

HODNOTA ZDRAVÍ U OSOB BEZ DOMOVA

Jan Mandys

Abstrakt

Osoby bez domova mají vzhledem ke svému životnímu stylu obtížný přístup k lékařské péči. Tento jejich životní styl zároveň výrazně ovlivňuje chápání významu tělesného, ale také duševního zdraví. Bydlení je jednou ze základních determinant zdraví. Bezdomovectví je výrazným fenoménem poslední doby a představuje extrémní formu sociální exkluze. Většinová společnost často bezdomovce stigmatizuje nejružnějšími předsudky. Tato stigmata však ještě více prohlubují jejich sociální exkluzi.

Abstract

Regarding the lifestyle homeless people have difficult access to medical care. At the same time this lifestyle markedly influences the comprehension of the meaning of physical and mental health as well. The housing is one of fundamental determinations of the health. The homelessness is expressive phenomenon of the recent days and it represents extreme form of the social exclusion. Majority society often stigmatizes homeless people all sorts of prejudices. However these stigmas more and more deepen their social exclusion.

Klíčová slova

Bezdomovectví, domov, hodnota, nemoc, sociální exkluze, zdraví

Keywords

Homelessness, home, value, illness, social exclusion, health

Hodnota zdraví

V současné psychologické teorii představuje pojem hodnota specifickou kategorii. Hodnota tvoří poměrně stabilní trvalou strukturu osobnosti významnou pro individuální, sociální a historickou realizaci člověka. Hodnoty nám říkají, co je pro nás dobré a prospěšné, ale také špatné a nežádoucí a zároveň hodnoty reagují na individuální nebo skupinové aktivity (Cakirpaloglu; 2004). Každá osobnost má svou vlastní stupnici hodnot řazenou dle významu, který pro něj v životě má (např. zdraví, úspěch, přátelství apod.).

Ve svém uvažování o hodnotách a i přes terminologickou nejednotnost názorů na pojem hodnoty, dochází Cakirpaloglu na základě psychologické analýzy hodnotových charakteristik ke zestručnělému vymezení¹: „Hodnoty představují systém získaných dispozic člověka jednat nebo směřovat k cíli v souladu s žádoucností, kterou určují podmínky existence“. Tato definice se jeví jako nejvhodnější v kontextu předkládaného problému. Většina bezdomovců bojuje s kumulací několika handicapů, které je uvrhají do sociální exkluze. Na žebříčku jejich hodnot zaujímají přední místa potřeby primární (potrava, teplo, přežití). Ještě více nám toto chápání hodnot může dále přiblížit Cakirpaloglu pomocí funkční definice²: „Hodnoty představují vytoužené, hlavně uvědomělé tendence konstituující bio-psycho-duchovní podstatu lidského bytí.“

¹ Cakirpaloglu, P. Psychologie hodnot. Votobia, 2004, str. 385. ISBN 80-7220-195-6

² Cakirpaloglu, P. Psychologie hodnot. Votobia, 2004, str. 405. ISBN 80-7220-195-6

Zdraví je jednou ze základních podmínek kvality lidského života. Zdraví lze z obecného hlediska chápat jako něco, co souvisí s neporušeností, s dobrou koordinací a správnou funkcí všech orgánů a celého organismu. Zjednodušeně můžeme říci, že zdraví je stav naprosté tělesné, duševní a sociální pohody. Pojetí zdraví bývá ovlivněno například věkem, vzděláním apod. (Vašina; 1999). Zdraví tělesné je stejně zásadní pro kvalitu života jako to duševní. I proto hovoříme o zdravé osobě jako o té, která je schopna zastávat všechny své každodenní funkce.

Vliv zdraví na kvalitu života můžeme pozorovat v analýze Křízové (2002). Ta upustila od zkoumání hodnocení subjektivní spokojenosti se zdravím respondentů, neboť ti uváděli nižší spokojenost se svým zdravím se vzrůstajícím věkem i přes absenci významnějších problémů a naopak mnoho respondentů se závažnými problémy uvedlo, že nemají zdravotní problémy. V tomto kontextu vystoupila jako nejzávažnější proměnná ve fyzických projevech kvality života - kvalita spánku. Vliv nemoci na vnímání nižší kvality života můžeme pozorovat nejvíce ve středním věku. Zde vystupuje do popředí také proměnná ekonomické situace. Ve věku 30 – 39 let role nemocného koliduje se společenskou rolí, ve věku 39 – 50 let mají lidé největší očekávání. Tyto charakteristiky můžeme vztáhnout i na osoby bez domova.

Zdravotní stav bezdomovců

Zdravotní péče pro osoby bez domova je přímo ovlivňována ekonomickou situací a zdravotní politikou státu. A právě přístup ke zdravotní péči je jedním z klíčových determinantů ovlivňující zdravotní stav populace bezdomovců. Velkou roli však hrají i další aspekty (nedostatek spánku, špatná životospráva, nedostatek hygieny, závislosti na návykových látkách apod.). Bezdomovci jsou dle Bartáka (2006) ve srovnání s bydlící populací více chronicky nemocní, mají často problémy s duševním zdravím (příčina i následek ztráty domova) a vysoké procento bezdomovců má problémy s alkoholem.

Také statistiky z Evropské unie prokazují, že bezdomovci mají více zdravotních problémů než ostatní obyvatelé. Např. anketa mezi bezdomovci v Londýně prokázala, že střední věk úmrtí těchto lidí je 47 let proti 73-79 letům ostatní populace. V Německu mají bezdomovci oproti běžným občanům až o deset let kratší život. Anketa dále ukázala, že osoby bez domova mají větší šanci než běžná populace³:

- „150x více, že zemřou násilnou smrtí,
- 34x více smrtí sebevraždou,
- 8x více následkem nehody,
- 3x více na následek zápalu plic a podchlazení.“

Výzkumy ve Velké Británii ukázaly (Fitzpatrick S., et. al.; 2004), že očekávaná délka života lidí bez domova je 42 let (národní průměr je 74 let). Tito lidé 35x častěji páchají sebevraždy v porovnání s majoritní společností. Čtyřikrát častěji umírají z nepřírodných příčin (napadení, nehody, otravy návykovými látkami, apod.). Studené počasí neznamená nárůst v úmrtnosti. Stres zvyšuje riziko nemocnosti. Stejně jako u nás mají i ve Velké Británii bezdomovci obtížný přístup ke zdravotním službám.

Od roku 1994 funguje v Praze ordinace praktického lékaře pro osoby bez domova. Za rok 2005 vyhledalo pomoc lékaře 5054 osob, z toho 3997 mužů (79 %) a 1057 žen (21 %), mimo

³ Hradecká, V., Hradecký, I. Bezdomovství – extrémní vyloučení. Praha, Naděje, 1996, str. 63. ISBN 80–902292–0–4

ordinační hodiny ošetřila zdravotní sestra dalších 1682 osob (Hradecký, 2006). Přehled nejčastějších onemocnění diagnostikovaných v ordinaci⁴:

- „chřipky a dýchací cesty: 709 případů,
- mentální, psychické, závislost: 83 případů,
- žaludeční a střevní potíže: 175 případů,
- infekční: 31 případů,
- svrab: 75 případů,
- bércové vředy: 553 případů,
- revmatické a neurologické: 347 případů,
- kožní: 424 případů,
- kardiovaskulární: 494 případů,
- omrzliny: 62 případů,
- odeslaní k vyšetření na tuberkulózu: 182 případů,
- ostatní a neidentifikované: 984 případů.“

Tyto údaje doplňuje další analýza. Ta zkoumá data z lékařské ordinace pro bezdomovce od začátku roku 2005 až do poloviny roku 2006 (Šupková a kol.; 2007). Opět jsou nejčastější nemoci dýchací soustavy a nemoci kůže a podkožního maziva. Analýza Šupkové interpretuje statistická data ještě z pohledu nárůstu cizinců mezi bezdomovci. V roce 2005 bylo ošetřeno touto ordinací 75 cizinců (z toho 72 Slováků). V roce 2006 to bylo již za prvních pět měsíců 187 cizinců (z toho 171 Slováků). U cizinců převládají nemoci kůže nad respiračními onemocněními.

Šupková a kol. (2007) uvádí statistická data z ordinace praktického lékaře v Praze týkající se duševních onemocnění⁵:

- „závislosti (23 %),
- depresivní stavy (19 %),
- poruchy spánku (17 %),
- reakce na stres a poruchy přizpůsobení (16 %),
- nemoci schizofrenního okruhu (8 %),
- poruchy osobnosti (4 %),
- úzkostné poruchy (2 %),
- ostatní (11 %).“

Závislost na alkoholu bezdomovectví často determinuje a také ho obnovuje. Pracovníci azylových domů pozorují vzrůstající tendenci nárůstu psychotických uživatelů.

Během monitoringu zdravotního stavu bezdomovců (Šupková a kol.; 2007) byla zvláštní pozornost věnovaná výskytu tuberkulózy. Monitoring u osob v Praze (6000 osob, 24 TB identifikovaných onemocnění) dovoluje odhadovat počty možného výskytu TB u bezdomovců v celé republice. To představuje výskyt zhruba 100 nových TB onemocnění na 100 000 bezdomovců ročně. Výskyt tuberkulózy je tudíž desetkrát častější než u běžné populace.

Vedle těchto jasných statistických ukazatelů byl uskutečněn výzkum pomoci metody focus group. Výzkumu se zúčastnili odborníci, kteří s danou skupinou osob pracují ve zdravotních nebo sociálních službách a kteří znají a dokáží řešit specifické problémy osob bez domova.

⁴ Hradecký, I. Národní zpráva o bezdomovectví v České republice 2006. Praha, 2006, str. 19.

⁵ Šupková, D. a kol. Zdravotní péče o bezdomovce v ČR. Praha, Grada, 2007, str. 27. ISBN 97–80–247–2245–0

Odborníci se shodli, že kariéra bezdomovce začíná obvykle již dříve, než člověk skončí přímo na ulici. Bezdomovci obvykle pocházejí z dysfunkčních, neúplných rodin, často prošli ústavní výchovou nebo odnětím svobody, zažili partnerské nebo rodinné kolapsy, po nichž odešli od rodiny. Sociální pracovníci uváděli jako nejzávažnější výskyt infekčních nemocí u svých uživatelů a velké riziko šíření těchto nemocí (kožní nemoci, TBC apod.). Dále upozorňovali na vysoký výskyt duševních onemocnění u těchto osob a u takřka 100 % uživatelů identifikují problémy s alkoholem. Lékaři potvrdili u osob bez domova vysoký výskyt chronických onemocnění a duševních poruch. Jako důležité hodnotili absenci kompletní a kontinuální lékařské dokumentace, která znesnadňuje přesné stanovení diagnózy. Lékaři navíc konstatovali potřebu vzniku specializovaných zdravotnických pracovišť, která by se zabývala otázkou zdravotního stavu bezdomovců. Přítomnost bezdomovců – pacientů totiž odrazuje ostatní pacienty (Barták; 2006).

Příčinou většiny zdravotních problémů u bezdomovců je zanedbání lékařské péče. Vedle zanedbání ze strany bezdomovců dochází také, jak bylo řečeno výše k neochotě lékařů poskytovat bezdomovcům zdravotní péči. Na tyto problémy by měla reagovat zdravotní i sociální politika státu. Zajištění lékařské péče těmto osobám má významný preventivní efekt při předcházení šíření infekčních nemocí do celé společnosti. Janebová (2001) ukazuje příklady dobré praxe screeningových programů ve Velké Británii. V USA existuje federální program zabývající se zdravotní péčí (Health Care for the Homeless). Jeho účelem je zaplnění mezer ve zdravotní péči.

Zdravotní stav bezdomovců se stal poslední dobou předmětem odborné diskuze. Základní myšlenky Bartáka rozvíjí Šupková a kol. (2007). Předmětem jejího výzkumu bylo šetření mezi pracovníky azylových domů, mezi pracovníky ze stanovišť záchranné služby a zdravotních zařízení. Pracovníci azylových domů vnímají jako nejzásadnější tyto problémy:

1. přístup lékařů – předčasné propuštění z nemocnice, otevřený nezájem lékaře apod.,
2. přístup bezdomovců ke svému stavu – odmítání léčby, nedodržování léčby apod.,
3. současný systém zdravotní politiky a ekonomiky a personální a materiální podmínky, ve kterých jsou služby poskytovány (málo sociálních služeb, služby nemají kapacitu k ubytování nemocných apod.).

Pro zlepšení situace sociální pracovníci navrhují. Vyšší osvětu mezi uživateli, medializace problematiky bezdomovectví, vytvoření prostoru pro separaci nemocných, vytvoření specializovaného sociálně – zdravotnického zařízení a změna v přístupu uživatelů k lékařské péči.

Pracovníci lékařské záchranné služby poukazují na tyto zásadní problémy (Šupková a kol.; 2007):

1. obtížná administrace (neplacení pojistného, možnost zkontrolovat totožnost pacienta, apod.),
2. obtížný příjem (komorbidita apod.),
3. ztížená komunikace (opilost, agresivita apod.),
4. velká psychická zátěž posádky (pocity „marné práce“ apod.),
5. ztížená práce posádky v čase i rozsahu (dezinfekce vozu, příprava na výjezd apod.).

Pro zlepšení situace navrhují vytvořit specializované sociálně – zdravotnické zařízení, změna celkové koncepční strategie péče o bezdomovce.

Samotný zdravotnický personál v zdravotnických lůžkových zařízeních identifikuje následující problémy (Šupková a kol.; 2007):

1. administrativní a finanční,

2. nespolupráce pacienta,
3. zvýšené nároky na ošetření vlivem malhygieny,
4. nároky vyvstávající z indikace k propuštění ze zařízení.

Zdravotníci navrhují vytvořit specializované sociálně – zdravotnické zařízení, zlepšit služby azylových domů, zvýšit informovanost a azylových domech v daném regionu a vytvořit bezplatné veřejné sociální zařízení pro bezdomovce odmítající pobyt v azylovém domě.

Rozsáhlé dotazníkové šetření proběhlo také v Pardubicích. Jedna z otázek směřovala také na zjištění zdravotního stavu osob bez domova, které využívají služby místního poskytovatele sociálních služeb pro osoby bez přístřeší (Paulovič a kol.; 2006). Téměř polovina respondentů má dobré zdraví (47 %) a netrápí je žádné zdravotní potíže. 20 % respondentů má jen občasné zdravotní problémy a 33 % respondentů trápí těžké zdravotní problémy.

I přes tato zjištění zemřou každoročně v zimních měsících v Pardubicích dva až tři lidé bez domova. V těchto případech nebývá důvodem úmrtí umrznutí. Důvodem obvykle bývá selhání organismu v důsledku celkové devastace zdraví (závislost na alkoholu, sklony k epilepsii, oslabení organismu v důsledku nedostatečné stravy apod.).

Závěr

Bydlení je zásadním determinantem, který je předpokladem dobrého zdraví. Pouze v obydlí má osoba zaručenu jistotu správného doléčení bez zásahu externích vlivů (např. opětovné vystavení nepřízní počasí apod.) U osob bez domova můžeme pozorovat vyšší nemocnost (zejm. respirační a kožní onemocnění). Vztah k hodnotě zdraví je u bezdomovců určován jeho zkušenostmi, vzděláním, výskytem závislosti případně duševní poruchou. Jaký význam předkládají bezdomovci zdraví nelze jednoznačně určit. Výzkumy zkoumají determinanty tělesného zdraví, podmínky, za kterých může osoba zůstat zdravá. Můžeme předpokládat, že život bezdomovce je primárně ovlivněn potřebou přežít. Tento úkol se ovšem snadněji plní osobě, která je zdravější. Život na ulici svou podstatou vylučuje udržení dobrého zdraví. Zdravotnická zařízení nejsou kontinuálně propojena s poskytovateli sociálních služeb. Poskytovatelé služeb nemají kapacity, aby mohli věnovat doléčení bezdomovců potřebnou péči. I po vyléčení nemoci tedy často dochází k brzkému obnovení problémů případně zhoršení stavu. Česká legislativa zajišťuje právo na zdravotní péči i pro osoby bez domova. Praxe však ukazuje, že tito lidé mají velmi ztížený přístup k lékařským službám. Jednou z cest je tvorba individuálních projektů – regionálních ordinací praktických lékařů s možností několika ambulantních lůžek v prostorách azylových domů či nízkoprahových center. Nejpodstatnější podmínkou pro změnu tohoto stavu je však soustavná diskuze o bezdomovectví a následná destigmatizace tohoto společenského problému.

Použité zdroje

1. Barták, M., Hnilicová, H., Horáková, P. Zdravotní potřeby bezdomovců v doporučení Světové zdravotnické organizace a v realitě České republiky. In Sociální práce. 2006, č. 4, str. 77 – 82.
2. Cakirpaloglu, P. Psychologie hodnot. Votobia, 2004. ISBN 80–7220–195–6
3. Fitzpatrick S., et. al. Bezdomovství, přehled výzkumů z Velké Británie. Kostelec nad Černými lesy, IZPE, 2004. ISBN 80–86625–15–X
4. Hradecká, V., Hradecký, I. Bezdomovství – extrémní vyloučení. Praha, Naděje, 1996, str. 63. ISBN 80–902292–0–4
5. Hradecký, I. Národní zpráva o bezdomovectví v České republice 2006. Praha, 2006.
6. Janebová, R. Některé zkušenosti s pomocí bezdomovcům v USA a Velké Británii. In Sociální politika. 27; 2001, č. 2, str. 19 – 21.

7. Křížová, E. Sociologické podmínky kvality života. In Zdravotnictví v České republice. 5; 2002, č. 3 - 4, str. 151 -156.
8. Paulovič, J., Sychrová, A., Šolínová, L. Průzkum uživatelů o. s. SKP – CENTRUM. Pardubice, SKP – CENTRUM, 2006.
9. Šupková, D. a kol. Zdravotní péče o bezdomovce v ČR. Praha, Grada, 2007. ISBN 97-80-247-2245-0.
10. Vašina, B. Psychologie zdraví. Ostravská univerzita v Ostravě. Ostrava, 1999.

Kontaktní adresa

Mgr. Jan Mandys
Student doktorského studijního programu
Katedra psychologie a sociální práce, FF OU v Ostravě
Magistrát města Pardubice
Nám. Republiky 12
530 21 Pardubice
Tel.: 420 466 859 619
E-mail: jan.mandys@mmp.cz