínky zapříčiňují vznik mnoha onemocnění, podepisují se i na kratší střední délce života. Socioekonomická znevýhodnění jsou vnímána jako nespravedlivá, neboť je možnost jejich odstranění. Světová zdravotnická organizace považuje sociální aspekty zdraví a nerovnosti ve zdraví za závažný problém, který je potřeba řešit. Program zdraví pro všechny 21 a Zdraví 2020 se touto problematikou zabývá. Jednou z priorit je právě snížení nerovností ve zdraví a celkové zlepšení zdravotního stavu populace.

Dané téma jsem si vybrala pro jeho zajímavost a aktuálnost. Každý den se setkávám se sociálně slabými lidmi ve svém okolí, kteří na tom nejsou po zdravotní stránce nejlépe, nebo se dá předpokládat zhoršení jejich zdraví v průběhu času. Vnímám ony aspekty zdraví v dnešní době jako nepříjemné. Zpracováním tohoto tématu jsem se mohla posunout v dané oblasti o něco dál a získat nové informace.

Rovněž se mi dostalo možnosti krátkého popovídání si s osobami, jejichž smyslem života je pomáhat takto znevýhodněným lidem. Práce s osobami s rizikem sociálního vyloučení je nesmírně vyčerpávající. Pokusy o jejich integraci do společnosti mnohdy selhávají. A tak pracovníci v těchto sociálních službách nezažívají příliš často pozitivní zpětnou vazbu jako v jiných profesích. Někdy proto hrozí syndrom vyhoření u takto psychicky náročných pomáhajících zaměstnání. Tato práce vyžaduje nejen profesní dovednosti, psychologické schopnosti, ale hlavně lidský přístup a pochopení lidských slabostí. Oba pracovníci oslovení v rámci přípravy na tuto práci mají můj velký obdiv. Přiblížili mi ze svého úhlu pohledu problematiku sociálně vyloučených osob a utvrdili mne v přesvědčení, že je nutné nerovnosti snižovat a výhledově odstranit.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se skládá z několika kapitol přibližujících zvolenou problematiku. Rozebíráme zde nerovnosti ve zdraví, ekvitu (rovnost) ve zdraví, základní hierarchii potřeb (Maslowova pyramida), sociální determinanty zdraví (sociální gradient, stres spolu s tabulkou životních událostí, dětství, sociální vyloučení a chudoba, práce, nezaměstnanost, závislosti, strava, doprava),

rovněž onemocnění vyskytující se v souvislosti se sociálními podmínkami. Popisujeme též vliv pobytu jedince v ústavu či ve vězení na jeho způsob života mimo dané ústavy. Nevynechali jsme ani přiblížení preventivních programů zabývajících se snižováním nerovností ve zdraví.

Empirická část obsahuje zpracování výsledků anonymních dotazníků mapujících některé aspekty života osob bez domova a propuštěných vězňů. Realizaci dotazníkového šetření v těchto sociálně vyloučených skupinách obyvatel nám umožnili sociální pracovníci. Díky polostandardizovanému rozhovoru s nimi, jehož podrobný zápis je součástí praktické části, byla práce obohacena o profesionální pohled na tuto problematiku. Oslovena byla sociální kurátorka Mgr. Ivanka Anna Ludínová, pracující s osobami po výkonu trestu. Druhým osloveným byl vedoucí domu sv. Františka Mgr. Džemal Gërbani. Prostřednictvím těchto pracovníků v sociálních službách byly získány i anonymní dotazníky pro výzkum. Dotazníky byly zaměřené na cílovou skupinu osob bez domova a osob po výkonu trestu. Cílem rozhovorů bylo rozšíření informací ohledně práce se sociálně znevýhodněnou skupinou osob. Součástí přílohy je dotazník a informativní letáček o dané problematice a možnostech pomoci znevýhodněným osobám, který je určen pro širokou veřejnost.

Cílem práce je zmapovat zejména sociální podmínky oslovených respondentů. Chceme zjistit jejich vzdělání, které určuje i možnosti zaměstnanosti dotazovaných osob. Kromě vzdělání hraje významnou roli v hledání pracovního uplatnění i zdravotní stav. Cílem bylo zjistit výskyt nemocí respondentů. Rodina a přátelé jsou důležití pro snadnější zvládnutí těžkých situací, proto budeme naše otázky směřovat i k této oblasti, tedy zda mají možnost oslovit své blízké nebo musí spoléhat jen sami na sebe.

V České republice jsou studovány rozdíly a nerovnosti ve zdraví. Evropská unie dlouhodobě vnímá otázku nerovností ve zdraví jako svou prioritu. Zlepšování zdraví a snižování zdravotních nerovností by podle EU nemělo spadat pouze do kompetence sektoru zdravotnictví, protože politika a opatření přijímaná v mnoha jiných odvětvích mají také vliv na zdraví.

# **Teoretická část**

## **1 Zdraví**

Zdraví je důležitou potřebou každého jedince. Má velký význam pro jednotlivce, ale i celou společnost. (Čevela a kol., 2015)

Dle WHO je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen pouhá nepřítomnost nemoci či vady. (Čevela a kol., 2015)

Jiné pojetí popisuje zdraví jako: „schopnost organismu trvale se přizpůsobovat měnícím se nárokům a požadavkům prostředí bez narušení životních funkcí“. (Čevela a kol., 2015, s. 13)

### **1.1 Nerovnosti ve zdraví**

„...nespravedlivé jsou takové životní podmínky, které zbavují člověka možnosti naplnit své právo být zdrav, dělat něco pro své zdraví, dostat potřebnou zdravotní péči“. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 247)

Dané nerovnosti se vyskytují ve všech zemích a pořád se zvyšují. Je prokázáno, že nižší vzdělání, sociální status, nezaměstnanost nebo nízká pracovní pozice, úroveň ubytování a jeho lokalita, chudoba a sociální vyloučení jsou důležitými determinanty zdraví. Způsobují velké rozdíly ve zdraví mezi sociálními třídami. Záleží na sociálních podmínkách, ve které se daná osoba pohybuje a žije. Pokud dotyčný spadá do nižších sociálních tříd, má větší riziko vzniku onemocnění a vyšší pravděpodobnost předčasného úmrtí. Ony nerovnosti jsou nespravedlivé, neboť existuje možnost jejich odstranění. (Janečková, Hnilicová, 2009)

Vzdělání je jeden z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících zdraví. Čím vyšší vzdělání, tím větší šance lepšího společenského uplatnění, získání dobře placeného místa, vyšší sebehodnocení. Vyšší pravděpodobnost nemoci a úmrtnosti souvisí se zaměstnáním, výškou platu, ale rovněž záleží na rodinném stavu, respektive, zda je dotyčný ve svazku manželském, nebo je svobodný, rozvedený nebo spadá mezi vdovy a vdovce. Horší zdravotní stav se týká manuálně pracujících a osamělých osob. Svobodní a rozvedení mají vyšší míru citové deprivace. Rozpad manželství rovněž spadá do velmi zátěžových životních situací. (Křížová, 1998)

## 1.2 Základní hierarchie potřeb

Pro život člověka jsou velmi důležité potřeby, které byly americkým psychologem Abrahamem Maslowem klasifikovány a uspořádány podle důležitosti. Hovoříme o tzv. Malowově hierarchii potřeb nebo také pyramidě potřeb, publikované v roce 1943 v článku s názvem Teorie lidské motivace. (Barták, 2011)

Nejdříve musí být u člověka splněny potřeby nižší, aby mohly být realizovány potřeby vyšší. V případech, kdy je člověk nemocný, může docházet ke vzniku jiných potřeb, nebo se potřeby mohou vyskytnout v jiném pořadí. (Škrabová, 2009)

Nezákladnější jsou fyziologické potřeby, bez nich by člověk nemohl existovat. Radíme sem např. teplo, potravu, spánek, vylučování škodlivin z těla atd. (Škrabová, 2009)

Neuspokojením potřeb se může člověk cítit apatický, podrážděný, agresivní, nepozorný.

Další potřeba tzv. nižšího řádu je potřeba jistoty a bezpečí. Pokud se necítíme být v této sféře uspokojení, vyvolává to v nás strach, ohrožení a nejistotu. Člověk v těchto případech propadá lítosti, nikomu nedůvěřuje, bojí se, je zmatený apod. (Škrabová, 2009)

Společenské potřeby již patří do vyššího řádu. Do této skupiny zařazujeme pocit lásky, přátelství, kontakt s druhými lidmi, pocit náklonnosti. Bez těchto pocitů se člověk cítí sám, zbytečný, nejistý. Každý potřebuje někam a k někomu patřit, komunikovat s okolím, být součástí nějaké skupiny, být někým pozitivně přijímán. (Škrabová, 2009)

Předposlední potřebou je potřeba sebeúcty, touha být oceněn a uznán, být respektován, mít možnost sám se rozhodnout, uspět. Velmi důležitou součástí je reakce okolí na nás samotné. Pokud se člověk necítí v této souvislosti dobře, často zažívá pocity méněcennosti, ponížení, křivdy, beznaděje. Projevovat se tyto osoby mohou navenek agresivitou, apatií, odmítáním vyhovět. (Škrabová, 2009)

Poslední částí této pyramidy je potřeba seberealizace. V této části chceme být úspěšní, vynikat v nějaké činnosti, vnímat okolí a tvořit, rozvíjet své schopnosti. (Škrabová, 2009)

## 1.3 Determinanty zdraví

„Determinanty zdraví jsou faktory, které pozitivně, ale také negativně ovlivňují lidské zdraví“. (Barták, 2011, s. 63).

Naše zdraví je ovlivněno socioekonomickými (20 %) a genetickými faktory (10–15 %), rovněž životním stylem (50 %) a zdravotní péčí (10–15 %). (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 65–66)

## **1.4 Sociální determinanty zdraví**

### **1.4.1 Sociální gradient**

Existuje rozdíl ve zdraví mezi nižší a vyšší sociální vrstvou. Podmínky, ve kterých žijeme, nás ovlivňují ve velké míře a po celý život. To způsobuje fakt, že lidé s nižším sociálním statusem mají větší pravděpodobnost vzniku závažného onemocnění a větší riziko předčasného úmrtí než osoby ve vyšších společenských pozicích. Záleží též na délce žití v těchto špatných ekonomických a sociálních podmínkách. Čím déle strádáme, tím menší je šance na dožití se klidného a zdravého stáří. (Wilkinson, Marmot, 2005)

Znevýhodnění se dotýká např. nedostatečného vzdělání, nezaměstnanosti či nejistého zaměstnání, náročné životní situace, nedostatku rodinného majetku apod. (Čeledová, Čevela, 2010)

## **1.5 Stres**

*„Strach, starosti, stres. Jsou neviditelné a neuchopitelné. Přesto mají zásadní vliv na naše zdraví“.* (Hnízdil, 2014, s. 105 - 107)

Stres je přirozená reakce na zátěž tělesnou i psychickou. Přípravuje nás k boji, nebo útěku. Stresová reakce se projevuje zvýšením krevního tlaku, zrychlením dechu, bušením srdce, vyplavením energie a hormonů. To vše je předpokladem pro zvládnutí situace. Pokud ale této šanci nevyhovíme, naše tělo se začne pomalu bránit. Pociťujeme bolesti hlavy, zad, břicha atd.

Při dlouhodobém působení stresových hormonů u dlouhotrvajícího stresu dochází např. ke zvýšenému překyselení žaludku, který vede ke vzniku vředové choroby. Chronický stres působí i na srdce, zvyšuje se riziko vzniku aterosklerózy a srdečního infarktu, vzniknout může též hypertenzní nemoc. Naše imunita se oslabuje, což napomáhá ke vzniku zánětů a infekcí. (Hnízdil, 2014)

Stres může být pozitivní. Říkáme mu eustres. Jedná se o akutní stres, který ale zvládneme a po onom ataku dojde k odpočinku. Daný druh zátěže nám může dopomoci k lepším výsledkům. Opakem je již zmíněný distres, dlouhodobý a nezvládnutelný stres, který se stává případným rizikem pro vznik onemocnění. (Kebza, 2005)

### **1.5.1 Stresové faktory**

1. Fyzikální faktory – do této kategorie zařazujeme nadměrný hluk, světlo, chlad, teplo;
2. Psychické faktory – stresovat nás může velké množství práce, škola, finanční problémy, přibývajícím věkem;
3. Sociální faktory – za vznik stresové reakce můžeme vděčit konfliktům, nevěře v rodině, nedostatku přátel poskytujících podporu, řadíme sem nadměrné užívání drog a alkoholu, vězení, ztrátu bydlení, zaměstnání;
4. Traumatické faktory – zásadní změny v životě člověka, např. úmrtí blízké osoby, válka, narození dítěte, vznik chronického onemocnění, nezaměstnanost apod.
5. Dětské faktory – dané faktory vznikají při vystavení dítěte velkému stresu, problémy pak mohou trvat do dospělosti. Týrání a zneužívání dítěte, jeho nadměrné zatěžování, drogová a alkoholová závislost rodičů. (Zajícová, 2017)

### **1.5.2 Tabulka životních událostí**

Odehrávající se životní události působí na naši mysl a zdraví. Každá událost získává určité bodové ohodnocení podle toho, jak moc závažná pro člověka může být. Body se sčítají a výsledek ukáže kategorii, do které osoba spadá. (Petrásek, 2004)

1. 250 bodů a více za 12 měsíců – Riziková kategorie
2. 350 bodů a více za 12 měsíců – Kategorie osob ohrožených vznikem onemocnění, např. psychické potíže, psychosomatická onemocnění, autoimunitní onemocnění, nádorová onemocnění. (Petrásek, 2004)

### Tabulka životních událostí

Úmrtí partnera	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35
Půjčka vyšší než 500 000 Kč	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikt s tchánem, tchyní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní výkon	28
Manžel/ka nastupuje, nebo končí zaměstnání	26
Vstup do školy, nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problém a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20



Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka nižší než 500 000 Kč	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v širší rodině (úmrty, sňatky)	15
Změny stravovacích zvyklostí	15
Dovolená	13
Vánoce	12
Přestupek a jeho projednávání	11

Zdroj: Petrásek, 2004 s. 21–22

## 1.6 Dětství

Základ pro zdraví a způsob života dospělého jedince se vytváří již v dětství, dokonce ještě i před narozením. (Hnízdil, 2014)

Velmi záleží na životní situaci těhotné matky. Pocity, které během daného období zažívá, se přenáší na ještě nenarozené dítě. Pokud pociťuje stres a nepohodlí, je velká pravděpodobnost narození dítěte, které bude neklidné, přecitlivělé, s poruchou koncentrace a chování. (Hnízdil, 2014)

Stres matky není jediným faktorem pro ohrožení optimálního vývoje plodu. Řadíme sem např. nedostatečné či špatné stravování matky, abusus drog a alkoholu během těhotenství, kuřáctví matky či nevyhovující prenatální péči. (Wilkinson, Marmot, 2005)

Vliv rodiny pak utváří jakýsi vzorec chování a pohled na okolní svět. Působí také přímo na vývoj jedince. Pokud dítě zaostává v růstu a nedostává se mu dostatečné emoční podpory, dochází k nárůstu pravděpodobnosti vzniku zdravotních problémů. (Wilkinson, Marmot, 2005)

Prožije-li jedinec nepříjemné zkušenosti s rodinou, kdy se necítil v bezpečí nebo nezažíval dostatečnou oporu, výsledkem jsou jeho sklony k riskantnímu chování. Způsob žití rodičů se posléze promítá ve způsobu žití jejich dětí. Dochází k uchylování se těchto jedinců k podobně smýšlející partě, k nevěli vzdělávat se, k užívání drog a nadměrné

konzumaci alkoholu, agresivitě a může to končit pácháním trestných činů. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013)

Není to ovšem pravidlem. I osoby pocházející z nefunkčních rodin, které dávají svým dětem špatný příklad, žijí spořádaným životem, studují, mají dobře placené zaměstnání atd. Nebo naopak osoby pocházející z vyšších tříd, které měly pro svůj život a vývoj vše potřebné, se uchylují k nežádoucímu společenskému chování. Záleží též na odolnosti a genetických predispozicích či přítomnosti přátel jako opory nebo též viníka sociálního propadu. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013)

## 1.7 Sociální vyloučení a chudoba

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách představuje sociální vyloučení vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.

*„Život je krátký tam, kde jeho kvalita je špatná. Chudoba, sociální vyloučení a diskriminace mají na svědomí lidské životy tím, že způsobují utrpení a zášť“.* (Wilkinson, Marmot, 2005, s. 21)

Chudoba se rozděluje na absolutní a relativní.

**Absolutní chudoba** znamená, že daný jedinec žije v nedostačujících podmínkách, které již ohrožují jeho samotné bytí. Ohroženými skupinami jsou lidé bez zaměstnání, etnické minority, lidé utíkající ze své rodné země, osoby bez domova. Mezi těmito skupinami se objevuje vysoká míra předčasného úmrtí. (Wilkinson, Marmot, 2005)

**Relativní chudoba** představuje, že daný jedinec je o mnoho chudší než velká část osob žijících ve společnosti. Dotyčný se musí spokojit s příjmem, který je menší než 60 % mediánu průměrného platu. Znemožňuje mu to plnohodnotné zapojení do života. Nemůže si dovolit pěkné ubytování, některé společenské akce, dostupné pro ně není vyšší vzdělání ani doprava.

Sociálním vyloučením jsou rovněž ohrožené osoby propuštěné z vězení, dětských domovů či různých ústavů, nebo osoby, které v oněch zařízeních pořád pobývají. (Wilkinson, Marmot, 2005)

**Diskriminace** představuje nestejně šance a podmínky pro všechny osoby. Jednotlivec nebo skupina je vůči někomu jinému znevýhodňovaná. Rozlišujeme přímou a nepřímou diskriminaci. Přímá znamená, že se jedné osobě či skupině osob odlišných od ostatních např. věkem, rasou, sexuální orientací apod. nedostává stejného zacházení.

Nepřímá diskriminace zase znevýhodňuje osoby přes všeobecně známé pravidlo či ustanovení. Velmi špatně se prokazuje. (Štěpánková, 2006)

**Ageismus, rovněž věková diskriminace** znamená znevýhodňování osob vyššího věku a upřednostňování mladých lidí. K ageismu patří též předsudky. Stáří symbolizuje pro některé osoby nemoc a senilitu. Zařazují dané osoby do skupiny méně schopných a nechtějí je např. přijímat do zaměstnání, neboť podle nich je vyšší věk překážkou. (Benešová, 2011)

## 1.8 Práce

Vždy je lepší pro naše zdraví docházet do práce než být nezaměstnaný. Avšak i zaměstnání může mít na nás neblahý vliv. Bolesti v oblasti bederní páteře, kardiovaskulární onemocnění jsou spojené rovněž s pracovním prostředím a vztahy na pracovišti. Určitě existuje rozdíl mezi vysněnou prací, zaměstnáním, které je dobře finančně ohodnoceno, a prací, která klade vysoké nároky, ale honorář za její vykonání je neadekvátní. V tomto případě pocítuje člověk stres, vyčerpání, práce ho nikam neposouvá, nic mu nepřináší a jeho hodnocení sebe sama je velmi nízké. Tento fakt přispívá ke špatnému zdravotnímu stavu a je jednou z determinant zdraví. (Wilkinson, Marmot, 2005)

## 1.9 Nezaměstnanost

Nezaměstnanost se člení na dobrovolnou, frikční, strukturální, cyklickou a nedobrovolnou.

**Dobrovolná nezaměstnanost** – Dané osoby aktivně hledají zaměstnání, které jim nabídne výhodné mzdové sazby. Nepřijaly by místo, které by jim nevyhovovalo. To znamená, že osoby jsou sice nezaměstnané, ale aktivně vyhledávají pracovní místa a nezaměstnanými nezůstanou dlouho. (Buchtová a kol., 2002)

**Frikční nezaměstnanost** – Do této skupiny patří osoby, které nejsou zaměstnané z různých důvodů, ať už je to z důvodu, že byly propuštěny, opustily pracovní místo, snaží se uplatnit v jiném zaměstnání, odstěhovaly se nebo se jedná o jedince, kteří ještě nikdy nepracovali a hledají své první zaměstnání. Důležitým faktorem je i nedostatečná informovanost o pracovních nabídkách. Tento druh nezaměstnanosti ovšem problém nepředstavuje, neboť po nějaké době jedinci nacházejí své pracovní uplatnění. (Buchtová a kol., 2002)

**Strukturální nezaměstnanost** – Vzniká v důsledku rušení či omezení některých odvětví nebo výroby. Daný jev má za následek růst pracovních nabídek v jiné pracovní pozici, a to obvykle s jinou kvalifikací. To znamená, že jiné zaměstnání sice existuje, ale dotyčný se o práci ucházet nemůže kvůli nutnosti rekvalifikace nebo se problémem stávají pohybové bariéry, např. místo ubytování, doprava. (Buchtová a kol., 2002)

**Cyklická nezaměstnanost** – Za vznikem této nezaměstnanosti je nedostatečná poptávka. Můžeme sem řadit i sezonní práce, kdy roste poptávka jen v určitých obdobích.

**Nedobrovolná nezaměstnanost** – zájemců o pracovní příležitost, kteří jsou za danou mzdu ochotni pracovat, je mnoho, ale není možnost uplatnění pro všechny. Tudíž existuje větší poptávka než nabídka. (Buchtová a kol., 2002)

Nezaměstnanost má vliv na psychiku člověka. Jedinec nemá potřebný denní režim, nemůže sdílet zkušenosti, nemá kontakt se spolupracovníky. Všechny dané aspekty při dlouhodobé nezaměstnanosti mohou způsobovat stres, deprese, úzkosti, sebevražedné pokusy, alkoholismus, pocit sociálního vyloučení. Člověk může ztrácet naději a upadat do rezignace. Bez zaměstnání ztrácíme životní jistotu. Obáváme se nedostatku prostředků pro zajištění základních potřeb. (ubytování, strava, doprava). (Kebza, 2005)

Co se týká somatických příznaků, nezaměstnanost může mít za následek kardiovaskulární onemocnění, bronchiální poruchy, lidé více trpí vysokým krevním tlakem a vyššími hodnotami cholesterolu, celkově se vyskytuje vyšší mortalita než u osob zaměstnaných. Kvalita života je zhoršena. (Buchtová a kol., 2002)

### **1.9.1 Rizikové skupiny**

Důležitými faktory pro získání zaměstnání je pohlaví, věk, zdravotní stav, vzdělání. Daní jedinci jsou více ohroženi nezaměstnaností. Řadíme sem mladé osoby bez zkušeností, těhotné ženy či matky s malými dětmi, týká se to též starých nebo zdravotně postižených osob, rovněž jedinců s nízkým vzděláním. (Buchtová a kol., 2002)

### **1.10 Závislosti**

Užíváním návykových látek lidé reagují na problém ve svém životě. Snaží se utéci z reality a uvolnit napětí. Užívání drog, alkoholu a tabáku je úzce spjato se sociálním či ekonomickým znevýhodněním. Někdy bývá právě užívání drog důsledkem společenského propadu. Všechny tyto látky významným způsobem zasahují do rodinného rozpočtu, zdravotního stavu jedinců a způsobují předčasná úmrtí. (Wilkinson, Marmot, 2005)

### **1.10.1 Drogová závislost**

Drogová závislost patří mezi patologické jevy. Zvědavost, stres, životní problémy jsou jedněmi z hlavních příčin užívání drog. Člověk chce tzv. utéci od reality nebo patřit k nějaké skupině osob, která mu poskytuje útočiště, přátelství, pocit sounáležitosti a pochopení.

Vliv drog způsobuje různá onemocnění a celkové zdravotní obtíže, např. záněty žil, kardiovaskulární onemocnění, neurologická onemocnění, onemocnění ledvin, jater apod. (Plocková, 2017)

### **1.10.2 Závislost na alkoholu**

Ovlivňuje centrální nervový systém. Jedinec pod vlivem alkoholu není schopný normálního úsudku, nemá žádné zábrany. Velmi působí na tělesný i mentální vývoj daného jedince, proto je zvláště nebezpečný pro nezletilé osoby. Při nadměrném užití může dojít ke kómatu a hrozí riziko úmrtí. Při dlouhodobém užívání vzniká tolerance na alkohol. Jedinec tak zvládne vypít více než dříve. Dlouhodobý účinek alkoholu způsobuje vyšší tlak, onemocnění jater, žaludeční vředy, sexuální potíže, rakovinu jícnu a ústní dutiny, dochází k úrazům, nehodám apod. (Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009)

### **1.10.3 Závislost na tabákových výrobcích**

Kouření je jednou z hlavních příčin úmrtí, které můžeme léčbou a dostatečnou prevencí zabránit. Kouřením se zhoršuje zdravotní stav. Působí na kardiovaskulární systém – riziko infarktů a mozkové mrtvice, způsobuje nebo podporuje vznik rakovin, vyskytují se v této souvislosti rovněž chronická onemocnění plic – plicní emfyzém, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), dále působí na plodnost, kůži apod. (Meditorial, 2013)

## **1.11 Strava**

Výživa tvoří v životě člověka důležitou složku. Potravou získáváme důležité živiny, které jsou pro náš zdravotní stav velmi podstatné. Pokud jedinec trpí nedostatkem potravy a její nedostatečnou pestrostí, dochází u něj k podvýživě a dalším nemocem, které jsou s tím spojené. Naopak nadbytečná strava působí rovněž negativně na zdraví. Obezita je označována jako epidemie tohoto tisíciletí. Je spojena s rizikem kardiovaskulárních onemocnění, diabetu, nádorových onemocnění apod. Proto je velmi důležité, aby měl každý člověk přístup ke kvalitní a pestré stravě. (Wilkinson, Marmot, 2005)

Chudší člověk trpí častěji obezitou než člověk bohatý. Je to dáno stravou, která je hojná na energeticky hutné tuky a cukry. Nižší sociální vrstvy nakupují levnější a méně zdravé potraviny, neboť na bohatou stravu nemají peníze, nebo jen praktikují stejný stravovací plán, který znají z dětství. (Wilkinson, Marmot, 2005)

## **1.12 Doprava**

Mnoho lidí se dnes bez auta neumí obejít. Přitom pohyb velmi přispívá k lepšímu zdraví. Chůze, jízda na kole, jízda hromadnou dopravou podporuje vznik sociálních kontaktů. Lidé nejsou tak izolovaní. Navíc chůze či jízda na kole je brána jako pohyb a cvičení, tudíž pomáhá chránit před srdečním onemocněním, vznikem obezity. Procházka zase pomáhá odstraňovat deprese a stres. Větší počet lidí pohybujících se po ulici snižuje znečištění ovzduší z výfukových plynů. Dochází rovněž ke snižování počtu útoků na osamocené osoby. (Wilkinson, Marmot, 2005)

## **2 Onemocnění**

Jelikož se jedná o osoby z nižších sociálních vrstev, můžeme předpokládat poměrně vysoký výskyt nemocnosti. Jedná se o osoby s nevyváženým jídelníčkem, špatným životním stylem, trpící depresemi, stresem a úzkostmi. Vzdělání, životní a finanční podmínky jsou ve většině případů nedostačující. To vše se výrazně podepisují na lidském zdraví.

### **2.1 Duševní onemocnění**

#### **2.1.1 Depresivní a úzkostné poruchy**

V nepříznivé životní situaci, kdy je někdo sociálně znevýhodněn, se mohou objevovat psychické problémy, jako jsou deprese či úzkostné stavy. Je to reakce na vyskytující se problém, který jedinec není schopen vyřešit. Dané poruchy ovšem ještě ony problémy prohlubují. Jedinec pak velmi často sahá po návykových látkách, což je pro něj zdrojem pomoci. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013)

#### **2.1.2 Suicidální chování**

Mnozí jedinci nenalézají možnost zvratu své životní situace. Cítí se nepotřební, bezbranní, jsou bez prostředků. Sebevražda se tak pro ně stává jediným možným řešením. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013)

#### **2.1.3 Schizofrenie**

Pro osoby trpícími touto poruchou je velmi těžké rozeznávat realitu. Často se objevují halucinace a bludy. Zatím nejsou prokázány příčiny způsobující schizofrenii. Přesto se dá říci, že psychosociální faktory (prostředí, užívání drog), ale rovněž dědičnost, mohou být spouštěči tohoto onemocnění. Důležitá je dostupnost léčby, která existuje. Jedinec při dodržování lékařského nařízení může normálně fungovat. (Bílý Medvěd Public Relations s.r.o., 2013)

## **2.2 Zdravotní problémy**

### **2.2.1 Diabetes melitus**

Cukrovka je chronické onemocnění, které se stalo celosvětovým problémem. Rozeznáváme dva typy. Typ 1 se vyznačuje nedostatkem inzulínu v těle. Je tedy závislý na inzulínu. Typ 2 se vyskytuje především u dospělých a starších osob. Dochází k rezistenci

na inzulín. Tělo člověka není schopno na něj reagovat. Většina osob má tento druh diabetu. Ke vzniku cukrovky přispívá špatná strava, nadváha, genetika, ale také vysoký stres, nedostatek pohybu. Dietu nemocných pak narušuje nízký finanční příjem, nezaměstnanost, bezdomovectví, špatná doprava, rovněž alkoholismus a užívání drog. (Buchtová a kol., 2002)

### **2.2.2 Hypertenze**

Nadměrná konzumace soli, obezita, přibývajícím věkem, vysoký stres, rovněž nezaměstnanost či nízké sociální postavení, psychosomatické problémy a sociální vyloučení mohou být rizikové faktory pro vznik hypertenze. Neléčení této choroby vede až k fatálním následkům. (Buchtová a kol., 2002)

### **2.2.3 Infarkt myokardu**

Kouření, užívání drog a alkoholu, nedostatek pohybu, obezita, strava s vysokým obsahem tuku, stres zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy. Ta může zapříčinit uzavření cévy, kdy dojde k akutnímu infarktu myokardu. Při nedostatečně rychlé pomoci část svalu odumře. U daného jedince pak může nastat rovněž exitus. (Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LF MU, 2017)

### **2.2.4 Vředová choroba žaludku a dvanáctníku**

Vřed vzniká na místě, kde se vyskytuje volná kyselina chlorovodíková. Dojde k porušení sliznice a vytvoří se tak vhodné podmínky pro vznik vředu. Výzkum provedený Bytzerem a jeho spolupracovníky prokázal asociaci mezi socioekonomickým postavením jedince a vznikem vředové choroby žaludku a dvanáctníku. (Krejčí, 2007)

### **2.2.5 Kožní onemocnění**

Lidé s nižším socioekonomickým statusem ve zvýšené míře trpí kožními problémy. Především osobám bez domova se dané choroby nevyhýbají. Je to dáno velmi špatnou osobní hygienou a nedostatečnou léčbou a kontrolou lékaře. Mezi častá onemocnění patří zejména svrab. Škrábáním si daný jedinec může způsobit až infekci kůže. Mykózy (plísňová onemocnění) dolních končetin jsou rovněž častá a mohou vést ke vzniku erysipelu (růže).

Často se objevují i bércové vředy, jejich léčba je dlouhodobá a jedinec musí během ní spolupracovat. V létě hrozí infikování otevřených ran na kůži larvami much.

V zimních měsících může docházet k poškození kůže v důsledku omrzlin. Prsty, nos, uši jsou zvláště ohrožené. (Pekárková, 2013)



### **2.2.6 Hepatitida C**

U osob z nižších sociálních tříd není hepatitida C ojedinělá. Jedná se o virové onemocnění, které se přenáší krví a pohlavním stykem. Zvláště vysoké riziko přenosu existuje u osob drogově závislých a při častém střídání partnerů. Nebezpečí tkví v tom, že se dané onemocnění nemusí dlouho projevit a vždy přechází do chronicity. Při neléčení dochází k chronickému onemocnění jater, může se objevit cirhóza jater nebo dokonce rakovina jater. (Urbánek, Husa, 2016)

### **2.2.7 Onemocnění dýchacích cest**

U osob bez domova se tato onemocnění vyskytují poměrně často. V důsledku pobytu na ulici mohou snadno prochladnout. Dochází k zánětům dýchací soustavy, chronickým onemocněním. Je pozorován i vyšší výskyt tuberkulózy než u ostatní populace. (Pekárková, 2013 - Zdraví osob bez domova, 2005)

## 3 Ekvita ve zdraví

*„Rovnost ve zdraví znamená především stejnou příležitost rozvíjet a udržovat svůj plný potenciál zdraví, přičemž v tomto procesu nikdo nemá být, pokud možno, znevýhodněn“.* (Křížová, 1998, s. 57)

V oblasti zdraví a léčebné péče by neměly existovat rozdíly kvůli socioekonomickému postavení. Všichni bez rozdílu by měli mít stejné právo na léčbu a využívání stejných medicínských postupů. V daném problému musíme ovšem také brát v potaz přirozené rozdíly mezi lidmi. Určitá rozhodnutí mohou být pro nás riskantní, ale nesouvisí se socioekonomickým postavením. (Křížová, 1998)

### 3.1 Programy zabývající se snižováním nerovností ve zdraví

#### 3.1.1 Zdraví 2020

Jedním z cílů programu Zdraví 2020, který navazuje na program Zdraví 21, je snížit nerovnosti v oblasti zdraví. Strategie se zaměřuje na omezování chudoby, zlepšování úrovně vzdělání, rovněž na zaměstnanost a sociální zabezpečení. Dosažení těchto cílů lze působením na sociální komunity a snahou o zvýšení jejich odolnosti, celkovým zvyšováním životní úrovně, začleňováním osob do společnosti, působením na jednotlivce i celou společnost a poskytováním dostatečných informací pro jejich schopnost ochrany a podpory zdraví. Účinná opatření mohou pomoci danou situaci zlepšit. Dle programu Zdraví 2020 patří mezi nejvíce ohrožené chudobou nezaměstnaní a neúplné rodiny s dětmi. Pro zlepšení kvalifikace byl zaveden koncept celoživotního učení. Zatím nejsou uvedeny výsledky. Velmi důležitou se rovněž stává integrace osob i rodin sociálně vyloučených. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014)

#### 3.1.2 Zdraví pro všechny 21 (Health for All 21)

Tato strategie se snaží snížit procento lidí trpících chudobou. Dle daného programu je důležité investovat do vzdělávání, každý občan by měl mít stejné právo na zajištění zdravotní péče, u všech osob by se měly rozšiřovat znalosti o této problematice, rovněž by mělo docházet k pozitivnímu působení na sociální determinanty zdraví, k posilování zdravotnických systémů apod. (Čevela a kol., 2015)

#### 3.1.3 Projekt Je to i tvůj příběh

Daný projekt chce umožnit dětem žijícím v horších sociálních podmínkách, které bývají zároveň ohroženy sociálním vyloučením, navštěvovat sportovní aktivity. Sport

podporuje zdraví, pomáhá odbourávat stres, zároveň posiluje přátelské vztahy apod. Projekt je podpořen Ministerstvem zdravotnictví. (SZU, 2016)

### **3.1.4 Projekt snižování zdravotních nerovností - podpora zdraví ve vyloučených lokalitách**

Daný projekt vytvořil státní zdravotní ústav a týká se celé republiky. Cílem je motivovat osoby ze sociálně vyloučených lokalit, aby se snažily aktivně zlepšovat své zdraví i zdraví své rodiny. Působení na cílovou skupinu se uskutečňuje prostřednictvím organizací, které v daném regionu pomáhají osobám z vyloučených oblastí, např. nízkoprahová zařízení, mateřské, speciální nebo základní školy. Jedná se o zlepšování stravovacích návyků, zlepšení ústní hygieny, prevenci úrazů, prevenci sexuálně přenosných chorob, rovněž se jedná o prevenci kouření a závislostí apod. (SZU, 2016b)

## **3.2 Pobyť v ústavu či ve vězení**

Pokud je osoba propuštěna z vězení, z výchovného ústavu nebo dovrší 18 let a odchází z dětského domova, může mít v běžném životě mimo dané ústavy potíže s adaptací na nové životní podmínky. Změní se tím naprosto vše. Jedinec musí být samostatný a spoléhat sám na sebe. Všechny návyky a pevný řád již neplatí. Mnozí nevědí, co si počít a komu důvěřovat. Ztrácí jistotu. V zařízení byl dotyčný zvyklý na zajištění základních životních potřeb. Po propuštění na svobodu očekává stejný přístup. Proto dochází velmi často k sociálnímu vyloučení. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012)

*„Sociální izolace, omezení a přímé nalinkování potřeb klientů vede k tomu, že bývalí klienti ústavních zařízení se stávají pasivními uživateli služeb sociální pomoci či uživateli filantropické pomoci obyvatel města nebo přímými účastníky skupin s rizikovým či delikventním chováním“.* (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, s. 39)

Jedinec je velmi často závislý na využívání sociálních služeb. Pokud v daných zařízeních strávil velkou část života, normálnímu životu hůře rozumí. Snaží se tak zapadnout ke stejně smýšlejícím lidem. Často je problém najít ubytování pro tyto osoby. Možnost je na ubytovnách, v azylových domech, ale někdy končí i bez domova na ulici. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012)

### **3.3 Prevence**

#### **3.3.1 Primární**

Jde o opatření, která předejdou vzniku onemocnění. Můžeme sem zařadit očkování, poradenství, podávání určitých vitamínů kojencům apod. (Müllerová, Aujezdská, 2014)

#### **3.3.2 Sekundární**

Pokud dané onemocnění již vznikne, sekundární prevence chce zajistit, aby nedocházelo ke zhoršování stavu. Důležité je včas a správně nemoc odhalit a následně efektivně léčit. V rámci sekundární prevence se k diagnostice nemoci používají screeningové testy. (Müllerová, Aujezdská, 2014)

#### **3.3.3 Terciální**

Cílem terciální prevence je v případě onemocnění zabránit komplikacím a následkům nemoci, to znamená pokud možno předejít chronicitě, ztrátě pracovní schopnosti, invaliditě a smrti. Úkolem je zabránit ještě dalšímu prohlubování nemoci například cestou rehabilitace (např. u porážových stavů, po infarktu myokardu apod.). Cílem je úsilí o návrat ke zdraví. (Müllerová, Aujezdská, 2014)

#### **3.3.4 Kvartérní prevence**

Zde je cílem zajistit, aby nedocházelo ke zbytečnému nadužívání léčebných zákroků či zmírnit jejich dopad. (Müllerová, Aujezdská, 2014)

#### **3.3.5 Podpora zdraví**

Jedná se o činnosti podporující zlepšování zdraví a omezování vlivu negativních determinant. Na podpoře zdraví se podílí celá řada složek společnosti, např. fyzické osoby, stát apod. (Čevela a kol., 2015)

#### **3.3.6 Komunitní preventivní programy**

Důležitou součástí prevence je zdravotně výchovné působení na obyvatelstvo, zlepšování znalostí a dovedností, které povedou k lepší spolupráci a zodpovědnosti v oblasti zdraví. Tyto znalosti by měly vést k uvědomění si důležitosti zájmu o své zdraví i zdraví ostatních a přizpůsobit tomu své chování. Podstatné je zpřístupnit preventivní programy pro všechny sociální skupiny, aby nedocházelo k dalšímu znevýhodňování již znevýhodněných osob. (Müllerová, Aujezdská, 2014).

### **3.3.7 Výchova ke zdraví**

Vše, co člověka obklopuje v běžném životě, působí na jeho zdraví. Společenská odpovědnost v dané oblasti je velmi důležitá, ale stejně tak je nutná individuální zodpovědnost při ochraně svého zdraví. Aby jedinec mohl své zdraví posilovat a ochraňovat, potřebuje dostatek informací a získání důležitých dovedností. Ony znalosti a dovednosti si osvojujeme v rámci výchovy ke zdraví po celý život. Nejdůležitější je ovšem vzdělávání v dětském věku. (Čevela a kol., 2015)

## **Praktická část**

### **4 Formulace problému**

Nerovnosti ve zdraví představují v dnešní době celosvětový problém. Jedná se o znevýhodněné sociálně slabé skupiny osob. Je prokázáno, že čím nižší vzdělání, nezaměstnanost, sociální vyloučení, chudoba, tím větší predispozice ke vzniku onemocnění a menší šance na dožití vyššího věku. V této práci mapujeme socioekonomické faktory působící na vybrané skupiny osob. Chceme tak zjistit vzdělání respondentů, jejich zaměstnanost, nemocnost a možnost oslovení rodiny či přátel v případě nutné potřeby pomoci.

## **5 Cíle práce a předpoklady**

### **5.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit nejčastěji dosažené vzdělání respondentů.

Cíl 2: Zjistit zaměstnanost respondentů.

Cíl 3: Zjistit, jaká je nemocnost dotazovaných respondentů.

Cíl 4: Zjistit, zda se mohou respondenti ve vážných situacích obrátit na rodinu či přátele.

### **5.2 Předpoklady**

P1: Předpokládáme, že 80 % respondentů z řad osob bez domova a osob po výkonu trestu bude mít jen základní vzdělání.

P2: Předpokládáme, že 60 % respondentů bude nezaměstnaných.

P3: Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů bude trpět onemocněním či zdravotními obtížemi.

P4: Předpokládáme, že 45 % respondentů bude odkázáno samo na sebe bez možnosti kontaktovat rodinu či přátele.

## **6 Metodika výzkumu**

Pro výzkum byla zvolena kvantitativní metoda pomocí dotazníkového šetření. Respondenty byly osoby bez domova a osoby po výkonu trestu. Pro lepší představu o problémech vybraných skupin byl dotazník doplněn o dva rozhovory s pracovníky, kteří těmto sociálním skupinám pomáhají. Byla to sociální kurátorka Mgr. Ivanka Anna Ludínová a Mgr. Džemal Gërbani, vedoucí domu sv. Františka pro osoby bez domova v Plzni. Oba pracovníci byli ochotni odpovědět na otázky. Jejich prostřednictvím byly získány i anonymní dotazníky pro výzkum.

Anonymní dotazník se skládá z 29 kombinovaných otázek týkajících se základních údajů o respondentovi. Obsahuje otázky zaměřené např. na dosažené vzdělání, ubytování, stravu, zdravotní obtíže, užívání návykových látek. Předmětem našeho zájmu byla i respondentova rodina, abychom zjistili možnost jejího vlivu na dosavadní život respondenta. Zajímaly nás také znalosti respondentů z finanční sféry. Otázky č. 2, 8, 13, 17, 18, 19, 20, 28, 29 jsou otevřené. Otázky č. 4, 6, 10, 11, 14, 25 jsou polozavřené. Zbylé otázky jsou uzavřené s jednou možnou odpovědí.

Šetření probíhalo po dobu tří měsíců od 1. října 2016 do 1. ledna 2017 u sociální kurátorky města Plzně a v domě sv. Františka v Plzni.

### **6.1 Vzorek respondentů**

Dotazované osoby jsou zařazeny do dvou skupin. První skupinou je 50 osob bez domova. Druhou oslovenou skupinou bylo 57 osob po výkonu trestu. Celkem bylo ke zpracování 107 vyplněných dotazníků se 100% návratností.

### **6.2 Zpracování údajů**

Ke každé otázce jsem zpracovala tabulku pomocí programu Microsoft Office-Excel 2013.

### **6.3 Prezentace a interpretace získaných údajů**

Otázky č. 2, 8, 13, 17, 18, 19, 20, 28, 29 jsou otevřené, respondent tedy musí odpovědět dle svého uvážení. Otázky č. 4, 6, 10, 11, 14, 25 jsou polozavřené, respondent vybere jednu možnost a doplní ji krátkým zdůvodněním. Zbylé otázky jsou uzavřené s jednou možnou odpovědí.



### Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Muž	30	41	71
Žena	20	16	36
Celkem respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Ze 107 respondentů vyplňovalo dotazník 30 mužů a 20 žen ze skupiny osob bez domova. Druhý soubor tvořilo 41 mužů a 16 žen ze skupiny osob po výkonu trestu. Dohromady bylo do výzkumu zařazeno 71 mužů a 31 žen. Celkově převládají muži, je tomu tak i v celkové populaci těchto osob.

### Otázka č. 2: Váš věk?

Tabulka 2: Věk respondentů

Věk respondentů	Osoby bez domov	Osoby po výkonu trestu	Celkem
20 - 35 let	17	28	45
36 - 50 let	7	20	27
51 - 65 let	19	7	26
65 let a více	7	2	9
celkem respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Z našeho výzkumu vyplývá, že celkově největší počet respondentů spadá do kategorie 20 až 35 let, a to v počtu 45 osob. Druhou nejpočetnější skupinou je kategorie 36–50 let v počtu 27 osob. Nejméně respondentů je ve věku 65 let a více (9 osob). Osoby bez domova jsou nejčastěji ve věku 51 až 65 let (19 osob). Druhou skupinou jsou zde mladí do 35 let (17 osob). U osob po výkonu trestu převládají mladší osoby ve věku 20 až 50 let, celkem 48 respondentů.

### Otázka č. 3: Váš rodinný stav?

Tabulka 3: Rodinný stav respondentů

Rodinný stav respondentů	Osoby bez domov	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ženatý, vdaná	2	5	7
Rozvedený(á)	18	20	38
Vdovec, vdova	2	1	3
Svobodný(á)	28	31	59
celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Svobodných je 59 osob. Další početnou kategorií jsou rozvedené osoby (38 osob). Jen 7 osob je ženatých či vdaných, u nich je předpoklad pomoci partnera.

#### Otázka č. 4: Máte děti? Uveďte počet.

Tabulka 4: Počet dětí respondentů

Počet dětí respondentů	Osoby bez domov	Osoby po výkonu trestu	Celkem
1 - 3 děti	23	25	48
4 - 5 dětí	4	3	7
6 - 8 dětí	2	0	2
9 dětí a více	1	0	1
Nemám děti	20	29	49
Celkem respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Menší část souboru (49 osob) děti nemá. Mezi osobami bez domova 23 osob má 1 až 3 děti. Čtyři lidé mají 4–5 dětí. Dva respondenti dokonce uvedli, že mají 6–8 dětí. Jeden dotazovaný uvedl 9 dětí. V souboru osob po výkonu trestu má 25 dotazovaných počet dětí 1–3. Tři respondenti uvedli 4–5 dětí. Ve výsledku u obou skupin (48 osob) vede odpověď jedno až tři děti.

#### Otázka č. 5: Kde bydlíte?

Tabulka 5: Ubytování respondentů

Ubytování respondentů	Osoby bez domov	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Azylový dům	16	3	19
Noclehárny	34	0	34
Ubytovna	0	23	23
V nájmu	0	18	18
vlastní byt	0	3	3
U rodičů	0	4	4
Na ulici	0	6	6
Celkem respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Osoby bez domova využívají azylový dům v počtu 16 osob. Ostatní (34) respondenti pravidelně dochází do nocleháren. V azylovém domě musí obyvatel zaplatit 100 Kč na den a ubytován zde může být jeden rok. V noclehárně zaplatí 40 Kč na noc. Tři osoby po výkonu trestu využívají též služeb azylového domu, na ubytovně nocuje 23 osob. Příznivější situace v bydlení je pro 18 respondentů, kteří bydlí v nájmu, tři jedinci vlastní byt, 4 osoby bydlí u rodičů doma. Nejhorší je situace u šesti respondentů, nemají peníze na žádné ubytování a rodina či přátelé je odmítají. Bydlí tedy „na ulici“. Některé osoby po

výkonu trestu nechtějí dle rozhovoru s Mgr. Ludínovou navštěvovat a využívat služeb azylových domů či nocleháren, nechtějí se započítávat mezi osoby bez domova.

#### **Otázka č. 6: Jste s bydlením spokojen?**

Tabulka 6: Spokojenost s ubytováním

Spokojenost s ubytováním	Osoby bez domov	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	37	39	76
Ne	13	18	31
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

S ubytováním je většina respondentů poměrně spokojená. Osoby bez domova se v počtu 37 osob přiklání k odpovědi ano, 13 jich ovšem spokojeno není. Stěžovali si např. na sousedské spory, nedostatek soukromí nebo by chtěli vlastní byt. Respondenti po výkonu trestu odpovídali velmi podobně. 39 osob je spokojeno a 18 jedinců spokojeno s ubytováním není.

#### **Otázka č. 7: Jaké máte vzdělání?**

Tabulka 7: Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Osoby bez domov	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Základní vzdělání	20	29	49
Středoškolské s výučním listem	22	11	33
Středoškolské s maturitou	7	14	21
Vysokoškolské vzdělání	1	3	4
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Největší množství respondentů, tj. 49 osob, má jen základní vzdělání. Za nimi obsazují druhé místo v počtu 33 respondentů osoby s výučním listem. 21 respondentů dokázalo odmaturovat. Čtyři osoby získaly dokonce vysokoškolský titul. Z 50 respondentů bez domova je 22 osob s výučním listem a 20 osob má základní vzdělání. U osob po výkonu trestu z 57 respondentů vede základní vzdělání (29)

### Otázka č. 8: Jaké je nejvýše dosažené vzdělání Vašich rodičů?

Tabulka 8: Vzdělání rodičů

Vzdělání rodičů	Osoby bez domova		Osoby po výkonu trestu	
	Matka	Otec	Matka	Otec
Základní vzdělání	15	8	16	12
Středoškolské s výučním listem	6	19	12	12
Středoškolské s maturitou	4	3	20	22
Vysokoškolské vzdělání	4	3	6	6
Nevím	21	17	3	5
Celkový počet respondentů	50		57	

Zdroj: vlastní

V rodině osob bez domova se nachází 15 matek a 8 otců se základním vzděláním, 6 matek a 19 otců s výučním listem, 4 matky a 3 otcové dosáhli maturity. Matky čtyř osob a otcové třech dotazovaných mají vysokoškolské vzdělání. V případě 21 matek a 17 otců nebylo vzdělání určeno. Respondent si nebyl jist či rodiče neznal, neboť pocházel z dětského domova.

U osob po výkonu trestu byla situace následující: 16 matek a 12 otců má základní vzdělání, 12 matek a 12 otců je vyučeno, 20 matek a 22 otců úspěšně složili maturitní zkoušky a 6 matek a 6 otců dosáhlo vysokoškolského vzdělání. U 3 matek a 5 otců není stav zodpovězen ze stejných důvodů jako v předešlé skupině. Nejpočetnější skupinu tvoří celkem 22 rodičů s maturitní zkouškou. Z řad vysokoškolsky vystudovaných osob pochází 6 jedinců.

### Otázka č. 9: Máte v současné době zaměstnání?

Tabulka 9: Zaměstnanost respondentů

Zaměstnanost respondentů	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	10	32	42
Ne	40	25	65
Celkem respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Nezaměstnaných osob, tj. 65, je celkově vyšší počet než osob zaměstnaných tj. 42. Respondenti bez domova jsou převážně nezaměstnaní (40 osob). Deset osob je zaměstnaných nebo si alespoň přivydělávají brigádami. Osoby po výkonu trestu jsou na tom o něco lépe. 32 respondentů z 57 dochází do zaměstnání a 25 respondentů je nezaměstnaných.

### Otázka č. 10: V případě nezaměstnanosti jste evidován na úřadu práce?

Tabulka 10: Evidence nezaměstnaných respondentů na úřadu práce

Evidence nezaměstnaných na úřadu práce	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	13	17	30
Ne	27	8	35
Celkový počet respondentů	40	25	65

Zdroj: vlastní

Ze 40 nezaměstnaných respondentů bez domova je na úřadu práce evidováno pouze 13 osob. 27 jedinců tedy evidováno není. Jako důvod uváděli např. jiné občanství, sankční vyřazení z úřadu práce nebo evidování na úřadě ještě nemají vyřízeno či jsou v důchodu.

Z osob po výkonu trestu není z 25 respondentů evidováno pouze 8 jedinců, a to z obdobných důvodů: jiné občanství, sankční vyřazení, důchod nebo nechtějí být evidováni. Jedna odpověď respondenta z dotazníku byla, že nechce být zapsán na úřadu práce, neboť mu práci stejně nenajdou.

### Otázka č. 11: Pobíráte nějaké sociální dávky?

Tabulka 11: Pobírání sociálních dávek

Pobírání sociálních dávek	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	16	20	36
Ne	34	37	71
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Celkem 36 respondentů, tj. 16 osob bez domova a 20 osob po výkonu trestu, pobírá sociální dávky. Většina dotazovaných (71 osob) žádné sociální příspěvky nedostává. Sociální dávky, které respondenti získávají, jsou příspěvky na bydlení a dávky v hmotné nouzi.

### Otázka č. 12: Jste kuřák?

Tabulka 12: Zastoupení kuřáků mezi respondenty

Kouření respondentů	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	46	32	78
Přestal jsem	3	16	19
Ne	1	9	10
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Většina respondentů jsou kuřáci (78 osob). Pouze 29 osob nekouří nebo již přestalo, tj. 4 osoby bez domova a 25 osob po výkonu trestu. Největší počet kuřáků je mezi respondenty bez domova (46).

### Otázka č. 13: Jak často pijete tvrdý alkohol?

Tabulka 13: Četnost užívání tvrdého alkoholu

Četnost užívání tvrdého alkoholu	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Často	5	16	21
Občas	6	4	10
Příležitostně	4	2	6
Nikdy	35	35	70
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Co se týče alkoholu, shodli se respondenti obou skupin v počtu 35 osob na odpovědi, že nepijí tvrdý alkohol, celkem 70 osob. Pět osob bez domova pak užívá tvrdý alkohol často, 6 respondentů jen občas a 4 respondenti uvedli, že požívají tvrdý alkohol příležitostně.

Osoby po výkonu trestu popíjejí tvrdý alkohol více – 16 osob často, 4 občas a 2 respondenti příležitostně.

### Otázka č. 14: Užíváte drogy?

Tabulka 14: Užívání drog

Užívání drog	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	7	18	25
Ne	43	39	82
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

K závislosti na užívání drog se přihlásilo 25 osob (7 osob bez domova a 18 osob po výkonu trestu). Na dotaz Které drogy užíváte? – odpovídaly: pervitin, heroin, marihuana, „co je k mání“.

### Otázka č. 15: Je, nebo byl ve Vaší rodině někdo, kdo užíval tvrdé drogy?

Tabulka 15: Užívání drog v rodinách respondentů

Užívání drog v rodinách respondentů	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	7	12	19
Ne	43	45	88
Celkový počet respondentů	50	50	107

Zdroj: vlastní

Většina respondentů nemá v rodině nikoho, kdo by užíval drogy (88 osob). Pouze 19 osob uvedlo výskyt uživatelů drog mezi rodinnými příslušníky. Takto odpovědělo 7 osob bez domova a 12 osob po výkonu trestu.

### Otázka č. 16: Máte denně tři jídla?

Tabulka 16: Tři jídla denně

Tři jídla denně	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	33	23	56
Ne, není čas	4	7	11
Ne, nemám peníze	11	22	33
Ne (jím jen, když pocít'uji hlad)	2	1	3
Ne, držím dietu	0	4	4
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Denně má alespoň tři jídla více než polovina respondentů (56 osob). Ostatní nemají peníze (33 osob), čas (11 osob), drží dietu (4 osoby) nebo si dají něco k jídlu jen tehdy, když pocít'ují hlad (3 osoby). Zajímavým faktem je, že kvůli nedostatku financí nemají denně tři jídla osoby po výkonu trestu. Více než polovina osob bez domova má tři jídla denně.

### Otázka č. 17: Kolikrát v týdnu jíte maso?

Tabulka 17: Četnost masa v jídelníčku

Četnost masa v jídelníčku	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
1 - 2 x týdně	13	17	30
3 - 4 x týdně	16	23	39
5 - 6 x týdně	2	6	8
7 x týdně	13	2	15
Občas	1	2	3
Nejím maso	2	5	7
Nevím	3	2	5
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Maso se v jídelníčku respondentů vyskytuje poměrně často. První místo naší tabulky obsazuje kategorie 3–4x týdně (39 osob). 30 respondentů uvedlo konzumaci masa 1–2x týdně. Na třetím místě se umístila kategorie 7x týdně (15 osob). Zajímavostí je, že v dané kategorii převládají osoby bez domova (13 osob). Téměř každý den má maso 8 jedinců. Někteří maso nejedí vůbec (7 osob) a 5 osob si četností masa v jídelníčku nebylo jisto. Nejmenší počet osob konzumuje maso občas (3 osoby).

### Otázka č. 18: Kolikrát v týdnu jíte zeleninu?

Tabulka 18: Četnost zeleniny v jídelníčku

Četnost zeleniny v jídelníčku	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
1 - 2 x týdně	12	4	16
3 - 4 x týdně	4	14	18
5 - 6 týdně	9	10	19
7 x týdně	14	6	20
Občas	3	0	3
Nejím zeleninu	6	22	28
Nevím	2	1	3
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Dle výzkumu 28 osob nejí zeleninu, tj. 6 osob bez domova a 22 osob po výkonu trestu. Rozdíl mezi oběma skupinami je markantní. 12 osob bez domova a 4 osoby po výkonu trestu má zeleninu k jídlu 1–2x týdně. 4 osoby bez domova a 14 osob po výkonu trestu konzumují zeleninu 3–4x týdně. 5–6x týdně se nachází zelenina v jídelníčku u 9 osob bez domova a 10 osob po výkonu trestu. Denně jí zeleninu 14 osob bez domova a 6



osob po výkonu trestu. 3 osoby bez domova uvedly odpověď občas a celkem 3 osoby neví, tj. 2 osoby bez domova a 1 osoba po výkonu trestu.

### Otázka č. 19: Kolikrát v týdnu jíte ovoce?

Tabulka 19: Četnost ovoce v jídelníčku

Četnost ovoce v jídelníčku	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
1 - 2 x týdně	12	10	22
3 - 4 x týdně	5	9	14
5 - 6 týdně	9	4	13
7 x týdně	18	3	21
Jen občas	1	1	2
Nejím ovoce	4	29	33
Nevím	1	1	2
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

1–2x týdně konzumuje ovoce 12 osob bez domova a 10 osob po výkonu trestu, celkem 22 osob. 3–4x týdně 5 osob bez domova a 9 osob po výkonu trestu (14 osob), 5–6 x týdně 9 osob bez domova a 4 osoby po výkonu trestu (13 osob). Denně konzumuje ovoce 18 osob bez domova a 3 osoby po výkonu trestu, celkem 21 osob. Občasná konzumace se vyskytuje celkem u 2 osob. Ovoce nejí 33 osob, tj. 4 osoby bez domova a 29 osob po výkonu trestu. Odpověď neznají 2 osoby.

### Otázka č. 20: Trpíte nějakým onemocněním či zdravotními obtížemi?

Tabulka 20: Výskyt onemocnění a zdravotních obtíží u respondentů

Výskyt onemocnění a zdravotních obtíží	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	23	27	50
Ne	27	30	57
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Zdravotními obtížemi trpí celkem 50 osob, tj. 23 osob bez domova a 27 osob po výkonu trestu. Zbýlých 57 respondentů žádné obtíže neudává.

Vyskytující se zdravotní obtíže u našich respondentů bez domova jsou následující: artróza, vysoký cholesterol, astma, vysoký krevní tlak, epilepsie, deprese, hepatitida C, Crohnova choroba, rakovina, bolesti zad, stavy po mrtvici, žlučové kameny, diabetes, potíže se zrakem, plicní onemocnění, kožní choroby.

Osoby po výkonu trestu uvádějí ve 13 případech hepatitidu C, dále diabetes, chronický zánět průdušek, rakovinu, vysoký tlak, vysoký cholesterol, bércové vředy, bolest zad, psychické onemocnění, záněty žil.

**Otázka č. 21: Jste registrován u praktického lékaře?**

Tabulka 21: Registrace u praktického lékaře

Registrace u praktického lékaře	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	43	52	95
Ne	7	5	12
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Většina respondentů, tzn. 95 osob, je registrovaná u praktického lékaře. Pouze 12 osob nemá svého ošetřujícího lékaře, tj. 7 osob bez domova a 5 osob po výkonu trestu.

**Otázka č. 22: Kdy jste byl naposledy u praktického nebo odborného lékaře?**

Tabulka 22: Návštěva praktického nebo odborného lékaře

Návštěva praktického nebo odborného lékaře	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Letos	38	24	62
Minulý rok	5	14	19
Nevím	4	18	22
Nechodím k lékaři	3	1	4
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Z uvedených dat vyplývá, že 62 osob (38 bez domova a 24 po výkonu trestu) navštívilo lékaře letos (v roce 2016 – kdy probíhal výzkum). Minulý rok (2015) navštívilo lékaře celkem 19 respondentů (5 bez domova a 14 po výkonu trestu). 22 osob si nemůže vzpomenout, takto odpověděly 4 osoby bez domova a 18 osob po výkonu trestu. K žádnému lékaři nedochází 4 osoby, tj. 3 osoby bez domova a 1 osoba po výkonu trestu.

**Otázka č. 23: Užíváte nějaké léky?**

Tabulka 23: Užívání léků

Užívání léků	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	19	13	32
Ne	31	44	75
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Léky užívá 32 osob, tzn. 19 osob bez domova a 13 osob po výkonu trestu. Ostatní žádné léky neužívají.

**Otázka č. 24: Pokud užíváte léky, musíte je měsíčně doplácet?**

Tabulka 24: Doplácení léků

Doplácení léků	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	12	13	25
Ne	7	0	7
Celkový počet respondentů	19	13	32

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů, kteří užívají léky (32 osob), měsíčně na ně doplácí 25 osob (12 osob bez domova a 13 osob po výkonu trestu). Léky nedoplácí pouze 7 respondentů bez domova.

**Otázka č. 25: Jste spokojený se svým životem?**

Tabulka 25: Spokojenost se životem

Spokojenost se životem	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	22	36	58
Ne	28	21	49
Celkem respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Více než polovina (58 osob) respondentů hodnotí svůj život pozitivně. Největší počet respondentů je ze skupiny osob po výkonu trestu (36 osob). 49 osob necítí spokojenost se svým životem. Spokojenost se životem je u osob po výkonu trestu častější. U osob bez domova lehce převažuje nespokojenost, zřejmě by uvítaly zlepšení situace a možnost bydlení.

**Otázka č. 26: Máte jistotu v rodině v případě nemoci?**

Tabulka 26: Jistota v rodině v případě nemoci

Jistota v rodině v případě nemoci	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	28	24	52
Ne	22	33	55
Celkem respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Pocit jistoty v rodině je méně pocíťován u osob po výkonu trestu. Celkově 52 osob v případě nemoci může požádat rodinu o pomoc. Ostatní, tj. 55 osob si musí se svými problémy poradit bez pomoci nejbližších.

**Otázka č. 27: Máte přátele, na které se můžete spolehnout?**

Tabulka 27: Jistota pomoci od přátel

Jistota pomoci od přátel	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Ano	31	21	52
Ne	19	36	55
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Jistota pomoci od přátel je možná u 52 dotazovaných. Problém je u 55 osob, tj. 19 osob bez domova a u 36 respondentů po výkonu trestu. Ti se nemohou na přátele ani ve velmi náročné situaci spoléhat.

**Otázka č. 28: Víte, kolik je průměrný plat?**

Tabulka 28: Vyhodnocení správnosti odpovědi

Kolik je průměrný plat?	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Správná odpověď	5	9	14
Špatná odpověď	33	40	73
Nevím	12	8	20
Celkový počet respondentů	50	57	107

Zdroj: vlastní

Danou otázkou jsme chtěli zjistit povědomí našich respondentů o průměrném platu. Většina respondentů (93) odpověděla špatně, nebo neodpověděli vůbec. Pouze 5 osob bez domova a 9 osob po výkonu trestu udalo správnou odpověď.

**Otázka č. 29: Víte, kolik je minimální mzda?**

Tabulka 29: Vyhodnocení správnosti odpovědi

Kolik je minimální mzda?	Osoby bez domova	Osoby po výkonu trestu	Celkem
Správná odpověď	10	24	34
Špatná odpověď	25	21	46
Nevím	15	12	27
Celkový počet respondentů	50	50	107

Zdroj: vlastní

Správnou odpověď vědělo 10 osob bez domova a 24 osob po výkonu trestu, celkem tedy 34 osob. Ostatní odpověděli špatně, nebo vůbec ne.

## 7 Rozhovory

Oba rozhovory byly nahrávány na diktafon a posléze přepsány bez jazykové úpravy.

### 7.1 Rozhovor s Mgr. Džemalem Gërbanim, vedoucím domu sv. Františka v Plzni

**Jak dlouho pracujete v sociálních službách charity, jak dlouho v domě sv. Františka v Plzni?**

Obojí stejně dlouho, to je 16 let.

**Baví Vás zde pracovat? Naplňuje Vás tato práce?**

Tak někdy víc, někdy míň. Ale dá se říci, že ano.

Ne vždycky je to hezký. Když si vzpomenu na ty začátky, tak člověk měl představy, že podá tu pomocnou ruku, a teď jako uvidí nějaké pozitivní změny na těch klientech a jaksi zaznamená i třeba nějakou vděčnost za to, že něco takového tady poskytujeme. A ono to tak není.

To si ale člověk musí přiznat, že od toho nemůže očekávat takový ty každodenní radosti, že se jako ta snaha shledává s úspěchem, protože jinak by vyhořel. Musí to člověk brát trošku s nadhledem, trošičku s odstupem a vědět, že prostě úspěch je to, když se občas něco povede.

**Kolik zaměstnanců pracuje v těchto 4 službách, u kterých jste uveden jako vedoucí?**

Dohromady nás tady ty čtyři služby obsluhuje 15 lidí. Je to dost málo a to nás bývalo i míň. To, že nás je teď patnáct, to je otázka posledních několika měsíců. Z těch 15 zaměstnanců je 8 pracovníků v sociálních službách, ti zajišťují takový základní chod tří z těch čtyř služeb a zajišťují to tak, že se střídají na 12hodinových směnách. Takže 24 hodin denně 365 dní v roce máme otevřeno. A vždycky tady někdo je. A tohle zajišťuje těchto 8 pracovníků. Těch zbylých 7, to jsou kromě mě sociální pracovníci, případně moje asistentka, respektive ještě paní hospodářka, která má na starosti praní prádla, lůžkovin a oblečení pro klienty.

**Dochází sem i dobrovolníci?**

Nemáme tady dobrovolníky. Ne, že bychom se snad striktně vymezovali, že by tu být nemohli, ale nemáme tu potřebu. Poněvadž k nám chodí poměrně velké množství

praktikantů během školního roku. Takže my prostě využíváme ty praktikanty na takovou různou výpomoc. Takhle nám to bohatě stačí.

### **Co spočívá v práci praktikanta?**

Často je využíváme na anamnestické rozhovory s klientama. Praktikanti se učí anamnestické rozhovory a nám to pomáhá, že s tím nemusíme ztrácet tolik času. No a pak je využíváme na doprovody klientů, když je potřeba vyřídit něco na úradě, u lékaře apod.

### **Jak získáváte potřebné věci, ošacení, hygienické prostředky a jídlo?**

Co se týče toho oblečení, tak vlastně hlavním a jediným zdrojem jsou dárci z řad veřejnosti. Veřejnost je tak jako navyklá. V průběhu celého roku sem lidí přicházejí a donášejí nám nějaké onošené šatstvo. Takže ho máme dostatek. A případně, když nám něco malinko chybí, tak se obracíme na naši takovou sesterskou organizaci, Středisko sociální rehabilitace, kterou provozuje diecézní charita Plzeň. Tam je velký humanitární sklad, kde také mají množství oblečení. Takže si občas takto doplníme naše zásoby.

A co se týče jídla, to se mění v průběhu času. Donedávna jsme mívali k dispozici 20 000 měsíčně od trapistických mnichů z kláštera Nový dvůr, kteří nám tedy svůj přebytek takhle dávali, abychom mohli nakupovat pro naše klienty potraviny. Nicméně protože oni stáli u zrodu ještě jaksi jiného projektu jiné organizace, která se dostala do potíží, tak jsme se domluvili tak, že ta finanční podpora nás skončí a oni to budou směřovat na tu jinou organizaci. Pro nás to teda naštěstí neznamenalo žádný problém, protože se zrovna v tu chvíli rozjel projekt poskytování potravinové pomoci od Ministerstva práce a sociálních věcí. Takže teď od toho ministerstva dostáváme takové potravinové balíčky, které můžeme těm našim klientům rozdávat. My to děláme jenom jednou týdně. Není to tedy tak, že by ta potravinová pomoc od nás zajistila tomu našemu klientovi jakoby veškerou stravu každodenně, ale je to jenom taková drobná výpomoc v jeho situaci.

### **Jakým způsobem funguje nízkoprahové denní centrum?**

Denní centrum je otevřeno dopoledne od 9 do 12 hodin a odpoledne od 15 do 17 hodin. Ten primární důvod, proč sem lidé přichází, je právě to, aby nemuseli být venku a zahřáli se. Mají možnost dostat zadarmo kafe, čaj a cukr. Takže 100 % z nich to využije a posedí si, můžou se přitom podívat na TV nebo si počíst v nějaké knížce či časopisu. Mají k dispozici zadarmo sprchu, záchod. Takže to je další taková motivace, že si můžou důstojně vykonat tyto základní potřeby. Mají vždycky k dispozici nějakou kuchyňku, takže si můžou převážně z vlastních zdrojů připravit něco k jídlu a pití, a za další mají možnost zadarmo nechat vyprat svoje oblečení a dostat nějaké obnošené šatstvo. Dostanou zde také hygienické potřeby a jednou za týden mají nárok na potravinový balíček. To jsou takové

materiální věci, kvůli kterým sem ti lidi přicházejí. A až sekundárně je zajímavá, že jsou tady sociální pracovníci, který jim mohou pomoci vyřešit nějaké problémy.

### **Na jak dlouho můžete poskytnout pobyt v azylovém domě?**

Služba je ze zákona omezena na jeden rok. Ale ono je to teda napsané tak, že ten pobyt v tom azylovém domě by zpravidla neměl překročit dobu jednoho roku. To slovíčko zpravidla umožňuje tu dobu překročit, ale musí to být nějak opodstatněný a nemůžeme to dělat pořád dokola. Můžeme tu dobu jednoho roku překročit v případech, než si ten klient sežene jiné ubytování, nebo zajistí důchod. To jsou záležitosti s jasným koncem a trvá to do těch 2 měsíců. Nájem činí 100 Kč/den.

### **Museli jste někdy klientovi ukončit pobyt ve Vašem zařízení?**

To se stává poměrně běžně. Buď není z nějakého důvodu schopný hradit si to ubytování, nebo není ochotný to platit, protože dává přednost platbám za něco jiného, není ochotný dodržovat základní zásady hygieny, pořádku, uklízení, nebo nechce spolupracovat se sociálním pracovníkem na řešení nějakých řešitelných potíží. Za ten rok ubytujeme zhruba 35 lidí a 5 lidí skončí kvůli těmto důvodům.

### **Využívají těchto služeb více ženy, nebo muži?**

Žen bezdomovkyň je všude na světě výrazně méně než mužů. To platí všude na světě. Podíl těch žen je 15–25 procent. U nás v Plzni se to pohybuje také kolem těch 20 procent. Máme tu kapacitu 16 lůžek a z toho 4 lůžka máme vyčleněné pro ženy. A bývá to tak jako naplněný. Myslíme si, že je to tak akorát. Nemáme problém s tím, že by to bylo málo.

### **Na jakém principu funguje terénní služba?**

8 pracovníků z těch 15, co nás tu je, tak čtvrtinou úvazku jsou do toho terénního programu a jsou vlastně rozděleny do dvojic, které zhruba jednou až dvakrát týdně jdou do toho terénu. Každá ta dvojice má několik svých rajonů. Takhle máme rozdělenou úplně celou Plzeň. Pracovníci v rámci toho svého rajonu se snaží vyhledávat a kontaktovat lidi bez domova. Takhle vyhledaným a zkontaktovaným lidem nabízíme v první řadě ty naše kamenné služby, tzn. noclehárnu, kde noclezné činí 40 Kč/noc a nízkoprahové denní centrum, eventuálně azylový dům. Ale realita je taková, že většina z těch lidí, které zkontaktujeme někde venku, ty naše služby nevyužívá. Ani ne tak proto, že by o nich nevěděli, ale proto, že prostě je z nějakého důvodu momentálně využívat nechtějí. Ty důvody jsou nejčastěji dva. Buď ti lidi mají psy a se psama tady být na nocleh nemůžou. Nebo je to proto, že vědí, že tady existují pravidla, která by nebyli ochotní dodržovat. Především se to týká alkoholu. My tady máme určitou toleranci na alkohol, ale ne až



takovou, aby sem prošel člověk, který má v sobě 1 až 2 krabice vína. Ve využívání služeb jim brání tedy jejich závislost. Někdy je to závislost na drogách. My samozřejmě máme klienty, kteří užívají drogy, ale chceme, aby nebyli v době, kdy využívají našich služeb, pod jejich vlivem. Takže bezdomovci, kteří propadli do závislosti na nějaké tvrdé droze a jsou v podstatně pořád intoxikovaní, nemají šanci ty naše služby využít.

### **Jaké jsou nejčastější problémy, které pomáháte řešit?**

Nejčastěji pomáháme klientům k tomu, aby měli v pořádku doklady. Hodně těch lidí, kteří sem přicházejí, nemají občanku. Takže my jim pomůžeme získat rodný list a občanku. Většinou jim na to půjčíme peníze. Dost často jim půjčujeme i na tzv. rychlou občanku, která je na počkání. Je to dražší, ale díky tomu jim můžeme pomáhat hned se zaevidovat na úřad práce. S tou evidencí můžou potom získat dávky hmotné nouze. To je takový základ, o který se snažíme, a skoro u všech se nám to daří.

Další věc je, že jim pomáháme získat lékařskou péči, a to jednak tím, že přímo pro nás zde provozuje ordinaci praktická lékařka. Dvakrát týdně je tady k dispozici a případně ve spolupráci s p. doktorkou zajišťujeme ještě nějakou jinou další lékařskou péči, pokud je potřeba. S tím souvisí teda i to, že našim klientům pomáháme získat invalidní nebo i starobní důchody.

No a těm, u kterých to z hlediska věku a zdravotního stavu připadá v úvahu, pomáháme vstoupit na trh práce. Jednak teda tím, že jim pomáháme získávat kontakty, tzn. že vyjíždíme všelijaké nabídky na internetu, ale také pracovní agentury jsou zvyklé podávat sem nějakou svoji inzerci, nabídku pracovních míst. Můžou sem přicházet i podnikatelé a poptávat se po lidech.

Pak je to zase o tom, že ta naše sesterská nebo partnerská organizace, Středisko sociální rehabilitace, může některé ty naše klienty v tom humanitárním skladu zaměstnat za minimální mzdu. A poslední taková věc je, že přímo tady náš klient může s námi sepsat smlouvu o tom, že se stává kolportérem časopisu „Nový prostor“ a tím si může vydělat nějaké peníze. Není to teda úplně zaměstnání, rozhodně ten výdělek není nic, co by se dalo nazvat vyloženě výplatou, ale řádově stokoruny až tisícikoruny měsíčně si člověk může vydělat. U nás ho vlastně nakupuje za 25 Kč a prodává za 50.

### **Mají osoby bez domova zájem o pracovní nabídky?**

To je právě další problém, že o ty pracovní nabídky má především zájem ta věková kategorie od 35 do 55 let. Jak je jim nad 55, tak to mají mnohem složitější. Po zdravotní stránce na tom nejsou třeba úplně dobře. Takže v podstatě reálně nemůžou někam nastoupit do zaměstnání. Ale problém je ten, že většina těch mladých lidí do těch 30 až 35

let nechce pracovat. I když ty možnosti jsou. Nechtějí se zapojovat do trhu práce. Nechtějí vyvíjet dlouhodobější úsilí k tomu, aby se vlastními silami a s naší pomocí ekonomicky postavili na vlastní nohy. Oni prostě očekávají, že se stát trošku postará, i když to nebude žádná sláva, ale vyhovuje jim to tak. Málokdy se dá tohle zviklat a převrátit. Spíše to pak poznají věkem. Když jim už pak dochází dech a už to není tak snadný žít jednou nohou na ulici a jednou nohou v noclehárně. Teprve potom se začnou nad tím zamýšlet, ale to už je pozdě. Kdo vezme do zaměstnání někoho, komu je už třeba 32 let, nemá žádné vzdělání, jenom to základní a nemá žádné pracovní zkušenosti a návyky.

### **Jaká věková kategorie těchto osob je nejčastější?**

To se nedá takhle úplně říci. Já si myslím, že je to rozdělený zhruba na třetiny. Třetina jsou lidé tak do 35 let, třetina jsou zhruba od 35 do 55 a další třetina nad 55. Bývalo to přibližně před 10 lety tak, že těch lidí do 35 let bylo výrazně méně než třetina osob nad 35. Bylo jich tak 5–10 %. Podle mého názoru se každým rokem mírně zvyšuje podíl těch mladých lidí, kteří jsou bez domova a stávají se našimi klienty

### **Jaké nejčastější zdravotní obtíže mají osoby, kterým poskytujete pomoc?**

Jsou to kožní onemocnění a pak jsou to problémy s dolními končetinami. Objevuje se nějaká ta omrzlina a dost často mívají i různé bérkové vředy, záněty žil v těch končetinách, což je způsobeno tím, že skoro všichni ti lidé jsou kuřáci. A samozřejmě i to, že ty nohy nedostávají tolik odpočinku.

### **Můžete si vzpomenout na nějakého klienta, kterému se podařilo zařadit se zpět do normálního běžného života?**

Ono je otázka, co to je normální život. Dejme tomu, že představa společenské normy je, že člověk je vlastníkem nějakého bytu, chodí do práce a má rodinu. Takhle daleko se za těch 16 let nikdo z těch našich klientů nedostal. Pokud bychom si tu normu posadili tak, že ten člověk není závislý na dávkách od státu a má svoje nějaké, byť levné, pronajaté bydlení, chová se slušně, nepáchá žádnou kriminální činnost, tak takových klientů za ty roky byly desítky. Získali bydlení na nějaké lepší ubytovně nebo pronajatém bytě, měli už jako velmi stabilní zaměstnání, byli schopni dobře vycházet se svými příjmy a nebyli už nějak tragicky zadluženi. Takových lidí je velká řada. Ale spíše to bývají lidé, kteří už někdy v minulosti vlastně ten normální život vedli. Ty se pak dokáží lépe vracet. Problém je v tom, že nám narůstá každým rokem vlastně podíl těch klientů, kteří nikdy nezažili takový život, který by odpovídal byť té nejnižší společenské normě. Buď teda prožili to dětství v nějaké sociálně vyloučené lokalitě, jsou teda z nějaké velmi sociálně slabé rodiny, anebo jsou to lidé, kteří prožili ten život v dětském domově a odchází v těch

18 letech. Ten dětský domov není schopný tyto lidi připravit na normální život. Ty děti jsou tam zahrnuty materiálně, aniž by znali cenu těch věcí. Mají dostatek hezkého oblečení a neví, co všechno za povinnosti musí člověk každodenně dělat, aby to mohl mít. Oni vyjdou z dětského domova a zjistí, že začali chodit do práce, kde dostávají 10 tisíc měsíčně a nakoupí si hezké oblečení a mobil, místo toho, aby si zaplatili za 6–7 000 hezké bydlení a snažili se s tím zbytkem nějak vyjít. Tohle nejsou ochotní dělat a nejsou schopní to přijímat a stávají se bezdomovci a ztrácí motivaci o něco dál usilovat. Ti mladí lidé do těch 30–35 let jsou v drtivé většině osoby z těch sociálně vyloučených lokalit nebo děti z dětských domovů. Takže v tohle tom je ten výhled negativní. Na jedné straně je třeba více pracovat s těmi sociálně slabými rodinami, aby se z té situace dostávaly a jejich děti měly už jiné návyky. Na straně druhé je potřeba v podstatě změnit systém péče o děti bez rodin tak, že většina z nich bude v pěstounské péči, když ne přímo v adopci.

#### **Máte možnost pro sebe a své zaměstnance využít porady a pomoci psychologa?**

Nemáme, ale máme supervizi. Ta je dnes nedílnou součástí každé sociální služby. Supervizi máme tak zhruba 5x do roka a kromě této týmové supervize může ten pracovník využít jednou za rok individuální supervizi, když má zájem a potřebu. Tohle bych řekl, že na tuto duševní hygienu a prevenci toho vyhoření stačí.

Zdroj: vlastní

## **7.2 Rozhovor s Mgr. Ivankou Annou Ludínovou**

#### **Jak dlouho pracujete jako sociální kurátorka?**

Jako sociální kurátorka pracuji 11 let.

#### **S jakou skupinou osob spolupracujete?**

Hlavní cílová skupina jsou lidé ve výkonu trestu nebo vazby, pokud se tedy z té vazby ozvou sami. Potom jsou to děti, které odcházejí z výchovného ústavu nebo z dětských domovů po dovršení 18 let, ale můžou ke mně přijít i děti, kterým končí pěstounská péče a dál už nechodí do školy.

#### **Vyhledávají Vás klienti sami?**

Je to dobrovolné. Pokud jsou ve výkonu trestu, přijde mi hlášení. Je-li to prvonástup, kdy jsem s tím klientem nikdy nepracovala, tak posílám dopis, aby věděl, že má venku nějakého pracovníka, na kterého se může obrátit. Ale už je na něm, zda se ozve zpátky.

Zrovna tak, když mi přijde oznámení o ukončení trestu. To, že přijde to oznámení, je dobrá zpráva, protože ten klient teda asi spolupracovat chce. Oni totiž nemusí k tomu oznámení dát svolení, aby mi bylo posláno. Všichni to nedělají.

Takže pokud já mám čas, tak ještě toho klienta ve věznici navštívím. Pokud ne, tak se s ním alespoň písemně domluvím. Pošlu mu základní informace.

Chodím i na pohovory do věznic, kde ty klienty mám. Zase se můžou zúčastnit a nemusí. Většinou toho využívají, řeknou, že třeba nebudou nic potřebovat, ale poděkují za nějakou informaci.

V průběhu trestu se třeba ta jejich životní situace mění. Jdou tam s tím, že mají partnerku a děti, ale v průběhu trestu je partnerka opustí, nechce jim třeba ukazovat děti. Takže při prvním rozhovoru jsou v pohodě, a pak před propuštěním mi píšou: nemám kam jít, nevím, co bude dál, rodiče mě nechtějí.

### **Jaké jsou nejčastější problémy, které pomáháte řešit?**

Pomáhám s ubytováním. Tam je dnes problém, protože ubytovny mají teď zmluvené pracovní agentury. Takže s bydlením v Plzni je velký problém. Oni si to mnohdy klienti také dělají sami, protože ubytování je, ale musíš pracovat. Jenže se jim někdy nechce pracovat, takže nemají bydlení.

Z internetu jim do věznice posílám informativně nabídky pracovních agentur s ubytováním. Pošlu jim seznam pracovních agentur. Po propuštění jim pomáhám vyplnit žádosti na úřad práce, pomůžu potvrdit příjmy z věznice, pokud pracovali. Pokud mají dluhy, tak je odkazuji na občanskou poradnu nebo člověka v tísní. Ale když jsou to základní informace o financích, např. zjistit, kolik mají od soudu exekucí, tak to jim pomůžu. Ale pokud chtějí insolvence, tak je odkazuji dál.

Dluhy jsou obecně velký problém. Klienti si třeba nemohou založit účet. V momentě, kdy jim tam přijde výplata, tak exekutor, který je první na řadě, jim to zablokuje. Také kontaktuju rodinu, zda chtějí kontakt se svým dítětem nebo nechtějí.

### **Jaká věková kategorie je nejčastější? Máte na starosti převážně muže, či ženy?**

Na starosti mám více mužů samozřejmě.

Nejčastější věková kategorie bych řekla, že je mezi 25 až 50 lety, pak to začíná klesat. Po 50 letech je většinou pak špatný zdravotní stav, často po dlouhodobém užívání drog. Mám dost klientů, kteří po 50 zemřeli. Vyskytují se také hodně žloutenky typu C.

### **Vedete si přesnou evidenci o klientech?**

Ano, mám přesnou evidenci.

### **Hrají sociální determinanty (míra vzdělanosti, nezaměstnanost, ubytování, finance, vliv rodiny) důležitou roli pro páchaní trestných činů?**

Určitě, ta rodina má velký vliv. Vzdělání je spojené s tou rodinou, která musí na to dítě dohlédnout. Ale potom jsou tu děti z rodin fungujících, ale je tady u nich ta revolta. Potom končí v těch squatech a tam už ta trestná činnost je.

Dnes soudci dávají velkou šanci s alternativními tresty (podmínky, dohledy, prospěšný práce). Je skupina osob, která je za to ráda a snaží se. Pak je skupina, která se dostane do výkonu trestu, a taky je to nějak nakopne. Ale u některých prostě ta revolta je a nezmění se to.

Existuje totiž skupina osob, kdy ta kriminalita je v nich. Mají v sobě „kriminálnický gen“, narodí se tím kriminálníkem a s tím nikdo nic nenadělá. On má potřebu prostě ty lumpárny dělat.

Neumí jinak přemýšlet. To jsou lidé s poruchou osobnosti. Nepřijme tu svou jinakost. On je prostě normální, ale všichni okolo ne.

### **Setkávají se klienti často s odmítnutím přijetí do zaměstnání kvůli jejich minulosti?**

Teď v poslední době bych řekla, že už to tak není. Pokud mají zájem o pozice, kdy na to stačí. Dnes se spíše hodnotí ta spolehlivost v tom zaměstnání. Samozřejmě můžou se setkat, že je někdo odmítné. V některých případech se vyskytne tady trend těch cizinců. U cizinců to nikdo moc nezkontroluje, ale u našich jo. Ve většině případů seženou práci prakticky jen přes ty pracovní agentury.

Většina těchto osob chce dneska pracovat, protože pracují ve věznici, jsou na to zvyklí. Jsou samozřejmě i tací, kteří prostě pracovat nechtějí.

Myslím, že tady je špatná podpora těch, co ve věznici pracovali. Oni přijdou na evidenci, tam si ta pracovnice neřekne, že pracoval a hned mu nenabídne práci. Je také problém s rekvalifikací. Oni by i šli, ale co jsem slyšela, tak musí být asi půl roku v evidenci na úřadu práce, než jim tu rekvalifikaci nabídnou. Oni se tak dostanou do začarovaného kruhu, z nějakého důvodu je několik firem odmítné a oni rezignují. Všechno by chtěli hned, jsou netrpěliví. Když je to hned, tak je to dobrý, ale když to hned není, tak tam nastanou problémy. Takže se do těch krádeží a podobně dostávají zpátky. Tam je zakopaný pes té recidivy. Také drogová problematika je jedna z velkých příčin návratu zpět.

### **Jak jsou na tom klienti se zdravotní péčí?**

Ve výkonu trestu tu zdravotní péči mají. Může nastat problém, např., že nemají peníze na léky.

Venku, pokud jsou zdraví, tak lékaře moc nevyhledávají.

### **Jak jsou Vaši klienti přijímáni okolím?**

Tak u těch drogově závislých už to je i vidět a společnost je obecně tak úplně nemusí, ale na spoustě mých klientů po výkonu trestu to není znát, takže to nikdo ani nemusí vědět.

### **Můžete si vzpomenout na nějakého klienta, kterého se podařilo zařadit zpět do normálního života?**

Je jich několik.

Muž, po propuštění je už tak rok a čtvrt. Měl dlouhý trest, asi 10 let. Už ve vězení měl zájem o to, jak to venku bude chodit. Ve věznici zaměstnaný nebyl. Ale po propuštění byl jen 14 dní na úřadu práce, pak šel hned pracovat. U toho jednoho zaměstnavatele pracoval dlouhou dobu a teprve nedávno změnil zaměstnání kvůli lepším podmínkách.

Nejdříve byl po ubytovnách a dnes bydlí v pronajatém bytě a mám z něj obrovskou radost. Pak mám jednu paní. Ta měla dlouhý a ošklivý trest. Teď je propuštěná na podmínku s dlouhým dohledem. Od samého začátku pracuje, byť několikrát vyměnila zaměstnavatele. Má přítele a žije v pronajatém bytě.

Kdybych prošla databázi, tak určitě jsou i další.

### **Máte někdy pocit, že Vás práce příliš vyčerpává?**

To jsou jen takové momenty. Já do práce chodím hrozně ráda a mám své klienty také moc ráda. Byť jsou zlobiví. Musí si člověk prostě uvědomit, s jakou skupinou pracuje, to je nejdůležitější.

### **Máte možnost využít porady a pomoci psychologa? Jak se snažíte předejít syndromu vyhoření?**

Máme psychologa, ale zatím toho nemusím využít. Za ty léta jsem pochopila, že je nepředělám, že je strašně důležité je vyslechnout a respektovat tu jejich svobodu, že se můžou rozhodnout.

Přijdu také domu unavená. Když je úřední den a přijde více lidí, tak je člověk vymluvený a psychicky unavený, ale neotužuje mě to nějak. Považuji se za šťastného člověka.

Zdroj: vlastní

## 8 Diskuze

Tato práce má za cíl zmapovat některé problémy sociálně vyloučených skupin populace. Téma je velmi aktuální. Sociální podmínky (man made), sociální gradient dominuje v působení na zdraví jedince. Sociální aspekty zdravotního stavu a nerovnosti ve zdraví jsou v současné době prioritou v programech Světové zdravotnické organizace.

Sociálně vyloučenými a na zdraví ohroženými osobami jsou bezdomovci. V České republice je problémům s bezdomovectvím věnována pozornost. Ministerstvem práce a sociálních věcí byla v roce 2013 vytvořena „Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020“.

Praktická část je zaměřena na sociálně slabé skupiny osob. Byly vybrány osoby bez domova a po výkonu trestu. Oslovili jsme sociální kurátorku města Plzně, Mgr. Ivanku Annu Ludínovou. Při mapování problémů osob bez domova nám pomohl Mgr. Džemala Gërbani, vedoucí domu sv. Františka v Plzni. S jejich pomocí bylo vyplněno celkem 107 dotazníků. Odpovídalo 50 respondentů bez domova a 57 po výkonu trestu. Oba sociální pracovníci nám též poskytli rozhovor. Ten obohatil práci o cenné údaje a názory lidí, kteří v sociálních službách pracují již dlouho.

V souboru převažovali muži, celkově nejčastější věk byl 20 až 35 let.

Práce má stanovené čtyři cíle a předpoklady.

1. Prvním cílem bylo zjistit dosažené vzdělání respondentů.

Vzdělání umožňuje jedinci lepší pracovní uplatnění a někdy i vyšší platové zařazení. Je prokázáno, že vzdělanější lidé mají lepší zdravotní stav.

Předpoklad byl, že 80 % respondentů z obou skupin bude mít jen základní vzdělání. Největší skupina respondentů má sice pouze základní vzdělání. Nedá se ale mluvit o většině (49 osob). Překvapivé je, že středoškolského vzdělání s maturitou dosáhlo 21 osob, čtyři respondenti vystudovali vysokou školu.

Předpoklad se nepotvrdil.

2. Druhým cílem bylo zjistit zaměstnanost respondentů.

Vzdělání může korelovat s možnostmi nabídek zaměstnání. Práce a pravidelný příjem umožní zajistit lepší podmínky pro život, zejména bydlení, stravu apod.

Předpokládali jsme, že 60 % respondentů bude nezaměstnaných. Ze 107 respondentů jich 65 (61 %) nepracuje, tj. 40 osob bez domova a 25 osob po výkonu trestu.

Předpoklad se potvrdil.

Většina osob bez domova (80 %) je bez zaměstnání. Osoby po výkonu trestu jsou na tom o něco lépe, menší část respondentů nepracuje.

Důvodů nezaměstnanosti je mnoho. Často jde o drogovou závislost či užívání tvrdého alkoholu. Dále hraje roli i původ ze sociálně slabých rodin, pobyt v dětském domově, nemoc, důchodový věk, povaha, životní hodnoty, porucha osobnosti a další faktory.

Někteří jedinci končí bez domova. Velmi často jsou to i mladí lidé, jelikož nechtějí nastoupit do zaměstnání. Dle rozhovoru s Mgr. Gërbanim nechtějí vyvíjet dlouhodobější úsilí, i když nabídky zaměstnání pro tyto osoby jsou.

### 3. Třetím cílem bylo zjistit nemocnost dotazovaných respondentů.

Nemoc omezuje možnosti zaměstnání a zejména kvalitu života. Předpoklad byl, že nejméně 50 % dotazovaných bude trpět nějakými zdravotními problémy. 50 osob (23 osob bez domova a 27 po výkonu trestu) uvedlo nějaké zdravotní obtíže či onemocnění. Spektrum onemocnění bylo široké, nemoci srdce a cév, diabetes, psychické problémy a jiné chronické choroby. Uvedena byla rovněž hepatitida C. Větší část souboru žádné obtíže neuvedla.

Předpoklad nebyl splněn.

### 4. Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda se respondenti ve vážných situacích mohou obrátit na rodinu či přátele.

Rodina znamená pro každého člověka zázemí, jistotu pomoci v případě nemoci nebo tíživé životní situace. Přátelé jsou také oporou a zdrojem pomoci.

Předpoklad byl, že 45 % respondentů bude odkázáno jen samo na sebe. Podle dotazníkového šetření to bylo 51 %.

Předpoklad byl potvrzen.

Na rodinu se nemůže spolehnout 22 osob bez domova a 33 osob po výkonu trestu. Přátele nemůže oslovit 19 respondentů bez domova a 36 respondentů po výkonu trestu. U rodiny může hledat pomoc 28 osob bez domova a 24 osob po výkonu trestu. Podělit se o trable s přáteli může 31 osob bez domova a 21 osob po výkonu trestu.

V souvislosti s pomocí rodiny nás zajímal také rodinný stav respondentů. Nejvíce bylo svobodných (59) a rozvedených (38) osob. Děti má 58 osob.

Většina respondentů bez domova (34) využívá možnosti přespávání v domě sv. Františka v tzv. noclehárnách. V azylovém domě přespává 16 respondentů. Dle rozhovoru s Mgr. Gërbanim zde mohou být ubytováni po dobu jednoho roku. Jen závažné a opodstatněné situace dovolují danou dobu překročit. Je to možné, pokud si respondent



vyřizuje např. jiné bydlení, sociální dávky, důchod apod. Jsou to záležitosti, které mají jasný konec a netrývají příliš dlouho. Noclezné činí 40 Kč/noc a nájem v azylovém domě činí 100 Kč/den. Většina respondentů po výkonu trestu je ubytována na ubytovnách. Nejméně lidí bydlí v pronajatém bytě. Někteří nocují přímo na ulici. Pouze 3 osoby uvedly, že vlastní byt.

Zajímali jsme se i o respondentovu rodinu. Předmětem našeho zájmu bylo vzdělání a drogová závislost v rodině. Základní nebo středoškolské vzdělání s výučním listem bylo nejčastější. Co se týče drogové závislosti, 88 respondentů uvedlo, že nikdo z rodiny žádné drogy neužíval.

Dotazovali jsme se na další negativní faktory životního stylu respondentů. Většina uvedla, že tvrdý alkohol nepijí a drogy neužívají. Možná na tvrdý alkohol nebo drogy nemají peníze. Některé osoby se ovšem striktně vymezovaly proti tomu, že by někdy drogy užívaly.

Chtěli jsme se také dovědět, jakým způsobem se naši respondenti stravují, zda konzumují alespoň 3x denně jídlo. Jen 56 osob uvedlo, že ano. Ostatní nemají peníze, čas, nechtějí nebo drží dietu.

Většina respondentů je zaregistrována u lékaře, praktického či odborného lékaře navštívila letos (v roce 2016) většina souboru.

Otázky jsme směřovali i na znalosti respondentů o platech. Většina nevěděla, kolik je průměrný plat ani minimální mzda. Lepší znalosti měly osoby po výkonu trestu.

V rozhovorech s pracovníky sociálních služeb jsme se ptali na obsah činnosti dané pracovní pozice. Zajímaly nás osoby, kterým se podařilo vrátit zpět do normálního způsobu života. Dále jsme se ptali na nejčastější problémy, které s klienty řeší.

Cílem bylo rozšířit si povědomí ohledně práce se sociálně slabými skupinami osob. Náš cíl byl splněn. Oba pracovníci byli velmi sdílní a ochotní odpovídat na všechny námi kladené otázky. Zajímavé byly též jejich názory.

Mgr. Gěrbaní v rozhovoru uvedl, že je důležité více pracovat se sociálně slabými rodinami, aby jejich děti měly větší šance na lepší budoucnost. Zároveň se snažit o větší umístění dětí z dětských domovů do pěstounské péče, aby získaly důležité návyky potřebné pro svůj život.

Tyto děti jsou totiž v dětských domovech zahrnuty materiálním a neznají hodnotu daných věcí. V dospělosti pak nechtějí daný standard opustit a končí na ulici.

Mgr. Ludínová poskytuje důležité informace (ubytování, možnost zaměstnání) klientům ještě před propuštěním z vězení. Ti, kdo ve vězení pracují, mají zažité návyky

a rychleji se zapracovávají na svobodě. Bohužel se stává, že po zapsání na úřad práce jim není zaměstnání nalezeno v krátké době a s rekvalifikací je problém. Rekvalifikační kurz jim totiž není nabídnut ihned, ale až po nějaké době na úřadu práce. Tyto osoby ale nemají peníze a jsou netrpělivé. Daná situace může podněcovat recidivu k páčání trestné činnosti.

Dotazníkové otázky jsme se snažili vzhledem k dané skupině osob pokládat co nejjednodušeji. I přesto se objevoval problém při vyplňování dotazníku. Především osoby po výkonu trestu byly nespokojeny s množstvím otázek. Největší komplikací byly též otevřené otázky, kterých možná mělo být o něco méně. Avšak i přes dané těžkosti se podařilo získat cenné údaje, potřebné pro zpracování údajů této bakalářské práce.

## Závěr

Práce se zaměřuje v teoretické části na sociální determinanty zdraví. Ty způsobují nerovnosti ve zdraví mezi sociálními skupinami. Lidé trpící chudobou, sociálním vyloučením, nezaměstnaností, nedostatkem informací kvůli nízkému vzdělání, špatnými životními podmínkami jsou velmi náchylní ke vzniku onemocnění, která by u nich v lepších podmínkách nemusela propuknout. Žijí pod velkým stresem a strachem z budoucnosti. Mnozí nevědí, zda i v dalších dnech budou moci uspokojit své základní potřeby, což se velmi odráží na jejich zdravotním stavu. Stres oslabuje naši imunitu a občasné problémy s ním spojené může přeměnit na chronická onemocnění. Především mluvíme o vysokém krevním tlaku, žaludečních obtížích a hrozbě vzniku infarktu myokardu a mozkové příhody. Osoby žijící na ulici mají opravdu velmi špatné podmínky pro svůj život. Velmi často trpí kožními problémy, plicními onemocněními, v zimě jsou ohroženi vznikem omrzlin či smrti z celkového prochladnutí.

Vzdělání je velmi důležitým faktorem ovlivňujícím život člověka. Nepřináší nám pouze informace, ale také poskytuje větší možnost společenského a pracovního uplatnění. Rovněž velmi záleží na pracovní pozici. Jestliže se člověk vyskytuje na pracovním místě bez možnosti rozvoje a seberealizace, nikam se neposouvá a nezažívá uspokojení z vykonané činnosti. Platební ohodnocení pak také není adekvátní a může přispět ke ztrátě naděje na zlepšení situace a zájmu zařazovat se do pracovního procesu. Dotyčný se dostane do bludného kruhu beznaděje a může hledat únik z nepříznivé reality v užívání návykových látek. Ať už se jedná o alkohol, tabák či tvrdé drogy, jeho finanční a zdravotní situaci se tím jen zhorší. Podobné případy se v mém okolí vyskytují.

Můj mladý soused kvůli špatným životním podmínkám, nízkému vzdělání, nezaměstnanosti, laxnímu přístupu otce při výchově upadl do drogové závislosti. Propuklo u něj onemocnění schizofrenie, páchal trestné činy a i přes naši pomoc skončil na ulici. Následně byl hospitalizován na oddělení psychiatrické léčebny. Díky lékařské péči opustil nemocnici, pracuje a je ubytován v azylovém domě. Sice svou životní situaci nezlepší na úroveň vysněných podmínek, ale doufám, že využije druhou šanci pro důstojný život. Na této ukázce můžeme vidět, jak nezájem rodičů, špatné životní podmínky a nedostatečný životní příklad od členů rodiny může zničit sny a život šikovného kluka, který jen potřeboval větší podporu a důslednější vedení.

Cílem naší práce bylo v empirické části provést vlastní výzkum pro zjištění odpovědí na cílové otázky a výsledky porovnat s našimi předpoklady. Prvním cílem bylo

zjistit nejčastější úroveň vzdělání našich respondentů. Předpokládali jsme, že 80 % dotazovaných osob bude spadat do kategorie základního vzdělání. Předpoklad nebyl potvrzen. Je pravda, že největší zastoupení osob bylo v dané kategorii, ovšem pouze v počtu 49 osob, tzn. 46 %. Další početná skupina patří mezi osoby s výučním listem, 33 osob, tzn. 31 %. Nejmenší zastoupení měla skupina osob s vysokoškolským vzděláním.

Druhým cílem bylo zmapování zaměstnanosti respondentů. Předpokládali jsme, že 60 % respondentů bude nezaměstnaných. Tentokrát byl náš odhad úspěšný. 65 respondentů uvedlo, že v současné době nemají zaměstnání, což činí 61 % dotazovaných osob.

Třetím cílem bylo zjištění nemocnosti respondentů. Předpokládali jsme, že více jak 50 % dotazovaných jedinců bude trpět nějakými zdravotními obtížemi. Přítomnost onemocnění nám potvrdilo 50 respondentů, což činí 47 %. Předpoklad se nepotvrdil, ale našemu odhadu se výsledek velmi přibližuje.

Posledním cílem bylo zjistit, zda se mohou naši respondenti obrátit na rodinu či přátele. Domnívali jsme se, že 45 % respondentů bude bez podpory nejbližších. Takto odpovědělo 55 osob, respektive 51 %. Předpoklad byl tedy vyvrácen.

Cílem rozhovorů bylo rozšířit naše povědomí o poskytování pomoci institucemi zabývajícími se námi vybranými skupinami osob. Dověděli jsme se náplň práce sociální kurátorky a její pohled na věc. Dále nyní víme, s čím mohou osobám bez domova pomoci v domě sv. Františka v Plzni a jaké služby zde poskytují. Vždy mě zajímalo, jakým způsobem si tito lidé obstarávají potravu a zajišťují základní hygienické potřeby. Nyní vím, že sociální zařízení umožňují vykonání základních potřeb. Jednou týdně poskytují nárok na potravinový balíček. Co nás trochu překvapilo, je fakt, že služby azylového domu a nocleháren jsou placené. Nemůže je tedy využívat úplně každý.

Součástí naší bakalářské práce je i letáček určený pro širokou veřejnost. Mohl by sloužit jako zdroj informací o dané problematice. Předkládá možnosti, jak lze pomoci znevýhodněným osobám.

Podle odhadů Ministerstva práce a sociálních věcí je 68,5 tisíce osob bez domova. V ČR podle těchto odhadů tak na ulici žije 6,7 osoby v přepočtu na tisíc obyvatel. Z celkového odhadu počtu vyloženě nebydlících tvoří bezmála čtvrtinu ženy, 12 % mladí do 18 let a 10 % senioři nad 65 let. Mezi nejčastější důvody vzniku bezdomovectví sociální pracovníci obcí uvedli zadlužení (90 %), závislost na alkoholu (79,2 %) a nezaměstnanost (78 %). (Ginter, 2016)

Český statistický úřad (ČSÚ) ve spolupráci se Sdružením azylových domů v ČR a s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR se poprvé v historii ČR pokusil v rámci

Sčítání lidu, domů a bytů 2011 v celé zemi zmapovat i život lidí bez domova. Cílem sčítání bylo získat informace o lidech, kteří potřebují pomoc a stojí o ni. Zaměřili se na ty občany bez domova, kteří využívají sociálních služeb, jsou ochotni komunikovat a přijmout nabízenou pomoc. Na lidi, kteří žijí na ulici, s úřady nekomunikují, komunikovat nechtějí a o nabízenou pomoc se nezajímají, se sčítání nezaměřovalo. ČSÚ získal sčítací komisaře z řad zaměstnanců azylových domů a ti se svými klienty vyplnili na sčítací list osoby všechny informace, které byl daný člověk schopen dát dohromady. Sčítalo se v azylových domech, domech na půli cesty, noclehárnách a v nízkoprahových denních centrech. Celkem sebrali sčítací komisaři informace od 11 496 lidí, kteří byli podle dané metodiky označeni jako lidé bez domova. Typický bezdomovec, který využívá služeb sociálních zařízení, je podle tohoto sčítání: muž ve věku 45 až 49 let, vyučený, svobodný, nezaměstnaný, nehovoří o své víře. (Český statistický úřad, 2015)

Abychom mohli odstranit nebo alespoň omezit nerovnosti ve zdraví z důvodu socioekonomického postavení ve společnosti, musíme začít informovat a působit na jednotlivce, zvyšovat tak celospolečenské uvědomění o problému a potřebě jeho řešení. Mělo by být vytvořeno více programů a současně by mělo být zajištěno, že budou dostupné pro všechny.

Ze všeho nejdůležitější je předcházení, prevence sociálního vyloučení znevýhodněných osob. Spočívá ve vyhledávání rizikových osob a ve včasné pomoci jejich integraci do společnosti. Hlavní je zejména pracovní uplatnění, pomoc blízkých a možnost sociálního bydlení.

## Literatura a prameny

BARTÁK, Miroslav, 2011. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. ISBN 978-807-4144-417.

BENEŠOVÁ, Romana, 2011. „Ageismus.“ *Socioweb*. Č. 1: 8-9. ISSN 1214-1720. Dostupné také z: [http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186\\_SOCIOWEB\\_01\\_2011\\_\\_.pdf](http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186_SOCIOWEB_01_2011__.pdf)

Bílý Medvěd Public Relations s.r.o., 2013. O schizofrenii v kostce. *Schizofriends.cz* [online]. 2013 [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://www.schizofriends.cz/o-schizofrenii-v-kostce/>

BUCHTOVÁ, Božena, 2002. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 8024790068.

Centrum preventivní medicíny při Ústavu preventivního lékařství LF MU, 2017. Příčiny kardiovaskulárních onemocnění. *Med.muni.cz* [online]. Brno [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/centrumprevence/informace-pro-vas/rizika-nemoci/6-priciny-kardiovaskularnich-onemocneni.html>

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 9788024732138.

ČESKO, 2006. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006. In *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Český statistický úřad, 2015. Výsledky sčítání bezdomovců. *Czso.cz* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/sldb/vysledky\\_scitani\\_bezdomovcu](https://www.czso.cz/csu/sldb/vysledky_scitani_bezdomovcu)

ČEVELA, Rostislav a kol., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 9788024629384.

GINTER, Jindřich, 2016. Bezdomovců je v Česku dvakrát víc, než se dosud uvádělo. *Novinky.cz* [online]. Borgis [cit. 2017-03-29]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/domaci/397330-bezdomovcu-je-v-cesku-dvakrat-vic-nez-se-dosud-uvadelo.html>

HNÍZDIL, Jan, 2014. *Zaříkávač nemoci: chcete se léčit, nebo uzdravit?*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 9788074223211.

KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 8020013075.

KREJČÍ, Ivona, 2007. Vředová choroba žaludku a duodena. *Medicina pro praxi* [online]. 2007, (5), 209 - 210 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.medicina.propraxi.cz/pdfs/med/2007/05/05.pdf>

KŘÍŽOVÁ, Eva, 1998. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky. ISBN 8023832417.

Meditorial, 2013. Kouření a naše zdraví. *Stop-kouření.cz* [online]. Praha: MeDitorial [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.stop-koureni.cz/koureni-a-nase-zdravi>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. *Health 2020 - National Strategy for Health Protection and Promotion and Disease Prevention*. Prague: Ministry of Health of the Czech Republic in cooperation with the National Institute of Public Health, 2014. ISBN 9788085047509.

MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ, 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024625102.

OŽANOVÁ, Sára, 2016. Jestřáb a hrdlička v každém z nás – je sobeckost vždycky výhodnější než altruismus? *Winnersbook.cz* [online]. Praha: WinnersBook [cit. 2017-03-27]. Dostupné z: <http://www.winnersbook.cz/jestrab-a-hrdlicka-v-kazdem-z-nas-je-sobeckost-vzdycky-vyhodnejsi-nez-altruismus/>

PEKÁRKOVÁ, Andrea, 2013. Sociálně – zdravotní problematika bezdomovectví: Zdraví osob bez domova. *Sociální služby* [online]. 2013, XV(srpen–září), 4 [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/SS%208,9-2013%20s28-31.pdf>

PETRÁSEK, Richard, 2004. *Co dělat, abychom žili zdravě*. Praha: Vyšehrad. ISBN 8070217111.

PLOCOVÁ, Monika, 2017. Drogy a drogová závislost. *Monikaplocova.cz* [online]. 2017 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://monikaplocova.cz/drogy-a-drogoва-zavislost>

Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009. Alkohol. *Drogy.cz* [online]. 2009 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/drogy/kap-alkohol.html>

Státní zdravotní ústav, 2016. Je to i tvůj příběh – kampaň. *Szu.cz* [online]. Praha: SZU [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/je-to-i-tvuj-pribeh-kampan>

Státní zdravotní ústav, 2016b. Snižování zdravotních nerovností-podpora zdraví ve vyloučených lokalitách [online]. Praha: SZU [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/nerovnosti/2016/Projekt\\_Snizovani\\_zdravotnic\\_h\\_nerovnosti.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/nerovnosti/2016/Projekt_Snizovani_zdravotnic_h_nerovnosti.pdf)

ŠKRABOVÁ, Helena, 2009. Druhy potřeb. *Szsmb.cz* [online]. 2009 [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: [http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/POT%C5%98EBY.pdf](http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/POT%C5%98EBY.pdf)

ŠTĚPÁNKOVÁ, Martina, 2006. Co je to diskriminace? *Mkc.cz* [online]. 2006 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: [http://www.mkc.cz/uploaded/antidiskriminace/Co\\_je\\_to\\_diskriminace.pdf](http://www.mkc.cz/uploaded/antidiskriminace/Co_je_to_diskriminace.pdf)

URBÁNEK, Petr a Petr HUSA, 2016. Žloutenka typu C. *Zloutenka-c.cz* [online]. [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <http://www.zloutenka-c.cz/>

VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 9788024622095.

WILKINSON, Richard G. a M. G. MARMOT, 2005. *Fakta & souvislosti: sociální determinanty zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 808662546x.

ZAJÍCOVÁ, Lenka, 2017. Stres. *Zajicova-psychologie.cz* [online]. 2017 [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: <http://www.zajicova-psychologie.cz/psychologicke-psychoterapeuticke-sluzby/stres.aspx>



## **Seznam zkratk**

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně
WHO	World Health Organization

## Seznam tabulek

- Tabulka 1: Pohlaví respondentů
- Tabulka 2: Věk respondentů
- Tabulka 3: Rodinný stav respondentů
- Tabulka 4: Počet dětí respondentů
- Tabulka 5: Ubytování respondentů
- Tabulka 6: Spokojenost s ubytováním
- Tabulka 7: Vzdělání respondentů
- Tabulka 8: Vzdělání rodičů
- Tabulka 9: Zaměstnanost respondentů
- Tabulka 10: Evidence nezaměstnaných respondentů na úřadu práce
- Tabulka 11: Pobírání sociálních dávek
- Tabulka 12: Zastoupení kuřáků mezi respondenty
- Tabulka 13: Četnost užívání tvrdého alkoholu
- Tabulka 14: Užívání drog
- Tabulka 15: Užívání drog v rodinách respondentů
- Tabulka 16: Tři jídla denně
- Tabulka 17: Četnost masa v jídelníčku
- Tabulka 18: Četnost zeleniny v jídelníčku
- Tabulka 19: Četnost ovoce v jídelníčku
- Tabulka 20: Výskyt onemocnění a zdravotních obtíží u respondentů
- Tabulka 21: Registrace u praktického lékaře
- Tabulka 22: Návštěva praktického nebo odborného lékaře
- Tabulka 23: Užívání léků
- Tabulka 24: Dopláčení léků
- Tabulka 25: Spokojenost se životem
- Tabulka 26: Jistota v rodině v případě nemoci
- Tabulka 27: Jistota pomoci od přátel
- Tabulka 28: Vyhodnocení správnosti odpovědí
- Tabulka 29: Vyhodnocení správnosti odpovědí

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Informativní letáček

# Přílohy

## Příloha č. 1. Dotazník

Dobrý den,

jsem studentka ZČU v Plzni. Obracím se na osoby po výkonu trestu a osoby bez domova s žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Sociální aspekty zdravotního stavu, nerovnosti ve zdraví“. Dotazník je naprosto anonymní a účast dobrovolná.

Všem děkuji za ochotu a pomoc.

Adriana Krbcová

1. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk .....

3. Rodinný stav

- a) Ženatý, vdaná
- b) Rozvedený (á)
- c) Vdovec, vdova
- d) Svobodný (á)

4. Máte děti?

- a) Ano – kolik? .....
- b) Ne

5. Kde bydlíte?

- a) Azylový dům
- b) Přespávám v noclehárnách
- c) Vlastní dům
- d) Vlastní byt
- e) V nájmu
- f) Ubytovna
- g) Jsem bez domova

6. Jste s bydlením spokojen?

- a) Ano
- b) Ne, proč? .....

7. Jaké máte vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské s výučním listem
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vysokoškolské

8. Jaké je nejvýše dosažené vzdělání Vašich rodičů?

Matka.....

Otec.....

9. Máte v současné době zaměstnání?

- a) Ano
- b) Ne

V případě nezaměstnanosti

10. Jste evidován na úřadu práce?

- a) Ano
- b) Ne, proč?

.....

11. Dostáváte nějaké sociální dávky?

- a) Ano, jaké? .....
- b) Ne

12. Jste kuřák?

- a) Ano
- b) Ne, ale kouřil (a) jsem
- c) Nikdy jsem nekouřil (a)

13. Jak často pijete tvrdý alkohol?

.....

14. Užíváte drogy?

- a) Ano, jaké?

.....

- b) Ne

15. Je, nebo byl ve Vaší rodině někdo, kdo užíval tvrdé drogy?

- a) Ano
- b) Ne

16. Máte denně tři jídla?

- a) Ano
- b) Ne, není čas

- c) Ne, nemám peníze
- d) Jím, jen když mám hlad
- e) Ne, držím dietu

17. Kolikrát v týdnu jíte maso?

.....

18. Kolikrát v týdnu jíte zeleninu?

.....

19. Kolikrát v týdnu jíte ovoce?

.....

20. Trpíte nějakým onemocněním? Uveďte jakým.

.....

.....

21. Jste registrován u praktického lékaře?

- a) Ano
- b) Ne

22. Kdy jste byl naposledy u praktického nebo odborného lékaře?

- a) Letos
- b) Minulý rok
- c) Nevím
- d) Nechodím k lékaři

23. Užíváte nějaké léky?

- a) Ano
- b) Ne

24. Pokud užíváte léky, musíte měsíčně doplácet?

- a) Ano
- b) Ne

25. Jste spokojený se svým životem?

- a) Ano
- b) Ne, proč?

.....

26. Máte jistotu v rodině v případě nemoci?

- a) Ano
- b) Ne

27. Máte přátele, na které se můžete spolehnout?

a) Ano

b) Ne

28. Víte kolik je průměrný plat? Určete částku

.....

29. Víte kolik je minimální mzda? Určete částku

.....

Zdroj: vlastní

## Příloha č. 2 – Informativní letáček



Čím nižší sociální postavení, tím větší riziko vzniku onemocnění a předčasného úmrtí!

Každý má právo na zdraví!  
Otevři oči a řekni STOP lhosejnosti!  
Podej pomocnou ruku sociálně slabým lidem kolem sebe  
V nepříznivé situaci se můžeš ocitnout i ty!  
Jak můžeš pomoci?  
Dobrovolnická činnost: TOTEM, Dora, ADRA Plzeň  
Věnujte oblečení nebo vybavení do domácnosti: Humanitární sklad Plzeň (Cukrovarská 16, bývalý areál PMDP), nebo finančně pomozte koupit nového i použitého zboží.  
Koupí časopisu NOVÝ PROSTOR přispějete sociálně znevýhodněným osobám

Zdroj: cestář a hrálík v každém z nás – je sobeckost vždycky výhodnější než altruismus? In: Wincarsbook Inšpiraci. Česká. WincarsBook. 2017. jún. 2017-03-27]. Dostupné z: <http://www.wincarsbook.cz/jastrab-a-hrdlicka-v-kazdem-z-nas-je-sobekost-ve-vdycky-vyhodnejji-occe-altruismus>

Zdroj: Obrázek: (Ožanová, 2016), Text: vlastní