

Pielęgniarstwo w sytuacji bezdomności w Polsce

Nursing in front of homeless problem in Poland

Szymon Raszka¹, Grażyna Franek², Zofia Nowak-Kapusta³

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Wydział Nauk o Zdrowiu w Bielsku-Białej, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

³ Zakład Promocji Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Szymon Raszka
ul. Kępna 29a, 43-400 Cieszyń
e-mail: szymon410@wp.pl

STRESZCZENIE

PIELĘGNIARSTWO W SYTUACJI BEZDOMNOŚCI W POLSCE

Wprowadzenie. W swojej pracy zawodowej pielęgniarka niejednokrotnie staje wobec pacjenta bezdomnego i dylematu o sens pomocy komuś kto de facto tę pomoc najczęściej marnuje. Niemniej misja tego zawodu wymaga, aby w każdym pacjencie widzieć człowieka potrzebującego pomocy. Bezdomność jest naznaczona szeregiem stereotypów i marginalizacją, które często ciężko jest w sobie przełamać i świadczyć swoje usługi na najwyższym poziomie.

Cel pracy. Zarysowanie zjawiska bezdomności i określenie roli pielęgniarki pracującej z pacjentem bezdomnym.

Materiał i metodyka. W analizie wykorzystano głównie rodzimą literaturę przedmiotu autorstwa wybitnych teoretyków i badaczy tego tematu. Wykorzystano również dane Głównego Urzędu Statystycznego. Ponadto zebrany materiał ubogacony został osobistym doświadczeniem pracy z bezdomnymi jednego z autorów opracowania.

Wyniki. W analizowanej literaturze przedmiotu szukano odpowiedzi na pytania: Jakie są przyczyny bezdomności? Jaka jest patologia bezdomności? Czym charakteryzuje się pacjent bezdomny? Jaka jest rola zawodowa pielęgniarki pracującej z bezdomnymi? Rola pielęgniarstwa w tym środowisku bywa kluczowa i wymaga od człowieka wszechstronnego wykształcenia. Pielęgniarka jest nieraz jedyną osobą, która może udzielić fachowej pomocy medycznej oraz terapeutycznej bezdomnemu. Może wtedy polegać jedynie na własnych umiejętnościach i kompetencjach, doświadczając niejednokrotnie uczucia bezradności. Niniejsze opracowanie ma pomóc w zrozumieniu istoty bezdomności tak, aby sama bezdomność stała się dodatkowym przyczynkiem do niesienia pomocy.

Słowa kluczowe:

bezdomność, przyczyny bezdomności, patologia bezdomności, rola zawodowa pielęgniarki

ABSTRACT

NURSING IN FRONT OF HOMELESS PROBLEM IN POLAND

Introduction. A nurse in her profession meets different kind of people from all society levels. Not once she stands in front of a homeless patient and the dilemma about the sense of helping, which indeed is often "wasted". Nonetheless the mission of this profession demands the need of seeing a human being in every patient who needs help. Homelessness is marked with a number of stereotypes and marginalisation which is very hard to overcome by oneself and provide the services on the highest level.

Aim. The aim of this work is to outline the cause of homelessness and to set out the role of nurse working with a homeless patient.

Material and methods. In the analysis has mainly been used Polish literature of the subject written by distinguished theoreticians and researchers of this matter. There has also been used data from Central Office of Statistics. In addition, this work has been enriched by personal work experience with the homeless by one of the authors.

Results. In the analysed literature an answer was being looked for following questions: What are the causes of homelessness? What are the ills of homelessness? What is the characteristic of a homeless patient? What is the -professional role of the nurse working with homeless? The role of nursing, in this society, is essential and it demands wide Education. The nurse is sometimes the only person who can provide professional medical and therapeutical help to the homeless. One can rely only on its own abilities and skills, experiencing very often a feeling of helplessness. Following work should help in understanding the essence of homelessness in the way that homelessness itself becomes an extra reason to bring help.

Key words:

homelessness, causes of homelessness, ills of homelessness, a professional role of nurse

WPROWADZENIE

Na początku XXI wieku bezdomność jawi się jako zagadnienie globalne. Problem ten jest masowy i dotyczy w szczególności państwa biedne, narażone na wojny i kataklizmy przyrodnicze, nie omija także państw bogatych. Rozpatrywanie zagadnienia bezdomności wymaga uwzględnienia bardzo wielu czynników, które się na nią składają. Ma to zasadniczy wpływ na dobranie odpowiednich środków i właściwych form pomocy bezdomnym. Istotą pracy jest scharakteryzowanie bezdomnego pacjenta oraz ukazanie zadań, przed jakimi stoją pielęgniarki/pracownicy, pracujący w środowisku bezdomnych.

CEL PRACY

Celem niniejszego opracowania jest zarysowanie zjawiska bezdomności i określenie roli pielęgniarki pracującej z pacjentem bezdomnym.

MATERIAŁ I METODYKA

W analizie wykorzystano głównie rodzimą literaturę przedmiotu autorstwa wybitnych teoretyków i badaczy tego tematu. Podstawowym materiałem źródłowym, na którym oparto przedstawione tu opracowanie, jest literatura medyczna oraz popularno-naukowa. Wykorzystano również dane Głównego Urzędu Statystycznego. Ponadto zebrany materiał ubogacony został osobistym doświadczeniem pracy z bezdomnymi jednego z autorów opracowania.

OMÓWIENIE

Przyczyny bezdomności

Trudno jest określić jednoznacznie przyczyny bezdomności. Są one indywidualne w przypadku każdego bezdomnego. Uwarunkowane są najczęściej relacjami w rodzinie, sytuacją życiową, miejscem urodzenia, warunkami bytowymi, zdrowiem psychicznym i fizycznym itp. [1]. Nie bez znaczenia jest też ustrój polityczny kraju, jego prawo, mentalność i obyczaje danego regionu. Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego wskazują, że najczęściej wymienianą przez osoby bezdomne przyczyną bezdomności było wypędzenie z mieszkania przez rodzinę lub współlokatorów (prawie 30%), wymeldowanie decyzją administracyjną (około 20%), pozostawienie mieszkania rodzinie z własnej inicjatywy (17%), eksmisja (prawie 14%) i bezrobocie (10%) [2]. A. Przemieński na podstawie własnych badań, przeprowadzonych [3] na bezdomnych w różnego rodzaju ośrodkach, dzieli przyczyny bezdomności na dwie grupy: mikrosocjalne i makrosocjalne. Do makrosocjalnych zalicza rodzinne i okresu wczesnej socjalizacji, takie jak: pólsierstwo, przedwczesne, wymuszone usamodzielnienie się, powiązane z niedorozwojem emocjonalnym i osobowościowym oraz niedojrzałością społeczną, przebieg procesu socjalizacji w domach dziecka, alkoholizm rodziców, doświadczona w dzieciństwie bieda, niskie wykształcenie

i status społeczny rodziców, przemoc w rodzinie, relacje z rodziną pochodzenia. Ponadto bezrobocie, brak środków na utrzymanie i wynajmowanie mieszkania, utrata zależnego od pracodawcy dachu nad głową, zły stan zdrowia, uniemożliwiający podjęcie pracy zarobkowej, niskie kwalifikacje zawodowe, eksmisja, nieprawne wyrzucenie z domu, udawanie bezdomności w celu wyłudzenia świadczeń pomocy społecznej, świadome unikanie lub brak możliwości spłaty zasądzonych zobowiązań alimentacyjnych. Do grupy przyczyn mikrosocjalnych Przemieński zalicza jeszcze alkoholizm, pobyt w zakładach karnych, względne przyzwyczajenie się do sposobu życia bezdomnego czy stan zdrowia. Jako uwarunkowania makrosocjalne Przemieński wskazuje rynek pracy i warunki zatrudnienia, ubóstwo, eksmisje i wymeldowania, złą politykę mieszkaniową, problemy adaptacji społecznej osób opuszczających instytucje takie jak szpitale, zakłady karne, domy dziecka oraz kłęski żywiołowe [3]. Uwarunkowania mikrosocjalne przyczyniają się do wytworzenia u dotkniętej nimi osoby psychicznego syndromu podatności na bezdomność. Warto jednak zaznaczyć, że niektóre z nich, np. ubóstwo czy wielodzietność, podnoszą ryzyko wystąpienia tego syndromu w mniejszym stopniu niż patologie rodzinne [3]. To w dysfunkcyjnych rodzinach kształtują się jednostki z zaburzeniami psychicznymi, niedojrzałością emocjonalną, niezdolne do nawiązywania zdrowych relacji z otoczeniem. U większości bezdomnych proces socjalizacji przed końcem okresu dojrzewania przebiegał w sposób patologiczny [3]. A. Przemieński wspomina również o czynnikach sprzyjających pojawieniu się, czy też pogłębieniu tego syndromu, takich jak alkoholizm, popełnianie przestępstw, zły stan zdrowia psychicznego czy fizycznego. Uwarunkowania makrosocjalne mogą, ale nie muszą wpływać na proces marginalizacji jednostki. „Regułą jednak jest, – pisze Przemieński – że zadziałanie któregoś lub kilku czynników zewnętrznych prowadzi do bezdomności wtedy, gdy osoba, która tego doświadcza, jest już na nią podatna” [3].

Wymiary bezdomności

Większość społeczeństwa patrzy na bezdomność raczej w kategoriach moralnych niż medycznych. Czy jest możliwe spojrzeć na bezdomność, jako powikłanie lub następstwo choroby, czy nawet samą chorobę? Czy bezdomność jest „[...] jedynie egzystencjalną ceną, jaką niektórzy chorzy, cierpiący na różnorodne patologie muszą płacić za swoją niezdolność funkcjonowania w rzeczywistości” [4]? Choroby są nieodłączną częścią egzystencji bezdomnego. Patologie somatyczne występują raczej jako następstwo destrukcyjnego trybu życia bezdomnego, rzadziej są przyczyną samej bezdomności, a głębokość zaburzeń psychicznych jest ściśle związana z czasem przebywania bezdomnego na ulicy [5]. Zawężenie zjawiska bezdomności tylko do wymiaru socjoekonomicznego nie wystarczy do tego, by w pełni opisać etiologię bezdomności. Bieda, marginalizacja społeczna, przemoc, alkohol bezsprzecznie pełnią istotną rolę w życiu bezdomnych. Jednak, jak zauważa Declerck, nie wszyscy pochodzą ze środowisk dotkniętych biedą i wykluczeniem. Wśród bezdomnych można również spotkać ludzi z tak zwanych wyższych sfer społecznych [4].

Do poszukiwania innej etiologii niż bieda skłania fakt niezwykłego oporu do zmiany stylu życia przez bezdomnych, pomimo zapewnienia, jakby się wydawało, wszelkiej potrzebnej pomocy. Gdyby bezdomni byli jedynie ofiarą systemu społeczno-gospodarczego, oczekivalibyśmy od nich, że będą korzystać z każdej okazji do poprawy swojego materialnego i społecznego funkcjonowania. W rzeczywistości jednak tak nie jest. Doktor Barbara Dickey z Uniwersytetu Harvarda i jej współpracownicy stworzyli osiemnastomiesięczny program rehabilitacji bezdomnych, który obejmował 112 osób cierpiących na różne choroby psychiczne [5]. Chciano przez to pokazać, że odpowiedni program, zapewniający należyte warunki mieszkaniowe i materialne, połączony z leczeniem psychiatrycznym i intensywną opieką socjalną, umożliwi wyprowadzenie z bezdomności nawet najcięższe przypadki. Takie same opinie wyrażali inni amerykańscy naukowcy, przeprowadzający podobne eksperymenty [5]. Tylko nieliczni bezdomni wypadli z programu w trakcie jego trwania, reszta osiągnęła znakomite wyniki, wychodząc z bezdomności. Po kilkunastu miesiącach zweryfikowano wyniki programu i okazało się, że blisko połowa bezdomnych wróciła z powrotem na ulicę i do schronisk, a liczba popełnianych przez nich przestępstw wzrosła powyżej poziomu wyjściowego [5]. Niepowodzenie tego programu autorzy tłumaczyli współistnieniem uzależnień od alkoholu i innych środków psychoaktywnych występujących obok chorób psychicznych. Można mówić tu również o paradoksie negatywnej reakcji terapeutycznej, kiedy pacjent nie może znieść lepszego samopoczucia. Występuje ona kiedy po poprawie stanu zdrowia pacjenta następuje remisja, której towarzyszą często jeszcze gorsze objawy [6]. Wielu bezdomnych tylko przez krótki czas wytrzymuje „komfort” placówek opiekuńczych, po czym wracają z własnej nieprzymuszonej woli z powrotem na ulicę. Bezdomność będąca wypadkową patologii społecznej, kulturalnej i gospodarczej nosi również w sobie znamiona zaburzenia psychicznego. Rezultatem mikrospołecznych przyczyn bezdomności, jak już wyżej wspomniano, według Andrzeja Przemieńskiego, jest wytworzenie się w konkretnych jednostkach ludzi syndromu psychicznej podatności na bezdomność [3]. Badana przez Przemieńskiego próba bezdomnych wykazywała dysfunkcjonalność i niektóre patologie ich rodzin pochodzenia, takie jak: niewypełnianie funkcji opiekuńczych, negatywne wzorce i postawy członków rodziny oraz poważne zakłócenia więzi [3]. W takich rodzinach kształtują się jednostki o niskim poczuciu własnej wartości, nie potrafiące nawiązywać poprawnych relacji z innymi ludźmi, niedojrzałe emocjonalnie, zaburzone psychicznie i niezdolne do podejmowania akceptowanych społecznie ról. W większości przypadków syndrom podatności na bezdomność kształtuje się przez nieszczęśliwe dzieciństwo. Innymi czynnikami, które przyczyniają się do powstania syndromu (szczególnie u osób, których wczesna socjalizacja przebiegała prawidłowo) lub jego pogłębienia w późniejszym czasie są alkoholizm, pobyty w zakładach karnych, marginalizacja społeczna, choroby psychiczne i somatyczne [3]. Analizując różne powody bezdomności można zauważyć, że syndrom psychicznej podatności na bezdomność może być

samoistną jej przyczyną, bez względu na uwarunkowania makrospołeczne. Przykładem tego są bezdomni, posiadający mieszkanie, lub tacy, którzy mając dom, nie potrafią go z różnych przyczyn utrzymać. Chwascz, w swoich badaniach nad osobowością bezdomnych mężczyzn, wskazuje na wyższy poziom neurotyczności oraz poczucia beznadziejności bezdomnych w porównaniu z niebezdomnymi. Bezdomni są mniej otwarci, mniej ugodowi i sumienni, są gorzej przystosowani społecznie i gorzej radzą sobie w sytuacjach trudnych [7]. Badaczka wskazuje tym samym na odmienną osobowościowego funkcjonowania bezdomnych, która odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu się syndromu podatności na bezdomność [7]. Ważną cechą bezdomnych jest uzależnienie od pomocy socjalnej, które najczęściej występuje wtórnie u niepijących alkoholików. Kępiński pisze: „Im większe w człowieku wewnętrzne rozbitcie, poczucie własnej słabości, niepewność i lęk, tym większa tęsknota za czymś, co doda mu pewności i wiary w siebie, i z powrotem scali.” [8]. Postrzeganie siebie, jako beneficjenta pomocy społecznej, jest ideą, która pozwala bezdomnej osobie zrzucić z siebie odpowiedzialność za stan, w którym się znalazła. W jego mniemaniu zawinił system, którego stał się ofiarą, a który – przez źle zorganizowaną pomoc społeczną – każe mu tkwić na ulicy. Człowiek rezygnuje z podstawowych ról społecznych, do których zobowiązuje go życie w ludzkiej wspólnocie, a zastępuje je pretensjonalną postawą oczekiwania – „mnie się należy”. W momencie osiągnięcia socjalnego „raju” (pokój w przytulisku dla bezdomnych, zasiłek stały, zwolnienie z płacenia alimentów itp.) w poczuciu wypełnienia się założonej wcześniej idei, bezdomni zaprzestają jakichkolwiek działań zmierzających do usamodzielnienia. Ograniczają się jedynie do podtrzymywania „status quo”. Występuje tu, charakterystyczne dla zaburzeń psychicznych, egocentryczne lokowanie własnego JA na szczycie hierarchii wartości [8]. Egocentryzm jest wyrazem buntu przeciwko własnemu losowi. „Ja” egocentryka nie jest źródłem przyjemności, ale niepokoju oraz ambiwalentnych uczuć, w których przeważają te negatywne. W efekcie zanika niemal zupełnie sfera duchowa w człowieku, która pozwala oprzeć własną egzystencję na czymś trwalszym niż ludzkie JA. Powoduje to postępujące skarlówacenie człowieczeństwa, wызutego z wyższych wartości, którego istotą staje się samozadowolenie. To tutaj leży główna przyczyna tkwienia na ulicy, bez ambicji osiągnięcia wyższych celów i wzięcia pełnej odpowiedzialności za własne życie. Stąd bije źródło pretensjonalności, zakłamania, próżniactwa i dążenia jedynie do tego, co konieczne, najlepiej cudzymi rękami. Taka sytuacja pozwala osobom bezdomnym nie zwracać uwagi na moralne aspekty ich życia. Bez skrupułów wykorzystują naiwność ludzi dobrej woli i instytucji pomocowych. Egocentryzm sprzyja chwiejności emocjonalnej, co przysposabia do popadania w alkoholizm i inne uzależnienia. Zauważalny dla osób pracujących z bezdomnymi jest fakt, że bezdomni noszą w sobie dziwny, często nieuświadomiony, a już na pewno nie mający odzwierciedlenia w rzeczywistości, lęk. Lęk, który ich paraliżuje przed integracją społeczną [8]. Budzi on bądź to agresję wobec otoczenia, bądź też powoduje wycofanie. Szczególnie jest to zauważalne w momencie

podnoszenia poprzeczki wymagań resocjalizacyjnych wobec bezdomnych (można usłyszeć wtedy zdanie: „Dla czego chcecie uszczęśliwić mnie na siłę”), albo w chwili kiedy mają opuścić przytułek, aby się zupełnie usamodzielić (co często kończy się powrotem na ulicę). Takie postawy wydaje się wyjaśniać teoria metabolizmu informacyjnego, szeroko opisana przez krakowskiego psychiatrę Antoniego Kępińskiego [9]. Każdy żywy organizm, począwszy od jednokomórkowców, aż po człowieka, ma w swojej naturze zaprogramowane dwa podstawowe prawa biologiczne: zachowania własnego życia oraz zachowania gatunku. Te dwa prawa odnoszą się zarówno do metabolizmu energetycznego, jak i informacyjnego człowieka. Antoni Kępiński dzieli metabolizm informacyjny na dwie fazy, do każdej przypisując jedno z dwóch podstawowych praw biologicznych [9]. Prawo zachowania własnego życia przynależy do pierwszej fazy metabolizmu informacyjnego, która jest początkową reakcją ustroju na bodźce, pochodzące z zewnętrznego, jak i wewnętrznego środowiska. Mobilizuje ustrój do walki lub ucieczki. Na jej tle buduje się druga faza metabolizmu informacyjnego, która odpowiada za wybór z wielu możliwych form zachowania się, odpowiedniego dla danej sytuacji. O ile pierwsza faza jest krótkotrwała, autonomiczna oraz spontaniczna i odbywa się pod progiem naszej świadomości, o tyle w drugiej fazie występują już stałe zautomatyzowane mechanizmy zależne od naszej woli i kształtowane przez środowisko [9]. Pierwsze prawo biologiczne wymaga od ustroju niszczenia innych organizmów w myśl zasady „zniszczę albo będę zniszczony” i mobilizuje postawę „od” otoczenia – walki i agresji. Drugie prawo biologiczne, charakterystyczne dla drugiej fazy metabolizmu informacyjnego, mobilizuje postawę „do”, dążącą do integracji z otoczeniem osiągającej swój szczyt w akcie prokreacji. Podobnie jak w procesach metabolizmu energetycznego, w metabolizmie informacyjnym musi istnieć równowaga między procesami katabolicznymi (niszczenia – pierwsze prawo biologiczne), a anabolicznymi (budowania – drugie prawo biologiczne) [9]. Problem zaczyna się wtedy, kiedy mechanizmy drugiej fazy metabolizmu informacyjnego, gdzie chodzi o konsekwentne utrzymanie określonej linii postępowania, przechodzą do pierwszej fazy, ogarniając tę część życia uczuciowego, która odpowiada za sygnały nadchodzącego zagrożenia, mobilizujące do postawy lęku i agresji „od”. Człowiek taki zrywa kontakt z rzeczywistością, a jego uczucia zostają zawieszone w próżni. Lęk traci swój biologiczny sens sygnału ostrzegawczego [9]. Problem ten występuje wśród ludzi bezdomnych, u których bezsens lęku i agresji jest czymś zauważalnym gołym okiem. Utrwalona u osoby bezdomnej postawa „od” każe jej zawsze wybierać walkę lub ucieczkę. W pierwszym przypadku osoba zbliża się do otoczenia i – w myśl zasady „zniszczę albo będę zniszczony” niszczy otoczenie i pozostaje ostatecznie sama na polu walki. W drugiej postawie ucieczki otoczenie pozostaje nienaruszone, ale osoba zrywa z nim kontakt. Antoni Kępiński pisze, że: „[...] jest to więc subiektywna jego dekonstrukcja. [...] na tej zasadzie dzieci zamykają oczy, by skoro same nie widzą, tym samym nie być widziane i w ten sposób oddalić od siebie groźne otoczenie.” [9]. Druga faza metabolizmu

informacyjnego, odpowiedzialna za postawę „do”, integrującą nas ze środowiskiem nie funkcjonuje, a przez to nie rozwija się w człowieku. Uczucia lęku i agresji są, przez swoje destrukcyjne działanie na osobę, uczuciami negatywnymi, które utrwalone, jak to jest w przypadku bezdomnych, każą im stale walczyć bądź uciekać. Na zasadzie dwukierunkowości uczuć dochodzi do niszczenia otoczenia i niszczenia siebie, agresja rodzi autoagresję czyli lęk przed samym sobą. Antoni Kępiński podsumowując postawę „od” pisze: „Uczucia negatywne wiążą się z postawą „od” otoczenia, tj. dąży się w nich do zerwania z nim kontaktu; w ten sposób podcina się podstawę zasadniczego zjawiska życia, tj. metabolizmu zarówno energetycznego, jak i informacyjnego. W tym sensie są one naznaczone śmiercią.” [9]. Śmierć społeczna równa się śmierci biologicznej [8].

Każde zachowanie uznawane powszechnie za dewiacyjne wobec normy społecznej, słusznie czy nie, skazane jest na wykluczenie społeczne. Takim zachowaniem dewiacyjnym jest niewątpliwie bezdomność. Mechanizm wykluczenia społecznego działa w dwóch kierunkach. Wyrzuca ludzi poza granicę normalnej egzystencji, odcinając ich od dóbr powszechnych. Takich jak na przykład praca i korzyści z niej płynące. Z drugiej strony mechanizm wykluczenia zostaje przyswojony przez bezdomnych, czyniąc ich własnymi oprawcami „Kłoszard to wyrzutek, który już nie może żyć inaczej niż w warunkach wykluczania samego siebie. Patologiczne autowykluczenie, przymusowe i wewnętrzne, prowadzi człowieka poza granice marginalizacji, wyznaczone przez procesy wykluczenia społecznego.” [4]. Declerck uznaje marginalizację za objaw rzutujący na cały obraz kliniczny bezdomnego. Bezdomność traktuje jako przejaw nieświadomionego pragnienia jednostki stale poszukującej tego, co najgorsze, podświadomie dążąc do poszerzenia zakresu swojej marginalizacji [4]. Jako ilustracje tego zjawiska Declerck podaje wielokrotne i jakby zaplanowane gubienie dokumentów przez bezdomnych „Powoduje ono oczywiście automatyczny paraliż społeczny osoby bez dokumentów, która nie może podjąć kroków w celu uzyskania wsparcia pomocy społecznej. Podwójny ruch, przez który osoba ta nie tylko w sposób symboliczny traci administracyjne uprzedmiotowienie, lecz również zyskuje niezrównany argument na poparcie tezy, że nic nie jest dla niej możliwe” [4]. Żadne działanie nie może zakończyć się sukcesem. Bezdomny skupia się wtedy na porzuceniu własnej sprawy i ucieczce. Występuje tu dodatnie sprzężenie zwrotne; automarginalizacja pogłębia wykluczenie społeczne, które z kolei potęguje automarginalizację. Osoba staje się coraz bardziej wyobcowana i zamknięta w oderwanym od rzeczywistości świecie własnych mechanizmów obronnych. W końcowym etapie dochodzi również do wyobcowania się od własnego ciała. Przykładem takich zachowań jest skrajny brak higieny osobistej czy zgody na amputację odmrożonej kończyny mimo, że zaniechanie operacji grozi śmiercią, lub bardzo częste zaniedbywanie owrzodzeń podudzi pozostawianych przez wiele miesięcy bez opatrunku. Mowa tu o bezdomnych, którzy nie mają zdiagnozowanych żadnych chorób psychicznych. Declerck widzi

w bezdomności skrajny przejaw zaburzenia osobowości zwanego narcyzmem, bo „Jak inaczej wytłumaczyć postawę tych ludzi, którzy kpią z potrzeby natychmiastowej, ratującej życie interwencji lekarskiej, odmawiając jej nie z zamiarem samobójstwa, lecz w odruchu agresji i negowania naczelnej zasady rzeczywistości?” [4]. Fakt, że bezdomność nie jest jedynie zjawiskiem socjoekonomicznym jest niepodważalny. Mówienie o bezdomności jako o społecznej konsekwencji alkoholizmu czy biedy, również wydaje się być uproszczone, wszak wiadomo, że nie każdy dotknięty ubóstwem czy alkoholizmem zostaje bezdomnym.

Charakterystyka pacjenta bezdomnego

Kondycja zdrowotna bezdomnych jest bardzo zróżnicowana [10]. Choroby nie zawsze są ściśle związane z bezdomnością, niemniej jednak sam fakt bezdomności stwarza duże ryzyko ich zaistnienia. Życie na ulicy, długotrwałe i znaczne niedożywienie, brak snu, napięcie emocjonalne, nieustanne zagrożenie życia, alkoholizm, przemoc, przebywanie w przeludnionych przytułkach, odrzucenie, i osamotnienie, nierzadko wychłodzenie, są czynnikami patogennymi, przed którymi organizm bezdomnego musi się stale bronić [5]. Taka deprywacja prowadzi do zaburzeń czynności organów, funkcji umysłowych, melancholii, a w konsekwencji do skrajnego wyczerpania organizmu [7]. Maksymalna mobilizacja ustroju jest głównym warunkiem przeżycia i adaptacji do trudnych warunków bytowych. Nie pozostaje to bez znaczenia dla organizmu człowieka, który jest w ciągłej walce z czynnikami szkodliwymi. Jak zaznacza A. Kępiński: „W ucieczce i walce więcej wydatkuje się energii niż w otoczeniu bezpiecznym i spokojnym. Postawa pozytywna łączy się z przewagą procesów anabolicznych, a negatywna z przewagą katabolicznych. W pierwszym wypadku bilans wymiany z otoczeniem wypada na korzyść ustroju, buduje on siebie kosztem otoczenia, w drugim zaś wypadku bilans jest ujemny: proces niszczenia własnej struktury przeważa nad procesem budowy” [8]. W przypadku bezdomnych potwierdza się również medyczna teza o jedności psychofizycznej człowieka. Wraz z załamaniami psychicznymi dochodzi do załamania zdrowia fizycznego i odwrotnie. Długotrwałe życie w stresie może uruchamiać proces miażdżycowy, a urazy głowy mogą być przyczyną nerwicy, a w dalszej kolejności zespołu psychoorganicznego. Kępiński zwraca uwagę, że śmierć społeczna jest równa śmierci biologicznej [8]. Dlatego odrzucenie społeczne ma duży wpływ na psychikę bezdomnych. Wyzwała w nich różne mechanizmy obronne od autyzmu, wycofania, nieufności, zaprzeczania i wyparcia, aż po nadpobudliwość, pracoholizm i agresję. Głównym czynnikiem negatywnie oddziałującym na organizm bezdomnych jest alkohol, którego spożycie jest powszechne wśród bezdomnych poza schroniskowych. Długotrwałe picie wywołuje szereg patologicznych zmian zarówno w psychice, jak i w funkcjonowaniu poszczególnych narządów. Bezdomni z powodu niedożywienia i niskiego poziomu higieny, są bardziej narażeni na choroby zakaźne m.in. gruźlicę. Bardzo częstym zjawiskiem są owrzodzenia

podudzi w następstwie przewlekłej niewydolności żylniej. Z powodu braku środków materialnych bezdomni nie wykupują leków wymaganych do leczenia towarzyszących im chorób. Jedną z głównych bezpośrednich przyczyn śmierci i kalectwa bezdomnych są urazy spowodowane pobiciem, wypadkami drogowymi lub nadużywaniem alkoholu. Znaczna część bezdomnych nie korzysta z leczenia nawet wtedy, kiedy ma takie możliwości i są ku temu wskazania [5]. Sidorowicz zwraca uwagę na inną hierarchię wartości bezdomnych, w której „[...] potrzeby zdrowotne zajmują niższe miejsce niż potrzeby materialne i walka o przeżycie” [5]. Innymi kwestiami są brak ubezpieczenia zdrowotnego, a także brak zaufania do służby zdrowia, który potęguje niechęć do korzystania z usług medycznych. Chwaszcz uważa, że osoby bezdomne oceniają swój stan zdrowia przez pryzmat stanu zdrowia populacji bezdomnych, w której takie objawy jak kaszel, bezsenność, odmrożenia itp. uważane są za coś normalnego [7].

Rola pielęgniarza/pielęgniarki wobec pacjenta bezdomnego

Specyfika pracy pielęgniarskiej zakłada holistyczne spojrzenie na pacjenta, co jest szczególnie ważne w pracy z bezdomnymi. Pielęgniarstwo wśród bezdomnych jest pielęgniarstwem zindywidualizowanym par excellence [11], ukierunkowanym na indywidualne potrzeby biopsychospołeczne bezdomnego pacjenta oraz środowiska w którym przebywa. Pielęgniarz/pielęgniarka są nieraz jedynymi pracownikami służby zdrowia, do których ma dostęp i zaufanie osoba bezdomna. Pielęgniarz/pielęgniarka podejmujący pracę w środowisku osób bezdomnych muszą posiadać fachową wiedzę nie tylko medyczną, ale również z zakresu prawa, filozofii, pedagogiki resocjalizacyjnej, psychoterapii, socjologii oraz antropologii. Szerokie spektrum wiedzy pielęgniarza/pielęgniarki pozwoli w pełni odpowiedzieć na realne potrzeby konkretnego bezdomnego z poszanowaniem jego autonomii i godności osobistej. Wykonywanie wszystkich czynności pielęgniarskich wymaga od udzielającego empatii, życzliwości, poszanowania praw człowieka, troski i otwartości. W stosunku do pacjenta bezdomnego, pielęgniarz/pielęgniarka podejmują działania zaspokajające jego złożone potrzeby zdrowotne oraz usuwają, w miarę możliwości, ze środowiska bezdomnego czynniki szkodliwe działające na jego zdrowie i życie [11]. Jedną z kluczowych ról pielęgniarza/pielęgniarki jest optymalne podniesienie jakości życia w sytuacji bezdomności oraz podtrzymywanie nadziei mobilizującej do zmiany przyszłości. Pełniąc funkcję terapeuty, pobudza osobę bezdomną do działania na rzecz wyjścia ze swojej trudnej sytuacji, rozwija jego współpracę z zespołem interdyscyplinarnym, promuje zdrowie i wpływa na poczucie odpowiedzialności za własne życie, dążąc do pełnego usamodzielnienia się bezdomnego. Ogromną umiejętnością i wyzwaniem pielęgniarza/pielęgniarki jest współpraca z bezdomnym pacjentem jako partnerem, w poczuciu obopólnego zrozumienia wagi problemu [11-12].

PODSUMOWANIE

Zanim człowiek stanie się bezdomnym, dotyka go szereg patologii, począwszy od rodziny pochodzenia, przez patologię środowiska, w którym wzrastała dana osoba, aż po zaburzenia osobowościowe, czy psychiczne. Ukształtowany bezdomny charakteryzuje się postawami znamionnymi dla zaburzeń osobowości, co skłania do postawienia pytania: czy bezdomność może być zaburzeniem osobowości czy raczej jest jego wypadkową?

Codziennosc życia bezdomnego ma ogromny wpływ na jego zdrowie i psychiczne funkcjonowanie. Borykanie się z ekstremalnymi doświadczeniami życia na ulicy kształtuje w osobie bezdomnej szereg psychologicznych mechanizmów obronnych. Życie na ulicy nie oszczędza również biologicznego funkcjonowania osoby, a co za tym idzie, jego zdrowotnego dobrostanu.

Bezdomny zgłaszający się po pomoc do przedstawicieli służby zdrowia jest pacjentem, który wymaga od lekarza, czy pielęgniarki szerokiego spojrzenia oraz włączenia kontekstu jego bytowania w fazę diagnozy i leczenia.

Rola pielęgniarki w pracy z bezdomnym może okazać się nieoceniona. Pielęgniarka będzie musiała wykazać się szeroką, holistyczną wiedzą, nie tylko medyczną, ale także z innych dziedzin humanistycznych. Nieocenionym wsparciem ze strony pielęgniarki może okazać się terapeutyczna rola relacji jaką będzie w stanie zainicjować z bezdomnym pacjentem.

Nie sposób wyczerpać tematu bezdomności. Jest on niezgłębiony, jak cała nasza egzystencja. Bezdomność ogarnia całe jestestwo człowieka. Podjęcie trudu szczegółowego poznania tego zjawiska pomoże trafnie rozpoznawać problemy konkretnego bezdomnego i dobrać odpowiednie środki do zaradzenia jego rzeczywistym potrzebom. Wymaga to wspólnego pochylenia się nad tym problemem psychiatrów, psychologów, lekarzy, pielęgniarki, socjologów, pracowników socjalnych, prawników, antropologów, duchownych, pedagogów, terapeutów i podjęcia przez nich fachowej analizy istoty problemu bezdomności.

WNIOSKI

1. Bezdomność kształtuje się na przestrzeni całego życia osoby, a swoje źródła ma już w rodzinie pochodzenia. Na kształtowanie się syndromu bezdomności składa się szereg czynników mikro i makro społecznych. Bezdomności nie można sprowadzać jedynie do sfery socjo-ekonomicznej. To zjawisko jest o wiele bardziej złożone i wymaga interdyscyplinarnych badań. Bezdomność nosi w sobie znamiona patologii medycznej: narcyzm, zawężone patrzenie do swojego JA, dążenie do autodestrukcji, ukryty lęk i wiele innych cech, co może sugerować, że bezdomność jest efektem zaburzenia osobowości.
2. Na zdrowie bezdomnego oddziałuje szereg negatywnych czynników, w konsekwencji pacjent bezdomny cierpi na kilka schorzeń jednocześnie.
3. Brak odpowiednich warunków bytowych i nieraz celowe lekceważenie zdrowia, następcza dodatkowych trudności w leczeniu i opiece nad pacjentem bezdomnym.
4. Praca z pacjentami bezdomnymi wymaga od pielęgniarza/pielęgniarki wszechstronnego wykształcenia, ogromnych pokładów empatii i umiejętności dostrzegania pełni człowieczeństwa pod powierzchnią zaniedbanego i sponiewieranego bezdomnego. Ponadto musi wykazywać się dużą samodzielnością, cierpliwością i podejściem terapeutycznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Śledzianowski J. Przyczyny bezdomności spowodowane dysfunkcją rodziny. *Roczniki Naukowe Caritas*. 1997; Rok I: 57-69.
2. Główny Urząd Statystyczny. Raport z wyników. Narodowy Spis Powszechny ludności i mieszkań 2011. (on line). Dostępne: [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lud_raport_z_wynikow_NSP2011.pdf]. Pobrane 15.04.2016.
3. Przemieniecki A. Bezdomność, jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej. *Akademia Ekonomiczna w Poznaniu*, Poznań 2001.
4. Declerck P. Rozbitkowie. Rzecz o paryskich kloszardach. WWL Muza S.A., Warszawa 2004.
5. Sidorowicz S. Psychospołeczne aspekty bezdomności. *Roczniki Naukowe Caritas*. 1997; Rok I: 103-114.
6. Freud S. Poza zasadą przyjemności. PWN, Warszawa 2005.
7. Chwaszcz J. Osobowościowe i społeczne wyznaczniki funkcjonowania bezdomnych mężczyzn. *Towarzystwo Naukowe KUL*, Lublin 2008.
8. Kępiński A. Rytm życia. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2012.
9. Kępiński A. Melancholia. Sigittarius, Kraków 1993.
10. Śledzianowski J. Zdrowie bezdomnych. *Akademia Świętokrzyska Zakład profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji*, Kielce 2006.
11. Poznańska S. Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem W: Zahradniczek K (red.). *Pielęgniarstwo*. PZWL, Warszawa 2006; 45-50.
12. Podgórska – Jachnik D. Praca socjalna z osobami bezdomnymi. *Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich*, Tom 20, Warszawa 2014.

Praca przyjęta do druku: 15.06.2016

Praca zaakceptowana do druku: 22.06.2016