

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav výživy



Lenka Berkiová, DiS.

Proces stravování, výživa a bezpečnost potravin
u bezdomovecké minority v Praze

*Process of Alimentation, Nutrition and Food Safety of
Homeless Minority in Prague*

Bakalářská práce

Praha, 2014

Autor práce: Lenka Berkiová, DiS.

Studijní program: Veřejné zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: **Mgr. Dana Hrnčířová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav výživy 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Daně Hrnčířové, Ph.D. za trpělivost a velkou spolupráci na mé práci. Dále bych chtěla poděkovat panu RNDr. Bohumíru Procházkovi, CSc. za zpracování statistických dat. MUDr. Aleně Pekárkové, Aleši Strnadovi, Lucii Hotovcové a celému centru Naděje a armády Spásy děkuji za možnost proniknout do sociální a zdravotní péče o bezdomovce. V neposlední řadě také všem kantorům, kteří mě dovedli až ke státní závěrečné zkoušce.

Obsah

| | |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 FENOMÉN BEZDOMOVECTVÍ..... | 9 |
| 1.1 DEFINICE BEZDOMOVECTVÍ..... | 9 |
| 1.2 TYPY BEZDOMOVECTVÍ..... | 11 |
| 1.2.1 Dělení bezdomovectví dle Vlastimily a Ilji Hradeckých..... | 11 |
| 1.2.1.1 Zjevné bezdomovectví..... | 11 |
| 1.2.1.2 Skryté bezdomovectví..... | 12 |
| 1.2.1.3 Potencionální bezdomovectví..... | 12 |
| 1.2.2 Dělení bezdomovectví dle FEANTSA..... | 12 |
| 1.3 PŘÍČINY BEZDOMOVECTVÍ..... | 13 |
| 1.3.1 Faktory bezdomovectví..... | 15 |
| 1.3.1.1 Nezaměstnanost..... | 15 |
| 1.3.1.2 Návykové látky..... | 15 |
| 1.3.1.3 Rodina..... | 17 |
| 1.3.1.4 Bydlení..... | 17 |
| 1.4 VÝVOJ BEZDOMOVECTVÍ V ČR..... | 18 |
| 1.4.1 Období v našich zemích do 19. st..... | 18 |
| 1.4.2 Období v našich zemích od 19. st..... | 18 |
| 1.4.3 Počty bezdomovců v současnosti..... | 19 |
| 2 RIZIKA SPOJENÁ S BEZDOMOVECTVÍM..... | 20 |
| 2.1 ZDRAVOTNÍ RIZIKA..... | 20 |
| 2.1.1 Duševní zdraví a závislosti..... | 21 |
| 2.2 NUTRIČNÍ RIZIKA..... | 23 |
| 2.2.1 Mikronutrienty..... | 24 |
| 2.2.2 Nedostatek potravin u bezdomovců..... | 24 |
| 2.3 ZDRAVOTNÍ PÉČE..... | 25 |
| 2.3.1 Struktura zdravotní péče o bezdomovce v Praze..... | 25 |
| 2.3.2 Zdravotní péče v terénu – street medicine..... | 26 |
| 2.3.2.1 Street medicine z pohledu lékaře..... | 27 |
| 2.3.3 Nedostatky zdravotní péče..... | 27 |
| 3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY..... | 28 |
| 3.1 STÁTNÍ ORGANIZACE A INSTITUCE..... | 28 |
| 3.1.1 Sociální kurátoři..... | 28 |
| 3.2 NEVLÁDNÍ NEZISKOVÉ ORGANIZACE..... | 29 |
| 3.2.1 Denní centra..... | 30 |
| 3.2.1.1 Armáda spásy..... | 30 |
| 3.2.1.2 Naděje..... | 31 |
| 3.2.1.3 Centrum sociálních služeb Praha..... | 31 |
| 3.2.2 Terénní sociální práce s bezdomovci – streetwork..... | 31 |
| 3.2.2.1 Streetwork – v Čechách i zahraničí..... | 31 |
| 3.2.3 Potravinová banka Praha..... | 32 |
| 3.3 UBYTOVÁNÍ..... | 33 |
| 3.3.1 Noclehárny..... | 33 |
| 3.3.1.1 Noclehárny u nás a v zahraničí..... | 33 |
| 3.3.2 Azylové domy..... | 33 |
| 3.3.3 Domy na půl cesty..... | 34 |

| | |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.3.4 Podporované bydlení..... | 35 |
| 4 METODIKA..... | 36 |
| 5 VÝSLEDKY..... | 38 |
| 5.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA SOUBORU..... | 38 |
| 5.2 MÍSTO PŘESPÁNÍ..... | 38 |
| 5.3 ČETNOST KONZUMACE JÍDLA..... | 39 |
| 5.4 POCIT NEDOSTATKU JÍDLA..... | 40 |
| 5.5 ZDROJE JÍDLA..... | 40 |
| 5.6 POUŽITÍ PŘÍBORU..... | 41 |
| 5.7 PLATBA ZA JÍDLO..... | 42 |
| 5.8 PITNÝ REŽIM A NÁPOJE..... | 42 |
| 5.9 POTRAVINY..... | 44 |
| 5.10 KOUŘENÍ..... | 45 |
| 5.11 KONZUMACE ALKOHOLU..... | 46 |
| 5.12 ZDRAVOTNÍ POTÍŽE..... | 46 |
| 5.13 SKLADOVÁNÍ POTRAVIN..... | 47 |
| 5.14 HYGIENA RUKOU..... | 48 |
| 5.15 ZDROJ PITNÉ VODY..... | 48 |
| 6 DISKUZE..... | 49 |
| 6.1 ZÍSKÁVÁNÍ POTRAVIN A JEJICH UCHOVÁVÁNÍ..... | 49 |
| 6.2 ČETNOST KONZUMACE VYBRANÝCH SKUPIN POTRAVIN..... | 52 |
| 6.3 DODRŽOVÁNÍ HYGIENICKÝCH NÁVYKŮ SPOJENÉ SE STRAVOVÁNÍM..... | 53 |
| 6.4 PITNÝ REŽIM A ALKOHOL..... | 54 |
| 7 ZÁVĚR..... | 56 |

Seznam obrázků

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Obrázek 1: Povědomí lidí o potravinové bance (zdroj: Potravinová banka)..... | 32 |
| Obrázek 2: Četnost stravování..... | 39 |
| Obrázek 3: Pocit hladu..... | 40 |
| Obrázek 4: Zdroje potravin..... | 41 |
| Obrázek 5: Histogram množství vypitých tekutin..... | 43 |
| Obrázek 6: Zdroje tekutin..... | 43 |
| Obrázek 7: Množství vykouřených cigaret (červeně označena střední hodnota)..... | 45 |
| Obrázek 8: Konzumace alkoholu..... | 46 |
| Obrázek 9: Skladování potravin..... | 47 |

Seznam tabulek

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabulka 1: Sedm teoretických domén bezdomovectví (Hradecký et al., 2007)..... | 12 |
| Tabulka 2: Složení vzorku respondentů..... | 38 |
| Tabulka 3: Způsob přebývání respondentů..... | 39 |
| Tabulka 4: Konzumace potravin..... | 41 |
| Tabulka 5: Používání příboru při jídle..... | 42 |
| Tabulka 6: Četnost nákupu potravin..... | 42 |
| Tabulka 7: Platba za potraviny..... | 42 |
| Tabulka 8: Skladba potravin v příjmu..... | 45 |
| Tabulka 9: Zdroje pitné vody..... | 48 |

Úvod

Propojení problematiky bezdomovectví a stravování mě zaujalo již ve druhém ročníku po absolvování předmětu *Sociální péče a výživa*.

Bezdomovectví je v dnešní době rozsáhlý fenomén a mnoho lidí si zřejmě klade otázku, jak je možné, že stále v naší vyspělé společnosti přetrvává?

Záměrem mé práce bylo upozornit na problematiku bezdomovectví u nás, na jeho formy a příčiny, se speciálním zaměřením na stravovací zvyklosti bezdomovců a na způsoby zaopatřování stravy a zacházení s ní z pohledu bezpečnosti potravin a hygienických návyků. Součástí práce je také popsání problematiky sociálních služeb pro bezdomovce.

Cílem mé bakalářské práce bylo porovnat skupinu bezdomovců využívajících a nevyžívajících služby organizací pro bezdomovce v následujících oblastech:

- způsob získávání potravin a jejich uchovávání,
- stravovací návyky a pitný režim,
- četnost konzumace vybraných skupin potravin,
- dodržování hygienických návyků spojené se stravováním.

Důležitou součástí mé práce je informovat odbornou i laickou veřejnost o fenoménu bezdomovectví a jeho rizicích nejen směrem k majoritní populaci, ale také směrem k bezdomovcům samotným.

Praktická část je založena na údajích získaných od bezdomovců, kteří nevyžívají pomoc denních center a těch, kteří pravidelně těchto služeb využívají.

Teoretická část

1 Fenomén Bezdomovectví

Posledních dvacet let se česká společnost vyrovnává s fenoménem bezdomovectví. Tento jev je patrnější ve větších městech a lidé k tomu musí, ať chtějí či nechtějí, zaujmout nějaký postoj. Zdá se však, že lidé si začali zvykat na přítomnost bezdomovců. Pravdou je, že veřejnost vidí u těchto lidí především vnější znaky, které vnímají jako ohrožující. Je to například zdroj různých nemocí, drobné kriminality a případné útoky.

Když lidé potkají na ulici bezdomovce, pocítí nejspíše dvě základní emoce, lítost a odpor. A právě odpor veřejnosti vůči bezdomovcům je jednou z bariér v jejich reintegraci zpět do společnosti. Na druhé straně je to lítost, která se v lidech objeví při pohledu na lidi z ulice. Ovšem lítost lidi opouští v okamžiku, kdy bezdomovec na ulici lítosti zneužije. Rád ze sebe bude dělat oběť, aby v kolemjdoucích probudil soucit a docílil pomoci. Princip odporu vychází ze snahy ochránit společnost a princip lítosti ze snahy pomoci jedinci na ulici. Ovšem ani jeden z přístupů nepomůže k vyřešení problému bezdomovectví.

Bezdomovectví je závažná forma sociálního vyloučení, která představuje kontinuální společenský fenomén, jehož řešení si vyžaduje komplexní přístup (Strnad et al., 2012).

1.1 Definice bezdomovectví

V legislativě vyspělých zemí se rozlišuje bezdomovectví rodin a jednotlivce. Rodiny, které se ocitly na ulici, lépe dosáhnou na sociální pomoc státu nežli jednotlivce. V České republice se bezdomovectví rodin téměř nevyskytuje. Existují azyly pro matky s dítětem, ale ne už pro otce, proto když se rodina dostane do existenčních problémů, bývá rozdělena.

Co znamená termín „bezdomovec“? Tento termín pochází ze slov „doma“ a „bez“. V anglickém jazyce je ekvivalentem „homeless“ (home – domov, less –

bez). Hradecký et al. (1996) se ve své publikaci pozastavuje nad označením bezdomovec z toho důvodu, že absence domova nemusí znamenat vždy ztrátu bydlení.

Význam termínu „bezdomovec“ se v dlouhodobém pohledu mění. Původně takto byly označeny osoby bez státní příslušnosti a bez domovského práva (Průdková, 2008). Později se pojem bezdomovec zažil pro osoby, které byly ubytovány v laciných ubytovnách, a často žily samy bez kontaktu s příbuznými a také na osoby, které nemají kde spát (Giddnes, 1999).

V dnešních odborných literaturách se o termínu bezdomovec píše jako o osobách bez přístřeší, sociálně slabých či nepřizpůsobivých občanech. Hradecký (2007) poukazuje na to, že u bezdomovce dochází k vyloučení, jak ze sociální, tak z právní i fyzické domény. Evropská observatoř bezdomovectví stanovila tři domény. *„Mít domov může být chápáno jako: mít slušné obydlí (či prostor), způsobilé k naplňování potřeb dané osobou její rodiny (fyzická doména); mít možnost uchovat si soukromí a udržovat společenské vztahy (sociální doména) a mít vlastnictví, jistotu užívání a právní nárok (právní doména).“* (Hradecký, 2007, str. 11) Ztráta přístřeší je tedy ztrátou fyzického zázemí, osoba tedy spí na ulici. Chudoba bezdomovce zároveň vylučuje úplnou právní ochranu a jejich sociální nepřizpůsobivost je vylučuje z domény sociální i právní, osoba je tedy v mnoha aspektech života izolována.

„K pochopení bezdomovectví je nutné tento jev chápat jako proces s dynamickým vývojem. V psychosociálním aspektu je to životní krize, která je výsledkem generalizovaného selhání spojené se ztrátou běžných rolí, jež ústí v poruchu sociálního fungování mezi kapacitou zvládnání jedince a požadavky okolí.“ (Strnad et al., 2012, str. 14)

1.2 Typy bezdomovectví

Základní typologie bezdomovectví přináší mnoho informací o této různorodé skupině, kterou lze těžko zahrnout pod jeden výraz. Pro představu je v této kapitole uvedeno více způsobů dělení, neboť neexistuje jednotný pohled na tuto problematiku.

1.2.1 Dělení bezdomovectví dle Vlastimily a Ilji Hradeckých

Vlastimila a Ilja Hradečtí jsou autoři mnoha knih o fenoménu bezdomovectví a uznávanými odborníky na problematiku chudoby a bezdomovectví (Strnad et al., 2012). Rozdělili bezdomovectví do tří skupin – zjevné, skryté a potencionální. Hranice mezi jednotlivými skupinami není přesně daná, proto je členění orientační.

1.2.1.1 Zjevné bezdomovectví

Tímto termínem se označují lidé, kteří žijí na ulici, bez přístřeší. Veřejnost je považuje za bezdomovce a oni sami nechtějí nebo nejsou schopni zastírat své bezdomovectví.

Jedná se o jedince, kteří rezignovali na život a odmítají jakékoliv normy společenského života. Žijí například na nádražích a jejich nadměrná konzumace alkoholu zpřetrhá poslední vazby s rodinou. Ztrátou dokladů jedinec nemá možnost získat sociální dávky, o které by v mnoha případech stál, ale není ochoten se účastnit pravidelných návštěv Úřadu práce nebo sociálního pracovníka a bez potřebných dokladů není schopen si zajistit novou pracovní příležitost. Vzdávající problémy stahují člověka stále více ke dnu, z něhož je obtížné najít cestu zpět. V důsledku takového způsobu života se dostaví zdravotní komplikace, které ještě více znemožňují návrat do pracovního procesu. Jídlo je získáváno z vyžebnaných prostředků nebo z drobných krádeží. Často jsou zjevní bezdomovci oběťmi zejména různých fyzických ataků, které prohlubují jejich nenávist ke společnosti (Hradecká, Hradecký, 1996).

1.2.1.2 Skryté bezdomovectví

Tito jedinci nevyhledávají veřejné služby, proto nejsou evidováni. Počet skrytých bezdomovců může být vysoký. Neboť potřebné služby jsou leckdy nedostačující. Z počátku chtějí svůj stav maskovat, přespávají u známých, později ve sklepích nebo demoličních objektech (Hradecká, Hradecký, 1996).

1.2.1.3 Potencionální bezdomovectví

Potencionální bezdomovci jsou lidé, kteří prozatím bydlí, ale riziko bezdomovectví je pro ně aktuální. Bydlí například v zdravotně závadné budově nebo jsou to lidé, kteří čekají na propuštění z věznice. Také po otevření Schengenského prostoru narůstá počet potencionálních bezdomovců, jež do ČR přijíždějí za prací, kterou nenajdou, tím pádem nemají na bydlení a rázem se stávají lidmi na ulici (Hradecká, Hradecký, 1996).

1.2.2 Dělení bezdomovectví dle FEANTSA

Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci – FEANTSA byla vytvořena v rámci spolupráce evropských států vzhledem ke skutečnosti, že skupina bezdomovců se po celé Evropě rozrůstá a v žádném státě se nepodařilo tento problém zcela vyřešit. V rámci této federace byla přijata typologie bezdomovectví ETHOS – European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (Hradecký et al., 2007). Tabulka č. 1 uvádí teoretické domény bezdomovectví.

Tabulka 1: Sedm teoretických domén bezdomovectví (Hradecký et al., 2007)

| č. | Kategorie | Fyzická doména | Právní doména | Sociální doména |
|----|-------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1 | Bez střechy | Žádné bydlení (střecha) | Žádný právní nárok na užívání prostoru (vlastnictví, užívací právo) | Žádný soukromí a bezpečný prostor pro sociální vztahy |
| 2 | Bez domova | Má místo k bydlení hodné k obývání | Žádný právní nárok na užívání prostoru (vlastnictví, užívací právo) | Žádný soukromí a bezpečný prostor pro sociální vztahy |

| č. | Kategorie | Fyzická doména | Právní doména | Sociální doména |
|----|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 3 | Nejisté a nevyhovující bydlení | Má místo k bydlení (nejisté nebo nevhodné k obýváním) | Žádná jistota užívacího práva | Má prostor pro sociální vztahy |
| 4 | Nevyhovující bydlení a sociální izolace v legálně obývaném obydlí | Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k obýváním) | Má právní nárok nebo jistotu užívacího práva | Žádný soukromý a bezpečný prostor pro sociální vztahy |
| 5 | Nevyhovující bydlení (jisté užívací právo) | Nevyhovující bydlení (nezpůsobilé k obýváním) | Má právní nárok nebo jistotu užívacího práva | Má prostor pro sociální vztahy |
| 6 | Nejisté bydlení (vhodné k obýváním) | Má místo k bydlení | Žádná jistota užívacího práva, ztráta vlastnictví | Má prostor pro sociální vztahy |
| 7 | Sociální izolace v kontextu jistého a vhodného bydlení | Má místo k bydlení | Má právní nárok nebo jistotu užívacího práva | Žádný soukromý a bezpečný prostor pro sociální vztahy |

1.3 Příčiny bezdomovectví

K bezdomovectví člověk dojde pomocí spirály vyloučenosti, kterou tvoří nízký plat, ztráta bydlení, nefunkčnost rodiny, nedostatečné vzdělání a nedostatek práce. Do této spirály se nejčastěji dostávají mladí lidé bez rodinného zajištění, staří nebo zdravotně postižení (Hradecký et al., 2007).

Ke vzniku bezdomovectví je zapotřebí několika faktorů, které jsou popsány níže. Jedna z hlavních příčin bezdomovectví je dnes přikládána alkoholismu a toxikomanii.

Hradecký ve své tematické zprávě zpracované pro Evropskou observatoř bezdomovectví, jako nejčastější subjektivně vnímanou příčinu bezdomovectví z pohledu samotných dotazovaných bezdomovců uvádí problémy v rodině. Ztrátu zaměstnání vidí dotazovaní až na dalších místech (Hradecký, 2005).

Příčiny bezdomovectví se dle Hradeckých (1996) liší v závislosti na pohlaví a věku:

- a) Příčinou bezdomovectví u mužů jsou faktory materiální a osobní. Ztráta bytu, zaměstnání, nedostatek financí s kombinací osamělosti, stáří či nemoci vedou k bezdomovectví.
- b) Příčinou bezdomovectví u žen jsou ve většině případech problémy v partnerských vztazích. Častěji se u žen objevuje skryté bezdomovectví. Dokud mohou, přespávají u přátel, známých a je nutno zmínit, že často mají s sebou i své děti.
- c) Příčinou bezdomovectví u dětí a mladistvých bývá často vyrůstání v kojeneckém ústavu, následný přechod do dětského domova a dalších výchovných ústavů. Dalšími častými příčinami jsou týrání, zanedbávání, neúplná rodina, provázení v dospívání alkoholismem či drogami. V dnešním 21. století je častou příčinou bezdomovectví mladistvých nezaplňený volný čas, či přepracovanost rodičů v rodinných podnicích (Hradecká, Hradecký, 1996).

Autorka Heczková (2001) uvádí rozdělení příčin, takto: *„Podle výzkumu je nejčastější příčinou bezdomovectví ztráta zaměstnání (23 %), následuje rozvod (20 %), rozchod rodiny (11 %), výkon trestu (5 %), špatné hospodaření (3 %), výstup z ústavního zařízení (2 %). Jiné příčiny tvoří 29 % a pouze u 7 % bezdomovců má jít o dobrovolné rozhodnutí (ovšem i zde je třeba vzít v potaz jejich psychický stav a další okolnosti).“*

Překvapivé je však číslo dobrovolného rozhodnutí. Lidé takového rozhodnutí jsou většinou jinak nábožensky založení.

„J. Hála uvádí, že mezi časté příčiny bezdomovectví patří: propouštění chronicky duševně nemocných v psychiatrických zařízeních z důsledku úsporných opatření, dál pak nezaměstnanost, bída, nedostatek sociálních bytů, narušené sociální vztahy a také bezdomovectví z vlastního rozhodnutí.“ (Hála, 2005, citováno Průdková, Novotný, 2008)

1.3.1 Faktory bezdomovectví

Za problémy bezdomovců nestojí nikdy pouze jedna příčina, ale kombinace několika problémů. V řadě případů je těžké rozlišit co je příčina a co důsledek, proto je vhodnější používat termín faktor. Faktory lze primárně rozdělit na objektivní, kam spadá sociální politika státu a subjektivní, které jsou ovlivňovány člověkem samým a jeho prostředím.

1.3.1.1 Nezaměstnanost

Často právě ztráta zaměstnání dostane lidi na ulici, nemají dostatek finančních prostředků, tím pádem ani na zaplacení bytu a rázem se stávají lidmi z ulice.

Pro bezdomovce ovšem nejsou pracovní nabídky tak lukrativní. Většina z nich není hlášena na úřadech práce, a proto tedy nejsou hlášeni jako nezaměstnaní. Někteří z nich jsou zaměstnání jen sezónně a tak se opakovaně ocitají bez práce a propadají se do tzv. sekundárního trhu práce, kde neexistuje kariérní postup. Musejí se často spokojit s nejnižším platem, který většinou nepokryje potřebné náklady na bydlení. Proto většina lidí, kteří žijí na ulici, tento fakt přijme a práci dál nevyhledává (Hradecká, Hradecký, 1996).

1.3.1.2 Návykové látky

Nejčastější závislostí bývá alkohol. Nejen bezdomovci, ale i ostatní lidé pijí alkohol, ale pokud je na ulici viděn bezdomovec s lahvovým pivem, automaticky je označován za alkoholika. K alkoholismu se člověk dopracuje postupně. Závislostí na alkoholu vznikají různé problémy, například ztráta pojmu času a s tím spojené pozdní příchody do práce. Dále špatný zdravotní stav a zhoršení fyzické a duševní výkonnosti v práci. Alkohol bývá problémem i v partnerských vztazích.

„Alkoholici, alespoň to tak pozorujeme mezi lidmi bez domova, představují časově starší generaci, s věkovým průměrem o patnáct až dvacet let vyšším, než jsou přicházející toxikomani.“ (Hradecká, Hradecký, 1996, str. 51)

Podle studie AUDIT-Alcohol Use Disorder Inedification Test (Babor, Higgins, 2010), pije 24 % mladých bezdomovců (19–26 let) alkohol denně a vypijí pět a více tří decilitrových sklenic jakéhokoliv alkoholického nápoje. Takové množství odpovídá spotřebě 80 gramů etanolu. U normálních lidí vede taková spotřeba ke střední opilosti. Více nadměrných konzumentů alkoholu bylo prokázáno u mužů než-li žen, ale při statistickém testování nebyly rozdíly významné (Vágnerová et al., 2013).

Druhou častou závislostí jsou drogy. S drogami se setkáváme převážně u mladých lidí, přičemž právě to je příčina, jak se dostanou na ulici. *„Bezdomovecká populace mladšího věku z 80 % přiznává, že okusilo nebo užívá drogu. Nejčastější jsou ti, kteří mají zkušenost s domácím pervitinem, málokdo přiznává kokain, braun, heroin se v rozhovorech s bezdomovci neobjevuje. Mnoho z nich kouřilo nebo kouří marihuanu.“* (Hradecká, Hradecký, 1996, str. 52)

V České republice je hlášeno 35000 drogově závislých, z toho 20–25 % bezdomovců převážně mladší populace (Strnad et al., 2012).

Při získávání dat v rámci dotazování je možné vyslechnout celé příběhy. Pro ukázkou uvádím příběh jednoho pražského narkomana. Jeho drogovou závislost indikovaly roztřávané pohyby, divný humor, všelijak rozpíchané ruce. Začal vyprávět o své rodině. Měl vždycky všechno a nemusel se starat o svůj příjem, nemusel hledat brigády, vždycky došel za otcem a peníze dostal. Na střední škole začal testovat lehčí drogy, přiznal, že z nudy, a to se mu zalíbilo. Přestal školu navštěvovat a začal se poflakovat. Škola informovala rodiče, a tak následoval trest. Rodiče přestali dávat synovi peníze, dokud nebude chodit do školy. Začal se tedy do školy vracet, dostával opět peníze a zároveň kupoval drogy. Ze školy byl vyloučen a rodiče ho vyhodili z domu. Dali mu ultimátum: „Přestaň a můžeš se vrátit domů“. Chvilí se potuloval po ulici, když mu došly peníze a neměl kam složit hlavu, vracel se domů s prosíkem, že vše napraví. Příběh se několikrát opakoval a vlastně stále opakuje. Domů se vrací vždy, pokud má snahu o nápravu, a na ulici se vrací, když se znovu dostane k drogám.

1.3.1.3 Rodina

Rodina je základ života. V dnešní době je ale více rodin neúplných, často zůstávají matky samy s dětmi. „V roce 2011 dosáhla úhrnná rozvodovost 46,2 %, což představuje pokles z rekordní hodnoty 50 % v roce 2010. Od začátku století se úhrnná rozvodovost pohybovala v rozmezí 45–50 %.“ (ČSÚ, 2014)

Mezi rizikové rodiny z pohledu bezdomovectví patří: „s dospělým alkoholikem, se členem závislým na drogách, s mladistvým delikventem, se zneužívanou nebo týranou ženou či dětmi, se zanedbanými dětmi, sexuálně či emočně zneužívanými dětmi, svobodných matek, rekonstruované, romské a v neposlední řadě rodiny migrantů a žadatelů o azyl.“ (Hradecká, Hradecký, 1996, str. 39)

„Z hlediska fenoménu bezdomovství je největšímu riziku bezdomovství vystavena osoba osamělá, izolovaná, která rodinu opustila či jí byla opuštěna.“ (Hradecká, Hradecký, 1996, str. 38)

Ani přes veškerou snahu pečovatelů v dětských domovech a jiných ústavech není možné uspokojit potřebu dlouhodobé lásky, pocitu, že dítě někam opravdu patří. Nelze adekvátně nahradit navázání citového pouta, které by mělo vzniknout mezi dítětem a jeho rodičem. Pouto má dítěti ukázat správnou cestu životem a naučit jej základním vztahům ve společnosti.

Někdy i ve zcela funkční rodině nastane zvrát a dítě si zvolí svou špatnou cestu. Po čase se může stát bezdomovcem.

1.3.1.4 Bydlení

Domov je nezbytný k tomu, aby člověk měl kde žít, vychovávat své děti, k pocitu bezpečí a ochrany.

Ne každý si může dovolit luxusní dům nebo prvotřídní byt. V horším případě lidé přespávají u známých, což zajišťuje krátkodobý azyl. Samotnému žití na ulici předchází pobývání ve squatu. Squat je nemovitost používaná buď bez právního titulu, nebo na základě předpokladu, že nemovitost byla nevýslovným úkonem vlastníka spočívajícím v jejím neužívání a zanedbávání opuštěna a stala

se tak věci ničí. V Česku může být takové jednání posuzováno jako trestný čin nebo neoprávněný zásah do práva k domu, bytu nebo k nebytovému prostoru podle § 208 trestního zákoníku (Strnad et al., 2012).

1.4 Vývoj bezdomovectví v ČR

Bezdomovectví ve své podstatě existuje již odedávna – lidem na ulici se říkalo tuláci, tovaryši, potulní kočovníci a podobně. Bezdomovci působí rušivě, jak svým vzhledem, zápachem a chováním, tak i svým způsobem života, který se vymyká chápání normálního života.

1.4.1 Období v našich zemích do 19. st.

Bezdomovectví bylo výraznou měrou ovlivněno chudobou. Z období starověku a středověku je prakticky nemožné zjistit informace o možných tulácích. Informace o předchůdcích bezdomovectví, jako jsou například právě zmiňovaní tuláci, můžeme zjistit až v novověku, kdy došlo k rozvoji písemností a vynálezu knihtisku. V dřívějších dobách proto nejsou žádné záznamy o jakémkoliv sčítání bezdomovců.

V 50. letech 18. století došlo ke změnám v právních reformách. První sčítání lidu na území České republiky bylo provedeno za vlády Marie Terezie v roce 1754. V patentu ze dne 3. dubna 1750 byli za vagabundy označováni lidi bez pasů, ale také čeští poddaní, kteří se pohybovali mimo své panství. Ti, kteří byli opakovaně přistiženi při toulkách, byli vykázáni za hranice nebo pokud byli fyzicky zdatní a zdravý byli posláni do armády. Nikde ovšem není zapsáno, jaký byl dobový počet bezdomovců (Himl, 2007).

1.4.2 Období v našich zemích od 19. st.

Bezdomovectví jak ho známe my, začalo existovat až od druhé poloviny 19. století v důsledku rozvoje techniky. Z malých obcí začala probíhat migrace obyvatel do měst, kde byly továrny.

Od roku 1948, kdy volby vyhrála komunistická strana, bezdomovectví oficiálně neexistovalo. Veškeré domovské obce a domovská práva byla zrušena,

tím že nikdo nebude bezdomovec, protože všichni budou mít všechno. Zřizovaly se zdravotní instituce, dětské domovy, domovy důchodců a jiné. Právě v těchto zařízeních byly mnohdy tzv. skrytí bezdomovci.

Bezdomovectví se do ČR vrátilo po sametové revoluci. Počet lidí bez domova rostl především ve velkých městech. Sčítání bezdomovců v Praze v roce 2004 přineslo následující údaje: 1868 osob spících venku, 411 osob spících v denních centrech na židli, 267 osob spících v noclehárnách, 719 osob v azylových domech pro bezdomovce. V Brně proběhlo sčítání bezdomovců v roce 2006 a přineslo tyto údaje: 407 osob spících venku, 45 osob spících na židli, 380 osob v azylových domech (Hradecký, 2006).

1.4.3 Počty bezdomovců v současnosti

Celkový počet bezdomovců rok od roku stoupá. V roce 2011 probíhalo sčítání bezdomovců v České republice formou dotazníků. Tzv. „Dotazníkové šetření k problematice bezdomovců“, které zpracoval odbor prevence kriminality MV ve spolupráci s partnery měst s počtem obyvatel nad 25 tisíc. Cílem šetření bylo zjistit bližší a ucelenější informace o tom zda fenomén bezdomovectví zasahuje do větších měst. Oslovena byla všechna větší města nad 25 tisíc obyvatel. Na dotazník odpovědělo 45 měst. V těchto městech žije dohromady 2 772 000 obyvatel (nezapojila se města Liberec a Teplice). Na dotazníky odpovídali lidé odpovědní za oblast zajištění bezpečnosti a veřejného pořádku, za sociální oblast a v několika případech se angažovali i zástupci starosty, náměstek primátora nebo radní za příslušnou oblast (Odbor prevence kriminality MV, 2011).

Přibližný počet zjevných bezdomovců v oslovených městech činil 9100 (Odbor prevence kriminality MV, 2011).

Z dalšího celorepublikového šetření v roce 2011 bylo zjištěno, že většina bezdomovců je mužského pohlaví, české národnosti a středního věku. Nejčastěji jsou lidé bez domova s dosaženým vyučením nebo středoškolským vzděláním bez maturity. *„Celkem sebrali sčítací komisaři informace od 11 496 lidí, kteří byli podle dané metodiky označeni jako lidé bez domova.“* (ČSÚ, 2011)

Další sčítání proběhlo v Praze v období ledna až srpna roku 2010. Ze sčítání vyplynul přibližný počet bezdomovců nocujících na veřejných prostranstvích – 3319 (v roce 2004 bylo sečteno 3096). Všechna města registrují problém bezdomovectví a vnímají ho jako problém, se kterým se nedá moc udělat (Odbor prevence kriminality MV, 2011).

Zvyšuje se i počet cizinců a žen. Poměrně novým fenoménem je bezdomovectví u mladých lidí. To dokazuje výroční zpráva, kterou publikoval Hradecký v roce 2012. V denním nízkoprahovém centru Naděje se návštěvnost zvýšila o 25 % oproti roku 2011. Mladých osob ve věku od 20–29 let, které navštívily za rok 2012 centrum Naděje, bylo celkem 544, z toho 116 žen (Hradecký et al., 2013).

2 Rizika spojená s bezdomovectvím

Nejčastější rizika spojená s bezdomovectvím jsou socioekonomická, zdravotní a hygienická. Z hlediska zdravotního stavu je bezdomovecká minorita jedna z nejohroženějších.

2.1 Zdravotní rizika

Osoby bez domova postihují stejná onemocnění jako běžnou populaci s vyšší četností. Také klinický obraz u této minority může být vystupňován nebo modifikován nevhodnými životními podmínkami. Odlišný není pouze klinický obraz, ale i podmínky zdravotní péče. I běžné onemocnění jako je nachlazení může být pro člověka bez domova snášeno hůře už jen proto, že nemá dostatečný klid na lůžku v přijatelných hygienických podmínkách.

Nejčastěji se u bezdomovců vyskytují infekční a kožní onemocnění. Bezdomovci se většinou sdružují a jejich blízký těsný kontakt usnadňuje přenos ektoparazitů a pulmonálních patogenů v aerosolu. Snadno se tak rozšiřují nakažlivé nemoci. Bezdomovci, kteří tráví svůj veškerý čas v prostředcích MHD či ve veřejných prostorech, jsou pak zdrojem nemocí, které se šíří do majoritní populace.

Mezi nejrizikovější onemocnění řadíme hepatitidy a tuberkulózu. Zahraniční literatura uvádí mezi 9–79 % prevalence latentní tuberkulózy (Raoult et al., 2001, citováno Hrnčířová 2006), prevalence aktivního onemocnění je 2–7 % (Raoult et al., 2001, citováno Hrnčířová 2006). V Praze v období 1. 6. 2002 – 30. 5. 2003 probíhalo aktivní vyhledávání TBC u bezdomovců. Celkem nakažených bezdomovců bylo 879, což mnohonásobně převyšuje výskyt u většinové populace České republiky. Během screeningu byla zjištěna i jiná závažná onemocnění, například záněty průdušek, zápaly plic, rakovina plic (Trnka, 2003, citováno Hrnčířová 2006).

Poměrně častým problémem je svědivá vyrážka, alergické kožní reakce a hmyzí bodnutí. U většiny těchto banálních kožních projevů mohou nastat komplikace. Je to z toho důvodu, že lidé jako bezdomovci mají zhoršené hygienické podmínky a mnohdy odmítají zdravotní péči či jim není snadno přístupna.

2.1.1 Duševní zdraví a závislosti

Mnoho lidí bez domova trpí duševním onemocněním. Dle průzkumu v Praze v letech 2002–2003 se zjistilo, že častěji mají zhoršený duševní stav ženy, dále osoby s nižším vzděláním a lidé s delší dobou pobytu na ulici (Dragomerická et al., 2004).

Ve studii věnované zdravotnímu stavu tzv. „Single homeless“ jsou u lidí přespávajících na ubytovnách nejčastějším problémem úzkost, deprese, nervové potíže. Teprve až po duševním onemocnění následují nemoci pohybového aparátu. Naproti tomu lidé spící po noclehárnách mají duševní onemocnění až 8krát častěji než lidé bydlící. Bezdomovci „spící na ulici“ jsou postiženi až 11krát častěji než lidé, kteří bydlí (Bindesová, 1994, citováno Šupková, 2007, str. 26).

V neposlední řadě studie uvádí, že u lidí, kteří navštěvují denní centra, se výskyt duševních onemocnění s onemocněním pohybového aparátu řadí na stejné místo (Bindesová, 1994, citováno Šupková, 2007, str. 26).

Statistiky, které jsou prováděny z ordinací lékaře v ČR pro bezdomovce, opakovaně poukazují na menší výskyt mentálních postižení a psychických poruch než statistiky z Velké Británie (Šupková, 2007). Současně je však třeba podotknout, že zatímco údaje v ČR vychází pouze ze statistik praktických lékařů, kde se předpokládá dobrovolná návštěva, přičemž z denních center víme, že bezdomovci s duševním onemocněním lékařskou pomoc dobrovolně tak často nevyhledávají, statistiky z Velké Británie vycházejí z údajů z nemocnic, a tudíž jsou zde zahrnuty i případy kdy byl bezdomovec k lékaři dopraven nikolo z vlastní vůle.

Z hlediska rozlišení druhu psychického onemocnění a poruch jsou u nás nejvýznamněji zastoupeny závislosti. Závislosti na různých látkách se mění z důsledku možného přístupu k nim. Nejčastější závislostí je alkohol (Štechová et al., 2008). Zmiňovaná závislost doprovází dost často alespoň jednu duševní poruchu. Právě alkohol ztěžuje lidem bez domova se ubytovat v azylových domech, (Jedno z pravidel azylového domu je – zákaz v podnapilém stavu.) tím se ocitají bez pomoci, sami a často propadají úzkostným stavům a později depresím. Těžká závislost na alkoholu mnohdy předchází bezdomovectví a také lidi znovu na ulici vrací (Štechová et al., 2008).

Nejen alkohol je zdrojem návykových látek a poruch duševního zdraví, ale i drogy. V jedné publikaci se například uvádí, že mladí lidé pro zvládnání stresových situací zneužívají opiáty jako „sebe léčbu“. Polovina z nich se z důsledku deprese pokusila o sebevraždu (Fitzpatrick et al., 2004).

Jak bylo již v předchozí kapitole o příčinách bezdomovectví zmíněno, alkoholismus se týká zejména starší populace, u mladších ročníků dominují jiné drogy. *„Užívání návykových látek představuje u mladých bezdomovců značný problém. Je častou příčinou propadu na ulici, ale i překážkou návratu do společnosti. Mohou s ním souviset i různé psychické problémy, především zvýšená úzkostnost, deprese a tendence k suicidálnímu jednání. Ta se objevuje u lidí, kteří pravidelně užívají pervitin.“* (Vágnerová et al., 2013 str.203–204) Závislosti na návykových látkách jsou i příčinou zvýšené morbidity a mortality bezdomovců.

Druhou nejčastější závislostí je kouření. Výskyt kuřáků u bezdomovecké minority v Praze je 70 % (Hrnčířová, 2006). Tato závislost je často spojována s nižším vzděláním a nižším socioekonomickým zázemím. Zvýšená četnost kouření je umocněna stresem a jinými návykovými látkami, jako je například alkohol.

2.2 Nutriční rizika

Z hlediska nutriční problematiky jsou bezdomovci specifickou rizikovou skupinou, přesto lidé bez domova často nebývají součástí zdravotnických studií či průzkumů, které se zpravidla zaměřují na „standardní“ tj. většinovou populaci. Zdravotně nutriční problematika se zabývá hlavně nemocemi spojenými s výživou a malnutricí, jako je například podvýživa, deficit důležitých vitamínů a minerálních látek.

Bezdomovci nemohou nakoupit vhodné a dostačující potraviny, pokud nemají dostatek peněz, a poté je uchovávat na vhodném místě tak, aby byla zachována jejich zdravotní nezávadnost (popř. podle pokynů výrobce). Výsledkem je pak neadekvátní stravování. Znamená to, že osoby bez domova pak jedí potraviny, které mohou být prošlé či nahnilé. Ovšem díky žebrání, krádežím potravin či charitativní pomoci mají bezdomovci mnohdy stravy dostatek. *„Ale i přes relativní dostatek potravin je nutriční hodnota jejich stravy mnohdy nízká a příjem určitých mikronutrientů je při současně vysokém příjmu tuků nedostatečný“.* (Hrnčířová, 2006 str.38)

Ze zahraničních studií vyplývá, že se u bezdomovců vyskytuje nejen podvýživa, ale i obezita. Například v USA byla zjištěna podvýživa u 3 % bezdomovců (Austin et al., 1996). V Německu byla obezita určena u 23 % bezdomovců (Langnase a Muller, 2001).

Studie ovšem bývají ovlivněné například věkem, pohlavím či národností. Většina studií poukazuje na to, že vyšší výskyt obezity i podvýživy je vyšší u žen než u mužů (Gelberg et al. 1995, citováno Hrnčířová, 2006).

2.2.1 Mikronutrienty

V Sydney roku 1990 sledovali u bezdomovců hladinu thiaminu v krvi, kdy byla subnormální hladina zjištěna u 36 % bezdomovců (Darnton-Hill a Truswell, 1990, citováno Hrnčířová, 2006). Podobný výsledek hladiny thiaminu vyšel i v Alabamě u bezdomovců, kteří navštěvovali „Soup kitchen“ a to 29 % (Laven a Brown, 1995, citováno Hrnčířová, 2006).

V Evropě u bezdomovců v Paříži, kteří navštěvovali noční útulky, byl zjištěn nejen nízký příjem thiaminu, ale také nízký příjem mikronutrientů, jako je vitamín B1, B2, niacin a zinek (Darmon et al., 2001, citováno Hrnčířová, 2006).

„Ve francouzské studii autorů Malmauret a kol. (2002) byla hladina vitamínu C deficitní u 95 % bezdomovců a nízké hladiny vitamínu A mělo 44 %. Mnoho studií sledujících výživové zvyklosti bezdomovců poukázalo na nedostatečný příjem vitamínů skupiny B.“ (Hrnčířová, 2006 str.38)

2.2.2 Nedostatek potravin u bezdomovců

V následujícím textu jsou uvedené poznatky ze zahraničních studií o bezdomovcích a jejich nedostatku jídla.

V pozadí první studie bylo, že lidé z ulic mají vysokou míru hospitalizace. Studie byla analyzována v US v roce 2003, kdy bylo vybráno 966 respondentů ze 79 klinik. (Baqqett et al., 2011)

Výsledkem bylo, že z celkového počtu 25 % trpělo potravinovou nedostatečností. Z toho 68 % nejedlo celý den za poslední měsíc. Závěrem bylo, že ¼ lidí bez domova vykazuje nedostatek jídla, což souviselo se zvýšenou pravděpodobností využití zdravotní péče (Baqqett et al., 2011).

Pozadím (Weiser et al., 2012) druhé studie byl nedostatek potravin nebo nejistá dostupnost vyvážené stravy spojená se špatnými výsledky HIV. Existuje jen málo údajů o rozsahu dopadu nedostatku potravin u zdravotní péče mezi HIV pozitivními bezdomovci.

Zkoumání byli bezdomovci a lidé žijící okrajově v San Francisku formou rozhovoru a krevních testů. Nedostatek jídla byl měřen pomocí měřítka

„Household Food Insecurity Access Scale“ a rozdělen byl do třech kategorií: 1) lidé s dostatkem jídla, 2) lidé s mírným nedostatkem jídla a 3) lidé s nedostatkem jídla.

Sběr dat začal v roce 2007 na začátku listopadu a trval 2 roky. Bylo sledováno 347 respondentů a z toho 56 % zúčastněných mělo nedostatek jídla již při zapsání do programu. Při porovnání lidí, kteří mají dostatek jídla a lidí s kritickým nedostatkem jídla, se zvyšovaly rozdíly v hospitalizaci. Ačkoliv rozdílem v ambulantních návštěvách pacientů byl o 41 % vyšší u jednotlivců s těžkým nedostatkem jídla, účinek nebyl statisticky významný. Výsledkem bylo opět, že nedostatek potravin má za následek vyšší využití zdravotních služeb.

2.3 Zdravotní péče

Zdravotní péče o bezdomovce a její problematika je úzce spojena se zdravotní politikou a ekonomikou. Ovšem i další dílčí aspekty mají vliv na tuto péči. Zdravotní stav bezdomovců je vzhledem k jejich způsobu života velmi špatný. Často jsou díky jejich vzhledu a horší hygieně odmítáni k ošetření v běžných zdravotnických zařízeních. Nedostatečný přístup ke zdravotní péči neznamená pouze zhoršení stavu jedince – v tomto případě bezdomovce, ale může výrazně ovlivnit i zdravotní stav další populace, zejména v případě infekčních onemocnění. Klíčovou a nezastupitelnou prací ve zdravotní péči o bezdomovce plní terénní pracovníci, ošetřovny a nízkoprahové ordinace.

2.3.1 Struktura zdravotní péče o bezdomovce v Praze

Po roce 1989, kdy bezdomovectví začalo značně narůstat, se také začala rozvíjet sociální práce s bezdomovci a zároveň s ní i zdravotní péče. Budovala se nízkoprahová zdravotní péče, která je poskytována i lidem bez zdravotního pojištění. Do určité míry tato síť stojí mimo systém veřejného zdravotnictví. Nízkoprahová zdravotní péče zahrnuje základní a preventivní působení, neposkytuje péči v celé šíři, proto musí mít návaznost na oficiální zdravotní zařízení. Tvoří jej terénní práce, ambulantní složka a lůžková péče.

Od 1. 6. 2012 je v provozu Azylový dům s ošetrovatelskou službou. V současnosti je tento dům jediné lůžkové zařízení v Praze pro bezdomovce. Má však celou řadu omezení pro přijetí, a těmi jsou: zařízení nepřijímá lidi žijící zcela na ulici, ale pouze přijímá lidi z jiných azylových domů nebo nocleháren. Nemohou sem lidé s psychickým onemocněním, intoxikací návykových látek a s omezenou soběstačností. V Naději najdeme ambulantní složku, kde je základním kamenem ordinace praktického lékaře. Poskytovaná péče je zde akutní a v současné době neregistruje pacienty a preventivní působení je zatím omezené (Pekárková, 2012).

Do ambulantní složky lze zařadit i působení středního zdravotnického personálu na denních centrech, např. Armáda spásy (Pekárková, 2012).

2.3.2 Zdravotní péče v terénu – street medicine

Tato péče je poskytována lidem bez domova především proto, že některé bariery znemožňují ošetření ve zdravotním zařízení. Často to bývají bariery ze strany bezdomovců, jako jsou negativní předchozí zkušenosti, nedostatečná komunikativnost, nedostatečný zájem o svůj zdravotní stav, nedůvěra ve zdravotnický personál a v neposlední řadě nízká informovanost.

Péče v terénu je nabízena přímo na ulici ve městech, kde lidé přespávají. Cílem terénní práce je poskytnout základní ošetrovatelskou péči. Nejčastější je ošetření akutních poranění a chronických ran. Taková to péče je například poskytována organizací Naděje, která má dvě formy. První forma je pěší terénní práce. Tato péče je limitovaná prostředím, diagnostickými i léčebnými možnostmi. Důležitou roli hraje při vyhledávání osob s těžkým zdravotním stavem a jeho následný doprovod do zdravotnického zařízení. Druhou formou je mobilní sociální služba. Sanitní mobilní vůz, který je upraven, vyjíždí do ulic, kde poskytuje péči, jako je převaz chronických ran, ale i poskytnutí základní materiální pomoci, stravy, pití, hygienických pomůcek, ale i poradenství. Jednou týdně je ve voze přítomen lékař-dobrovolník, jinak péči poskytuje střední zdravotnický personál. Terénní služba hraje důležitou roli při vytváření vztahů

mezi pracovníky a klienty, ti pak snadněji vyhledávají pomoc sami a nekladou tak velký odpor. Tato služba také vede k nižším nákladům na zdravotní péči a motivuje klienta k ošetření v raném stadiu onemocnění či akutních ran. Tím eliminuje riziko dalších závažných stavů (Bednářová, Pelech, 2000).

2.3.2.1 Street medicine z pohledu lékaře

„Poskytovat zdravotní péči na ulici lidem s nízkou úrovní hygieny a řadou zanedbaných onemocnění se podobá péči poskytované v rozvojových zemích. Dobrodružství, které očekávají zdravotníci vyjíždějící do Afriky, lze zažít třeba i na Národní třídě. Představte si, že k diagnostice máte jen vlastní tělo, fonendoskop, tonometr a glukometr. Lékař musí ale nejprve vzbudit zájem klienta o zdravotní konzultaci, prohlídku nebo ošetření a motivovat ho, aby dodržel léčebná opatření. Lékař je v roli toho, kdo nabízí a je na klientovi, zda nabídku přijme, ocení každý pozitivní krok ze strany klienta (docházení na kontroly, převazy, dodržení léčebných opatření, zlepšení hygienické úrovně, snaha o abstinenci). Zajímá se i o sociální stránku. Lékař se při každém kontaktu s klientem snaží získat co nejvíce informací o celkovém zdravotním stavu a životních podmínkách klienta. První kontakt je nejčastěji při péči o rány, ale v poslední době stoupá počet zájemců o zdravotní konzultace i z jiných důvodů. Postup po zhodnocení situace je různý, většinou lze problém vyřešit přímo na místě aplikací nebo vydáním léků, které jsou darovány z lékáren (navracené nevyužívané přípravky od pacientů). V opačném případě je doporučena návštěva praktického lékaře nebo ošetření v nemocnici. Často konečný výsledek není znám, klienti se na kontrolu nedostaví, nebo přijdou až za dlouhou dobu.“ (Pekárková, 2012)

2.3.3 Nedostatky zdravotní péče

Největší problém zdravotní péče je nedostatek lůžkových zařízení pro osoby z ulice. Měla by to být místa, kde se mohou zotavit lidé z ulice z akutních onemocnění, zejména v případě, kdy jejich stav nevyžaduje hospitalizaci, ale

pouze klid na lůžku. O vybudování takového zařízení se snaží neziskové organizace, jako je např. Naděje či Armáda spásy.

Dalším větším problémem je nedostatek pracovníků, zejména těch kvalifikovaných, jako jsou lékaři, kteří by alespoň na kratší úvazek chtěli pečovat o bezdomovce. Chybí preventivní působení, programy očkování proti hepatitidě B, tetanu, nadále opatření proti sexuálně přenosným chorobám. V ambulancích chybí více péče například psychologa, gynekologa nebo také stomatologa.

3 Sociální služby

U nás v České republice se lidem na ulici snaží pomoci různé organizace. A to jak státní, tak nestátní. Služby, které poskytují pomoc bezdomovcům, mají veliký rozsah aktivit, které pokrývají velkou část sociální a částečně i zdravotní péče

3.1 Státní organizace a instituce

Do této oblasti můžeme zařadit kurátory, úřady práce, sociální odbory. Problém v této pomoci nastává v případech, kdy lidé bez domova nemají hlášené trvalé bydliště. Větší část bezdomovců žije daleko od svého trvalého bydliště, a tak se nemohou dostavit a nahlásit se na úřad práce o sociální dávky.

Velká část bezdomovců nemá doklady, jako je občanský průkaz nebo rodný list. Tím se tedy opět nemohou přihlásit na úřad práce a zažádat tak o hmotné dávky v nouzi. V tomto případě jim může pomoci nezisková organizace – azylový dům či nízkoprahové denní centrum, kde jim pomohou sociální pracovníci s vyřízení nových dokladů.

3.1.1 Sociální kurátoři

„Funkci sociálních kurátorů zřizují obce, jejich působnost je legislativně ukotvena vyhláškou MPSV č. 182/1991 Sb., o sociálním zabezpečení, která v § 52 vymezuje rozsah pravomocí a definuje okruh klientů kurátora, jehož působnost je omezena na občany, kteří mají trvalé bydliště na území příslušné obce, bez ohledu

na to, jde-li o bydliště skutečné, nebo bydliště pouze formální.“ (Kosová et al., 2004)

Většinu klientů sociálních kurátorů tvoří osoby propuštěné z výkonu trestu, dále mladí propuštění ze školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy po dosažení zletilosti, občané žijící nedůstojným způsobem života a dále osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách. Potenciálními příjemci služeb sociálních kurátorů jsou také rodinní příslušníci výše uvedených cílových skupin.

„Aktivity sociálních kurátorů směřují k podpoře klientů při překonávání sociálního vyloučení a jejich integraci do společnosti. Velmi důležitá je asistence sociálních kurátorů při komunikaci klientů s úřadem práce a při nezbytných úředních jednáních v souvislosti s kompletací dokladů, které jsou předpokladem pro registraci uchazečů o zaměstnání. Sociální kurátoři rovněž navrhuji pro klienty věcné či peněžní sociální dávky, o jejich přiznání však nerozhodují. Výjimku tvoří jednorázová finanční částka, která je vyplácená pouze osobám při návratu z výkonu trestu odnětí svobody v případě, že nemají k dispozici jiné finanční prostředky.“ (Kosová et al., 2004 str. 67)

Na jednoho kurátora přichází za rok 100 až 300 klientů, jak uvádí studie Českého Helsinského výboru (Kosová et al., 2004). Počet klientů se liší hustotou obyvatel v dané obci.

3.2 Nevládní neziskové organizace

Tyto organizace jsou známé pro pomoc lidem bez domova. Jsou to například azylové domy, noclehárny a jiné. Vznikají v každých větších městech a nemusí být nápomocné jen bezdomovcům, ale i lidem v tíživé situaci. Velkým problémem jsou finance této organizace. Jsou závislé na dotacích od státu, darech od dobrovolníků a firem. Často vznikají neziskové organizace, a někdy pro finanční nedostatečnost jejich fungování nepřekročí období jednoho roku.

V těchto organizacích pracují odborníci, jako jsou psychologové, zdravotníci, sociální pracovníci, ale i dobrovolníci bez nároku na mzdu, kterých je

momentálně nedostatek. K pomoci pro lidi bez domova patří uspokojení základních potřeb, zprostředkování zdravotní péče či doporučení zdravotní péče, léčba a pomoc při vyřizování dokladů.

3.2.1 Denní centra

Denní centra pro bezdomovce jsou nízkoprahová zařízení, kde jsou poskytovány komplexní služby. V nabídce služeb je zahrnuta strava, teplé nápoje, ale i hygienická zařízení, distribuce ošacení a v neposlední řadě se v denních centrech konají kulturní a vzdělávací programy. Cílem je snížit zdravotní i sociální riziko.

Vyskytují se jako samostatná zařízení nebo jako součást azylových ubytoven. Lidé z ulice se sem mohou vydávat v časovém rozmezí zhruba od 7.00 do 19.00, proto název denní centra. Mezi pracovní dobou jsou přestávky na úklid a dezinfekci. V zimních měsících jsou uděleny výjimky. Když klesnou teploty hluboko pod bod mrazu, jsou denní centra otevřená i přes noc (Kosová et al., 2004).

3.2.1.1 Armáda spásy

Armáda spásy byla založena v Anglii v roce 1865 kazatelem Wiliamem Boothem. V současnosti Armáda spásy působí ve sto dvaceti zemích světa a má více jak 1,5 mil. členů.

V České republice vznikla v roce 1919, a poté byla zakázána komunistickým režimem. Obnovena byla v roce 1990 a registrovaná MV v ČR, jako občanské sdružení. Dnes se nachází na deseti místech České republiky.

Armáda spásy provozuje 10 nocleháren, 12 azylových domů a sedm denních center. V Praze tvoří čtyři pětiny klientů Češi, zbytek obyvatel je ze Slovenska a jiných zemí. Lidé zde dostanou teplý nápoj, nějaké jídlo, základní hygienické prostředky, ošacení, ale i možnost navštívit zmiňovanou poradnu (Krupa, 2013).

3.2.1.2 Naděje

Provoz Naděje byl zahájen v roce 1990 v rámci Programu potravinové pomoci. Činnost spočívala v získávání, skladování a následné distribuci jídla zpočátku uprchlíkům na Holešovském nádraží v Praze, později v uprchlických táborech. Program vychází z předpokladu, že člověk v tísní potřebuje uspokojit základní životní potřeby, zejména potřebu jídla. V roce 1992 se činnost rozrostla o zdravotní péči a poskytuje ji všem, kteří jsou na ulici (Naděje, 2013).

3.2.1.3 Centrum sociálních služeb Praha

Tato příspěvková organizace zastřešuje několik odborných pracovišť poskytujících různé typy služeb lidem, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Poskytované služby jsou z kategorií sociální, terapeutické, zdravotnické, ale také poradenské a právní. Dále se centrum podílí na přípravných krocích k formulování sociální politiky a sociálních priorit hlavního města Praha (Centrum sociálních služeb Praha, 2008).

3.2.2 Terénní sociální práce s bezdomovci – streetwork

O terénní péči již bylo zmíněno ve zdravotní péči, přesto se k ní ještě vrátíme v této kapitole. Hlavním cílem pracovníků v terénu je aktivní vyhledávání klientů na ulici, kteří si nechtějí vyhledávat pomoc, jak zdravotní tak sociální v domech k tomu určených. Pracovníci navazují kontakty a získávají si důvěru klientů. V počáteční fázi je nejdůležitější uspokojení primárních potřeb klienta. Pracovníci tedy zásobují lidi na ulici, ošacením, jídlem, pitím a základní zdravotní péčí.

3.2.2.1 Streetwork – v Čechách i zahraničí

V České republice je streetwork rozšířen minimálně z důvodu nedostatku financí. Provozovatele sociálních služeb pokryjí veškeré finanční náklady na provoz denních center a azylových domů, zbývá pak minimální počet financí na terénní ošetrovatelskou péči.

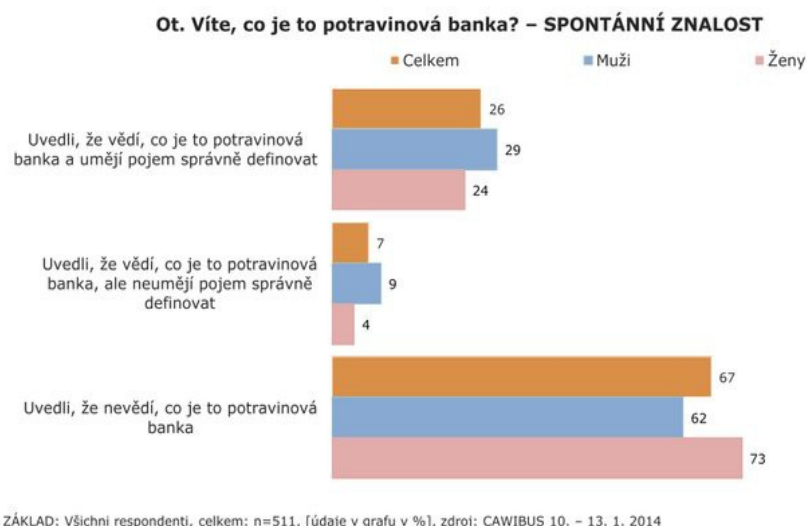
Velká Británie je na tom oproti nám lépe. V roce 1998 byl zřízen Odbor pro zjevné bezdomovectví (Rough Sleepers Unit), který měl za úkol omezit zjevné bezdomovectví o 2/3 v letech 1999–2002. Za nejlepší možnost se právě považovalo streetwork. Významným faktorem pro bezdomovce bylo, že pokud budou spolupracovat, získají registraci, která byla podmínkou pro poskytnutí dalších vyšších sociálních služeb. (Bednářová, Pelech, 2000)

3.2.3 Potravinová banka Praha

Pobočka byla založena v roce 2009 a je součástí České federace potravinových bank. Banka shromažďuje dary od potravinářského průmyslu, zemědělského průmyslu, z restaurací a přebytky z veřejných jídelen. Jedním z cílů potravinových bank je neplýtvání zbytkami jídla, které se mohou ještě využít ve prospěch lidí v tíživé situaci. A to jak pro bezdomovce, tak pro zařízení s dětmi bez rodičů, pro osoby s hendikepem a dalším obyvatelům, kterým hrozí sociální vyloučení (Potravinová banka Praha, 2010).

Banka má 65 odběratelů. Dodává potraviny do organizací jako Naděje, Armáda spásy, Charita, Klokánek, a další (Potravinová banka Praha, 2010).

Společnost STEM/MARK udělala internetové šetření, zda lidé vůbec vědí, co jsou potravinové banky a k čemu slouží. Respondenti byly ve věku 15–56 let.



Obrázek 1: Povědomí lidí o potravinové bance (zdroj: Potravinová banka)

3.3 Ubytování

Existuje několik typů ubytování pro bezdomovce a pro ohrožené sociálním vyloučením: noclehárny, azylové domy, domy na půli cesty, v zimních měsících i denní centra, kde každá volná židle je možným místem k přespání. Jednotlivá zařízení se liší ve standardu ubytování.

3.3.1 Noclehárny

Cílem nocleháren je poskytnout přespání v suchu a teple, podáním teplého nápoje a jednoduché stravy. Toto přespání tvoří nejnižší stupeň v rámci azylového ubytování. Většinou jsou provozovány v zimních měsících. Pro tento typ ubytování jsou dodržována přísná pravidla pro přijetí. Platí zde zákaz požití alkoholových nápojů a jiných návykových látek, rušení nočního klidu a jakékoliv agresivní chování. Před vstupem do noclehárny projde bezdomovec důraznou hygienickou očištěnou. Pro přijetí do noclehárny bývá otevřeno hodinu v podvečerním čase a druhý den v ranních hodinách ubytování končí. Buď klient uhradí minimální poplatek, nebo je ubytován i zdarma. Většinou je stanovena doba, po kterou může člověk bez domova v noclehárně zůstat, například 14 dní. Cílem pro klienta je motivace k využití vyšších integračních programů.

3.3.1.1 Noclehárny u nás a v zahraničí

Česká republika mívá otevřené noclehárny hlavně v zimních obdobích. Kapacita je omezena většinou na 30–100 lůžek. Často jsou zřizované provizorně na reakci přeplněných azylových domů. Příkladem je noclehárna Krejčířka v Praze.

Na proti tomu například v Londýně jsou zřizované nafukovací haly, kde je dostatek místa, tepla, ale je zde větší riziko nákazy infekčních onemocnění.

3.3.2 Azylové domy

Azylové domy poskytují středně dlouhé a dlouhodobé ubytování za mírný poplatek, v řádově desítkách korun na den. Do azylových domů jsou přijímáni lidé s alespoň minimálním příjmem. Většinou jsou zde ubytované matky s dětmi.

Doba pobytu je omezená do půl roka a s aktivní účastí na resocializačních programech. Pokud dojde k porušení řádu, pobyt může být kdykoliv ukončen. Nejčastějším důvodem k ukončení pobytu v azylových domech bývá nedodržení podmínek programů – neochota spolupracovat, nehledání práce, a jiné (Vágnerová et al., 2013).

Ty azylové domy, které zřizuje obec, mají limitující podmínky pro přijetí. Většinou ubytovávají pouze občany, kteří mají trvalé bydliště v dané obci. Musejí mít doklady a minimální částku do začátku na zaplacení pobytu.

Služby poskytované v azylovém domě zahrnují:

- základní služby: ubytování, strava
- doplňkové služby: pomoc při vyřizování dokladů, sociálních dávek, právní a sociální poradenství, pomoc při hledání zaměstnání, poskytování šatstva
- aktivizační služby pro rozvoj osobnostního potenciálu: vzdělávací kurzy, doplnění vzdělání, příprava na pohovory do zaměstnání, kulturní programy
- intervence a terapie: lékařská péče, detoxikace, léčba závislostí, psychologické poradenství

Z nedostatku financí jsou většinou poskytovány pouze první dva body. Z nedostatku financí se ostatní tak často nedělají. Lékařskou péči nahrazuje sestra v rámci své dosažené odbornosti a lékař dochází do azylových domů v pravidelných intervalech.

3.3.3 Domy na půl cesty

Jde o třetí stupeň integračního zařízení. Je zde poskytována kompletní služba. Lidé se zde připravují na návrat do zaměstnání a normálního života. Klient je v zařízení připravován na samostatnost, od počátku se o něj stará tým s komplexními službami, které ustupují. Tím se naučí samostatnosti a postaráni se o svou vlastní domácnost.

Domy na půl cesty, pomáhají třem cílovým skupinám:

- mladí a lidé po výstupu z institucionální péče (dětské domovy, ústavy, ...)
- osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody
- bezdomovci, kteří prošli předchozími dvěma zařízeními

Délka ubytování se pohybuje kolem jednoho roku s možností prodloužení. Tak jako v předchozích zařízeních i zde platí zmiňovaná striktní pravidla. Jakmile dojde k jejich porušení – klienti jsou vyřazeni (Kosová et al., 2004).

Domy jsou věkově ohraničeny v rozmezí 18–26 let a klienti se na chodu domácnosti podílejí finančně jako plátcí nájemného za bydlení.

3.3.4 Podporované bydlení

Takové bydlení je nejvyšším stupněm pro bezdomovce, kteří prošli resocializačními programy. Cílem je umožnit bezdomovci postupnou integraci do společnosti a podpora samostatného života v komunitě. Bydlení může být v jednolůžkových pokojích, více lůžkových pokojích, v bytě nebo i domku. Pobyt v těchto objektech může být dočasný i trvalý, kdy přechází nájemní právo po určité době na klienta.

V České republice nejsou až takové finanční možnosti pro stavění podporovaného bydlení, proto je jejich počet omezen. Podporované bydlení pro bezdomovce zastupuje několik málo bytových jednotek, které provozují nestátní neziskové organizace. (Sdružení DOM, Sdružení Naděje). Služba je placená ve formě nájemného na rok s možností prodloužení. I přesto jsou zde pravidla, která se musejí dodržovat (viz. kapitoly 3.3.1, 3.3.2). (Kosová et al., 2004)

Praktická část

4 Metodika

V praktické části jsou uvedeny výsledky průřezové studie, jejímž cílem bylo porovnat způsob získávání potravin a jejich uchovávání, stravovací návyky a pitný režim, četnost konzumace vybraných skupin potravin a dodržování hygienických návyků spojených se stravováním u dvou skupin pražských bezdomovců lišících se mírou využívání služeb organizací pro bezdomovce. První skupinu tvořili bezdomovci, kteří nevyužívají služby center pro bezdomovce, druhou skupinu ti, kteří využívají těchto služeb.

Během sběru dat jsem úzce spolupracovala s pražským centrem pro bezdomovce Naděje a jejich terénními zaměstnanci. Za spolupráce terénních ošetřovatelů z Naděje jsem skupinu lidí, která nenavštěvuje denní centra, navštívila venku na několika místech v Praze. Jednotlivě jsem s každým bezdomovcem vyplnila dotazník, kdy jsem se dozvěděla i spoustu informací nad rámec základních otázek. Celkem nasbíraných dotazníků z této skupiny bylo 48. Celkem jsem k vyhodnocení použila 35 dotazníků.

Pro získání dat od druhé skupiny jsem kontaktovala p. Pekárkovou, dobrovolnou lékařku centra Naděje. Ta mi umožnila vyplňovat dotazníky v čekárně, zatímco byli bezdomovci ošetřováni. Získala jsem 25 dotazníků. MUDr. Pekárková odnesla 25 dotazníků do Armády spásy, se kterou spolupracuje. Zpět se mi jich vrátilo 18, ale k úplnému vyhodnocení jsem jich použila pouze 10. A to i přesto, že 5 z nich nebylo úplných. Použila jsem je ale z důvodu, že vedle nezaškrtnutých odpovědí byly komentáře, které mi přišly zajímavé a zároveň díky nim bylo možné doplnit chybějící odpovědi.

Celkem jsem tedy nasbírala 98 dotazníků, ze kterých bylo k vyhodnocení použito 70.

Výsledky byly zpracovány statistickým programem Statistica a jsou vyjádřeny jako střední hodnota \pm směrodatná odchylka (SD). Četnost je vyjádřena jako n (%). Ke srovnání výsledků zkoumaných skupin byl použit χ^2 test.

5 Výsledky

5.1 Základní charakteristika souboru

Do studie bylo zahrnuto celkem 70 respondentů (35 lidí nevyužívajících denní centra a 35 lidí, kteří využívají denní centra). Tabulka číslo dvě ukazuje, že většina respondentů uvedla délku bezdomovectví méně než 5 let. Jednalo se 37 osob (53 %). Dlouhodobě bez domova, nad deset let, bylo 11 osob (16 %). Z celkového počtu dotazovaných respondentů jich 29 (41 %) dosáhlo v průměru nanejvýš odborného vzdělání bez maturity a 26 (37 %) středoškolského vzdělání s maturitou. Soubor byl převážně tvořen osobami české národnosti (88 %).

Tabulka 2: Složení vzorku respondentů

| Charekteristiky | Terén n, % | Domovy n, % | Celkem n, % |
|----------------------------|---------------|----------------|----------------|
| Pohlaví | | | |
| Muž | 31 (89) | 23 (66) | 54 (77) |
| Žena | 4 (11) | 12 (34) | 16 (23) |
| Délka bezdomovectví | | | |
| < 5 let | 14 (40) | 23 (67) | 37 (53) |
| 5 let | 5 (14) | 5 (14) | 10 (14) |
| 10 let | 9 (26) | 3 (8) | 12 (17) |
| > 10 let | 7 (20) | 4 (11) | 11 (16) |
| Ukončené vzdělání | | | |
| základní | 4 (11) | 9 (26) | 13 (19) |
| odborné (vyučené) | 17 (49) | 12 (34) | 29 (41) |
| středoškolské | 12 (34) | 14 (40) | 26 (37) |
| vysokoškolské | 2 (6) | 0 (0) | 2 (3) |

5.2 Místo přespání

Dotazovaní odpovídali na otázku, kde nejčastěji přespávají. Ve skupině, která nenavštěvuje denní centra, nejčastěji přespávalo ve squotech 15 lidí (43 %).

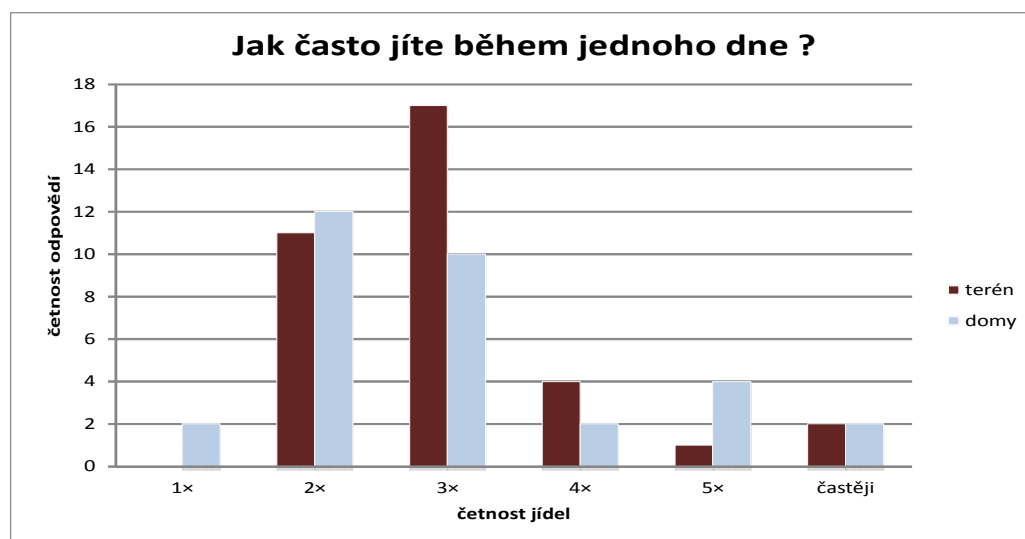
Naproti tomu ve skupině, která navštěvuje denní centra, mělo častější místo přespání ubytovnu (9, 27%), přírodu (10, 29%), a jiné (10, 29%). Tabulka číslo 3 podrobněji ukazuje počet lidí a místa, kde přespávali.

Tabulka 3: Způsob přebývání respondentů

| | Terén | | | | | Domovy | | | | |
|-------------|-------|----------|------|---------|------|--------|----------|------|---------|------|
| | squot | ubytovna | Most | příroda | jiné | Squot | Ubytovna | most | příroda | jiné |
| Abs. | 15 | 3 | 3 | 8 | 6 | 3 | 9 | 2 | 10 | 10 |
| % | 43 | 9 | 9 | 22 | 17 | 9 | 27 | 6 | 29 | 29 |

5.3 Četnost konzumace jídla

Při dotazu, kolikrát denně se stravují, bez ohledu na teplou či studenou stravu, odpovídali bezdomovci, kteří nenavštěvují denní centra, nejčastěji 3× denně (17 osob). U osob, které se stravují v denních centrech, byla častější odpověď 2× denně (12 osob). Tři lidé z celkového počtu neodpověděli. Jak odpovídali dotazovaní z obou skupin, znázorňuje graf.

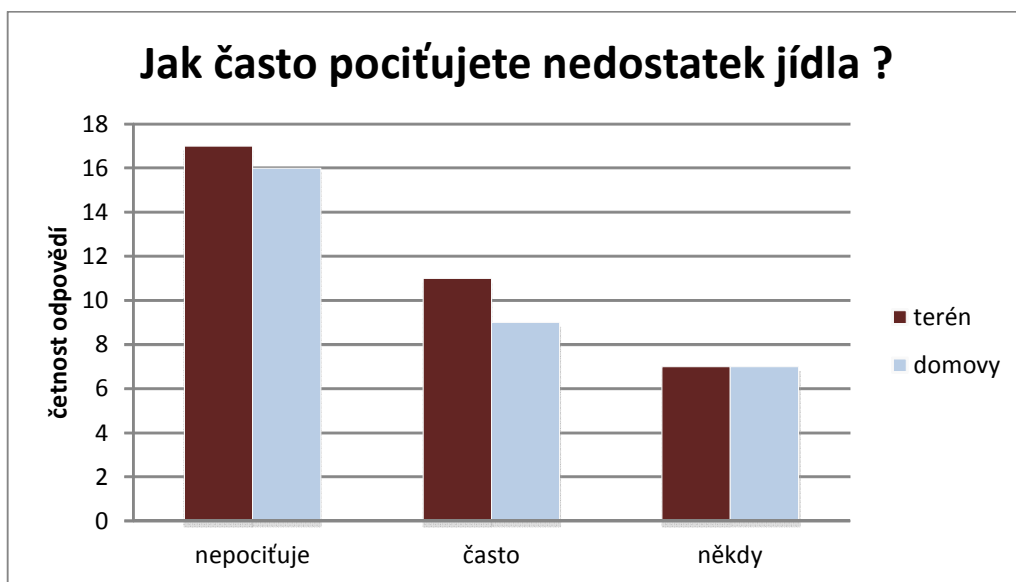


Obrázek 2: Četnost stravování

S četností jídla souvisela i další otázka, jak často mají teplou stravu. Respondenti z obou skupin odpovídali podobně a nejčastější odpovědí bylo: denně (70%).

5.4 Pocit nedostatku jídla

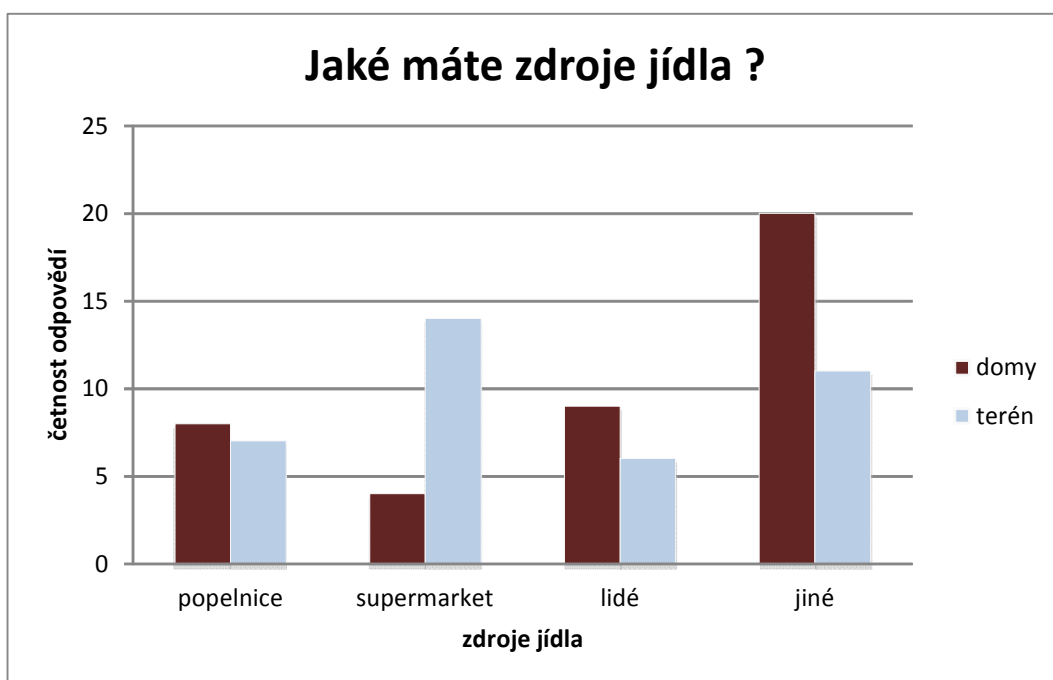
Při otázce, zda pociťují lidé bez domova nedostatek jídla, byla překvapivě nejčastější odpověď, že nepociťují. Z toho 17 (48 %) osob, které navštěvují denní centra, odpovědělo, že hlad nepociťují, a stejně tak odpovědělo 16 (45 %) osob, které denní centra nenavštěvují. Následující graf č. 3 znázorňuje četnost odpovědí.



Obrázek 3: Pocit hladu

5.5 Zdroje jídla

V dotazníku bylo zjišťováno, jaký je nejčastější zdroj jídla u obou skupin. Ze skupiny, která nenavštěvuje denní centra, odpovědělo 14 (37 %) osob, že jejím hlavním zdrojem jsou supermarkety. Většina supermarketů denní nespotřebované zboží s procházející lhůtou zanechává bezdomovcům v krabicích. Ze skupiny bezdomovců, která navštěvuje denní centra, odpovědělo 20 (49 %) osob, že jejich nejčastějším zdrojem jsou „jiné zdroje“ než uvedené v nabídce. Graf číslo 4 podrobně popisuje, jaké byly odpovědi.



Obrázek 4: Zdroje potravin

Následující tabulka číslo 4 popisuje, kolik bezdomovců a z jaké skupiny si nechává potraviny na později. Patnáct (43 %) osob, které nenavštěvují denní centra, nesní potraviny hned.

Tabulka 4: Konzumace potravin

| | Terén | | Domovy | |
|-------------|-------|---------|--------|---------|
| | ihned | později | ihned | později |
| Abs. | 20 | 15 | 22 | 8 |
| % | 57 | 43 | 73 | 27 |

5.6 Použití příboru

Další dotaz ohledně stolování a hygieny byl, zda při jídle používají příbor. Tabulka číslo 5 znázorňuje, že bezdomovci z obou skupin častěji příbor používají. Jeden člověk ze skupiny domovy neodpověděl.

Tabulka 5: Používání příboru při jídle

| | Terén | | Domovy | |
|-------------|-------|----|--------|----|
| | ano | ne | ano | ne |
| Abs. | 22 | 13 | 25 | 9 |
| % | 63 | 37 | 74 | 26 |

Při srovnání obou skupin bylo zjištěno, že míra vzdělání nemá vliv na to, zda bezdomovci používají příbor ($p = 0,263$).

5.7 Platba za jídlo

Následující tabulky číslo 6 a 7 popisují, kolik osob bez domova si kupuje potraviny a jak často. Dle výsledků bylo zjištěno, že 27 (77 %) osob z 35, kteří nenavštěvují denní centra, zakoupí potraviny 11krát denně (41 %). Dále 31 (91 %) osob, které navštěvují denní centra, nakupují až 15krát denně (48 %).

Tabulka 6: Četnost nákupu potravin

| | Terén | | | Domovy | | | Celkem | | |
|-------------|-------|-------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|---------|
| | denně | týdně | měsíčně | denně | týdně | měsíčně | denně | týdně | měsíčně |
| Abs. | 11 | 10 | 6 | 15 | 13 | 3 | 26 | 23 | 9 |
| % | 41 | 37 | 22 | 48 | 42 | 10 | 45 | 40 | 15 |

Jeden člověk z denních center neodpověděl. Z celkového počtu osob za potraviny tedy platí 58 (84 %) bezdomovců.

Tabulka 7: Platba za potraviny

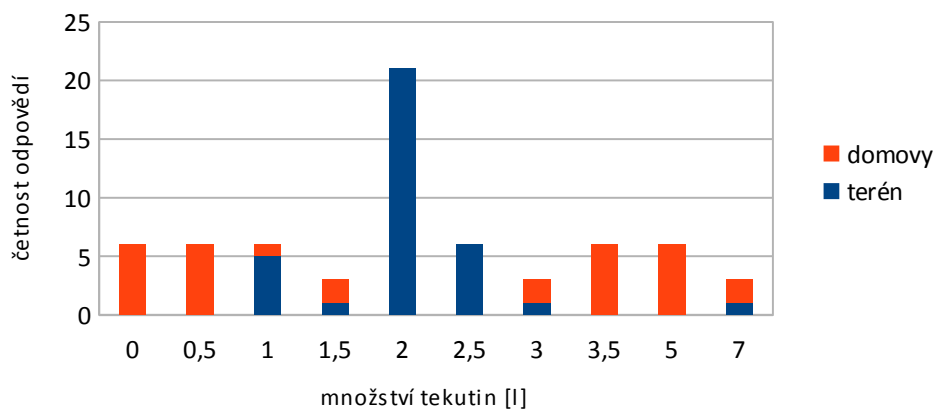
| | Terén | | Domovy | | Celkem | |
|-------------|-------|----|--------|----|--------|----|
| | ano | ne | ano | ne | ano | ne |
| Abs. | 27 | 8 | 31 | 3 | 58 | 11 |
| % | 77 | 23 | 91 | 9 | 84 | 16 |

5.8 Pitný režim a nápoje

K zjištění pitného režimu směřovala otázka „Kolik tekutin denně vypijete a jaký je váš nejčastější zdroj tekutin?“. V průměru obě skupiny vypijí $1,97 \pm SD$ litrů tekutin. Skupina, která nenavštěvuje denní centra, v průměru uvedla, že

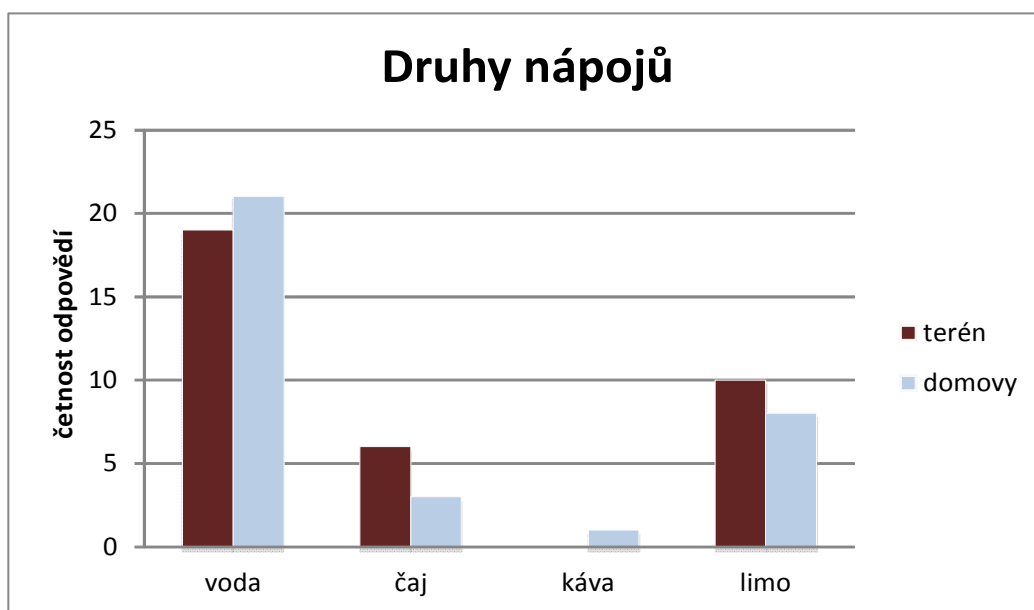
vypije $2,10 \pm SD$ litrů tekutin. Skupina, která navštěvuje denní centra, uvedla v průměru, že vypije $1,84 \pm SD$ litrů tekutin.

Deklarovaný pitný režim



Obrázek 5: Histogram množství vypitých tekutin

Graf číslo 6 znázorňuje, jaké tekutiny obě skupiny konzumují. Ze skupiny, která nenavštěvuje denní centra, nikdo nevedl kávu.



Obrázek 6: Zdroje tekutin

5.9 Potraviny

Součástí dotazníku byl food frekvenční dotazník, ve kterém lidé bez domova vyznačovali, zda dané potraviny jedí a jak často je konzumují. Skupina, která navštěvuje denní centra, neodpovídala vždy na všechny vypsané možnosti v tabulce potravin, proto několik odpovědí z 35 chybí (viz kapitola následující – diskuze).

Z tabulky číslo 8 o skladbě potravin je patrné, že obě skupiny mají denně nejčastěji pečivo. Ze skupiny bezdomovců, kteří nenavštěvují denní centra, odpovědělo 34 (97 %) osob. Ze skupiny bezdomovců, kteří navštěvují denní centra, odpovědělo 27 (90 %) osob.

V první skupině uvedlo 12 (34%) osob, že mléko konzumují více jak jednou za měsíc.

Konzumace masa byla u obou skupin alespoň jednou za týden. Takových odpovědí u skupiny, která nenavštěvuje denní centra, bylo 19 (54 %) a u skupiny, která navštěvují denní centra, bylo těchto odpovědí 17 (63 %).

Významná hodnota se liší při spotřebě ryb za týden. 14 (40 %) bezdomovců, kteří nenavštěvují denní centra, má vyšší možnost konzumace ryb než bezdomovci, kteří navštěvují denní centra. Pouze 5 (19 %) jich uvedlo, že ryby konzumují.

Těstoviny konzumují častěji lidé, kteří nenavštěvují denní centra. Denně dokonce 23 (66 %) osob. Naopak pouze 11 (41 %) osob, které se stravují v denních centrech, odpovědělo, že těstoviny mají zhruba jednou za týden.

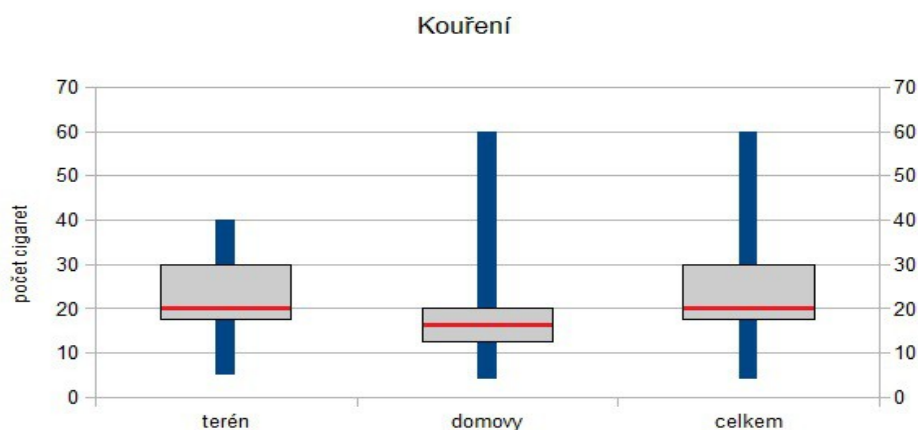
Četnost konzumace jogurtů se ve skupinách liší. Ve skupině, která nenavštěvuje denní centra, odpovědělo 14 (40 %) osob, že jogurty vůbec nejí. Ze skupiny, která denní centra navštěvuje, odpovědělo 14 (47 %) dotazovaných, že jogurt konzumuje jednou týdně.

Tabulka 8: Skladba potravin v příjmu

| | Terén | | | | Domovy | | | |
|-----------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | nikdy | denně | týdně | měsíčně | nikdy | denně | týdně | měsíčně |
| | abs (%) | abs. (%) | abs. (%) | abs. (%) | abs. (%) | abs. (%) | abs. (%) | abs. (%) |
| ovoce | 2 (6) | 18 (51) | 10 (29) | 5 (14) | 3 (10) | 8 (26) | 15 (48) | 5 (16) |
| zelenina | 1 (3) | 7 (20) | 21 (60) | 6 (17) | 3 (10) | 8 (28) | 14 (48) | 4 (14) |
| mléko | 12 (34) | 3 (9) | 8 (23) | 12 (34) | 10 (33) | 8 (27) | 7 (23) | 5 (17) |
| maso | 2 (6) | 11 (31) | 19 (54) | 3 (9) | 2 (7) | 4 (15) | 17 (63) | 4 (15) |
| pečivo | 0 (0) | 34 (97) | 0 (0) | 1 (3) | 0 (0) | 27 (90) | 3 (10) | 0 (0) |
| ryby | 14 (40) | 1 (3) | 14 (40) | 6 (17) | 11 (42) | 3 (12) | 5 (19) | 7 (27) |
| rýže | 12 (34) | 5 (14) | 15 (43) | 3 (9) | 7 (26) | 5 (19) | 12 (44) | 3 (11) |
| těstoviny | 1 (3) | 23 (66) | 11 (31) | 0 (0) | 3 (11) | 9 (33) | 11 (41) | 4 (15) |
| sýry | 2 (6) | 12 (34) | 14 (40) | 7 (20) | 3 (10) | 10 (32) | 15 (48) | 3 (10) |
| jogurt | 14 (40) | 3 (8) | 9 (26) | 9 (26) | 4 (13) | 7 (23) | 14 (47) | 5 (17) |
| sladkosti | 8 (23) | 6 (17) | 12 (34) | 9 (26) | 6 (19) | 7 (23) | 11 (35) | 7 (23) |

5.10 Kouření

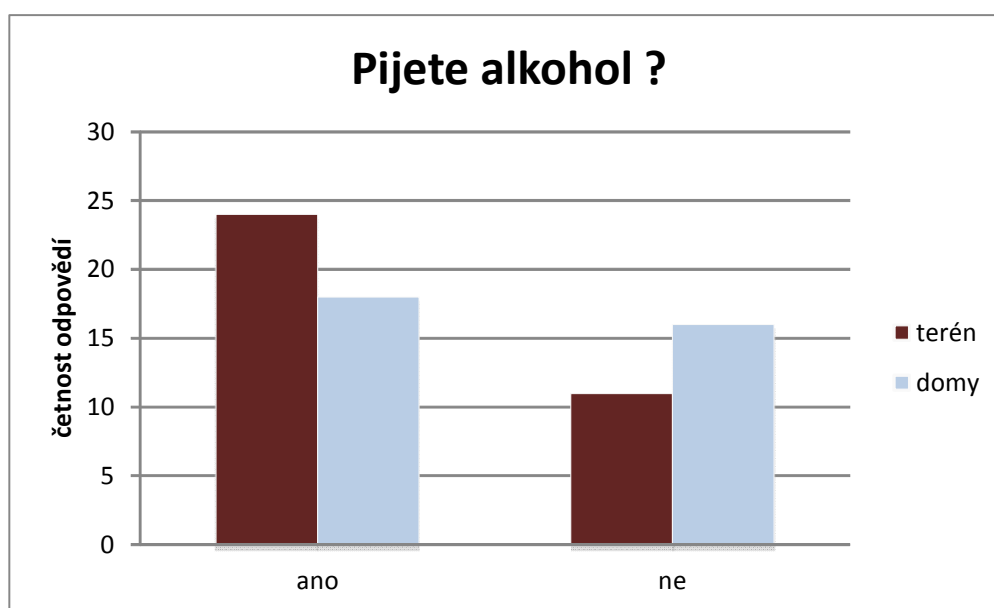
Střední hodnota vykouřených cigaret u skupiny, která nenavštěvuje denní centra, byla 20 kusů. Skupina, která navštěvuje denní centra, vykouří cigaret méně. V průměru 16,2.



Obrázek 7: Množství vykouřených cigaret (červeně označena střední hodnota)

5.11 Konzumace alkoholu

Na dotaz, zda lidé bez domova pijí alkohol, odpovídaly častěji kladně osoby ze skupiny, která nenavštěvuje denní centra (24;69 %). Ve druhé skupině bylo celkem 18 (53 %) kladných odpovědí. (První skupina dále uváděla, že alkohol konzumuje: denně 18 (66 %), týdně 4 (17%), měsíčně 4 (17 %). Jako nejčastěji požívaný alkohol bylo uvedeno víno: 18 (75 %) osob. Nikdo z první skupiny neuvedl tvrdý alkohol).



Obrázek 8: Konzumace alkoholu

Skupina osob, které navštěvují denní centra, uvedla četnost alkoholu: denně 8 (38%), týdně 5 (24%), měsíčně 8 (38%). Zdrojem alkoholu této skupiny bylo nejčastěji pivo 13 (59%). Dva lidé uvedli jako zdroj destilát (vodka).

Bylo zjištěno, že délka pobytu bez domova nekoreluje s mírou konzumace alkoholu.

Naopak konzumace alkoholu souvisí s mírou dosaženého vzdělání ($p < 0,05$).

5.12 Zdravotní potíže

Třicet dva (91 %) osob ze skupiny, která nenavštěvuje denní centra, uvedlo, že netrpí žádnými zdravotními potížemi po jídle. Dvacet pět (78 %) osob

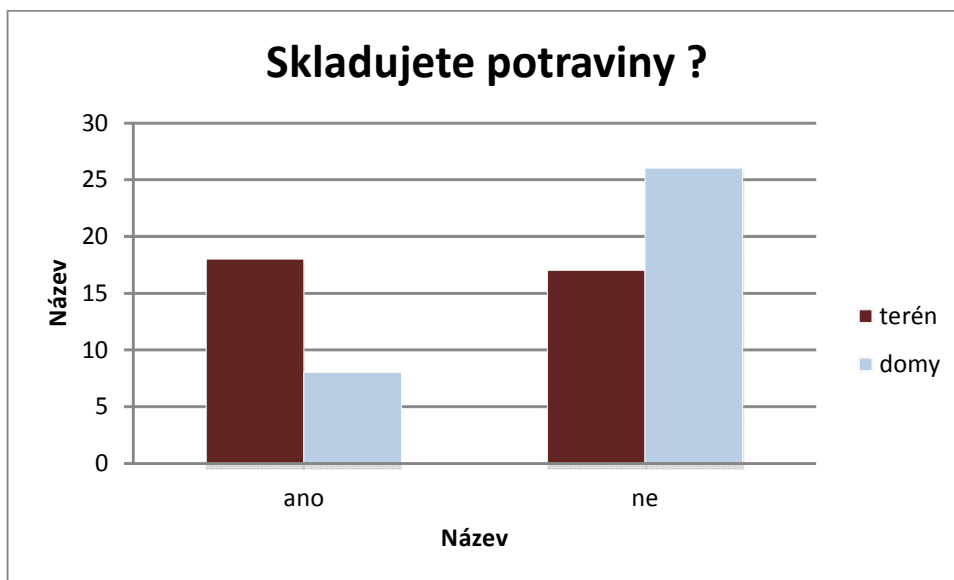
ze skupiny, která navštěvuje denní centra, uvedlo, že netrpí žádnými zdravotními potížemi po jídle. Osoby, které uvedly, že trpí po jídle zdravotními potížemi, udaly jako nejčastější obtíže zažívací problémy a průjem.

Zdravotní stav dotazovaných lidí, bez ohledu na potraviny, ukázal, že většina z nich trpěla akutním onemocněním, jakými byly: úrazy a rány různého typu a bolesti zad. 17 % lidí trpí chronickým onemocněním, například hypertenzí, astmatem, cukrovkou či invaliditou po zlomeninách.

Doplňující otázkou bylo, zda lidé bez domova užívají nutriční doplňky. Celkem 10 (16 %) bezdomovců odpovědělo, že jejich nejčastějším nutričním doplňkem je vit. C. Vitamín C užívaly 4 (11 %) osoby, které nenavštěvují denní centra, a 6 (19 %) osob, které denní centra navštěvují.

5.13 Skladování potravin

Osoby, které nenavštěvují denní centra, skladovaly potraviny častěji než ty, které se stravují v denních centrech. 18 (51 %) osob z první skupiny uvedlo, že skladuje potraviny nejdéle týden. Pouze 8 (23 %) osob z druhé skupiny potraviny uchovává 1–7 dní.



Obrázek 9: Skladování potravin

Nejčastějším místem k přechovávání potravin je: lednice, batoh, police.

5.14 Hygiena rukou

Co se týče mytí rukou před jídlem, častěji kladně odpovědělo ze skupiny, která nenavštěvuje denní centra, pouze 20 (57 %) osob. Naproti tomu ve skupině lidí, kteří se stravují v denních centrech, si ruce myje 26 (76 %) osob.

Otázka mytí rukou byla dále rozvinuta o to, čím si je myjí, zda jen vodou, jestli studenou, teplou. A zda používají mýdlo, pokud mají možnost. 10 (53 %) osob ze skupiny, která nenavštěvuje denní centra, si ruce myje teplou vodou, 6 (31 %) studenou a mýdlem 3 (16 %) osoby. Ve druhé skupině, která navštěvuje denní centra, si 14 (58 %) osob myje ruce vodou a mýdlem. Teplou vodou bez mýdla 8 (33 %) osob a pouze studenou vodou 2 (8 %) osoby.

5.15 Zdroj pitné vody

V odpovědích na otázku, jaké jsou jejich nejčastější zdroje pitné vody, se skupiny značně liší. První skupina, která nenavštěvuje denní centra, čerpá nejvíce vodu z veřejných píttek (24;68 %). Naproti tomu osoby ve druhé skupině čerpají vodu nejčastěji z veřejného vodovodu (17;57 %).

Tabulka 9: Zdroje pitné vody

| | Terén | | | | Domovy | | | |
|-------------|---------|-------|-------|------|---------|-------|-------|------|
| | vodovod | nákup | pítka | jiné | vodovod | nákup | pítka | jiné |
| Abs. | 5 | 3 | 24 | 3 | 17 | 1 | 8 | 4 |
| % | 14 | 9 | 68 | 9 | 57 | 3 | 27 | 13 |

6 Diskuze

Studií zabývajících se problematikou bezdomovectví je u nás v České republice i v zahraničí více, ale jen málokteré se zabývají nutriční problematikou a ještě méně otázkou hygieny a bezpečností potravin.

Překvapivě osoby, které nenavštěvují denní centra, odpovídaly na otázky v dotazníku ochotněji než osoby, které denní centra navštěvují. Tato skutečnost však mohla být způsobena tím, že v první skupině každý bezdomovec vyplňoval dotazník jednotlivě a v mé přítomnosti, zatímco ve druhé skupině část osob vyplňovala dotazník sama. V důsledku toho vznikla i tzv. bílá místa, tj. otázky bez odpovědí.

Naopak u jiných otázek se stalo, že respondenti zaškrtnli více odpovědí. V tomto případě byli následně požádáni, aby podtrhli to, co považují na nejdůležitější.

Práce s lidmi bez domova byla zajímavá, ale nesla s sebou svá úskalí. Na některé otázky odpovídali lidé bez domova zjevně nepravdivě, což bylo třeba v rámci zpracování předmětné statistiky rovněž zohlednit. Jako příklad lze uvést odpovědi na otázku, zda navštěvují denní centra. Stávalo se, že dotazovaní, kteří vyplňovali dotazník přímo v centru Armády spásy, zaškrtnli, že centra nevyužívají.

Celkově dotazníky u skupiny lidí, která navštěvuje denní centra, byly na vyhodnocování náročnější. 25 dotazníků jsem s klienty vyplňovala osobně, proto nevznikaly neúplné nebo žádné odpovědi. Zbýlých 10 dotazníků vyplňovali klienti Armády spásy sami, kde vznikly odpovědi neúplné, žádné nebo naopak s komentáři. Zde se potvrdilo, že bezdomovecká minorita je jen málo schopná samostatně vyplnit jednoduchý dotazník. Podle mých zkušeností je tedy dotazníková metoda přesnější, když dotazníky vyplňujete s klienty osobně.

6.1 Získávání potravin a jejich uchování

Denní centrum Naděje získává potraviny od sponzorů, nebo jsou poskytovány z finanční dotace.

Například centrum Naděje má smlouvu s obchodním domem Tesco. Přebytky potravin jsou vykoupeny za nižší cenu než je dostupná v obchodě. Jedná se především o zeleninu, ovoce, pečivo, sýry.

Dalšími zdroji jsou dary od dobrovolných dárců, které jsou ve větším množství dodávány o Vánocích a různých svátcích během roku.

Skladba vydávaných potravin je různá, neexistují na ně žádné tabulky. Osoba, která navštíví denní centrum, dostane dvě jídla během jednoho dne, například snídani a oběd, oběd a večeři. Za jídlo se nehradí žádný poplatek. Do centra nemá přístup osoba v podnapilém stavu nebo pod vlivem omamných látek. Opakuje-li se tento stav několikrát za sebou, má dotyčná osoba na nějaký čas přísný zákaz vstupu.

Jídlo rozdávají zaměstnanci a dobrovolníci, kterých je nedostatek. Za den je vydáno 600 jídel. K snídani je nejčastěji pečivo, pomazánky, ovoce, jogurty. K obědu je vždy jedno jídlo, buď vydatná polévka, nebo hlavní jídlo. Nelze vydat dvě jídla jedné osobě. Večeře je podávána vždy studená, většinou chleba s máslem nebo pomazánkou. Po dobu vydávání jídla je zajištěn také pitný režim v podobě čajů nebo šťáv.

Celkem 50 (75 %) osob uvedlo, že konzumují stravu 2–3krát denně, což vylučuje úplné hladovění. To potvrzují i některé zahraniční studie, které uvádějí pouze 20–44 % podvyživených a naopak upozorňují na možný výskyt obezity (Hrnčířová, 2006).

Při tvorbě dotazníku jsem předpokládala, že většina bezdomovců náhodně sbírá zbytky potravin například na ulici, v koších a podobně. Moje očekávání však nebylo potvrzeno ani u jedné z vybraných skupin. Rovněž analýza o populaci bezdomovců v Ústí nad Labem uvádí, že pouze 1,16 % respondentů uvedlo zdroj potravin vybírání kontejnerů (Buriánek, 2011).

Osoby, které nenavštěvují denní centra, uváděly jako nejčastější zdroj jídla supermarket. Není to ovšem tak, že by si potraviny koupily nebo ukradly, znamená to, že bezdomovci čekají vzadu za obchodem, co zaměstnanci vynesou k vyhození.

Skupina, která navštěvuje denní centra, uvedla jako zdroj potravin koupi, krádež nebo návštěvu denního centra.

Vzhledem k tomu, že bezdomovci mají přístup ke zdrojům jídla, dá se předpokládat, že většina osob z obou skupin nevykazuje známky podvýživy. V Německu dokonce jedna studie uvedla, že u 23 % bezdomovců byla zjištěna obezita (Langnäse a Müller 2001, citováno Hrnčířová 2006).

Na skladování potravin bylo položeno více otázek. Záměrem těchto otázek bylo zjistit, zda si vůbec lidé bez domova potraviny skladují, zda je rozdíl v jednotlivých skupinách a na jakém místě potraviny uchovávají, když téměř nebydlí.

Výsledky mého průzkumu ukazují, že více si skladují potraviny lidé, kteří nenavštěvují denní centra. Průměrná doba skladování potravin u osob, které nenavštěvují denní centra, byla týden (6;33 %) nebo doba neurčitá (6;33 %). Osoby, které navštěvují denní centra, skladují potraviny méně, jeden den (4;44 %) až týden (4;44 %).

Zarážející však bylo místo přechovávání potravin. Polovina lidí obývajících místo k přespaní bez elektřiny totiž uvedla, že potraviny uchovávají v lednici. Proto jsem blíže zjišťovala, co tím myslí a zda jsou tyto odpovědi pravdivé. Zjistila jsem, že bezdomovci mají své „bydlení“ uspořádané jako klasické bytové prostory či místnosti rodinného domu. Místo pro kuchyň, jídelní kout, ložnici mají zachované. Pojem lednice pak označuje místo nejtmavší, nejchladnější. Jedná se o polici s několika přihrádkami, na které je přesně dané, co v které přihrádce má být. Tedy v podstatě spíše o jakousi spižírnu. Proto jsem z volných odpovědí, kde skladují potraviny, vytvořila tři nejčastější, ve kterých lednice nebyla polici na chladném místě, nýbrž skutečnou lednici. Z 18 (51 %) osob, které nenavštěvují denní centra skladují potraviny, 8 (44 %) uvedlo lednici a 8 (44 %) polici. Kdy tyto pojmy neoznačují to samé místo. Police byla převážně vytvořena pouze jako odkládací prkénko nebo jako přihrádka ve vyšších místech. Doba skladování v polici i v lednici byla u každého různá. Průměrná doba skladování potravin u osob, které nenavštěvují denní centra, byla týden (6;33 %)

nebo doba neurčitá (6;33 %). Osoby, které navštěvují denní centra, skladují potraviny méně, jeden den (4;44 %) až týden (4;44 %).

Byl zjišťován vztah mezi skupinou, která nenavštěvuje denní centra a vyšší pravděpodobností skladování potravin. Pro danou korelaci by bylo zapotřebí vyššího počtu zkoumaných osob, aby se prokázalo, zda na sobě mohou být tyto veličiny závislé. Přesto se pravděpodobnost, že jsou tyto veličiny na sobě závislé, mohla u daného počtu respondentů očekávat ($p = 0,06$).

6.2 Četnost konzumace vybraných skupin potravin

Ve food frekvenčním dotazníku nevedla část dotazovaných, kteří navštěvují denní centra, řádné odpovědi (tj. nezaškrtnla ani jednu z předložených možností), a uvedla pouze komentáře typu, že už ani nevědí, co maso je, nebo na co by jedly jogurty. I přesto jsem při porovnávání spotřeby jednotlivých potravin u obou skupin dospěla k následujícím závěrům.

Lidé, kteří nenavštěvují denní centra, mají poměrně vysoký příjem ryb, až 14 (40 %) osob konzumuje ryby jednou týdně. Při pátrání, jak je možné, že skoro polovina z této skupiny má alespoň jednou týdně ryby, se zjistilo, že někteří vědí, že výletní lodě nesmí uchovávat potraviny déle než 24 hodin. Proto vyčkávají u náplavky v Praze, kde jsou zbytky potravin včetně ryb volně k rozebrání.

Naopak lidé, kteří navštěvují denní centra, mají ryby zcela výjimečně, protože ryby nejsou v denních centrech podávány. Zporovnání odpovědí obou dotazovaných skupin tedy vyplývá, že návštěvou denních center je konzumace ryb ovlivněna, v tomto případě paradoxně negativně. Nicméně pro porovnání tohoto zjištění s jinými statistikami, není doposud v České republice žádná studie, kterou bych mohla využít.

Při porovnání spotřeby těstovin a zeleniny nebylo možné posoudit, zda je u těchto potravin významné, zda se osoby stravují v denních centrech nebo ne. Obě skupiny totiž potvrdily, že tyto potraviny mají často. Ovšem osoby, které navštěvují denní centra, označily že právě těstoviny jako nejčastější zdroj potravin hlavního chodu, a proto už jiné potraviny ve svých odpovědích neuváděly.

U mléka lidé bez domova (bez ohledu na to, zda navštěvují denní centra či nikoli) uvedli, že jej nepijí, většinou proto, že jim samotné nechutná. Jiné mléčné výrobky jako je sýr nebo jogurt nekonzumuje až 16 (46 %) osob, které nenavštěvují denní centra, v případě osob, které denní centra navštěvují to je 7 (23 %) osob. U těchto osob může být zvýšené riziko osteoporózy z nedostatku vápníku.

Podle zahraničních studií ti bezdomovci, kteří se stravovali v tzv. „Soup kitchens“, jedli více jídel než ti, kteří je nenavštěvují. Tím mají i méně rozmanitou stravu, která obsahovala polovinu z pěti potravních skupin (mléko, obiloviny, maso, zeleninu, ovoce) (Burt a Cohen 1988, citováno Hrnčířová, 2006). Naproti tomu z odpovědí na dotazy na konkrétní potraviny v mém dotazníku nevyplývá, že by bylo významné, zda lidé bez domova navštěvují denní centra, nebo nikoli. Obě skupiny totiž měly denně nebo týdně šest druhů potravin.

Při porovnávání spotřeby mléčných výrobků u obou skupin se nepotvrdilo, že by konzumace mléčných výrobků byla závislá na tom, zda se lidé stravují v denních centrech.

6.3 Dodržování hygienických návyků spojené se stravováním

Zde bylo cílem zjistit, zda má návštěvnost denních center vliv na použití příboru a základní hygienu. Byl zde očekáván rozdíl v jednotlivých skupinách.

Překvapivě se tento předpoklad nepotvrdil. V obou skupinách odpověděla více než polovina dotazovaných, že příbor používají, pokud mají příležitost (včetně lžice). Pouze 13 (37 %) osob, které nenavštěvují denní centra, uvedlo, že příbor nepoužívá. Dá se tedy předpokládat, že jedí pouze rukama. Podobný výsledek byl však zjištěn také u osob, které navštěvují denní centra. Zde se jednalo o 9 (26 %) osob. Jeden člověk z druhé skupiny neodpověděl z důvodu, že otázka mu přišla nevhodná. Tato zjištění však nelze porovnat s jinými studiemi, neboť obdobná studie doposud provedena nebyla.

Na otázku, zda si bezdomovci myjí ruce před jídlem, byla kladná odpověď relativně častá. Lidé, kteří navštěvují domovy, odpovídali, že si ruce myjí v denních centrech a většina i mýdlem. Naopak lidé, kteří denní centra nenavštěvují, odpovídali, že si ruce myjí vodou. Nicméně při sběru dat u těchto osob jsem měla možnost si všimnout, že nepoužili ani vodu. Těžko tedy pokládat tyto odpovědi za pravdivé. Z odpovědí respondentů tedy vyplývá, že návštěva denních center má vliv na hygienu bezdomovců před jídlem pouze z hlediska míry desinfekce. Z pozorování vybraných jedinců bylo však patrné, že návštěva denních center ovlivňuje veskutečnosti hygienu zřejmě více, než respondenti v dotaznících přiznali.

6.4 Pitný režim a alkohol

Doporučený denní příjem tekutin u dospělého zdravého jedince při 22 °C činí 22 ml na 1 kg hmotnosti člověka (Provazník et al.,2004). Při sběru dat bylo zjištěno, že v průměru každý bezdomovec vypije denně 1,97 litrů tekutin. Jde o průměr, znamená to tedy, že některý denně vypije 3 litry tekutin, jiný jen litr. Nejmenší uvedená hodnota u osob, které nenavštěvují denní centra, byla 1 l tekutin. Naopak osoby, které navštěvují denní centra, uvedly v pěti případech, že za den nevypijí ani půl litru tekutin. U těchto osob je zvýšené riziko dehydratace. I zde se tedy překvapivě ukázalo, že návštěva denních center neovlivňuje pozitivně pozitivně příjem tekutin u bezdomovců.

Alkoholismus je častým jevem u bezdomoveckých minorit. (Strnad et al., 2012) Z výzkumného vzorku, který prováděl Drake (1981) a jeho spolupracovníci vyplynulo, že 38 % bezdomovců, kteří navštěvovali denní centra nebo mobilní výdejny stravy, konzumovali alkohol. Výsledky byly zpracovány pouze rozhovorem s dotazovanými osobami. Těžko tedy posuzovat, zda by čísla v případě použití jiné metody zjišťování (například formou náhodných alkohol testů) nebyla veskutečnosti vyšší (Martínková, 2009). Další rozsáhlý výzkum provedl Jane Fountain a Samantha Houwes v letech 1999 a 2001 v Londýně. Dvě

třetiny z 389 dotazovaných uvedlo, že alkohol byl příčinou vzniku jejich bezdomovectví (Martínková, 2009).

V mém šetření 24 (69 %) osob, které nenavštěvují denní centra, konzumovalo alkohol. Téměř podobný výsledek byl i u druhé skupiny bezdomovců, kteří navštěvují denní centra (18;53 %). Při dotazování jsem ovšem také zjistila, že část lidí na ulici nepokládá pivo za alkohol. Odpovědi jsem musela proto ve výsledcích přehodnotit, protože často odpověděli, že alkohol nepijí, ale v následující otázce „Jaký alkohol pijete nejčastěji?“ ti stejní uvedli pivo a třeba s četností denně.

Ověřováno bylo, zda konzumace alkoholu souvisí s vyšším příjmem tekutin. Při tomto počtu respondentů nebyla pravděpodobnost prokázána.

S pitným režimem souvisela i nejčastěji probíhající platba v obchodech za limonády.

7 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo porovnat dvě skupiny bezdomovců v několika bodech.

- způsob získávání potravin a jejich uchovávání
- stravovací návyky a pitný režim
- četnost konzumace vybraných skupin potravin
- dodržování hygienických návyků spojených se stravováním

Všechny body jsou zařazeny v praktické části, ve které jsem se věnovala osobně lidem bez domova.

V prvním bodě jsem zjistila, že získávání potravin je v obou skupinách rozdílné. Při následném uchovávání získaných potravin bylo zjištěno, že lidé, kteří nenavštěvují denní centra, mají větší potřebu uchovávat potraviny než lidé, kteří denní centra navštěvují. Návštěva denních center má tedy vliv jak na způsob získávání potravin, tak i na jejich následnou úschovu.

Druhý bod objasnil pitný režim u obou skupin. Zde nebyl patrný význam, zda jsou to bezdomovci, kteří navštěvují denní centra nebo bezdomovci, kteří centra nenavštěvují. Osoby v obou skupinách vypily v průměru 2 litry nealkoholických nápojů. Také alkohol byl konzumován oběma skupinami často a ve větším množství. Zde se tedy vliv návštěvy denních center na pitný režim a konzumaci alkoholu nepotvrdil. Bylo pouze zjištěno, že lidé bez domova, kteří nenavštěvují denní centra, pijí nejčastěji víno, zatímco lidé, kteří navštěvují denní centra, častěji konzumují pivo.

Pro třetí bod byla vypracovaná tabulka – food frekvenční dotazník, kde se zjišťovalo, které základní potraviny jsou konzumovány a jak často. Velkým překvapením byla vyšší konzumace ryb u osob, které nenavštěvují denní centra a naopak u obou skupin nedostatečná konzumace mléčných výrobků. V tomto bodě bylo tedy zjištěno, že u ryb má návštěva denních center paradoxně negativní vliv na jejich konzumaci. U ostatních potravin nebyla zjištěna závislost jejich

konzumace na návštěvě denních center. Celková četnost stravování nevykazovala ani u jedné z pozorovaných skupin úplné hladovění, a tudíž ani zde se vliv návštěvy denních center nepotvrdil

Hygienu rukou před jídlem u obou skupin bezdomovců poukázala na to, že více než polovina z obou skupin konstatuje, že dodržuje základní hygienické návyky. Nezáleží tedy na tom, zda navštěvují denní centra či nikoli. Vliv návštěvy denních center byl však patrný z hlediska míry desinfekce, neboť lidé navštěvující denní centra si myjí ruce nejen vodou, ale i mýdlem, zatímco osoby, které denní centra nenavštěvují, používají pouze vodu. Z vizuálního pozorování však bylo patrné, že v mnohých případech nebyla u osob, které denní centra nenavštěvují, použita ani voda, nicméně odpovědi v dotaznících toto nepotvrdily.

Práce na toto téma mne obohatila o celou řadu informací o lidech bez domova a práci s nimi. Uvědomila jsem si, že práce s těmito lidmi je náročná. Mnohdy i nepředvídatelná, ale zároveň vzrušující. Doufám, že mé poznatky osloví i laickou veřejnost a nad problémem bezdomovectví se pozastaví více lidí.

Současně doufám, že výsledky průzkumu z dotazníků budou přínosné také pro denní centra či azylové domy v rámci služeb, které bezdomovcům poskytují, resp. mohou poskytovat.

Souhrn

Bakalářská práce se zaměřuje na stravovací návyky bezdomovců a stím související aspekty, jako jsou pitný režim, hygiena a uskladnění potravin.

Teoretická část představuje fenomén bezdomovectví a popisuje zdravotní rizika spojená s tímto způsobem života. Zvláště se věnuje nutričním otázkám.

Na základě výpovědí 70 respondentů byly sestaveny statistické přehledy týkající se zkoumaného tématu. Pro sběr dat byl využit asistovaný dotazník.

Mezi nejpřekvapivější zjištění patří vyšší příjem ryb u skupiny osob, které nenavštěvují denní centra. Z odpovědí také vyplynulo, že sledované osoby zřejmě nepovažují pivo za alkohol.

Summary

This bachelor thesis focuses on dietary habits homeless and related aspects, such as drinks, hygiene and food storage.

Theoretical part of the phenomenon of homelessness describes the health risks associated with this way of life. Especially deals with nutritional issues.

On the testimony of the 70 respondents were put together statistical overview of the question under consideration topic. For data collection was used assisted questionnaires.

Among the most surprising findings include a higher intake of fish in group of people who do not attend day centres. The responses also indicated that surveillance of persons not consider beer as alcohol.

Seznam použité literatury

- Austin, C. K., Goodman, C. E., Van Halderen, L. L. *Absence of Malnutrition in a Population of Homeless Veterans*. J Am Diet Assoc 1996; 96(12): 1283-1285.
- BAQQETT T.P. et al., *Food Insufficiency and Health Services Utilization in a National Sample of Homeless Adults* [online]. Journal of General Internal Medicine, 2011 Jun; 26(6):627-34. Epub 2011 Jan 29. [cit. 2. 2. 2014]. doi: 10.1007/s11606-011-1638-4. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21279455>
- BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici: Streetwork*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 1999. ISBN 80-723-9048-1.
- BURIÁNEK, Pavel. *Analýza populace bezdomovců v Ústí nad Labem - Závěrečná výzkumná zpráva*. [online]. Ústí nad Labem 2011 [cit. 5. 6. 2014]. Dostupné z http://socpracky.webovka.eu/dokumenty/Analýza_populace_bezdomovcu_UL-zprava.pdf
- Centrum sociálních služeb Praha* [online]. c2008, Ave-comp. [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z www.csspraha.cz
- DRAGOMERICKÁ, Eva, Dana KUBIŠOVÁ a Michal ANDĚL. *Duševní zdraví pražských bezdomovců*. Psychiatrie 2004, roč. 8, č. 4, s. 274-279
- GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Vyd. 1. Praha: Argo, 1999, 594 s. ISBN 80-720-3124-4.
- HECZKOVÁ, Eduarda. *Bezdomovectví a my* [online]. červen 2001. [cit. 2. 2. 2014]. Dostupné z <http://www.getsemany.cz/node/29>
- HIML, Pavel. *Zrození vagabunda: neusedlí lidé v Čechách 17. a 18. století*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2007, 371 s., 20 l. obr. příl. Každodenní život, sv. 38. ISBN 978-807-2039-173.
- HRADECKÁ, Vlastimila a Ilja HRADECKÝ. *Bezdomovství – extrémní vyloučení*. 1. vyd. Praha: NADĚJE, 1996, 107 s. ISBN 80-902-2920-4.
- HRADECKÝ, I. *Národní zpráva o bezdomovectví v České republice 2005: statistická část*. Praha : [s.n.], 2005. 22 s.
- HRADECKÝ, I. *Národní zpráva o bezdomovectví v České republice 2006: statistická část*. Praha: [s.n.], 2006, 22 s.
- HRADECKÝ, Ilja. *Definice a typologie bezdomovství: [zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR]*. 1. vyd. Praha, 2007, 50 s. ISBN 978-80-86451-13-8.

HRADECKÝ, I. *Výroční zpráva 2012*. 1. vyd. Praha: NADĚJE, 2013, 52 s. ISBN 978-80-86451-26-8

HRNČÍŘOVÁ, Dana. *Bezdomovectví a jeho zdravotně nutriční aspekty*. Praha, 2006. Dizertační práce. Univerzita Karlova.

KAČEROVÁ, Eva. *Statistika a my* [online]. Červen 2012. [cit. 15. 5. 2014]. Dostupné z [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/140025BFD9/\\$File/1804120628_29.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/140025BFD9/$File/1804120628_29.pdf)

KOSOVÁ, Petra, Lenka OMELKOVÁ a Petr SEDLÁČEK. *Bezdomovectví: v hlavním městě Praze*. Praha, 2004, 67 str.

KRUPA, František. *Armáda spásy otevře svá denní centra i v noci* [online]. Deník.cz, 28. 11. 2013 17:46. [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z http://www.denik.cz/z_domova/armada-spasy-otevre-pro-bezdomovci-sva-denni-centra-i-v-noci-20131128.html

KUBALA, Ondřej. *Výsledky sčítání bezdomovců* [online]. Květen 2013. [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/vysledky_scitani_bezdomovcu

LANGNASE, K. a MULLER, M. J. *Nutrition and Health in an Adult Urban Homeless Population in Germany*. Pub Health Nutr 2001; 4(3): 805-811.

MARTÍNKOVÁ, Věra. *Bezdomovectví a závislost na alkoholu*. [online] Praha, 2009. Diplomová práce. Univerzita Karlova. [cit. 22. 7. 2014]. Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120006879/?lang=cs>

ODBOR PREVENCE KRIMINALITY MV. *Dotazníkové šetření k problematice bezdomovectví leden- unor 2011* [online]. [cit. 12. 3. 2014]. Dostupné z <http://www.mvcr.cz/soubor/dotaznikove-setreni-k-problematice-bezdomovectvi-pdf.aspx>

PEKÁRKOVÁ, Andrea. *Léčení v džungli velkoměsta*. Hospital in: Informační magazín pro pacienty, lékaře a zdravotníky. 2012, roč. 1, č. 3.

Potravinová banka Praha [online]. c2010. [cit. 12. 3. 2014]. Dostupné z <http://www.potravinovabanka.cz/pb-praha-o-s/>

PROVAZNÍK, Kamil et al. *Manuál prevence v lékařské praxi*. Souborné vydání. Fortuna, 2004. ISBN 80-7168-942-4.

PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. Praha: Triton, 2008, s. 93. ISBN 978-80-262-0090-1.

STRNAD, Aleš, Lucie HOTOVCOVÁ a Jakub MAREK. *Bezdomovectví*. Praha: Portál, 2012, s. 175. ISBN 978-80-262-0090-1.

ŠTĚCHOVÁ, Markéta (ODPOVĚDNÁ ŘEŠITELKA), Marina LUPTÁKOVÁ. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie: závěrečná zpráva*. Vyd. 1. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2008. ISBN 80-733-8069-2.

ŠUPKOVÁ, Danuše; a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR* [online]. Praha: Grada, 2007. 64 s. [cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z <http://www.nadeje.cz/vz/zpb.pdf>. ISBN 978-80-247-2245-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Vyd. 1. Praha, 2013, 339 s. ISBN 978-802-4622-095.

Vznik a vývoj naděje [online]. c2013-2014, Naděje. Pub. 19. 12. 2013.[cit. 4. 3. 2014]. Dostupné z http://nadeje.cz/vznik_a_vyvoj_nadeje

WEISER S.D. et al., *Food Insecurity Is Associated with Greater Acute Care Utilization among HIV-infected Homeless and Marginally Housed Individuals in San Francisco* [online]. *Journal of General Internal Medicine*, 2013 Jan; 28(1):91-8. Epub 2012 Aug 18. [cit. 4. 2. 2014]. doi: 10.1007/s11606-012-2176-4. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22903407>

Příloha

**Dotazník o procesu stravování, výživy a bezpečnosti
potravin u lidí bez domova**

Pořadové číslo:

Pohlaví: žena muž

Věk:.....

Národnost: česká slovenská polská romská jiná.....

Vzdělání: ZŠ odborné bez maturity SŠ s maturitou VŠ

Jak dlouho žijete na ulici? méně než 5 let 5 let 10 let více

Kde nejčastěji přespáváte? sqot ubytovna most příroda jiné

1. Kolikrát denně jíte? 1x 2x 3x 4x 5x častěji

2. Jak často máte teplou stravu? 1 x denně 1x za dva dny 1x týdně méně

3. Jak často pociťujete nedostatek
jídla?.....

4. Jíte nalezenou potravu hned nebo až později? HNED - POZDĚJI

5. Jaké máte zdroje jídla? popelnice u supermarketů od lidí
jiné.....

6. Používáte při jídle příbor? ANO NE

7. Platíte někdy za jídlo? ANO NE

Pokud ano jak často? 1x denně 1x týdně 1x měsíčně nevím

8. Využíváte denní centra pro lidi bez domova? ANO NE

Pokud ano, jak často? denně týdně měsíčně

9. Kolik tekutin denně vypijete?
.....

Jaké? voda čaj káva limonáda

10. Jak často jíte tyto potraviny:

| | nikdy | denně | týdně | měsíčně |
|-----------|-------|-------|-------|---------|
| ovoce | | | | |
| zelenina | | | | |
| mléko | | | | |
| maso | | | | |
| pečivo | | | | |
| ryby | | | | |
| rýže | | | | |
| těstoviny | | | | |
| sýry | | | | |
| jogurt | | | | |
| sladkosti | | | | |

11. Kouříte? ANO NE

Kolik cigaret denně?

12. Pijete alkohol? ANO NE

13. Jak často pijete alkohol? denně týdně měsíčně

14. Jaký alkohol pijete nejčastěji? pivo víno tvrdý alkohol

15. Máte zdravotní potíže po jídle? ANO NE

Akutní:

.....

...

Chronické:

.....

16. Berete nějaké nutriční doplňky? ANO NE Víte jaké?.....

17. Skladujete potraviny, které naleznete? ANO NE

18. Kde skladujete potraviny?
.....

19. Jak dlouho skladujete potraviny? den týden 14 dní měsíc nevím

20. Myjete si před jídlem ruce? ANO NE

Pokud ano, jak? teplou vodou studenou vodou vodou i mýdlem

21. Z jakého zdroje čerpáte vodu na pití, vaření a jiné?.....