

**VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA**

Sociální práce v péči o duševní zdraví

**DUŠEVNÍ ZDRAVÍ LIDÍ BEZ DOMOVA A BARIÉRY V  
PŘÍSTUPU KE ZDRAVOTNÍM A SOCIÁLNÍM SLUŽBÁM**

Diplomová práce

Autor práce: Ing. Bc. Kristina Tsekhonya, DiS.

Vedoucí práce: doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	<b>Bc. Kristina Tsekhonya, DiS.</b>
Studijní program:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Název práce:	<b>Duševní zdraví lidí bez domova a bariery v přístupu ke zdravotním a sociálním službám</b>
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Cíl práce:	Předmětem práce je identifikace bariér v přístupu ke zdravotním a sociálním službám u lidí bez domova a strategie zvládnání psychických potíží u těchto lidí.

## Abstrakt

Diplomová práce analyzuje bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám u osob bez domova a zkoumá jejich strategie zvládání psychosociální zátěže. Teoretická část ukotvuje bezdomovectví v kontextu sociálního vyloučení a zdůrazňuje dopady chronické nejistoty na duševní zdraví a identitu jedince. Empirická část je koncipována jako kvalitativní výzkum realizovaný formou případové studie nízkoprahového denního centra s využitím metody zakotvené teorie. Výzkumný soubor tvořili uživatelé služby a odborní pracovníci, s nimiž byly realizovány polostrukturované rozhovory. Výsledky ukazují systémové a institucionální bariéry, které spolu s individuálními faktory ovlivňují dostupnost péče v prostředí menšího města. Analýza odhalila cyklický mechanismus, v němž se bariéry, psychický stav a strategie zvládání vzájemně posilují. Identifikované strategie zvládání zahrnují jak aktivní copingové mechanismy, tak pasivní a únikové reakce jako adaptaci na podmínky chronického stresu. Práce potvrzuje klíčovou roli principu nízkoprahovosti a zdůrazňuje nezbytnost mezioborové spolupráce a uplatňování přístupů harm reduction. Závěry práce poskytují podklad pro zlepšení podpory a dostupnosti služeb pro osoby bez domova.

## Klíčová slova

Bezdomovectví, duševní zdraví, bariéry přístupu ke službám, strategie zvládání, nízkoprahové služby, harm reduction, sociální vyloučení

## Abstract

The thesis analyses barriers to accessing health and social services among homeless individuals and examines their strategies for coping with psychosocial stress. The theoretical part situates homelessness within the context of social exclusion and emphasises the impact of chronic uncertainty on mental health and individual identity. The empirical part is designed as a qualitative study conducted in the form of a case study of a low-threshold day centre, applying the grounded theory method. The research sample consisted of service users and professional staff, with whom semi-structured interviews were conducted. The results reveal systemic and institutional barriers which, together with individual factors, influence access to care in the context of a smaller town. The analysis identified a cyclical mechanism in which barriers, mental state and coping strategies mutually reinforce one another. The identified coping strategies include both active coping mechanisms and passive or avoidant responses as adaptations to conditions of chronic stress. The thesis confirms the key role of the low-threshold principle and highlights the necessity of interdisciplinary cooperation and the application of harm reduction approaches. The findings provide a basis for improving support and the accessibility of services for homeless individuals.

## Keywords

Homelessness, mental health, barriers to services, coping strategies, low-threshold services harm reduction, social exclusion

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 22. dubna 2026

.....

Podpis studentky

## Poděkování

*Na tomto místě děkuji vedoucí mé diplomové práce za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování této práce. Poděkování patří mé rodině a blízkým za podporu, porozumění a trpělivost během celého studia. Zvláštní poděkování náleží všem respondentům, kteří byli ochotni sdílet své zkušenosti a otevřeně hovořit o své životní situaci. Bez jejich důvěry by tato práce nemohla vzniknout.*

## Obsah

<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>7</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>8</b>
<b>Seznam zkratk .....</b>	<b>9</b>
<b>Úvod.....</b>	<b>10</b>
<b>1 Teoretická část .....</b>	<b>12</b>
1.1 Úvod do problematiky.....	12
1.2 Bezdomovectví jako komplexní sociální fenomén .....	14
1.3 Psychosociální dopady života bez stabilního bydlení.....	19
1.4 Bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám .....	23
1.5 Strategie zvládnání zátěže u osob bez domova .....	28
1.6 Nízkoprahová centra a jejich role v péči o lidi bez přístřeší.....	31
1.7 Závěr teoretické části .....	35
<b>2 Výzkumná část.....</b>	<b>37</b>
2.1 Cíl výzkumu .....	37
2.2 Výsledky výzkumu a jejich interpretace .....	43
2.3 Diskuse.....	73
2.4 Návrhy a doporučení pro praxi .....	81
<b>Závěr .....</b>	<b>85</b>
<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>88</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>92</b>
Tabulky .....	98

## Seznam obrázků

Graf. 1: Počet osob bez střechy nad hlavou podle krajů ČR.....	17
Obr. 1: Myšlenková mapa axiální kódování – perspektiva osob bez domova.....	45
Obr. 2: Myšlenková mapa axiální kódování – perspektiva odborníků .....	59
Obr. 3: Myšlenková mapa selektivní kódování – perspektiva osob bez domova .....	70
Obr. 4: Myšlenková mapa selektivní kódování – perspektiva odborníků .....	71
Obr. 5: Interpretační model .....	73

## Seznam tabulek

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru – Uživatelé NDC .....	40
Tab. 2: Charakteristika výzkumného souboru – Odborníci .....	40
Tab. 3: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U1).....	98
Tab. 4: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U2).....	99
Tab. 5: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U3).....	100
Tab. 6: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U4).....	101
Tab. 7: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U5).....	102
Tab. 8: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U6).....	103
Tab. 9: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U7).....	104
Tab. 10: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O1).....	105
Tab. 11: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O2).....	106
Tab. 12: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O3).....	107
Tab.13: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O4).....	109
Tab. 14: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O5).....	111

## Seznam zkratk

ČR	Česká republika
NSS	Nepříznivá sociální situace
OSN	Organizace spojených národů
NDC	Nízkoprahové denní centrum
WHO	World health organization

## Úvod

Bezdomovectví představuje závažnou formu sociálního vyloučení, jehož dopady se odrážejí nejen v oblasti materiální a bytové deprivace, ale také v oblasti duševního zdraví a přístupu ke službám. Osoby bez domova zažívají dlouhá období stresu, nejistoty, stigmatizace a nedostatku bezpečí, což pravděpodobně vede k oslabení jejich psychické stability. V této souvislosti je důležité zaměřit se nejen na prevalenci duševních onemocnění, ale také na širší dimenzi psychického fungování, zahrnující subjektivní prožívání, vnitřní obranné mechanismy a způsoby, jakými osoby bez domova reagují na svou životní situaci. Tento aspekt duševního zdraví a vnitřních zdrojů u dané cílové skupiny často zůstává opomíjen v odborných debatách i systémových opatřeních, přičemž dosavadní výzkumy se zaměřují především na prevalenci konkrétních psychiatrických diagnóz nebo problematiku závislosti.

Domácí i mezinárodní studie prokazují vysoký výskyt duševních obtíží u osob bez domova a poukazují na strukturální bariéry v přístupu ke službám. Fazel, Geddes a Kushel (2014) ve svém přehledovém výzkumu zjistili, že přibližně 30 % osob bez domova trpí psychotickým onemocněním a více než 10 % závažnou depresí, přičemž přístup k psychiatrické péči zůstává strukturálně omezený napříč různými systémy zdravotní péče. V českém prostředí Barták (2011) upozorňuje na výrazné zdravotní znevýhodnění osob bez domova a nedostatečnou dostupnost péče o duševní zdraví, které bývá řešeno až v akutních stavech. Marek, Strnad a Hotovcová (2012) pak zdůrazňují potřebu komplexního přístupu propojujícího zdravotní a sociální intervenci. Tyto studie se však soustředí především na zdravotní a systémové aspekty, zatímco subjektivní perspektiva osob bez přístřeší — jejich prožívání bariér, vnitřní zdroje a strategie zvládnutí každodenní psychické zátěže — zůstává v odborné literatuře i praxi relativně opomíjena. V českém kontextu je tento výzkumný prostor obzvláště omezený, a právě na něj tato práce reaguje.

Problematika bezdomovectví je dlouhodobě přítomná i v českém prostředí a představuje trvalou výzvu pro systémy zdravotních a sociálních služeb. Navzdory existenci různorodých podpůrných programů zůstává přístup k péči o duševní zdraví této cílové skupiny omezený a často nesystematický. Téma je proto aktuální nejen z hlediska sociální politiky, ale i z pohledu praxe zdravotně-sociální péče.

Přístup ke zdravotním a sociálním službám pro lidi bez přístřeší je komplikován řadou překážek, mezi něž patří nejen objektivní limity dostupnosti služeb, ale také jejich vlastní zkušenosti s odmítáním, nepochopením nebo znevýhodněním v institucích. Bariéry se vyskytují na úrovni systémové, institucionální i individuální, často se vzájemně prolínají a mohou souviset s prohlubováním psychické zátěže a rezignací na vyhledávání odborné pomoci. Současně však osoby bez domova rozvíjejí specifické mechanismy zvládnutí stresu, které mohou mít jak stabilizační charakter, tak charakter maladaptivní, vedoucí k prohlubování problémů a rezignaci. Porozumění této dynamice je klíčové pro efektivnější nastavení podpůrných intervencí a zlepšení dostupnosti péče.

Studium duševního zdraví lidí bez domova si žádá komplexní přístup, který respektuje souběh zdravotních, sociálních i psychologických vlivů. Tento přístup předpokládá pozornost věnovanou nejen strukturálním překážkám, ale také subjektivnímu prožívání a vnitřním zdrojům osob bez přístřeší — dimenzím, které standardní výzkum často opomíjí.

Případová studie nízkoprahového denního centra představuje konkrétní vhled do praxe a do prožívání lidí, jejichž potřeby zůstávají často přehlíženy. Téma tak je rozvíjeno v napětí mezi institucionální realitou a subjektivní zkušeností, přičemž zvolený výzkumný rámec umožnil postihnout obě roviny.

Téma úzce souvisí s oborem zdravotně-sociální péče, který propojuje zdravotní a sociální intervenci a usiluje o komplexní podporu osob v nepříznivé životní situaci. Porozumění duševnímu zdraví lidí bez domova a překážkám v přístupu ke službám je klíčové pro efektivní nastavení pomoci, mezioborovou spolupráci a prevenci další sociální marginalizace. Volba tématu vychází z odborného zájmu o problematiku sociální exkluze a duševního zdraví a ze snahy lépe porozumět potřebám osob bez přístřeší v kontextu praxe nízkoprahových služeb. Téma je současně inspirováno profesní zkušeností autorky, která se v každodenní praxi nízkoprahového centra opakovaně setkává s překážkami bránícími osobám bez domova v přístupu ke službám a je přímou svědkyní psychické zátěže, jíž tyto osoby čelí.

Cílem práce je identifikovat bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám u osob bez domova a analyzovat strategie, které využívají při zvládnání psychické zátěže spojené se životem bez domova. Důraz je kladen na subjektivní zkušenosti osob bez přístřeší, které čelí dlouhodobé nejistotě, stigmatizaci a psychickému zatížení, aniž by měly snadný přístup k odborné pomoci.

Výzkum byl realizován kvalitativní metodou zakotvené teorie prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s uživateli Nízkoprahového denního centra a s odborníky pracujícími s touto cílovou skupinou v tomto městě. Práce je členěna do dvou hlavních částí. Teoretická část vymezuje bezdomovectví jako komplexní sociální fenomén, analyzuje jeho dopady na duševní zdraví a přibližuje bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám. Empirická část představuje výsledky výzkumu včetně axiálního a selektivního kódování, diskuse zjištění a doporučení pro praxi.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Úvod do problematiky

Bezdomovectví nelze chápat pouze jako nepřítomnost bydlení, ale jako trvalý komplexní stav sociálního vyloučení, ve kterém se narušují základní sociální vazby, životní stabilita i schopnost orientovat se v běžném společenském prostředí. V podmínkách ulice se člověk dostává do prostředí, kde je permanentně vystaven fyzické i psychické zátěži, nedůvěře společnosti a ztrátě kontroly nad vlastním životem. Tyto okolnosti mají vliv na psychickou rovnováhu a mohou vést k rozvoji psychických potíží, které se často vrství s dalšími problémy, jako je závislost, osamění nebo chronické somatické onemocnění. Vztah mezi duševním zdravím a bezdomovectvím je proto nutné nahlížet v kontextu vzájemně se ovlivňujících sociálních a zdravotních determinant (Barták, 2011).

Téma duševního zdraví lidí bez domova přitahuje pozornost odborníků i veřejnosti především tehdy, kdy se jeho důsledky stávají veřejně viditelnými, například v podobě krizového chování, hospitalizací nebo konfliktních situací na veřejnosti. Menší pozornost je věnovaná zkoumání vnitřních prožitků a strategií, jimiž se tito lidé snaží zvládnout každodenní realitu, ve které chybí bezpečí, důvěra i perspektiva. Tento nedostatek pozornosti má dopad na podobu sociálních a zdravotních služeb, které pak nedokážou reagovat na hlubší potřeby klientů. Komplexnost tématu vyžaduje přístup, jenž se nezastavuje u diagnostiky nebo statistických přehledů, ale zaměřuje se na konkrétní lidské zkušenosti a subjektivní způsoby, jak čelit úzkosti a nejistotě (Formánek, Csölleová, Jambora, 2020).

Prostředí života bez domova vytváří podmínky, v nichž se psychická stabilita jedince stává proměnlivou hodnotou, závislou na okolnostech, náhodě i dostupnosti podpůrných vztahů. Tato křehkost duševního zdraví není důsledkem slabé vůle, ale kombinace dlouhodobého stresu, ztráty kontroly, neuznané bolesti a omezených možností podpory. Proto duševní obtíže nelze v tomto kontextu chápat jako izolovaný jev, ale jako součást širší sociální situace, která utváří každodenní fungování jednotlivce. Porozumění této dynamice je nezbytné pro tvorbu citlivějších a efektivnějších intervencí v oblasti zdravotních a sociálních služeb (Barták, 2011).

### 1.1.1 Význam tématu ve společnosti a v sociální práci

Změny v současné společnosti přinášejí prohlubující se rozdíly mezi stabilními a zranitelnými skupinami obyvatel. Osoby bez domova představují extrémní podobu této nerovnosti, která se promítá nejen do dostupnosti materiálních zdrojů, ale i do přístupu ke zdravotní péči a pomoci v oblasti duševního zdraví. Téma se stává výzvou pro obor sociální práce, který se musí orientovat nejen v pomáhajících technikách, ale také v kulturně a eticky náročném prostředí, kde standardní přístupy často selhávají. Zde se uplatňuje schopnost pracovat s komplexností lidského příběhu, která nezřídka odolává jednoznačné kategorizaci (Hradecký a kol., 2007).

V oblasti duševního zdraví se začíná stále více zdůrazňovat potřeba přímého kontaktu, důvěry a dlouhodobého vztahu, což je v ostrém kontrastu s krátkodobými intervencemi, které mnohdy neodpovídají možnostem a tempu života lidí bez domova. Sociální práce tak naráží na hranice systému, který zajišťuje pomoc prostřednictvím institucionálních postupů, ale jen málo se přizpůsobuje těm, kdo žijí mimo běžné struktury. Úsilí o zachycení prožitků klientů v jejich

celistvosti se proto stává nezbytnou součástí odborného zájmu a zároveň podmínkou pro relevantní sociální intervenci (Musil, 2004).

V kontextu současných strukturálních nerovností, jako jsou růst nákladů na bydlení, nedostupnost sociálního bydlení, změny v systému úřadu práce, ztráta zaměstnání nebo zhoršující se přístup ke zdravotní péči, se otázka bezdomovectví a duševního zdraví stává naléhavější. Na obor sociální práce jsou v tomto kontextu kladeny požadavky nejen reagovat na vzniklé situace, ale také aktivně hledat nové přístupy, které respektují důstojnost člověka v těžké životní situaci. Reflexe klientovy zkušenosti jako východiska pro nastavení pomoci je výzvou, která přesahuje běžné pracovní postupy a dotýká se samotného smyslu profese (Kadlec, 2007).

### 1.1.2 Vymezení základních pojmů

Porozumění vztahu mezi bezdomovectvím a duševním zdravím vyžaduje jasné vymezení základních pojmů, které tvoří teoretické východisko této práce. Jednotlivé koncepty nejsou izolované, ale vzájemně se prolínají a vytvářejí rámec pro interpretaci životní situace lidí bez domova i jejich zkušeností se systémem podpory.

Bezdomovectví nelze zjednodušovat pouze na absenci fyzického přístřeší. Tento jev představuje stav spojený se ztrátou stabilního, bezpečného a důstojného zázemí, který zasahuje do všech oblastí života jednotlivce. Nejedná se pouze o osoby žijící na ulici, ale také ty, které pobývají v azylových domech, noclehárnách, dočasných přístřešcích nebo jsou závislé na nestabilním ubytování u známých. V evropském kontextu je zásadním vymezujícím nástrojem typologie ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion), která rozlišuje osoby bez střechy, bez bytu, osoby žijící v nejistém bydlení a osoby žijící v nevyhovujících podmínkách. Tato kategorizace umožňuje zachytit různé formy bytové nouze i jejich sociální a psychologické dopady (Hradecký a kol., 2007).

Duševní zdraví je v této práci pojímáno jako dynamický a proměnlivý stav, utvářený interakcí biologických, psychologických a sociálních faktorů. Nejde pouze o absenci duševní poruchy, ale o schopnost zvládat zátěž, navazovat a udržovat vztahy, prožívat smysl a zachovávat pocit důstojnosti. Definice Světové zdravotnické organizace zdůrazňuje stav pohody, v němž je jedinec schopen realizovat své schopnosti, vyrovnávat se s běžnými stresy a aktivně se zapojovat do společnosti. V podmínkách bezdomovectví je však tato rovnováha dlouhodobě narušována nejistotou, stigmatizací a sociální izolací. Hranice mezi přirozenou psychickou reakcí na nepříznivou situaci, krizovým stavem a klinicky diagnostikovanou poruchou může být obtížně rozlišitelná. Jak uvádí Kalnický (2022), většina osob bez domova své obtíže nevnímá jako duševní nemoc, ale jako pochopitelnou reakci na ztrátu jistot a opakovanou zkušenost s odmítnutím.

S bezdomovectvím úzce souvisí koncept sociální exkluze, chápaný jako proces systematického vylučování jednotlivců z plnohodnotné účasti na ekonomickém, sociálním a kulturním životě společnosti. U osob bez domova se tento proces projevuje omezeným přístupem k bydlení, zaměstnání, zdravotní péči i sociálním službám. Sociální exkluze tak nepředstavuje pouze důsledek ztráty bydlení, ale zároveň faktor, který tuto situaci dále prohlubuje a upevňuje (Mareš, 1999).

V této souvislosti nabývá významu skutečnost, že překážky v přístupu ke službám mají strukturální charakter (např. nedostatečná kapacita služeb, administrativní podmínky), institucionální podobu (nastavení pravidel, požadavek abstinence, časová omezení) individuální rovinu (nedůvěra, obava ze stigmatizace, negativní zkušenosti s institucemi). Bariéry tak nepředstavují pouze objektivní překážky, ale i subjektivně prožívané hranice, které ovlivňují ochotu a schopnost jednotlivce vyhledat pomoc. Specifickou roli zde sehrávají nízkoprahové služby, jejichž cílem je minimalizovat podmínky vstupu, respektovat aktuální situaci klienta a snižovat rizika spojená s jeho životní situací (Hradecký, 2007).

Důležitým doplňujícím pojmem jsou copingové strategie, tedy způsoby, jimiž se jednotlivci vyrovnávají s dlouhodobou zátěží a nepříznivými okolnostmi. Tyto strategie mohou mít adaptivní podobu – například vytváření každodenní rutiny, navazování podpůrných vztahů či hledání smysluplných aktivit – ale i maladaptivní charakter, který se může projevit rezignací, izolací nebo užíváním návykových látek. Jak uvádějí Vágnerová, Marek a Csémy (2018), způsoby zvládnutí zátěže významně ovlivňují míru sociální integrace i schopnost využívat dostupnou pomoc. U osob bez domova bývá rovnováha mezi konstruktivními a destruktivními strategiemi křehká a citlivá na kvalitu sociální podpory.

Vymezení těchto pojmů vytváří teoretický rámec pro následnou analýzu vztahu mezi bezdomovectvím, duševním zdravím, sociální exkluzí a bariérami v přístupu ke službám. Zároveň umožňuje nahlížet na životní situaci osob bez domova nikoli izolovaně, ale jako výsledek vzájemně propojených strukturálních i individuálních faktorů.

## 1.2 Bezdomovectví jako komplexní sociální fenomén

Fenomén bezdomovectví nelze vykládat jen prostřednictvím materiální nouze nebo ztráty bydlení. Jedná se o stav dlouhodobé destabilizace životních podmínek, spojený s rozpadem sociálních vazeb, oslabením identity a ztrátou možnosti ovlivňovat vlastní budoucnost. V mnoha případech se jedná o akumulaci negativních životních událostí, která vede k chronickému vyloučení ze standardního společenského uspořádání (Vágnerová, Marek a Csémy, 2013). Bezdomovectví se tak stává prostorem, kde se střetává strukturální nerovnost se selháním systému podpory a zároveň i s individuálním zoufalstvím, bezmocí či rezignací (Mareš, 1999).

Na bezdomovectví nelze pohlížet jako na jednotný jev. Různorodost životních trajektorií, míra kontaktu se službami, vztah k práci, zdraví i sobě samému činí z této skupiny velmi heterogenní celek. Dlouhodobé přežívání na ulici, pobyt v přístřešcích, střídání ubytoven nebo život na hranici legálního prostoru mají odlišný dopad na každodenní realitu člověka. Tato pestrost ovlivňuje nejen jeho fyzické podmínky, ale především vnitřní prožívání a schopnost jednat ve vztahu k institucím a pomáhajícím strukturám. Teprve v této komplexitě je možné vnímat skutečnou tíži situace lidí bez domova (Hradecký a kol., 2007).

Bezdomovectví jako proces neprobíhá výhradně na okraji společnosti, ale je součástí širšího systému, který formuje normy, očekávání a dostupnost příležitostí. Z toho důvodu není bezdomovectví výsledkem individuálního selhání, ale často důsledkem přetrvávajících strukturálních nerovností, znevýhodnění a kumulace nevýhod. Tento pohled nabourává stereotypy, podle nichž jsou osoby bez domova výlučně případem pro intervence, a ne subjektem občanské solidarity či právní ochrany. Sociální práce pak musí čelit otázce, jak

pracovat v podmínkách, kde institucionalizovaná pomoc naráží na hranice vlastní účinnosti (Keller, 2013).

### 1.2.1 Definice a typologie bezdomovectví

Přesné vymezení bezdomovectví se v odborné literatuře vyvíjelo spolu s proměnami společnosti i praxe sociální práce. Základní charakteristikou zůstává ztráta stabilního a bezpečného bydlení, ale důraz se stále více klade také na sociální, zdravotní a psychologické okolnosti, které tento stav provázejí. Moderní přístupy proto rozlišují mezi přechodným, epizodickým a chronickým bezdomovectvím a zohledňují míru ohrožení, kontakt se službami a možnosti návratu do běžného života. Tento rozšířený pohled umožňuje přesnější rozpoznání potřeb jednotlivých osob, které se liší v míře zranitelnosti i v dostupnosti vnitřních zdrojů (Hradecký a kol., 2007).

Jak bylo vymezeno v předchozí kapitole, typologie ETHOS klasifikuje bezdomovectví do několika kategorií podle typu bydlení a stability životní situace. Mezi hlavní kategorie patří život na ulici, pobyt v institucionálních zařízeních, přechodné ubytování a život v nejistých podmínkách bez právního nároku na obývání prostoru. Tato kategorizace je důležitá zejména pro plánování sociálních služeb a politik, které se zaměřují na prevenci, krizovou intervenci i dlouhodobou podporu. Umožňuje také přesněji sledovat proměny bezdomovectví v čase a reagovat na měnící se formy sociálního vyloučení (Štěchová, 2008).

Typologie je nejen technickým nástrojem, ale také výrazem přístupu společnosti k osobám v nouzi. Rozdíl mezi člověkem žijícím na ulici a tím, kdo přespává na ubytovně nebo u známých, není jen věcí formálního statusu, ale ukazuje na odlišné životní okolnosti, vazby a možnosti sociálního začlenění. Přesné definice bezdomovectví tedy vytvářejí rámec, ve kterém může docházet k efektivnímu poskytování pomoci, ale zároveň také odhalují, kde systém péče selhává. Přijetí komplexní typologie je proto základním předpokladem pro rozvoj diferencovaných a účinných služeb a prevenci zacyklení v dlouhodobé nouzi (Nešporová a kol., 2019).

### 1.2.2 Skryté bezdomovectví

Skryté bezdomovectví představuje méně viditelnou, nicméně velmi závažnou formu bytové nouze. Týká se lidí, kteří sice nejsou na ulici ani v noclehárnách, ale žijí v nejistých a nestabilních podmínkách – například přespávají u známých, střídají krátkodobé ubytování nebo setrvávají v nevyhovujících či přeplněných bytech bez právní jistoty. Často svou situaci sami nevnímají jako bezdomovectví, případně ji nepřiznávají z obav před stigmatizací či ztrátou posledních sociálních vazeb. Právě tato neviditelnost způsobuje, že skryté bezdomovectví zůstává mimo pozornost veřejnosti i části systému sociálních služeb. Přesto může být spojeno s dlouhodobým stresem, nejistotou a postupným zhoršováním psychického i fyzického zdraví. Skryté bezdomovectví tak nepředstavuje méně závažnou variantu bytové nouze, ale často první fázi procesu sociálního vyloučení, která může při absenci včasné podpory vyústit v bezdomovectví zjevné (Nešporová a kol., 2019).

### 1.2.3 Příčiny a rizikové faktory vzniku bezdomovectví

Bezdomovectví nevzniká náhle ani bez příčiny. Obvykle jde o důsledek kombinace nepříznivých faktorů, které mohou být strukturální, institucionální i individuální. Mezi časté strukturální

příčiny patří nedostupnost bydlení, vysoké náklady na život, nezaměstnanost, zadlužení nebo nedostatek podpory při odchodu z ústavních zařízení. Tyto okolnosti samy o sobě nemusí vést k bezdomovectví, ale ve spojení s dalšími riziky – psychickým onemocněním, závislostmi nebo rozpadem rodinných vazeb – mohou vyústit v situaci, kdy se člověk ocitne bez přístřeší a opory (Mikeszová a Lux, 2011).

Významným rizikem je zkušenost s institucionální výchovou, trestní minulostí nebo s dlouhodobým pobytem ve zdravotnickém zařízení. Tyto životní etapy bývají často spojeny s narušením identity, oslabením vztahových schopností a ztrátou schopnosti hospodařit. Osoby po propuštění z ústavní péče se mnohdy ocitají bez potřebných dovedností, s minimálními prostředky a bez možnosti stabilního ubytování. Riziko bezdomovectví se dále zvyšuje, pokud chybí podpora v přechodném období, nebo pokud společnost nereaguje dostatečně pružně na specifické potřeby těchto jednotlivců (Šupková a kol., 2007).

Z hlediska individuálních příčin je důležité zmínit také vliv traumatických zkušeností, domácího násilí a rozpadu mezilidských vazeb. Mnohé osoby bez domova zažily v minulosti hluboké ztráty, emocionální zranění či opakované selhání v roli partnera, rodiče nebo zaměstnance. Tyto zážitky formují jejich pohled na svět a ovlivňují schopnost navazovat nové vztahy nebo důvěřovat pomoci zvenčí. Bezdomovectví tak často není pouze důsledkem chudoby, ale komplexním vyústěním procesu ztráty sociálních opor a naděje na změnu (Vágnerová, Marek a Csémy, 2013).

#### 1.2.4 Sociální exkluze a marginalizace

Sociální exkluze představuje proces, v němž jsou jednotlivci nebo skupiny systematicky zbavováni přístupu ke zdrojům, možnostem a vztahům, které jsou v dané společnosti považovány za běžné. U osob bez domova tento proces nabývá výrazné podoby – jsou vyloučeni nejen z pracovního trhu a z možnosti bydlení, ale i ze sítě občanských práv, zdravotní péče a důstojných mezilidských vztahů. V důsledku toho dochází k hlubokému narušení identity a pocitu sounáležitosti. Člověk se postupně ocitá na okraji, kde není jen chudý, ale zcela mimo normativní rámec společnosti (Kotýnková, 1999).

Marginalizace lidí bez domova se projevuje i na symbolické rovině – jsou vnímáni jako neviditelní, obtěžující nebo hrozící. Tento obraz je často posilován médií i politickým diskursem, který zjednodušuje příčiny jejich situace a přisuzuje jim odpovědnost za vlastní stav. Výsledkem je posilování nedůvěry, stigmatizace a odmítání, které dále prohlubují izolaci a znemožňují návrat do běžného života. Místo podpory se tak člověk setkává s nedůvěrou, nezájmem nebo institucionalizovanou distancí (Reeve, 2011).

Sociální exkluze se neprojevuje pouze v tom, co jedinec nemá, ale i v tom, čeho se mu aktivně nedostává. Nejde jen o chudobu, ale o absenci hlasu, vlivu a uznání (Mareš, 1999). Osoby bez domova se tak ocitají ve víru uzavřených struktur, které jim brání činit rozhodnutí o svém životě, vyjadřovat potřeby nebo hledat podporu ve formě, která by odpovídala jejich realitě. Tato situace vytváří začarovaný kruh mezi nepřijetím, izolací a rezignací, ze kterého je velmi těžké vystoupit bez respektující a dlouhodobé podpory (Keller, 2013).

### 1.2.5 Specifika bezdomovectví v menších městech

Bezdomovectví v České republice není omezeno pouze na velká města. Data ze sčítání osob v bytové nouzi podle klasifikace ETHOS ukazují, že osoby bez střechy jsou evidovány ve všech krajích, včetně regionů bez dominantní metropole. Tato skutečnost potvrzuje, že problematika bezdomovectví se týká i menších měst a regionů, nikoli pouze velkých urbanizovaných center.

**Graf. 1: Počet osob bez střechy nad hlavou podle krajů ČR**



*Zdroj: Korečková, Král a Vítková (2025)*

Z grafu vyplývá, že Jihomoravský kraj eviduje 1 090 osob bez střechy, což potvrzuje, že problematika bezdomovectví je významná i v regionech mimo velká městská centra, včetně oblasti, kde se nachází zkoumané Nízkoprahové denní centrum. Je přitom třeba zohlednit, že data ze sčítání zachycují pouze osoby evidované v rámci strukturovaného šetření — skutečný počet lidí v bytové nouzi lze předpokládat jako výrazně vyšší, neboť část z nich zůstává systémům sociální pomoci skryta (Stejskal a kol., 2024). Bezdomovectví je přitom často vnímáno jako problém typický pro velká města, ale ve skutečnosti se vyskytuje i v regionálních strukturách. Zatímco ve velkých městech bývá zpravidla viditelné, například ve formě lidí přespávajících na ulici nebo využívajících nouzové služby, ve venkovských oblastech zůstává převážně skryté a méně rozpoznatelné (Korečková, Král a Vítková, 2025).

Výzkumy ukazují, že lidé žijící v malých městech se často vyhýbají označení osoby bez domova, i když přespávají v automobilech, na chatách nebo dočasně bydlí u známých či rodinných příslušníků. Právě tato forma skrytého bezdomovectví vede k tomu, že problematika bezdomovectví v regionech často zůstává nedostatečně uznána a podceňována (Stejskal a kol., 2024).

Nedostatečné uznání existence tohoto problému zároveň přispívá k nižší úrovni financování sociálních služeb a podpůrných programů na venkově. Významným rozdílem mezi městským a venkovským bezdomovectvím je dostupnost služeb a zdrojů. Ve velkých městech je obvykle širší nabídka sociálních služeb, nouzových přístřešků, potravinových bank nebo zdravotnických zařízení. Naopak v menších městech a venkovských regionech jsou tyto služby omezené a často geograficky vzdálené. Financování sociálních služeb je navíc často rozdělováno podle počtu

obyvatel, což vede k tomu, že většina zdrojů směřuje do velkých městských center (Stejskal a kol., 2024).

Další významnou bariérou může být omezený přístup k dopravě. Vzhledem k větším vzdálenostem mezi jednotlivými službami musí osoby bez domova cestovat za zdravotní péčí, potravinovou pomocí nebo sociální podporou daleko více. Nedostatek finančních prostředků na využívání veřejné dopravy může proto výrazně omezovat jejich přístup k potřebným službám.

Specifickým problémem menších měst může být také nedostatek soukromí. V prostředí, kde se lidé často navzájem znají, může být situace osob bez domova snadno identifikovatelná, což může vést ke stigmatizaci a sociálnímu vyloučení. Tato stigmatizace následně představuje další překážku při hledání bydlení nebo při využívání místních zdrojů. Menší regiony se zároveň potýkají s omezenou nabídkou dostupného bydlení. Růst cen bydlení může vést k tomu, že lidé s nižšími příjmy jsou nuceni bydlet v nevyhovujících podmínkách. Tento stav je někdy označován jako relativní bezdomovectví, kdy lidé sice mají střechu nad hlavou, jejich bydlení však není stabilní ani důstojné.

Problematika bezdomovectví v menších městech a regionech vyžaduje specifické přístupy, které zohledňují místní podmínky. V odborné literatuře se často zdůrazňuje význam dostupnosti zdravotních a sociálních služeb, rozvoj alternativních forem ubytování a programů dočasného bydlení, stejně jako vytváření služeb přizpůsobených potřebám různých skupin obyvatelstva (Hradecký a kol., 2007).

#### 1.2.6 Specifika života na ulici a chronické bezdomovectví v současnosti

Život na ulici představuje prostředí, které se vyznačuje neustálou nejistotou, rizikem a absencí soukromí. Každodenní přežívání je spojeno s nutností hledat bezpečné místo, získat základní prostředky k životu a vyrovnávat se s tělesným i psychickým diskomfortem. Dlouhodobé vystavení těmto podmínkám má zásadní vliv na duševní stav jedince – dochází k narušení vnímání času, ztrátě motivace a poklesu schopnosti plánovat. Psychika se soustřeďuje na okamžité potřeby a vytěsňuje vše, co nemá přímou vazbu k přežití (Kalnický, 2022).

Chronické bezdomovectví je stav, kdy se život bez přístřeší stává stabilní součástí existence, nikoliv přechodnou fází. Člověk si zvyká na životní rytmus ulice, jeho vztahy jsou často omezeny na prostředí lidí v podobné situaci a kontakt se společenskými institucemi je minimální nebo zcela chybí. V této fázi se často setkáváme se závislostmi, zdravotními komplikacemi a psychickými poruchami, které nejsou léčeny. Jedinec může rezignovat na změnu, nebo ji považovat za nemožnou. Tato fáze je jednou z nejobtížnějších pro efektivní intervenci (Kalnický, 2022).

Současnost přináší další zátěže, které život na ulici komplikují. Rostoucí regulace veřejného prostoru, kriminalizace chování spojeného s bezdomovectvím a zvyšující se tlak na estetiku a pořádek měst vedou k vytlačování těchto lidí z viditelných míst. Bezdomovectví se tak stává nejen tělesnou, ale i prostorovou otázkou – bez přístupu ke klidnému místu, hygieně a základnímu zázemí není možné mluvit o žádném pokroku. Udržení duševního zdraví v těchto podmínkách je tak čím dál více závislé na vnitřní odolnosti a neformální pomoci (Vašát, 2021).

### 1.3 Psychosociální dopady života bez stabilního bydlení

Psychosociální dopady života bez stabilního bydlení lze nejlépe pochopit prostřednictvím bio-psycho-sociálního modelu, který zdůrazňuje vzájemnou provázanost biologických, psychologických a sociálních faktorů při vzniku a udržování zdravotních obtíží. Tento model, původně formulovaný Engelem (1977) jako alternativa k redukcionistickému medicínskému přístupu, nachází v kontextu bezdomovectví zvláštní uplatnění — biologické faktory jako chronické onemocnění, podvýživa nebo závislost se zde prolínají s psychologickými dopady traumatu, ztráty identity a naučené bezmoci a se sociálními determinantami jako jsou chudoba, stigmatizace a absence podpůrných vztahů. Žádnou z těchto rovin nelze chápat izolovaně — teprve jejich vzájemné působení vysvětluje, proč je situace osob bez domova tak obtížně řešitelná, a proč intervence zaměřené pouze na jednu oblast bez reflexe ostatních zpravidla selhávají (Engel, 1977).

Život bez stabilního bydlení představuje dlouhodobou psychosociální zátěž, která zasahuje všechny oblasti fungování jednotlivce. Nejde pouze o materiální nedostatek, ale o stav chronické nejistoty, v němž člověk ztrácí kontrolu nad základními aspekty své existence. Nejistota ohledně bezpečí, jídla, hygieny či možnosti přespání vytváří trvalý stresový rámec, který postupně narušuje schopnost plánovat, rozhodovat se a udržovat stabilní vztah (Vágnerová, Csémy a Marek, 2013).

Chronická nejistota bývá doprovázena dlouhodobým stresem, jenž může přerůst v traumatizující zkušenost. Opakované odmítání, konflikty s institucemi, ztráta sociálních vazeb a každodenní boj o přežití vytvářejí prostředí, které oslabuje psychickou odolnost. Dlouhodobé vystavení těmto podmínkám může vést k poruchám spánku, zvýšené úzkosti, podrážděnosti či emoční oploštělosti (Vágnerová, Csémy a Marek, 2013).

Významným důsledkem života bez domova je také sociální izolace. Přerušování rodinných a přátelských vztahů, stigma a nedůvěra okolí vedou k postupnému oslabování pocitu sounáležitosti. Jedinec se může ocitnout mimo běžné sociální struktury, bez možnosti sdílet své obtíže nebo hledat podporu. Izolace tak není pouze sociálním stavem, ale i hlubokou existenciální zkušeností (Vágnerová, Csémy a Marek, 2013).

Dlouhodobá marginalizace navíc zasahuje do identity člověka. Ztráta pracovních rolí, rodinného postavení či občanského statusu může vést k narušení sebepojetí a pocitu vlastní hodnoty. Postupně dochází ke ztrátě důvěry – nejen ve společnost a instituce, ale i ve vlastní schopnosti situaci změnit. Tento proces má zásadní význam pro porozumění tomu, proč některé osoby bez domova reagují rezignací, únikem nebo odmítáním pomoci (Vágnerová, Csémy a Marek, 2013).

Tyto psychosociální dopady vytvářejí rámec, v němž se následně rozvíjí konkrétní projevy duševních obtíží a onemocnění.

#### 1.3.1 Duševní zdraví a duševní onemocnění u osob bez domova

Psychická rovnováha osob bez domova je ohrožena již samotným životem v podmínkách dlouhodobé nejistoty, ztráty kontroly a opakovaného odmítání. Tyto psychosociální faktory vytvářejí podklad, v němž se rozvíjí jak přechodné duševní obtíže, tak závažná duševní onemocnění. Duševní stav těchto lidí nelze posuzovat odděleně od prostředí, ve kterém žijí, ani

bez zohlednění předchozích traumat, která často formovala jejich osobnostní vývoj a způsob reagování na okolní svět (Vágnerová, Csémy a Marek, 2013).

Většina osob bez přístřeší nemá přístup k odborné diagnostice, psychoterapii nebo dlouhodobé psychiatrické péči, a pokud takový kontakt nastane, bývá často přerušeno nebo odmítnuto kvůli nesplnění režimových požadavků. Duševní poruchy se tak stávají neviditelnou součástí bezdomovectví – nejsou systematicky řešeny a jejich dopad je zlehčován nebo chápán jako přirozený důsledek životního stylu. Tento přístup však vede k zanedbání zdravotního stavu, prohlubování onemocnění a vzniku chování, které je společností mylně vnímáno jako důkaz nepřizpůsobivosti (Šupková a kol., 2007).

Duševní zdraví osob bez domova je formováno nejen osobní historií a genetickými předpoklady, ale především podmínkami každodenního přežívání. Absence sociální podpory, stigma, izolace a neustálý kontakt s rizikovým prostředím vedou ke kumulaci psychické zátěže. U některých jedinců se rozvíjejí obranné mechanismy, které jim umožňují určitou míru adaptace, u jiných dochází k dezintegraci osobnosti, únikům z reality a naprosté rezignaci. Tento vývoj je potřeba chápat jako logickou odpověď na extrémní podmínky, a nikoliv jako selhání jednotlivce (Vágnerová, Csémy a Marek, 2013).

V kontextu bezdomovectví je důležité upozornit, že samotné osoby bez domova často nevnímají své psychické obtíže v termínech duševního zdraví či duševního onemocnění. Psychická nepohoda bývá chápána jako běžná součást každodenní reality spojené s přežíváním, nikoli jako problém vyžadující odbornou pomoc (Vágnerová, Csémy a Marek, 2013). Za duševní nemoc jsou obvykle považovány pouze závažné stavy, jako je například schizofrenie nebo jiné výrazné projevy psychické dezorganizace, což může souviset se snahou vyhnout se další stigmatizaci uvnitř komunity (Vašát, 2021).

Odborné zdroje zároveň poukazují na to, že duševní zdraví se u osob bez domova často ocitá na okraji jejich hodnotového žebříčku, jelikož prioritou je zajištění základních životních potřeb, jako je jídlo, teplo či bezpečí (Průdková a Novotný, 2008). Duševní poruchy bývají vnímány až v situacích, kdy dochází k výrazné ztrátě kontaktu s realitou, což vede k tomu, že méně nápadné, avšak závažné obtíže zůstávají bez povšimnutí.

Tato perspektiva ukazuje, že v podmínkách života bez domova dochází k posunu ve vnímání duševního zdraví – důraz je kladen na přežití, zatímco reflexe psychického stavu ustupuje do pozadí. Tento fakt má zásadní význam pro porozumění tomu, jak osoby bez domova přistupují k vlastním obtížím, jaké strategie zvládnutí volí, a jak vnímají dostupnou pomoc.

### 1.3.2 Vymezení pojmu duševní zdraví dle WHO a dalších odborných zdrojů

Jak bylo uvedeno v kapitole 1.1.2, Světová zdravotnická organizace chápe duševní zdraví jako dynamický stav pohody, schopnosti zvládat běžné životní obtíže, tvořit a udržovat vztahy a účastnit se života komunity. Tento přístup je v souladu s definicí Světové zdravotnické organizace, která klade důraz na subjektivní prožívání, vnitřní rovnováhu i schopnost přizpůsobení se náročným situacím. V podmínkách dlouhodobého vyloučení se však naplnění těchto předpokladů stává téměř nemožným, což nutně ovlivňuje psychický stav jedince a jeho vnímání sebe sama (Kliment, 2005).

V odborné literatuře se rozvíjí přístup, který zohledňuje kulturní, sociální a existenciální roviny duševního zdraví. To je zvláště důležité u osob bez domova, kde chybí stabilita, podpora a bezpečí, což jsou podmínky považované za základní pro udržení psychické pohody. Duševní zdraví je v tomto kontextu dynamickou veličinou – může se měnit v závislosti na prostředí, vztazích nebo na přítomnosti krizí. Proto není vždy adekvátní uplatňovat medicínský rámec, který posuzuje stav podle standardizovaných kritérií bez ohledu na kontext (Vágnerová, 2008).

Jedním z problémů při hodnocení duševního stavu osob bez domova je také to, že sami klienti často neidentifikují své potíže jako příznaky onemocnění. Psychická nepohoda je vnímána jako součást běžné reality, kterou je třeba přežít. Chybí prostor pro reflexi, důvěra v odbornou pomoc i schopnost verbalizovat vnitřní obtíže. Tento rozpor mezi vnějšími nároky a vnitřním prožíváním ztěžuje diagnostiku a může vést k přehlížení varovných signálů, nebo k označování běžných obranných reakcí za patologické (Kliment, 2005).

### 1.3.3 Duševní onemocnění mezi lidmi bez domova

U osob bez domova se velmi často vyskytují duševní poruchy, jejichž závažnost je ovlivněna jak předchozím vývojem, tak aktuálními životními podmínkami. Nejčastějšími diagnózami jsou deprese, úzkostné poruchy, psychotické stavy a poruchy osobnosti. Tyto poruchy bývají dlouhodobě neléčené, neidentifikované nebo nesprávně chápané, což přispívá k jejich chronifikaci. Osoby trpící psychickými onemocněními se dostávají do bludného kruhu odmítání, stigmatizace a ztráty důvěry v jakoukoli pomoc (Klimentová a Kliment, 2002).

Některé duševní obtíže mohou být přímým důsledkem života na ulici – např. paranoidní představy, disociace nebo poruchy spánku vznikají v důsledku neustálého stresu, nebezpečí a pocitu ohrožení. Jiná onemocnění, jako jsou schizofrenie nebo bipolární porucha, mohou existovat ještě před ztrátou domova, avšak bez odborné podpory dochází k jejich zhoršování. Systém péče o duševně nemocné často selhává právě u těch osob, které neplní podmínky spolupráce nebo mají opakovanou zkušenost s odmítnutím (Šupková a kol., 2007).

Psychické onemocnění se u lidí bez přístřeší často prolíná s negativními zkušenostmi z minulosti – násilím, ztrátou blízkých, zneužíváním nebo traumatem z ústavní výchovy. Tyto faktory zanechávají hluboké stopy, které ovlivňují vnímání sebe sama i schopnost navazovat důvěryhodné vztahy. Narušení základních psychických funkcí pak výrazně komplikuje kontakt se službami a zvyšuje riziko dlouhodobého vyloučení. Pro odbornou pomoc je proto důležité tyto souvislosti rozpoznat a nehodnotit klienta výhradně na základě vnějšího chování (Musil, 2004).

Způsoby zvládnání psychické zátěže a přístup k odborné pomoci jsou tak zásadně ovlivněny tím, jak osoby bez domova svou situaci subjektivně prožívají a interpretují.

### 1.3.4 Komorbidity – duševní onemocnění a závislosti

Závislosti a duševní onemocnění u osob bez domova často tvoří úzce propojený celek, který nelze řešit izolovaně. Konzumace alkoholu, drog nebo léků bývá způsobem, jak zvládnout úzkost, trauma, bolest či nespavost. Zároveň tyto látky zhoršují duševní stav, přispívají k agresivnímu chování a narušují vztahy s okolím. Tato vzájemná provázanost se označuje jako duální diagnóza a představuje jednu z nejobtížnějších výzev pro terénní i institucionální práci s lidmi bez přístřeší (Barták, 2011).

Propojení závislostního chování a psychické nemoci bývá komplikované i v oblasti diagnostiky. Závažné stavy jsou často přičítány intoxikaci nebo abstinenčním příznakům, čímž může docházet k přehlédnutí hlubších potíží. Osoby s duální diagnózou často nejsou přijímány do běžných zdravotnických zařízení, protože nedodržují režim nebo nejsou považovány za léčitelné. Tento postoj však dále prohlubuje jejich izolaci a podporuje uzavřený kruh sebedestruktivního chování (Barták, 2011).

Závislosti tak nelze chápat pouze jako problém vůle nebo špatného rozhodování. Ve spojení s duševní poruchou plní funkci regulace vnitřního napětí a nahrazují nedostupné nebo chybějící podpůrné vztahy. Pro osoby bez domova bývá droga nejen prostředkem úniku, ale také součástí subkultury, která poskytuje pocit přijetí a sounáležitosti. Tento rozměr je třeba vnímat bez moralizujícího hodnocení a místo toho hledat cestu, jak vytvořit podmínky, které umožní postupné oslabování tohoto obranného systému (Průdková a Novotný, 2008).

Zároveň je důležité zohlednit, že užívání návykových látek může být osobami bez domova vnímáno jako běžná součást každodenního fungování, nikoli jako problém vyžadující odbornou pomoc, což dále ovlivňuje jejich přístup ke službám i strategie zvládání psychických potíží.

### 1.3.5 Vliv života bez domova na psychiku a duševní stabilitu

Život bez domova představuje trvalou zátěž, která narušuje schopnost člověka plánovat, rozhodovat a zachovávat vnitřní rovnováhu. Neustálá nejistota ohledně jídla, bezpečí, přespání a vztahů vytváří psychický tlak, který může vyústit v chronický stres. V této situaci se obranné mechanismy soustředí na okamžité přežití a dochází k postupnému vyčerpání vnitřních zdrojů. Psychická stabilita je vystavena erozivnímu působení prostředí, v němž dominuje chaos, odmítnutí a bezmoc (Vágnerová, 2014).

Dlouhodobý život bez stabilního zázemí často vede k posunu vnímání sebe sama. Mnozí jedinci ztrácejí představu o vlastní hodnotě a přestávají věřit v možnost změny. Tyto pocity mohou přecházet v depresivní stavy, paranoii nebo úplné odpojení od reality. V některých případech dochází ke vzniku psychotických rysů jako obrany před vnějším ohrožením. Osoby bez domova tak často působí jako narušené či nepředvídatelné, přičemž jejich chování je výsledkem dlouhodobé adaptace na neustálý tlak a ohrožení (Kalnický, 2022).

Přístup společnosti k těmto osobám jejich psychickou situaci dále zhoršuje. Stigmatizace, kriminalizace a institucionalizace vytvářejí bariéry, které brání navázání léčebného vztahu nebo přijetí podpory. Člověk, který opakovaně zažívá odmítnutí, si vytváří vlastní strategie přežití – často spočívající v uzavření se, agresivitě nebo izolaci. V takových podmínkách nelze očekávat spolupráci nebo motivaci k léčbě bez předchozího navázání důvěry a respektujícího kontaktu (Maceček, 2008).

Tyto skutečnosti zároveň ukazují, že psychické potíže, životní podmínky a přístup ke službám jsou u osob bez domova vzájemně propojené. Způsob, jakým jedinci prožívají svou situaci, ovlivňuje jejich ochotu vyhledat pomoc i strategie, které volí při zvládání každodenních obtíží. Právě tento vztah mezi psychosociální zátěží, bariérami v přístupu ke službám a způsoby zvládání představuje východisko pro empirickou část této práce.

## 1.4 Bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám

Přístup osob bez domova ke zdravotním a sociálním službám je komplikován celou řadou překážek, které působí na systémové, institucionální i individuální úrovni. Bariéry lze analyticky rozdělit na strukturální (vyplývající z nastavení systému), institucionální (spojené s konkrétními organizacemi a jejich pravidly) a individuální (vycházející z psychického stavu, zkušeností a postojů klientů). Tyto překážky se vzájemně prolínají a vytvářejí komplexní síť, v níž je velmi obtížné se orientovat, zvláště pokud jedinec postrádá potřebné dovednosti, informace či podporu. Zatímco z formálního hlediska jsou služby určeny i lidem bez domova, v praxi je jejich dostupnost limitována podmínkami, administrativními nároky a organizačními omezeními, která klienti často nedokážou naplnit (Šupková a kol., 2007).

Narušený vztah mezi člověkem bez domova a institucemi se často projevuje nedůvěrou, negativními očekáváními a pocitem odmítnutí. Mnoho klientů má zkušenosti s tím, že jim nebyla věnována pozornost, byli označeni za nepřizpůsobivé nebo byli předčasně vyloučeni z léčby. Tento zážitek vytváří negativní zpětnou vazbu, která oslabuje motivaci k dalšímu vyhledání pomoci. Bez důvěry v pracovníky i celý systém ztrácí snaha o kontakt s odbornou péčí svůj význam. Reálná dostupnost služeb tak není dána jen jejich existencí, ale také způsobem, jakým jsou lidem prezentovány, a jak jsou připraveni je přijmout (Musil, 2004).

Dalším omezením je nedostatek mezioborové spolupráce. Osoby bez domova často čelí souběhu zdravotních, psychických a sociálních potíží, na něž jednotlivé služby reagují izolovaně. Tento stav lze označit jako fragmentaci systému péče, kdy jednotlivé služby fungují paralelně bez dostatečné koordinace a sdílení odpovědnosti. Chybí propojení mezi zdravotnictvím, sociálními službami a terénními pracovníky, což vede ke ztrátě kontinuity péče. Uživatelé pak musejí opakovaně vysvětlovat svůj stav, podstupovat nové posudky nebo čelit nepochopení ze strany odborníků, kteří nejsou vždy připraveni na práci s cílovou skupinou s nestabilním životním režimem a komplikovanou minulostí (Hradecký a kol., 2007).

### 1.4.1 Strukturální bariéry

Strukturální bariéry jsou chápány jako fyzické, geografické a ekonomické překážky, které omezují faktický přístup ke službám — tedy bariéry prostoru, vzdálenosti a nedostatku materiálních zdrojů. Jde o podmínky, které existují nezávisle na konkrétních institucích a jejich pravidlech.

Strukturální překážky představují nastavení systému a prostředí, která vytvářejí fyzické a ekonomické filtry znemožňující přístup k péči. Pro osoby bez domova je kritickou bariérou geografická a ekonomická nedostupnost služeb. I v situaci, kdy je samotný zdravotní úkon hrazen z veřejného pojištění, cesta k němu vyžaduje zdroje, kterými tito lidé nedisponují (finance na MHD či meziměstskou dopravu). Vzniká tak paradox, kdy je specializovaná péče sice formálně dostupná, ale de facto bez hotovosti prostorově izolovaná.

Zásadním problémem, který tuto bariéru prohlubuje, je procesní rigidita a časový nesoulad mezi potřebami klienta a fungováním státní správy. Systém sice nabízí nástroje finanční pomoci (např. mimořádná okamžitá pomoc na Úřadu práce), avšak jejich čerpání je podmíněno striktní úřední dobou a administrativními lhůtami. Pokud klient potřebuje odcestovat do ambulance v čase, kdy má Úřad práce zavřeno, nebo je-li schvalovací proces delší než akutnost zdravotního stavu,

pomoc přichází pozdě a bariéra se stává nepřekonatelnou. Tento nesoulad mezi úředním časem a časem nemoci vede k systémovému vyloučení, které nelze vyřešit pouhou existencí dávky.

Další rovinou je digitální a administrativní vyloučení, spojené s absencí dokladů, trvalého pobytu nebo přístupu k internetu. Standardizované procesy (např. objednávání přes e-mail, potvrzování termínů telefonem) předpokládají stabilitu, kterou život na ulici neumožňuje. Jak uvádí Nešporová a kol. (2019), aplikace práva v praxi často naráží na neschopnost systému pracovat s nestandardním klientem. Důsledkem je, že péče bývá vyhledávána až v kritických stavech prostřednictvím záchranné služby — tedy nejdražší a zároveň nejméně efektivní varianty jak pro pacienta, tak pro celý systém (Barták, 2011).

#### 1.4.2 Systémové bariéry

Systémové bariéry vznikají na úrovni právního a administrativního rámce státu — tedy v nastavení zákonů, procesů a předpisů, které definují, kdo má na pomoc nárok a za jakých podmínek. Zatímco strukturální bariéry omezují fyzický přístup ke službám, systémové bariéry omezují právní a administrativní vstup do systému péče.

Systémové bariéry představuje makrostrukturální rámec, který definuje pravidla přístupu k právům a službám. Zásadním problémem je zde rigidita státního aparátu, který je projektován pro standardního občana s trvalou adresou a stabilním režimem. Pro osoby bez domova se tato bariéra projevuje především jako nepružnost úředních procesů. Příkladem je systém dávek mimořádné okamžité pomoci, který teoreticky slouží k pokrytí nákladů na dopravu k lékaři či vyřízení dokladů. V praxi však naráží na fixní úřední hodiny a procesní prodlevy Úřadu práce. Pokud nastane potřeba odborného vyšetření v čase mimo úřední dny, nebo pokud schvalovací proces trvá delší dobu, než akutnost, kterou zdravotní stav vyžaduje, pomoc přichází pozdě a bariéra se stává nepřekonatelnou. Pomoc, která není poskytnuta v reálném čase krize, přestává být pomocí a stává se administrativní překážkou (Barták, 2011).

Další systémovou bariérou je fragmentace a resortismus, tedy nedostatečná provázanost mezi sektorem zdravotnictví a sociálních věcí. Tento nedostatek vede k situacím, kdy zdravotnický systém pacienta bez domova po akutním ošetření propouští, aniž by existoval funkční mechanismus pro jeho následné doléčení v adekvátních sociálních podmínkách. Jak uvádí Barták (2011), systém je nastaven na domácí ošetřování, které je u této cílové skupiny nerealizovatelné. Absence systémového financování sociálně-zdravotního pomezí (např. krizových lůžek v azylových domech) tak způsobuje, že se lidé bez domova točí v začarovaném kruhu mezi ulicí a urgentním příjmem nemocnic.

V neposlední řadě sem patří podmíněnost přístupu k péči statusem pojištěnce a platnými doklady. Přestože zákon garantuje neodkladnou péči všem, v praxi systém bez fyzického průkazu pojišťovny a platného občanského průkazu klienta často dopředu diskvalifikuje. Tato administrativní neviditelnost způsobená ztrátou dokladů je systémovou bariérou, která zamezuje vstup do standardní sítě ambulantních specialistů. Jak upozorňuje Ruszová (2007), systém tímto způsobem nechtěně reprodukuje sociální vyloučení, protože klade nároky na administrativní gramotnost, které jedinec v hluboké krizi a bez finančních prostředků na poplatky či dopravu nedokáže naplnit.

Specifickou a v současnosti stále závažnější rovinou systémových bariér je digitální exkluze. Probíhající digitalizace státní správy a zdravotnictví předpokládá, že občan disponuje přístupem k internetu, funkčním mobilním telefonem a schopností orientovat se na online platformách. Pro osoby bez domova jsou však tyto předpoklady zpravidla nespelnitelné — chybí jim přístup k zařízení, datové připojení i stabilní místo, kde by mohli elektronickou komunikaci realizovat. Objednávání k lékaři přes internet, správa dávek prostřednictvím portálu nebo potvrzování termínů telefonem se tak stávají dalšími filtry, které osoby bez domova systematicky vylučují z přístupu ke službám, aniž by toto vyloučení bylo záměrné. Jak upozorňují Nešporová a kol. (2019), digitalizace veřejných služeb bez souběžného zajištění alternativních přístupových cest prohlubuje nerovnosti a vytváří novou formu institucionálního vyloučení, která dopadá neúměrně na nejzranitelnější skupiny obyvatelstva.

### 1.4.3 Institucionální bariéry

Institucionální bariéry představují konkrétní organizační schémata a vnitřní předpisy jednotlivých zařízení, která v praxi fungují jako selekční mechanismus. Hlavním problémem je zde vysokoprahovost služeb, tedy nastavení podmínek vstupu, které nereflektují životní realitu cílové skupiny. Mnohá zařízení podmiňují poskytnutí pomoci absolutní abstinencí, dodržováním fixního časového harmonogramu nebo specifickými hygienickými standardy. Pro jedince s duální diagnózou (kombinace závislosti a duševní poruchy) nebo pro ty, kteří se pohybují v režimu přežívání, jsou tyto nároky často nespelnitelné. Namísto adaptace služby na potřeby klienta dochází k jeho vyloučení z důvodu nespolutpráce, což je ve skutečnosti pouze neschopnost instituce pracovat s nestandardním chováním (Šupková, 2007).

Významnou bariérou je také specializace a fragmentace péče uvnitř institucí. Řada zařízení nedisponuje odborným zázemím pro komplexní případy (např. klient se psem, klient s otevřenou ranou a zároveň psychózou). Výsledkem je tzv. institucionální přehazování, kdy je klient opakovaně odkazován mezi různými odděleními nebo organizacemi, přičemž žádná z nich nepřijímá plnou odpovědnost za jeho stabilizaci. Tento proces vyčerpává omezené zdroje klienta (energii, finance na přesuny) a vede k předčasnému ukončení pokusu o řešení situace. Jak uvádí Hradecký a kol. (2007), absence nízkoprahových lůžek a specializovaných ošetřoven způsobuje, že nejzranitelnější jedinci zůstávají zcela mimo dosah pomoci.

Vnitřní prostředí institucí navíc často vykazuje provozní rigiditu, která nebere v úvahu krizový management. Příkladem je systém objednávání k lékaři, který vyžaduje dochvilnost na minuty, což je pro člověka bez hodinek, telefonu a finančních prostředků na spolehlivou dopravu téměř nereálné. Pokud instituce nepovoluje vstup se zavazadlem (ve kterém má člověk bez domova veškerý svůj majetek) nebo se zvířetem, vytváří tím okamžitou bariéru, která klienta nutí volit mezi péčí a vlastní bezpečností/majetkem. Institucionální bariéry tak nepůsobí pouze jako soubor pravidel, ale jako aktivní mechanismus, který potvrzuje klientovu roli nepatřičného prvku v systému (Maceček, 2008).

### 1.4.4 Kulturní a komunikační bariéry

Komunikační rozdíly mezi lidmi bez domova a pracovníky služeb představují bariéru, která často vede k nepochopení hned v úvodu kontaktu. Osoby žijící na ulici vyjadřují své potřeby způsobem, který může institucionální personál vnímat jako zmatený, obezřetný či konfrontační. Tento

specifický způsob komunikace je ovlivněn nejen prostředím ulice, ale i předchozími traumatickými zkušenostmi a ztrátou důvěry ve formální jednání. Klíčovou překážkou je zde střet komunikačních kódů: zatímco instituce vyžaduje věcnost a racionalitu, klient může jednat pod vlivem akutního stresu nebo bolesti (Hradecký a kol., 2007).

Významnou roli v této rovině hraje stigmatizace spojená se zevnějškem. Pocity studu z nedostatečné hygieny fungují jako silný psychologický blok (Průdková a Novotný, 2008). Pokud pracovník postrádá kulturní citlivost a dává klientovi najevo odpor či odstup, dochází k okamžitému narušení důvěry. Komunikační selhání je pak často personálem chybně interpretováno jako neschopnost klienta spolupracovat, aniž by byla zohledněna hluboká vnitřní bariéra ponížení, kterou klient prožívá. Pracovník by měl v tomto procesu působit jako prostředník, který dokáže dekódovat klientovy obranné mechanismy a vytvořit bezpečný prostor pro komunikaci (Hradecký a kol., 2007).

#### 1.4.5 Individuální bariéry uživatelů

Individuální bariéry představují vnitřní psychické stavy a postoje, které mohou jedince paralyzovat i v situaci, kdy je služba formálně dostupná. Patří sem hluboce zakořeněné pocity bezcennosti, studu a rezignace, které jsou výsledkem opakovaných životních selhání. Tato vnitřní zranitelnost vede k sociálnímu uzavření a izolaci (Musil, 2004). V momentě, kdy jedinec nabude přesvědčení, že pro systém není důležitý a jeho snaha o změnu je marná, vnitřní bariéra se stává silnější než jakákoliv vnější pomoc.

Klíčovým konceptem je zde naučená bezmoc, kdy dlouhodobý pobyt na ulici a neúspěšné pokusy o změnu vedou ke ztrátě víry ve vlastní schopnost ovlivnit budoucnost. Motivace ke spolupráci se službami pak dramaticky klesá, protože každá další interakce s úřadem je vnímána jako riziko dalšího odmítnutí (Hradecký, 2007). Do těchto bariér se navíc často promítají symptomy duševních onemocnění (deprese, úzkosti, paranoidní stavy), které narušují schopnost stabilního jednání a rozhodování. Psychické potíže tak vytváří bludný kruh: špatný psychický stav brání vyhledání pomoci a absence podpory dále prohlubuje duševní strádání (Vágnerová, Csémy a Marek, 2013).

#### 1.4.6 Specifika přístupu ke zdravotní péči a duševnímu zdraví

Přístup ke zdravotní péči u osob bez domova je významně ovlivněn specifiky jejich životní situací. Tito jedinci často vstupují do kontaktu se zdravotním systémem pouze v akutních stavech, zatímco prevence, pravidelné kontroly a dlouhodobá terapie jsou pro ně často obtížně dostupné. Podle Nešporové a kol. (2019) je tento model péče neefektivní a nákladný, protože systém reaguje až na rozvinuté komplikace, které by při včasné intervenci mohly být zvládnutelné ambulantně. Tento přístup zároveň nereflktuje skutečnost, že zdravotní stav bývá u osob bez domova často druhořadý ve srovnání s jejich urgentními existenčními potřebami. Důsledkem je prohlubování zdravotních problémů a zvyšování nároků na akutní péči.

Specifickým problémem je také přístup ke službám v oblasti duševního zdraví. Osoby bez domova bývají často vyloučeny z psychiatrické péče kvůli svému způsobu života, neochotě spolupracovat nebo nemožnosti dodržovat terapeutické režimy. Jak uvádí Barták (2011), systém péče o duševní zdraví není dostatečně připraven na klienty, kteří nežijí stabilně, nejsou schopni dlouhodobého plánování a potřebují flexibilní formy podpory. Chybějí mobilní týmy, terénní

psychiatři i programy krizové intervence, které by respektovaly podmínky života lidí bez přístřeší. Tato situace vede k nedostatečné dostupnosti péče pro osoby, které ji často potřebují nejvíce.

Zásadní roli hraje také stigma spojené s bezdomovectvím, které ovlivňuje přístup lékařů, sester i dalšího zdravotnického personálu. Klienti bývají často vnímáni jako nevděční, nespolupracující nebo nepřizpůsobiví, což může vést k jejich marginalizaci i v samotných zdravotnických zařízeních. Jak uvádějí Průdková a Novotný (2008), nedostatek empatie a porozumění specifikům života bez domova přispívá ke ztrátě důvěry ve zdravotní systém. Právě důvěra je přitom klíčovým předpokladem pro navázání spolupráce a využívání zdravotních služeb. Bez ní zůstává i dostupná péče pro mnoho osob bez domova nedosažitelná.

#### 1.4.7 Stigmatizace a diskriminace

Stigmatizace představuje významnou překážku, která ovlivňuje nejen samotný přístup ke službám, ale i způsob, jakým je pomoc poskytována. Osoby bez domova bývají často vnímány prostřednictvím zjednodušujících stereotypů – jako osoby nespolupracující, závislé nebo odpovědné za svou situaci. Takové pohledy mohou vést k méně citlivému přístupu, k nedůvěře či k předčasnému odmítnutí pomoci. Stigma se neprojevuje pouze v osobních postojích jednotlivců, ale může být přítomné i v institucionálním prostředí, například v nastavení pravidel nebo v implicitních očekáváních, že klient bude jednat podle standardů, které neodpovídají jeho životní realitě. Tento způsob nahlížení může prohlubovat pocit odmítnutí a posilovat nedůvěru vůči systému. Důsledkem je situace, kdy člověk, který pomoc potřebuje, ztrácí odvahu ji znovu vyhledat, což dále prohlubuje jeho sociální vyloučení (Hradecký a kol., 2008).

#### 1.4.8 Mezioborová spolupráce a case management

Fragmentace systému zdravotní a sociální péče, popsaná v předchozích kapitolách jako jedna z klíčových systémových bariér, vyžaduje jako svou přirozenou protiváhu koordinovaný a mezioborový přístup. Mezioborová spolupráce – tedy systematická koordinace mezi zdravotníky, sociálními pracovníky, terénními pracovníky a dalšími odborníky – umožňuje reagovat na komplexní a vzájemně provázané potřeby osob bez domova jako na celek, nikoli jako na soubor izolovaných problémů přidělených jednotlivým resortům. Jak uvádí Hradecký (2007), efektivní pomoc osobám bez domova předpokládá překročení hranic jednotlivých profesí a institucí a vytvoření sdílené odpovědnosti za stabilizaci klienta.

Konkrétním nástrojem mezioborové spolupráce je case management, tedy model koordinované péče, v němž jeden pracovník přebírá roli průvodce klienta systémem služeb. Case manažer zná celkovou situaci klienta, komunikuje s různými institucemi, zajišťuje návaznost péče a pomáhá překonávat administrativní a organizační bariéry, na které klient naráží. Podle Nešporové a kol. (2019) je case management zvláště účinný u osob s komplexními potřebami – tedy u těch, kteří čelí souběhu bezdomovectví, duševního onemocnění a závislostí – protože jim umožňuje orientovat se v systému, který by jinak pro ně zůstal nepřístupný. Absence tohoto koordinačního článku vede k opakovanému propadání klientů systémem a ke kumulaci krizových situací, které by při včasné a koordinované intervenci mohly být předcházeny.

## 1.5 Strategie zvládání zátěže u osob bez domova

Strategie zvládání psychických potíží představují u osob bez domova klíčový faktor, který ovlivňuje jejich každodenní fungování, ochotu vyhledat pomoc i schopnost udržet kontakt se službami. Způsoby, jimiž jedinci reagují na chronický stres, nejistotu a opakované odmítání, nelze hodnotit izolovaně od podmínek, v nichž vznikají — teprve v kontextu extrémní sociální zátěže lze porozumět jejich ochranné funkci. Následující podkapitoly analyzují copingové strategie jako reakci na chronickou zátěž, rozlišují jejich adaptivní a maladaptivní podoby a věnují pozornost vlivu traumat, vnitřních zdrojů a sebemedikace jako specifické formy zvládání.

### 1.5.1 Specifika stresové zátěže v prostředí bezdomovectví

Bezdomovectví představuje jeden z nejintenzivnějších zdrojů chronického stresu, s nímž se člověk může v průběhu života setkat. Na rozdíl od akutních stresových situací, které mají jasný začátek a konec, je stresová zátěž spojená s životem bez domova trvalá, kumulativní a prostupuje všemi oblastmi každodenního fungování. Jedinec je permanentně vystaven nejistotě ohledně základních životních potřeb — bezpečí, jídla, přespání a hygieny — přičemž tato nejistota nevymizí ani ve chvílích relativního klidu. Psychika se tak nachází v chronickém pohotovostním režimu, který postupně vyčerpává adaptační kapacity organismu a vede k biologickým, psychologickým i sociálním důsledkům popsáným v předchozích kapitolách (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018).

Specifickým rysem stresové zátěže v kontextu bezdomovectví je její vícezdrojový charakter. Stres nevychází pouze z materiální deprivace, ale současně z opakovaného sociálního odmítání, ztráty identity, stigmatizace a z každodenního kontaktu s rizikovým prostředím. Jak uvádí Lazarus a Folkman (1984), klíčovým faktorem při zvládání stresu je kognitivní hodnocení situace — tedy to, zda jedinec vnímá zátěž jako zvladatelnou nebo jako přesahující jeho zdroje. U osob bez domova dochází v důsledku opakovaných neúspěchů a absencí kontroly k postupnému posunu tohoto hodnocení směrem k bezmoci — stres je vnímán jako trvalý, nepřekonatelný a nezávislý na vlastním jednání. Tento stav odpovídá konceptu naučené bezmoci (Seligman, 1975), kdy jedinec přestává věřit, že jeho jednání může situaci ovlivnit, a přechází do pasivního režimu přežívání.

Dlouhodobá stresová zátěž má prokazatelné neurobiologické důsledky. Chronická aktivace stresové osy vede k dysregulaci kortizolu, narušení spánku a oslabení imunitního systému, což přispívá k rozvoji somatických i psychických onemocnění. Jak uvádějí Vágnerová, Marek a Csémy (2018), opakovaná traumata a chronický stres narušují schopnost mozku efektivně zpracovávat nové podněty a vedou k rigidnímu, obrannému způsobu reagování. Výsledkem je paradoxní situace, kdy právě ti, kteří čelí největší zátěži, mají nejmenší kapacitu na ni funkčně reagovat — což se projevuje mimo jiné v jejich vztahu k systému služeb a ve volbě strategií zvládání.

Stresová zátěž v prostředí bezdomovectví tak nepůsobí pouze jako psychologický stav, ale jako komplexní mechanismus, který formuje celkové fungování jedince — jeho zdraví, vztahy, motivaci i schopnost využívat dostupnou pomoc. Porozumění této dynamice je nezbytným předpokladem pro tvorbu efektivních intervencí, které respektují reálné možnosti a limity osob bez domova. Právě na tuto dynamiku navazuje následující kapitola věnovaná strategiím zvládání zátěže.

### 1.5.2 Copingové strategie jako reakce na chronickou zátěž

Strategie zvládnání psychických potíží u osob bez přístřeší představují komplexní kombinaci obranných reakcí, adaptivních mechanismů a behaviorálních vzorců, které se formují v extrémních životních podmínkách. Jak uvádí Vágnerová, Marek a Csémy (2013), coping nelze chápat pouze jako vědomé rozhodování, ale také jako nevědomou reakci na ztrátu bezpečí, autonomie či důstojnosti. U osob bez domova se tyto reakce často vyvíjejí na pozadí dlouhodobé traumatizace a sociálního vyloučení. Výsledkem je uplatňování strategií, které mohou být z pohledu běžné populace vnímány jako maladaptivní, avšak v jejich životním kontextu plní důležitou ochrannou funkci.

Podle Vágnerové, Marka a Csémy (2013) samotné přežití na ulici představuje formu kontinuálního zvládnání stresu. Tento stav nutí jednotlivce ke každodenním rozhodnutím, jak zachovat fyzickou i psychickou integritu – ať už prostřednictvím izolace, rezignace, nebo naopak aktivního vyhledávání pomoci a dostupných zdrojů. Resilience, chápána jako schopnost dlouhodobě odolávat zátěži a přizpůsobovat se nepříznivým podmínkám, se u osob bez domova projevuje různými způsoby. Někteří nacházejí stabilitu v duchovní oblasti, jiní v komunitním životě mezi lidmi se stejnou zkušeností. Tyto projevy však často zůstávají skryté, neboť jsou překryty obrannými mechanismy, které chrání jedince před dalším zklamáním a stigmatizací.

Vágnerová, Marek a Csémy (2013) zdůrazňují, že strategie zvládnání nelze oddělit od kontextu nedůvěry ke službám, veřejným institucím a většinové společnosti. Tato zkušenost formuje specifický postoj ke světu, v němž jsou systémové nabídky často vnímány jako neúčinné nebo ohrožující. V důsledku toho se copingové strategie orientují spíše dovnitř – směrem k sebeobraně, uzavření nebo například spiritualizaci utrpení. Resilience se zde neprojevuje návratem do běžného života, ale spíše schopností dlouhodobě existovat v nejistých podmínkách při zachování základního smyslu sebe sama a světa.

### 1.5.3 Adaptivní a maladaptivní zvládnání

Základní teoretický rámec pro pochopení copingových strategií nabízí transakční model Lazaruse a Folkmana (1984), kteří rozlišují strategie zaměřené na problém — tedy aktivní snahu situaci řešit — a strategie zaměřené na emoci, jejichž cílem je regulace psychického napětí. U osob bez domova se toto rozlišení projevuje v podobě aktivních strategií na jedné straně a pasivních či únikových reakcí na straně druhé, přičemž volba mezi nimi je zásadně podmíněna aktuálním psychickým stavem a dostupností podpůrného prostředí.

Adaptivní copingové strategie se obvykle definují jako takové, které napomáhají zvládnání stresu bez negativních dopadů na fyzické či duševní zdraví. U osob bez domova se však hranice mezi adaptivitou a maladaptivitou často stírá. Jak uvádí Hradecký (2007), chování jako vyhledávání samoty, užívání alkoholu nebo odmítání pomoci nemusí být nutně projevem pasivity či sebezdravosti, ale může fungovat jako krátkodobě efektivní strategie ochrany před ještě závažnějším stresem. Kontext bezdomovectví tak zásadně ovlivňuje interpretaci copingového chování.

Maladaptivní strategie, jako je zneužívání návykových látek, agresivní chování nebo sebepoškozování, jsou mezi lidmi žijícími na ulici poměrně rozšířené, a to především v důsledku absence bezpečného prostředí a dlouhodobé podpory. Jak připomíná Musil (2004), tyto vzorce

chování často představují jediné dostupné reakce na environmentální násilí, systematické přehlížení a opakovanou traumatizaci. Nelze je proto chápat pouze jako projevy selhání, ale spíše jako důsledek přetížení copingové kapacity jednotlivce.

Na druhé straně existují i případy, kdy se osobám bez domova daří udržet určitou míru pozitivního zvládnání – například prostřednictvím vztahů, spirituality, pravidelného režimu nebo snahy o pracovní zapojení. Tyto strategie bývají méně viditelné, avšak významně přispívají k zachování vnitřní stability a naděje. Jak uvádí Nešporová a kol. (2019), i mezi osobami bez domova lze nalézt jedince, kteří využívají pozitivní emocionální strategie zvládnání a opakovaně se pokoušejí změnit svou situaci, byť s proměnlivým úspěchem.

#### 1.5.4 Vliv dlouhodobého stresu a traumat na copingové mechanismy

Chronický stres a kumulovaná traumata patří k nejvýznamnějším faktorům narušujícím psychickou rovnováhu u osob bez domova. Dlouhodobé vystavení nebezpečí, ztrátě kontroly a absenci stabilních vztahových vazeb ovlivňuje nejen neurobiologické reakce, ale i schopnost adaptace na zátěžové situace. Jak uvádějí Vágnerová, Marek a Csémy (2018), opakovaná traumata vedou k přetížení stresového systému a narušují schopnost mozku efektivně zpracovávat nové podněty. Důsledkem může být rigidita v chování, rezignace nebo zvýšená tendence k agresivním reakcím.

Změna copingových strategií se v důsledku chronického stresu se projevuje zejména snižující se variabilitou reakcí. Osoby bez domova často využívají již osvědčené, byť destruktivní vzorce chování, protože nemají dostatek energie či psychické kapacity zkoušet nové způsoby zvládnání. Chronický stres tak vede k postupnému oslabování schopnosti reagovat na nové stresory — adaptační kapacity jedince jsou trvale přetíženy a variabilita copingových reakcí se výrazně snižuje (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018). Důsledkem bývá dekompenzace, depresivní stažení nebo výskyt psychotických stavů.

U osob bez domova se tak může postupně rozvíjet stav, kdy po sérii životních ztrát přecházejí do pasivního a rezignovaného režimu fungování. V takové situaci se jakákoli aktivita může jevit jako zbytečná. Hradecký (2007) zdůrazňuje, že absence pozitivní zpětné vazby z prostředí a nízká míra vnímané autonomie oslabují motivaci ke zvládnání situací a vedou k uzavřenému obrannému režimu, v němž je přežití důležitější než změna. Tento stav je sice z psychologického hlediska pochopitelný, avšak zároveň prohlubuje sociální vyloučení a snižuje šanci na návrat k běžnému fungování.

#### 1.5.5 Význam vnitřních zdrojů (vitalita, spiritualita, naděje, smysl)

Vnitřní zdroje představují pro osoby bez domova zásadní složku psychické odolnosti, zejména v podmínkách dlouhodobé sociální izolace, materiální nejistoty a ztráty životních vazeb. Jak uvádějí Vágnerová, Marek a Csémy (2018), vitalita, tedy subjektivně vnímaná energie k životu, úzce souvisí s přesvědčením, že jedinec může ještě něco ovlivnit a že jeho existence má určitou kontinuitu. U osob bez přístřeší se tento pocit často obnovuje prostřednictvím duchovního rámce, víry ve vyšší řád nebo v možnost znovu nalézt smysl. Spiritualita, ať už v náboženské či nenáboženské podobě, umožňuje interpretovat utrpení jinak než jako bezvýchodný stav a nabízí přesah, který podporuje vnitřní stabilitu i v destruktivních podmínkách.

Naděje a smysl jsou často udržovány prostřednictvím drobných každodenních úspěchů, mezilidského kontaktu nebo rutinních činností. Jak upozorňují Vágnerová, Marek a Csémy (2018), právě malé fragmenty řádu, které si jedinec vytváří (např. plánování dne, sběr surovin nebo pomoc druhým), mohou tvořit základní osu, kolem níž se strukturuje jeho vnímání reality. Tyto mikro strategie nelze podceňovat, protože často rozhodují o tom, zda si jedinec udrží alespoň relativní psychickou rovnováhu. V situaci, kdy selhávají všechny formální systémy, se smysl a naděje stávají klíčovými vnitřními zdroji, které mohou zabránit úplnému psychickému kolapsu.

Hradecký (2007) zdůrazňuje, že význam těchto zdrojů se projevuje také v situacích, kdy dochází k pokusům o změnu nebo navázání kontaktu se službami. Bez určité míry vnitřní motivace, vnímání vlastní hodnoty a víry ve změnu je totiž obtížné, aby osoba bez domova udržela dlouhodobější spolupráci s pomáhajícími pracovníky. Naděje zde nepředstavuje iluzi, ale základní předpoklad procesu obnovy. Smysl života, byť odlišný od běžných společenských norem, vytváří rámec, v němž lze situaci bezdomovectví zvládat bez úplné psychické destrukce.

#### 1.5.6 Sebeléčba a rizikové chování jako strategie zvládnání nepříznivé sociální situace

Jedním z častých způsobů zvládnání stresu a psychické zátěže u osob bez domova je tzv. seabemeditace, přičemž nejčastěji se jedná o konzumaci alkoholu, užívání drog nebo nadměrné užívání léků. Jak uvádí Nešporová a kol. (2019), tyto praktiky slouží k utlumení psychického napětí, bolesti, traumatických vzpomínek nebo úzkostných stavů. Přestože z dlouhodobého hlediska prohlubují zdravotní i sociální problémy, v daném okamžiku představují pro jedince dostupnou strategii okamžité úlevy. Tento typ chování bývá často důsledkem absence funkční podpory ze strany systému zdravotní a sociální péče. Důsledkem je prohlubování závislostního chování a zhoršování celkového zdravotního stavu.

Podle Musila (2004) se rizikové strategie udržují také proto, že v prostředí ulice fungují jako součást neformálních vztahů a kulturních norem skupin, v nichž jedinec přežívá. Konzumace alkoholu nebo drog zde neplní pouze roli úniku, ale také nástroje sociální koheze a náhražky mezilidských vztahů. V kontextu bezdomovectví je tak rizikové chování do značné míry logickým důsledkem kombinace dlouhodobého stresu, traumat a sociálního vyloučení, nikoli pouze osobní volbou nebo morálním selháním. Právě tato skutečnost významně komplikuje preventivní a léčebnou práci s osobami bez domova.

Barták (2011) dále upozorňuje, že absence dostupného a kontinuálního přístupu ke zdravotním službám a psychiatrické péči vede k rozvoji nebezpečných substitučních praktik. Tyto praktiky mohou v konečném důsledku dále zhoršovat jak psychický, tak somatický stav jedince a prohlubovat jeho sociální vyloučení (Průdková a Novotný, 2008).

### 1.6 Nízkoprahová centra a jejich role v péči o lidi bez přístřeší

Nízkoprahová centra představují klíčovou součást sítě služeb pro osoby bez přístřeší — často jako jediné místo, kam může člověk v krajní nouzi vstoupit bez formálních překážek a bez nutnosti prokazovat totožnost, trvalé bydliště či deklarovat ochotu ke změně. Tato otevřenost vytváří prostor pro první kontakt se systémem pomoci a umožňuje základní stabilizaci, která může být výchozím bodem pro další práci s klientem. Specifickým rysem těchto služeb je

uplatňování principů harm reduction a přístupu zaměřeného na člověka, které respektují realitu klientova života a podporují jej v postupných pozitivních krocích bez moralizování (Hradecký a kol., 2007; Nešporová a kol., 2019).

### 1.6.1 Definice, cíle, principy a funkce nízkoprahových center pro lidi bez přístřeší

Nízkoprahová centra pro osoby bez přístřeší představují základní součást terénních a ambulantních služeb, které reagují na akutní potřeby osob žijících v extrémní sociální marginalizaci. Lze je charakterizovat jako zařízení poskytující bezpečný prostor, zajišťující základní hygienu, potraviny, kontakt s odborníky a v některých případech i krizovou intervenci. Cílem těchto služeb není bezprostřední resocializace klienta, ale vytvoření důvěrného prostředí, v němž je možné navázat vztah a postupně posilovat motivaci ke změně životní situace (Musil, 2004).

Princip nízkoprahovosti spočívá především v dostupnosti služby bez obtížných podmínek – klient nemusí dokládat totožnost, být abstinentem ani projevovat okamžitou ochotu ke změně. Klíčové je vytvořit takové podmínky, v nichž si klient zachová svou důstojnost a pocit kontroly nad vlastním životem, což je u osob s chronickým bezdomovectvím zásadní (Musil, 2004).

Nízkoprahové služby staví na principech harm reduction, akceptace, flexibility a nehodnotícího přístupu. Pracovníci respektují klientovu realitu, jeho volby i tempo změny. Tímto způsobem vytvářejí most mezi zcela vyloučenými osobami a systémem služeb, který by pro ně jinak zůstal nedostupný (Matoušek, 2010).

Významnou funkcí těchto zařízení je také prevence somatických a psychických dekompenzací, podpora duševní stability a včasná identifikace krizových stavů, které by bez podpory mohly vést k hospitalizaci nebo trestnímu řízení. Nízkoprahová centra zároveň představují důležitou vstupní bránu k dalším typům pomoci, jako jsou adiktologické služby, krizová centra, psychoterapie nebo zařízení sociální rehabilitace (Hradecký a kol., 2007).

V kontextu současných přístupů k práci s osobami bez domova nabývají tato zařízení ještě většího významu jako prostředí, v němž se uplatňuje přístup zaměřený na člověka, jeho individuální potřeby a životní příběh. Flexibilita služby umožňuje pracovníkům reagovat na proměnlivou situaci klienta, aniž by na něj vyvíjeli tlak na výkon či změnu, kterou aktuálně není schopen zvládnout. V některých případech jsou nízkoprahová centra jediným místem, kde klient zažívá bezpodmínečné přijetí, lidský kontakt a možnost vyjádřit své potřeby bez obav z odmítnutí či sankce (Musil, 2004). Tyto prvky jsou zvláště důležité u osob s duální diagnózou, traumatickými zkušenostmi a silným pocitem selhání, které typicky tyto služby vyhledávají.

Specifickým kontextem této práce je Nízkoprahové denní centrum působící v regionálním městě, kde je síť návazných zdravotních a sociálních služeb výrazně omezenější než ve velkých městských centrech. Tato skutečnost posiluje nezastupitelnou roli NDC jako často jediného dostupného kontaktního místa pro osoby bez domova v dané oblasti. Centrum zde neplní pouze funkci doplňkové služby, ale stává se klíčovým uzlem celé místní sítě pomoci. Podrobná charakteristika zařízení, jeho cílů, forem práce a používaných přístupů je uvedena v Příloze A.

### 1.6.2 Možnosti podpory duševního zdraví v rámci nízkoprahových zařízení

Nízkoprahová centra neplní pouze funkci zajištění základních materiálních potřeb, ale představují také prostor pro podporu duševního zdraví, důstojnosti a autonomie klienta. Jejich specifický přínos spočívá ve schopnosti pracovat s lidmi, kteří se nacházejí zcela mimo dosah

standardních pomáhajících profesí — bez nároku na abstinenci, aktivní snahu o změnu nebo splnění administrativních podmínek. Nízkoprahovost tak neznamená absenci pravidel, ale jejich přizpůsobení situaci osob v extrémní sociální marginalizaci.

Klíčovým principem je respekt k individuálnímu tempu změny a schopnost přijímat klienta bez podmínek. Jak uvádí Musil (2004), tento přístup přispívá k postupné obnově důvěry ve vztahy i instituce — předpokladu, bez něhož nelze efektivně pracovat s osobami s chronickým bezdomovectvím a kumulovanými traumaty. Nízkoprahové centrum se tak stává prostorem psychosociální stabilizace, který zmírňuje pocity izolace, úzkosti a bezmoci a nahrazuje fragmentovanost běžných služeb kontinuitou kontaktu.

Funkce těchto zařízení se pohybuje na pomezí krizové intervence a dlouhodobější podpory vedoucí k sociálnímu začleňování. Podle Nešporové a kol. (2019) poskytují prostor pro poradenství, zdravotní osvětu a zprostředkování dalších služeb. Pracovníci navazují vztah s klientem postupně a bez tlaku, což umožňuje postupné otevírání témat duševního zdraví, závislostí nebo sociální situace — a tím vytváří základ pro aktivizaci klienta a jeho zapojení do širšího systému podpory.

### 1.6.3 Význam vztahu pracovník–klient a přístup zaměřený na člověka

Kvalita vztahu mezi pracovníkem a klientem v nízkoprahovém zařízení představuje zásadní předpoklad pro jakýkoli další proces podpory. Jak uvádí Hradecký (2008), osoby bez domova často trpí hlubokou nedůvěrou vůči institucím i jednotlivým odborníkům, která pramení z předchozích zkušeností s odmítáním, stigmatizací nebo nepochopením. Pracovník, který s klientem navazuje kontakt, se tak stává nejen zástupcem služby, ale i potenciálním mostem k obnově vnímání vlastní hodnoty. Dlouhodobé a důsledné budování vztahu v atmosféře bezpečí, respektu a přijetí představuje klíčový předpoklad pozitivní změny. Tento přístup odmítá nátlak na změnu a staví na postupném posilování klientových silných stránek.

Přístup zaměřený na člověka, který v nízkoprahových službách převažuje, vychází z předpokladu, že každý klient má svou důstojnost, potenciál a právo být aktivním účastníkem rozhodování o sobě. Podle Musila (2004) jde o podporu klientovy autonomie bez paternalismu a o partnerský vztah v situacích, kdy běžný životní rámec selhal. Vztah se opírá o respekt ke zkušenostem člověka a jeho schopnosti přežít, přičemž pracovník pomáhá tyto schopnosti rozpoznat a dále rozvíjet. Důsledkem tohoto přístupu je postupné posilování motivace, schopnosti navazovat kontakt a orientovat se v nabídce služeb.

Nešporová a kol. (2019) upozorňují, že důvěryhodný vztah a individuální přístup umožňují pracovníkům odhalovat nejen zjevné obtíže, ale i skryté potřeby, jako je psychická nestabilita, trauma nebo sociální vyčerpání. Právě v této důvěrné rovině může docházet k prvním náznakům ochoty klienta přijímat pomoc a aktivně se zapojovat. Oproti standardizovaným přístupům, které kladou důraz na výkon nebo kontrolu, zde převládá snaha porozumět klientovu životnímu příběhu a jednat s ním jako s jedinečnou osobností. Důsledkem je postupné narušování marginalizace a vytváření nových vztahových zkušeností, které mají významný léčivý potenciál. Specifickým a v mezinárodní praxi stále více využívaným nástrojem v nízkoprahových službách je peer podpora, tedy zapojení osob s vlastní zkušeností s bezdomovectvím do role pracovníků nebo konzultantů v rámci pomáhajících týmů. Peer pracovník — člověk, který sám prošel situací, kdy přišel o domov, a stabilizoval se — disponuje jedinečnou schopností navázat spolehlivý kontakt s klienty, kteří standardním odborníkům nedůvěřují. Rozumí specifickému jazyku,

obavám i každodenním překážkám cílové skupiny a dokáže motivovat ke spolupráci způsobem, který institucionálnímu pracovníkovi bez vlastní zkušenosti není dostupný. Zahraniční studie dokládají, že programy s peer podporou vedou ke zvýšení ochoty klientů vyhledávat a využívat služby, ke zlepšení psychického stavu a ke snížení míry opakovaných hospitalizací (Davidson a kol., 2012). V českém kontextu zůstává peer podpora v oblasti bezdomovectví dosud málo rozvinutá, přestože její potenciál pro práci s osobami s chronickým bezdomovectvím a duševním onemocněním je značný.

#### 1.6.4 Přístup harm reduction v praxi

Přístup harm reduction, tedy snižování škod, se v kontextu péče o osoby bez přístřeší uplatňuje jako pragmatický a neodsuzující způsob práce s lidmi, kteří často žijí s dlouhodobými závislostmi, psychickými obtížemi a kumulovanými ztrátami. Jak upozorňuje Hradecký (2007), tento přístup není založen na požadavku úplného opuštění rizikového chování, ale na zmírnění jeho negativních dopadů na zdraví, bezpečí a sociální fungování klienta. Základem je akceptace reality, v níž se klient nachází, a nabídka podpory přiměřené jeho situaci, aniž by byla podmíněna abstinencí nebo zásadní změnou životního stylu. Tento způsob práce rozšiřuje dostupnost pomoci i pro osoby, které by jinak zůstaly mimo systém služeb.

V praxi nízkoprahových zařízení se harm reduction projevuje například distribucí hygienických a zdravotních pomůcek, možností základní hygieny a ošetření ran, edukací o bezpečnějším užívání návykových látek či podporou pravidelného kontaktu s odborníky. Musil (2004) poukazuje na to, že právě tento model práce umožňuje mnohým klientům udržet kontakt se službou i v náročných životních obdobích, kdy nejsou schopni větší míry zapojení. Významný je rovněž důraz na respekt, lidskost a schopnost pracovníka nepřístupovat ke klientovi hodnotícím způsobem, ale jako k partnerovi, který pomáhá zvládat každodenní situace a současně chrání veřejné zdraví a bezpečí.

Nešporová a kol. (2019) zdůrazňují, že harm reduction není ideologií tolerance k rizikovému chování, ale metodou budování důvěry a mostu k další možné pomoci. Pracovníci využívají každodenní kontakt k posilování informovanosti klienta, prevenci krizových situací a podpoře drobných kroků směrem ke zlepšení kvality života. Důsledkem může být postupné snižování zdravotních komplikací, omezení využívání akutních služeb či snížení rizika kriminality. V širším kontextu tak tento přístup přispívá k efektivnějšímu fungování systému sociální a zdravotní péče.

#### 1.6.5 Housing First jako alternativní přístup k podpoře osob bez domova

Přístup Housing First představuje zásadní změnu paradigmatu v práci s osobami bez domova. Na rozdíl od tradičních stupňovitých modelů, které podmiňují přidělení bydlení splněním řady podmínek — jako je abstinence, účast v terapeutických programech nebo prokázání pracovní aktivity — vychází Housing First z premisy, že stabilní bydlení je základním předpokladem jakékoli další intervence, nikoli její odměnou. Jak dokumentují Tsemberis, Gulcur a Nakae (2004), poskytnutí bezpodmínečného bydlení vede k výrazně vyšší míře jeho udržení a ke zlepšení psychického stavu klientů ve srovnání s tradičními přístupy.

Principem Housing First je okamžité zajištění stabilního bydlení doplněného flexibilní a dobrovolnou podporou v oblasti duševního zdraví, závislostí a sociálního fungování. Klient si sám volí míru zapojení do podpůrných programů, přičemž odmítnutí péče není důvodem k odebrání bydlení. Tento přístup respektuje autonomii jedince a vychází z přesvědčení, že pocit

bezpečí a soukromí vytváří podmínky, v nichž je teprve možné pracovat na dalších životních oblastech (Tsemberis, Gulcur a Nakae, 2004).

V českém prostředí zůstává Housing First dosud aplikován omezeně. Dominantním paradigmatem jsou stupňovité modely podmíněné péče, které kladou na klienty nároky, jež osoby s chronickým bezdomovectvím, duševním onemocněním nebo závislostmi často nedokážou naplnit. V českém prostředí zůstává Housing First dodnes aplikován omezeně, přestože zahraniční poznatky i odborná doporučení jeho rozšíření jednoznačně podporují (Tsemberis, Gulcur a Nakae, 2004).

### 1.6.6 Trauma informovaná péče v kontextu nízkoprahových služeb

Trauma informovaný přístup představuje přístup, který vychází z předpokladu, že většina klientů nízkoprahových služeb nese zkušenost závažného traumatu — ať již z dětství, institucionální výchovy, domácího násilí, zneužívání nebo z opakovaných negativních zkušeností s institucemi. Toto trauma významně ovlivňuje jejich chování, způsob komunikace a vztah k pomáhajícím profesionálům. Projevy jako agresivita, nedůvěra, odmítání pomoci nebo neschopnost dodržovat dohodnuté závazky nejsou projevem špatné vůle, ale důsledkem traumatické zkušenosti, která formuje způsob, jakým jedinec vnímá okolní svět a reaguje na něj (Hopper, Bassuk a Olivet, 2010).

Základním principem trauma informovaný přístup je přechod od otázky, *Co je s tímto člověkem špatně?* k otázce *Co tento člověk zažil?* Tento posun v perspektivě zásadně mění způsob, jakým pracovníci ke klientům přistupují — místo hodnocení a sankcionování chování se zaměřují na porozumění jeho příčinám a na vytváření bezpečného prostředí, v němž může klient postupně obnovovat důvěru. Trauma-informovaná péče přitom nevyžaduje, aby pracovník byl terapeutem — jde o obecný přístup zahrnující citlivost k traumatickým zkušenostem, nepřidávání dalšího poškození a respektující komunikaci (Hopper, Bassuk a Olivet, 2010).

V kontextu nízkoprahových služeb pro osoby bez domova nabývá tento přístup zvláštního významu. Jak vyplývá z výzkumů zaměřených na tuto cílovou skupinu, velká část osob bez domova prožila v minulosti závažná traumata, která se v podmínkách bezdomovectví reaktivují a prohlubují. Institucionální prostředí, které klienta opakovaně odmítá, stigmatizuje nebo staví před nesplnitelné požadavky, traumatizaci dále zesiluje. Naproti tomu prostředí, které je bezpečné, předvídatelné a respektující, umožňuje postupnou stabilizaci a vytváří podmínky pro navázání důvěryhodného vztahu — základního předpokladu jakékoli další pomoci (Vágnerová, Marek a Csémy, 2018).

## 1.7 Závěr teoretické části

Teoretická část práce ukázala, že bezdomovectví nelze chápat jako izolovaný sociální jev, ale jako komplexní a vzájemně podmíněný proces, v němž se prolínají strukturální nerovnosti, institucionální omezení a individuální zranitelnost. Duševní zdraví osob bez domova je významně ovlivněno chronickou nejistotou, stigmatizací a dlouhodobým nedostatkem stabilního a bezpečného zázemí. Život bez podpůrných vztahů a základních jistot vede k akumulaci psychické zátěže, která může vyústit v rozvoj duševních obtíží nebo prohlubování již existujících onemocnění — přičemž samotné osoby bez domova tyto obtíže často nevnímají v kategoriích duševní nemoci, ale jako přirozenou součást každodenního přežívání.

Analýza odborných přístupů zároveň ukázala, že bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám mají víceúrovňový charakter. Strukturální překážky, institucionální pravidla i individuální faktory — jako je nedůvěra, negativní zkušenosti či přijaté stigma — se vzájemně posilují a reprodukují, což vede k postupnému odpojování osob bez domova od systému péče. Vztah mezi dostupností služeb a psychickou stabilitou se tak jeví jako dynamický a vzájemně podmíněný proces, jehož pochopení je nezbytné pro tvorbu účinných intervencí.

Důležitou součástí obrazu jsou také strategie zvládání. Lidé bez domova si vytvářejí různé způsoby, jak přežít psychicky i fyzicky — od hledání každodenního řádu a smyslu až po užívání alkoholu jako úniku od bolesti. Tyto strategie nelze hodnotit bez ohledu na kontext — v extrémních podmínkách plní ochrannou funkci, přestože z dlouhodobého pohledu zranitelnost prohlubují.

Specifickým kontextem této práce je regionální prostředí menšího města, kde je síť zdravotních a sociálních služeb výrazně omezenější než ve velkých městských centrech. Nízkoprahové denní centrum zde neplní pouze funkci doplňkové služby, ale stává se klíčovým — a často jediným dostupným — kontaktním místem pro osoby bez domova. Skutečná multidisciplinární spolupráce přitom naráží na překážky, které ji v tomto prostředí činí dlouhodobě nerealizovatelnou. Právě tato mezera — nedostatečná pozornost věnovaná subjektivní zkušenosti osob bez domova v regionálním kontextu — představuje prostor, na který tato práce reaguje.

V návaznosti na vymezený teoretický rámec přechází práce k empirické části, která prostřednictvím kvalitativního výzkumu realizovaného metodou zakotvené teorie usiluje o hlubší porozumění tomu, jak jsou bariéry a strategie zvládání utvářeny a prožívány v konkrétním regionálním kontextu.

## 2 Výzkumná část

Výzkumná část diplomové práce se zaměřuje na identifikaci a interpretaci bariér v přístupu ke zdravotním a sociálním službám u osob bez domova a na analýzu strategií zvládání psychické zátěže, které tyto osoby využívají. Zatímco odborný diskurz se zpravidla soustředí na medicínské a systémové aspekty, subjektivní zkušenost samotných osob bez domova a jejich způsoby zvládání každodenní psychické zátěže zůstávají méně reflektovány. Právě na tuto mezeru tato část práce reaguje.

Problematika je analyzována prostřednictvím triangulace dat — z perspektivy samotných osob bez domova i odborníků pracujících s touto cílovou skupinou. Výzkumná část navazuje na teoretický rámec práce a usiluje o hlubší porozumění tomu, jak jsou bariéry a strategie zvládání utvářeny a prožívány v konkrétním regionálním kontextu menšího města. Získané poznatky mohou přispět k formulaci doporučení pro praxi sociální práce, zejména v oblasti podpory duševního zdraví a rozvoje nízkoprahových služeb.

### 2.1 Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce je identifikovat bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám u osob bez domova a strategie zvládání psychických potíží u těchto lidí. Tento cíl vychází z faktu, že osoby bez domova patří mezi skupiny vystavené dlouhodobé psychosociální zátěži, jejíž součástí je chronická nejistota, sociální vyloučení, stigmatizace a omezená dostupnost odborné podpory.

Duševní zdraví těchto osob je výrazně ovlivňováno nejen individuální životní situací, ale také strukturálním nastavením systému zdravotních a sociálních služeb. Přestože odborná literatura poukazuje na vysoký výskyt duševních obtíží u této cílové skupiny, méně pozornosti je věnováno tomu, jak osoby bez domova bariéry v přístupu ke službám vnímají a jak tyto překážky ovlivňují jejich každodenní fungování (Fazel, Geddes a Kushel, 2014).

Dalším cílem práce je přispět k hlubšímu porozumění zkušenostem osob bez domova v oblasti duševního zdraví a upozornit na vzájemnou provázanost systémových překážek a individuálních strategií zvládání.

Aplikačním cílem práce je nabídnout poznatky využitelné pro praxi sociální práce, zejména pro nízkoprahové služby, poskytovatele zdravotní péče a instituce zapojené do plánování sociálních služeb. Výsledky mohou sloužit jako podklad pro zlepšení dostupnosti podpory, posílení mezioborové spolupráce a rozvoj přístupu zaměřeného na potřeby klienta.

Poznávacím cílem práce je porozumět tomu, jak vzájemné interakce mezi osobami bez domova a odborníky formují vnímání bariér v přístupu ke zdravotním a sociálním službám a jaké strategie zvládání psychických potíží se v jejich zkušenostech objevují.

Hlavní výzkumná otázka zní (HVO): *Jak se bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám formují a jak ovlivňují zvládání psychických potíží u osob bez domova z pohledu klientů a odborníků?*

Dílčí výzkumné otázky napomáhají k rozpracování a konkretizaci hlavní výzkumné otázky. Umožňují strukturovat výzkumné šetření do jednotlivých tematických oblastí, jejichž zkoumání je nezbytné pro komplexní zodpovězení hlavní výzkumné otázky (Hendl, 2023).

*DVO 1: Jaké životní podmínky osob bez domova souvisejí se vznikem bariér?*

*DVO 2: Jak odborníci vysvětlují a interpretují bariéry v systému služeb?*

*DVO 3: Jak osoby bez domova reagují na bariéry a jaké strategie využívají při zvládnání psychické zátěže?*

*DVO 4: Jaké vztahy vznikají mezi bariérami a strategiemi zvládnání u osob bez domova?*

*DVO 5: Jaká opatření a změny mohou přispět ke zlepšení dostupnosti zdravotních a sociálních služeb pro osoby bez domova?*

### 2.1.1 Metodika výzkumu

Pro výzkum byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup, který umožňuje hlubší porozumění zkušenostem a významům, které jednotlivci přikládají vlastnímu jednání a životní situaci (Hendl, 2023). V rámci tohoto přístupu byla využita strategie případové studie regionálního kontextu v kombinaci s metodou zakotvené teorie. Tato volba vychází z potřeby porozumět bariérám v místě, kde je dostupnost specializovaných služeb omezená, což zásadně formuje zkušenosti lidí bez domova a jejich strategie zvládnání psychických potíží.

Působení autorky na pozici sociální pracovnice v daném zařízení umožňuje každodenní kontakt s cílovou skupinou a detailní znalost prostředí. Jak uvádí Hendl (2023), výzkumník je v kvalitativním přístupu hlavním nástrojem poznávání. Pozice výzkumnice umožnila kombinovat hloubkové rozhovory s dlouhodobým pozorováním, což posílilo kontextuální ukotvení dat a umožnilo lépe zachytit významy, které respondenti svým výpovědím přikládají. Sběr dat realizovaný v prostředí nízkoprahového denního centra tak zajistil relevanci získaných výpovědí na základě přímé zkušenosti aktérů se zkoumanou problematikou.

V souladu s definicí Chrastiny (2019) je cílem této případové studie poskytnout detailní a komplexní popis zkoumané reality. Na tento popis navazuje analýza pomocí zakotvené teorie (Grounded Theory Method, dále GTM), jež umožňuje systematicky analyzovat kvalitativní data a identifikovat kategorie a vztahy mezi nimi. Cílem této metody je vytvořit konceptuální porozumění zkoumanému jevu na základě empirických dat.

Metoda zakotvené teorie patří mezi nejčastěji využívané přístupy v kvalitativním výzkumu (Bryant & Charmaz, 2007). Původně byla formulována Glaserem a Straussem (1967) v oblasti sociologie a postupně se rozšířila i do dalších disciplín, například psychologie či psychoterapie. Zakotvená teorie vychází z tradice symbolického interakcionismu, který zdůrazňuje význam sociální interakce a interpretace při utváření lidského jednání.

Základním principem zakotvené teorie je vytváření teorií zakotvených v datech, tedy teorií, které vznikají v průběhu analýzy dat, nikoli pouze na základě předem formulovaných hypotéz (Glaser a Strauss, 1967). Analýza umožňuje identifikovat klíčové procesy a vztahy mezi jednotlivými jevy a na jejich základě formulovat konceptuální model zkoumané problematiky (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

Zakotvená teorie je nejen metodou analýzy dat, ale také přístupem, který ovlivňuje celý výzkumný proces. Charakteristickým prvkem tohoto přístupu je princip teoretického vzorkování, kdy jsou další data získávána a analyzována na základě konceptů a kategorií, které se postupně vynořují během analýzy. Výsledkem analýzy v rámci zakotvené teorie není pouze popis jednotlivých témat, ale vytvoření teoretického modelu nebo konceptu, který vysvětluje zkoumaný jev a vztahy mezi jeho jednotlivými aspekty (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

Využití zakotvené teorie je pro tuto práci metodologicky vhodné, neboť umožňuje zachytit proces vzniku bariér a strategií zvládání z perspektivy samotných aktérů a současně porozumět jejich vzájemným souvislostem.

### 2.1.2 Výzkumný vzorek

Jádro záměrného výběru respondentů spočívá v tom, že výzkumník úmyslně vybírá konkrétní cílovou skupinu osob, které mu pomohou zodpovědět jeho výzkumné otázky. Tito účastníci nejsou voleni náhodně, ale právě proto, že mají přímou a specifickou zkušenost se zkoumanou problematikou nebo jevem. Nejdůležitějším kritériem pro tento výběr je fakt, že potřebné a relevantní informace nelze získat jiným způsobem ani od jiných osob. Vybraní účastníci jsou tedy jedinečným a nepostradatelným zdrojem dat (Hricová a kol., 2023).

Výběr respondentů byl realizován metodou záměrného výběru. Vzhledem k profesnímu působení autorky v NDC probíhalo oslovení respondentů přímo v přirozeném prostředí této služby. Cílem nebyla statistická reprezentativnost, ale získání rozmanitých zkušeností relevantních k výzkumnému tématu. Mezi kritéria pro výběr uživatelů patřily: věk nad 18 let, aktuální zkušenost s bezdomovectvím a opakované využívání služeb NDC. Současně byla zohledněna ochota poskytnout informovaný souhlas a schopnost zapojit se do výzkumného rozhovoru. U odborníků bylo kritériem jejich profesní působení s touto cílovou skupinou a minimálně několikaměsíční praxe, aby byla zajištěna relevantní zkušenost se zkoumanou problematikou.

První skupinu respondentů tvořilo sedm uživatelů služby — pět mužů a dvě ženy — jejichž délka zkušenosti s bezdomovectvím se pohybovala od šesti měsíců do sedmi let. Při výběru byla záměrně zohledněna rozmanitost zkušeností, zejména délka života bez domova a míra zapojení do sociálních služeb. Všichni respondenti vykazovali na základě vlastního sdělení a orientačního posouzení pracovníků zařízení znaky psychických obtíží; formální diagnostika nebyla předmětem výzkumu ani podmínkou vstupu do služby, což odpovídá běžné praxi nízkoprahových center. Tato skutečnost nebyla zohledněna při interpretaci dat. Analyticky relevantní se ukázalo rozlišení mezi respondenty s převažujícími pasivními a aktivními strategiemi zvládání zátěže, neboť tento faktor významně ovlivňoval způsob jejich kontaktu se službami.

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru — Uživatelé NDC

Kód	Pohlaví	Věk	Délka bezdomovectví	Frekvence využití služby	Strategie zvládnutí
U1	muž	63 let	1 rok	3× týdně	pasivní
U2	muž	38 let	3 roky	denně	pasivní
U3	muž	59 let	7 let	denně	pasivní
U4	žena	49 let	4 roky	denně	pasivní
U5	muž	50 let	2 roky	denně	aktivní
U6	žena	39 let	1 rok	3× týdně	aktivní
U7	muž	28 let	6 měsíců	3× týdně	aktivní

Zdroj: vlastní zpracování

*Poznámka:* Rozlišení typu strategie zvládnutí nevychází z psychologického testování, ale z interpretace výpovědí respondentů v průběhu rozhovorů a z dlouhodobého pozorování v prostředí NDC. Všichni respondenti vykazovali na základě pozorování a self-reportu znaky psychických obtíží. Diagnóza nebyla předmětem výzkumného šetření ani podmínkou vstupu do nízkoprahové služby.

Druhou skupinu respondentů tvořilo pět odborníků — jeden muž a čtyři ženy — s délkou praxe v rozsahu pěti až dvaceti osmi let. Složení skupiny bylo záměrně zvoleno tak, aby reflektovalo multidisciplinární charakter podpory osob bez domova: vzorek zahrnoval sociální pracovnice centra, psychologa, praktickou lékařku a pracovníci městského úřadu, čímž byly zastoupeny služby sociální, zdravotní i úřední. Respondenti byli vybráni na základě profesní pozice a délky praxe, aby byla zajištěna relevantní perspektiva na pomezí zdravotní a sociální pomoci. Tato různorodost umožnila zachytit bariéry z více institucionálních úhlů pohledu a porovnat, jak odlišné profesní role ovlivňují interpretaci překážek i způsoby práce s uživateli. Velikost výzkumného souboru odpovídá charakteru kvalitativního výzkumu, jehož cílem není statistické zobecnění, ale hlubší porozumění zkoumanému jevu.

Tab. 2: Charakteristika výzkumného souboru — Odborníci

Kód	Pohlaví	Věk	Profese	Délka praxe	Typ služby
O1	muž	45 let	Psycholog	5 let	zdravotní
O2	žena	46 let	Sociální pracovnice NDC	15 let	sociální
O3	žena	62 let	Praktická lékařka	28 let	zdravotní
O4	žena	38 let	Sociální pracovnice MěÚ	12 let	úřední
O5	žena	31 let	Sociální pracovnice NDC	5 let	sociální

Zdroj: vlastní zpracování

### 2.1.3 Metoda sběru dat

Hlavní metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory, které umožňují zachovat tematický rámec a současně poskytují respondentům prostor pro individuální vyjádření jejich zkušeností a názorů. Tento typ rozhovoru umožňuje výzkumníkovi reagovat na výpovědi respondentů a rozvíjet témata, která se v průběhu šetření objeví. Hricová, Ondrášek a Urban (2023) označují za hlavní přednost polostrukturovaného rozhovoru jeho schopnost spojit silné stránky strukturovaných a nestrukturovaných metod – systematickosti dotazování s volností a možností hlubšího porozumění tématu.

Rozhovory probíhaly osobně v prostorách nízkopražového denního centra a v terénu, tedy v místech, která respondenti dobře znají a kde se cítí bezpečně. S ohledem na metodu zakotvené teorie byl rozhovorový scénář využíván flexibilně, což umožnilo v pozdějších fázích sběru dat hlouběji prozkoumat koncepty, které se vynořily v předchozích rozhovorech. Se souhlasem respondentů byly rozhovory nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány. Během přepisu byly veškeré osobní údaje anonymizovány a nahrávky byly po dokončení analýzy smazány v souladu s etickými standardy výzkumu. Přepsané texty následně sloužily jako primární podklad pro kódování a tvorbu teoretického modelu.

#### 2.1.4 Realizace sběru dat

Prvotním krokem výzkumného šetření bylo oslovení kolegů z NDC, kde autorka působí jako výzkumnice a sociální pracovnice. Následně byly telefonicky kontaktovány spolupracující instituce – konkrétně nemocnice, městský úřad – s žádostí o participaci odborníků na výzkumu. Se všemi oslovenými subjekty byla dohodnuta spolupráce založená na dobrovolnosti a profesním zájmu o téma duševního zdraví u osob bez domova.

Samotný sběr dat formou rozhovorů probíhal v období od ledna do března 2026. Jednotlivá setkání s respondenty trvala přibližně 20–50 minut v závislosti na ochotě a aktuálním nastavení účastníků. U některých respondentů z řad osob bez domova byly rozhovory realizovány opakovaně, a to na základě jejich vlastní iniciativy nebo potřeby doplnění výpovědi, což umožnilo hlubší porozumění zkoumané problematice. Rozhovory byly vedeny podle připraveného scénáře (viz Přílohy B2 a B3), přičemž struktura otázek byla flexibilně doplňována o navazující a upřesňující dotazy. Tento přístup umožnil hlouběji zachytit subjektivní zkušenosti respondentů a reagovat na specifické koncepty, které se v průběhu vyprávění vynořovaly.

Po ukončení každého rozhovoru následoval jeho doslovný přepis a prvotní analytická reflexe. Finanční náklady spojené s realizací výzkumu byly minimální; zahrnovaly technické zajištění záznamu dat a tisk protokolů informovaného souhlasu pro všechny účastníky šetření.

#### 2.1.5 Analýza dat

Analýza dat probíhala paralelně se sběrem dat, což odpovídá principům zakotvené teorie. Tento přístup umožňuje vytvářet teoretické porozumění zkoumaného jevu na základě systematické analýzy empirických dat. Přitom umožňuje identifikovat významové kategorie a vztahy mezi nimi a následně formulovat interpretační rámec vysvětlující zkoumanou problematiku. Základním zdrojem dat byly přepisy polostrukturovaných rozhovorů realizovaných s osobami bez domova a odborníky pracujícími s touto cílovou skupinou. Analýza probíhala v několika navazujících fázích, které odpovídají standardizovaným postupům v zakotvené teorii (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

V první fázi analýzy bylo využito otevřené kódování. V prepisech rozhovorů byly identifikovány významové jednotky relevantní vzhledem k výzkumným otázkám, které byly následně označeny kódy stručně vystihujícími jejich základní význam. Kódy představovaly pojmenování jevů, zkušeností nebo situací popisovaných respondenty (Strauss a Corbin, 1999). Tyto jednotky byly následně systematicky porovnávány a postupně seskupovány do širších kategorií na základě principu neustálého porovnávání, který je pro zakotvenou teorii charakteristický (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

Následně proběhla fáze axiálního kódování, v níž byly mezi vznikajícími kategoriemi hledány vzájemné vztahy a souvislosti. Cílem této fáze bylo propojit jednotlivé kategorie do širšího interpretačního rámce a identifikovat procesy, prostřednictvím nichž vnímané bariéry v přístupu ke službám ovlivňují volbu konkrétních strategií zvládnání psychické zátěže. Součástí analytického procesu bylo také průběžné zaznamenávání analytických poznámek, které sloužily k zachycení vznikajících interpretací, hypotéz a souvislostí. Tyto poznámky napomáhaly systematickému rozvíjení analýzy a přispěly k hlubšímu porozumění analyzovaným datům. Analytický postup byl průběžně ověřován porovnáváním nově vznikajících kategorií s již analyzovanými daty v souladu s principem neustálého porovnávání (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013).

V závěrečné fázi analýzy, označované jako selektivní kódování, byl formulován ústřední koncept (centrální kategorie), který umožnil propojit jednotlivé kategorie do výsledného interpretačního modelu. Výsledkem analýzy tak není pouze tematické uspořádání dat, ale ucelený model vysvětlující dynamiku vztahů mezi bariérami v systému péče a individuálními strategiemi zvládnání psychických potíží u osob bez domova v regionálním kontextu.

### 2.1.6 Etické aspekty

Základním etickým požadavkem výzkumu byl informovaný souhlas účastníků (viz Příloha č. B1). Každý respondent byl před zahájením rozhovoru srozumitelně seznámen s cílem výzkumu, jeho průběhem i s ujištěním o důvěrnosti. Vzhledem k různorodé sociální a vzdělanostní úrovni respondentů z řad osob bez domova byly informace podávány přístupnou formou bez odborného jazyka a byl poskytnut dostatečný prostor pro doplňující otázky. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a respondenti byli informováni o možnosti kdykoliv a bez udání důvodu od rozhovoru odstoupit.

Specifickým etickým aspektem výzkumu je dvojrole autorky jako výzkumnice a současně zaměstnankyně nízkoprahového centra. Tato skutečnost může vytvářet potenciální nerovnováhu ve vztahu k uživatelům služby. Z tohoto důvodu bylo opakovaně zdůrazněno, že účast na výzkumu nemá žádný vliv na rozsah či kvalitu poskytovaných služeb. Aby bylo zajištěno bezpečné prostředí, probíhaly rozhovory v soukromí, bez přítomnosti dalších pracovníků či klientů. Data byla zpracována způsobem zajišťujícím anonymitu respondentů. Jejich jména byla nahrazena identifikačními kódy a audiozáznamy byly po dokončení analýzy smazány z důvodu ochrany soukromí účastníků.

Etická odpovědnost zahrnovala také průběžnou reflexi role výzkumnice. V souladu s principy kvalitativní metodologie autorka usilovala o vědomé odhlédnutí od vlastních profesních předsudků či stereotypů. Cílem bylo vystupovat nikoliv jako autorita, ale jako partner, který vytváří bezpečný prostor pro autentické sdílení zkušeností. Dodržování těchto principů není pouze formálním požadavkem, ale zásadním předpokladem pro získání validních a eticky hodnotných dat, která respektují důstojnost všech zúčastněných stran.

### 2.1.7 Omezení výzkumu

Přestože výzkum přinesl řadu hloubkových poznatků o bariérách a strategiích zvládnání psychických potíží, je nutné reflektovat určitá metodologická omezení.

Prvním limitem je způsob výběru respondentů skrze denní centrum. Do šetření se zapojili především uživatelé, kteří jsou se sociální službou v pravidelném kontaktu a mají s pracovníky vytvořený vztah. To mohlo ovlivnit charakter výpovědí, zejména v oblasti hodnocení hodnoty a dostupnosti sociální služby. Specifickým faktorem je také role autorky jako sociální pracovnice v daném zařízení; tato blízkost sice pomohla k navázání důvěry, mohla však u některých respondentů vést k tendenci podávat sociálně žádoucí odpovědi, které mohly být ovlivněny potřebou pozornosti a udržení vztahu s výzkumníkem, což je v kontextu životní situace osob bez domova pochopitelné.

Další omezení představuje zaměření na jediné zařízení v regionu. Vzhledem k odlišnostem v personálním zajištění a návazné síti služeb v jiných regionech nelze výsledky automaticky zobecňovat na celou Českou republiku. Cílem zakotvené teorie však nebylo dosáhnout statistické reprezentativnosti, nýbrž vytvořit teoretický model platný pro specifický kontext menšího města s omezenou sítí služeb.

Limitem byla rovněž práce s daty o duševním zdraví respondentů, která vycházela výhradně z jejich vlastních výpovědí a nebyla ověřována zdravotnickou dokumentací. Životní situace respondentů, často spojená s užíváním návykových látek či aktuálním psychickým stavem, navíc u některých jedinců komplikovala schopnost dlouhodobého soustředění. Aby bylo zajištěno porozumění, bylo nutné otázky opakovaně vysvětlovat nebo přeformulovat, což mohlo mít vliv na strukturu některých rozhovorů.

Dopad těchto omezení byl minimalizován kombinací rozhovorů s dlouhodobým pozorováním a průběžným ověřováním významu sdělení přímo během setkání. Uvedené limity byly zohledněny při interpretaci výsledků, přesto však získaná data nabídla cenný vhled do prožívání lidí bez domova v konkrétním regionálním rámci.

## 2.2 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Tato kapitola představuje výsledky realizovaného kvalitativního výzkumu a jejich interpretaci. Získaná data jsou analyzována a prezentována podle jednotlivých tematických oblastí, které vycházejí ze stanovených dílčích výzkumných otázek. Cílem je přehledně představit zjištění týkající se bariér v přístupu ke zdravotním a sociálním službám a jejich vztahu k psychickému stavu osob bez domova a strategiím zvládnutí.

V první fázi, v rámci otevřeného kódování, byly z přepisů rozhovorů identifikovány významové jednotky, kterým byly přiřazeny jim odpovídající kódy. Tyto kódy byly vytvářeny induktivně, přímo na základě dat, a v průběhu analýzy dále zpřesňovány a slučovány.

V následující fázi axiálního kódování byly jednotlivé kódy seskupeny do širších kategorií a byly analyzovány jejich vzájemné vztahy. Výsledkem tohoto procesu bylo vytvoření souboru kategorií, které zachycují klíčové dimenze zkoumaného jevu.

Na základě selektivního kódování byla následně formulována centrální kategorie, která propojuje jednotlivé oblasti analýzy a umožňuje porozumět vztahům mezi bariérami v přístupu ke službám, psychickým stavem respondentů a jejich strategiemi zvládnutí.

Výsledky zároveň ukazují, že tyto oblasti nevystupují izolovaně, ale vytvářejí vzájemně propojený proces, v němž bariéry v přístupu ke službám ovlivňují psychický stav jednatelce a ten následně formuje volbu strategií zvládnání.

Výsledky jsou v této kapitole prezentovány prostřednictvím následujících kategorií: kontext životní situace, psychický stav a prožívání, vnímané bariéry v přístupu ke službám, faktory ovlivňující využívání služeb, strategie zvládnání, důsledky pro fungování a využívání služeb a vnímané potřeby a návrhy změn. Zvláštní pozornost je v rámci jednotlivých kategorií věnována subjektivnímu prožívání respondentů, neboť psychický stav se ukazuje jako klíčový filtr ovlivňující interpretaci bariér i volbu strategií zvládnání.

### 2.2.1 Axiální kódování z perspektivy osob bez domova

Tabulky uvedené v přílohách práce zachycují výsledky otevřeného kódování v podobě, v jaké vznikaly v průběhu analýzy jednotlivých rozhovorů. Názvy kategorií proto mohou být u různých respondentů formulovány odlišně — například kategorie označená u respondenta U1 jako *Sociální a materiální nestabilita* odpovídá kategoriím *Životní situace* či *Kontext životní situace* u respondentů U2–U7. Tato terminologická variabilita odráží induktivní povahu otevřeného kódování, při němž jsou kódy a kategorie generovány přímo z dat bez předem daných pojmových rámců. V procesu axiálního kódování byly tyto kategorie prostřednictvím neustálé komparace systematicky porovnávány, zpřesňovány a integrovány do jednotného analytického schématu. Výsledné kategorie prezentované v hlavním textu práce tak představují syntetizovanou podobu vzniklou sloučením a přejmenováním dílčích kategorií z fáze otevřeného kódování.

Na základě otevřeného kódování byly identifikovány klíčové významové kódy, které byly následně prostřednictvím axiálního kódování systematicky seskupeny do širších kategorií. Tyto kategorie byly vytvářeny na základě významové podobnosti kódů a jejich opakovaného výskytu v datech. Analýza ukázala, že bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám nemají jednorozměrný charakter a lze je strukturovat do několika vzájemně propojených oblastí. Jednotlivé kategorie vznikly jako syntéza konkrétních kódů, které se v datech opakovaly.

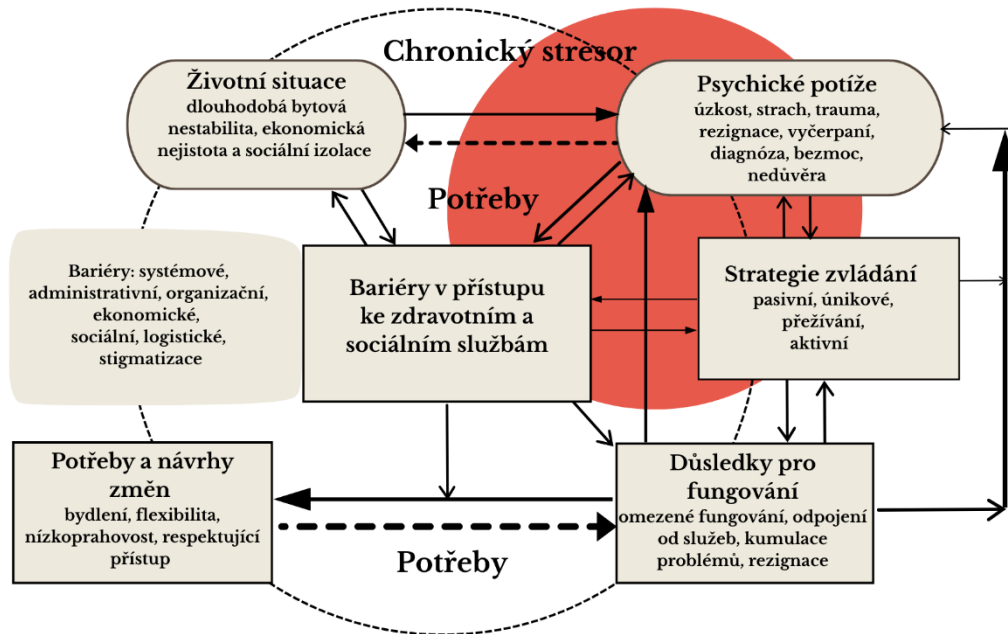
Procesem neustálé komparace a postupného slučování těchto kódů docházelo k jejich zpřesňování a následné krystalizaci do širších tematických kategorií. Tyto kategorie nepředstavují pouze statický popis situace, ale zachycují vzájemně provázané procesy, které formují každodenní fungování osob bez domova, zejména ve vztahu k jejich psychickému stavu a možnostem využívání dostupné pomoci.

Vzhledem k rozsahu a hloubce získaných dat je v této kapitole prezentována syntéza klíčových zjištění. Kompletní přehled kódů a jejich kategorizace, zahrnující jak respondenty z řad osob bez domova, tak odborníky, je pro účely transparentnosti výzkumu uveden v přílohách práce. V hlavním textu jsou proto prezentovány pouze vybrané ukázky výpovědí respondentů, které ilustrují identifikované kategorie a vztahy mezi bariérami systému, psychickým stavem a způsoby zvládnání. Tabulky otevřeného kódování zachycující kategorie a jejich význam pro každého respondenta z řad osob bez přístřeší jsou uvedeny v Přílohách C1–C7.

Analýza ukázala, že jednotlivé kategorie nejsou izolované, ale vytvářejí vzájemně propojený celek. Tento poznatek vedl k přechodu k axiálnímu kódování, jehož cílem bylo tyto vztahy systematicky popsat, strukturovat a interpretovat.

Na základě tohoto procesu byly identifikovány následující klíčové kategorie: životní situace osob bez domova, psychické potíže, bariéry v přístupu ke službám, strategie zvládnání, důsledky pro fungování, potřeby a návrhy změn. Tyto kategorie tvoří základ pro formulaci interpretačního modelu, který zachycuje dynamiku vzájemných vztahů mezi strukturálními podmínkami, individuálními faktory a reakcemi respondentů.

Pro lepší přehlednost a vizualizaci těchto vztahů je v následující části uvedena myšlenková mapa, která shrnuje hlavní identifikované kategorie a jejich vzájemné propojení.



Obr. 2: Myšlenková mapa axiálního kódování – perspektiva osob bez domova

Zdroj: vlastní zpracování

### 2.2.1.1 Vymezení životní situace jako víceúrovňový problém

Z analýzy výpovědí respondentů vyplývá, že jejich současná životní situace je charakterizována jako víceúrovňový problém, kde se prolíná dlouhodobá bytová nestabilita, chudoba, institucionální zátěž (např. propuštění z výkonu trestu) a ekonomická nejistota. Tyto faktory tvoří základní strukturální podmínky na makro-úrovni, v nichž se formují další obtíže související s přístupem ke zdravotním a sociálním službám.

Respondenti popisují své každodenní fungování jako výrazně omezené podmínkami života bez domova, zejména nutností zajišťovat základní potřeby, jako je přespávání, hygiena či strava. Nestabilita bydlení se přitom ukazuje jako klíčový faktor, který ovlivňuje nejen materiální situaci, ale i další oblasti života včetně schopnosti plánovat a řešit dlouhodobější záležitosti.

Tato situace je často důsledkem hromadění negativních životních událostí, zejména ztráty zaměstnání, následné ztráty bydlení a postupného oslabení sociálních vazeb na mezo úrovni. Respondenti popisují tento proces jako postupný propad, ze kterého je obtížné se vrátit do běžného fungování. Jak uvádí jeden z respondentů:

*„Byla to plíživá bouře. Začalo to výpovědí a skončilo ztrátou všeho, co jsem znal. Dnes už vím, že pád na dno je rychlý, ale šplhání zpět k důstojnému životu vyžaduje sílu, kterou v sobě člověk po tom všem jen těžko hledá.“ (U5)*

Ztráta zaměstnání pro respondenta nepředstavovala pouze ekonomický výpadek, ale stala se spouštěčem postupné eroze osobní identity a bezpečí na mikro-úrovni. Proces přechodu na ulici je v jeho výpovědi popsán jako nezvratný propad doprovázený paralyzujícím pocitem existenční tísně, kde každá další finanční ztráta prohlubuje psychickou rezignaci. Tento stav není jen logickým důsledkem chybějících prostředků, ale hlubokým vnitřním traumatem ze ztráty domova, které respondentovi postupně bere sílu k aktivnímu hledání cesty zpět do běžného života. Podobně i další respondenti poukazují na dlouhodobý charakter své situace a její stabilizující se negativní dopad na jejich životní podmínky:

*„Už je to nějakých sedm let. Nejdřív jsem prostě přišel o práci a pak už to s tím bydlením nešlo utáhnout. Člověk se v tom tak veze, že si ani neuvědomí, jak hluboko spadl. Najednou se rozhlédnete a zjistíte, že vám vlastně nezbylo vůbec nic.“ (U3)*

Vedle materiálních faktorů se v kontextu životní situace výrazně uplatňuje také dimenze nejistoty a nepředvídatelnosti. Respondenti opakovaně zdůrazňují, že absence stabilního bydlení vede k pocitu trvalé nejistoty a znemožňuje plánování budoucnosti:

*„...Člověk nikdy neví, co bude další den. Stačí jedna rána, která vás srazí, a najednou se jen díváte, co dalšího se ještě pokazí. Po letech už se raději ani neodvažuji nic plánovat...“ (U2)*

Výpovědi respondentů shodně ukazují, že život na ulici je prožíván jako nepřetržitý stav přežívání, v němž absence bezpečného zázemí, finančních prostředků a stabilních vztahů znemožňuje jakékoli dlouhodobé plánování či stabilizaci situace. Například U1 uvádí:

*„První týden jsem jen bezcílně přežíval, pil alkohol a byl úplně na dně. Byl jsem tak mimo, že jsem nebyl schopný se sebrat, někam jít nebo cokoliv řešit. Nevěděl jsem, co dál dělat.“*

Podobně U4 poukazuje na materiální nedostatek a jeho vliv na psychické zdraví:

*„Pořád mi kolísá nálada. Včera jsem neměl peníze na léky, tak jsem si je musel obstarat, teď musím počkat, až začne působit jejich účinek. Ale bez těch léků to nezvládnou, zvláště v takové situaci, ve které vám to moc nepřidá.“*

Sociální vyloučení a bariéra mezi světem venku a světem vnitřním je patrné i z výroku U4: „Nemůžu se bavit s normálníma lidmi...“. U6 pak zdůrazňuje absenci bezpečného zázemí jako klíčový deficit soukromí:

*„Nejhorsí na ulici je ten pocit, že prostě nemáš kam jít, lehnout si do soukromí, uzavřít se a odpočinout si od všeho. Musíš být pořád tady, nemůžeš vypnout.“*

Životní situace respondentů tak nepředstavuje pouze soubor objektivních podmínek, ale dynamický a víceúrovňově zatěžující systém, který zásadně ovlivňuje jejich každodenní fungování i možnosti řešení vlastní situace. Tyto podmínky zároveň vytvářejí výchozí stav, ze kterého následně vznikají a prohlubují se bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám.

#### 2.2.1.1.1 Mechanismy vzniku problému v zdravotní a sociální oblasti

Vznik zdravotních a sociálních problémů v kontextu bezdomovectví není náhodným procesem, ale přímým důsledkem extrémní adaptace na nepříznivou situaci. Mechanismem vzniku je zde tzv. *prioritní vytěsňování*, kdy jedinec je nucen veškerou energii investovat do okamžitého přežití, čímž dochází k systematickému zanedbávání dlouhodobých potřeb, jako je zdraví nebo udržování sociálního statusu. Zdravotní problémy nevznikají pouze v důsledku nepříznivého

počasí, ale především proto, že v podmínkách života na ulici není možné dodržovat základní hygienické a zdravotní návyky, jako je pravidelná osobní hygiena, výměna oblečení či péče o chrup. Nedostatek zázemí vede k tomu, že respondenti často nosí stejné oblečení po dlouhou dobu a nemají možnost se pravidelně umývat, což významně zvyšuje riziko vzniku a zhoršování zdravotních obtíží:

*„Já neřeším, že mám mokré boty a bundu, no budu kašlat a co, ... prioritou je sehnat víno a jídlo. Jenže pak se z toho může stát zápal plic a zjistím, že nemám ani na doplatek na antibiotika. Tak se z drobnosti stane něco, co vás úplně odrovná ...“ (U7)*

Souběžně s fyzickým úpadkem dochází k vnitřní psychické destabilizaci, která funguje jako klíčový mechanismus fixace problému. Psychické prožívání respondentů se vlivem dlouhodobého stresu mění a dochází k výraznému snížení funkční kapacity. Problém zde nevzniká náhle, ale skrze postupné vyčerpání schopnosti aktivně jednat, což respondenti popisují jako fáze rezignace a útlumu:

*„Už prostě nemám sílu vůbec nic řešit. Jsem rád, že nějak přečkám den, že zvládnou ty úplně nejzákladnější věci. Člověk se v tom tak utopí, že i obyčejný řád nebo nákup vypadají jako hora, na kterou se nedá vylézt.“ (U3)*

Tento rozklad akceschopnosti je dále prohlubován reaktivací traumat z minulosti. Životní situace bezdomovectví působí jako spouštěč starých zranění, která v bezpečném prostředí zůstávala potlačena. Vzniká tak hluboká vnitřní bariéra, kdy se k aktuální existenční tísní přidávají stavy úzkosti a traumata, například z ústavní výchovy či zneužívání, jak reflektuje respondent U5:

*„Když jsem se narodil, hned jsem šel do dětského domova. Ve třech letech si mě vzala babička, ale pak jsem se znovu dostal do ústavu. Nebylo to tam dobrý a v osmi letech jsem tam zažil zneužívání. Dost mě to poznamenalo, měl jsem z toho velký trauma a vlastně mi to zničilo dětství. Snažil jsem se na to nemyslet a nějak to potlačit, ale stejně to ve mně pořád zůstává a vrací se to“.*

Sociální problémy u osob bez domova vznikají především v důsledku dlouhodobé absence stabilního zázemí, která vede k narušení každodenních sociálních návyků a postupné ztrátě sociálních kompetencí. Nedostatek soukromí a hygienických podmínek způsobuje viditelné znaky sociálního vyloučení (např. zanedbaný vzhled či zápach), které vedou k negativním reakcím okolí. Tyto vnější reakce následně omezují možnosti sociální interakce a vedou k postupnému vyčleňování jedince z majoritní společnosti.

Současně tento proces probíhá i na vnitřní úrovni – opakované zkušenosti s odmítáním vedou k narušení sebeúcty, ztrátě důvěry v druhé a postupnému přijetí identity jako vyloučeného člověka. Sociální problémy tak nevznikají pouze jako důsledek individuálních charakteristik, ale jako výsledek dlouhodobé interakce mezi podmínkami života na ulici a reakcemi sociálního okolí.

*„Na ulici nemluví s lidmi, co nejsou jako já. Nečistím zuby, neholím se — ve sprše jsem byl před měsícem, a to jen proto, že jsem byl v nemocnici [pozn. autorky: hospitalizace představovala pro respondenta jediný přístup k hygienickému zázemí], ale mě je to jedno. Já nikam nechodím... Jsem dávno mrtvý jako duše, ale fyzicky ještě jsem... bohužel.“ (U4)*

Pak se tyto problémy stávají chronickými, a klíčem je vzájemné působení deficitů. Špatný zdravotní stav funguje jako bariéra při hledání práce či vyřizování administrativy, zatímco sociální

izolace a chybějící podpora blízkých znemožňují rekonvalescenci. Vzniká tak uzavřený kruh, kde se zdravotní handicap stává příčinou sociálního propadu a sociální marginalizace příčinou dalšího zhoršování zdraví:

*„Chtěl jsem jít na brigádu, ale s těma nohama, co mám samý vřed, tam nevydržím stát ani hodinu. A abych si ty nohy vyléčil, potřebuji byt v suchu a klidu, což na lavičce v parku neuděláte. Nemám domov, to znamená, že nemám nic. Je to past, ze který není úniku.“ (U2)*

Z výše uvedené analýzy vyplývá, že mechanismus vzniku problémů u osob bez domova není jen lineárním procesem. Problém začíná u materiální deprivace, která skrze „prioritní vytěsnění“ vede k fyzickému úpadku, a následně se skrze reaktivaci traumat a psychickou paralýzu fixuje v hlubokých strukturách osobnosti. Tento stav, kdy se fyzické strádání odráží v psychosociální rezignaci, tvoří základ pro vznik specifických systémových a individuálních bariér, které jednotlivce izolují od odborné pomoci. Tato izolace je dále prohlubována všudypřítomným sociálním stigmatem, které deformuje identitu jedince a zásadně limituje jeho možnosti uplatnění. V reakci na tento nepříznivý souběh faktorů jsou pak respondenti nuceni rozvíjet specifické strategie zvládání, které se však často soustředí pouze na krátkodobé přežití v rámci bludného kruhu bezdomovectví.

#### 2.2.1.2 Bariéry v přístupu ke službám

Na základě provedené analýzy dat byly identifikovány bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám, které představují centrální jev této práce. Tyto bariéry nejsou homogenní, ale mají víceúrovňový charakter a vznikají v důsledku vzájemného působení strukturálních, sociálních, psychologických a materiálních faktorů. Cílem analýzy nebylo pouze popsat bariéry odděleně pro zdravotní a sociální služby, ale především identifikovat jejich společné mechanismy vzniku. Z tohoto důvodu jsou bariéry strukturovány podle jejich povahy (např. systémové, sociální či psychologické), nikoli pouze podle typu služby, ve které se projevují.

V rámci axiálního kódování byly bariéry systematicky strukturovány do několika základních kategorií, které reflektují jejich odlišnou povahu a mechanismus působení. Konkrétně se jedná o bariéry systémové, administrativní a organizační, časové a logistické, ekonomické a materiální, psychologické a sociální. Tyto kategorie nepředstavují izolované oblasti, ale vzájemně se prolínají a v konkrétních situacích kumulují.

Identifikované bariéry se současně projevují jak v přístupu ke zdravotním, tak k sociálním službám. Zatímco jejich konkrétní podoba se může lišit v závislosti na typu služby, jejich základní mechanismy zůstávají obdobné. Analýza tak ukazuje, že omezený přístup ke službám není důsledkem jednoho faktoru, ale výsledkem komplexní interakce mezi životní situací osob bez domova a nastavením systému pomoci.

##### 2.2.1.2.1 Systémové bariéry

Z analýzy dat vyplynulo, že respondenti vnímají významnou část překážek v přístupu ke službám jako důsledek samotného nastavení systému pomoci. Systém je podle jejich zkušeností orientován především na osoby, které mají určitou míru stability, schopnost plánovat, orientovat se v institucích a dlouhodobě plnit stanovené požadavky. Tyto předpoklady však neodpovídají životní realitě osob bez domova, jejichž každodenní fungování je určováno především potřebou okamžitého přežití.

V datech se dále ukazuje, že systémové bariéry souvisejí s nedostatečnou kapacitou dostupných služeb, omezenou návazností jednotlivých forem pomoci a absencí stabilnějších řešení, která by umožňovala dlouhodobější sociální stabilizaci. Respondenti současně poukazují na proměnlivost systému a časté změny v pravidlech, podmínkách a dostupnosti služeb, ve kterých je pro ně obtížné se orientovat. Tato nejistota je dále posilována tím, že osoby bez domova často nemají možnost být o změnách včas informovány.

Analýza tak ukazuje, že systémové bariéry nepředstavují pouze jednotlivé překážky, ale širší rámec, v němž se kumulují další typy bariér – administrativní, časové, materiální i psychologické. Omezený přístup ke službám se proto nejeví jako důsledek jednoho izolovaného faktoru, ale jako výsledek nesouladu mezi nastavením systému a reálnými možnostmi cílové skupiny.

Významným prvkem této systémové bariéry je také absence osobních dokladů, která v praxi funguje jako selektivní filtr znemožňující vstup do systému pomoci. Respondent U5 tuto zkušenost popisuje následovně:

*„Chtěli po mně, abych si vyřídil občanku, ale k tomu jsem potřeboval peníze na poplatek. Jenže bez občanky mi nedali ani brigádu, natož dávky. Tak jsem šel na úřad pro pomoc a tam mi řekli, ať přijdu v úřední hodiny s vyplněným formulářem, který jsem si neměl kde vytisknout a vyplnit. Je to jako běhat v kruhu, kde jsou dveře, ale vy k nim nemáte kliku, protože vám ji nikdo nepůjčí, dokud nedokážete, že tu kliku opravdu nemáte.“ (U5)*

Tato výpověď ukazuje, že problém nespočívá pouze v jednotlivém administrativním požadavku, ale v celkovém nastavení systému, který předpokládá zdroje a kompetence, jimiž osoby bez domova často nedisponují. Systémové bariéry tak nepůsobí pouze jako vnější organizační omezení, ale přímo ovlivňují ochotu a schopnost jedinců služby vyhledávat, což v důsledku vede k jejich postupnému vytlačování na okraj systému péče.

#### 2.2.1.2.2 Administrativní a organizační bariéry

Tato kategorie zahrnuje kódy jako administrativní zátěž, absence dokladů, organizační náročnost a obtíže při kontaktu s institucemi. Společným znakem těchto bariér je vysoká míra formálních požadavků, které jsou v přímém rozporu s životní situací osob bez domova, charakterizovanou krizovým režimem a orientací na bezprostřední přežití.

Institucionální bariéry se v analýze dat koncentrují na vnitřní fungování úřadů a zdravotnických zařízení. Klíčovým determinantem přístupnosti se zde jeví kvalita interakce mezi pracovníkem a klientem. Tyto překážky nejsou respondenty vnímány pouze jako soubor formálních norem, ale jako projev systémového nastavení institucí, které zásadně eroduje důvěru v poskytovanou pomoc. Proces vyřizování žádostí je často doprovázen pocitem stigmatizace a sociálního vyloučení:

*„Na pracáku jsem měl pocit, že mě berou jen jako někoho, kdo jim přidělává práci. Nikdo se neptá, proč jste v té situaci, prostě jste pro ně jenom ‚ten bezdomovec‘, co zase něco chce. Ten nezájem a odstup mě úplně zablokoval. Člověk pak radši neřeší nic, než aby se nechal znovu takhle shazovat.“ (U3)*

Tato zkušenost ukazuje na fenomén institucionální dehumanizace, kdy je identita klienta redukována na administrativní zátěž, což vede k následné autoselekcí a rezignaci na uplatňování vlastních práv. Významnou roli v tomto procesu hraje absence osobních dokladů, která v praxi funguje jako fatální systémový filtr znemožňující participaci v rámci standardní sítě sociální a zdravotní péče:

*„...bez kartičky neexistujete... nakonec vám řeknou, že vás neošetří... tak tam radši příště ani nejdu...“ (U5)*

Absence dokladů tak nepředstavuje pouze technický nedostatek, ale stává se symbolem administrativní neexistence, která jedince efektivně vyčleňuje z okruhu příjemců veřejných služeb a prohlubuje jeho sociální izolaci.

#### 2.2.1.2.3 Časová a logistická náročnost

Tato kategorie zahrnuje faktory jako časová zátěž, tlak na výkon a logistická komplexnost přežívání v provizorních podmínkách. Tyto bariéry poukazují na hluboký nesoulad mezi rigidními požadavky systému a dynamickou, krizovou realitou života na ulici. Časová a organizační náročnost institucionálních procesů generuje excesivní tlak, který u klientů vyúsťuje v psychické přetížení a následné vyhýbání se službám (tzv. strategie úniku):

*„Když na mě někdo tlačí, tak se spíš zablokuju. Je toho na mě najednou moc a pak už prostě nejdu nikam, radši to nechám být.“ (U2)*

Respondenti reflektují nemožnost synchronizovat požadavky služeb s prioritami každodenního přežití. Příkladem je časová nekompatibilita úředních hodin či výdeje stravy. Pokud jedinec strávil noc v dešti nebo musel v ranních hodinách řešit své bezpečí, často nestihne striktně vymezenou úřední dobu. Institucionální systém však takovou nepřítomnost často chybně interpretuje jako nedostatek motivace, ačkoliv jde o objektivní nemožnost se v daný čas dostavit.

Významným logistickým limitem je dále nedostupnost úschoven pro osobní majetek. Osoby bez domova jsou nuceny nosit veškeré své vybavení neustále při sobě. Do mnoha institucí, včetně nemocnic či úřadů, jsou však s objemnými zavazadly buď nevpuštěni, nebo jsou v čekárnách vystaveni extrémní stigmatizaci a strachu z krádeže. Tato situace často vede k tomu, že klient návštěvu instituce raději vzdá, čímž dochází k rezignaci na potřebnou pomoc.

*„Nechci jít k doktorovi nebo na sociálku se dvěma narvanýma taškama, kde nosím své věci. Kam to mám dát? V čekárně nebo na úřadě řeknou, kam to jako táhnete, a vy tam celou dobu se děšíte, jestli vám to někdo neukradne, když půjdete za dveře. Člověk se pak radši na všechno vykašle, než aby snášel tyhle pohledy.“ (U4)*

Logistickou bariéru uzavírá absence doručovací adresy. Registrace trvalého bydliště na obecném úřadě v praxi znamená, že se ke klientovi klíčová korespondence nedostane včas. Důsledkem je pak nevědomé propánutí zákonných lhůt či termínů schůzek, což ústí v sankční vyřazení z evidencí a další prohloubení sociální destabilizace.

*„Mám trvalý bydliště na radnici jako stovky dalších. Než se dozvím, že tam pro mě něco přišlo, je po termínu. Pak přijdu na úřad a tam na mě koukají jako na podvodníka, že prý se vyhýbám spolupráci a nekomunikuju. Přitom já jenom nemám schránku, kam by mi to hodili.“ (U6)*

#### 2.2.1.3 Ekonomické a materiální bariéry

Tyto kódy se v datech projevují skrze zkušenosti respondentů s finanční nedostupností péče, absencí hygienického zázemí a objektivní nemožností dodržovat terapeutický režim. Tyto faktory představují zásadní strukturální překážku v přístupu ke zdravotní péči. Klíčovým problémem je pak nerealizovatelnost lékařských doporučení v nestandardních podmínkách ulice:

*„Doktor mi řekl, že mám třikrát denně brát léky po jídle. Ale jak to mám sakra udělat, když spím v parku na lavičce a jídlo mám jednou za den v charitě? Nemám co jíst, natož dodržovat nějakou*

*dietu. Pak oni na vás řvou, proč jste to nedodržel a že si za to můžete sám. Tak tam přestanu chodit úplně, protože ty jejich rady jsou v mojí situaci prostě k ničemu.“ (U7)*

Tuto materiální deprivaci dále prohlubuje probíhající digitalizace státní správy a zdravotnictví, která pro tuto cílovou skupinu vytváří fenomén digitální exkluze. Nemožnost správy vlastních záležitostí skrze online platformy z důvodu chybějícího hardwaru či konektivity funguje jako další stupeň izolace:

*„Dneska už po mně chtějí všechno přes internet, prý je to jednodušší. Ale kde si mám sakra nabít mobil, když spím venku? Kde mám vzít data, abych se podíval na nějaký portál? Pro mě ten internet není cesta, ale další zeď, kterou prostě nepřelezu.“ (U2)*

Nedostatek finančních prostředků, absence základního zázemí a technologická nedostupnost tak ve svém důsledku vedou k tomu, že standardní zdravotní péče a sociální podpora zůstávají pro respondenty prakticky nedosažitelné.

#### 2.2.1.4 Sociální bariéry a stigmatizace

Tato kategorie zahrnuje kódy jako stigmatizace, negativní reakce okolí, depersonalizace klienta a nedůstojné zacházení. Společným jmenovatelem těchto zkušeností je prožívané sociální odmítání a pocit radikální marginalizace. Respondenti opakovaně popisují zkušenosti s ponižováním a stigmatizací:

*„Každý nás odmítá, protože jsme na nejnižší úrovni, jsme smetí. Jak nás vnímá společnost? Já nechci, aby mě nikdo vnímal... Ve skutečnosti nejsme nikdo, jsme vyloučeni z vyloučených.“ (U1)*

Fenomén stigmatizace se kriticky projevuje v segmentu zdravotnictví, kde dochází k dehumanizaci pacienta. Respondent U2 popisuje zkušenost, kdy jeho zdravotní stav (parazitární onemocnění) vedl k sociální izolaci přímo v instituci, která má pomáhat:

*„Nejhorší je ten pocit... měl jsem vši a v čekárně si ode mě všichni odsedli, jako bych měl mor. Doktor mi pak ani pořádně neprohlídl břicho, jen mi z dálky napsal recept a chtěl mě mít co nejdřív venku. No stydím se, někam radši nejdu, i když mě něco fakt bolí, protože nechci zase zažít to ponižení, že jsem pro ně jenom špinavý bezděk.“ (U2)*

Tyto traumatizující kontakty vedou k postupnému omezování kontaktů se službami a k dobrovolné sociální izolaci jako formě obrany před dalším ponižením.

#### 2.2.1.5 Psychologické bariéry

Do této kategorie patří kódy jako psychický blok, strach z odmítnutí, rezignace, ztráta důvěry a naučená bezmoc. Tyto bariéry představují vnitřní reakci na dlouhodobý stres a negativní zkušenosti a projevují se zejména psychickým vyčerpáním a rezignací. Naopak existence bezpečného a stabilního prostředí (např. nízkoprahové centrum) funguje jako významný protektivní faktor:

*„Tady už mě znají a cítím se tu bezpečněji. Člověk je z ulice hrozně vyčerpaný, pořád musíte být ve střehu, hlídat si věci, hlídat si záda. Teprve až když vejdu sem, tak to ze mě všechno spadne. Víím, co můžu čekat, víím, na koho se obrátit, když je mi zle. Ta hlava si tady prostě na chvíli odpočine, protože víím, že mi tu nikdo neublíží. Je to takový můj přístav v tom nekonečným zmatku.“ (U2)*

Opakované negativní zkušenosti se systémem však často vedou k fatalismu a postupnému odpojování od sítě pomoci. Respondenti vykazují známky rezignace na vlastní zdraví i život, pokud je kontakt se systémem spojen s další stigmatizací:

*„... Každá hodina v čekárně je jen připomínkou toho, jak hluboko jsem spadl – a pak mi stejně někdo do tváře vmete, že si za to můžu sám, ale ten, kdo o mém životě neví vůbec nic... Pokud jsem odepsán, tak radši vydechnu naposledy pod širým nebem, kde se nemusím nikomu omlouvat za to, že dýchám... Ulice mě sice neuzdraví, ale aspoň mi nelže, že na mně někomu záleží.“ (U6)*

Analýza zároveň ukazuje, že psychologické a sociální bariéry nelze chápat odděleně, neboť se vzájemně podmiňují a zesilují. Psychické obtíže, jako jsou úzkosti, podrážděnost či tendence k sociální izolaci, vedou k omezení kontaktu s okolím a službami. Tento proces následně přispívá k prohlubování sociálního vyloučení. Sociální zkušenosti odmítání a ponížení se pak zpětně promítají do psychického stavu jedince, což vede k dalšímu poklesu motivace, důvěry a schopnosti aktivně řešit svou situaci. Vzniká tak cyklický proces, v němž se psychologické a sociální bariéry vzájemně reprodukuje a přispívají k postupnému odpojování jedince od systému služeb.

Psychologické bariéry se vedle rezignace a ztráty důvěry projevují také silnými emocemi a úzkostmi, které zásadně ovlivňují každodenní fungování respondentů. Podobně další respondent poukazuje na úzkostné prožívání a jeho dopad na sociální fungování:

*„Hodně bojuju s úzkostmi... někdy mám problém vůbec vyjít mezi lidi.“ (U2)*

Psychický stav se v těchto případech přímo promítá do schopnosti řešit praktické záležitosti, komunikovat se službami a plnit stanovené závazky.

Naopak u respondentů bez diagnostikovaného duševního onemocnění je psychický stav popisován jako relativně stabilní, přesto však není bez obtíží. Tito respondenti poukazují na zvýšenou míru stresu vyplývající z dlouhodobé životní nejistoty a absence zázemí:

*„Psychicky to zvládám docela dobře, ale je to stresující situace.“ (U5)*

I v těchto případech však analýza naznačuje přítomnost chronického napětí, které může při dlouhodobém působení vést k postupnému vyčerpání adaptačních mechanismů.

Analýza dále odkrývá hluboké vnitřní stavy spojené se sociálním vyloučením. Respondenti často popisují silné negativní emoce a psychickou destabilizaci. U1 uvádí:

*„Byl jsem hrozně naštvaný a zoufalý, měl jsem pocit, že mi nikdo nepomůže a že jsem úplně ztracený.“*

V některých případech se vnitřní napětí projevuje navenek impulzivitou či agresí, jak popisuje U2:

*„Jsem nervák – stačí málo a reaguji podrážděně. Když mi něco řekne třeba okolojdoucí, hned jsem vybuchl a byl jsem ještě několik hodin napjatý a agresivní vůči ostatním. Často jsem se pouštěl do konfliktů, aniž by k tomu byl skutečný důvod.“*

Závažným zjištěním je tendence k sociální izolaci a autoagresivním úvahám u respondenta U3: „Já jsem se prostě zavřel do sebe. Nekomunikoval jsem vůbec s nikým. Chtěl jsem umřít.“

Tyto projevy lze interpretovat jako důsledek dlouhodobého psychického přetížení a absence podpůrných vztahů, které by umožnily regulaci emocí a zvládnání zátěže. Jejich stavy jsou často živěny hlubokými traumaty z minulosti, která se v situaci bezdomovectví reaktivují.

Tento pocit ohrožení a traumatizace potvrzuje i U6:

*„Mám špatný sny, v noci skoro nespím, dřív jsem se hodně bála tmy a vlastně se to se mnou táhne dodnes.“*

Data tak ukazují, že často osoby bez domova čelí kumulaci psychických obtíží, které jsou příčinou i důsledkem jejich životní situace. Při relativní psychické stabilitě představuje život bez domova významnou zátěž, která se projevuje trvalým napětím. Psychologické bariéry zároveň významně ovlivňují volbu strategií zvládnání, které jsou dále rozpracovány v další kapitole.

#### *2.2.1.6 Bariéry v oblasti zdravotní péče*

V oblasti zdravotní péče se výrazně projevuje vzájemné působení individuálních, institucionálních a systémových bariér. Tato kapitola nepředstavuje samostatný typ bariér, ale ukazuje, jak se výše popsané bariéry konkrétně projevují v oblasti zdravotní péče. Jejich kombinace vytváří komplexní mechanismus, který zásadně omezuje dostupnost a efektivitu poskytované péče. Tyto bariéry se neprojevují izolovaně, ale navzájem se zesilují a v konkrétních situacích kumulují.

*„První věc, kterou chtějí, je kartička pojišťovny a občanka. Jenže já o všechno přišel .... Snažil jsem se jim vysvětlit, že jsem pojištěn, ale pro ně bez kartičky neexistujete. Posílají vás tam a zpět, a nakonec vám řeknou, že vás neošetří, pokud to není ohrožení života. Tak tam radši příště ani nejdu a zkusím to nějak rozchodit...“ (U5)*

Významným důsledkem tohoto procesu je postupné narušování důvěry respondentů ve zdravotnický systém. Nedůvěra přitom nevzniká jednorázově, ale je výsledkem opakovaných negativních zkušeností, které vedou k postupné rezignaci na vyhledávání péče i na vlastní zdraví.

Následující výpovědi ilustrují, jak se zdravotnictví ve zkušenosti respondentů proměňuje ze zdroje pomoci v prostor odmítnutí a bezvýchodnosti. Nejde přitom pouze o materiální nedostatek, ale o hlubší přesvědčení, že systém pro ně není dostupný ani určen:

*„Když stejně zemřu, u doktora nebo na ulici, tak je to jedno. Už mě nebaví se doprošovat, čekat v čekárnách, kde na mě lidi koukají jako na špínu, jen aby mi pak řekli, že mi vlastně nic není nebo že si za to můžu sám. Ten systém mě dávno odepsal, tak proč bych se měl snažit já? Radši budu na ulici než trávit poslední dny života v nemocnici.“ (U7)*

Tato výpověď ukazuje proces odmítnutí, kdy opakované negativní zkušenosti vedou k přijetí role „nežádoucího“ pacienta a k rezignaci na aktivní řešení zdravotního stavu.

Institucionální bariéry se výrazně projevují již při v prvním kontaktu se zdravotnickým systémem. Absence dokladů, stigmatizace či odmítavý přístup personálu mohou fungovat jako spouštěče vyhýbavého chování:

*„Zkusil jsem jít na polikliniku, protože se mi špatně dýchalo. V noci jsem měl hrozné stavy. V čekárně si ode mě lidé odsedali a sestra mi hned mezi dveřmi oznámila, že mě bez kartičky pojišťovny neošetří. O doklady jsem přišel, takže jsem tam jen stál a připadal si jako ...“ (U3)*

Takové zkušenosti posilují pocit odmítnutí a vedou k tomu, že respondenti zdravotnické služby v budoucnu raději nevyhledávají. V extrémních případech může docházet až k traumatizujícím situacím:

*„Ležel jsem na ulici, nemohl jsem se pohnout a záchranáři mě nechtěli vzít. Jen nade mnou stáli a říkali, že jsem jenom opilý, ať se proberu a jdu dál. Vůbec je nezajímalo, že mám horečku a nemůžu dýchat. Viděli jenom špinavý hadry...“ (U7)*

Systémová rovina bariér se projevuje zejména nedostatečnou provázaností zdravotních a sociálních služeb a omezenou dostupností následné péče. Zdravotní služby jsou často dostupné především pro akutní stavy, zatímco kapacity pro doléčení, rehabilitaci či dlouhodobou péči zůstávají nedostatečné. V důsledku toho dochází k situacím, kdy je jedinec po stabilizaci zdravotního stavu propuštěn zpět do prostředí ulice bez adekvátní návazné podpory. Tento stav dále přispívá k opakovaným hospitalizacím a cyklickému návratu do krizových situací.

*„Nechci se tam vracet, protože mám pocit, že mi tam vůbec nepomohli. Na psychiatrii mě sice na týden zavřeli, dali mi prášky, po kterých jsem byl úplně mimo, ale pak mě prostě otevřeli dveře a poslali zpátky na ulici. Bez peněz, bez spaní, jen s receptem v ruce. Jak mám být psychicky v pohodě, když nemám kam jít? Ta jejich léčba končí u nemocničních dveří, ale můj problém tam venku teprve začíná.“ (U6)*

Tato zkušenost poukazuje na zásadní nesoulad mezi nastavením systému a potřebami cílové skupiny. Léčba, která není doprovázena sociální stabilizací, ztrácí pro respondenty smysl a efekt.

Celkově lze konstatovat, že kumulace bariér vede k procesu postupného odpojování od zdravotnického systému. Tento proces je charakterizován kombinací nedůvěry, negativních zkušeností a strukturálních omezení, které společně přispívají k omezenému využívání péče a zhoršování zdravotního stavu respondentů.

#### 2.2.1.7 Strategie zvládnání

Z analýzy výpovědí respondentů vyplývá, že strategie zvládnání životní situace a psychické zátěže jsou úzce propojeny s vnímanými bariérami i aktuálním psychickým stavem jedinců. Respondenti využívají široké spektrum strategií, které se pohybují od aktivního řešení situace až po pasivní, vyhýbavé či únikové reakce.

Analýza ukazuje, že volba konkrétní strategie není stabilní, ale proměňuje se v závislosti na aktuální situaci, psychickém stavu a předchozích zkušenostech se systémem služeb. Strategie zvládnání tak představují dynamický proces, který se vyvíjí v interakci s podmínkami prostředí.

##### 2.2.1.7.1 Pasivní strategie

U respondentů s výraznějšími psychickými obtížemi převládají pasivní strategie, které souvisejí se sníženou energií, úzkostí nebo depresivním prožíváním. Tyto strategie zahrnují sociální stažení, odkládání řešení problémů a vyhýbání se kontaktům se službami. Respondenti popisují tendenci stáhnout se v situaci zhoršení psychického stavu:

*„Když se to zhorší, tak se spíš stáhnou a nic neřeším. Sedím, jsem uzavřený a působím nepřístupně, i když to tak nemyslím. Je to, jako když se v člověku něco náhle vypne, ale ještě chvíli to doznívá.“ (U2)*

Častou formou je také mentální únik, který slouží jako obranný mechanismus vůči dlouhodobé zátěži:

*„Většinou je to o vypínání. Když je toho moc, prostě se musím ‚odpojit‘ od reality. Hodně času trávím vzpomínáním na to, jaké to bylo dřív, nebo plánováním věcí, o kterých vím, že jsou teď nereálné. Je to taková sebeobrana, aby se z toho člověk nezbláznil.“ (U4)*

Tyto strategie lze interpretovat jako krátkodobě funkční mechanismy regulace psychické zátěže, které však dlouhodobě vedou k odkládání řešení situace a prohlubování sociální izolace. Významnou roli zde hraje také prostředí ulice, které tyto strategie dále posiluje a stabilizuje: *„Ulice člověku nic nepřináší, naopak mu všechno bere. Bere mu domov, bere mu i to dobré, co v něm je, a postupně z něj dělá někoho horšího. Buď v zimě umrznete, nebo uděláte chybu a skončíte ve vězení. Nejhorší jsou vztahy mezi námi – každý druhému závidí, hádají se, křičí na sebe. Každý má v sobě strach.“ (U7)*

#### 2.2.1.7.2 Únikové strategie

Specifickou a rozšířenou formou zvládnání zátěže je užívání alkoholu a dalších návykových látek. Z výpovědí respondentů vyplývá, že alkohol neplní pouze roli závislostního chování, ale funguje jako prostředek bezprostřední regulace fyzické i psychické zátěže.

*„Bez toho se to venku prostě nedá. Když mrzne nebo vás všechno bolí, tak se musíte napít, abyste vůbec usnul. Je to jako deka, kterou se přikryjete, aby vás ten svět tolik nepálil. Člověk pak na chvíli zapomene, v jakým srabu vlastně je. Bez toho by normální člověk na ulici nevydržel ani týden, prostě by se zbláznil.“ (U1)*

Tato strategie umožňuje dočasné snížení bolesti, úzkosti i pocitu ohrožení. Zároveň však vykazuje výrazně ambivalentní charakter – zatímco krátkodobě pomáhá zvládat situaci, dlouhodobě přispívá k prohlubování sociálního vyloučení a vzniku dalších bariér.

Analýza ukazuje přítomnost cyklického mechanismu, kdy po odeznění účinku dochází k návratu úzkosti a opětovnému užití:

*„Alkohol je nejrychlejší cesta, jak vypnout hlavu. Protože když střízlivíte, tak na vás všechno dopadne – ta ostuda, ty dluhy, to, že nikoho nemáte a nikdo vás nechce. Tak se radši napijete znova, abyste ten další den vůbec dal. Je to začarovaný kruh, ze kterého se nedostanete, ale pomoc je pro nás strašně daleko.“ (U4)*

Tento proces lze chápat jako způsob zvládnání, který krátkodobě pomáhá, ale dlouhodobě vede ke zhoršování situace. Jde o reakci na strukturální a institucionální podmínky, které formují možnosti jednání osob bez domova.

#### 2.2.1.7.3 Strategie přežívání

Další strategií, která se v datech opakovaně objevuje, je úplná redukce fungování na nejzákladnější potřeby — jídlo, teplo a bezpečí. Respondenti popisují dny, kdy na nic jiného jednoduše nezbyvají síly ani myšlenky:

*„V těch horších dnech jsem prostě jen rád, že zvládnu základ – sehnat jídlo, někde se ohřát. Na víc v té hlavě nezbyvá místo.“ (U3)*

*„Přežít jeden den na ulici je práce na plný úvazek. Lidi si myslí, že se jen tak poflakuji, ale musím vždycky vědět, kde vás nevyhodí, kde je zrovna otevřeno a jestli tam nebudou ti, co vás chtějí okrást. Večer padám únavou, i když jsem vlastně nic neudělal.“ (U6)*

Obě výpovědi ukazují, jak existence na ulici postupně zaplňuje celý psychický prostor člověka. Když je veškerá energie spotřebována na zvládnutí dne, na řešení dlouhodobějších problémů — jako je vyřízení dokladů, návštěva lékaře nebo kontakt se sociální službou — prostě nezbývá kapacita. Tato strategie sice umožňuje den ze dne přežít, ale zároveň udržuje člověka v místě — bez možnosti udělat krok vpřed.

#### 2.2.1.7.4 Aktivní strategie

U části respondentů se objevují aktivní strategie zvládnání, které zahrnují systematické řešení problémů, udržování denního režimu a snahu o postupnou změnu situace.

Klíčovým prvkem je schopnost strukturovat řešení do dílčích kroků:

*„Snažím se řešit věci krok za krokem. Když je potřeba něco vyřídit, tak tam prostě jdu a neodkládám to. Člověk si v tom musí udržet nějaký řád, jinak ho ta ulice semele.“ (U5)*

Tyto strategie zvyšují schopnost orientace v systému a podporují využívání služeb. Analýza však ukazuje, že jejich udržitelnost je podmíněna dostupností podpůrného prostředí, zejména nízkoprahových služeb. Aktivní strategie nelze chápat pouze jako individuální schopnost, ale jako výsledek kombinace osobních zdrojů a dostupné podpory.

Strategie zvládnání mají proměnlivý charakter a jsou ovlivněny aktuálním psychickým stavem i dostupností podpory. Tyto strategie se pohybují na kontinuu od aktivního řešení situace po pasivní a únikové reakce a významně ovlivňují, zda dochází ke stabilizaci životní situace, nebo k jejímu dalšímu zhoršování.

#### 2.2.1.8 Důsledky pro fungování

Z analýzy dat vyplývá, že kombinace bariér, psychického stavu a zvolených strategií zvládnání má přímý dopad na každodenní fungování respondentů i na míru využívání zdravotních a sociálních služeb. Tyto důsledky nepředstavují statický stav, ale dynamický proces, v němž dochází buď k postupné stabilizaci situace, nebo naopak k jejímu prohlubování. Zatímco přítomnost podpůrných faktorů a aktivních strategií může přispívat ke zlepšení situace, kumulace bariér v kombinaci s pasivními či únikovými strategiemi vede k omezení sociálního fungování a postupnému odpojování od systému pomoci.

U respondentů s psychickými obtížemi se tento proces projevuje sníženou schopností jednat, odkládáním řešení problémů a postupnou izolací. V důsledku toho dochází ke kumulaci krizových situací a eskalaci obtíží, což ilustruje respondent U3:

*„Pak se to na mě valí ze všech stran. Člověk má strach, co dalšího zase pokazí. Čím víc toho je, tím víc se v tom topíte, a nakonec už neřeším nic, jenom čekám, až to nějak dopadne. Je to jako lavina, která prostě strhne.“ (U3)*

Opakované negativní zkušenosti se systémem zároveň narušují sebedůvěru a vedou k pocitu marnosti:

*„Mám pocit, že cokoli udělám, tak to všechno jenom zhorší. I když se snažím, narazím na zeď a pak si říkám, jestli to má vůbec cenu. Ten pocit, že jsem neschopný a nic nezvládnou, tak nakonec úplně ochromí.“ (U2)*

Vzniká tak bludný kruh, v němž bariéry posilují pasivní strategie, ty omezují kontakt se službami a vedou k dalšímu zhoršování psychického i sociálního stavu.

U respondentů bez výrazných psychických obtíží se důsledky projevují spíše jako postupné vyčerpávání zdrojů. Dlouhodobý kontakt se systémem, spojený s administrativní zátěží a časovou náročností, vede ke ztrátě energie a motivace, jak popisuje respondent U5:

*„Ztrácím hrozně času jenom tím, abych sehnal to nejzákladnější. Pořád čekám, doprošuji, vysvětluji, dokládám, potvrzuji, a to samé dokola. I když to zvládám, tak cítím, jak mě to vnitřně vyžírá. Ta neustálá snaha prát se se systémem je kolikrát těžší než ta ulice samotná.“*

Tento proces může vést k oslabování původně aktivních strategií a k postupné rezignaci.

Důsledkem těchto procesů je také nestabilní a přerušovaný kontakt se službami, který má převážně reaktivní charakter a je udržován zejména v krizových situacích. Kontinuita využívání služeb je přitom ovlivněna nejen jejich dostupností, ale i důvěrou, předchozí zkušeností a kvalitou vztahu s pracovníkem. Analýza tak ukazuje, že výsledná podoba fungování je výsledkem vzájemného působení bariér, psychického stavu a strategií zvládnutí, které společně určují, zda dochází ke stabilizaci situace, nebo k jejímu dalšímu zhoršování.

#### 2.2.1.9 Návrhy změn

Z analýzy výpovědí vyplývá, že vnímané potřeby respondentů a jejich návrhy na změny v oblasti zdravotních a sociálních služeb přímo odrážejí identifikované bariéry. Požadavky respondentů se týkají jak základních životních podmínek, tak změn ve fungování systému služeb.

Za klíčovou potřebu je považováno dostupné a stabilní bydlení, které není vnímáno jako odměna za vyřešení problémů, ale jako základní předpoklad další stabilizace zdravotního i psychického stavu. Bydlení se ukazuje jako základní podmínka, která zásadně ovlivňuje možnost využívat dostupné služby:

*„Jednoznačně nejdřív bydlení. Potom by se všechno ostatní – doktoři, úřady, práce – řešilo mnohem lépe. Když nemám kam jít, kde se umýt a v klidu se vyspat, tak nemáte sílu na nic jiného. Bydlení je ten základní kámen.“ (U5)*

Respondenti dále poukazují na potřebu vyšší flexibility systému, zejména ve vztahu k časovým a administrativním nárokům, které jsou v podmínkách života na ulici často nerealizovatelné:

*„Když mám problémy, tak potřebuji víc času a trpělivosti. Nemůžete po mně chtít, abych všechno vyřídil za jeden den, když se ráno sotva přinutím vstát. Potřeboval bych, aby ten systém počítal s tím, že někdy prostě nejsem schopný fungovat na sto procent a že potřebuju pomocnou ruku, ne bič.“ (U2)*

S tím souvisí i požadavek na snížení administrativní zátěže a větší propojenost služeb:

*„Zjednodušit tu šílenou administrativu a víc ty služby propojit mezi sebou. Aby věděli jeden o druhém a já nemusel v každý kanceláři vykládat svůj životní problém od začátku. Jsem z toho z toho papírování úplně zahlcený, a nakonec to radši vzdám.“ (U6)*

Významnou roli hraje také kvalita vztahu s pracovníky, kdy respektující a nestigmatizující přístup představuje klíčovou podmínku navázání a udržení spolupráce:

*„Hodně pomůže klidné jednání bez tlaku. Když vidím, že mě ten člověk bere vážně a nekouká na mě jako na někoho méněcenného, tak se mi chce s ním mluvit a něco řešit. Ten lidský přístup je kolikrát víc než všechny ty dávky dohromady.“ (U1)*

Celkově návrhy respondentů směřují k vytvoření flexibilního, srozumitelného a podpůrného systému, který reflektuje specifické potřeby osob bez domova. Navrhované změny tak přímo reagují na identifikované bariéry a ukazují, jaké podmínky by mohly podpořit využívání služeb a stabilizaci jejich životní situace.

#### *2.2.1.10 Syntéza axiálního kódování z perspektivy osob bez domova*

Analýza výpovědí respondentů z řad osob bez domova ukázala, že bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám nelze chápat jako izolované překážky, ale jako vzájemně provázaný systém, jehož jednotlivé složky se navzájem posilují. Životní situace charakterizovaná bytovou nestabilitou a ekonomickou nejistotou vytváří strukturální podmínky, v nichž se prohlubují psychické obtíže a omezuje funkční kapacita jedince. Tyto podmínky pak přímo ovlivňují, jakým způsobem respondenti vnímají a překonávají bariéry systémové, administrativní, ekonomické, sociální i psychologické. Volba strategie zvládnání — ať již aktivní, pasivní nebo únikové — je přitom determinována aktuálním psychickým stavem a dostupností podpůrného prostředí, zejména nízkoprahových služeb. Důsledkem tohoto propojení je buď postupná stabilizace situace, nebo naopak prohlubování bludného kruhu, v němž bariéry, psychické obtíže a maladaptivní strategie vzájemně posilují a prohlubují. Identifikované kategorie tvoří základ pro formulaci centrální kategorie, která je rozpracována v rámci selektivního kódování v následující části práce.

#### **2.2.2 Axiální kódování z perspektivy odborníků**

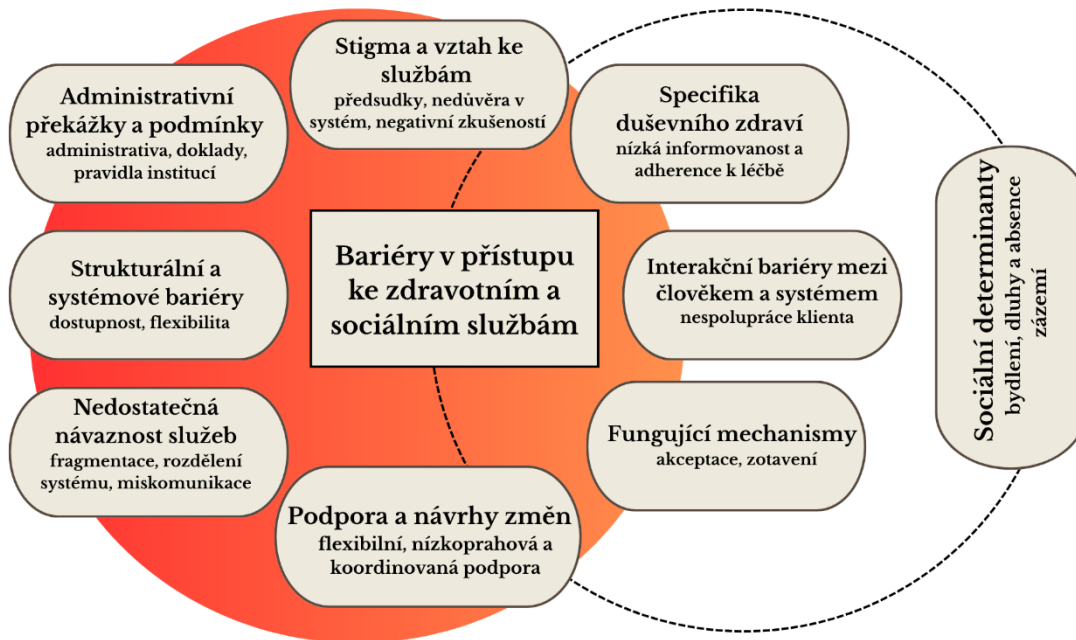
Analýza rozhovorů s odborníky přinesla širší spektrum kategorií reflektujících jejich systémovou perspektivu a profesní zkušenost. V rámci otevřeného kódování byly identifikovány klíčové kódy — například nedostatek kapacit, administrativní náročnost, fragmentace služeb, stigmatizace či přerušování péče. Prostřednictvím axiálního kódování byly tyto kódy systematicky uspořádány do širších kategorií. Analýza ukazuje, že odborníci nevnímají bariéry jako izolované problémy, ale jako vzájemně provázaný systém vznikající na rozhraní nastavení služeb a životní situace osob bez domova.

Jednotlivé bariéry se v praxi vzájemně prolínají a často se kumulují. Tento poznatek vedl k jejich uspořádání do širších tematických kategorií, které zachycují jak strukturální nastavení systému, tak jeho konkrétní projevy v každodenní praxi.

Vzhledem k rozsahu a komplexnosti získaných dat je v této kapitole prezentována syntéza nejdůležitějších zjištění. Struktura kódů a jejich kategorizace je uvedena v přílohách práce. V hlavním textu jsou využity pouze vybrané citace respondentů, které ilustrují jednotlivé kategorie a doplňují interpretaci zjištěných dat.

Na základě tohoto procesu byly u odborníků identifikovány následující klíčové kategorie: strukturální a systémové bariéry, nedostatečná návaznost služeb, administrativní překážky a podmínky služeb, stigma a vztah ke službám, interakční bariéry mezi člověkem a systémem, specifika duševního onemocnění, sociální determinanty, fungující mechanismy podpory a potřeby a návrhy změn. Tabulky otevřeného kódování zachycující kategorie a jejich význam pro každého odborníka jsou uvedeny v Přílohách D1–D5.

Tyto kategorie tvoří základ interpretačního modelu, který zachycuje dynamiku vztahů mezi nastavením systému, životní situací osob bez domova a možnostmi účinné pomoci.



Obr. 2: Myšlenková mapa axiálního kódování — perspektiva odborníků

Zdroj: vlastní zpracování

### 2.2.2.1 Strukturální a systémové bariéry

Z výpovědí respondentů vyplývá, že jednou z nejvýznamnějších kategorií bariér v přístupu ke zdravotním a sociálním službám jsou strukturální a systémové překážky. Tyto bariéry jsou spojeny především s nastavením systému, který není dostatečně flexibilní vůči specifickým potřebám osob bez domova.

Respondenti opakovaně poukazovali na rigidní podmínky vstupu do péče, které předpokládají stabilitu, schopnost plánování a orientaci v administrativních procesech. Jak uvádí jeden z respondentů:

*„Systém je nastaven pro lidi se stabilním zázemím, nikoli pro ty, kteří řeší každodenní přežití. Frustrující je, že k nám ti lidé přicházejí ve stavu výrazného zanedbání, a to jak po psychické, tak po fyzické stránce. My tady pak vlastně jenom 'hasíme požár', který vznikal roky v důsledku nefunkčnosti ambulantní sítě. Ten člověk není neléčený proto, že by nechtěl, ale proto, že systém vyžaduje stabilitu, kterou on nemá. Nemá telefon, nemá kalendář, nemá nikoho, kdo by ho do té ambulance doprovodil. Takže se nám vrací až v momentě, kdy ho přiveze rychlá v rozvratu.“ (O3)*

Dalším významným aspektem je nedostatečná dostupnost služeb, zejména v oblasti psychiatrické péče, kde se projevují dlouhé čekací lhůty a omezené kapacity:

*„Největší problém je dostupnost psychiatrické péče – objednáací lhůty jsou dlouhé. Nejbližší termín u ambulantního psychiatra je za tři měsíce. To je pro člověka z ulice rozsudek smrti. On neudrží ten režim bez dozoru tak dlouho. Ten systém ho vlastně nutí k relapsu, protože ta kontinuita tam prostě fyzicky neexistuje...“ (O1)*

Systém je zároveň dlouhodobě přetížený, což omezuje jeho schopnost reagovat na komplexní potřeby klientů:

*„Systém zdravotních a sociálních služeb je dlouhodobě přetížený, což vede k tomu, že se řeší jen ty nejdůležitější případy. Sociální pracovníci v terénu jsou zavaleni administrativou a lékaři*

*v nemocnicích na obrat lůžek. Výsledkem je, že na práci, jako je doprovázení uživatele na úřady nebo postupná resocializace, nezbyvá čas ani personální kapacity.“ (O2)*

Systémové nastavení se promítá také do administrativních požadavků zahrnujících nároky na doklady, pojištění či schopnost komunikace se službami.

*„Bez občanského průkazu není možné vyřídít dávky, jenže bez peněz z dávek si ten člověk nový zdravotní průkaz nebo ubytovnu nezaplatí. Je to absurdní byrokratický kruh. Nemůžeme ho odkázat na návazné služby, protože bez dokladů ho nikde nepřijmou. Ta administrativa se stává větší bariérou než samotná diagnóza.“ (O5)*

Z výpovědí respondentů tak vyplývá, že strukturální a systémové bariéry nepředstavují izolovaný problém, ale tvoří komplexní rámec, který zásadně ovlivňuje dostupnost péče. Tyto bariéry zároveň vytvářejí podmínky pro vznik dalších překážek, zejména administrativních a organizačních, a přispívají k narušení kontinuity péče.

#### 2.2.2.2 Nedostatečná návaznost služeb

Tato kategorie úzce navazuje na strukturální a systémové bariéry, které vytvářejí podmínky pro nedostatečnou provázanost služeb. V rámci analýzy byla identifikována fragmentace a diskontinuita péče, která zahrnuje především nedostatečné propojení jednotlivých služeb, absenci sdílení informací a přerušování kontinuity podpory. Tyto faktory výrazně ovlivňují dostupnost i efektivitu poskytované péče.

Respondenti z řad odborníků opakovaně poukazovali na strukturální propast mezi zdravotním a sociálním segmentem. V důsledku toho dochází k situacím, kdy osoba musí v jednotlivých částech systému opakovaně začínat „od nuly“:

*„Klienti se pohybují mezi systémy, které spolu prakticky nekomunikují. My ho v nemocnici stabilizujeme, ale sociální služby o tom neví, nebo není možné na nás navázat. Výsledkem je ztráta kontinuity – ten člověk vyjde z nemocnice a v tu vteřinu je zase v bodě nula, protože se informace prostě nepředala.“ (O4)*

Nedostatečná komunikace mezi jednotlivými službami se projevuje také omezeným sdílením informací, což komplikuje a znemožňuje koordinaci péče: *„S námi neprobíhá vůbec žádná komunikace. Pošleme pacienta s doporučením dál, snažíme se o kontakt, ale zpětná vazba chybí. Pak vlastně ani nevíme, jestli se tím na tom dalším stupni vůbec zabývají, nebo jestli ten člověk zase někde nezmizel. Ta absence sdílení informací nás staví do role slepých aktérů.“ (O2)*

Fragmentace systému vede k jevu, který respondenti označují jako „propadávání sítím“. Dochází k němu v situaci, kdy osoba nesplňuje specifické podmínky jedné služby, ale přitom není včas zachycena službou jinou:

*„Uživatele u nás často propadne mezi institucemi jen kvůli byrokratické drobnosti. Nemá občanku, tak ho nevezmou na ubytovnu. Nemá trvalý pobyt, tak mu nevyřídí dávky. Každá instituce si hlídá své políčko a pokud do něj klient přesně nezapadne, systém ho prostě vyplivne zpátky na ulici, aniž by se někdo zajímal, co s ním bude dál.“ (O3)*

S tím souvisí i nepravdivost v péči, která se projevuje přerušováním kontaktu se službami nebo nemožností navázat na potřebnou podporu. Tento jev je patrný zejména u osob s duševním onemocněním, u nichž je stabilita zásadní:

*„U lidí s duševní diagnózou je stabilita kontaktu základ, jenže realita ulice je přesný opak. Častěji dochází k přerušování kontaktu, výpadkům v docházce nebo k ukončení spolupráce, protože ten člověk prostě nemá kapacitu hlídat si termíny v kalendáři, když řeší přežití. Bez terénní podpory, která by tu kontinuitu držela, ta ambulantní péče selhává.“ (O5)*

V některých případech diskontinuita vede k opakovaným hospitalizacím, které řeší pouze akutní stav, nikoli dlouhodobou situaci: *„Hospitalizace je často důsledkem dlouhodobě nedostupné nebo přerušené péče. Kdyby lidé bez domova měli funkčního obvodáka a sociálního pracovníka, co by mu pohlídal braní léků. Takhle ho jen vykurýrujeme z nejhoršího a posíláme ho zpátky do stejného vaku, které ho k nám přivedlo.“ (O3)*

Z výpovědí respondentů tak vyplývá, že fragmentace a diskontinuita péče představují zásadní bariéru, která nejen omezuje efektivitu poskytované pomoci, ale zároveň přispívá k opakovanému návratu klientů do krizových situací. Nedostatečná návaznost služeb je přitom úzce propojena s administrativními požadavky a systémovým nastavením, které komplikují koordinaci péče. Zároveň přispívá k frustraci klientů a jejich postupnému vyhýbání se službám.

#### 2.2.2.3 Administrativní překážky a podmínky služeb

Tato kategorie úzce navazuje na strukturální nastavení systému a nedostatečnou návaznost služeb, které se promítají do konkrétních administrativních požadavků a podmínek poskytovaných služeb. Zahrnuje zejména nároky spojené s administrativou, požadavky na doklady a zdravotní pojištění, ale také pravidla a podmínky jednotlivých služeb, které mohou pro osoby bez domova představovat zásadní bariéru v přístupu k pomoci.

Respondenti opakovaně upozorňovali na skutečnost, že systém služeb předpokládá schopnost orientace v administrativních procesech a splnění formálních požadavků, což je pro osoby bez domova často obtížné. Významnou překážkou je například absence osobních dokladů:

*„Bez dokladu nelze registrovat klienta u praktického lékaře. Vzniká absurdní situace – ten člověk potřebuje pomoc, aby se odrazil ode dna, ale k té pomoci se nedostane, protože nemá doklady. Systém ho v tu chvíli přestává vidět jako pacienta nebo klienta a vidí jen chybějící kolonku v databázi.“ (O4)*

Administrativní náročnost se promítá do samotného fungování zdravotních služeb, kde je často vyžadováno objednání, dochvilnost nebo schopnost dlouhodobého plánování:

*„Náš zdravotní systém je postaven na předpokladu, že pacient přijde přesně na čas, vyzvedne si recept a bude dodržovat léčbu v klidu na lůžku. Jenže u lidí z ulice je tohle naprosto nereálné očekávání. Oni nemají telefon, nemají si kam napsat termín kontroly, a když jim v noci v noclehárně ukradnou léky, jsou pro systém za nespolupracující. My po nich chceme výkon, na který nemají podmínky.“ (O3)*

Další významnou bariéru představují podmínky jednotlivých služeb, které mohou být pro osoby bez domova obtížně splnitelné. Jedná se například o požadavek abstinence, pravidelné docházky nebo plnění administrativních úkonů: *„Podmínky služeb jsou často nastavené tak, že je nutnost abstinence, absolutní dochvilnost, vyplňování papírů... To jsou filtry, přes které ti nejvíc neprojdou. Místo aby služba byla záchrannou sítí, stává se z ní neprůchodná a málo potřebná. Pokud ten člověk nepřijde, má smůlu. Systém ho prostě vyřadí bez ohledu na to, v jakém je stavu.“ (O4)*

Z analýzy vyplývá, že tyto podmínky nejsou samy o sobě problematické, ale stávají se bariérou v situaci, kdy nereflektují životní realitu osob bez domova. Jedinci se tak často ocitají v situaci, kdy nesplnění formálních požadavků vede k odmítnutí služby, aniž by byla zohledněna jejich aktuální situace. Tento stav odborníci interpretují jako formu institucionálního vyloučení, kdy administrativní úkon nebo jeho absence převažuje nad lidskou potřebou a odborným zásahem.

Administrativní bariéry se zároveň projevují i v podobě opakované administrativní zátěže, zdoluhavosti procesů a obtíží s dodržováním termínů. Tyto požadavky předpokládají schopnost plánování dopředu, která je však v podmínkách života na ulici často nereálná. Uvedené administrativní překážky vedou k tomu, že osoby bez domova často služby nevyužívají nebo z nich vypadávají, což přispívá k dalšímu zhoršování jejich situace a prohlubování sociálního vyloučení.

#### 2.2.2.4 Stigma a vztah ke službám

Významnou kategorií identifikovanou v rámci analýzy je stigma a vztah ke službám. Tato kategorie zahrnuje především negativní vnímání osob bez domova ze strany společnosti i institucí, předsudky zdravotníků a pracovníků služeb, ale také nedůvěru klientů vůči systému, která je často založena na předchozích negativních zkušenostech.

Respondenti z řad odborníků opakovaně poukazovali na to, že osoby bez domova jsou v systému často vnímány skrze stereotypy a předsudky, což ovlivňuje kvalitu poskytované péče i ochotu institucí s nimi pracovat: „...Dívají se na uživatele, jako by se s nimi ani nepočítalo pro nějaký návrat do běžného života. Ta péče je pak často jen udržovací, bez možnosti na skutečnou změnu, protože převládá pocit, že to stejně nemá cenu.“ (O1)

Stigmatizace se projevuje v konkrétních situacích, například na základě vzhledu nebo jeho sociální situace: „Někdy je ten klient špinavý, zapáchá, a vy u personálu hned vidíte okamžitou bariéru. Je tam ta nechuť ho vůbec vyšetřit. Ten odpor k tomu, jak vypadá, je větší než zájem o jeho zdravotní problém. Ta vizuální stránka se stává diagnózou sama o sobě a péče podle toho pak vypadá – je rychlá a odměřená.“ (O2)

Dalším aspektem je stigmatizace spojená s duševním onemocněním, která může vést k dalšímu znevýhodnění v systému služeb: „Diagnóza duševní poruchy u člověka z ulice je dvousečná zbraň. Na jednu stranu mu může usnadnit přístup k psychiatrické léčbě, ale současně je to další vrstva stigmatizace. Jakmile má nálepkou psychiatrického pacienta, personál má tendenci jeho chování připisovat nemoci.“ (O3)

Významnou roli hraje také nedůvěra vůči zdravotníkům a institucím, která je často důsledkem opakovaných negativních zkušeností: „Nízká důvěra k institucím není u našich klientů náhodná. Oni mají za sebou desítky zkušeností, kdy byli vyhozeni z čekárny nebo se s nimi jednalo ponižujícím způsobem. Pro ně je bezpečnější tu pomoc vůbec nehledat než riskovat další ponižení. Raději trpí bolestí na ulici, než aby šli někam, kde očekávají jen další stud.“ (O4)

Tato nedůvěra se následně promítá do chování osob bez domova, které mohou pomoc nevyhledávat nebo ji odmítat: „Obrovská nedůvěra k institucím a obavy z dalšího odmítnutí. Klient raději řekne, že pomoc

*nechce, jen aby nemusel znovu zažít ten pocit, že pro nikoho nic neznamená. Psychická bariéra, kterou kolem nich systém vystavěl je prostě vyšší než jejich fyzická bolest.“ (O3)*

Analýza ukazuje, že stigma a negativní zkušenosti vytvářejí významnou bariéru, která ovlivňuje nejen dostupnost služeb, ale i samotný vztah klientů k pomoci. Tento vztah je často ambivalentní – pomoc je sice potřebná, ale přitom je s ní spojena obava z odmítnutí, nepochopení nebo další negativní zkušenosti.

#### 2.2.2.5 Interakční bariéry mezi klientem a systémem

Jedním z klíčových témat, která z analýzy vyplynula jsou interakční bariéry mezi člověkem a systémem. Tato kategorie zachycuje situace, kdy bariéra nevzniká pouze na straně jednotlivce nebo systému, ale především v jejich vzájemném vztahu a nesouladu mezi očekáváním služeb a reálnými možnostmi osob bez domova.

Respondenti opakovaně poukazovali na to, že systém služeb je nastaven tak, aby člověk byl aktivní, organizovaný a schopný plnit určité požadavky, což však u osob bez domova často není realistické:

*„Systém předpokládá, že klient má stabilní adresu, telefon, dokáže plánovat... To lidé bez domova nedělají. Je to postavené na hlavu – vyžadujeme od nich stabilitu jako podmínku k tomu, abychom jim s tou stabilitou začali pomáhat.“ (O4)*

Tento nesoulad mezi požadavky systému a životní situací vede k tomu, že osoby bez domova nejsou schopny splnit podmínky služeb, a tím pádem z nich vypadávají: *„Podle mě náš zdravotní systém je pro lidi se stabilním zázemím, nikoli pro ty, kteří řeší každodenní přežití. My po nich chceme, aby fungovali, ale v režimu přežití vám mozek prostě nedovolí plánovat dál, než na dvě hodiny dopředu.“ (O3)*

Významným aspektem interakčních bariér je také způsob, jakým služby interpretují chování těchto osob. Projevy, jako je nepravidelná docházka, nespolupráce nebo dezorganizace, bývají často vnímány jako nezájem, přestože mohou být důsledkem psychického stavu nebo životní situace:

*„Nespolupracuje a rezignuje na jakoukoliv pomoc. Jenže ta rezignace není neochota, je to jen vyčerpání z toho, že už desetkrát zkusil něco vyřídit a vždycky narazil na zeď. Ve skutečnosti je to jen obranný mechanismus člověka, který už nemá sílu a ochotu věřit.“ (O2)*

Respondenti zdůrazňují, že tato „nespolupráce“ není projevem neochoty, ale důsledkem dlouhodobého zatížení a nedostatečné podpory: *„Často nejde o neochotu. Systém je pro ně jako labyrint, ve kterém se bez průvodce, prostě utopí.“ (O4)*

Interakční bariéry se projevují také v odmítání ze strany služeb, například z důvodu náročnosti práce s touto cílovou skupinou nebo obav pracovníků: *„Někteří poskytovatelé služeb odmítají s naší cílovkou pracovat. Je to takové alibi – raději se řekne, že je klient neperspektivní nebo agresivní, aby se s ním nemuseli dělat, je to náročná práce. Tím ale vzniká nebezpečná skupina lidí, kteří propadli všemi sítěmi a nikde je už nechtějí.“ (O2)*

Z výpovědí respondentů vyplývá, že klíčovým problémem není pouze nastavení systému nebo individuální charakteristiky jednotlivců, ale především jejich vzájemný nesoulad. Bariéry tak vznikají na rozhraní těchto dvou rovin a vedou k omezení využívání dostupných služeb. Tato kategorie ukazuje, že snížení bariér nelze dosáhnout pouze změnou chování osob bez domova,

ale vyžaduje také úpravu přístupu služeb, zejména větší flexibilitu, individualizaci a porozumění jejich specifickým potřebám.

#### 2.2.2.6 Specifika duševního zdraví

Duševní zdraví se v rámci analýzy ukázalo jako jeden z nejkompexnějších faktorů, který určuje, zda jedinec v systému pomoci uspěje, či nikoliv. Nejedná se přitom o samotnou nemoc, ale o střet přítomnosti či absence klinické diagnózy s realitou života na ulici.

Zatímco pro část respondentů představuje potvrzení o duševním onemocnění pomyslnou vstupenku k invalidnímu důchodu a k možnosti specializované péče, pro jiné se stává stigmatizující nálepkou, která jim de facto uzavírá přístup k ubytovacím a dalším sociálním službám. Tento začarovaný kruh dále prohlubuje skutečnost, že dodržovat léčebný režim v podmínkách ulice je téměř nereálné. Absence bezpečného zázemí a stabilního režimu často vede k tomu, že jedinec své psychické obtíže maskuje somatickými (tělesnými) projevy, aby v systému péče vůbec dokázal obstát a nebyl předem vnímán jako problémový.

Respondenti poukazovali na to, že diagnostický status významně ovlivňuje postavení jedince v systému služeb. U osob se stanovenou diagnózou je situace v některých ohledech přehlednější, zejména díky dostupnosti zdravotnické dokumentace a nastavené léčbě: *„U pacientů s diagnózou víme, jaký je jejich léčebný plán... mají zprávy od specialisty. Diagnóza je pro systém propustka, díky které víme, do jaké kolonky zařadit a jakou pomoc mu poskytnout. Bez razítka je člověk bez domova jen neviditelný nebo problémový, protože jeho potíže nemají oficiální jméno.“ (O3)*

Současně však tito klienti čelí vyšší míře nestability a riziku relapsu, což může jejich zapojení do péče komplikovat: *„Na druhou stranu bývají častěji nestabilní, hrozí vysazování léků. Udržet léčebný režim v prostředí ulice není možné, protože chybí základní jistota bezpečného spánku. Stačí jeden špatný den na ulici a celá pracně budovaná stabilita se sesype jako domeček z karet, protože léky jsou to poslední, na co v tu chvíli myslíte.“ (O1)*

Diagnóza se tak ukazuje jako ambivalentní faktor – na jedné straně může usnadnit přístup ke službám a cílenou léčbu, na straně druhé je spojena se stigmatizací a negativním vnímáním: *„Diagnóza může usnadnit léčbu, ale současně může být spojena se stigmatizací. Je to paradoxní – diagnóza vám sice otevře dveře k odborné péči, ale zároveň vám na čelo nalepí nálepku nemocného na hlavu, se kterým práce není možná. Pro mnoho služeb se stává takový klient příliš velkým rizikem a problémem.“ (O3)*

U osob bez klinické diagnózy respondenti často identifikovali přítomnost skrytých nebo nediodagnostikovaných psychických obtíží, které však zůstávají mimo pozornost systému: *„Vidím skryté potíže – zejména deprese, úzkostné poruchy. Tihle lidé se sice dokážou protloukat a na první pohled nevypadají jako nemocní, ale uvnitř se úplně sypou. Nikdo si jich nevšimne, dokud neudělají nějaký průšvih, přitom už dávno potřebovali pomoc, aby se jejich stav nezhoršil do bodu, odkud už není návrat.“ (O1)*

Zásadní bariérou je v této oblasti nízká adherence k léčbě, která není projevem svobodné volby, ale důsledkem nestabilních životních podmínek (ztráta léků, krádeže osobních věcí, absence zázemí):

*„Nepřavidelné užívání medikace. ...Chtít po někom na ulici, aby bral prášky přesně na čas, je úplně*

*nereálně. Stačí, aby jim někdo ukradl batoh ... a léčba jde stranou – na ulici užívání léků není ve hře, je větší potřeba sehnat si jídlo nebo bezpečné místo na spaní.“ (O2)*

Specifickým mechanismem je rovněž somatizace psychických obtíží, kdy jedinci vyjadřují své obtíže prostřednictvím fyzických symptomů: „Pacient přichází se zdravotním problémem, ale při rozhovoru vyjde najevo deprese nebo úzkost. Tyto osoby bez domova vám neřeknou, že mají depresi, spíš si budou stěžovat na bolavou nohu nebo žaludek, protože pro ně to je problém. Možná je to jejich způsob, říct si o pomoc, aniž by museli přiznat, že je bolí duše – což je v prostředí ulice bráno jako slabost.“ (O3)

Výraznou bariérou v poskytování péče je u této populace téměř nulová informovanost o tom, co duševní zdraví vlastně obnáší. Pro lidi bez domova je prioritou fyzické přežití, přičemž psychický stav je vnímán jako luxus, na který „není čas“, nebo jako abstraktní pojem, kterému nerozumí. Duševní hygiena či prevence jsou pro ně neznámé koncepty; pomoc vyhledávají až v okamžiku, kdy je jejich stav natolik kritický, že jim znemožňuje běžné fungování, nebo když jsou k léčbě donuceni okolím. Jak uvádí jeden z respondentů:

*„Lidé bez domova vůbec neví, co to duševní zdraví je. Pro ně je to buď jsem v pohodě, nebo jsem blázen. Nic mezi tím neexistuje. Často ani netuší, že to, co prožívají – ta apatie nebo neustálý strach – je nějaký zdravotní problém, který se dá řešit. Oni to prostě berou jako součást života na ulici, jako něco, co k tomu patří, a dokud se úplně nezhroutí, tak nemají pocit, že by jim něco mělo být.“ (O5)*

Z analýzy vyplývá, že duševní zdraví osob bez domova nelze oddělit od jejich sociální a materiální situace. Psychické onemocnění zde nefunguje pouze jako individuální diagnóza, ale jako dynamický faktor, který v interakci s nastavením systému služeb prohlubuje sociální vyloučení a vytváří bariéry, které jsou bez komplexní podpory obtížně překonatelné.

#### 2.2.2.7 Sociální determinanty

Sociální determinanty zdraví — zejména bydlení, dluhy a absence zázemí — se v analýze výpovědí odborníků ukázaly jako základní rámec, v němž se formují bariéry v přístupu ke službám. Tyto faktory zde nepůsobí pouze jako vnější okolnosti, ale jako významné faktory, které zásadně ovlivňují somatický i psychický stav jedinců. Jakákoliv destabilizace v životě na ulici se okamžitě promítá do psychického stavu jedince.

Klíčovým faktorem je v tomto kontextu bydlení – to nepředstavuje pouze střechu nad hlavou, ale základní pilíř stability a pocitu bezpečí, bez něhož je terapeutická spolupráce výrazně ztížena. Pokud jedinec postrádá bezpečné zázemí a je nucen čelit dlouhodobému existenčnímu tlaku (dluhy, hlad, absence soukromí), jeho psychika setrvává v dlouhodobém krizovém režimu, v němž nezbývá kapacita pro systematickou péči o zdraví.

Odborníci opakovaně zdůrazňovali, že stabilní bydlení je základním předpokladem pro efektivní zapojení osob bez domova do léčebných procesů. Absence zázemí výrazně omezuje schopnost dodržovat léčebný režim:

*„Pokud nemá uživatel bydlení ani návaznou sociální službu, riziko opakované hospitalizace je vysoké. Je to jako točit se v začarovaném kruhu – v nemocnici člověka dají trochu dohromady, ale pak ho vypustí zpátky na ulici. Bez zázemí se ten člověk do týdne sesype znova v ještě horším stavu.“ (O2)*

Bydlení se tak ukazuje nejen jako zásadní determinant zdraví, který svou vahou často převyšuje standardní lékařskou intervenci a ovlivňuje stabilitu psychického stavu: *„Stabilní bydlení jako prevence relapsů a zhoršení zdravotního stavu. Vlastní postel a klíč od pokoje udělají pro psychiku víc než antidepressiva. Když má člověk pocit bezpečí a soukromí, jeho mozek konečně přestane jen přežívat a získá sílu...“ (O2)*

Analýza dále ukazuje, že nevyřešené existenční potřeby (dluhy, materiální deprivace) tvoří bariéru, přes kterou se jedinec k následným službám často ani nedostane: *„Pokud není řešeno bydlení, dluhy a základní potřeby, je velmi obtížné stabilizovat psychický stav uživatele...“ (O4)*

Významným zjištěním je potvrzení bio-psycho-sociální provázanosti problému. Izolované řešení pouze zdravotního stavu bez reflexe sociálního kontextu nevede k dlouhodobé stabilizaci: *„Duševní zdraví lidí bez domova neoddelíme od jejich sociální situace. Nesmí být hranice mezi doktorem a sociálním pracovníkem – jedno bez druhého nefunguje. Když vyléčíte tělo, ale pošlete ho zpátky do ulice, tak jste v podstatě neudělali vůbec nic, protože ta ulice ho do týdne spolkně znova.“ (O5)*

Nedostatečná integrace těchto oblastí způsobuje, že péče o osoby s komplexními potřebami postrádá kontinuitu. Lékařská doporučení se v podmínkách života na ulici často stávají obtížně realizovatelnými:

*„Léčba bez sociální podpory má omezený efekt. Můžete klientovi napsat nejlepší lék na světě, ale když nemá nikoho, kdo by mu pomohl vyřídít papíry nebo ho doprovodil na úřad, ty prášky mu nepomůžou. Bez sociální podpory v terénu medicína na tyto případy prostě není.“ (O3)*

Z výpovědí respondentů vyplývá, že sociální determinanty představují základní rámec, v němž se formují bariéry v přístupu ke službám. Bez strukturálních změn, zejména v oblasti dostupného bydlení, nelze dosáhnout dlouhodobé stabilizace duševního zdraví ani efektivního fungování systému pomoci.

#### 2.2.2.8 Fungující mechanismy a podpora

Analýza ukazuje, že i v rámci rigidního systému existují mechanismy, které osobám bez domova efektivně pomáhají v sociální a zdravotní stabilizaci. Nejedná se o izolovaná technická řešení, nýbrž o komplexní přístup založený na koordinované interdisciplinární spolupráci. Klíčem k úspěchu není očekávání iniciativy ze strany jedince, ale aktivní depistáž v terénu a následná navigace systémem služeb a administrativních požadavků. Tento model podpory je ukotven v principech trpělivosti a bezpodmínečného přijetí – v budování vztahu, který není ukončen prvním selháním jedince.

Respondenti opakovaně zdůrazňovali, že péče o osoby bez domova s duševními obtížemi nemůže být efektivní bez multidisciplinarity. Tato forma spolupráce je vnímána jako základní podmínka, neboť žádný izolovaný segment péče nedokáže pokrýt komplexní bio-psycho-sociální potřeby jedince:

*„Multidisciplinární spolupráci považuji za klíčovou. Jako praktická lékařka nemohu řešit vše sama. Doktor může vyléčit zánět, ale nevléčí samotu nebo chybějící občanku. Teprve když si k jednomu stolu sedne lékař, sociální pracovník a psycholog, začneme mu opravdu pomáhat.“ (O3)*

Bez integrace zdravotního a sociálního rozměru dochází k fragmentaci, v níž se jedinec, postrádající kognitivní či organizační kapacitu, nevyhnutelně ztrácí: „*Náš systém je jako skládačka – každý úřad má svůj kousek, ale nikdo nevidí celý obrázek. Pokud ty služby nepojíme, uživatel se v těch mezerách mezi nimi prostě utopí.*“ (O2) Významnou roli v systému podpory zaujímají terénní a nízkoprahové služby. Jejich efektivita spočívá v schopnosti adaptovat formu pomoci na specifickou životní realitu klientů a v eliminaci bariér, které kladou standardní instituce. Klíčovým nástrojem je zde asistovaný doprovod, který funguje jako mediátor mezi jedincem a institucí: „*Velmi se osvědčuje, když můžeme klienta doprovodit k lékaři, pomoci mu vyřídit doklady, koordinovat plán podpory. Někdy je největší pomocí prostě to, že tam jdete s ním a podpoříte ho. Doprovod není žádné vodění za ručičku, je to pojítko, bez kterého by ten člověk k pomoci nikdy nepřešel.*“ (O5)

Doprovodná práce snižuje riziko selhání v kontaktu se službami. Nejedná se o pouhou asistenci, ale o proces posilování kompetencí a postupné orientace v systému, kterou by jedinec v akutní krizi nebyl schopen realizovat samostatně. Rozhodujícím faktorem úspěchu je pak kvalita terapeutického vztahu mezi pracovníkem a jedincem. Stabilní vztah bez nátlaku, prostý sankčních mechanismů, je často jedinou kotvou, která jedince udrží v péči: „*Lidé bez příštěší zažili ve svém životě hlavně odmítání a tlak, takže reagují útekem. Jediné, co funguje, je trpělivost – vědomí, že tam pro ně jsme, i když zrovna nemají svůj den, a že ten vztah s nimi neukončíte při prvním prohřešku.*“ (O2)

Respondenti rovněž zdůrazňovali princip akceptace nelineární cesty zotavení. Možnost opakovaného návratu do systému bez represivních důsledků reflektuje realitu života s duševním onemocněním, kdy proces stabilizace bývá často přerušován relapsy: „*Cesta z ulice není rovná čára, je to spíš tři kroky dopředu a dva zpátky. Musíme mít dveře otevřené i pro ty, kteří to nezvládli, protože právě ten pocit, že se můžou vrátit a nikdo jim to nevyčte, jim dává odvalu zkusit to znovu.*“ (O4)

Význam těchto mechanismů spočívá v oslabování systémových a interakčních bariér. Účinná pomoc není definována pouze dostupností služby, ale především způsobem jejího doručování – flexibilitou, kontinuitou a ochotou systému přizpůsobit se limitům klienta. Tato kategorie potvrzuje, že integrace oborů, terénní práce a budování důvěry jsou jedinou funkční cestou k překonání sociálního vyloučení.

#### 2.2.2.9 Potřeby a návrhy změn

Závěrečná část analýzy se zaměřuje na identifikaci deficitů v současné síti a formulaci kroků směřujících k systémovému zlepšení. Odborníci se shodují, že parciální úpravy jsou nepostačující – je nezbytné zásadně upravit fungování systému, tak, aby byl primárně orientován na potřeby osob bez domova v krizové situaci, nikoli na administrativní a provozní limity institucí. Návrhy respondentů směřují k vytvoření flexibilní sítě služeb, která dokáže reflektovat životní situaci osob bez domova a nabídnout jim pomoc v jejich přirozeném prostředí.

Respondenti akcentovali především potřebu vyšší dostupnosti specializované psychiatrické a psychologické péče, včetně nízkoprahových forem krizové intervence:

„*...Pomohla by lepší dostupnost psychiatrické péče, včetně nízkoprahových psychiatrických a psychologických služeb.*“ (O4)

*„...Dnes je to tak, že když má člověk na ulici psychický kolaps, skončí buď v cele, na záchytce nebo na urgentu. Potřebujeme odborníky, kteří dokážou vyjet přímo k nim a řešit krizi dřív, než se z ní stane tragédie, ne až ve chvíli, kdy už je pozdě.“ (O2)*

Za prioritní považují odborníci posílení mobilních zdravotně-sociálních týmů, které eliminují bariéru fyzické nedostupnosti ambulancí:  
*„Mobilní zdravotnické týmy pro práci s lidmi bez domova.“ (O3)*

*„Nemůžeme čekat, že se člověk s depresí nebo psychózou sám objedná a dojede do velkého města do ambulance. Pomoc má být včasná, musíme být schopni ošetřit rány nebo podat léky přímo v terénu, na lavičce nebo v noclehárně, protože tam se láme chleba...“ (O1)*

Ústředním tématem zůstává systémová integrace. Respondenti upozorňují, že bez těsného propojení zdravotního a sociálního segmentu zůstává pomoc fragmentovaná a neúčinná:  
*„Nedává smysl, aby si sociální pracovník a lékař přehazovali klienta a spolu nikdy nepromluvili. Zatímco jeden řeší bydlení a druhý diagnózu, ten člověk mezi nimi pomalu propadá, protože nikdo nevidí jeho situaci jako celek. Teprve když tihle dva odborníci začnou táhnout za jeden provaz, má klient šanci se z toho začarovaného kruhu skutečně dostat.“ (O2)*

Z analýzy dále vyplývá požadavek na vyšší míru tolerance k individuálnímu tempu jedince. Systém musí reflektovat specifika práce s duševním onemocněním, kde je proces zotavení často nelineární:

*„Je nutné počítat s pomalejším tempem změny a s vyšší potřebou podpory v průběhu spolupráce. Změna u člověka, který léta žil v totálním rozvratu, se nezmění za dva týdny, ale za roky. Systém musí přestat tlačit na okamžité výsledky a pochopit, že i to, že si klient začne pravidelně docházet do služby, je obrovské vítězství, které vyžaduje svůj čas.“ (O5)*

Odborníci rovněž kritizují současné metodické nastavení financování, které dostatečně nezohledňuje časovou náročnost budování důvěry a depistáže v terénu:

*„Úřední tabulky počítají „přímou práci“ na minuty, ale u člověka na ulici strávíte hodiny jen tím, že ho vůbec v tom městě najdete nebo ho přesvědčíte, aby vám věřil. Lidi v tak hluboké krizi nemůžeme odbavovat jako u přepážky na poště, musíme mít čas na to, abychom s nimi ten těžký kus cesty společně prošli krok za krokem...“ (O4)*

Absolutní prioritou pro stabilizaci duševního zdraví zůstává dostupné bydlení, vnímané nikoliv jako odměna za spolupráci, ale jako primární terapeutický nástroj:  
*„...Bydlení není třešnička na dortu za odměnu, je to ten úplně první a nezákladnější lék na rozbitou hlavu. Dokud ten člověk nemá své bezpečné místo, kde se může zamknout a v klidu se vyspat bez strachu, že ho někdo okrade nebo zbije, tak ho žádná léčba ani pilulka před ulicí neochrání...“ (O2)*

V obecnější rovině respondenti navrhovali zjednodušení administrativních procesů a přechod k individualizovanému case managementu:

*„Současná administrativa je pro člověka, co spí venku a bojuje se životem, jako neprostupná betonová zeď, kterou sám prostě neprorazí. Potřebujeme, aby se ty naše dvě kanceláře – sociální a zdravotní – konečně propojily do jedné sítě, která toho chlapa nebo ženskou z ulice podrží, místo aby jim do cesty házela další hromady papírů a termínů.“ (O5)*

Axiální kódování z perspektivy odborníků tak souhrnně ukazuje, že bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám mají strukturální povahu a jejich řešení vyžaduje zásadní

proměnu logiky poskytované péče — od rigidních požadavků k flexibilní, nízkoprahové a koordinované podpoře. Funkční mechanismy v systému existují, jejich efektivita však závisí na ochotě přizpůsobit formu pomoci tomu, co klient v danou chvíli reálně zvládne. Tato zjištění tvoří základ pro formulaci centrální kategorie z perspektivy odborníků, která je rozpracována v následující kapitole.

#### *2.2.2.10 Syntéza axiálního kódování z perspektivy odborníků*

Axiální kódování z perspektivy odborníků ukazuje, že bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám nejsou výsledkem selhání jednotlivých pracovníků ani nezájmu klientů. Jsou důsledkem hlubokého nesouladu mezi tím, jak je systém nastaven, a tím, jak vypadá každodenní realita člověka bez domova. Tento nesoulad se projevuje na více místech najednou — v přísných administrativních požadavcích, v nedostatečném propojení zdravotních a sociálních služeb, ve stigmatizujícím přístupu institucí a v absenci základních stabilizačních podmínek, především dostupného bydlení. Psychický stav klientů přitom celý tento proces nezpůsobuje sám o sobě — je jím formován a zároveň ho zpětně prohlubuje. Analýza zároveň ukázala, že v systému existují přístupy, které fungují — terénní práce, nízkoprahové služby, mezioborová spolupráce a trpělivé budování důvěry. Aby však byly skutečně účinné, musí mít systém ochotu přizpůsobit se tomu, co klient v danou chvíli zvládne.

### 2.2.3 Selektivní kódování

Selektivní kódování představuje závěrečnou analytickou fázi zakotvené teorie, jejímž cílem je identifikovat centrální kategorii a systematicky propojit všechny dílčí kategorie do uceleného interpretačního modelu. Centrální kategorie reprezentuje jev, který nejlépe vystihuje zkoumaný proces a který je schopen integrovat ostatní kategorie jako své podmínky, strategie a důsledky (Strauss a Corbin, 1999). Na základě provedené analýzy byly jako centrální kategorie identifikovány: bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám jako faktor ovlivňující zvládání psychických obtíží u osob bez domova. Tato kategorie propojuje strukturální podmínky života bez domova, psychické prožívání respondentů, jejich zkušenosti se systémem služeb a volbu strategií zvládání do vzájemně provázaného procesu.

#### *2.2.3.1 Selektivní kódování z perspektivy osob bez domova*

Z analýzy výpovědí respondentů z řad osob bez domova vyplývá, že jejich zkušenost se systémem zdravotních a sociálních služeb není tvořena jednotlivými překážkami, ale komplexním a vzájemně se posilujícím procesem, v němž strukturální podmínky, psychický stav a strategie zvládání vytvářejí uzavřený kruh.

Výchozím bodem tohoto procesu je životní situace respondentů, charakterizovaná dlouhodobou bytovou nestabilitou, ekonomickou nejistotou a sociální izolací. Tato situace nevytváří pouze materiální deprivaci, ale působí jako chronický stresor, který postupně vyčerpává psychické zdroje jedince a omezuje jeho schopnost aktivně řešit vlastní situaci. Mechanismem, jímž k tomuto vyčerpání dochází, je tzv. prioritní vytěsnění — jak bylo popsáno v kapitole 2.2.1.1.1 — kdy veškerá energie směřuje do okamžitého přežití a dlouhodobé potřeby, včetně zdravotní péče a sociální stabilizace, jsou systematicky odsunovány na okraj.

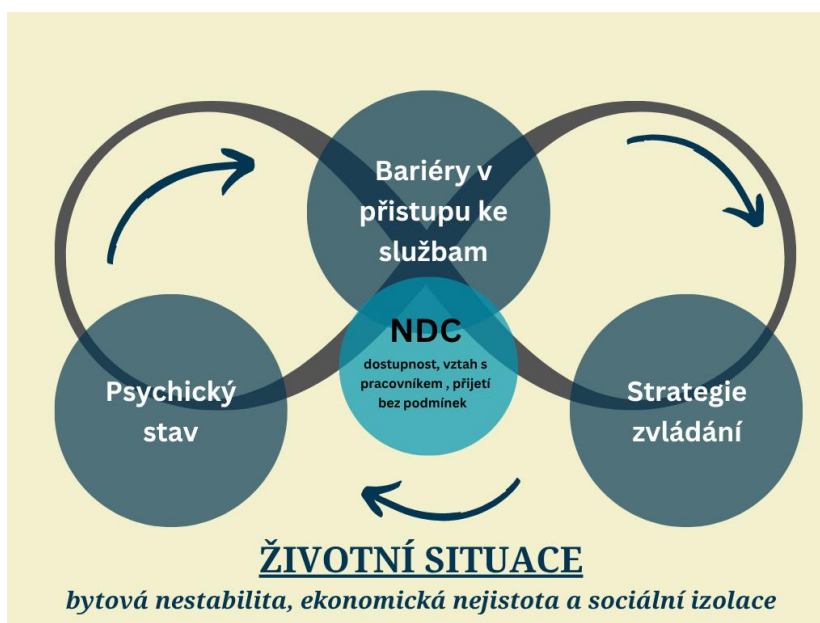
Na tento základ se vrství bariéry v přístupu ke službám, které respondenti vnímají jako víceúrovňový systém překážek. Systémové a administrativní bariéry předpokládají míru stability, organizační schopnosti a materiálního zázemí, jímž osoby bez domova zpravidla nedisponují.

Ekonomické a logistické bariéry znemožňují dodržování terapeutických doporučení a plnění institucionálních požadavků. Sociální bariéry v podobě stigmatizace a depersonalizace klienta prohlubují pocit vyloučení a odvracejí respondenty od opakovaného kontaktu se službami. Psychologické bariéry — rezignace, ztráta důvěry a naučená bezmoc — pak představují vnitřní odraz těchto vnějších zkušeností a uzavírají cestu k aktivnímu vyhledávání pomoci.

Psychický stav respondentů přitom není pouze důsledkem popsanych bariér, ale zároveň jejich zesilovačem. Úzkost, vyčerpání a depresivní prožívání snižují funkční kapacitu jedince a omezují jeho schopnost orientovat se v systému, plnit administrativní požadavky a udržovat kontinuitu péče. Psychický stav tak funguje jako klíčový filtr, který určuje, zda a jakým způsobem respondent bariéry vnímá a jak na ně reaguje.

Volba strategie zvládání je přímým výsledkem tohoto vzájemného působení. Respondenti s výraznějšími psychickými obtížemi volí převážně pasivní a únikové strategie — sociální stažení, odkládání řešení nebo užívání alkoholu. Tyto strategie přinášejí krátkodobou úlevu, dlouhodobě však prohlubují sociální vyloučení a vzdalují jedince od systému pomoci. Respondenti s relativně stabilnějším psychickým stavem a dostupnou podporou naproti tomu volí strategie aktivní — systematické řešení problémů, udržování denního režimu a cílené využívání dostupných služeb.

Klíčovým faktorem celého procesu se ukázal být vztah s pracovníkem a dostupnost nízkoprahové služby. Prostředí NDC respondenti opakovaně popisují jako jediný prostor, kde se cítí přijati bez podmínek a kde mohou dočasně odložit permanentní ostražitost spojenou se životem na ulici. Tento vztah důvěry představuje protektivní faktor, který může přerušit tento negativní cyklus a umožnit respondentům postupné využívání dalších forem podpory.



Obr. 3: Myšlenková mapa selektivního kódování — perspektiva osob bez domova

Zdroj: vlastní zpracování

Výsledky selektivního kódování ukazují, že zdánlivá nespolupráce osob bez domova se systémem není projevem nezájmu nebo nedostatku motivace, ale racionální adaptací na podmínky, v nichž jsou bariéry systematicky větší než dostupné zdroje. Centrální kategorie tak odhaluje strukturální povahu problému: nejde o selhání jednotlivce, ale o nesoulad mezi nastavením systému a reálnými možnostmi cílové skupiny.

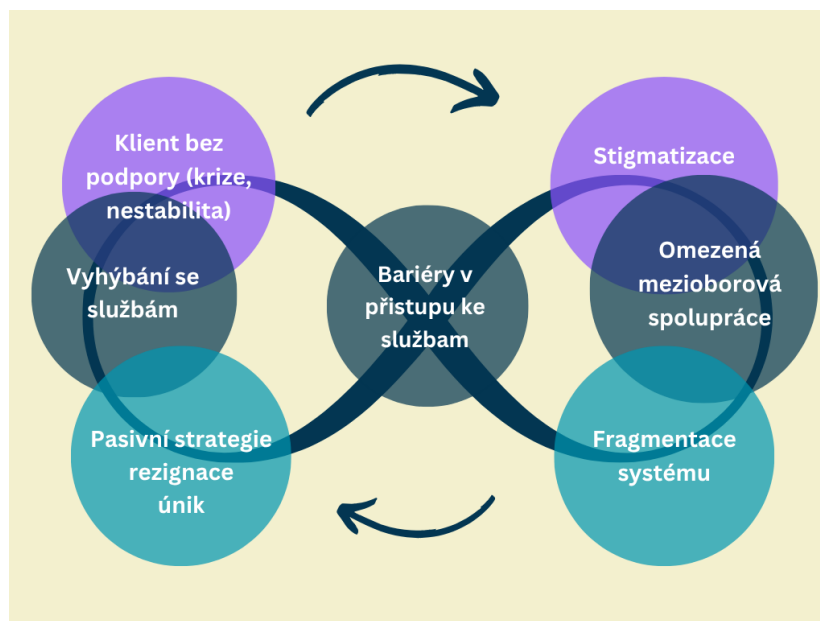
### 2.2.3.2 Selektivní kódování z perspektivy odborníků

Perspektiva odborníků potvrzuje a zároveň rozšiřuje obraz, který vyplývá z výpovědí osob bez domova. Odborníci vnímají bariéry v přístupu ke službám primárně jako systémový problém, jehož kořeny leží v nedostatečné provázanosti zdravotních a sociálních služeb, v resortním oddělení jejich financování a řízení a v absenci dlouhodobých stabilizačních nástrojů.

Centrálním zjištěním z perspektivy odborníků je, že efektivní pomoc osobám bez domova vyžaduje překročení hranic jednotlivých institucí a profesí. Fragmentace systému, kdy každá instituce řeší pouze svůj úsek problému, vede k tomu, že klienti opakovaně propadají sítím — jsou stabilizováni v jedné oblasti, ale bez návazné podpory se vracejí do výchozí krizové situace. Klíčovou překážkou přitom není absence dobré vůle jednotlivých pracovníků, ale strukturální nastavení systému, které spolupráci ztěžuje nebo znemožňuje.

Odborníci současně identifikují stigmatizaci jako obousměrný problém. Na straně institucí se projevuje v podobě tzv. vizuální diagnózy — předsudečného hodnocení klienta na základě jeho vzhledu ještě před zahájením odborné interakce. Na straně klientů pak vede tato zkušenost k budování obranných mechanismů a k vyhýbání se službám, které by jim mohly pomoci. Tento kruh vzájemné nedůvěry je podle odborníků jednou z nejobtížněji překonatelných bariér v práci s cílovou skupinou.

Z hlediska strategií zvládnutí odborníci zdůrazňují, že pasivní a únikové reakce klientů nemohou být interpretovány jako projev slabé vůle, ale jako důsledek dlouhodobého působení strukturálních překážek a traumatických zkušeností. Efektivní intervence proto musí vycházet z principů harm reduction, nízkoprahovosti a trauma-informované péče, které respektují aktuální možnosti a tempo klienta.



Obr. 4: Myšlenková mapa selektivního kódování — perspektiva odborníků

Zdroj: vlastní zpracování

Selektivní kódování z perspektivy odborníků tak formuluje komplementární pohled na centrální kategorii: bariéry nevznikají pouze na straně klienta, ale jsou spoluvytvářeny nastavením systému, institucionální kulturou a omezenou mezioborovou spoluprací. Změna vyžaduje intervenci na systémové úrovni, nikoli pouze individuální.

### 2.2.3.3 *Selektivní kódování obou skupin respondentů*

Selektivní kódování obou skupin respondentů přineslo dvě odlišně formulované centrální kategorie, které však zachycují stejný jev ze dvou komplementárních perspektiv. Z pohledu osob bez domova byly jako centrální kategorie identifikovány bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám jako faktor ovlivňující zvládání psychických obtíží — tedy zkušenost prožívaná zevnitř, z pozice člověka, který se systémem každodenně střetává a reaguje na něj dostupnými strategiemi zvládání. Z pohledu odborníků byl jako centrální kategorie *identifikován nesoulad mezi nastavením institucí a životní situací osob bez domova* — tedy strukturální diagnóza téhož jevu formulovaná z pozice těch, kteří systém obsluhují a jeho limity pozorují v každodenní praxi.

Obě kategorie se vzájemně potvrzují a doplňují. Tam, kde osoby bez domova popisují zkušenost odmítnutí, stigmatizace a psychického vyčerpání, odborníci identifikují systémové podmínky, které tuto zkušenost produkují — rigiditu administrativních požadavků, fragmentaci služeb a absenci kontinuální podpory. Tam, kde klienti volí pasivní nebo únikové strategie zvládání, odborníci vidí racionální reakci na systém, který svými podmínkami aktivní spolupráci fakticky znemožňuje. Triangulace obou perspektiv tak posiluje analytickou validitu zjištění a umožňuje formulovat interpretační model, který zachycuje zkoumaný jev v jeho plné komplexnosti — jak z hlediska prožívané zkušenosti, tak z hlediska strukturálních podmínek, které ji utvářejí.

### 2.2.3.4 *Syntéza interpretačního modelu*

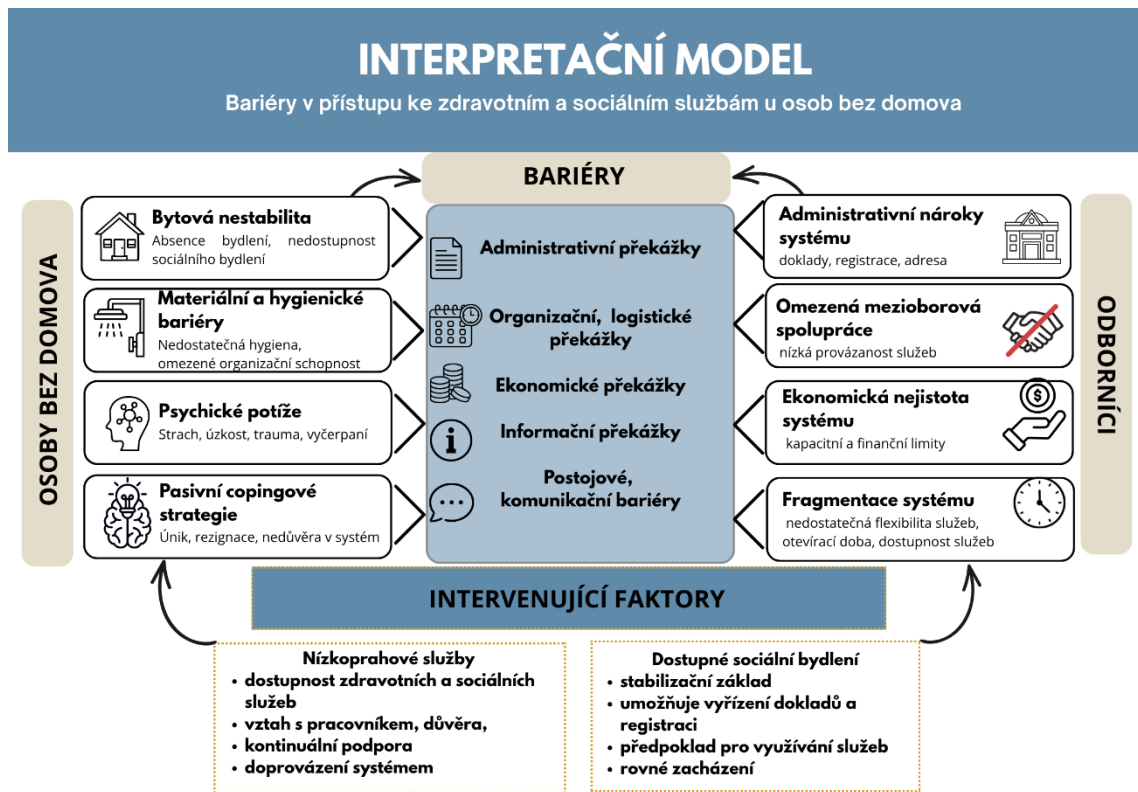
Propojením obou perspektiv vzniká ucelený interpretační model, který zachycuje zkoumaný jev v jeho plné komplexnosti. Bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám u osob bez domova nejsou statickým souborem překážek, ale dynamickým procesem, jenž vzniká na rozhraní tří vzájemně provázaných rovin: strukturálních podmínek systému, individuálního prožívání osob bez domova a kvality jejich interakce s institucemi.

Na strukturální rovině systém předpokládá stabilitu, organizační schopnosti a materiální zázemí, které osoby bez domova zpravidla nemají. Tato nekompatibilita produkuje bariéry administrativní, logistické, ekonomické i institucionální, které se v praxi vzájemně kumulují a zesilují. Na individuální rovině dlouhodobá bytová nestabilita, psychické vyčerpání a reaktivace traumat snižují funkční kapacitu jedince a omezují jeho schopnost systémem navigovat. Tyto dvě roviny se setkávají v interakci mezi klientem a institucí — a právě zde, v prostoru vzájemného nesouladu, vzniká to, co odborníci označují jako propadávání sítím a co klienti prožívají jako opakované odmítnutí a ztrátu důvěry.

Psychický stav jedince přitom nefunguje jako izolovaná příčina obtíží, ale jako klíčový mediátor celého procesu. Zesiluje dopady bariér, determinuje volbu strategií zvládání a je zároveň těmito bariérami zpětně formován. Výsledkem tohoto cyklického působení je buď postupné prohlubování negativní spirály — kdy se bariéry, psychické obtíže a maladaptivní strategie navzájem posilují a vedou k odpojení od systému péče — nebo naopak postupná stabilizace, podmíněná dostupností protektivních faktorů.

Klíčovým protektivním faktorem, potvrzeným oběma skupinami respondentů, je nízkoprahová služba a kvalita vztahu s pracovníkem. NDC v tomto modelu nefunguje pouze jako místo poskytování konkrétní pomoci, ale jako most mezi klientem a systémem — prostor, kde se buduje důvěra nezbytná k tomu, aby byl klient schopen postupně využívat i další formy podpory. Druhou zásadní intervenující proměnnou je dostupné bydlení, které obě skupiny respondentů

shodně označují jako základní předpoklad jakékoli další stabilizace — nikoli jako odměnu za spolupráci, ale jako první a nezákladnější podmínku pro to, aby péče vůbec mohla být účinná. Tento interpretační model je graficky znázorněn ve schématu selektivního kódování (viz Obrázek 5). Zjištění, která z něj vyplývají, jsou dále interpretována ve vztahu k odborné literatuře a výzkumným otázkám v následující kapitole diskuse.



Obr. 5: Interpretační model

Zdroj: vlastní zpracování

### 2.3 Diskuse

Cílem této diplomové práce bylo identifikovat bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám u osob bez domova a interpretovat strategie, které tyto osoby využívají při zvládnání psychických potíží. Na základě provedené analýzy lze konstatovat, že tento cíl byl naplněn — výzkum přinesl detailní a datově ukotvený obraz bariér i strategií zvládnání, přičemž jejich vzájemná provázanost se ukázala být klíčovým analytickým zjištěním přesahujícím původní vymezení cíle. Výsledky ukazují, že bariéry nelze chápat izolovaně, ale jako součást vzájemně propojeného procesu, v němž se sociální a materiální nestabilita, psychický stav, zkušenost stigmatizace a charakter systému služeb navzájem ovlivňují a zesilují. Psychický stav přitom významně modifikuje schopnost orientace v systému pomoci, zatímco kvalita vztahu s pracovníkem a dostupnost podpůrných služeb — zejména nízkoprahového centra — mohou negativní dopady bariér zmírňovat a fungovat jako protektivní faktor. Diskuse se zaměřuje na interpretaci těchto zjištění ve vztahu k odborné literatuře, reflektuje možné vlivy výzkumné strategie a metod sběru dat na výsledky a poukazuje na aplikační význam poznatků pro praxi

sociální práce, zejména v oblasti podpory duševního zdraví, mezioborové spolupráce a rozvoje nízkoprahových služeb.

### 2.3.1 Odpovědi na výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka se zaměřovala na to, jak se bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám formují a jak ovlivňují zvládnání psychických potíží u osob bez domova z pohledu klientů i odborníků. Z výsledků výzkumu vyplývá, že bariéry nevznikají izolovaně ani náhodně, ale jako výsledek vzájemného působení strukturálních podmínek systému, individuálního psychického stavu jedince a kvality interakce mezi klientem a institucí. Psychický stav přitom nefunguje pouze jako důsledek těchto bariér, ale zároveň jako jejich zesilovač — úzkost, rezignace a vyčerpání snižují funkční kapacitu jedince a omezují jeho schopnost systémem navigovat, čímž se negativní cyklus uzavírá. Obě skupiny respondentů — osoby bez domova i odborníci — tento proces popisují shodně, každý ze své pozice, což posiluje analytickou validitu zjištění.

#### *Odpověď na DVO 1 — životní podmínky a vznik bariér*

Výsledky jednoznačně ukazují, že životní podmínky osob bez domova představují výchozí strukturální rámec, z něhož bariéry vyrůstají. Bytová nestabilita, ekonomická nejistota, absence dokladů a sociální izolace vytvářejí stav, který respondenti popisují jako permanentní krizový režim. V tomto režimu mechanismem tzv. prioritního vytěsnění dochází k systematickému odsouvání dlouhodobých potřeb — včetně zdravotní péče a sociální stabilizace — na okraj, protože veškerá kapacita je investována do okamžitého přežití. Životní podmínky tak nejsou pouze kontextem bariér, ale jejich aktivním spouštěčem.

#### *Odpověď na DVO 2 — perspektiva odborníků*

Odborníci interpretují bariéry primárně jako systémový problém. Klíčovým zjištěním je, že překážky nevznikají selháním jednotlivých pracovníků, ale strukturálním nesouladem mezi nastavením institucí a životní realitou cílové skupiny. Systém předpokládá stabilitu, schopnost plánování a orientaci v administrativních procesech — předpoklady, které osoby bez domova zpravidla nesplňují. Odborníci opakovaně poukazují na fragmentaci zdravotního a sociálního segmentu, která vede k jevu označovanému jako propadávání sítím, a na stigmatizaci v podobě vizuální diagnózy jako na jednu z nejobtížněji překonatelných bariér v každodenní práci s cílovou skupinou.

#### *Odpověď na DVO 3 — strategie zvládnání*

Osoby bez domova využívají široké spektrum strategií zvládnání, které se pohybují na kontinuu od aktivního řešení situace po pasivní, únikové a přežívací reakce. Volba strategie není stabilní, ale dynamicky se proměňuje v závislosti na aktuálním psychickém stavu, předchozích zkušenostech se systémem a dostupnosti podpůrného prostředí. Respondenti s výraznějšími psychickými obtížemi volí převážně pasivní strategie — sociální stažení, odkládání řešení a užívání alkoholu jako prostředku dočasné regulace zátěže. Respondenti s relativně stabilnějším psychickým stavem a dostupnou podporou NDC volí strategie aktivní. Klíčovým zjištěním je, že zdánlivá nespolečenství klientů není projevem nezájmu, ale racionální adaptací na podmínky, v nichž jsou bariéry systematicky větší než dostupné zdroje.

#### *Odpověď na DVO 4 — vztahy mezi bariérami a strategiemi zvládnání*

Jak ukázalo selektivní kódování, bariéry a strategie zvládnání jsou ve vzájemném dynamickém vztahu — jejich kumulace vede k postupnému odpojování od systému péče, přerušitelnému pouze za přítomnosti protektivních faktorů — zejména nízkoprahové služby, důvěrného vztahu s pracovníkem a dostupného bydlení.

#### *Odpověď na DVO 5 — opatření a změny*

Respondenti z obou skupin se shodují, že dílčí úpravy systému nestačí — potřebná je zásadní změna přístupu od sankčně orientovaných, rigidních požadavků k flexibilní, nízkoprahové a koordinované podpoře. Za absolutní priority označují dostupné bydlení jako základní terapeutický nástroj, posílení mobilních zdravotně-sociálních týmů, snížení administrativní zátěže, systémovou integraci zdravotního a sociálního segmentu a vzdělávání pracovníků v oblasti trauma-informované péče. Tato doporučení přímo reagují na identifikované bariéry a jsou podrobněji rozpracována v kapitole návrhů pro praxi.

#### *Naplnění dílčích cílů*

Poznávací cíl práce — porozumět tomu, jak vzájemné interakce mezi osobami bez domova a odborníky formují vnímání bariér — byl naplněn prostřednictvím triangulace dvou perspektiv. Jejich srovnání ukázalo, že obě skupiny popisují tentýž jev z různých pozic, přičemž jejich výpovědi se vzájemně potvrzují a doplňují. Aplikační cíl práce — nabídnout poznatky využitelné pro praxi — je naplněn v kapitole návrhů a doporučení, kde jsou zjištění přeložena do konkrétních podnětů pro nízkoprahové služby, poskytovatele zdravotní péče a systémové plánování.

### 2.3.2 Porovnání zjištění s odbornou literaturou

Výsledky výzkumu jsou v zásadním souladu s poznatky zahraniční i domácí odborné literatury, přičemž zároveň přinášejí specifické vhledy do kontextu menšího českého města, který dosud nebyl dostatečně výzkumně zpracován prostřednictvím zakotvené teorie.

#### *Víceúrovňový charakter bariér*

Zjištění týkající se víceúrovňového a vzájemně se posilujícího charakteru bariér korespondují se závěry řady zahraničních studií. Fazel, Geddes a Kushel (2014) ve svém přehledovém výzkumu dokumentují, že osoby bez domova čelí výrazně vyšší prevalenci duševních onemocnění než běžná populace, přičemž přístup k psychiatrické péči zůstává strukturálně omezený napříč různými systémy zdravotní péče. Toto zjištění potvrzují i výsledky předkládané práce, kde odborníci opakovaně poukazují na nedostupnost ambulantní psychiatrické péče a dlouhé čekací lhůty jako na klíčovou systémovou bariéru. Podobně Šupková (2007) i Hradecký (2008) zdůrazňují, že bariéry nelze redukovat na individuální selhání, ale je nutné je chápat v kontextu strukturálních nerovností a nastavení systému služeb. Specifickým přínosem předkládané práce je detailní popis mechanismu, jímž systémová nedostupnost ovlivňuje psychický stav klientů a jejich volbu strategií zvládnání — dimenze, které zahraniční přehledové studie zpravidla nezachycují v takové hloubce. Barták (2011) dále zdůrazňuje, že nedostatečná dostupnost zdravotní péče vede k pozdnímu řešení problémů a jejich postupné kumulaci, což odpovídá zjištěním této práce o diskontinuitě péče a kumulativním charakteru bariér. Tento kumulativní mechanismus, kdy se administrativní náročnost, rigidita systému, absence dokladů, nedostatečná návaznost péče a psychické vyčerpání klienta vzájemně zesilují, je v souladu

s doporučeními pro koordinovanou a integrovanou zdravotně-sociální péči, která jsou považována za základ efektivní práce s touto cílovou skupinou (NICE, 2022).

### *Stigmatizace*

Zjištění o roli stigmatizace jsou v souladu s konceptuálním rámcem Linka a Phelana (2001), kteří rozlišují stigma jako proces zahrnující označování, stereotypizaci, separaci, ztrátu statusu a diskriminaci. V datech předkládané práce se tento proces projevuje v konkrétní podobě tzv. vizuální diagnózy, kdy personál zdravotnických zařízení hodnotí klienta na základě jeho vzhledu ještě před zahájením odborné interakce. Tato forma stigmatizace vede k tomu, co Link a Phelan označují jako strukturální diskriminaci — systematickému omezování přístupu ke zdrojům nikoli na základě individuálního rozhodnutí, ale institucionálně zakotvených předsudků. Výsledky výzkumu toto konceptuální vymezení empiricky potvrzují a doplňují o perspektivu samotných klientů, kteří stigmatizaci popisují jako klíčový důvod, proč zdravotní a sociální služby přestávají vyhledávat. Reeve (2011) v tomto kontextu poukazuje na to, že bezdomovectví je úzce propojeno se sociální exkluzí a stigmatizací, která omezuje přístup ke zdrojům. Stejně tak Musil (2004) upozorňuje na narušený vztah mezi klientem a institucemi jako na klíčovou překážku využívání pomoci a Průdková a Novotný (2008) dokumentují dopad stigmatizace na ochotu vyhledat pomoc. Důležité je přitom zjištění, že stigma nesnižuje pouze aktuální komfort klienta při kontaktu se službou, ale zásadně formuje jeho budoucí vztah ke službám a ochotu je opakovaně vyhledávat.

### *Psychický stav jako mediátor*

Výsledky potvrzují, že psychický stav osob bez domova nepředstavuje pouze individuální charakteristiku, ale funguje jako klíčový mediátor celého procesu — ovlivňuje schopnost orientace v systému služeb, plnění požadavků institucí i ochotu pomoc vyhledávat. Tento závěr je v souladu se zahraniční literaturou, podle níž je vztah mezi bezdomovectvím a duševním zdravím obousměrný: zhoršené duševní zdraví zvyšuje riziko sociálního propadu a současně samotná životní situace bez domova dále zhoršuje psychické fungování (Fazel, Geddes a Kushel, 2014). Světová zdravotnická organizace (WHO, 2023) zdůrazňuje, že sociální determinanty zdraví — podmínky bydlení, sociální ochrana a ekonomická stabilita — zásadně ovlivňují zdravotní nerovnosti, což odpovídá zjištěním o roli bytové nestability jako výchozího bodu celého řetězce bariér.

### *Strategie zvládání*

Oblast strategií zvládání psychické zátěže je v předložené práci analyzována v souladu s transakčním modelem stresu a copingu Lazaruse a Folkmana (1984), kteří rozlišují strategie zaměřené na problém a strategie zaměřené na emoci. Výsledky výzkumu toto základní rozlišení potvrzují — respondenti s relativně stabilnějším psychickým stavem volí strategie zaměřené na řešení problému, zatímco respondenti s výraznějšími psychickými obtížemi volí strategie emoční regulace, zejména sociální stažení a užívání alkoholu. Zároveň však výsledky ukazují, že volba strategie není pouze individuální psychologickou proměnnou, ale je zásadně podmíněna dostupností podpůrného prostředí — zjištění, které přesahuje původní Lazarusův a Folkmanův model a odpovídá novějším přístupům zdůrazňujícím ekologický kontext copingu (Hobfoll, 2001). Tento závěr je v souladu také s konceptem naučené bezmoci (Seligman, 1975), který byl popsán v teoretické části práce a který se v datech projevuje jako rezignace na vlastní schopnost situaci ovlivnit. Vágnerová, Csémy a Marek (2013) a Hradecký (2008) zdůrazňují, že copingové

strategie osob bez domova je nutné interpretovat v kontextu jejich životní situace a Hradecký (2008) zdůrazňuje, že copingové strategie osob bez domova je nutné interpretovat v kontextu jejich životní situace — chování vnímané z pohledu majority jako maladaptivní může v podmínkách bezdomovectví plnit ochrannou funkci. Tato zahraniční i domácí literatura o traumatu a bezdomovectví popisuje copingové strategie jako přežití v podmínkách extrémní nejistoty, nikoli jako individuální selhání — což je závěr, který je plně v souladu s interpretačním modelem předkládané práce.

#### *Bydlení a Housing First*

Absolutní shoda obou skupin respondentů na prioritě dostupného bydlení jako základního předpokladu stabilizace koresponduje s principy přístupu Housing First. Tsemberis, Gulcur a Nakae (2004) prokázali, že poskytnutí stabilního bydlení bez předchozích podmínek vede k výrazně vyšší míře udržení bydlení a ke zlepšení psychického stavu než tradiční stupňovité modely vyžadující splnění podmínek abstinence a spolupráce. Výsledky předkládané práce tento závěr potvrzují z perspektivy samotných klientů i odborníků — bydlení je shodně popisováno nikoli jako odměna za spolupráci, ale jako základní terapeutický nástroj, bez něhož jakákoli další intervence ztrácí efekt. Toto zjištění je zvláště relevantní pro českou praxi, kde je přístup Housing First dosud aplikován omezeně a kde stupňovité modely zůstávají dominantním paradigmatem.

#### *Nízkoprahové služby a harm reduction*

Zjištění o klíčové roli nízkoprahových služeb a harm reduction přístupu jsou v souladu s mezinárodními doporučeními, která zdůrazňují, že efektivní práce s osobami bez domova musí vycházet z principu setkávání s klientem tam, kde se nachází — fyzicky, psychicky i životní situací (Hwang a Burns, 2014). NDC v předkládané práci tento princip naplňuje jako místo, kde je klientům poskytována bezpodmínečná podpora bez sankčních mechanismů, čímž buduje důvěru nezbytnou k postupnému zapojení do dalších forem péče. Nešporová a kol. (2019) v domácím kontextu zdůrazňují, že právě nízkoprahové služby mohou fungovat jako most mezi osobami bez domova a systémem péče a přispívat k postupnému budování důvěry. Harm reduction přístup se přitom ukazuje jako jediná realistická alternativa v situaci, kdy tradiční podmíněná péče selhává — a to jak v zahraničním kontextu, tak v podmínkách NDC. Novější přehledy intervencí ukazují, že účinnější bývají přístupy, které se nesoustředí pouze na jednotlivý zdravotní problém, ale současně pracují se sociálními determinantami, dostupností péče a praktickou podporou v kontaktu se službami (NICE, 2022).

Celkově lze říci, že výsledky této práce jsou ve shodě s domácí i zahraniční literaturou v tom, že bariéry v přístupu ke službám mají strukturální, vztahovou i individuální rovinu. Přínosem předloženého výzkumu je zejména to, že tyto roviny propojuje do jednoho dynamického interpretačního modelu a ukazuje jejich vzájemné působení v konkrétním regionálním kontextu menšího českého města. Model tak nepředstavuje pouze popis bariér, ale vysvětlení procesu, v němž se sociální znevýhodnění, psychická zátěž, nastavení systému a copingové strategie vzájemně ovlivňují — dimenze, která v domácí literatuře zatím nebyla systematicky zpracována prostřednictvím zakotvené teorie.

### 2.3.3 Soulad výsledků s teoretickými východisky práce

Výsledky výzkumu jsou v zásadním souladu s teoretickými východisky práce, která chápou bezdomovectví nikoli pouze jako absenci bydlení, ale jako komplexní stav sociálního vyloučení, psychosociální zátěže a oslabené schopnosti orientace v běžném společenském i institucionálním prostředí. V teoretické části bylo zdůrazněno, že život bez stabilního bydlení je provázen chronickou nejistotou, ztrátou kontroly, stigmatizací a oslabením sociálních vazeb. Tyto předpoklady byly ve výzkumných zjištěních jednoznačně potvrzeny. Respondenti z řad osob bez domova opakovaně spojovali svou životní situaci s ekonomickou nejistotou, absencí bezpečného zázemí, sociální izolací a dlouhodobým stresem, který zásadně ovlivňuje jejich psychický stav i každodenní fungování.

Teoretická část dále poukazovala na to, že duševní zdraví osob bez domova nelze chápat izolovaně od jejich sociální situace. Také tento předpoklad byl výzkumem potvrzen. Získaná data ukázala, že psychický stav respondentů je úzce propojen s jejich životní situací a zkušeností se systémem pomoci. Úzkost, rezignace, vyčerpání či ztráta motivace se v jejich výpovědích neobjevovaly jako oddělené individuální potíže, ale jako reakce na dlouhodobou zátěž, nejistotu, opakované odmítání a omezené možnosti změny. Výsledky tak podporují teoretické vymezení duševního zdraví jako dynamického stavu utvářeného biologickými, psychologickými a sociálními faktory.

V teoretické části byly bariéry v přístupu ke službám rozděleny na strukturální, institucionální a individuální. Výzkumná část toto členění potvrdila, ale zároveň ho dále rozvinula. Ukázalo se, že jednotlivé typy bariér v praxi nepůsobí odděleně, ale navzájem se propojují a kumulují. Strukturální bariéry, jako je rigidita systému, administrativní náročnost nebo omezená dostupnost péče, se ve zkušenosti respondentů prolínají s institucionálními faktory, například stigmatizací, požadavky na dochvilnost či abstinenci, a současně s individuálními limity, jako je psychické vyčerpání, nedůvěra nebo snížená schopnost organizace. Teoretický rámec tedy výzkum potvrdil, avšak empirická data ukázala ještě výrazněji jejich procesní a vzájemně zesilující charakter.

Shoda se ukázala také v oblasti stigmatizace a sociální exkluze. Teoretická část upozorňovala, že osoby bez domova bývají vnímány stereotypně, jako nepřizpůsobivé nebo nespolutracující, a že tento obraz dále prohlubuje jejich marginalizaci. Ve výzkumu se tato rovina objevila velmi silně jak z perspektivy osob bez domova, tak z perspektivy odborníků. Respondenti popisovali zkušenosti s ponižováním, odstupem, nedůvěrou či odmítáním, a to zejména v kontaktu se zdravotnickými zařízeními a úřady. Odborníci současně potvrzovali, že stigma a negativní očekávání významně ovlivňují nejen přístup klientů ke službám, ale i způsob, jakým služby s klienty zacházejí. Výsledky tedy potvrzují teoretické východisko, že sociální exkluze není pouze důsledkem ztráty bydlení, ale i procesem reprodukováným institucemi a společenskými postoji.

Teoretická část práce se dále věnovala copingovým strategiím a upozorňovala, že způsoby zvládání zátěže u osob bez domova nelze hodnotit bez ohledu na jejich životní kontext. Také tato rovina byla výzkumem potvrzena. Respondenti využívali jak strategie aktivní, tak pasivní, vyhýbavé či únikové. Zvláště významné bylo zjištění, že strategie, které mohou být z vnější perspektivy hodnoceny jako maladaptivní, například stažení se, rezignace nebo užívání alkoholu, plní v konkrétním kontextu často funkci krátkodobé ochrany před přetížením, úzkostí a bezvýchodností. Výzkumná zjištění tak odpovídají teoretickému předpokladu, že copingové

strategie osob bez domova je třeba posuzovat citlivě a ve vztahu k extrémním podmínkám jejich života.

Současně však výzkum teorii i obohatil. Teoretická část sice popisovala, že bariéry komplikují přístup ke službám, ale empirická data ukázala konkrétní mechanismus, jak tento proces probíhá. Na základě analýzy bylo možné formulovat interpretační model, podle něhož sociální determinanty a systémové bariéry přispívají ke zhoršení psychického stavu, ten následně ovlivňuje volbu strategií zvládání a tyto strategie dále zpětně ovlivňují využívání služeb. Tím vzniká mechanismus negativní spirály, v němž se bariéry, psychická zátěž a omezený kontakt se službami vzájemně posilují. Tento procesní rozměr nebyl v teoretické části rozpracován tak výrazně a představuje jeden z hlavních přínosů výzkumné části.

Výsledky rovněž potvrdily význam nízkoprahových a terénních služeb, který byl popsán v teoretické části. Teorie zdůrazňovala, že nízkoprahové služby mohou snižovat podmínky vstupu, posilovat důvěru a fungovat jako most mezi osobou bez domova a systémem pomoci. Ve výzkumných datech se tato role ukázala jako zcela zásadní. Právě vztah s pracovníkem, možnost návratu bez sankce, terénní doprovod a respektující přístup byly respondenty i odborníky opakovaně označovány jako faktory, které mohou narušit negativní vývoj a podpořit stabilizaci situace. V tomto bodě tedy výzkum teorii nejen potvrzuje, ale i prakticky konkretizuje.

Výsledky výzkumu zároveň potvrzují relevanci trauma-informovaného přístupu, popsaného v kapitole 1.6.6 teoretické části. Projevy jako nedůvěra, odmítání pomoci nebo neschopnost dodržovat závazky se v datech opakovaně ukazují nikoli jako projev nezájmu, ale jako důsledek traumatických zkušeností, které formují způsob, jakým respondenti vnímají instituce a reagují na nabízenou pomoc.

Lze tedy shrnout, že výsledky práce jsou s teoretickými východisky převážně konzistentní. Teoretická část vytvořila odpovídající rámec pro porozumění bezdomovectví jako komplexnímu sociálnímu a zdravotnímu fenoménu, zatímco výzkumná část tento rámec empiricky potvrdila, zpřesnila a rozvinula do podoby dynamického interpretačního modelu. Největším přínosem výzkumu je zachycení vzájemných vztahů mezi sociálními determinantami, systémovými bariérami, psychickým stavem a strategiemi zvládání, tedy procesu, který teorie předpokládala, ale jehož plné pochopení bylo možné až na základě empirických dat.

#### 2.3.4 Reflexe limitů výzkumu a možných vlivů na výsledky

Při interpretaci výsledků je důležité zohlednit faktory, které mohly ovlivnit jejich podobu. Zvolený kvalitativní design a strategie zakotvené teorie umožnily zachytit hloubku zkušeností respondentů a porozumět vztahům mezi bariérami, psychickým stavem a strategiemi zvládání. Současně je třeba reflektovat, že výsledky vznikaly v konkrétním regionálním a institucionálním kontextu a nelze je bez dalšího výzkumu zobecňovat na celou populaci osob bez domova.

Prvním a nejvýznamnějším limitem je pozice výzkumnice jako sociální pracovnice NDC, tedy jako insider výzkumnice. Tato pozice přinesla nezpochybnitelné výhody — přirozený přístup k respondentům, jejich důvěru a hlubokou znalost kontextu výpovědí. Zároveň však přináší riziko zaujatosti při interpretaci dat, neboť dlouhodobý profesní kontakt s cílovou skupinou může nevědomě ovlivňovat analytická rozhodnutí. Nelze zcela vyloučit ani přítomnost sociálně žádoucích odpovědí ze strany respondentů, zejména v hodnocení služeb a pracovníků. Toto

riziko bylo zmírňováno průběžnou analytickou reflexí vlastních předporozumění a explicitním zachycením pozice výzkumnice v metodologické části práce.

Druhým limitem je záměrný výběr respondentů z jediného zařízení v konkrétním regionálním kontextu. Výsledky zachycují zkušenosti klientů a pracovníků NDC v daném regionu a nelze je bez dalšího zobecňovat na osoby bez domova v jiných regionech, zejména ve velkých městech, kde je síť služeb výrazně odlišná. Jde o vědomé metodologické rozhodnutí odpovídající logice případové studie — cílem nebylo statistické zobecnění, ale hloubka porozumění konkrétnímu kontextu.

Třetím limitem je způsob zapojení respondentů — výzkumu se zúčastnili klienti, kteří NDC pravidelně navštěvují a jsou alespoň částečně v kontaktu se systémem pomoci. Perspektiva osob bez domova, které zůstávají zcela mimo služby nebo je dlouhodobě odmítají, tak mohla být v datech zachycena méně výrazně — přičemž právě tato skupina může čelit nejintenzivnějším bariérám. Výsledky tak mohou mírně podhodnocovat míru vyloučení nejzranitelnějších jedinců a mohly ovlivnit i výsledné zdůraznění role NDC jako protektivního faktoru.

Čtvrtým limitem je způsob zachycení psychického stavu respondentů. Informace o duševním zdraví vycházely z vlastních výpovědí respondentů a orientačního posouzení pracovníků zařízení a nebyly ověřovány zdravotnickou dokumentací. Výzkum proto nezachycuje psychiatrické diagnózy v klinickém smyslu, ale subjektivně prožívané psychické obtíže a jejich význam v každodenním fungování. Toto metodologické omezení je v prostředí nízkoprahových služeb standardní a bylo reflektováno při interpretaci dat. U části respondentů mohl být rozhovor limitován také aktuálním psychickým stavem, únavou nebo obtížemi s verbalizací vnitřního prožívání — strategie zvládání proto nebyly vždy explicitně pojmenovány, ale spíše se objevovaly nepřímo v kontextu výpovědí. Respondenti z řad osob bez domova vnímali psychické zdraví převážně prizmatem každodenního přežití — jako nepřítomnost akutní nemoci, nikoli jako téma hodné hlubšího zamyšlení. Rozhovory proto často trvaly déle, bylo nutné se k některým tématům opakovaně vracet a otázky přeformulovat do konkrétnější a srozumitelnější podoby, aby respondenti mohli smysluplně odpovídat. U části respondentů byla patrná omezená slovní zásoba a obtíže s verbálním vyjádřením abstraktních pojmů. Tento aspekt zároveň odpovídá realitě cílové skupiny a lze jej chápat jako důležitý výzkumný poznatek sám o sobě.

Pátým limitem je omezení vyplývající z povahy zakotvené teorie jako analytické metody. Přístup klade důraz na vytváření kategorií a vztahů mezi nimi, což umožňuje formulovat interpretační model, zároveň však existuje riziko, že jemnější významy individuálních výpovědí budou v procesu kategorizace částečně zjednodušeny. Snahou proto bylo zachovat rovnováhu mezi analytickým zobecněním a respektem k jedinečnosti jednotlivých zkušeností.

Je také vhodné zmínit, že některá původní očekávání výzkumu byla v průběhu analýzy proměněna. Původně bylo předpokládáno výraznější rozlišení mezi perspektivou osob bez domova a odborníků, analýza však ukázala, že obě skupiny se v mnoha ohledech překrývají — zejména v oblasti vnímání systémových bariér a nedostatečné návaznosti služeb. Tento výsledek lze interpretovat jako potvrzení silného vlivu strukturálních podmínek, které formují zkušenost obou skupin podobným způsobem. Současně se původní předpoklad, že bariéry budou respondenti vnímat především jako vnější překážky systému, rozšířil o zjištění, že zásadní roli hraje také psychický stav jedince a jeho strategie zvládání. Právě tento posun — od chápání

bariér jako vlastnosti institucí k jejich chápání jako jevu vznikajícího na rozhraní systému, životní situace a psychické kapacity člověka — lze považovat za jeden z hlavních přínosů výzkumu.

Navzdory popsaným limitům přináší výzkum analyticky hodnotná zjištění podložená bohatým datovým materiálem, triangulací dvou skupin respondentů a systematickou aplikací metody zakotvené teorie. Limity výzkumu zároveň otevírají prostor pro navazující studie — zejména srovnávací výzkum napříč různými typy a velikostmi měst, longitudinální sledování trajektorií klientů v systému péče a detailnější zaměření na specifické skupiny, například osoby s duální diagnózou či zkušeností se skrytým bezdomovectvím.

## 2.4 Návrhy a doporučení pro praxi

Zjištění výzkumu mají přímé implikace pro praxi sociální práce, zdravotních služeb i systémového plánování. Navrhovaná opatření vycházejí z identifikovaných bariér a jsou strukturována do tří úrovní — úrovně přímé práce s klientem, úrovně organizační a úrovně systémové. Toto členění reflektuje zjištění, že bariéry nepůsobí na jedné rovině, ale vznikají vzájemným působením individuálních, institucionálních a strukturálních faktorů.

### **Přímá práce s klientem**

Nejdůležitějším doporučením na úrovni přímé práce je důsledné uplatňování principů trauma-informované péče. Většina osob bez domova nese závažná traumata z minulosti, která se v situaci bezdomovectví reaktivují. Systém však tyto osoby často trestá za projevy traumatu — agresivitu, nedůvěru, nespolupráci — místo aby je chápalo jako přirozený důsledek traumatické životní zkušenosti. Vzdělávání pracovníků úřadů, zdravotnických zařízení i sociálních služeb v oblasti rozpoznání traumatizovaného klienta a deeskalace napětí může zásadně snížit počet situací, kdy klient ze služby odchází ponížen a ztrácí motivaci službu znovu vyhledat.

S tím úzce souvisí princip bezpodmínečného přijetí a trpělivosti, který se v datech ukázal jako klíčový protektivní faktor. Vztah s pracovníkem, který není ukončen prvním selháním klienta a který nevyžaduje okamžité plnění podmínek, je pro osoby bez domova často jedinou kotvou v systému pomoci. Doporučuje se proto, aby nízkoprahové služby explicitně zakotvily tento princip do svých standardů práce a aby byl systematicky reflektován na základě zkušeností z praxe i výzkumných zjištění ve vzdělávání nových pracovníků.

Dalším přínosným nástrojem je peer podpora — zapojení lidí s vlastní zkušeností s bezdomovectvím do terénních týmů. Osoby bez domova často nevěří systému, ale věří těm, kteří si prošli podobnou situací. Peer pracovník rozumí specifickému jazyku, strachu i každodenním překážkám klientů a dokáže motivovat ke spolupráci způsobem, který odborníkovi bez vlastní zkušenosti není dostupný. Tento aspekt byl ve výpovědích respondentů reflektován jako významný faktor posilující důvěru ke službám.

Součástí přímé práce by mělo být také aktivní mapování psychického stavu klienta při každém kontaktu se službou — nikoli formální diagnostika, ale citlivé sledování signálů zhoršení, jako je zvýšená agresivita, stažení nebo dezorientace. Včasný zachycení těchto projevů umožňuje reagovat dříve, než dojde ke krizové situaci vyžadující hospitalizaci. Potřeba včasné reakce na zhoršení stavu klienta se objevovala v rozhovorech zejména v souvislosti s opakovanými krizemi.

### **Organizační úroveň**

Na organizační úrovni výzkum jednoznačně potvrzuje potřebu posílení terénní a nízkoprahové práce. Osoby bez domova nemohou být očekávány tam, kde instituce jsou — pomoc musí přijít k nim. Doporučuje se rozšíření mobilních zdravotně-sociálních týmů schopných poskytovat základní zdravotní péči, krizovou intervenci a sociální poradenství přímo v terénu — na lavičkách, v noclehárnách či v dalších místech, která klienti běžně využívají.

Zásadním opatřením je zavedení asistovaného doprovodu jako standardní součásti práce s klienty. Doprovod k lékaři, na úřad nebo při vyřizování dokladů není projevem přílišné závislosti klienta — jak naznačují výzkumná zjištění, představuje efektivní nástroj překlenutí bariér mezi institucí a klientem, který nemá kapacitu zvládnout požadavky systému sám. Výzkum ukazuje, že právě absence tohoto nástroje vede k opakovanému propadání klientů systémem.

Důležitým organizačním doporučením je také zavedení case managementu pro osoby s komplexními potřebami. Jeden koordinátor péče, který zná celou situaci klienta, komunikuje s různými institucemi a zajišťuje kontinuitu podpory, může nahradit desítky nekoordinovaných kontaktů s různými pracovníky, které klienta vyčerpávají a vedou k rezignaci. Respondenti popisovali roztržitost služeb jako výraznou překážku v orientaci v systému. Součástí case managementu by mělo být i propojení sociální práce s právním poradenstvím — zejména pomoc při vstupu do insolvence jako součást stabilizačního plánu, což výrazně snižuje psychický blok způsobený dluhy.

Výzkum dále ukázal, že chybí mezistupeň mezi nemocnicí a ubytovnou — zdravotně-sociální doléčovací lůžka určená osobám bez domova po propuštění z hospitalizace. Tato lůžka by měla mít mírnější podmínky vstupu než standardní sociální služby — bez požadavku abstinence nebo okamžitého plnění rehabilitačního plánu — a měla by zajišťovat základní zdravotní dohled, výdej léků a sociální podporu po dobu nezbytnou k stabilizaci zdravotního stavu. Absence tohoto typu služby byla ve výzkumu spojována s rychlým návratem klientů do krizového stavu.

Zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro lidi bez domova nelze dosáhnout bez hlubší spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním sektorem. Jedním z konkrétních nástrojů, který tuto spolupráci může institucionálně zakotvit, je zřízení specializovaných zdravotních středisek určených přímo pro osoby bez domova. Tato střediska by fungovala na nízkoprahovém principu — bez požadavku na občanský průkaz, bez nutnosti předchozího objednání a bez podmínky abstinence — a nabízela by základní somatickou i psychiatrickou péči na jednom místě. Jejich součástí by byli jak zdravotničtí pracovníci, tak sociální pracovníci a ideálně i peer pracovníci s vlastní zkušeností s bezdomovectvím, čímž by byla zajištěna kontinuita péče a eliminována fragmentace, kterou respondenti opakovaně označovali za klíčovou bariéru. Provoz těchto středisek by vyžadoval sdílené financování ze zdravotního i sociálního rozpočtu, což by zároveň institucionálně stvrzovalo neoddělitelnost obou dimenzí péče o tuto cílovou skupinu.

### **Systémová úroveň**

Na systémové úrovni se jako významné jeví systematické rozvíjení preventivních opatření zaměřených na včasnou identifikaci osob ohrožených ztrátou bydlení. Klíčová je zejména mezioborová spolupráce mezi sociálními pracovníky, bytovými odbory obcí, zdravotnickými zařízeními a neziskovým sektorem. Doporučuje se zavedení standardizovaných postupů

včasného zachycení rizikových situací — jako je narůstající zadlužení, ztráta zaměstnání nebo zhoršení zdravotního stavu — a jejich předávání relevantním službám dříve, než dojde k faktické ztrátě bydlení. Z výzkumu vyplynulo, že intervence často přichází až v pokročilé fázi problému, kdy jsou možnosti stabilizace výrazně omezeny.

Na základě zjištění výzkumu se jako klíčové jeví rozšíření přístupu Housing First jako primárního nástroje stabilizace. Výsledky jednoznačně ukazují, že bez stabilního bydlení nemůže být jakákoli jiná intervence dlouhodobě účinná. Bydlení není odměnou za spolupráci, ale základní podmínkou, díky níž je spolupráce vůbec možná. Doporučuje se proto rozšíření programů dostupného bydlení s podporou, snižování administrativních podmínek vstupu do těchto programů a aktivní prosazování principů Housing First v komunitním plánování sociálních služeb na úrovni obcí.

Výzkumná zjištění dále poukazují na potřebu propojení zdravotního a sociálního segmentu do funkční sítě. Fragmentace systému byla respondenty opakovaně popisována jako bariéra vedoucí k propadání klientů mezi službami. Doporučuje se zavedení sdílených informačních platforem respektujících ochranu osobních údajů, pravidelných mezioborových případových konferencí a povinné zpětné vazby mezi institucemi při předávání klienta do návazné péče.

Výsledky výzkumu ukazují na kritický nedostatek dostupné ambulantní psychiatrické péče. Respondenti uváděli, že čekací lhůty v délce několika měsíců jsou pro osoby bez domova fakticky nepřekonatelnou bariérou — člověk bez domova nedokáže udržet termín objednaný s takovým předstihem. Doporučuje se proto zavedení vyhrazených kapacit v psychiatrických ambulancích pro osoby bez stabilního zázemí, rozšíření mobilních psychiatrických týmů pracujících přímo v terénu a posílení krizových center s nízkoprahovým vstupem bez nutnosti předchozího objednání.

Zásadní je rovněž snížení administrativní zátěže a zjednodušení podmínek vstupu do služeb. Výzkum poukázal na to, že absence dokladů představuje jednu z nejčastějších bariér vstupu do zdravotní a sociální péče. Doporučuje se rozšíření praxe ošetření bez dokladů u praktických lékařů, zavedení dočasných identifikačních dokumentů pro osoby bez domova jako mezikrok při vyřizování občanského průkazu a zjednodušení formulářů a procesů u nejčastěji využívaných dávek a služeb.

Výzkum také ukázal, že financování terénní práce dostatečně nezohledňuje časovou náročnost budování důvěry a depistáže v terénu. Respondenti reflektovali tlak na kvantitu kontaktů, který může být na úkor kvality a hloubky práce s klientem. Doporučuje se reforma financování terénních a nízkoprahových služeb směrem k výstupovým ukazatelům zahrnujícím stabilizaci situace klienta — například udržení kontaktu se službou, vyřízení dokladů nebo zahájení léčby — nikoli pouze počet kontaktů za dané období.

Na systémové úrovni se jeví jako přínosné zavádění destigmatizačních programů a cílené vzdělávání personálu napříč resorty. Potřeba změny přístupu pracovníků byla ve výzkumu opakovaně zmiňována jako klíčová — stigmatizace ze strany institucí představuje bariéru, která brání klientům služby opakovaně vyhledávat. Pracovníci nemocnic, ambulancí, úřadů i dalších sociálních služeb se s touto cílovou skupinou často setkávají bez hlubšího porozumění kontextu jejich situace — bez znalosti vlivu traumatu, duálních diagnóz, absence dokladů nebo neschopnosti dodržovat dlouhodobé termíny. Tato neznalost vede k nepřiměřeným reakcím, předčasnému ukončení kontaktu nebo odmítnutí klienta. Doporučuje se proto zavedení

povinných školení zaměřených na specifika práce s touto cílovou skupinou, principy harm reduction, trauma-informovanou péči a rozpoznání příznaků duševního onemocnění — a to nejen pro sociální pracovníky, ale i pro zdravotní sestry, lékaře, administrativní personál a pracovníky úřadů.

## Závěr

Diplomová práce se zabývala bariérami v přístupu ke zdravotním a sociálním službám u osob bez domova a strategiemi zvládání psychických potíží, které tyto osoby využívají. Výzkum byl realizován formou případové studie nízkoprahového denního centra v daném regionu a využil metodu zakotvené teorie jako analytický rámec umožňující zachytit zkoumaný jev v jeho procesní a dynamické podobě. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se dvěma skupinami respondentů — sedmi uživateli služeb a pěti odborníky — a analyzována prostřednictvím otevřeného, axiálního a selektivního kódování.

Vzhledem ke zvolenému kvalitativnímu designu nebyly stanoveny hypotézy v tradičním smyslu — výzkum pracoval s výzkumnými otázkami, které byly na základě analýzy zodpovězeny. Výsledky přitom v několika ohledech přesáhly původní předpoklady — zejména v tom, jak analyticky klíčová se ukázala být vzájemná podmíněnost psychického stavu a bariér, a jak silně se obě skupiny respondentů shodují v popisu téhož jevu z různých pozic.

Hlavní výzkumná otázka se zaměřovala na to, jak se bariéry v přístupu ke zdravotním a sociálním službám formují a jak ovlivňují zvládání psychické zátěže u osob bez domova z pohledu klientů i odborníků. Na základě provedené analýzy lze konstatovat, že bariéry nevznikají izolovaně ani náhodně, ale jako výsledek vzájemného působení strukturálních podmínek systému, individuálního psychického stavu jedince a kvality interakce mezi klientem a institucí. Klíčovým analytickým zjištěním je, že psychický stav jedince nefunguje pouze jako důsledek těchto bariér, ale zároveň jako jejich zesilovač — úzkost, rezignace a vyčerpání snižují funkční kapacitu jedince a omezují jeho schopnost orientovat se v systému a plnit jeho požadavky, čímž se uzavírá negativní cyklus, z něhož je bez vnější podpory obtížné vystoupit.

Životní situace osob bez domova, charakterizovaná bytovou nestabilitou, ekonomickou nejistotou a sociální izolací, představuje výchozí strukturální rámec, z něhož bariéry vyrůstají. Mechanismem tzv. prioritního vytěsnění dochází k systematickému odkládání dlouhodobých potřeb — včetně zdravotní péče a sociální stabilizace — na okraj, protože veškerá kapacita jedince je investována do okamžitého přežití. Na tento základ se vrství bariéry systémové, administrativní, ekonomické, logistické, sociální a psychologické, které se vzájemně kumulují a zesilují.

Osoby bez domova na tyto podmínky reagují různými strategiemi zvládání pohybujícími se na kontinuu od aktivního řešení situace po pasivní, únikové a přežívací reakce. Volba strategie není stabilní, ale dynamicky se proměňuje v závislosti na aktuálním psychickém stavu a dostupnosti podpůrného prostředí. Zdánlivá nespolupráce klientů se systémem není projevem nezájmu, ale racionální adaptací na podmínky, v nichž jsou bariéry systematicky větší než dostupné zdroje. Toto zjištění má zásadní důsledky pro způsob, jakým systém ke klientům přistupuje — místo sankcionování nespolupráce je nezbytné porozumět jejím příčinám.

Perspektiva odborníků potvrzuje a rozšiřuje obraz, který vyplývá z výpovědí osob bez domova. Odborníci identifikují jako centrální problém nesoulad mezi nastavením institucí a životní realitou cílové skupiny — systém předpokládá stabilitu, organizační schopnosti a materiální zázemí, které osoby bez domova zpravidla nemají. Triangulace obou perspektiv posiluje analytickou validitu zjištění a umožňuje formulovat interpretační model zachycující zkoumaný jev v jeho plné komplexnosti.

Klíčovým protektivním faktorem, potvrzeným oběma skupinami respondentů, je dostupnost nízkoprahové služby a kvalita vztahu s pracovníkem. NDC v tomto modelu funguje jako most mezi klientem a systémem — prostor, kde se buduje důvěra nezbytná k postupnému využívání dalších forem podpory. Druhou zásadní intervenující proměnnou je dostupné bydlení, které obě skupiny respondentů shodně označují jako základní předpoklad jakékoli další stabilizace — nikoli jako odměnu za spolupráci, ale jako první a nejzákladnější podmínku účinné péče. Toto zjištění je v souladu s principy přístupu Housing First a má přímé důsledky pro nastavení systému pomoci v České republice, kde stupňovité modely podmíněné péče zůstávají dominantním paradigmatem.

Výsledky výzkumu jsou v souladu s domácí i zahraniční odbornou literaturou a zároveň ji rozšiřují o analytický vhled do konkrétních mechanismů, jimiž strukturální podmínky, psychický stav a strategie zvládání vzájemně interagují v podmínkách menšího českého města. Tento regionální kontext, dosud výzkumně málo zpracovaný, představuje specifický příspěvek předkládané práce k poznání zkoumané problematiky.

Na základě zjištění byla formulována doporučení pro praxi na třech úrovních. Na úrovni přímé práce s klientem jde zejména o uplatňování trauma-informované péče, peer podpory a principu bezpodmínečného přijetí. Na úrovni organizačního o posílení terénní práce, zavedení asistovaného doprovodu, case managementu, zdravotně-sociálních lůžek pro doléčení a propojení sociální práce s právním poradenstvím. Na úrovni systémové o rozšíření přístupu Housing First, integraci zdravotního a sociálního segmentu, snížení administrativní zátěže a reformu financování terénních služeb.

Limity výzkumu spočívají zejména v regionálním zakotvení případové studie, způsobu zapojení respondentů a dvojroli výzkumnice jako pracovnice zařízení. Tato omezení vymezují rámec, v němž je vhodné výsledky interpretovat, a zároveň otevírají prostor pro navazující výzkum — zejména srovnávací studie napříč různými typy měst, longitudinální sledování trajektorií klientů a detailnější zaměření na specifické podskupiny, jako jsou osoby s duální diagnózou nebo skrytým bezdomovectvím.

Přínos předkládané práce k řešení dané problematiky spočívá především ve třech rovinách. Za prvé, práce jako jedna z mála v českém prostředí aplikuje metodu zakotvené teorie na problematiku bezdomovectví a přístupu ke službám v regionálním kontextu menšího města — dosud výzkumně málo zpracované oblasti, kde je síť služeb výrazně odlišná od velkých měst. Za druhé, práce přináší originální interpretační model zachycující dynamiku vzájemného působení strukturálních podmínek, psychického stavu a strategií zvládání jako uzavřeného cyklického procesu — model, který propojuje roviny dosud analyzované převážně odděleně. Za třetí, triangulace perspektivy osob bez domova a odborníků v rámci jedné studie umožňuje zachytit tentýž jev z obou stran systémové hranice a analyticky propojit subjektivně prožívanou zkušenost s institucionální perspektivou.

Využitelnost dosažených výsledků je trojí povahy. Pro přímou praxi poskytují výsledky konkrétní podklady pro úpravu přístupu nízkoprahových a terénních služeb, zejména v oblasti trauma-informované péče, peer podpory a asistovaného doprovodu. Pro poskytovatele zdravotní péče výsledky ukazují, jak stigmatizace a rigidita administrativních procesů vedou k odpojení klientů od systému, a nabízejí konkrétní mechanismy změny. Pro systémové plánování a tvorbu sociální

politiky výsledky poskytují empirickou podporu pro rozšíření přístupu Housing First a integraci zdravotního a sociálního segmentu jako podmínky účinné pomoci.

Duševní zdraví osob bez domova a bariéry v přístupu ke službám nejsou dvěma oddělenými tématy, ale dvěma vzájemně propojenými rovinami jedné a stejné reality. Teoretická část podrobně dokumentuje, jakým způsobem podmínky života bez domova narušují psychickou rovnováhu jedince prostřednictvím chronického stresu, sociální izolace, traumatu a duálních diagnóz. Empirická část pak ukazuje, že právě psychický stav jedince nefunguje pouze jako důsledek bariér, ale zároveň jako jejich zesilovač — úzkost, rezignace a vyčerpání omezují schopnost systémem navigovat a přijímat dostupnou pomoc. Duševní zdraví tak prostupuje celou prací jako neoddělitelná součást porozumění tomu, proč bariéry vznikají a proč je tak obtížné je překonat.

## Seznam použitých zdrojů

- BARTÁK, Miroslav. *Bezdomovectví v ČR: zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2011. ISBN 978-80-7414-417-1.
- BRYANT, Antony a Kathy CHARMAZ, eds. *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: SAGE Publications, 2007. ISBN 978-1-4129-2601-3.
- STRAUSS, Anselm a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- CVEČEK, David. Ověření efektivity většího počtu sociálních pracovníků. In: HRADECKÝ, Ilja (ed.). *Návrh udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 115–124. ISBN 978-80-247-2348-8.
- DAVIDSON, Larry; BELLAMY, Chyrell; GUY, Kevyn a MILLER, Rogie. *Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field*. Online. Schizophrenia Bulletin, roč. 38, č. 3 (2012), s. 399–405. ISSN 0586-7614. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr050>. [citováno 2026-03-26].
- ENGEL, George L. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Online. Science, roč. 196, č. 4286 (1977), s. 129–136. ISSN 0036-8075. Dostupné z: <https://doi.org/10.1126/science.847460>. [citováno 2026-03-26].
- FAZEL, Seena; GEDDES, John R. a KUSHEL, Margot. *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations*. The Lancet, roč. 384, č. 9953 (2014), s. 1529–1540. ISSN 0140-6736.
- FORMÁNEK, Vítek; CSÖLLEOVÁ, Eva a JAMBORA, Josef. *Bezdomovcem snadno a rychle*. Praha: Petrklíč, 2020. ISBN 978-80-7229-700-9.
- GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.
- HAASOVÁ, Jana. *Jak žijí v Olomouci ženy bez domova*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1238-1.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.
- HOBFOLL, Stevan E. *The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory*. Online. Applied Psychology: An International Review, roč. 50, č. 3 (2001), s. 337–421. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>. [citováno 2026-04-06].
- HOPPER, Elizabeth K.; BASSUK, Ellen L. a OLIVET, Jeffrey. *Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings*. The Open Health Services and Policy Journal, roč. 3 (2010), s. 80–100. ISSN 1874-9445.
- HRADECKÝ, Ilja a kol. *Definice a typologie bezdomovství*. Praha: Naděje, 2007. ISBN 978-80-86451-13-8.

- HRADECKÝ, Ilja. Strategie udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce. In: HRADECKÝ, Ilja (ed.). *Návrh udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 13-24. ISBN 978-80-247-2348-8.
- HRADECKÝ, Ilja. Terénní sociální práce s cílovými skupinami z hlediska vybraných metod a přístupů sociální práce. Osoby bez přístřeší. In: JANOUŠKOVÁ, Klára a NEDĚLNÍKOVÁ, Dana (eds.). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, s. [doplňte strany]. ISBN 978-80-7368-504-1.
- HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav a URBAN, David. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3636-0.
- HWANG, Stephen W. a BURNS, Tom. *Health interventions for people who are homeless*. The Lancet, roč. 384, č. 9953 (2014), s. 1541–1547. ISSN 0140-6736.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
- CHRASTINA, Jan. *Případová studie – metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2019. ISBN 978-80-244-5373-6.
- KALNICKÝ, Juraj. *Dobrovolný bezdomovec – senior*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3079-5.
- KELLER, Jan. *Posvícení bezdomovců: úvod do sociologie domova*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2013. ISBN 978-80-7419-155-8.
- KLIMENT, Pavel. *Speciální psychopatologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0556-3.
- KLIMENT, Pavel. *Psychologie osobnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0319-6.
- KLIMENTOVÁ, Eva a KLIMENT, Pavel. *Sociální deviace*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0516-4.
- KLIMENTOVÁ, Eva. *Sociální politika I*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0780-9.
- KOREČKOVÁ, Jana; KRÁL, Ondřej a VÍTKOVÁ, Tereza. *Výsledky Sčítání osob v bytové nouzi na území ČR podle klasifikace ETHOS*. Online. Praha: SocioFactor, 2025. Dostupné z: [https://socialni bydleni.mpsv.cz/download/Konference\\_2025/ETHOS\\_konference-Socialni-bydleni-2025\\_SocioFactor.pdf](https://socialni bydleni.mpsv.cz/download/Konference_2025/ETHOS_konference-Socialni-bydleni-2025_SocioFactor.pdf). [citováno 2026-04-06].
- KOTÝNKOVÁ, Marta. Fenomén sociálního vyloučení v kontextu české společnosti. In: POTŮČEK, Martin (ed.). *Česká společnost na konci tisíciletí*. Praha: Karolinum, 1999, s. 163-185. ISBN 80-7184-825-5.
- KREBS, Vojtěch; DURDISOVÁ, Jaroslava; POLÁKOVÁ, Olga a ŽIŽKOVÁ, Jana. *Sociální politika*. Praha: Codex Bohemia, 1997. ISBN 80-85963-33-7.
- KRUTILOVÁ, Dana; ČÁMSKÝ, Pavel a SEMBDNER, Jan. *Sociální služby – tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Abena, 2008. ISBN 978-80-254-3427-7.

- LAZARUS, Richard S. a FOLKMAN, Susan. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984. ISBN 978-0-8261-4191-0.
- MACEČEK, Radim. *Standardy kvality pro terénní sociální práci*. In: JANOUŠKOVÁ, Klára a NEDĚLNÍKOVÁ, Dana (eds.). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, s. 110–120. ISBN 978-80-7368-504-1.
- MAREK, Jakub; STRNAD, Aleš a HOTOVCOVÁ, Lenka. *Bezdomovectví*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0090-1.
- MAREŠ, Petr. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-61-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MERTON, Robert K. *Studie ze sociologické teorie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-70-0.
- MIKESZOVÁ, Martina a LUX, Martin. *Příčiny bezdomovství v České republice*. In: LUX, Martin (ed.). *Standardy bydlení 2010/2011: Sociální nerovnosti a tržní rizika v bydlení*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2011, s. 59–70.
- MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale... Dilemata práce s klienty a v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
- NEŠPOROVÁ, Olga; HOLPUCH, Petr; JANUROVÁ, Kateřina a KUCHAROVÁ, Věra. *Sčítání osob bez domova v České republice*. Praha: VÚPSV, 2019. ISBN 978-80-7416-351-7.
- PRŮDKOVÁ, Tereza a NOVOTNÝ, Petr. *Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-100-0.
- PRUDKÝ, Libor a ŠMÍDOVÁ, Marie. *Kudy ke dnu*. Praha: Socioklub, 2008. ISBN 978-80-86140-68-1.
- REEVE, Kesia. *Squatting: a homelessness issue*. London: Crisis, 2011. ISBN 978-1-899257-70-6.
- RHEINHEIMER, Martin. *Chudáci, žebráci a vaganti*. Praha: Vyšehrad, 2003. ISBN 80-7021-579-8.
- RUSZOVÁ, Pavla. *Aktivní politika zaměstnanosti a bezdomovci*. In: HRADECKÝ, Ilja (ed.). *Návrh udržitelného rozvoje sociálních služeb pro bezdomovce*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 101–114. ISBN 978-80-247-2348-8.
- ŘIHÁČEK, Tomáš a HYTYCH, Roman. *Metoda zakotvené teorie*. In: ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman (eds.). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 44–74. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SCHWARZOVÁ, Gabriela. *Sociální práce s bezdomovci*. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, s. 165–186. ISBN 80-7367-002-X.
- SELIGMAN, Martin E. P. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman, 1975. ISBN 978-0-7167-0752-3.

- STEJSKAL, Václav a kol. *Zpráva o vyloučení z bydlení 2024*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2024.
- ŠTĚCHOV, Markéta. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie*. Praha, 2008. ISBN 978-80-7338-069-4.
- ŠUPKOVÁ, Danuše a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2245-0.
- TOPINKA, Daniel. Analýza potřeb v sociálních službách. In: JANOUŠKOVÁ, Klára a NEDĚLNÍKOVÁ, Dana (eds.). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, s. 21–38. ISBN 978-80-7368-504-1.
- TSEMBERIS, Sam; GULCUR, Leyla a NAKAE, Maria. *Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis*. Online. American Journal of Public Health, roč. 94, č. 4 (2004), s. 651–656. ISSN 0090-0036. Dostupné z: <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651>. [citováno 2026-04-02].
- VÁGNEROVÁ, Marie; CSÉMY, Ladislav a MAREK, Jakub. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2209-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie; MAREK, Jakub a CSÉMY, Ladislav. *Bezdomovectví ve středním věku*. Praha: Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4054-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-4.
- VAŠÁT, Petr. *Na jedné lodi*. Globalizace a bezdomovectví v českém městě. Praha: Academia, 2021. ISBN 978-80-200-3200-3.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health*. Online. Ženeva: WHO, 2023. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. [citováno 2026-04-06].

## Přílohy

### *Příloha A. 1* Případové studie NDC

Nízkoprahové denní centrum slouží lidem bez přístřeší jako stabilní kontaktní místo, kde mohou nalézt základní zázemí, pomoc a lidský kontakt. Pro mnoho klientů představuje toto zařízení jediný prostor, ve kterém mohou být vnímáni jako osoby s potřebami, nikoliv jako narušitelé veřejného pořádku. Centrum funguje v každodenním kontaktu s klienty, kteří se potýkají s existenčními potížemi, zdravotními problémy i osaměním, a je přirozeným prostředím pro zkoumání životních strategií a psychické kondice lidí bez domova. Díky dlouhodobé činnosti centra a stabilnímu týmu pracovníků je možné sledovat vývoj klientských příběhů v čase a lépe porozumět tomu, co podporuje nebo oslabuje psychickou odolnost osob bez domova.

#### **Charakteristika zařízení**

NDC je sociální služba poskytovaná v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Službu provozuje právnická osoba s právní formou církevní a náboženské společnosti. Zřizovatelem organizace je Česká biskupská konference.

Posláním NDC je poskytovat pomoc osobám starším 15 let, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení, jsou bez přístřeší nebo jsou ztrátou bydlení ohroženy. Služba je poskytována s důrazem na respektování lidské důstojnosti, rovnosti a individuálních potřeb uživatelů, bez ohledu na jejich rasu, národnost, náboženské či politické přesvědčení.

Služba je poskytována ambulantní i terénní formou na území okresu. Kapacita služby je 10 uživatelů v jeden okamžik. Věkové rozpětí klientů se pohybuje mezi 15 a 99 lety. Služba je financována především z dotací státního rozpočtu, konkrétně z prostředků Ministerstva práce a sociálních věcí a Jihomoravského kraje.

#### **Statistické údaje o využívání služby**

Statistické údaje ukazují výrazný nárůst využívání služby v průběhu sledovaných let. V roce 2023 službu využilo celkem 75 klientů, přičemž průměrný denní počet uživatelů se pohyboval mezi 6 až 8 osobami. V roce 2024 počet klientů vzrostl na 102 a průměrný denní počet uživatelů se pohyboval mezi 12 až 15 osobami. V roce 2025 službu využilo již 156 klientů a průměrná denní návštěvnost dosahovala přibližně 18 až 25 osob. Tento rostoucí trend odráží narůstající potřebu nízkoprahových služeb v regionu a potvrzuje relevanci výzkumného kontextu.

#### **Základní činnosti poskytované služby**

NDC poskytuje tyto základní činnosti: pomoc při osobní hygieně — uživatelům je umožněno využít kompletní osobní hygienu včetně sprchy, jsou k dispozici hygienické a dezinfekční prostředky, čisté oblečení a deky. Dále poskytnutí stravy — centrum zajišťuje základní potravinový servis zahrnující polévku nebo paštiku s pečivem a teplý nápoj, uživatelé mají možnost ohřát si vlastní jídlo. V terénní formě je nabízen teplý čaj a jednoduchý potravinový balíček. Třetí oblastí je pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů — podpora při jednání s institucemi jako úřady, zdravotnická zařízení, policie a soudy, a pomoc při hledání ubytování a zaměstnání. Čtvrtou oblastí je sociální poradenství a podpora návratu do běžného života — základní sociální poradenství, zprostředkování odborné pomoci včetně právního poradenství, základní psychologická pomoc a podpora rozvoje osobních dovedností.

## Formy práce

V NDC se využívají dvě základní formy práce, které se vzájemně doplňují a reagují na specifické potřeby cílové skupiny.

Terénní práce probíhá přímo v přirozeném prostředí klientů — na ulici, ve squatech, opuštěných budovách, parcích a na nádraží. Pracovníci aktivně vyhledávají klienty prostřednictvím streetworku, navazují první kontakt, budují důvěru a postupně rozvíjejí dlouhodobý pracovní vztah. Mezi typické činnosti patří základní sociální poradenství, distribuce potravin a hygienických potřeb, zjišťování aktuálních potřeb klientů v oblasti bydlení, zdravotního stavu či zadluženosti, motivace k využívání návazných služeb a v případě potřeby krizová intervence nebo doprovod na úřady a k lékaři. Terénní práce slouží jako vstupní brána k ambulantní službě a umožňuje oslovit osoby, které služby aktivně nevyhledávají nebo o jejich existenci nevědí.

Ambulantní forma práce probíhá v prostorách NDC, které uživatelé navštěvují dobrovolně. Služba je poskytována v režimu nízkoprahovosti s minimální administrativní zátěží, zachováním anonymity a bezplatnosti všech poskytovaných činností. Základním principem je respektující a nehodnotící přístup podporující budování důvěry a bezpečného prostředí. Uživatelům je poskytováno základní zázemí, potravinová pomoc, sociální poradenství, pomoc při vyřizování dokladů a dávek, podpora při hledání bydlení a zaměstnání a individuální plánování spolupráce. Důležitou součástí je podpora duševního zdraví formou podpůrných a motivačních rozhovorů, zprostředkování psychiatrické nebo psychologické péče a kontaktu na krizová centra nebo adiktologické služby.

## Používané přístupy

V NDC jsou uplatňovány tyto odborné přístupy: recovery orientovaný přístup zaměřený na osobní proces zotavení a posilování sebeurčení; empowerment jako podpora aktivního zapojení klientů do rozhodování; harm reduction jako minimalizace rizikového chování v respektujícím prostředí; kognitivně-behaviorální intervence zaměřené na práci s nefunkčními vzorci myšlení; krizová intervence při akutních situacích; a komunitní práce podporující sociální začlenění.

## Personální zajištění

Tým NDC tvoří tři sociální pracovníce a tři pracovníci v sociálních službách, přičemž jedna ze sociálních pracovníc zastává pozici vedoucí a do přímé práce s klienty nezasahuje. V přímém kontaktu s klienty tedy působí fakticky pět pracovníků. Je přitom důležité zdůraznit, že pracovníci v sociálních službách mají dle zákona č. 108/2006 Sb. jasně vymezené kompetence a nemohou poskytovat sociální poradenství — tato odpovědnost leží výhradně na sociálních pracovnících. V praxi to znamená, že odbornou práci s klienty zajišťují fakticky pouze dvě sociální pracovníce, jejichž kapacita je při rostoucím počtu uživatelů — z 75 v roce 2023 na 156 v roce 2025 — výrazně přetížena. V situacích, kdy dochází k oslabení kolektivu, jsou sociální pracovníce zastupitelné v oblasti přímé péče o klienta — zajišťují hygienu, stravu či základní zdravotní ošetření — avšak tato zastupitelnost funguje pouze v jednom směru. Pracovníci v sociálních službách nemohou převzít odborné kompetence sociálních pracovníc, což v případě jejich nepřítomnosti znamená faktické přerušení odborné podpory klientů. Plnohodnotná multidisciplinární spolupráce s externími odborníky navíc naráží na nepřekonatelné strukturální překážky: finanční náročnost takového modelu, stigmatizaci cílové skupiny vedoucí k neochotě externích odborníků s osobami bez domova pracovat a vysokou mírou vyhoření pracovníků, kteří v důsledku mimořádné emoční

náročnosti práce s touto skupinou často po krátké době ze služby odcházejí. Multidisciplinární spolupráce tak v podmínkách tohoto zařízení není reálně dosažitelná — a tato skutečnost tvoří jeden z klíčových kontextů, v nichž je výzkum zasazen.

Příloha B1

**Informovaný souhlas s účastí na výzkumu**

Souhlasím s účastí na rozhovoru pro účely diplomové práce, jehož cílem je porozumět zkušenostem lidí bez domova s přístupem ke zdravotním a sociálním službám a způsobům, jak zvládají psychické obtíže.

Rozumím tomu, že moje účast na rozhovoru je dobrovolná a mohu se svobodně rozhodnout, zda se zapojím. Zároveň vím, že mohu účast kdykoli odmítnout, přerušit nebo ukončit, aniž by to pro mě mělo jakékoli negativní důsledky.

Rozumím tomu, že všechny informace, které během rozhovoru sdělím, budou zachovány v důvěrnosti. Moje identita nebude nikde uvedena a nebude možné mě podle výstupů výzkumu identifikovat. Tento souhlas nebude propojen s mými odpověďmi. K získaným informacím bude mít přístup pouze výzkumník Ing. Bc. Kristina Tsekhonya, DiS., a případně vedoucí diplomové práce. Data budou využita výhradně pro účely této diplomové práce.

Rozumím také tomu, že tento souhlas bude uchován odděleně od výzkumných dat a bude zabezpečen proti zneužití.

Smysl a průběh rozhovoru mi byl vysvětlen a rozumím tomu, co se ode mě očekává.

Souhlasím s pořízením nahrávky rozhovoru

Nesouhlasím s pořízením nahrávky rozhovoru

Zajímají mě výsledky výzkumu, přeji si, aby mi byla zaslána pracovní verze výzkumné zprávy:  
na e-mail: ..... nebo na adresu: .....  
.....

Jméno účastníka výzkumu.....

Podpis: .....

Datum: .....

Příloha B.2

**Dotazník pro odborníky**

1. Mohl/a byste mi stručně popsat svou profesní roli a jak dlouho pracujete s osobami bez domova?
2. S jakými typy klientů nejčastěji přicházíte do kontaktu?
3. Jaké jsou podle Vás největší překážky, které osobám bez domova brání ve využívání zdravotních nebo sociálních služeb?
4. Jak vnímáte nastavení systému — odpovídá podle Vás reálným potřebám a možnostem těchto klientů?
5. Setkáváte se s tím, že klienti „propadají“ mezi službami? Jak to probíhá?
6. Jakou roli hraje podle Vás administrativa a požadavky na doklady při práci s touto cílovou skupinou?
7. Jak podle Vás klienti vnímají zdravotní a sociální služby? Co ovlivňuje jejich ochotu pomoc vyhledávat?
8. Setkáváte se ve své praxi se stigmatizací osob bez domova ze strany institucí nebo společnosti? Jak se projevuje?
9. Jak stigmatizace ovlivňuje Vaši práci s klienty?
10. Jak vnímáte psychický stav Vašich klientů? Jaké obtíže se u nich nejčastěji objevují?
11. Jak psychický stav klientů ovlivňuje jejich schopnost spolupracovat se službami?
12. Jaké strategie zvládnání u klientů nejčastěji pozorujete? Jak je interpretujete?
13. Jak pracujete s klienty, kteří spolupráci odmítají nebo opakovaně přerušují kontakt?
14. Co podle Vás v práci s osobami bez domova funguje — jaké přístupy nebo nástroje se osvědčily?
15. Jak důležitá je podle Vás mezioborová spolupráce? Jak funguje v praxi?
16. Co byste změnil/a na systémové úrovni, aby byla péče o osoby bez domova dostupnější a účinnější?
17. Je něco, co byste chtěl/a dodat nebo o čem jsme nemluvili, a považujete to za důležité?

Příloha B.3

**Dotazník pro uživatele denního centra**

1. Mohl/a byste mi říct něco o tom, jak jste se dostal/a do současné situace? Co se stalo?
2. Jak dlouho žijete bez stálého bydlení? Jak byste popsal/a svůj každodenní život?
3. Co je pro Vás v každodenním životě nejtěžší?
4. Jak se cítíte po psychické stránce? Jak byste popsal/a svůj psychický stav v poslední době?
5. Jsou situace nebo momenty, kdy se cítíte hůře? Co je obvykle spouští?
6. Jak Vaše životní situace ovlivňuje to, jak se cítíte psychicky?
7. Jaké máte zkušenosti s lékaři, nemocnicemi nebo zdravotními službami? Jak tam s Vámi jednali?
8. Jaké máte zkušenosti s úřady nebo sociálními službami?
9. Stalo se Vám někdy, že jste byl/a odmítnut/a nebo jste se cítil/a špatně při jednání s institucí? Jak to probíhalo?
10. Co Vám nejvíce ztěžuje nebo znemožňuje vyhledat pomoc, když ji potřebujete?
11. Jsou nějaké věci, které Vám naopak pomáhají — ať už lidé, místa nebo služby?
12. Co děláte, když se Vám nedaří nebo když je toho na Vás moc? Jak to zvládáte?
13. Jsou chvíle, kdy se stáhnete a nic neřešíte? Co Vás k tomu vede?
14. Máte někoho, na koho se můžete obrátit, když je Vám špatně?
15. Co Vám pomáhá udržet nějaký řád nebo stabilitu v každodenním životě?
16. Co by Vám nejvíce pomohlo — ať už v oblasti bydlení, zdraví nebo přístupu ke službám?
17. Kdybyste mohl/a něco změnit na tom, jak fungují zdravotní nebo sociální služby, co by to bylo?
18. Je něco, co byste chtěl/a dodat nebo o čem jsme nemluvili, ale považujete to za důležité?

## Tabulky

Tab. 3: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U1)

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Citace respondenta</b>
<b>Sociální a materiální nestabilita</b>	Životní nejistota, nestabilní bydlení, dlouhodobé bezdomovectví, ztráta zaměstnání a bydlení	„Teď je to hodně proměnlivé. Nemám vlastní bydlení... člověk nikdy neví, co bude další den.“
<b>Psychický stav a funkční kapacita fungování</b>	Zhoršení psychiky, nestabilní psychický stav, nízká energie, omezená kapacita, kumulace stresu, akutní krize a pocit bezvýhodnosti.	„Někdy nemám energii vůbec nic řešit... jsem rád, že zvládnou základ.“ „Byl jsem hrozně naštvaný a zoufal...“
<b>Vnímané bariéry v přístupu ke službám</b>	Administrativní a psychická bariéra, psychická bariéra, strach ze stigmatizace, vnímané stigma, negativní přístup, přetížení požadavky, nesoulad očekávání, odkládání zdravotní péče	„Pro mě je nejtěžší komunikace a objednávání dopředu... když mám úzkosti, tak tam prostě nedojdu.“
<b>Faktory ovlivňující průběh komunikace se službami</b>	Význam přístupu pracovníka, individuální přístup, podpůrný vztah, pocit přijetí, důvěra ve pracovníky, centrum jako zázemí	„Tady už mě znají a cítím se tu bezpečněji... hodně pomůže klidné jednání bez tlaku.“
<b>Strategie zvládnání</b>	Pasivní zvládnání, odkládání řešení, neplnění závazků, využívání podpory, strukturování dne	„Když se to zhorší, tak se spíš stáhnou a nic neřeším.“
<b>Následky pro fungování a využívání služeb</b>	Kumulace stresu, omezené fungování, zhoršení psychiky	„Pak se to na mě valí ze všech stran a člověk má pocit, že všechno jen zhoršuje.“
<b>Vnímané potřeby a návrhy na změny</b>	Potřeba podpory, potřeba bydlení, potřeba jistoty, potřeba kontinuální podpory, potřeba respektu, potřeba změny systému	„Stabilní bydlení a víc trpělivosti... když má člověk psychické potíže, potřebuje víc času.“

Zdroj: vlastní zpracování

**Tab. 4: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U2)**

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Citace respondenta</b>
<b>Sociální a materiální nestabilita</b>	Bytová nestabilita, existenční nejistota, zhoršení psychického stavu vedoucí k sociálnímu propadu, hromadění zátěže	„Teď je to hodně proměnlivé. Nemám vlastní bydlení... člověk nikdy neví, co bude další den.“
<b>Psychický stav a funkční kapacita fungování</b>	Úzkostné prožívání, sociální výkyvy nálad, proměnlivost psychického stavu, poruchy regulace emocí a zvýšenou dráždivost.	„Hodně bojuju s úzkostmi... někdy mám problém vůbec vyjít mezi lidi.“ „Stačilo málo a reagoval jsem podrážděně...“
<b>Vnímané bariéry v přístupu ke službám</b>	Administrativní bariéra, vnímaná stigmatizace, negativní zkušenost jako bariéra, strach z odmítnutí, negativní reakce okolí, časový nátlak, psychický blok	„Pro mě je nejtěžší komunikace a objednávání dopředu... když na mě tlačí, zablokuju se.“
<b>Komunikace se službami</b>	Důvěra ve službu, vliv přístupu pracovníka, podpora bez nátlaku, potřeba přijetí bez stigmatizace	„Tady už mě znají a cítím se tu bezpečněji.“
<b>Strategie zvládnutí</b>	Stažení jako copingová strategie, vyhýbavé chování, vyhledávání pomoci v krajní situaci	„Když se to zhorší, tak se spíš stáhnou a nic neřeším.“
<b>Následky pro fungování a využívání služeb</b>	Psychický blok (lze chápat i jako důsledek), prohlubování potíží	„Pak se mi tam příště vůbec nechce jít.“
<b>Vnímané potřeby a návrhy na změny</b>	Potřeba postupného řešení, flexibility služeb, potřeba zvýšené časové dotace	„Když má člověk psychické potíže, potřebuje víc času.“

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tab. 5: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U3)

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Citace respondenta</b>
<b>Životní situace</b>	Bytová nestabilita, dlouhodobé bezdomovectví, postupná ztráta sociální stability, obtížná reintegrace	„Postupně se mi rozpadly věci kolem práce i bydlení... už jsem se z toho nedokázal vrátit zpátky.“
<b>Psychický stav</b>	Proměnlivost psychického stavu, období relativní stability, snížená energie a motivace, omezené fungování na základní potřeby, snížená schopnost soustředění, vliv psychického stavu na funkčnost, suicidální myšlenky a hluboké psychické strádání.	„Někdy nemám energii vůbec nic řešit... jsem rád, že zvládnou základ.“ „...Chtěl jsem umřít.“
<b>Bariéry v přístupu ke službám</b>	Administrativní bariéra, obtíže s dodržováním termínů, bariéra plánování dopředu, vnímaná stigmatizace, negativní reakce okolí, systémový tlak, psychický blok, institucionální stigmatizaci a nedůstojné zacházení.	„Když přijde horší období, zapomínám na schůzky a nedokážu to řešit.“ „Přístup policistů je neuctivý a tvrdý.“
<b>Styk se službami</b>	Využívání nízkoprahové služby, bezpečné prostředí, individuální přístup pracovníků, pozitivní přístup pracovníků, stabilizační role služby, důvěra ve službu, potřeba respektující komunikace	„Tady už to znám a pracovníci vědí, jak na mě.“
<b>Strategie zvládnání</b>	Stážení jako copingová strategie, prokrastinace, zapomínání na závazky, neochota využívat jiné služby	„V těch horších dnech se spíš stáhnu a nic neřeším.“
<b>Důsledky</b>	Kumulace problémů, demotivace, negativní zkušenosti, omezené fungování	„Pak se to na mě valí ze všech stran.“
<b>Potřeby a návrhy změn</b>	Potřeba stabilního bydlení, potřeba postupného řešení, kontinuita péče, potřeba snížení administrativní zátěže, potřeba trpělivého přístupu, potřeba časové flexibility	„Hlavně stabilní bydlení a možnost řešit věci postupně.“

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 6: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U4)

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Ilustrační citace respondenta</b>
<b>Životní situace</b>	Bytová nestabilita, nestabilní formy přespávání, dlouhodobé bezdomovectví, ztráta pracovní schopnosti, kumulace ztrát	„Přišla jsem o bydlení... nezvládala jsem práci a postupně se to všechno sesypalo.“
<b>Psychický stav a kapacita fungování</b>	Depresivní prožívání, snížená aktivace, kolísání psychického stavu, fungování na hranici kapacity	„Někdy je pro mě těžké vůbec vstát a něco řešit.“
<b>Bariéry v přístupu ke službám</b>	Bariéra plánování dopředu, obtíže v komunikaci, fragmentace služeb, nedostatek času ze strany pracovníků, depersonalizace klienta, časový nátlak, přetížení požadavky, negativní reakce okolí, finanční nedostupnost zdravotní péče.	„Je pro mě těžké plánovat dopředu... a obíhat víc institucí najednou.“ „Neměl jsem peníze na léky...“
<b>Kontakt se službami</b>	Využívání nízkoprahové služby, prostředí, vnímaná dostupnost podpory, stabilizační role služby, podpora bez nátlaku, důvěra ve vztah, vliv přístupu pracovníka	„Tady už to znám a pomáhá mi, když je jednání klidné a bez tlaku.“
<b>Strategie zvládnání (coping)</b>	Prokrastinace, sociální stažení, nedodržování závazků, stažení jako copingová strategie, vyhledávání pomoci v krajní situaci	„Když se cítím hůř, odkládám věci a vyhýbám se lidem.“
<b>Důsledky</b>	Omezené fungování, prohlubování obtíží	„Pak se stane, že nestihnu schůzku nebo něco nevyřídím včas.“
<b>Potřeby a návrhy změn</b>	Potřeba stabilního bydlení, potřeba postupného řešení, potřeba porozumění, snížení systémového tlaku, potřeba flexibility služeb, potřeba individualizovaného přístupu	„Více pochopení a méně tlaku na rychlé plnění podmínek.“

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 7: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U5)

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Ilustrační citace respondenta</b>
<b>Životní situace</b>	Bytová nestabilita, nestabilní formy přespávání, absence stabilního zázemí, dlouhodobé bezdomovectví, ztráta zaměstnání, ekonomická zátěž, obtížná reintegrace	„Přišel jsem o práci a pak už jsem finančně neutáhl bydlení.“
<b>Psychický stav a kapacita fungování</b>	Relativní psychická stabilita, situační stres, nízký vliv psychiky na interakci se službami, dlouhodobým následkům traumatu.	„Psychicky to zvládám docela dobře, spíš je to stresující situace.“ „Měl jsem z toho velký trauma... vrací se to...“
<b>Bariéry v přístupu ke službám</b>	Administrativní bariéra, systémové podmínky, fragmentace služeb, absence adresy jako bariéra, strukturální bariéra, logistická náročnost situace, systémová náročnost, zdouhavost procesů, opakovaná administrativní zátěž, stigmatizace, vyhýbání se službám a sociálním kontaktům.	„Člověk musí obíhat víc míst a bez stálé adresy je to složitější.“ „Lidé se na něj dívají jako na odpad.“
<b>Komunikace se službami</b>	Využívání nízkoprahové služby, využívání institucí, pozitivní zkušenost se službami, vliv přístupu pracovníka, sociální opora	„Záleží hodně na konkrétních lidech, někde jsou ochotní víc.“
<b>Strategie zvládnání (coping)</b>	Aktivní zvládací strategie, aktivní přístup k řešení, aktivní využívání služeb, význam denního režimu	„Když je potřeba něco vyřídit, tak to jdu řešit.“
<b>Důsledky</b>	Vyčerpání ze systému, časová a energetická zátěž (implicitně)	„Člověk ztrácí čas i energii.“
<b>Potřeby a návrhy změn</b>	Potřeba dostupného bydlení, potřeba systémového zjednodušení, potřeba snížení administrativní zátěže, potřeba koordinace služeb	„Zjednodušit administrativu a víc propojit služby mezi sebou.“

Zdroj: vlastní zpracování

**Tab. 8: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U6)**

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Ilustrační citace respondenta</b>
<b>Kontext životní situace</b>	Bytová nestabilita, nestabilní formy přespávání, absence stabilního zázemí, dlouhodobé bezdomovectví, ztráta zaměstnání, ekonomická zátěž, obtížná reintegrace	„Přišla jsem o podnájem kvůli finanční situaci po ztrátě práce.“ „Nemáš kam jít... nemůžeš vypnout...“
<b>Psychický stav a kapacita fungování</b>	Relativní psychická stabilita, situační stres, nízký vliv psychiky na interakci se službami, symptomy úzkosti, deprese a poruch spánku.	„Psychicky to zvládám relativně dobře, snažím se to řešit prakticky.“ „Mám špatný sny... mám deprese...“
<b>Bariéry v přístupu ke službám</b>	Administrativní bariéry, systémové podmínky, fragmentace služeb, absence adresy, dopravní náročnost, systémová náročnost, zdlouhavost procesů, opakovaná nízká efektivita, ztráta důvěry.	„Bez stabilní adresy je to komplikovanější, než by člověk čekal.“ „Na psychiatrii mi nepomohli.“
<b>Komunikace se službami</b>	Využívání nízkoprahové služby, využívání institucí, pozitivní zkušenost se službami, vliv přístupu pracovníka, sociální opora	„Záleží hodně na konkrétním pracovníkovi, někde je jednání vstřícné.“
<b>Strategie zvládnání (coping)</b>	Aktivní zvládací strategie, aktivní přístup k řešení, aktivní využívání služeb, význam denního režimu	„Když je potřeba něco vyřídit, tak to jdu řešit krok za krokem.“
<b>Důsledky</b>	Vyčerpání ze systému, časová a organizační zátěž (implicitně)	„Člověk musí investovat hodně času do věcí, které by mohly být jednodušší.“
<b>Potřeby a návrhy změn</b>	Potřeba dostupného bydlení, potřeba systémového zjednodušení, potřeba snížení administrativní zátěže, potřeba koordinace služeb	„Zjednodušit procesy a lépe propojit jednotlivé služby.“

*Zdroj: vlastní zpracování*

**Tab. 9: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent U7)**

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Ilustrační citace respondenta</b>
<b>Kontext životní situace</b>	Bytová nestabilita, nestabilní formy přespávání, absence stabilního zázemí, dlouhodobé bezdomovectví, ztráta zaměstnání, ztráta bydlení, prolongace nepříznivé situace	„Přišel jsem o práci a následně i o bydlení... situace se postupně protáhla.“
<b>Psychický stav a kapacita fungování</b>	Relativní psychická stabilita, emocionální regulace, pragmatický přístup	„Snažím se udržet si odstup a řešit věci prakticky.“
<b>Bariéry v přístupu ke službám</b>	Systémová složitost, fragmentace služeb, absence adresy jako bariéra, administrativní zátěž, systémová náročnost, zdoluhavost procesů, organizační náročnost, časová zátěž, vnímaná stigmatizace, bariéry v podobě negativní zkušenosti a nízké motivace ke vstupu do léčby.	„Člověk musí obíhat víc míst a bez adresy je to komplikovanější.“ „Nevěřím tomu – lidé se vracejí.“
<b>Komunikace se službami</b>	Využívání nízkoprahové služby, využívání institucí, flexibilní využívání služeb, vliv přístupu pracovníka, význam dostupné služby	„Záleží hodně na konkrétním pracovníkovi.“
<b>Strategie zvládnání (coping)</b>	Aktivní přístup k řešení, systematické zvládnání, význam denního režimu	„Když je potřeba něco vyřídit, jdu to udělat.“
<b>Důsledky</b>	Časová a organizační zátěž, dlouhodobé zatížení (implicitně)	„Člověk musí investovat hodně energie do administrativy.“
<b>Potřeby a návrhy změn</b>	Potřeba dostupného bydlení, potřeba systémového zjednodušení, potřeba koordinace služeb, potřeba zjednodušení systému, potřeba orientace v systému	„Víc provázat služby a zjednodušit postupy.“

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tab. 10: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O1)

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Citace respondenta</b>
<b>Rigidní a selektivní vstup do péče</b>	Registrace jako bariéra, odmítání klientů, dohledávání péče, nedostupnost služeb, kapacitní omezení	„Přeregistrovat člověka k praktickému lékaři je prakticky nereálné...“ / „Když dozví, o kom se jedná, tak vůbec ne.“ / „Musíme všechno dohledávat...“ / „V menších městech je nabídka těchto služeb výrazně malá.“ / „Kvůli nedostatku kapacit se nikam nedostanou.“
<b>Stigmatizace a diskriminace</b>	Stigma ve zdravotnictví, vzhledová stigmatizace, předsudky zdravotníků, nedůvěra ke klientům	„Dívají se na uživatele, jako by se s nimi vlastně ani nepočítalo.“ / „Někdy je špinavý... nechci ošetřit kvůli tomu, jak vypadá.“ / „Lékaři mají pocit, že s nimi jen ztrácejí čas.“ / „Nevěří, že klient bude spolupracovat.“
<b>Přetížený zdravotní a sociální systémy</b>	Nedostatek služeb, nedostatek kapacit, nefunkční návaznost, přetížení systému	„V menších městech je nabídka těchto služeb výrazně malá.“ / „Kvůli nedostatku kapacit se nikam nedostanou.“ / „Systém navazujících služeb nefunguje.“ / „Systém zdravotních sociálních služeb je dlouhodobě přetížený.“
<b>Nedostatečná komunikace mezi službami</b>	Chybějící komunikace, nesdílení informací	„Občas s námi neprobíhá žádná komunikace...“ / „Nemáme přístup k důležitým informacím o zdravotním stavu klientů.“
<b>Interakční bariéry (klient x systém)</b>	Nízká sdílnost klientů, normativní nesoulad, nespoupráce, rezignace, náročnost práce, odmítání klientů službami	„Někteří klienti nejsou příliš sdílní.“ / „Klienty nezapadá do toho, co nazýváme společenskými normami.“ / „Nespoupracuje a rezignuje...“ / „Práce je náročná...“ / „Někteří poskytovatelé odmítají s těmito klienty pracovat.“
<b>Systémové limity služeb</b>	Nedostatek personálu, nedostatek zdrojů	„Nemáme dostatek zdrojů ani personálu.“ / „Pro tuto populaci nejsou vyhrazeny žádné zdroje...“
<b>Potřeby a návrhy změn</b>	Potřeba nepřetržité služby, potřeba zdravotní/psychologické péče, potřeba vzdělávání pracovníků	„Přeji si, aby nízkoprahová služba byla s neustálým provozem.“ / „Aby poskytovali zdravotní nebo psychologickou pomoc.“ / „Nemáme dostatek příležitostí být lépe připraveni.“

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 11: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O2)

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Citace respondenta</b>
<b>Bariéry ve zdravotní péči</b>	Problémy s registrací u obvodního lékaře, odmítání pacientů, nízká flexibilita služeb	„Přeregistrovat člověka k praktickému lékaři je prakticky nereálné... Často ale nové pacienty nepřijímají.“ / „Když se dozví, o kom se jedná, tak vůbec ne.“ / „Musíme všechno dohledávat... zjišťovat, jestli vůbec někoho registrují.“
<b>Stigmatizace a diskriminace</b>	Stigma ve zdravotnictví, vzhled jako bariéra, předsudky zdravotníků, nedůvěra vůči uživatelům	„Dívají se na uživatele, jako by se s nimi vlastně ani nepočítalo.“ / „Někdy je špinavý... nechci ošetřit kvůli tomu, jak vypadá.“ / „Lékaři mají pocit, že s nimi jen ztrácejí čas.“ / „Nevěří, že klient bude spolupracovat.“
<b>Systémové a strukturální bariéry</b>	Nedostatek služeb, nedostatek kapacit, absence návaznosti služeb, přetížený systém	„V menších městech je nabídka těchto služeb výrazně malá.“ / „Kvůli nedostatku kapacit se nikam nedostanou.“ / „Systém navazujících služeb nefunguje.“ / „Systém zdravotních sociálních služeb je dlouhodobě přetížený.“
<b>Nedostatečná komunikace mezi službami</b>	Chybějící komunikace, nesdílení informací	„Občas s námi neprobíhá žádná komunikace... nevíme, jestli se tím vůbec zabývají.“ / „Nemáme přístup k důležitým informacím o zdravotním stavu klientů.“
<b>Individuální bariéry klientů</b>	Nesdílení problémů, nepřizpůsobení normám, nespoupráce	„Někteří klienti nejsou příliš sdílní.“ / „Klienty nezapadá do toho, co nazýváme společenskými normami.“ / „Nespoupracuje a rezignuje na jakoukoliv pomoc.“
<b>Bariéry na straně služeb</b>	Obavy z klientů, nedostatek personálu, odmítání klientů návaznými službami	„Práce je náročná... spojená s duševním onemocněním a závislostmi.“ / „Nemáme dostatek zdrojů ani personálu.“ / „Někteří poskytovatelé odmítají s těmito klienty pracovat.“
<b>Potřeby klientů a systému</b>	Potřeba nepřetržité služby, potřeba zdravotní péče, potřeba vzdělávání pracovníků, nedostatek zdrojů	„Přeji si, aby nízkoprahová služba byla s neustálým provozem.“ / „Aby poskytovali zdravotní nebo psychologickou pomoc.“ / „Nemáme dostatek příležitostí být lépe připraveni.“ / „Pro tuto populaci nejsou vyhrazeny žádné zdroje, hlavně málo kdo chce s touto cílovou skupinou pracovat.“

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 12: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O3)

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Citace respondenta</b>
<b>Nedostupnost specializované péče</b>	Dlouhé čekací lhůty, omezená dostupnost psychiatra, akutní řešení hospitalizací	„Největší problém je dostupnost psychiatrické péče – objednáci lhůty jsou dlouhé...“ / „Akutní případy často končí na pohotovosti nebo hospitalizací.“
<b>Administrativní a systémové bariéry vstupu do péče</b>	Absence pojištění, nejasný pojistný status, chybějící doklady, nemožnost kontaktu	„Další bariéry: absence zdravotního pojištění nebo nejasný pojistný status, chybějící doklady...“ / „Pacienta nelze kontaktovat, nemá telefon.“
<b>Diskontinuita péče a „otáčivé dveře“</b>	Přerušená ambulantní péče, nedocházení do ambulance, ztráta kontaktu	„Hospitalizace je často důsledkem dlouhodobě nedostupné nebo přerušené péče.“ / „Přerušená ambulantní péče (nedocházení, ztráta kontaktu).“
<b>Bariéry v adhezenci k léčbě</b>	Nepravidelné užívání léků, ztráta medikace, nestabilní prostředí	„Nepravidelného užívání medikace (ztráta léků, nestabilní prostředí, nemá z čeho zaplatit).“
<b>Somatizace a upozadění duševního zdraví</b>	Dominance somatických potíže, skryté psychické obtíže	„Pacient přichází s fyzickým problémem, ale... vyjde najevo deprese, úzkost nebo nespavost.“
<b>Nedůvěra ke zdravotníkům</b>	Nízká důvěra, bariéra ve vztahu pacient–lékař	„Velkou bariérou je také nedůvěra vůči zdravotníkům.“
<b>Rozdíly podle diagnostického statusu</b>	Diagnóza jako usnadnění léčby, vyšší nestabilita, skryté potíže s lidmi bez diagnózy	„U pacientů s diagnózou víme, jaký je jejich léčebný plán...“ / „Na druhou stranu bývají častěji nestabilní...“ / „U pacientů bez diagnózy vidím skryté potíže...“
<b>Stigmatizace spojená s diagnózou</b>	Diagnóza jako stigma	„Diagnóza může usnadnit léčbu, ale současně může být spojena se stigmatizací.“
<b>Limity primární péče</b>	Nedostatek času, nemožnost řešit psychosociální problémy	„Primární péče není časově nastavena na komplexní psychosociální problematiku.“
<b>Nesoulad mezi požadavky systému a realitou</b>	Nereálné očekávání systému, nutnost plánování, komplikace ze strany klientů	„Systém předpokládá, že pacient přijde včas... U lidí bez domova je to často nereálné.“
<b>Individuální bariéry klientů (v kontextu systému)</b>	Závislost, dezorganizace, kognitivní deficit	„Osobní faktory... léčbu komplikují, ale bez podpůrného systému je jejich zvládnutí obtížné.“
<b>Fragmentovaná péče</b>	Absence koordinace, ztrátení pacienta v systému	„Bez této spolupráce je péče fragmentovaná a pacient se ztrácí v systému.“
<b>Význam multidisciplinární spolupráce</b>	Potřeba psychiatra, sociálních pracovníků, adiktologů, terénních pracovníků	„Potřebuji dostupného psychiatra, sociálního pracovníka... terénní pracovníky.“
<b>Role terénních a nízkoprahových služeb</b>	Podpora v aktivní a dobrovolné spolupráci, doprovázení klienta	„Pracovníci nízkoprahového centra pacienta doprovodí k lékaři a pomůžou s zajištěním léků.“
<b>Potřeba systémových změn</b>	Dostupnost psychiatra, krizová intervence, mobilní týmy, integrace služeb	„Pomohla by lepší dostupnost psychiatrické péče... mobilní zdravotnické týmy... propojení služeb.“
<b>Bydlení jako determinant zdraví</b>	Stabilní bydlení jako prevence relapsu	„Stabilní bydlení jako prevence relapsů a zhoršení zdravotního stavu.“

<b>Propojení sociální a zdravotní dimenze</b>	Nutnost koordinované péče, omezený efekt izolované léčby	„Léčba bez sociální podpory má omezený efekt.“
---	--	--

*Zdroj: vlastní zpracování*

Tab. 13: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O4)

<i>Kategorie</i>	<i>Kódy</i>	<i>Citace respondenta</i>
<b>Systémové bariéry dostupnosti služeb</b>	Nedostatek kapacit, dlouhé čekací lhůty, omezená dostupnost služeb	„Nedostatek kapacit (psychiatrie, psychologové, krizová centra).“ / „Dlouhé objednací lhůty.“ / „Klient je v akutní krizi dnes, ale termín dostane za dva měsíce.“
<b>Administrativní bariéry a podmínky vstupu</b>	Absence dokladů, nejasný status, trvalý pobyt, administrativa, nutnost objednání	„Bez občanského průkazu nebo trvalého pobytu je obtížné vyřídit dávky...“ / „Administrativa – doklady, pojištění, trvalý pobyt.“ / „Nutnost objednání a dochvilnosti.“
<b>Rigidita systému (nesoulad s realitou klientů)</b>	Požadavek dochvilnosti, nutnost plánování, stabilní režim, abstinence	„Řada klientů nemá telefon, budík ani stabilní režim dne.“ / „Podmínky služeb – nutnost abstinence...“
<b>Fragmentace a nepřehlednost systému</b>	nepropojenost služeb, nutnost obíhání institucí, chybějící koordinace	„Nedostatečné propojení zdravotního a sociálního sektoru.“ / „Klient musí obíhat více institucí a systém je pro něj nepřehledný.“
<b>Bydlení jako klíčová bariéra</b>	absence bydlení, stabilita jako podmínka léčby	„Absence dostupného bydlení.“ / „Pokud není řešeno bydlení... je obtížné stabilizovat psychický stav.“
<b>Nedůvěra a negativní zkušenosti klientů</b>	nízká důvěra, špatné zkušenosti s institucemi	„Nízká důvěra k institucím.“ / „Špatné zkušenosti s úřady či zdravotnictvím.“
<b>Psychický stav jako bariéra přístupu</b>	psychická nestabilita, úzkost, paranoia, dezorganizace	„Psychická nestabilita komplikuje vyřizování záležitostí.“ / „Paranoia nebo úzkost... klient se bojí vstoupit do ordinace.“
<b>Závislosti a sociální zatížení</b>	závislosti, trauma, zahlcení problémy	„Závislost, která ztěžuje pravidelnou spolupráci.“ / „Spíše o zahlcení problémy a absenci podpory.“
<b>Diagnóza jako dvojznačný faktor</b>	Diagnóza jako výhoda, přístup k dávkám, stigma	„Mohou mít nárok na invalidní důchod...“ / „Současně ale čelí silnějšímu stigmatu.“ / „Problémy jsou interpretovány jako sociální selhání.“
<b>Systémová podmíněnost bariér</b>	Nerealistické požadavky systému, absence podpory	„Systém předpokládá, že klient má adresu, telefon...“ / „Bez flexibilního systému zůstávají mimo pomoc.“
<b>Propadávání klientů systémem</b>	Ztráta klienta, absence koordinace, „propad sítí“	„Klient propadává sítí.“ / „Klient často ‚propadne‘ mezi institucemi.“
<b>Význam multidisciplinární spolupráce</b>	Spolupráce služeb, koordinátor případu, sdílený plán, terénní práce	„Pravidelná komunikace mezi úřadem, neziskovkami a zdravotníky.“ / „Jasně stanovený koordinátor případu.“
<b>Role terénní a doprovodné práce</b>	Doprovod klienta, asistence, podpora orientace	„Doprovodit k lékaři, pomoci vyřídit doklady...“
<b>Nízkoprahovost a flexibilita služeb</b>	Potřeba nízkoprahových služeb, flexibilní přístup	„Více nízkoprahových psychiatrických služeb.“ / „Pokud je služba flexibilní... nespolečně klesá.“
<b>Potřeba systémových změn</b>	Mobilní týmy, integrace služeb, zjednodušení administrativy, financování	„Mobilní týmy, které přicházejí přímo do terénu.“ / „Zjednodušení administrativy.“ / „Větší integrace služeb.“
<b>Komplexnost problému (bio-psycho-sociální)</b>	Propojení duševního zdraví a sociální situace, nutnost komplexní podpory	„Duševní zdraví nelze oddělit od sociální situace.“ / „Klíčem je

		komplexní, koordinovaná a dlouhodobá podpora.“
<b>Systémové bariéry dostupnosti služeb</b>	Nedostatek kapacit, dlouhé čekací lhůty, omezená dostupnost služeb	„Nedostatek kapacit (psychiatrie, psychologové, krizová centra).“ / „Dlouhé objednávací lhůty.“ / „Klient je v akutní krizi dnes, ale termín dostane za dva měsíce.“
<b>Administrativní bariéry a podmínky vstupu</b>	Absence dokladů, nejasný status, trvalý pobyt, administrativa, nutnost objednání	„Bez občanského průkazu nebo trvalého pobytu je obtížné vyřídit dávky...“ / „Administrativa – doklady, pojištění, trvalý pobyt.“ / „Nutnost objednání a dochvilnosti.“
<b>Rigidita systému (nesoulad s realitou klientů)</b>	Požadavek dochvilnosti, nutnost plánování, stabilní režim, abstinence	„Řada klientů nemá telefon, budík ani stabilní režim dne.“ / „Podmínky služeb – nutnost abstinence...“
<b>Fragmentace a nepřehlednost systému</b>	nepropojenost služeb, nutnost obíhání institucí, chybějící koordinace	„Nedostatečné propojení zdravotního a sociálního sektoru.“ / „Klient musí obíhat více institucí a systém je pro něj nepřehledný.“

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 24: Otevřené kódování: kategorie a jejich význam (Respondent O5)

<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>	<b>Citace respondenta</b>
<b>Psychické a vztahové bariéry klientů</b>	Psychická nepohoda, nedůvěra, strach z odmítnutí, únava z přežívání	„Klienti k nám přicházejí často ve velmi zátěžové situaci.“ / „Nedůvěra k institucím a obava z odmítnutí.“ / „Únava z dlouhodobého přežívání bez zázemí.“
<b>Systémové bariéry dostupnosti služeb</b>	Nedostatek kapacit, rigidní podmínky, administrativní náročnost	„Narážíme na kapacitní omezení jiných služeb...“ / „Rigidní podmínky přijetí...“ / „Administrativní nároky, které klient není schopen splnit.“
<b>Diskontinuita péče a ztráta kontaktu</b>	Přerušování kontaktu, neschopnost udržet spolupráci, ztráta kontinuity	„Největší obtíže vidím... v udržení kontinuity.“ / „Klienti se pohybují mezi systémy... výsledkem je ztráta kontinuity péče.“
<b>Rezignace a naučená bezmoc</b>	Opakované odmítnutí, zklamání, pocit bezvýchodnosti, rezignace	„Pokud klient několikrát zažije, že snaha nikam nevede, rezignuje.“
<b>Rigidita systému (nesoulad s realitou klientů)</b>	Systém pro stabilní jedince, nezvládnutelné požadavky, každodenní přežívání	„Systém je nastaven pro lidi se stabilním zázemím...“ / „Nikoli pro ty, kteří řeší každodenní přežití.“
<b>Stigmatizace a stereotypizace</b>	Stigma, nálepkování, vnímání klientů jako selhání	„Stigmatizace lidí bez domova je stále velmi silná...“ / „Klienti jsou vnímáni prizmatem závislostí nebo selhání.“
<b>Vliv duševního onemocnění na přístup ke službám</b>	Omezená schopnost vyhledat pomoc, udržet kontakt, přijmout podporu	„Tyto obtíže zásadně ovlivňují schopnost klienta pomoc vyhledat, přijmout i udržet.“
<b>Specifika klientů s duševní poruchou</b>	Vyšší potřeba podpory, dezorganizace, výpadky kontaktu	„Klienti s duševním onemocněním potřebují dlouhodobé provázení...“ / „Častěji dochází k přerušování kontaktu.“
<b>Specifika klientů bez diagnózy</b>	vyšší funkčnost, lepší zvládnání administrativy	„Klienti bez diagnózy lépe zvládají konkrétní kroky a administrativu.“
<b>Systémové nastavení jako bariéra</b>	požadavek stability, schopnost plánování	„Systém předpokládá určitou míru stability a schopnosti plánovat.“
<b>Propadávání klientů systémem</b>	Nesplnění podmínek, vypadávání ze služeb	„Klienti... častěji vypadávají z návazných služeb nebo nesplní podmínky přijetí.“
<b>Fragmentace systému</b>	Neprojojenost služeb, absence komunikace	„Klienti se pohybují mezi systémy, které spolu nekomunikují...“
<b>Limity služeb (i nízkoprahových)</b>	Provozní pravidla, omezená flexibilita	„I přes snahu o nízkoprahovost existují provozní rámce.“
<b>Význam vztahu v práci s klientem</b>	Dlouhodobý vztah, důvěra, nízkotlakový přístup	„Účinná je dlouhodobá, stabilní a nízkotlaková podpora založená na vztahu.“
<b>Princip nízkoprahovosti a návratnosti</b>	Možnost návratu, absence sankcí, stabilita týmu	„Možnost opakovaného návratu bez sankcí.“
<b>Multidisciplinární spolupráce</b>	Mezioborová spolupráce, koordinace péče	„Lepší mezioborová spolupráce...“
<b>Potřeba systémových změn</b>	Zjednodušení procesů, propojení služeb, financování	„Zjednodušení procesů... propojení sociální a zdravotní oblasti...“
<b>Potřeba individualizace a flexibility</b>	Přizpůsobení klientovi, pomalejší tempo	„Měly by více vycházet z reality života klientů...“ / „Je nutné počítat s pomalejším tempem změny.“

<b>Náročnost práce s klienty s duševním onemocněním</b>	Časová náročnost, personální náročnost, tlak na služby	„Práce s těmito klienty je časově i personálně náročnější.“
<b>Komplexnost problému (bio-psycho-sociální)</b>	Propojení duševního zdraví a sociální situace	„Bez jejich zohlednění není možné nastavit funkční podporu.“

*Zdroj: vlastní zpracování*