

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE**

**Psychické bariéry v procesu reintegrace u lidí
žijících v azylovém domě**

Bakalářská práce

Vypracovala: **Štěpánka Pavlů**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Filip Abramčuk, Ph.D.**

České Budějovice 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Čelákovcích, dne

.....
Štěpánka Pavlů

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla předem poděkovat vedoucímu své práce PhDr. Filipu Abramčukovi, Ph. D. za odborné vedení a trpělivost. A dále manželům Polákovým, Mgr. Jakobovi Markovi a PhDr. Pavlu Jarošovi za poskytování podnětů při zpracovávání mé práce. Nakonec bych chtěla také poděkovat svým respondentům a občanskému sdružení Naděje, které mi umožnilo uskutečnit svůj výzkum.

Anotace:

Bakalářská práce popisuje a prozkoumává psychické bariéry v procesu reintegrace u lidí žijících v azylových domech. Teoretická část se zabývá psychologickými souvislostmi reintegrace bezdomovců v azylových domech. Je rozdělena do tří částí - první popisuje maladaptivní vývoj osobnosti, který končí životním selháním v podobě bezdomovectví. Druhá část popisuje konkrétní psychologické bariéry v reintegraci bezdomovců a třetí část se zabývá formami pomoci k překonání těchto bariér.

Pro praktickou část bude zvolen kvalitativní výzkum, který bude realizován metodou polostrukturovaných rozhovorů. Respondenty budou lidé žijící v azylových domech. Zjištěnými daty se autorka bude snažit poodhalit různorodá psychická úskalí, se kterými se tito lidé potýkají. Zda vůbec nějaká vnímají, zda dokáží určit jejich příčinu, co považují za překonání těchto bariér, zda cítí, že je to v jejich silách a zda se toho snaží vůbec dosáhnout.

Náhled na prožívání psychických bariér lidí v azylových domech by mohl pomoci pracovníkům v azylových domech lépe porozumět potřebám klientů a zefektivnit jejich pomoc.

Klíčová slova:

psychické bariéry, bezdomovectví, reintegrace, sociální opora, závislosti, smysl života sociální psychologie, azylový dům, psychická nemoc

Bibliografický záznam:

PAVLŮ, Štěpánka. *Psychické bariéry v procesu reintegrace u lidí žijících v azylovém domě*. České Budějovice, 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce PhDr. Filip Abramčuk, Ph.D.

Abstract:

The bachelor thesis describes and explores mental barriers during the process of reintegration of people residing in an asylum house. The theoretical part deals with mental connections of reintegration of homeless people in asylum houses. It is divided into four parts, the first describes the development of maladaptive personality that ends by social failure, therefore by homelessness. The second part talks about specific mental barriers during the process of reintegration of people without home. The third part goes into the types of help to surmount such barriers and finally, the last part shows difficulties that are met by social service workers.

As for the practical part, a detailed research has been chosen that is going to be carried out through the method of interviews in which the people living in asylum houses will be the respondents. By acquiring data, the author is going to try to disclose various mental troubles that homeless people struggle with, if they sense the troubles at all, if they are able to detect the cause, what they consider as overcoming the difficulties, if they feel that they are able to set face against it or if they are even trying to reach such point.

The bachelor thesis as an insight into experiencing mental barriers by people, who live in asylum houses could be a great help to social service workers as they could understand better the needs of their clients and it could become a tool for reaching more effective way of help.

Key words:

mental barriers, homelessness, reintegration, social support, addictions, meaning of life, social psychology, asylum house, mental illness

Bibliographic record:

PAVLŮ, Štěpánka. *Mental barriers in the process of reintegration of people living in a asylum house*. České Budějovice, 2012. Bachelor thesis. University of South Bohemia, Pedagogical faculty. Supervised by PhDr. Filip Abramčuk, Ph.D.

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	11
1. O bezdomovectví	11
1.1. Kdo jsou tzv. bezdomovci?	11
1.2. Typologie bezdomovectví	12
1.3. Subjektivní faktory ovlivňující bezdomovectví	13
1.3.1. Primární, sekundární a terciární příčiny bezdomovectví	13
2. O azylovém bydlení.....	14
2.1. Význam azylového domu v reintegraci.....	15
2.2. Cílová skupina azylového domu	15
2.3. Služby poskytované v azylovém domě	16
3. Psychické bariéry v procesu reintegrace u lidí bez domova.....	17
3.1. Nedostatek smyslu života.....	17
3.2. Nedostatek sociální opory	19
3.3. Závislosti	21
3.3.1. Závislost na alkoholu	22
3.3.1.1. Osobnost alkoholika.....	24
3.3.2. Kouření.....	25
3.3.3. Patologické hráčství - gamblerství	26
3.3.3.1. Hráčství jako návykové chování	28
3.3.4. „Závislost“ na bezdomoveckém způsobu života.....	29
3.4. Psychická nemoc	29
3.5. Shelterizace (bariéra ovlivněná pobytem v azylovém domě)	31
4. Formy pomoci k překonání psychických bariér.....	31
4.1. Víra jako forma sociální opory.....	31
4.1.1. Bezdomovci, víra a pastorační péče.....	32
4.2. Psychoterapie bezdomovců	33

4.2.1. Kognitivně behaviorální psychoterapie.....	34
4.2.2. Logoterapie	35
4.2.3. Psychiatrická pomoc	36
Praktická část	37
5. Výzkumný problém	37
5.1. Cíle výzkumu	37
5.2. Výzkumné otázky.....	38
6. Výzkumná metoda	39
6.1. Postup při získávání dat.....	39
6.1.1. Fáze předvýzkumu	39
6.1.2. Fáze sběru dat.....	40
6.1.3. Fáze kontroly a vyhodnocení dat	41
7. Charakteristika výzkumného souboru	41
8. Výsledky výzkumu	44
8.1. Výzkumná otázka č. 1	44
8.2. Výzkumná otázka č. 2	46
8.3. Výzkumná otázka č. 3	48
8.4. Výzkumná otázka č. 4	50
8.5. Výzkumná otázka č. 5.....	53
8.6. Výzkumná otázka č. 6	54
8.7. Doplnující výzkumné otázky.....	58
9. Shrnutí výsledků	60
10. Diskuze a shrnutí výzkumných oblastí	62
11. Závěr	67
Seznam použitých zdrojů literatury	68
Seznam příloh	72
Příloha.....	73

Motto:

„Když však byl člověk sám postaven před velký osud, když sám stál před rozhodnutím, zda bude čelit osudu vlastní vnitřní velikostí, tehdy už dávno zapomněl na ona předsevzetí, se kterými si kdysi pohrával, a selhal.“ (Frankl, 2006, s. 80)

Úvod

Na základě půlroční intenzivní spolupráce s občanským sdružením Naděje v Praze, jsem měla možnost poznat služby, personál i klienty nízkoprahových center, streetworku i azylových domů o. s. Naděje. V rámci těchto zkušeností, jsem se začala zabývat otázkou bariér v procesu reintegrace, které jsem začala pozorovat skrze interakci s klienty azylových domů.

Touto prací bych tak chtěla poukázat na souvislosti, které se týkají vnitřní stránky života lidí bez domova, která bývá veřejnosti často skryta či neuvědomována.

Teoretická část je rozdělena do čtyř částí. V první části se zabývám problematikou bezdomovectví, ve které kladu důraz na subjektivní faktory ovlivňující bezdomovectví. Další část čtenáře seznamuje s posláním azylového domu a stěžejní část mé práce se poté zabývá tzv. psychickými bariérami v procesu reintegrace.

Těmito bariérami ve své práci označuji nedostatek smyslu života, deficit sociální opory, závislosti, psychickou nemoc či tzv. shelterizaci. V poslední části se poté snažím nastínit možné formy řešení těchto problémů, které by mohli vést k prolomení zmiňovaných bariér.

Praktická část poté prvotně zjišťuje míru smyslu života, dále míru, druh a subjektivní dostačivost sociální opory, míru závislostí, míru psychických potíží (resp. míru využívání služeb psychologa či psychiatra) a míru spokojenosti v azylovém domě. Dodatečně také mapuji např. to, co lidé žijící v azylovém domě vnímají jako nejtěžší či zda vědí, co by jim pomohlo řešit svou situaci.

V souvislosti s teoretickou i praktickou částí, bych se zde chtěla zmínit také o určitých změnách, které jsem provedla oproti původně zamýšlenému zadání. V zadání jsem uvedla, že první část mé práce se má zabývat maladaptivním vývojem člověka, které končí selháním v podobě bezdomovectví.

Po hlubším zamyšlení se nad problémy klientů, se kterými jsem se setkala a po širším prostudování literatury zabývající se tímto tématem jsem přesvědčena, že bezdomovectví ve většině případů není důsledkem nějakého nepřiměřeného vývoje člověka (ačkoliv i o takových jedincích by se rámci bezdomovectví dalo mluvit), ale spíše důsledkem selhání člověka v určité situaci, která následně ovlivnila celý jeho budoucí život (viz. Plachý, s. 11).

Proto jsem se rozhodla tuto kapitolu neuvádět, podobně jako kapitolu zabývající se úskalími pracovníků v sociálních službách, která se do určité míry odchyluje od ostatních cílů mé práce. V této kapitole jsem chtěla zmínit své zkušenosti a prožitky s lidmi bez domova, její zahrnutí do teoretické části by bylo však nevhodné.

Naposledy bych se chtěla ještě zmínit o rozhodnutí ke změně v metodice výzkumu, která měla být kvalitativní ve formě rozhovorů, okolnosti mě však přiměly se přiklonit spíše k metodice kvantitativní, tedy k dotazníkům.

Mé zkušenosti ukázaly, že ačkoliv ke mně potencionální respondenti měli určitou důvěru, nestačila však k tomu, aby svolili k nahrávání rozhovoru i přes můj důraz na etická pravidla a popis vyhodnocování. Pravděpodobně jakýkoliv záznam považují za určité ohrožení. Dotazník se proto jevil lepší formou ve smyslu anonymity i přesto, že informace v něm obsažené mohou být do určité míry zkreslující.

Teoretická část

1. O bezdomovectví

1.1. Kdo jsou to tzv. bezdomovci?

„Bezdomovství není vymezeno jednou jedinou správnou definicí a neexistuje ani žádné konkrétní vyčíslení tohoto fenoménu, které by bylo přesným vyjádřením skutečnosti“ (Hradecký a kol., 2007, s. 10).

Antonín Plachý (in Sociální práce, 2006), ředitel azylového domu Armády spásy v Ostravě uvádí, že bezdomovci jsou muži, ženy, matky s dětmi či děti samotné. Nově také začíná narůstat bezdomovectví celých rodin.

Podle Plachého, *„se velmi často jedná o lidi, kteří se v určité chvíli dostali na životní křižovatku tak, jak je to u většiny z nás. Ale v této chvíli neměli blízko sebe rodinu, přátele, společnost anebo nechtěli slyšet názory druhých a vydali se na cestu, která vypadala zdánlivě pohodlná, ale nakonec je přivedla na ulici“ (in Sociální práce, 2006, s. 4).*

Ilja Hradecký (generální ředitel občanského sdružení Naděje, který se bezdomovectvím v rámci své organizace zabývá již 20 let) uvádí, že bezdomovci jsou lidé opuštění, lidé bez vztahů a zázemí, bez sebevědomí a důstojnosti, bez naděje a smyslu života. Také to jsou lidé zahořklí, zranění či psychicky nemocní nebo handicapovaní. Někdy jsou to také dobrodruzi či tuláci. Jsou to lidé nedospělí či nezralí, nešťastní či ztroskotaní, vydědění, sirotci či vdovy (Hradecký, 2005).

Přesto, když se jich zeptáte na budoucnost, často věří v lepší časy, aniž by pro to museli něco udělat a aniž by se vážně rozhodli a pracovali na změně. Někteří naopak na lepší zítřky rezignovali a jsou si vědomi toho, že každý další den strávený na ulici je pro ně propastnější vlivem dalších bolestných zkušeností a zážitků. Ve skutečnosti jen malé procento lidí, kteří přespávají nebo žijí na ulici, chtějí skutečně změnit svůj život (Hradecký, 2005).

1.2. Typologie bezdomovectví

Bobek a Peniška (2008) rozlišují osoby bez domova podle sociální práce s nimi na jakési „*netypické a typické bezdomovce*“.

První skupinu „*netypických bezdomovců*“ tvoří ti, kteří z nějakého důvodu přišli o bydlení a kteří se snaží co nejrychleji se vrátit do normálního života. Jejich pomoc má proto jasný cíl a bývá rychlá.

„*Typičtí bezdomovci*“ jsou naopak lidé, kteří vlivem dlouhodobého setrvávání v bezdomovectví nabyli jiných sociálních návyků a projevují se nechtují tyto návyky měnit. Bezdomovectví se stalo jejich životním stylem. Jsou závislí na podpoře, je pro ně problematické věci dokončovat a proto často selhávají a ztrácejí tak důvěru ve své schopnosti.

Bezdomovci se však také často pokusům o samostatnost důrazně a vynalézavě brání. Je proto těžké rozlišovat, kdy se jedná o skutečnou ztrátu schopností, a kdy o nechuť cokoli měnit, absenci motivace a zneužívání služeb (Bobek, Peniška, 2008).

V rámci výše popsaných typických bezdomovců lze dále vymezit tři základní typy bezdomovců podle formy jejich bezdomovectví. Jedná se o tzv. **zjevné, skryté a potencionální** bezdomovce. Nejvíce klientů azylových domů patří mezi tzv. zjevné a potencionální bezdomovce.

Zjevní bezdomovci jsou osoby bez domova, kteří dávají svou situaci najevo a vyhledávají pomoc. Tato část bezdomovecké populace je veřejnosti nejviditelnější a také je možné jí nejvíce redukovat.

Jsou to lidé žijící na ulicích, na nádražích, patří sem ti, kteří vyhledávají ubytování v zimních noclehárnách, azylových domech, v noclehárnách připravených městy nebo charitativními organizacemi. Velká část zjevných bezdomovců jsou muži a proto i nabídka azylových domů pro muže je vyšší nežli pro ženy. Zjevné bezdomovce je možné díky využívání sociálních služeb sčítat v rámci sčítání lidu a na základě odhadů poskytovatelů. Nedostupné však zůstávají údaje z komerčních ubytoven (Hradecký a kol., 2007).

1.3. Subjektivní faktory ovlivňující bezdomovectví

Subjektivní faktory jsou činitelé na straně samotného člověka. Tyto faktory, vedoucí k bezdomovectví, jsou ovlivňovány jednotlivci samotnými. Jejich schopnostmi, osobnostními rysy, temperamentem, ale také jejich rodinou či společenskou skupinou (Hradecký, Hradecká, 1996).

Hradecký s Hradeckou (1996) dělí subjektivní faktory do čtyř kategorií. Na **faktory materiální**, které se týkají ztráty bydlení či bydlení nejistého, ztráty zaměstnání a dlouhodobé nezaměstnanosti, nedostatečných příjmů, zadluženosti, neschopnosti obhospodařovat vlastní rozpočet, ale také např. tragické události spojené se ztrátou živitele nebo ztrátou majetku.

Dále na **faktory vztahové**, které poukazují na změny ve struktuře rodiny, na rodinné nebo manželské problémy, na diskriminaci žen, na porušené vztahy mezi partnery či mezi rodiči a dětmi, na rozvod manželů nebo rozchod partnerů, na rozdělení či rozpad rodiny, na násilí v rodině, na sexuální zneužívání, nebo znásilnění či na „*pouhou*“ osamělost.

Třetí kategorii tvoří **faktory osobní**, zde jsou příčinami např. mentální retardace, duševní či tělesné onemocnění, ale i nesamostatnost, osamělost, invalidita, závislosti, sociální nezralost. Poslední kategorií jsou **faktory institucionální**, které zahrnují situace např. po propuštění z ústavu, z vězení či po opuštění dětského domova Tyto faktory bývají často příčinou bezdomovectví dětí a mladistvých (Hradecký, Hradecká, 1996).

1.3.1. Primární, sekundární a terciární příčiny bezdomovectví

Marek, Strnad a Hotovcová (2012) poukazují na zajímavý rozdíl mezi důvody, které zapříčiňují bezdomovectví a mezi důvody, které zapříčiňují setrvávání v bezdomovectví.

„Často se stává, že lidé zůstávají na ulici z jiných důvodů, než z jakých se sem dostali. V rámci bezdomovecké epizody není až tak důležité hledat, co se přesně stalo v době, kdy se klient stal bezdomovcem (primární příčiny), protože s tím se nedá nic udělat.

Mnohem významnější je zjistit, proč na ulici zůstává (sekundární příčiny) nebo proč se na ulici vrací (terciární příčiny)“ (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, str. 10).

Primárními příčinami bývá sociální úpadek osobnosti, kterou by se měla zabývat preventivní složka sociálního systému. Vlivem sekundárních příčin upadá osobnost bezdomovce psychicky. Člověk bez domova tak ztrácí sílu a motivaci „*se sebou něco dělat*“.

Lidé bez domova mají však tendenci ulpívat pouze na příčinách, které ovlivnili jejich pád do bezdomovectví. Popírání aktuálních (sekundárních) bariér, které brání návratu do společnosti, tak ovlivňuje setrvávání v bezdomovectví. Teprve až člověk setrvávající v bezdomovectví vezme na vědomí tyto překážky, pak dokáže vidět naději k jejich překonání.

Zda člověk při svém snažení nalezne a udrží si místo ve společnosti či nikoliv ovlivňují terciární příčiny, kvůli kterým se člověk znovu vrací na ulici. Primární příčiny bezdomovectví je nezbytné zmapovat při výchovné prevenci, sekundární příčiny jsou záležitostí psychoterapie a terciární příčiny jsou napravovány klasickou sociální prací (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

2. O azylovém bydlení

Na internetových portálech Naděje a Armády spásy se lze dočíst, že azylové domy jsou následnou ubytovací možností (po noclehárně) pro lidi, kteří se z různých důvodů ocitli v extrémní sociální situaci, kterou nejsou schopni sami řešit.

V azylových domech probíhá několikastupňový resocializační program, který pomáhá klientům řešit problémy. Je v něm poskytována celodenní péče, která klientům zajišťuje základní potřeby v rámci minimálního životního standardu. Cílem azylového domu podle Armády spásy je poskytnutí prostoru, ve kterém člověk má možnost načerpat síly pro návrat do samostatného života.

V České republice jsou azylové domy nejčastěji zřizovány církevními organizacemi, občas také organizacemi nestátními, obcemi nebo státními orgány (Matoušek, 2003).

Azylové domy se rozlišují podle skupiny klientů, kterým jsou určeny, např. azylové domy pro muže, ženy nebo pro matky s dětmi či rodiny (Kosová, Omelková, Sedláček, 2004). Pobyt v azylových domech se pohybuje většinou do 100kč na den.

Následnou ubytovací možností pro klienty azylových domů je tzv. tréninkové bydlení či sociální byty s regulovaným nájmem, které tvoří nejvyšší stupeň azylového ubytování. Takových bytů je u nás však významný nedostatek (Matoušek, 2008).

2.1. Význam azylového domu v reintegraci

Nina Béňová, ze slovenského občanského sdružení Proti Prúdu, ve svém reintegračním projektu nazvaném Krištof, poukazuje na vliv osobního životního prostředí na člověka, zejména na jeho sebeúctu, životní aspirace a kvalitu života vůbec (Béňová, 2008).

Potvrzujícím příkladem může být zmínka klienta využívajícího služby streetworku Naděje, který, když žádal o zprostředkování ubytování, mi sdělil, že je pro něj nemyslitelné a ponižující docházet do práce z tramvaje, ve které přespává.

Možnost ubytování se dle Béňové (2008) jeví jako klíčové při reintegraci lidí bez domova. Béňová také uvádí, že pokud se klientovi v rámci jejich programu zprostředkovalo ubytování, byl poté schopen soustředit se na řešení ostatních problémů, včetně pracovních. V souvislosti s tím podotýká, že je pravděpodobně nemožné, aby člověk spící na ulici byl schopen každé ráno nastoupit do práce a plně se jí věnovat.

Rozhodnutí se pro pobyt v azylovém domě je tak pro tyto lidi prvním krokem k reálné změně. Jak Matoušek (2008) uvádí, azylové ubytování by mělo umožnit reintegraci do společnosti, zejména těm lidem, kteří jsou motivováni ke změně životního stylu

2.2. Cílová skupina azylového domu

Klienti azylových domů nebývají pouze tzv. „*bezdomovci z ulice*“. Matoušek (1999) uvádí, že klienty azylových domovů bývají především lidé dlouhodobě věznění či recidivisté.

Jedná se však také o osoby, které ztratily zaměstnání a příjem sloužící k úhradě bydlení, dále o lidi s rodinnými či partnerskými problémy (např. domácí násilí či rozvod), o osoby potýkající se se závislostmi, o lidi se špatným zdravotním stavem či zdravotním postižením, o osoby opouštějící ústavní či ochrannou výchovu,

o lidi opouštějící dětský domov nebo domov důchodců či o osoby, které nemohou platit jiné bydlení z důvodu exekuce apod (Hradecký a kol., 2007).

Klienti, žádající o pobyt v azylovém domě, by měli mít české občanství a určitý pravidelný příjem buď ze zaměstnání, sociálních dávek, podpory v nezaměstnanosti, či z invalidního nebo starobního důchodu (Kosová, Omelková, Sedláček, 2004).

Internetový portál Armády spásy také uvádí jako požadavek průkaz totožnosti, aby služba nebyla poskytována anonymně a nutnost vstupní lékařské prohlídky, která by měla vyloučit klienta s infekční nemocí. Azylové domy Naděje však přijímají i klienty, se kterými např. pravidelný příjem či průkaz totožnosti teprve zařizují.

2.3. Služby poskytované v azylovém domě

Dle internetového portálu Naděje, služby v azylovém domě dodržují metodické pokyny a reflektují potřeby klientů.

Základními službami azylových domů jsou **ubytování a strava** (většinou se jedná o umožnění její přípravy klienty). Dále pak **sociální poradenství**, pomoc **při zvládnutí každodenních záležitostí** či **ošacení**. Doplňkovými službami jsou **vzdělávací a volnočasové aktivity, biblické hodiny, psychologické poradenství, léčba závislostí** či **lékařská péče** v případě potřeby (Kosová, Omelková, Sedláček, 2004).

Poskytování služeb v rámci azylového domu se ukazuje jako vhodné a efektivní z důvodu lepší spolupráce s klienty a individuálního přístupu k nim. Lze tak méně motivované klienty „*nalákat*“ na základní služby, a poté na ně působit směrem k reintegraci do společnosti. Také lze tímto způsobem vhodně využívat volný čas klientů k různým aktivizačním činnostem.

Cílem všech poskytovaných služeb v azylovém ubytování je pomoci klientům samostatně řešit problémy, aby se mohli stát nezávislými na systému sociální pomoci, případně jejich závislost alespoň minimalizovat. Doba ubytování v azylovém domě bývá omezena maximální možnou délkou pobytu, zpravidla však nepřekračuje jeden rok. Bývá však podmíněna aktivní spoluprací klienta v resocializačním programu a dodržováním ubytovacího řádu (Kosová, Omelková, Sedláček, 2004).

3. Psychické bariéry v procesu reintegrace u lidí bez domova

Hradecký s Hradeckou (1996) uvádějí, že domov představuje pro člověka více než střechu nad hlavou. Domov je spojován s přítomností milujících a láskyplných rodičů či prarodičů, s pocitem ochrany a bezpečí, s intimitou, láskou, lidským teplem a něhou... Domov tak pro mnohé z nás je ztělesněním štěstí, opory, pozornosti, komunikace a spokojeného života. Dodává člověku pocit zakotvení, tedy pocit, že zaplňuje jedinečné místo ve světě, mezi drahými lidmi a ve společenství.

„K domovu patří pravidelný chod života, v čase k odpočinku a k práci, k občerstvení a spánku, k zábavě a zaměstnání, k jídlu a milování. Blízkost není jen prostorová, nýbrž i časová. Domov znamená mít se kam vrátit, je spojen s důležitým pocitem, že tam na mne někdo čeká. Je místem setkání muže a ženy. Muž přináší a žena uchovává...“

Domov je středem přirozeného, je to místo, kde jsme nejvíce sami sebou. Je prostorem útěchy a intimity... je místem setkání generací, povolání, přátel, známých, sousedů... Domov je horizontem, který člověku otevírá svět... Člověk bez domova je rozptýlenou bytostí“ (Pelcová, 2008, s 3-4).

Být bez domova je tedy něčím důležitějším, něčím hlubším a bolestnějším, než pouhé bytí bez střechy nad hlavou. Bezdomovectví tak nezahrnuje pouze ztrátu materiální, ale také ztrátu místa člověka v jeho společenství a zpretrháním vazeb s ním (Hradecký, Hradecká, 1996).

„Být bez domova, nemít kam jít, nemít se komu svěřit se svými starostmi, trápením, bolestí, protestem, frustrací, znamená samotu, tíži izolace, bolest vyloučení, vedoucí až k zoufalství a sebedestrukci“ (Hradecký, Hradecká, 1996, str. 36).

3.1. Nedostatek smyslu života

„Člověk je šťastný, když se skutečnost, realita blíží tomu, co si daný člověk přeje a co očekává.“

Psychologické studie naznačují, že předpokladem pro šťastný život je život smysluplný.“

(Křivohlavý, 2006, s. 180)

Maslow uvádí, že hledání životního smyslu je primárním motivem lidského chování a lidské existence vůbec. Tato potřeba však může být, jako ostatně jiné potřeby, uspokojována či neuspokojována (in Frankl, 2006).

Dle Vágnerové (2004) potřeby bezdomovců bývají často neuspokojené a bezdomovci samotní na jejich uspokojení již často rezignovali. „*Bezdomovec obvykle už nic nechce, nic nečeká a domnívá se, že ani nemá cenu se o něco pokoušet*“ (Vágnerová, 2004, s. 751). U bezdomovců tak převažuje naučená bezmocnost, která se projevuje rezignací, apatií a fatalismem.

Lidem bez domova chybí perspektiva cíle, jejich zamýšlené horizonty ztrácejí smysl, a proto se bezdomovci zaměřují stále více na přítomnost. Jejich budoucnost se jeví v rámci hodin či dnů. Budoucnost vnímají jako vzdálenou a příliš nejistou a často se jí nechtějí vůbec zabývat (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

Podle Freuda jsou „*lidé silní, pokud hájí určitou silnou ideu. Zeslábnou však a stávají se bezmocnými, když se jim tato idea ztrácí*“ (in Křivohlavý 1994, s. 74).

Frankl (1996) uvádí, že člověk, který nevidí východisko či konec svého existenčního provizoria, není schopen se zaměřit na určitý cíl a myslet na budoucnost. „*Tím se však změní i celá struktura jeho vnitřního života... Dochází k vnitřním úpadkovým jevům...*“ (Frankl, 2006, s. 82)

Vnitřní život člověka, který vlivem nedostatku opory začíná lidsky upadat, se stává tzv. retrospektivní existencí.

Zaměření se na minulost tak člověku pomáhá zapomenout na jeho aktuální stav, popřením reality však člověk připouští svůj úpadek (Frankl, 2006).

Výzkumy ukazují, že téměř každý člověk, který se potýká se závislostí, trpí smyslu prázdnotou. U těchto lidí bylo rozpoznáno tzv. existenciální vakuum (Křivohlavý, 1996). V. E. Frankl rozlišuje dva stupně ztráty smyslu, existenciální vakuum a existenciální neurózu, která může způsobovat patologické jednání ve formě sebevražd, kriminality nebo závislosti na drogách či alkoholu. Annemarie von Forstmayerova uvádí, že pocit hluboké bezsmyslnosti se projevuje u 90% těžkých alkoholiků (in Kavenská, 2009).

Podle R.F. Baumeistera lidé své životy zaměřují na oblasti práce, lásky, štěstí či sebepojetí (in Křivohlavý, 2006).

Když se bezdomovců zeptáte na to, jaké mají představy o své budoucnosti, obvykle Vám odpoví, že si chtějí najít práci a ubytovnu, realizace těchto cílů však zůstává jen u slov. Svou odpovědí spíše chtějí naplnit očekávání ostatních. Za neuskutečněnou realizací cílů však stojí hlubší problémy, jako jsou schopnost vytrvat v pracovním poměru nebo onen chybějící smysl (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

3.2. Nedostatek sociální opory

„Bezdomovství je považováno za nejzávažnější formu sociálního vyloučení, případně je označováno za příklad extrémního vyloučení ze společnosti... Pojem sociální vyloučení označuje ty, kteří propadli systémem sociálního zabezpečení, ti co jsou vyloučeni administrativně státem (Lenoir 1974, Duffy 1997), tedy ti, co propadli sociální síti.“ (Barták, 2004, s. 20-21)

Sociální oporu Hartl s Hartlovou (2000, s. 374) definují jako „vztahovou oporu v prostředí, v němž člověk žije.“ Dle Křivohlavého (2009) se sociální oporou rozumí pomoc člověku v zátěžové situaci, která je poskytována druhými lidmi. Jedná se o činnost, která člověku ulehčuje stresovou situaci.

Podle teorie socioemočního výběru (Carstensen, 1992) mají sociální vztahy v mladším věku převážně funkci informační. S narůstajícím věkem plní spíše funkci emoční podpory (in Kebza a Šolcová, 2003), jako je dle J. House (in Výrost, Slaměník, 2001) poskytování lásky, přátelství, víry, empatie či hodnotící opory, která má vliv na sebehodnocení.

Ukazuje se, že sociální sítě a vztahy k druhým lidem jsou protektivními faktory životní spokojenosti. Snižují totiž pravděpodobnost, že prožívaný stres povede ke zhoršení zdravotního stavu (Šolcová, Kebza, 2003).

„Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje člověka k tomu, aby se samostatně pokusil řešit problém, před nímž stojí.“ (N. Krausse in Křivohlavý, 2009, str. 93)

Rodinné vztahy, které bývají u člověka primární oporou, jsou však u bezdomovců narušené, nefunkční či vůbec neexistují.

Výzkumy ukazují, že nejčastějším důvodem bezdomovectví bývá rozpad rodiny. Mezi bezdomovci však mají největší zastoupení lidé svobodní, jedná se zejména o muže s psychiatrickou diagnózou nebo poruchou osobnosti. Rozvedených bezdomovců je pak přibližně 40%. (Průdková, Novotný, 2008).

Narušené vztahy vlivem rozpadu rodiny či partnerství, tak u lidí bez domova vytvářejí nedostatečnou sociální oporu, která dle Křivohlavého (2009) ovlivňuje zvládání stresu v negativním směru. Vágnerová (2004) v souvislosti s tím uvádí, že izolovaný člověk je také zranitelnější.

Bezdomovectví dle Vágnerové (2004) představuje velmi striktní sociální izolaci. Vztahy bezdomovců s ostatními lidmi jsou velmi omezené a převažují u nich spíše náhodné - účelové kontakty s lidmi v podobné situaci. Vztahů, které by byly trvalejší či hlubší, se jim však nedostává. Marek, Strnad a Hotovcová (2012) uvádějí, že bezdomovci jsou většinou extraverti s širokým okruhem známých, pevnější vztahy se jim však udržovat nedaří.

D.G.Ganster a V.Bart tak poukazují na dva druhy sociální opory, na tzv. formální a funkční oporu. Formální opora je oporou spíše ve smyslu náležením do nějaké skupiny lidí (v tomto případě do subkultury bezdomovců). Funkční opora se naopak zaměřuje na kvalitu poskytované pomoci a vystihuje tak oporu v pravém slova smyslu (in Výrost, Slaměník, 2001).

Výzkumy Kebzy a Šolcové (2003) ukazují, že míru očekávané i získané sociální opory u člověka ovlivňuje jeho míra extravertze a neuroticismu, věk, výška odborného vzdělání a pohlaví. Lidem extravertním, mladším, s vyšším vzděláním a ženám se tak dostává více sociální opory, nežli lidem bez těchto charakteristik.

Sociální opora je dále také ovlivňována mírou psychické odolnosti, rodinným stavem, nemocí či mírou životních událostí (Kebza, Šolcová, 2003).

Dle Vágnerové (2004) je však nejdůležitější, aby člověk vůbec nějakou podporu měl, dokázal ji rozeznat, přijmout a využít. Uvádí také, že chybějící sociální opora bývá příčinou i následkem různých psychických problémů. *„Lidé, kteří jsou nějakým způsobem nestandardní např. z důvodu vrozených dispozic či kumulace různých znevýhodnění, bývají častěji osamělí či vyloučení ze společenství malých sociálních skupin, jako je např. rodina“ (Vágnerová, 2004, s. 55)*

Sociální opora také zmírňuje riziko rozvoje deprese a beznaděje sdílením potíží, posílením pocitu jistoty, vymezení vlastní identity a sounáležitosti se skupinou, i vědomím možností získat potřebnou pomoc (Neoset a kol., 1989 in Vágnerová, 2004).

Vágnerová (2004) také uvádí, že sociální opora rovněž slouží jako důvod k překonávání různých potíží. Lidem bez domova vlivem nedostatku kvalitní sociální opory tak pravděpodobně chybí důvod k překonávání svých problémů.

Nalezení vztahu bezdomovce k něčemu či někomu považují za podstatné i Marek, Strnad a Hotovcová (2012, s. 155), kteří podotýkají, že bezdomovec „*bez vztahu nemá důvod svůj život změnit. Bezdomovec si většinou sám sebe neváží. Vztah k něčemu transcendentnímu se stává náhradním smyslem života, který ztratil v době bezdomovectví.*“

3.3. Závislosti

*„Závislosti a jejich projevy jsou nedílnou součástí života
osob bez přístřeší a nelze je podceňovat.,,
(Pavel Pěnkava, 2010, s. 18)*

Podle Pěnkavy (2010) se mezi bezdomovci nejčastěji setkáváme se závislostí na alkoholu a tabáku. Osob závislých na tvrdých - nelegálních drogách je v bezdomovecké populaci poměrně málo.

Sananim, zaměřující se na pomoc toxikomanům, uvádí 20–25 % drogově závislých bezdomovců v ČR.

Problémy s nelegálními drogami mívají spíše mladší bezdomovci, starší (tj. od 30 let) naopak holdují spíše alkoholu. Služby pro bezdomovce nejsou zaměřené na poskytování služeb narkomanům (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012), proto se u klientů azylových domů závislost na drogách téměř nevyskytuje.

Těmto lidem se většinou doporučují jiná zařízení, která se na tuto problematiku specializují (Štěchová, Kopoldová, Luptáková, 2008). Z tohoto důvodu se v následujících kapitolách o drogové závislosti budu zmiňovat pouze okrajově.

Marek, Strnad a Hotovcová (2012) udávají, že závislosti jsou nejviditelnějším problémem bezdomovců. Závislosti bezdomovců jsou nejenom nejviditelnější bariérou, ale podle rozhovorů se sociálními pracovníky (in Fuksová, 2010) tvoří také jednu z hlavních psychických bariér v jejich reintegraci.

Podle dotazníkového výzkumu z roku 2006 (in Štěchová, Kopoldová, Luptáková, 2008) uskutečněného v rámci azylových domů v Praze jsou klienti azylových domů nejčastěji závislí na kouření a alkoholu, mnozí mají závislosti kombinované. Z přiznaných závislostí u 157 dotazovaných dominuje kouření se 43,9%, dále pak

kombinovaná závislost kouření a alkohol u 20,4% lidí, čistě jen alkoholismus přiznalo 7,6% osob a drogovou závislost 0.6% osob.

Výsledky také ukazují, že výjimečné jsou u bezdomovců kombinace jako kouření a drogy či kouření a gambling (Štěchová, Kopoldová, Luptáková, 2008).

3.3.1. Závislost na alkoholu

*„Alkoholismus a toxikomanie nejsou primárními
a nejsilnějšími spouštěcími vlivy.
Základními elementy mohou být např. osamělost a izolace,
které reprezentují počátek vyloučení.“ (Hradecký a Hradecká, 1996, s. 34)*

Pavel Pěnkava¹ uvádí, že závislosti se do problematiky bezdomovectví prolínají zásadním způsobem. Závislost na alkoholu znevýhodňuje především bezdomovce, kteří využívají sociální služby.

Sociální služby totiž často vyžadují spolupráci, ve které klient nebude pod vlivem alkoholu.

Pěnkava (2010), ale dodává, že pokud alkohol u bezdomovců vnímáme jako prostředek úniku od problémů, které tkví v neschopnosti či nedostatečnosti řešit své krizové životní situace, nelze po nich vyžadovat pro spolupráci naprostou absenci alkoholu.

Závislost u bezdomovců nemusí být jen reakcí na momentální neutišitelný způsob života, ale může být také jedním z důvodů, proč se bezdomovci stali (Průdková, Novotná 2008).

Těžká závislost na alkoholu často také lidi bez domova znovu a znovu vrací zpět na ulici (Štěchová, Luptáková, Kopoldová, 2008).

Genetická dispozice k alkoholismu jako taková se ve skutečnosti objevuje jen ve velmi malé míře. Také vliv nápodoby na vznik závislosti se ukazuje méně významný, než např. **síla vůle a zaujetí osobního postoje**. Závislost na alkoholu může být utvářena např. i pouhým **očekáváním příznivého účinku**, tzv. teorií expektance (Křivohlavý, 2009).

¹ PhDr. Pavel Pěnkava je vedoucím oddělení sociální prevence na Úřadu městské části Praha 1 a také předsedou Sekce sociálních kurátorů Společnosti sociálních pracovníků ČR.

Tíhnutí k alkoholu také může souviset s naučeným chováním, které se již dříve osvědčilo při zvládání stresových situací. Tím pádem představuje i nevhodnou copingovou strategii.

Mnoho bezdomovců pije či zneužívá drogy, jen proto, aby zapadli do subkultury bezdomovců, ve které, dá se říci, je takové chování standardem. Konzumace alkoholu ve skupině u člověka vyvolává silné pouto a pocity sdílení. Dotyčný si tak kompenzuje své pocity osamění a deficit vztahů. Přestat pít by pro něj znamenalo úplnou ztrátu sociálních kontaktů. Jiní bezdomovci naopak „propadají“ alkoholu, z důvodu situace ocitnutí se na ulici, kterou nedokáží řešit jiným způsobem. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012)

Alkohol u člověka odbourává zábrany a lidé pod jeho vlivem bývají vyzývavější. Alkohol zvyšuje pocit nadřazenosti a agresivity vůči slabšímu člověku. Také mění přesnost koordinace, správnost percepce a uvažování, výdrž pozornosti a schopnost správného rozhodování (Křivohlavý, 2009).

Pití v malých dávkách u člověka stimuluje aktivitu a pomáhá mu lépe zvládnout zátěžovou situaci. Malými dávkami si lidé dodávají spíše odvalu. Naproti tomu konzumace alkoholu ve velkém množství slouží spíše k potlačení problémům jako takových (Křivohlavý, 2009).

V boji s alkoholismem, jsou bezdomovci do určité míry znevýhodněni. Křivohlavý (2009) uvádí, že výsledky při odvykání ukazují, že se abstinuje hůře lidem, kteří žijí sami, kteří jsou nezaměstnaní a kteří mají nižší vzdělání.

Průdková a Novotný (2008) podotýkají, že dlouhodobá konzumace alkoholu u bezdomovců „rozpouští“ jejich zásady a návyky.

Ztráta návyků a zásad poté může vést např. k problémům při pobytu v azylovém domě a při reintegraci obecně.

Ve všech závislostech hraje psychická potřeba významnější roli, nežli fyzická, proto i psychické odvykání je vždy problematičtější. S návykovými látkami se totiž pojí prožitky, které podmiňují okolnosti (společnost, dobu, prostředí, formu návykové látky a rituál spojený s jejím užitím). Návyk jako takový má poté sám o sobě pro dotyčného velký (i třeba iracionální) význam, protože se pro jeho osobnost stává charakterizujícím. Záporné návyky ve formě závislosti poté brání účelnému řešení jakékoli situace (Výrost, Slaměník, 2001).

3.3.1.1. Osobnost alkoholika

Alkohol většinou působí anxiolyticky, tj. uvolňuje psychické napětí, zlepšuje náladu, dodává sebejistotu, jindy však mohou převládnout negativní emoce, např. smutek.

Jeho vlivem dochází ke změnám některých osobnostních vlastností, mění se hodnotový systém, oplošťují se zájmy dotyčného i vztahy k lidem. Alkoholik prve vyhledává společnost stejně závislých lidí, kteří mu nic nevyčítají, časem se však jeho kontakty omezí na kohokoli, kdo je ochoten jej přijmout, pít s ním, naslouchat mu či jej alespoň nezahánět.

Postoj okolí k alkoholikům je obecně negativní, odmítavý a odsuzující. Důsledkem toho vzniká sociální izolace, která na sebe váže pocit osamění a prázdnoty. Alkoholici si často svou bezmocnost uvědomují, ale přesto nedokáží svou závislost zvrátit. Jejich náhled na svět se stává lhostejným a apatickým.

V důsledku nadužívání alkoholu dochází k **psychickým změnám v emočním prožívání** (výkyvy nálad, emoční dráždivost často spojenou s agresí, zvyšuje se úzkostné či depresivní ladění a podezíravost.), **změnám v kognitivních procesech** (zhoršení koncentrace pozornosti, zhoršení paměti i celkové výkonnosti). Jejich uvažování bývá nekritické, ulpívavé a vztahovačné, ztrácejí tak reálný náhled na situaci.

Mají tendenci vlastní potíže připisovat jiným lidem či okolnostem. Svět se tak jeví ohrožující a nespravedlivý. I když jsou schopni přiznat si určitý podíl viny, stejně nemají sílu svou situaci řešit. Mívají narušené sebehodnocení, které je kolísající.

Osobnostní změny se projevují nezdrženlivostí a impulzivitou. **V oblasti chování** ztrácejí vůli a schopnost sebeovládání. Jsou egocentričtí a vlivem ztráty sociálních zábrán je jim časem tzv. „*všechno jedno*“ (Vágnerová, 2004).

3.3.2. Kouření

*„Nikotin je – přinejmenším dočasně – efektivním způsobem zvládnání problémů každodenního života.“
(S.E.Taylor in Křivohlavý, 2009, s. 189)*

Bezdomovci podle slov sociální pracovníce „často kouří a vzhledem k ceně cigaret je jasné, že pokud kouří, je to na úkor neuspokojování jiných potřeb - už nezbývá tolik na jídlo, nebo na to, co méně bolí či pálí - neuhradí nájem, elektřinu, plyn, výživné, splátku dluhu.“ (in Fuksová, 2010, str. 35).

Podle T.L.Kozlowskiho (in Křivohlavý, 2009, s. 189) je „kouření návykovou formou chování, která se dá podle všech zjištění obtížněji zvrátit než např. alkoholismus či drogová závislost.“. Důvody, proč lidé kouří, jsou fyziologické, psychologické i sociální, proto odvykání je dle Křivohlavého (2009) jedním z nejtěžších psychoterapeutických úkolů.

Kouření má v krátkodobém hledisku pozitivní vliv na pocity zvládnání stresu, zmírňuje pocity méněcennosti a zároveň zvyšuje pocity sebehodnocení. Pomáhá při překonávání pocitů nejistoty.

Má kladný vliv na odstranění pocitů závislosti na druhých lidech, na zlepšení pocitů bezmoci při nenacházení naděje a opory a žádoucím způsobem ovlivňuje přijetí do skupiny lidí, kteří kouří. Také dodává pocit dospělosti a pomáhá k (rádoby) přiblížení se obrazu „ideálního já“.

Také dočasně zvyšuje koncentraci pozornosti a kladné pocity jako je radost, pohoda či potěšení. Zlepšuje výkon a v rámci pozornosti pomáhá vylučovat nepodstatné detaily. Dále zvyšuje kapacitu paměti a schopnost vybavování si a zároveň snižuje napětí a úzkost. V rámci výše zmíněného má kouření významný psychologický vliv na zvládnání stresu, proto lidé více kouří v zátěžových situacích.

Prvotní pohnutkou ke kouření bývají často sociální důvody, jedná se o tzv. „sociální nakažlivost“, která ovlivňuje zrod rizikového chování. Kouření jako takové zároveň přitahuje určitý druh lidí tzv. „určitou psychiku potenciálního kuřáka“.

Zvláště se jedná o lidi nejisté, se zvýšenou mírou pocitů méněcennosti, se syndromem bezmoci a naděje, lidi žijící v relativní izolaci a ty, kteří snadno podléhají sugestivnímu působení druhých a napodobují jejich chování. Psychologické výzkumy také ukazují, že s kouřením začínají spíše lidé s vnějším místem kontroly. K ovlivnění

začít kouřit patří také určitá síla odolnosti člověka k závislostním svodům, kterou každý disponujeme jinou měrou (Křivohlavý, 2009).

V rámci Freudova psychosexuálního vývoje se mluví v souvislosti s kuřáky a alkoholiky o tzv. orální fixaci, která se vyvíjí již v dětství přílišným podporování orální slasti (pitím, sáním, cucáním) či naopak jejím neuspokojováním. V dospělosti se tito lidé stávají silně závislými na ostatních a slast jim poskytují právě orální aktivity jako je přijímání potravy, pití či kouření.

Jedná se o určitý druh ustrnutí, které vede ke vzniku trvalých rysů osobnosti k tzv. orálnímu charakteru. Takový člověk může být buď **orálně závislý**, tj. člověk optimistický, avšak pasivní – bez iniciativy, odpovědnosti a se sklonem k parazitismu. Nebo může být tzv. **orálně agresivní**, tj. člověk nejistý, hledající pomoc, se sklonem k depresím (Hartl, Hartlová 2000).

Podle slov B. Hejdové (2011) bychom neměli bezdomovce nutit k tomu, aby přestali kouřit. Jednak z toho důvodu, že bezdomovci se potýkají s problémy, které nejsou v běžné populaci obvyklé.

A jednak proto, že je dokázáno, že dostatek nikotinu v silně navyknutém těle opoždí nástup demence či Alzheimerovy nemoci. Když lidé kouří, tak se určitým způsobem samoléčí. Abstinence by tak u silného kuřáka mohla navodit neuronální degradaci.

3.3.3. Patologické hráčství – gamblerství

Patologické hráčství se projevuje silnou touhou po určitém prožitku a zároveň neschopností odolat tomuto impulzu. Vznik poruchy mohou ovlivňovat různé faktory, podobně jako u závislostí. Jedním z faktorů bývá **nedostatek spolehlivého zázemí a uspokojivých mezilidských vztahů**.

Hráče láká potřeba rychlého zbohatnutí bez vynaloženého vlastního úsilí. Peníze představují prostředek k uspokojení potřeb, nebo také potřebu sociální prestiže. Hraním si člověk kompenzuje osamostatnění, únik od rodiny či chybějící vztah.

Finance slouží k posílení pocitu jistoty nebo jako náhražka vlastních kompetencí. Výhra zde funguje jako možnost řešení situace. Problém gamblerství se však týká pouze určité části bezdomovců, záleží na tom, k čemu dotyčný člověk inklinuje, co naplňuje a uspokojuje jeho potřeby (Vágnerová, 2004).

Vágnerová (2004) uvádí, že gamblerstvím jsou ohroženi lidé se zvýšenou potřebou nových podnětů a vzrušení. Tito jedinci také hůře odolávají například nudě. Riziko, které je spojeno s možností ztráty i výhry, je přitahuje. Jejich odolnost vůči frustraci bývá malá podobně jako jejich zábrany. Neschopnost vzdát se aktuálního uspokojení vede poté k impulzivnímu chování, které slouží jako ventil v jejich subjektivně zátěžové situaci. Podle Cloningerovy teorie bývají tito lidé zvýšeně závislí na odměně a ocenění, tj. na mínění druhých.

Bezdomovci – gambleři jsou lidé, kteří svým hraním došli až do fáze sociálního selhání (Vágnerová, 2004), anebo ti, kteří začali s hráčstvím až „na ulici“. Zahálka plodí neřest, říká latinské přísloví a Nešpor ve své knize s názvem Už jsem prohrál dost. Čím najednou naplnit své dny, když člověk nemá nic?

Gamblerství bezdomovců tak může být paradoxní snahou k návratu do původního života. Variantu gamblerství, vzniklou nezaměstnaností, Nešpor (2006) uvádí jako významně častější.

U pražských bezdomovců se objevuje především patologické hráčství ve formě hraní na výherních automatech. Důvodem je zřejmě jejich dostupnost, anonymita a poměrně snadné ovládnutí (Pěnkava, 2010).

Lidé jsou ke všemu do heren často lákáni reklamou, vstupem zdarma, poskytováním části hracích žetonů bez úhrady a bezplatným občerstvením (Mahdalová, 2009). Nabídka, která u lidí bez prostředků vzbuzuje lákavou vidinu budoucnosti. Avšak důsledky těchto nabídek a gamblerství jako takového ve formě dluhů a exekucí bezdomovce v reintegraci spíše demotivují (Vochozková, 2007).

Hráči často sní o velké výhře, jejímž naplněním jedinci hře více propadají. Hráč touží výhru zopakovat, vyhrát ještě více. Zvyšuje sázky a hraje častěji. Jestliže začínal hrát ve společnosti, přechází k osamělé hře (Nešpor, 2006).

Při ospravedlňování se před sebou si hráči například namlouvají, že jim hra přináší únik před neřešenými problémy, přitom neřešené problémy zůstávají a navíc se k nim přidávají ty, které hraní přináší. Nebo mají pocit, že přítomnost automatu snižuje jejich pocit osamění (automat na něj bliká, jako by na něj reagoval – mluvil), ale ve skutečnosti hraní spíše podporuje ještě větší vzdalování se ostatním (Nešpor, 2006).

3.3.3.1. Hráčství jako návykové chování

Patologické hráčství se v mezinárodní klasifikaci nemocí řadí mezi **návykové a impulzivní poruchy**, tedy ne přímo mezi závislosti. Se závislostmi má však mnoho společného. Často se o něm mluví jako o tzv. **závislosti bez drogy** (Nešpor, 2007).

Návyk behavioristé (zastánci psychologického směru zabývajícího se chováním člověka) popisují jako emoční **reflex podmíněný prostředím**. Jedná se o sklon k vykonávání určitého výkonu či činnosti v dané situaci (Hartl, Hartlová 2000). Psychologický princip gamblingu spočívá v tzv. posilování v náhodném poměru k počtu reakcí. Odměny zde následují po různém počtu her, jedinec si tak nikdy není jistý tím, kdy přijde další výhra. Pocity nejistoty a naděje tak přispívají ke vzniku návykového chování (Plháková, 2007).

3.3.4. „Závislost“ na bezdomoveckém způsobu života

Marek, Strnad a Hotovcová (2012) uvádějí, že někteří bezdomovci si již tak navykli na svobodný a konvencemi nesvázaný život, že přechod z ulice do ubytovny, jim dělá značné problémy.

Dotyčný najednou zjišťuje, že zde nemůže spát a že se nesnese s ostatními lidmi. Prostor ubytovny je pro něj stísněný a příliš jiný. Někteří se proto vracejí zpátky na ulici, kde je jim prostředí bližší a kde se cítí lépe. Vzniká tak určitá souvislost mezi délkou života na ulici a možností reintegrace. Čím delší pobyt člověk stráví na ulici, tím hůře se navrácí zpět do běžného života. Kosová, Omelková a Sedláček (2004) uvádějí, že délka strávená na ulici je přímo úměrná délce reintegrace.

Vágnerová (2004) uvádí, že bezdomovectví jako takové vymezuje určitý způsob života. Osobnost bezdomovců je zásadním způsobem změněna a proto často nejsou schopni plnit mnohé společenské požadavky.

Bezdomovecký životní styl je typický maximálním zjednodušováním. Nejlépe jim vyhovuje pouhé stereotypní vegetování často spojené s užíváním alkoholu či drog. Život s určitým řádem by jim musel nejdříve někdo vytvořit, požadavky tohoto řádu však nemohou být velké. Lidem bez domova dělají problémy i běžné nároky (zpravidla těm, kteří jsou bezdomovci již roky). Jejich obrannou reakcí nejčastěji bývá rezignace a přežívání (Vágnerová, 2004).

3.4. Psychická nemoc

Průdková a Novotný (2008) uvádějí, že špatný fyzický stav většinou nebývá hlavní příčinou bezdomovectví, daleko více k životu na ulici přispívá podlomené duševní zdraví.

Podstatou psychických nemocí je porucha duševních funkcí (konkrétně se jedná o jejich hyperfunkci, hypofunkci, dysfunkci či úplnou absenci). Změny duševních funkcí se projevují v myšlení, pocitech a chování člověka, čímž znesnadňují jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím. Definice WHO vnímá psychickou nemoc jako „*klinicky prokazatelnou změnu duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech*“ (in Hartl, Hartlová, 2000, s. 424).

Duševní poruchy a choroby bývají relativně trvalé a léčbou se dají ovlivnit pouze částečně. Počet duševně nemocných se v běžné populaci odhaduje na 1 až 2 %. Příčiny duševních poruch bývají různé, uvádějí se příčiny genetické, organické, chemické, příčiny vlivem působení vědomých a nevědomých konfliktů, vlivem chybného učení či vlivem působení situace, ve které se člověk ocitá (Hartl, Hartlová, 2000).

K těmto situacím patří negativní životní události a dlouhodobé stresující zážitky, které jsou pro člověka zraňující. Tam, kde člověku selhávají adaptační mechanismy na zátěžovou situaci, se může vytvořit psychogenní porucha, která dotyčného, vlivem neporozumění druhým, dostává do sociální izolace (Malá, Pavlovský, 2002).

„*Duševně nemocný člověk se ostatním jeví jako člověk s vadami, slabý, neschopný, někdy i jako hloupý. Lidé se ho bojí, protože jeho chování je nepředvídatelné, nekontrolovatelné a možná i nebezpečné*“ (Malá, Pavlovský, 2002, s. 9). Dle Malé a Pavlovského (2002) jsou tak psychicky nemocní lidé často veřejností stigmatizováni.

Bines (1994) uvádí, že bezdomovství samo o sobě nemusí způsobovat psychické problémy, ale může souviset s předchozími stresujícími životními událostmi či být jejich důsledkem, který může duševní problémy zhoršit či spustit.

Psychické potíže jako příčinu bezdomovectví dokazují např. případové studie vytvořené centry starajícími se o duševně nemocné, které dokládají, že většina těchto lidí se potýkala s psychickými problémy ještě před tím, než se stali bezdomovci (Šupková, 2007).

Psychické potíže naopak jako důsledek bezdomovectví přibližuje Vargová (2007), která podotýká, že samotná skutečnost, že se stal člověk bezdomovcem a dlouhodobě v takové situaci setrvává, vede často k psychickým poruchám.

Motivovat tyto bezdomovce je obtížně z toho důvodu, že dochází ke stupňování jejich pocitů méněcennosti, které ústí v apatii a chronický depresivní syndrom. Vargová (2007) také uvádí, že významným problémem duševně nemocných bezdomovců je chybějící psychiatrická pomoc a medikace.

Průdková a Novotný (2008) uvádějí, že velká část bezdomovců má nějakou psychiatrickou diagnózu nebo závažnou poruchu osobnosti. Nejčastěji se jedná o psychózy, závislosti, neurózy a deprese.

Bines (1994) ve své britské studii uvádí, že duševní poruchy se u uživatelů azylových domů vyskytují osmkrát častěji nežli u běžné populace, u lidí spících na ulicích jsou oproti běžné populaci až jedenáctkrát častější.

České statistiky z pražské ordinace praktického lékaře pro bezdomovce z období 1. 1. 2005 – 31. 5. 2006 udávají, že z 943 pacientů – bezdomovců se 83 z nich potýkalo s duševními nemocemi či poruchami chování, tj. cca 9% ze všech pacientů v daném období. Procento psychicky nemocných bezdomovců je, ale ve skutečnosti zřejmě ještě vyšší

Statistiky pražského lékaře, také uvádějí procentuální podíl dle typu psychických potíží objevujících se u bezdomovců. Nejčastěji byli zaznamenány problémy se závislostmi ve 23%, 19% bylo pacientů s depresivními stavy, 17% pacientů se potýkalo s poruchami spánku, 8% mělo nemoci schizofrenního typu, 4% trpělo poruchou osobnosti, 2% měli úzkostné poruchy, 16% pacientů vykazovalo poruchy způsobené reakcí na stres a přizpůsobení a 11% pacientů bylo zařazeno do kategorie ostatní poruchy. Častá bývá také komorbidita duševní nemoci či poruchy a závislosti na alkoholu (in Šupková, 2007).

Psychologové a sociální pracovníci českých denních center potvrzují, že většina klientů má sklony k depresivním stavům, které zřejmě vyvolávají vnější příčiny. U některých klientů se však objevují i endogenní deprese (in Šupková, 2007). Jako nejčastější symptomy deprese jsou uváděny: smutná nálada, sebevražedné myšlenky, ztráta pocitu radosti, neschopnost jakékoliv činnosti (abulie), zpomalené myšlení i řeč, poruchy sebehodnocení, únava, poruchy spánku atp (Malá, Pavlovský, 2002).

Dle údajů zmiňovaného praktického lékaře a pracovníků v azylových domech přibývá také bezdomovců s psychózami (in Šupková, 2007), které jsou označovány jako těžké duševní choroby projevující se ztrátou kontaktu jedince s realitou, deformací chování, vnímání i cítění a chybějícím náhledem na nemoc (Hartl, Hartlová, 2000).

3.5. Shelterizace (bariéra ovlivněná pobytem v azylovém domě)

Nedostatek soukromí v azylovém domě je jedním z faktorů, který ovlivňuje využívání pobytu v azylovém domě vůbec. Výzkum z r. 2005 prováděného v Praze a v Havířově uvádí, že 19% z kontaktovaných klientů v rámci služby streetwork uvedlo, že nevyužívají azylové ubytování právě kvůli nedostatku soukromí a kvůli ostatním klientům (Hradecký, 2007).

Poskytování minimálního standardu klientům v azylovém domě (vícelůžkové pokoje, palandy) je do určité míry však taktikou, která má u klientů zvyšovat motivaci k hledání zaměstnání a jiného ubytování. U některých klientů přicházejících z ulice však dochází k dobré adaptaci jak na vybavení tak i na spolubydlící. Pobyt v azylovém domě jim totiž přináší významně vyšší pocit bezpečí a jistoty, nežli život na ulici a ve výsledku jsou v azylovém domě spokojeni (Kosová, Omelková, Sedláček, 2004).

Jedná se o tzv. shelterizaci, kdy přílišná péče o klienty či spíše péče na kterou dosud nebyli zvyklí, vede k tomu, že zde klienti chtějí zůstat co nejdéle, protože se jim v azylovém domě líbí.

Jedním z preventivních faktorů shelterizace je např. i omezení pobytu na určitou dobu. Důvodem shelterizace však bývá i chybějící návazné bydlení a proto se klient snaží v azylovém domě zůstat co nejdéle. Motivační část reintegračního programu v azylovém domě však klienta nutí aktivně se stavět ke své situaci a neusnout tzv. na vavřínech (Kosová, Omelková, Sedláček, 2004). Spokojenost v azylovém domě snižuje motivaci ke změně a stává se tak určitou bariérou v reintegraci.

4. Formy pomoci k překonání psychických bariér

4.1. Víra jako forma sociální opory

„Každý člověk potřebuje věřit v něco, co ho přesahuje, mít naději v lepší budoucnost a mít subjektivně uspokojivou představu smyslu života a světa“ (Průdková, Novotný, 2008, s. 62).

Bezdomovci jsou lidé, kterým se dle údajů z předchozích kapitol, sociální opory příliš nedostává. K. I. Matton (in Křivohlavý, 2009) uvádí náboženskou víru jako určitou obdobu sociální opory. Jeho výzkumy ukazují, že čím více člověk trpí, tím větší je jeho tendence se upínat k víře.

Nešpor a Csemy (in Kavenská, 2009) poukazují na to, že větší zbožnost a duchovní zaměření u člověka souvisejí s optimističtější životním náhledem, vyšším pocitem sociální opory, vyšší resiliencí vůči stresu a s nižší úzkostlivostí.

Organizace pomáhající lidem bez domova bývají většinou církevního charakteru. Víra, kterou tyto organizace v bezdomovcích posilují, tak některým z nich může být nápomocná při vyrovnávání se se situací bezdomovectví a ve vytrvání při řešení problémů.

Výzkumy Desmonda a Meduxe (1981) dokazují, že věřící lidé méně podléhají závislostem na kouření a pití alkoholu nežli lidé bez víry. Pozitivní vliv víry při odvykání ze závislosti dokazuje také fakt, že lidé léčící se ze závislosti v kurzu vedeném křesťanskou církví vykazují lepší a dlouhodobější výsledky nežli lidé ze sekularizovaných léčeben.

Pergament (1997) ve svých výzkumech potvrdil, že víra dodává lidem sílu a nadhled, díky němuž dokáže člověk stát nad situací a nepropadat jejím vlivům. Věřící také méně využívají vyhýbavých strategií při řešení stresových situací a více se zaměřují na aktivní řešení problémů.

Výsledky Koeningových studií (1999) ukázaly, že nemocní pacienti, kteří věřili v Boha, modlili se a četli bibli, pociťovali větší subjektivní kontrolu nad svým fyzickým i psychickým děním a vykazovali tak menší míru deprese, nežli pacienti bez víry (in Křivohlavý, 2009).

Z daného lze usuzovat, že víra, díky zamýšlení se nad sebou a nad svým životem, člověku pomáhá k většímu porozumění situace, snižuje tak depresivní ladění a pomáhá zvnitřnit místo kontroly (locus of control).

Neal Krause a Thanh Van Tron (1989) zjistili, že víra člověku také dodává sebevědomí. Koening (1999) však poukázal také na existenci tzv. falešné víry, která člověku škodí, jedná se např. o přesvědčení, že víra člověka trestá či mu záměrně škodí (in Křivohlavý, 2009).

4.1.1. Bezdomovci, víra a pastorační péče

Průdková a Novotný (2008) uvádějí, že mezi bezdomovci jsou lidé různorodého vyznání. Bezdomovců praktikujících svou víru je však velmi málo. Životní podmínky spojené s tvrdým životem na ulici ve věřících lidech veškerý duchovní rozměr potlačily.

Průdková a Novotný (2008) poukazují na to, že většina bezdomovců je spíše bez víry a jejich představy o této pomoci jsou mizivé. Člověka bez domova životní situace oslabuje fyzicky i psychicky. Včasné poskytnutí duchovní podpory proto může mít pro bezdomovce zásadní význam.

Vhodnou formou v tomto směru se ukazuje být pastorační péče, kterou již některá zařízení pro bezdomovce disponují. Účinnost této pomoci spočívá v přímém zaměření se na člověka, ve vnímavosti jeho potřeb a přání.

Jedná se vlastně o tzv. doprovázení, které člověku pomáhá snášet svou situaci. V pastorační péči je kladen důraz na lidskou důstojnost a je zde vyloučena přílišná péče či lhostejnost. Pro vykonávání pastorační péče je však zapotřebí vysoké odbornosti a dostatečné schopnosti empatie (Průdková, Novotný, 2008).

4.2. Psychoterapie bezdomovců

Dle Průdkové a Novotného (2008) jsou bezdomovci jako ostatní klienti psychoterapie, kteří touží po tom, aby se jim někdo plně věnoval a snažil se je pochopit. Nadá se říci, který směr je pro bezdomovce nejvhodnější, protože každý člověk (tedy i bezdomovec), má specifické potřeby. Nevhodným se však jeví psychoanalytické směry, které bývají časově i finančně nákladné.

Potřebám bezdomovců by naopak mohli odpovídat směry existencionální (dasein analýza a logoterapie) a humanistické (gestalt, rogerovská). Pro motivované jedince ke změně by byly nejvhodnější směry kognitivně-behaviorální psychoterapie, které se zaměřují na změny v chování.

Průdková a Novotný (2008) však jako nejdůležitější uvádějí, aby pomoc byla zahájena co nejdříve. Většina odborníků totiž uvádí, že účinně lze pomoci pouze do prvního roku bezdomovectví. Po roce bezdomovectví totiž dochází k určité adaptaci na danou situaci, která je spojena s osobnostními změnami, které lze jen obtížně zvrátit.

4.2.1. Kognitivně behaviorální psychoterapie

Kognitivně behaviorální terapie vychází z behaviorální a kognitivní analýzy. Jedná se tedy o rozbor chování a myšlení, kde je rozebíráno vlastní problémové chování a také to, co toto chování zpevňuje.

Nejčastější použití KBT je v terapii úzkostných či obsedantně-kompulzivních poruch, fobií, závislostí, sexuálních poruch či jako podpůrné metody v léčbě depresí (Šípek in Baštecká, 2009)

V rámci kognitivně behaviorální terapie by mohli být u bezdomovců přínosné metody k vytvoření nového chování i k přetvoření stávajícího chování.

Jedná se o změny chování v situacích, kdy se dotýčný člověk chová nepřiměřeně. Úkolem psychoterapeuta je zjistit příčinu tohoto chování, zda se jedná o nedostatek dovedností (klient neumí reagovat jinak) či o nedostatek v provedení (ví, jak se chovat, ale brání mu v tom strach či úzkost).

K vytvoření nového chování slouží např. technika zaměřená na učení dle vzoru, ve které si klient osvojuje nové chování pomocí nápodoby. Dále se využívá technika Hraní rolí, kdy si klient nacvičuje role v různých situacích nebo technika Formování, která je vhodná např. u klientů s chronickou schizofrenií či sociální fobií. Tato technika spočívá v posilování prvků žádoucího chování klienta.

Naopak ke změně stávajícího chování se používá technik operantního podmiňování, ve kterém je žádoucí chování zpevňováno odměnou (např. pochvalou) a nežádoucí chování odstraňováno, nikoliv však klasickým trestem, ale používá se například tzv. pasivní trestání, které spočívá v odebrání nějaké žádoucí hodnoty. Metodou k odstraňování chování je také tzv. vyhasínání či posilování neslučitelného chování.

Součástí kognitivně behaviorální terapie jsou rovněž metody zaměřené na ovlivnění kognitivních procesů, tedy na žádoucí změny emocí a chování či tzv. komplexní metody, které vycházejí z konkrétního léčebného plánu, který propojuje behaviorální i kognitivní metody, jedná se např. o nácvik sociálních dovedností či o strukturované řešení problémů (Vybíral, 2010).

4.2.2. Logoterapie

„Člověk může být vnitřně silnější než vnější nepřízeň osudu“ (Frankl, 2006, s. 80)

Dle svého zakladatele V. Frankla se jedná se o tzv. „učení o smyslu proti prázdnotě smyslu“. Wagenknecht (in Baštecká, 2009) uvádí, že je logoterapie také občas nazývána „psychologií výšin“ v protikladu k hlubinné psychologii.

Logoterapie se zaměřuje na lidskou potřebu žít smysluplně, její pomoc tak spočívá v „hledání a uskutečňování tohoto smyslu v konkrétních podmínkách života jedince“ (Wagenknecht in Baštecká, 2009, str. 167). Franklovo pojetí spočívá na předpokladu, že život má za všech okolností smysl, který lze naplnit uskutečňováním hodnot (prožitkových, tvůrčích nebo postojových).

Logoterapie se také zaměřuje na rozvinutí tzv. noetické (duchovní) dimenze, která v člověku podporuje schopnost sebeodstupu. Tento rozměr dává člověku možnost zaujmout svobodné postavení k nezměnitelným danostem života, jako je utrpení, vina či smrt a být tak do určité míry nezávislý na svých fyzických a psychických potřebách.

Klient je zde sebeurčující, sám se rozhoduje, co se bude dít, co učiní, jaký zaujme postoj a jaké uskuteční hodnoty. Svobodnou volbou klient také přebírá odpovědnost za to, co činí. Činnost člověka však musí vyplývat primárně z vůle ke smyslu. K tomu je třeba schopnost sebepřesahu a schopnost zaměřit se i na jiné hodnoty než na sebe sama.

Mezi postupy logoterapie patří tzv. dereflexe, paradoxní intence a postojová změna. V případě dereflexe se jedná o obnovení schopnosti přirozeného sebepřesahu, tím, že se člověk odvrací od zaměření se na sebe sama. Této metody se využívá např. u drogových závislostí, kdy terapeut klienta vede k novým náhledům na situaci, kvůli kterým je klient ochoten upozadit své potřeby.

Při paradoxní intenci je klient veden k tomu, aby si přál to, čeho se nejvíce obává. Technika je opět postavena na sebeodstupu, v tomto případě také na sebeironii a humoru. Předmětem výsměchu je zde strach klienta. Použití tohoto postupu je vhodné při anticipační úzkosti, fobických či nutkavých stavech.

A technika postojové změny se realizuje formou tzv. sokratovského dialogu, kdy je klient veden k rozporu svých hodnot, tím že zaujme nové postoje. S terapeutem klient hledá nové směry ve vnímání své situace, které mu pomáhají překonávat utrpení, nemoc či smysluprázdnost. Této metody se využívá zejména při práci s nevyhnutelným utrpením a u neosobních postojů, které brání v naplnění života.

Efektivita logoterapie tkví právě v zacházení s postoji a hodnotami, díky tomu se jí často využívá v pomáhajících profesích, zejména ve výchově, poradenství, krizové intervenci, ošetřovatelství, pastoraci atp. Jako specifická terapie má však poměrně úzké pole svého působení, jedná se zejména o oblast tzv. noogenních neuróz, které se projevují nevztažností k hodnotám, od kterých se odvíjí pocit smysluprázdnosti. Člověk tak není schopen vnímat situace jako výzvy a prožívá bezradnost v zacílení jednání (Martin Wagenknecht in Baštecká, 2009).

4.2.3. Psychiatrická pomoc

Léčení duševních poruch především spočívá v působení psychofarmak na symptomy. Mezi psychofarmaka patří např. neuroleptika (též antipsychotika), antidepresiva, anxiolytika či hypnotika. Neuroleptika ovlivňují psychosomatiku tím způsobem, že snižují nadbytečný dopamin v těle. Snížením dopaminu poté dochází k vymizení psychotických příznaků, jako jsou halucinace, bludy, paranoia a zlepšuje se integrita osobnosti.

Antidepresiva naopak působí na tzv. patickou náladu, úzkost, tenzi a na schopnost vyvíjet činnost. Anxiolytika se používají ke snížení stresu, úzkosti, k navození relaxace či k uvolnění, a hypnotika k ovlivnění nespavosti, tedy k navození spánku.

Využívá se také elektrokonvulzní terapie (tzv. elektrošoků), která je prováděna v narkóze 2-3 týdně, výsledky této metody jsou celkově velmi dobré. Jinou metodou je fototerapie, jedná se o léčbu umělým světlem, které má vysokou intenzitu, léčba trvá 1-2 hodiny. Využívá se jí především u depresivních pacientů, nejlepší výsledky vykazují zejména tzv. sezónně depresivní pacienti.

Kromě farmakologie se také využívá psychoterapie, např. racionální psychoterapie, sugestivní psychoterapie (hypnóza), KBT, individuální psychoterapie či skupinová psychoterapie (Malá, Pavlovský, 2002).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5. Výzkumný problém

Do azylových domů přicházejí lidé z různých míst (z ulice, z ústavního zařízení, z výkonu trestu atp.) a také z různých příčin (domácí násilí, rozvod atp.) Ne však všichni přicházející do azylového domu jsou motivováni ke změně, či jsou změny schopni, a proto se často stává, že se lidé v azylovém bydlení tzv. zacyklí. Odcházejí z jednoho azylového domu do druhého a setrvávají tak v určitém provizoriu i několik let.

Do určité míry si uvědomuji, že velký vliv na život lidí v azylových domech mají objektivní příčiny jako je nedostatek sociálních bytů či neochota zaměstnávat bezdomovce. Na druhou stranu zde hrají roli i vlivy na straně osobnosti, které ve své práci nazývám psychickými bariérami. Těmito bariérami míním různorodé prožívání a vnímání své situace u lidí v azylovém domě, která se odráží ve schopnosti či v motivaci řešit nebo měnit svou situaci.

5.1. Cíle výzkumu

Můj výzkum je zaměřen zejména na mapování psychických bariér. V rámci těchto psychických bariér jsem si dala za úkol zjistit míru sociální opory, smyslu života, závislostí, míru využívání služeb psychologa či psychiatra u lidí žijících v pražských azylových domech Naděje.

Také se zabývám mapováním spokojenosti v azylovém domě vzhledem k určitým bariérám, které mohou vznikat právě v rámci zdejšího pobytu. Dále zjišťuji, do jaké míry lidé v azylovém domě vnímají svůj pobyt jako reintegrační, tj. vedoucí ke změně či posunu v životě.

Co lidé žijící v azylovém domě, považují ve své situaci jako nejtěžší. Do jaké míry vědí, co by jim pomohlo řešit svou situaci a jaká je četnost opakovaného pobytu v azylovém domě u lidí zde žijících a co je důvodem jejich opakovaného pobytu.

5.2. Výzkumné otázky

Obecná výzkumná otázka

Do jaké míry se lidé v azylovém domě potýkají se ztrátou smyslu života, nedostatkem sociální opory, psychickými potížemi či s problémy vyplývajícími z pobytu v azylovém domě a co ze zjišťovaných oblastí považují za nejvíce ztěžující jejich život?

Dílčí výzkumné otázky

1. Do jaké míry lidé v AD² vnímají svůj život jako smysluplný?
2. Zda lidé žijící v AD mají nějakou sociální oporu? V kom lidé žijící v AD sociální oporu spatřují a do jaké míry je pro ně tato opora dostačující?
3. Do jaké míry se lidé žijící v AD potýkají se závislostmi?
4. Jaká je spokojenost lidí žijících v AD s pobytem, co jim zde vadí, schází a zda jsou jejich potřeby v souladu s pomocí v AD?
5. Do jaké míry lidé žijící v AD využívají psychologickou či psychiatrickou pomoc?
6. Co ze zjišťovaných oblastí považují lidé žijící v AD za nejvíce ztěžující jejich život?

Doplňující výzkumné otázky

7. Do jaké míry vnímají lidé žijící v AD zdejší pobyt jako reintegrační a v jaké míře se potýkají s opakovaným pobytem v AD?
8. Co lidé v AD vnímají ve své situaci jako nejtěžší?
9. Do jaké míry lidé žijící v AD vědí, co by jim pomohlo při řešení své situace?
10. Do jaké míry mají lidé, žijící v azylovém domě, zkušenost s opakovaným pobytem a co je důvodem opakovaného pobytu v azylovém domě?

² AD – v azylovém domě

6. Výzkumná metoda

Pro účely svého zkoumání jsem zvolila deskriptivní typ výzkumu, který Ferjenčík (2000) zařazuje mezi tzv. neexperimentální výzkumné plány. Deskriptivní výzkum, zvaný také mapující či orientační je vhodný k získání vhledu do určité problematiky, o kterou se zajímáme a o které se chceme dozvědět více. Zmíněný výzkum lze realizovat pozorováním, rozhovory, ale i dotazníkovou metodou (Ferjenčík, 2000).

Pro svůj výzkum jsem zvolila dotazníkovou metodu (jejíž odůvodnění předkládám v úvodu své práce). Sběr dat jsem realizovala formou tištěného dotazníku, který jsem pro své výzkumné účely zkonstruovala sama a který jsem kromě svého vedoucího práce, konzultovala také s psychologem pražské Naděje panem PhDr. Pavlem Jarošem. Dotazník byl poměrně rozsáhlý, obsahoval 33 položek. Konkrétně se jednalo o 5 otevřených otázek, 9 polootevřených, 12 uzavřených, 6 škálovacích se sedmibodovou stupnicí a jednu stupnicovou otázku.

Některé otázky v dotazníku byly pouze doplňující a sloužily spíše k dodání kontextu. V rámci své výzkumné části tak vyhodnocuji pouze ty, které byly pro můj výzkum zásadní.

Výzkumný konstrukt také zahrnoval místo pro případné názory k dotazníku. Začátek dotazníku tvořily odlehčující otázky, střed byl tvořen otázkami, které byly pro výzkum stěžejní a nakonec byly zařazeny otázky demografické, které již nevyžadovaly velké soustředění.

6.1. Postup získávání dat

6.1.1. Fáze předvýzkumu

Samotnému výzkumu přecházel předvýzkum, který dle Chráska (2007) slouží ke zmenšení metodologických a technických rizik ve výzkumu. Chráska (2007) také uvádí, že předvýzkum se provádí s malým vzorkem respondentů. V mém případě se jednalo o čtyři osoby, dvě ženy a dva muže.

Osoby do předvýzkumu jsem vybírala mezi klienty, kteří mě znali a měli ve mě tak určitou důvěru, kritériem byla samozřejmě také jejich ochota ke spolupráci. Fáze předvýzkumu je dle Punche (2008) obzvlášť důležitá u dotazníku, který předtím nebyl nikdy použitý. Punch (2008) také uvádí, že cílem zkušebního výzkumu je zjistit, zda jsou otázky pro cílovou skupinu formulovány srozumitelně a plní svou funkci. Také se zjišťuje časová i subjektivní náročnost celého dotazníku a etické aspekty.

Na základě tohoto předvýzkumu byly přeformulovány, rozvedeny a přeřazeny některé otázky. Také instrukce k dotazníku byly doplněny či přeformulovány. Konkrétně se jednalo o instrukci ohledně vyplňování dotazníku tiskacím písmem a větší důraz na anonymitu, v tom smyslu, aby dotazníky respondenti nepodepisovali.

6.1.2. Fáze sběru dat

Sběr dat samotného výzkumu probíhal v rámci čtyř azylových domů Naděje v Praze, jednalo se o dva azylové domy pro muže Dům Naděje Praha – Radotín a Dům Naděje Praha – Žižkov, dále o jeden azylový dům pro ženy Dům Naděje Praha – Vršovice a jeden azylový dům pro muže i ženy Dům Naděje – Praha Záběhlice, kde jsem využila především vzorku žen.

Sběr dat trval přibližně týden. Dotazníky jsem klientům azylových domů rozdávala osobně s krátkou úvodní řečí a instrukcemi. Většinou jsem se také s respondenty dohodla na určitém časovém rozpětí ohledně vyplňování dotazníku.

Chrásková (2007) ve své metodologii považuje osobní předávání dotazníků za nejvýhodnější způsob šíření dotazníků. Výhodou je poměrně rychlý sběr dat a vysoká návratnost.

Pro zachování vyšší anonymity jsem použila krabici, kterou jsem postavila vždy na blízké a viditelné místo a do které respondenti dotazníky po vyplnění vhazovali. Klienti byli většinou k vyplňování dotazníku poměrně vstřícní.

Ačkoliv jsem se snažila sbírat data co nejefektivněji, často bylo shromažďování dotazníků zdlouhavé vlivem toho, že v danou dobu bylo v azylovém domě přítomno málo klientů.

Nejvíce jsem se obávala sběru dotazníků v Domě Naděje - Žižkov, kde jsem jako pracovník zkušenost neměla a nevěděla jsem, do jaké míry budou zdejší klienti ochotní k vyplňování. Nakonec se však zdejší sběr dat ukázal jako nejefektivnější.

Zdejší efektivita byla zapříčiněná jednak nejvyšší kapacitou klientů ze všech navštívených azylových domů a také tím, že zdejší klienti jsou zde zvyklí na vyplňování dotazníků od personálu, ve kterých se vyjadřují k pobytu v azylovém domě. Proto se mi zde i stávalo, že mě chodili sami klienti žádat o vyplnění dotazníku.

Při mém odchodu z tohoto azylového domu mi dokonce jeden zdejší klient osobně poděkoval a sdělil mi, že je vděčný za takové dotazníky, protože lidem pomáhají se zamýšlet nad svou situací a že by byl rád, kdyby takových dotazníků bylo více.

6.1.3. Fáze kontroly a vyhodnocení dat

Po sběru dat následovala kontrola odpovědí, během které bylo vyřazeno šest dotazníků z důvodu neúplnosti údajů. Ačkoliv samotnému výzkumu, předcházela fáze předvýzkumná, hromadný sběr poukázal na další úskalí v dotazníku, ke kterým se vyjadřuji v rámci diskuze. Výsledky z dotazníku byly dále zpracovávány pomocí programu Excel a následně vloženy do tabulek.

7. Charakteristika výzkumného souboru

Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Výzkumník tak dle Miovskeho (2006) cíleně vyhledává respondenty jednak dle určitých kritérií a jednak dle ochoty k zapojení se do výzkumu. V mém případě se jednalo o osoby žijící v azylových domech Naděje v rámci Prahy. Výzkumný soubor tvořili muži i ženy žijící v daných azylových domech. Do výzkumu bylo zahrnuto 55 dotazníků, z nichž 30 bylo od mužů a 25 od žen.

Tabulka č. 1 – Zastoupení respondentů dle Domů Naděje v Praze

	Dům Naděje Praha - Vršovice	Dům Naděje Praha - Žižkov	Dům Naděje Praha - Radotín	Dům Naděje Praha - Záběhlice
Celkem	16 (29%)	15 (27%)	13 (24%)	11 (20%)

Největší zastoupení ve vzorku měly ženy z Domu Naděje Praha – Vršovice (29%), dále pak muži z Domu Naděje – Praha Žižkov (27%) a z Domu Naděje – Radotín (24%). V Domě Naděje Praha – Záběhlíce, jsem sbírala data jako poslední, kde jsem se snažila doplnit především vzorek žen.

K většímu přiblížení zkoumaného vzorku nejprve vyhodnocuji demografické otázky uvedené v dotazníku a až poté uvádím vyhodnocení výzkumných otázek.

Demografický popis vzorku jsem zjišťovala otázkami umístěnými převážně na konci dotazníku. Jednalo se o otázku č. 30 týkající se pohlaví, otázku č. 31 týkající se věku, otázku č. 32 zaměřenou na vzdělání, otázku č. 33 týkající se po délce bezdomovectví. A dále o otázky č. 5 a 6 týkající se zkušenosti s pobytem na ulici, zaměstnání.

Tabulka č. 2a) – Zastoupení respondentů dle věku

	Od 20 do 40 let	Od 41 do 50 let	Od 51 do 60 let	Od 61 do 70 let	Od 70 do 86 let
Celkem	4 (7%)	8 (15%)	22 (40%)	16 (29%)	5 (9%)

Tabulka č. 2b) – Doplnující údaje o věku respondentů

	Celkem
Minimální věk	20
Maximální věk	86
Průměrný věk	56,8
Medián	59

Ve výzkumném vzorku bylo nejvíce osob ve věku od 51 do 60 let (40%) a dále pak osob ve věku od 61 do 70 let (29%). Věkové rozpětí ve vzorku bylo od 20 let do 86 let. Průměrný věk celého výzkumného souboru byl 56,8 let. V rámci pohlaví, byl průměrný věk mužů (56,5 let) lehce nižší nežli u žen (57,16).

Tabulka č. 3 – Rozložení respondentů dle vzdělání a zaměstnání

	ŽŠ	SŠ (maturita)	SŠ (výuční list)	VŠ	Příležitostné práce	Práce na úvazek	Bez práce	Celkem
Celkem	10 (18%)	11 (20%)	23 (42%)	11 (20%)	13 (24%)	5 (9%)	37(67%)	55 (100%)

Vzdělání respondentů bylo nejčastěji středoškolské (62%), u mužů převažovalo vzdělání s výučním listem, u žen naopak vzdělání s maturitou. Základní vzdělání mělo 18% respondentů a vysokoškolské vzdělání 20%.

V rámci zaměstnání tvořily více než polovinu osoby nepracující (67%), respondentů pracujících příležitostně (např. brigádně) pak bylo 24%. Lidé, pracující na úvazek (částečný i plný), měli v mém vzorku nejmenší zastoupení, jednalo se pouze o 9%.

Tabulka č. 4a) - Rozložení respondentů dle délky bezdomovectví

	Od měsíce do roka	Od 1 roku do 2 let	Od 3 do pěti let	Od 6 do 10 let	Od 11 do 20 let	Od 21 do 33 let
Celkem	15 (27%)	13 (24%)	13 (24%)	5 (9%)	5 (9%)	4 (7%)

Tabulka č. 4b) – Doplnující údaje o délce bezdomovectví

	Celkem
Minimální délka bezdomovectví ve vzorku	měsíc
Maximální délka bezdomovectví ve vzorku	33 let
Průměrná délka bezdomovectví	64 měsíců (5,3 let)
Medián	30 měsíců (2,4 roku)

Délka bezdomovectví se u respondentů pohybovala od měsíce do několika let, maximální uvedená délka bezdomovectví byla 33 let. Nejčastěji se jednalo o osoby s délkou bezdomovectví do jednoho roku a dále do dvou a pěti let. Průměrná délka bezdomovectví u respondentů byla 5,3 let.

Bezdomovectví do pěti let zahrnovalo 75% ze všech respondentů, delší dobu bez domova vykazovalo pouze 25% osob. Délka bezdomovectví u žen byla v průměru kratší (4,6 let) nežli u mužů (6,7 let).

Tabulka č. 5 - Rozložení respondentů dle zkušenosti se životem na ulici.

	Celkem
Se zkušeností se životem na ulici	32 (58%)
Bez zkušenosti se životem na ulici	23 (42%)

Více než polovina respondentů (58%) má zkušenost se životem na ulici, převážně se jednalo o muže (77%), žen se zkušeností na ulici bylo pouze 36%.

V části otázky, kde měli respondenti se zkušeností „ulice“ uvést délku pobývání na ulici, délka bezdomovectví a délka pobývání na ulici často splývala. Proto jsem se ji rozhodla nevyhodnocovat. V rámci pohlaví ženy lépe odlišovaly mezi délkou bezdomovectví a pobytem na ulici.

8. Výsledky výzkumu

Výzkumná otázka č. 1

Do jaké míry lidé v AD vnímají svůj život jako smysluplný?

Míru smysluplnosti života jsem zjišťovala v dotazníku škálovací otázkou č. 8, ve které měli respondenti na škále uvést míru smyslu jejich života. Doplnující otázkou, zde byla položka v dotazníku č. 4, která se dotazovala na míru spokojenosti se životem.

Otázka č. 8 - Zakroužkujte na škále jedno číslo od 1 do 7, podle toho, do jaké míry cítíte, že je Váš život smysluplný (č. 1 – označuje život beze smyslu, č. 7 označuje život maximálně smysluplný)

Tabulka č. 7 - Míra smysluplnosti života u lidí v azylovém domě

	Celkem
Nízká úroveň naplnění smyslu života (č. 1, č. 2 na škále)	14 (25%)
Střední úroveň naplnění smyslu života (č. 3, č. 4 a č. 5 na škále)	30 (55%)
Vysoká úroveň naplnění smyslu života (č. 6 a č. 7 na škále)	11 (20%)
Průměrná hodnota smysluplnosti života	3,8
Medián	4

Vysokou úroveň smyslu života vykazovalo 20% respondentů. Naopak s nedostatkem smyslu se potýkalo 25% respondentů. Zbývajících 55% respondentů se pohybovalo kolem střední úrovně pocitu smysluplnosti života. Celkově u vzorku mírně převažovaly hodnoty spíše na straně od 1 do 4.

V rámci pohlaví větší smysluplnost života v průměru pociťovaly více ženy (4,0) oproti mužům (3,63). Průměrná hodnota smyslu života u celého vzorku se ukázala být 3,8.

Otázka č. 4 - Zakroužkujte na škále jedno číslo od 1 do 7, podle toho, jak moc jste spokojeni se svým životem, (č. 1 – značí, že nejste vůbec spokojeni, č. 7 – značí, že jste maximálně spokojeni se svým životem)

Tabulka č. 8 – Míra spokojenosti se životem u lidí v azylovém domě

	Celkem
Nízká úroveň spokojenosti se životem (č. 1 a č. 2)	17 (31%)
Střední úroveň spokojenosti se životem (č. 3, č. 4 a č. 5)	31 (56%)
Vysoká úroveň spokojenosti se životem (č. 6 a č. 7)	7 (13%)
Průměrná hodnota spokojenosti se životem	3,36
Medián	3

Vysoká spokojenost se životem se ukázala u 13% respondentů. Nízkou spokojenost však pociťovalo až 31% respondentů. Zbývajících 56% respondentů uvádělo spokojenost se životem spíše ve střední úrovni.

Významnější nespokojenost se životem se ukázala být u mužů (3,1) nežli u žen (3,6),

Výzkumná otázka č. 2

Zda lidé žijící v azylovém domě mají nějakou sociální oporu, v kom tuto oporu spatřují a do jaké míry je pro ně tato opora dostačující?

Sociální opora byla zkoumána dotazníkovou otázkou č. 9, která zjišťovala, zda lidé v azylovém domě mají nějakou sociální oporu a kdo je pro ně touto oporou. A dále otázkou č. 10, která se dotazovala na pociťovanou míru dostačivosti této opory.

V prvním případě se jednalo o otázku polootevřenou s výčtem možných sociálních opor. Zde bylo možné zaškrtnout více možností či uvést jinou oporu. Vyhodnocování, vzhledem k vyplňování více opor najednou, tak odpovídá spíše četnosti daných opor u lidí v azylovém domě nežli jednotlivým respondentům. V druhém případě se jednalo o otázku škálovací.

Otázka č. 9 - Máte někoho, kdo Vám pomáhá či Vás podporuje při řešení a zvládnání Vaší situace?

Tabulka č. 9a) - Máte někoho, kdo Vám pomáhá či Vás podporuje při řešení a zvládnání Vaší situace?

Opora							Celkem
Ne	-	-	-	-	-	-	15 (27%)
Ano	Sociální prac. a ostatní prac. v AD	Rodina	Přátelé	Psycholog / psychiatr	Partner/ partnerka	Bůh/ farář	40 (73%)
Celkem	31 (56%)	10 (18%)	7 (13%)	6 (11%)	4 (7%)	1 (2%)	55 (100%)

Výsledky v této otázce ukázaly, že 73% osob v mém vzorku má někoho, kdo jim pomáhá a podporuje je při zvládnání jejich situace. Přesto však téměř třetina respondentů (27%) uvedla, že žádnou oporu nemá či nepocituje.

V rámci pohlaví, ženy ve větší míře udávaly, že se jim dostává sociální opory. Údaje také ukázaly, že pro 56% respondentů je sociální oporou pouze sociální pracovník a ostatní pracovníci v azylovém domě.

Oporu rodinnou uvedlo 18% respondentů, oporu v podobě přátel 13% osob ze vzorku, oporu v psychologovi či psychiatrovi 11%, oporu v podobě partnera či partnerky 7% a oporu ve víře uvedly pouze 2% respondentů.

Opora rodinná a opora v psychologovi či psychiatrovi se týkala zejména žen, muži naopak více skórovali v opoře přátel.

Otázka č. 8 – Zakroužkujte na škále jedno číslo od 1 do 7 dle toho, nakolik je pro Vás podpora (vašich blízkých, přátel či odborníků) dostačující? (č. 1 - označuje naprosto nedostačující podporu, č. 7 – označuje podporu plně dostačující)

Tabulka č. 10 – Na kolik je pro Vás podpora Vašich blízkých, přátel či odborníků dostačující?

	Celkem
Nízká úroveň dostačivosti sociální opory (č. 1, č. 2 na škále)	22 (40%)
Střední úroveň dostačivosti sociální opory (č. 3, č. 4 a č. 5 na škále)	15 (27%)
Vysoká úroveň dostačivosti sociální opory (č. 6 a č. 7 na škále)	18 (33%)
Průměrná hodnota dostačivosti sociální opory	3,70
Medián	4

40% respondentů zde uvedlo, že pocítují svou sociální oporu jako naprosto nedostačující. Vysokou úroveň dostačivosti své sociální opory poté uvedla třetina respondentů (33%). Zbývajících 27% respondentů se pohybovalo ve střední úrovni dostačivosti sociální opory.

Průměrná hodnota dostačivosti opory u celého vzorku se ukázala být 3,7. V rámci pohlaví zde opět ženy skórovaly výše (3,76) nežli muži (3,66).

Výzkumná otázka č. 3

Do jaké míry se lidé, žijící v azylovém domě, potýkají se závislostmi?

Míru závislostí zjišťovalo 5 otázek, které byly převážně dichotomické, v jednom případě se jednalo o polootevřenou otázku. Na problémy s alkoholem se dotazovaly dvě otázky, otázka č. 14 a otázka č. 15. V otázce č. 14, kterou jsem do dotazníku přidala po provedení předvýzkumu, se ukázala být chyba. Této chyby jsem si při rozdávání dotazníků nevšimla, a proto jsem se rozhodla tuto otázku zde nevyhodnocovat z důvodu irelevantnosti dat.

Závislosti jsem dále zjišťovala otázkou č. 16, která mapovala oblast drog, otázkou č. 17 jsem zjišťovala míru kuřáků a počet vykouřených cigaret za den a nakonec jsem otázkou č. 18 mapovala míru hraní na hracích automatech či míru sázkaření.

Otázka č. 15 – Ovlivňuje Váš život alkohol?

Tabulka č. 12 – Ovlivňuje Váš život alkohol?

	Celkem
Ne	46 (84%)
Ano	9 (16%)

Ovlivnění života alkoholem v této otázce pocíťovalo pouze 16% respondentů. Zbývajících 84% toto ovlivnění neuvvedlo.

Otázka č. 16 – Ovlivňují Váš život drogy (marihuana, pervitin, heroin,...)?

Tabulka č. 13 – Ovlivňují Váš život drogy?

	Celkem
Ne	53 (96%)
Ano	2 (4%)

V této otázce uvedli 4% respondentů ovlivnění drogami. Jednalo se pouze o respondenty ze vzorku žen.

Otázka č. 17 – Kouříte cigarety? Pokud ano, uveďte, kolik cigaret přibližně za den vykouříte.

Tabulka č. 14 – Kouříte cigarety?

	Celkem
Ano	39 (71%)
Ne	16 (29%)

Tabulka č. 15 – Doplnující údaje o počtu vykouřených cigaret

	Celkem
Minimální počet vykouřených cigaret za den	2 cigarety
Maximální počet vykouřených cigaret za den	30 cigaret
Průměrný počet vykouřených cigaret za den	13,9 cigaret
Medián	10

Na základě údajů z této otázky vyplývá, že 71% respondentů jsou kuřáci. V rámci pohlaví se jednalo převážně o muže (83%), žen kuřáček se ukázalo být 56%. Kuřáci v dané otázce měli dále také uvést přibližný počet cigaret, které vykouří za den. V průměru tak lidé z mého vzorku vykouří 13,9 cigaret za den. V rámci pohlaví se ukázali být v průměru silnějšími kuřáky muži (16,2 cigaret), oproti ženám (10,5 cigaret).

Otázka č. 18 – Hrajete na výherních automatech nebo sázíte?

Tabulka č. 15 – Hrajete na výherních automatech nebo sázíte?

	Celkem
Ne	53 (96%)
Ano	2 (4%)

Z uvedených odpovědí v této otázce vyplývá, že s hraním na výherních automatech či se sázením se potýkají pouze 4% osob v mém vzorku. Jednalo se o odpovědi mužů.

Výzkumná otázka č.4

Jaká je spokojenost lidí žijících v azylovém domě s pobytem, co jim zde vadí, schází a zda jsou jejich potřeby v souladu se zdejší pomocí?

Míru spokojenosti s pobytem jsem zjišťovala škálovací otázkou č. 23, kde měli respondenti uvést, jak moc jsou spokojeni s pobytem. K mapování této otázky jsem přidala ještě 3 otázky doplňující (v dotazníku č. 24, č. 25 a č. 26), kde dvě z nich byly otevřené a ptaly se na to, co lidem v azylovém domě chybí a vadí. Třetí doplňující otázka se dotazovala na spokojenost s pomocí pracovníků v azylovém domě.

Otázka č. 23 – Zakroužkujte na škále od 1 do 7 jedno číslo, které odpovídá tomu, jak moc jste v azylovém domě spokojen/a (č. 1 – označuje, že jste absolutně nespokojen/a, č. 7, že jste naprosto spokojen/a)

Tabulka č. 20 – Jak moc jste v azylovém domě spokojen/a?

	Celkem
Nízká úroveň spokojenosti v azylovém domě (č. 2)	2 (3,5%)
Střední úroveň spokojenosti v azylovém domě (č. 3, č. 4 a č. 5)	23 (42%)
Vysoká úroveň spokojenosti v azylovém domě (č. 6 a č. 7)	30 (54,5%)
Průměrná hodnota spokojenosti v azylovém domě na škále od 1 do 7	5,30
Medián	6

Poměrně vysokou míru spokojenosti v této otázce uvedlo 54,5% respondentů, naopak spokojenost na velmi nízké úrovni označily 3,5% respondentů. Střední úroveň spokojenosti poté zahrnovala zbývajících 42% odpovědí.

Číslo 1, značící absolutní nespokojenost v azylovém domě, se na škále u obou pohlaví dokonce vůbec nevyskytovalo. Spokojenější se zde ukázaly být ženy, jejich průměrná spokojenost s pobytem v azylovém domě byla 5,48, oproti mužům, jejichž spokojenost byla v průměru 5,16. Průměrná spokojenost všech respondentů se poté ukázala být 5,30.

Otázka č. 24 – Je něco, co Vám v azylovém domě chybí? Pokud ano, uveďte, co Vám v azylovém domě chybí.

Tabulka č. 21 - Je něco, co Vám v azylovém domě chybí?

	Celkem
Ano, soukromí	16 (29,1%)
Ano, rodina	4 (7,3%)
Ano, vhodnější spolubydlící	3 (5,5%)
Ano, více prostoru	2 (3,6%)
Ano, nabídka pracovních činností v AD	1 (1,8%)
Ano, ženy	1 (1,8%)
Ano, kouření uvnitř azylového domu	1 (1,8%)
Ano, Celkem	28 (51%)
Ne	27 (49%)

Pocit určitého nedostatku v azylovém domě pociťovali o něco více muži (50%) oproti ženám (48%). Výsledky celkem však byly poměrně vyrovnané, v 51% respondenti uvedli, že jim v azylovém domě něco schází a ve 49% uvedli, že jim zde neschází nic.

V další části otázky měli ti, kteří uvedli, že jim v azylovém domě něco schází, uvést o co se jedná. Nejčastěji se jednalo o **soukromí** (29,1%) a **rodinu** (7,3%). Ženám v azylovém domě chybělo **více úložného prostoru** (3,6%) či **nabídka pracovních činností** (1,8%).

Muži naopak udávali, že jim v azylovém domě schází **možnost kouření uvnitř azylového domu** (1,8%) (V azylových domech se smí kouřit pouze v prostorách vymezených pro tyto účely. Většinou k tomu slouží terasy či tzv. kuřárny uvnitř azylového domu), **ženy** (1,8%) či **vhodnější spolubydlící** (5,5%).

Otázka č. 25 – Je něco, co Vám v azylovém domě vadí? Pokud ano, uveďte, co Vám vadí.

Tabulka č. 22 - Je něco, co Vám v azylovém domě vadí?

	Celkem
Ano, chování spolubydlících	12 (22%)
Ano, pravidla v azylovém domě	8 (14,5%)
Ano, typologie lidí v azylovém domě	3 (5,5%)
Ano, že vše je jinak než se jeví	1 (2%)
Ano, Celkem	24 (44%)
Ne	31 (56%)

V této otázce převažovaly spíše **záporné odpovědi** (56%) nad **kladnými** (44%). V rámci pohlaví se zde ukazovaly být více nespokojené ženy (48%) oproti mužům (40%). Respondenti dále nejčastěji uváděli, že jim zde vadí **chování spolubydlících** (22%) a **pravidla v azylovém domě** (14,5%), Mužům poté vadila typologie lidí v azylovém domě (10%) a ženám, „že je vše jinak než se jeví“ (4%).

Otázka č. 26 – Dostáváte od sociálního pracovníka a ostatních pracovníků v azylovém domě takovou pomoc, jakou potřebujete?

Tabulka č. 23 – Dostáváte od sociálního pracovníka a ostatních pracovníků v azylovém domě takovou pomoc, jakou potřebujete?

	Celkem
Ano	32 (58%)
Spíše ano	20 (36,5%)
Spíše ne	3 (5,5%)
Ne	0

Při mapování toho, zda jsou potřeby respondentů v souladu s pomocí pracovníků v azylovém domě, se ukázala v 94,5% pozitivní odpověď. Odpovědi typu „spíše ne“ zde bylo pouze 5,5%. Odpověď „ne“ se zde dokonce vůbec neobjevila.

Výzkumná otázka č. 5

Do jaké míry lidé žijící v azylovém domě využívají psychologickou či psychiatrickou pomoc?

Výzkumnou otázku jsem zjišťovala položkou č. 27 v dotazníku, která mapovala míru využívání psychologické či psychiatrické pomoci u lidí v azylovém domě. Doplnující otázkou zde byla dotazníková položka č. 28, kde se lidé využívající této pomoci měli vyjádřit k tomu, zda jim pomoc pomohla či nepomohla.

Otázka č. 27 – Využil/a jste někdy pomoci psychologa nebo psychiatra?

Tabulka č. 27 – Využil/a jste někdy pomoci psychologa nebo psychiatra?

	Celkem
Ano	18 (33%)
Ne	37 (67%)

Uvedené výsledky poukazují na to, že 67% mých respondentů nemá zkušenost s pomoci psychologa či psychiatra. Poměrně významný rozdíl se však zde ukazuje mezi pohlavími, kde ženy využily psychologa či psychiatra ve 48%, mužů s touto zkušeností bylo pouze 20%. V další části této otázky, měli ti respondenti, kteří uvedli tuto zkušenost uvést také, jak dlouho tuto pomoc využívali či využívají. Odpovědi zde byly často nepřesné či úplně chyběly.

Z této části se však jeví, že téměř třetina žen (28%) a jeden muž využívají této pomoci dlouhodobě (přibližně v rozmezí od 7 do 14 let). V doplňující otázce (č. 28 v dotazníku) zjišťující, zda jim návštěva psychologa či psychiatra pomohla, uvedlo 76% osob kladnou odpověď a 24% osob zápornou odpověď.

Výzkumná otázka č. 6

Co ze zjišťovaných oblastí považují lidé žijící v azylovém domě za nejvíce ztěžující jejich život?

Tuto výzkumnou otázku jsem zjišťovala otázkou v dotazníku č. 29, ve které byl seznam překážek, ze kterých měli respondenti vybrat 3, které pocítují jako nepřítěžující a očíslovat je dle závažnosti čísly 1, 2 a 3. Zadání této otázky bylo poněkud složitější nežli u ostatních otázek a vlivem nepříliš vhodného zařazení otázky ke konci dotazníku, kdy již klesá pozornost, se zde často objevovalo chybné vyplnění, o kterém jsem se zmiňovala již v části kontroly dat.

Vzhledem k tomu jsem se rozhodla otázku vyhodnotit pouze dle četností uvedených překážek, nikoli dle jejich subjektivní závažnosti. V této otázce vyhodnocuji především témata vztahující se k předešlým zjišťovaným oblastem, ostatní témata byly zde spíše doplňující.

Otázka č. 29 – Nyní následuje seznam překážek, se kterými se lidé v azylovém domě často potýkají. Vyberte 3 z nich, které ztěžují Váš život a očísľujte je do malého rámečku vlevo čísly 1, 2 a 3 dle toho, jak moc Vás zatěžují. (Č. 1 bude značit pro Vás nejvíce zatěžující překážku, č. 3 bude značit pro Vás nejméně zatěžující překážku)

Tabulka č. 28 – Seznam překážek, které ztěžují Váš život (dle četností témat)

	Celkem
Strach z nejisté budoucnosti	34 (21%)
Nedostatek soukromí v azylovém domě	25 (15%)
Nedostatek podpory okolí, rodiny či někoho blízkého	15 (9%)
Chybějící smysl života	14 (8%)
Strach z komunikace s lidmi a s vyřizováním na úřadech	10 (6%)
Psychické potíže	9 (5%)
Nespokojenost s pravidly či s režimem v azylovém domě	8 (5%)
Problémy v soužití s ostatními lidmi v azylovém domě	8 (5%)

Problémy vytrvat při řešení potíží	8 (5%)
Nízké sebevědomí	6 (4%)
Žádná z překážek	6 (4%)
Nadměrné pití alkoholu či zneužívání jiných látek	4 (2%)
Jiná překážka	4 (2%)

V rámci vybraných témat respondenti nejčastěji uváděli jako ztěžující „*Nedostatek soukromí v AD*“ (15%). Dále se jednalo o „*Nedostatek podpory okolí, rodiny či někoho blízkého*“ (9%) a „*Chybějící smysl života*“ (8%).

Poměrně nízké zastoupení s 5% poté měly „*Psychické potíže*“, „*Nespokojenost s pravidly*“ a „*Problémy v soužití*“. „*Pití alkoholu či zneužívání jiných látek*“ se u respondentů, v rámci četností, jevílo se 2% jako nejméně zatěžující.

Jak ukazuje tabulka, respondenti však přikládali největší význam kategorii, která se netýkala dominantních kategorií mého výzkumu. Jednalo se o „*Strach z nejisté budoucnosti*“, který uvedlo 21% respondentů.

Doplňující výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 7

Do jaké míry vnímají lidé, žijící v azylovém domě, pobyt jako reintegrační?

Výzkumnou otázku č. 7 jsem zjišťovala otázkou č. 2 v dotazníku, která byla otevřená a zaměřovala se na to, co od pobytu v azylovém domě lidé očekávají a v čem jim má pomoci. Na základě odpovědí v této otevřené otázce jsem vytvořila kategorie, které jsem rozdělila na tzv. reintegrační a stagnující.

Doplňující otázkou, byla v dotazníku otázka č. 1, která byla formulována více projektivně (ptala se na poslání azylového domu) a sloužila spíše k doplnění kontextu odpovědi.

Otázka č. 2 – V čem má pobyt v azylovém domě pomoci Vám?

Tabulka č. 18a) – V čem má pobyt v azylovém domě pomoci Vám? - Kategorie stagnující

	Celkem
Poskytuje mi ubytování	10 (18,2%)
Nevím	4 (7,3%)
Pomáhá mi tím, že nejsem na ulici	3 (5,5%)
Cítím se tu dobře/ jako doma	2 (3,6%)
Pomáhá mi přežít	2 (3,6%)
Pomáhá mi k dožití	1 (1,8%)
Celkem	22 (40%)

Tabulka č. 18b) – V čem má pobyt v azylovém domě pomoci Vám? - Kategorie reintegrační

	Celkem
V zařazení se do normálního života	11 (20%)
Najít práci a bydlení	10 (18,2%)
Mám klid při řešení své situace	4 (7,3%)
Pomáhá mi řešit finanční situaci	4 (7,3%)
Pomáhá mi k celkovému překonání tíživé situace	3 (5,5%)
Vylepšit chování a mezilidské vztahy	1 (1,8%)
Celkem	33 (60%)

Počet tzv. reintegračních a stagnujících kategorií byl shodný. Lišily se však procentuálním zastoupením v odpovědích, kde **stagnující** zahrnovaly **40%** odpovědí a **reintegrační 60%** odpovědí z celku.

Do reintegračních kategorií jsem zahrnula odpovědi, které vykazovaly určité cíle spojené se změnou současné situace. Do kategorií tzv. stagnujících jsem zařadila odpovědi, ve kterých určitá motivace ke změně chyběla. Odpovědi v těchto kategoriích souvisely spíše s přežíváním, spokojeností v azylovém domě či se jednalo o odpovědi, ve kterých respondenti pravděpodobně sami neměli jasno v tom, co chtějí a co očekávají od pobytu v azylovém domě.

Výzkumná otázka č. 8

Co lidé, žijící v azylovém domě, vnímají ve své situaci jako nejtěžší?

Otázka, která zjišťovala subjektivně největší překážku u lidí v azylovém domě, měla v dotazníku č. 11. Jednalo se o otázku otevřenou, kterou jsem se pokusila následně kategorizovat.

Otázka č. 11 – Co je pro Vás v situaci, ve které se nacházíte nejtěžší? Pokuste se to popsat několika větami

Tabulka č. 16 – Co je pro Vás v situaci, ve které se nacházíte nejtěžší?

	Celkem
Problém sehnat zaměstnání	9 (16,4%)
Pobyt v AD	7 (12,7%)
Finanční situace	6 (10,9%)
Zdravotní potíže	6 (10,9%)
Samota	6 (10,9%)
Nejistota	4 (7,3%)
Více různorodých problémů	3 (5,5%)
Nevyřešené bydlení	3 (5,5%)
Pocit bezmoci a bezvýchodnosti	3 (5,5%)
Problematické vztahy s rodinou	3 (5,5%)
Situace pro mě není těžká	2 (3,6%)
Pocit osobního propadu a izolace	1 (1,8%)
Pocit všudypřítomného omezení	1 (1,8%)
Pocit osobní zbytečnosti	1 (1,8%)

V 16,5% respondenti uváděli jako nejtěžší **problémy sehnat práci**. Tento problém se ukázal být významnější u mužů. Druhé nejčetnější (12,7%) byly **problémy vyplývající z pobytu v AD**, tyto potíže byly významnější naopak spíše u žen.

Na třetím místě dle četností (10,9%) byly **finanční problémy** (např. exekuce, životní minimum) vyskytující se spíše u mužů. Stejně zastoupení měly i samota a zdravotní potíže, které více pociťovali opět spíše muži.

Objevovaly se však i pocity nejistoty (7,3%), osobního propadu (1,8%), bezmoci (5,5%), pocity osobní zbytečnosti (1,8%) či pocity omezení (1,8%), které tížily převážně ženy. 3,6% respondentů dokonce svou situaci nevnímalo jako těžkou.

Výzkumná otázka č. 9

Do jaké míry lidé žijící v azylovém domě vědí, co by jim pomohlo při řešení své situace?

Otázku, která zjišťovala možnosti řešení situace u lidí v AD, jsem zkoumala polotevřenou otázkou v dotazníku č. 22. Nejdříve zde měli respondenti uvést, zda vědí či nevědí, co by jim pomohlo v jejich situaci a dále ti, kteří uvedli, že znají řešení, měli uvést, o jaké se jedná.

Otázka č. 22 – Víte, co by Vám pomohlo při řešení Vaší situace?

Tabulka č. 17 – Víte, co by Vám pomohlo při řešení Vaší situace?

	Celkem
Ano, vyřešení existenčních problémů	17 (48,5%)
Ano, zlepšení zdravotního stavu	5 (14,3%)
Ano, vyrovnání se s problémy po psychické stránce	4 (11,4%)
Ano, nereálné řešení	3 (8,6%)
Ano, vyřešení vztahových problémů	3 (8,6%)
Ano, vyřešení problémů na straně osobnosti	1 (2,9%)
Ano, dostatečná informovanost	1 (2,9%)
Ano, žádné řešení	1 (2,9%)

Celkem	35 (64%)
Nevím, co by mi pomohlo	20 (36%)

Více než polovina respondentů (64%) v této otázce uvedla, že znají, co by jim pomohlo řešit svou situaci. Kategorie, vytvořené na základě odpovědí, odpovídají četnosti témat, která se v této otázce objevila. Vyhodnocení tímto způsobem jsem zvolila vzhledem k odpovědím, které byly mnohotematické.

Téměř polovina odpovědí (**48,5%**) souvisela s **Vyřešením existenčních problémů**. Druhým nejčastějším řešením situace se ukázalo být **Zlepšení zdravotního stavu (14,3%)** a na třetím místě dle počtu odpovědí byla kategorie **Vyrovnaní se s problémy po psychické stránce (11,4%)**, kam jsem zařadila odpovědi týkající se vyrovnání se s minulostí či s postojem okolí.

8,6% odpovědí se týkalo kategorií, které jsem nazvala Nereálné řešení či Řešení vztahových problémů. Kategorie nereálných řešení zahrnovala odpovědi, ve kterých se respondenti spoléhali spíše na zázrak a chyběla v nich iniciativa jich samotných. Řešení vztahových problémů se týkalo potřeby cítit lásku a být s blízkými lidmi.

Nejmenší zastoupení v této otázce měly poté kategorie nazvané Řešení na straně osobnosti, Dostatečná informovanost a Žádné řešení. Odpovědi v kategorii Řešení na straně osobnosti se týkaly vylepšení osobnostních charakteristik a odpovědi zařazené do kategorie Žádné řešení poté zahrnovaly pocity beznaděje a bezvýchodnosti.

Výzkumná otázka č. 10

Do jaké míry mají lidé, žijící v azylovém domě, zkušenost s opakovaným pobytem a co je důvodem jejich opakovaného pobytu v azylovém domě?

Otázka č. 7 – Bydlíte v azylovém domě poprvé?

Tabulka č. 19 - Bydlíte v azylovém domě poprvé?

	<i>Celkem</i>
Ne, z důvodu přetrvávajících existenčních důvodů	10 (47,6 %)
Ne, z důvodu krátké doby k řešení problémů	4 (19%)

Ne, z důvodu čekání na přijetí do domova důchodců	2 (9,5%)
Ne, důvodem byla smůla	1 (4,8%)
Ne, má situace je bezvýhodná	1 (4,8%)
Ne, jsem tu spokojen	1 (4,8%)
Ne, důvodem je selhávání při osamostatnění se	1 (4,8%)
Ne, z důvodu nemožnosti řešení více problémů najednou	1 (4,8%)
Ne, celkem	21 (38%)
Ano (bydlím zde poprvé)	34 (62%)

Výsledky zde poukazují na to, že 62% respondentů je v azylovém domě poprvé. Opakovaný pobyt v azylovém domě se naopak ukázal četnější u vzorku žen (44% oproti 33% u mužů).

Součástí této otázky bylo také uvedení důvodu opakovaného pobytu v azylovém domě. Nejčastěji se zde ukazovaly **přetrvávající existenční důvody** (47,6%), **krátká doba na řešení problémů** (19%) či **čekání na přijetí do domova důchodců** (9,5%)

Objevily se zde však i důvody jako smůla, pocit bezvýhodnosti své situace, spokojenost v azylovém domě, selhávání při osamostatnění či nemožnost řešení více problémů najednou, které zahrnovaly vždy 4,8% respondentů.

9. Shrnutí výsledků

V souvislosti s výsledky z předešlé části zde v rámci zjišťovaných oblastí uvádím souhrn nejčastějších odpovědí, které vytvářejí určitý profil lidí z azylového domu.

Lidé žijící v azylovém domě jsou převážně muži ve věku od 51 – 60 let. Vzdělání u lidí v azylovém domě převažuje středoškolské s výučním listem. V 67% se jedná o osoby nezaměstnané, jejichž délka bezdomovectví je v průměru 5,3 let. Více než polovina těchto lidí má zkušenost se životem na ulici.

Jejich úroveň naplnění smyslu života se ukázala být v 53% na hranici středu, tedy ani příliš nízká a ani příliš vysoká.

Podobně je to se spokojeností se životem, kterou však pociťují ještě nižší (3,36 ze 7) nežli smysl života (3,8 ze 7). V oblasti sociální opory tito lidé většinou (73%) nějakou sociální oporu pociťují. Nejčastěji se však jedná pouze o oporu sociálního pracovníka či ostatních pracovníků v azylovém domě. S tím souvisí také nízký pocit dostačivosti této opory (3,70 ze 7).

V rámci závislostí se lidé žijící v azylovém domě nejvíce potýkají s kouřením cigaret (71%), kterých denně v průměru vykouří 13,9 a poté s alkoholem (16%).

V azylovém domě se cítí být více než polovina lidí (54,5%) z mého vzorku vysoce spokojena. Přesto při otázce, zda jim „něco“ v azylovém domě schází, uvedlo 51% respondentů, že ano. Nejčastěji se jednalo o soukromí (29,1%). Také téměř polovině lidí (44%) „něco“ v azylovém domě vadí, mezi nejčtenější odpovědi zde patřilo chování spolubydlících (20%). Potřeby zdejších lidí se však zdají být v souladu (v 94,5%) s pomocí pracovníků v azylovém domě.

Psychologickou či psychiatrickou pomoc více než polovina (67%) těchto lidí nevyužívá, část osob využívající tuto pomoc tvoří zejména ženy, které se v tomto směru léčí dlouhodobě.

Z výše popsanych oblastí, uváděli respondenti jako nejvíce ztěžující - nedostatek soukromí v azylovém domě (15%), nedostatek podpory okolí, rodiny či někoho blízkého (9%) a chybějící smysl života (8%). Obecně je však nejvíce tíží strach z nejisté budoucnosti (21%). Ve volné odpovědi jako nejtěžší uvádějí problém sehnat zaměstnání (16,4%).

Ukázalo se, že lidé žijící v azylovém domě převážně (60%) vnímají svůj pobyt zde jako reintegrační, tedy jako směřující k nějakému cíli či změně, 20% z těchto lidí lze zařadit do kategorie „*Pobyt mi pomáhá v zařazení se do normálního života*“.

V rámci povědomí ohledně toho, co by lidem v azylovém domě pomohlo řešit jejich situaci, uvedla většina z nich, že vědí, co by jim pomohlo. Nejčastěji se jednalo o odpovědi zahrnuté do kategorií „*Vyřešení existenčních problémů*“ (48,5%), „*Zlepšení zdravotního stavu*“ (14,3%) a „*Vyrovnaní se s problémy po psychické stránce*“ (11,4%).

V souvislosti s počtem pobytů v azylovém domě jsou lidé, zde pobývající, ve větší míře (v 62%) poprvé. Příčinou opakovaného pobytu u zbývajících 38% byly přetrvávající existenční důvody (47,6%).

10. Diskuze a shrnutí výsledků výzkumných oblastí

Cílem mého výzkumu bylo přednostně zmapovat oblasti smyslu života, sociální opory, závislostí, psychických potíží a míry spokojenosti u lidí žijících v azylovém domě a také to, co z těchto uvedených oblastí sami vnímají jako nejvíce přitěžující.

Oblast smyslu života

Výsledky v oblasti smyslu života poukázaly na to, že pocit smysluplnosti života u lidí v azylovém domě je spíše na střední či nižší úrovni. Smysl života u těchto lidí tak není zcela naplněn. Podle R.F.Baumeistera (in Křivohlavý, 2006) lidé své životy zaměřují na oblasti práce, lásky, štěstí či sebepojetí. Většina mých respondentů se ukázala být nezaměstnaná s poměrně nízkým pocitem dostačivosti sociální opory a také s nízkou spokojeností se životem.

Tyto výsledky by tak mohli korespondovat se vztahem mezi pocitem štěstí a smysluplností života, na které poukazuje Křivohlavý (2006). Chybějící podnět k vyššímu směřování by mohl být jednou z bariér, díky níž nemají lidé v azylovém domě silnou motivaci ke změně. Pocit ztráty smyslu života se ukázal být také jako druhá z nejpřítěžující překážek.

Oblast sociální opory

V oblasti sociální opory u lidí v azylovém domě se ukázali být nejčastější oporou pracovníci v azylovém domě. Časté uvádění opory personálu azylového domu by mohlo souviset jednak s tím, že sociální opora se dle Hartla a Hartlové (2000) vztahuje k prostředí, ve kterém člověk žije a jednak s tím, že vztahy bezdomovců s ostatními lidmi bývají dle Vágnerové (2004) omezené.

S nižšími sociálními oporami mohou souviset dle Kebzy a Šolcové (2003) také faktory vyššího věku a nižšího vzdělání, kterými můj vzorek respondentů (ve větší míře) disponoval.

Chybějící sociální oporu také respondenti nejvíce uváděli mezi třemi nejvýznamnějšími překážkami ztěžující jejich situaci a objevovala se i v otázce „*Co je pro Vás nejtěžší?*“.

Váagnerová uvádí (2004), že sociální opora může být také důvodem k překonávání potíží. Pocit její nedostačivosti podobně jako výše zmiňovaný nedostatek ve smyslu života tak může u těchto lidí ovlivňovat motivaci.

Oblast závislosti

V části výzkumu věnovaném závislostem se ukázalo, že lidé v azylovém domě nejvíce podléhají kouření a poté alkoholu (v poměrně menší míře oproti kouření). Výsledky z této části výzkumu však vnímám do určité míry jako zkreslující, vlivem obranných mechanismů při vyplňování těchto otázek.

Údaje z této oblasti se však i přes určité zkreslení shodují např. se závěry výzkumů Štěchové, Kopoldové a Luptákové (2008), které uvádějí, že klienti azylových domů v Praze jsou nejčastěji závislí na kouření a alkoholu. Procento lidí v azylovém domě závislých na drogách či gamblingu se ukázalo být, v mém případě i v případě výše zmiňovaného výzkumu, minimální.

Pravděpodobným důvodem nízkého zastoupení lidí závislých na drogách je dle Štěchové, Kopoldové a Luptákové (2008) to, že tito lidé bývají směřováni spíše do jiných zařízení, nežli jsou azylové domy. Oblast závislosti se pro respondenty jevila dle stupnicové otázky jako nejméně přitěžující.

Problém kouření, který se u mých respondentů ukázal jako nejčtetnější, lidem v azylovém domě nejen zhoršuje zdraví, ale dle sociální pracovnice (in Fuksová, 2010) se jich dotýká hlavně po finanční stránce a navyšuje tak jejich problémy.

Oblast psychických potíží

Využívání psychologické či psychiatrické pomoci u lidí v azylovém domě se ukázalo být v případě mého vzorku pouze třetinové. Psychické potíže jako subjektivně zatěžující dále uvedlo pouze 5% respondentů, většinou se jednalo o ty, kteří uvedli, že nevyužívají pomoci v tomto směru.

Závěry jiných výzkumů (in Štěchová, Kopoldová, Luptáková, 2008) však ukazují na daleko vyšší výskyt psychických potíží u lidí na azylovém domě. Otázky na zjišťování této oblasti byly v dotazníku pouze dvě, které se na tyto problémy dotazovaly spíše nepřímo.

Tuto variantu otázek jsem zvolila vzhledem k tomu, že určité procento lidí si své potíže nemusí uvědomovat a zároveň proto, že se jedná o citlivé téma, ve kterém by mohly hrát roli obranné mechanismy. Odpovědi v této otázce tak mohou být do určité míry nepřesné.

Oblast spokojenosti v azylovém domě

Tato oblast byla zjišťována v souvislosti se shelterizací o které se zmiňuji v teoretické části své práce. Kosová, Omelková a Sedláček (2004) tzv. shelterizací míní dobrou adaptaci na azylové podmínky, která vede ke spokojenosti v azylovém domě a k setrvávání v něm. Výsledky v této oblasti výzkumu ukázaly, že lidé se cítí být v azylovém domě vysoce spokojení (včetně zdejší pomoci) i přesto, že většina z nich uvedla, že jim v azylovém domě něco vadí či chybí.

O tzv. shelterizaci by se však dalo uvažovat u 3,6% respondentů, kteří v otázce „V čem pobyt v azylovém domě pomáhá Vám?“ uvedli, že se v azylovém domě cítí dobře či jako doma. Lze sem zahrnout i jednoho respondenta, který uvedl, že je v azylovém domě opakovaně, protože je zde spokojen.

Na druhou stranu v otázce, ve které měli respondenti uvést, co vnímají ve své situaci jako nejtěžší, uvedlo 13% to, že musí bydlet v azylovém domě. Zdá se tak, že těchto respondentů se riziko tzv. shelterizace spíše netýká.

Doplňující výzkumné oblasti

Vnímání pobytu v azylovém domě

V otázce zaměřené na vnímání pobytu v azylovém domě se ukázalo, že více než polovina těchto lidí vnímá tento pobyt jako tzv. reintegrační, tedy vedoucí k nějaké změně.

Marek, Strnad a Hotovcová (2012) však zmiňují, že v otázkách zaměřených na budoucnost bezdomovci často odpovídají, že si chtějí najít práci či ubytování, aby naplnili očekávání druhých.

Realizace těchto cílů však zůstává neuskutečněná, možná právě z důvodu hlubších problémů či proto, že v tom nevidí svůj smysl života. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

Co je nejtěžší?

Otázka zaměřená na to, co lidé v azylovém domě vnímají ve své situaci, jako nejtěžší zahrnovala největší procento odpovědí, které poukazovaly (kromě existenčních a zdravotních problémů) na těžké prožívání situace po psychické stránce. V tématech se objevoval i nedostatek sociální opory (samota, pocit bezmoci a bezvýchodnosti, problematické vztahy, pocit osobního propadu a izolace, pocit zbytečnosti, pocit omezení).

Co by pomohlo řešit jejich situaci?

V otázce zjišťující, zda lidé v azylovém domě vědí, co by jim pomohlo řešit svou situaci, uvedlo 36%, že neví. Tyto výsledky poukazují na určité procento lidí v azylovém domě, kteří pravděpodobně ve změnu svého života už nevěří a kteří na ni rezignovali. Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 751) „*Bezdomovec obvykle už nic nechce, nic nečeká a domnívá se, že nemá cenu se o něco pokoušet.*“

Mezi těmi, kteří uvedli, že vědí, co by jim pomohlo, byla i část respondentů, jejichž odpovědi bylo možné zařadit do kategorií Vyrovnání se s problémy po psychické stránce, Vyřešení vztahových problémů či Vyřešení problémů na straně osobnosti. Odpovědi těchto lidí poukazují na to, že psychické, vztahové či osobnostní problémy zůstávají pro určitou část bezdomovců zásadní a jejich vyřešení by jim pomohlo se posunout v jejich situaci dále.

Co je důvodem opakovaného pobytu?

Poslední z výzkumných otázek se zabývala otázkou opakovaného pobytu a jeho důvodů. Zde 38% respondentů uvedlo, že v azylovém domě nebydlí poprvé (bydlí tedy opakovaně).

Opakované ubytování může být dle Kosové, Omelkové a Sedláčka (2004) známkou určitého selhání v resocializačním programu, také však může vypovídat o porušení ubytovacího řádu, kvůli kterému byl klient vyloučen. Vliv však mohou mít i objektivní faktory, jako je nedostatek návazného bydlení (resp. přetrvávání existenčních problémů), které se v mém výzkumu ukázalo jako dominantní důvod setrvávání v azylových službách.

Výsledky však poukázaly i na selhávání dá se říci na straně osobnosti (nemožnost řešení více problémů najednou, selhávání při osamostatnění se, bezvýchodnost situace, smůla, spokojenost).

Metodologická omezení

V souvislosti s mým výzkumem jsem si vědoma limitů, které přinesl dotazník, který nebyl standardizovaný a ve kterém se po kontrole výsledků ukázaly určité metodologické chyby. Tento typ dotazníku jsem zvolila z toho důvodu, že nejlépe vyhovoval záměrům mého výzkumu.

Prvním úskalím byla pravděpodobně délka dotazníku, ačkoliv jeho vyplnění trvalo přibližně 15 min.

Bylo by pravděpodobně vhodnější zaměřit se jen na stěžejní otázky, ačkoliv otázky doplňující považuji ve svém výzkumu jako velmi přínosné.

Další potíže se ukázaly v otevřených a škálovacích otázkách. Ve škálovacích otázkách, by bylo vhodné volit škálu pouze do čísla 5, se kterou se člověk lépe ztotožňuje vlivem podobnosti se školními známkami či úplně změnit typ otázek na hodnotící. V otevřených otázkách byla někdy znát neochota odpovídat. Na druhou stranu se v nich objevovala i poměrně velká otevřenost a upřímnost a proto je ve svém výzkumu považuji přesto za velmi přínosné.

Stupnicová otázka, se ukázala být také problematická, ačkoliv jsem se snažila její zadání formulovat, co nejlépe vzhledem k tomu, že otázka byla zařazena spíše na konci dotazníku, se domnívám, že pozornost některých respondentů byla již snižena a vlivem toho zadání četli nepřesně či pouze zběžně. Otázka tak zůstávala nepřesně vyplněná.

11. Závěr

Cílem mé práce bylo zmapovat možné psychické bariéry u lidí žijících v azylovém domě. V rámci těchto tzv. psychických bariér jsem se v první řadě zaměřila na oblasti sociální opory, smyslu života, závislostí, využívání služeb psychologa či psychiatra a na spokojenost v azylovém domě.

Nedostatky v oblastech sociální opory a smyslu života se ukázaly být pro lidi bez domova poměrně významné, zejména v sociální opoře. V rámci závislostí se u lidí v azylovém domě ukázalo být nejpálčivějším kouření.

Pomoc v získávání vyššího pocitu opory by zde mohla zprostředkovat víra a pastorační péče či určité formy psychoterapie jako např. logoterapie, která by těmto lidem pomohla najít smysl v jejich těžké životní situaci.

Využívání pomoci psychologa či psychiatra se u lidí v azylovém domě ve větší míře neukázalo, přesto někteří v další části otázek uváděli jako nejvíce ztěžující právě psychické potíže. Zdá se tak, že pro určité procento lidí je jejich psychický stav překážkou, která by mohla být odbourána vhodnou léčbou. Na druhou stranu těchto služeb pro bezdomovce je výrazný nedostatek a řešení problémů v tomto směru je spíše úkolem sociálního systému.

V oblasti azylového domu se ukázala být většina lidí spokojena. Znaky tzv. shelterizace se u lidí v mém vzorku příliš nevyskytovaly. V rámci doplňujících výzkumných oblastí se zdá, že lidé v azylovém domě většinou usilují o změnu a touží po návratu do „normálního života“. S tím souvisí i to, že většina lidí z mého vzorku jsou v azylovém domě poprvé, jejich motivace ke změně, tak může být vyšší, nežli u lidí, kteří již v resocializačním programu již selhali.

Jako nejtěžší lidé v azylovém domě vnímají existenční problémy a ukázalo se i poměrně těžké prožívání bezdomovectví. Určitou bariérou se ukázalo být i to, že 36% lidí v azylovém domě neví, co by pomohlo řešit jejich situaci. Toto procento tak poukazuje na část lidí v azylovém domě, kteří problémům své situace již propadli.

12. Seznam použitých zdrojů literatury

BAJER, Pavel. Nejsme připraveni na bezdomovectví celých rodin. *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci = Sociálna práca*. roč. 2006, č. 4, s. 3-6. ISSN 1213-6204. Dostupné z: PLACHÝ, Antonín. Nejsme připraveni na bezdomovectví celých rodin. In: *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci = Sociálna práca*. s. 3-6. ISSN 1213-6204. Dostupné z: http://socialniprace.cz/soubory/4-2006_bezdomovectvi-120116134722.pdf

BARTÁK, Miroslav. *Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I.: (bezdomovství v zrcadle veřejné politiky)*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 102 s. Zdravotní politika a ekonomika, ISSN 1213-8096; č. 7/2004. ISBN 80-86625-35-4.

BAŠTECKÁ, Bohumila, ed. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 515 s. ISBN 978-80-7367-470-0.

BEŇOVÁ Nina, MYDLÍKOVÁ Eva, KÖVÉROVÁ Štefánia, HORŇANSKÝ Marek. *Projekt Krištof: Stratégia zamestnávania bezdomovcov. Individuálna a skupinová sociálna práca s ľuďmi bez domova*. Košice: o. z. Proti prúdu, 2008, 36 s. ISBN 978-80-969860-2-6.

BINES, Wendy. *The Health of Single Homeless People*. York: Centre for Housing Policy, 1994.

BOBEK, Milan a Petr PENÍŠKA. *Práce s lidmi: učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese: s úvodem do filozofie práce s lidmi, systémových věd a psychologie*. Vyd. 1. Brno: NC Publishing, 2008, 286 s. Gaia, 2. ISBN 978-809-0385-825.

FRANKL, Viktor Emil. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 2., opr. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. 175 s. Osudy; 21. ISBN 80-7192-848-8.

FUKSOVÁ, Vanda. *Možnosti začlenění lidí bez domova na trh práce*. Brno, 2010. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Ondřej Hora, PhD., 49 s.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X

HEJDOVÁ, Barbora. *Sociální práce se závislými na psychotropních látkách a s gamblery: výukový materiál pro účastníky kurzu*. Naděje o.s., 2011. Akreditace vzdělávací instituce č. 2011/1154-I.

HRADECKÝ, Ilja a HRADECKÁ, Vlastimila. *Bezdomovství - extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, občanské sdružení, 1996. 107 s. ISBN 80-902292-0-4.

HRADECKÝ, Ilja., *Profily bezdomovství v České republice. Proč spí lidé venku a kdo jsou ti lidé. Tematická zpráva 2005 zpracovaná pro Evropskou observatoř bezdomovství*. Praha, 2005., str. 20,
dostupné z: <http://www.nadeje.cz/vz/pslvakj05cz.pdf>

HRADECKÝ, Ilja a kol. *Definice a typologie bezdomovství: [zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR]*. 1. vyd. Praha: Pro Sdružení azylových domů vydala Naděje, 2007, 50 s. ISBN 978-808-6451-138.,
dostupné z: <http://www.nadeje.cz/vz/dtbezdm.pdf>

KAVENSKÁ, Veronika.: *Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu*. E-
psychologie 1/2009

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994. 94 s. ISBN 80-85495-33-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 204 s. Psyché. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

KOSOVÁ, P., OMELKOVÁ, L., SEDLÁČEK, P. *Bezdomovectví v hlavním městě Praze*. Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence, Oddělení analýz a vzdělávání, 2004, 91 s.

MAHDALOVÁ, Zdeňka. *Vliv pobytu v azylovém domě na jeho klienty*. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra sociální pedagogiky. Vedoucí práce Mgr. Ema Štěpařová. 67 s.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-717-8700-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. Studijní texty; sv. 8. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-736-7002-X.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0 (Váz.).

MAREK, Jakub, Aleš STRNAD a Lucie HOTOVCOVÁ. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 184 s. ISBN 978-80-262-0090-1.

NEŠPOR, Karel. *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportpropag, 2006, 130 s. Dostupné z: <http://drnespor.eu/knizkycz.html> ,cit. dne. 13.2.2012

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy léčby]*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

PELCOVÁ, Naděžda. Fenomén domova. *PAIDEIA: PHILOSOPHICAL E - JOURNAL OF CHARLES UNIVERSITY*. 2008, roč. 5, č. 3-4, s. 8-11 ISSN 1214-8725, dostupné z: <http://userweb.pedf.cuni.cz/paideia/download/pelcovarodina.pdf>

PĚNKAVA, Pavel. *Výchovně vzdělávací prvek v sociální práci s cílovou skupinou osob bez přístřeší*. Praha, 2010. Rigózní práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce JUDr. Kristina Koldinská, Ph.D., s.180

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2007, 472 s. ISBN 9788020014993 (DOTISK).

PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 93 s. ISBN 978-807-3871-000.

ŠOLCOVÁ Iva, a Vladimír KEBZA. (2003). *Prediktory sociální opory u české populace*. *Československá psychologie*, 47, 3, 220-229.

ŠTĚCHOVÁ, Markéta, LUPTÁKOVÁ, Marina, KOPOLDOVÁ, Bedřiška. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie: závěrečná zpráva*. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2008. 111 s. Studie (Institut pro kriminologii a sociální prevenci). ISBN 978-807-3380-694.

ŠUPKOVÁ, Danuše. (2007): *Zdravotní péče o bezdomovce*. Praha: Naděje, 2007. ISBN 978-80-247-2245-0

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

VOCHOZKOVÁ, Markéta. *Specifika sociální práce v podmínkách azylových domů*. České Budějovice, 2007. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Hana Francová, 153 s.

VYBÍRAL, Zbyněk a ROUBAL, Jan. *Současná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 743 s. ISBN 978-80-7367-682-7.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 260 s. ISBN ISBN 80-247-0042-5.

Elektronické zdroje:

VARGOVÁ, Jana. Zdravotní stav bezdomovců. [online]. [cit. 2012-04-27].
Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/zdravotni-stav-bezdomovcu-285320>

Integrační program. NADĚJE. [online]. [cit. 2012-04-27].
Dostupné z: <http://www.nadeje.cz/index.php?q=node/127>

Co děláme. ARMADA SPASY. [online]. [cit. 2012-04-27].
Dostupné z: http://armadaspasy.cz/staticke.php?wh=co_delame

13. Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Štěpánka Pavlů. Studuji pedagogickou fakultu na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a chtěla bych Vás moc poprosit o vyplnění dotazníku, který vám zabere jen chvilku času a pro mě bude velkým přínosem. **Údaje v dotazníku, budou zpracovávány anonymně, proto se prosím nepodepisujte. Informace z dotazníku poslouží studijním účelům** v rámci mé bakalářské práce, která se zabývá překážkami, se kterými se potýkají lidé v azylových domech při řešení svých problémů. **Vyplnění dotazníku je dobrovolné, proto máte právo vyplňování odmítnout. Cílem dotazníku je lépe pochopit problémy lidí v azylovém domě a prostřednictvím toho upravit spolupráci s nimi a jejich pomoc.**

Proto vás prosím, abyste i ve svůj prospěch **se snažili odpovídat pravdivě a co nejupřímněji**. Vybrané **odpovědi označujte vždy zakroužkováním** jednoho písmena nebo čísla, pokud není uvedeno jinak. **Text prosím vyplňujte tiskacím písmem.**

- 1) **Co myslíte, že je posláním azylového domu? (jak a v čem lidem pomáhá)**

- 2) **V čem má pobyt v azylovém domě pomoci Vám?**

- 3) **Jak byste prožili váš IDEÁLNÍ volný den (den, ve kterém byste mohl/a dělat cokoliv byste chtěl/a). Zkuste popsat co byste dělal/a a jak by váš ideální den vypadal.**

--

- 4) **Zakroužkujte na škále jedno číslo od 1 do 7, podle toho, jak moc jste spokojeni se svým životem. (č. 1 – značí, že nejste vůbec spokojeni, č. 7 – značí, že jste maximálně spokojeni se svým životem)**

Nespokojený/a	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	maximálně spokojený/á
---------------	---------------------------	-----------------------

- 5) **Máte vlastní zkušenost se životem na ulici před pobytem v azylovém domě?**

a) ano , uveďte prosím, jak přibližně dlouho jste na ulici pobýval (né v azylovém domě) : _____
b) ne

- 6) **Máte nyní nějaké zaměstnání?**

a) ano, příležitostné (např. brigády)
b) ano, pracuji na částečný či plný úvazek
c) ne

- 7) **Bydlíte v azylovém domě poprvé?**

a) ano
b) ne , uveďte co je důvodem opakovaného pobytu v azylovém domě _____

--

- 8) **Zakroužkujte na škále jedno číslo od 1 do 7 podle toho, do jaké míry cítíte, že je Váš život smysluplný** (č. 1 – označuje život beze smyslu, č. 7 označuje život maximálně smysluplný)

beze smyslu	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	maximálně smysluplný
-------------	---------------------------	----------------------

- 9) **Máte někoho, kdo vám pomáhá či Vás podporuje při řešení a zvládnání Vaší situace? (zde můžete zaškrtnout více možností)**

a) ano, rodina
b) ano, přátelé
c) ano, partner/partnerka
d) ano, sociální pracovník a ostatní pracovníci v azylovém domě
e) ano, psycholog/ psychiatr
f) ano, někdo jiný, napište kdo: _____
g) ne (nemám nikoho kdo by mě podporoval)

- 10) **Zakroužkujte na škále jedno číslo od 1 do 7 dle toho, nakolik je pro Vás podpora (vašich blízkých, přátel, či odborníků) dostačující.** (č. 1 – označuje naprosto nedostačující podporu, č. 7 označuje podporu plně dostačující)

nedostačující	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	plně dostačující
---------------	---------------------------	------------------

- 11) **Co je pro Vás v situaci, ve které se nacházíte nejtěžší? Pokuste se to popsat několika větami.**

--

- 12) **Zakroužkujte jedno číslo na škále od 1 do 7, jak se cítíte po fyzické stránce.** (č.1 – označuje, že se cítíte po fyzické stránce velmi špatně, č.7 – označuje, že se cítíte po fyzické stránce výborně)

velmi špatně	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7	výborně
--------------	---------------------------	---------

20) **Zaškrtněte tvrzení, které je pro vás více typické v situaci, kdy máte řešit nějaký problém.**

a) Snažím se o svých záležitostech rozhodovat sám/sama a při řešení svých problémů se spoléhám spíše na sebe.
b) Svá rozhodnutí nechávám spíše na jiných lidech a čekám, jak se situace vyvine.

21) **Kdo může za většinu Vašich problémů?**

a) převážně já sám/sama
b) převážně okolnosti a jiní lidé

22) **Víte, co by Vám pomohlo při řešení vaší situace?**

a) ano , prosím popište, co by Vám pomohlo: <hr/>
b) nevím

23) **Zakroužkujte na škále od 1 do 7 jedno číslo, které odpovídá tomu, jak moc jste azylovém domě spokojen/a?** (č. 1 označuje, že jste nespokojen/a, č. 7, že jste naprosto spokojen/a)

nespokojen/a	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7	naprosto spokojen/a
--------------	---------------------------	---------------------

24) **Je něco, co Vám v azylovém domě chybí?**

a) ano , uveďte prosím, co Vám v azylovém domě chybí: <hr/>
b) ne

25) **Je něco, co Vám v azylovém domě vadí?**

a) ano , uveďte, prosím, co Vám vadí: <hr/>
b) ne

26) Dostáváte od sociálního pracovníka a ostatních pracovníků v azylovém domě takovou pomoc, jakou potřebujete?

a) ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) ne

27) Využil/a jste někdy pomoci psychologa nebo psychiatra?

a) ano , uveďte prosím, kolikrát či jak dlouhou dobu jste ho navštěvoval, případně jak dlouho ho navštěvujete: _____
b) ne

28) Máte pocit, že Vám návštěva psychologa či psychiatra pomohla

a) ano
b) ne
c) nevím
d) nenavštívil jsem

29) Nyní následuje seznam překážek, se kterými se lidé v azylových domech často potýkají. Vyberte 3 z nich, které ztěžují váš život a očísľujte je do malého rámečku vlevo čísla 1, 2 a 3 dle toho, jak moc Vás zatěžují. (č. 1 bude značit pro Vás nejvíce zatěžující překážku, č.3 bude značit pro Vás nejméně zatěžující překážku).

	Chybějící smysl života
	Nedostatek podpory okolí, rodiny či někoho blízkého
	Psychické potíže
	Nadměrné pití alkoholu či zneužívání jiných látek
	Nespokojenost s pravidly či s režimem v azylovém domě
	Strach z komunikace s lidmi a s vyřizování na úřadech
	Nedostatek soukromí v azylovém domě
	Problémy v soužití s ostatními lidmi v azylovém domě

	Touha zůstat v azylovém domě a nehledat jiné ubytování
	Problémy vytrvat při řešení potíží
	Nízké sebevědomí
	Strach z nejisté budoucnosti
	Jiná překážka, uveďte jaká: _____

30) Jste:

a) muž
b) žena

31) Kolik je Vám let?

--

32) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

a) základní
b) střední s výučním listem
c) střední s maturitou
d) vyšší odborné
e) vysokoškolské

33) Jak dlouho jste bez domova (bez stálého zázemí)?

a) do jednoho měsíce
b) do půl roku, uveďte kolik měsíců _____
c) do jednoho roku, uveďte kolik měsíců _____
d) jeden rok
e) déle než jeden rok, uveďte kolik let _____

Nyní už jste na konci dotazníku. Ještě **si prosím najděte chvilku a zkontrolujte, zda jste odpověděli na všechny otázky.** Neúplný dotazník bude muset být z výzkumu bohužel vyřazený a to by byla škoda i vzhledem k vašemu času, který jste nad ním strávili s dobrým úmyslem. Děkuji za váš čas i snahu a přeji vám hezký zbytek dne :-).

Zde **můžete** vyjádřit svůj názor k dotazníku. Zde můžete popsat, kterým otázkám jste nerozuměli nebo co vám při vyplňování dělalo problémy.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the respondent to provide feedback or comments on the questionnaire.