

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

BEZDOMOVECTVÍ V PNP

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

STRNADOVÁ DENISA

Praha 2019

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

BEZDOMOVECTVÍ V PNP

Bakalářská práce

STRNADOVÁ DENISA

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

Praha 2019



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

STRNADOVÁ Denisa

3AZZ

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Bezdomovectví v přednemocniční péči

Homeless in Prehospital Care

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2018



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25.3.2019

Podpis: *Štárnadlová*

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala mému vedoucímu práce panu Mgr. Jaroslavu Pekarovi, Ph.D. za profesionální vedení, cenné rady a názory k mé bakalářské práci. Dále pak děkuji rodině za podporu při studiu.

ABSTRAKT

STRNADOVÁ, Denisa. *Bezdomovectví v přednemocniční neodkladné péči*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Pekara, Ph.D. Praha. 2019. 69 s.

Bakalářská práce s názvem „Bezdomovectví v přednemocniční neodkladné péči“ se zabývá tematikou bezdomovectví, jeho příčin, problematikou a prevencí. V teoretické části je nastíněn postupný vývoj bezdomovectví a to, jak samotný název a trend bezdomovství vznikl. Bakalářská práce se dále zabývá také nejčastějšími infekčními onemocněními u lidí bez domova a tím, jak by se zdravotnický personál měl proti těmto onemocněním chránit. Na konci teoretické části jsou popsány postupy, které je potřeba zajistit při příjmu infekčního pacienta bez domova do vybraných zdravotnických zařízení. Jádrem bakalářské práce jsou rozhovory, které byly vedeny s bezdomovci i se zdravotnickými záchranáři.

Klíčová slova

Bezdomovectví. Komunikace. Přednemocniční neodkladná péče. Zdravotnický záchranář.

ABSTRACT

STRNADOVÁ, Denisa. *Homeless in Prehospital Care*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Degree: Bakalář (Bc.) Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Jaroslav Pekara Ph.D. Prague. 2019. 69 pages.

With a title of „Homeless in Prehospital Care“ the Bachelor’s thesis takes an insight in homeless problematics, it’s causes and prevention. The theoretical part begins with homeless development and how the homeless trend and the name itself formed. The Bachelor thesis further describes most common infectious disease and what means of protection should the medical personnel take. At the end of the theoretical part, procedures are described, that are necessary to comply with when taking in infectious patients into certain medical facilities. The core of this Bachelor’s thesis are interviews done with homeless people and paramedics.

Keywords

Homeless. Communication. Prehospital Care. Paramedic.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	13
SEZNAM OBRÁZKŮ	13
ÚVOD	14
1 Bezdomovectví	16
1.1 Historie bezdomovectví.....	16
1.2 Definice bezdomovectví.....	17
1.3 Příčiny vzniku bezdomovectví.....	18
1.4 Epidemiologická data.....	19
1.4.1 Bezdomovectví v ČR.....	20
1.4.2 Zdravotní stav bezdomovců.....	21
2 Úskalí bezdomovectví	24
2.1 Častá infekční onemocnění	24
2.1.1 Virové Hepatitidy.....	24
2.1.2 Tuberkulóza	27
2.1.3 Svrab	28
2.1.4 AIDS/HIV	28
2.2 Sociální aspekty spojené s lidmi bez domova.....	29
2.2.1 Alkoholismus	29
2.2.2 Komunikace a přístup ZZ.....	30
3 Bezdomovectví v PNP v ČR	32
3.1 Bezdomovectví a JIP	32
3.1.1 Izolace a ochranné pomůcky.....	33
3.2 Bezdomovectví a UP	34
3.3 Bezdomovectví a ZZS.....	36
4 Kvalitativní průzkum	37
4.1 Kódovací schéma	39
4.2 Metodika.....	40
4.3 Kvalitativní průzkum.....	43
4.4 Výsledky rozhovorů- tabulky	53

5	Diskuze.....	55
5.1	Doporučení pro praxi.....	57
5.1.1	Modelové situace.....	57
	ZÁVĚR.....	59
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
	PŘÍLOHY	I

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- AIDS..... acquired immune deficiency syndrome, syndrom získané imunodeficiencie
- ARO..... anesteziologicko-resuscitační oddělení
- CRP..... C reaktivní protein
- CT..... computed tomography, výpočtová tomografie
- ČR..... Česká republika
- EEG..... elektroencefalografie, elektroencefalogram
- EKG..... elektrokardiografie, elektrokardiogram
- JIP..... jednotka intenzivní péče
- MR..... magnetická rezonance
- NG..... nazogastrická (sonda)
- RLP..... rychlá lékařská pomoc
- TK..... krevní tlak
- VHA,B,C.... virová hepatitida A,B,C
- ZZ..... zdravotnický záchranář
- ZZS..... zdravotnická záchranná služba

(Hanuš Rozsypal a kol., 2013)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Dezinfekce	zneškodňování choroboplodných zárodků pomocí fyzikálních, chemických nebo kombinovaných postupů
Hostitel	člověk nebo jakýkoliv živočich, v jehož organismu jsou přirozené podmínky pro uchycení a přežívání infekčního agens
Infekce	vstup infekčního agens do organismu hostitele a pomnožení či pomnožení tohoto agens v jeho tkáních
Inkubační doba	časový interval potřebný k tomu, aby se původce nákazy po vniknutí do organismu hostitele pomnožil či prodělal určitý vývoj a poté vyvolal první klinické příznaky onemocnění
Karanténa	osoby podezřelé z nákazy jsou odděleny od ostatních, vyšetřovány a pozorovány lékařem
Očkování	aplikace různých očkovacích látek
Prevence	soubor opatření k předcházení nemocem
Zdroj nákazy	člověk nebo zvíře přechovávající a většinou i vylučující infekční agens výstupními branami infekce

(Hamplová a kol., 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů.....	41
Tabulka 2: Věk respondentů.....	41
Tabulka 3: Vzdělání respondentů.....	41
Tabulka 4: Délka praxe na ZZS.....	41
Tabulka 5: Pohlaví respondentů.....	41
Tabulka 6: Věk respondentů.....	42
Tabulka 7: Počet výjezdů k bezdomovcům.....	53
Tabulka 8: Indikace výjezdů ZZ k bezdomovcům.....	53
Tabulka 9: Nejčastější oddělení, na která jsou bezdomovci odváženi.....	54
Tabulka 10: Obava ZZ z přenosu nález od bezdomovců.....	54
Tabulka 11: Stres při práci s bezdomovci.....	54

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma vzniku, průběhu, pomoci a prevence bezdomovectví.....	19
Obrázek 2: VHA Jihomoravský kraj 2016.....	25

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou bezdomovectví z pohledu zdravotnických záchranářů a z pohledu bezdomovců. Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit pohled lidí bez domova na zdravotnické záchranáře, a naopak zjistit pohled zdravotnických záchranářů na výjezdy k lidem bez domova.

Téma spjaté s bezdomovectvím jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem se jak v nemocnici, tak na záchranné službě setkala s negativním postojem zdravotníků s těmito lidmi. Nelíbily se mi předsudky, které zdravotníci mají. Občas se ovšem našel zdravotnický záchranář nebo zdravotní sestra, kteří se k bezdomovcům chovali, jako k ostatním pacientům. Já sama jsem se chtěla o problematice spjaté s bezdomovectvím dozvědět více, abych věděla, jak se lidé mohou do takové situace dostat, a naopak jestli mají možnosti návratu do běžného života.

Problematika bezdomovectví je aktuální a společnost se snaží neustále vyvíjet a pokračovat v tom, aby lidí bez domova ubývalo. Pro zdravotnický personál představují bezdomovci spousty rizik jako jsou infekční onemocnění, respirační onemocnění, ektoparazitární nákazy, nákazy přenášené krví atd.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou.

Teoretická část se zabývá historií, definicí a příčinami vzniku bezdomovectví, tato část má za úkol seznámit čtenáře s hlavními faktory, jelikož bez nich se dá těžko pochopit, proč se lidé do takových situací dostávají. V další části se zabývám nejčastějšími onemocněními, kterými bezdomovci trpí a tím, jakou mají v České republice možnost ošetření. V předposlední kapitole se zaměřuji na zdravotnické záchranáře a na to, jaké jsou možnosti ochrany při ošetřování bezdomovců. V poslední kapitole teoretické části se zabývám bezdomovectvím na jednotlivých odděleních jako je UP, JIP a ZZS.

Praktická část se zabývá otázky pro zdravotnické záchranáře a pro bezdomovce, posléze jsem prováděla rozhovory s bezdomovci v Praze před Armádou spásy a se zdravotnickými záchranáři po té zvlášť.

Bakalářská práce bude mít veliký význam pro vzdělávání zdravotnických záchranářů, aby mohli mít objektivní pohled na bezdomovce a aby si uvědomili své chyby při komunikaci a přístupu k nim.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Cílem bakalářské práce je seznámení s fenoménem bezdomovectví.

Cíl 2: Seznámení s prevencí vzniku bezdomovectví v ČR.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit pohled bezdomovců na přístup zdravotnických záchranářů.

Cíl 2: Zjistit, co by mohli zdravotničtí záchranáři zlepšit při komunikaci s lidmi bez domova.

Vstupní literatura

1. JANČOVÁ, Monika, 2016. *Problematika výjezdů zdravotnické záchranné služby u lidí bez domova* [online]. České Budějovice [cit. 2018-04-20]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/qdgpfm/>>.
2. JUHAŇÁK, Libor, 2014. *Bezdomovectví* [online]. Ostrava [cit. 2018-04-20]. Bakalářská práce. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/4nn9k2/>>.
3. RŮŽIČKOVÁ, Veronika, 2012. *Bezdomovec jako pacient* [online]. Zlín [cit. 2018-04-20]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/7vv14j/>>.
4. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.
5. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4 vydání. Praha: Portal, 2008. 872 str. ISBN 978-7367-414-4.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných zdrojů, které byly následně použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem *Bezdomovectví v PNP*, proběhlo v časovém období od listopadu 2018 do března 2019. Pro vyhledávání byl použit informační systém Medvik, informační brána Jib, souborný katalog Sigma. nkp, online katalog NCO NZO a volný internet. Rešerše byla zpracována ve spolupráci s knihovnou na Vysoké škole zdravotnické o.p.s.

V první části byla vymezena klíčová slova v českém jazyce: *Bezdomovectví, komunikace, přednemocniční neodkladná péče, zdravotnický záchranář*. Hlavními kritérii pro zařazení článků do bakalářské práce bylo jejich stáří a obsahová stránka. Některé zdroje byly vyřazeny pro svůj obsah zaměřený na jinou cílovou skupinu.

1 Bezdomovectví

Bezdomovectví je jednou z krajních forem sociálního vyloučení. (Matoušek, 2008, s. 34) uvádí: „Absence vlastního, trvalého a přiměřeného obydlí. Bezdomovci jsou lidé, kteří nejsou schopni získat vlastní, trvalé a přiměřené obydlí, nebo si nejsou schopni takové obydlí udržet kvůli nedostatku finančních prostředků nebo jiným sociálním bariérám.“ Naneštěstí v České republice až dodnes převažuje negativní postoj společnosti k lidem bez domova, jelikož většinová společnost zastává názor, že si bezdomovci za situaci, ve které jsou, mohou sami nebo jim to tak zkrátka vyhovuje (Marek, Strnad, Hotovcová 2012, s. 16-17).

V posledních dvaceti letech je problematice bezdomovectví věnováno v Evropě stále více a více pozornosti. Pozornost se zaměřuje především na příčiny vzniku, ale také na řešení problému bezdomovectví. Hlavní ráz je kladen na integraci a inkluzi bezdomovců do společnosti a na prevenci vzniku bezdomovectví (FENTASA, 2013).

1.1 Historie bezdomovectví

Samotné bezdomovectví sahá do velmi vzdálené historie až do středověku. Nicméně dříve tento výraz neexistoval, ale používaly se názvy jako např. tuláci, vagabundi, žebráci, kočovníci atd. Jako první příklad člověka bez domova si můžeme uvést např. vyhnání Adama a Evy z ráje, kteří se musí potýkat s různými strastiplnými překážkami v jejich životě. Již od dávných let se lidé sdružují do různých komunit a skupin a vždy platilo, že kdokoliv se vychýlil od jakýchkoliv pravidel, ze skupiny byl bez milosti vyloučen, což pro daného vyhnance znamenalo smrt (Průdková, 2008).

Veliký posun nastal za vlády Josefa II., který vydal Tereziánský zákon, který udával povinnost každé obci, v níž žije více jak 800 obyvatel, mít základní školu, chudobinec, sirotčinec a ne tak vyhlášené místo pro vyhnance, šatlavu (Brandýský, 2010).

Dalším velmi důležitým mezníkem ve vývoji bezdomovectví měla Komunistická strana Československa. Za její vlády nastaly velké změny, jako bylo rušení chudobinců, sirotčinců atd. Komunistická strana Československa se řídila větou v socialistickém státě nabude chudých“. Načež začaly vznikat státní instituce, které fungují dodnes, jsou to např. domovy důchodců, psychiatrické ústavy, dětské domovy, ústavy pro dlouhodobě nemocné. V tomto období bylo nepřipustné, aby člověk neměl práci, každý byl povinen pracovat. Jedinci, kteří delší dobu nechodili do svého zaměstnání nebo ti, kteří se delší

dobu nezdržovali na svém trvalém bydlišti, byli stíháni a umístěni do vězení (Šulcová, 2014).

V roce 1989 byla uskutečněna revoluce a komunismus padl. Díky tomu vzniklo demokratické Československo. Problémy s bezdomovectvím se opět začaly stávat jedním z hlavních sociálních problémů. Velikou zásluhu na tom mělo i zrušení povinnosti pracovat a vydání Havlovi amnestie v roce 1990, což byla také příčina velmi rozsáhlé nezaměstnanosti, jelikož lidem, kteří vyšli z vězení nikdo nechtěl dát práci, nehledě na to, že neměli kde bydlet. Dále se rušily i státní ubytovny (Cejnek, 2010).

1.2 Definice bezdomovectví

Bezdomovectví je nejrozsáhlejším problémem především ve velkých městech. Podle právních norem je slovem bezdomovec nebo bezdomovkyně označována taková osoba, která nemá státní občanství. Slovo bezdomovec můžeme rozdělit na dvě části, na předponu „bez“ a podstatné jméno „domov,“ který se skládá z určité sociální skupiny nebo rodiny, která nás ochraňuje před vnějšími nežádoucími vlivy (Hotovcová a kol., 2012). Nikdy však nevíme, kdo z nás se dostane na dno sociální společnosti, jde o shluk negativních faktorů na lidský život. Názvy bezdomovec a bezdomovectví se řadí mezi novodobé názvy, které si zasloužily mnoho různých definic. Zmíním zde tři z nich.

„Bezdomovec je člověk, kterého z různých důvodů postihlo společenské vyloučení a ztráta bydlení nebo který je touto ztrátou ohrožen, žije na veřejných místech či v neadekvátních anebo v nejistých bytových podmínkách“ (Průdková a Novotný, 2008, s. 10-11).

Marek (2012, s. 12-13) uvádí, že „problém etymologie pojmu tkví ve významu slova domov. Domov je pojem s mnohem větším významem, než má význam přístřeší- je spojován se sociálním zázemím, tedy s rodinou a místem, kam se lze vždy vrátit a uchýlit se tam. Souvisí s určitým stereotypem, jež dodává člověku řád a bezpečí. Takový domov se skládá na jednu stranu z určitého sociálního okolí, na straně druhé z fyzického soukromí. Obě tyto složky domova zpravidla bezdomovcům chybí.“

Definice podle Evropské federace FEANTSA uvádí „Bezdomovectví je absence vlastního, trvalého a přiměřeného bydlení. Bezdomovci jsou ti lidé, kteří nejsou schopni získat vlastní trvalé, přiměřené obydlí, nebo si nejsou schopni takové obydlí udržet kvůli nedostatku finančních prostředků nebo jiným sociálním bariérám“ (Štěchová, Luptáková, Kopoldová, 2008, s. 21).

1.3 Příčiny vzniku bezdomovectví

Příčiny ztráty bydlení jsou velmi individuální. Úplně stejným způsobem se vlastně nedá říci, která příčina či faktor nejčastěji vede k bezdomovectví. Bezdomovcem se člověk nestává důsledkem jedné nežádoucí situací nebo životní katastrofou. Lidé se často nedostanou na ulici skrze jednu katastrofu, ale často jich je mnoho. Za příčinami bezdomovectví tkví ve většině případů splet' mnoha a mnoha faktorů.

Bezdomovectví má mnoho příčin vzniku, a proto existuje i mnoho materiálů a rozdělení. Uvedu zde rozdělení podle manželů Hradeckých (Hradecký, Hradecká, 1996). Bezdomovectví rozdělují na:

Bezdomovectví *objektivní (vnější)* je ovlivňováno státní politikou a právními systémy. (Průdková a Novotný, 2008)

Bezdomovectví *subjektivní (vnitřní)*, jsou ovlivňovány jednotlivými osobami, rodinami atd. (Průdková a Novotný, 2008)

a) Faktory materiální

-ztráta bydlení

-ztráta zaměstnání

-nedostatečný příjem

-dluhy

b) Faktory vztahové

- partnerské problémy, rozvod

-problémy mezi rodiči a dětmi

- násilí v rodině, sexuální zneužívání

c) Faktory osobní

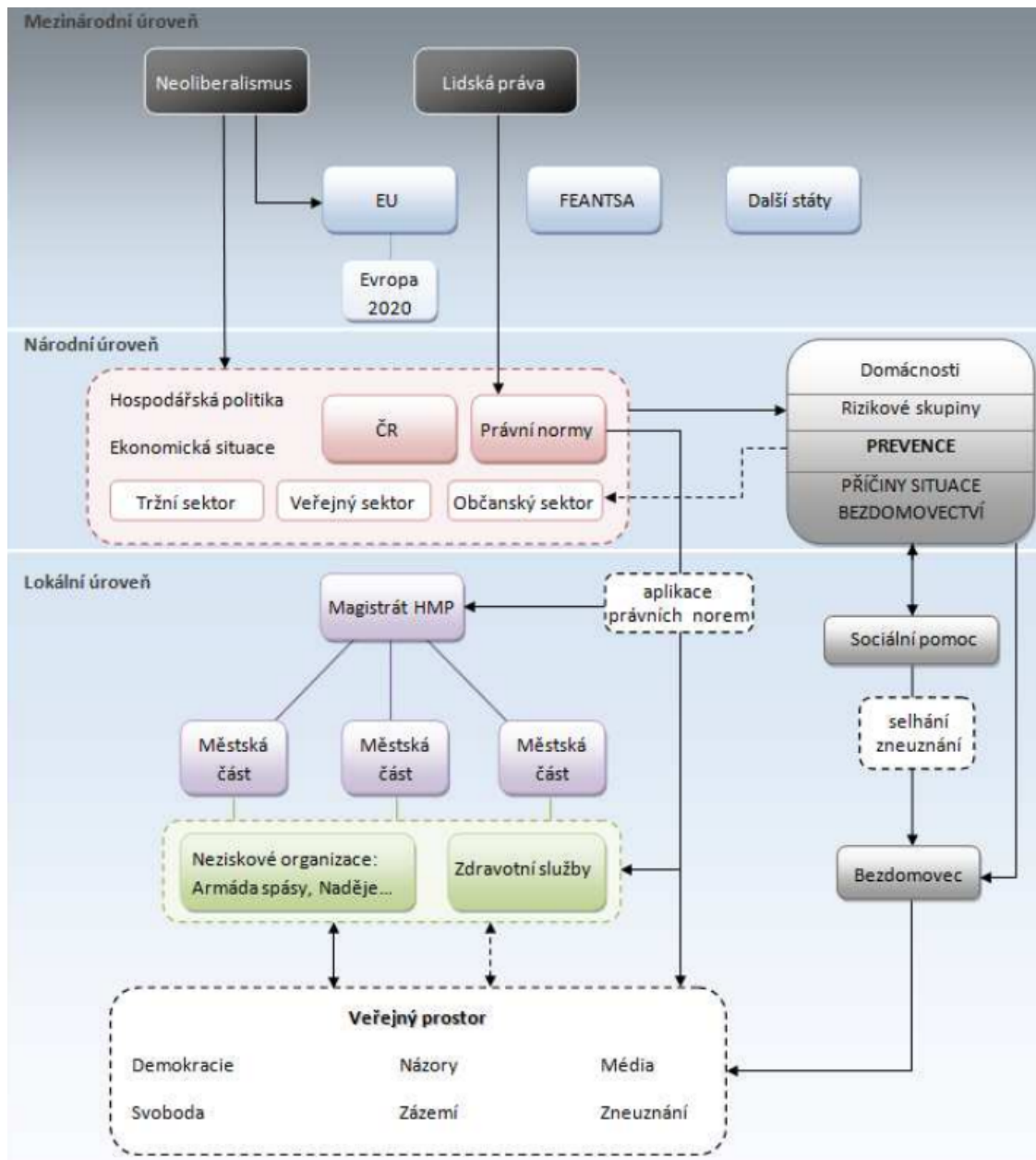
-duševní či tělesné problémy

d) Faktory institucionární

-propuštění z ústavu, dětského domova, vězení

Z mnoha výzkumných šetření vyplývá, že nejčastější příčinou bezdomovectví je ztráta zaměstnání, hned po něm následuje rozvod, odchod z rodiny, výkon trestu, špatné hospodaření, ostatní důvody tvoří 29 %.

Obrázek 1: Schéma vzniku, průběhu, pomoci a prevence bezdomovectví



Zdroj: Veronika Košťálová, DP. Integrace bezdomovců do české republiky, 2014

1.4 Epidemiologická data

Bezdomovectví se stalo v dnešní době běžnou součástí společnosti. Dříve byla situace taková, že s narůstajícím blahobytem se předpokládalo, že bezdomovců ubude a hrstce bezdomovců nebude takový problém pomoci, opak je však pravdou. V této

kapitole bude představeno porovnání s reálným stavem (Pavel Kliment a Vít Dočekal, 2016).

1.4.1 Bezdomovectví v ČR

Přibližný odhad bezdomovců v ČR je 30 000 (Hradecký et al., 2012). Mnohem více lidí žije v nejistých a nepřijatelných podmínkách. Většinou se jedná o lidi, kteří neplatí za domácnost, mají práci s nízkými příjmy, nějaké nesplacené dluhy nebo se vracejí z institucionální péče. Podle analytické části Koncepce bydlení ČR do roku 2020 jsou nejohroženějšími skupinami bezdomovectvím osamělí senioři nad 65 let, jeden rodič s dětmi nebo rodiny s dlouhodobě nezaměstnanými. V roce 2012 je odhadovaný počet potencionálních bezdomovců na 100 000 lidí (ČSÚ, 2012).

Kliment a Dočekal (2016) prováděli výzkumy o bezdomovcích a chtěli nám představit postoje, které zaujímají lidé k bezdomovcům na základě dílčích zkušeností. Dále je pro ně důležité získat odpovědi na to, jaký dopad má zaujatý postoj na naše jednání. Data získali kvantitativní strategií, metodou rozhovoru v letech 2014-2015. Celkem dotázali 379 osob. Rozhovor obsahoval 220 bodů. Respondent měl většinou na výběr ze čtyřbodové škály (Vávra, 2013). Bezdomovství zasahuje do mnoha společenských systémů (sociální, ekonomický, zdravotní, trestněprávní, politický) (Hradecký, 2012). Bezdomovců do třiceti let věku, je v ČR asi jedna pětina z celkového počtu. Zdravotní problémy se dotýkají skutečnosti, že jsou bezdomovci většinou hodně nemocní a dožívají se nízkého věku. Je jim upíráno mnoho zdravotních služeb. Bezdomovci se dopouštějí trestněprávních činů ve velkém rozsahu, čímž porušují lidská pravidla, na druhou stranu oni sami jsou nejzranitelnější skupinou, na které jsou tyto činy zpětně páčány. V ČR získávají bezdomovci peníze nejčastěji z krádeží a prodeje drog. Z výzkumu vyplývá, že nejčastějším místem na přespání je u bezdomovců park, nějaké uličky nebo ulice, nikoli noclehárny, známí nebo vězení. Dále z výzkumu víme, že v ČR je nejčastější příčinou bezdomovství alkohol, drogy a lenost. Další zajímavé skutečnosti jsou, že každý třetí bezdomovec trpí duševní poruchou, každý desátý trpí schizofrenií nebo mentální retardací, každý druhý užívá drogy a čtyři z pěti jsou závislí na alkoholu (Kliment a Dočekal, 2016).

V ČR převládá u lidí bez domova základní vzdělání, vyučení nebo středoškolské vzdělání bez maturity (MPSV, 2018, s. 17). Mezi bezdomovci je velmi vysoké procento nezaměstnaných (40,1 %), nicméně 28,5 % lidí bez domova uvedlo, že jsou ekonomicky

aktivní. Celkový počet ekonomicky aktivních je 4700 osob. Z čehož majorita z nich pracuje v hutnictví, ve stavebnictví a dopravě (Kubala, 2011).

Většina populace, ovšem nejen ČR, zaujímá negativní postoj vůči bezdomovcům. Lidé k bezdomovcům zaujímají negativní přístup především z toho důvodu, že jsou přesvědčení, že se do dané situace dostali sami.

Odborníci uvádí, že v ČR aktuálně existuje přibližně 400 vyloučených lokalit.

1.4.2 Zdravotní stav bezdomovců

Nejdůležitější proměnná pro hodnocení zdraví bezdomovců je věk a pohlaví. Délka bezdomovství nebyla prokázána jako negativní faktor. Přibližně jedna třetina lidí bez domova trpí nějakým chronickým onemocněním. Čím je člověk starší, tím je náchylnější. Nejčastějšími chorobami jsou choroby duševní, kožní nemoci a vysoký krevní tlak. Velké procento bezdomovců je schopno soběstačnosti a mají v pořádku pohybový aparát (Miroslav Barták, 2011).

Nejčastějšími negativními vlivy na zdravotní stav bezdomovců jsou špatné podmínky bydlení, špatná strava, nedostatečná hygiena, nemají kvalitní odpočinek a aktivity, nedostatečné oblékání (Barták, 2014). Lidi bez domova se dost často stravují potravinami v odpadkových koších, které jsou napadeny plísněmi a mikroby, což může způsobovat těžké infekční průjmy, zvracení, záněty žaludku. Stravování se potravinami z popelnic má za následek také nízký obsah bílkovin, vápníku a vitamínů. Příčiny zdravotních potíží jsou různé, například ztráta sociálního kontaktu a vazeb jen umocňuje psychické strádání. Bezdomovci běžně nevyhledávají lékařskou pomoc, když už ano, jde o něco opravdu vážného. Většinou trpí běžnými chorobami, kožními onemocněními, bércovými vředy, mají svrab, záněty horních i dolních cest dýchacích, virové infekce, TBC. S tím jsou pak i spojeny psychické problémy jedince, které se odráží i na kvalitě fungování CNS a mnoho dalších. Psychická pohoda je u nemocného jedince velmi důležitá ve spojitosti s hojením ran i celkovým léčením (Pekárová, 2013).

Je zcela zřejmé, že ani bezdomovci se nevyhnou civilizačním chorobám, jako je vysoký krevní tlak, diabetes, srdeční selhání, při těchto chorobách je nutná kontinuální léčba, nicméně málokterý bezdomovec má registraci u praktického lékaře (Koubová, 2015).

Na zdravotní stav bezdomovců v ČR má veliký vliv také užívání návykových látek, alkoholu a drog. Improving Access to HIV/TBC testing for marginalized groups-IMPACT uskutečnilo testování, které proběhlo v roce 2012 v Praze, podle kterého vyšlo, že mezi migranty, bezdomovci a narkomany pohybujícími se v hlavním městě se objevuje nejhojněji hepatitida typu C, o něco méně syfilis a překvapivě HIV se neobjevilo u nikoho z 864 testovaných. (Minařík, 2012) přisuzuje největší zásluhy při snižování rizik užívání drog organizacím, které narkomanům vyměňují injekční stříkačky a poučují uživatele o možných rizicích. Minimalizace přenosu začala po revoluci v devadesátých letech.

Podle výzkumu (Barták, 2011) většina bezdomovců uváděla, že nemají problémy s hygienou. Tři čtvrtiny uvádějí, že jsou kuřáci. Kouření a alkohol mají špatný vliv na mozek, plíce, tepny atd., nicméně to má za následek mimo jiné psychické problémy a duševní problémy.

Pomoc určená bezdomovcům může být kategorizována skrze zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jde o služby, které jsou určeny přímo bezdomovcům nebo jako skupině cílené pomoci. Lidem bez domova jsou určeny například tyto pobytové služby: Domy na půli cesty, azylové domy a noclehárny, jako je Naděje nebo loď Hermés. Nejen pro bezdomovce jsou dále k dispozici ambulantní služby, jako jsou například nízkoprahová centra.

Terénní centra je program, který se snaží pomáhat lidem bez domova v jejich denním prostředí (většinou ulice). Jde vlastně o to, že klient službu sám nevyhledává, ale je mu sama nabídnuta pomáhajícími jedinci. Terénní programy se snaží pomáhat všem bezdomovcům bez rozdílu, nekoukají na to, zda chtějí klienti změnit svůj styl života či nikoliv, chtějí jim jen pomoci v kvalitě jejich běžného života. Nabízejí hygienické potřeby, oblečení, zdravotnické služby, potraviny, sociální asistenci. Celý terénní program je plně anonymní, což má pozitivní dopad na důvěru mezi pomáhajícími a klienty (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

Mezi terénní centra a nízkoprahová centra se pak řadí mobilní služby. Mobilní služby mají výhodu tu, že mohou zajet do terénu mimo město. Jezdí vždy ve stejném čase na stejné místo. Poskytují sociální i zdravotní služby (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

Nízkoprahová centra jsou zaměřena především sociálním směrem. Služby jsou poskytovány všem, kteří to potřebují, bez ohledu na to, zda chtějí změnit svůj přístup k životu. Jsou opět anonymní. Nejčastěji jsou nízkoprahová centra poskytována přes den,

kde jsou vždy k dispozici, hygienické potřeby, zdravotní servis, sociální poradenství, psychologické poradenství (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

Velkým problémem je samotná dostupnost lékařské péče pro lidi bez domova. Velkou výhodou mají pro bezdomovce zdravotnická zařízení při charitativních organizacích, nicméně těch je v ČR velmi málo. Například v Praze máme zdravotnické zařízení s praktickým lékařem pro lidi bez domova pouze jedno v o. s. Naděje v Bolzanově ulici, nicméně to je momentálně přesunuto do Armády spásy. Situace v Praze je velmi kritická, pokud bezdomovec potřebuje hospitalizovat nebo nějaké speciální vyšetření. Lidé bez domova mívají velké dluhy na sociálním a zdravotním pojištění a ve většině případů není známa jejich zdravotní dokumentace, proto bývají ještě v den hospitalizace propouštěni domů, aby nezabírali akutní lůžko, i přes to, že jejich zdravotní stav může být kritický. V ČR neexistují organizace, kde by se bezdomovcům dostalo následné péče nebo doléčení. V nemocnicích vyřizují léčebny dlouhodobě nemocných nebo sociální zařízení pro takové klienty sociální pracovníci. Občas ovšem nastane situace, že se pro takového pacienta nikde místo nenajde, to jsou pak pro bezdomovce velmi složité a neřešitelné situace. Mezi účastníky, kteří velmi pomáhají řešit situace s bezdomovci je ministerstvo práce a sociálních věcí, které podporují finančně charitativní organizace. Další, kdo významně přispívá do fondu pro bezdomovce je Magistrát hlavního města Prahy.

2 Úskalí bezdomovectví

2.1 Častá infekční onemocnění

Lidé bez domova jsou pro zdravotníky jedna z nejrozšířenějších rizikových skupin v přenosu infekčních onemocnění. Bezdomovci mohou být fyzicky odpudiví nejen díky svému zápachu, ale ohrožují zdravotnický personál přenesením svrabu nebo jiných ektoparazitů. Bezdomovci většinou nejsou konfliktní pacienti. V případě, že jsou spokojeni s přístupem zdravotníků a jsou v teple. Druhý nejrozšířenější a nejobávanější nemocí je TBC. Prevence šíření TBC se dá snížit na minimum aktivním vyhledáváním šířitelů (Hanuš Rozsypal a kol., 2013).

Hygienická stanice hlavního města Prahy prováděla záznamy infekčních onemocnění u lidí bez domova v letech 2005-2015. Metodika o zaznamenávání zda pacient je nebo není bezdomovec zatím neexistuje, proto je velmi těžké výsledky dohledat. Pokud se jedná o nejnovější data z roku 2015, můžeme se dozvědět, že 3 bezdomovci byli nakaženi VHA, žádný bezdomovec nebyl nakažen VHB, sedm bezdomovců bylo nakaženo VHC, čtyřicet bezdomovců mělo svrab (Hygienická stanice hl.m. Praha, 2015).

2.1.1 Virové Hepatitidy

Zánět jater je způsoben jedním z pěti hepatotropních virů A, B, C, D a E. Játra představují životně důležitý orgán, který zpracovává živiny, filtruje krev a bojuje s infekcemi v lidském těle (Pazdiora a kol., 2015).

2.1.11.1 *Virová hepatitida A*

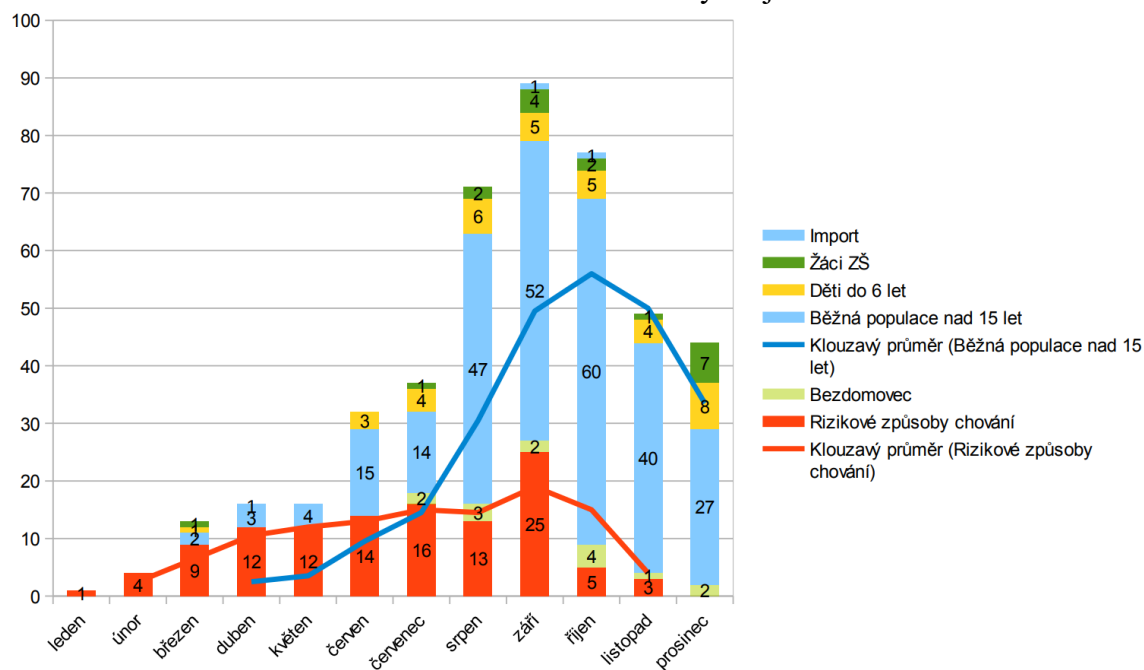
VHA se nejčastěji projevuje gastrointestinálními a chřipkovitými příznaky. Vzácnějšími projevy jsou bolesti kloubů, kožní změny nebo nervové. Pro jasné stanovení diagnózy je důležité vyšetřit klinický stav pacienta, provést laboratorní vyšetření a zjistit epidemiologické souvislosti (jakýkoliv styk s nemocným, aplikace drog stříkačkou, cestování atd.). Výskyt tohoto onemocnění je celosvětový, nicméně častější výskyt je v rozvojových zemích s nízkým hygienickým standardem. Ročně se tímto onemocněním nakazí cca 1,5 milionu lidí (Petr Pazdiora a kol., 2015).

Přenos VHA je nejčastěji přímým stykem fekálně-orální cestou, a nebo stykem nepřímým, kontaminovanou vodou a potravinami. VHA je označována jako „nemoc špinavých rukou“ Přenos pohlavním stykem je možný, ale spíše jen u homosexuálů. Přenos krví je velmi výjimečný. Inkubační doba, neboli doba od přenosu do projevení příznaků, je 14-50 dní (Jan Polák, 2009).

V ČR výskyt VHA značně klesá, ročně bývá nahlášeno jen pár desítek nakažených. Klesající tendenci má i výskyt mezi narkomany, ovšem vyšší výskyt stále přetrvává v romské komunitě (Petr Pazdiora a kol., 2015).

V Jihomoravském kraji bylo za rok 2017 zaznamenáno 80 případů se žloutenkou typu A. Důsledkem toho začala protiepidemická opatření, což vedlo k značnému úbytku nakažených. Nicméně v Brně vznikl nový případ onemocnění, přímá souvislost mezi případy se nepotvrdila, avšak je velmi pravděpodobná. Od začátku roku 2016 do konce roku 2017 onemocnělo 529 lidí a u 3 100 lidí, kteří přišli do kontaktu s nakaženými, byla provedena důsledná opatření, aby nedošlo k následnému šíření žloutenky typu A. U bezdomovců bylo v roce 2016 zjištěno v Jihomoravském kraji 14 případů (www.khsbrno.cz, 2018).

Obrázek 2: VHA Jihomoravský kraj 2016



Zdroj: MUDr. Radka Boháčová a kol., Krajská hygienická stanice Jihomoravského

Abychom se tomuto onemocnění vyhnuli, je důležité dodržovat preventivní opatření jako jsou důkladná osobní hygiena, mytí teplou vodou, používání čistého

ručníku, konzumace nezávadné pitné vody a potravin. Další variantou je aktivní imunizace, což je očkování, které je možné jak pro děti, tak pro dospělé (www. zuusti.cz, 2013).

2.1.11.2 Virová hepatitida B

VHB, často označována jako „sérová žloutenka,“ je již akutní forma zánětu jater. Akutní infekce u VHB jsou ovlivňovány věkem, pohlavím a stavem imunitního systému. Přenos na člověka probíhá přímým kontaktem daného jedince s kontaminovaným předmětem či osobou. Potvrzení výskytu viru bylo ve všech tělních tekutinách, nicméně pro přenos má největší důležitost krev, sperma a sekret, užívání drog. Za poslední roky došlo k zásadnímu úbytku přenosu VHB spojeným se zdravotní péčí. Existuje také nepřímá cesta, mezi které patří například společné užívání hygienických potřeb (www. zuusti.cz, 2013).

Úmrtí na VHB je asi 1-2 %. Abychom mohli stanovit diagnózu, je důležité znát klinický obraz anamnestické údaje a laboratorní vyšetření. Diagnóza potvrzena sérologickým vyšetřením markerů. Pokud je jedinec nakažen déle jak 6 měsíců, je už nosič. Pacienti s VHB jsou vystaveni vyššímu riziku dalších onemocnění jater, jako jsou cirhóza a nádory (Hamplová a kol., 2015).

Infekce VHB se vyskytuje po celém světě. Evidováno je cca 350 milionů nosičů. V zemích, ve kterých je endemicita nízká, dochází k přenesu především v rizikových skupinách jako jsou zdravotníci a dialyzovaní pacienti. V zemích, kde žije vysoký počet nosičů, jako jsou jižní a jihovýchodní Asie, subsaharská Afrika, Pacifik a Amazonie, je nejčastější přenos z matky na dítě nebo v rodinách (Hamplová a kol., 2015).

V ČR počet osob s tímto onemocněním klesá. Ročně jich je hlášeno kolem 1000. Nicméně nejohroženější skupinou začínají být mladiství z důvodu užívání drog a časného sexuálního života. Prevence před tímto onemocněním je především užívání ochranných pomůcek, což platí obzvláště pro zdravotnický personál, který je s těmito „neviditelnými“ onemocněními dennodenně (Rozsypal a kol., 2013).

2.1.11.3 Virová hepatitida C

VHC probíhá v 50-80 % bezpříznakově nebo mírnou formou, lidé v mnoha případech ani neví, že toto onemocnění mají a přichází se na něj například až při běžných

preventivních prohlídkách, odběrech atd. Inkubační doba 14- 180 dnů. Ve výjimečných případech dochází k akutní formě tohoto onemocnění, což se projevuje zažloutnutím sliznic a kůže, nechutenstvím a žaludečními potížemi. Ve většině případů však člověk trpí únavou, horečkami, gastrointestinálními příznaky. Existuje však i možnost postižení jater, které mohou přejít až do cirhózy, to ovlivňuje v první řadě věk v době nákazy a trvání infekce. Odhadovaný počet úmrtí za rok je ve světě 350 000 osob (Hamplová a kol., 2015).

Infekce VHC se vyskytuje po celém světě, nejvíce je rozšířena v Japonsku, na Středním východě, v Africe a v jižní Evropě. Nakaženo je cca 170 milionů lidí. Největší podíl na rozšíření nákazy má nárůst transfuzí po druhé světové válce. Nejohroženějšími skupinami jsou narkomani a dialyzovaní pacienti (Hamplová a kol., 2015).

Původcem nákazy je člověk. Nejčastěji se hepatitida C přenáší krví (narkomani, zdravotnictví), pohlavním stykem a z matky na plod jen výjimečně. Nebezpečí profesionálního přenosu při zranění zdravotníka kontaminovaným materiálem krví je cca 4 % (Hamplová a kol., 2015).

Pro zdravotnického záchranáře je nutné vždy na toto onemocnění myslet z toho důvodu, že člověk nemusí jevit jasné známky toho, že onemocnění má. Doposud neexistuje proti VHC očkování. Pro zdravotnického záchranáře je proto důležité dbát na prevenci v užívání ochranných rukavic (Vlachová, 2015).

Pokud je infekční pacient převážen záchrannou službou, je důležité po jeho převozu sanitní vůz důkladně vydezinfikovat a dbát o vlastní bezpečnost tj. vzít si ochranné pomůcky, bezpečnostní jehlu, důkladná dezinfekce rukou (Rozsypal a kol., 2013, s 121).

2.1.2 Tuberkulóza

Tuberkulóza (TBC) je velmi závažné celkové infekční respirační onemocnění, postihující mnoho orgánů, nejčastěji plíce. Zdrojem infekce je nemocný člověk s TBC dýchacího ústrojí. Přenáší se kapénkami (kašlem). Původcem TBC je *Mycobacterium tuberculosis*. Vzácně se můžeme nakazit také přes porušenou kůži nebo sliznici kontaminovaným předmětem. Očkování proti TBC patří v ČR mezi pravidelná očkování hrazená pojišťovnou (www.mzcr.cz, 2015). Tuberkulóza se z hlediska stádií dělí na primární a post primární. Primární tuberkulóza je určena zánětlivým ložiskem v místě vstupu agens do organismu. Většina aerogenních infekcí se lokalizuje v plicích. Ložisko infekce se ve většině případů opouzdří a kalcifikuje. Průběh je doprovázen

nespecifickými příznaky. Post primární tuberkulóza se projevuje až po mnoha letech. Mykobakterie se začínají šířit dýchacími cestami do vzdálenějších míst (např. do laryngu,..) (Hamplová a kol., 2015).

Tuberkulóza je rozšířena po celém světě, nicméně v ČR máme trend poklesu. V ČR bylo v roce 2014 hlášeno 512 případů s TBC, nejvíce nakažených lidí bylo v Praze, počet byl 97 osob. Starší studie mezi roky 1999-2008 uvádí, že počet nakažených bezdomovců byl 123 nemocných (Wallenfels, 2015). V ČR zemřelo na TBC 22 lidí. Tuberkulózou je nakažena asi 1/3 lidí z celého světa, což je 2,1 mld. Ročně se nakazí dalších 9 milionu lidí, z čehož je 95% z rozvojových zemí (Afrika, Indie, JV Asie). Tuberkulóza se znovu začala rozšiřovat především kvůli migraci, celosvětovému cestování, šíření infekce HIV/AIDS a omezování kontroly nad počtem nakažených touto infekcí. V současné době existuje mnoho rizikových skupin, jako jsou lidé bez domova, závislí na alkoholu a drogách apod. Hlavní příčinou tohoto onemocnění je vysoká migrace a cestování. Nejohroženější skupinou jsou děti a adolescenti, k těm se řadí i pracovníci ve zdravotnictví (Hamplová a kol., 2015). Očkování proti TBC patří v ČR mezi pravidelná očkování hrazená pojišťovnou (www.mzcr.cz, 2015).

2.1.3 Svrab

Svrab se řadí mezi infekční onemocnění postihující pokožku. Samičky přežívají týdny až měsíce. V pokožce si vytvářejí chodbičky, ve kterých kladou svá vajíčka. Samičky jsou díky své velikosti 0,2-0,5mm téměř neviditelné. Člověk má pocit svědění, což zdravotní stav zhoršuje a vytváří se mu na kůži papilózní exantémy. Parazit nejvíce parazituje v tenkých vrstvách kůže, což vede k intenzivnímu svědění kůže a vyrážce. Svrab se vyskytuje celosvětově. Ročně je v ČR registrováno na 3000 případů (Záhumenský, 2015).

Svrab se vyskytuje nejčastěji na místech se špatnými hygienickými podmínkami. Zdrojem nákazy je přímý kontakt osob. Svrab se vyskytuje na místech s nízkým hygienickým standardem (např. bezdomovci, ubytovny, drogově závislí). Inkubační doba svrabu se pohybuje mezi 2-6 týdny (Lobovská, 2002).

2.1.4 AIDS/HIV

AIDS patří mezi onemocnění smrtelná, jehož principem je rozvrat imunitního systému. Inkubační doba AIDS je 2-6 týdnů. Toto onemocnění se dělí do tří stádií. První stádium se nazývá asymptomatické (bezpříznakové), což je občas označováno jako období latence

a může trvat i několik let. Druhé stádium se nazývá časné symptomatické, které se projevuje nespecifickými příznaky, jako jsou horečka, trávicí obtíže, časté průjmy, pocení, únava atd. Třetí, poslední stádium, je označováno již jako AIDS (Pazdiora a kol., 2015).

Výskyt tohoto onemocnění je celosvětový, neboli pandemický. Ze sledování a průzkumu SZO vyplývá, že je HIV infikováno cca 40mil lidí. Infekce nabírá vzestupné tendence především v Africe a jihovýchodní Asii. Ovšem vysoký výskyt je i na Ukrajině a v pobaltských státech. V letech 1985 až do konce roku 2014 proběhlo v ČR sledování HIV a bylo zaznamenána cca dva a půl tisíce případů s HIV, z toho tři čtvrtiny u Čechů. AIDS bylo zjištěno u pár set infikovaných osob (Hamplová a kol., 2015).

Zdrojem infekce je infikovaný člověk i v období latence. Onemocnění se může přenášet třemi způsoby. Nejčastější cestou přenosu je pohlavní styk. Zvýšené riziko nákazy mají lidé trpící na různé oděrky a léze. Další způsob nakažení hrozí přes infikované stříkačky a jehly u narkomanů, užívajících je intravenózně. Ve zdravotnictví je velmi důležité, nezanedbat sterilizaci zdravotnických pomůcek a nástrojů, jelikož kontaminované nástroje se mohou stát cestou šíření nákazy. Další cestou přenosu onemocnění je krev a předměty infikované krví. Třetí možnost přenosu nemoci je z infikované matky na plod (Pazdiora a kol., 2015).

Pro zdravotnické záchranáře je obzvláště důležité, aby dbali maximální čistoty a sterility v terénu. Je velmi důležité, dbát obecně platných zásad při manipulaci s krví a biologickým materiálem. Snažíme se zabránit vzniku aerosolu. Parenterální výkony se snažíme provádět za plně sterilních podmínek → asepse. Dezinfekci a sterilizaci provádíme pod platnými předpisy. Vždy musíme předpokládat, že materiál, se kterým manipulujeme je infekční, vždy používáme rukavice, které si při výměně činnosti či pacienta vždy musíme vyměnit (Hamplová a kol., 2015).

2.2 Sociální aspekty spojené s lidmi bez domova

2.2.1 Alkoholismus

Závislosti jsou nedílnou součástí fenoménu lidí bez domova. Alkohol se většinou neřadí mezi příčinu samotného bezdomovectví, ale bývá jeho velmi silným průvodním znakem. Lidé bez domova si závislost k alkoholu nepřiznávají, což bývá příčinou dalšího prohlubování v závislosti na něm. Nemocní lidé chodí často přímo z léčeben do azylových domů, pracovníci však ví a jsou proškolení, jak se k těmto lidem chovat.

I když lidé bez domova končí na záchytkách a do azylových domů je z důvodu vysoké hodnoty promile alkoholu v krvi nevpuští, ani v těchto případech si nejsou ochotni připustit, že jsou na alkoholu závislí. Zdravotní i sociální znevažování postupuje rychlým způsobem (Pergl, 2010).

Obzvláště rizikovým faktorem, který přispívá k rozvinutí alkoholismu je to, pokud člověk pracuje ve stavebnictví. Alkohol bývá nedílnou součástí při práci na stavbě, nicméně pokud člověk popije každý den, závislost se pomaličku rozvíjí. To může mít za následek ztrátu zaměstnání, rodiny a v neposlední řadě i bydlení (Pergl, 2010).

Motivace k léčbě alkoholika je velmi náročná, jelikož závislý si většinou myslí, že má vše pod kontrolou a nebo se za svoji závislost stydí. Proto bývají přesvědčení k terapii ve většině případů od svého okolí, nikoliv ze svého vlastního přesvědčení. Motivací k léčbě mohou být tři proměnné: tělesné potíže, psychické potíže, sociální potíže (Pergl, 2010).

2.2.2 Komunikace a přístup ZZ

Péče o nemocného pacienta bez domova je velmi náročná již od samého začátku. Jak po stránce komunikační, tak po stránce ošetrovatelské. Navzdory všem nežádoucím vlivům by člověk takového charakteru měl být respektován všemi zdravotnickými složkami a mělo by se s ním dle daných podmínek také zacházet (Šamánková a kol., 2016).

„Chování a jednání zdravotnických pracovníků by se mělo řídit obecně platnými etickými a morálními zásadami vycházejícími z obecně platných etických principů, etických zásad, zdravotnické etiky, morálky a mravnosti.“ (Šamánková a kol, s. 29)

Při komunikaci, je základním pilířem mezi zdravotníkem a pacientem, především zachování důstojnosti obou stran. Dalším důležitým aspektem je vytvořit příjemnou a důvěrnou atmosféru. Zdravotník se snaží mluvit v krátkých a srozumitelných větách, pokud jim pacient nerozumí, pokusí se je znovu a v klidu zopakovat. Zdravotník nesmí nikdy pacienta kritizovat a měl by ho ujistit, že všechno ohledně pacienta je zcela důvěrné a nijak ho neohrozí, pokud o sobě podá nějaké informace. Zdravotníci nechají v klidu vyslovit pacienta své názory, nebudou mu skákat do řeči a v klidu mu dle potřeby odpoví na dotazy (Kelnarová, Matějková, 2010).

Agresi může zapříčínovat mnoho vlivů, mezi ty nejčastější patří drogy a alkohol, dalšími jsou psychické poruchy, bolest, odmítání ošetření a nebo organické stavy jako jsou psychózy a epilepsie. Pacienti jsou občas v takovém zmatku, že nevědí, co se s nimi děje, proto je důležité v klidu výkon, který děláme, vysvětlit nebo odložit a věnovat se mu o okamžik později (Látalová K., 2013).

Zdravotníci záchranáři by měli být obeznámeni s asertivním chováním, díky kterému se mohou vyhnout mnoha nepříjemným situacím. Asertivní člověk je ochoten uznat si své vlastní nedostatky a pracovat s nimi, je ochoten přiznat svoji chybu a poučit se z ní, je ochoten plně respektovat práva druhých osob, nemá strach z přímého vyslovení svých pocitů a myšlenek, nemá potřebu povyšování se nad ostatní, je schopen vyslechnout problémy pacienta, je schopen kompromisů, nesmí reagovat protiútokem (Herman a kol., 2010).

3 Bezdomovectví v PNP v ČR

Na zdravotníky, kteří ošetřují bezdomovce, mají nejvíce negativní vliv předsudky a strach z přenosných chorob a agrese. Zdravotnický personál má velmi málo informací o lidech bez domova, mají negativní zkušenosti především s alkoholem. V neposlední řadě se zdravotníci neradi starají o bezdomovce, protože mají pocit marnosti, jsou si vědomi toho, že dají pacienta do dobrého stavu a on se po opuštění zdravotnického zařízení vrátí do starých zajetých kolejí (Koubová, 2015).

V této kapitole jsou nastíněny situace, jak by měla jednotlivá zdravotnická zařízení zacházet s infekčním pacientem bez domova, nebo s podezřením na infekční onemocnění.

3.1 Bezdomovectví a JIP

Pacient, u kterého máme podezření na infekční onemocnění nebo se s infekčním onemocněním již léčí a zároveň je v ohrožení života, či mu selhávají základní životní funkce, se ošetřuje na jednotce intenzivní péče (JIP) infekčního oddělení. První fází u takového pacienta je zhodnocení vitálních funkcí:

- Krevní oběh
- Dech
- Vědomí

Po té, co máme vitální funkce zhodnoceny, následují technická opatření:

- Zajištění dýchacích cest (DC), poskytnutí kyslíku maskou, eventuálně endotracheální intubace
- Monitorování vitálních funkcí (přípevnění elektrod, manžety a čidel monitoru)
- Zajištění žilního vstupu a aplikace infuze
- Svléknutí pacienta
- Další opatření:

V první řadě se sestra představí, převezme si průkaz totožnosti, průkaz zdravotního pojištění a zprávu od zdravotnických záchranářů. Založí zdravotnickou dokumentaci,

vystaví účet. Zprvu oslovením a dotázaním se rychle zhodnotí stav pacienta, provede rutinní úkony, potom vyplní administrativní dokumentace (zápisy, hlášení, atd.). Vytiskne štítky na odběry a žádanky pro laboratorní a další vyšetření. Po nahlášení pacienta na registr dostane zdravotní sestra číslo pacienta, pokud je pacient nesvéprávný, nemá doklady nebo mu v danou chvíli zdravotní stav neumožňuje podávat bližší informace o sobě, je nahlášen na soud/ policii (Hanuš Rozsypal a kol., 2013).

Lékař by se měl představit, vybídne pacienta ke sdělení důvodů jeho přítomnosti na jednotce intenzivní péče, seznámí se s údaji v dokumentaci, odebere anamnézu, vykoná fyzikální vyšetření, určí pracovní diagnózu, vykoná nezbytné úkony a sepíše dokumentaci s příjmovou zprávou. Příjímací dokumenty musí vždy obsahovat: anamnézu, fyzikální nález, pracovní anamnézu, dietu, pohybový režim, léky, odběry materiálu, pomocná a konziliární vyšetření, monitoraci vitálních funkcí. Nakonec je důležité, aby lékař sdělil pacientovi další plán vyšetřování a léčby.

Kritická onemocnění, která vedou k poškození vitálních funkcí, jsou provázena i poškozením hemokoagulace a změnami vnitřního prostředí (kritický metabolický rozvrat). Dle standardního postupu se odebere nejprve moč a krev na základní škálu hematologického a biochemického vyšetření a proběhne odběr také na mikrobiologické vyšetření (hemokultury), provede se zobrazovací vyšetření (skiagram plic, ultrasonogram břicha), natočí se elektrokardiogram (EKG), uskuteční se echokardiografie, dle potřeby další vyšetření. U závažného stavu pacienta je potřeba v prvních pár dnech provádět odběry i několikrát denně. Po té, co je stav pacienta stabilizován, můžeme intervaly odběrů prodloužit na 2-3x týdně. Hodnoty krevního obrazu, krevních plynů a glykémie se mohou výrazně změnit v průběhu pár hodin, proto je velmi důležitá neustálá monitorace pacienta. U pacient v těžkém stavu je velmi důležitá parenterální výživa, proto se sleduje ještě vodní, elektrolytová, dusíková a energetická bilance (Rozsypal a kol., 2013).

3.1.1 Izolace a ochranné pomůcky

U infekčních pacientů je nezbytná izolace, pokud se jedná o méně akutní případ onemocnění, je možná izolace doma, pokud jde o akutní případ nemoci, je nutná izolace ve zdravotnickém zařízení. Infekční oddělení musí mít technické a provozní předpoklady: Důležitým aspektem je stavební uspořádání. Ve většině nemocnic jsou infekční oddělení

umístěna do samostatné budovy. Na odděleních jsou boxy, které obsahují dva pokoje s koupelnou. K tomu, aby se zamezil přenos infekce prostřednictvím zdravotnického personálu jsou takzvané pavlače, přes které musí zdravotník vždy projít. Příjmová ambulance musí obsahovat více místností na vyšetřování a oddělené čekárny se samostatným vchodem, dále by měly obsahovat filtry pro příjem pacientů. Velký důraz je kladen také na technickou vybavenost pro likvidaci odpadů a dezinfekční čističku odpadních vod. Důsledná opatření, která zamezují šíření infekce, jsou totožná jako na jiných odděleních (detailní provozní řád, bariérové ošetřování, dezinfekce) (Rozsypal a kol., 2013).

Ochranné pomůcky jsou nedílnou součástí při jakémkoliv styku s infekčním pacientem. Chránit se je potřeba i při manipulaci s jeho věcmi, vstupu na pokoj, manipulaci s biologickým materiálem. Je nevyhnutelně nutné používat ústenku, ochranné rukavice, čepici a jednorázový ochranný oděv. Jednou použitý plášť se svléká ihned po ukončení činnosti, nebo před tím než se opustí pokoj. Pokud se plášť znečistí, je potřeba sundat ho ihned. Dalším úkonem je důsledná desinfekce rukou. Pokud přijde zdravotník do styku s takovou činností, při které je velké riziko potřísnění, postříkání nebo vznik infekčního aerosolu, používají se k ochraně očí, nosu, sliznic a úst mimo ústenek také ochranné brýle případně obličejové štíty. Před odchodem z pokoje musí být všechny ochranné pomůcky loženy do uzavíratelného, řádně označeného infekčního pytle (Meduna, 2012).

3.2 Bezdomovectví a UP

Lidé bez domova se v mnoha případech, ač nechtěně, vyskytují na urgentním příjmu. Jakákoliv práce s bezdomovci je specifická a náročná a to z toho důvodu, že jsou asociální, nedodržují základní hygienické návyky, zanedbávají svůj klinický stav. Dost často je velký problém s umístěním takových pacientů ve zdravotnickém zařízení. Na UP se z 90% dostávají bezdomovci skrze rychlou záchrannou službu, ve velmi nízkém procentu se člověk bez domova dostaví na UP sám z vlastního přesvědčení. V zimních měsících se počet bezdomovců ošetřených na UP až zdvojnásobí. Mezi nejčastější důvody přijetí lidí bez domova na UP jsou omrzliny, popáleniny, onemocnění dýchacích cest, onemocnění trávicího traktu (Křivánková , Ročková , 2008).

Při příjmu na UP je postup následující:

- Stabilizace klinického stavu
- Hygiena
- Vyšetření
- Stanovení diagnózy
- Diagnostické metody
- Léčba
- Deratizace
- Dezinsekce
- Úklid

Nedílnou součástí a velmi důležitou částí celého procesu od příjmu bezdomovce do zdravotnického zařízení je také následná kooperace se zařízeními, do kterých je možné pacienta umístit a poskytnout mu tak péči, kterou v dané situaci potřebuje. Jsou to například azylové domy, psychiatrické léčebny, nemocnice atd. (Křivánková, Ročková, 2008).

Pacienti bez domova jsou ve většině případů bez zdravotního pojištění. Možnost základní zdravotní péče je přístupný každému, tedy i bezdomovcům. Nicméně není tajemstvím, že bezdomovci ve většině případů pojistné neplatí. Nemají osobní doklady, jsou bez financí, nejsou registrováni na úřadu práce, což má za následek to, že nemají nárok na sociální dávky, jsou bez trvalého bydliště. Nedílnou součástí zdravotnického zařízení je sociální oddělení, které nabízí klientům oblečení, vyřízení dokladů, umístění v zařízeních následné péče, v ubytovnách, poradenství, pomoc s obstaráváním invalidního důchodu (www.vupsv.cz, 2009).

(Záleská, 2005) informuje o tom, že „aby písemné odmítnutí potřebné zdravotní péče ze strany nemocného bylo skutečně právní ochranou daného lékaře (zdravotnického zařízení), je nutné jeho kvalitní zpracování po stránce odborné. To znamená, že z takového prohlášení by mělo jasně a nepochybně vyplývat nejen to, že dotyčný člověk

potřebnou zdravotní péči odmítá, ale rozhodně také to, o čem byl v souvislosti s odmítnutím zdravotní péče lékařem poučen. Nemocný by tak měl být naprosto otevřeně poučen o všech zdravotních rizicích, která pro něho z takového odmítnutí plynou s tím, že tato rizika by měla být vždy uvedena v přímé souvislosti s jeho aktuálním zdravotním stavem. Z uvedeného důvodu se tedy domníváme, že vyplnění předem připraveného formuláře či jiný způsob vyhotovení písemného prohlášení nelékařským zdravotnickým pracovníkem, by nemohlo naplnit podstatu zákonného ustanovení, jehož podstatou je právě kvalifikované poučení lékařem, na základě kterého se nemocný o odmítnutí zdravotní péče rozhoduje. Nelékařský zdravotnický pracovník nemá kvalifikaci k tomu, aby posoudil daná rizika, neumí kvalifikovaně odebrat anamnézu, na základě které lze uvedená rizika vymezit. Ani telefonická konzultace s lékařem situaci nijak neřeší. Vyšetření lékařem záchranné služby nepochybně zahrnuje i fyzikální vyšetření, pokud to nemocný v dané chvíli umožní, což není prostřednictvím jiného zdravotnického personálu na telefonu či vysílače rozhodně realizovatelné.“

3.3 Bezdomovectví a ZZS

Zdravotnický záchranář by si měl umět poradit s jakýmkoliv zdravotním problémem skrze všech zdravotních oborů. V této době jsou zdravotní problémy velmi často vyvolány sociálními či psychickými problémy. Mezi sociální problémy se řadí právě bezdomovectví. Zdravotničtí záchranáři přichází do styku s bezdomovci především ve velkých městech.

(Šebelová, 2011, s. 370) uvádí: „... u bezdomovců vidíme choroby tak, jak je viděli lékaři před dvěma sty lety.“ Bezdomovci se většinou se svými nemocemi nijak neléčí. Problém pro zdravotnický personál nastává ve chvíli, když chtějí pacienta ošetřit, ale lidé bez domova o svém zdravotním stavu nemají vůbec žádné povědomí a záznamy také nikde nejsou. ZZS často volají kolemjdoucí. Zdravotničtí záchranáři se občas setkávají s tím, že ošetřují pacienta, u kterého se dá stěží zjistit příčina jeho obtíží, na to pak navazuje také předávání pacienta, kterého je náročné předat na některé z oddělení (Koubová, 2015).

4 Kvalitativní průzkum

Průzkumný problém: Jak ovlivňuje komunikaci s bezdomovci chování zdravotnických záchranářů?

Hlavní cíl práce: Zhodnotit pohled bezdomovců na přístup zdravotnických záchranářů a zhodnotit pohled záchranářů na výjezdy k bezdomovcům.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit pohled bezdomovců na přístup zdravotnických záchranářů.

Cíl 2: Zjistit, co by mihli zdravotničtí záchranáři zlepšit při komunikaci s lidmi bez domova.

Otázky pro polostrukturovaný nestandardizovaný rozhovor, pro zdravotnické záchranáře

- 1) Kolik je vám let?
- 2) Jaké máte vzdělání?
- 3) Jak dlouho jste u ZZS?
- 4) Máte rodinu?
- 5) Kolikrát do týdne přijdete do styku s bezdomovcem?
- 6) Jsi vůči bezdomovcům zaujatý?
- 7) Představuje pro vás práce s bezdomovci zvláštní stres?
- 8) Setkáváte se při výjezdech se stejnými lidmi?
- 9) Setkáváte se často s užíváním návykových látek u bezdomovců?
- 10) Setkáváte se u bezdomovců s agresivitou?
- 11) Nejčastější indikace výjezdů?
- 12) Na jaké oddělení bezdomovce vozíte nejčastěji?

13) Myslíte si, že bezdomovci ZZS zneužívají?

14) Co vy sám byste rád změnil u výjezdů k lidem bez domova?

Otázky pro polostrukturovaný nestandardizovaný rozhovor, pro bezdomovce

1) Kolik vám je let?

2) Co máte za vzdělání?

3) Co vás do této situace dostalo?

4) Máte nějaké možnosti vrátit se zpět do běžného života?

5) Máte nějakou možnost lékařského ošetření?

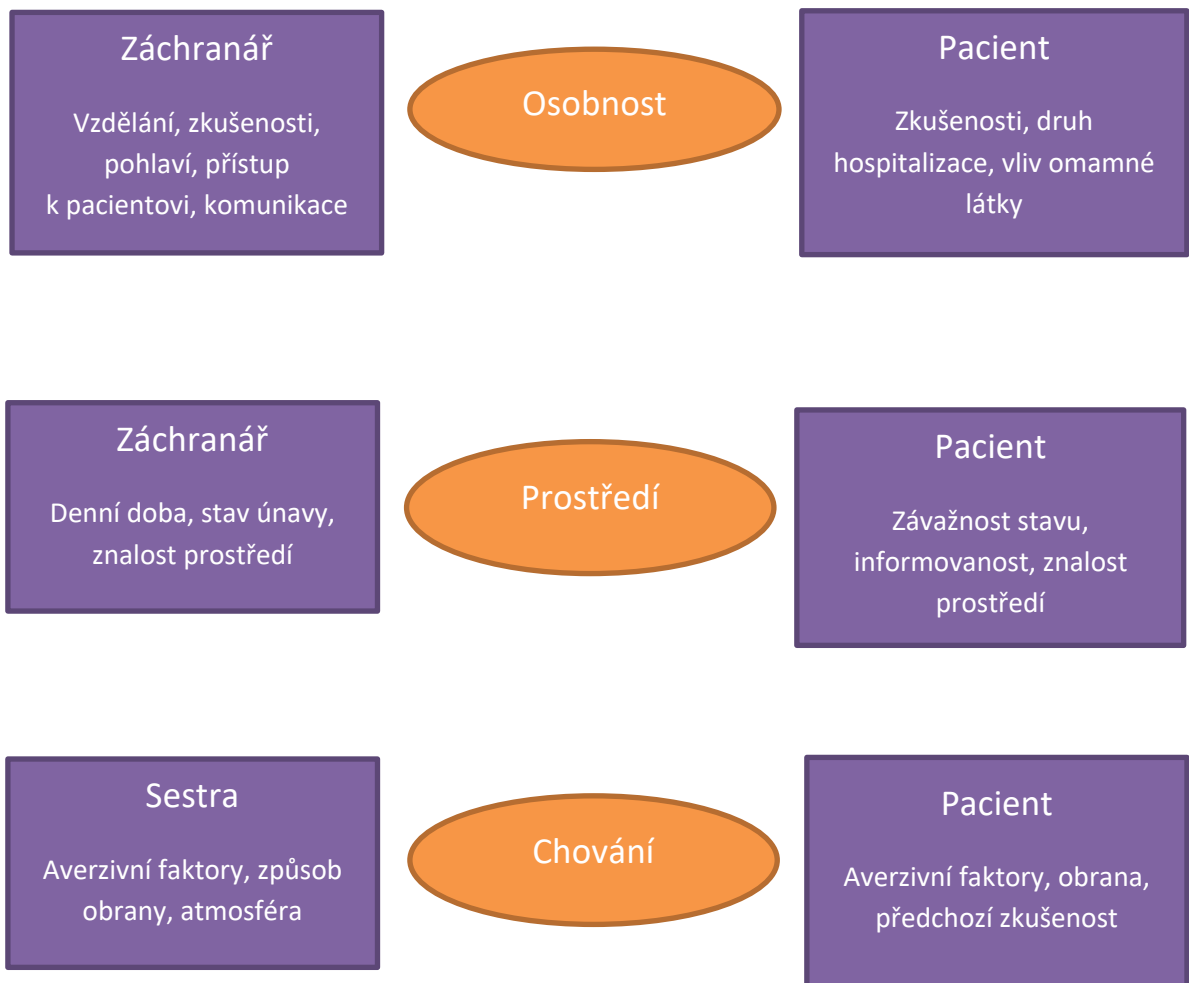
6) Máte doklady?

7) Vezla vás někdy ZZS? S čím vás vezla? Kdo ji přivolal?

8) Jaký k vám měli zdravotničtí záchranáři přístup?

9) Co by měli zdravotničtí záchranáři změnit při komunikaci s bezdomovci?

4.1 Kódovací schéma



4.2 Metodika

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena metoda řízeného polostrukturovaného nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovory jsou vedeny nejprve s bezdomovci a se zdravotnickými záchranáři.

Rozhovory byly se souhlasem dotazovaných nahrány na diktafon, a poté jsou informace zpracovány. Byly dvě skupiny dotazovaných, pět lidí bez domova a šest zdravotnických záchranářů z různých krajů České republiky. Pro respondenty ze zdravotnické záchranné služby jsme připravili otázky, které byly postupně pokládány všem. Ovšem našly se otázky, na které respondent buď nebyl schopen odpovědět nebo na otázku odpovídat nechtěl, proto není v práci na některé otázky odpověď. Respondenti bez domova byli osloveni před zařízením Armáda spásy, kdy jsme se nejprve zkontaktovali s provozní azylového domu, od které nám bylo řečeno, že pokud si oslovíme klienty sami, není to problém. Nicméně po příchodu do zařízení nám paní recepční řekla, že uvnitř budovy rozhovory dělat nesmíme. Proto jsme respondenty oslovovali přímo před vchodem do Armády spásy, přičemž za každý poskytnutý rozhovor daný jedinec dostal něco dobrého k jídlu (bonbonky, kávu, čokoládu, oříšky,...).

Rozhovory jsme prováděli i zpracovávali na začátku roku v lednu 2019. Rozhovory byly prováděny zcela anonymně před Armádou spásy a každý respondent na to byl předem upozorněn, nikdo nebyl k odpovědím nucen a rozhovory byly vedeny s každým zvlášť.

Na začátku rozhovoru bylo hlavním cílem zjistit od zdravotnického záchranáře, kolik je respondentovi let, jaké má nejvyšší dosažené vzdělání, kolik let pracuje u záchranné služby, zda má rodinu, co on sám by rád změnil při komunikaci s lidmi bez domova. Od bezdomovců bylo hlavním cílem zjistit, zda byli někdy vezeni záchrannou službou, jak se k nim záchranáři chovali, a popřípadě, co by měli záchranáři zlepšit.

Demografická data skupiny záchranářů

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Počet	%
Muži	6	86
Ženy	1	14

Zdroj: Strnadová, 2019

Tabulka 2: Věk respondentů

Věk respondentů	Počet	%
Do 25 let	0	0
26-30 let	3	43
31 let a více	4	57

Zdroj: Strnadová, 2019

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů	Počet	%
Vyšší odborné	6	86
Vysokoškolské	1	14

Zdroj: Strnadová, 2019

Tabulka 4: Délka praxe na ZZS

Délka praxe na ZZS	Počet	%
0-5 let	2	29
6-10	1	14
11 let a více	4	57

Zdroj: Strnadová, 2019

Demografická data skupiny bezdomovců

Tabulka 5: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Počet	%
Muž	4	67
Žena	2	33

Zdroj: Strnadová, 2019

Tabulka 6: Věk respondentů

Věk respondentů	Počet	%
Do 25 let	0	0
26-30 let	2	33
31 let a více	4	67

Zdroj: Strnadová, 2019

4.3 Kvalitativní průzkum

Respondent č. 1 (bezdomovec)

Prvním respondentem je muž, kterému je 36 let a je již přes 10 let bez domova. Uvedl, že rodinu nemá. Respondent uvedl, že do školy chodil, nicméně se chytl špatné party a tím jeho studium skončilo, momentálně má pouze *základní vzdělání*.

Muž nám odpověděl, že si na *zdravotnickou záchrannou službu stěžovat nemůže*, protože mu vlastně záchranáři zachránili život. Podotýká, že zdravotnickým záchranářům věří, jelikož jsou to vzdělaní lidé, kteří chtějí pomáhat. Uvádí, že ho vezli s cévní mozkovou příhodou. Ze zdravotnických záchranářů prý nemá strach.

Na otázku, jak se k němu choval zdravotnický personál v nemocnici se dotazovaný rozčílil a s nechutí poukázal na nemocnici Na Františku. Uvádí : „Ta paní na příjmu byla jak hrubá, tak sprostá. Jakmile se dozví, že jsme z Armády spásy nebo z Naděje, skončili jsme. František ne, tam nás ani neošetří a beze slova nás vždy vyhodí. Mně se líbí chování sester na Karláku a na Bulovce.“ Na otázku, zda má respondent *doklady uvádí, že je má u sebe* v pořádku.

Respondent č. 2 (bezdomovec)

Druhou respondentkou je žena, které bude kolem 38 let. Žena uvádí, že momentálně *žije se svým partnerem*, bezdomovcem. Žena uvedla, že sehnat si zaměstnání je velmi náročné a na ulici je již 7 let.

Na otázku, co je *nejnáročnější v životě na ulici uvádí, že je to zima*. Všechno se dá prý zvládnout, ale před zimou je těžké se schovat, protože bezdomovce všude vyhazují.

Respondentka nám uvedla, že *ji záchranka již vezla*. Uvádí, že se ZZS má výbornou zkušenost a není vůbec nic, na co by si mohla stěžovat. Dodává: „*Jak vy na ně, tak oni na vás. Jde jen o komunikaci. Když jste hovádo, také budou hováda.*“ Na dotaz, s čím si paní ZZS volala, uvedla, že kvůli kolice. Respondentka považuje záchranáře za hodné a slušné lidi, nicméně do nemocnice se po předchozí špatné zkušenosti již nechce.

Respondent č. 3 (bezdomovec)

Třetím respondentem bez domova je muž, kterému je 32 let a na ulici je již 7 let. Uvedl, že rodinu nemá a ani by ji momentálně nechtěl a to z toho důvodu, že se sotva postará o sebe. Ale myslí si, že *pokud by se opravdu chtěl dostat do normálního života, zvládl by to*. Já osobně bych na muži ani nepoznala, jestli je bezdomovec.

Třetí respondent na otázku, zda má nějakou *zkušenost se ZZS odpověděl, že nemá, prý nikdy nebyl nemocný*. Nicméně nám uvedl, že byl jednu v nemocnici s okem. Zeptali jsme se, zda se ho zdravotníci ptali, jestli je bez domova. Uvedl: „Ne neptali, na mně to není vidět.“ My jsme se klienta zeptali, zda bez domova vůbec je. Říká: „Teď jo, jsem. Jsem špinavý, koukněte se na to. 7 let jsem venku. Ale jinak se dá přežít.“ Tohoto respondenta jsem se ptala také na doklady a jestli má nějakou možnost prohlídky v nemocnici či ošetření. Uvedl, že *doklady už dávno nemá* a do nemocnice nepotřebuje, protože je mladý. Na závěr jsme se klienta Armády spásy dotázali, zda ho někdy vezla záchranka. Přiznal se, že jednou a to z toho důvodu, že byl do bezvědomí opilý.

Respondent č. 4 (bezdomovec)

Čtvrtým respondentem bez domova je muž, kterému je 50 let. Uvádí, že už ani neví, kolik let je na ulici. Říká, že ženu měl, ale ta ho prý opustila a děti nemá žádné.

Respondent číslo čtyři nám převyprávěl jeden svůj velmi nepříjemný zážitek, který se mu přihodil. „Loni jsem asi vypil něco špatného, bolelo mě břicho, měl jsem průjem a bolelo mě břicho. Na schodech na stanici Praha hlavní nádraží jsem se podělal. Šel jsem na záchod, tam jsem se svlíknul, ale oni mě vyhodili, takže jsem zahodil ty kalhoty a šel jsem ven tam na ty schody a tam jsem 2 hodiny čekal, než přijela ZZ, kterou jsem zavolal. Potom *jsem jim řekl, že mám HIV* a že potřebuju na Bulovku přímo do toho našeho centra. Na to bohužel nereagovali a odvezli mě na František. Samozřejmě mě potom převezli.“ Tento bezdomovec se záchranáři prý problém neměl, jediné co se mu nelíbilo bylo to, že ho nebrali vážně. Uvedl, že na František už nikdy nechce, že je ve své podstatě rád, že na Bulovku musí.

Respondent č. 5 (bezdomovec)

Pátou respondentkou je žena, které je 30 let. Na ulici se prý dostala náhodou. *Doklady u sebe má prý v pořádku.* Rodinu respondentka nemá a uvádí, že bydlí, kde se dá.

Tato paní bez domova nám na otázku, zda ji někdy vezla záchranná služba odpověděla, že ano. Ale *přístup záchranářů se jí nelíbil* z toho důvodu, že prý neřešili terén a výmoly, kterými jeli. Říká, že na to mají ostatní stejný názor.

Respondent č. 6 (Bezdomovec)

Šestou respondentkou je žena, které je 28 let. Uvedla, že děti nemá. Na otázku, zda má respondentka u sebe doklady, uvedla, že ano, ale má je prý schované a u sebe je nenosí. Vzdělání má slečna prý základní, uvedla, že skoro dodělala i střední, ale její tehdejší přítel ji svedl na špatnou cestu.

Dotazovaná uvádí, že dodržovat základní hygienu, když jste žena na ulici, je velmi složité. Snaží se navštěvovat různá zařízení pro lidi bez domova, kde je možnost, umýt se, ale mnohdy jsou tam prý sprchy tak špinavé, že se tam umýt nedá. Na otázku, zda se chce slečna vrátit zpět do běžného života uvedla, že určitě ano, ale se základní školou se prý špatně hledá práce.

Respondentka uvedla, že záchrannou službu potřebovala již dvakrát, ale ani jednou si ji nevolala sama. Jednou prý byla pod vlivem drog a podruhé to bylo z toho důvodu, že snědla něco špatného. Zdravotníci záchranáři se k ní chovali zcela profesionálně. Na otázku, co by podle ní mohli záchranáři zlepšit v přístupu k bezdomovcům

Respondent č. 7 (zdravotnický záchranář)

Muž, zdravotnický záchranář, pracující u záchranné služby Praha, kterému je nyní 26 let.

Prvním záchranářem je muž, který má vzdělání diplomovaný specialista (DiS.). U záchranné služby hlavního města Prahy je již druhým rokem. Podotýká, že první rok byl pro něj velmi těžký a náročný, ale v druhém roce se již cítí jistěji. Momentálně žije s přítelkyní a děti zatím nemá.

Zdravotnický záchranář uvádí, že k bezdomovci vyjíždí 1-2x do týdne, ale podotýká, že záleží na mnoha faktorech, především na ročním období. Zdravotnický záchranář říká, že se v poslední době o problematiku v bezdomovství zajímá hodně, protože se setkal již mnohokrát s velmi nepříjemným zdravotnickým personálem, který se k lidem bez domova chová nepřiměřeným způsobem, proto se snaží více pochopit tyto lidi a zapracovat v neposlední řadě sám na sobě v přístupu k nim, nicméně podotýká, že dle jeho osobního názoru se k bezdomovcům chová vstřícněji než jeho kolegové. Dodává, že pokud ho dotyčný začne slovně nebo fyzicky napadat, líbit si to nenechá.

S alkoholem se respondent u lidí bez domova setkává velice často, ale upozorňuje na to, že drogy tak časté nejsou. Podotýká, že alkohol je velmi častý důvod, kvůli kterému k bezdomovcům vyjíždí. Co se týká nejčastějších výjezdů k těmto lidem, tak jsou to úraz hlavy, po pádu, bolesti DK. Myslí si, že bezdomovci zneužívají ZZS zřídka kdy, už jen z toho důvodu, že nemají telefon, většinou jim záchranku volají kolemjdoucí takzvaní „samaritáni.“

Na otázku, zda by chtěl respondent něco změnit při komunikaci s bezdomovci nebo při předávání takového pacienta ve zdravotnickém zařízení, odpověděl: „Velmi často se setkávám s tím, že po příjezdu do zdravotnického zařízení se lékaři snaží takového pacienta zbavit. Bezdomovci jsou špinaví, neudrží se, zapáchají. Jsou na ně hnusní a ubližují tomu člověku, jen proto, že je líný nebo má předsudky. Já jsem občas naštvaný sám na sebe, že nemám dost argumentů k tomu, aby museli pacienta přijmout. Chci si nastudovat i zákony, více vědomostí je vždy jen ku prospěchu. Co se týče komunikace s bezdomovci, tak s tím nemám problém.“ Bezdomovci se k respondentovi chovají slušně, protože oni samy prý něco potřebují. Myslí si, že jakmile vy přijдете v klidu a chováte se slušně, bezdomovec se bude chovat stejně tak.

Respondent uvádí, že pacienty nejčastěji vozí na chirurgické nebo interní oddělení. Strach z přenosu nákaz má.

Respondent č. 8 (zdravotnický záchranář)

Dalším zdravotnickým záchranářem je muž, kterému je 33 let. Vzděláním je DiS. Je rozvedený a má jedno dítě. U ZZS je již 11 let a práce ho stále velmi baví.

Respondent se setkává *zhruba 3x do týdne* s lidmi bez domova, ovšem jsou měsíce, ve kterých se s nimi setkává mnohem častěji. Dále záleží na tom, na které výjezdové stanici právě je, výjezdy k bezdomovcům jsou v Praze určitě častější než ve Středočeském kraji. Zdravotnický záchranář uvádí, že pokud je na výjezdu k bezdomovci, nemá k nim žádné předsudky a není vůči nim nijak zaujatý. Dodává, že občas když se jich začne více ptát, je možné, že se mu změní pohled na daného jedince.

Respondent práci s bezdomovci *neshledává nijak zvlášť stresující*. Dodává, že pacienty si neškatulkuje a ke všem se snaží chovat stejně. Na otázku, zda jsou časté výjezdy ke stejným lidem uvedl, že určitě ano. „Občas mi stačí vidět jen adresu a je mi jasné, za kým jedeme.“

Zdravotnický záchranář se *setkává s alkoholem* u lidí bez domova často. Podotýká, že venku je dost zima a lidé se nemají kam schovat, alkohol je trochu zahřeje. S drogami se zas tak často neseťkává, protože ty už jsou hůře dostupné.

Respondent říká, že strach z přenosu nákaz určitě má, ale uvádí, že každý je potencionálně nakažený, proto se chrání u všech stejně, bere si gumové rukavice a pokud pacient kašle, vezme si ústenku.

Indikace výjezdů jsou prý hodně rozmanité, ale pokud by měl respondent uvést opravdu ty nejčastější, jsou to: po kolapsu, somnolence, slabost DK, úraz hlavy. Pokud jde o oddělení, na které je zdravotnický záchranář nejčastěji umisťuje, je to *urgentní příjem a interní oddělení*.

Zdravotnický záchranář si rozhodně *nemyslí, že by lidé bez domova zneužívali ZZS*, většinou jim totiž ZZS volají kolemjdoucí a oni sami o žádnou pomoc nestojí. Podotýká, že pár jedinců se najde, kteří přesně ví, na co si stěžovat, aby je zdravotník do zdravotnického zařízení musel převést, ale těch je prý velmi málo.

Na otázku, co by zdravotník rád změnil sám na sobě při přístupu odpověděl: „Nic, ke všem se chovám stejně, nikoho za nic neodsuzuji a nejsem zlý, zkrátka svoji práci mám rád a baví mě, nikomu bych nepomohl, pokud bych byl nepříjemný.“

Respondent č. 9 (zdravotnický záchranář)

Osmým respondentem je muž, kterému je 26 let. Jako zdravotnický záchranář pracuje dva roky a je diplomovaným specialistou. Respondent ještě nemá žádné děti.

Respondent přijde do styku s bezdomovci *tak 1-2x za službu*. Dotazovaný přiznává, že klienti často končí na záchytce z toho důvodu, že požili velké množství alkoholu. Časté jsou také chirurgické oddělení nebo urgentní příjmy, jelikož klienti jsou po nějakém pádu. Respondent se neseťkává s tím, že by pacient vysloveně nechtěl do nějaké určité nemocnice, spíše se brání odvozu na záchytku.

Respondent udává, že nejčastější výjezdy jsou k lidem po pádu, podchlazení, dušnost nebo rvačky mezi sebou. Dotazovaný při výjezdu k takovým pacientům žádné předsudky nemá, uvádí však, že pokud je bezdomovec agresivní nebo v podnapilém stavu, komunikace je náročná a do takových situací se zdravotnický záchranář dostává velmi nerad. Občas by sám od sebe očekával více klidu při jednání s těmito klienty, obzvláště pokud mu třeba končí směna nebo pokud má hlad.

Dotazovaný u výjezdu k bezdomovcům více ochranných pomůcek nepoužívá. Jiné je to prý v případě, že je bezdomovec pokálen nebo od krve, to si vezme dvoje rukavice, aby následně jedny mohl odhodit a měl znovu čisté. Dodává, že někteří hodně chrchlají, v tomto případě prý nasazuje bezdomovci roušku.

Na otázku, zda se respondent zajímá, jak se bezdomovec do dané situace dostal říká, že se ptá dost často. Zajímá ho prý, zda pracují a jaké mají vzdělání, načež většinou odpovídají, že jsou řemeslníci nebo mají nějaké vyučení. Myslí si, že volných pozic pro tyto lidi je opravdu mnoho, ale jim se pracovat většinou zkrátka nechce.

Na otázku, zda má respondent problémy s předáváním bezdomovců v nemocnici odpověděl takto: „Myslím si, že hlavně v centru města jsou na ně v nemocnicích docela hodně zvyklí, jsou v těch nemocnicích často a přivezené bezdomovce většinou už znají. Řekl bych, že ta situace se celkově vůči nim zlepšuje. Když jsem začínal, tak bezdomovec byl velkým problémem. Teď třeba něco namítají, ale není to už tak hrozné jako dříve.“

Respondent říká, že co se dokladů týče, mají občas třeba starou občanku nebo nějakou náhradu za ni. Často se na místě vyskytnou prý policisté, kteří bezdomovce ztotožní, díky tomu záchranná služba nějaké údaje má. Respondent uvádí, že na pražské záchranné službě mají elektronickou dokumentaci, kde si klienta mohou najít i zpětně, jelikož bezdomovci se vozí poměrně často.

Respondent č. 10 (zdravotnický záchranář)

Devátým respondentem je muž, kterému je 36 let, má dvě děti a ženu a u zdravotnické záchranné služby je již 16 let.

Zdravotnický záchranář uvádí, že v létě přijde s bezdomovci do styku *asi 1x do týdne*, ale v zimě asi 3x do týdne. Respondent uvádí, že Žatec je malé město, ve kterém se vyjíždí zhruba k 10ti stejným bezdomovcům. S úsměvem říká, že jsou to jejich tzv. „štamgasti.“

Respondent uvádí jako nejčastější oddělení, na které lidi bez domova předává *interní oddělení a chirurgické oddělení*. Respondent říká, že bezdomovce mnohdy vyšetřuje i více než ostatní lidi, protože zvláště v zimě se na nich snaží najít cokoli, co by mu mohlo pomoci v tom, aby si ho v nemocnici pár dní nechali, ale snaží se i z toho důvodu, aby si své jednání obhájil před lékařem. Lidé bez domova jsou prý rádi za teplo a jídlo, nicméně zdravotnický záchranář upozorňuje na to, že většinou volají záchranku kolemjdoucí.

Na otázku, zda mají u sebe bezdomovci doklady, respondent opáčil, že vycházejí většinou z historie, poněvadž bezdomovců mají ve městě opravdu málo, všechny už ZZS někdy v minulosti vezla. Respondent říká, že u většiny už ví, zda se s něčím léčí či nikoli.

Respondent říká, že agresivita se u pacientů odráží většinou na chování nich samotných. Podle něj je velmi důležité v klidu se dohodnout a pacienta upozornit na vše, co ho čeká. Strach z přenosu nález nemá.

Respondent říká, že časté je, že policie volá záchrannou službu, než-li naopak. Další častou variantou je, že ZZS volají kolemjdoucí. Nicméně záchranáři se nelíbí to, že kolemjdoucí volají záchrannou službu, aniž by se bezdomovce zeptali, zda něco potřebuje. Poté prý dochází ke konfliktům, jelikož bezdomovec nic nechce, ale kolemjdoucí si přejí, aby byl bezdomovec odvezen, tudíž nastává neřešitelná situace.

Respondent vůči bezdomovcům *předsudky nemá*. Ochranné pomůcky používá stejné jako v jiných případech. Zdravotnický záchranář má větší obavy o infekční

onemocnění u mladých bezdomovců nebo lidí užívajících drogy, u starých prý tyto obavy nemá.

Respondent č. 11 (zdravotnický záchranář)

Desátým respondentem je muž, kterému je 30 let a u záchranné služby je již pátým rokem. Nyní je ženatý, bezdětný. Na záchrance má půl úvazku a půl úvazku pracuje na urgentním příjmu v Plzni.

Respondent uvádí, že se s bezdomovci na záchranné službě *příliš neseťkává*, nicméně na urgentním příjmu prý poměrně často. Na moji otázku, zda si volají záchrannou službu sami bezdomovci mi dotazovaný odpověděl, že ve většině případů ne. Nejčastěji prý volají kolemjdoucí a poté policie.

Respondent říká, že *ke stejným bezdomovcům jezdí velmi často*, uvádí, že jsou to už jejich takzvaní „stálí klienti.“ Zdravotnický záchranář poukazuje na to, že lidé bez domova jsou v Plzni neudatelní. Většinou se podle jeho slov snaží najít alespoň malou tržnou ranku, aby ho mohli odvézt na chirurgické oddělení, v jiných případech má prý velmi velké problémy s udáním takového pacienta.

Respondent udává, že vůči lidem bez domova předsudky má, ale i přes to se k nim snaží chovat slušně, protože nikdy neví, co takového člověk mohlo potkat. Podotýká, že pokud se k němu pacient chová slušně, on se také chová slušně.

Zdravotnický záchranář mi řekl, že s infekčními onemocněními se u bezdomovců neseťkává. Alespoň mu to jeho klienti neříkají, ale pokud s mu zdá někdo jakkoliv podezřelý, dává si o to větší pozor, když ho vyšetřuje.

Po mém dotazu, zda má respondent problémy s předáváním bezdomovců v nemocnici a zda by chtěl něco zlepšit při komunikaci se zdravotním personálem odpověděl: „Já se snažím dělat moji práci co nejlépe, takže se snažím, aby i ta komunikace byla co nejlepší, Ovšem co se týká samotného předávání, dochází při nich obrovským konfliktům. Já vlastně moc nerozumím tomu, proč nefunguje ta mezioborová spolupráce, proč sestry nadávají na záchranku a záchranka na sestry. Myslím si, že by se to trošku mohlo prolínat a bylo by dobré, kdyby se obory respektovaly a slušně komunikovaly.“

Respondent udává, že se o osobní životy, osudy a strasti v životech svých klientů nezajímá, protože si to pak prý zdravotníci nosí domů, přemýšlí nad tím a to je podle něho špatné. Dotazovaný se snaží být profesionální.

Respondent 12 (zdravotnický záchranář)

Dvanáctou respondentkou je žena, které je 38 let a u záchranné služby je již 12 let. Má dvě děti a manžela. Záchranářka pracuje ve Středočeském kraji. Zdravotnická záchranářka má vysokoškolské vzdělání.

Na otázku, kolikrát do týdne respondentka přichází do styku s bezdomovci odpověděla, že *maximálně 1x do týdne*, mnohdy ani to ne. „V kraji, ve kterém já jezdím moc bezdomovců není, jsou tam asi tak 4, takže už je všechny známe i jménem.“ Záchranářka vůči bezdomovcům předsudky nemá, říká, že do této situace se může dostat každý z nás. Práce s bezdomovci pro dotazovanou není nijak zvlášť stresující. „Jsou to pro mě pacienti jako všichni ostatní.“ Jako nejčastější oddělení, na které bezdomovce vozí uvádí traumatologické centrum a chirurgické oddělení.

Co se týče alkoholu a drog, záchranářka odpověděla: „S drogami se u bezdomovců nesetkávám, protože na to nemají peníze. Za to alkohol mají u sebe pořád, ale agresivně se ke mně nechovají.“

Na otázku, zda má respondentka *strach z přenosu nákaz* říká: „*Strach mám*, ale u všech, to že mám ošetřit bezdomovce pro mě neznamena zvláštní signál, abych se nějak více chránila, dávám si pozor u všech.“ Jako nejčastější indikace výjezdů uvádí somnolenci, po kolapsu a úraz hlavy.

Respondentka uvádí, že bezdomovci ZZS zneužívat příliš nemohou, jelikož jim ji ve většině případů volají kolemjdoucí. Na otázku, zda by respondentka ráda něco změnila ve svém přístupu nebo komunikaci k bezdomovcům nebo při komunikaci při předávání v nemocnici odpověděla: „Já se vždy snažím být slušná a profesionální, ať už komunikuji s kýmkoliv, ale občas mi přijde, že v nemocnici nechápou, že my zdravotníci jsme jeden tým. Samozřejmě se občas dostanu do konfliktu s lékařem nebo sestrou, ale na moji komunikaci bych nic neměnila.“

Respondent 13 (zdravotnický záchranář)

Třináctým respondentem je muž, kterému je 44 let a u záchranné služby je již 20 let. Má 2 děti a ženu. Zdravotnický záchranář pracuje v Plzni a vzděláním je DiS.

Bezdomovce záchranář ošetřuje asi tak *jedenkrát do týdne*. Uvádí, že ošetřování bezdomovců mu je nepříjemné: „Komu by to vlastně mohlo být příjemné, vždyť ti lidé se nemýjí strašně dlouho, spí na ulici a stravují se mnohdy odpadky.“ Záchranář určité předsudky vůči bezdomovcům určitě má. Respondent uvedl, že pokud jede k bezdomovci, je raději, když je na místě i policie, která bezdomovce podrobí alkoholové zkoušce.

Jako nejčastější indikace výjezdů uvádí po zhoršení stavu, kolapsu, omrzliny, bolesti DK. Respondent prý jezdí často ke stejným lidem a k bezdomovcům si vždy bere dvoje rukavice. Říká, že bezdomovci jsou nosiči mnoha nemocí je lepší chránit se raději více než méně.

Na otázku, zda si záchranář myslí, že bezdomovci ZZS zneužívají a zda je obtížné jejich umístění do zdravotnického zařízení odpověděl: „Podle mě ZZS hodně zneužívají v zimním období, v létě tolik ne. V zimě mají omrzliny a potřebují se někde schovat. A v nemocnici se mi stalo už mockrát, že mi ho nechtěli vzít, já na jednu stranu chápu je, že nechtějí někoho špinavého, kdo zapáchá, ale co já s tím mám dělat, copak s ho mám vzít k sobě domů?“ Respondent dodal jako nejčastější oddělení, na které bezdomovce vozí, interní oddělení a urgentní příjem.

Respondent říká, že se vždy snaží být profesionální, ale dělá tu práci už tak dlouho, že si je vědom, že výjezdy k bezdomovcům mnohdy bagatelizuje.

Co se týká komunikace ze strany bezdomovců a jeho samotného uvádí: „Já se snažím chovat vždy maximálně profesionálně. Nicméně jsem si vědom, že občas se chovám hrozně. Například když se pohádáme doma se ženou, když mám hlad, zkrátka když mě něco štve. A při předávání v nemocnici bych rád změnil to, že jsem na lékaře a sestry občas nepříjemný, když jsou oni nepříjemní na mě, vím, že je to pak začarovaný kruh a těžko se z něj vystupuje.“

4.4 Výsledky rozhovorů- tabulky

Tabulka 7: Počet výjezdů k bezdomovcům

Počet výjezdů	Celkem	ZZ1	ZZ2	ZZ3	ZZ4	ZZ5	ZZ6	ZZ7
1x týdně	2						x	x
2x týdně	2				x			
1-2x měsíčně	0							
Často	3		x	x		x		

Zdroj: Strnadová, 2019

Tato tabulka znázorňuje, jak často se zdravotničtí záchranáři s lidmi bez domova setkávají. Nejčastěji se s nimi setkávají záchranáři v Praze, udávají to 3, kteří v Praze jezdí. Zbytek záchranářů, kteří mají výjezdovou stanici ve Středočeském kraji (4 ze 7) udává, že se s bezdomovci setkávají velmi málo a když už jedou k bezdomovci, ve většině případech ho již znají.

Tabulka 8: Indikace výjezdů ZZ k bezdomovcům

Indikace výjezdů	Celkem	ZZ1	ZZ2	ZZ3	ZZ4	ZZ5	ZZ6	ZZ7
Slabosti DK	4	x	x		x			x
Ebrieta	1					x		
Somnolence	2		x		x			
Po kolapsu	3		x		x			x
Úraz hlavy	4	x	x		x	x		
Po pádu	4	x		x		x	x	
Podchlazení	2		x	x				
Potyčka	1			x			x	
Intoxikace alkoholem	1	x						
Zhoršení stavu	2			x				x

Zdroj: Strnadová, 2019

Tato tabulka znázorňuje nejčastější indikace výjezdů pro záchranáře k bezdomovcům. Jak je vidět v tabulce, jejich mnoho, ale nejčastěji se respondenti shodovali na slabosti DK (4 ze 7), úraz hlavy (4 ze 7), po pádu (4 ze 7). Respondenti

udávají často velmi nepřesné podávání informací ze strany bezdomovců, a nebo dalším problémem je to, že jsou polymorbidní.

Tabulka 9: Nejčastější oddělení, na která jsou bezdomovci odváženi

Oddělení	Celkem	ZZ1	ZZ2	ZZ3	ZZ4	ZZ5	ZZ6	ZZ7
Interní	5	x	x	x	x			x
Chirurgické	4	x		x	x		x	
Traumatologické	1						x	
Neurologické	0							
Urgentní příjem	4		x	x		x		x

Zdroj: Strnadová, 2019

Tato tabulka znázorňuje oddělení, na která jsou bezdomovci nejčastěji odváženi. Z rozhovorů vyplynulo jednoznačně, že na interní oddělení (5 ze 7). Nicméně z důvodu polymorbidity bezdomovců je často prý těžké rozhodnout se, na jaké oddělení takový člověk spadá více.

Tabulka 10: Obava ZZ z přenosu nákaz od bezdomovců

Strach z přenosu nákaz	Celkem	ZZ1	ZZ2	ZZ3	ZZ4	ZZ5	ZZ6	ZZ7
Ano	5	x	x	x			x	x
Ne	2				x	x		

Zdroj: Strnadová, 2019

V této tabulce je zobrazeno, zda mají záchranáři strach z přenosu nákaz od lidí bez domova a zda se více chrání. (5 ze 7) lidí odpovědělo, že strach mají. (2 ze 7) udávají, že strach nemají, že na ZZS jsou již dlouho a dávají si takový pozor, že se bát nemusejí.

Tabulka 11: Stres při práci s bezdomovci

Zvláštní stres	Celkem	ZZ1	ZZ2	ZZ3	ZZ4	ZZ5	ZZ5	ZZ6	ZZ7
Ano, je	0								
Ne, není	7	x	x	x	x	x	x	x	x

Zdroj: Strnadová, 2019

Tato tabulka znázorňuje, zda pociťují ZZ nějaký stres při práci s lidmi bez domova a všichni odpověděli, že žádný stres nemají, jsou to pacienti stejně jako ti ostatní.

5 Diskuze

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn zkušeností s lidmi bez domova na ZZS i v nemocnicích. Občas se mi nelíbilo, jak zdravotníci s bezdomovci zacházejí, proto mě zajímaly názory bezdomovců na záchranáře a názory záchranářů na bezdomovce. Rozhovory s bezdomovci jsem vedla před Armádou spásy a se zdravotnickými záchranáři z různých krajů České republiky.

Hlavním cílem této práce bylo, zjistit od lidí bez domova, co by mohli zdravotníci záchranáři zlepšit v komunikaci a přístupu.

První průzkumná otázka zní: „Co vás do této situace dostalo?“ Většina dotazovaných odpovídala, že se chytli špatné party a v té si našli partnera, poté to šlo prý z kopce. Jeden respondent uvedl, že ho na ulici dostala jeho žena a dluhy. (Vágnerová et al., 2013) uvádí, že nejčastější příčinou bezdomovství je rodina. Respondenti odpovídají: *„Chytla jsem se špatné party, se kterou jsem začala chodit za školu, a pak už se to se mnou jen vezlo.“* *„Já jsem měl normální rodinu, děti, dobrou práci, ale ona mě o všechno obrala.“*

Druhá oblast se zabývala každodenním životem na ulici. Zajímalo nás, jak lidé bez domova tráví každý den. V tomto případě se jejich odpovědi příliš nelišily. *„Já přes den jezdím v tramvajích, kde zabiju většinu času, pak chodím sem, protože tady jsou ty polívky v 15 hodin a spát chodím občas na loď a občas sem do azyláku.“* Jiný respondent odpovídal: *„Já chodím do práce, jinak bych se neuživil, takže jsem každý den v práci a spím tamhle za rohem, tam mám matraci.“* Dále mě zajímalo, proč tito lidé nepřespávají v azylovém domě, odpověď zněla ode všech zcela stejně: *„Je to příliš drahé a na to nemáme.“* Lidé přebývají v denním centru, kde si mohou odpočinout, umýt se, sociální pomoc (Matoušek et al, 2010).

Další oblastí, která nás zajímala bylo, zda mají bezdomovci nějakou možnost lékařského ošetření, zda mají nějaké zdravotní potíže. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí způsobují největší potíže špatná a nepestrá strava, nedostatečné dodržování hygieny, přebývání ve velkých mrazech atd. U lidí bez domova jsou velmi časté záněty, plísňe, virové infekce, bércové vředy, svrab, vši atd. Bezdomovci uváděli, že si sami mezi sebou dávají veliký pozor na přenášení chorob, vši, svrabu... *„Já občas po někom ani nejdu do sprchy, protože vidím, že se pořád drbe, to je i důvod, proč spím raději na ulici než*

v různých zařízeních, bojím se, že bych něco chytil.“ Bezdomovci uváděli, že k lékaři jít mohou, ale nechodí tam. Většina si na svůj zdravotní stav nestěžuje.

Další oblast se zabývala tím, zda lidé bez domova někdy potřebovali ZZS, zda si ji volali oni sami a popřípadě s čím je vezla. Ve většině případů bezdomovci odpovídali, že je zdravotnická záchranná služba již vezla, dokonce opakovaně. „*Mě vezli, dokonce už víckrát. Jednou jsem snědl asi něco špatnýho z popelnice a podruhý jsem měl mozkovou příhodu.*“ Respondenti uváděli, že u sebe mobil nemají a že záchranku většinu volají buď kolemjdoucí, a nebo kámoš přes telefonní budku.

Pekara (2017) říká, že je velice důležité při komunikaci s agresivním pacientem je bezpečná vzdálenost. Poslední oblast se zabývala přístupem a komunikací zdravotnických záchranářů k lidem bez domova. Cílem bylo zjistit, co by eventuálně mohli záchranáři zlepšit při komunikaci a čemu se vyvarovat. Jeden z respondentů odpověděl: „*Já si na ně nemohu stěžovat, mně vlastně zachránili život.*“ Další respondent: „*Chovali se hrozně, jakmile se dozvěděli, že jsem z Armády spásy, změnili se a byli na mě zlí.*“ Většina bezdomovců si na záchranáře vůbec nestěžuje a jsou si vědomí toho, že jak se budou chovat oni k nim, bude jim to úplně stejně opětováno.

První průzkumná otázka pro zdravotnické záchranáře zní: „*Kolikrát do týdne se setkáváte s bezdomovci?*“ Jak často se záchranář setkává do týdne s bezdomovci záleží především na kraji. Záchranář z centra Prahy s nimi přichází do styku i 2x denně, ale třeba záchranáři mimo Prahu se s nimi setkávají maximálně 1x do týdne. Dle paní Šupkové z roku 2006 se ukázalo, že záchranáři se setkávají s bezdomovci 2x i vícekrát do týdne.

Druhá otázka zní: „*Jaké jsou nejčastější indikace výjezdů?*“ Opět záleží na kraji, ale mezi nejčastější odpovědi patří urgentní příjem, interna, chirurgie. Občas respondenti uváděli také záchytku. „*Já se na něm vždycky snažím najít alespoň malou tržnou ranku, abych ho mohl odvézt na chirurgii.*“ Dle (Koubová, 2015) je u bezdomovců veliký problém, že jejich zdraví pro ně není prioritou a pomoc vyhledávají až tehdy, kdy jsou ve vážném stavu.

Další otázka: „*Co byste rád změnil na sobě u výjezdů k bezdomovcům?*“ Všichni záchranáři se shodují na tom, že se ke všem pacientům chovají stejně, nikoho za nic neodsuzují, chovají se profesionálně. „*Já se ke všem chovám stejně, většinou se ani neptám, co toho člověka do této situace dostala, zkrátka udělám svoji práci, pořádně ho vyšetřím, ale více to neřeším.*“

5.1 Doporučení pro praxi

Doporučujeme problematiku bezdomovectví zařadit do výuky zdravotnických záchranářů na vysokých školách. Tato práce navrhuje pro výuku dva pracovní listy s modelovými situacemi, které mohou přiblížit studentky k problematikám, které se s bezdomovstvím spojují. Modelové situace jsou ideálními pro předmět Profesionální komunikace a prevence násilí pro zdravotnické záchranáře, kdy je možné právě tyto listy využít.

5.1.1 Modelové situace

Modelové situace mají za úkol ukázat, že je potřeba, aby zdravotnický záchranář na sobě neustále pracoval. Je potřeba, aby se v dané chvíli rozhodoval správně, je třeba znát zákonu, je třeba fyzická zdatnost, je třeba zdravotních znalostí.

Modelová situace 1

Zdravotnický záchranář je na výjezdu na výzvu po pádu. Po příjezdu na místo vidí výjezdová skupina člověka, který svižným krokem odchází a krvácí z hlavy. Dotyčný křičí, že nic nechce a nic neudělal. Zdravotnický záchranář na tomto místě byl a to z důvodu epileptického záchvatu.

Otázky k situaci:

- Zavoláme si na pomoc policii?
- Necháme bezdomovce odejít nebo se pokusíme ho zastavit a vysvětlit mu, že tu jsme proto, abychom mu pomohli?
- Co budeme dělat, pokud bezdomovec nemá doklady?
- Jak naložíme s tím, pokud si všimneme, že má dotyčný na ruce stopy po vpiších jehlou?
- Jaké ochranné pomůcky budeme potřebovat?
- Na jaké oddělení takového pacienta odvezeme?

Modelová situace 2

Zdravotnický záchranář je na výjezdu intoxikace alkoholem. Po příjezdu na Karlův most k bezdomovci přistupuje. Bezdomovec je v bezvědomí, pokálený, pozvracený, ale záchranář zatím neví příčinu a musí se postarat o tlak davu kolemjdoucích, kteří je fotí a natáčejí. Bezdomovec má u sebe spousty věcí. Zdravotnický záchranář začíná s vyšetřením.

Otázky k situaci:

- Jaký bude postup při vyšetření bezdomovce?
- Jak zajistíme klidné okolí od lidí?
- Je potřeba zavolat lékaře?
- Co budeme dělat s věcmi bezdomovce?
- Kam takového pacienta budeme směřovat?

Zdravotnický záchranář se nyní ocitá v situaci, kdy je potřeba vyřešit více věcí. Musí se především postarat a bezdomovce.

ZÁVĚR

Fenoménem bezdomovectví se zabývá celá Evropa. Nejen v chudých státech, ale i v těch bohatších, je potřeba tento problém řešit. Stát se bezdomovcem je až příliš snadné, stačí se dostat do nějaké, pro nás neřešitelné, situace či se nám přihodí špatná souhra náhod a je z nás rázem bezdomovec. Je nutné, aby se do této problematiky zapojoval stát, jelikož ten může ovlivnit další koncepční sociální politiku, poskytovatele sociálních služeb nebo i obce a města, kteří jsou majiteli obecních bytů.

Bakalářská práce byla v teoretické části zaměřena na problematiku bezdomovectví a jeho determinanty. Dále bylo zmíněno bezdomovectví v ČR, jaké jsou možnosti řešení s přespáváním, jaká je zdravotní a lékařská dostupnost a samotný přístup zdravotnických záchranářů k lidem bez domova, poukázání na častá infekční onemocnění u bezdomovců, na která je potřeba vždy myslet.

V praktické části bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Co se týká názoru bezdomovců na přístup ZZ k bezdomovcům, většina respondentů odpověděla, že si na ZZ nemůže stěžovat, líbila se jim komunikace i samotný přístup záchranářů. Konkrétně byli spokojeni 4 z 5. Na otázku, co si myslí, že by záchranáři mohli zlepšit při komunikaci s bezdomovci, opět většina odpověděla, že jsou s nimi spokojeni, nicméně našla se paní bez domova, které se velmi nelíbilo to, že když se jim svěřila, že je z Armády spásy, záchranáři k ní začali přistupovat zcela jinak. Z řad záchranářů většina odpověděla na otázku, zda mají jiný přístup k běžným pacientům než k lidem bez domova odpověděla, že určitě ne. Uváděli, že se ke všem chovají stejně bez rozdílů.

V teoretické části bylo tedy zjištěno, že bezdomovci se v odpovědích ve většině případů shodovali a zdravotničtí záchranáři také.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTÁK, Miroslav, 2011. *Bezdomovectví v ČR: zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně. ISBN 978-80-7414-441-7.
2. BENEŠOVÁ, Hana a Marta ČEJKOVÁ, 2009. Problematická péče o bezdomovce. *Sestra*, (12), (Tematický sešit 265 - Diabetologie), s. 54-55. ISSN 1210-0404.
3. BRABENCOVÁ, Eva. Možnosti osamostatňování a reintegrace klientů dlouhodobého azylového ubytování pro osoby bez přístřeší. Praha, 2012. 98 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.
4. BRANDÝSKÝ, Luboš, 2010, *Život na ulici*, Diplomová práce
5. BYDŽOVSKÝ, Jan, 2010. *Tabulky pro medicínu prvního kontaktu: záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-351-6.
6. CASEY, Roger et al. Application of Implementation Science for Homeless Interventions. *American Journal of Public Health*. 2013
7. CEJNEK, Pavel. *Bezdomovectví z pohledu sociální pedagogiky*. Brno 2010. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií
8. DOBIÁŠ, Viliam, Táňa BULÍKOVÁ a Peter HERMAN, 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-387-5.
9. EUROPEAN COMMISSION, Directorate-General for Employment. Joint report on
10. FEANTSA. Review of the National Reform Programmes 2013, Implementation of the Social investment Package [online]. FEANSTA, 2013 [cit. 2014-04-30].
Dostupné z http://www.feantsa.org/spip.php?action=acceder_document&arg=1668&cle=6615585d80083dff0a55aca65b782ee9c365497b&file=pdf%2Ffeantsareview2013nrps.pdf
11. FRANZ, Jiří, 2012. O bezdomovcích. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 22(1), 6-8. ISSN 1212-6152.
12. FREI, Jiří (ed.), 2015. *Akutní stavy pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita. ISBN 978-80-261-0498-8.
13. GÉRINGOVÁ, J. Pomáhající profese. 1.vydání. Praha: Triton, 2011. 198 str. ISBN 978-80-7387-394-3.
14. GÖPFERTO VÁ, Dana, Petr PAZDIORA, Lenka PETROUŠOVÁ a Jana DÁŇOVÁ. *100 infekcí: (epidemiologie pro praxi)*. Praha: Stanislav Juhaňák - TRITON, 2015. ISBN 978-80-7387-846-7.
15. GÖPFERTO VÁ, Dana, Petr PAZDIORA, Lenka PETROUŠOVÁ a Jana DÁŇOVÁ. *100 infekcí: (epidemiologie pro praxi)*. Praha: Stanislav Juhaňák - TRITON, 2015. ISBN 978-80-7387-846-7.
16. HAMPLOVÁ, Lidmila. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena: pro bakalářské studium a všechny typy zdravotnických škol*. Praha: Stanislav Juhaňák - TRITON, 2015. ISBN 978-80-7387-934-1.

17. HERMAN, E. a kol., 2010, *Konziliární psychiatrie*, ISBN 978-80-903708-9-0
18. HOTOVCOVÁ, Lucie a kol., *Bezdomovectví v kontextu sociálních a ambulantních služeb*, 2012, ISBN 978-80-262-0090-1
19. JANČOVÁ, Monika, 2016. *Problematika výjezdů zdravotnické záchranné služby u lidí bez domova* [online]. České Budějovice [cit. 2018-04-20]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/qdgpfm/>>.
20. JUHAŇÁK, Libor, 2014. *Bezdomovectví* [online]. Ostrava [cit. 2018-04-20]. Bakalářská práce. Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/4nn9k2/>>.
21. KLIMENT, pavel a VÍT, Dočekal, 2016, *Pohled na bezdomovectví v České republice*, ISBN 9788024450070
22. KOPOLDOVÁ, Bedřiška, 2008, *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie*, ISBN 978-80-7338-069-4
23. LANGEROVÁ, Lucie, 2007, *Bezdomovectví jako sociální fenomén dnešní doby*, Diplomová práce
24. LÁTALOVÁ, K., 2013, *Agresivita v psychiatrii*
25. MACKOVÁ, Marie a Jana MACKOVÁ, 2012. Pohled zdravotníků na bezdomovce. *Ošetrovatel'stvo*, 2(3), 83-86. ISSN 1338-6263.
26. MAREK, J., STRNAD, A., HOTOVCOVÁ, L. 2012. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0090-1.
27. MAREK, Jakub, Aleš STRNAD a Lucie HOTOVCOVÁ, 2012. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0090-1.
28. MAREK, Jakub, Aleš STRNAD a Lucie HOTOVCOVÁ. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0090-1.
29. ORLÍKOVÁ, Hana a Bohumír KRÍŽ, 2012. Charakteristiky hospitalizovaných bezdomovců se zaměřením na infekční nemoci. In: *Pečenkovy epidemiologické dny*. Jihlava: Zdeněk Hajn, [19--]-. 2012, s. 95.
30. PAZDIORA, Petr a kol., *Epidemiologie*, ISBN 80-246-1232-1
31. PEKARA, Jaroslav a Marie TREŠLOVÁ. Agrese jak ji neznáme. *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia: časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2012, 10(3), [. ISSN 1336-183X.
32. PEKÁRKOVÁ, Andrea, 2016. Pouliční medicína. *Vita nostra revue*, 26(3), 48-51. ISSN 1212-5083.
33. PETIŠKA, Martin. *Brandýský poutník*. Ilustroval Jaroslav NOVÁK. Brandýs nad Labem-Stará Boleslav: Město Brandýs nad Labem-Stará Boleslav, 2010. ISBN 978-80-254-8067-0.
34. POLÁK, Martin, 2016. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3939-0.
35. PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ, 2008. *Bezdomovectví*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-100-0.

36. PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-100-0.
37. ROZSYPAL, Hanuš, Michal HOLUB a Monika KOSÁKOVÁ. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči: učební texty Univerzity Karlovy v Praze*. Praha: Nakladatelství Univerzity Karlovy v Praze, 2013. ISBN 978-80-246-2197-5.
38. RŮŽIČKOVÁ, Veronika, 2012. *Bezdomovec jako pacient* [online]. Zlín [cit. 2018-04-20]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/7vv14j/>>.
39. RŮŽIČKOVÁ, Veronika, 2012. *Bezdomovec jako pacient* [online]. Zlín [cit. 2018-04-20]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/7vv14j/>>.
40. social protection and social inclusion 2010a. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2010. ISBN 978-927-9157-554.
41. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., *Základy ošetrovatelství*
42. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.
43. ŠEBLOVÁ, Jana, 2015. *Úvahy o urgentní medicíně*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3504-0.
44. ŠULCOVÁ, Jana, 2014, *Integrace bezdomovců v české společnosti*
45. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4 vydání. Praha: Portal, 2008. 872 str. ISBN 978-7367-414-4.
46. VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK, 2014. *Homelessness among young people in Prague: a narrative analysis of developmental trajectories*. Prague: Karolinum. ISBN 978-80-246-2517-1.
47. Výzkum MPSV. Vyhodnocení průzkumu řešení bezdomovectví v obcích s rozšířenou působností. [online]. 2013 [cit. 2016-06-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/nahled/cs/>
48. VÁVRA, Martin, 2013, VÚPSV, ISSN 1802-5854

PŘÍLOHY

Příloha A - Pracovní list 1	II
Příloha B - Pracovní list 2.....	III
Příloha D - Rešeršní protokol	IV
Příloha E - Protokol o provádění sběru dat.....	V

Pracovní list 1

Zdravotnický záchranář je na výjezdu na výzvu po pádu. Po příjezdu na místo vidí výjezdová skupina člověka, který svižným krokem odchází a krvácí z hlavy. Dotyčný křičí, že nic nechce a nic neudělal. Zdravotnický záchranář na tomto místě byl a to z důvodu epileptického záchvatu.

Otázky k situaci:

- Zavoláme si na pomoc policii?
- Necháme bezdomovce odejít nebo se pokusíme ho zastavit a vysvětlit mu, že tu jsme proto, abychom mu pomohli?
- Co budeme dělat, pokud bezdomovec nemá doklady?
- Jak naložíme s tím, pokud si všimneme, že má dotyčný na ruce stopy po vpiších jehlou?
- Jaké ochranné pomůcky budeme potřebovat?
- Na jaké oddělení takového pacienta odvezeme?

Pracovní list 2

Zdravotnický záchranář je na výjezdu intoxikace alkoholem. Po příjezdu na Karlův most k bezdomovci přistupuje. Bezdomovec je v bezvědomí, pokálený, pozvracený, ale záchranář zatím neví příčinu a musí se postarat o tlak davu kolemjdoucích, kteří je fotí a natáčejí. Bezdomovec má u sebe spousty věcí. Zdravotnický záchranář začíná s vyšetřením.

Otázky k situaci:

- Jaký bude postup při vyšetření bezdomovce?
- Jak zajistíme klidné okolí od lidí?
- Je potřeba zavolat lékaře?
- Co budeme dělat s věcmi bezdomovce?
- Kam takového pacienta budeme směřovat?

Zdravotnický záchranář se nyní ocitá v situaci, kdy je potřeba vyřešit více věcí. Musí se především postarat a bezdomovce.


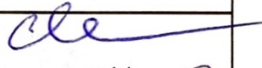
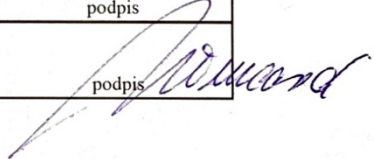
Příloha C

Protokol k provádění sběru dat

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	JTRNADOVA DENISA	
Studijní obor	Ročník	3A22 ZDRAVOTNICKÝ ZÁLEHRANÁŘE
Téma práce	BEZDOMOVECTVÍ V PNP	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	 Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Duškova 7, Praha 5, 150 00 IČ: 27235530, Tel.: 210 082 412 Fax: 257 316 787, www.vszdrav.cz	
Jméno vedoucího práce	Mjr. JAROSLAV TEKARA, Ph.D. (2)	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum	<input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	 podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči REKTORKY VYSOKÉ ŠKOLY ZDRAVIA	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	 podpis

V..... dne

.....
podpis studenta

Příloha D- rešerše

Téma rešerše

Bezdomovectví v PNP

Žadatel

Strnadová Denisa

Jazykové vymezení

Čeština, angličtina, slovenština

Klíčová slova

Agresivita, bezdomovectví, přednemocniční neodkladná péče, komunikace, zdravotnický záchranář

Časové vymezení

2008- současnost

Druhy dokumentů

Knihy, kapitoly z knih, články, elektronické zdroje, vysokoškolské práce

Počet záznamů

Celkem 45, kvalifikační práce- 5, monografie- 19, ostatní- 21

Zdroje

Katalog Národní lékařské knihovny, (www.medvik.cz), jednotná informační brána (www.jib.cz), souborný katalog ČR (sigma.nkp.cz), online katalog NCO NZO, volný internet

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Bezdomovectví v PNP v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta