



2018

Zdraví obyvatel postrádajících standardní bydlení

**Jakub Dutka, Kateřina Glumbíková
a Karel Čada**

Obsah

Úvod	2
1.1 Zdraví u lidí bez střechy.....	3
1.2 Osoby bez domova v azylových domech	7
1.3 Lidé v ubytovnách a sociálně vyloučených lokalitách	12
Použitá literatura	15

Úvod

Bytovou nouzi provází řada závažných zdravotních rizik, které negativním způsobem ovlivňují zdraví lidí žijících bez střechy, v pobytových službách azylových domů, na ubytovných nebo jiných substandardních bytových podmínkách. **V současné době postrádáme v rámci České republiky epidemiologickou studii, která by se zabývala zdravotním stavem osob žijících v bytové nouzi systematicky** (tj. u všech kategorií typologie ETHOS) **a komplexně** (kombinace socio-demografických dat, údajů o délce a typu bytové nouze, diagnostika fyzického i duševního zdraví). Přesto můžeme **na základě dílčích tuzemských poznatků a zahraničních prací jednoznačně hovořit o negativním dopadu bytové nouze na zdraví.** Z hlediska zdraví jako holisticky pojímaného konceptu a multifaktoriální povahy řady onemocnění nemůžeme sice vždy deklarovat jasnou příčinnou souvislost bytové nouze a nemocí člověka, zcela jednoznačně se však ukazuje, že **adekvátní bydlení je klíčovým faktorem podporujícím zdraví jedince.**

Oddělení sociálního bydlení a sociálního začleňování Ministerstva práce a sociálních věcí si v roce 2018 nechalo zpracovat tento analytický přehled problematiky. Připomeňme, že **Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice v České republice do roku 2020 stručně popisuje i zdravotní aspekty bezdomovectví a určuje cíle a opatření, které jsou nezbytné pro zlepšení zdravotního stavu dotčených lidí.**¹ Naopak **Koncepce sociálního bydlení České republiky 2015-2025**, která je strategickým materiálem komplementárním ke Koncepci prevence a řešení problematiky bezdomovectví, **popis problematiky postrádá.** Proto bylo rozhodnuto připravit podrobnější materiál, který poskytne příslušným aktérům základní argumentační východiska, nabídne zájemcům odpovídající seznam zdrojů k dalšímu studiu a v neposlední řadě také upozorní na klíčovou úlohu bydlení při podpoře zdraví.

¹ Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví popisuje problematiku v kapitole 4.3 Přístup ke zdravotní péči, cíle a opatření přístupu ke zdravotní péči obsahuje kapitola 5.3.

1.1 Zdraví u lidí bez střechy

Lidé žijící „na ulici“ patří z hlediska zdraví bezesporu k nejohroženějším skupinám obyvatel. V rámci koncepční kategorie typologie ETHOS se jedná o osoby „bez střechy“ a řadíme k nim ty, kteří přespávají venku, případně využívají služeb nocleháren. Tuto výše cílové skupiny lidí bez domova charakterizuje krom jiného právě **kritická kombinace špatného zdravotního stavu a ztíženého (či fakticky nedostupného) přístupu ke zdravotní péči**.

Faktorů ovlivňujících negativně zdravotní stav osob bez domova můžeme vysledovat celou řadu. V situaci bez střechy se mnohem hůře dodržuje životospráva, naplňují základní životní potřeby (včetně jídla a tekutin), lidem chybí teplo, sucho, hygienické zázemí, v kombinaci s rizikovým chováním s těmito situacemi souvisí nejen vyšší výskyt infekčních onemocnění, ale také úrazů. Negativní dopady na zdraví má samozřejmě i rozšířené závislé chování. V neposlední řadě jsou lidé bez domova vystaveni chronickému stresu, nedostává se jim pocitu bezpečí běžného v soukromém prostoru domova, jsou častými oběťmi násilí (uvnitř i vně komunity) a přizpůsobují své jednání novému prostředí „ulice“², což z dlouhodobé perspektivy negativně zasahuje lidskou psychiku (Šupková a kol., 2007; Pekárková, 2013). S ohledem na chybějící komplexní analýzu sledující kromě zdravotních ukazatelů i proces a životní trajektorii osob bez domova nejsme schopni přesněji rozlišit a kvantifikovat přímé zdravotní důsledky života „na ulici“. Zahraniční výzkumy však jednoznačně docházejí k závěru, že **zdravotní stav lidí bez domova je oproti „bydlící“ populaci významně horší** (Bines, 1994; přehled dalších studií viz např. Barták, 2004; Dvořáčková a kol., 2016). Tomu odpovídá i průměrně mimořádně nízký věk, ve kterém lidé bez domova umírají. Údaje z let 2001 až 2009 ve Velké Británii ukazují, že životní situace bez domova snižuje věk úmrtí v průměru o třicet let oproti délce života celkové populace. Sebevraždnost se v populaci osob bez domova oproti celkové populaci vyskytuje devětkrát častěji, infekce jako příčina smrti dvakrát častěji, smrt způsobená dopravními nehodami třikrát častěji a počty pádů zapříčiňujících úmrtí jsou dvojnásobné (Crisis, 2011).

Nejucelenější obraz zdravotního stavu populace lidí bez střechy v České republice podávají poskytovatelé sociálních služeb zaměřující se na komplexní pomoc cílové skupině,

² Ovšem ani agresi, kterou můžeme mezi bezdomovci pozorovat, nelze posuzovat bez pochopení kontextu života „na ulici“. Hejnal (2012) poukazuje na jasnou souvislost násilí a solidarity uvnitř komunit.

ve které nechybí ani ordinace určené lidem bez domova.³ **V rámci fyzického zdraví** vyhledávají lidé v situaci bez střechy nejčastěji zdravotní ošetření z důvodu onemocnění horních a dolních cest dýchacích, chronických ran, bércových vředů, kožních onemocnění. Ve zvýšené míře se setkáváme s neléčenými chronickými nemocemi (srdeční selhání, vysoký krevní tlak, cukrovka a další) a postižením pohybového aparátu (Pekárková, 2013). Statistický přehled Naděje Praha za rok 2017 poskytuje výčet nejčastějších diagnóz lidí bez domova navštěvujících ordinaci praktického lékaře při nízkoprahovém denním centru U Bulhara: žaludeční a střevní potíže u 182 osob, bércové vředy u 107, infekční onemocnění u 96, chřipky a onemocnění dýchacích cest u 88 osob, kardiovaskulární problematika u 79, svrab u 67, další kožní onemocnění (vyjma bércových vředů) u 53 osob, revmatické a neurologické onemocnění u 31 a omrzliny u 12 osob (Naděje, 2018).

Stav duševního zdraví osob bez domova v České republice je opět oproti vzorku běžné populace výrazně zhoršený. I přes chybějící systematickou a komplexní tuzemskou studii, která by se tímto tématem zabývala, odhadujeme v případě některých diagnóz u lidí bez střechy jejich několikanásobně zvýšený výskyt.⁴ Především se jedná o problematiku závislosti a duálních diagnóz s ní spojenou, depresivní stavy, poruchy spánku, reakce na stres a poruchy přizpůsobení, psychotické spektrum a v neposlední řadě poruchy osobnosti a mentální retardaci (Šupková a kol., 2007). Během roku 2017 proběhlo celkem 452 sezení u psychologa Naděje Praha, jehož služby využilo 179 klientů. Na základě ročního vyhodnocení byli klienti rozděleni dle četnosti do 6 skupin (u duálních diagnóz byl klient přiřazen do kategorie dle převládajících projevů): 34 % pohovorů se týkal problematiky závislosti, 25 % poruch osobnosti a chování, 6,8 % poruch nálad a afektivních poruch, 6,4 % schizofrenní poruchy a poruchy s bludy, neurotické poruchy byly určeny u 5,3 % klientů a mentální retardace, výchovné a vzdělanostní zanedbání u 2,6 % setkání. Údaje psychologa, naznačující strukturu diagnóz vyskytujících se ve vysoké míře u populace osob bez domova, můžeme doplnit o statistiku osob, které využili psychoterapeutické pomoci organizace Naděje Praha v první polovině roku 2018. Poměrné zastoupení zahrnuje 48 fyzických osob, přičemž každé z nich byla určena jedna diagnostická jednotka dle prioritizace určené terapií: téměř 30 % klientů se potýká se závislostí

³ Za tyto organizace pomáhající lidem „na ulici“ v České republice dlouhodobě i v oblasti zdraví zmiňme Armádu spásy ČR, Charitu České republiky a Naději.

⁴ Zásadním úkolem výzkumu by přitom neměla být jen kvantifikace diagnóz, ale upřesnění otázek týkajících se duševní poruchy a onemocnění jako příčiny vzniku bezdomovectví a objasnění hypotéz o devastujícím účinku života „na ulici“ na osobnost a duševní zdraví jedince.

(počítáno včetně abstinujících a léčících se); necelých 21 % vykazuje poruchy osobnosti (zejména specifické poruchy); poruchy nálad byly určeny u 16,7 % klientů (především depresivní a bipolární); 12,5 % trpí neurotickými a stresovými poruchami; schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy se vyskytovala u 10,4 % osob; organické duševní poruchy u dvou osob z uvedeného počtu lidí bez domova. U zbývajících klientů psychoterapie (12,5 %) nebyla zjištěna nemoc, pouze zhoršený duševní stav vyvolaný nepříznivou situací (Naděje, 2018).

Život „na ulici“ jako extrémní forma sociálního vyloučení v sobě zahrnuje i velmi obtížný přístup ke zdravotní péči, případně i její faktickou nedostupnost. Bariéry způsobující nedostupnost potřebné zdravotní péče přitom identifikujeme nejen u samotných lidí bez domova (odmítání či nedodržování léčby, neadekvátní chování, zanedbaný zevnějšek, intoxikace a další), ale také na straně zdravotnického personálu a v samotném systému zdravotnictví: zejména předsudečný přístup lékařů a zdravotnického personálu, odmítání či rychlé ukončování zdravotní péče, snaha o omezení psychické, materiální, administrativní i finanční zátěže personálu a zdravotnických zařízení (Hradecký a kol., 2015; Šupková a kol., 2007). Z toho vyplývá, že **život „na ulici“ přináší sám o sobě pro kohokoliv, kdo se do této situace dostane, vysokou pravděpodobnost nedostatečné zdravotní péče.**

K výraznému zlepšení zdravotního stavu lidí bez střechy může přispět pouze vhodná kombinace několika doplňujících se nástrojů, přičemž jedním z nich je – i pro tuto cílovou skupinu dostupný – systém sociálního bydlení.

U lidí, kteří se již v situaci bez střechy ocitli, **hrají klíčovou úlohu sociálních služby**, jejichž kapacity budou regionálně a místně dostatečné a odpovídající kvality. V rámci specifčnosti zdravotní problematiky cílové skupiny osob bez domova však podmínka dostatečné kapacity sociálních služeb nebude splněna, budeme-li k nim řadit jen úzké spektrum terénních programů, nízkoprahových denních center, nocleháren a azylových domů. Z reprezentativního šetření organizace Naděje z roku 2017 vyplývá, že zhruba u 20 % klientů „na ulici“ již došlo k devastaci organismu touto nepříznivou životní situací a oprávněně předpokládáme sdružené zdravotní problémy. U 36 % klientů nízkoprahových denních center a terénních programů je zdravotní stav překážkou v okamžitém ubytování v rámci současného systému a kapacit pobytových sociálních služeb. Z uvedeného šetření vyplývá, že **23 % pobytových služeb by na základě zjištěných potřeb lidí bez střechy mělo být**

přizpůsobeno právě zdravotnímu stavu klienta: především pobytové služby tolerující alkohol, chráněné bydlení a domovy se zvláštním režimem (Naděje, 2018). Tento vysoký podíl poukazuje na nedostatečné (či zcela chybějící) možnosti pobytových služeb vhodných pro významné skupiny osob v situaci bez střechy.

Dalším nedílným nástrojem zlepšení zdravotního stavu lidí „na ulici“ je **snižování bariér v přístupu ke zdravotní péči**. Touto oblastí se primárně zabývá strategický dokument Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice⁵ a shrnutí problematiky nalezneme např. u Hradeckého a kol. (2015). Na tomto místě alespoň vzpomeňme ten podstatný fakt, na který se při diskusích o potřebě vzniku zdravotních služeb specificky zaměřených na lidi bez domova zapomíná, a sice že na nutnosti tohoto řešení se shodnou lékaři i sociální pracovníci (Šupková a kol., 2007).

V neposlední řadě patří do sady nástrojů zlepšujících zdravotní stav lidí „na ulici“ takový **systém sociálního bydlení, který bude dostupný i pro tuto cílovou skupinu nejohroženějších**. Chceme-li skutečně zlepšit zdravotní stav obyvatel žijících bez střechy, musí být výše uvedené zajištění sociálních služeb a zdravotní péče doplněno o standardní bydlení přístupné lidem bez domova. Šetření Naděje v roce 2017 ukazuje, že **pro 40 % osob přežívajících venku je dle zjištění profesionálů z řad organizace jednoznačným řešením sociální byt. 24,5 % klientů v situaci bez střechy by bydlení v bytě zvládli bez podpůrných nástrojů sociální práce, popřípadě s nízkou mírou této podpory** (Naděje, 2018).

⁵ Viz kap. 4.3 a 5.3 Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice.

1.2 Osoby bez domova v azylových domech

Nejinak i lidé bez domova pobývající v azylových domech patří z hlediska zdravotního stavu k nejohroženějším skupinám obyvatel. V rámci koncepční kategorie typologie ETHOS se jedná o osoby „bez bytu“. I v této výseči cílové skupiny lidí bez domova přetrvává **kritická kombinace špatného zdravotního stavu a ztíženého přístupu ke zdravotní péči**.

Jak dokladují zahraniční studie, zdravotní stav osob bez domova žijících v azylových domech je často **horší než u většinové populace** (viz např. Brem, Seeberger, 2010; Fitzpatrick-Lewis, Ganann, Krishnaratne et al., 2011) a se stoupajícím věkem se zdravotní problémy prohlubují (např. Barták, 2011; Frey, 2013). Řada studií přitom u této cílové skupiny popisuje **komorbiditu onemocnění**, tedy současný výskyt více onemocnění (viz např. Hwang a Bugeja; 2000).

V azylových domech žije velké množství osob s (chronickými) zdravotními obtížemi, které nebyly ošetřeny lékařem. Lidé v azylových domech tak často řeší svou zdravotní situaci až ve chvíli, kdy se u nich objeví akutní zdravotní problémy a je nutná např. hospitalizace, dochází tudíž k **omezení prevence a využívání služeb specializovaných ordinací**. Glumbíková a kol. (2017)⁶ uvádí, že jen necelá polovina z celkového počtu dotazovaných osob žijících v azylových domech dochází k obvodnímu lékaři a naopak téměř polovina dotazovaných osob využila v posledních 18 měsících služeb pohotovosti. Autoři poukazují na to, že během 11 měsíců bylo hospitalizováno 17 % respondentů.⁷ Využívání specializovaných ordinací u osob žijících v azylovém domě se pohybovalo mezi 13 a 24 %, výzkum Bartáka a kol. (2011)⁸ uvádí, že odborného lékaře navštěvovala přibližně polovina dotazovaných osob.

V českých i zahraničních studiích se ukazuje, že existuje **šest základních kategorií bariér přístupu ke zdravotní péči** (viz Glumbíková a kol., 2017): a) špatný psychický stav (Salize a kol., 2001); b) neexistence sociální opory⁹ (ve vztahu k návštěvě lékaře) (Hatton, 2008; Constantino

⁶ Glumbíková a kol. (2017) provedla výzkumné šetření u 191 osob bez domova žijících v azylových domech (výzkumu se zúčastnilo 106 žen a 85 mužů ve věku mezi 18 a 85 lety).

⁷ Barták a kol. (2011) ve svém výzkumu uvádí, že byla v posledním roce hospitalizována přibližně třetina dotazovaných.

⁸ Barták a kol. (2011) realizovali dotazníkové šetření u klientů sociálních služeb v Praze. V roce 2005 získali 900 dotazníků od respondentů z kategorie „bez domova“ a „bez střechy“.

⁹ Hwang a kol. (2009) prokazuje vztah mezi sociální oporou a širší sociální sítí a lepším psychickým i fyzickým zdravotním stavem (průzkum realizovaný s 544 respondenty).

a kol., 2009); c) dlouhá doba pobytu mimo domov (Baggett a kol., 2010¹⁰); d) závažnost fyzických zdravotních obtíží (oproti výše zmíněným má tento faktor posilující vliv v případě, že se nejedná o zdravotní problémy v oblasti hybnosti (Hwang a kol., 2010; Beijer, Wolf, Fazel, 2012); e) vnímaná kvalita zdravotnických služeb (výskyt stigmatizace, diskriminace, medikalizovaného pohledu na bezdomovectví¹¹ a labellingu) (Darbyshire, 2006; Barták a kol., 2011); f) špatná finanční situace (Tarasuk, Dachner a kol., 2002).

Potíže v oblasti psychického zdraví stojí mezi příčinami, proč lidé bez domova nedosáhnou na trvalé bydlení a mohou zároveň komplikovat udržení si trvalého bydlení. Jak jsme již uvedli v úvodu této kapitoly, systematické zjišťování stavu duševního zdraví u populace lidí bez domova v České republice nám stále chybí.

Potřebnost posilování zajištění odborné psychiatrické péče pro všechny skupiny osob bez domova dokládají i realizovaná výzkumná šetření. Např. Glumbíková a kol. (2017) popisuje, že 62 % respondentů uvádělo, že má **akutní psychické potíže** (zejména deprese, úzkosti, schizofrenii a jiné psychotické poruchy, nespecifické psychické poruchy a s již uvedenými potížemi související nespavost). Barták a kol. (2011) uvádí, že střední míru úzkosti a deprese zažívá 37 % mužů a 50 % žen. Podobně Dragomirecká, Kubisová a Anděl (2004) zjistili významně horší duševní stav u žen. U 37,5 % dotazovaných žen (a 21,3 % mužů) se objevily depresivní a úzkostné příznaky, u 18,8 % žen (a 7,1 % mužů) shledávali psychotické příznaky. Folsom, McCahill, Bartels et al. (2002) hovoří o vysokém výskytu psychiatrických diagnóz deprese a schizofrenie u osob žijících v azylových domech. Tyto dvě diagnózy se u obyvatel azylových domů vyskytovaly až čtyřikrát častěji než u většinové populace. Na vyšší riziko výskytu deprese, schizofrenie nebo úzkostných poruch u populace osob bez domova upozorňuje tzv. SEEWOLF-Studie.¹² Studie se zúčastnilo 232 náhodně vybraných osob (které žily v zařízeních pro osoby v bytové nouzi, nouzovém ubytování a ubytovnách). Jednalo se o 80 % mužů a 20 % žen. Výsledky studie ukazují, že asi dvě třetiny zkoumaných osob trpěly psychickou chorobou, většinou však více chorobami současně. Vědci diagnostikovali u 14 % zúčastněných osob schizofrenii (v průměrné populaci jsou to 2 %),

¹⁰ Baggett a kol. (2010) provedli studii s 966 osobami bez domova, které využívali dlouhodobě služeb nocleháren a azylových domů. 73 % respondentů poukazovalo na nenaplněné potřeby v oblasti zdravotní péče.

¹¹ Perspektiva akcentující, že si lidé bez domova mohou za svou situaci sami. Přístup zdravotních služeb je tak odosobňující, pouze připisující diagnózu „tělu“ a ne člověku.

¹² SEEWOLF-Studie (Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München).

u 40 % depresi a u 20 % úzkostné poruchy. Kromě toho asi 80 % sledovaných osob trpělo závislostí. Výzkum Naděje Praha (2018) poukazuje na to, že 40,0 % klientů potřebuje v souvislosti s „duševním zdravím, poruchami chování a alkoholem“ vyšší míru podpory než pouze tu, kterou je schopen zajistit sociální pracovník.

Psychický stav osob bez domova je úzce propojen s fyzickým zdravotním stavem. Zahraniční výzkumy viz např. Fitzpatrick-Lewis, Ganann, Krishnaratne et al. (2011)¹³ uvádí, že 85 % osob mělo chronicky špatné zdravotní podmínky zhoršující jejich fyzický zdravotní stav a zároveň téměř 50 % z nich mělo zdravotní nebo psychickou diagnózu. Ke zdraví osob bez domova z azylových domů je proto nutné přistupovat celostně.

Glumbíková a kol. (2017) ve svém výzkumu uvádí, že 72 % dotazovaných mělo zkušenosti s úrazy a operacemi (jednalo se zejména o úrazy a operace horních a dolních končetin, otřesy mozku, úrazy hlavy, amputace a onemocnění trávicí soustavy – z kvalitativního šetření vyplývá, že tyto úrazy a operace mohly mít souvislost se situací bezdomovectví – podobně viz Barták a kol., 2011).¹⁴ 37, 5 % dotazovaných uvádělo, že má **akutní fyzická onemocnění** (respondenti uváděli zejména sníženou hybnost, problémy v oblasti trávicí soustavy, očí, krevního tlaku, gynekologických potíží a zubů¹⁵). Barták a kol. (2011) uvádí, že 28 % mužů a 37 % žen mělo zkušenost s dlouhodobou chorobou (delší než 6 měsíců), jednalo se přitom zejména o duševní onemocnění, kožní onemocnění a vysoký krevní tlak. Barták a kol. (2011) také uvádí, že 55 % mužů a 49 % žen má aktuálně bolesti. Ve vztahu k výše zmíněnému přidejme výzkum Naděje Praha (2018), který uvádí, že 27 % klientů není v důsledku snížené pohyblivosti schopno vylézt na horní lůžko postele. Toto šetření rovněž poukazuje na to, že 8 % klientů potřebuje v souvislosti s „inkontinencí, bércovými vředy a jinými onemocněními“ vyšší míru podpory v porovnání s „běžnými klienty“. Při navrhování návazné pobytové služby sociální pracovníci azylových domů odhadli, že 30 % klientů azylového domu by vzhledem k jejich zdravotnímu stavu potřebovalo specifické služby typu chráněného bydlení, domova pro seniory a seniorky nebo domova se zvláštním režimem.

¹³ Autoři zjišťovali zdravotní stav u 1 192 osob z azylových domů, ubytoven a nocleháren.

¹⁴ Barták a kol. realizovali dotazníkové šetření u klientů sociálních služeb v Praze. V roce 2005 získali 900 dotazníků od respondentů z kategorie „bez domova“ a „bez střechy“.

¹⁵ Luo, McGrant (2006) upozorňují na dentální problémy u osob žijících v azylových domech nebo v jiných formách nejistého ubytování (na vzorku 140 lidí). Více než 70 % osob prezentovalo potřebu ošetření u zubaře.

Hwang et al. (2009) zkoumali **úmrtnost u osob žijících v substandardních formách ubytování**. Výzkum probíhal mezi lety 1991 a 2001 a zúčastnilo se ho 15 100 osob bez domova žijících v azylových domech, noclehárnách a ubytovnách. Pobyt v těchto nejistých formách bydlení byl spojen s vyšší mortalitou. 3 280 osob z výzkumu v jeho průběhu zemřelo. Naději na dožití 75 let mělo 32 % mužů a 60 % žen.

Grinman a kol. (2010) zkoumali **užívání drog u žen a mužů v azylových domech a vztah tohoto užívání ke zdravotnímu statusu**. Výzkumu se zúčastnilo 603 mužů, 384 žen a 284 dospělých dětí. 40 % z respondentů mělo problém s užíváním drog v posledních 30 dnech. Většinou se jednalo o osamělé muže, kteří se stali lidmi bez domova v mladém věku (průměrně 24,8 let) a byli bez domova delší dobu (průměrně 4,8 let). Problémy s užíváním drog byly spojeny s výrazně horším zdravotním stavem, zejména psychickým.

Ve vztahu ke zdravotnímu stavu je třeba také upozornit na **nedostatečnou výživu u osob bez domova** využívajících noclehárny a azylové domy. Tarasuk, Dachner a kol. (2002) ve své etnografické studii popisují nedostatek jídla po několik dní, následující období zisku financí a nákupu množství nezdravého jídla, které spadá do kategorie levného (zlevněného) jídla, často sycených nápojů, pečiva a sladkostí. Jídelniček tak nedodrží základní výživovací standardy z pohledu konzumace ovoce, zeleniny, mléčných výrobků atd. Výsledky studie Langnäse a kol. (2001) souhlasí s výše zmíněným a doplňují, že více než 30 % osob bez domova bylo v tomto smyslu podvyživených. 30 % osob bez domova bylo v důsledku konzumace nezdravých potravin obézních. A téměř dvě třetiny populace trpěly chronickými onemocněními. V jedné třetině se jednalo o onemocnění přímo spojené se stravou (podobně viz Steiger, 2005). Hlavní bariérou při získávání jídla je nedostatek financí. Z výše zmíněného je zřejmé, že je nezbytné osoby bez domova podporovat v podobě potravinové a materiální pomoci.

Bariéru ve využívání služeb zdravotní péče představuje **diskriminace, stigmatizace a celkový opresivní přístup k lidem bez domova ze strany některých zdravotnických pracovníků**. Obyvatelé azylových domů popisovali „nepříjemné vystupování“, „odstup“, zlehčování zdravotní situace i odmítnutí ošetření (Glumbíková a kol., 2017). Systematické a plošné vzdělávání v principech anti-diskriminačního a antiopresivního přístupu ke specifické cílové skupině osob bez domova ovšem absentuje.

Další možnosti aplikace antiopresivního a anti-diskriminačního přístupu v České republice představují **specializované ordinace pro cílovou skupinu osob bez domova**, které aktuálně provozují čtyři organizace (Naděje, Armáda spásy, Charita ČR, město Plzeň ve spolupráci s Městskou Charitou a třetí poliklinikou na Borech) ve čtyřech městech (Ostrava, Olomouc, Plzeň a Praha¹⁶); systematické řešení na celorepublikové úrovni ovšem chybí. V tomto kontextu např. Glumbíková a kol. (2017) uvádí, že by 47, 5 % dotazovaných mělo užívat léky a užívá je jen 51, 5 % z nich; nejčastějším důvodem neužívání je přitom špatná finanční situace (podobně viz Barták a kol., 2011).

Možnou variantou podpory antiopresivního a anti-diskriminačního přístupu je také **poskytnutí lidem bez domova žijícím v azylových domech sociální oporu při přístupu ke zdravotnické péči**. Glumbíková a kol. (2017) uvádí, že lidé bez domova žijící v azylových domech očekávali tuto oporu zejména od sociálních pracovníků zařízení. V tomto kontextu lze hovořit o potřebě mezioborové spolupráce sociálních služeb a zdravotnických zařízení (např. v intencích opatření 5.3.2.h Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví¹⁷).

Systematické řešení ukončování bezdomovectví v České republice dosud absentuje, řada osob bez domova proto cyklicky střídá pobyty v azylových domech a jiných formách nejistého ubytování, situace bezdomovectví těchto lidí nekončí (viz např. Glumbíková a kol., 2017), a to včetně trvajících špatného či zhoršujícího se zdravotního stavu. **Bez standardního bydlení**, které by pro osoby žijící v azylových domech bylo dostupné, **není možné předpokládat výrazné zlepšení zdravotního stavu této populace**.

¹⁶ V současné době je připravováno zřízení specializované ordinace pro osoby bez domova v Brně.

¹⁷ 5.3.2h Realizace společných odborných a vzdělávacích setkání pracovníků sociálních služeb a zdravotnických zařízení. Podpora a spolupráce partnerství různých subjektů v oblasti řešení problematiky bezdomovectví. Zvážení možnosti financování vybraných opatření z fondů EU a případné vytvoření mechanismů pro jejich financování.

1.3 Lidé v ubytovnách a sociálně vyloučených lokalitách

Stewart a kolektiv (2013: 11) uvádějí několik **klíčových kategorií zdravotních rizik souvisejících s nekvalitním bydlením: fyziologická rizika** (prašnost, plísně, přílišný chlad, přílišné horko, vlhkost, azbest, biocidy, produkce plynů při vytápění, olovo, radiace, vnitřní chemické znečištění), **psychologická rizika** (přeplněné prostory, nedostatečné soukromí, hlučnost, světelnost), **rizika infekce** (domácí hygiena, škůdci, odpadky, možnosti uchovávání potravin, sanitace, vysoušení, dodávky vody) a **rizika nehody** (riziko pádu, poranění elektrickým proudem, požár, riziko popálenin, poranění ostrými předměty, exploze, nekvalitní ergonomika a zřícení části budovy).

Přestože u těchto faktorů byly prokázány dopady na lidské zdraví, komplexní zhodnocení rizikovosti bytů v českých sociálních lokalitách dosud chybí. „Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR“ (Čada a kol., 2015) konstatovala, že zhruba 40 procent z celkového počtu 95.000 až 115.000 lidí, kteří žijí v českých sociálně vyloučených lokalitách, žije na místech s převažující špatnou až neobyvatelnou charakteristikou bytů, kde se kumuluje dopad řady výše zmiňovaných kategorií rizik. Studie „Healthy Homes Barometer“ (2017) odhaduje, že v nezdravých domech žije zhruba šestina české populace.

Zahraniční studie prokazují vliv bydlení na zdraví dětí i dospělých. **Děti v sociálně vyloučených domácnostech častěji vyrůstají v environmentálně škodlivém prostředí** (Bullard & Wright, 1993; Moses et al., 1993; Haines et al., 2002) a **častěji obývají nedostatečně vybavená a často přeplněná obydlí** (Federman et al., 1996; Gielen et al., 1995; Sanger & Stocking, 1991; Sharp & Carter, 1992). **Vystavení toxickému prostředí, nízké kvalitě vody, znečištěnému či hlučnému prostředí** pak vede u dětí k častějším zdravotním problémům a vlivem stresu i k problémům v kognitivním vývoji (Holgate et al., 1999; Riley & Vorhees, 1991; Evans, 2001). V případě dospělé populace byl prokázán vliv substandardního bydlení na celkový zdravotní stav (POST, 2011). Tepelný komfort, přeplněnost bytů, prašnost a další nedostatečné podmínky byly rozpoznány jako klíčové prediktory problémů s **duševním zdravím a vyšší míry nemocnosti** (Evans, Wells, & Moch, 2003). Nekvalitní bydlení také způsobuje **vyšší prevalenci klinické deprese** oproti běžné populaci (Payne, 1997).

Špatnou hygienickou kvalitu domů a bytů v sociálně vyloučených lokalitách opakovaně konstatují situační zprávy Agentury pro sociální začleňování, **a to zejména vlhké byty**

a rozšířené plísni. Zprávy opakovaně zmiňují i **přítomnost štěnic, švábů a dalších škůdců a parazitů** v domech. Vedle toho zprávy upozorňují na špatný technický stav domů a bytů, například v podobě absence tekoucí vody v bytě či absence topení, jako zdrojích vyšší nemocnosti mezi obyvateli těchto domů a bytů, především dětí.

Jak vyplývá z analýzy „Vzdělanostní dráhy a vzdělanostní šance romských žáků a žákyň základních škol v okolí vyloučených romských lokalit“ (GAC, 2009), více než **trojnásobnou absenci dětí ze sociálně vyloučených lokalit na prvním stupni základní školy lze přičítat primárně vyšší nemocnosti způsobené právě nevyhovujícím bydlením.**

Na sníženou kvalitu bydlení poukazovaly zprávy vládní Agentury zejména v souvislosti s obyvateli **ubytoven**. Z již zmíněné „Analýzy sociálně vyloučených lokalit v ČR“ vyplývá že u většiny ubytoven jednotlivé rodiny **neměly k dispozici vlastní sociální zařízení ani kuchyň** (Čada a kol., 2015: 70). Často bojují s nedostatkem teplé vody, přičemž většina je ve velice špatném hygienickém stavu. Ubytovny bývají umístěny v sociálně vyloučených lokalitách, pro něž je typický nízký hygienický standard bydlení a snížená dostupnost zdravotní péče. Pobyt na ubytovně s sebou nese řadu zdravotních rizik v podobě výskytu hepatitidy typu A (Vzájemné soužití, 2013).

Výzkum rodin v bytové nouzi v Brně (Černá a kol., 2018) ukázal, že 13 % dotazovaných osob hodnotilo svůj zdravotní stav jako špatný a jako velmi špatný 6 % dotazovaných. Sedmnáct procent dotazovaných osob výrazně omezovala nemoc, handicap či psychický zdravotní problém, 29 % omezovala do určité míry. 27 % partnerů pečujících osob bylo vážně nemocných či postižených. U 39 % dotazovaných byl zjištěn vyšší stupeň psychosociálního stresu, což může signalizovat výskyt duševního onemocnění.

Vliv bydlení na zdravotní stav pak naznačuje i **analýza změny situace rodin v bytové nouzi** po šesti měsících od poskytnutí stabilního bydlení v rámci brněnského projektu Rapid Re-Housing v porovnání s kontrolní skupinou (Ripka a kol., 2018). Přestože je třeba vzhledem ke krátké době dosavadního sledování vnímat české výstupy spíše v rovině hypotéz, které budou potvrzovány a rozpracovány v dalších vlnách sledování, zahraniční studie (např. Barton a kol., 2007; Boyle a kol., 2016; Bretherton a Pleace, 2015; O'Campo, 2016; Pleace a Bretherton, 2013) prokazují vliv obdobných programů i v delším časovém horizontu.

Vedle přímých dopadů bydlení na zdraví se také setkáváme s nepřímými, a to zejména: (a) sníženou dostupností zdravotní péče vinou stigmatizace a (b) psychosociálními důsledky nejisté bytové situace.

Pobyt v sociálně vyloučené lokalitě s sebou nese **stigmatizaci, která snižuje ochotu praktických lékařů přijímat pacienty** z tohoto prostředí a zhoršuje možnost sociálně vyloučených obyvatel registrovat se u praktického lékaře (Korecká, 2016). Navíc 13 % obyvatel sociálně vyloučených lokalit (Čada a kol., 2015: 48) žije ve venkovských lokalitách vnitřních **periferií s obecně horší dostupností zdravotní péče.**

Vedle přímých vlivů substandardního bydlení **ovlivňuje zdraví i samotná nejistota spojená s bydlením.** Warren a Font (2015) identifikovali vliv bytové nejistoty na stres matky s jeho přenosem i na děti. Negativní vliv bytové nejistoty i zadluženosti na psychické zdraví dětí byl identifikován rovněž v českém prostředí (Hurrle a kol., 2015; MEDIAN, 2018).

V kontextu sociálně vyloučených lokalit představuje zdraví problematiku, které byla dosud věnována relativně nižší pozornost (viz Čada a kol., 2015: 25). **Život v podmínkách substandardního bydlení však významně ovlivňuje psychické a duševní zdraví a následně prohlubuje míru sociálního vyloučení, ať už v podobě zhoršeného přístupu na trh práce či horší školní úspěšnosti u dětí.** České i zahraniční zkušenosti jednoznačně potvrzují, že **vedle samotné dostupnosti bydlení je nezbytné věnovat se i kvalitě bydlení, a to jak vzhledem ke stavu domů a bytů, tak i širšímu prostoru, ve kterém se tyto domy nacházejí.**

Použitá literatura

Baggett, T. P., O'Connell, J. J., Singer, D. E. et al. (2010). The Unmet Health Care Needs of Homeless Adults: A National Study. *American Journal of Public Health* [online]. 100(7), 1326–1333 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882397/>

Barták, M. (2011). *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.

Barták, M. (2005). *Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty II. Bezdomovství – veřejný problém a soukromé potíže*. Kostelec nad Černými Lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.

Barták, M. (2004). Zdravotní stav populace bezdomovců a jeho determinanty. *Zdravotnictví v ČR*. 7(2), 97–100.

Barton, A., Basham, M., Foy, C., Buckingham, K., Somerville, M. (2007). The Watcombe Housing Study: the short term effect of improving housing conditions on the health of residents. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(9), 771-777.

Beijer, U., Wolf, A., Fazel, S. (2012). Prevalence of Tuberculosis, Hepatitis C Virus, and HIV in Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The Lancet Infectious Diseases* [online]. 12(11), 859–870 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309912701779>

Bines, W. (1994). *The health of single homeless people*. York: Joseph Rowntree Foundation

Boyle, F., Palmer, J., Ahmed, S. (2016). *The Efficiency and Effectiveness of the Housing First Support Service piloted by Depaul in Belfast, funded by supporting people: an SROI evaluation*, Portsmouth: North Harbour Consulting.

Brem, D., Seeberger, B. (2010). *Alt und wohnungslos in Bayern – eine Untersuchung über Lebenslagen von älteren wohnungslosen Männern in betreuten Wohnformen*. *Sozialer Fortschritt*. 8(10), 209–219.

Bretherton, J., Pleace, N. (2015). *Housing First in England - an evaluation of nine services*. Centre for Housing Policy, University of York.

Bullard, R. D., & Wright, B. (1993). Environmental justice for all: Current perspectives on health and research needs. *Toxicology and Industrial Health*, 9, 821–841.

Constantino, R., Yookyung, K., Crane, P. A. (2005). Effect of a Social Support Intervention on Health Outcomes in Residents of a Domestic Violence Shelter: A Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*. [online]. 26(6), 575–590 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840590959416>

Crisis. (2011) Homelessness: A silent killer. A research briefing on mortality amongst homeless people. [online] [cit. 28.6.2018]. Dostupné z: https://www.crisis.org.uk/media/237321/crisis_homelessness_a_silent_killer_2011.pdf

Čada, K. a kol. (2015). Analýza sociálně vyloučených lokalit v České republice. Praha: MPSV.

Černá, E., Ripka, Š., Pibilová, I. (2018). Analýza výchozího stavu účastníků z cílové skupiny projektu „Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing)“. Ostrava: Ostravská univerzita.

Darbyshire, P., Muir-Cochrane, E., Fereday, J. et al. (2006). Engagement with Health and Social Care Services: Perceptions of Homeless Young People with Mental Health Problems. *Health & Social Care in the Community* [online]. 14(6), 553–562 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2006.00643.x/full>

Dragomirecká, E., Kubisová, D., Anděl, M. (2004). Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie*. 8(4), 274–279.

Dvořáčková, D., Belešová, R., Kajanová, A., Bergougui, B. (2016). Zdravotně sociální aspekty bezdomovectví. *Kontakt* [online]. 18(3), 179–183 [cit. 25.6.2018]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20161012131656163925.pdf>

European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL (FEANTSA) (2007). ETHOS – Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR. [online]. Brusel: FEANTSA. [cit. 20. 8. 2018]. Dostupné z: https://www.feantsa.org/download/cz_8621229557703714801.pdf

Evans, G. W. (2001). Environmental stress and health. In: A. Baum, T. Revenson, & J. E. Singer. (Eds.). *Handbook of health psychology*. (s. 365–385). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Evans, G. W., Wells, N. M., & Moch, A. (2003). Housing and mental health: A review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues*, 59, 475–500.

Evans, G.W. (2004). The environment of childhood poverty. *The American Psychologist*, 59(2), 77–92.

Federman, M., Garner, T., Short, K., Cutter, W., Levine, D., McGough, D., & McMillen, M. (1996). What does it mean to be poor in America? *Monthly Labor Review* (May), 3–17.

Fitzpatrick_Lewis, D., Gannan, R., Krishnaratne, S. et al. (2011). Effectiveness of Interventions to Improve the Health and Housing Status of Homeless People: a Rapid Systematic Review. *BCM Public Health* [online]. 11, 1–14 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-638>

Folsom, D. P., McCahill, M., Bartels, S. J. et al. (2002). Medical Comorbidity and Receipt of Medical Care by Older Homeless People With Schizophrenia or Depression. *Psychiatric Services* [online]. 53(11), 1456–1460 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.53.11.1456>

Frey, R. (2013). Hilfen bei vorgealterten und älteren wohnungslosen Menschen. *Sozialer Fortschritt*, 4(13), 109–114.

GAC (2009). *Vzdělanostní dráhy a vzdělanostní šance romských žáků a žákyň základních škol v okolí vyloučených romských lokalit*. Praha: MŠMT.

Gielen, A. C., Wilson, M., Faden, R., Wissow, L., & Harvilchuck, J. (1995). In-home injury prevention practices for infants and toddlers: The role of parental beliefs, barriers, and housing quality. *Health Education Quarterly*, 22, 85–95.

Glumbíková, K. a kol. (2017). *Závěrečná zpráva z výzkumu Zdraví obyvatel azylových domů. Sdružení azylových domů, z. s.*

Grinman, M. N., Chiu, S., Redelmeier, D. A., Levinson, W., Kiss, A., Tolomiczenko, G. & Hwang, S. W. (2010). Drug problems among homeless individuals in Toronto, Canada: prevalence, drugs of choice, and relation to health status. *BMC Public Health*. 10(1).

Haines, M. M., Stansfeld, S. A., Head, J., & Job, R. F. S. (2002). Multilevel modelling of aircraft noise on performance tests in schools around Heathrow Airport London. *International Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 139–144.

Hatton, D. C. (2001). Homeless Women's Access to Health Services: A Study of Social Networks and Managed Care in the US. *Women and Health* [online]. 33(3-4), 167–181 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J013v33n03_10

Healthy Homes Barometer. (2017). *Healthy Homes Barometer 2017 Buildings and Their Impact on the Health of Europeans*. Copenhagen: Velux.

Hejnal, O. (2012). *Bezdomovci ve středně velkém městě: adaptace na urbánní prostředí, média, politika a prostor*. (diplomová práce) Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

Hodnoty – Soužití – Pomoc (H.S.P.) Praha (2012). *Souhrnný materiál pro tvorbu Koncepce práce s bezdomovci v ČR na období do roku 2020*. [online]. Praha. [cit. 20. 8. 2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/33905/Souhrnny_material_pro_tvorbu_Koncepce_prace_s_bezdomovci_v_CR_na_obdobi_do_roku_2020.pdf

Holgate, S., Samet, J., Koren, H., & Maynard, R. (1999). *Air pollution and health*. New York: Academic Press.

Hradecký, I. a kol. (2007). *Definice a typologie bezdomovství*. [online]. Praha: Naděje. [cit. 20. 8. 2018]. Dostupné z: https://www.azylovedomy.cz/soubory/48_Definice%20a%20typologie%20bezdomovstvi.pdf

Hradecký, I., Těmínová, M., Ambrož, M., Růžička, J. (2015). *Návrh a řešení vybraných zdravotně-sociálních aspektů spojených s problematikou bezdomovectví s vazbou na regionální a místní specifika*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2. 7. 2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/23621/6_brozura_Socialne_zdravotni_potreby.pdf

Hurre, J., Kučera, P., Trlifajová, L., Grundza, J. (2015). *Frýdlanstko: Situační zpráva*. Praha: Agentura pro sociální začleňování.

Hwang, S. W, Ueng, J. J. M., Chiu, S. et al. (2010). Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons. *American Journal of Public Health* [online]. 100(8), 1454–1461 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2009.182022>

Hwang, S. W., Bugeja, A. L. (2000). Barriers to Appropriate Diabetes Management among Homeless People in Toronto. Canadian Medical Association Journal [online]. 163(2) [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <http://www.cmaj.ca/content/163/2/161.short>

Hwang, S. W., Wilkins, R., Tjepkema, M. et al. (2009). Mortality among Residents of Shelters, Rooming Houses, and Hotels in Canada: 11 Year Follow-Up Study. British Medical Journal [online]. 339 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b4036.full>

Korecká, Z. (2016). Vstupní analýza – Chomutov. Praha: Agentura pro sociální začleňování.

Langnäse, K. a kol.(2001). Nutrition and Health in an Adult Urban Homeless Population in Germany. Public Health Nutrition [online]. 4(3), 805–811 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11415488>

Luo, Y., Mcgrant, C. (2006). Oral Health Status of Homeless People in Hong Kong. Special Care in Dentistry [online]. 26(4), 150–154 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17544505.2006.tb01716.x/abstract>

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) (2013). Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020. [online]. MPSV. [cit. 2. 5. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/16157/koncepce.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) (2016). Vyhodnocení průzkumu řešení bezdomovectví v obcích s rozšířenou působností. [online]. Praha. [cit. 15. 10. 2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/24488/vyhodnoceni_pruzkumu_reseni_bezdomovectvi_v_obcich_s_rozsirenou_pusobnosti.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) (2018). Zpráva o plnění Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020 za rok 2017. Praha.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) (1995). Zpráva ze čtvrté světové konference o ženách. [online]. Praha. [cit. 15. 10. 2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/12427/Peking-1995_1.pdf

Moses, M., Johnson, E., Anger, W., Burse, V., Horstman, S., & Jackson, R. (1993). Environmental equity and pesticide exposure. Toxicology and Industrial Health, 9, 913–959.

Naděje. (2018). Problematika ubytování lidí bez domova v souvislosti s jejich zdravotním stavem. [interní dokument organizace]

O'Campo, P., Stergiopoulos, V., Nir, P., Levy, M., Misir, V., Chum, A., Arbach, B., Nisenbaum, R., To, M. J., Hwang, S. W. (2016). How did a Housing First intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial, *BMJ Open*, 6(9), pp. e010581.

Payne, S. (1997). Poverty and mental health. In Gordon, D. a Pantazis, C. (Eds.): *Breadline Britain in the 1990s*. Bristol: Summerleaze House Books, 159-177.

Pekárková, A. (2013). Zdraví osob bez domova. *Sociální služby* [online]. 15 (8-9), 28–31 [cit. 28.6.2018]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/SS%208,9-2013%20s28-31.pdf>

Pleace, N., Bretherton, J. (2013). *Camden Housing First: A 'Housing First' experiment in London*. Centre for Housing Policy, University of York.

POST (Parliamentary Office of Science and Technology) (2011). *Housing and health*. POSTNOTE No. 371. Houses of Parliament: London.

Riley, E., & Vorhees, C. (Eds.). (1991). *Handbook of behavioral teratology*. New York: Plenum Press.

Ripka, Š, Černá, E, Kubala, P, Staněk, R. (2018). Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing). *Dopady zabydlení po šesti měsících od nastěhování*. Průběžná evaluační zpráva 2. Ostrava: Ostravská univerzita

Salize, H. J., Horst, A., Dillmann-Lange, C. et al. (2001). Needs for mental health care and service provision in single homeless people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 36(4), 207–216 [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s001270170065>

Sanger, L. J., & Stocking, C. (1991). Safety practices and living conditions of low income urban families. *Pediatrics*, 88, 1112–1118.

SEEWOLF-Studie (2014). *Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung* [online]. München: Technische Universität München. [cit. 21. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.mri.tum.de/node/2685>

Sharp, G. B., & Carter, M. (1992). Prevalence of smoke detectors and safe tap-water temperatures among welfare recipients in Memphis, Tennessee. *Journal of Community Health, 17*, 351–365.

Steiger, I. (2010). Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem. Berlin: Institut für Medizinische Soziologie der Medizinischen Fakultät Charité, Universitätsmedizin Berlin. Disertační práce.

Stewart, J., Watson, I., Hatcher, P., Emanuel, S, Hopkins, R. (2013). Housing, Health, Safety and Wellbeing: Occasional Paper Number 1. London: Environmental Health Research Network (EHRNET).

Šupková, D. a kol. (2007). Zdravotní péče o bezdomovce v ČR. Praha: Grada Publishing, a. s.

Tarasuk, V., Dachner, N. a kol. (2002). The “Hand-to-Mouth” Existence of Homeless Youths in Toronto. In: Hulchanski, J. D., Campsie, P., Chau, S. a kol. (Eds.). *Finding Home: Policy Options for Addressing Homelessness in Canada* [online]. Toronto: Cities Centre, University of Toronto. [cit. 10.11.2016]. Dostupné z: www.homelesshub.ca/FindingHome

Vzájemné soužití. (2013). Zpráva o ubytovnách na Ostravsku aneb jsou ubytovny opravdu vhodným řešením pro bydlení rodin s dětmi a lidí bez domova? Ostrava: Vzájemné soužití.

Warren, E. J., Font, S. A. (2015). Housing insecurity, maternal stress, and child maltreatment: An application of the family stress model. *Social Service Review, 89*(1), 9-39.