

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Daniel Dus**

**Ošetřovatelské potřeby lidí bez domova  
využívajících služeb domovů se zvláštním režimem**  
*Nursing needs of homeless people in special care  
houses*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2019

Autor práce: Daniel Dus

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucí práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 25. 6. 2019

## **Prohlášení**

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

Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 23. května 2019

Daniel Dus

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D. za výborné vedení práce, trpělivý a laskavý přístup. Můj dík patří také MUDr. Andree Pekárkové, Mgr. Petře Nagyové a celému týmu zdravotníků a sociálních pracovníků v Přístavech ostravské Armády spásy.

## ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskými problémy lidí bez domova, kteří využívají služeb domova se zvláštním režimem. Teoretická část práce se zabývá fenoménem bezdomovství a akcentuje problematiku označení těchto lidí jako *bezdomovců*. Jsou zde také uvedeny příčiny bezdomovství. Dále je velká část teorie věnována zdravotnímu stavu lidí bez domova, především pak duševním onemocněním. V teoretické části jsou také uvedeny bariéry ke zdravotní péči a souvislosti kvality bydlení se zdravotním stavem.

Praktická část se věnuje ošetrovatelským problémům lidí bez domova pobývajících v domovech se zvláštním režimem. Ošetrovatelské problémy u obyvatel domova Přístav byly kvantifikovány a tyto výsledky jsou následně porovnávány s ošetrovatelskými problémy klientů z jiných domovů. Část práce je věnována také možným souvislostem mezi jednotlivými ošetrovatelskými problémy.

## **ABSTRACT**

*This bachelor thesis deals with nursing needs of homeless people using services of special care houses. Theoretical part presents issue of homelessness and it's causes, also considers language labeling. Moreover, thesis describe health state and specially mental health of homeless people. At the theoretical part there are also listed some of barriers to the health care and link between quality of housing and health state.*

*Practical part identifies nursing needs of people using services of special care houses. Data about nursing needs of people in Pristav were quantified and compared with nursing needs of clients in different houses. Part of this paper is dedicated to commonly occurring nursing needs.*

# OBSAH

1	ÚVOD DO PROBLEMATIKY BEZDOMOVSTVÍ.....	8
1.1	Definice bezdomovství.....	8
1.2	Označení bezdomovců.....	9
1.3	Formy bezdomovství.....	9
1.4	Příčiny bezdomovství.....	10
2	ZDRAVOTNICTVÍ A LIDÉ BEZ DOMOVA.....	12
2.1	Právo na zdravotní péči.....	12
2.2	Dostupnost zdravotních služeb.....	12
2.3	Bariéry v dostupnosti zdravotní péče.....	12
3	ZDRAVOTNÍ STAV LIDÍ BEZ DOMOVA.....	15
3.1	Morbidita lidí bez domova.....	15
3.2	Kvalita bydlení a zdravotní stav.....	16
3.3	Nejčastější onemocnění lidí bez domova.....	17
3.4	Duševní onemocnění u lidí bez domova.....	18
4	DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	20
4.1	Domovy se zvláštním režimem při Armádě spásy.....	21
4.2	Domovy Přístav.....	21
5	CÍL EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	22
5.1	Cíl výzkumu.....	22
5.2	Výzkumné otázky.....	22
6	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	23
6.1	Stručný popis stáží, při kterých výzkum probíhal.....	23
6.2	Popis Domova Přístav v Ostravě - Kunčičkách.....	23
6.3	Metody sběru dat.....	24
7	VÝSLEDKY.....	26

7.1	Základní demografické údaje .....	26
7.1.1	Věková struktura uživatelů na oddělení A .....	26
7.1.2	Věková struktura uživatelů na oddělení B.....	27
7.2	Pohyblivost, rovnováha a riziko pádu .....	28
7.3	Výživa a strava .....	29
7.4	Inkontinence a poruchy vyprazdňování.....	30
7.5	Rány a proleženiny .....	31
7.6	Bolest.....	32
7.8	Smyslové vnímání a kognitivní deficit.....	33
7.9	Osamělost, sebeúcta a narušená interakce s okolím.....	34
7.10	Nejistota, strach a agresivita.....	35
7.11	Úzkosti, zmatenost a poruchy spánku .....	36
7.12	Další.....	36
7.12.1	Opatrovník a zbavení svéprávnosti .....	36
7.12.2	Psychiatrická onemocnění .....	37
7.12.3	Účast na bohoslužbách .....	37
8	ANALÝZA A INTERPRETACE .....	37
8.1	Ošetrovatelské problémy vztahující se k tělesným potřebám .....	37
8.2	Ošetrovatelské problémy vztahující se k psychosociálním potřebám .....	38
8.3	Porovnání s běžnými domovy .....	39
8.3.1	Porovnání demografických údajů uživatelů v Přístavu s údaji klientů v domovech pro seniory .....	39
8.3.2	Srovnání ošetrovatelských problémů vztahujících se k fyzickým potřebám .....	40
8.3.3	Srovnání ošetrovatelských problémů vztahujících se k psychosociálním potřebám .....	40
8.4	Odpovědi na výzkumné otázky .....	42



10	DISKUZE .....	43
11	ZÁVĚR.....	45
	ZDROJE: .....	46
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	51
	PŘÍLOHY .....	52

# 1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY BEZDOMOVSTVÍ

## 1.1 Definice bezdomovství

Někteří autoři popisují bezdomovství jako poslední stadium procesu sociálního vyloučení (Keller, 2013, s. 286). Ministerstvo práce a sociálních věcí, dále MPSV, popisuje bezdomovectví také jako synonymum pro extrémní sociální vyloučení a dále ho spojuje s chudobou, kterou vidí nejen jako příčinu bezdomovství, ale i jako důsledek (MPSV, 2013).

Barták, jeden z nejvýznamnějších autorů publikací týkajících se problematiky bezdomovství a zdravotního stavu lidí bez domova, vidí bezdomovství jako problém sociální a veřejněpolitický. Dle Bartáka můžeme řešení a předcházení bezdomovství označit za záležitost veřejného zájmu. Poněkud zajímavější je Bartákova interpretace bezdomovství jako sociálního problému. Barták vidí bezdomovství jako sociální problém mj. proto, že narušuje společenské normy, kdy je 99,97 % populace bydlící (Barták, 2011, s 25). Tato teorie ovšem opomíjí tzv. potenciální bezdomovství (např. nedůstojné, provizorní bydlení), které úzce souvisí se skutečným bezdomovstvím (tedy životem na ulici) a nelze je vnímat zcela odděleně. Takové pojetí sice odpovídá tomu, že společnost obecně shrnuje veškeré bezdomovství do bezdomovství zjevného. Toto ovšem nereflektuje širší pojetí bezdomovství, které autor jinak používá a které vychází z definice FEANTSA.

V našem evropském, potažmo českém kontextu nabízí vhodnou definici bezdomovství **FEANTSA**<sup>1</sup> Evropská federace národních organizací pracujících s bezdomovci, která vytvořila typologii bezdomovství a vyloučení z bydlení nazvanou ETHOS. Ta vychází z předpokladu, že bezdomovství znamená absenci domova.. Mít domov lze chápat jako mít bydlení, které můžeme užívat (fyzická oblast), mít prostor pro vlastní soukromí s možností sociálních vztahů (sociální

---

<sup>1</sup> Fédération européenne d'associations nationales travaillant avec les sans-abri

prostor) a také mít k užívání tohoto prostoru právní důvod (právní oblast). (ETHOS)

Dále Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení **ETHOS**<sup>2</sup>, uvádí tzv. koncepční kategorie, které specifikují ohrožené skupiny obyvatel a rozdělují bezdomovství podle stupně udržitelnosti bydlení a jeho kvality. Tato typologie bezdomovství je uváděna v 25 evropských zemích odlišně. Vždy jsou uvedeny alespoň 4 základní koncepční kategorie a to bez střechy, bez bytu, nejisté bydlení a nevyhovující bydlení. (ETHOS, 2018)

## 1.2 Označení bezdomovců

Problematika bezdomovství se týká lidí, kteří jsou běžně označováni jako **bezdomovci**. Je toto označení vhodné? Tuto otázku si kladl již Hradecký, který uvádí, že samotní bezdomovci považují označení bezdomovec za hanlivé a přejímají ho pouze z jazyka veřejnosti. (Hradecký, 2007)

Toto označení *bezdomovec* je sice srozumitelné a běžně používané, ale není vhodné, protože jím člověka označujeme primárně na základě jeho znevýhodnění. Místo o bezdomovcích lze mluvit o **lidech bez domova**.

## 1.3 Formy bezdomovství

Vedle definic bezdomovství jako *absence domova* či *extrémního sociálního vyloučení* se setkáváme s pojetím bezdomovství jakožto životního stylu. Pěnkava uvádí, že bezdomovství není životní styl, protože si ho nevolíme (Pěnkava, 2018). Bezdomovství jakožto volbu sleduje i Barták, který ve své disertační práci uvádí: "*Určité, byť nevelké procento bezdomovců uvedlo, že bezdomovství je důsledkem jejich vlastního rozhodnutí.*" Konkrétně 5,4 % lidí bez domova uvedlo vlastní rozhodnutí jako hlavní příčinu bezdomovství (Barták, 2008, s. 88).

---

<sup>2</sup> European Typology on Homelessness and Housing Exclusion

Běžně se bezdomovství dělí na zjevné, skryté a potenciální. Lidé, kterých se týká takzvané zjevné bezdomovství, často naplňují běžnou představu o vzhledu lidí bez domova. Mezi skryté bezdomovce řadíme lidi, kteří žijí jako bezdomovci, ale nejsme je schopni rozlišit „na první pohled“. Třetí formou je takzvané potenciální bezdomovství, kdy daný jedinec má nejisté či nevyhovující bydlení a je ohrožen jeho ztrátou. MPSV v koncepci prevence a řešení bezdomovství uvádí, že až 100 tisíc lidí se nachází v rámci tohoto potenciálního bezdomovství. (MPSV, 2013) **Podle OECD k roku 2017 může být v ČR dalších 119 tisíc potenciálních bezdomovců, jedná se především o lidi v právně nejistém bydlení (OECD, 2017).**

## 1.4 Příčiny bezdomovství

Znalost determinant ovlivňujících vznik bezdomovství je klíčová. Hradečtí rozdělují příčiny vzniku na subjektivní a objektivní. Jako subjektivní příčiny popisují Hradečtí takové příčiny, které působí na jedince, nikoliv výhradně ty, které si jedinec způsobil sám. Patří mezi ně ztráta bydlení, ztráta zaměstnání jakožto faktory materiální. Dále rozvod, znásilnění či mentální retardace jakožto vztahové a osobní faktory. Mezi subjektivní příčiny řadí i strukturální faktory jako jsou propuštění z vězení, ústavu či dětského domova (Hradečtí, 1996, s. 33). Ohledně rodinného zázemí lidí bez domova Barták uvádí, že 20 % dotázaných lidí bez domova strávilo nějakou část svého dětství v dětském domově, více než polovina z těchto 20 % zde strávila prakticky celé dětství (Barták, 2008, s. 85). Objektivní příčiny pak Hradecký vidí v rukou sociální politiky státu, ta se zabývá např. nezaměstnaností či sociálním vyloučením.

V zahraničí se determinanty bezdomovství rozdělují na strukturální a individuální, ty se často dále dělí na sociální, ekonomické a psychologické. Důležitou determinantou jsou rizikové faktory, mezi nimiž jsou uvedeny specifické události, takzvané krizové body, které také nazýváme spouštěcími mechanismy. Spouštěcí mechanismy vycházejí do značné míry z rizikových faktorů a vznikají v důsledku jejich akutní eskalace.

**Tabulka 1: Rizikové faktory a spouštěcí mechanismy**

<b>RIZIKOVÉ FAKTORY</b>	<b>KRIZOVÉ BODY/ SPOUŠTĚCÍ MECHANISMY</b>
sexuální či fyzické zneužívání v dětství či dospívání	opuštění domova po hádce s rodiči
rodinné spory a rozchody	rozvod či rozchod
agresivní chování a/nebo pobyt ve vězení	ovdovění
dřívější služba u armády	ukončení služby u armádních složek
nedostatečná podpora ze strany sociální péče	<b>opuštění pečující instituce</b> (leaving care)
dluhy, obzvláště za nájem či hypotéku	propuštění z vězení
problematické sousedství	
nadužívání alkoholu či drog	exekuce
školní exkluze či nedostatečná kvalifikace	vystěhování z podnájmu
problémy psychického zdraví	<b>eskalace problémů souvisejících s psychickým zdravím</b> , alkoholismem či drogovou závislostí
<b>špatné fyzické zdraví</b>	

Zdroj: Fitzpatrick et.al. 2000, s. 28 (upraveno)

## **2 ZDRAVOTNICTVÍ A LIDÉ BEZ DOMOVA**

### **2.1 Právo na zdravotní péči**

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (Listina základních práv a svobod, 1991). Nárok na zdravotní pojištění má každý občan s trvalým pobytem na území ČR. Tento nárok vzniká již jeho narozením (Zákon č. 48/1997). Lidé bez domova často nejsou plátcí zdravotního pojištění i přes to, že zde je povinnost platit si zdravotní pojištění. Ve výsledku vzniká dluh, který je u těchto lidí prakticky nevymahatelný. Ale nehledě na vzniklý dluh tito lidé mají právo na zdravotní péči.

### **2.2 Dostupnost zdravotních služeb**

Vedle relativně vysokého počtu lidí bez domova můžeme pozorovat souvislost mezi bezdomovstvím a špatným zdravotním stavem (Parkinson, 2009). Barták uvádí, že: *"Zdravotní stav bezdomovců je horší než zdravotní stav bydlící populace, což se týká jak fyzického, tak i duševního zdraví. Bezdomovci mají také často problémy s dostupností pro ně vhodných zdravotnických služeb. Z hlediska zdravotního stavu je populace bezdomovců charakterizována komorbiditou (převážně závislostí na alkoholu a drogách a duševními poruchami) a předčasnou úmrtností"* (Barták 2008, s. 72).

### **2.3 Bariéry v dostupnosti zdravotní péče**

Bariéry v dostupnosti zdravotní péče jsou nejčastěji přičítány užívání návykových látek (drog). Lidé bez domova nepřisuzují svému fyzickému zdraví takovou hodnotu jako většinová populace, někdy péči nevyhledávají i proto, že se obávají reakcí personálu. Z dotazníku, který lidé bez domova vyplňovali na podzim a v zimě 2005, vyplývá, že v posledním roce vyhledalo praktického lékaře přes 70 % lidí bez domova. Mj. z dotazníku vyplynulo, že s délkou bezdomovství

stoupá spotřeba této péče. Odborného ambulantního lékaře navštívilo 50 % mužů a 63 % dotazovaných žen. Během posledního roku bylo hospitalizováno přes 30 % respondentů. Nejohroženější skupinou jsou pak právě ti, kteří ani nevyhledávají pomoc zdravotníků či sociálních pracovníků (Barták, 2008, s. 100).

Bariéry v dostupnosti můžeme pozorovat i na straně personálu, kdy jsou lidé bez domova odmítáni ze strachu z agresivity či nevhodného chování. V některých případech jsou lidé bez domova odmítnuti, aniž by se chovali jakkoliv problematicky, a to pak nejčastěji z důvodu předsudků na straně personálu. Třináct procent respondentů bez domova uvedlo, že jim byla odmítnuta zdravotní péče z důvodů, které nejsou v souladu se zákonem o zdravotním pojištění (předpokládáme-li, že jednotliví respondenti byli pojištěni, což lidé bez domova ve většině případů jsou, viz kapitola *Právo na zdravotní péči*). V některých případech sami respondenti uváděli, že k odmítnutí došlo, z důvodu ztráty registrační kartičky zdravotního pojištěnce nebo neschopností prokázat se občanským průkazem (Barták, 2008, s. 101).

Do zdravotní péče patří mj. i poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků (Zákon č. 48/1997). Právě přístup k předepsaným léčivům je pro lidi bez domova jedním z největších problémů vzhledem ke zdravotní péči. Z výše zmíněného výzkumu (Barták, 2008, s. 101) vyplývá mj. i to, že léky užívá méně lidí, než kolik jich má dlouhodobé zdravotní problémy. Toto zjištění může mít dvojí interpretaci, buďto byl pro respondenty překážkou doplatek k pořízení léčiva, anebo přístup k léčivu měli a nedodržovali doporučení lékaře, což je dle WHO častý problém i u běžné populace (WHO, 2003). Z praxe v pražských noclehárnách se setkáváme s tímto problémem běžně. Příchozí má lékařskou zprávu, někdy je i motivovaný dodržovat doporučené opatření, ale léčiva s doplatkem si nevyzvedl a nedoplatil.

Poznatky od Bartáka o dostupnosti zdravotnických služeb jsou shrnuty do následujících bodů:

### **Tabulka 2: Dostupnost zdravotnických služeb**

- Nejlépe zajistí dostupnost péče zdravotnická zařízení přímo u poskytovatelů sociálních služeb.
- Přijetím pacienta bez přístřeší se může lékař vystavit riziku odlivu pacientů "bydlících".
- Hospitalizace lidí bez přístřeší i jejich převozy do nemocnice jsou mnohdy problematické.
- Po propuštění z nemocnice se lidé bez domova vracejí zpět na ulici a jejich "doléčení" je nejisté.

Zdroj: (Barták 2008, s. 120)

Lidé bez domova by pro svoji polymorbiditu, psychické problémy, drogovou závislost a nakonec i pro riziko předčasného úmrtí neměli být na okraji systému zdravotní péče, kde se často nacházejí. V tomto kontextu mohou v budoucnu sehrát výraznou roli právě všeobecné sestry. Individualizovaný přístup a aktivní vyhledávání pacientových potřeb je podmínkou v péči o takzvané křehké (*fragile*) pacienty, kterými lidé bez domova často pro svou polymorbiditu, psychické problémy či psychiatrické onemocnění jsou. Především sestry domácí zdravotní péče či komunitní sestry by mohly sehrát důležitou roli ve zdravotní péči o lidi bez domova.



### **3 ZDRAVOTNÍ STAV LIDÍ BEZ DOMOVA**

Následující kapitola se zabývá zdravotním stavem lidí bez domova, především pak duševním zdravím. Dále jsou v kapitole akcentovány možné socioekonomické vlivy, které skrze kvalitu bydlení mohou ovlivňovat zdravotní stav.

#### **3.1 Morbidita lidí bez domova**

U lidí bez domova nelze vyjmenovat škálu konkrétních symptomů vyplývajících z bezdomovství. Nicméně existuje mnoho rizikových faktorů, které jsou společné celé skupině lidí bez domova. Bez domova, místa klidu a bezpečí, bude těžko uspokojena potřeba spánku. Kvalita bydlení je různá, běžně je rozdělována do základních 4 kategorií: bez střechy, bez bytu, nejisté a nevyhovující bydlení (EHTOS, 2018). Např. situace lidí bydlících na ubytovnách či ve squattu je odlišná od lidí přezívajících pod mostem. Tyto rozdíly v kvalitě bydlení korelují se zdravotním stavem lidí bez domova.

### 3.2 Kvalita bydlení a zdravotní stav

Šupková uvádí vztah mezi kvalitou bydlení a četností sružených zdravotních komplikací (více než jedno onemocnění či porucha).

**Tabulka 3: Kvalita bydlení a četnost sružených zdravotních komplikací**

Typ bydlení	Kolik % respondentů trpí více než jedním onemocněním či poruchou
bydlící populace	24 %
jedinci ubytovaní v hostelech a noclehárnách	38 %
lidé bez domova, kteří vyhledávají pouze denní centra	57 %
lidé bez domova, kteří využívají pouze potravinovou pomoc a přespávají na různých místech podle momentálních možností	59 %

Zdroj: Šupková 2007, s. 23-24, upraveno

Aktuálně je v českém prostředí v problematice bezdomovství významným aktérem tzv. Platforma pro sociální bydlení, která sdružuje organizace a dobrovolníky s cílem prosadit zákon o sociálním bydlení. (Platforma pro sociální bydlení, 2018) Platforma svým prostřednictvím spojuje jednotlivé aktéry a informuje širší veřejnost o bytové politice a výsledcích tzv. *housing first* projektů. Projekt Ostravské univerzity *Rapid Re-Housing* potvrdil souvislosti mezi kvalitou bydlení a zdravotním stavem. Projekt, do kterého bylo zapojeno 49 rodin, ukazuje mj. na vliv kvality bydlení na zdravotní stav a spotřebu zdravotní péče. S dobrým zázemím se lepší zdravotní stav a klesá nemocnost, spotřeba péče a s tím spojené výdaje. „Podíl dětí, které během posledních šesti měsíců měly vážné zranění, nehodu či otravu, které vyžadovaly lékařskou pomoc, klesl z 12% na 2,4%.“ (Černá, 2018, s. 6)

Dále se výrazně snížila četnost užívání antibiotik, také se snížilo využívání pohotovostních služeb. „Přepočteno na 50 rodin, intervence ušetřila 25 výjezdů ambulance a 19 hospitalizací.“ (Černá, 2018, s. 39)

### 3.3 Nejčastější onemocnění lidí bez domova

V publikaci Zdravotní péče o bezdomovce v ČR (Šupková a kol. 2007) jsou uvedena nejčastější onemocnění. Jedná se o souhrn dat z ordinace praktického lékaře pro bezdomovce v Praze z roku 2005 a prvního pololetí roku 2006. Nejčastější diagnózou byly záněty horních cest dýchacích a vředy dolních končetin. Autorka zdůrazňuje výskyt duševních nemocí a poruch chování. Pro přehlednost jsou nejčastější diagnostické skupiny a diagnózy uvedeny v tabulce č. 4. Nejčastější diagnózy se výrazně lišily v prvním pololetí roku 2006, kdy jsou uváděny i vředy dolní končetiny či zranění hlavy a krku.

**Tabulka 4: Nejčastější diagnózy a diagnostické skupiny lidí bez domova**

Nejčastější diagnózy	Nejčastější diagnostické skupiny
záněty horních cest dýchacích	nemoci dýchací soustavy
chřipky	nemoci kůže a podkožního vaziva
hypertenze	nemoci oběhové soustavy
impetiga	nemoci svalové a kosterní soustavy
cévní onemocnění	poranění, otravy apod.
astma a CHOPN	infekční a parazitární nemoci
flegmóny	nemoci trávicí soustavy

Zdroj: Šupková 2007, s. 24-26 (upraveno)

Výše uvedené informace o nejčastějších onemocněních z ordinace praktického lékaře nám mohou sloužit pouze pro základní orientaci v dané problematice. Absence základních údajů o zdravotním stavu lidí bez domova se netýká pouze Prahy, ale celé České republiky.

Německý přehledový článek *The medical treatment of homeless people* uvádí nejčastější onemocnění lidí bez domova. Jako časté **somatické problémy** uvádí respirační onemocnění (6-14 %), kardiovaskulární onemocnění (7-20 %), zranění a intoxikaci (5-15 %), infekční a parazitární onemocnění (10-16 %). Dále autoři článku uvádějí, že alespoň 75 % lidí bez domova trpí některým z duševních onemocněním vyžadujícím léčbu (Kaduszkiewicz, 2017).

Dalším důležitým faktorem negativně ovlivňujícím léčbu a prognózu onemocnění je pozdní diagnostika onemocnění u této skupiny obyvatel. Podle lékaře pracujícího v pražské Armádě spásy Borise Oniščenka přicházejí lidé bez domova za lékařem často až ve chvíli, kdy je onemocnění nějakým způsobem omezuje v každodenních činnostech a závažné příznaky zůstávají do té doby často nepovšimnuty (Oniščenko, 2018).

### **3.4 Duševní onemocnění u lidí bez domova**

U této populace jsou duševní onemocnění velkým problémem a to nejen z hlediska zdravotního stavu. Této problematice se dále věnuje Schreiter a kol. v článku „*Prevalence duševních onemocnění u lidí bez domova v Německu*“ (Schreiter et al. 2017). Zjištění autorů tohoto přehledového článku bylo u některých onemocnění porovnáno s údaji z ordinace praktického lékaře pro bezdomovce, jak je uvádí Šupková (2007). Údaje jsou sice uvedeny ve stejném kontextu, porovnání je ale pouze orientační, protože byla použita odlišná metodologie a čas sběru dat.

**Tabulka 5: Duševní onemocnění u lidí bez domova**

	Ordinace praktického lékaře pro lidi bez domova <sup>a</sup>	Metaanalýza duševního zdraví lidí bez domova západních zemí <sup>b</sup>	Metaanalýza duševního zdraví lidí bez domova v Německu <sup>b</sup>	Běžná německá populace <sup>b</sup>
Poruchy spojené s užíváním návykových látek	23 %	-	60,9 %	2,9 %
Alkoholové závislosti	-	37,9%	55,4 %	2,5 %
Drogová závislost	-	24,4 %	13,9 %	0,5 %
Afektivní poruchy	-	-	15,2 %	6,3 %
Deprese	19 %	11,4 %	11,6 %	5,6 %
Psychózy	-	12,7 %	8,3 %	1,5 %
Úzkostné poruchy	2 %	-	17,6 %	9 %
Reakce na stres a poruchy přizpůsobení	16 %	-	-	-
Poruchy spánku	17 %	-	-	-
Nemoci schizofrenního okruhu	8 %	-	-	-

Zdroj<sup>a</sup>: (Šupková 2007, s. 25), upraveno

Zdroj<sup>b</sup>: (Schreiter 2017, s. 6), vlastní překlad

Některá zjištění z článku Schreitera a kol. (2017) by mohla být společná i pro Českou republiku. Ze studie například vyplývá, že alkoholové závislosti jsou v Německu podstatně častější, než v jiných zemích západní Evropy. Důvodem by podle autorů mohla být nižší cena alkoholických nápojů. Tato cena je v České republice ještě o poznání nižší než v sousedním Německu.

The Telegraph k roku 2016 uvádí Prahu jako nejlevnější hlavní město v Evropě, kam se lze vydat za levným alkoholem, kde je cena 2x nižší než v hlavním městě sousedního Německa, v Berlíně (The Telegraph, 2016).

## 4 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domovy se zvláštním režimem specifikuje zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.) takto: "V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. "

Domov pro seniory podle zákona obsahuje stejné základní činnosti poskytované službou jako domov se zvláštním režimem. Zatímco v domovech pro seniory je snížená soběstačnost determinována především věkem a zdravotním stavem, v domovech se zvláštním režimem jsou to především chronické duševní onemocnění, závislosti či různé druhy demence, které jsou příčinou snížené soběstačnosti. Dále je v zákonu uvedeno, že režim při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (§ 50 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

U domovů se zvláštním režimem je v zákonu, na rozdíl od domovů pro seniory, zmíněná potřeba poskytovat sociální služby s větším ohledem na příjemce těchto služeb. Zřizovatelé domovů se zvláštním režimem uvádějí, jaká je jejich cílová skupina. Nejčastěji se jedná o osoby s chronickým duševním onemocněním, dále s mentálním, zdravotním či kombinovaným postižením. Příjemci služeb v domovech se zvláštním režimem mají specifické potřeby, které vycházejí z toho, o jakou skupinu klientů se jedná.

## **4.1 Domovy se zvláštním režimem při Armádě spásy**

Pobytových zařízení, která se zaměřují mj. na osoby bez přístřeší, můžeme v České republice napočítat 200. Jedná se téměř výhradně o azylové domy, domovy se zvláštním režimem a výjimečně o domy na půl cesty. Pokud bychom tato pobytové zařízení zúžili pouze na domovy se zvláštním režimem, dostáváme se ke čtyřem domovům, jejichž poskytovatelem je Armáda Spásy (MPSV, 2019).

Armáda spásy je sdružení občanů, jehož cílem je fyzická, sociální, morální a duchovní podpora lidí všech věkových kategorií. Tato podpora je založena na křesťanských principech. Dále provozuje komunitní centra a sociální zařízení, ve kterých poskytuje celkem 60 registrovaných sociálních služeb (Armáda spásy, 2016).

Jde o pobytové, terénní a ambulantní sociální služby v celé České republice. Z těchto 66 sociálních služeb jsou, mezi ostatními cílovými skupinami uvedeni lidé bez přístřeší jako cílová skupina 49 různých sociálních služeb poskytovaných Armádou spásy (MPSV, 2019). V České republice je podpora lidí bez přístřeší jednou z hlavních aktivit Armády spásy.

## **4.2 Domovy Přístav**

Výše zmíněné domovy se zvláštním režimem, jejichž cílovou skupinou jsou právě lidé bez přístřeší, jsou v Česku pouze čtyři. Dva z nich jsou v Ostravě, další pak ve Frýdku Místku a v Šumperku (MPSV, 2019). Všechny nesou název přístav.

## **5 CÍL EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **5.1 Cíl výzkumu**

Pro empirickou část bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

1. Identifikovat nejčastější ošetrovatelské problémy lidí pobývajících v domovech se zvláštním režimem, jejichž cílovou skupinou jsou i lidé bez přístřeší.
2. Zjistit do jaké míry se ošetrovatelské problémy těchto lidí liší od problémů obyvatel jiných domovů se zvláštním režimem či domovů pro seniory.

### **5.2 Výzkumné otázky**

Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny výzkumné otázky:

1. Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy lidí pobývajících v domovech se zvláštním režimem, jejichž cílovou skupinou jsou i lidé bez přístřeší?
2. V čem se tyto ošetrovatelské potřeby nejvíce liší co do kvality v porovnání s ošetrovatelskými potřebami lidí v jiných domovech se zvláštním režimem či v domovech pro seniory?
3. Jaké souvislosti jednotlivých ošetrovatelských problémů můžeme pozorovat?



## **6 METODOLOGIE VÝZKUMU**

### **6.1 Stručný popis stáží, při kterých výzkum probíhal**

Sběr dat probíhal v rámci pětidenní stáže od 18. do 22. února 2019, ve všedních dnech. Dohromady se jednalo o 40 hodin. Jako student ošetrovatelství jsem docházel na ranní a denní směny především do Domova Armády spásy v Ostravě – Kunčičkách, jednou pak do Domova Ostrava – Zukalova.

Během směn jsem stínoval praktickou popř. všeobecnou sestru, dopomáhal ošetrovatelkám, pracovníkům a pracovnícím v sociálních službách při péči o základní potřeby. Byl jsem přizván k sociálnímu šetření při přijetí nového uživatele do domova a účastnil se duchovních a všech ostatních aktivit pro uživatele i personál.

### **6.2 Popis Domova Přístav v Ostravě - Kunčičkách**

Sběr dat k praktické části bakalářské práce probíhal v Domově Přístav – v Ostravě – Kunčičky na oddělení B. Areál domova se nachází na předměstí Ostravy v sociálně chudší lokalitě. Domov má v rámci areálu dvě budovy, kterým odpovídá i rozdělení na oddělení A a B. Oddělení A je umístěno ve více poschodové budově, kde je zároveň kuchyně a společná jídelna.

K oddělení A patří i bytová jednotka, která není fyzicky v rámci domova, ale je doslova „přes silnici“ v ulici – Holvekova. Tato bytová jednotka slouží v rámci tzv. sociální rehabilitace k nácvičku bydlení. Lidé zde bydlí prakticky samostatně, ale v případě nouze mají v bezprostřední blízkosti jak sociální pracovníky, tak zdravotníky, sestry z Domova.

Druhá budova, v rámci které je oddělení B, je zrekonstruovaná a je naprosto odlišně koncipovaná. V rámci této druhé budovy je v přízemí vstupní hala, která slouží zároveň jako společenská místnost pro obyvatele všech poschodí. V rámci haly je i menší kuchyňka, kde lze uvařit čaj či kávu. Toto místo využívají společně klienti a zaměstnanci. V přízemí jsou dále pracovní sociálních pracovníc, finanční poradkyně, ředitelky domova a sesterna. Budova je dále

rozdělena do pěti bytových jednotek tzv. domácností. Každá z bytových jednotek má 4 pokoje, v každém z nich bydlí dva lidé. V rámci každého pokoje je hygienické zázemí. Součástí domácnosti je i větší koupelna, společenská místnost, která slouží zároveň jako jídelna, kuchyňský koutek a menší část společenské místnosti je také vyhrazena klíčovou pracovníci dané domácnost.

### 6.3 Metody sběru dat

Při identifikaci ošetrovatelských potřeb klientů Domova Přístavu byly zkombinovány tři metody sběru dat. Za prvé **strukturované zúčastněné pozorování**, které bylo v některých případech doplněno **neformálním rozhovorem** s obyvateli Domova Přístav. Pozorování probíhalo v domově se zvláštním režimem v různých časech během jednoho pracovního týdne. Podle Hendla by zúčastněné pozorování mělo zachytit co největší spektrum situací v dané skupině. (Hendl, 2005, s. 196) Při zúčastněném pozorování nedocházelo ke komplexnímu pokrytí všech činností a situací, které probíhaly v Domově. Mé pozorování se cíleně zaměřilo na činnosti především zdravotnického charakteru, jako je poskytování základní ošetrovatelské péče a diagnosticko – terapeutické výkony. Zúžený záběr činností byl způsoben tzv. stínováním zdravotnice, která byla ve službě. Nejčastěji se jednalo o všeobecné či praktické sestry. Toto zúčastněné pozorování bylo zároveň i pozorováním strukturovaným, kdy byly poznatky zaznamenány a následně kvantifikovány. Strukturované zúčastněné pozorování sloužilo k doplnění informací získaných v rozhovoru s pracovníky v sociálních službách.

Dále byla použita technika **strukturovaného rozhovoru** s pracovníky v sociálních službách. Tato metoda měla největší výtěžnost. Předmětem strukturovaného rozhovoru s těmito pracovníky bylo identifikovat u každého klienta jeho ošetrovatelské problémy. Pro rozsah ošetrovatelských problémů a nutnost zpětné kvantifikace dat byl sestaven seznam tzv. nejčastějších ošetrovatelských problémů. Klíčové pracovníce na jednotlivých odděleních byly dotazovány buďto přímo na konkrétní problém či riziko u daného klienta nebo nepřímo pomocí určujících faktorů a souvisejících znaků. Například u ošetrovatelského problému *snížený příjem tekutin* bylo u některých klientů

zjišťováno, jestli mají suché rty, jestli jsou schopni uvařit či připravit samostatně svůj nápoj, a pokud ne, jestli verbalizují tuto potřebu, anebo jestli mají u lůžka balenou vodu. U *poruch spánku* bylo zjišťováno, jestli klient užívá léky na spaní, ale také jestli nespí více než dvě hodiny během dne, anebo jestli nechodí na cigaretu již nad ránem.

Malíková ve své publikaci *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních* uvádí tyto nejčastější ošetrovatelské problémy: *ošetrovatelské diagnózy vztahující se k tělesným potřebám seniorů* a *na ošetrovatelské diagnózy vztahující se k psychickým a sociálním potřebám seniorů* (Malíková, 2010, s. 208). Pro účely bakalářské práce bylo vybráno **17 ošetrovatelských problémů vztahujících se k tělesným potřebám** a dalších **12 ošetrovatelských problémů vztahujících se k psychickým a sociálním potřebám**. K těmto psychickým a sociálním potřebám byly přiřazeny i duchovní potřeby tedy možnost účasti na bohoslužbách a dalších duchovních prožitků.

V rámci stáže v Domově Přístav byl prováděn i polostrukturovaný rozhovor se sestrami pracujícími v domově. Výstupy rozhovorů, které byly zaměřeny na specifika práce sester v těchto domovech, nejsou v práci zahrnuty.

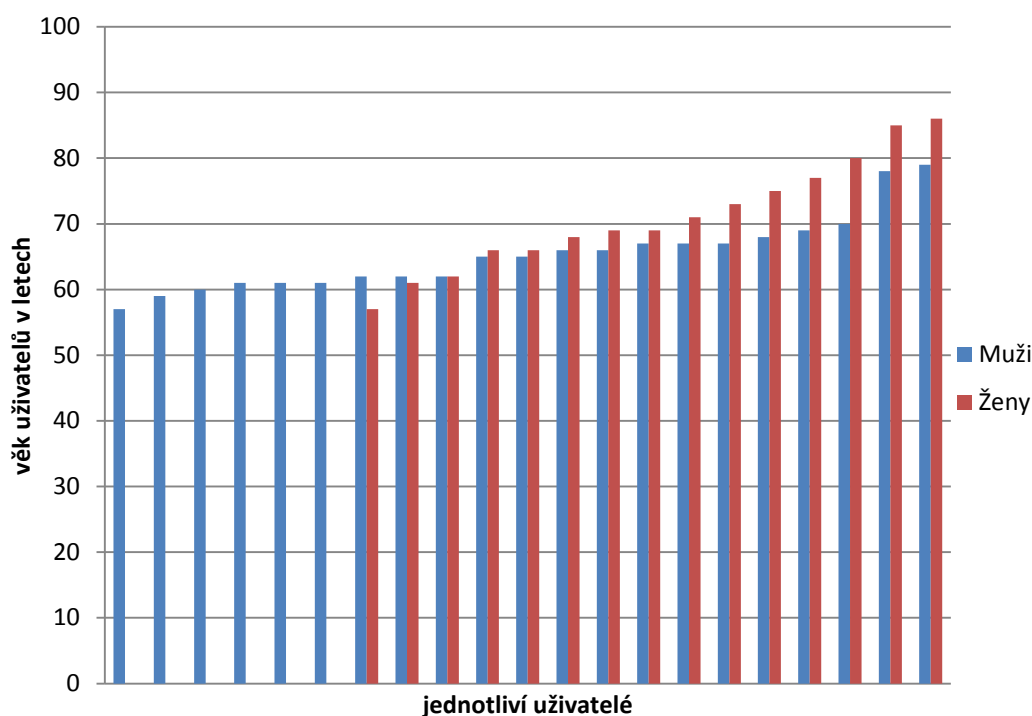
## 7 VÝSLEDKY

### 7.1 Základní demografické údaje

Sběr dat probíhal na oddělení B Domova Přístav v Ostravě – Kunčičky, Z oddělení A jsou k dispozici pouze základní demografické údaje, tj. počet uživatelů služby, jejich pohlaví a věk.

#### 7.1.1 Věková struktura uživatelů na oddělení A

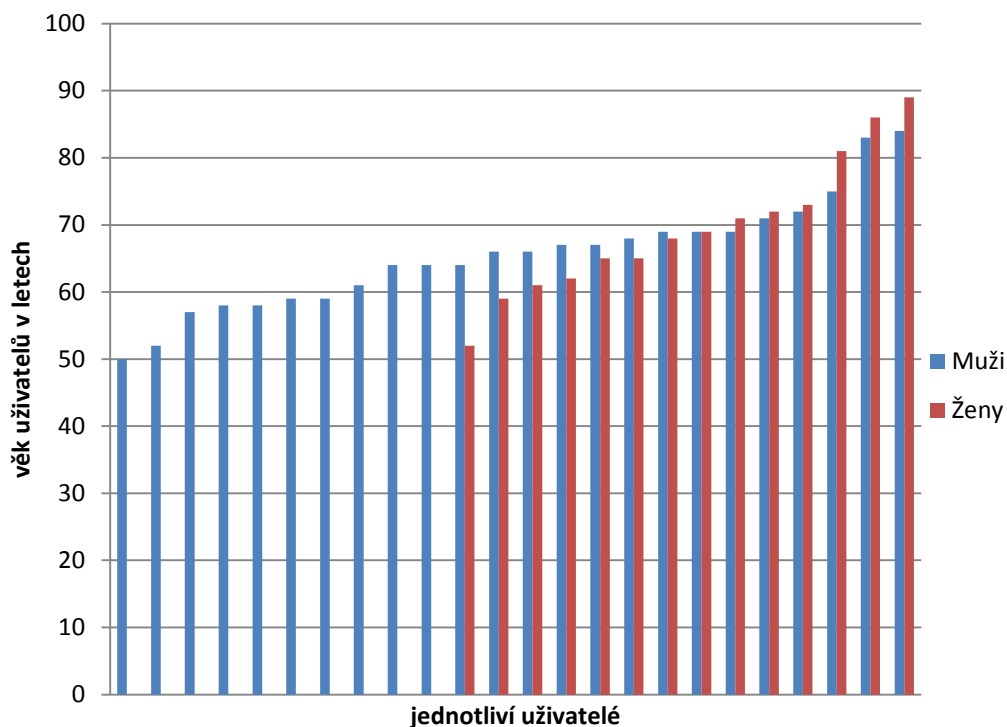
Graf 1: Věková struktura uživatelů na oddělení A



Na grafu můžeme vidět věk jednotlivých uživatelů služby, rozdělených podle pohlaví. Na oddělení A žije 15 žen, jejichž medián věku (tj. střední hodnota rozdělující danou populaci podle věku na dvě stejně početné části, na rozdíl od průměrného věku je méně ovlivněn extrémními hodnotami) je 69 let. Mužů je na oddělení podstatně více, a to 21. Jejich medián věku je 65.

## 7.1.2 Věková struktura uživatelů na oddělení B

Graf 2: Věková struktura uživatelů na oddělení B



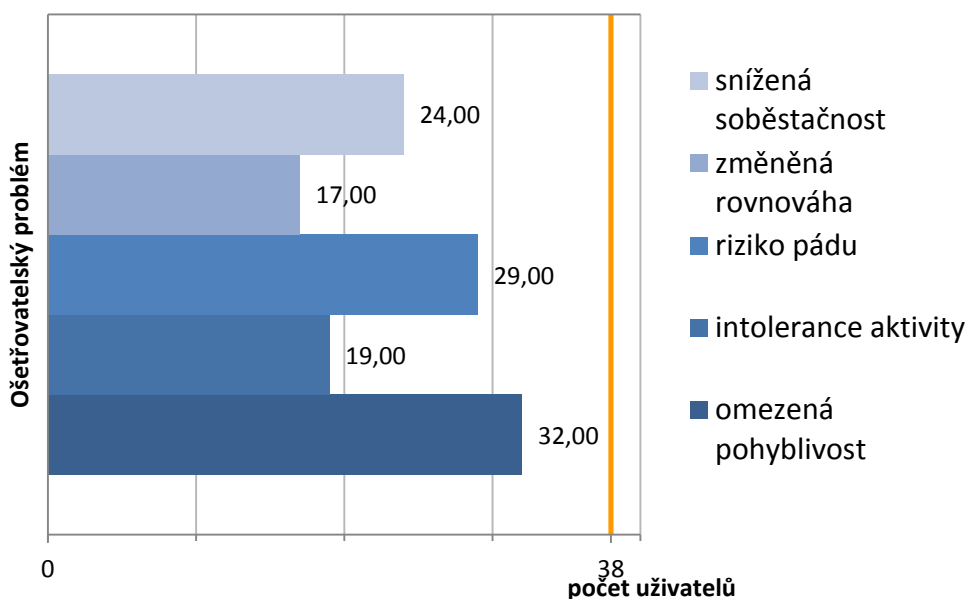
Graf č. 2 ukazuje věk jednotlivých klientů, mužů a žen na oddělení B. Medián věku mužů je 66 let, medián věku žen je 68,5 let. **Na oddělení B je 24 mužů a 14 žen, dohromady tedy 38 klientů.** Trend, že služby oddělení využívají více muži, je společný pro obě oddělení. Stejně jako fakt, že jsou zde ženy vyššího věku.

**Veškerý sběr dat týkajících se ošetřovatelských problémů klientů Domova Přístav probíhal na oddělení B, kde pobývá 38 klientů.**

## 7.2 Pohyblivost, rovnováha a riziko pádu

U obyvatel oddělení B byly zjišťovány následující čtyři ošetřovatelské problémy. Četnost výskytu jednotlivých problémů u mužů a u žen je prakticky stejná. Jediná *intolerance aktivity* se vyskytuje o 14 % častěji u mužů než u žen.

**Graf 3: Změněná rovnováha, riziko pádu, intolerance aktivity, omezená pohyblivost**



**Z celkového počtu 38 klientů** se u 32 vyskytuje omezená pohyblivost. Omezenou pohyblivostí se obecně myslí omezení samostatného, úmyslného pohybu těla, či jedné nebo více končetin (ZSHK, 2019). U konkrétních klientů domova byla omezená pohyblivost určována podle schopnosti překonat stabilní chůzi bez opory alespoň 50 metrů.

Dále se u 19 klientů vyskytuje *intolerance aktivity*, kterou se obecně rozumí nedostatek fyzické či psychické energie k vykonání nebo dokončení požadované či zamýšlené činnosti (ZSHK, 2019). U uživatelů Domova Přístav pak byla *intolerance aktivity* vnímána jako stav brzké fyzické únavy po některé ze základních denních činností.

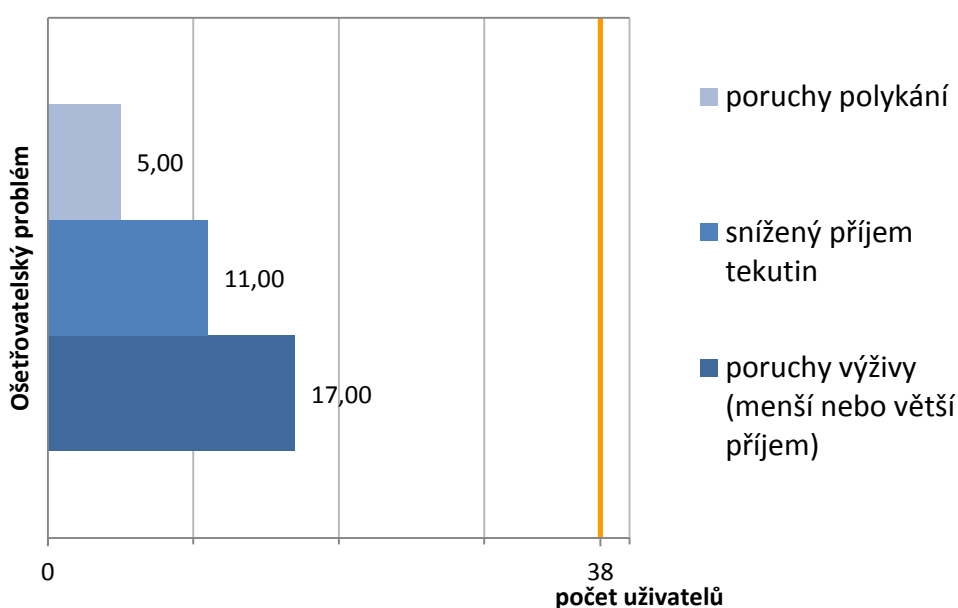
Dále se u 24 klientů vyskytuje *snížená soběstačnost*, která se posuzovala především podle schopnosti samostatného obstarání základních úkonů

souvisejících s oblékáním a hygienou. *Snížená soběstačnost* se vyskytovala častěji u žen, a to u 11 ze 14 žen, což odpovídá 78 %.

Necelá polovina klientů má určité změny v rovnováze, které byly posuzovány jako „*motání hlavy*“ při chůzi, stání či změně polohy, nebo jako nejistá chůze. Všechny výše uvedené problémy jsou důležitými faktory u posuzování tzv. **rizika pádu**, které se vyskytuje u 29 klientů.

### 7.3 Výživa a strava

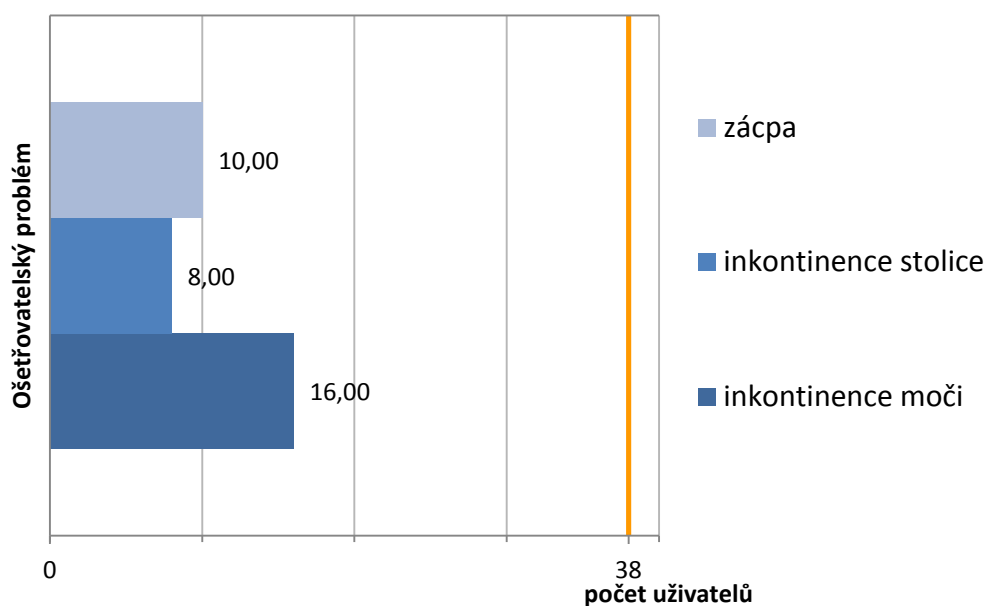
Graf 4: Poruchy polykání, snížený příjem tekutin, poruchy výživy



*Poruchou polykání* trpí 5 klientů z celkového počtu 38 uživatelů. Jedna z uživatelek má tzv. PEG (*perkutánní endoskopická gastrostomie*) v souvislosti s příjmem stravy. *Snížený příjem tekutin*, kterým se myslí především nedostatečný pitný režim, má 11 klientů. Jeden z uživatelů má dialyzační dietu, v rámci které dochází k žádoucímu omezení příjmu tekutin. Někteřou z *poruch výživy* trpí 17 uživatelů Domova, dva muži mají pro nadměrný příjem stravy tzv. redukční dietu.

## 7.4 Inkontinence a poruchy vyprazdňování

Graf 5: Inkontinence moči, inkontinence stolice a zácpa

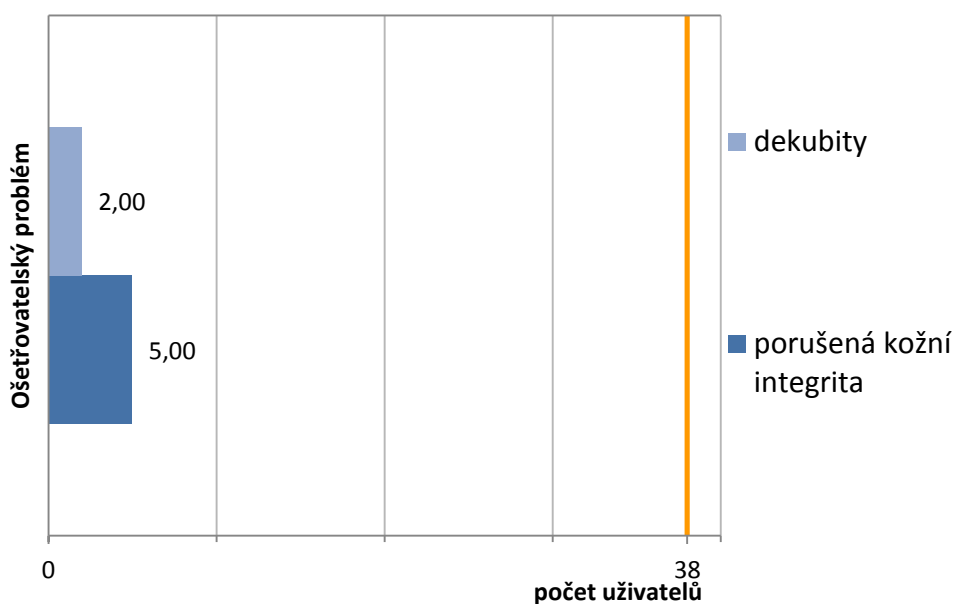


Poruchy vyprazdňování jsou relativně častým problémem, *zácpou* trpí 10 klientů z celkových 38. U osmi klientů se vyskytuje *inkontinence stolice*. Různě závažnou *inkontinencí moči* trpí 16 klientů, z nichž 10 je žen, což vzhledem k celkovému počtu znamená, že **71 % žen trpí inkontinencí moči**, u jedné se jedná o stresovou inkontinenci.



## 7.5 Rány a proleženiny

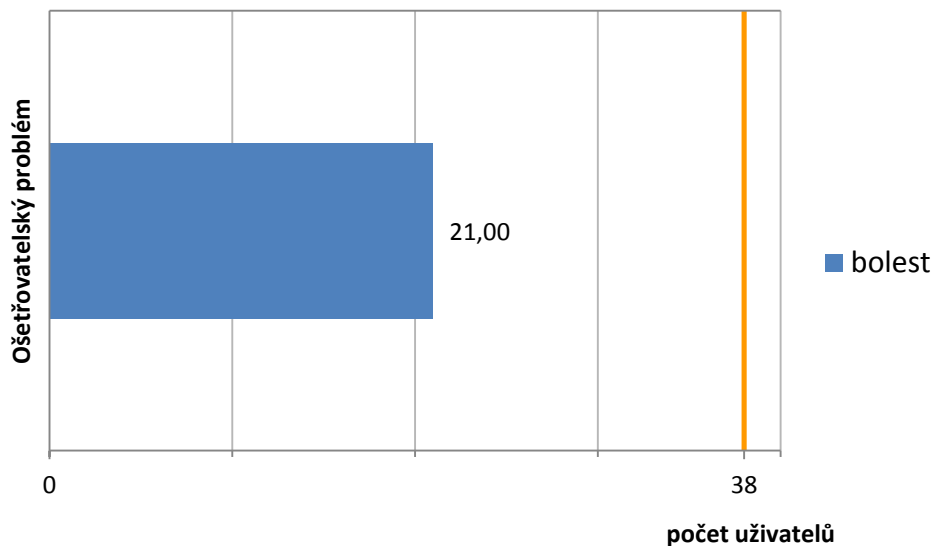
Graf 6: Dekubity a porušená kožní integrita



Z celkových 38 klientů se *dekubity* vyskytovaly u dvou lidí, u jednoho byl dekubit hodnocen jako otlak na spodní části chodidla, bez porušené integrity kůže. U druhého klienta byl dekubit zároveň příčinou porušené kůže. *Porušená kožní integrita* se vztahovala především k chronickým ranám. U jednoho klienta byla kožní integrita porušena v souvislosti s opruzeninami a pouze u jednoho jako důsledek bércového vředu.

## 7.6 Bolest

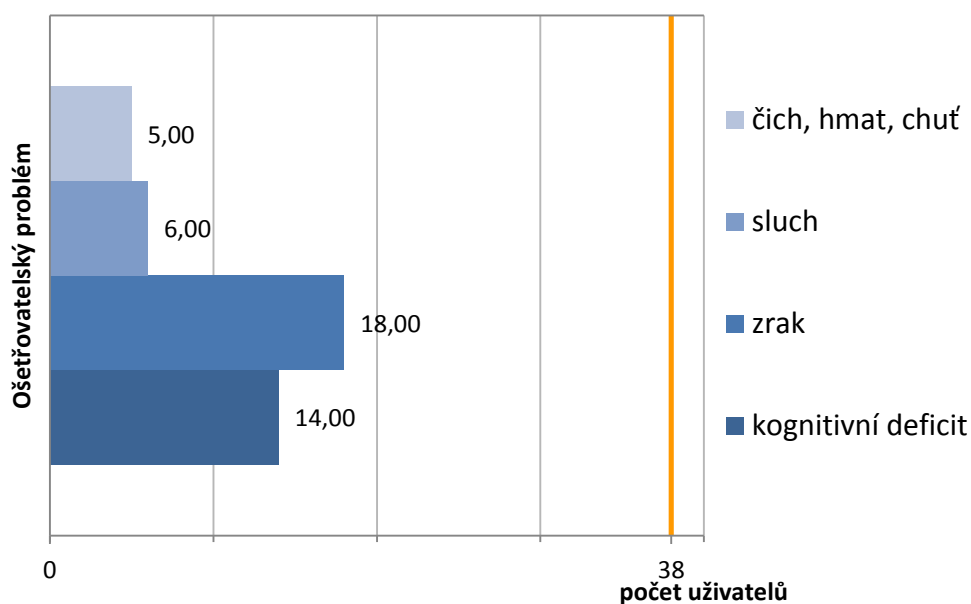
Graf 7: Bolest



*Bolestí*, především chronickou, trpí 21 klientů z celkových 38. Jeden z nich trpí zároveň akutní bolestí. Tři klienti užívají opiátové náplasti, někteří další klienti užívají neopiátová analgetika, jeden z nich poté pravidelně užívá lokálně tzv. *krém dolgit*. Bolest je jedním z nejčastěji vznikajících ošetřovatelských problémů, které vyžadují náležitou intervenci sester a dalšího zdravotnického personálu. Počet klientů trpících tímto problémem se také výrazně mění v závislosti na čase, respektive bolest je subjektivní pocit a nelze stanovit přesný počet klientů, kteří tímto problémem trpí.

## 7.8 Smyslové vnímání a kognitivní deficit

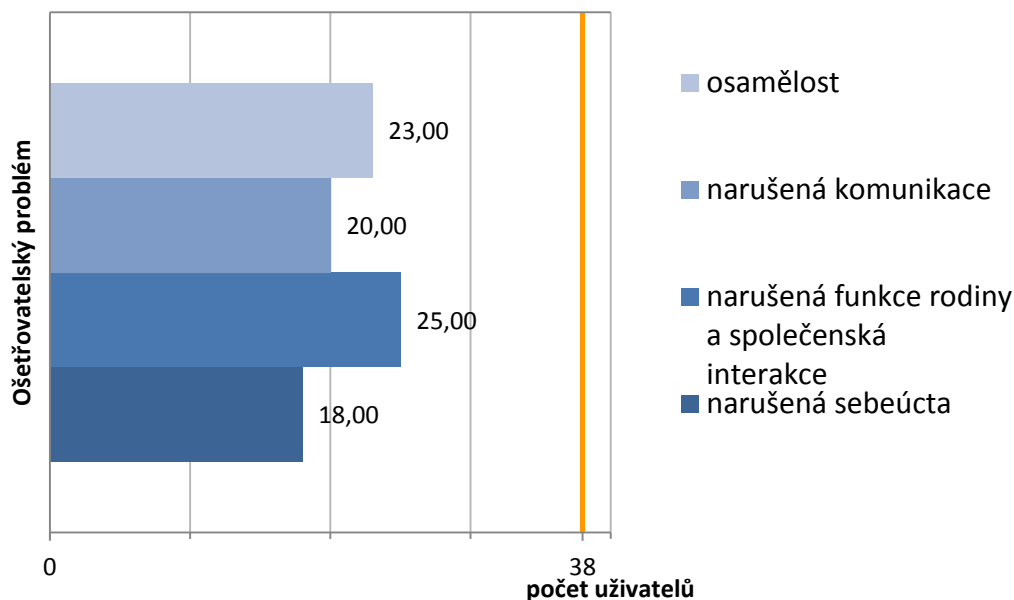
Graf 8: smyslové vnímání a kognitivní deficit



Změny smyslového vnímání se týkají jednotlivých smyslů uvedených v grafu. Porucha zraku se vyskytuje u 18 klientů, různé poruchy sluchu se vyskytují u šesti a u pěti klientů se vyskytují poruchy čichu, hmatu či chuti. Položku *kognitivní deficit* můžeme chápat jako neschopnost reagovat adekvátně na podněty z okolí a také jako zhoršenou paměť.

## 7.9 Osamělost, sebeúcta a narušená interakce s okolím

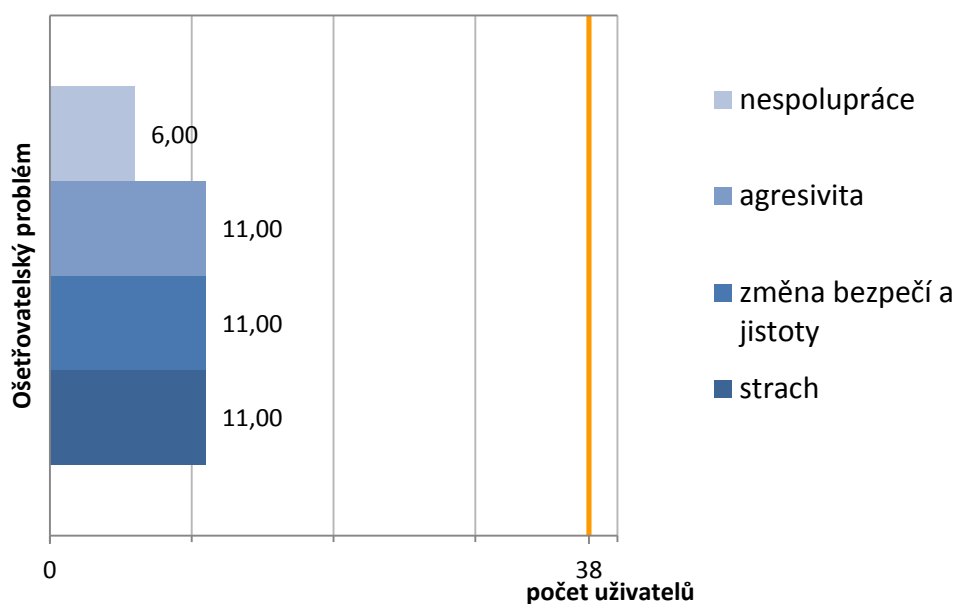
Graf 9: osamělost, narušená komunikace, narušená funkce rodiny a společenská interakce, sebeúcta



*Osamělost* se vyskytuje u 23 z celkových 38 klientů, určení tohoto problému záleželo ve velké míře na subjektivním pohledu klíčových pracovníků, kteří tento problém určovali především na základě porovnání s ostatními klienty. *Narušená komunikace* pak u 20 uživatelů. *Narušená funkce rodiny a společenská interakce* byla identifikována pomocí určujících znaků u těch, kteří podle pracovníků nemají mnoho přátel mezi ostatními uživateli, zároveň za nimi nechodí návštěvy, ani je nikdo ze známých či příbuzných pravidelně nekontaktuje. Podle těchto parametrů se *narušená funkce rodiny a společenská interakce* týká alespoň 25 uživatelů. *Narušená sebeúcta*, určovaná jako neschopnost se smířit se svým psychickým, fyzickým či sociálním stavem, se týká 18 lidí.

## 7.10 Nejistota, strach a agresivita

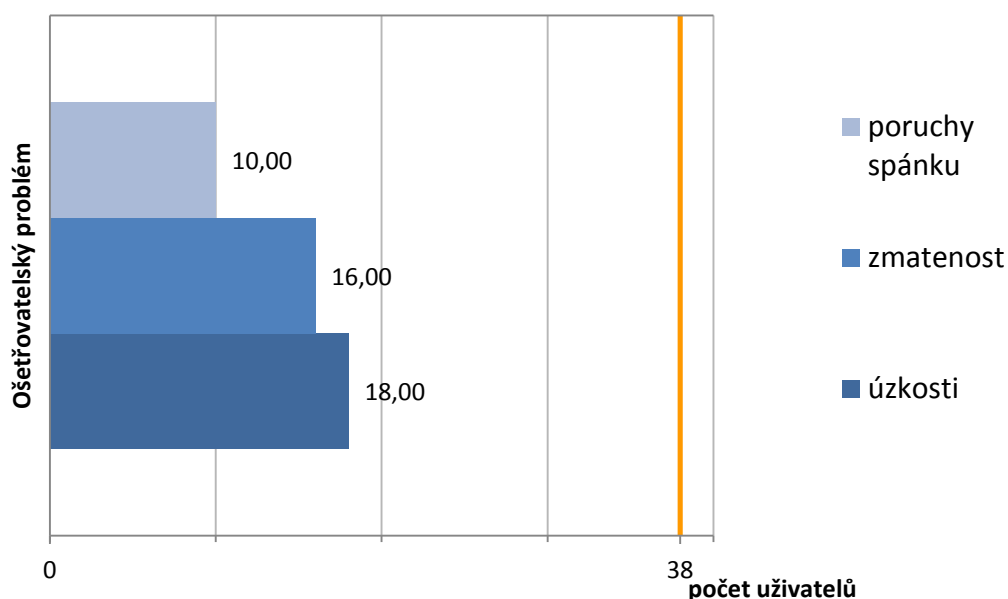
Graf 10: agresivita, změna bezpečí a jistoty, strach a nespolupráce



*Změna bezpečí a jistoty, agresivita a strach se vyskytovaly vždy u 11 klientů. Identifikace těchto problémů záležela ve značné míře na subjektivním názoru jednotlivých klíčových pracovníků. Strach a změna bezpečí a jistoty stejně jako agresivita byly určovány na základě neadekvátních reakcí. Do projevu tzv. agresivity se započítávala fyzická, ale i verbální agresivita. Takzvaná nespolupráce či náročnější spolupráce se dle pracovníků vyskytovala u šesti klientů. Tento problém nespolupráce hodnotily klíčové pracovnice vždy s ohledem na fyzický stav klienta. Tudiž např. u imobilních uživatelů Domova Přístav nesoběstačnost či omezená pohyblivost nebyly předpokladem nespolupráce.*

## 7.11 Úzkosti, zmatenost a poruchy spánku

Graf 11: úzkosti, zmatenost a poruchy spánku



*Zmatenost* se vyskytuje u 16 z celkových 38 klientů. *Úzkosti* se vyskytují u 18 klientů. Identifikace *úzkosti* záležela do značné míry na tom, jestli své pocity klient s klíčovou pracovnící sdílí. Tento problém byl nejčastěji určen v případě, kdy klient své obavy pracovníci verbalizoval. *Poruchy spánku* se vyskytovaly u 10 klientů.

## 7.12 Další

U uživatelů Domova Přístav byly zjišťovány i další důležité informace, které se netýkají přímo ošetrovatelských problémů. Například výčet psychiatrických diagnóz. Pokud má daný klient tzv. *opatrovníka*, nemusí to souviset přímo s ošetrovatelským problémem, ale může nám to o celkovém biopsychosociálním stavu klienta vypovídat více, než samotná diagnóza či výčet ošetrovatelských problémů.

### 7.12.1 Opatrovník a zbavení svéprávnosti

Situace, kdy je daný klient částečně nebo úplně zbaven svéprávnosti a má tak svého opatrovníka, **se týká 9 z 38 klientů.**

### 7.12.2 Psychiatrická onemocnění

Počet psychiatrických onemocnění byl zjišťován na oddělení A i B dohromady. Na rozdíl od všech ostatních ošetrovatelských problémů se tento jediný výsledek netýká 38 uživatelů z oddělení B, ale všech 74 klientů v domově Přístav na obou odděleních. Některé z psychiatrických onemocnění, se týká 32 klientů. **Diagnostikovaná psychiatrická onemocnění se tudíž vyskytují u 43 % uživatelů.** Jedná se nejčastěji o různé typy demencí, nejčastěji tzv. *neurčenou demenci* či *alkoholovou demenci*, dále se jedná o poruchy *způsobené alkoholem*, nicméně ani *organické poruchy s bludy* či *schizoidní poruchy* nejsou výjimkou.

### 7.12.3 Účast na bohoslužbách

Bohoslužeb a dalších událostí souvisejících s duchovním životem Armády spásy se účastní 11 z celkových 38 klientů.

## 8 ANALÝZA A INTERPRETACE

Pro rozsah práce a styl sběru dat, kdy byly identifikovány ošetrovatelské potřeby, **není možné určit co je příčinou daného ošetrovatelského problému a co důsledkem.** V rámci výzkumu je zjišťována korelace, nikoliv kauzalita. Možné kauzální souvislosti jsou předkládány v diskuzi. V následující kapitole *analýza a interpretace* jsou předkládány různé ošetrovatelské problémy, které se u klientů společně vyskytují.

### 8.1 Ošetrovatelské problémy vztahující se k tělesným potřebám

Z celkových 29 identifikovaných ošetrovatelských problémů se 17 vztahuje k tělesným potřebám. Nejčastěji se vyskytují *omezená pohyblivost*, *riziko pádu a úrazu* a *snížená soběstačnost*.

Ošetrovatelské problémy týkající se mobility klientů se většinou vyskytují společně, *intolerance aktivity* se vyskytuje zároveň u klientů s *omezenou pohyblivostí*. *Snížená soběstačnost* se vyskytuje společně u klientů s *deficitem sebeděče*. Tvrzení, že se ošetrovatelské problémy související s mobilitou a

fyzickou aktivitou vyskytují společně u stejných klientů, neplatí ve chvíli, kdy problémy hodnotíme pouze u jednoho pohlaví. U žen se tak vyskytuje *snížená soběstačnost* častěji než u mužů, zatímco *intolerance aktivity* se u žen vyskytuje v menší míře. Ošetrovatelské problémy týkající se mobility či fyzické aktivity se mohou lišit v závislosti na pohlaví.

Některé z ošetrovatelských problémů vztahujících se k fyzickým potřebám mají vliv na jiné ošetrovatelské problémy vztahující se k psychosociálním potřebám. Například lidé s *intolerancí aktivity* a *sníženou soběstačností* trpí dvakrát častěji *strachem* oproti jiným uživatelům a jsou také o třetinu častěji *úzkostní*.

## **8.2 Ošetrovatelské problémy vztahující se k psychosociálním potřebám**

Ze všech zjišťovaných ošetrovatelských problémů se jich 12 vztahuje k psychosociálním potřebám. Mezi nejčastější patří *úzkosti*, *osamělost* a *narušená komunikace*.

Ze všech klientů se u šesti vyskytuje takzvaná *nepolupráce*, z těchto šesti lidí se u všech vyskytovala zároveň narušená funkce rodiny a narušená komunikace. Jde o výrazně zvýšený výskyt těchto dvou problémů, neboť se běžně vyskytují u poloviny a méně klientů. ***Nepolupráce se vyskytovala u klientů, kteří měli zároveň narušenou komunikaci, funkci rodiny a společenskou interakci.***

**U lidí s narušenou komunikací pozorujeme oproti zbytku klientů častější narušenou sebeúctu.** Paradoxně u lidí s narušenou komunikací nepozorujeme výrazné změny smyslového vnímání jako např. porušený *zrak* či *sluch*, které se nabízejí jako příčiny možné narušené komunikace. Lze tedy shrnout, že narušená komunikace koreluje výrazněji s problémy týkajícími se psychosociálních potřeb, než s těmi, které se týkají potřeb fyzických.

**U klientů s poruchami spánku můžeme pozorovat dvakrát častější změny bezpečí, jistoty, strachu i častější úzkosti.**



**Klienti, u kterých se vyskytuje nějaká forma *agresivity*, jsou oproti ostatním o třetinu častěji *osamělí*, o čtvrtinu častěji *úzkostní* a také víc trpí *bolestí*.**

Klienti, kteří se účastní bohoslužeb a dalších duchovních událostí, si vedou v oblasti některých psychosociálních ošetrovatelských potřeb podstatně lépe, tito lidé vykazují například nižší míru *narušené sebeúcty* či *osamělosti* a to i přes to, že si nevedou výrazně lépe po fyzické stránce.

V teoretické části práce je zmiňován vliv sociálních aspektů na zdravotní stav a ztížený přístup ke zdravotní péči. Vliv některých sociálních a ekonomických aspektů na zdraví a kvalitu života bohužel přetrvává i při zajištění základního zázemí v pobytovém sociálním zařízení. Někteří klienti si z vyměřeného minima, které je v domově Přístav stanoveno na 500 Kč měsíčně, musejí zaplatit léky a další esenciální výdaje. Jedna z uživatelů Domova Přístav tak musí ze zbylých peněz šetřit na brýle i řadu měsíců.

### **8.3 Porovnání s běžnými domovy**

V následující podkapitole jsou vybrané výsledky porovnávány se stejnými ošetrovatelskými problémy z jiných domovů, především pak z domovů pro seniory.

#### **8.3.1 Porovnání demografických údajů uživatelů v Přístavu s údaji klientů v domovech pro seniory**

V domovech pro seniory se podíl mužů pohybuje okolo 25 %. (Kristen, 2014). Ve sledovaném vzorku uživatelů domova Přístav je mužské pohlaví zastoupeno 63 %. **Zatímco běžně využívají služeb domovů pro seniory především ženy, v domovech Přístav převažují výrazně muži.**

V domovech pro seniory se podíl lidí starších 85 let pohybuje okolo 40 %. (Kristen, 2014). Na oddělení B v domově Přístav tento podíl lidí starších 85 let odpovídá 5 %. **Zkoumaný vzorek uživatelů Domova je tedy podstatně mladší, medián věku všech uživatelů na oddělení B je 66,5 let.**

### 8.3.2. Srovnání ošetrovatelských problémů vztahujících se k fyzickým potřebám

S rizikem pádu se často setkáváme ve zdravotnických zařízeních a pády nejsou výjimkou ani v sociálních pobytových zařízeních. Ještě aktuálnější je **riziko pádu** u seniorů, jakožto u skupiny obyvatel, kdy přes 30 % seniorů nad 65 let alespoň jedenkrát ročně spadne. Úrazy různého typu jsou často v důsledku pádu (Kozáková, 2016).

Ve frýdeckém domově pro seniory se inkontinence vyskytuje u 70 % klientů, u jiných domovů pro seniory to může být až 75 % (Kusá, 2007). V domově Přístav se na oddělení B vyskytuje **inkontinence** u 16 uživatelů Domova z celkových 38, tudíž u méně než poloviny uživatelů. Z výše zmíněného vychází, že se inkontinence u uživatelů Domova Přístav vyskytuje podstatně méně, než u klientů v jiných domovech pro seniory. Což může být způsobeno dvěma faktory. Zaprvé výskyt inkontinence se zvyšuje s věkem a uživatelé domova Přístav jsou mladší než klienti domovů pro seniory. Zadruhé v domově přístav je podstatně nižší podíl žen, u kterých se častěji vyskytuje inkontinence (viz podkapitola 7.4).

Odborná literatura uvádí, že se porucha polykání u seniorů vyskytuje v 33 až 50 % (Benešová, 2011). V domově Přístav **poruchou polykání** trpí 5 z celkových 38 klientů, což odpovídá 13 %. V domově Přístav jsou poruchy polykání méně časté, než v běžných domovech pro seniory. To může být opět podmíněno nižším věkem uživatelů.

### 8.3.3 Srovnání ošetrovatelských problémů vztahujících se k psychosociálním potřebám

Sak a Kolesárová ve své publikaci Sociologie stáří a seniorů uvádějí výsledky šetření, kdy byli senioři tázáni na to, *jak často se cítí sami*. Výsledky jsou očekávatelné, často (tj. alespoň 1x týdně) či pravidelně se cítí samo 17 % seniorů nad 61 let, občas (tj. alespoň 1x měsíčně) se cítí samo 26 % seniorů (Sak, 2012). Tudíž nějakou míru osamocení zažívá 43 % seniorů. Dle klíčových pracovníc v domově Přístav se osamělost týká 23 z 38 klientů, což odpovídá

60 %. **Z toho můžeme usuzovat podstatně vyšší výskyt osamělosti u obyvatelů domova Přístav.**

Z ošetrovatelských problémů vztahujících se k psychosociálním potřebám je mimo *osamělosti* signifikantní i *úzkost*. *Úzkost* nicméně není jen ošetrovatelským problémem, je to důležitý příznak a determinant schopnosti obstarání každodenních aktivit. *Úzkost* lze efektivně léčit, ale i přesto zůstává často přehlížena (Vink, 2008).

**Úzkosti** se vyskytují u 18 z 38 klientů, což odpovídá 47 %. Výskyt můžeme srovnat se zahraničním zdrojem, který se týká úzkosti u seniorů a s výsledkem šetření u lidí bez domova v Česku. Zahraniční review artikl *The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review* sleduje výskyt úzkosti klientů pobývajících ve více než dvou tisících domovů pro seniory. Zdroj uvádí, že se *úzkost* týká 3 až 20 % residentů, studie s kvalitnějšími metodami dle autorů udávají nižší výskyt, a to okolo 5 % (Creighton, 2016). *Úzkostem* a depresím u lidí bez domova se věnuje Barták, který uvádí, že až 43 % mužů a 55 % žen trpí úzkostí či depresí (Barták 2008, s. 97). Z výše zmíněného **můžeme očekávat, že výskyt úzkostí u uživatelů domova Přístav je několikanásobně vyšší, než u klientů jiných domovů pro seniory.**

**Nespavost** a poruchy spánku jsou také důležitým zdrojem informací o psychickém zdraví klientů. Hypersomnie i insomnie predikuje zvýšený výskyt duševních onemocnění. Mezi staršími lidmi s insomnií trpí duševním onemocněním 46 %. Hypersomnie u starší generace predikuje duševní onemocnění o něco méně, a to u 40 %. U dlouhotrvající insomnie se ve stáří zvyšuje riziko depresí (Chokroverty, 2017). Fakt, že se *poruchy spánku* u uživatelů vyskytovaly společně s *úzkostmi*, *osamělostí* a *strachem*, se potvrdil i v domově Přístav (viz kapitola 8.2).

Poruchy spánku se vyskytovaly u 10 uživatelů, což odpovídá 26 %. Chokroverty uvádí, že 12 % seniorů trpí nespavostí (Chokroverty, 2017). **Mezi uživateli domova Přístav jsou poruchy spánku častým problémem a mohou vést k dalším psychosociálním problémům.**

## 8.4 Odpovědi na výzkumné otázky

Níže jsou uvedeny výzkumné otázky a odpovědi na tyto otázky.

***Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy lidí pobývajících v domovech se zvláštním režimem, jejichž cílovou skupinou jsou i lidé bez přístřeší?***

Ošetrovatelské problémy byly rozděleny na ty, které se týkají **fyzických a psychosociálních** potřeb. Mezi nejčastější ošetrovatelské problémy vztahující se k fyzickým potřebám patří: *omezená pohyblivost, riziko pádu a úrazu, snížená soběstačnost a chronická bolest*. Mezi ošetrovatelské problémy vztahující se k psychosociálním potřebám patří *narušená funkce rodiny a společenská interakce, osamělost, narušená komunikace, úzkosti a narušená sebeúcta*.

***V čem se co do kvantity nejvíce liší tyto ošetrovatelské problémy v porovnání s ošetrovatelskými problémy lidí v domovech se zvláštním režimem či v domovech pro seniory?***

Klienti z oddělení B domova Přístav jsou podstatně mladší oproti klientům z domovů pro seniory. Mezi uživateli převládají výrazně muži. Tato demografická fakta výrazně ovlivňují výskyt většiny ošetrovatelských problémů. **Inkontinence a poruchy polykání** se vyskytují v ostatních domovech pro seniory častěji než v domově Přístav. Rozdíly mezi ostatními domovy a domovem Přístav se promítají především do ošetrovatelských problémů týkajících se psychosociálních potřeb. Mezi těmito lidmi můžeme pozorovat o čtvrtinu častější výskyt osamělosti, několikanásobně vyšší výskyt úzkosti a častěji můžeme pozorovat i poruchy spánku.

***Jaké souvislosti můžeme pozorovat mezi jednotlivými ošetrovatelskými problémy?***

Ošetrovatelské problémy týkající se mobility uživatelů se většinou vyskytují společně, *intolerance aktivity* se vyskytuje zároveň u uživatelů s *omezenou pohyblivostí*, což v tomto případě vyvstává i z podstaty jednotlivých ošetrovatelských problémů. Lidé s *intolerancí aktivity* a *sníženou soběstačností* trpí dvakrát častěji *strachem* oproti jiným uživatelům, také jsou o třetinu častěji *úzkostní*. U lidí s *narušenou komunikací* pozorujeme oproti zbytku uživatelů

častější *narušenou sebeúctu*. U uživatelů s *poruchami spánku* můžeme pozorovat dvakrát častější *změny bezpečí, jistoty, strachu* i častější *úzkosti*. Klienti, u kterých se vyskytuje nějaká forma *agresivity*, jsou oproti ostatním o třetinu častěji *osamělí*, o čtvrtinu častěji *úzkostní* a víc trpí *bolestí*.

## 10 DISKUZE

Diskuze se věnuje kritickému zhodnocení použité metodologie sběru dat a s odstupem nahlíží na získané výsledky. Zabývá se též limity následného srovnání výsledků.

Identifikace ošetrovatelských problémů probíhala prostřednictvím strukturovaných rozhovorů s pracovníky v sociálních službách. Určující pro identifikaci problémů byl názor klíčové pracovníce. Ke každé z bytových jednotek na oddělení B je přidělena jedna klíčová pracovníce. Z pěti klíčových pracovníc mohla mít každá jinak přísná kritéria pro hodnocení jednotlivých problémů. Např. hodnocení agresivity či nespolupráce je velmi subjektivní.

U identifikace některých ošetrovatelských problémů např. u rizika pádu by bylo vhodnější buď neurčovat riziko pádu, ale vyčíslit počet pádů v určitém časovém úseku (např. počet pádů v posledním roce), anebo použít k identifikaci rizika objektivní škály (např. riziko pádu dle Conleyové). Dané výsledky by se následně daly lépe porovnat s údaji z jiných domovů. Kvalitnějších výsledků by se v práci dosáhlo také tak, že by byly předem detailněji stanoveny určující faktory a související znaky, pomocí kterých by se identifikovaly jednotlivé problémy.

Některé z ošetrovatelských problémů byly uváděny příliš obecně. Větší výpovědní hodnotu by získaly, kdyby se konkretizovaly nebo rozdělily na dva jednotlivé problémy (např. poruchy spánku mohly být rozděleny na insomnii a hypersomnii).

V praktické části práce jsou ošetrovatelské problémy bez propojení s lékařskými diagnózami. Domnívám se, že především propojení ošetrovatelských problémů s psychiatrickými diagnózami by bylo přínosné.

V teoretické části práce se uvádí případy, kdy kvalita bydlení koreluje se zdravotním stavem, stejně tak je důležitou determinantou délka bezdomovství. Tyto faktory nebyly v praktické části práce nějak zohledňovány. Pro kvalitnější zhodnocení souvislostí mezi ošetrovatelskými problémy měla být lépe prozkoumána sociální minulost uživatelů. Práce se zabývala velmi specifickým vzorkem populace, ale i přes to měl být vzorek dále rozčleněn a zúžen pouze na ty lidi, kteří v bezdomovství zažili delší časový úsek, aby tak mohly být sledovány ošetrovatelské problémy lidí bez domova, kteří již nezažívají bezdomovství, a dostává se jim specifické péče v domovech se zvláštním režimem. Jedním z největších problémů velké části uživatelů služeb Domova Přístav je abusus alkoholu, který je příčinou časté alkoholové demence u těchto lidí. Lidé nesoucí si tuto diagnózu mají ztížený přístup do většiny domovů pro seniory i do mnohých domovů se zvláštním režimem.

Dále se nabízí otázka ohledně interpretace agresivity. Agresivita se u klientů Domova vyskytuje častěji společně s úzkostí, osamělostí a bolestí. Je možné na agresivitu nahlížet jako na příznak? **Domnívám se, že agresivitu lze v některých případech interpretovat jako příznak demence či jiných onemocnění.** Toto potvrzuje i článek věnovaný agresivitě a agitaci, který uvádí, že se agrese a agitovanost vyskytuje častěji právě u lidí s demencí (Huang, 2018).

## 11 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabýval ošetrovatelskými problémy lidí, kteří v minulosti byli bez přístřeší, bydleli v nevyhovujících podmínkách, anebo byli akutně ohroženi ztrátou bydlení a našli své zázemí v Domově Přístav.

Cílem práce bylo identifikovat nejčastější ošetrovatelské problémy lidí se zkušeností s bezdomovstvím pobývajících v domovech se zvláštním. Pro dosažení tohoto cíle byly stanoveny a zodpovězeny základní otázky týkající se ošetrovatelských potřeb lidí bez domova (odpovědi na jednotlivé otázky jsou uvedeny v kapitole 8.4).

Cílem bylo také zjistit, nakolik se ošetrovatelské problémy zkoumaných osob, tedy lidí s bezdomoveckou zkušeností, liší od klientů běžných domovů pro seniory či domovů se zvláštním režimem. Tento cíl byl splněn jen částečně. Srovnání s jinými domovy bylo limitováno tím, že některé ošetrovatelské problémy byly nevhodně stanoveny a pro jiné ošetrovatelské problémy nebyla data k porovnání. I přes tyto limity můžeme vyzorovat, že se ošetrovatelské problémy klientů Domova Přístav od běžných domovů liší především v psychosociálních potřebách. Kožní onemocnění, bércové vředy či parazitární onemocnění, která se u lidí zažívajících bezdomovství vyskytují často, nejsou v Domově Přístav pozorovatelné nebo se nevyskytují vůbec. Hlavní a stále podceňovanou charakteristikou celkového zdravotního stavu lidí bez domova nebo s dřívější zkušeností s bezdomovstvím jsou duševní onemocnění.

## ZDROJE:

Armáda spásy [online]. 2016 [cit. 2019-04-04]. Dostupné z:

<https://armadaspasy.cz/o-nas/kdo-jsme/>

BARTÁK, Miroslav. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Praha, 2008, Disertační práce. Karlova Universita, Fakulta sociálních věd, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí práce PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D.

BARTÁK, Miroslav. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty* [online]. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2011, 23 s. [cit. 2019-04-11]. ISBN 978-80-7414-441-7. Dostupné z:

[http://pokrok.ujep.cz/elektronicka\\_knihovna/Bezdomovstvi\\_v\\_CR.pdf](http://pokrok.ujep.cz/elektronicka_knihovna/Bezdomovstvi_v_CR.pdf)

BENEŠOVÁ, Petra, Petra MIKULAJOVÁ a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. *Polykací funkce u seniorů*. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 10. 10. 2011 [cit. 2019-05-17]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/polykaci-funkce-u-senioru-461781>

CREIGHTON, Alexandra S., Tanya E. DAVISON a David W. KISSANE. *The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review*. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2016, 31(6), 555 [cit. 2019-05-20]. DOI: 10.1002/gps.4378. ISSN 08856230. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/gps.4378>

ČERNÁ, Eliška, Štěpán RIPKA a Petr KUBALA. *Průběžná evaluační zpráva 2: „Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing)“* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2018, 62 s. [cit. 2019-04-11]. Dostupné z:

[https://socialnibydleni.org/wp-content/uploads/2018/10/OSU\\_2018\\_Dopady\\_zabydleni\\_v\\_RRH\\_po\\_6\\_mesicich.pdf](https://socialnibydleni.org/wp-content/uploads/2018/10/OSU_2018_Dopady_zabydleni_v_RRH_po_6_mesicich.pdf)



ETHOS – *Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR* [online]. In: . [cit. 2018-12-02]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/ethos-evropska-typologie-bezdomovstvi-vyloucení-z-bydlení-v>

FITZPATRICK, Suzanne, Peter KEMP a Suzanne KLINKER. *Single homelessness: An overview of research in Britain. Bristol: The policy press, 2000*, s. 28. ISBN 1-86134-255-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 196 s. ISBN 80-736-7040-2.

HRADECKÁ, Vlastimila a Ilja HRADECKÝ. *Bezdomovství - extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996. ISBN 80-902-2920-4.

HRADECKÝ, Ilja. *Definice a typologie bezdomovství: [zpráva o realizaci aktivity č. 1 projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR]* [online]. Praha: Pro Sdružení azylových domů vydala Naděje, 2007, 29 s. [cit. 2018-12-05]. ISBN 978-80-86451-13-8.

HUANG, Huei-Ling, Yea-Ing SHYU a Wen-Chuin HSU. *Agitated behaviors among elderly people with dementia living in their home in Taiwan*. *Clinical Interventions in Aging* [online]. 2018, 13, 1193-1199 [cit. 2019-05-23]. DOI: 10.2147/CIA.S160243. ISSN 1178-1998. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/agitated-behaviors-among-elderly-people-with-dementia-living-in-their-peer-reviewed-article-CIA>

CHOKROVERTY, Sudhansu. *Sleep Disorders in the Elderly*. *Sleep Disorders Medicine* [online]. New York, NY: Springer New York, 2017, 2017-05-03, , 1122 [cit. 2019-05-20]. DOI: 10.1007/978-1-4939-6578-6\_51. ISBN 978-1-4939-6576-2. Dostupné z: [http://link.springer.com/10.1007/978-1-4939-6578-6\\_51](http://link.springer.com/10.1007/978-1-4939-6578-6_51)

KADUSZKIEWICZ, Hanna, Benjamin BOCHON a Hendrik VAN DEN BUSSCHE a kol. *The Medical Treatment of Homeless People*. *Deutsches Aerzteblatt* [online]. 2017 [cit. 2019-03-05]. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0673. ISSN 1866-0452. Dostupné z: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0673>

- KELLER, Jan. *Posvícení bezdomovců: Úvod do sociologie domova*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013, 286 s. ISBN 978-80-7419-155-8.
- KOZÁKOVÁ, Radka. *Hodnocení rizika pádů u seniorů*. Seniorzone [online]. 1. 5. 2016 [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Eg\\_5cSnHklPe5n1jOGfwopQ/?uri\\_view\\_type=5](https://www.seniorzone.cz/33/hodnoceni-rizika-padu-u-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Eg_5cSnHklPe5n1jOGfwopQ/?uri_view_type=5)
- KRISTEN, Michal. *Analýza klientů vybraných domovů pro seniory v Praze a v Jihočeském kraji z hlediska vybraných demografických charakteristik*. Praha, 2014. Diplomová práce. Universita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie. Vedoucí práce RNDr. Boris Burcin, Ph.D.
- KUSÁ, Dana a Hana ŠIMONÁKOVÁ. *Péče o inkontinentní klienty v domě pro seniory* [online]. 7. 9. 2007 [cit. 2019-05-17]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/pece-o-inkontinentni-klienty-v-dome-pro-seniory-319782>
- LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD. Ústavní zákon č. 23/1991, čl. 31. Dále jen: "LZPS" Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3148-3. Dostupné: <https://www.bookport.cz/kniha/pece-o-seniory-v-pobytovych-socialnich-zarizenich-436/>
- MPSV, *Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020* [online]. Praha: MPSV, 2013 [cit. 2018-12-03]. ISBN 978-80-7421-062-4. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/16893/bezdomovectvi.pdf>
- MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb. MPSV [online]. 2019 [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1554203696869\\_2](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1554203696869_2)

OECD: homeless population [online]. 27. 4. 2017, 16 [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/family/HC3-1-Homeless-population.pdf>

ONIŠČENKO, Boris. *Nejčastější zdravotní problémy osob bez domova*. [přednáška]. Praha: 3. lékařská fakulta, 30. 10. 2018.

PARKINSON, Ruth. *Nurses' attitudes towards people who are homeless: a literature review*. Diversity in Health and Care. Radcliffe Publishing, 2009.

PĚNKAVA, Pavel. *O stáří bez nikoho*. [přednáška]. Praha: Skautský institut, 14. 11. 2018.

Platforma pro sociální bydlení. Socialnibydeni.org [online]. [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <https://socialnibydeni.org/platforma-pro-socialni-bydeni>

ROMASZKO, Jerzy, Iwona CYMES, Ewa DRAGAŃSKA, Robert KUČHTA, Katarzyna GLIŃSKA-LEWCZUK a Jeffrey SHAMAN. *Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships*. PLOS ONE[online]. 2017, 12(12) [cit. 2019-01-14]. DOI: 10.1371/journal.pone.0189938. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0189938>

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů. Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012, s. 138. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.

SCHREITER, Stefanie, Felix BERMPOHL, Michael KRAUSZ GUTWINSKI a kol. *The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany*. Deutsches Arzteblatt Online [online]. 2017 [cit. 2019-03-05]. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0665. ISSN 1866-0452. Dostupné z: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2017.0665>

ŠUPKOVÁ, Danuše, Jaromír PEŠEK, Helena VIDOVIČOVÁ a Jana VOLNÁ. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2245-0. Dostupné také z: <https://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/2007zpb.pdf>

THE TELEGRAPH, *And the cheapest city in Europe for alcohol is...* The Telegraph [online]. 2016, 20. 5. 2016 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: <https://www.telegraph.co.uk/travel/destinations/europe/czech-republic/prague/articles/prague-best-in-europe-for-cheap-booze--says-survey/>

VINK, Dagmar, Marja J. AARTSEN a Robert A. SCHOEVERS. *Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review*. Journal of Affective Disorders [online]. 2008, 106(1-2), 2 [cit. 2019-05-20]. DOI: 10.1016/j.jad.2007.06.005. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032707002285>

WHO, *Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is a massive, world-wide problem*. WHO [online]. 2003 [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/en/>

ZÁKON § 3 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ze dne 28. 3. 1997, o veřejném zdravotním pojištění. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48?citace=1>

ZÁKON § 32 odst. 3 zákona 48/1997 Sb., ze dne 28.3. 1997, o veřejném zdravotním pojištění. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

ZÁKON § 50 odst. 1-2 zákona č. 108/2006 Sb. ze dne 31. 3. 2006, o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ZSHK, Ošetrovatelství, *Zdravotnická škola Hradec Králové: Ošetrovatelské diagnózy*. Ose.zshk [online]. [cit. 2019-04-27]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelske-diagnozy.aspx>

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## SEZNAM TABULEK:

Tabulka 1: Rizikové faktory a spouštěcí mechanismy.....	11
Tabulka 2: Dostupnost zdravotnických služeb .....	14
Tabulka 3: Kvalita bydlení a četnost sdružených zdravotních komplikací...	16
Tabulka 4: Nejčastější diagnózy a diagnostické skupiny u lidí bez domova	17
Tabulka 5: Duševní onemocnění u lidí bez domova.....	19

## SEZNAM GRAFŮ:

Graf 1: Věková struktura uživatelů na oddělení A .....	26
Graf 2: Věková struktura uživatelů na oddělení B.....	27
Graf 3: Změněná rovnováha, riziko pádu, intolerance aktivity, omezená pohyblivost .....	28
Graf 4: Poruchy polykání, snížený příjem tekutin, poruchy výživy .....	29
Graf 5: Inkontinence moči, inkontinence stolice a zácpa .....	30
Graf 6: Dekubity a porušená kožní integrita .....	31
Graf 7: Bolest .....	32
Graf 8: smyslové vnímání a kognitivní deficit.....	33
Graf 9: osamělost, narušená komunikace, narušená funkce rodiny a společenská interakce, sebeúcta .....	34
Graf 10: agresivita, změna bezpečí a jistoty, strach a nespolupráce .....	35
Graf 11: úzkosti a zmatenost.....	36

# PŘÍLOHY

Obrázek 1: Souhlas s poskytnutím informací k bakalářské práci

**Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s  
vypracováním bakalářské práce**

**Jméno a příjmení studenta:** Daniel Dus

**Název vysoké školy:** Univerzita Karlova

**Fakulta:** 3. lékařská fakulta

**Studijní obor / ročník:** všeobecná sestra, 3. ročník

**Název bakalářské práce:**  
Zdravotní péče o lidi bez domova

**Vedoucí práce:**  
Mgr. Jana Heřmanová Ph.D., Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

**Kontakt na vedoucího práce:** [jana.hermanova@lf3.cuni.cz](mailto:jana.hermanova@lf3.cuni.cz)

**Předběžná náplň práce:** Autor bude ve své práci sledovat ošetřovatelské potřeby klientů ve vztahu k socioekonomické minulosti klientů. Dále se bude zaměřovat na určení specifik práce všeobecných sester pracujících v domovech se zvláštním režimem v péči o klienty bez přístřeší.

**Cíl bakalářské práce:**  
Určení specifik práce všeobecných sester v domovech Přístav.

**Termín přípravy v domovech Přístav pro empirickou část práce**  
18. 2. - 24. 2. 2019

**Metoda empirické části práce**

**1. Pomocí rozhovoru.**

Pro sběr informací, pomocí rozhovoru oslovím:  
Všeobecné sestry pracující v domovech Přístav.

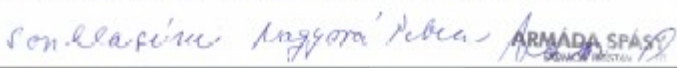
**2. Vypracováním analýzy:**

Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- zdravotním stavu a výkonech souvisejících se zdravotním stavem klientů

**Žádost podává student.**

Daniel Dus, 722706869, [daniel.dus@seznam.cz](mailto:daniel.dus@seznam.cz), v Ostravě dne 18. 2. 2019

*Souhlasím s poskytnutím informací*  
 ARMADA SPÁŠ  
OBNOVA MĚSTAN 1918