



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Percepce zdraví osob bez přístřeší

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Terezie Carbová

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

České Budějovice 2016



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Percepce zdraví osob bez přístřeší jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2016

.....



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní doc. Ing. Lucii Kozlové Ph.D. za odborné vedení této práce. Děkuji také pracovníkům v zařízení pro osoby bez přístřeší, kteří mi umožnili udělat výzkum a osobám bez přístřeší, jež se výzkumu zúčastnily. A hlavně děkuji všem svým rodinným příslušníkům a přátelům, kteří mi poskytli pomoc a podporu při psaní této práce.



Percepce zdraví osob bez přístřeší

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se soustřeďuje na percepci zdraví osob bez přístřeší.

Nutno podotknout, že tato problematika není v naší společnosti příliš rozebírána a uceleně popsána odborníky.

Teoretická část popisuje osoby bez přístřeší, jejich dělení a specifika a problematickou oblast péče o zdraví. Dále se v teoretické části zabývám různými přístupy pojetí zdraví, jeho determinanty a na konec se zabývám psychickým procesem vnímáním.

Pro výzkum jsem využila strategii kvalitativního výzkumu, metodu dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo pět komunikačních partnerů, čtyři muži a jedna žena, kteří jsou klienti alespoň jedné služby pro osoby bez přístřeší. Pro výběr souboru byla zvolena metoda náhodného výběru. Otázky v rozhovoru byly směřovány na časovou osu, tedy jak osoby vnímají svůj zdravotní stav před tím, než se dostaly na ulici, jak jej vnímají nyní a jaký vývoj svého zdravotního stavu očekávají do budoucna. Jako metoda výzkumu byla použita interpretativní fenomenologická analýza, pomocí které byly vytvořené narativní podoba témat a konečné zhodnocení výsledků. Nejčastější témata, která se během analýzy vynořila, byla obecná trojce: racionalita v úvahách, emocionální cítění a morální, nebo obecněji spirituální uvažování. Ve výzkumu se také velice často objevoval zápas o lidskou důstojnost.

Tato práce by mohla napomoci ke zvýšení informovanosti nejen pro sociální pracovníky, ale i pro širokou veřejnost. Výsledky práce mohou být inspirací pro aplikaci a rozvoj sociální práce v této problematice.

Klíčová slova

zdraví, percepce zdraví, osoby bez přístřeší



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Homeless People's Perception of Their Health

Abstract

The thesis focuses on homeless people's perception of their health.

First, it should be pointed out that this issue has not been comprehensively analysed and described by experts.

The theoretical part describes homeless people, their categories and characteristics and the problematic area of health care. Furthermore, the theoretical part also deals with different approaches to the concept of health and its determinants. Finally, it concentrates on the mental process of perception.

The research was conducted using a qualitative research method, a survey method and a semi-structured interview. The research group consisted of five respondents (four men and a one woman) who are clients of at least one service for homeless people. The research group was selected by means of random sampling. The questions in the interview centred on a timeline; that is, how people had perceived their health before they became homeless, how they perceive it now and how they expect their health to evolve in the future. Interpretative phenomenological analysis was chosen as a research method. A narrative structure of themes was created and also the results were evaluated using this method. The most frequent themes that emerged during the analysis were the following three: rationality of thinking, emotional sentiment and moral thinking (or more generally, spiritual contemplation). The research has also often shown a struggle for human dignity.

This thesis could help to raise awareness not only among social workers, but also among the general public. The results of the thesis can serve as an inspiration for application and development of social work in this field.

Keywords

health, health perception, homeless people

Úvod

Život člověka v nynější společnosti, která klade nároky na výkon, je stále komplikovanější. Najít vlastní uplatnění ve světě je čím dál těžší, zvláště pokud se člověk neadaptuje na změny v osobním životě či na změny společenských podmínek.

Velice snadno se pak může stát, že se člověk octne sám, bez rodiny, bez finančních prostředků. Člověk ztratí střechu nad hlavou, pak už je jen krůček ke ztrátě lidské důstojnosti. Díky své práci sociální asistentky v Domě sv. Pavla jsem měla možnost pozorovat přicházející bezdomovce, srovnávat, z jakého prostředí přicházeli a s jakým vzděláním. Z tohoto mohu učinit pouze jeden závěr, bezdomovcem se opravdu může stát každý.

Prvotním impulsem pro výběr tématu své bakalářské práce „Percepce zdraví osob bez přístřeší“ bylo zřízení nové služby pro osoby bez přístřeší, kdy lékař bez registrace začal navštěvovat Dům svatého Pavla. Ačkoli osoby bez přístřeší jsou velice často a vážně nemocné, nebyla návštěvnost tak vysoká, jak se předpokládalo. Proto jsem chtěla zjistit, jak osoby bez přístřeší vnímají své zdraví, jak k němu přistupují a jak své nemoci řeší. Dále jsem chtěla zjistit, zda se ve zdravotnickém zařízení setkali s diskriminací, která by je odradila od dalších návštěv odborníků a jak velké mají problémy s financováním léčby. Zmapování percepce zdraví u osob bez přístřeší považuji za primární krok pro vytvoření postupu péče o zdraví u této cílové skupiny. Zdraví osob bez přístřeší je třeba řešit co nejdříve a nejefektivněji, neboť prevence je levnější a účinnější než následná péče. A je úkolem sociální práce, aby nemocným lidem bez domova pomohla najít cestu zpátky do zdravotnických zařízení.

Obsah

1	SOUČASNÝ STAV	8
1.1	BEZDOMOVECTVÍ	8
1.1.1	DEFINICE BEZDOMOVECTVÍ	8
1.1.1.1	Definice bezdomovectví - etymologická	8
1.1.1.2	Definice bezdomovectví - legislativní	9
1.1.1.3	Definice bezdomovectví- sociologická	10
1.1.1.4	Bezdomovectví z pohledu sociálních služeb	11
1.1.2	HISTORIE BEZDOMOVECTVÍ	12
1.1.3	FORMY BEZDOMOVECTVÍ	14
1.1.3.1	Zjevné bezdomovectví	14
1.1.3.2	Skryté bezdomovectví	15
1.1.3.3	Potencionální bezdomovectví	15
1.1.3.4	Další druhy bezdomovectví	15
1.1.4	PŘÍČINY BEZDOMOVECTVÍ	16
1.1.4.1	Subjektivní příčiny	16
1.1.4.2	Strukturální (objektivní, vnější) příčiny	17
1.1.4.3	Individuální (vnitřní, subjektivní) příčiny	18
1.1.5	DŮSLEDKY A RIZIKA BEZDOMOVECTVÍ	18
1.1.5.1	Oběti trestní činnosti	18
1.1.5.2	Diskriminace	19
1.1.5.3	Hygiena	19
1.1.5.4	Zdraví	20
1.1.5.5	Tělesné důsledky	20
1.1.5.6	Důsledky pro duševní stav	21
1.2	ZDRAVÍ A NEMOC	22
1.2.1	DEFINICE ZDRAVÍ	22
1.2.2	DETERMINANTY ZDRAVÍ	23
1.2.2.1	Životní styl	23

1.2.2.2	Zdravotnické služby	24
1.2.3	KVALITA ŽIVOTA	24
1.2.4	NEMOC	24
1.2.4.1	Druhy nemocí a jejich fáze	25
1.3	PERCEPCE	27
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
3	POPIS POUŽITÉ METODY	30
3.1	VOLBA VÝZKUMNÉHO VZORKU	32
3.2	STRUKTURA ROZHOVORŮ A SBĚR DAT	40
4	VLASTNÍ ANALÝZA	42
4.1	TVORBA NARATIVNÍ PODOBY TÉMAT	42
4.2	SPOLEČNÁ TÉMATA	46
4.3	ZÁVĚRY	48
5	DISKUSE	49
6	ZÁVĚR	53
7	ZDROJE:	55
8	PŘÍLOHA Č.1	60
9	PŘÍLOHA Č.2	101

1 Současný stav

1.1 *Bezdomovectví*

Předmětem zkoumání této bakalářské práce je otázka subjektivního vnímání zdraví lidí, kteří jsou příslušníky skupiny osob bez přístřeší. Proto je potřeba zabývat se nejprve jevem bezdomovectví v naší zemi. Předmětem kapitoly proto budou postupně různá hlediska definice bezdomovectví, dále jeho historie, formy výskytu, příčiny a konečně důsledky, mezi něž patří především rizika zhoršení zdravotního stavu.

1.1.1 **Definice bezdomovectví**

Bezdomovectví jako společenský fenomén můžeme definovat jednak pomocí etymologického původu stejného pojmu, jednak z hlediska legislativního, sociologického a z hlediska sociální práce.

1.1.1.1 *Definice bezdomovectví - etymologická*

Pojem bezdomovectví se dá v českém jazyce z etymologického hlediska rozdělit na 2 slova, a to „doma“ a „bez“. Označení bezdomovec pochází z konce 19. století, označovalo to občana bez domovského práva. Když se hovoří o bezdomovectví, je třeba použít výraz s nejméně pejorativním významem se, nyní preferuje pojmenování osoba bez přístřeší. V anglickém jazyce je synonymem slovo homeless (home = domov, less = bez), v německém jazyce nejde úplně o synonymum, slovo obdachlose se spíše překládá jako přístřeší a ztráta. Francouzský ekvivalent osoby bez domova dokonce označuje jako sans-patrie, což by se dalo volně přeložit jako bez vlasti (Marek, 2012). Ačkoliv se jedná o překlady stejného pojmu, narážíme zde na terminologickou nejednotnost.

Odborná literatura se zmiňuje o bezdomovcích jako o osobách bez přístřeší, sociálně slabých či nepřizpůsobivých občanech (Marek, 2012). Vacínová (2016) definuje bezdomovce jako člověka, kterého z různých důvodů postihlo společenské vyloučení a ztráta bydlení, nebo který je ztrátou ohrožen a žije na veřejných místech nebo neadekvátních či nejistých bytových podmínkách. Další, kdo definoval osoby bez přístřeší je Evropská federace národních organizací pracujících s bezdomovci

(FEANTSA), ta říká, že bezdomovectví je označení pro heterogenní populační skupinu a rozděluje je do čtyř skupin na rooflessness, houselessness, people living in secure housing a people living in in adequate accomodation (Edgar a kol., 2002).

- Rooflessness (bez střechy) zahrnuje skupinu bezdomovců žijící venku.
- Houselessness (bez domova) je skupina bezdomovců žijící v ubytovnách.
- Peopleliving in in secure housing (lidé žijící v nejistém bydlení) jde o skupinu lidí žijících v podmínkách, které neodpovídají standardům bydlení v dané zemi. Jako příklad mohou sloužit squaty.
- Peope living in in adequate accomodatin (lidé žijící v nedostatečném ubytování), například může jít o lidi žijící v karavanech nebo v obytných lodích (Edgar a kol., 2002).

Bezdomovectví ovlivňuje všechny oblasti lidského života. Díky své nepříznivé životní situaci lidé bez přístřeší mají problémy naplnit své fyzické potřeby (hlad, nekvalitní spánek). Dále bývají sociálně exkludováni (ztráta kontaktu s rodinou) a v neposlední řadě se potýkají s problémy právní ochrany (zdravotní pojištění), což souvisí i poskytnutí lékařské péče u lékaře. Velice často se také u osob bez přístřeší setkáváme s psychickými problémy, především s agresivitou, depresí, a maniodepresivitou. (Průdková, Novotný, 2008).

1.1.1.2 Definice bezdomovectví - legislativní

Bezdomovectví je definované legislativou různých států. Ve vyspělých státech, například ve Spojených státech amerických se rozlišuje bezdomovectví rodin a bezdomovectví jednotlivců, v legislativě České republiky toto rozlišení neexistuje (Marek, 2012).

V praxi to znamená, že ve chvíli, kdy rodina přijde o přístřeší, je nucena se rozdělit. První možností je, že matka s dítětem může využívat služeb azylových domů pro matky s dětmi, otec může využívat služeb azylových domů pro muže. Pokud pár nechce být rozdělen, podstupuje velké riziko, a to odebrání dítěte z rodičovské péče z ekonomických důvodů (MPSV,2013).

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů definuje v par. 57 osoby bez přístřeší jako osoby v nepříznivé sociální situaci spojenou se ztrátou bydlení. Tato sociální situace bývá nejčastěji spojena s nedostatkem finančních prostředků, v zákoně č. 111/2006 Sb. se označuje jako hmotná nouze. Osoba v hmotné nouzi v Zákoně o hmotné nouzi se definuje takto: „*Osoba či rodina nemá dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb na úrovni ještě přijatelné pro společnost. Současně si tyto příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit (uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo využitím majetku) a vyřešit tak svoji nelehkou situaci vlastním přičiněním* (zákon 111/2006).“

1.1.1.3 Definice bezdomovectví- sociologická

Sociologie zkoumá populaci z hlediska skupiny, do které se začleňují. Ze sociologického hlediska je bezdomovectví synonymem pro extrémní vyloučení, jemuž je chudoba jak příčinou, tak důsledkem (MPSV, 2014).

Sociální exkluze je popisována jako proces, kdy jednotlivec či celá skupina je zbavována přístupu ke zdrojům nezbytným k zapojení se do většinové společnosti. (Hartl, Hartlová, 2000). Nemohou se participovat na životě marginální společnosti a společnost je mezi sebe neakceptuje.

Na sociální exkluzi jsou tři pohledy - redistribuční, integrační a etický.

- *Redistribuční*: zdůrazňuje sociální vlivy, které tuto situaci způsobují (např. nerovnost příležitostí) a zaměřuje se na lidi žijící v chudobě;
- *Integrační*: zaměřuje se na vyloučení z trhu práce (věková nebo etnická diskriminace);
- *Etický*: zdůrazňuje kriminální chování a morální úpadek celých sociálních skupin či obyvatel městských čtvrtí, které se ocitly v sociálním vyloučení. (Varianty, 2015)

Sociologie dále definuje pojem prostorová sociální exkluze (Hartl, Hartlová, 2000). Jde o vyloučení ze společnosti na základě geografické vzdálenosti od center služeb

a obchodů. Jsou i případy vyloučených lokalit, kdy člověku trvá i tři hodiny než se z vyloučené části města dostane do centra. Městská hromadná doprava zde má pouze omezený počet spojů, neboť pro ně nejsou výdělečné.

Sociální exkluze je pro osoby bez přístřeší velkou překážkou při péči o zdravotní stav, neboť zdravotnická péče spadá mezi služby, které jsou pro ně hůře dostupné.

1.1.1.4 Bezdomovectví z pohledu sociálních služeb

Pro sociální práci je velice důležité rozlišení na bezdomovectví ve skryté a zjevné podobě, o kterém se zmiňuji v kapitole Formy bezdomovectví (Průdková, Novotný, 2008). Marek (2012) ve své publikaci poukazuje na to, že v sociální práci s bezdomovci se kombinují dva přístupy, a sice orientace na podporu a orientace na změnu. První přístup se využívá v ambulantních službách (terénní služby, nízkoprahové centrum). Druhý přístup je více typický pro pobytové služby, např. noclehárny, azylové domy, sociální byty apod. Pobytové sociální služby jsou podmíněny snahou změnit se. Například v rámci azylového domu je klient povinen účastnit se individuálního pohovoru každý měsíc, na základě kterého se hodnotí individuální plán. Pokud individuální plán neplní, či se individuálního pohovoru nezúčastní, může mu být dána výpověď ze strany poskytovatele služby. V přístupu orientovaného na podporu klienta mu jsou nabízeny a umožňovány využívání služeb, které dosud nevyužívají, anebo spadají do negativně vymezené cílové skupiny (Marek, 2012). Příkladem může posloužit člověk pod vlivem alkoholu. Ten nemůže využít nízkoprahového denního centra za účelem hygieny. Pokud přijde v doprovodu terénní sociální pracovnice, má možnost v nízkoprahovém denním centru využít možnosti sprchy i šatník.

Výše jsem se zmínila o několika službách pro osoby bez přístřeší. Pro ucelenost uvádím celý výčet sociálních služeb pro osoby bez přístřeší dle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů:

- *Terénní programy*: anonymní ambulantní služba, která zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a pomáhá uplatňovat práva a oprávněné zájmy při obstarávání osobních záležitostí.;

- *Nizkoprahové centrum*: anonymní ambulantní služba, která poskytuje pomoc při osobní hygieně, anebo podmínky pro osobní hygienu. Dále poskytuje stravu nebo zajišťuje podmínky pro přípravu stravy.;
- *Noclehárna*: ambulantní služba, která poskytuje pomoc při osobní hygieně, anebo podmínky pro osobní hygienu a poskytuje přenocování.;
- *Azylový dům*: pobytová služba poskytující pomoc při zajištění stravy či poskytování stravy. Dále poskytuje ubytování na přechodnou dobu a pomáhá uplatňovat práva a oprávněné zájmy při obstarávání osobních záležitostí.;
- *Dům na půl cesty*: U této služby je cílová skupina odlišná. Nezaměřuje se celoplošně na osoby bez přístřeší, ale pouze na osoby do věku 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení (např. výchovný ústav). Jedná se o primární prevenci bezdomovectví. Mezi poskytované služby patří poskytnutí ubytování, prostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí.

1.1.2 Historie bezdomovectví

Zmínky o prvním bezdomovectví můžeme najít v Bibli, mytologických bájích a pověstech. Už od starověku bylo na něj pohlíženo jako na trest vyloučení z komunity, což bylo pro vyloučeného jedince problematické, jelikož to vedlo k existenciálním problémům. Člověk bez komunity měl v té době problém přežít. Tenkrát převládal názor, že do takového stavu upadá člověk vlastní vinou. Lidé jakoukoliv odlišnost či handicap trestali, protože jistá odlišnost podle nich poukazovala na spáchané hříchy. Již první příběhy v Bibli pojednávají o vyhnání člověka ze společnosti. Jde o příběh Kaina a Ábela. Kain za bratrovraždu byl stigmatizován znamením na čele. „*Nyní budeš proklet a odvržen od země, která otevřela svá ústa, aby z tvé ruky přijala krev tvého bratra. Budeš-i obdělávat půdu, už ti nedá svou sílu. Budeš na zemi psancem a štvancem.*“ (Bible, Genesis). Další pohled na bezdomovectví symbolizuje jistý druh zkoušky. Příkladem z Nového zákona je Podobnoství o marnotratném synovi, kdy hlavní hrdina zpeněžil svou část dědictví a odešel do světa dříve, než jeho otec zemřel.

Celý svůj majetek prohrál a dostal se na hranici chudoby. Sebral všechnu svou pokoru a přišel svého otce odprosit a požádal ho o střechu nad hlavou a odpuštění. Nakonec ho otec přijal s otevřenou náručí (Bible, Lukáš).

Ve středověké společnosti věděl každý, kde je jeho místo. Středověké obyvatelstvo bylo rozdělené na stavy. Nejchudší poddaní byli spojeni s půdou svého pána, a proto se nemohli stěhovat (Marek, 2012). Člověk bez rodiny a práva nebyl plnohodnotný. Nepřizpůsobiví jedinci se izolovali na tzv. lodích bláznů, které se pohybovaly po řekách a mořích (Foucault, 2007). Od 15. století došlo k nárůstu populace a mnozí lidé proto trpěli hladem. V reakci na to některé skupiny lidí odmítaly usedlý způsob života a začaly se toulat. Společnost toto jednání vnímala jako pohrdání hodnotovým systémem a zacházela s nimi nemilosrdně. Vraždy, věznění a popravy či spontánní pogromy byly v té době běžné (Himl, 2007).

Koncem 19. století v důsledku průmyslové revoluce bezdomovci migrovali do měst. O tyto chudé pečovaly církve a řády. Až v roce 1862 bylo ustanoveno domovské právo, které se získávalo narozením, sňatkem či dobrovolným pobytem v obci, takže o chudého občana se musela postarat obec (Marek, 2012).

Za první republiky státní správa vypracovala systém rozlišování bezdomovců na ty, kdo pomoc potřebují a kdo jí zneužívají, proto byl zaveden titul registrovaných žebráků (Marek, 2012).

Po roce 1948 nebylo možné se stát legitimním bezdomovcem, protože komunistický režim existenci chudoby naprosto popíral, proto se lidé se museli zdržovat v místě svého bydliště (Marek, 2012). Lidé sice zde měli právo na práci, ale zároveň jej museli využít. Pokud někdo odmítal pracovat, byl potrestán vězením za trestný čin příživnictví (Juridictum Pecina, 2015). Další skupina lidí, kteří se nyní řadí do skupiny osob bez přístřeší, jsou osoby s postižením, kteří byli za komunistického režimu izolováni v ústavní péči. Všichni tito lidé by se dali označit za skryté bezdomovce, protože se při propuštění z vězení, či ústavu neměli kam vrátit. Počátkem 90. let se ukázal plný rozsah zastírání problému bezdomovectví. V první vlně porevolučních bezdomovců se začali

objevovat lidé, kteří byli propuštěni z formálního zaměstnání (kde nepracovali a ani pracovat nechtěli), byli propuštěni z umělého zaměstnání (lidé kteří by se nemohli uchytit na konkurenčním trhu práce) a propuštění z velkých státních stavebních firem a jejich ubytoven (Marek, 2012).

1.1.3 Formy bezdomovectví

U každého člověka se bezdomovectví projevuje odlišným způsobem. Ačkoliv uvedené charakteristiky bezdomovců nelze generalizovat, je dobré si uvědomit různorodost forem bezdomovectví.

1.1.3.1 Zjevné bezdomovectví

Zjevní bezdomovci okázale žijí mimo standardní hranice sociálních norem a návyků (Bezdomovci, 2015). Zjevného bezdomovce poznáme na ulici na první pohled dle zanedbaného zevnějšku, silného zápachu, nepadnoucího oděvu apod. Zjevní bezdomovci sebou obvykle nosí několik igelitových tašek, ve kterých mají nastřádaný všechnen svůj majetek (Průdková, Novotný, 2008).

Dalším charakteristickým znakem je jejich chování, způsob, kterým si získávají prostředky pro svou obživu. Velmi často tento typ bezdomovců vidáme, jak prohledávají („fárají“) v popelnících a hledají cokoli užitečného. Dalším typem obživy je žebrání a „somrování“. Žebrání je pasivní forma žádosti o pomoc. Pro žebráky je typická pozice s nataženou rukou, mohou mít před sebou i nádobku či čepici (Marek, 2012). Dále Marek (tamtéž) ve své publikaci uvádí, že žebráci se dále dají rozlišit na klečící, sedící a stojící. Oproti žebrání je „somrování“ aktivní forma žádosti o pomoc. V praxi to znamená, že bezdomovec lidi v okolí osloví, informuje je o své špatné situaci a žádá o drobný peněžní nebo materiální příspěvek. U obou forem je zanedbaný vzhled důležitou součástí, aby vzbudili zájem a soucit u kolemjdoucích. Ze své zkušenosti v oblasti práce s touto cílovou skupinou mohu říci, že zjevní bezdomovci jsou nejčastější uživateli terénních a nízkoprahových sociálních služeb.

1.1.3.2 Skryté bezdomovectví

Skrytí bezdomovci jako bezdomovci žijí, ale nejsme je schopni na první pohled rozlišit (Bezdomovci, 2015). Ačkoliv tito bezdomovci mají stejné sociální problémy jako zjevní bezdomovci, snaží se je utajit. Dbají o svůj zevnějšek, chodí čistě oblečení a nikterak se nevyčleňují z většinové společnosti. Skrytí bezdomovci opovrhují těmi zjevnými a distancují se od nich. Do této skupiny patří osoby, které v zimních měsících hledají pomoc a ubytování v azylových domech, ale po krátké době opět odcházejí (Haasová, 2005). Kromě zimních měsíců se na sociální služby obracejí velice zřídka, pravděpodobně proto, že nechtějí být spojováni s problematikou osob bez přístřeší. Místo toho se uchylují do ubytoven, nocleháren a ke známým (Marek, 2012). Počty skrytých bezdomovců lze zjistit jen velice těžko, Průdková a Novotný (2008) ale tvrdí, že se lze domnívat, že skrytí bezdomovci tvoří mnohem větší skupinu nežli zjevní bezdomovci.

1.1.3.3 Potencionální bezdomovectví

Již v úvodu jsem se zmiňovala, že na ulici se může ocitnout úplně každý. Potencionální bezdomovci jsou lidé, kteří k tomu mají blíže než ostatní. V současnosti sice bydlení mají, ale podmínky, ve kterých žijí, jsou velice komplikované a mohou o ně ze dne na den přijít (Haasová, 2005). Do této skupiny můžeme zařadit děti a mladistvé, kteří prošli ústavní výchovou a nemají možnost se vrátit ke své rodině, dále osoby po výkonu trestu, které ztratily sociální kontakty, psychiatričtí pacienti, kteří odešli z léčebny či terapeutické komunity, lidí, od nichž se rodina distancovala, nebo ji nemají vůbec. Dalšími mohou být lidé závislí na návykových látkách, gambleři a velkou skupinou potenciálních bezdomovců jsou osoby potýkající se s dluhovou problematikou (Průdková, Novotný, 2008). Tato skupina je sociálními službami málokdy podchycena, ačkoliv v této fázi je prevence bezdomovectví neúčinnější.

1.1.3.4 Další druhy bezdomovectví

Další hledisko, dle kterého lze osoby bez přístřeší rozdělovat, je hledisko časové.

Rozdělení podle doby trvání rozlišuje bezdomovectví krátkodobé (přibližně do jednoho roku trvání), střednědobé (přibližně od jednoho roku do pěti let) a dlouhodobé, tedy nad pět let (MPSV, 2013). MPSV (tamtéž) dále uvádí, že vedle tohoto rozdělení může mít bezdomovectví i epizodický charakter, což znamená, že lidé pravidelně kolísají mezi běžným způsobem života a ztrátou bydlení.

V neposlední řadě se dají bezdomovci dělit dle způsobu obživy (žebrání, krádeže, obcházení popelnic, sběr kovů a papíru). I samotní bezdomovci mají mezi sebou jistou hierarchii. Díky poznatkům nejen z mé praxe jsem zjistila, že nejčastější dělení je dle užívané drogy (alkoholici, toxikomani). Dále se bezdomovci mezi sebou dělí dle způsobu přespávání (např. na plechách, v garáži) a dle geografického hlediska, tedy dle místa přespávání.

1.1.4 Příčiny bezdomovectví

V této podkapitole vyjdeme nejprve z pojmu „životní příběh“ bezdomovců, ve kterém se obecně objevují dvě skutečnosti – vlastní selhání a selhání neformálních společenství, ale i propad sítím sociálních služeb poskytovaných státem.

1.1.4.1 Subjektivní příčiny

Každý bezdomovec má svůj vlastní příběh, proto k němu musíme přistupovat individuálně. Bezdomovci pocházejí z různých sociálních vrstev a dosáhli různého stupně vzdělání, od základního až po vysokoškolské. Příčiny bezdomovectví generalizovat nelze.

Znalost příčin je základním předpokladem řešení problémů. Komplikace nastává ve chvíli, kdy se snažíme rozlišit příčinu a následek bezdomovectví (Průdková, Novotný, 2008). Názorným příkladem je alkoholismus, který může stát u jeho vzniku. Člověk může přijít o práci, protože tam přišel pod vlivem alkoholu a díky tomu neměl na zaplacení nájmu. Může se také stát, že člověk přišel o práci a obydlí, a protože se dostal do společnosti jiných bezdomovců – alkoholiků, začal pít také.

Je mnoho pohledů na příčiny bezdomovectví. Moderní pohled vychází z multifaktorového pojetí bezdomovectví, kdy na tento jev je pohlíženo jako na kombinaci strukturálních a individuálních příčin (Marek, 2012). Před pádem na ulici by nás měla zachránit jedna ze dvou záchranných sociálních sítí, které vycházejí z principu subsidiarity. „Podle principu subsidiarity je každý povinen nejdříve pomoci sám sobě, nemá-li tuto možnost, musí mu pomoci rodina. Rodině rovněž přísluší, aby si pomohla sama svými silami, a teprve dostane-li se do velkých obtíží, volá na pomoc jiná společenství. Teprve na posledním místě je k pomoci vyzván stát (Krebs, 2010). Marek (2012) ve své publikaci uvádí, že první sociální síť je rodina, přátelé a známí. Jde o lidi v našem nejbližším okolí, kteří nám mohou pomoci. Druhá sociální záchranná síť je síť sociálních služeb. Zde by mu mělo být zajištěno bydlení a stát by mu měl zajistit podporu, aby neskončil na ulici (Marek, 2012). Z tohoto úhlu pohledu lze tedy obecněji říci, že jednou z příčin bezdomovectví je, že člověk z nějakého důvodu propadne jednou ze dvou sociálních sítí: sítí rodiny, přátel a známých i sítí sociálních služeb, které poskytuje stát.

Životní příběh každého bezdomovce tedy v sobě skrývá dvě možné příčiny: strukturální, vnější příčiny a příčiny subjektivní.

1.1.4.2 Strukturální (objektivní, vnější) příčiny

Strukturální příčiny jsou přisuzovány systémové chybě, kdy je člověk obětí ekonomicko-politické situace. Tyto příčiny jsou ovlivnitelné především sociální politikou státu a jeho zákonodárstvím (Haasová, 2005). Jako příklad můžeme uvést vysokou míru nezaměstnanosti, která přímo souvisí s počtem bezdomovců. Působí zde i špatná návaznost školního a sociálního systému, kdy děti po propuštění z ústavní péče nemají kam jít, nebo nejsou připraveni na samostatný život. V podobné situaci jsou i lidé propuštění z výkonu trestu. Dalším příkladem je bytová politika – finanční nedostupnost bydlení (Průdková, Novotný, 2008).

1.1.4.3 Individuální (vnitřní, subjektivní) příčiny

Tyto příčiny jsou založeny na osobnostních faktorech jedince, sociálním a materiálním zázemí. U osobních faktorů jedince se může jednat o finanční negramotnost či vysoké náchylnosti k závislostem. Do osobních faktorů lze zařadit tělesnou či duševní chorobu, poruchy osobnosti, prožitá traumata například smrt blízké osoby, sexuální zneužívání v dětství, týrání, závislost rodičů na návykových látkách atd. (Průdková, Novotný, 2008).

Pod pojmem vztahové (sociální) podmínky si lze představit nefunkční rodinu, absence rodinného zázemí a narušené vztahy. V této souvislosti se můžeme setkat s generačním bezdomovectvím. V sociální práci s bezdomovci není výjimkou, že se klienty stanou otec i syn.

Materiálními podmínkami je myšleno např. nízký příjem, ztráta zaměstnání a bydlení, dluhová problematika (Průdková, Novotný, 2008).

1.1.5 Důsledky a rizika bezdomovectví

Tato kapitola bude pojednávat o výčtu a charakteristice různých důsledků bezdomovectví. Patří mezi ně skutečnost, že se často stávají oběťmi trestní činnosti, diskriminace ze strany společnosti, ale narazíme zde i na takové důsledky, kterým se chceme věnovat obšírněji v této práci: hygienu a s ní související rychle se zhoršující zdravotní stav.

1.1.5.1 Oběti trestní činnosti

Ačkoliv se většinová společnost často obává, že se stane terčem trestné činnosti bezdomovců, například že bude okradena, právě osoba bez přístřeší se velice často stává obětí násilí či krádeže (Vágnerová, kol, 2013). Benderová (in Vágnerová, 2013) a její spolupracovníci zjistili prostřednictvím výzkumu z roku 2010, že nějakou formu násilí zažilo 57% mladých bezdomovců z jejich zkoumané skupiny. Ani v bdělém stavu se bezdomovec není schopen účinně bránit. Ještě více zranitelný je, když spí, ale nejvíce když je pod vlivem alkoholu.

Ve své praxi jsem se velice často setkávala s případy, kdy se bezdomovci okrádali navzájem. Šlo o krádeže jídla, oblečení, mobilních telefonů, až po větší obnosy peněz. Nikoliv zřídka si navzájem kradou doklady.

Ženy bezdomovkyně se setkávají se znásilněním, a často bývá pachatelem člověk, který nemusí patřit k dané sociálně vyloučené komunitě, ale pouze zneužívá její zranitelnosti (Čírtková, 2009). Bohužel problematika znásilnění se netýká pouze žen, ale i mužů s homosexuálními zkušenostmi (Vágnerová, 2013).

1.1.5.2 Diskriminace

Bezdomovec je posuzován jako příslušník nejnižší sociální vrstvy (Vágnerová, 2013). Postoje společnosti jsou spíše negativní. „Z výzkumu veřejného mínění Institutu pro výzkum veřejného mínění z roku 1997 vyplývá, že téměř polovina naší populace si myslí, že bezdomovci jsou bez domova, protože nechtějí pracovat (Marek, 2008).“

S diskriminací se můžeme setkat také u pronajímatelů bytů, a to už ve chvíli, kdy osoba bez přístřeší přijde na obhlídku nového bytu v doprovodu terénního sociálního pracovníka a pronajímatel to zjistí. Byt je pro takovou osobu bez přístřeší zpravidla již obsazen. Tento postoj může souviset se základní atribuční chybou. Cizí neúspěchy a naše úspěchy přisuzujeme schopnostem člověka, zatímco cizí úspěchy a vlastní neúspěchy přisuzujeme faktorům okolí (Hartl, Hartlová, 2000).

1.1.5.3 Hygiena

K předsudkům veřejnosti také přispívají špatné hygienické návyky. Pro lidi bez přístřeší je velice složité dodržování zásad hygieny. Pokud využívají veřejné sprchy, musí zaplatit 30-50 Kč (Marek, 2012). Dále mohou spoléhat na ochotu příbuzných či známých, kteří mají bydlení, že budou moci využít jejich sociální zařízení. V neposlední řadě mohou využít nízkoprahových zařízení. Někteří nejsou schopni sdílet sprchu s ostatními bezdomovci a ne každý je schopný dodržovat pravidla těchto zařízení (drogy, alkohol, agresivita). Některé osoby bez přístřeší dělí od zařízení i geografická vzdálenost. V praxi jsem se setkala s jedním klientem, který kvůli sprše každý den jde ze svého squatu šest kilometrů. Ne každý je schopný podstoupit tyto oběti kvůli třem

minutám sprchy. Vágnerová (2013) uvádí, že míru nechuti ke špíně lze chápat jako signál úrovně sociálního úpadku. Hygiena a vzhled jsou určující ukazatele pro skryté a zjevné bezdomovce.

1.1.5.4 Zdraví

Tělesné i duševní zdraví osob bez přístřeší často bývá oslabené. Jak jsem se zmínila v předešlé kapitole, osoby bez přístřeší nedodržují hygienické návyky a mají problém i se správnou životosprávou. Jejich strava, pokud je zdravotně nezávadná, nemívá vhodné složení, ani nebývá pravidelná. Bezdomovci se potýkají s nedostatkem nezávadné pitné vody, proto nedodržují pitný režim. Dále také trpí nedostatkem kvalitního spánku. Jejich zdravotní stav bývá zatížen znečištěným prostředím, změnami klimatu a závislostí na alkoholu a toxických látkách. Jejich imunitní systém je oslaben a akutní onemocnění přecházejí do chronicity.

1.1.5.5 Tělesné důsledky

Velkým problémem je, že osoby bez přístřeší navštěvují zdravotnická zařízení, až když je jejich onemocnění ve velmi akutním stavu. Méně obtěžujícím příznakům nepřikládají význam. V řadě případů přicházejí s příznaky různých bolestivých či nepříjemných obtíží. Není však pro ně prioritní řešení zdravotního problému, požadují pouze léky na zmírnění příznaků. Statistické údaje z míst poskytování zdravotní péče lidem bez domova opakovaně potvrzují, že nejčastějšími důvody, proč lidé bez domova vyhledávají zdravotní ošetření, jsou onemocnění horních a dolních cest dýchacích a chronické rány. Typickým onemocněním lidí bez přístřeší jsou bércové vředy. Na jejich vzniku se podílí mnoho faktorů: nikotinismus, přetížení žilního řečiště dolních končetin (způsobeného dlouhým sezením a stáním), napadení parazity a hmyzem, zanedbáním péče o drobné ranky. Kožní onemocnění jsou také velmi častá. Například svrab se mezi bezdomovci šíří rychleji než v běžné populaci, zvláště v zimě kdy jsou na ubytovnách či noclehárnách osoby bez přístřeší v těsném kontaktu (Asociace poskytovatelů České Republiky, 2011). Velmi obtížná, až neřešitelná je léčba parazitických onemocnění. Nejen proto, že bezdomovec přijde o většinu svého majetku a zbytek musí vyprat či dezinfikovat, ale také proto, že dezinsekce je velice drahá a

musí se opakovat v tříměsíčních intervalech, což je díky migraci bezdomovců velice komplikované, zvláště na ubytovnách.

1.1.5.6 Důsledky pro duševní stav

Duševní poruchy mezi bezdomovci jsou častější než u obecné populace, může mít pravděpodobně souvislost se ztrátou domova (Vágnerová, 2013). Vágnerová (tamtéž) dále uvádí, že poruchy nálad zvyšují riziko sociálního propadu, díky neschopnosti aktivně řešit potíže, nebo alespoň hledat pomoc. Toto tvrzení potvrzuje i Průdková (2008), která říká, že podlomené duševní zdraví dostalo na ulici řadu lidí. Velká depresivní porucha se vyskytuje u přibližně jedné třetiny bezdomovců a často souvisí s tendencí užívat psychotropní látky. Ze stejné příčiny se může rozvinout i úzkostná porucha. Nabuzení bdělosti ostražitosti a strachu jsou sice účinným adaptačním mechanismem, ale mohou stimulovat rozvoj úzkostné poruchy. Nějakou úzkostnou poruchou trpí 17-22% bezdomovců (Vágnerová, 2013). S ohledem na zvýšenou depresivitu není překvapující i zvýšené suicidální chování. Jedná se asi o 20-50% bezdomovců. Většina lidí, kteří se pokusí o sebevraždu, se o ni pokusí opakovaně (Vágnerová, 2013). Výskyt schizofrenie je v různých společnostech konstantní a to asi u 1,3%. V populaci bezdomovců se však vyskytuje asi 13% schizofreniků a jiných psychotiků. Tito lidé sociálně selhávají a nemohou být bez pomoci. Největší nebezpečí bezdomovců se schizoidní poruchou je, že se neléčí a jsou nebezpeční nejen okolí ale i sobě (Vágnerová, 2013). S touto problematikou se setkávám i ve své praxi. Nízkoprahová zařízení často navštěvují lidé s manifestovanou psychickou poruchou, bohužel protože nemají náhled na svou nemoc, odmítají léčbu, a proto nemohou být hospitalizováni, nemohou podstoupit léčbu psychofarmaky, psychoterapii ani jinou léčbu onemocnění.

Vzhledem k tématu této bakalářské práce můžeme zkonstatovat, že rychle se zhoršující zdravotní stav velkého množství bezdomovců nastává důsledkem jejich devastujícího životního stylu, který si často sami nevybrali, ale byli k němu přinuceni. Problém účinné pomoci však často narazí na to, zda, a eventuálně jak oni sami svůj stav nemoci vnímají. Proto se v následující kapitole budeme obšírněji věnovat otázce přesnějšího

rozlišení stavu zdraví a nemoci, abychom se v poslední kapitole teoretické části této práce pokusili postihnout rozdíl mezi stavem nemoci a jejího vnímání nemocným člověkem.

1.2 Zdraví a nemoc

V další část práce se věnuje zdraví a nemoci. Předmětem kapitoly budou různé formy zdraví pramenícího z holistického pojetí zdraví. Předmětem kapitoly proto bude definice pojmu a determinanty zdraví. Budeme se věnovat pojmu health-related quality of life (HRQoL), tedy hodnocení kvality života. V neposlední řadě potřeba zabývat se pojmem, který se zdravím úzce souvisí, tedy nemocí.

1.2.1 Definice zdraví

Definovat zdraví není úplně jednoduché. Velemínský (2011) uvádí, že není úplně jasné, kde leží hranice mezi úplným zdravím a počátkem nemoci. Podle něho se člověk neustále pohybuje v dynamickém rozhraní nemoci a zdraví. Před rokem 1948 se zdraví definovalo jako stav nepřítomnosti nemoci nebo tělesných defektů (Vurm, 2007). Nejvíce používanější definice týkající se zdraví je z roku 1948. Definice Světové zdravotnické organizace (World health organisation, WHO) zní: „*Zdraví je stav úplné tělesné a duševní a sociální pohody a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Machová, 2009).“

Zde se dostáváme k pojmu holistické zdraví, které zahrnuje celou osobnost člověka, všechny stránky životního stylu, např.: tělesná zdatnost, zvládání stresu, citlivost k prostředí, duchovno (Mastiliaková, 1999). Pojem zdraví můžeme rozdělit do tří následujících složek: tělesnou a psychosociální integritu, nenarušitelnost životních funkcí a adaptabilitu ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Z biologického hlediska lze zdraví chápat jako stav dokonalé homeostázy (stálost vnitřního prostředí), každá buňka, každý orgán, každá orgánová soustava funguje bez poruchy. Z psychosociálního hlediska je zdraví popisováno jako stav naprosté

vyrovnanosti, kdy je každý jedinec schopen plnit všechny úkoly a společenské role, které se od něho očekávají (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

1.2.2 Determinanty zdraví

Každý organismus odpovídá jinak na zátěž v určité oblasti. Zatímco pro člověka v produktivním věku může nachlazení znamenat pouze krátkodobou nepříjemnost, novorozence či seniora tato nemoc může ohrozit na životě.

Zdraví je ovlivňováno mnoha faktory. Tyto faktory, které podmiňují (determinují) zdraví nazýváme determinanty zdraví. Determinanty zdraví můžeme rozdělit na biopozitivní, bionegativní a vnitřní a vnější. Zatímco bionegativní determinanty oslabují zdraví a vyvolávají nemoc či poruchu zdraví (např. kouření, chudoba), tak biopozitivní chrání a posilují zdraví, např. dobrá dostupnost zdravotní péče, zdravý životní styl (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009). Determinanty vnitřní jsou pouze dědičné, jde o genetickou výbavu, kterou jedinec dostane od obou rodičů po splynutí pohlavních buněk, vnější faktory členíme do tří skupin: životní styl, kvalita života a zdravotnické služby (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

1.2.2.1 Životní styl

Životní styl je nejdůležitějším determinantem zdraví, uvádí se, že z 50 – 60% je zodpovědný za vznik nepříznivého zdravotního stavu (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009). Dokonce Velemínský (2012) ve své publikaci uvádí, že člověk rozhoduje o svém zdraví svým životním stylem až z 80%. Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování ve všech životních situacích je podmíněn ekonomickou situací společnosti, rodinnými zvyklostmi, sociální pozicí jedince, vychází z temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví, hodnotové orientaci a postojů každého člověka (Machová, 2009). Na základě nemocnosti a úmrtnosti se určují příčiny nemocí, které zdraví poškozují nejvíce. Dle tohoto žebříčku jsou nejrizikovější faktory kouření, abúzus alkoholu a drog, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž a rizikové sexuální chování.

1.2.2.2 Zdravotnické služby

Efektivita, dostupnost, kvalita a organizace preventivní péče významným způsobem ovlivňuje kvalitu života a zdraví. Pokud není včasně podchycené onemocnění, nejen že se zhorší zdravotní stav obyvatelstva, ale i přináší vzrůstající ekonomickou náročnost v podobě investovaných financí na terapii a sociální péči, proto je výhodnější nemoci předcházet, než ji následně léčit (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009). Autor dále uvádí, že zdravotní pojištění je ze zákona povinné, občan má však možnost volby pojišťovny.

1.2.3 Kvalita života

WHO pojednává o kvalitě života jako o individuálním vztahu člověka k jeho vlastním životním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům v daném sociokulturním a environmentálním kontextu (Velemínský a kol., 2012).

HRQoL se dá volně přeložit jako kvalita zdraví související se zdravotním stavem. Tento koncept měření shrnuje subjektivní přitom však kvantifikované měření, jednak vnímání zdraví a vnímání chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní, sociální a emoční sféře. Vurm (2007) dále říká, že jde o efektivnější uchovávání životních funkcí s docílením dobrého životního pocitu a standardu. Jako nástroje zkoumání a hodnocení kvality zdraví slouží dotazníky, které umožňují skórování standardizovaných odpovědí na standardizované otázky (tamtéž). Kvalita života je konstrukt, ve kterém převažuje důraz na subjektivní hodnocení, neboť snažíme-li se postihnout kvalitu života jedince, nelze tak činit pouze z objektivního hlediska (Velemínský 2012).

1.2.4 Nemoc

Pojem nemoc se dá v českém jazyce z etymologického hlediska rozdělit na 2 slova, a to „moc“ a zápor „ne“, tzn., že člověk, který je nemocný, nemá nad svým tělem moc. Dle Velemínské (2012) je nemoc stav, kdy je změna či porušena stavba nebo funkce jednoho orgánu či orgánové soustavy. Člověk je každý den vystavován mnoha vlivům působícím na organismus, regulační mechanismy jsou však schopny tomuto náporu čelit, pokud však selžou, člověk onemocní. Charakteristice nemoci se věnuje i Holčík

(1995) - ten zmiňuje, že nemoc je zjizitelná porucha zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, a lze ji určit a klasifikovat tím, že je spojená s vnímanými nesnázemi.

Nemoc vzniká jednak důsledek poškození organismu vyvolávající tuto příčinu, který je označován jako etiologie (infekční, nádorová, metabolická onemocnění), nebo jako reakce na poškození organismu, to je označováno jako patogeneze, tedy např. odúmrtí buněk, imunitní odpověď (Novotná, 2006). Dále Velemínského (2012) rozlišuje příčiny nemoci na zevní vlivy, pod tím si můžeme představit faktory prostředí (znečištěné ovzduší, chlad, záření, podvýživa, obezita a toxikomanie) a vnitřní vlivy, kde hovoříme o ontogenetickém vývoji jedince a jeho příslušné fáze, významnou roli hraje dědičnost (vrozené vady). Dále Velemínský (tamtéž) uvádí jako příčinu nesprávnou odpověď organismu vznikající vychýlením z ustáleného stavu, která je nedostatečná, přehnaná či mylná a nakonec popisuje psychogenní příčinu, kdy při funkci i stavbě mohou hrát významnou roli psychické vlivy. Této problematice se více věnuje celostní medicína.

Dříve než si popíšeme různé klasifikace, formy a fáze nemoci, je důležité si vymezit následující pojetí nemoci, abychom měli jasno v terminologii.

- *Disease* – choroba v objektivním slova smyslu, diagnóza (diabetes melitus)
- *Illness* – subjektivní pocity prožívané nemoci (kašel)
- *Handicap* – vada znevýhodnění (amputovaná ruka)
- *Disability* – tělesné snížení funkční schopnosti (nedoslýchavost)
- *Impairment* – poškození, ztráta nebo abnormalita struktury nebo funkce (Čeledová, Čevela 2010)

1.2.4.1 Druhy nemocí a jejich fáze

Nemoc může probíhat ve dvou formách a to v akutní a chronické. Jak nám již název napovídá, v akutním průběhu nemoci se subjektivní příznaky objevují náhle a nemoc má prudký a těžký průběh, pokud se nevyléčí, přechází do chronického stádia nebo končí smrtí. Chronický průběh je vleklý a dlouhodobý, zřídka končí úplným

uzdravením, neboť zanechává na postiženém orgánu nevratné změny (Velemínský, 2012).

Pro rozlišení nemocí je i velice důležitá klasifikace nemocí, v České republice se užívá Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10), která dělí nemoci do 22 skupin (Barták, 2010). Světová zdravotnická organizace zavázala všechny členské státy k jejímu užívání a v České republice je platná od 1. 1. 1994. (Čeledová, Čevela, 2010). Tito autoři dále uvádějí, že systém MKN je velice komplexní, neboť bere v úvahu hlediska etiologická, hledisko anatomické lokalizace a hlavní okolnosti, za kterých ke sledovanému jevu dochází.

Při diagnostice nemocí se můžeme setkat s komorbiditou chorob. Jde o souběžný výskyt často i závažných chorob, což velice znesnadňuje diagnostiku, protože příznaky nejsou transparentní a může se třeba jednat o jinou, či nestandardní účinnost léků (Vrum, 2007).

Pro sociální práci je však mnohem důležitější než MKN 10 dokument, který vydala WHO v roce 1980 s názvem Mezinárodní klasifikace funkčních poruch, disability a hendikepů (MKF). Tento dokument byl vydán, protože MKN je schopna brát úvahu pouze diagnostikované nemoci. Oproti tomu MKF má za cíl najít obecný základ pro hodnocení důsledků onemocnění a umožnit lepší plánování služeb, zajištění léčby a rehabilitace (Čeledová, Čevela 2010). Autoři dále upozorňují na skutečnost, že stejná diagnóza může mít pro různé osoby zcela odlišné následky, proto MKF nehodnotí pouze změnu poruchy a funkce, ale zároveň sociální vlivy a faktory prostředí. MKF neklasifikuje zdraví osoby, ale popisuje situace každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví. Například když ekonomicky zajištěný člověk, dostane svrab, znamená to pro něj třítydenní léčbu. Stejná situace je však pro osobu bez přístřeší téměř neřešitelná, často dochází k recidivě a léčba může zabrat i rok a jeho sociální vyloučení se prohlubuje. Tito autoři se domnívají, že na základě MKF mohou popisovat vzestup případů nemocí na určitém území a převládání určité disability na základě tohoto kvalifikátoru. Zároveň mohou vyhodnotit dostupnost sociálních služeb, vzdělávání a zaměstnanost v určité oblasti. V případě použití MKF by nám podle mého názoru

mohla ukázat, že například v Českých Budějovicích nám naprosto chybí sociálně zdravotní péče o osoby s disabilitou a zároveň bez přístřeší.

Další faktor, který nám vstupuje do hodnocení, je délka nemoci. Každá nemoc má určitý průběh, který se dělí na časové úseky. Velemínský (2012) ve své publikaci uvádí tato stádia:

- *Stádium latence* – období mezi působením příčiny a objevením prvních příznaků;
- *Stádium prodromálních příznaků* – objevení neurčitých příznaků, kdy není jasné, o jakou nemoc se jedná (únava, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy);
- *Stádium manifestních příznaků* – plně rozvinutá nemoc, kdy lze stanovit diagnózu;
- *Stádium rekonvalescence* – ústup nemoci, nabývání sil, stále je nutno dodržovat omezení;
- *Stádium zakončení nemoci* – úplné uzdravení, chronické stádium či smrt.

1.3 Percepce

Následující kapitola se zabývá pojmem percepce, budeme se zabývat její charakteristikou, vlastnostmi, a protože tato práce je zaměřená na percepci zdraví, budeme se věnovat především percepci bolesti a nemoci.

Percepce neboli vnímání se řadí do psychických procesů. Hartl a Hartlová (2000) charakterizují jako základní složku orientace organismu v prostředí a dále jako činnost jedince, která je zaměřena na určení smyslové kvality vjemu. Nakonečný (1997) popisuje vnímání jako řadu procesů s dílčími funkcemi (příjem, zpracování informací, kódování), které se verbalizují, a vnímání se stává vědomím. Předpoklady k percepci jsou vrozené, avšak pomocí učení vzrůstá specifická zaměřenost na věci s nejvyšší preferencí. Kelnarová a Matějková (2013) ve své publikaci rozlišují tyto vlastnosti vnímání:

- *Výběrovost* – ovlivněna zájmy, potřebami a vztahem k podnětu;
- *zaměřenost* – soustředěnost na předmět, zbytek odsunut do pozadí;
- *pareidolie* – pomocí fantazie si dokreslíme obraz lidí či zvířat z podnětů;
- *pregnantnost* – dotváření vjemu do dokonalého tvaru;
- *apercepce* – účelově zaměřené vnímání, čím větší znalost, tím lepší a přesnější vnímání obsahu;
- *konstantnost* – stejný předmět vnímáme stále stejně bez ohledu, v jaké poloze a v jakém osvětlení se nachází.

S pojmem vnímání nám úzce souvisí pojem cití, kterým nazýváme činnost analyzátorů. Bolest je subjektivní emočně silné cití, které neaktivuje pouze tělesná újma, ale jsou zde i další důležité faktory jako kultura, víra, osobnost a pohlaví, např. muži mají vyšší toleranci bolesti než ženy (Kassin, 2007). Bolest má v zásadě dva významy za prvé signální, to znamená, že je prvotním ukazatelem nebezpečí, se v těle něco děje něco špatného. Druhý patognomický význam označuje bolest jako nemoc samotnou, kterou léčí samostatná lékařská disciplína algeziologie (Rokyta, 2009).

Z definice nemoci od Holčíka (1995), která říká, že nemoc je spojená s vnímanými neszázemi, je patrné, že její vnímání je velice subjektivní. Často se uvádí tzv. fenomén ledovce, kdy lidé navštíví odborníka s nejtěživějšími vnímanými obtížemi, ovšem zdravotní problém může být mnohem rozsáhlejší. Dokonce jsou lidé, kteří své nemoci nevnímají, popírají, nebo dokonce ignorují (Barták 2010). S bagatelizací nemoci se ve své praxi sociální asistentky v azylovém domě setkávám velice často. Osoby bez přístřeší, ačkoliv u nich jsou příznaky nemoci zjevné na první pohled (vyrážka, špatné prokrvení končetin, zranění) je bagatelizují či popírají.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

Bakalářská práce má uveden jeden hlavní cíl. Hlavním cílem práce je zjistit, jak vnímají osoby bez přístřeší své zdraví nebo nemoc. K tomuto hlavnímu cíli jsem stanovila ještě dva cíle vedlejší: Zjistit, jak vnímají lidé bez přístřeší svou nemoc či zdraví v rámci vlastní životní osy (minulost, přítomnost, budoucnost) a jak vnímají chování zdravotnického personálu, když se s ním v rámci svých nemocí či bolestí setkávají.

Výzkumnou otázku pro následné výzkumné šetření vychází ze stanovených cílů práce. Stanovila jsem ji tak, aby se dotýkala především subjektivního světa osob bez přístřeší a aby dala komunikačním partnerům dostatečný prostor pro popis svých vlastních postojů ke zdraví, nemoci a bolesti. Základní výzkumná otázka dostala tuto podobu:

- Jak je vnímáno zdraví, nemoc a bolest osobami bez přístřeší?

Základní výzkumnou otázku jsem následně specifikovala do těchto podotázek:

- Jak vnímají osoby bez přístřeší svůj zdravotní stav, bolest nebo nemoc v době před tím, než se staly osobami bez přístřeší?
- Jak vnímají svůj současný zdravotní stav, bolest a nemoc v současnosti?
- Vnímají osoby bez přístřeší rozdíl v jednání ze strany zdravotnického personálu v době před životem na ulici a nyní?
- Jaký vývoj svého zdravotního stavu očekávají v budoucnosti?

3 Popis použité metody

V praktické části práce jsem se rozhodla provést výzkumné šetření opřené o kvalitativní metodu nazvanou Interpretativní fenomenologická analýza (Interpretative Phenomenological Analysis) (J. A. Smith, M. Osborn, on-line). Cílem je popsat pokud možno co nejdiferencovaněji, jak vnímají svůj zdravotní stav osoby bez přístřeší, přičemž v definici zdravotního stavu vycházím z pojetí WHO „*Zdraví je stav úplné tělesné a duševní a sociální pohody a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Machová, 2009).“

Analýza se bude týkat stejnou měrou jak vztahu ke zdraví osob bez přístřeší, tak jejich vztahu k bolesti a nemoci. Pro tuto metodu jsem se rozhodla vzhledem k charakteru své výzkumné otázky. Metoda Interpretativní fenomenologické analýzy totiž podle mého názoru vyhovuje cíli mého výzkumného šetření. V následujícím textu proto shrnuji její základní pravidla.

Autoři J. A. Smith a M. Osborn považují za cíl Interpretativní fenomenologické analýzy (dále jen IPA) detailní prozkoumání toho, jaké významy přisuzují účastníci výzkumu svému osobnímu a sociálnímu světu. Podle nich jsou největším přínosem výzkumů IPA poznatky toho, jaký smysl přisuzují účastníci výzkumu konkrétním zkušenostem, událostem nebo stavům. Výzkum je založen na fenomenologickém přístupu, to znamená, že se snaží vidět zkoumaný problém očima zkoumaných osob, nikoliv podat objektivní popis samotného problému. Zároveň je IPA dynamický proces, ve kterém samotný výzkumník zastává aktivní roli. Snaží se co nejvíce přiblížit účastníka výzkumu, vidět jeho osobní svět z účastníkovy vnitřní perspektivy. Výzkumník si je přitom vědom toho, že to nedokáže udělat beze zbytku. On sám je závislý na svém vlastním způsobu myšlení. Díky němu se přibližuje světu zkoumané osoby prostřednictvím vlastní interpretativní aktivity. Jde vlastně o dvě interpretační roviny: V první rovině přisuzují vlastnímu světu smysl zkoumané osoby – tedy ho interpretují, ve druhé rovině interpretuje jejich interpretace výzkumník prostřednictvím své vlastní myšlenkové aktivity. K tomu je nutné použít dva způsoby hermeneutického přístupu: empatický a dotazující se. Fenomenologický přístup pomáhá výzkumníkovi porozumět

zkoumanému problému tak, jak je, vidět ho očima zkoumané osoby. Současně si však vzhledem k problému a jeho vnímání klade kritické otázky. Smith a Osborn dávají příklady takových otázek: Čeho chce na tomto místě zkoumaná osoba dosáhnout? Neunikl mi smysl něčeho, čeho si možná není sám účastník vědom? Apod. IPA chápe člověka jako kognitivní, jazykovou, afektivní a fyzickou jednotu. Předpokládá propojenost mezi tím, co člověk říká, jak myslí a jak se cítí. To vše však musí výzkumník interpretovat na základě toho, co pokusná osoba říká (J. A. Smith, M. Osborn, on-line).

Smith a Osborn popisují následující čtyři stádia, kterými prochází výzkum vedený metodou IPA:

1. Konstrukce výzkumné otázky a volba malého vzorku komunikačních partnerů
2. Příprava a uskutečnění polostrukturovaných rozhovorů (konstrukce otázek a tvorba plánu rozhovoru), záznam rozhovorů a jejich doslovný přepis
3. Proces analýzy získaných dat: hledání vynořujících se témat, tvorba narativní podoby témat, propojování témat
4. Konečná interpretace výsledků

S kvalitativními výzkumnými metodami je vždy také spojena otázka etiky výzkumu. Protože jde o zkoumání osobního, intimního světa zkoumaných osob, je nutné, aby se pro rozhovor rozhodly zcela dobrovolně. Musí být také ujištění o tom, že jejich jména nebudou nikde zveřejněna (za tím účelem jsou často anonymizována místa jejich pobytu a měněna jejich jména). Úplný přepis rozhovorů by také neměl být zveřejněn ve výzkumné zprávě, nebo musí být vynechány informace, které by prozrazovaly identitu komunikačního partnera. Už před začátkem rozhovoru musí být účastníci výzkumu informováni o otázkách, které jim budou položeny, aby ho v případě, že by se jich zkoumané téma mohlo hlouběji dotknout např. emocionálně, mohli odmítnout (např. Malec, M. 2010)

Autoři IPA Smith a Osborn (2003) pokládají polostrukturovaný rozhovor za nejvhodnější metodu pro metodu IPA, protože umožňuje empatii a je flexibilnější, než

strukturovaný, také přináší bohatší data. Nevýhody tohoto typu sběru dat je časová náročnost a komplikovaná analýza.

Autoři Smith a Osborn (2003) dále uvádějí, že metoda IPA nelze provádět bez nahrávky, která poskytuje úplný záznam včetně přerázků a paralingválních projevů. V této podobě se také záznam přepisuje.

Postup IPA popsany autory Smithem a Osbornem nyní budu aplikovat na vlastní výzkumné šetření.

3.1 Volba výzkumného vzorku

Vzhledem k formulovaným výzkumným otázkám jsem přikročila k volbě cílové skupiny pro výzkumné šetření. Přitom jsem uvážila, že v zadání mé bakalářské práce jsou do cílové skupiny zahrnuti pouze osoby bez přístřeší pobývající v azylových domech, ale tyto klienty charakterizuje skutečnost, že vlastně přístřeší mají přechodně vyřešeno a to by mohlo ovlivnit jejich vztah k vlastnímu zdraví. Proto jsem výběr vzorku rozšířila i na uživatele denního centra a noclehárny.

V následujícím textu představuji jednotlivé komunikační partnery zahrnuté do výzkumného šetření i s dohledatelnými objektivními informacemi o jejich zdravotním stavu, a to jako doplněk, který může sloužit porozumění komunikačním partnerům. Je třeba počítat s neúplností těchto dat, která plyne z nemožnosti dotazovat se na stav klientů zdravotníků bez jejich svolení. Náhodným způsobem j

sem zvolila 5 klientů zařízení. Výběr byl proveden tak, že pracovnice vedoucí rozhovory přišla do zařízení mimo pracovní dobu, neočekávaně a o rozhovor požádala klienty, kteří byli přítomni a souhlasili. Jména klientů jsou v zájmu jejich anonymity změněna.

I. Pan Patrik

Osobní Anamnéza:

Věk: 57 let

Výška: 173 cm

Váha: 109 Kg

Pan Patrik je přátelský a velice otevřený, nedělá mu problém hovořit o sobě. V Azylovém domě s ostatními klienty vychází bez problémů. Mezi jeho koníčky patří čtení, poslouchání hudby a sledování televize.

Rodinná Anamnéza:

Pan Patrik se narodil jako třetí dítě, má dva starší bratry, se kterými se nestýká. Jeho rodiče pracovali v JZD. Patrikův otec zemřel, když mu bylo třiaadvacet, matka zemřela rok po té. Patrik se nestýká ani s širší rodinou.

Školní anamnéza:

Pan Patrik má poslední dosažené vzdělání základní. Chtěl se vyučit traktoristou, výuční list nedodělal. V rámci úřadu práce absolvoval kurs počítače a o žádnou další rekvalifikaci nemá zájem.

Pracovní anamnéza:

Pan Patrik pracoval v JZD od 17 let. Po pádu socialismu bylo JZD zrušeno a pan Patrik si našel práci, kde pracoval jako hlídač v továrně, kam se dostal přes agenturu. Agentura pana Patrika propustila a on byl bez let. V té době měl zdravotní problémy a proto, dle jeho slov, nemohl práci najít. Nyní má smlouvu o výkonu práce a hlídá brigádně na Výstavišti.

Sociální anamnéza:

Pan Patrik se dostal do azylového domu před třemi lety, protože přišel o podnájem z důvodu neplacení. Zpočátku byl ubytován na noclehárně, nyní bydlí v azylovém domě. Ubytování si hraří z vlastních zdrojů.

Zdravotní anamnéza

Panu Patrikovi byla v dětství diagnostikovaná lupenka, ještě je patrná šupinatá kůže na ruce. V padesáti letech panu Patrikovi byly diagnostikovány šest prodělaných infarktů. Loni prodělal žlučnickové záchvaty, chirurgická léčba nebyla potřeba,

Pan má začervenalý obličej a šupinatou vrstvu kůže na celém těle. Má zvětšené, nateklé kotníky a namodralé končetiny. Pan Patrik chodí velice pomalu a hodně se zadýchává.

II. Pan Vojtěch

Osobní anamnéza:

Věk: 54 let

Výška: 183 cm

Váha: 89Kg

Pan Vojtěch je velice pracovitý a ochotný aktivně se zapojit do akcí pořádané centrem sociálních služeb. Pravidelně hraje divadlo v divadelním souboru azylového domu a zúčastňuje se vaření se sociálními pracovníky. Je velice vstřícný a přátelský.

Rodinná Anamnéza

Otec byl voják, umřel v roce 2000. Matka byla za minulého režimu vedoucí stavebního podniku, nyní je v důchodu. Syn ji navštěvuje pouze na její narozeniny a svátky. Klient má mladší sestru, která se vyučila kuchařkou. Nyní učí na středním odborném učilišti. Klient, než se stal osobou bez přístřeší, bydlel u své neteře, kvůli alkoholu se však pohádali a vzájemně zprětrhali vazby.

Školní Anamnéza

Základní školu absolvoval bez problémů s průměrem 3,00. Díky svému průměru, ho rodiče přihlásila na učiliště. Ukončil střední odborné učiliště obor sdělovací sítě, absolvoval jeden rekvalifikační kurs na elektrikáře.

Pracovní Anamnéza

Klient začal pracovat pro ústředny, později se z této společnosti stal Telecom. Z této společnosti ho propustili, po té pracoval několik let na stavbě. Ze stavby ho propustili kvůli abúzu alkoholu. Pak měl několik brigád jako třeba balení krmiva pro psy, nebo lepení bot. Později pracoval jako sezónní zedník v Rakousku. Od roku 2007 je evidován na úřadu práce.

Sociální anamnéza

Kvůli abúzu alkoholu byl propuštěn z práce, přišel o bydlení a přespával pod mostem. Od roku 2009 využívala službu Noclehárna. Nyní bydlí v Azylovém domě. Pobírá dávky hmotné nouze konkrétně doplatek na bydlení.

Zdravotní Anamnéza

Ve 14 letech prodělal zarděnky, od té doby neslyší na jedno ucho- používá naslouchátko. Dále má problémy s křečovými žilami a bércovými vředy, které se mu sezónně objevují na nohou. Prodělal úraz, fraktura holenní kosti, nyní tento úraz udává jako důvod bolesti kolene. Prodělal také úraz hlavy, ale žádné obtíže neuvádí. Klientovi byl diagnostikován chronický zánět průdušek.

Pan Vojtěch má stále deformovaný nos od úrazu. Často se zadýchává a je ve špatné fyzické kondici. Panu Vojtěchu je špatně rozumět, protože má pouze jeden zub, o všechny ostatní zuby přišel. Protézu nenosí, protože mu byla ukradena.

III. Paní Petra

Osobní anamnéza

Věk: 23 let

Váha: 70 kg

Výška: 182

Paní Petra je štíhlá brunetka, obličej má nažloutlý (ikterus) a oteklý. Ruce prsty na rukou má zažloutlé od nikotinu a celkový vzhled působí zanedbaně. Oblečení nosí špinavé a poškozené. Paní P. je velice společenská a v kolektivu ostatních uživatelů centra sociálních služeb velmi oblíbená. Své partnery velice často střídá. Jiné záliby a koníčky nemá. Paní P. je velice laxní ke své životní situaci a velice pomalu chápe souvislosti. Informace se jí musí podávat pomalu a několikrát. Paní Petra mluví velice překotně a v hovoru se zadržává.

Rodinná Anamnéza:

Matka je na mateřské s nejmladší sestrou, otec pracuje jako zedník. Paní má pět sourozenců dvě sestry a tři bratry. Pouze jeden z jejich bratrů pracuje, ostatní bratři studují. Starší sestra je ve školce, mladší je téměř rok.

Paní se vdala a měla tři děti, každé s jiným otcem. Nejstaršímu synovi jsou 4 roky, mladší dceři jsou dva roky a nejmladší dceři ještě nebyl rok. Všechny děti jsou momentálně v pěstounské péči a ona je pravidelně navštěvuje. Nejmladší dceru má v pěstounské péči otec paní P. Nyní je rozvedená, protože ji manžel bil. S celou rodinou včetně exmanžela je stále ve styku.

Školní anamnéza:

Nejvyšší dosažené vzdělání je základní škola. Jeden rok se učila na kuchařku, ale z odborného učiliště odešla kvůli šikaně ve třídě.

Pracovní anamnéza:

Jeden rok pracovala jako výpomoc v Diecézní Charitě, to byla její jediné legální zaměstnání, ostatní práce byly na černo.

Sociální anamnéza:

Po neshodách s rodiči odešla na ulici. Po několika týdnech se nastěhovala k příteli. Nyní je opět na ulici. S ÚP bude spolupracovat od května.

Zdravotnická Anamnéza

Paní má od dětství alergie, je po operaci žlučníku a kýly. Má za sebou tři porodů. Užívá alkohol, měkké i tvrdé drogy užívá rekreačně.

IV. Pan Jiří

Osobní anamnéza

Věk: 70 let

Váha: 63 kg

Výška: 168

Pan Jiří působí velice příjemným upraveným a čistým dojmem. Člověk by nepoznal, že jde o osobu bez přístřeší. Na svůj věk vypadá velice mladě a nejsou zjevné žádné nemoci ani defekty. Pan J. je velice vstřícný a komunikativní.

Rodinná anamnéza

Matka byla zdravotní sestra, otec dělal na dráze. Oba rodiče jsou již po smrti. Má bratra, který býval voják, nyní je v důchodu. Jeho neteř vede realitní kancelář. S nimi je stále v kontaktu.

Pan J. se oženil, když mu bylo 20. S první ženou měl tři děti a byl s ní 15 let, pro osobní neshody se rozvedli. S dětmi ani bývalou manželkou není v kontaktu od té doby, co se stal osobou bez přístřeší. S druhou ženou byl 30 let, až do její smrti.

Školní anamnéza:

Poslední ukončené vzdělání je základní škola. Chtěl se vyučit slévačem, ale školu nedodělal, protože si začal přivydělávat při studiu. Má kurz jeřábníka, jinak žádné další rekvalifikační kurzy neabsolvoval.

Pracovní anamnéza:

Po odchodu ze školy dělal ve slévárně. Po dvouleté vojenské službě se přestěhoval do Prahy, kde byl zaměstnán patnáct let jako skladník v obchodě se zeleninou. Po rozvodu se přestěhoval do Českých Budějovic, zde dělal inventury v obchodním řetězci až do důchodu.

Sociální anamnéza

Pan Jiří začal mít problémy s bydlením po úmrtí druhé manželky, která umřela před sedmi lety. Po její smrti se objevily dluhy a on byl nucen byt prodat a vystěhovat se. Od té doby je využívá sociální služby noclehárna.

Pan Jiří pobírá starobní důchod šest tisíc měsíčně a uvádí, sice s penězi vyjde, ale každý měsíc je na nule, proto si velmi těžko může vydělat na podnájem, či na kauci. Ve chvíli kdy jsem se snažila zmapovat jeho finanční situaci, měl přesnou představu, kolik dá za jídlo a za ubytování, na otázku, do jakých položek investuje zbytek peněz, nechtěl odpovědět. Několikrát však zdůraznil, že dluhy nemá.

Zdravotní Anamnéza

Pan Jiří uvádí, že zdravý bez jakýchkoli obtíží. Prodělal pouze jeden úraz, kdy mu ve slévárně litina těžce popálila nohu a on se s tímto zraněním léčil tři měsíce, nyní je však zranění plně zahojené.

V. Pan Milan

Osobní anamnéza

Věk 64 let

výška 171 cm

váha 52 kilo

Pan Milan působí velice inteligentně. Přesto že je bezdomovec, navštěvuje několik knihoven a neustále se vzdělává. I jeho přístup k bezdomoveckému stylu života je velice sofistikovaný. Ačkoli občas „fárá“ v popelnicích, veškeré věci přemývá a dezinfikuje. Oblečení nosí omšelé, ale čisté.

Rodinná anamnéza

Otec byl svářeč-zámečnick. Matka byla v domácnosti. Měl dva 2 bratry. Starší Milan je strojní inženýr a žije na Slovensku, stále jsou v kontaktu. Mladší bratr zemřel, když panu M. bylo 18. Pan M. se oženil, ale s manželkou se nestýká. Má syna, kterému je 28 let prodává elektroniku, občas se stýkají.

Školní anamnéza

Jako střední školu vystudoval všeobecně vzdělávací školu na Slovensku. Po té vystudoval ČVUT Ing. jaderných oborů - Jaderná chemie. Nejvyšší dosažené vzdělání je CSc. Mluví slovensky, rusky, anglicky a maďarsky. Má řidičský průkaz typu B a absolvoval 3 počítačové kurzy.

Pracovní anamnéza

Jeden rok byl na vojně, poté 4 roky pracoval ve vědecké přípravě na univerzitě. Dále pracoval ve výzkumném ústavu jaderných elektráren. Osm let pracoval v ústavu krajinné ekologie. Po revoluci založil vlastní firmu na provádění analýz, ta však bohužel po dvou letech zkrachovala. Poté pracoval na několika vědeckých pracovištích, ale nikde nevydržel déle než 2 roky. Od roku 2002 je veden na Úřadu práce. Nyní příležitostně doučuje matematiku, chemii a fyziku.

Sociální anamnéza

Pro ublížení na zdraví byl 4 roky ve vězení. Po propuštění z vězení neměl kde bydlet a stal se osobou bez přístřeší. Bydlel v garáži, vystřídal několik ubytoven, a bydlel v azylovém domě. Bezdomovcem je již 10 let. Spolupracuje s úřadem práce, pobírá dávky hmotné nouze: doplatek na bydlení, a doplatek na živobytí.

Zdravotní anamnéza

Pan M. je půl roku po operaci ledvinových kamenů. Musí nosit brýle, na pravém oku má 4,75 dioptrií a na levém oku má 6 dioptrií. Prodělal mnoho zánětů horních cest dýchacích a míval opakované chřipky. Alkohol užívá dvakrát týdně.

3.2 Struktura rozhovorů a sběr dat

V tomto kroku výzkumného šetření jsem připravila postup rozhovoru, který byl orientován na časovou osu života zkoumaných osob. Vzhledem stanoveným podotázkám jsem vložila do otázek polostrukturovaného rozhovoru také otázku na vnímání toho, jak s komunikačními partnery jednal nebo jedná zdravotnický personál.

Formulace výzkumných otázek mi umožnila připravit design polostrukturovaného rozhovoru následujícím způsobem:

1. Mohu se zeptat, jaký byl váš zdravotní stav před tím, než jste se stal/a osobou bez přístřeší?
2. Mohu se zeptat, zda se váš zdravotní stav nějak změnil, když jste se stal/a osobou bez přístřeší?
3. Co děláte, když zjistíte, že jste nemocný nebo že vás něco bolí?
4. Máte nějakou zkušenost se zdravotnickým zařízením?
5. Myslíte si, že k vám zdravotnický přistupoval (přistupuje) jinak než k ostatním pacientům?
6. Otázka pro případ diagnózy s dietním omezením: Jak dodržujete správnou/předepsanou životosprávu? Máte na to dost peněz?
7. Co si myslíte, jak to bude s vašimi nemocemi a bolestmi v budoucnosti?

Vlastní šetření proběhlo 8. 4. 2016 během celého dne v zařízení zahrnujícím tyto sociální služby: azylový dům, denní centrum a noclehárna pro osoby bez přístřeší. Toto zařízení se nachází v Čechách, v krajském městě s přibližně 100 000 obyvateli. Rozhovory vedla pracovnice tohoto zařízení. Z důvodu anonymity dat neuvádím klíč, podle kterého byla vybrána, ani pozici, na které pracuje. Z její profesní pozice však vyplývá, že je klienty vnímána jako autorita, která rozhoduje o tom, zda se mohou v zařízení vůbec zdržovat vzhledem k pravidlům zařízení (např. nesmí být opilí, pod vlivem drog, nesmí být agresivní atd.). Během rozhovoru bylo nutné vytvořit atmosféru důvěry a překonat hranici mezi reprezentantem poskytovatele služby a klientem, který je vůči němu v podřízeném postavení. Z toho důvodu jsem se také rozhodla, že součástí této bakalářské práce nemůže být doslovný přepis celých rozhovorů kvůli identifikovatelnosti informací, které by komunikační partnery mohly kompromitovat, a komunikačním partnerům to bylo sděleno. V zájmu vytvoření atmosféry důvěry byla komunikačním partnerům darována káva v půlkilovém balení jako odměna za jejich čas a otevřenost. Komunikační partneři projevili vesměs milé překvapení a vděk. V průběhu rozhovorů se ukázalo, že byli ochotni hovořit i o skutečnostech, které hraničí s trestnou činností a byli znovu ubezpečeni, že nedojde k využití jejich výpovědi pro policejní účely. Vedoucí rozhovorů také uvedla, že pro ni subjektivně znamenaly rozhovory možnost poznat klienty z jiné stránky, než byla dosud zvyklá. Některé jejich výpovědi byly natolik intimní a otevřené, že ji dojímaly.

4 Vlastní analýza

Jednotlivé rozhovory jsem vždy několikrát pročítala a sledovala svoje vlastní asociace a vše, co mě u jednotlivých úseků napadlo. To jsem znázornila graficky pomocí tabulek tak, že vlevo jsem odkazovala na přesné citace z rozhovorů, vpravo jsem zapisovala svoje vlastní připomínky, asociace a poznámky. V posledním sloupci vpravo v tabulce jsem potom zaznamenávala vynořující se témata. Tyto tabulky se nacházejí v příloze č. 1. Na konci analýzy každého příběhu jsem vytvořila seznam vynořujících se témat, pomocí barevného označování jsem vytypovala ty, které souvisely a posléze jsem podle nich vytvořila narativní příběh každého komunikačního partnera a s využitím metafory jako motta jeho příběhu. Barevně označená vynořující se témata jsou obsažena v příloze č. 2. Narativní podobu příběhů jednotlivých účastníků představuji v podkapitole 4.1

4.1 *Tvorba narativní podoby témat*

Narativní podoba tématu Patrika: Ať děláš, co děláš, dneska jsi nahoře, zítra dole...

Patrikův příběh začíná dětstvím dítěte s ekzémem, které žije v přehledném světě, kde jsou nemoci obyčejných dětí léčeny exkluzivním způsobem. Příběh jeho nemocí je nejasně spjat s příběhem ztráty domova. Patrik se ze všech sil snaží v obtížné situaci nemocného zorientovat, a to na úrovni možností svého myšlení. Umí se zorientovat jednoduše v příčinách svých chorob, snaží se porozumět jejich diagnózám, na jednoduché úrovni se také orientuje ve zdravotnickém systému, na který je odkázán. Jednání zdravotnického personálu je pro něho velmi důležité, protože je známkou akceptování jeho důstojnosti. Ze všech sil se také snaží dodržovat doporučená opatření, pokouší se vyhnout stresu v situacích, kdy by se mohla dostat do konfliktu s pravidly azylového domova. Patrik si zakládá na tom, že je poctivý člověk. Přes veškerou tuto snahu se cítí být bezmocný vůči osudu, který způsobuje, že jednou je člověk nahoře, potom zase dole. Jeho budoucnost se mu jeví jako osudová cesta směrem dolů. Snaží se orientovat v možných budoucích situacích, aby je dokázal řešit – je obklopen lidmi,

kteří mu v tom mohou pomoci („kluci“ a sociální pracovníci), zná příslušné předpisy, přesto mu při myšlence na budoucnost „*spadnou slzy*“.

Narativní podoba tématu Vojtěcha: V náhledu na život mám zmatek, ale nejsem jenom špatný, jsem i dobrý člověk

Příběh Vojtěcha začíná jako příběh dítěte z dobře situované rodiny – býval VIP pacient v exkluzivních nemocničních zařízeních kvůli důsledkům choroby prodělané v dětství (ztráta sluchu v jednom uchu jako následek zarděnek). Pro Vojtěcha je důležité, že už tehdy byl dobrým člověkem – pomáhal zdravotním sestřím s nákupy. Přiznává, že na ulici se dostal vlastní vinou (alkoholismus), i jeho alkoholismus byl morálním selháním – byla to jeho vina. Do nemocnice se dostal i v době svého bezdomovectví – a i tehdy pro něho bylo důležité, že pomáhal spolupacientům a vysloužil si tím pozitivní pozornost a pomoc od zdravotních sester. Pro pana Vojtěcha je vůbec důležitý morální aspekt mezilidských vztahů. Tak důležitý, že slovo „bolest“ v rozhovoru spojil s asociací „bolest ze špatných mezilidských vztahů“. Naopak, když si lidé pomáhají, je to pro něho známka morálního zdraví. Toto emocionální zdraví je pro něj mnohem důležitější než tělesné.

Co se týče náhledu na vlastní zdravotní stav, velice často si odporuje v jeho hodnocení: Někdy se mu zdá vše optimistické (cítí se zdravý, zdravotní problémy vyřeší příroda nebo jeho lidové felčarské techniky), současně však dodává, že má mnoho nemocí, že pobýval v nemocničních zařízeních a čas od času vyhledává lékařskou pomoc). Jindy je jeho první dojem pesimistický (v budoucnu se jeho zdravotní stav nezlepší), současně však dodává, že je optimista (zdravotní stav už se zlepšil a zlepšuje, kompenzační pomůcky vyřeší pomocí sociálních dávek).

I při nejasnostech v hodnocení vlastního zdraví jedná pan Vojtěch v různých situacích racionálně v mezích možností jeho myšlení: zná svoje nároky a umí je uplatnit, pokouší se o svépomocnou léčbu a občas zná, co je priorita (kompenzační pomůcka je důležitější než alkohol).

O vlastní budoucnosti pan Vojtěch příliš nepřemýšlí – leccos se vyřeší samo a není jisté, zda se jeho potíže lepší či horší. Ale také se někdy stane, že vidí svou zdravotní situaci s humorem (nemusí pečovat o zuby, ale o zub /zbyl mu pouze jeden/).

Narativní podoba tématu Petry: Furt něco tahám

Všechno, co se dozvídáme o Petřině příběhu, je spíše kusé. Petra má totiž problém s tím, vyjádřit své myšlenky. Její jazykový kód je velmi omezený. Bez neustálého dotazování vedoucí rozhovoru by nebylo možno její příběh zrekonstruovat.

Petře se jeví vše, co prožívala před pádem do bezdomovectví, jak totální krize. Měla řadu zdravotních problémů a byla těhotná. Dnes je pro ni velmi obtížné orientovat se ve všech diagnózách vlastních chorob. Některé nedokáže vůbec pojmenovat, u jiných určí pouze symptomy. K těm patří nejenom množství chorob vnitřních orgánů a bolestí v oblasti páteře, pro Petru byly zdravotní komplikací i tři těhotenství a porody dětí, se kterými je v kontaktu v rámci pěstounské péče. Petra do jisté míry rozumí své zdravotní situaci. Ví, že příčinou mnoha bolestí je život na ulici, ví, jak od lékaře získat recept na léky proti bolesti, ví však také, že finančně si musí nejprve zajistit stravu, teprve potom léky. Petra totiž ví dobře, co je to mít hlad. V zásadě tedy umí na základě tvrdé zkušenosti rozlišit priority. V něčem jí však náhled na vlastní situaci chybí: nerozumí začarovanému kruhu svého života: tahá těžké náklady, čímž si ničí páteř, aby si vydělala na léky proti bolesti páteře. Tíhu takového života vnímá spíše intuitivně a na úrovni emocionality: ví, že trpí a občas dostane na svůj těžký úděl vztek. Podobá se spíše dobytčeti zapřaženému do žentouru než člověku zápasícímu o vlastní důstojnost.

Zatímco ve vztahu k přítomnosti žije Petra přítomným okamžikem, ve vztahu k budoucnosti je schopna rozlišit delší časové úseky. Jenom to však prohlubuje její frustraci: cítí, že budoucnost ji ohrožuje – jednak klimatickými změnami během roku, jednak Petra pociťuje iracionální strach ze smrti, která je reprezentována strachem z nevléčitelné choroby. I zde ji zrazuje omezená racionalita, když zaměňuje příznaky nemoci s příznaky léčby.

Narativní podoba tématu Jiřího: Až podezřele zdravý

Příběh pana Jiřího je velmi stručný, podobně jako byly stručné jeho odpovědi v rozhovoru. Převládaly odpovědi typu „ne“, ačkoliv otázky byly kladeny otevřeně. Pan Jiří hovořil o svém příběhu bez jakéhokoliv emočního zabarvení. V minulosti byl téměř absolutně zdravý. Třikrát ujistil vedoucí rozhovoru, že jeho zdraví je v jeho rukou: ví, co dělat, kdyby onemocněl, má znalosti v oblasti zdravé výživy a může si ji dovolit a je to on, kdo rozhoduje o své budoucnosti. Přesto působí takto podaný příběh nevěrohodně. Mezi vynořujícími se tématy proto hraje dominantní roli podezření na obranné mechanismy, které lze definovat jako možná bagatelizace negativního, fabulace týkající se využívání lékařské péče (v minulosti lékaře vůbec nepotřeboval, nyní navštěvuje lékaře každý měsíc, ačkoliv je zdravý) a popření možného negativního vývoje svého zdravotního stavu v budoucnosti. V 70 letech přece běžně uvažující člověk musí počítat s možným nástupem chorob.

Verze vlastního příběhu pana Jiřího týkajícího se zdraví, nemoci a bolesti se tak jeví spíše jako sebeklamný mechanismus, který pan Jiří uvádí v život, aby si uchoval pocit vlastní důstojnosti a integrity v situacích neúspěchu, selhání, při pocitech viny nebo studu. Je dobrý člověk, protože je zdravý člověk. Ale také to tak být nemusí. Skutečný příběh pana Jiřího zůstává pravděpodobně skrytý.

Narativní podoba tématu Milana: Člověk nesmí být úplný lempl, nesmí na to kašlat

Příběh pana Milana je příběhem intelektuála, který v životě prošel nejrůznějšími prostředím od vysoké školy, vědeckého pracoviště a vedení firmy až po vězení, přespávání na ulici a azylový dům. Tuto cestu zvládl s určitou nonšalancí především díky své rozvinuté racionalitě. V průběhu rozhovoru o ní svědčil bohatý jazykový kód. Prakticky ve všech aspektech příběhu o vlastním zdraví, nemoci a bolesti využil své racionality k tomu, aby porozuměl dobře příčinám minulých i současných zdravotních obtíží, aby předcházel konfliktu mezi doporučeními lékařů a pravidly azylového domu. Má také objektivní racionální důvody k tomu, aby se svěřoval do péče odborných lékařů

v oblastech svého zdraví, které má dobře zmapovány: potřebuje lékařskou péči a je registrován u praktického lékaře, očního lékaře kvůli nošení brýlí a zubního lékaře, kterého navštěvuje preventivně. Díky své inteligenci tedy pana Milana nezahltily zdravotní problémy spojené s bezdomovectvím. Přesto ho s ostatními komunikačními partnery spojuje jedna důležitá skutečnost. Zmínil ji až v samém závěru rozhovoru: „*Člověk nesmí být úplný lempl, nesmí na to kašlat.*“ V otázce vedoucí rozhovoru tak „přeslechl“ otázku o finanční náročnosti pořizování zdravé výživy a představil své způsoby stravování jako prostředek zachování lidské důstojnosti.

4.2 Společná témata

Z témat, která se v analýze dat vynořila během rozhovorů s pěti osobami bez přístřeší, jsem vytipovala ty, které se objevovaly ve všech rozhovorech. Patří mezi ně především obecná trojice aspektů lidské psychiky: **racionalita v úvahách** o zdravotní situaci (pan Vojtěch např. ví, že má nárok na hrazené kompenzační pomůcky), **emocionální citění** vzhledem k vlastní zdravotní situaci (paní Petra např. občas dostane na svůj úděl vztek, současně se bojí smrtelné choroby v budoucnosti, podobně jako pan Patrik) a aspekty týkající se **morálního nebo obecněji spirituálního uvažování** o vlastní zdravotní situaci (jako dobrý příklad mohu uvést znovu příběh pana Vojtěcha, který je i dobrý člověk, protože pomáhal ostatním pacientům v nemocnici). Současně vnímají množství zdravotních problémů, na které stačí reagovat pouze v rozmezí vlastního jazykového (a tedy i myšlenkového kódu). Ten je však omezen velmi různě – od diferencovaného a bohatého až po hranici lehké mentální retardace. U pana Milana je racionální uvažování velice rozvinuté a je zřejmé, že díky němu se nedostal do tak velkých zdravotních problémů, neboť jim dokáže předcházet. Pan Jiří sice také má poměrně diferencovaný jazykový kód, ale využívá ho spíše k vytvoření iluze o sobě samém, než předcházení problémům. Pan Patrik má sice omezený jazykový kód, ale snaží se orientovat ve svých diagnózách a orientuje se i ve zdravotnickém systému. U pana Vojtěcha je zřejmé, že ačkoli si protiřečí a zdravotní péče nevyužívá, je schopný se v systému orientovat a ví, na co má nárok. Nejhůře je na tom s jazykovým (myšlenkovým) kódem Petra. Není tedy překvapivé, že její aktuální obtíže jsou velice

akutní, že celá situace se paní Petře zdá bezvýchodná a ona velice trpí. Tito lidé nacházející se v konkrétní životní situaci lidí bez domova, ohrožených nemocemi a bolestmi, se chovají vlastně logicky a řeší svoje problémy v návaznosti na svou intelektuální kapacitu.

Všechny příběhy spojovalo ještě jedno velké téma, byť ve dvou z nich se přímo neobjevilo jako vynořující se téma, ale bylo možno ho vysledovat v tom, co bylo buď zamlčeno (příběh Jiřího), nebo co bylo přítomno implicitně (příběh Petry). Toto téma jsem nazvala **zápas o lidskou důstojnost**. V příbězích Patrika, Vojtěcha a Milana se tato témata objevila explicitně:

Patrik: *„Tak to je... Já, když, protože mě vezli odsad' tady rychlá, tak ty věděli, že jsem azylový dům a Jéžišmarja, pane Bože, nevadí, v nemocnici sem to řek a čekal sem něký: ale to je bezdomovec,..Já nevím, někou péči slabou nebo něco takovýho, ne.“*
Vynořující se téma pana Patrika tedy zní takto: Zápas o lidskou důstojnost. Zdravotní péče akceptuje lidskou důstojnost pacienta - bezdomovce.

Vojtěch: *„Jo tak asi jednou nebo dvakrát normálně mě koupili cigarety. Já jim povídal, když mě to kupujete, tak mě kupte, ty nejlevnější, který máte. Jo a voni mě koupili Kamelky.“*
Vynořující se téma pana Vojtěcha tedy zní takto: Vstřícnost zdravotnického personálu potvrzující důstojnost člověka bez domova.

Milan: *„Když sem byl venku, tak vždycky aspoň jedno teplý jídlo denně, i když sem si ho třeba měl připravit na na kotlíku na ohništi. To byl základ. Snídaně, večeře, to se dá tak nějak, ale ten oběd. Normálně jedno teplý jídlo denně musí být a potom ta snídaně, večeře dá se. Strava není problém. Člověk nesmí být úplný lempl a nesmí na to kašlat. Já znám takový lidi, kteří když mají třeba něký peníze, tak místo, aby si to koupili, tak si koupí tabák a pak žijí z toho, co najdou v kontejnerech. Jsou i tací.“*
Vynořující se téma pana Milana tedy zní takto: Kultura přípravy a konzumace potravy jako prostředek zachování lidské důstojnosti

Příběh Jiřího jsem celý interpretovala jako možnost sebeklamného obranného mechanismu, který pan Jiří uvádí v život, aby si uchoval pocit vlastní důstojnosti.

V příběhu Petry jsem identifikovala situaci neporozumění začarovaného kruhu „práce – bolest – léky“, který je sice útokem na její lidskou důstojnost, ale ona ho tak neumí interpretovat, cítí to však intuitivně a reaguje emocionálními projevy vzteku.

4.3 Závěry

Na hlavní výzkumnou otázku „Jak je vnímáno zdraví, nemoc a bolest osobami bez přístřeší?“ odpovídám tedy na základě provedené Interpretativní fenomenologické analýzy takto: Osoby bez přístřeší vnímají svou situaci ohrožení nemocemi a bolestí pomocí obecných psychických funkcí racionality (byť v různě omezeném jazykového kódu), emocionality a spirituality. Pomocí těchto tří psychických kvalit také svou situaci zdraví, nemoci či bolesti interpretují. V jejich vnímání zdraví, nemoci a bolesti se projevuje jako spojovací téma navíc téma lidské důstojnosti. V nemoci a bolesti se charakterizují nejenom jako ti, kteří si svou situaci sami zaviňují, ale také jako ti, kteří v ní zažívají situace, ve kterých jsou buď druhými lidmi vnímáni jako lidsky důstojní, nebo se sami pozdvihují nad těžkou realitu prostřednictvím uchování vědomí (či podvědomí) lidské důstojnosti.

V rámci výzkumného šetření jsem vytvořila ještě 4 výzkumné podotázky:

- Jak vnímají osoby bez přístřeší svůj zdravotní stav, bolest nebo nemoc v době před tím, než se staly osobami bez přístřeší?
- Jak vnímají svůj současný zdravotní stav, bolest a nemoc v současnosti?
- Vnímají osoby bez přístřeší rozdíl v jednání ze strany zdravotnického personálu v době před životem na ulici a nyní?
- Jaký vývoj svého zdravotního stavu očekávají v budoucnosti?

Smyslem IPA není podat objektivní popis samotného problému, ale co nejvíce se přiblížit světu účastníka výzkumu, vidět jeho osobní svět z účastníkovy vnitřní perspektivy. Tomuto účelu nejlépe odpovídají příběhy jednotlivých komunikačních partnerů v narativní podobě témat, která se vynořila během analýzy dat z rozhovorů. Odpověď na uvedené čtyři výzkumné podotázky je tedy obsahem podkapitoly 4.4.1.

5 Diskuse

V předkládané bakalářské práci, jsem se především snažila zjistit, jak vnímají osoby bez přístřeší vlastní zdraví, nemoc nebo bolest s ní spojenou. Abych tuto problematiku popsala komplexněji, zkoumala jsem vnímání zdraví osob bez přístřeší v rámci jejich časové životní osy, tedy jak jej vnímali v minulosti, v přítomnosti a jaký očekávaná vývoj.

Díky povaze mého výzkumu a zároveň pracovní pozici pracovnice, jenž výzkum prováděla, jsem se bála zkreslení dat, kterému se prakticky nelze vyhnout. Kajanová (2010) ve své práci popisuje efekt tazatele, kdy komunikační partneři vědomě, či nevědomě odpovídají dle sympatií tazatele a zda se mu chtějí zalíbit. Během rozhovoru byl s komunikačními partnery navázán vztah důvěry a vzhledem k povaze sebraných dat, kdy se komunikační partneři v nejednom případě přiznali k trestné činnosti, tento efekt byl ve velké míře eliminován.

Kvalitativní výzkum odhalil mnoho zajímavých poznatků. Prvním, pro mne nejpřekvapivějším zjištěním, je jev, který změnil moje smýšlení o osobách bez přístřeší. Před začátkem zkoumání jsem byla přesvědčená, že pro osoby bez přístřeší nejsou jejich zdravotní problémy natolik palčivé, aby je začaly řešit a že jejich největším problémem je nedostatek motivace. Ukázalo se, že tento předpoklad neodpovídal realitě zkoumaných osob. Všichni komunikační partneři vědí, že zdraví je důležité a snaží se mu porozumět a řešit svou zdravotní problematiku na úrovni svého jazykového (tedy i myšlenkového) kódu. Bohužel tato problematika požaduje komplexní a dlouhodobé řešení, kterého velice často nejsou schopni a proto zůstávají zahlceni svými problémy. Všichni komunikační partneři myslí, cítí a jednají přiměřeně svým kognitivním, emocionálním, spirituálním a schopnostem. Při sběru dat dokonce jedna z komunikačních partnerek požádala pracovníci vedoucí rozhovor, aby jí změřila její krevní tlak a tím pádem získala lepší přehled o svém zdravotním stavu.

Protože cílová skupina komunikačních partnerů spadá mezi sociálně slabé, jedna z otázek výzkumu se snažila zmapovat financování racionální výživy, medikace či léčby. Z rozhovorů je zřejmé, že komunikační partneři mají srovnané priority a podle nich nakládají se svými finančními prostředky. Například Petra velmi dobře ví, že jídlo je důležitější než léky na bolest. Pan Patrik se snaží dbát dietních doporučení lékaře a i když je pro něj ovoce drahé, i přesto do něj občas investuje. Pouze pro Jiřího a Milana není otázka financování problematická.

Výzkum dále odhalil, že i osoby bez přístřeší se mohou obracet k obranným mechanismům, ať už za účelem zmírnění dopadu reality, nebo vylepšení sebeobrazu. Anna Freud (2006) ve své publikaci uvádí, že obranný mechanismus je obecným označením pro všechny techniky, které ego využívá ve svých konfliktech. V následující části osvětlím obranné mechanismy, se kterými jsem se setkala při výzkumu u Jiřího a Petry.

Při výzkumu jsem se setkala u Jiřího obrannými mechanismy: fabulací, bagatelizací a popřením. S fabulací se setkáváme například u malých dětí, které si vymýšlejí, aby se zavděčily dospělým, nebo zakryly vlastní vinu. Jiří se ji pravděpodobně dopustil ve chvíli, kdy tvrdil, že nikdy nechodil k zubaři nebo naopak když tvrdil, že chodí k obvodnímu lékaři každý měsíc na preventivní prohlídky, ačkoli nemá žádný problém. Bagatelizace znamená, že nemocný podceňuje a zlehčuje závažnost choroby (Andršová 2012). Přesně k tomuto jevu dochází, když Jiří vzpomíná na svou studentskou praxi a popisuje, jak mu „šedá litina malinko kápala na nohu“ a on si poležel v nemocnici tři měsíce. Popření znamená, že jedinec zavírá oči před skutečností, aby se vyhnul snižování své hodnoty (Nakonečný 1997). U Jiřího jsem si této reakce všimla, když ve svém věku popírá jakýkoli negativní vývoj svého zdravotního stavu.

S obranným mechanismem jsem se setkala i u Petry. Ta popisuje, že když tahá těžké věci, někdy dostane vztek, „nadává jako špaček“ a aby si ulevila, tak „do toho i kopne“. Toto jednání jsem identifikovala jako agresi. Tímto pojmem se rozumí msta, či omezování za účelem poškození. (Nakonečný, 1997). U paní Petry se vztek, který má na celou svou životní situaci, přenesl na věci.

V neposlední řadě výzkum odhalil, že každý z komunikačních partnerů se na určité úrovni vnímání potýká s pojetím vlastní důstojnosti. Ta vyplývá ze svobody sebeurčení a možnosti disponovat s vlastní svobodou (Rotter, 1999). Vzhledem k tomu, že osoba bez přístřeší je vnímána jinak v negativním slova smyslu než úspěšný člověk (Stýblová, 2014), a že u všech komunikačních partnerů není možnost seberealizace v zaměstnání, je zcela logické, že v této oblasti mají osoby bez přístřeší deficit a nastává vyšší potřeba uznání důstojnosti, proto jsem nazvala tento aspekt „zápas o lidskou důstojnost“. Svobody sebeurčení vyžil Milan ve chvíli, kdy se distancuje od ostatních, protože on „není lempl“ a připravuje si jedno teplé jídlo denně.

Lidská důstojnost nespočívá pouze v individualitě člověka, ale i v jeho sociabilitě, tedy v schopnosti vstupovat do vztahů ve společnosti (ZLPS, Komentáře, 2012). Tak i svou lidskou důstojnost identifikuje Vojtěch, když vypráví o tom, jak pomáhal sestřím a ony mu za odměnu kupovaly drahé cigarety. I u Patrika si můžeme všimnout tohoto sociálního rozměru aspektu lidské důstojnosti, když vzpomíná, že i jeho lékař připustil, že se každý může octnout na ulici.

Další překvapivý objev týkající se lidské důstojnosti je fakt, že žádný z komunikačních partnerů nevěděl, že se někdy setkal s diskriminací a ani nepojal podezření, že by s ním ve zdravotnickém zařízení jednali jinak, než s lidmi, kteří mají bydlení. Překvapivé toto zjištění pro mne bylo proto, že se s diskriminací osob bez přístřeší zdravotnickým personálem se setkávám v praxi poměrně často, ať už ze strany záchranářů nebo samotných zaměstnanců v nemocnici. Otázkou zůstává, zda prohřešky proti lidské důstojnosti komunikační partneři nevnímali, podvědomě odmítali vnímat, nebo k nim opravdu nedošlo.

Každopádně zjištění nulové diskriminace vrhá dobré světlo na zdravotnické pracovníky, protože pojem lidské důstojnosti je ustanoven v listině základních lidských práv v hlavě první čl. 1. „Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“ Z tohoto vyplývá, že uznání lidské důstojnosti je nejen potřeba každé lidské bytosti, ale i základní právo a je potřeba jej chránit zvláště u osob bez přístřeší.

Každý z komunikačních partnerů operoval s pojmem zdraví na racionální, emocionální a spirituální úrovni, která se projevila nejen jako schopnost morálního hodnocení, ale také na úrovni lidské důstojnosti (Kučerová, 1992). Například Patrik se snaží orientovat se ve svých diagnózách, v odbornostech lékařů i geograficky, kde se které středisko nachází, zároveň ale i jedná emocionálně, když sděluje diagnózu sociální pracovníci. V odpovědi na hlavní výzkumnou otázku, jak je vnímáno zdraví osobami bez přístřeší výzkum odpověděl, že je vnímáno na úrovni racionální, emocionální, a to zejména jako zápas o udržení vědomí vlastní lidské důstojnosti. Ta může být pro osoby bez přístřeší tak důležitá, že vzhledem k ní používají patologické obranné mechanismy. Obecnou důležitost všech těchto aspektů lidské psychiky potvrzují i autoři, které jsem v této kapitole citovala.

6 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na vnímání zdraví osob bez přístřeší. Jejím cílem bylo zmapovat vnímání zdraví v rámci časové životní osy zkoumaného vzorku komunikačních partnerů pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy. Také byla stanovena základní výzkumná otázka, jak je vnímáno zdraví osobami bez přístřeší. A k zodpovězení výzkumné otázky byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování

a technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly celkem s pěti komunikačními partnery, se čtyřmi muži a jednou ženou, kteří jsou uživatelé centra sociálních služeb pro osoby bez přístřeší. Rozhovory probíhaly vždy se souhlasem komunikačních partnerů a ti byli ujištěni, že jejich anonymita bude zajištěna.

V teoretické části jsem se věnovala popsání specifík u osob bez přístřeší, zvláště problematiky oblasti péče o zdraví. Snažila jsem se co nejvíce propojit teorií, aby vznikl ucelený popis současné situace. Považovala jsem za důležité seznámit čtenáře s touto cílovou skupinou, protože ne každý má zkušenost s těmito osobami a málo kdo si dokáže představit tuto situaci sám u sebe. Dále jsem se věnovala popsání zdraví a různých přístupů k němu, determinantům zdraví a percepci jako psychickému procesu.

Ve výzkumné části bylo zjištěno několik zajímavých poznatků. Například u každého komunikačního partnera se objevil aspekt racionality, emocionality a spirituální dimenze vnímání vlastní situace v otázce zdraví, nemoci a bolesti, a v několika případech jsem pravděpodobně narazila na obranné mechanismy. To poukazuje na fakt, že jejich vnímání se vlastně neliší od zbytku populace, že osoby bez přístřeší chápou důležitost vlastního zdraví, ovšem nějakým způsobem omezené úrovni myšlení a cítění. Musím se přiznat, že psaní bakalářské práce mi velice pomohlo v práci sociální asistentky. Díky rozboru rozhovorů jsem se mohla podívat na osoby bez přístřeší z jiné, mnohem lidštější stránky. Narativní analýza dat mi ukázala, jak osoby bez přístřeší přemýšlí, co a jak cítí (strach, vztek...) a že jim jejich vnitřní svět dává smysl. Při analýze dat ve mně přepisy rozhovorů vzbuzovaly soucit se zoufalou situací

komunikačních partnerů a některé poznatky mi daly podněty, které budu moci dál využít v sociální práci.

Závěrem bych ráda poukázala na fakt, že osoby bez přístřeší se snaží řešit svůj zdravotní stav, jak je v jejich silách, na základě vlastního myšlení, které ovšem vyjadřují většinou jenom omezeným jazykovým kódem, protože však bývají zahlceni většími problémy, ne vždy se jim daří tuto problematiku řešit a je úkolem sociální práce, aby jim tuto situaci usnadnila.

7 Zdroje:

Bibliografické zdroje:

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: WoltersKluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona : (včetně deuterokanonických knih) : český ekumenický překlad. 13. vyd., (4. opr. vyd.). Praha: Česká biblická společnost, 2007. ISBN 8085810573.

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

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2860-5.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Forenzní psychologie*. 2., upr. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009, 439 s. ISBN 978-80-7380-213-4.

FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. B.p.v. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.

FREUD, Anna. *Já a obranné mechanismy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. Spektrum (Portál). ISBN 80-7367-084-4.

HAASOVÁ, Jana. *Jak žijí v Olomouci ženy bez domova: sedm skutečných příběhů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 100 s. ISBN 80-244-1238-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HIML, Pavel. *Zrození vagabunda: neusedlí lidé v Čechách 17. a 18. století*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2007, 371 s., [22] l. obr. příl. Každodenní život. ISBN 978-80-7203-917-3.

HOLČÍK, Jan a Adolf ŽÁČEK. *Sociální lékařství*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství Masarykovy univerzity, 1995. ISBN 80-210-1233-1.

KAJANOVÁ, Alena. Sociální determinanty zdraví vybraných romských komunit. Č. Bud., 2009. disertační práce (Ph.D.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

KASSIN, Saul M. *Psychologie*. Vyd. 1. Brno: ComputerPress, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3.

KREBS, Vojtěch. A kol., *Sociální politika*. 5., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: WoltersKluwer Česká republika, 2010, 542 s. ISBN 978-80-7357-585-4.

Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020. Praha: MPSV, 2013, 68 s. ISBN 978-80-7421-072-3.

KUČEROVÁ, Stanislava. *Obecné základy mravní výchovy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1990. ISBN 80-210-0183-6

Listina základních práv a svobod: komentář. Vyd. 1. Praha: WoltersKluwer Česká republika, 2012. Komentáře (WoltersKluwer ČR). ISBN 978-80-7357-750-6.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.

MAREK, Jakub, Aleš STRNAD a Lucie HOTOVCOVÁ. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 175 s. ISBN 978-80-262-0090-1.

MALEC, M. Prožívání a zpívání pro radost v gospelovém sboru: interpretativní fenomenologická analýza. Bakalářská práce FSS MU: Brno, 2010.

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozš. vyd., v Akademii vyd. 1. (1. vyd. v nakl. Vodnář pod náz. Lexikon psychologie). Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

NOVOTNÁ, Jaromíra, Jana UHROVÁ a Jaroslava JIRÁSKOVÁ. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy: obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2006. ISBN 80-7168-940-8.

PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 93 s. ISBN 978-80-7387-100-0.

ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lidské etiky]*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1999. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-302-7.

STÝBLOVÁ, Michaela. Osoby bez přístřeší versus lidská důstojnost. Zlín, 2014. diplomová práce (Mgr.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií

VACÍNOVÁ, T. *Problematika bezdomovectví, Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*, Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006, ISBN 80-7044-769-9.

VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013, 339 stran. ISBN 978-80-246-2209-5.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2012. ISBN 978-80-7394-360-8.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. Zdraví a nemoc. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011, 133 s. ISBN 978-80-7394-326-4

VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

Elektronické zdroje:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb: Časopis sociální služby [online]. Tábor, 2011 [cit. 2015-01-2]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/SS%208,9-2013%20s28-31.pdf>

Bezdomovectví: Definice bezdomovectví. *Bezdomovci* [online]. ©2016 [cit. 2015-01-08]. Dostupné z: <http://www.bezdomovci.estranky.cz/clanky/definice-bezdomovectvi.html>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

EDGAR, B., DOHERTY, J., MEERT, H. *Review of Statistics on Homelessness in Europe*. Brussels: FEANTSA, 2002. Dostupné z <http://www.feantsa.org>.

Iridictum Pecina. In: *Encyklopedie o právu* [online]. [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://iuridictum.pecina.cz/w/P%C5%99%C3%AD%C5%BEivnictv%C3%AD>

Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České Republice do roku 2020. In: *MPSV* [online]. Praha, 2013 [cit. 2016-02-24]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/16893/bezdomovectvi.pdf>

PEKÁRKOVÁ, Andrea. Zdraví osob bez domova. *Sociální služby: odborný časopis* [online]. 2013, 15.(8-9), 28-31 [cit. 2016-03-19]. ISSN 1803-7348. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/SS%208,9-2013%20s28-31.pdf>

Smith, J. A., Osborn, M. *Interpretative Phenomenological Analysis* (on-line). Dostupné na http://med-fom-familymed-research.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/IPA_Smith_Osborne21632.pdf (Citováno 13.3.2016)

Sociální exkluze. *Varianty: Člověk v tísní, o.p.s.* [online]. Praha [cit. 2016-03-19]. Dostupné z: <http://www.varianty.cz/slovnicek-pojmu/35-socialni-exkluze>

8 Příloha č.1

Přímé výpovědi komunikačních partnerůů	První poznámky a asociace výzkumníka	Vynořující se témata
Minulost		
„No, víte takhle. Já měl, já měl, jestli se to tak může říct, lupenku, ale ta se ztrácela, protože jsem jezdil každoročně, každý rok jsem jezdil k Mrtvému moři a tam prostě se to ztratilo, no.“	Úžasné možnosti v dětství.	Doba, kdy byl "nahore": měl domov a účinnou zdravotní péči
<p>„Potom se mi začalo blbě dejchat. Takhle já jsem si myslel, že jsem zdravý a to jsem ještě nevěděl, že jsem přechodil šest infarktů.“</p> <p>„To jsem vůbec nevěděl. To mi řekli až tady v nemocnici. To mi řekli tady v nemocnici, podle toho dali kameru na to srdce: jeden infarkt, druhý. Já nevím proč, tam nějaký čáry. Já mám šest infarktů za sebou.“</p> <p>„Já jsem, já jsem říkal: Pane doktore – Jak to, že jsem si toho nevšiml, vždyť mě žádný špatně nebylo, nepraštil jsem sebou a on říkal: To nic, jdete po ulici, najednou se vám zamotá hlava a to je mžik, to může být pět sekund a už je tam, ale nic nemusíte cítit nic a jdete dál a máte ho tam.“</p>	Záludný příchod nemoci - ani o tom nevíš...	

<p>„Viním? Sám sebe: Rozčilování, hm.. chlast ne, to v žádném případě. Cigarety. Já jsem kouřival hodně. Já jsem kouřival dvacet cigaret. Takže já si myslím, že by to mohlo bejt to.</p>	<p>Nezavinil to alkohol, pouze cigarety</p>	<p>Aspekt morality Připuštění vlastní viny</p>
<p>Přítomnost</p>		
<p>„ Takhle jak mám tady to červený, to sem byl na kožním, v nemocnici. Nechci o tom říkat nebo nikde jsem to neřikal, říkám to tady mezi náma, já jsem dostal dávku chlorem, tak mě to vřekli. Já nevím jak oni to říkají nějak latinsky. Já nevím, prostě jsem dostal největší dávku chlorem, takže tím pádem to tady mám červený, ale doktorka řikala, není to nakažlivý, časem se to ztratí za čtrnáct dní, za tři neděle se to ztratí, jo?“ „No, ale to jako, to je mezi náma, nikde to tady neřikám, ňáká větší dávka toho chlóru nebo, já nevím, že tady dostávám chlór, protože se chodim sprchovat, takže sem to dostal tady vodsad'. Nic, nic takovýho neřikám.“</p>	<p>Naznačuje úraz v nějakém zaměstnání, možná i v rámci zařízení azylového domu Snaží se porozumět diagnóze v rámci omezeného jazykového kódu</p>	<p>Někdo ho poškodil Snaha zorientovat se v podílu vlastní viny</p>
<p>„Ta lupenka jako by, jako by mě nezajímá, nezajímá, protože ta mizne, ta mizne, takže to už jsem prostě vynechal a teďka hlavně to srdíčko. No, to zjistili, že pracuje na čtyřicet procent, tak slabě.“</p>	<p>Řeší jenom to, co je podstatné</p>	<p>Orientace na podstatné problémy</p>

<p>„Nesmim se rozčilovat vůbec a alkohol žádný. Když chodím do té nemocnice, tam mně dávají něco napít, nákou tu vodičku, něco zkoušej že jo, tak je mi potom blbě taky mi potom pan doktor řekne: Heleďte tamhle je krám, dejte si tam malý štamprdle becherovky, rum a to je jedno ať se vám to spraví. Taky když přidu tak to automaticky hlásim: Měl jsem malý štamprdle. Tak to nák bylo. Nechci mít žádný to.. „Ne, ne. Tam mi spíš řekli, abych.. Já měl jít na operaci, ale , nákej doktor přišel a říkal: Víte, musíte vypít denně, abych nekecal, flašku Plzeňskýho nebo dvě flašky Plzeňskýho? Samozřejmě. Tak jsem to zkoušel. Všechno, všechno sem hlásil. Když jsem měl pivo, hlásil sem to a vono se to plzeňský já nevím. Vono to má náký léčebný účinky. Nevím. Je to možný, že to nák spravilo nebo tak.“</p>	<p>Dodržuje doporučení lékařů, ale nechce se dostat do konfliktu s pravdivy azyl. zařízení</p>	<p>Snaha zorientovat se v konfliktu autorit</p>
<p>„Lékaři, lékaři se mě ptali na rodiče, jestli to nemaj? Nemaj. Vo nich to nevím. Tak ten primář starý mi říkal, že to moh mít kdysi nákej můj pra, pra, prapředek a tak dále, jo.“ „A myslíte, že nákou z vašich nemocí způsobilo bezdomovectví?“ „Ne, to ne, to určitě ne, ne. Řikam dneska můžete bejt zdravá jako řípa, jak se říká a ste na ulici hned. Ste nemocná a ste tam</p>	<p>Možná je příčinou diagnózy dědičnost Bezdomovectví není příčinou jeho chorob</p>	<p>Snaha zorientovat se v příčině diagnózy Včera byl "nahore" - byl zdravý, zítra může být "dole" - vážně</p>

hned.		onemocnět
<p>. „To byl minulej rok, minulej rok v listopadu. “Hm, něco mi říkali, něco žlučník.“</p> <p>„To sem byl na tom gargastru nebo jak se to jmenuje. No a tam právě nadávali tady tomu doktorovi, proč mi nezavolal.. Já za to nemůžu, já se v tom nevyznam, proč doktor nezavolal rychlou. Protože já jsem šel do nemocnice. Tam už mě zastavila dvojka (č. trolejbusu - pozn. aut.). Prakticky před vchodem, já šel po štyrech. Já už nemoh jít po dvouch, ale po štyrech.“</p> <p>„Tam když mě viděli ty, co sou na vrátnici, tak rychle přiběhli a co se děje no a tam právě řekli: Jak to,že vám nezavolal rychlou? Nevim, ne... ?To můžu? To bylo minulej rok v listopadu? Ano v listopadu,“</p>	Stres ze selhání lékařské autority - neorientoval se v problému, doplatil na to velkou bolestí	Neorientace v problému měla fatální dopad
Vztah k bolesti		
<p>„To srdce, to jako. Ne, že by bolelo, že jo, hodně, ale hodně se zadýchávám. Já než vyjdu tady ty schody, tak musím dvakrát, třikrát odpočívat a vono to patří k tomu.!</p> <p>„Když ste nemocný, co děláte abyste se uzdravil?“</p>		

<p>„Pokud možno, dodržuju rady lékařů. Protože já vám to řeknu je to srdce a kolikrát, když člověk třeba nemůže spát a přemýšlí tak nějak, tak si říkám... Já to řeknu, jak si to myslím: Blbečku je to srdce. Teďka tady budeš, za hodinu tady bejt nemusíš, když to má prasknout nebo se zastavit takže...Dodržovat rady lékařů.“</p>		
<p>Budoucnost</p>		
<p>„Špatně. Špatně. To už mi oznámili, že touž jestli se to srdce spraví, jestli se to spraví, to bude velkej zázrak. Dokonce oni tady volali z nemocnice volali do Ikemu, mluvili tam s nějakým profesorem Pirkli, nějaký specialista. Von si vyžádal moje papíry, jo, tak mu je tam posílali a tak dále, tam říkal: Nevím, nevím, jestli se to spraví. Když se to spraví, bude zázrak. Protože to srdce opravdu pracuje na čtyřicet procent a už do toho moc zasahovat nebudou, abych jim nezůstal na stole nebo něco takovýho.</p> <p>„Já sem to říkal taky paní xx. Dokonce sem se jí tam taky nechtíc, jako slzy šly dolu a ona říkala, jestli chcete, já vám sjednam schůzku s tímpsychia, psychia.. tam jak je ten. Sem řek: Ne, ne, ne, ne</p> <p>„No musím se s tím vyrovnat sám. Tak buď jo nebo ne. Voni mi to řekli na rovinu,</p>	<p>Proti osudové chorobě jsou i lékaři bezmocní</p> <p>Pocit bezmoci - plačící chlap</p> <p>Pro zlepšení zdravotního stavu dělá, co může</p>	<p>Aspekt emcionality</p>

<p>že už jako, že taky pochybujou, že by se to to dalo nějak v cajku. Tak aspoň, aspoň takhle, že to je. Neměl bych kouřit, to mi říkali v nemocnici. Ale říkam: Kouřival jsem dvacet a říkal sem Pane doktore, já sem přestal kouřit a du s vahou nahoru. Já žeru všechno. Jo, sušenky, to je jedno, co. A doktor říkal : víte co, já bych vám to neměl říkat jako lékař, zvláště, když je to srdce: Tak to koukejte omezit. Tak sem to opravdu vomezil na tři cigarety. Tři cigarety denně a konec. Kluci kolikrát řeknou: Pod' dolu si zapálit. Mám, nejdu.</p> <p>„Nejdu, je to srdíčko. A já jak se říká Chci tu nákej pátek chcibejt. Jo neříkám: Dneska ste tady, za hodinu můžu bejt, jak se říká na prkně. To nikdo neví, že jo. Ale já mám to to. A paní Vohlídlová to ví, že kdyby něco, kdyby něco při noční se stalo, mam si volat záchranku, mam si ji automaticky zavolat. Tady jenom zaťukat na vokno a přijedou pro mě za deset minur aby vo tom věděli... Mám si to udělat všechno sám. „</p>	<p>Pocit bezmoci</p>	<p>Včera byl "nahore" - byl zdravý, zítra může být "dole" - vážně onemocnět</p>
<p>„Když něco nevim, když něco nevim, mám telefon, kluci to teď kavi ..většinou dvakrát tejdně sem volal do nemocnice, aby mi poradili jo s tím srdcem, že se mi to nějak nelíbi, špatně to klepe nebo takhle, protože voni, já to řeknu takhle voni mě umrtvili,</p>	<p>Situace je vážná Strategie postupu,kdyby dostal infarkt:má kolem sebe "kluky" a ví, jak volat záchranku</p>	<p>Snaha orientovat se v ohrožujících situacích v budoucnosti</p>

<p>vždycky mě umrtvili, umrtvovali pět let, pět let mě umrtvili (?), že mě prostě.. Já si jenom pamatuje, že mě šli umrtvit, tam měli velkou injekci Hep, heparidní, takovou velkou. Já říkám jako To je pro vás, to vám pícháme, tím vás jakoby zabijeme, podle mého to říkám, zabijeme, pak vám dáme ty žehličky, nastartujeme. Mě to dělali, já už jsem byl pětadvacet, pětadvacátý co mi to udělali a už mají strach mě to jako umrtvit, abych jim nezůstal na stole. Je to srdce. Von mě říkal,i , že by to nemuselo vydržet.</p>		
<p>Zdravotnický personál</p>		

<p>"Pamatujete si na zdravotnický personál, na nějaké zdravotnické zařízení, do kterého ste docházel, kam, kam ste pravidelně chodil?"</p> <p>„Pamatuju si: cardio.“</p> <p>„Takže cardio, nemocnice.“</p> <p>„Kardio, nemocnice, kardio, nemocnice, pavilon Fé, první patro je kardi, kardio.“</p> <p>„Mám svýho obvodáka, ale když du z nemocnice a v nemocnici mi dávají ty, tu propouštěcí zprávu, tak mu to nesu, jo aby si to von zaevidoval, mam svýho kardiologa, ten je ulice, jak je úřad práce.“</p> <p>"Tam je můj kardiolog, ten dostává taky papíry, jo veškerý, za nim taky chodim, když něco nevím s práškama nebo píše prášky a tak.“</p> <p>„Tak to je... Já, když, protože mě vezli odsad' tady rychlá, tak ty věděli, že jsem azylový dům a Jéžišmarja, pane Bože, nevadí, v nemocnici sem to řek a čekal sem nějaký: ale to je bezdomovec,.. Jánevím, nějakou péči slabou nebo něco takovýho, ne.“</p> <p>„Žádný poznámky?“</p> <p>„Ne, nic takovýho,“</p> <p>„Spíš naopak.“</p> <p>„Chovali se ke mně slušně. Primář Toušek mi sám říkal: Tam se může dostat na ulici</p>	<p>Snaží se zorientovat v místě hospitalizací na úrovni omezeného jazykového kódu</p> <p>Snaží se zorientovat v systému lékařské péče na úrovni omezeného jazykového kódu</p> <p>Snaží se zorientovat v systému lékařské péče na úrovni omezeného jazykového kódu</p> <p>Zdravotní personál s k bezdomovci chová jako každému jinému</p> <p>Zdravotní personál s k bezdomovci chová jako každému jinému</p>	<p>Snaha orientovat se v systému zdravotní péče</p> <p>Zápas o lidskou důstojnost</p> <p>Zdravotní péče akceptuje lidskou důstojnost pacienta - bezdomovce</p> <p>Včera "nahore" - měl domov, zítra muže být "dole" - ztratí domov</p>
---	---	--

<p>kdekdo. Já sem říkal, dneska sem v nemocnici, zítra můžu být na ulici.</p> <p>„Dodržuju všechno, co mi řekne nebo mi doporučil (<i>lékař - pozn. aut.</i>) aspoň jednou denně pomeranč, že to vobahujeňákou kyselinu. Dobře já nevim, pomerančovou nebo něco takovýho a že to je dobrý na to srdce. Takže já vždycky du, támhle si koupím velkou hlavu a na pokoji jí sežeru.</p>		
<p>Finanční dostupnost léčby</p>		
<p>„Můžete si ty diety jako osoba bez přístřeší dovolit?“</p> <p>„No, horko těžko, horko těžko, horko těžko. Já když to řeknu: Já si du koupit dva nebo tři pomeranče, necham tam pomalinku čtyřicet korun, kde mám to ostatní? Já bych měl mít dietu. Já bych měl mít dietu, jo ale nemohu si to dovolit. Paní Stavraki mě řekla: Chod'te na polívku. Já</p>	<p>Snaží se dodržovat dietu navzdory finanční náročnosti</p> <p>Snaha vyhnout se konfliktu s autoritami</p> <p>Zdůrazňuje svoji poctivost</p>	<p>Aspekt racionality</p> <p>Snaha zorientovat se v konfliktu</p>

sem byl dvakrát, dvakrát na polívce. Já jí nemůžu. Já nevím, já vim, že ty polívky jsou všechny stejné, ale mě v tý polívce něco vadí, já jí nemůžu tu polívku. Já jí říkal paní Stavraki, neztejte se, na polívku chodit nebudu. Abych jí vzal a támhle jí vyřil, to ne. To ať si jí veme někdo jiný. “		autorit
--	--	---------

Druhy

Přímé výpovědi komunikačních partnerů	První poznámky a asociace výzkumníka	Vynořující se témata
Minulost		
„No, zdravý. Já blbě slyším, blbě slyším. Začaly se před čtyřmi roky dělat bercáky taky. Mám křečový žíly a začaly se mi dělat bercáky Jinak sem zdravej.“	Nevzpomíná si na všechny své diagnózy	Chyba v percepci (efekt první dojmu v sebereflexi: je zdravý, i když trpí mnoha chorobami a následky chorob
„Ve čtrnácti letech, když sem dostal zarděnky, tak sem ohluč´ . Já sem dřív hrával i na harmoniku. Pak už sem musel přestat, protože sem neslyšel.“	Následky nemoci z dětství	
„Nemám. Jedině, co mě teď bolí, tak to mě bolí koleno, kvůli tomu, že sem měl zlomenou holenní kost. Já sem tam měl šrouby a pak mi provrtávali koleno a vyndávali a jak je takováhle změna počasí, tak to počasí vždy cejtím na koleně. “	Nevíme, kdy se to stalo, ani za jakých okolností	

<p>„No ale nesmím kouřit, protože Chronickej zánět průdušek.“ „To jste měl než jste přišel na ulici? Nebo?“ „To sem měl.“ „Takže: Nejdřív jste měl zarděnky, pak ste měl nějaký úraz, potom jste..“ „Potom sem měl chronický zánět průdušek.“ To už vod sedmadvaceti let.</p>	<p>Přibývá další choroba</p>	
<p>„Pamatujete si ještě na nějaké další zařízení, které jste navštěvoval?“ „Jo to sem navštěvoval, to sem navštěvoval. Musím se přiznat, že sem navštěvoval protialkoholní léčebnu.“ „A to bylo ve chvílí, když jste se stával osobou bez přístřeší?“ To bylo asi v roce osumdesát šest, osumdesát sedm. To sem chodil tady ke Třem lvům na ten autobus (antabus – pozn. aut.)..."</p>	<p>Alkoholismus nezmiňuje jako nemoc, ale pouze jako důvod návštěvy zdravotního zařízení - "přiznává" jako vinu</p>	
<p>, to už je dva roky. Byl sem u kamaráda na chalupě, tam sem u něj žil a dostal sem tam epileptickej záchvat.</p>	<p>Přibývá další choroba</p>	

<p>Tenkrát ještě, když sem byl dobrej, doma všechno, tak sem jednomu klukovi pučil peníze, když sem si pro ně šel, tak sme se tam porvali. Já nevimeslidruhej rozseknul(část věty není rozumět) mí čelo. Přišel sem o brejle. V tý hospodě mi řekli, běžte to nahlásit na policajty. Tak sem to šel nahlásit na policajty. S policajtma sem jel přímo k němu domu. Voni na něm chtěli vobčanku, všechno, pak mě po měsíci přišel papír vod policajtů: Pachatel bude známý, tak vám dáme vědět a byli se mnou u něj policajti. Tak já jim policajtům nevěřim..."</p>	<p>Úraz z mládí nezmiňuje jako příčinu současného zdravotního stavu, ale jako příčinu nedůvěry vůči policii</p>	
<p>Vztah k bolesti</p>		
<p>„Mě teď nebolí nic. Mě bolí to koleno, jak je teď to špatný počasí. Jinak mě nebolí. Jinak sem naštvanej i na toho Jirku. Sem docela rád, že sem se dostal tady nahoru. „Že jste na azylovém domě.“ „Jo a já sem tan asi na dlouho, s Jardou, on Jarda říkal, že byl osmadvacet let v kriminále. Já mu vařím a on když se to hodí, když něco sežene, on jezdí od tej neteře..."</p>	<p>Neuvádí téměř žádné bolesti Otázka směřovala na fyzické bolesti, on je pochopil jako bolest psychickou způsobenou mezilidskými vztahy Oceňuje přátelství jako "zdravý" vztah</p>	<p>Aspekt emocionality Konflikty "bolí" - význam přenesený na psychickou bolest Protiklad k psychické bolesti - "zdravé" mezilidské vztahy</p>

<p>Když sem tu byl poprvé tak on mi přines jelita, jsou dvě ne? Když sou to domácí, tak si to vem.</p>		
<p>Přítomnost</p>		
<p>„Voni ty bércový vředy sou většinou tak na podzim a na jaro.“ „Hm. Myslíte si, že je to způsobený tím životem, který teďka vedete, když jste osoba bez přístřeší,“ „No, je to na houby“ „Myslím ty nemoci jestli tam vidíte souvislost mezi tím, že jste nemocný a že máte...“ Čekám až mi přijde ten dopis... „Já mám to řízení, to mi ještě nepřišlo. Protože nebudu si schánět jiný místo. Byl sem přes pracák na tom výběrovým řízení a jako že by mě řekli... Byl ste na tom výběrovým řízení, a proč ste tam nešel.</p>	<p>Jeho zdraví se odvíjí od sociálních dávek, na které čeká</p>	
<p>„Já sem bezdomovec, protože sem hodně chlastal.“</p>	<p>Vědomí zaviněnosti současného stavu</p>	<p>Morální úvaha Bezdomovec vlastní vinou</p>

<p>Když jste nemocný, co děláte, abyste se uzdravil?“ „Já co dělám, abysem se uzdravil? Nějak se to vyřeší. Příroda, musí tam.“</p>	<p>Ono se to vyřeší</p>	<p>První dojem (efekt prvního dojmu v sebereflexi): příroda to vyřeší, ale nakonec jde k lékaři a má své receptury</p>
<p>„Teď dělám jednu věc. To sem dostal vod jedný známý. Já když mám ty bérčovú vředy, voni se dělají takový pučejeře, takový pučejeře. Když se dělají takový pučejeře, já je propíchnu. To je na to strašně výborný. Nikdo tomu nevěří. Já sem na to nasypal cukru, zavážu sil to a mám po bercákách.“ „Já když sem měl ty bérčovú vředy tak na chalupě sem si pěstoval marjánku na chalupě tak... „Takže používáte na to i marihuanu.“ „Teď už ne, protože nemam jí kde pěstovat.“ „No, to bysme tady nebyli rádi.“ „To sem používal já na ty bérčovú vředy a moje mamka, když jí dali ty umělý klouby, jo kyčle, tak to zase používala na ty kyčle. Že jí to hodně pomáhalo.“ „Mě nerozbolí zuby. Mě by rozbolel</p>	<p>Projevuje snahu léčit se, ovšem pomocí lidových felčarských praktik Projevuje snahu léčit se, pomocí lidových felčarských praktik Smysl pro humor Nedůvěra k policii</p>	<p>Stěžejní pomoc v nemoci = svépomoc Humor v obtížných životních situacích Nedůvěra k oficiálním institucím</p>

<p>jeden. Já mám jen jeden.“ „A před tím jste k zubařům nechodil?“ „Chodil. Já sem, já teda sem měl paradentózu. Ted' sem byl půl roku u svý neteře, tak sem nechal...(není rozumět) měl, . Nechal sem si falešný. Ale ukradli mi zuby i sluchátka v tom vlaku, no. Já když sem spal, tak sem si vyndaval zuby. Dával sem si i to sluchátko do baťohu. No tak mi to všechno ukradli, no. Ani sem to policajtum nehlásil.“ „Nemáte tu důvěru.“ „No nemám, protože na co? Přide vám papír: pachatel neznámý, až to budeme znát tak vám dáme vědět. “ „Jasně. Když vás teda začly bolet zuby, tak ste navštěvoval zubaře?“ „Jo, to sem navštěvoval.“ „A přesto jste o všechny zuby přišel? Takže vám s nima nepomohli?“ „Takhle jsem je tahal. Když by nešel, tak sem si vzal kombinačky.“</p>	<p>Zubní péče lékařů byla neúčinná Pomoc lidových felčarských praktik</p>	<p>Aspekt racionalizace Stěžejní pomoc v nemoci=svépomoc</p>
<p>A já sem takovej člověk, že když mi doktor napíše prášky, tak já to stejně neberu. „Pročpak to neberete, když vám to doktor napíše,“</p>	<p>Nereflektovaně odmítá lékařskou léčbu Nereflektovaně odmítá</p>	<p>První dojem (efekt prvního dojmu v sebereflexi): léky neužívá, ale lékaře vyhledává</p>

<p>„Já jsem v tej nemocnici proležel rok a říkal sem si já to brát nebudu.“</p> <p>„To bych musel se plazit, abych šel k lékaři. Dokud můžu chodit, tak já k lékaři nejdu.“</p>	lékařskou léčbu	
<p>A máte vlastního obvodního lékaře?“</p> <p>„Mam“</p> <p>„A chodíte tam?“</p> <p>„Vobčas tam zajdu, no.“</p> <p>„Jak často?“</p> <p>„Naposled sem tam byl před rokem.“</p> <p>„Bylo to s nějakým problémem nebo na preventivní prohlídku,“</p> <p>„Já sem tenkrát potřeboval papíry od doctora. Na co sem já je potřeboval?“</p> <p>„Takže nějaké potvrzení jste potřeboval. Žádněj zdravotní problém to nebyl.“</p> <p>„Ne.Náký potvrzení.“</p>	Léky neužívá, ale lékaře vyhledává pouze za účelem získání sociálních dávek	Lékař - prostředek k získání sociálních dávek
Budoucnost		
<p>„Nezlepší. Pěkný, dobrý je, že nevohluchnu. Mě dávaji naději, že můžu do pětadvaceti let vohluchnout úplně, protože mě odumřivali, odumírali sluchový buňky a jak se chlap vyvíjí, tak mi odumírali. Kdyby mě odumírali furt, tak bych byl úplně hluchej, ale přestali odumírat.“</p>	Opět si v první a druhé výpovědi odporuje: v budoucnosti se jeho zdraví nezlepší, ale bercové vředy už se lepší, protože si je sám léčí a sluchové buňky už mu neodumírají	První dojem - chyba v percepce (efekt prvního dojmu v sebereflexi): V budoucnosti se zdravotní stav nezlepší, ale už "je

<p>„Je to lepší.“ „Vždycky, když se mi udělá, jako tenkrát, když sem bydlel pod mostem, nebo něco, když sem byl tam, tak sem neměl čas to tak vošetřit, tak se mi udělal velkejbércák, ale já už na něj přídu, když je malej, když je ten pučeječek, jo tak si to tak udělám, a bezvadně mám, za dva dni mám po bercáku. Von se mi vůbec z toho pučeječku neudělá.</p>	<p>Budoucnost odbývá poměrně stručnými výpověďmi</p>	<p>to lepší"</p>
<p>Zdravotnický personál</p>		
<p>No, já když sem jezdil vod svých čtrnácti let, jezdil do Prahy na Karlák tam nemocnice je. Já jsem tam jezdil každej rok asi tak na měsíc si lehnout. Já sem tam musel jen z toho důvodu, že tátovo strejda byl za války v Rajchu, v Hamburku byl a byl tam ještě s panem doktorem, tenkrát Sedláček. Ten se potom stal profesorem. To už měli takový ty měřící přístroje na sluch a tohle to a k němu sem se dostal do Prahy kvůli tomu sluchu k panu profesorovi Sedláčkovi. Tam sem jezdil, po pravdě řečeno do Prahy do nemocnice, tak sem jezdil s</p>	<p>V etapě života předcházející bezdomovectví byl VIP nemocniční pacient. Zdůrazňuje, že je dobrý člověk - pomáhal sestřičkám s nákupy</p>	<p>Morální aspekt - je i dobrý člověk - jako VIP pacient pomáhal zdravotním sestrám</p>

<p>ňákymtakovým vědomím že jedu někam, že nevím, co se mnou bude. Já sem tam ty sestry taky lekal. Sem tam jezdil od dvaadvaceti let. Už sem je tam všecky je tam tak znal. Tak když sem tam byl tak všecky řekli : „Vašku, děláme do šesti a skoč nám nakoupit až nemusíme potom chodit po krámech. Měl sem tam známý sestry i doktoři mě znali.“</p>		
<p>„Ne, já vám řeknu, tam v tej dlouhodobě nemocných sem chtěl kouřit a my sme tenkrát dostávali ty peníze z radnice, z radnice nám dávali ty lístky a ty peníze. A já když sem tam byl asi tři měsíce v tej nemocnici , tak ta paní, co jsem k ní patřil na týradnici.Tak ta ještě za mnou přijela a dala mi ty peníze a na ty potraviny že mi dá až přídu z nemocnic, že mi dá a když mi předala peníze, tak sem jim řekl té sestře:“Tady se cigarety neprodávaj. Koupili byste mi venku cigarety?“ „A jednou sem neměl ani peníze a sestřička vona mi je koupila. Koupila mi Kamelky .</p> <p>Když sem tam byl, já sem dělal jednu věc. Tam byli starý lidí, starý</p>	<p>Zdravotní sestry se zachovaly jako "spiklenci v dobrém" - kupovali mu cigarety</p> <p>Vnímaly ho jako člověka</p> <p>Zdůrazňuje, že je dobrý člověk - pomáhal pacientům, možná že právě zato mu sestry vyšly vstříc</p> <p>Dostal víc než požadoval</p>	<p>Vstřícnost zdravotnického personálu potvrzující důstojnost člověka bez domova</p> <p>Morální aspekt: jsem i dobrý člověk - pomáhal jsem potřebným</p> <p>Vstřícnost zdravotnického personálu potvrzující důstojnost člověka</p>

<p>pánové, nemohli chodit, aby nemuseli zvonit na sestru, když chtěli třeba chodit na záchod nebo něco. Tak já jim řek.: „Máte hůlku tak mi zaklepejte mě na postel a já vás odvedu. Já sem takhle pomáhal. No.“</p> <p>„Jo tak asi jednou nebo dvakrát normálně mě koupili cigarety. Já jim povídal, když mě to kupujete, tak mě kupte, ty nejlevnější, který máte. Jo a voni mě koupili Kamelky.</p>		<p>bez domova</p>
<p>Finanční dostupnost léčby</p>		
<p>„Za tři roky máte nárok na novou protézu.“</p> <p>„Kdybych si ji nechal udělat... tak to stojí strašný peníze a když si nechám udělat za tři roky, tak mi to platí zdravotní pojšť'ovna.“</p> <p>„ Je to pro vás hodně nákladný řešit vaše zdravotní problémy?“</p> <p>„Ne.“</p> <p>Já ho používám, ale protože nejsou takový finance, abych ho měl. Ten banánek sem měl vzít. Já sem měl asi vod jednadvaceti let ten banánek (<i>naslouchátko - srov. aut.</i>), pak sem si nechal udělat ten to do toho ucha, jak mi to někdo ukrad. Jo, vono to</p>	<p>Finanční nedostupnost kompenzačních pomůcek řeší pomocí sociálních dávek,</p> <p>ale dodává, že je v jeho finančních možnostech si ho koupit</p>	<p>Aspekt racionality: uplatňuje oprávněné nároky na systém sociálních dávek</p> <p>Aspekt racionality: ví, co je priorit</p>

<p>bylo strašně malinkatý. A teď právě až dostanu teď ty peníze, tak si koupím to, jak se to menuje, jak mají ty mini sluchátka.“ „Takže si to hradíte z dávek?“ „Já sem si řek , že sem támhle byl rok s tím Jirkou tam, tak sem tisícovku dal, abychom měli celej měsíc, co pít. Tak si raděj koupím to sluchátko. “</p>		
--	--	--

Třetí

Přímé výpovědi komunikačních partnerů	První poznámky a asociace výzkumníka	Vynořující se témata
Minulost		
<p>„Paní Pavlino, mohu se vás zeptat, jaký byl váš zdravotní stav před tím, než jste se stala osobou bez přístřeší?“ „No, zdravotní stav? No ten byl docela jako v krizi docela... Jak bych to nazvala... Jak bych to dala... Ten byl v krizi. Sem měla samý potíže.“</p>	<p>Hodnotí zdravotní stav jako totální krizi, kterou i definuje: samý potíže</p>	<p>Velmi omezený jazykový kód v průběhu celého rozhovoru</p> <p>Život bezdomovce je výsledek totální krize</p>

<p>Jaké zdravotní problémy jste měla?“ „Takový zdravotní problém byl žlučník a pak ještě tadyk mi zjistila paní doktorka tu kýlu.“</p>	<p>Výčet potíží: žlučník, kýla</p>	
<p>„No, to sem.. Když sem se dostala na ulici, tak to už sem čekala dítě.“ „Takže ste byla těhotná, když ste se dostala na ulici.“ „Byla sem těhotná, byla sem po operaci žlučníku a pak sem čekala dítě.“</p>	<p>Těhotenství vnímáno jako zdravotní komplikace</p>	
<p>A jak to pak pokračovalo s vaším zdravím dál?“ „Moje zdraví? Moje zdraví teprve, dá se říct je normální teď. Na začátku, jak sem byla venku, tak to sem měla potíže se vším možným. To sem měla i s konečníkem.“ „Když ste byla na ulici. Jo?“ „Když sem byla na ulici, tak sem měla i konečník.“ „Jaký problémy s konečníkem ste měla?“ „Jako...“ „Vyhřeznutí, takže hemeroidy?“ „Dá se to tak říct, jako spíš s krví sem to měla.“ „Tak ste vylučovala ve stolici krev.“ „Já nevim jak se to menuje.“ „To je v pořádku.“ „Naznačit nebo jak to mám říct.“</p>	<p>Nejasné označení zdravotního problému: krvácení z konečníku</p>	<p>Neschopnost orientovat se v diagnóze</p>

<p>„A něco dalšího se u vás objevilo, když ste byla na ulici? Nějaká další nemoc?“ „Jenom sem měla spíš tohleto, jenom sem si nadělala spíš, že sem si nadělala jako spíš sem si udělala tři děti?....“ „Takže, když ste byla na ulici tak ste byla těhotná vlastně..“ „No, tři děti z ulice.“ „Když ste byla na ulici, tak ste měla tři děti.“</p>	<p>"Nadělala si tři děti" - ale nechce to tak říci, marně hledá jiná slova... Těhotenství vnímané jako nemoc</p>	<p>Chybějící aspekt racionality Neschopnost rozlišit fyziologický proces od patologického</p>
<p>„No a než se to narodilo, než se to seběhlo tak zase já sem měla nějaký potíže ... Ted' sem brala prášky, ted' sem brala prášky na záda, s těma zádama, že nesmím tahat něco,co je těžkýho.“</p>	<p>Další zdravotní obtíž: "něco se zádama"...</p>	
<p>„A pamatujete si ještě na něco dalšího, s čím ste byla nemocná na ulici třeba?“ „Já? Ještě zápal plic.“ „Zápal plic ste měla.“ „To, už sem měla na ulici třikrát.“</p>	<p>Další zdravotní obtíž: zápal plic</p>	<p>Aspekt racionality Schopnost označit diagnózu</p>
<p>Přítomnost (+ finanční dostupnost léčby)</p>		

<p>„Bolí vás něco v současnosti?“ „Ani že teďka, ani ne.“ „Asi ty záda vás teďka trápí, s tím se léčíte.“ „S tím se léčím.“ „Myslíte si, že ty problémy s těma zády jsou spojeny nějak s tím životem, který teďka vedete na ulici, myslíte, že to má nějakou souvislost?“ „Já si akorát myslím, že když si lehnete někde na studený nebo když si dáte.. tak že to není takový pohodlí, jak by mělo být.“ „Jo, takže si myslíte, že ste prochladla někde venku.“ „To spíš ten chlad, ten vítr, déšť, všechno možný do toho, tak přidete nemocná nechci to říct jako Chtěla sem ... tímhle způsobem. Radši to řeknu takovým způsobem slušným.“ „Takže tam vidíte nějakou souvislost.“ „Spíš tu souvislost, že to je. Mně se zdá, že to je.....Jak spim, že to je z ulice.</p>	<p>Současnost chápe jako přítomný okamžik</p> <p>Chápe příčinnou souvislost mezi způsobem života na ulici a zdravotními problémy</p>	<p>Aspekt racionality: chápe příčinu a následek (život na ulici - zdravotní problémy)</p>
--	--	---

<p>„Furt něco tahám, furt s nákejmakilama vždycky. Já nesmím tahat těžký a přitom to taham.“</p> <p>„Vždycky na to zapomenete.“</p> <p>„Ne nezapomenu, já vim, že mám ty záda, ale prostě holt musím to udělat, musím.“</p> <p>„Nikdo jinej to za vás neudělá.“</p> <p>„Nevezme ani neudělá.“</p> <p>„Kdyby mě aspoň někdo pomoh ještě jeden kluk. Nadávám jako špaček. Já už to tahat nebudu, na tu káru. Dycky do toho občas i kopnu, když mě to naštv.“</p> <p>„Co přenášíte tak těžkýho?“</p> <p>„Ani se neptejte. Ježíš to sou věci, to když máte třeba.... Mosaz.“</p> <p>„Takže vy děláte výkup a tím si vlastně přivyděláváte.“</p> <p>No, přivydělávám. Dycky to posílám na účet, že mám účet vždycky ten si udělám na kluka, já to tam posílám, právě.“</p> <p>„A ještě nějaký zdravotní problémy, neboli vás něco dalšího.“</p> <p>„No, eště když mi někdo volá, tak vždycky má kanistr a dá si čtyřkilovej ani ne.... Napustíte vodu a už dete k zemi. To je pro ženskou? Když nemám peníze na limonádu, tak se nenapiju.“</p> <p>„A z tej vody dostáváte nějaký infekce.“</p> <p>„Ne to ne. To je čistá z kohoutku. To vždycky..“</p>	<p>Vnímá svůj způsob obživy jako jediný možný, a přitom zdraví škodlivý a způsobující utrpení</p> <p>Občas má na svůj úděl vztek</p> <p>Opět vnímá svůj způsob obživy jako jediný možný a přitom zdraví škodlivý a způsobující utrpení</p>	<p>Bezmocnost vůči osudu</p> <p>Aspekt emocionality: vztek na tvrdý úděl bezdomovce (obranný mechanismus, přenesená agrese)</p> <p>Aspekt racionality: z vody z kohoutku jí nebude špatně</p>
--	--	---

<p>„Ne, že by mi bylo špatně z vody, to ne. Mám kanistr a když se potřebuju napít, musím jít pro vodu. Tam je takovej barák, tam sou vždycky otevřeny dveře. No tak já se tam vždycky zeptám, jestli si můžu dojít napustit vodu. Oni to vždycky povolí.“</p> <p>„Když tej vody je málo, tak je vám z toho špatně. Chápu to správn?“</p> <p>„Když jí mám málo, tak musím dojít pro vodu. Že by mi bylo špatně z vody, to ne.“</p>		
<p>„Jak dlouho to tak trvá od těch příznaků prvních, neždete k lékaři?“</p> <p>„Jak dlouho?“ Občas dvě hodinky. Třeba mě to vždycky bolí.“</p> <p>„Pak si řeknete: A dost a du k lékaři.“</p> <p>„Tak si řeknu: Už mě to nebaví už mě zas strašně bolí, dýchá, jako na nože kdyby brali.“</p> <p>„A lékař tedy vám dá nějaké doporučení nebo jak to pokračuje dál?“</p> <p>„Lékař mi spíš napíše recept a normálně, když mám peníze tak si to vyzvednu.“</p>	<p>Vyhledává pomoc bezprostředně při bolesti</p> <p>Finanční bída je komplikace na cestě ke zmínění bolesti</p>	<p>Vnímání času: současnost chápe jako přítomný okamžik</p>

<p>„Ste schopná brát pravidelně léky? Dělá vám to problémy?“</p> <p>„Já léky, to jako prášky, tohleto snesu. Pamatujete si časy, s tím nemáte problémy?“</p> <p>„To si pamatuju, spíš zapomínám občas takhle den nebo kolikrát si to spletu jestli je co úterý nebo.. Ale za půl hodinky nebo ...pak si vzpomenu. Ono je třeba úterý.“</p>	<p>Vnímání času z dlouhodobější perspektivy je narušeno: zaměňuje dny</p>	
<p>„Když ste nemocná, co děláte, abyste se uzdravila?“</p> <p>„Když sem nemocná?“</p> <p>„Když vás něco bolí, jako třeba ty záda.“</p> <p>„Když sem nemocná, tak vím že trpím, to mám v sobě. A co mám dělat, já si myslím ...venku mi nikdo nepomůže, jedinej, kdo mi pomůže... je doktor.“</p> <p>„Takže jdete k lékaři. Jak dlouho to tak trvá od těch příznaků prvních neždete k lékaři?“</p> <p>„Jak dlouho?“ Občas dvě hodinky. Třeba mě to vždycky bolí.“</p> <p>„Pak si řeknete: A dost a du k lékaři.“</p> <p>„Tak si řeknu: Už mě to nebaví už mě zas strašně bolí, dýchá, jako na nože kdyby brali.“</p> <p>„A lékař tedy vám dá nějaké doporučení nebo jak to pokračuje dál?“</p> <p>„Lékař mi spíš napíše recept a normálně, když mám peníze tak si to vyzvednu. Ale já si napřed ty peníze musím udělat, co sem</p>	<p>Spojuje vědomí nemoci s utpením</p> <p>Má náhled, že pomoc může čekat pouze od lékaře - lékař ulehčuje cestu k uzdravení</p> <p>Finanční bída je komplikace na cestě k uzdravení</p> <p>Začarovaný kruh: tahá kovy, aby vydělala na léky proti bolesti, kterou si tím taháním způsobuje</p>	<p>Aspekt emocionality: "ví, že trpí, má to v sobě"</p> <p>Aspekt racionality: ví, kde hledat účinnou pomoc</p> <p>Chybějící aspekt racionality: nemá náhled na začarovaný kruh práce - bolest - léky</p>

říkala.“		
<p>Ale já si napřed ty peníze musím udělat, co sem říkala.“</p> <p>„Z toho kovu.Takže když nemáte peníze, tak nemáte prášky a tam to končí.“</p> <p>„No to musím si je já vydělat, abysem nějak žila. Taky to jídlo je taky důležitý. Já si klidně skočím k Lídlovi, to je jedno.“</p> <p>„Ale máte problém, že na ně taky nejsou peníze.“</p> <p>„Člověk se musí hlídat na jídlo.... Na všechno aby měl. Vy ste určitě o hladu nebyla.“</p> <p>„Ne.“</p>	<p>Má zkušenost s hladověním, odtud vnímá prioritu výdělku: nejprve na jídlo, potom na léky</p>	<p>Aspekt racionality: srovnané priority - napřed jídlo, potom léky</p>
Budoucnost		

<p>Co si myslíte, jak to bude s vašimi nemocmi a bolestí v budoucnosti? Myslíte si, že budete stále tak zdravá nebo ještě...“</p> <p>„Já si myslím jako že to bude, jako co bylo se vrátí zpátky“</p> <p>„Myslíte, že nemoce se vám vrátí zpátky.“</p> <p>„A to možná eště budu jako, že budu jako víc spíš nemocná.“</p> <p>„Proč si myslíte, že budete nemocnější ještě víc.“</p> <p>„Protože teď už je toho hodně už spadne zima a to nevím. Teď mam alergii v sobě.“</p> <p>„Vy máte ještě alergie.“</p> <p>„Teď sem alergicka na prach. Teď všechno roste. Špatně taky už mluvím. Spíš jako ta alergie ta je v létě a v zimě pokud vim tak chytanu zas zápal plic. Já už to cítím v těle.“</p>	<p>Intuitivní strach z budoucnosti</p> <p>Budoucnost dokáže vnímat jako dlouhodobou perspektivu</p>	<p>Aspekt emocionality: strach ze zimního období</p> <p>Vnímání času: budoucnost se jí jeví v dlouhodobější perspektivě (měsíce)</p>
<p>„No, horší, no. Je se bojím taky abysem neměla rakovinu, protože Brácha říká často, že mě vypadávají hodně vlasy. Tak se bojím, že mám možná... rakovinu. Protože brácha říká, že to je s tím, bych měla jako rakovinu. A já nevím odkad.“</p> <p>„Ale zatím ste u žádnýho odborníka nebyla.“</p> <p>„Ještě takhle ne. Brácha mi to říká, jo.“</p> <p>Zajdi si k dočtorovi. Ty máš čím dál víc na zádech tohleto.“</p> <p>„Co máte na zádech?“</p> <p>„Ty vlasy. To je hezký, když mě potká,</p>	<p>Intitivní strach z rakoviny</p> <p>Zaměňuje příznaky léčby rakoviny za příznaky choroby</p>	<p>Aspekt emocionality: strach z nevyléčitelné choroby</p> <p>Aspekt racionality: špatná interpretace příznaků léčby</p>

<p>popovídáme, dáme spolu cigáro. No, nemam kouřit, no.“ „Takže se bojíte, že byste mohla mít rakovinu.“ „To se bojím, že jako když vám vypadávají vlasy“ „Tak vám nenapadá nic jiného, co by to mohlo bejt.“ „Dycky vezme kopici, koukám no blbý no. Já říkám: „Brácho nestraš“ To mě straší s tímhle s tím</p>	<p>Nevyslovený strach ze smrti?</p>	<p>choroby Aspekt emocionality: naznačený strach ze smrti</p>
<p>Zdravotnický personál</p>		
<p>„Stalo se vám, že by se k vám chovali ošklivě z toho důvodu, že ste na ulici?“ „Ne to mě docela.... Jak se chovají?...“ „Chovali se stejně jako k ostatním.“ „Normálně to, doktor byl pohodovej..... chovali. Další doktor taky. Jako oni to věděli, že sem na ulici. Oni si to napsali do svých papírů to ale.... Ptali se mě natohleto... říkali proč nejdu tamhle někam... na nákoubytonu nebo .. „Snažili se vám pomoci?“ „Oni říkali, já říkala: ale já ženský azyl nechci, radši zůstanu venku... Oni říkali, je to vaše zdraví. Za to si můžu prostě jenom já. „A vzpomínáte si nějaký další příhody z nějakýho zařízení nemocničního?“ „Já si můžu vždycky do občanky napsat</p>	<p>Neobviňuje lékaře ze svých zdravotních problémů, naopak, v důsledku komunikace s nimi si je vědoma vlastní viny Naráží na adresu trvalého pobytu, může to znamenat, že se v ní cítí vždy dobře...?</p>	<p>Morální aspekt: vědomí vlastního zavinění problémů Zdravotní personál se k ní nechová špatně</p>

<p>...nemocnice NN...“ „Tamste často.“ „Tam sem jako doma. Já nevím, co je se mnou, ale pokaždé mě posílají do nemocnice.“</p>		
--	--	--

Čtvrtý

Přímé výpovědi komunikačních partnerůů	První poznámky a asociace výzkumníka	Vynořující se témata
Minulost		
<p>Tak, byl jste zdravý předtím, než jste se stal osobou bez přístřeší? Byl jste zdravý? Ne. Byl jsem zdravý. Neležel jsem v nemocnici, prostě. Chodil jsem do práce. Všechno bylo v pohodě. Nepamatuju si. Taky ňáká ta chřipka nebo to. Nic zvláštního.</p> <p>Ani já nevím zubaři nebo žádný specialisty jste nenavštěvoval? Ne. Ne, nikoho? Ne.</p> <p>Takže ani žádný zdravotnický zařízení jste nenavštěvoval? Ne, vůbec.</p> <p>Ani úrazy, na nic si nepamatujete? Jo, počkejte, já se omlouvám. Já jsem měl</p>	<p>Pan Jiří vnímá svoji minulost po stránce zdravotní až nápadně jako bezproblémovou</p> <p>V socialistickém systému zdravotní péče?</p> <p>Letmá vzpomínka na pracovní úraz během učení. Pracovní úraz bagatelizuje.</p>	<p>Obranné mechanismy: fabulace (?)</p> <p>Obdranný mechanismus bagatelizace</p>

<p>jeden úraz ve slévárně, když jsem se učil. Tak mi malinko ta šedá litina malinko kápla na nohu. To je všechno v pořádku. A marodil jsem s tím 3 měsíce. To jsem si poležel...</p>		
<p>Přítomnost</p>		
<p>Ale teď žádný problémy nemáte? Ne, teď nic.</p>	<p>V současnosti se opakuje až nápadně bezproblémový zdravotní stav</p>	

<p>Kdybyste byl nemocný, jak byste to léčil? Co byste dělal, kdybyste teďka onemocněl? Tak v první řadě bych šel ke svému obvodnímu lékaři. Máte vlastního obvodního lékaře? Tam bych to nahlásil a ten by dělal další postup. Ten by se na to podíval a další postup podle něj. Jak často navštěvujete svého obvodního lékaře? Tak jednou za měsíc, aby se na to podíval. Až takhle často? No, já tam sám chodím průběžně. I když jste zdravý a nemáte problémy, tak jednou měsíčně chodíte? Ano. A tam se objednáváte nebo? Tam se musím objednat. ... Takže preventivní prohlídky? Preventivní prohlídky, no.</p>	<p>Má přesnou představu, jak by postupoval, kdyby se nemoc objevila</p> <p>Nesoulad mezi výborným zdravotním stavem a častými návštěvami lékaře</p> <p>Preventivní prohlídky se přece poskytují bezplatně jednou za dva roky...?</p>	<p>Aspekt racionality: přesný plán postupu v případě nemoci</p> <p>Obranné mechanismy: možná fabulace</p>
--	--	---

<p>Ale teď žádný problémy nemáte? Ne, teď nic. Občas si kupuju banány a jabka. Já jsem dělal skladníka v tej Praze. Zeleninu. Hlavně ovoce ... skládat ... Takže koupim si banány nebo jabka. ... si koupim. A na stravu chodím na tu charitu sem, no prostě. A ještě si ... sem tam ... jídlo nebo ovoce, zelenina, jsem říkal.</p>	<p>Má povědomí o správné životosprávě a dodržuje její zásady</p>	<p>Aspekt racionality: znalost zásad zdravé výživy</p>
<p>Finanční dostupnost správné životosprávy</p>		
<p>Nemáte problémy s financováním tej stravy? Vycházím. Vyházíte dobře s penězma? Vycházím dobře. Ještě si ukládám tady na recepci, si ukládám každéj měsíc 3 tisíce vždycky, když беру důchod. Pravidelně.</p>		
<p>Budoucnost</p>		
<p>Takže se nebojíte, že by vám ten život na ulici přivodil nějaký zdravotní problémy? Ne. Vůbec ne. Ani do budoucna se nebojíte? Do budoucna chci jako všechno z mého hlediska, aby všechno se to bydlení a prostě ... aby to všechno ... Takže plánujete? Do budoucna plánuju prostě jako to všechno řešit. Jasný. Jasný. Takže si myslíte, že dlouho na ulici</p>	<p>Až nápadně jisté popření strachu z budoucnosti Na otevřené otázky se vyjadřuje až příliš stručně a jednoznačně Budoucnost je v jeho rukou: chce řešit otázku bydlení</p>	<p>Emocionální aspekt: popření strachu z budoucnosti Aspekt racionality: on rozhoduje o své budoucnosti Obranné</p>

<p>nebudete...</p> <p>Asi ne. ... a tím pádem by neměly přijít žádné nemoce?</p> <p>Ne, ... určitě nic. Žádný nemoce.</p> <p>Ubytování naňáký ubytovně sehnatmusim.</p>	<p>V 70 letech je neadekvátní myšlenka, že v budoucnu ho nečekají žádné nemoci</p>	<p>mechanismy: popření možného negativního vývoje zdraví</p>
---	--	--

Pátý

<p>Přímé výpovědi komunikačních partnerůů</p>	<p>První poznámky a asociace výzkumníka</p>	<p>Vynořující se témata</p>
<p>Minulost</p>		
<p>„Byl jste zdravý před tím, než jste se dostal na ulici?“</p> <p>„Já jsem byl zdravý, já jsem zdravý pořád až naňáký drobný problémy, jsem trošku něco měl, zatím sem na tom zdravotně dobře.“</p> <p>„Takže, neměl jste ňáký úrazy nebo něco.“</p> <p>„Nepočítám, ňákýodřeninky nebo něco, že se člověk odře někde na štěrku nebo.“</p>	<p>Referuje o dobrém zdravotním stavu v minulosti</p>	<p>Bohatý jazykový kód v průběhu celého rozhovoru</p>

<p>„V mladších letech a pokud než sem se přestěhoval sem, tak sem býval zejména na Trnavsku. To byl jeden z důvodů, proč sem se odtud odstěhoval. Já sem měl dost, dost sem marodil s horními dýchacími cestami. Tam je totiž sucho a prašno. Trnavská tabule je suchá a prašná. Mě to nedělalo dobře. Co sem se přestěhoval sem, tak v podstatě nemarodím, tady je vlhko, tady není tolik prachových částic v ovzduší a jsou tady ty vodní plochy. Tady je prostě lepší podnebí. Mě to vyhovuje. V Praze sem byl devět let – studium plus, vědecká příprava – Praha byl vždycky zakouřený město a tam sem taky nemarodil, protože tam je vlhko. Mě vadí prostě sucho a prach, takže Trnavská tabule opravdu ne, ne. Já sem měl závodní lékařku. Ona byla z Oravy a říkala, že má podobný problém a že musí pryč. „A ty problémy, jako záněty opakovaný?“ „Častý jako takový jako nemoci toho chřipkového rázu, prostě problémy s horními dýchacími cestami a zvýšená náchylnost na tyhle nemoci, zejména nejhorší to bývalo na podzim a na jaře, když se jako přecházelo z léta, z podzimu do zimy a ze zimy do jara, tak to bylo kritický období.“</p>	<p>Při doplňujících otázkách si vybavuje na nepříznivé klima, které mu v mládí působilo záněty horních cest dýchacích</p> <p>Vidí souvislost mezi ročními obdobími a projevy nemoci</p>	<p>Aspekt racionality: rozumí detailně příčinám minulých zdravotních obtíží</p>
--	---	---

<p>„Neberete a bral jste někdy nějaké léky?“ „Bral, kolikrát sem bral antibiotika a nebo když sem třeba nebo trošku, když sem byl ve vězení, tak sem měl takový náběh, něco takovýho. Tak mi doktor předepsal Paralen nebo co a jednou mě rozbolel zub, tak mi tam jeden spoluvězeň dal za pár cigaret něco proti bolesti nákej... To bylo jako na potvoru zrovna v pátek večer, takže v pondělí sem hned mazal k panu doktorovi, zubaři a on mi to dal do pořádku.“</p>	<p>Ze své minulosti nevyčleňuje pobyt ve věznici</p>	
<p>Přítomnost</p>		
<p>„Ani teď, nic vážného.“ „Byl se v zdravotnickym zařízení, loni sem dostal někdy v prosinci, sem dostal bolesti. Měl sem malejledvinovej kamínek. Tak sem byl asi tři dny v nemocnici, kamínek mi vybrali a je to v pořádku.“ „Tam jste se dostal přímo z azylového domu?“ „Já sem prostě měl sem bolesti. Já měl dojem, že to snad bude slepý střevo, tak sem zavolal prostě záchranku. Oni pro mě přijeli a zjistili, že to není slepý střevo, ani nic se žaludkem, nebo to, byl to prostě malejledvinovej kamínek. Zjistili to pomocí rengenu a tak mi dali nějaký prášky a injekci proti bolení a tak. Ještě dva dny sem tam byl a pak mě propustili, takže je to v pořádku.“ „Já si myslím, že to bylo způsobeno tím, že už v pokročilejším věku jsem já i řada mých známých, třeba bývalých kolegů a rodilých Čechů sme omezili konzumaci piva a přešli sme</p>	<p>Racionálně popisuje průběh akutní ledvinové koliky a zásahu lékařů</p> <p>Přesně rozumí příčinám onemocnění</p>	<p>Aspekt racionality: rozumí detailně příčinám zdravotních obtíží v současnosti</p>

<p>na víno, tudíž ty ledviny nejsou tak dobře proplachovány. Měl sem spolužáka, vynikající matematik, no a on měl problémy s ledvinama již jako student. Tak mu lékaři řekli: „Pane Prokop, tak dvě, tři Plzně denně a budete mít po problémech. No prostě sem omezil pití piva a spíš si dám občas to víno. Ledviny se mají proplachovat. Myslím, že to bylo způsobený tím špatným pitným režimem.</p>		
<p>„A máte lékaře svého ošetřujícího nebo obvod'áka?“ „Mám svého lékaře tady v centru města v ulici NN, je to můj starej známěj.“ „Jak často ho navštěvujete?“ „Teď sem ...měl..asi třikrát nebo čtyřikrát. Já sem se k němu přeevidoval z NN. Ne, že bych proti tý paní doktorce u který sem byl, ale je to šikovnější, mám to blíž.“ „Jasně. Jste teď ...Dohlíží na vás ještě nějaký další odborník. Navštěvujete ještě někoho dalšího?“</p>	<p>Má vyřešenu registraci u praktického lékaře a racionálně zdůvodňuje jeho volbu</p>	
<p>„No chodím tak jednou, dvakrát za rok ke své zubní lékařce, ulice NN. To neměním, protože.. Teď se mám objednat na takovou periodickou prohlídku. Nechávám si tak jednou, dvakrát za rok zkontrolovat chrup, když by byl nějaký kaz</p>	<p>Má vyřešenu registraci u zubního lékaře a racionálně zdůvodňuje</p>	

nebo co, aby se to prostě udržovalo.“	jeho volbu	
<p>„No, u očního lékaře jsem byl asi před dvěma lety. Potřeboval sem..Doporučuje se i toho očního lékaře navštívit jednou aspoň za tři roky, tak jsem si nechal napsat nový brejle. Mám to stabilní už snad třicet let, takže ty dioptrický hodnoty se nemění. Teď sem si nechal udělat nový brýle, obchod NN, všele doporučuji....</p> <p>„Kolik máte dioptrií?“</p> <p>„Čtyři celé sedmdesátpět a na pravém šest. Je to na dálku, takže krátkozrakost.</p>	Rozumí vlastní oční vadě a orientuje se ve vlastních nárocích	
<p>„Myslíte si, že máte přiměřenou konzumaci alkoholu?“</p> <p>„Jo, přiměřenou.“</p> <p>„Není to jako příliš?“</p> <p>„Dneska sem vypil jedno pivo. Zítra jdu do vinotéky. Tak tam si dám tak dvakrát dvě deci vína, abych nepřekročil onen limit, který tady platí a můžu si dát i třikrát dvě deci, protože já chodím zásadně pěšky, takže než ušlapu těch čtyři kilometry nebo kolik to je z Máje sem, tak to vydejchám. To je asi všechno.</p>	Pomocí racionální úvahy řeší konflikt mezi doporučením lékařů a pravidly v azylovém domě	Aspekt racionality: na kognitivní bázi předchází konfliktu mezi doporučením lékařů a pravidly azylového domu
<p>„Když jste nemocný, co děláte, abyste se uzdravil?“</p> <p>„Já jsem už dlouho nemocný nebyl. Když sem nemocný, tak říkám, já věřím lékařům. Prostě du k doktorovi, du k lékaři a řídím se jeho pokyny.</p>	Racionálně zdůvodňuje svoji důvěru v lékařskou autoritu	Aspekt racionality: hledá dostatečný argument pro lékařskou odbornost

<p>To je velice jednoduchý. Nejsm ten, kterej se léčí sám. Když někdo studuje medicínu pět nebo šest let na univerzitě, tak asi o tom něco ví, když mu ten doktorát dali, tak co jako.“</p>	<p>Odmítá "samoléčbu"</p>	
<p>Budoucnost</p>		
<p>„Já budu rád, když to zůstane tak, jak to je. Doufám, já bych si přál, aby to bylo jako některý z mých předků. Můj dědeček z tátovy strany Rudolf, ten si prostě nestěžoval. Dožil se slušného věku. Pak jako po vobědě si šel lehnout a už se neprobudil. Mozková porážka nebo mrtvice, prostě ve spánku, naprosto bezbolestná smrt.“</p>	<p>Vyslovuje přání zemřít pokojnou smrtí a dokládá tuto možnost výskytem takového případu u předka</p>	<p>Aspekt racionality: hledá argument pro možnost pokojné smrti</p>
<p>„Takhle bych si to přál. Nebo strýc Antonín, to byl tátův bratranec, ale my sme udržovali intenzivní vztahy, protože za protektorátu naši museli opustit jihozápad Slovenska a pak se stáhli se zpátky na Moravu..(není rozumět)..ve svý funkci tak hodně pomoh svým kříbuzným . Tak ten se dožil při dobrým zdraví devadesáti osmi let no. Zemřel... To bylo dobrý.Já si ho pamatuju, to byl starej Baťovák, noblesní, vždycky pěkně voháknutý, vždy dobře naladěn, pozitivní myšlení. Přáli sme mu deset let, dalších deset let, strejdo, do tý stovky. Chyběly mu dva roky.“</p>	<p>Možná by si přál i dlouhověkost. Hledá argumenty argumenty pro možnost dlouhověkosti v životě předka</p>	<p>Aspekt racionality: hledá argument pro možnost dlouhověkosti</p>

<p>„Takže, když to máš v genech, tak to podle toho vypadá.“</p> <p>„To netvrdím. Jeden mladší brácha už je po smrti. On měl prostě, on měl zdravotní problémy už od dětství, protože se dožil jako slušného věku. Měl cukrovku už od desetilet. To si právě hlídám, proto taky chodím pravidelně aspoň dvakrát za rok na kontrolu. Asi tam byl dědičný vliv, zemřeli na to dva, starší příbuzní z mamčině strany. Tam se to vyskytlo. Jeden zemřel asi v šestadvaceti letech věku, to byl prastrýc Adam, za první republiky, tenkrát s léky to bylo špatný a prastrýc Emil, jeho bratr, ten se dožil téměř sedmdesáti a on už měl tu stařeckou cukrovku, takže měl dodržovat dietu, ale on ji nedodržoval... Chlastal jak Dán. Dožil se i tak slušného věku. Brácha to měl od deseti let, takže jako se dožil asi pětadesáti.“</p>	<p>Hledá i protiargumenty proti dlouhověkosti v životech jiných předků a členů rodiny</p>	<p>Aspekt racionality: argumentace ve směru objektivit</p>
<p>Zdravotnický personál</p>		
<p>„Měl jste pocit, že s vámi zacházejí nějak jinak, protože jste byl přijat tady přímo z azylového domu?“</p> <p>„V té nemocnici? Ne zacházeli se mnou normálně.“</p> <p>„Jako se všema ostatníma.“</p> <p>„ Já si vůbec na český a slovenský zdravotnictví a doktory nemůžu stěžovat. To jsou lidi, kteří opravdu jako jsou... Zmýlit se může každý, ale jako já mám s našimi zdravotníky, jak tady, tak na Slovensku ty nejlepší zkušenosti.“</p>		

Finanční dostupnost dobré životosprávy		
<p>„A nemáte problém na ulici dodržovat správnou životosprávu, co do potravin. Není to příliš nákladné?“</p> <p>„Když sem byl venku, tak vždycky aspoň jedno teplý jídlo denně, i když sem si ho třeba měl připravit na na kotlíku na ohništi. To byl základ. Snídaně, večeře, to se dá tak nějak, ale ten oběd. Normálně jedno teplý jídlo denně musí být a potom ta snídaně, večeře dá se. Strava není problém. Člověk nesmí být úplný lempl a nesmí na to kašlat. Já znám takový lidi, kteří když mají třeba nějaký peníze, tak místo, aby si to koupili, tak si koupí tabák a pak žijí z toho, co najdou v kontejnerech. Jsou i tací.</p> <p>„Vy si na to dáváte pozor.“</p> <p>„Já si na to dávám pozor.“</p>	<p>Neodpovídá na finanční nákladnost pořizování dobré stravy, ale představuje ji jako prostředek distancování od ostatních lidí na ulici</p>	<p>Kultura přípravy a konzumace potravy je prostředek zachování lidské důstojnosti</p>

9 Příloha č.2

Hledání vynořujících se témat

Vynořující se témata - Patrik

Doba, kdy byl "nahore": měl domov a účinnou zdravotní péči

Připuštění vlastní viny

"Někdo ho poškodil"

Snaha zorientovat se v podílu vlastní viny

Orientace na podstatné problémy

Snaha zorientovat se v konfliktu autorit

"Snaha zorientovat se v příčině diagnózy"

Včera byl ""nahore"" - byl zdravý, zítra může být ""dole"" - vážně onemocnět"

Neorientace v problému měla fatální dopad

Snaha orientovat se v ohrožujících situacích v budoucnosti

"Snaha orientovat se v systému zdravotní péče"

Zdravotní péče akceptuje lidskou důstojnost pacienta - bezdomovce

Včera ""nahore"" - měl domov, zítra může být ""dole"" - ztratí domov

Snaha zorientovat se v konfliktu autorit

Vynořující se témata- Vojtěch

"Chyba v percepci (efekt prvního dojmu v sebereflexi: je zdravý, i když trpí mnoha chorobami a následky chorob

Alkoholismus jako vina

"Konflikty ""bolí"" - význam přenesený na psychickou bolest

Protiklad k psychické bolesti - ""zdravé"" mezilidské vztahy"

Bezdomovec vlastní vinou

První dojem (efekt prvního dojmu v sebereflexi): příroda to vyřeší, ale nakonec jde k lékaři a má své receptury

Aspekt racionality: Stěžejní pomoc v nemoci = svépomoc

Humor v obtížných životních situacích

Nedůvěra k oficiálním institucím

Aspekt racionality: Stěžejní pomoc v nemoci=svépomoc"

První dojem (efekt prvního dojmu v sebereflexi): léky neužívá, ale lékaře vyhledává

Lékař - prostředek k získání sociálních dávek

První dojem -chyba v percepci (efekt prvního dojmu v sebereflexi): V budoucnosti se zdravotní stav nezlepší, ale už "je to lepší"

"Vstřícnost zdravotnického personálu potvrzující důstojnost člověka bez domova

Morální aspekt: jsem i dobrý člověk - pomáhal jsem potřebným

Vstřícnost zdravotnického personálu potvrzující důstojnost člověka bez domova"

"Aspekt racionality: uplatňuje oprávněné nároky na systém sociálních dávek

Aspekt racionality: ví, co je priorita"

Morální aspekt - je i dobrý člověk - jako VIP pacient pomáhal zdravotním sestřám

Vynořující se témata- Petra

Velmi omezený jazykový kód v průběhu celého rozhovoru

Život bezdomovce je výsledek totální krize

Chybějící aspekt racionality: Neschopnost orientovat se v diagnóze

Chybějící aspekt racionality: Neschopnost rozlišit fyziologický proces od patologického

Aspekt racionality: Schopnost označit diagnózu

Aspekt racionality: chápe příčinu a následek (život na ulici - zdravotní problémy)

Spirituální aspekt: Bezmocnost vůči osudu + Morální aspekt: vědomí vlastního zavinění problémů=útok na vlastní lidskou důstojnost

Aspekt emocionality: vztek na tvrdý úděl bezdomovce

Aspekt racionality: z vody z kohoutku jí nebude špatně"

Vnímání času: současnost chápe jako přítomný okamžik

Aspekt emocionality: ""ví, že trpí, má to v sobě""

Aspekt racionality: ví, kde hledat účinnou pomoc

Chybějící aspekt racionality: nemá náhled na začarovaný kruh práce - bolest - léky: nefrelektuje útok na vlastní lidskou důstojnost

Aspekt racionality: srovnané priority - napřed jídlo, potom léky

"Aspekt emocionality: strach ze zimního období

Vnímání času: budoucnost se jí jeví v dlouhodobější perspektivě (měsíce)"

"Aspekt emocionality: strach z nevléčitelné choroby

Aspekt racionality: špatná interpretace příznaků a léčby choroby

Aspekt emocionality: naznačený strach ze smrti"

Zdravotní personál se k ní nechová špatně

Vynořující se témata – Jiří

Obranné mechanismy: bagatelizace

"Aspekt racionality: přesný plán postupu v případě nemoci

Obranné mechanismy: možná fabulace"

Aspekt racionality: znalost zásad zdravé výživy

"Emocionální aspekt: popření strachu z budoucnosti

Aspekt racionality: on rozhoduje o své budoucnosti

Obranné mechanismy: popření možného negativního vývoje zdraví"

Obranné mechanismy: fabulace (?)

Vynořující se témata-Milan

Bohatý jazykový kód v průběhu celého rozhovoru

Aspekt racionality: rozumí detailně příčinám minulých zdravotních obtíží

Aspekt racionality: rozumí detailně příčinám zdravotních obtíží v současnosti

Aspekt racionality: na kognitivní bázi předchází konfliktu mezi doporučením lékařů a pravidly azylového domu

Aspekt racionality: hledá dostatečný argument pro lékařskou odbornost

Aspekt racionality: hledá argument pro možnost pokojné smrti

Aspekt racionality: hledá argument pro možnost dlouhověkosti

Aspekt racionality: argumentace ve směru objektivit

Kultura přípravy a konzumace potravy je prostředek zachování lidské důstojnosti