

Zdravotní gramotnost matek v azylových domech

Barbora Bartošová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Bartošová**
Osobní číslo: **H16402**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Zdravotní gramotnost matek v azylových domech**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů z oblasti zdravotní gramotnosti matek v azylových domech.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru a pozorování.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat včetně jejich interpretace.

Shrnutí a prezentace výsledků výzkumu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HOLČÍK, Jan. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0522-7.

ŘEHULKA, Evžen, ed. Health literacy through education: School and health 21, 2011. Brno: Masaryk University with collaboration by MSD, 2011. ISBN 978-80-210-5720-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krize a krizová intervence. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0.

ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 80-86429-36-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

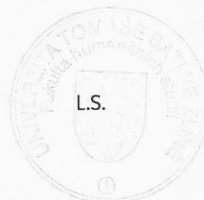
5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 9.5.2019

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

V dnešní době se často setkáváme s pojmem sociální vyloučení. Jednou ze sociálně vyloučených skupin osob jsou právě matky s dětmi v azylových domech. Oblastí zájmu v případě této práce je zdravotní gramotnost těchto matek. Cílem bakalářské práce bylo porozumění významu zdravotní gramotnosti v oblasti životního stylu a péče o dítě u klientek v Azylovém domě pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě. Výzkum byl koncipován kvalitativně jako případová studie. Data byla shromažďována pomocí polostrukturovaných rozhovorů a pozorování. Následně byla zpracována metodou interpretativní fenomenologické analýzy. V souvislosti se zdravotní gramotností byly stanoveny tři fenomény: „péče“, „samostatnost“ a „životní styl“. Kategorií bylo stanoveno osm, a to 1) rodina, vzor; 2) kariéra, finance; 3) životní styl; 4) zájmy; 5) péče o děti, péče o zdraví; 6) hygiena; 7) pomoc ze strany azylového domu, vnitřní řád; 8) samostatnost. Zdravotní gramotnost těchto sociálně vyloučených matek by měla být navyšována, protože její nízká míra negativně ovlivňuje zdraví nejen samotných matek, ale i jejich dětí.

Klíčová slova: azylový dům, zdravotní gramotnost, matky, sociální vyloučení
životní styl, péče

ABSTRACT

Today, we often come across the term social exclusion. One of the socially excluded groups are mothers with children in shelters. In this bachelor's thesis, the area of focus is the health literacy of these mothers. The bachelor's thesis aims to understand the importance of health literacy in the area of the lifestyle and child care with the clients at the Shelter for Mothers with Children in Need in Uherský Brod. The research was conceived qualitatively as a case study. Data was collected as semi-structured interviews and observations. It was further processed by the method of interpretative phenomenological analysis. Three phenomena were set in relation to health literacy: "care", "independence" and "lifestyle". Eight categories were set, namely 1) family, model; 2) career, finance; 3) lifestyle; 4) interests; 5) child care, health care; 6) hygiene; 7) help from the shelter, internal order; 8) independence. The health literacy of these socially excluded mothers should be increased because

its low values negatively affect not only the health of the mothers themselves but the health of their children as well.

Keywords: shelter, health literacy, mothers, social exclusion, lifestyle, care

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. za to, že mne svědomitě vedla při tvoření bakalářské práce, a i když to ne vždy bylo lehké, nevzdala to se mnou. Mé díky také patří paní Mgr. Jitce Jančové za korekturu této práce. Dále bych také ráda poděkovala personálu Azylového domu pro matky s dětmi v tísni v Uherském Brodě, kde mi bylo umožněno získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 SOCIÁLNĚ VYLOUČENÉ MATKY	13
2 PÉČE O SOCIÁLNĚ VYLOUČENÉ MATKY	17
2.1 AZYLOVÉ DOMY	17
2.1.1 Individuální plánování	19
2.2 SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY PRO RODINY S DĚTMI.....	20
3 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	22
3.1 DOKUMENTY	24
3.1.1 Ottawská charta podpory zdraví.....	24
3.1.2 Zdraví pro všechny v 21. století.....	24
3.1.3 Zdraví 2020	25
3.2 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST MATEK	25
4 AZYLOVÝ DŮM PRO MATKY S DĚTMI V TÍSNI V UHERSKÉM BRODĚ.....	27
4.1 CÍLE	28
4.2 PRINCIPY POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY.....	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	32
6 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	33
7 VÝZKUMNÝ SOUBOR	35
7.1 SUBJEKT VÝZKUMU	35
7.1.1 Základní informace o participantech.....	36
8 METODY A TECHNIKY VÝZKUMU	37
8.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE	37
8.2 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR.....	38
8.3 POZOROVÁNÍ.....	38
8.4 INTERPRETATIVNÍ FENOMENOLOGICKÁ ANALÝZA	38
8.5 REFLEXE ZKUŠENOSTI S TĚMATEM	39
9 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	41
9.1 KATEGORIE	43
9.1.1 Rodina, vzor	44
9.1.2 Kariéra, finance	45
9.1.3 Životní styl	46
9.1.4 Péče o děti, péče o zdraví.....	48
9.1.5 Zájmy	50
9.1.6 Hygiena	50

9.1.7	Samostatnost	52
9.1.8	Pomoc ze strany AD, vnitřní řád.....	52
9.2	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	54
10	DISKUSE	57
11	ETICKÉ ASPEKTY A LIMITY STUDIE.....	59
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	65
	SEZNAM OBRÁZKŮ	66
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do čtyř kapitol, jimiž jsou Sociálně vyloučené matky, Péče o sociálně vyloučené matky, Zdravotní gramotnost a Azylový dům pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě. Toto členění kapitol bylo vybráno jako teoretický základ, z jehož poznatků vycházíme v praktické části této práce.

První kapitola pojednává o tom, co je to sociální vyloučení, jakým přičiněním může sociální vyloučení vznikat a jaké typy matek nebo rodin může postihnout. Důležitým faktorem je v tomto případě sociální opora. Tímto práce plynule navazuje v druhé kapitole, kde se pojednává právě o péči o sociálně vyloučené matky, které tuto sociální oporu potřebují. V této kapitole jsou vypsány služby sociální prevence, ale charakterizovány jsou pouze dvě nejdůležitější, vzhledem k tématu práce. Jedná se o azylové domy a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Tato kapitola taktéž nahlíží na individuální plánování, které je v pobytové službě, jako je azylový dům, nepostradatelnou nutností.

V další kapitole je rozebírán fenomén zdravotní gramotnosti. A to pomocí definic, jež popisují, co je to zdravotní gramotnost a také toho, co vede ke zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti. Pro oblast zdravotní gramotnosti jsou stěžejní některé dokumenty Světové zdravotnické organizace. Pro účely této práce je zde popsána také zdravotní gramotnost matek.

V poslední kapitole teoretické části je nastíněna sociální služba Azylový dům pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě. Zde nás zajímaly cíle poskytování služby, jež mají klientkám pomoci k získání vyšší úrovně samostatnosti. Další oblastí zájmu jsou principy poskytování této pobytové služby.

Cílem práce je porozumění významu zdravotní gramotnosti u klientek Azylového domu pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě, dílčím cílem v tomto případě zjištění, jakým způsobem pomáhá ke zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti personál azylového domu. K tomuto porozumění slouží kvalitativní přístup při získávání informací. Tyto informace byly získávány pomocí polostrukturovaných rozhovorů a pozorování v průběhu odborné praxe. Jelikož zdravotní gramotnost matek nebyla dostatečně prozkoumána, mohla by tato studie sloužit jako teoretický podklad pro budoucí podobné výzkumy. Tato studie může čtenářům nastínit také to, co klientky v azylových domech prožívají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNĚ VYLOUČENÉ MATKY

Matky mohou prožívat sociální vyloučení hned z několika důvodů. Mohou se stát oběťmi domácího násilí, z důvodu etnické příslušnosti, mohou prožít závažnou finanční krizi, která je dostane z domu až na ulici, nebo také stačí, když nejsou dostatečně vzdělané pro samostatný život bez pomoci svého okolí. Dosažené vzdělání může totiž ovlivňovat kariérní vzestupy. Když je daná osoba vzdělaná málo, je možné, že její postavení v práci nebude na takové pozici, aby dokázala uživit svou rodinu. Velmi však záleží na tom, kdo danou osobu vychovával. Pokud neměla dobrý rodičovský vzor, nebo prožila dětství v dětském domově, můžeme očekávat, že nebude schopna problémy řešit vlastními silami. Problém se nikdy netýká jen matky samotné, ale také jejich dětí, které tímto mohou utrpět velkou újmu v jejich životě, ať už hovoříme o jejich materiálním zabezpečení, vzdělání, nebo o tělesném a duševním zdraví.

Matky se mohou stát sociálně vyloučenými nejčastěji z důvodu chudoby a nízkého příjmu, dále také z důvodu diskriminace či špatných životních podmínek. Sociálně vyloučeným matkám a jejich dětem se z těchto důvodů nedostává stejných příležitostí jako lidem, kteří mají lepší podmínky pro život než právě ony. Pokud jsou matky sociálně vyloučeny po delší dobu, začnou se u nich objevovat specifické vzorce chování. Tyto vzorce však mohou být v rozporu s chováním společnosti. Mnoho lidí se domnívá, že za sociálním vyloučením obyvatel České republiky stojí právě jejich etnicita, není však pravda, že by se sociálně vyloučenými občany mohli stát pouze lidé s jinou etnickou příslušností, u nás většinou Romskou. Sociální vyloučení je zejména problémem sociálním, ne etnickým. (www.varianty.cz/slovnicek-pojmu/86-socialni-vyloucení)

„Sociální vyloučení může mít různou úroveň a měnit se v čase. Fakticky znamená život v chudobě, bez účasti na trhu práce (u mladých lidí bez účasti na systematickém vzdělávání), bez přiměřeného bydlení, bez dostatečného příjmu, obvykle v izolaci či v malé skupině podobně deprivovaných lidí pohybujících se na okraji společnosti. Dlouhodobý pocit, že člověk nemá ve společnosti místo, je zdrojem chronického stresu. Příčiny sahají od individuálních až po systémové. Konkrétněji: nízké sebevědomí, nízký příjem, nedokončené vzdělání, nedostatečné sociální dovednosti, špatné duševní i tělesné zdraví, vysoký věk, vysoká úroveň kriminality v místě, nefunkčnost rodiny, závislost na návykových látkách, nezaměstnanost, chybějící zdravotní a sociální pojištění aj.“ (Matoušek, 2016, s. 205)

Podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2005) je základní příčinou sociálního vyloučení právě nezaměstnanost. Rizikovou skupinou jsou zde osamocení rodiče, zejména ženy. Osamocená matka zastává v rodině obě rodičovské role. Toto přináší značné omezení sociálních vazeb. Matka se může věnovat pouze práci a svým dětem, na nic jiného jí nezbyde čas. Velkým problémem u osamocených rodičů je nedostatek finančních prostředků na zaplacení potřebných výdajů.

Matka s dětmi tudíž tvoří neúplnou rodinu, v níž chybí obsazení role otce. Otec by měl být pro dítě vzorem síly, autority a disciplíny. Pokud dítěti chybí mužský vzor, může se to na něm odrazit někdy až poruchami chování. (Kořa, Trpišovská, Vacínová, 2013)

Sociálně vyloučenými se mohou stát úplně i neúplné rodiny. Důležitým faktorem je zde plnění funkcí rodiny. Nás zajímají neúplné rodiny, ve kterých chybí role otce, a to rodiny dysfunkční a afunkční.

„Dysfunkční rodina je ta, která není schopna plnit některou ze svých funkcí, přesto však stále funguje jako sociální skupina. Dysfunkčnost vychází z narušeného vztahu mezi rodiči, nebo mezi dětmi a rodiči. Afunkční rodina je společenství, které ztratilo svůj význam a není schopno plnit své funkce. Z hlediska vývoje dítěte může dojít i k jeho ohrožení.“ (Kořa, Trpišovská, Vacínová, 2013, s. 78)

„Zejména v sociálně slabém prostředí rodina často vystupuje jako jediný opěrný bod, kam se její členové, především děti, mohou uchýlit.“ (Matoušek, 1997 in Kraus, 2014, s. 81)

„Sociální vyloučení tedy nastává v okamžiku, kdy člověk čelí komplexu problémů, jako jsou nezaměstnanost, diskriminace, nízká kvalifikace, nízké příjmy, špatná kvalita bydlení, špatný zdravotní stav či rozpad rodiny.“ (Tým, 2016)

Pokud se člověk stane sociálně vyloučeným, je potřeba, aby mu byla poskytnuta sociální opora.

Podle Šolcové (2009) můžeme pojem sociální opora vysvětlit jako sociální zázemí, jímž může být rodina, přátelé, ale také institucionální pomoc. Touto oporou je velmi ovlivněno psychické zdraví člověka a jeho pohoda. Tímto dokáže pozitivně působit na vliv nepříznivých životních událostí, které mohou nastat. Je ovšem známo, že jedinci s nízkým socioekonomickým statutem žijící v chudobě, jsou limitováni více než jedinci s vyšším socioekonomickým statutem.

„Chybějící sociální opora prohlubuje sociální izolaci a zvyšuje riziko vzniku patologických poruch. Fakt, že jedinec žije v rodině, ale nemusí znamenat skutečně poskytnutou sociální oporu.“ (Cimrmannová, 2013, s. 25)

Sociálně vyloučenými se velmi často stanou matky, které z nejrůznějších důvodů přijdou o střechu nad hlavou. Ztráta domova může být podmíněna buď dočasnou finanční krizí, nebo také dlouhotrvajícím životem v chudobě.

„Krizi je možné vymezit jako nepříjemnou a obtěžující událost, kterou jedinec vnímá jako nesnesitelný problém, protože přesahuje jeho možnosti zvládnutí.“ (Teater, 2010 in Špatenková, 2017, s. 11)

Podle Špatenkové (2017) se krize dělí do třech základních složek. První složkou je určitá událost, která krizi spustí. Poté následuje jisté ohrožení daného jedince, který tuto krizi vnímá pro sebe sama jako nebezpečnou. Pokud se jedinci nepodaří danou situaci zvládnout obvyklými způsoby, které v průběhu jejího překonávání nefungují, hovoříme o třetí složce krize.

V těchto případech může být finanční krize způsobena nedostatečnou finanční gramotností nebo nedostatečnou úrovní vzdělání. Jejím důsledkem může být až ztráta bydlení a tím pádem i ohrožení dětí. V takovémto případě hovoříme o bezdomovectví, jehož následkem je právě sociální vyloučení matek s jejich dětmi.

„V legislativě vyspělých zemí se rozlišuje bezdomovectví rodin a jednotlivců. Rodiny, které se ocitly na ulici, mívají často lepší postavení a dosáhnou lépe na sociální pomoc státu než jednotlivci bez domova.“ (Fitzpatrick, 2000 in Marek, 2012, s. 12)

„Přechod od chudoby k vyloučení je snazší tam, kde je chudoba koncentrovaná, a kde roztržka mezi životními zkušenostmi chudých a těch ostatních nabývá extrémních rozměrů.“ (Mareš, 2000, s. 289 in Metodická příručka, 2016, s. 10)

Podle Murraye (1998) bylo snížení chudoby hlavním cílem programů již v reformním období. Válka proti chudobě probíhala pomocí podpory, na kterou byly oficiálně stanoveny nároky a rozšířila se skupina oprávněných příjemců, kteří mohli pobírat sociální dávky. Tento program měl chudým dát více peněz, a tímto snížit celkovou chudobu.

„Zařazení mezi chudé či bohaté pochopitelně souvisí s příjmy domácnosti, jež jsou ovlivněny socioekonomickým statusem, který souvisí s dosaženým vzděláním, postavením

v zaměstnání, případně s podnikatelskými aktivitami, ale třeba též i s věkem.“ (www.eurozpravy.cz)

Tým Nízkoprahového klubu Pavlač a Sociálně aktivizačního programu (2016) definuje kulturu chudoby podle Oscara Lewise. Jedná se tedy o subkulturu západní společnosti, která má svůj specifický způsob života. Jedná se o vlastní adaptační strategie, které daným jedincům pomáhají v přizpůsobení se na daný styl života v chudobě. Toto je předáváno z generace na generaci. Jakmile tedy někde vznikne, má tendenci se reprodukovat.

„Pokud jsou tedy vyloučení shromážděni na jednom místě, vzniká společenství, v němž zcela chybí příklady úspěšných životních strategií čelících sociálnímu vyloučení. Mezi hlavní charakteristiky takových společenství patří zejména velmi nízká sociální organizace, životní strategie zaměřené na přítomnost, nedůvěra k okolnímu světu, především k institucím větší společnosti, tendence ke společensky nežádoucím jevům.“ (Tým, 2016, s. 10-11)

2 PÉČE O SOCIÁLNĚ VYLOUČENÉ MATKY

Tato kapitola navazuje na kapitolu předešlou. Jsou zde nastíněny sociální služby, které poskytují pomoc sociálně neadaptovaným osobám.

Péči o sociálně neadaptované osoby upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jsou v něm jednak vymezeny podmínky poskytování pomoci osobám, které se ocitly v nepříznivé životní situaci, ale zároveň také i předpoklady, které by měl mít sociální pracovník pro výkon tohoto povolání. (Tichý, 2007)

„Sociální službou se podle tohoto zákona rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Pod pojmem sociální vyloučení zákon chápe vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace. Mezi osoby v nepříznivé sociální situaci zákon řadí osoby, vedoucí způsob života, jenž vede ke konfliktu se společností. Pomoc sociálně vyloučeným osobám nebo osobám sociálním vyloučením ohroženým probíhá v rámci procesu sociálního začleňování.“ (Tichý, 2007, s. 68)

Sociálnímu vyloučení osob pomáhají zabránit služby sociální prevence. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se jedná o ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizovou pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace. (Česko, 2006)

Vzhledem k povaze této práce rozebereme pouze dvě služby sociální prevence. Těmito službami jsou azylové domy a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

2.1 Azylové domy

Podle § 57 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou azylové domy definovány následovně: *„Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“* (Česko, 2006)

Matoušek (2011) ve své knize uvedl, že azylové domy pro matky s dětmi slouží jako překlenutí tíživé situace, jíž může být domácí násilí ze strany partnera, nebo jiné nepříznivé vlivy, které ohrožují jak matku, tak její děti. V azylových domech se matky mohou dočkat zvýhodněných cen za ubytování a pomoci od sociálních pracovníků s výchovou dětí.

Ženy, které se staly oběťmi domácího násilí a chtějí svoji situaci uchopit do vlastních rukou, mají možnost naleznout ochranu a odpočinek jak po fyzické, tak po psychické stránce, právě v azylových domech. Pokud mají zrovna azylové domy plně obsazenou kapacitu, může se napadaná žena obrátit také na intervenční centra, která by jí mohly pomoci zajistit tzv. utajené bydlení. (Buskotte, 2008)

Ve slovníku sociální práce jsou azylové domy pro matky s dětmi charakterizovány jako „zařízení pro ubytování matek s malými dětmi (v ČR do 3 let), které se dostaly do tak nepříznivé situace, že by bez náhradního ubytování nebyly schopny vychovávat svoje dítě.“ (Matoušek, 2003, s. 33)

Glumbíková (2014) charakterizovala azylový dům jako sociální službu, která je určena pro ty, co z nějakého důvodu přišli o střechu nad hlavou. Klienti se zde mohou ubytovat až po dobu jednoho roku, ve výjimečných případech i déle. Hlavní funkcí azylového domu je ubytování, ale je zde mnohem více funkcí, které by měl azylový dům plnit. Jedná se o tzv. doplňkové služby, kterými mohou být např. vzdělávací akce, odpoledne pro děti, nebo třeba výlety. Doplňkové služby s sebou však nesou svá pozitiva a negativa. Mezi pozitiva patří změna stereotypního života klientek, inspirace, nové životní zkušenosti a zážitky nebo i posílení vztahu mezi matkou a dítětem. Doplňkové služby však mohou nést i negativní aspekty. Může se jednat právě o to, že by se klientkám mohlo prostřednictvím podobných akcí v azylovém domě tak natolik, že jej nebudou chtít opustit.

Matoušek (2003) dále také uvádí, že pokud není matka schopna pečovat o své dítě a vychovávat ho, může se dočkat pomoci právě od pracovníků azylového domu.

Předseda Sdružení azylových domů Ing. Pavel Ondrák v rozhovoru, konkrétně v otázce týkající se standardů kvality uvedl, že „Ještě dříve, než vznikly standardy, jsme si stanovili, že každý azylový dům musí mít rozpracovanou sociální práci s uživatelem. Sociální pracovník stanoví určitý plán, program pro uživatele, a ten se bude naplňovat. Chceme také věnovat úsilí tomu, aby všichni naši členové získali registraci podle zákona 108/2006 Sb.“ (Bajer, 2006)

2.1.1 Individuální plánování

Jak zmínil Ing. Pavel Ondrák v rozhovoru v předešlé podkapitole, je velmi důležité, aby azylový dům pracoval s klienty, v tomto případě s klientkami. Tato práce probíhá pomocí individuálního plánování, kde si klientka s pomocí pracovníka stanoví hlavní cíl, a na jeho základě stanovují dílčí cíle, které vedou k naplnění toho hlavního. Ve většině případů je hlavním cílem osamostatnění se pomocí získání podnájmu. Dílčím cílem u tohoto příkladu může být právě nalezení vhodného zaměstnání, ve kterém se klientka udrží, a zároveň zajištění péče o děti, ať už se jedná o hlídání, nebo přihlášení dětí do mateřské školy.

Bicková (2011, s. 26) charakterizovala individuální plánování jako „*partnerské zapojení uživatele sociální služby do procesu jejího plánování (jako opak přehlížení názorů uživatele, vnucování postupů a způsobů poskytování služby, udržení uživatele v roli podřízené a závislé). Plánováním služby tedy můžeme (v širším slova smyslu) rozumět vlastně každé domlouvání postupu mezi pracovníkem a uživatelem služby. Jde o situaci, v níž pracovník nesetrvává v mocensko-expertní pozici („ví nejlépe, co a jak je potřeba“), ale na způsobu poskytování služby se spolu s uživatelem domlouvá. A rozhodně nemusí jít jen o zásadní potřeby nebo cíle uživatele, nýbrž o mnoho zcela běžných drobností, které provázejí každodenní život, kontakt s pracovníky a způsob poskytování služby.*“

Individuální plánování vždy musí fungovat na obou stranách, přičemž na jedné straně se nachází uživatel sociální služby a na druhé straně sociální pracovník pověřený poskytovatelem služby. Už při sjednávání smlouvy s klientem vidíme první náznaky plánování služby, kterou klient požaduje. Pracovník s klientem v průběhu služby vytváří plán, jehož náplň se může průběžně měnit podle potřeb a schopností klienta. Velmi důležité však je, aby na sobě klient v nepříznivé situaci zapracoval a snažil se ji změnit. Pro některé klienty by bylo nejjednodušší sociální službu pouze využívat, ale na své situaci nic neměnit, nebo spíše nemít snahu cokoli změnit. V takovém případě však klientům hrozí vypovězení služby, tudíž jsou klienti „nuceni“ akceptovat tato „pravidla“ a na své životní situaci se nadále podílet za pomoci personálu daného zařízení. (Loebe, 2015)

„*Klienti procházejí tzv. integračními stupni, tj. fázemi pobytu, během nichž si klient klade náročnější cíle.*“ (Matoušek, 2003)

Pověřeným pracovníkem pro práci na individuálních plánech je klíčový pracovník. Každý uživatel má svého klíčového pracovníka, spolu plánují průběh sociální služby, poté

klíčový pracovník vyhodnocuje klientovo naplňování osobních cílů. Klient se může na klíčového pracovníka kdykoliv obrátit a očekávat od něj zprostředkování pomoci a porozumění. Klíčový pracovník může být v tomto vztahu pro klienta někým, s kým se cítí bezpečně, komu se může se vším svěřit. (Bicková, 2011)

V sociální práci s klienty azylových domů se objevují dvě kategorie řešení určitých problémů. Jedná se o přebírání kontroly nad daným problémem, nebo nabízení pomoci při jeho řešení. (Úlehla, 2005)

„Cokoliv, co pracovník v rámci své profese udělá, patří do jedné, nebo druhé kategorie: buď klientovi pomáhá, nebo jej kontroluje. Obojí patří do „technické“ výbavy pracovníka, obojí je potřebné a má své místo, obojí jsou profesionální způsoby práce a obojí se vyskytuje v průběhu rozhovoru s klientem. Vykonává-li například pracovník dozor nad dodržováním práv dítěte, nebrání to, aby v současně nabízel pomoc zaměřenou na posílení rodiny.“ (Úlehla, 2005, s. 20)

2.2 Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, popisuje sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi následovně: *„Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobé krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Česko, 2006)*

Pracovníci sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi velmi často řeší problémy týkající se financí, bydlení, zdravotní péče, zajištění vzdělávání dítěte a také výchovu a péči o děti. V oblasti financí se může jednat o pomoc s finančním hospodařením, stabilizaci příjmů, pomoc s tvorbou rozpočtu domácnosti nebo vyřízení dávek. V oblasti bydlení se může jít o hledání nového bydlení nebo snahu o udržení stávajícího bydlení, pomoc při vyplňování a podávání žádostí o městské byty. Pomoc v oblasti zdravotní péče může spočívat například při vyřizování zdravotního pojištění, ale také při výběru vhodných lékařů a následné komunikaci s nimi. Tento výběr se uskutečňuje také při zajišťování vhodné mateřské, základní nebo střední školy. Pracovník sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi rodičům

předá kontakt na dané školské zařízení a po následné domluvě může komunikovat se školou. Pomoc ve výchově a péči o děti se projevuje například podporou aktivního trávení volného času stráveného s dětmi nebo nácvikem rodičovských kompetencí. Je potřeba, aby se na všem potřebném účastnili také rodiče a děti v dané rodině, ne pouze sociální pracovník. (Tým, 2016)

3 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Zdravotní gramotnost byla definována hned několika různými způsoby od chvíle, kdy byla poprvé představena jako pojem.

Světová zdravotnická organizace v roce 1998 definovala zdravotní gramotnost jako soubor poznávacích a společenských schopností ovlivňujících motivaci a schopnosti jednotlivců k získání přístupu k porozumění a umění využívat informace způsobem, který podporuje a udržuje zdraví. (Sørensen et al., 2012)

Definice zdravotní gramotnosti podle Evropské unie z roku 2007 tento pojem objasnila jako schopnost číst, rozlišit a porozumět zdravotnickým informacím tak, abychom mohli vytvářet zdravé úsudky. (Sørensen et al., 2012)

Zdravotní gramotnost zahrnuje znalosti lidí, jejich motivaci a kompetence k přístupu, porozumění, hodnocení, a využívání zdravotnických informací za účelem posuzování a schopnosti rozhodování se v každodenním životě o věcech, které se týkají zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví za účelem udržení nebo zlepšení stávající kvality života během životního cyklu. (Kickbusch et al., 2013)

Zdravotní gramotnost pomáhá lidem pomocí informací posílit vliv na své vlastní zdraví, a co nejdříve by se měla stát součástí výchovy dětí. Dítě by si mělo osvojit potřebné znalosti, dovednosti a návyky, které vedou ke zdravému životnímu stylu. Čím dříve si tyto návyky osvojí, tím lépe pro něj. Zdravotní gramotnost může být velkým přínosem pro jeho zdraví. (Holčík, 2010)

Je známo, že vysoká gramotnost přináší výhody ve společnosti. Jedinci s vyšší gramotností se aktivněji zapojují do ekonomického růstu, mají větší šanci na získání zaměstnání s lepším platovým ohodnocením. Také jsou více vzděláni a informováni, více přispívají do své komunity a těší se lepšímu zdraví a pohodě. Omezená zdravotní gramotnost výrazně ovlivňuje zdraví těch jedinců, kteří v této oblasti nejsou edukováni tak dobře, jako ti výše zmínění. Méně se zapojují do zdraví podporujících a preventivních aktivit, riskují, že přijdou o své zdraví, je u nich zvýšený počet pracovních úrazů, naopak snížená schopnost bojovat s chronickými chorobami, jako může být Diabetes mellitus nebo HIV. U těchto jedinců může díky jejich nedostatečné informovanosti docházet k předčasným úmrtím. (Kickbusch et al., 2013)

Zdravotní gramotnost se rozděluje do tří oblastí. Jedná se o oblast podpory zdraví, do které náleží právě už zmíněný životní styl, ale také péče o prostředí, ve kterém žijeme. Druhou oblastí je oblast prevence nemocí, která se týká prevence infekcí, neinfekčních chorob a také úrazů. Poslední oblast se zabývá zdravotní péčí, a to kompetencemi ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci. (www.odbornost.avenier.cz/cz/zdravotni-gramotnost)

Je důležité, aby se člověk naučil pečovat o své zdraví, protože právě zdraví máme jen jedno. Jedná se o základní návyky, které si člověk osvojuje již od dětství. Tomuto říkáme výchova ke zdraví. Abychom toto mohli správně chápat, je zásadní definovat si pojmy jako je výchova, zdraví a výchova ke zdraví jako celek.

„Výchova je proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji.“ (Průcha, Walterová a Mareš, 2013, s. 345)

Holčík (2010, s. 14) se drží definice dle Světové zdravotnické organizace, která definuje zdraví jako *„stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“*

Dále také rozlišujeme tzv. negativní zdraví a pozitivní zdraví. Pojem negativní zdraví hovoří o nemocech a vadách. Pozitivním zdravím rozumíme tzv. stav pohody. (Holčík, 2010)

„Zdraví je základní společenskou i ekonomickou hodnotou. Dobrý zdravotní stav lidí je přínosem pro všechny resorty i celou společnost.“ (Zdraví 2020, 2014, s. 13)

Zdravotní výchovu definoval Holčík (2010, s. 116) jako *„souhrn výchovně-vzdělávacích aktivit zaměřených na duševní, tělesný i sociální rozvoj lidí se záměrem přispět ke zlepšení zdraví jedinců, skupin i celé společnosti.“*

Zdravotní výchova formuje zdravotní gramotnost. K tomuto formování by mělo u člověka docházet ve všech věkových kategoriích. Jak už bylo uvedeno výše, je velmi důležité, aby si správné návyky osvojoval člověk už od útlého věku. Avšak toto osvojování návyků a uvědomování si skutečnosti, že člověk je zodpovědný za své vlastní zdraví, ale později také za zdraví osob, o které pečuje. Může se jednat o jeho děti, rodiče nebo další osoby. Poté by si měl člověk udržovat tyto již naučené zvyky a zdravý životní styl jako součást přípravy na stáří. (www.zdravotnigramotnost.cz)

Důležité je uvědomění si zdraví jako hodnoty a následné utváření postojů ke svému vlastnímu zdraví, také upevňování správných hygienických, stravovacích, pracovních

a mnoha dalších návyků. Tyto návyky by se měly utvářet jak v rodině, tak i ve vrstevnických skupinách. (Průcha, Walterová a Mareš, 2013)

Cílem výchovy ke zdraví je právě to, aby každý jednotlivec, bez ohledu na věk, byl podněcován a motivován k péči o své vlastní zdraví. Tito jedinci by měli být učeni zdravému životnímu stylu pomocí návyků, které budou i oni moci předávat dalším generacím. Také je velmi důležité, že každý člověk je odpovědný za své zdraví. Výchova ke zdraví probíhá na úrovni individuální, komunitní a celospolečenské. (Čeledová a Čevela, 2010)

3.1 Dokumenty

Zdravotní gramotnost a podpora zdraví je definována v mnoha dokumentech. Zde jsou popsány tři z nich, a to Ottawská charta podpory zdraví, Zdraví pro všechny v 21. století a Zdraví 2020.

3.1.1 Ottawská charta podpory zdraví

Ottawská charta podpory zdraví byla přijata na první mezinárodní konferenci podpory zdraví v roce 1986. (Kernová, 2010)

Podpora zdraví je charakterizována jako „*proces usnadňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav.*“ (Kernová, 2010, s. 4)

Podpora zdraví je utvářena pomocí veřejné politiky, kterou je ovlivněna politika zdravotní. Mělo by být vytvořeno příznivé životní prostředí, které má na zdraví také velký vliv. Dále je potřeba posílit aktivity na komunitní úrovni, rozvíjet osobní dovednosti a schopnosti lidí pro podporu a posílení zdraví. Důležitá je reorientace systému péče o zdraví, tudíž posílení role primární péče a směřování úlohy zdravotnických služeb k podpoře zdraví. (Kernová, 2010)

3.1.2 Zdraví pro všechny v 21. století

V roce 1999 byla publikována inovovaná verze regionálního akčního plánu z roku 1991. Tato verze „Zdraví pro všechny v 21. století“ je zpracována do podoby regionální strategie. Tento dokument obsahuje 21 cílů, v nichž jsou rozebrány oblasti potřebné pro rozvoj zdravotní politiky. (Kernová, 2010)

Mezi cíle, které jsou definovány v tomto dokumentu, tedy patří solidarita pro zdraví v evropském regionu, spravedlnost ve zdraví, zdravý začátek života a zdraví mládeže do 18 let, zdravý produktivní život a zdravé stárnutí. Dále jsou zde uvedeny cíle jako zlepšení duševního zdraví, snížení výskytu přenosných nemocí, snížení výskytu neinfekčních onemocnění, snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy, vytvoření zdravého a bezpečného životního prostředí, zdravější životní styl, snížení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem atd. (www.zdrav.cz)

3.1.3 Zdraví 2020

Pod pojmem „Zdraví 2020“ rozumíme program Světové zdravotnické organizace, který se stal základem zdravotní politiky Evropské unie. Tento program se snaží o zlepšení péče o zdraví u všech svých členských států. (Zdravotní gramotnost a zdravotní politika, 2017)

Celým názvem můžeme hovořit o programu „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“. Program se snaží o dlouhodobé zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Pro zlepšení celkového zdravotního stavu je nutná spoluúčast občanů, rodin, státní správy a samosprávy, podnikatelské sféry, nevládních organizací a médií. (Zdraví 2020, 2014)

Hlavním cílem programu je zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a eliminace výskytu chorob a předčasných úmrtí. Každý hlavní cíl je však tvořen dílčími cíli, které vedou k jeho naplnění. Zde se jedná nejen o zlepšení zdraví obyvatel a snížení nerovností v oblasti zdraví, ale také o posílení role veřejné správy ve zdravotní oblasti a zároveň přizvání všech složek populace k aktivnímu podílení se na této zdravotní problematice. Těchto cílů můžeme dosáhnout např. vytvářením podmínek pro občany tak, aby byli schopni naplňovat svůj zdravotní potenciál, dále také monitorováním zdravotního stavu obyvatel, zajištěním dostupnosti zdravotních služeb nebo podílením se na rozvoji komunit žijících v prostředí, které je pro jejich zdraví vyhovující. (Zdraví 2020, 2014)

3.2 Zdravotní gramotnost matek

Zdravotní gramotnost matek již zkoumala Olecká s Ivanovou (2016), přičemž se jednalo o studii zaměřenou na zdravotní gramotnost matek prvorodiček v prvním půlroce mateřství. Výzkumnice zjišťovaly, jakými nástroji by měla být měřena a hodnocena zdravotní

gramotnost u této cílové skupiny. Po uplatnění vyřazovacích kritérií bylo analyzováno sedmnáct studií. Více bylo kvantitativních výzkumů, méně tedy výzkumů kvalitativní povahy. V některých studiích byla zdravotní gramotnost dokonce měřena délkou školní docházky.

„Jasný vztah se podařilo prokázat pouze mezi proměnnými zdravotní gramotnost žen (resp. obecná gramotnost) a kojenecká úmrtnost a dále mezi zdravotní gramotností a vakcinací dětí. Jiná přímá souvislost mezi vyšší zdravotní gramotností matek a zdravím dítěte není jednoznačně prokázána. Je to zřejmě z důvodu, že empirický důkaz by v rámci sledovaných studií byl z metodologického hlediska problematický.“ (Olecká a Ivanová, 2016, s. 9)

Výsledky tohoto výzkumu slouží jako zdroj poznatků, který je výchozí pro tvorbu kvalitativního výzkumu zdravotní gramotnosti matek prvorodiček. Pomocí kvalitativního výzkumu výzkumník dokáže detailněji odhadnout potřeby matek, které se týkají projednávané zdravotní gramotnosti. (Olecká a Ivanová, 2016)

4 AZYLOVÝ DŮM PRO MATKY S DĚTMI V TÍSNI V UHERSKÉM BRODĚ

Azylový dům pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě se nachází nedaleko dopravního terminálu a zhruba pět minut chůze do centra města. Jelikož Uherský Brod není příliš velké město, jsou zde pro děti klientek dostupné mateřské, základní i střední školy. Klientky, které nejsou zdejší, mají také možnost si zajistit praktického lékaře a stomatologa pro sebe a své děti. Mohou si také vyřídit na úřadě práce potřebné dávky nebo si vyhledat vhodnou práci či brigádu. Pokud některé z těchto věcí nezvládnou vlastními silami, mohou požádat personál AD o pomoc.

„Azylový dům (AD) pro matky s dětmi v tísní Uherský Brod poskytuje v nepřetržitém provozu pobytovou službu matkám s nezaopatřenými dětmi a těhotným ženám, které se ocitly v obtížné životní situaci, již nezvládají řešit vlastními silami. Během pobytu v našem zařízení poskytujeme pomoc a podporu klientkám tak, aby po odchodu z AD byly schopny co nejdéle obstát v každodenním životě a byly co nejméně závislé na sociální pomoci. Podmínkou pobytu je aktivní spolupráce při řešení své obtížné situace. Je velmi důležité seznámit klientku s možnostmi, kam se v případě potřeby obrátit. Poslání služby vychází z Charity Uherský Brod, založené na principech křesťanské lásky.“ (www.uhbrod.charita.cz)

Mezi základní činnosti azylového domu v Uherském Brodě patří tak, jako u všech azylových domů podle § 57 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tři základní činnosti. Jedná se tedy, jak už bylo výše zmíněno, o **poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění**. V AD toto probíhá pomocí kuchyňky, která je samostatně na každé bytové jednotce. Klientka si zde sama připravuje stravu, pokud však sama uvařit nedokáže a chce s tímto něco udělat, může jí s vařením pomoci personál AD, který má právě službu. Pokud klientka vůbec nemá zkušenosti s přípravou stravy, personál ji naučí ty nejjednodušší pokrmy, jejichž přípravu si může klientka osvojit a tímto se posunout v přípravě pokrmů pro sebe a své děti dál. Další základní činností AD je **poskytnutí ubytování**, a to pomocí devíti plně vybavených bytových jednotek, které se v zařízení nachází. Bytové jednotky jsou zde různých rozměrů, závisí zde na počtu dětí klientky. Jako poslední činnost uvedeme **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**. V této oblasti pomáhá personál AD klientkám dennodenně. (www.uhbrod.charita.cz)

4.1 Cíle

Cílem AD je poskytnutí přechodného ubytování a podpora samostatnosti matek při řešení problémů tak, aby v budoucnu byly co nejméně závislé na sociální pomoci. Azylový dům pomáhá klientkám získat samostatnost v mnoha oblastech:

Personál pomáhá klientkám při hledání finančně dostupného **bydlení** a podávání různých žádostí, které se bydlení týkají. (www.uhbrod.charita.cz)

Matky mohou dále také očekávat pomoc při **hospodaření s finančními prostředky**, sem řadíme šetření financí, zajištění splátkových kalendářů, kontakt na dluhové poradenství, potravinovou pomoc, o kterou si matky mohou zažádat pro překonání finanční krize, nebo například pomoc při hledání řešení v situaci, kdy otec nechce platit výživné na své děti. (www.uhbrod.charita.cz)

Další cílovou oblastí je **zaměstnání** klientek. Zde personál poskytuje poradenství při hledání zaměstnání, které je pro klientku vhodné. Klientce je nabídnuta možnost pomoci s vytvořením životopisu a motivačního dopisu. Klientka má možnost naučit se v AD základní dovednosti na počítači s pomocí služby konajícího pracovníka v AD každý den, v dobu tomuto určenou. Personál klientku motivuje k získání zaměstnání, protože je to prvním krokem na cestě k osamostatnění. (www.uhbrod.charita.cz)

Velmi důležité je, jak klientka zvládá **péči o dítě**. Pokud klientka s dítětem právě není na mateřské dovolené, měla by svému dítěti zajistit mateřskou nebo základní školu. S tímto opět klientce pomáhá personál AD. Také se snaží o vytvoření pravidelného denního režimu u dětí, a to pomocí vnitřních pravidel AD, které je matka povinna dodržovat a dohlédnout na to, aby byly dodržovány i jejími dětmi. Děti jsou zde vedeny k pravidelné školní docházce. Personál klientkám pomáhá jak při řešení výchovných problémů, tak i při zajištění volnočasových aktivit pro děti a podpoře rodičovské autority. (www.uhbrod.charita.cz)

Aby mohla matka správně pečovat o dítě, musí také umět **pečovat o domácnost**, a to jednak udržováním hygieny na bytové jednotce a společných prostorách AD, ale také se může zlepšovat ve výše zmíněné přípravě stravy pro sebe a své děti. Každá klientka má též možnost praní prádla ve společné prádelně v přízemí AD. (www.uhbrod.charita.cz)

Klientky se také mohou zdokonalovat v **péči o vlastní osobu**, ať už dodržováním stanovených pravidel, učením se samostatnosti při vyplňování formulářů, psaním úředních dopisů nebo telefonováním. Je důležité, aby se klientka uměla zeptat, když si není něčím jistá, nebo vůbec neví, jak daný problém vyřešit. (www.uhbrod.charita.cz)

Důležitou oblastí je **zdravotní stav** klientky a jejích dětí. Personál napomáhá klientce při zajištění praktického i dětského lékaře, stomatologa nebo jiných odborných lékařů, pokud je to nutné. (www.uhbrod.charita.cz)

Poslední oblastí při dosahování nezávislosti je **řešení rodinné situace** klientky. Personál se klientku snaží podpořit, aby udržovala kontakt s rodinou. Klientce jsou umožněny víkendové návštěvy jejích dětí, které jsou ubytovány mimo AD. Klientka má také možnost nechat si pomoci od personálu při podání návrhu na rozvod, kontaktování dalších odborníků atd. (www.uhbrod.charita.cz)

4.2 Principy poskytování služby

Poskytování služby v Azylovém domě pro matky s dětmi v Uherském Brodě je založeno na sedmi bodech, které vycházejí z principu křesťanské lásky.

Princip respektování důstojnosti člověka klientkám zaručuje, že s nimi personál AD bude jednat s patřičnou úctou. Klientce zde není vyhrožováno, není zastrašována, ponižována nebo zesměšňována. Každá klientka je jedinečnou a neopakovatelnou osobou, která má svá práva i povinnosti. Důležité je všimnout si oblastí, kde může být důstojnost ohrožena a pomoci klientce v těchto oblastech provést změnu k lepšímu. (Levitová, Šenovská, 2018)

Princip respektování práva na soukromí je v AD uplatňován způsobem, kdy personál nevhází do bytových jednotek bez vyzvání klientky. Přístup personálu do bytové jednotky je povolen pouze v případě, kdy by mohla být ohrožena nejen bezpečnost klientky a jejích dětí, ale mnohdy také ostatních členů AD. Pokud je na bytové jednotce nutná oprava a klientka není v AD přítomna, vždy tuto informaci obdrží předem a povolení stvrdí formulářem. (Levitová, Šenovská, 2018)

Princip důvěry se zde odráží pomocí motivace, naslouchání a vlídného přístupu personálu. Důležitá je zde upřímnost a otevřenost, i když pravdu je někdy velmi těžké přijmout. Personál AD je vázán mlčenlivostí, kterou může porušit pouze v ojedinělých případech, jako může být jednání s OSPOD, soudem a orgány činnými v trestním řízení.

Princip podpory a pomoci je uplatňován na klientkách, které do AD přišly z důvodu, že se staly oběťmi domácího násilí. Tyto klientky potřebují podpořit, dodat odvalu, sebevědomí a sebeúctu. Nejvíce ale potřebují motivaci a pomoc k tomu, aby se opět zapojily do společnosti. (Levitová, Šenovská, 2018)

Princip vedení k převzetí odpovědnosti za sebe a své děti je velmi důležitý z toho důvodu, že se klientka naučí žádat o hlídání svých dětí u rodinných příslušníků, kamarádek, nebo jiné klientky v AD, a tím pádem má více času na řešení osobních problémů. Klientka musí být seznámena s tím, co se může stát, když nebude vycházet s financemi, nezaplatí nájem atd. Je důležité, aby si klientka uvědomovala všechna rizika a jejich následky. Klientka by měla být odpovědná za sebe a své děti. (Levitová, Šenovská, 2018)

Princip individuálního přístupu upozorňuje na to, že každá klientka je jiná a podle její povahy a znalostí by se s ní mělo také jednat. Klientky prožívají odlišné situace, proto je dobré, když se jim pobyt v AD přizpůsobí, ať už jde o úklid v rozdílnou dobu, protože někdo má čas ráno, někdo večer, tak třeba i o návštěvy, které mohou v AD zůstat déle, pokud jsou bezproblémové a váží za klientkou dalekou cestu. Každé klientce je přidělen klíčový pracovník. Pokud klientce daný pracovník nevyhovuje, má možnost požádat o výměnu klíčového pracovníka. Klientka pravidelně se svým klíčovým pracovníkem vytváří individuální plán s hlavním cílem a dílčími cíli. Tento plán se týká toho, co by klientka chtěla zlepšit, na čem by chtěla zapracovat. (Levitová, Šenovská, 2018)

Princip bezpečnosti klientkám zaručuje, že do AD nikdo nevstoupí bez jejich předchozího souhlasu. Toto zajišťuje „elektronický vrátňý“, neboli zvonek propojený s kanceláří sociálních pracovníků. Na AD jsou zvenku natočeny 4 kamery, jejichž záznam je promítán do kanceláře. Tímto se eliminuje riziko vniknutí nežádoucích osob do AD. V případě neohlášené návštěvy, která je pro klientku nežádoucí, má pracovník možnost po upozornění nežádoucí osoby zavolat policii, která na místo přijede za poměrně krátký časový interval a daný případ přebírá. (Levitová, Šenovská, 2018)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V této části bakalářské práce byl uskutečněn výzkum týkající se zdravotní gramotnosti matek, které obývají Azylový dům pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě. Problematika zdravotní gramotnosti byla zúžena do dvou oblastí, jimiž jsou životní styl klientek a péče o děti.

Fenomén matek v azylových domech pro matky s dětmi v tísní nás velmi zaujal již na první odborné praxi, která byla absolvována právě v Azylovém domě pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě. V průběhu dalších odborných praxí bylo zjištěno, že nám práce s touto cílovou skupinou přijde velmi zajímavá, proto nebyl problém se ztotožnit s tímto tématem a nahlédnout do světa matek žijících v azylovém domě. Nejvíce přínosné na životě v azylovém domě je to, že jakmile sociální pracovníce pomohou matce překlenout její nepříznivou životní situaci, nepomohou tím jenom jí, ale také jejím dětem. Jakýkoliv posun do předu, ať už u klientek či jejich dětí, po malých krůčcích či velkých krocích, je velmi důležitý při omezování jejich sociálního vyloučení.

Poměrně složité bylo určení toho, co vlastně chceme zkoumat. Dle výsledků přehledové studie zmíněné v teoretické části bakalářské práce, kterou zpracovaly výzkumnice Olecká a Ivanová (2016), bylo rozhodnuto, že by téma zdravotní gramotnosti matek mělo být prozkoumáno v kvalitativním směru, a to kvůli detailnějšímu zachycení životních situací týkajících se zdravotní gramotnosti, které z kvantitativního pojetí výzkumu nevyčteme. Autorky této přehledové studie daly podnět k tomu, aby byl tento fenomén detailněji prozkoumán.

6 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Hlavním cílem bakalářské práce je porozumění významu zdravotní gramotnosti v oblasti životního stylu a péče o dítě u klientek v Azylovém domě pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě. Dílčím cílem je v tomto případě popis role, kterou sehrává personál AD při zvyšování zdravotní gramotnosti matek.

Na základě teoretických poznatků týkajících se sociálního vyloučení, zdravotní gramotnosti a cílů výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. *Jakou roli hraje rodina orientační při přenosu rodičovských vzorů a výchovných modelů při adaptaci na mateřskou roli?*

Rodičovský vzor a výchova se často odráží na dětech, které v dané rodině vyrůstaly. Jelikož v azylových domech bývá poměrně různorodá skladba klientek z nejrůznějších rodin, ve kterých klientky prožily část svého života, je v zájmu této práce zjistit, jak moc byly klientky ve výchově svých dětí ovlivněny vzorem svých rodin. Na toto se ptáme otázkami týkajícími se životního stylu těchto klientek, protože se často jedná o různé návyky, které se mohly naučit právě v dětství od svých rodičů. Dále nás zajímá také to, zda jsou se svými rodinami stále v kontaktu i přes to, že nyní obývají azylový dům.

2. *Jak ovlivňuje dosažené vzdělání úroveň zdravotní gramotnosti klientek?*

V teoretické části práce bylo zmíněno, že celková gramotnost a vzdělání souvisí s úrovní zdravotní gramotnosti. Také sociální vyloučení může být podmíněno nízkou úrovní vzdělanosti. Vzdělání také souvisí se zaměstnáním, kde klientka pracuje, nebo by mohla pracovat. Toto zaměstnání následně souvisí s přísunem financí. Finance mohou výrazně ovlivnit životní styl a péči jak o sebe sama a své děti, tak i o jejich zdraví. Zajímá nás, zda by tomu tak mohlo být i u klientek Azylového domu pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě.

3. *Je zdravotní gramotnost klientky v rámci péče o děti podmíněna počtem narozených dětí?*

Předpokládáme, že matky, které se kvůli sociálnímu vyloučení dostanou do azylového domu, nemají možnost navštěvovat například placené kurzy, kde by jim bylo vysvětleno, jak správně pečovat o své dítě, a to i po zdravotní stránce. Zajímá nás však, zda počet narozených dětí může tento způsob péče ovlivnit, nebo snad mohou být matky s více dětmi ohroženy nedostatkem finančních prostředků, čímž může také klesat úroveň kvality péče? Všichni se

v průběhu života stále učíme novým věcem, tudíž chceme vědět, zda zkušenosti matky s více dětmi mohou ovlivnit kvalitu péče o ně.

4. Jakým způsobem klientky pečují o své vlastní zdraví a také o zdraví svých dětí?

Tato otázka úzce souvisí s otázkou předchozí. Chceme popsat schopnost matky pečovat jednak o své vlastní zdraví, ale zároveň také o zdraví svých dětí. Zde se soustředíme na životní styl klientek, který může často výrazně ovlivnit životní styl jejich dětí. S životním stylem souvisí hygiena, strava a celkově danou rodinou osvojené návyky. U této otázky se opět odrážíme od poznatků z teoretické části této práce. Sem náleží i otázka týkající se prevence nemocí, jelikož se nemoci po azylovém domě mohou rozšířit velmi rychle, a to díky tomu, že některé klientky nedokáží dohlížet na své děti a správně se o ně postarat. Zde je také velmi důležitá péče a hygiena, jelikož se klientky a jejich děti v azylovém domě mohou poměrně často potkat s problémem, jako jsou vši. Jde tomuto nějakým způsobem zabránit? Pokud některé klientky dodržují vnitřní řád obsahující preventivní opatření, a jiné se těmto opatřením brání, co je nutno udělat, aby se nemoci nešířily?

5. Jakým způsobem personál azylového domu pomáhá klientkám a jejich dětem při prevenci nemocí a podpoře jejich zdraví?

Jsou klientky natolik soběstačné, aby si dokázaly pomoci samy, nebo potřebují pomoc sociálních pracovníků azylového domu, případně pomoc pracovníků sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi? Tohle je rovněž velmi individuální problém, který každá klientka prožívá jiným způsobem. Často záleží i na tom, odkud klientka pochází. Pokud se do azylového domu dostane klientka, která dříve žila v okolí, neměla by mít takové problémy se samostatným zajištěním základních potřeb pro sebe a své děti, jako klientka, která se přistěhovala do azylového domu z druhého konce republiky. Nemusí však znamenat, že klientky, které přišly z velké dálky budou méně samostatné než klientky, které dané město dobře znají. Každá klientka však potřebuje čas od času pomoci, a od toho je zde personál azylového domu, který, ať už radou, nebo přímou pomocí, vede klientku k jejímu osamostatnění.

7 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumným soubor tvořily dvě klientky a sociální pracovnice z azylového domu. Po dobu již zmíněné odborné praxe panovala v azylovém domě, až na pár roztržek mezi klientkami, dobrá nálada. Jelikož byla většina klientek velmi milá a přátelská, nejprve jsme nevěděli, které do svého výzkumu zapojit. V průběhu prvního týdne nám pracovnice azylového domu doporučila, které klientky bychom si mohli vybrat pro svůj výzkum. Během druhého týdne jsme klientky požádali, zda by nám pro náš výzkum mohly poskytnout rozhovor. Klientky byly velmi hodné a se slovy „když Vám to pomůže, budu ráda“, nám rozhovory poskytly.

Výběr byl uzpůsoben tak, aby bylo poukázáno na rozdíly mezi jednotlivými klientkami, a to v rodinném zázemí, vzdělání, životním stylu, péči o děti a zdravotní gramotnosti celkově.

Personál azylového domu nám umožnil uskutečnění výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů a pozorování v jejich zařízení.

7.1 Subjekt výzkumu

Po tom, co byl pracovním představen záměr výzkumu, s důrazem poukázat na kontrast mezi jednotlivými osobnostmi klientek a také toho, co bychom v azylovém domě chtěli prozkoumat, nám byly doporučeny dvě klientky, u nichž je možnost pozorovat opravdu markantní rozdíly, co se týče jejich životního stylu, péče o děti a samostatnosti.

Pro tento výzkum byly po důkladném zvážení a seznámení se se všemi klientkami vybrány přesně ty dvě klientky, které nám byly doporučeny. Pro větší objektivitu získaných informací jsme požádali o rozhovor také jejich klíčovou pracovníci. Jelikož jsme chtěli naplnit kritéria dílčích cílů, toto doporučení bylo nejvíce ovlivněno počtem dětí. První rozhovor byl uskutečněn s klientkou, která má pět dětí, druhý s klientkou, která má děti tři. U klientek byl zaznamenán zároveň velký rozdíl v rodinném zázemí, které měly v dětství.

7.1.1 Základní informace o participantech

Před tím, než se dostaneme k samotnému výzkumu, chtěli bychom čtenáře seznámit se základními informacemi o výše zmíněných dvou klientkách. Tímto nechceme upozadovat sociální pracovníci, avšak zatímco klientky v azylových domech žijí v anonymitě, tudíž je jejich identita hůře dohledatelná, nemůžeme poskytnout informace o sociální pracovníci, kterou by nebylo složité najít a zkontaktovat.

Základní informace o těchto klientkách byly z důvodu lepší přehlednosti uspořádány do tabulky.

Tabulka 1 – základní informace o participantech

	Klientka č. 1	Klientka č. 2
Jméno	Květa	Marie
Věk	30	26
Rodiče	Špatný vztah	Dětský domov; s rodiči některé víkendy a prázdniny
Sourozenci	Mladší sestra	Starší sestra
Vzdělání	Středoškolské s výučním listem	Základní
Zaměstnání	Česká pošta; předtím Penny Market	Mateřská dovolená; předtím pizzerie, pekárna, fabrika
Rodinný stav	Vdaná – v rozvodovém řízení	Svobodná
Děti	5 dětí: 4 dcery a 1 syn 2 děti v MŠ 3 děti na ZŠ	3 děti: 2 dcery a 1 syn 2 děti v MŠ 1 dítě v domácnosti

8 METODY A TECHNIKY VÝZKUMU

Jak již bylo výše zmíněno, na podnět přehledové studie, kterou zpracovaly Olecká s Ivanovou (2016), bylo rozhodnuto, že problematiku zdravotní gramotnosti bychom měli prozkoumat kvalitativně, a to kvůli detailnějším informacím, které touto formou výzkumu můžeme získat. Samotný výzkum probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly doplněny pozorováním každodenního života klientek po dobu čtyř týdnů v Azylovém domě pro matky s dětmi v tísni v Uherském Brodě. Jelikož byly realizovány pouze dva rozhovory s klientkami a jeden rozhovor s pracovnící pro doplnění, výzkum byl designován jako případová studie. Ke zpracování získaných informací byla využita interpretativní fenomenologická analýza.

8.1 Případová studie

Dle Miovského (2006) je případová studie jedním z nejrozšířenějších typů výzkumu, co se týče kvalitativního přístupu. Zabýváme se tedy určitým případem.

Hendl (2005) zdůrazňuje, že jde o detailní zkoumání jednoho nebo několika málo případů. Předpokladem případové studie je jednodušší porozumění dalším podobným případům.

„Případem rozumíme objekt našeho výzkumného zájmu, kterým může být osoba, skupina, organizace atd. Někdy je případ chápán v mnohem větší šíři, důležité v tomto případě je, aby byl případ řádně definován, ohraničen a aby způsob výzkumné práce odpovídal základním pravidlům práce s případovou studií.“ (Schwandt, 2001, in Miovský, 2006, s. 94)

Podle Švaříčka a Šedřové (2014) se jedná o druh empirického designu, pro jehož naplnění by měl výzkumník detailně prozkoumat a porozumět dané problematice, kterou je v této studii právě jeden nebo několik málo případů.

Na další charakteristiky případové studie jako výzkumné strategie poukazuje Yin (2003, s. 13-14): případ jako předmět výzkumu případové studie je integrovaný systém s vymezenými hranicemi (prostorové i časové); zkoumání sociálního jevu se děje vždy v reálném kontextu, za co možná nejpřirozenějších podmínek výskytu jevu; pro získání relevantních údajů jsou využívány veškeré dostupné zdroje i metody sběru dat. (Švaříček a Šedřová, 2014, s. 97-98)

8.2 Polostrukturovaný rozhovor

Byly vytvořeny okruhy týkající se výzkumných otázek. Podle těchto okruhů proběhlo i doptávání se na jednotlivé otázky, které byly vzhledem k povaze výzkumu zajímavé.

Dle Miovského (2006) se jedná o metodu sběru dat, která řeší nevýhody jak plně strukturovaného, tak nestrukturovaného rozhovoru. Vytváříme si tematické okruhy, na které se budeme participantů ptát. Pořadí těchto okruhů není závazné, nýbrž může být změněno, aby se zvýšila výstižnost informací získaných z tohoto rozhovoru.

8.3 Pozorování

Spolu s rozhovorem patří mezi jedny z nejstarších metod získávání výzkumných dat. (Miovský, 2006)

Pro účely této práce bylo praktikováno zúčastněné pozorování. Miovský (2006, s. 152), jej charakterizuje následovně. „*Zúčastněné pozorování je formou pozorování, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje stává se tak součástí těchto jevů, je jedním z aktérů. V průběhu pozorování tak dochází mezi pozorovatelem a pozorovaným jevem k interakci.*“

V praxi o tomto pozorování věděl personál AD a také klientky, se kterými byla pořizována audionahrávka rozhovoru. Před ním byly seznámeny se skutečností, že tyto údaje budou použity pro účely bakalářské práce. Metoda pozorování byla zvolena z důvodu ověření validity výroků klientek v rozhovorech. Pozorování probíhalo v období čtyř týdnů. Získanými informacemi v průběhu pozorování byla doplněna data z rozhovorů s klientkami.

8.4 Interpretativní fenomenologická analýza

Čermák a Koutná Kostínková (2013, in Smith, Flowers a Larkin, 2009) zdůrazňují, že se jedná o porozumění žité zkušenosti člověka. Pomocí tohoto přístupu probíhá detailní průzkum toho, jaký význam přiděluje člověk své zkušenosti, což výzkumníkovi umožňuje porozumění a pochopení jednotlivých událostí nebo procesu, který je v tomto případě fenoménem.

Počátky interpretativní fenomenologické analýzy (dále IPA) byly původně využívány v psychologii zdraví. V současnosti je však využívána k pochopení většího množství témat,

a to například z oblasti klinické psychologie nebo psychoterapie. (Čermák a Koutná Kostínková, 2013, in Smith, 2011)

„Svoji teoretickou pozici IPA zakotvuje ve třech zdrojích – fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu.“ (Čermák a Koutná Kostínková, 2013, s. 9)

Po nahrání a přepisu rozhovorů jsme začali analyzovat data pomocí otevřeného kódování. Nejprve byly rozhovory několikrát přečteny, abychom si uvědomili všechny spojitosti dané v textu. Byly vybrány barvy, kterými byly vyznačovány jednotlivé pasáže v textu. Text byl rozstříhán na jednotlivé pasáže, viz Příloha P II. Jelikož vzniklo více kategorií, které byly navzájem propojeny, byly spojeny dohromady do osmi základních. Po seřazení kategorií byl vytvořen obrázek, který je k vidění v následující kapitole. Kategorie byly navzájem propojeny a vznikly z nich tři hlavní tematické okruhy.

8.5 Reflexe zkušenosti s tématem

Problematika azylových domů autorku zaujala již na gymnáziu, kde se v rámci semináře studenti byli podívat v Azylovém domě pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě. Zde se studenti mohli dozvědět mnoho informací z výkladu paní vedoucí, která se jim snažila nastínit fungování tohoto zařízení.

Druhý semestr na Univerzitě Tomáše Bati byl pro studenty specifický právě nástupem na první odbornou praxi. Autorka práce si chtěla vyzkoušet praxi právě v Uherskobrodském azylovém domě. Nelitovala tohoto výběru. Na praxi se jí nejvíce líbilo to, že se sociálními pracovníci pomáhala nejen klientkám, ale tahle pomoc ovlivňovala také jejich děti. Jelikož autorku tato problematika velmi zaujala a žádná z dalších odborných praxí ji takovýmto způsobem neoslovila, rozhodla se, že by v tomto prostředí chtěla napsat bakalářskou práci a posléze i pracovat.

Autorka chtěla tímto výzkumem poukázat na to, jaké jsou názory laiků o klientkách v azylových domech. Jedná se často o názory rasistické, diskriminační a nenávistné. Avšak pokud se někdo mezi takovéto klientky dostane, uvidí, že pravda může být úplně jinde. Nejprve je nutné podotknout to, na co celý výzkum poukazuje. Pro mnohé lidi by se mohlo jednat o tvrdý střet s realitou, protože opravdu ne všechny klientky v azylových domech jsou stejné. Výzkum byl ovlivněn porovnáním dvou extrémů. Jedna z klientek spíše naplňovala očekávání většinové laické populace, druhá byla jejím přesným opakem, a to pracující a ve většině ohledech soběstačná.

Autorčiny názory na matky v azylových domech se v průběhu praxí měnily. Nejprve se setkala s lítostí. Na to byla upozorněna sociálními pracovníci. Sociálně vyloučené matky se ze svého statusu snaží vytěžit co nejvíce, a to i na úkor toho, že musejí lhát, nebo se stavět proti jiným klientkám. Ne všechny matky jsou „chudinky“, které by bylo potřeba vodit za ruku. Některé potřebují pomoci více, některé méně. Je však třeba tuto potřebu dobře posoudit. Pokud by klientkám stále někdo pomáhal, nenaučily by se samostatně fungovat, což je potřeba pro všední život mimo azylový dům.

Problematika zdravotní gramotnosti matek v azylových domech byla zúžena na oblast životního stylu a péče o dítě. Jelikož jsou děti klientek často ovlivněny právě jejich životním stylem, je třeba klientky v této oblasti vést. Některé z klientek si to sice neuvědomují, ale vše, co dělají, může do budoucna ovlivnit jejich děti. A právě děti jsou naše budoucnost.

Autorku celý tento výzkum velmi bavil, jelikož ráda pracuje právě s touto cílovou skupinou. Motivací k výzkumu bylo poukázání na rozdíly mezi klientkami za účelem vysvětlení veřejnosti, že opravdu nejsou všechny stejné. Autorka se při analýze rozhovorů snažila být nestranná a bez předsudků, avšak byla ovlivněna výběrem právě těchto dvou klientek a práce s nimi. Nejvíce ji zaujaly poměry, ze kterých klientky pochází, a které se nyní odráží na jejich osobnostech. Již předem počítala s tím, že bude velký rozdíl mezi klientkou, která vyrůstala ve své rodině, a klientkou, která strávila dětství v dětském domově. Nejtěžší bylo najít si cestu ke klientkám, aby se otevřely a byly schopny komunikovat s cizí osobou. Důležité je také přizpůsobení se úrovni komunikace klientek.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Participantka č. 1

Jako první participant pro tento výzkum byla vybrána klientka Květa. Je to milá mladá komunikativní žena. Při rozhovoru bylo vidět, že byla nejprve nervózní, ale vzhledem k vytvoření přátelského prostředí tuto nervozitu rychle překonala a dokázala o svém životě sdělit mnoho informací.

Paní Květa má 30 let, na střední škole se vyučila v oboru prodavačka. Nyní však pracuje jako zaměstnankyně České Pošty v Uherském Brodě. Paní Květa již od dětství vyrůstala s rodiči a se sestrou, avšak s rodiči nikdy neměla příliš dobré vztahy. Než se dostala do azylového domu, žila v domě v nedaleké vesnici se svým manželem, ale bohužel se stala obětí domácího násilí, a tak musela svého partnera opustit, aby ochránila jak sebe, tak své děti. Klientka má pět dětí, čtyři holčičky a jednoho chlapečka. Nejstaršímu dítěti je 9 let a nejmladšímu jsou tři roky. Nyní má všechny děti ve své péči a podanou žádost o rozvod. Jak sama několikrát prohlásila, samotným se jim žije mnohem. Její partner se však dětí nechce vzdát, tak se občas stane, že děti bez předchozí domluvy vyzvedne ze základní a mateřské školy. Paní Květa je pak nucena tuto situaci řešit, proto se dožaduje toho, aby mohli být rozvedeni co nejdříve. Její snahou také je, aby svým mladším dětem zajistila místo v mateřské škole v Uherském Brodě, aby děti nemusely dojíždět v doprovodu starších sourozenců do školských zařízení v rodné vesnici.

Po tom, co se Paní Květa s dětmi přestěhovala do azylového domu v Uherském Brodě, může očekávat pomoc od své mladší sestry, s níž se teď vídá mnohem častěji. Tato pomoc by se týkala spíše hlídání dětí než pomoci po finanční stránce. Vychovat pět dětí nemůže být jednoduché, ale této klientce se to povedlo. Sice žijí v azylovém domě, ale zájmových kroužků mají více, než by si jiné děti z azylového domu dokázaly představit. Nejsou roztěkané a neposlušné jako některé jiné děti, protože jim jejich matka věnuje dostatečnou péči a umí si zjednat pořádek, když je potřeba. Matka se dětem dostatečně věnuje i přes to, že většinu dne, jako pošťačka, musí strávit v práci.

Práci klientka vnímá jako zdroj obživy pro sebe a své děti. Díky tomu, že jsou děti od rána v základní a mateřské škole, má na ni klientka opravdu dost času. Výše zmíněné zajištění mateřské školy pro její dvě mladší děti rodině pomůže v tom, že starší děti těm mladším nebudou muset dělat doprovod a klientka tímto získá ještě více času. Avšak tato doba, po kterou je klientka každý den v práci, jí nedává moc času pro sebe sama. Každý den velmi

brzo vstává, aby se postarala o sebe a své děti, taktéž v noci chodí pozdě spát. Do práce dochází jen od pondělí do pátku, takže víkendy může trávit společně se svými dětmi.

Klientka na nás působila velmi sympaticky. Je samostatná a málokdy potřebuje opravdu s něčím pomoci. Spíše je ona tou, která pomůže a poradí jiným klientkám. O své děti pečuje s láskou a i přesto, že jich má tolik, tuto péči zvládá velmi dobře. Po odchodu z azylového domu by se chtěla osamostatnit bydlením v podnájmu. S tolika dětmi je však velmi těžké najít si samostatné bydlení, protože majitelům bytů často vadí, když má zájemce jen jedno dítě.

Tento výzkum byl naplánován tak, abychom poukázali na patrné rozdíly mezi klientkami, jelikož paní Květa byla spíše výjimkou, protože do azylového domu přišla z poměrně normálních rodinných poměrů, i když v rodině nebyla příliš dobrá atmosféra. V azylových domech se však mnohem častěji ocitnou klientky, které nedisponují tak vysokou úrovní samostatnosti jako klientka výše zmíněná.

Participantka č. 2

Jako druhý participant pro výzkum nám byla doporučena klientka Marie. Paní Marie je taktéž milá a komunikativní žena, avšak ona stres při rozhovoru nepřekonala a odpovídala velmi krátce. Informace z „oficiálního“ rozhovoru, který má být využit pro výzkum, byly následně doplněny tím, co zmínila mimo tento hlavní rozhovor a také tím, co jsme ohledně životního stylu klientky vyzorovali v průběhu odborné praxe.

Paní Marii je 26 let. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je dokončená základní škola, tudíž není vyučena v žádném oboru. Dříve pracovala ve fabrice, jako servírka v pizzerii a v pekárně. Nyní nepracuje nikde, jelikož je na mateřské dovolené. Marie je svobodná matka, která sama bez pomoci partnera vychovala své tři děti. Jakmile nejmladší syn vyroste a bude moci jít do mateřské školy, chce se ihned vrátit do pracovního režimu, aby se rodině zlepšil život po stránce materiálního zabezpečení.

Na rozdíl od paní Květy, paní Marii nevychovali její rodiče, ale dětský domov. Rodiče prý jezdila čas od času navštěvovat. V dětském domově vyrůstala se svou starší sestrou, která jí byla po celé dětství velkým, avšak ne tak úplně dobrým vzorem. Do azylového domu v Uherském Brodě se dostala taktéž z azylového domu, ale z Plzně, která je také jejím rodným městem a kde pobývá její starší sestra, od které mohla očekávat pomoc s dětmi, když ji potřebovala. Klientka se do Plzně vrátit nechce, nelíbí se jí tam. Sestru by navštívila, ale nechce s dětmi podstoupit tak dalekou, a hlavně dlouhou cestu vlakem.

S výchovou dětí to paní Marie nemá zrovna jednoduché. Dvě starší holčičky jsou velmi aktivní a často si nedají říci, když jejich matka potřebuje mít čas na jejich mladšího bratra. Nejstarší dcera, které je pět let, již používá vulgární výrazy při komunikaci s ostatními dětmi. Toto se naučila od své matky, která se nezdráhá mluvit sprostě i před svými dětmi. Děje se to možná proto, že jí samotné chyběl rodičovský vzor. Často také bylo pozorováno, že děti chodí ven nevhodně oblečené, jelikož po venku běhají v teplácích, triku s krátkým rukávem a občas i bez bot. Matka, kouřící v altánu, na ně nedohlíží tak, jak by měla. Také neumí moc dobře hospodařit s penězi, se kterými pravidelně nevychází a několikrát si kvůli tomu musela zažádat o potravinovou pomoc. Výchovu v tomto směru nezvládá tak dobře, jako paní Květa, ale i přesto své děti miluje.

Paní Marie také není tak samostatná, ale může to být právě tím, že pochází z Plzně a Uherský Brod zatím nezná tak dobře. Po tom, co bude moci umístit syna do mateřské školy, chtěla by si najít práci a pokusit se získat městský byt v Uherském Brodě.

Ani jedna z těchto klientek neholduje alkoholu nebo jiným omamným látkám, což se u klientek v azylových domech velmi často stává. Obě klientky jsou kuřáčky, avšak paní Květa toto nebere jako dobrou vlastnost a snaží se nekouřit před dětmi. Paní Marie se k otázce týkající se kouření staví úplně upřímně i přes to, že ví, že by tímto mohla v budoucnu ovlivnit své děti, které by též mohly začít kouřit.

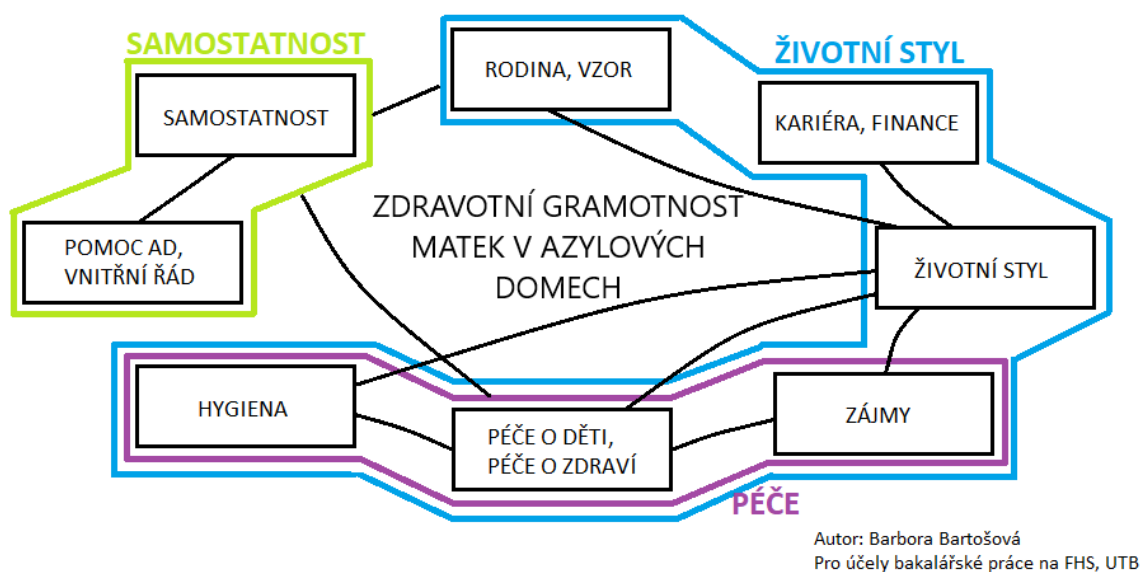
9.1 Kategorie

Pomocí výzkumného šetření prostředním interpretativní analýzy dat bylo stanoveno osm hlavních kategorií, které zachycují zkoumanou problematiku a další věci, které s ní souvisí. Těmito kategoriemi jsou:

1. rodina, vzor
2. kariéra, finance
3. životní styl
4. péče o děti, péče o zdraví
5. zájmy
6. hygiena
7. samostatnost
8. pomoc ze strany AD, vnitřní řád

Přehled kategorií a jejich vzájemného propojení je uveden na obrázku níže. V jednotlivých kategoriích budou uvedeny výpovědi klientek, vždy v pořadí participant č. 1, poté participant č. 2. Pokud se v dané kategorii vyjádřila i sociální pracovnice, budou její výpovědi uvedeny po výpovědích obou klientek.

Cílem analýzy bylo objasnění, pochopení a porovnání úrovně zdravotní gramotnosti u klientek azylového domu, které jsou velmi odlišné. Znamenalo to pochopení jejich životního stylu a toho, jak pečují o sebe a své děti. Zde je objasněn i dílčí cíl výzkumu, jenž má samostatnou kategorii, kterou je pomoc ze strany AD a dodržování vnitřního řádu.



Obrázek 1 – kategorie IPA

Jak jde vidět na obrázku, kategorie jsou spojeny do třech tematických okruhů, jimiž jsou životní styl, péče a samostatnost. Stejně tak jako kategorie, i tyto okruhy jsou vzájemně propojeny.

9.1.1 Rodina, vzor

Jak už bylo výše zmíněno, jelikož klientky, které obývají azylový dům, pochází z nej-různějších rodinných poměrů, považujeme tuto kategorii za důležitou. Každý člověk, který vyrůstal v dané rodině si do života odnese jisté vzory. Pro někoho může být rodina inspirací, pro jiného zase odstrašujícím příkladem toho, jak by své děti nikdy vychovávat nechtěl.

„Já se s rodiči vůbec nestýkám, protože na to nemám dobré vzpomínky. Ani na dětství. Takže s nimi vůbec nejsem v kontaktu, jenom pouze se svou mladší sestrou, jinak s nikým. Pozdravíme se, ale to je všechno...

Svým zaviněním přišli o svůj dům a jsou tam vlastně v pronájmu, takže jsme tam vlastně bydlet nemohli, nemohli jsme ani k babičce, protože to s babičkou nešlo. Už jsem, jakože, několikrát u nich bydlela a jediné východisko, kam jsme fakt mohli jít, bylo vlastně tady, azylový dům...“ Paní Květa s rodiči nemá dobré vztahy, na dětství má špatné vzpomínky a říká, že se o ni rodiče pořádně nestarali, proto je pro ni jejich výchova právě tím odstrašujícím případem. Na otázku ohledně výchovy vlastních dětí, co se týče výchovy a vzorů přebraných z orientační rodiny, reagovala následovně: „já třeba taky nejsem, o mě se rodiče úplně nestarali, ale prostě, když jsem si ty děti pořídila, tak vím, co s nima mám dělat. Takže si myslím, že to nebude výchovou rodičů, ale že to bude v nich už. Že nemají zájem se o to starat nebo to nějak řešit.“ Tímto paní Květa reagovala také na některé další klientky azylových domů, které se o své děti neumí správně postarat. Po tom, co se paní Květa s dětmi nastěhovala do AD, v jejich rodině neproběhla téměř žádná změna. „Se sestrou je to pořád stejné a s rodiči to zůstává taky stejné. Akorát se sestrou se stýkáme víc teda, no, za tu dobu, co jsme tady v Brodě, tak se stýkáme víc...“

Paní Marie prožila dětství úplně jiným způsobem, a to právě v dětském domově, kde ji vychovávali zdejší pracovníci. Spíše než od nich, ale přejímala vzory od své starší sestry. „Mě vychovával dětský domov...jako brali si mě na víkendy, na prázdniny (rodiče)...sourozenci tam byli taky (sestra)...ona je v Plzni a neplánuju (za ní přijet), to je moc velká dálka a devět a půl hodiny, to je, to je strašný s těma dětma...neměla jsem žádný povinnosti před tím (v Plzni), sestra mi pomáhala.“ Špatným vzorem ze strany starší sestry bylo právě kouření, jelikož paní Marie začala kouřit v devíti letech. „V děčáku jsem viděla ségru furt jak kouří.“

Sociální pracovnice okomentovala situaci klientek následovně. „Paní Květa má pět dětí, tak vlastně to rodičovské zázemí měla taky takové horší, ale paní Marie má tři děti a ta vlastně rodiče vůbec nepoznala, takže tam je teda ten rozdíl. A jinak se teda obě snaží podle sebe, jak to jde.“

9.1.2 Kariéra, finance

Peníze jsou pro klientky azylových domů velmi častým a hůře řešitelným problémem. Velmi často souvisí právě s nezaměstnaností těchto klientek. Je to však opět velmi individuální problém, na který klientky v rozhovorech poukazují.

Paní Květa je v tomhle ohledu poměrně samostatná, má vystudovanou střední školu a také stálou práci, se kterou jí zaměstnavatel vyšel vstříc. „Jsem vyučená jako prodavačka, učila jsem se v Hradišti na Jiřího z Poděbrad a pracovala jsem asi dva roky v Penny marketu v Uherském Brodě a teď už rok budu pracovat u České pošty, a teď vlastně tady v Uherském Brodě... já jsem pracovala na (...) na České poště, ale jelikož bylo pro mě náročné dojíždět, tak mi vedoucí vlastně zařídil tady u paní vedoucí, abych přestoupila sem, do Uherského Brodu na Českou poštu.“ Zajímá nás, jak se změnil finanční stav rodiny po přestěhování do azylového domu. „No, v oblasti financí se změnilo to, že jsem na tom ještě

líp, než když jsem byla s manželem. Asi takhle to řeknu, děti mají všechno, co chtějí, bez nějakých řečí a keců, víkendy mám volné, chodím jen přes týden... Jelikož pracuju na poště, tak já potřebuju být zdravá...“ Paní Květa též řeší problém dětí spojený s dojížděním do mateřské školy, kterou se snaží dětem zajistit v Uherském Brodě. „Ano, budou potom jezdit vlastně beze mne a tím pádem já už nemusím takhle spěchat v práci, abych to stihla všechno do půl třetí, protože tam jsou vlastně i letáky a je to dost náročný takže změnilo se hodně, co se týká financí.“ Paní Květa však kvůli penězům musí chodit do práce pravidelně, a to i v době, kdy je nemocná. „Když teda jakože fakt nejsem třeba hodně i s horečkami, tak do té práce jdu, protože do té práce jít musím. Protože ty peníze potřebuju, jsme závislí finančně na mě., takže už potom tam můžu zůstat třeba i delejc a budu je zvládat i vyzvedávat. Takže vlastně potom budou dojíždět samy, takže se to pro mě ulehčí hodně teda.“

Paní Marie tyto problémy neprožívá, jelikož je s nejmladším dítětem na mateřské dovolené. Tuto rodinu spíše trápí nedostatek financí. „Jo, malej až, mně stačí jenom, aby malej byl bez plenek a hned bych šla do nějaký práce...třeba, výpomoc třeba v kuchyni nebo něco takovýho. Nebo uklízečka, to je jedno. Cokoliv...chci tady v Brodě, už nechci jít zpátky do Plzně.“ Paní Marie se svěřila, že po přestěhování do AD v Uherském Brodě má méně peněz než předtím. „O hodně míň.“ Také musela požádat o potravinovou pomoc. „Jo, to jsem požádala, několikrát.“

9.1.3 Životní styl

Tato kategorie v sobě nese mnoho aspektů. V podstatě je sem řazeno všechno, co souvisí s počínáním klientek a následného ovlivnění jejich zdraví a zdraví jejich dětí. Těmito aspekty může být kouření, péče o děti ve zdraví i v nemoci, volba zdravého stravování, dodržování pitného režimu, ale také péče o sebe sama, dostatek spánku, pohybu atd.

Obě klientky jsou kuřačky, zajímá nás, zda by to mohlo ovlivnit jejich děti ve smyslu, že začnou dřív nebo později kouřit také. Paní Květa má na tento problém jasný názor. „Ne, tak já nekouřím zase moc, mně krabička vydrží tak na dva na tři dny, takže já nejsem jako nějaký zase závislý kuřák, abych kouřila dvě krabičky denně, to určitě ne. Krabičku mám na dva na tři dny, takže určitě ne.“ Kouření však není jediným problémem. Někdy se také rodina může stravovat poměrně nezdravým způsobem. U této rodiny tomu tak však není, nezdravým jídlům se snaží vyhýbat a dodržují pitný režim. „Jí banány, jablka, všechno. Jako ovoce sní, tam nemají žádný problém, že by si vymýšleli. Akorát teda tu zeleninu, já se ji snažím dávat do všeho, co existuje, co se dá vařit, i třeba když dělám jen šťávu s masem, tak prostě do toho tu zeleninu dám... i když v polévce moje nejstarší dcera má ráda od babičky, když jí to tam nastrouhá, jakože tu zeleninu, ale já to zase nedělám, já mám ráda, když jsou tam kusy té zeleniny, a takto to mám nejradši, ale tak oni si zvyknou... tam musí být maso a takové to, zeleninu odmítají, i když já teda dávám zeleninu do všeho, i do masa, úplně do všeho. Jako snaží se to sníst, ale jako jo, zvládají to dobře... u nás sirup vydrží tak jako jeden den, ani ne (smích), oni pijí velice dobře.“ Když se rodina

stravuje zdravě, zajímá nás, zda také pravidelně. „Ráno, než odcházíme, tak mají vlastně snídaní, a potom mají ve školce nějak kolem deváté svačinu, potom je vlastně oběd, odpolední svačinka pro ty nejmladší ve školce. A dětem do družiny chystám svačiny já vlastně. A když potom přijedou, tak se už potom navečeříme, takže jí normálně pravidelně, jak mají.“ Paní Květa však nemá možnost jíst přes pracovní dny tak často, jako její děti. „Jelikož chodím celý den s poštou, i o půl třetí, kdy není kde se najíst, tak na to nemám čas, takže se vždycky najím až večer, což na mě kolikrát jde hodně znát, jakože jsem unavená a že už kolikrát si připadám, že se jednou složím... a během toho, i když zakusuju něco, aj tak to není tak, že bych pořádně jedla, protože dělám všechno ve spěchu... pít, to mám ale celý den...oni (děti) vidí, že, nebo spíš oni sledují, co já dělám za práci, že já jsem pořád v pohybu.“

Životní styl paní Květy a paní Marie je opět velmi rozdílný. Zatímco paní Květa stráví většinu dne v práci, paní Marie tento den tráví se synem na bytové jednotce. Paní Marie má v azylovém domě více kamarádek, jelikož některé jiné klientky jsou též na mateřské dovolené, nebo jsou nezaměstnané. Paní Marie byla tázána, zda kouří a zda by to její děti od ní mohly odkoukat. „Hodně, ano. No, tak když jim bude šestnáct, sedmnáct, tak to se ještě dá. Ale ve třinácti určitě ne. Jako já třeba v devíti (smích).“ Zde hrál velkou roli právě vzor její starší sestry, se kterou vyrůstala v dětském domově. Dále nás zajímalo také zdravé a pravidelné stravování a dodržování pitného režimu. „Jo, dětem to chutná (zelenina), jenom mladší dcera nechce hrášek, ale už, už si zvyká, takže jí všechno...jako když mají velkej hlad, tak to sní (potravinovou pomoc, často se jedná právě o zakonzervované maso), to každý, že jo. Ale jinak, oni jí normální jídla, všechny, ale jenom tu konzervu nejí.“ Dále byla paní Marie tázána, zda mají děti alespoň jedenkrát denně teplé jídlo, v průběhu pořizování záznamu z rozhovoru zrovna pekla maso. Vaří každý den (jídlo nám sama několikrát nabídla, i když má sama málo). Pitný režim okomentovala následovně. „Mladší dcera hodně, mladší dcera nejmíc pije, já mám na to vždycky nervy...oni si sami řeknou (když chtějí pít), i malej sám přijde...dávám jim takový to šumící do vody.“ Jelikož klientka nepracuje, měla by mít více času na spánek jak ona, tak její děti. „Ne, ne. (děti se nebudí) Jenom když jsou nemocní, ale jinak ne. Ani malý už se mi nebudí, jenom někdy, třeba dvakrát za noc mlíko chce, nebo čaj.“ U paní Marie také proběhla po nastěhování do AD v Uherském Brodě změna v denním režimu. „Dřív jsem nevstávala vůbec, a teď jo...už nejsem sprostá tolik, nebo, snažím se vstávat, vodit děti do školky, neměla jsem žádný povinnosti před tím, až teď, když jsem sama, tak všechno musím zvládat sama.“

Se sociální pracovnící byla v rozhovoru rozebrána problematika kouření a přenesení tohoto zlovyku na děti. „No já si myslím, že ten příklad tam je, když maminka kouří, tak oni to určitě zkusí, ale záleží taky na těch dětech, že každé je individuální, takže to podle toho...je tam velká pravděpodobnost, že teda kouřit budou. No ale jak dlouho, nebo kdy začnou, tak to je prostě individuální.“ Mimo rozhovor se sociální pracovnice opakovaně vyjádřila k tomu, že životní styl klientek je velmi rozdílný a každá klientka řeší své každodenní problémy jiným způsobem.

9.1.4 Péče o děti, péče o zdraví

Péče o děti je v tomto výzkumu významnou kategorií. Jelikož má paní Květa pět dětí a paní Marie tři, mohli bychom v péči o ně očekávat jisté rozdíly.

„Já jsem se starala o ně prakticky už od začátku sama, bez pomoci svého manžela, za chvíli už ex manžela...já myslím, že jsou vychované velmi dobře... děti ráno vlastně jezdí tady z Uherského Brodu v šest hodin samy, úplně všechny, já je vlastně doprovázím a odpoledne musím z práce jet pro ně. A dvě nejmladší děti vlastně chceme dostat tady do školky...“ S celkovou péčí o děti také souvisí péče o zdraví, jak o zdraví sebe samotné, tak svých dětí. *„Já to třeba na svých dětech poznám, co jim je. To už se dá poznat, jelikož jich mám pět a už jsme si prošli zápalom plic, i angínou, i úplně vším, takže už se to dá poznat. Když už je jakože fakt hůř, tak musíme volat i záchranku, takže jo...u té pětileté se nám to stalo... my jsme teda chodili k paní doktorce, která teda pořád nás léčila na chřipku a dávala nám pořád stejné léky a potom vlastně těsně před Štědrým dnem už nás ani nevnímala (dcera) a začala nám odpadat, už byla úplně malátná, takže jsme volali záchranku a potom skončila na JIPu se zápalom plic... měla horečky, že čtyřicet něco a jakože už to na ní šlo fakt hodně vidět, že už vůbec nevnímá, takže už jsme viděli, že už je zle.“* Tato péče však může v rodině fungovat oboustranně. *„Oni jsou třeba dva tři dny nemocní a pak to spadne všechno na mě, já už se potom objevím, jakože s horečkami, a už je mi potom jako fakt špatně a oni si už potom jakože létají, jak kdyby jim nic nebylo...já jsem se probudila i s obkladem na hlavě, už jsem měla i čaj uvařený...i když jsem spala, tak jsem je slyšela, jak říkají „ticho, mamka spí, je nemocná...“* Některé matky v azylovém domě do paní Květy vkládají svou důvěru, a to tak, že za ní chodí s prosbou o radu, když se něco děje jejich dětem. *„Mně už se tady několikrát stalo, že přišly za mnou, že těm dětem něco je. Tady vlastně jedné mamince, když jí to miminko spadlo, tak jsem teda nějak potom z ní dostala, že po pádu zvracelo, takže jsem jí vlastně okamžitě posílala, ať jde na pohotovost. Takže ona teda šla a skončila vlastně v nemocnici, protože malý měl menší otřes mozku. A kdybych z ní nějak nevypáčila, že zvracel přímo po pádu, tak bych ani nevěděla, že něco takového bylo, protože paní mi tvrdily něco jiného, až teda potom přiznaly, že po pádu vlastně zvracel. Takže jsem ji okamžitě poslala, ať jde na pohotovost a ona vlastně skončila v nemocnici, protože měl jakdyby otřes mozku. Ale na něm to šlo i vidět, protože byl taky takový malátný, což vím od té její dcery, co měla vlastně zápal plic, jak se chovala.“*

Jelikož klientky pochází z jiných poměrů, je zde velká pravděpodobnost, že každá o své děti bude pečovat jiným způsobem. Paní Marie by své děti nenechala na bytové jednotce samotné. *„Ne, ne, to bych si netroufla.“* Tohle však není úplně pravda, když matka kouří, bere s sebou ven pouze nejmladšího syna, dcery volně pobíhají po chodbách a po bytové jednotce. Paní Marie byla tázána také na to, zda její děti chodí vhodně oblečené. Tato otázka byla zvolena proto, že po dobu odborné praxe, kdy začínalo podzimní počasí, byly děti skoro po celou dobu nachlazené. Klientka si otázku vyložila jiným způsobem. *„Tak někdy třeba si, když má holka, třeba je v akci a koupí si v létě zimní bundu, tak si ji třeba vyzkouší a veme si ji třeba. Jako třeba že na pět minut ale hned ji sundá.“* Na téma vhodného oblečení jsme se již dál nebavily, protože

z pozorování víme, že když matka kouří v altánku, tak se občas stane, že její děti vyběhnou ven jen v teplákách a tričku, bez bot. Dále chceme vědět, jak často jsou děti paní Marie nemocné. „*Ted' hodně často. Nevím proč, ale nikdy to nevyleží. Furt lítaj. Když je jim trošku líp, tak hned jsou z postele venku...třeba dva dny dcera ležela, pak jí bylo líp a už lítala.*“ Podle čeho paní Marie pozná, že jsou její děti nemocné? „*Noo, podle očí, že je unavená prostě ta holka, že poznám, že není tak aktivní třeba...oni by stejně moc nelétali jako. Protože by nemohli, už by byli úplně vyčerpaný, tak by leželi, nebo si hráli v posteli a nechodili by nikam. Když mají kašel a rýmu a nemají horečky, tak mám medicínu – paralen, čípky, tak nějak tady mám, když vidím, že to není až tak vážný. Ona nám stejně řekne paní doktorka, že když nemá horečky, že když se nic vážného neděje, tak že si to můžu koupit v lékárně... Snažím se je udržet v posteli, medicína, léky, paralen.*“ Dále byla klientka tázána, zda mají zajištěného praktického lékaře a stomatologa. „*Zubaře ne.*“ Se zajištěním praktického lékaře měla rodina také problém. „*Čekala jsem delší dobu. I v Brodě mě nechtěli sebrat vůbec, mezi děti.*“ Vzhledem k povaze paní Marie jsem se musela doptat, zda své děti nechává očkovat. „*Ano, jenom dvě jsem zmeškala u malýho...doktorka nemá malýho kartu. Já asi na ně dám stížnost, nebo já nevím, co to je. Na doktorku v Plzni. Nemůžou najít jeho kartu...hmm, a jemu chybí asi už třetí...*“

Při péči o děti se prolíná více kategorií, jako můžou být níže zmíněné zájmy nebo třeba hygiena. Sociální pracovnice toto shrnula. „*Děti od paní Květy mají aktivity hodně v rámci školy a školky, kam docházejí, ale že by se jim matka nějak speciálně nebo hodně věnovala, na to ona nemá už prostě sílu. Ona jim zabezpečí ty důležité životní potřeby, jako prostě jídlo, oblečení, výchovu jako, dejme tomu příklad, jako čištění, hygienu a takto, ale že by se jim věnovala nějak víc ve volný čas, tak to...tam jsou rezervy rozhodně. A paní Marie, no tak ta...aktivity tam prostě opravdu žádné nevidím. Z mého pohledu tam vyložené děti si hrají na dvoře, matka si jich ani moc nevšímá, protože je taky z nich unavená, z celodenní péče o ně, ale prostě tam je to jako horší, bych řekla... Víc si myslím, že teda paní Květa, ta rozhodně vede děti, třeba k zásadám hygieny, a ten zdravotní styl, teda snaží se. Ale teda paní Marie ta tam má veliké rezervy, protože ona sama asi nepoznala, nemá ty základy, a proto to nemůže předat svým dětem dál a pokud ty děti to pochyty třeba od nás nebo od někoho jiného příklad, se kterým se teda setkávají, a jestli si z toho něco odnesou, tak to už je vyložené na nich, ne na té matce.*“ Pracovnice také promluvila ohledně situace týkající se toho, jak často jsou děti nemocné. „*Děti jsou hodně nachlazené u paní Marie, protože běhají málo oblečené po venku, kdežto paní Květa jako, ta se snaží prostě je hlídat doma. Ale jako neříkám, že by byly úplně pořád zdravé, taky jsou nachlazené. Ale jako je to teda v menší míře. Takže paní Květa jakože dává pozor na to, aby se nenachladily, nějak zbytečně je nevystavuje.*“ Na závěr pracovnice okomentovala celkovou péči matek o jejich děti. „*Myslím si, že se každá snaží podle svých možností a schopností. Jako ty děti většinou opravdu jako jim leží na srdci, takže když jsou nemocné, tak opravdu vyhledají tu pomoc, když třeba na tu pohotovost, nebo tak...ale někdy třeba potřebují trošičku poradit a popostrčit, třeba nějakou radou nebo trošku aby si více hleděly toho zdravotního stavu, ale jinak si myslím, že to...celková situace není jako nějak nejhorší, že opravdu ty matky se dokážou o své děti postarat i co se týče jejich zdravotního stavu.*“

9.1.5 Zájmy

V azylových domech se velmi často stává, že jsou děti klientek neposlušné. Nemůže to být právě tím, že jim jejich matky nevěnují dostatek svého času? Jsou zde však i takové, které se pro své děti snaží udělat maximum. Takovou klientkou je právě paní Květa, která svým dětem velmi dopřává, co se týče zájmových kroužků.

„Vlastně nejstarší dcera hraje fotbal, a velmi dobře, protože teďkom by měla do Uherského Brodu přecházet, protože si ji vybral Uherský Brod, a syn, ten jde hrát taky fotbal a další dcera, ta má zase, každý má jiné zájmy, ale já si myslím, že co se týká kroužků, nemůžeme si stěžovat, že by si nevybrali. Další dcera má vlastně fotbal, florbal a do toho má ještě tancování a nějaké šachy se k tomu teď přidaly, takže jo.“ Paní Květa také okomentovala zájmy jiných dětí v AD, čímž také narážela na životní styl ostatních maminek, které výchovu nezvládají až tak dobře. *„No já to vidím, že ostatní děti od rána do večera sedí na tabletu a na mobilech, a to je jejich celý den. Ale naše děti ne, protože já tohle zaprvé nemám ráda, aby seděly na tabletu a na počítačích. Ať radši jdou kopat a ty, co mají kroužky...to je myslím lepší.“* Paní Květa je však, co se týče péče o děti a jejich náplně volného času v zájmových kroužcích, světlou stránkou mezi klientkami v AD.

Paní Marie, jak se zdá, nemá o zájmových kroužcích, anebo alespoň o hraní si s dětmi, velké povědomí. Více času tráví o ostatními nezaměstnanými klientkami, které nemají žádnou výplň volného dne. Jejich děti si většinou hrají spolu. Paní Marie byla tázána na zájmy jejich dětí. *„Mají až moc aktivit, až moc aktivní (smích), hlavně s téma kočárkama.“* Personál v AD dává klientkám a jejich dětem dárky k Vánocům. Paní Marie si pro své dvě holčičky přála kočárky na hraní, aby se nemusely dělit o jeden. *„Zájmy by byly, tancování, zpívání, tancujou, zpívaj, a nevím, nějaký kroužek by jsem jim měla dát taky, časem...malujou si furt, malování jich baví všechny, třeba v zrcadle...prohlížejí si knížky, to maj rádi. Neumím číst (smích), jako snažím se, ale nejde mi to.“* Tímto paní Marie reagovala, na to, zda jim u prohlížení i čte.

9.1.6 Hygiena

Hygiena by měla být nepostradatelnou součástí každodenního života. Ani v azylových domech se nevyhneme problému, jako jsou vši. Tento problém se velmi často vyskytuje ve školských zařízeních, kde rodiče těchto dětí nemají čas nebo to nechtějí řešit, tudíž se vši množí a roznáší se na další děti. Pokud se dostanou až do azylového domu, je velká šance, že je brzo budou mít všichni, protože si děti hrají spolu.

Paní Květu právě tento problém uvedl do rozpaků, protože ona ani její děti vši nikdy neměly. *„To už jsme tady zažili, už se nám to tady stalo asi tak dvakrát a už jsem z toho podruhé byla fakt*

nemocná, protože my jsme vši nikdy neměli, jsem to neviděla, jak to vypadá. A vlastně jedenkrát je dostala moje nejstarší dcera, ale naštěstí přes prázdniny, takže jsme se toho zbavili, no ale potom jsme se dozvěděli, že to vlastně mají všechny moje děti a bylo to z tadyma, protože ta dcera, která to chytla, byla tady, a navíc já jsem tu s ní byla, takže potom jsem už byla docela z toho aj nemocná... My jsme se toho zbavili nějak do tří dní, čtyř? Ale tak my jsme to vyčesávali, dvakrát třikrát byli ve vaně hodinu a prostě dělali jsme to každou chvíli, abychom to prostě co nejrychleji dostali z té hlavy ven... Ted'kom vlastně co jsme je měli, tak jsme byli asi týden zalezení doma na bytě, ane nevyšli ven, takže ne, nebyli vůbec s nikým v kontaktu... Jedna maminka měla vši, i její děti, a vůbec se o to nestarala. "Odstranění vši nikdy není levnou záležitostí, protože se musí nakoupit speciální šampony. O to horší je to v případě, že se jich paní Květa musela zbavit u pěti dětí a zároveň i u sebe. „Měli jsme ty nejdražší zrovna, které teda jakože jsou malé lahvičky a jelikož moje pětiletá dcera má velmi husté vlasy, takže jsem celou tu lahvičku dala jenom na ni, takže, no, stálo nás to dost, ty šampony.“ Hygiena se však netýká pouze vši, ale i toho, jak jsou lidé schopni pečovat sami o sebe. „Oni jsou takhle ode mě už od malička naučení, že ráno vstanou, jdou vlastně na záchod, vyčistí si zoubky, umyjou se, oblečou se, učešou. Té nejmladší teda pomáhám ještě já, s česáním, ale oni si chtějí dělat všechno sami.“

Paní Marie byla taktéž tázána na každodenní hygienu, a to prostřednictvím koupání. „Každý den, a když jsou nemocný, tak třeba dva dny je nechám, když mají horečky.“ Opět se dostáváme k tomu, zda už měly děti klientky někdy vši. „Jo, měly, několikrát. Já jsem je dostala z toho klokánku, dětského centra. A oni byli úplně zavšivení, ale oni mi to neřekli. Jak jsme to řešili? Já jsem neměla šampon, takže paní vedoucí mi koupila šampon. Vyčesávali jsme, trvalo nám to hodně dlouho. Nebudu lhát, jednou. Každý den, když jsem je koupala. Do vany. Ona (paní vedoucí) se koukala našim do hlavy a neměly nic. Měly třeba ty vajíčka, ale oni byli mrtví. A já jsem se ptala „prosím Vás, paní vedoucí, od nás ty vši nejsou, myslíte, že to znovu oživne?“ A ona říkala, že ne. Tak nevím, nevím, nemůžu nikoho nařknout, takže nevím. Jako měly vajíčka, ale mrtvý, tak já nevím... Paní Květa měla vši, všichni skoro tady. Jo, všichni měli (ve stejnou dobu).“

Sociální pracovnice se taktéž vyjádřila k prodiskutované epidemii vši. „Hodně se to tady řešilo, ale prostě my pracovnice si teda myslíme, že ty vši pocházely od dětí paní Marie, ovšem nikdy jsme... našli jsme vždycky jenom mrtvé, jako... živé prostě nebyly a paní hned toto podezření tady odvrátila svým kategorickým vyjádřením, že od nich prostě vši nejsou a hotovo. Kdežto prostě paní Květa, která ty vši, že se s nimi nesesetkali, takže si nedávala takový pozor a děti se samozřejmě setkaly venku a prostě hrály si spolu taky, takže je pochytaly a nedařilo se jim to prostě nějak likvidovat. Měli je opakovaně, ale prostě... nikdy jsme nedokázali, že ty vši pocházejí teda od paní Marie.“

9.1.7 Samostatnost

Jsou klientky natolik samostatné, když musí využívat sociální službu, jako je azylový dům, popřípadě sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi? Každá klientka strádá v určité oblasti. Obě tyto služby jsou určeny k tomu, aby se klientky postavily na své vlastní nohy a dokázaly řešit svou tíživou životní situaci bez pomoci okolí.

Paní Květa byla tázána na to, zda se snaží s dětmi osamostatnit tím, že by si našli samostatné bydlení. Není to však lehké. *„Snažíme se, ale je to takový trošku větší problém, protože když jsem obvolávala jak kdyby ty, co pronajímají byty, tak se mě zeptali, kolik mám dětí, a když jsem řekla, že pět, tak mi okamžitě položili telefon. Ani se se mnou nechtěli dál bavit.“* Květa také komentuje, že by ostatní klientky mohly být více samostatné. *„Já si myslím, že mám pusu na to, abych si do té školky, do školy zavolala sama a zeptala se, jestli mají volno. Akorát teďka nám pomáhá paní ze SASky ohledně školek, protože já opravdu na to nemám čas. Sháníme to místo v těch školkách, ale jinak si to všechno udělám většinou sama.“*

U paní Květy jde vidět, že je hodně samostatná a hodně věcí si dokáže zařídit sama, bez pomoci. Může zde hrát roli právě to, že pochází nedaleko od Uherského Brodu. Protože se paní Marie přistěhovala z Plzně, je více než jasné, že bude potřebovat pomoc v jistých záležitostech. Jak už bylo uvedeno výše, paní Marie se vyjádřila následovně. *„Snažím se vstávat, vodit děti do školky, neměla jsem žádný povinnosti před tím, až teď, když jsem sama, tak všechno musím zvládat sama.“* S klientkou jsme mimo tento nahraný rozhovor vyplňovali žádost o městský byt. Klientce bylo sděleno, že na získání městského bytu by měla větší šanci v místě trvalého bydliště, což je Plzeň. Klientka aktivně využívá pomoci pracovníků sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi.

Pracovnice samostatnost popsala jako zájem klientek si něco zařídit. *„Ony mají zájem, prostě jak vidí, že je to nutné, že děti třeba dostanou horečky, tak už opravdu jako, někdy teda se to řeší nejdříve s pohotovostí, že když nemají lékaře, tak jde na dětskou pohotovost, ale to není jako další řešení. Řešení je najít si tady dětského lékaře.“*

9.1.8 Pomoc ze strany AD, vnitřní řád

Tato kategorie je úzce propojená s kategorií předchozí. Aby mohla klientka obývat AD, musí také využívat některé z jeho služeb. Jsou klientky, které od personálu potřebují pomoci více, jiné jsou samostatnější a potřebují poradit pouze ve složitějších situacích.

Paní Květa se vyjádřila k tomu, že by pracovnice měly být na klientky více přísné. *„Když teda je tady někdo nemocný, ať to jsou vši, ať i nějaká maminka je nemocná, tak nesmí vylézat ven, ale*

tady některé maminky vůbec neposlouchají, sice ani pracovnice, co jim někdy řeknou, takže to je několikrát úplně jedno. Tady mluví do větru u některých. Měly by být trošku víc na nich přísné, nebo jak už jsem to tady, my jsme vlastně už podruhé dostali ty vši, tak už i sociální pracovnice viděly, že jsem z toho taková to, takže potom už tady jedna sociální pracovnice se rozhodla, že buďto prostě maminky nebudou čistit a budou dostávat napomenutí, což si myslím, že je velmi dobrý nápad.“ Paní Květa velmi trpí tím, že jsou maminky tak nesamostatné a takovéto věci neberou vážně. Když se objeví problém jako je nemoc, nebo vši, měly by maminky udržovat své děti mimo dosah ostatních. „Tady je to dokonce i zakázané. Pokud je dítě nemocné, tak musí zůstat na pokoji...takže nepřicházíme do kontaktu tady s těmito dětmi. Snažíme se to omezovat.“ Na celkovou pomoc klientkám poskytovanou personálem AD reaguje takto. „Jo, to ony pomůžou, ony tady několikrát řekly, že když nebudu něco vědět, nebo budu potřebovat poradit, že můžu přijít. Ale tak to by tam musela některá (maminka) teda jít a zeptat se... Já mám třeba problém s tím, když dojde papír ze soudu nebo tak podobně, taky si nevím rady, tak třeba zajdu za sociální pracovníci, jako co tam mám vypsát, protože někdy to tam je napsané tak, že to nepochopí ani normální člověk, tak jako přijdu se tady za něma jenom zeptat...“

K pomoci od personálu AD se paní Marie vyjádřila tak, že *„někteří to zvládají sami, někteří taky potřebujou pomoc.“* Dle klientky také dohlíží na dodržování vnitřního řádu. Toto je myšleno tak, že když jsou děti nemocné a měly by být v „karanténě“ pouze na své bytové jednotce. Paní Marie si v tomto ohledu protiřečí. *„Joo, se zamknu a nepustím nikoho. Když vím třeba, že dvě děti jsou nemocný, tak to jo...snažím se, ale stejně to nejde...oni každý den chodí sem (kamarádka paní Marie z AD s dětmi, které byly po celou dobu odborné praxe nemocné), třeba když měla rýmu, když neměla tu infekční, tak jo.“*

Ohledně respektování vnitřního řádu se vyjádřila sociální pracovnice, co se týče rizika nakažení ostatních dětí, pokud si matka své nemocné děti neuhlídá. *„Paní Květa se teda snaží hodně držet děti na pokoji, ale taky se někdy podaří samozřejmě, že je neuhlídá. Paní Marie, ta na to vůbec nemá ani jako sílu. Děti absolutně nezvladatelné takto udržet na pokoji. Děti lítají po chodbách i po venku na dvoře. Je to...tam je to špatné.“* S pracovníci bylo také projednáno, jak může personál AD pomoci klientkám, které nejsou schopny si samy zavolat novému lékaři a zapsat se k němu. *„Klientky, když sem nastoupí, tak některé si ponechají lékaře tam, kde prostě chodily do ted', pokud mají peníze na dojíždění. Ovšem některé nemůžou dojíždět a musí si zajistit lékaře tady. S tím jim pomáháme tak, že jim pomůžeme teda vyhledat kontakty a ony si samy buď zatelefonují anebo osobně si jdou sjednat lékařskou péči. Ale často se setkáváme teda s tím, že kolikrát prostě ti lékaři mají plnou kapacitu a nechcou naše klientky přijat s dětmi, buď i praktičtí, i děšití. V tomto případě potom se interesujeme my, kdy jim třeba poskytneme doprovod, třeba jako SASka – sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi, zajistíme tady tuto službu, aby je i doprovodila k lékaři a ty lékaře prostě zajistila. Jinak se snažíme, aby si matky zajišťovaly všechno samy, vedeme je k samostatnosti tak, aby mohly potom po odstěhování z azylového domu si prostě v životě poradit samy.“* Sociální pracovnice si je vědoma toho, že klientky mohou přijít buď za

personálem AD, nebo mohou své problémy řešit mezi sebou. Je to jejich svobodná volba. „Některé se kontaktují víc, některé míň, ale jakože když je to odhalení, když nezjistíme my nějakou tu nemoc, ony si poradí.“ Tímto také narážela na zmíněný případ miminka, které matce upadlo a mělo otřes mozku.

9.2 Odpovědi na výzkumné otázky

V rámci analyzování rozhovorů a pozorování bylo zodpovězeno na stanovené výzkumné otázky.

1. *Jakou roli hraje rodina orientační při přenosu rodičovských vzorů a výchovných modelů při adaptaci na mateřskou roli?*

Na tuto otázku odpověděly participantky rozdílným způsobem. První participantka, paní Květa neměla s rodiči v domácnosti nikdy dobrou atmosféru. Vztahy s nimi nadále neudrží a na dětství nemá dobré vzpomínky. Jeden vzor si však od svých rodičů vzala, a to právě ten, jak nikdy nechce vychovávat své děti.

Druhá participantka, paní Marie naopak rodiče pořádně nepoznala, jelikož vyrůstala v dětském domově. Za její vzor bychom tedy mohli považovat její starší sestru. Z výkladu a pozorování paní Marie je patrné, že její děti budou mít časem podobné návyky, jako má ona.

2. *Jak ovlivňuje dosažené vzdělání úroveň zdravotní gramotnosti klientek?*

Celá situace by mohla být zhodnocena tak, že čím vyšším vzděláním člověk disponuje, tím lépe by se mohl prosadit na trhu práce a vydělávat větší obnos financí, což by mohlo vést ke zlepšení životního stylu dané rodiny.

Paní Květa má středoškolské vzdělání s výučním listem a poměrně fyzicky náročnou práci na poště. Tato participantka umí číst a orientovat se v různých dokumentech bez pomoci ostatních klientek nebo personálu. Co se týče jejího zdraví a zdraví jejích dětí, je plně soběstačná a v tomto ohledu nepotřebuje ničí pomoc, ani se zajištěním místa u lékaře.

Paní Marie absolvovala pouze základní školu. Má znatelné problémy se čtením a díky tomu se hůře orientuje v potřebných dokumentech. Když bylo řešeno, že její syn zmeškal poslední tři očkování, odvětila, že si bude na doktorku asi stěžovat, protože ztratila kartu jejího syna. Žádná stížnost se ale nekonala a syn tak brzy přijde o další důležitá očkování. Zatímco paní Květa zajistila svým dětem lékaře a stomatologa sama, paní Marie a její děti

prozatím stomatologa nemají. Bylo jí doporučeno, aby se o zajištění poradila se sociální pracovníci.

3. *Je zdravotní gramotnost klientky v rámci péče o děti podmíněna počtem narozených dětí?*

Dle informací získaných z rozhovoru je možné říci, že se klientky s každým svým dalším dítětem učí v péči o něj novým věcem. Paní Květa o své děti pečuje po zdravotní i výchovné stránce lépe než paní Marie. Paní Květa v rozhovoru zmínila, že když už si ty děti udělala, tak taky ví, jakým způsobem by se o ně měla starat. Dle jejího názoru by k této situaci měly přistupovat všechny maminky stejně, ať už budou mít dítě jedno, nebo více, péče by se mělo dostat všem stejně. Květa zvládá dětem vyplnit dny volnočasovými aktivitami, aby mohla být déle v práci.

Děti paní Marie jsou neukázněné a matka si s nimi neví rady, celkově je ze svých tří dětí unavená a radši, než aby všechen svůj čas věnovala jim, tráví je s kamarádkami z jiných bytových jednotek.

Opět se dostáváme k situaci, kdy matce, která má pouze jedno dítě, toto dítě spadlo na hlavičku a mělo otřes mozku. Paní Květa, jakožto matka pěti dětí, hned poznala, co s dítětem je a klientce doporučila, aby s ním ihned šla na pohotovost.

4. *Jakým způsobem klientky pečují o své vlastní zdraví a také o zdraví svých dětí?*

Opět se setkáváme s rozdílnými přístupy klientek k péči o zdraví. Paní Květa dbá na to, aby její děti chodily vhodně oblečené. Pokud se stane, že děti onemocní, zůstane s nimi na bytové jednotce a snaží se o jejich brzké uzdravení. Děti má vychované tak, že když pro změnu onemocní ona, děti se snaží postarat o ni. Co se týče prevence onemocnění, paní Květa v tomto ohledu dodržuje vnitřní řád azylového domu, který se snaží šíření nemocí předcházet.

Jelikož jsou děti paní Marie velmi energické, nikdy nemoc nevyleží pořádně. Matka nemá sílu držet je v posteli proti jejich vůli, protože ví, že tam stejně nezůstanou. Jelikož má mladší děti než paní Květa, nedokážou se o ni postarat, když onemocní ona. Domácí řád AD moc nerespektuje, protože i přes to, že jsou její děti nebo děti jiné klientky nemocné, stejně tráví čas všichni dohromady na její bytové jednotce.

5. *Jakým způsobem personál azylového domu pomáhá klientkám a jejich dětem při prevenci nemocí a podpoře jejich zdraví?*

Personál AD se snaží zabraňovat šíření nemocí právě pomocí vnitřního řádu a rad, které poskytují klientkám v případě, že by jejich dítě onemocnělo. Klientky však takové situace řeší často mezi sebou a nezeptají se na radu službu konající pracovníce. Každá klientka v AD své problémy řeší individuálně. Některé jsou z větší části samostatné, jiné své potíže řeší s jinými klientkami, další s personálem AD a některé vyhledají pomoc u pracovníků sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi. Výběr „pomocníka“ při řešení různých situací závisí na daném problému. Personál AD má možnost klientkám darovat potřebné léky, pokud samy nemají peníze, a to například již zmiňovaný šampon, s pomocí kterého by se klientky a jejich děti zbavily vši.

10 DISKUSE

V souvislosti s výše uvedenými tvrzeními se v této kapitole naskytá možnost k diskuzi týkající se zhodnocení práce. Nejprve bychom chtěli čtenáře uvést do souvislostí mezi literaturou, ze které bylo čerpáno a výsledky výzkumu.

Při tvorbě tohoto výzkumu jsme čerpali zejména z přehledové studie od Olecké a Ivanové (2016), které ve svém výzkumu zmínily, že by zdravotní gramotnost matek mohla být prošetřena více detailně, a to právě kvalitativním přístupem ve výzkumu, který k tomuto nabádá. Oblastí zájmu tohoto výzkumu se tedy staly matky – klientky azylového domu, jež jsou z nějakého důvodu ohroženy sociálním vyloučením. S tímto tématem by bylo vhodné i nadále pracovat, ať se bude týkat matek v azylových domech, nebo celkově matek, které jsou ohroženy sociálním vyloučením.

Holčík (2010) poukazuje na to, že by se zdravotní gramotnost měla stát součástí výchovy dětí, a to zejména osvojení si potřebných znalostí, dovedností a návyků, jež vedou ke zdravému životnímu stylu. U klientek v azylových domech je toto velkým fenoménem. Když klientka neumí pečovat o své vlastní zdraví, bude umět pečovat o zdraví svých dětí? Z výsledků našeho výzkumu je patrné, jaké dovednosti a návyky, související se zdravým životním stylem, klientky předávají svým dětem.

Tým Nízkoprahového klubu Pavlač a Sociálně aktivizačního programu (2016) definuje sociální vyloučení jako situaci, kdy člověk čelí komplexu problémů, mezi nimiž může být nezaměstnanost, diskriminace, nízká kvalifikace, nedostačující příjmy, špatný zdravotní stav, špatná kvalita bydlení nebo rozpad rodiny. Naše klientky prožívají tyto situace. Paní Květa si prožila rozpad rodiny a diskriminaci při řešení bytových podmínek kvůli počtu dětí. Paní Marie stále prožívá tyto problémy téměř všechny. Služby v azylovém domě jim mají pomoci oprostít se od těchto problémů a vydat se na samostatnou cestu životem. Tyto služby byly zmíněny v teoretické části práce, jedná se například o péči o děti, péči o sebe sama nebo pomoc při vyřizování příspěvků a dávek. Personál azylového domu je klientkám nápomocen při zvyšování úrovně samostatnosti v mnoha oblastech každodenního života.

Matoušek (2003) v tomto případě uvedl, že pokud matka není schopna pečovat o své dítě a vychovávat jej, může se dočkat pomoci od pracovníků AD. Dle výroků sociální pracovníce i klientek se této pomoci v azylovém domě klientkám opravdu dostane, pokud o ni požádají službu konající personál.

Dále bychom chtěli plynule navázat na naplnění cílů práce. Hlavním cílem celé práce bylo porozumění významu zdravotní gramotnosti v oblasti životního stylu a péče o dítě u klientek v azylovém domě. Dílčím cílem byl v tomhle případě popis role, kterou sehraává personál azylového domu při zvyšování zdravotní gramotnosti matek.

Co se týče hlavního cíle, je nutné poukázat na to, že každá klientka se k danému problému staví individuálním způsobem. Není možnost narazit na klientky, které by uvažovaly úplně stejně. V daných případech se zdá, že je zdravotní gramotnost opravdu dána tím, jaké vzory daná klientka přebírala v dětství. Dle výsledků výzkumu můžeme říci, že úroveň dosaženého vzdělání se také odráží na zdravotní gramotnosti dané klientky. Zda je úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti péče o děti podmíněna počtem narozených dětí? Jelikož klientka s pěti dětmi okomentovala situaci způsobem, že se s každým dalším dítětem učí novým věcem, dalo by se v tomto ohledu říci, že ano. Naopak druhá klientka o zdraví svých dětí nejeví až takový zájem, i když má děti tři, je tohle tvrzení sporné. Ovlivnění počtem narozených dětí tedy odvozujeme z tvrzení participantky a sociální pracovnice, neboť se obě zmínily o případu nejmenované klientky s prvním dítětem, které jí spadlo na hlavu. Kdyby od ní totiž nezjistily, že dítě zvrací, nevěděla by, že mělo otřes mozku a celá tato situace by mohla dopadnout katastrofálně. Péče o zdraví je zde též velmi individuální záležitostí. Každá klientka se k tomuto staví jinak. Některá zodpovědně, jiná má k tomuto zase laxnější přístup. Opět zde záleží na individualitě klientek.

Na dílčí cíl odpovídáme poslední výzkumnou otázkou týkající se pomoci personálu, co se týče zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti. V tomto ohledu se personál opravdu snaží být co nejvíce nápomocen potřebám klientek, záleží však na klientkách, zda požádají o pomoc či ne. Důležitým aspektem je zde vnitřní řád, který by měl být klientkami respektován.

11 ETICKÉ ASPEKTY A LIMITY STUDIE

Jelikož výzkum probíhal v zařízení sociálních služeb, v práci je přiložen souhlas s umožněním výzkumu v azylovém domě. Ten se vztahuje na použití metodiky v teoretické části, pozorování v průběhu odborné praxe a provedení rozhovorů v praktické části.

Vzhledem k povaze výzkumu a GDPR byly klientky a pracovnice osloveny s prosbou o participaci v rozhovorech, které budou později zpracovány pro účely bakalářské práce. S klientkami a pracovníci byla provedena ústní dohoda o zpracování osobních dat, která je součástí audionahrávek rozhovoru. Osobní údaje týkající se klientek byly pozměněny, aby bylo zamezeno odhalení jejich identity.

Přepsané rozhovory nejsou v práci k dispozici, čtenář může vidět pouze jejich úryvky v jednotlivých kategoriích.

Velký důraz byl kladen na etiku při práci s klienty. Pokud bylo z výrazu klientky patrné, že o daném tématu nechce dále hovořit, posunul se rozhovor jiným směrem.

Výzkum je koncipován jako případová studie, při které zjišťujeme detailnější informace u menšího počtu participantů. Přesto si uvědomujeme limit tohoto designu spočívající ve velikosti výzkumného souboru. V další práci by měly být rozhovory realizovány s více klientkami daného AD.

Zdravotní gramotnost byla zúžena na oblast životního stylu, péče a samostatnosti. Bylo jistě zajímavé, ale myslíme si, že bezpředmětné, zkoumat, zda se klientky orientují ve zdravotnickém pojmosloví a dokumentech. V rozhovorech také klademe důraz na inteligenci a komunikační schopnosti klientek.

Údaje o sociální pracovníci v práci nejsou specifikovány tak, jako je tomu u klientek. Je to z toho důvodu, že klientky v azylovém domě žijí v anonymitě. Pokud samy nechtějí, nikdo „zvenčí“ o nich nemusí vědět. Naopak zmínit v práci údaje o sociální pracovníci by mohlo vést k tomu, že si tuto osobu může kdokoliv vyhledat a kontaktovat.

Velkým limitem při realizaci zmíněných rozhovorů bylo nahrávací zařízení. Jakmile klientky věděly, že je zapnuté, přepadla je nervozita a nebyly tak otevřené jako mimo oficiální rozhovor. Mnoho informací o klientkách bylo tedy zjišťováno pomocí doptávání se a pozorování.

ZÁVĚR

V této práci jsme se zabývali tématem sociálně vyloučených matek, péčí o ně, jejich úrovni zdravotní gramotnosti a nastíněním sociální služby azylového domu v Uherském Brodě.

Empirická část práce se odvíjí od poznatků v teoretické části. Je důležité čtenáři objasnit pojmy, jako je sociální vyloučení, sociální opora, služby sociální prevence, z nichž jsou v práci definovány dvě pro nás nejdůležitější, a to jsou azylové domy a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Taktéž pracujeme s pojmy jako zdravotní gramotnost, výchova ke zdraví, ale i důležité dokumenty týkající se zdravotní gramotnosti, nebo například principy a cíle poskytování služby azylového bydlení.

K pochopení situace klientek v azylových domech je potřeba seznámit se s důležitými aspekty, jako může být například přechod z orientační rodiny do samostatného života a uplatnění naučených návyků, kterými jako stávající matka působí na své vlastní děti. Dalším aspektem se jeví to, jakým způsobem se klientka dostala do azylového domu, co ji k tomu přimělo.

Personál v azylovém domě pro matky s dětmi v tísni v Uherském Brodě se snaží všemožnými způsoby pomoci klientkám, které se přijdou svěřit se svým problémem, ať už se jedná o maličkost či o situaci, kterou klientka může vnímat jako krizovou. Personál AD a vnitřní řád vedou klientky k samostatnému řešení svých problémů. Často se stává, že klientky využijí pomoci sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, nebo rady a pomoci od jiné klientky.

Závěrem bychom chtěli toto zařízení doporučit pro případnou odbornou praxi jak studentů oboru zdravotně sociální pracovník, tak studentům sociální pedagogiky. Personál v zařízení je velmi milý a ochotný praktikantům vyjít vstříc v mnoha ohledech, které si přejí při výkonu tohoto typu praxe pochopit. Jelikož se jedná o pobytovou službu, je v tomto zařízení při souvislé praxi větší možnost pro pochopení, z jakých poměrů klientky pocházejí, jak reagují v určitých situacích a také to, jaké se mezi nimi utváří vazby a na jakém základě. Pokud je praktikant empatický a komunikativní, je zde možnost, že jej klientky „přijmou mezi sebe“ a jsou ochotné zmiňovat problémy, které by se samy styděly řešit s personálem.

Samotná práce nám při psaní dala mnoho nových a obohacujících poznatků, se kterými bychom mohli pracovat v průběhu výkonu budoucího povolání v sociálních službách.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAJER, Pavel, 2006. Každý azylový dům musí mít rozpracovanou sociální práci s uživatelem. *Sociální práce/Sociálna práca: Bezdomovectví*. 4(4). ISSN 1213-6204
- [2] BICKOVÁ, Lucie, 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [3] BUSKOTTE, Andrea, VANÍČKOVÁ HORNÍKOVÁ, Lucie, ed., 2008. *Z pekla ven: žena v domácím násilí*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-1786-6.
- [4] CIMRMANNOVÁ, Tereza, 2013. *Krise a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum. Psyché (Grada). ISBN 978-80-246-2205-7.
- [5] ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
- [6] GLUMBÍKOVÁ, Kateřina, 2014. Doplnkové služby v azylových domech: Panna, nebo orel? *Sociální práce/Sociálna práca*. 14(2). ISSN 1805-885x.
- [7] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7040-2.
- [8] HOLČÍK, Jan, 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova Univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-210-5239-0.
- [9] HOLČÍK, Jan, 2017. *Zdravotní gramotnost a zdravotní politika: Sborník textů pro kolokvium* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Kolokvium_Sbornik.pdf
- [10] KERNOVÁ, Věra, 2010. *Co je podpora a ochrana zdraví* [online]. Praha: SZÚ, s. 13 [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf
- [11] KICKBUSCH, Ilona et al., [2013]. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Solid facts (Series). ISBN 978-928-9000-154.
- [12] KOŤA, Jaroslav, Dobromila TRPIŠOVSKÁ a Marie VACÍNOVÁ, 2013. *Sociální psychologie: vybrané kapitoly*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-7452-029-7.

- [13] KRAUS, Blahoslav, 2014. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0643-9.
- [14] LEVITOVÁ, Pavla a Monika ŠENOVSKÁ, 2018. *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*. Uherský Brod
- [15] LOEBE, Ladislav, 2015. Individuální plánování sociálních služeb: legislativa a praxe. *Sociální práce/Sociálna práca*[online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=719>
- [16] MAREK, Jakub, Aleš STRNAD a Lucie HOTOVCOVÁ, 2012. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0090-1.
- [17] MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich, 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [19] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7002-X.
- [20] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- [21] MURRAY, Charles A., 1998. *Příliš mnoho dobra: americká sociální politika: 1950-1980*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-858-5055-9.
- [22] OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ, 2016. *Health literacy of primiparae in the first six months of maternity: review*. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2016;7(3):494–503.
- [23] PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
- [24] ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- [25] SØRENSEN, Kristine et al., 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. **12**(1). DOI:

10.1186/1471-2458-12-80. ISSN 1471-2458. Dostupné také z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

[26] ŠOLCOVÁ, Iva, 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2947-3.

[27] ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5327-0

[28] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

[29] TICHÝ, Michal, 2007. *Práce se sociálně neadaptovanými klienty: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. Psyché (Grada). ISBN 978-80-7368-310-8.

[30] Tým Nízkoprahového klubu Pavlač a Sociálně aktivizačního programu, 2016 *Metodická příručka: Příležitost pro matky na ubytovnách* [online]. Brno: RATOLEST BRNO [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: http://www.dejmezenamsanci.cz/wp-content/uploads/2017/08/P.6-Metodika_prilezitost_pro_matky_na_ubytovnach.pdf

[31] ÚLEHLA, Ivan, 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-864-2936-9.

[32] *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, 2014. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem. ISBN 978-80-85047-47-9.

[33] *Avenier-zdravotní gramotnost* [online], [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <https://odbornost.avenier.cz/cz/zdravotni-gramotnost>

[34] Cíle zdraví pro všechny do 21. století, 2000. *Zdraví a zdravotnictví* [online]. [cit. 2019-03-18]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1669>

[35] ČTK, Chudoba v Česku? Obtížně s příjmem vychází 43 procent domácností. *Eurozpravy* [online]. [cit. 2019-03-31]. Dostupné z: <https://eurozpravy.cz/ekonomika/ceska-republika/240120-chudoba-v-cesku-obtizne-s-prijmem-vychazi-43-procent-domacnosti/>

- [36] *Charita Uherský Brod: Azylový dům pro matky s dětmi v tísní* [online], [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: https://www.uhbrod.charita.cz/socialni-sluzby/azylovy-dum-pro-matky-s-detmi-v-tisni-uhersky-brod/?gclid=CjwKCAiAs8XiBRAGEiwAFyQ-eubmkGb-JWzGmtqcNUpkdvqyVFO6rifGCUmkQyYMa9TNdY2XNKTKeHoCWucQAvD_BwE
- [37] *Ministerstvo práce a sociálních věcí: zákon č. 108/2006 Sb.* [online], [cit. 2019-05-03]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf
- [38] *Slovníček pojmů* [online], [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: <https://www.varianty.cz/slovnicek-pojmu/86-socialni-vyloucení>
- [39] *Zdravotní gramotnost* [online], [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <http://zdravotnigramotnost.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AD Azylový dům.

IPA Interpretativní fenomenologická analýza.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – kategorie IPA.....	44
--------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – základní informace o participantech.....	36
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I:	Souhlas s umožněním výzkumu v zařízení	69
PŘÍLOHA P II:	Kategorie IPA	70

PŘÍLOHA P I: SOUHLAS S UMOŽNĚNÍM VÝZKUMU V ZAŘÍZENÍ

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU V ZAŘÍZENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumu ve Vašem zařízení, který bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studentku třetího ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník, prezenční formou studia.

Jméno a příjmení studenta	Barbora Bartošová
Téma bakalářské práce	Zdravotní gramotnost matek v azylových domech
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.
 Podpis
Participant	Sociální pracovníce, klientky
Pracoviště: Azylový dům pro matky s dětmi v tísní v Uherském Brodě	Vedoucí pracoviště: Mgr. Radka Roubalíková, Dis. Souhlasím/nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

**Azylový dům pro matky
s dětmi v tísní Uherský Brod**

Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: KATEGORIE IPA

