

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

**CAUSA SOCIALIS V NEODKLADNÉ PÉČI Z POHLEDU
ZDRAVOTNICKÉHO ZÁCHRANÁŘE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JAN PLÁTEK, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: Mgr. Andrea Goldírová

Praha 2014

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25. 5. 2014

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce Mgr.Andrei Goldírové za odborné vedení mé práce, za trpělivost, konstruktivní připomínky a poskytnutí cenných rad.

ABSTRAKT

PLÁTEK, Jan. *Causa socialis v neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Andrea Goldírová. Praha. 2014. 55s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces v případě *causa socialis*. Teoretická část práce charakterizuje základní pojmy a rozebírá bezdomovectví, jeho formy, pohledy lidí bez domova a jejich psychologický profil. Hlavní částí práce je ošetrovatelský proces u pacienta s označením *causa socialis*. Zabývá se jeho důkladnou anamnézou, průběhem hospitalizace, ošetrovatelskými diagnózami a uspokojením i rozebráním jeho potřeb.

Závěr práce obsahuje doporučení pro praxi a zhodnocení léčby v dané problematice.

Klíčová slova

Causa socialis, bezdomovectví, prevence, edukace.

ABSTRACT

PLÁTEK, Jan. Paramedic's Perspective on Causa Socialis in Emergency Care. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Andrea Goldírová. Prague. 2014. 55 pages.

Topic of bachelor's thesis is the nursing process on the causa socialis case. This thesis consist of two parts – theoretical and practical. The theoretical part deals basic concepts, analyze homeless, its forms, views of homeless people and their psychological profile. The main part is nursing process in a patient with status Causus socialis. It deals with his case history, hospitalization, nursing diagnoses, satisfaction and analyse his needs.

The end of thesis include recommendations for practice and evaluation of treatment.

Key words

Causa Socialis, homelessness prevention, education.

OBSAH

1	ÚVOD	10
2	Teoretická část	11
2.1	DEFINICE POJMŮ	11
2.1.1	Casus socialis	11
2.1.2	Status.....	11
2.1.3	Status sociální	11
2.1.4	Bezdomovectví	12
2.2	Bezdomovci.....	12
2.2.1	Historie a rozdělení bezdomovců	12
2.2.2	Počet lidí bez domova.....	14
2.2.3	Příčiny bezdomovectví a rizikové faktory	15
2.2.4	Sociální profil a problémy bezdomovců	16
2.2.5	Zdravotní stav bezdomovců.....	17
2.2.6	Osobnost bezdomovce, postoj společnosti	19
2.2.7	Péče o bezdomovce.....	19
2.2.8	Řešení problémů bezdomovců.....	19
2.3	Problematika osob bez přístřeší	19
2.4	Organizace pro lidi bez domova v České republice:.....	20
3	PRAKTICKÁ ČÁST	21
3.1	Úvod do problematiky.....	21
3.2	Posouzení	22
3.2.1	Identifikační údaje	22
3.3	Nynější onemocnění.....	23
3.4	Anamnéza.....	23
3.5	Posouzení nynějšího stavu ze dne 22. 1. 2014 v 11:30 hod.	25

3.6	Medicínský management	28
3.7	Průběh hospitalizace.....	30
3.8	Posouzení stavu ze dne 22. 1. 2014 dle modelu M. Gordonové - „Model fungujícího zdraví“	35
3.9	Stanovení ošetrovatelských diagnóz a plán péče	40
3.9.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy	40
3.9.2	Potenciální ošetrovatelské diagnózy	40
3.9.3	Podrobný rozpis ošetrovatelských diagnóz.....	41
3.10	Zhodnocení ošetrovatelské péče.....	48
3.11	Doporučení pro praxi.....	48
3.11.1	Doporučení pro rodinu pacienta	49
3.11.2	Doporučení pro zdravotnický personál.....	49
3.12	Diskuze	49
4	Závěr	50
	SEZNAM LITERATURY	51

Přílohy

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALT - Alanintransferáza

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

AST - Aspartátaminotransferáza

ATB - Antibiotikum

Atd. – a tak dále

BMI – Body mass index

BT – Bilance tekutin

CRP – C- reaktivní protein

CT – Computed Tomography - počítačová tomografie

°C – Stupňů celsia

DF – Dechová frekvence

EKG – Electrocardiography - elektrokardiografie

F1/1 – Fyziologický roztok

HD – Hodinová diuréza

i.v. – intra venózně – do žíly

INR - Tromboplastinový test

JIP – Jednotka intenzivní péče

KCl – Kalium Chloratum

l - Litr

mmHG - milimetr rtuťového sloupce

mmol/l – milimol na litr

OSN – organizace spojených národů

p.o. – per os

RTG – Rentgenové vyšetření

RZP – Rychlá zdravotnická pomoc

SpO₂ – Saturace kyslíkem

Stp. – Stav po

TF – Tepová frekvence

TK – Tlak krevní

TT - Tělesná teplota

1 ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme vybrali pacienta s postavením *causa socialis*, protože v nemocniční praxi se s těmito lidmi velmi často setkáváme. Je velice těžké se o tyto osoby starat. Typickým znakem jsou opakované hospitalizace, nepřeborné a sofistikované množství problémů, s kterými tito lidé přicházejí nebo jsou přivezeni složkami integrovaného záchranného systému.

Bakalářská práce má dvě části - teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy týkající se termínu *causa socialis* a podrobně rozebráno bezdomovectví u nás a ve světě. Dále jsou nastíněny psychologické profily a problémy bezdomovců, jak nahlíží bezdomovci na normální společnost a naopak, jak nahlíží normální společnost na bezdomovce. V praktické části jsme utvořili tematický celek: celkové posouzení stavu pacienta, medicínský management, průběh hospitalizace od přijetí do nemocnice až po propuštění pacienta domů, stanovili jsme ošetrovatelské posouzení, individuální plán, realizaci a hodnocení ošetrovatelské péče dle NANDA taxonomie I. Informace byly získávány od pacienta, zdravotnických pracovníků, a ze zdravotnické dokumentace. Sběr údajů proběhl v jedné nejmenované nemocnici v České republice. Nemocnici neuvádíme z důvodu ochrany osobních údajů. V závěru práce se zabýváme edukací pacienta i zdravotníků.

2 Teoretická část

2.1 DEFINICE POJMŮ

2.1.1 Casus socialis

„Jedná se o osobu, která, potřebuje pomoc, péči, opatření, intervenci, solidaritu nebo zabezpečení ze strany společnosti, protože její problémy (např. psychosociálně-ekonomické) přesahují v dané situaci možnosti jen jejího vlastního řešení.“

(<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/casus-socialis>, 2012)

2.1.2 Status

Důležitá hlediska, která určují sociální postavení jedince v dané společnosti. Získaný status získá častěji jedinec dědictvím, ale nemusí to být pouze hmotné statky (majetek), ale také různá zvýhodnění (moc rodiny). Získaný status záleží na úsilí jednoho daného jednotlivce. Podřazeným pojmem lze označit prestiž (společenská úcta, důstojnost). Je relativně nezávislá na podílu politické nebo ekonomické moci (lékařské povolání má větší prestiž než povolání majitelé nočního klubu, ale je spojeno s nižšími příjmy) (Jandourek, 2012).

2.1.3 Status sociální

Je poměrné postavení, které jedinec ve společnosti má. S tím souvisí povinnosti, práva, životní styl na základě cti nebo prestiže. Postavení neboli status může být získané nebo připsané. Slovo status naznačuje, že společnost je pojmána jako systém, kde jsou lidé hodnoceni na škále (některé pozice jsou vyšší a některé pozice nižší). Jako vyšší pozici lze označit pozici, kde lidé mají dispozici ovlivnit jednání lidí pod nimi. Jsou prestižní, protože zastávají nějaký úřad (Jandourek, 2012).

Statusové symboly můžeme označit jako hmotné znaky společenského postavení. Ukazují, kde člověk ve společnosti stojí (např. snubní prsten, typ automobilu, místo bydliště apod.), taktéž lze označit i aktivity (jachting, který vyžaduje velké finanční možnosti, cyklistika nikoli). Vyšší sociální vrstvy praktikují ve větší míře sporty jako je tenis, golf, squash apod. Nižší sociální vrstvy používají otevřenost přístupu zejména k fotbalu, rybaření, hokeji, tančení atd. (Jandourek, 2012).

Tato znamení je záhodno umět číst. Příklad plné nákupní tašky u ženy ze střední třídy spíše znamená, že má prostředky a právě dosti nakoupila. U bezdomovce to znamená, že v tašce má všechn svůj majetek a nemá jej kam dát, protože nevlastní žádný příbytek (Jandourek, 2012).

2.1.4 Bezdomovectví

„Životní situace lidí, kteří postrádají pevný, pravidelný a přiměřený příbytek k přenocování.“ (Jandourek, 2012, s. 39). V různých zemích i regionech nebo institucích se definice bezdomovectví může lišit. Jako bezdomovce můžeme chápat lidi, kteří tráví převážnou část noci v útulcích pro bezdomovce nebo jiných sociálních zařízeních, nebo třeba také v dočasných příbytcích v suterénech domů či přímo venku na ulici, halách nádraží apod. Toto je dnes velký problém velkoměst v posledních dvaceti až třiceti letech. Určitou část bezdomovců tvoří bývalí psychiatričtí pacienti nebo osoby závislé na alkoholu a drogách, další část se na ulici dostala z rozmanitých osobních příčin (rozpad rodiny, ztráta zaměstnání nebo mladí, kteří po konfliktu odešli domů). Převážná část jsou lidé nekvalifikovaní. Původ bezdomovectví může být například neschopnost až nemožnost najít si práci, chudoba z plošných příčin nezaměstnanosti, deficit lékařské péče, jenž má za následek takový zdravotní stav, který člověku nedovoluje si práci najít k zajištění prostředků na bydlení, kvalitnější lékařskou péči a podobně (Jandourek, 2012).

2.2 Bezdomovci

2.2.1 Historie a rozdělení bezdomovců

Fenomén bezdomovectví výrazněji vstoupil do podvědomí lidí na začátku devadesátých let dvacátého století. Za socialismu bylo bezdomovectví trestným činem. Bezdomovci byli vnímání jako příživníci. Za tuto činnost hrozilo až tříleté vězení. Povinností každého občana bylo zdržovat se v místě, kde měl přihlášený trvalý pobyt. Po roce 1989, tedy po změně režimu politického, načež i sociálního systému se řady bezdomovců rapidně rozšířily. Bylo to zapříčiněno i díky propouštění ze zaměstnání, amnestii, příchodu utečenců i lidí, kteří svojí nerozvážností přišli o domov nad hlavou (Moricová, 2013).

Pojetí bezdomovec“ má zajímavý historický vývoj. Původně se tak označovali lidé, kteří nebyli stále doma, protože pracovali mimo svůj domov. Dle jednoduché definice jsou bezdomovci lidé, kteří žijí na ulici, nemají střechu nad hlavou, a kteří se nemají kam uchýlit ani na dobu krátkou. Taktéž lze bezdomovce definovat jako osobu bez přístřeší, která má trvalé bydliště, ale z nezjištěného důvodu ho nechce a nebo nemůže užívat (Moricová, 2013).

V Evropě se bezdomovectvím zabývá FEANTSA (Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) = Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci. Je to nevládní organizace, která je financovaná Evropskou unií a má víc jak 120 členských organizací ve 30 zemích Evropy (Moricová, 2013).

V roce 2005 FEANTSA vypracovala „Evropskou typologii bezdomovectví a vyloučení z bydlení“ ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion). Bezdomovci jsou dle této typologie dělení na:

1. osoby bez střechy („roofless“)
 - osoby, které přežívají venku – na ulici nebo na veřejných prostorech bez možnosti ubytování,
 - osoby v noclehárně – bez bydliště, využívající noclehárny nebo sezónní zařízení bez lůžek
2. osoby bez bytu („housless“)
 - v ubytovnách pro bezdomovce
 - v ubytovnách pro ženy
 - v ubytovnách pro imigranty
 - osoby před propuštěním z instituce (vězení, zdravotnická zařízení, zařízení pro děti)
 - uživatelé dlouhodobé podpory
3. osoby bydlící v nejistém bydlení („insecure housing“)
 - přechodné bydlení u známých
 - bydlení bez právního nároku
 - nezákonné obsazení budovy či pozemku
 - osoby s hrozícím domácím násilím.
4. osoby bývajících nevyhovujících bydlení („inadequate housing“)

- osoby, které žijí v provizorních a neobvyklých stavbách (mobilní bydlení, maringotky, nouzové přístřešky, provizorní byty, chatrče)
- osoby bydlící v přelidněných bytech (Moricová, 2013).

Je třeba brát na zřetel i dobu trvání bezdomovectví:

1. krátkodobé bezdomovectví (akutní krize)
2. dlouhotrvající bezdomovectví (člověk je na ulici dlouho, několik měsíců až let) (Moricová, 2013).

Poslední dělení rozděluje lidi bez domova na 3 skupiny:

1. zjevní bezdomovci - bezdomovci, u kterých víme, že domov nemají (lidé žijící na ulici, stanicích, hledají ubytování v noclehárně)
2. skrytí bezdomovci - lidé, kteří se neobracejí na veřejné či charitativní služby za účelem noclehu (lidé bydlící nelegálně ve squatech, spí v pivnicích, starých automobilech, kontejnerech, stanech, kanálech apod.)
3. potenciální bezdomovci – jejich potřeby jsou úřadům neznámé nebo známe jen úzce (osoby v zdravotně závadných nájemních bytech, v domech, které jsou určeny na demolici, provizorních bytech, v holostech apod.)

Organizace spojených národů (OSN) dělí bezdomovce na primární (bez fyzického úkrytu, spí venku na ulici) a sekundární (nemají místo trvalého bydliště, často jej mění nebo jsou umístěni v noclehárnách nebo ubytovnách pro bezdomovce) (Moricová, 2013).

2.2.2 Počet lidí bez domova

Přesný počet lidí bez domova není známý. Má však tendenci ke zvyšování. OSN odhaduje, že je na světě přibližně sto miliónů bezdomovců. V Evropské unii v roce 2004 žilo skoro 3 milionů bezdomovců. V České republice je toto číslo odhadováno asi na 100 000 lidí, kteří nemají domov. Nejvíce jich je v Praze. (Moricová, 2013)

V rozvojových zemích je počet lidí bez domova vyšší. Například Afrika, Latinská Amerika, rozvojové části Asie apod. (Moricová, 2013).

Lidé bez domova nejsou stejnorodou skupinou, je mezi nimi více podskupin:

- osamělí muži
- osamělé ženy
- rodiny s dětmi a ženy s dětmi
- mládež z ulice „street youth“
- etnické skupiny (Moricová, 2013).

2.2.3 Příčiny bezdomovectví a rizikové faktory

Příčinou bezdomovectví jsou mimo jiné i tyto faktory:

- materiální faktory (osoba přijde o bydlení, má nejisté bydlení)
- vztahové faktory (změny struktury rodiny, rodinné či manželské problémy, rozvod, násilí v rodině apod.)
- osobní faktory (mentální retardace, duševní či tělesná choroba, duševní či tělesné choroby, závislosti)
- institucionální faktory (propuštění z ústavu, vězení apod.)
(Moricová, 2013).

Existuje celá řada faktorů, které jsou rizikové a mají spojení s bezdomovectvím:

- chudoba – rizikový faktor, který případově spojuje všechny lidi bez domova (lidé, kteří mají peníze, se bezdomovectvím mohou vyhnout i v době osobní krize)
- nezaměstnanost – většina lidí bez domova nemá pravidelné zaměstnání;
- sexuální a psychické zneužívání
- rodinné konflikty a rozkoly
- delikvence zkušenost s vězením
- dluhy, hypotéky, nezaplacení nájmu
- užívání drog a alkoholu
- špatné psychické zdraví
- vyloučení ze školy, nedostatek kvalifikace (Moricová, 2013).

Spouštěcími faktory jsou tak specifické události, které mohou zapříčinit bezdomovectví, i ztrátu bydlení. Jsou to:

- rozkol s rodiči po hádce a odchod z domu
- manželská či partnerská neshoda
- ovdovění
- odchod z armády
- ukončení instituciované péče
- návrat z vězení
- zhoršení duševního zdraví, abúzus alkoholu a drog
- finanční krize a nárůst dluhů
- nucené vyhození z bytu (Moricová, 2013).

2.2.4 Sociální profil a problémy bezdomovců

Většinu bezdomovců v Česku tvoří muži. Moricová tvrdí, že v Česku je asi kolem 10 – 15 % žen bezdomovkyň z bezdomovecké populace. Nejčastější věkovou skupinou jsou lidé ve věku od 40 do 50 let (Moricová, 2013).

Nejčastější příčinou bezdomovectví, dle studie z prostředí Mea Culpa byla ztráta bydlení (42 %), ztráta příjmu (30,9 %), rodinné neshody (29,6 %), alkohol (16 %), rozvod (11,1 %), rozvod (11,1 %) (Moricová, 2013).

Největšími sociálními pohledy z pohledu bezdomovců byly zhoršené vztahy v rodině (40,7 %) ,špatná komunikace v rodině (18,5 %), alkoholismus (16 %), úplná izolace od rodiny a okolí (6,2 %) (Moricová, 2013).

V Česku je zhruba 25 % bezdomovců jako invalidní důchodce, 25 % má zkušenost s dětským domovem, 15 % s psychiatrickou léčebnou a 35 % s vězením (Moricová, 2013).

Problémy lidí bez domova jsou děleny do více kategorií:

- nepříznivé interpersonální vztahy – stav sociální izolace, chybí rodinné zázemí, jsou rozvrácené rodinné vztahy, rezignace v oblasti sociálních kontaktů;
- pracovní problémy – lidé bez kvalifikace, špatně postavení do pracovního poměru, nevhodné pracovní zařazení, neochota pracovat;

- problémy s bydlením – osoby, které nemají trvalé bydliště;
- finanční poměry – lidé zadlužení, s nízkým důchodem. Nezaměstnaní, sociálně slabí;
- administrativně právní problémy – lidé bez domova často nemají občanský průkaz, což dělá problémy při vyřizování záležitostí na úřadech;
- zdravotní problémy (Moricová, 2013).

2.2.5 Zdravotní stav bezdomovců

Zdravotní stav je zcela jistě horší jako u ostatní populace. Lidé nemající domov mají zvýšené riziko úmrtí oproti ostatní populaci. Největší je v mladých věkových skupinách. Příčiny smrti v mladém věku u bezdomovců jsou nejčastěji sebevraždy, AIDS, úrazy. U starších je to pak účinek chladu a cévně – srdečního onemocnění. Průměrný věk smrti bezdomovce je 41 – 47 let (Moricová, 2013).

Až 90 % lidí bez domova má zdravotní problémy. V Americké studii (351 bezdomovců v New Yorku) nejčastěji diabetes mellitus (6,3 %), hypertenzi (17,1 %) a průduškové astma (17,4 %) (Moricová, 2013).

Průběh chronických onemocnění je závažnější, když je způsoben:

- chudobou;
- pozdějším vyhledáním zdravotnické pomoci;
- kognitivním poškozením;
- nespoluprací v léčbě (Moricová, 2013).

Mezi častá onemocnění patří epilepsie, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), nemoci kloubů a pohybového aparátu. Hypertenze, diabetes a anémie jsou často nedostatečně kontrolovatelné. Hygiena a starost o chrup jsou u lidí bez domova také na velmi nízké úrovni (Moricová, 2013).

Hospitalizace u bezdomovců jsou častější a trvají déle. Nejsou registrovaní u svého praktického lékaře. Zdravotnickou pomoc vyhledávají pomocí pohotovostních služeb. Problém mají se systémem zdravotního nebo sociálního pojištění (Moricová, 2013).

Způsob života bezdomovců je rizikovým faktorem vzniku mnohých infekčních onemocnění. Nejčastěji vznikají duševní choroby, které zodpovídají za snížení výkonu funkce imunitního systému. K tomu pomáhá snížená osobní hygiena, která způsobuje vznik akutních a chronických infekcí. Dalším faktorem podporující vznik infekčních chorob je skupinový způsob života, nocování, podvýživa alkoholismus (Moricová, 2013).

Časté jsou onemocnění kůže a nohou. Mezi onemocnění kůže patří zejména svrab, choroby přenášené hmyzem (vši a blechy) (Moricová, 2013).

Dalšími častými chorobami jsou onemocnění nohou. Na jejich vzniku se podílí venostáza s tvorbou otoků, vlhkost, chlad, časté omrzliny, opakovaná traumata, dlouhodobé nošení nevhodné obuvi. Tyto vlivy způsobují trofické změny a poškození končetin. Dalšími výraznými faktory nepříznivě ovlivňující zdraví jsou kouření a hypertenze (Moricová, 2013).

Respirační infekce nejsou též zcela řídké. Velmi vážným faktorem zpuštění respiračního onemocnění je kouření (Moricová, 2013).

Bezdomovci mají taktéž zvýšené riziko tuberkulózy způsobenou přeplněností útulků, střídáním klientů v nich i podvýživou (Moricová, 2013).

Nemoci přenášené krevní cestou – HIV, VHB (hepatitida typu B), VHC (hepatitida typu C) je v této oblasti častější než v ostatní populaci. Hlavním důvodem šíření těchto onemocnění v populaci bezdomovců je nechráněný sexuální styk a střídání partnerů (Moricová, 2013).

Z více prací vyplývá, že duševní onemocnění jsou častější než v ostatní populaci. Nejčastější jsou deprese, úzkostné stavy a afektivní poruchy. Podle německé studie je na alkoholu závislých asi 61 % bezdomovců a dalších 5 % je závislých na drogách (pervitin, kokain, marihuana). Dlouhodobý abúzus alkoholu vede i k alkoholickému poškození mozku, vyskytuje se u 21 % lidí bez domova (Moricová, 2013).

2.2.6 Osobnost bezdomovce, postoj společnosti

Typickým znakem osobnosti bezdomovce je porušení sociální adaptace. Neumí účelně pracovat, nemají rozvinuté faktory vůle, odhodlanost ani vytrvalost. Způsob života ostatní populace nezvládají. Nechápují normy a regulace chování. U mnohých dominuje rezignace a apatie. Rezignace panuje i ve výhledu na lepší budoucnost. Selhávají i v oblasti sociálních vztahů. Kontakty k ostatním lidem jsou velmi omezené, jsou necitliví i sami k sobě, zdůrazňují svoji bezmocnost a závislost. Postoj společnosti k lidem je různorodý, ale převažuje negativní postoj (Moricová, 2013).

2.2.7 Péče o bezdomovce

Ve vyspělých zemích má péče o bezdomovce tyto 4 fáze:

1. noclehárny kombinované s možností denního pobytu. Je nutné dodržování hygieny, platí se určitý poplatek a omezuje se délka pobytu
2. azylové domy – obyvatelé musí pracovat a zúčastňovat se sociálních programů
3. domy na půli cesty – poskytují ubytování v buňkách, obyvatel si sám hraří náklady, pracuje a je schopný se sám o sebe postarat
4. Chráněné sociální byty – například krizová lůžka, ubytování pro rodiče a děti (Moricová, 2013).

2.2.8 Řešení problémů bezdomovců

Je zaměřené především na preventivní aktivity, služby zaměřené na plnění základních potřeb a služby na reintegraci (znovuzačlenění) a soběstačnost bezdomovce (Moricová, 2013).

2.3 Problematika osob bez přístřeší

Problémy lidí bez přístřeší je spojena problematika zdravotní péče. Život na ulici je většinou bez možnosti k přístupu k věcem, které jsou pro nás přirozené (sprcha, umyvadlo, jídlo) a často má přemíru alkoholu a trochu chudé stravy. Dlouhodobě neuspokojený život s sebou nese mnohem větší riziko fyzických a psychických potíží. Pečovat o své zdraví tito lidé většinou nemůžou. Jsou odkázáni na neodkladnou péči v případě ohrožení života. Jakmile toto pomine, jdou zpátky na ulici do velmi přísných podmínek, které nekorrespondují s představou o rekonvalescenci a doléčení. Neplatí si zdravotní pojištění a často nemají ani doklady. Sami o svůj stav nedbají a lékaři z nich

radost nemívají. Zapáchají, nejsou čisté, zabírají místo pro řádně pojištěné a lze je těžce vykázat do pojišťovny. Proto často končí, když jsou mimo ohrožení života z nemocnice propuštěni na ulici (Žižlavský, 2012).

S tak špatným přístupem se jen těžko jejich zdravotní stav zlepší. Na západě existují takzvané nemocnice pro bezdomovce, které jsou hlavně dobrovolnického charakteru. I v Česku se plánuje vytvořit nemocnice pro bezdomovce, ale jde nyní jenpouze o vizi. Problémem k vytvoření nemocnice pro bezdomovce jsou peníze a nezájem vytvořit něco pro lidi, kteří stojí na okraji společnosti (Žižlavský, 2012).

V ČR chybí pracovní příležitosti pro bezdomovce. Je zarážející, že v chráněných dílnách, určených právě tomuto typu obyvatelstva je málo možností, kde by se mohli uplatnit. Někteří skutečně pracovat nechtějí, ale někteří by si přáli znovu začít pracovat (Žižlavský, 2012).

Dalším důležitým faktorem v pomoci bezdomovcům je psychologická péče (hodně osob trpí menšími či většími psychickými problémy). Další pomocí může být pomocná ruka v otázce alkoholismu, kde alkohol slouží jako prostředek k úniku a otupění před těžkou a svazující životní situací (Žižlavský, 2012).

2.4 Organizace pro lidi bez domova v České republice:

- Armáda spásy - služby pro osoby bez domova (azylové domy a pomoc v terénu)
- Naděje občanské sdružení – psychická podpora a základní lidské potřeby (hygiena, potraviny)
- Charita Česká republika – pro lidi bez domova či v hmotné nouzi (azylové domy, noclehárny, nízkoprahové denní centra, charitní šatník)
- Časopis Nový prostor

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Úvod do problematiky

V následující části práce je popis ošetrovatelského procesu jednoho, skutečného pacienta, který byl hospitalizován v kontextu s hypotermií a mnoha přidruženými lékařskými diagnózami. Je nutno zmínit, že pacient od roku 2008 do roku 2014, byl dle statistik hospitalizován v jedné nemocnici celkem 56x. Také stojí za zmínku, že nejčastější diagnózou u tohoto konkrétního pacienta byla intoxikace alkoholem.

S přihlédnutím na zákony České republiky o ochraně osobních údajů, v zájmu ochrany práv pacienta je identita neznámá. V následujících řádcích nebude uveden žádný údaj, dle kterého by mohl být konkrétní pacient identifikován. Dalším krokem k anonymitě bude nezveřejnění nemocnice, ve které se případ odehrál.

Informace jsou anonymně získávány ze zdravotnické dokumentace, rozhovoru s pacientem, rozhovoru s dalším ošetřujícím personálem, který se na odborné péči podílel

Pro nejlepší ilustraci jednoho z mnoha případů tohoto konkrétního muže, budou odebrány podrobné anamnestické údaje, ukázána kvantita lékařských diagnóz, posouzení celkového stavu od hlavy až k patě, lékařský management, průběh hospitalizace od přijetí až po propuštění, posouzení ošetrovatelské anamnézy podle M. Gordonové s doplněním subjektivních pocitů pacienta a následně budou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle taxonomie NANDA I.

3.2 Posouzení

3.2.1 Identifikační údaje

Jméno, příjmení, titul z ochrany osobních údajů neuvádíme

Rodinný stav: svobodný

Zaměstnání: nezaměstnaný (údajně pracuje jako dělník)

Hmotnost: 57 kg

Výška: 177 cm

Body mass index (BMI): 18 = podváha

Lékařská hlavní diagnóza

E871 - Hyponatremie těžká, kombinované etiologie - malnutrice, chronický ethylismus,

Lékařské vedlejší diagnózy

- J860 - Pyothorax vpravo
- J938 - Jiný pneumothorax
- A499 - Bakteriální infekce - G- tyčky
- T68 - Hypotermie
- J40 - Akutní bronchitis
- D649 - Anémie
- F109 - Chronický abuzus alkoholu, syndróm závislosti
 - Jaterní cirhóza
 - Hyperurikémie
 - Stp. opakovaných pádech, s kontuzí hlavy
 - Stp. pneumonii
 - Refluxní exofagitis III.stupně
 - Polyneuropatie při nutričních karencích
 - Sekundární epilepsie
 - Neurotická porucha
 - Tabakismus

Fyziologické funkce při přijetí

-Stav vědomí dle Glasgow coma scale: 4-5-6

-Tlak krevní: 95/60 mmHg

-Tepová frekvence: 105/minutu, pravidelný

-Dechová frekvence: 16/minutu

-Tělesná teplota: 35,1 °C

-SpO₂: 90% na vzduchu

-Glykémie: 6,5 mmol/l

Pohyblivost: částečně omezená, kvůli třesu celého těla

Datum přijetí na interní kliniku: 20. 1. 2014, v 11:30 hodin.

3.3 Nynější onemocnění

34letý pacient, nalezen v keři kolemjdoucími. Zavolána RZP. Dechová zkouška na alkohol negativní, udává, že již 2 dny nepil alkohol. Třes celého těla, podchlazený. Při příjezdu RZP krátkodobá porucha vědomí. Pacient značně znečištěn. Na místě zasahovala policie České republiky. Cestou nízko-prahového urgentního příjmu hospitalizován na koronární JIP.

3.4 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Žije sám, na ulici. Otec, matka i sestra zemřeli v roce 2005 při autonehodě.
Bezdětný

Osobní anamnéza

V dětství zlomenina pravého zápěstí. Od roku 2010 opakované hospitalizace na interním, chirurgickém, traumatologickém oddělení, urgentním příjmu, oddělení ARO. Na odděleních hospitalizován pro intoxikace alkoholem, pervitinem, delirantní a predelirantní stavy, úrazy hlavy, rukou i nohou, epileptické záchvaty, respirační selhání. Abúzus alkoholu, v léčbě psychiatrem. Epilepsie, závislost na benzodiazepinech.

Alergologická anamnéza

Citrusové plody

Farmakologická anamnéza

Diazepam 10mg 1-1-2

Abúzy

Alkohol, benzodiazepiny, tabák, marihuana, příležitostně pervitin

Psychologická anamnéza

Polymorbidní osobnost- dospělý, střední věk. Emoční stav- klidný, euforický, netrpělivý, při rozrušení úzkostlivý.

Pracovní a sociální anamnéza

Pacient je nezaměstnaný. Od roku 2009 bydlí na ulici. Žádnou rodinu již nemá (matka, otec, sestra zemřeli při autonehodě). Děti nemá. Záliby nemá žádné. Volný čas věnuje pití alkoholu, polehávání v parku.

3.5 Posouzení nynějšího stavu ze dne 22. 1. 2014 v 11:30 hod.

Assessment	Subjektivní údaje	Objektivní údaje
Hlava a krk	„Bolí mě celá hlava.“	Hlava bez patologických nálezů, poklepově nebolestivá. Vlasová část zavšivená. Bolest pouze subjektivního charakteru. Oči- zornice mydriatické, středního postavení. Skléry zarudlé. Nos s mírným výtokem, po předchozích frakturách zakřivený. Uši bez výtoku, zablácené. Chrup bez 2 vrchních i spodních řezáků. Jazyk pláží středem, fyziologicky povleklý. Dole chybí 2 špičky. Chybí i několik stoliček. Zápach z úst jde cítit značně. Tržná rána na bradě, asi 3cm dlouhá. Krk symetrický, bez oteklin, štítná žláza normální velikosti. Jugulární žíly naplněny fyziologicky. Šije bez opozice.
Hrudník a dýchací systém	„Dýchá se mi těžko.“	Hrudník fyziologicky v normě. Dýchání alveolární, čisté, bez šelestů, ozvy slyšitelné.

Srdeční a cévní systém	„Bolí mě celé tělo.“	Akce srdeční pravidelná, ozvy slyšitelné, ohraničené, bez šelestů, frekvence 105/minutu. TK 95/60. Sklon k hypotenzi. Dolní končetiny bez otoků, varixů, bez známek flebitidy, pulsace hmatná. Končetiny mají normální teplotu Zavedeny 2 periferní žilní katetry dne 20. 1. do levého zápěstí a do pravé loketní jamky, bez patologií. Na levou ruku dána manžeta na měření neinvazivního krevního tlaku vleže.
Břicho a gastrointestinální trakt	„Břicho mě nebolí.“	Břicho měkké, bolestivé, bez hmatné rezistence. Peristaltika zachována. Nausea a zvracení nebylo. Odchod plynů v normě. Stolice pevná. Hmatná játra, slezina nenaráží. Projímadla neužívá, poslední stolice před 3 dny. Bez známek krvácení z konečníku.
Močový a pohlavní systém	„Občas se pomůčím.“	Mužský pohlavní systém. Hmatný močový měchýř. Diuretika nepodávána. Zaveden silikonový permanentní močový katétr. Připojen sběrač na přesné sledování hodinové diurézy. Hodinová diuréza okolo 100 ml/h.
Kosterní a svalový systém	„Chodím normálně.“	Pohyblivost je omezená. Připoután na lůžko. Páteř bez patologických změn. Zvýšený svalový tonus, třesavka.
Endokrinní systém	„Nemám žádné potíže.“	Nejeví žádné poruchy endokrinního charakteru.

Nervový a smyslový systém	„O žádných problémech nevím.“	Sekundární epilepsie. Křečové stavy (tonicko - klonické) s výpadkem vědomí (Mdloby a závratě pravidelně, bolest hlavy často (uvnitř v hlavě). Orientovaný místem, časem, osobou. Brýle, ani kontaktní čočky nemá. Čich a chuť zachovány beze změny. Recentní paměť zhoršená. Vzdálená beze změn. Zornice mydriatické. Neurotická porucha- histrónská, nezdrženlivá osobnost.
Imunologický systém	„Imunitu mám dobrou, jsem alergický na citron.“	Lymfatické uzliny nezvětšené. Časté infekce dýchacích cest. Alergie na citrusové plody. Tělesná teplota 36,1 °C.
Kožní systém jemu připojené orgány	„Jsem špinavý.“	Kůže anikterická, bez cyanozy, časté oděrky. Proleženiny nejsou přítomny. Nadměrné ochlupení. Vlasy špinavé, zanedbané, zavšivené, páchnoucí, dlouhé po ramena. Za nehty bláto, špína, stolice.

3.6 Medicínský management

1. Ordinovaná vyšetření

- EKG
- RTG srdce a plic
- sonografie břicha

2. Vyšetření krve

- Biochemické- Metabolický soubor, CRP, Jaterní testy, toxikologické testy
- Hematologické vyšetření krve- Krevní obraz, Hematokoagulační testy
- Mikrobiologické vyšetření- Trojkombinace hemokultur, stěr z horních cest dýchacích (nos a krk), vyšetření hepatitidy B, moč bakteriologicky

Výsledky

EKG- sinusový rytmus 85/minutu, sinusový rytmus

RTG srdce a plic- bez patologického nálezu na plicích a srdci

Sonografie břicha- lehce zvětšená játra s přechodem do cirhozy

Výsledky vyšetření krve

- Biochemie: ↓ natrium, ↓ chloridy, ↓ osmolalita, ↑ kreatinin, ↑ Aspartátaminotransferáza (ALP), ↑ Alaninaminitransferáza (ALT), ↑ C-reaktivní protein (CRP)
- Hematologie: ↓ erytrocyty, ↑ leukocyty, ↓ hemoglobin, ↑ INR
- Mikrobiologie: Prokalcitonin(závažná bakteriální infekce), nález z nosu, horních dýchacích cest- staphylococcus epidermidis, staphylococcus aureus

Konzervativní léčba

Dieta: 2 (šetřící)

Pohybový režim: klidový, na lůžku.

Medikamentózní léčba:

Lék, gramáž, objem	Farmakoterapeutická skupina	Způsob podání	Dávkování
Tisercin, 25mg	Antipsychotikum.	p. o.	8:00 – 20:00
Furosemid, 20mg	Diuretikum	i. v.	dle HD a BT
Apaurin, 10 mg	Antiepileptikum, anxiolytikum	i. v.	dle stavu
Midazolam, 50mg	Hypnotikum, sedativum	i. v.	kontinuálně 3mg/hod, titrovat dle stavu
Controloc, 40mg	Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy		5 ml/hodinu
F 1/1, 500ml	Infuzní terapie, elektrolyty	i. v	100ml/hodinu, kontinuálně
10% NaCl	Hypertonický roztok chloridu sodného	i. v	Do F1/1 40 ml, kontinuálně
20% MgSO ₄	Ionty pro parenterální aplikaci; myorelaxans	i. v	Do F1/1 20ml, kontinuálně

Jiná medikace: kyslíková maska 5l, min., fyzikální zahřívání těla ohřívačem infuzí, termofolie, 2 peřiny.

3.7 Průběh hospitalizace

O pacienta jsem se staral od 20.1.2014 11:30, kdy se pacient nacházel na koronární jednotce intenzivní péče interní kliniky, do 22.1.2014 9:30, kdy byl přeložen na standardní interní oddělení.

Pacient byl přijat na interní kliniku z důvodu hypotermie, hyponatremie a hypoosmolality. Pacient byl poučen o chodu oddělení, zvýšeném riziku infekce, s právy pacientů, kamerovém systému a nepřetržitém monitorování. Na oddělení byl přivezen z nízkoprahového urgentního příjmu, kde byl přivezen posádkou RZP jako hypotermie., Klient nebyl soběstačný, nezvládal chůzi, byl upoután na lůžko. Neklidný, částečně orientovaný pacient.

- **První den hospitalizace 20. 1. 2014**

Byla provedena vyšetření krve, RTG srdce a plic, sonografické vyšetření břicha. Vyšetření provedeny z vitální indikace. Byla odebrána ošetřovatelská anamnéza. Pro neklid a ohrožování sebe sama a personálu kurtace rukou i nohou, vypsán záznam o kurtaci, á 2 hodiny na dobu 10 minut odkurtován, kontrola průchodnosti krve, pro neklid vždy kurtován na další 2 hodiny. Pacient byl neklidný, chtěl jít domů, řval vulgárně po personálu, vyhrožoval, že sestry zabije nožem. Vzhledem k neklidu a agresi neumyt, ponechán na lůžku ve znečištěném stavu. Pouze svlečen do naha, oblečený do patientského stejnokroje. Byla otevřena okna, zablokováno druhé lůžko pro možnost kontaminace druhého pacienta. Změřené vitální funkce ukazovaly: tlak krevní: 95/60 mmHg, tepová frekvence: 105/minutu, pravidelný, dechová frekvence: 16/minutu, tělesná teplota: 35,1 °C, SpO2: 90% na vzduchu, glykémie: 6,5 mmol/l. Zahájen o aktivní zahřívání těla ohříváčem infuzí, přiložením thermofolie a 2 peřin. Zavedeny 2 periferní žilní katetry. PMK s uzavřeným systémem na sledování HD. Monitorace EKG, SpO2, TF a TK, HD po 1 hodině, dechy, TT po 2 hod.

Farmakoterapie

Tramal (Analgetikum), Furosemid (Diuretikum), Controloc (Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy), Dicynone (Antihemoragikum, hemostatikum), Apaurin

(Antiepileptikum, anxiolytikum), Midazolam (Hypnotikum, sedativum), F1/1 (Infuzní terapie, elektrolyty), 10%NaCl (Hypertonický roztok chloridu sodného).

- **Druhý den hospitalizace 21. 1. 2014**

Ráno při hygieně pacient stále neklidný, za pomoci 4 lidí z ošetrovatelského personálu byl kompletně umyt. Po hygieně byly opět přiloženy kurty na ruce, nohy odkurtovány. Stále je velmi patrný třes rukou. Terapie midazolamem se začala jevit úspěšná. S pacientem je již okolo 12:00 možno komunikovat. V 12:30 byly odkurtovány ruce, pacient se náramně zklidnil. Učiněno podepsání informovaných souhlasů. Pacient se najedl oběda. Večer pro celkové zavšivení, ostříhány se souhlasem pacienta vlasy dohola. Tělesná teplota v normě, nebylo třeba ohřívače infuzí, termofolie, stačí jen pouze 1 peřina. Dle stupnice Nortonové vychází vysoké riziko vzniku dekubitů. Kůže se proto pravidelně promazává hydratačním krémem. Ošetrovatelská péče zahrnovala péči o oči, nos, dutinu ústní, prevenci dekubitů, Zvýšená pozornost byla kladena na ošetřování a hygienu oblasti konečníku s použitím jednorázových ochranných pomůcek. Dále sledujeme frekvenci vylučování a konzistenci stolice.

Farmakoterapie

Stejná jako první den

- **Třetí den hospitalizace 22.1.2014**

Zaznamenáváme zlepšení stavu, pacient klidný, spolupracuje třes rukou stále přítomný, ionty doplněny. Medikace zredukována. Pro nutnost volných míst na JIP pacient předán do péče na standardní oddělení.

Farmakoterapie

Diazepam (Anxiolytikum, sedativum, centrální myorelaxans), Haloperidol (Antipsychotikum), F1/1 (Hypertonický roztok chloridu sodného).

- **Čtvrtý až desátý den hospitalizace 23. 1. - 29. 1. 2014**

Celkové zlepšení stavu, pacient je klidný, neodcházel, klidový režim dodržoval. Období bez výrazných změn. 29. 1. 2014, tj. desátý den hospitalizace po obědě zhoršení stavu, pacient 1x zvrací, stěžuje si na vertigo, bolest hlavy, třes celého těla, a bolesti pravého podžebří, TK 100/60mmHg, TF 90/min, klinicky anizokorie, mydriáza vpravo, pacient udává, že v noci spadl, úder do hlavy a do pravého podžebří (v noci bez svědků, nikomu nic neřekl). Na akutním CT intrakraniální hematom temporobazálně vlevo, obraz rozvinuté kontuze. K další péči přeložen na chirurgickou JIP. Zahájena rehydratace, antiedematozní terapie, nutná katecholaminová podpora oběhu, pro hraniční Hematokrit převedena při hypotenzi 1x EBR. Pro psychomotorický neklid sedován heminevrin i kurtování. Pro masivní pravostranný fluidothorax s útlakem mediastina provedena hrudní drenáž, odsáno evakuováno 4500 ml hnisavého obsahu.

Farmakoterapie

Heminevrin (Sedativum, hypnotikum), Meronem (Antibiotikum), Metronidazol (Antibiotikum), Gentamicin (Antibiotikum), Tramal (Analgetikum), Furosemid (Diuretikum), Controloc (Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy), Dicynone (Antihemoragikum, hemostatikum), Midazolam (Hypnotikum, sedativum), F 1/1 (Infuzní terapie, elektrolyty), 10% NaCl (Hypertonický roztok chloridu sodného), 20%MgSO₄) Ionty pro parenterální aplikaci, myorelaxans).

- **Jedenáctý až dvanáctý den hospitalizace 30. 1. - 31. 1. 2014**

Hospitalizace na chirurgické JIP, kde stav neměnný. 31. 1. 2014 doplněno kontrolní CT hrudníku a břicha, kde nalezen fluidopneumothorax vpravo. Břicho bez patologických nálezů. Nasazeno aktivní hrudní sání, poté regrese pneumotoraxu. Pacient nespolupracuje. Pro nespolupráci lékař zavedl NGS. Po 1. aplikaci nutrice vysloveno podezření komunikace mezi GIT a pravou pleurální dutinou. To ověřeno lékařem. Zjištěna perforace jícnu. Po nezbytné přípravě pacient odvezen urgentně na operační sál. Zjištěna a zoperována sutura ezofagu. Z operačního sálu pacient předán na oddělení ARO v plné analgosedaci, napojen na ventilátor (režim VCV A/C). Zajištěna orotracheální rouka, periferní žilní linka, centrální žilní katétr- v.subclavia dexter, katétr v a. radialis l.dexter, nasojejunální sonda na odvod.

po převozu ze sálu (14:00 hod.) TK 109/71 mmHg, P 97 tepů/min, TT 37,8°C, SpO₂ 97%, dále monitorace FF à 15 min, à 30 min, à 1 hod. V odpoledních hodinách (cca v 15:00 hod.) se u pacienta projevovaly známky hypotenze (TK 80/40 mmHg), tachykardie (121 tepů/min)

Farmakoterapie

Meronem (Antibiotikum), Metronidazol (Antibiotikum), Gentamicin (Antibiotikum), Mycomax (Antibiotikum), Controloc (Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy), Degan (prokinetikum, antiemetikum), Fraxiparine (Antikoagulans, nízkomolekulární heparin, Haloperidol (Antipsychotikum), Ambrobene (Expectorans, mukolytikum), Fludrocortison) Hormon, kortikoid s výrazně převažujícím mineralokortikoidním účinkem), Thiamin (Vitamín), Nutriflex Peri (Parenterální výživa), G-1-P (Aditivum k parenterální výživě, fosfát + MgSO₄ 20% (Ionty pro parenterální aplikaci, myorelaxans), KCl 7.5 % (Homeopatikum).

• Třináctý až sedmnáctý den hospitalizace 1. 2. - 5. 2. 2014

Pokračováno v zavedené ATB terapii, dále hluboká analgosedace, řízená ventilace, oběh přechodně podporován katecholaminy. Denně chirurgické konzílium. Postupné zlepšování stavu. Pooperační průběh komplikován rozvojem oběhové nestability s parox. FiSi s rychlou komorovou odpovědí, zklidnění akce srdeční sedacoronem. Na kontrolní CT hrudníku uspokojivý nález. Peroperačně zavedená NJS stočená v žaludku, k nutrici peristaltiky nevyužívána. Po stabilizaci stavu snížena analgosedace k ověření stavu vědomí, pacient se budí do plného vědomí, spolupracuje, proto 5. 2. 2014 během dne odpojování od ventilátoru, dobrá saturace při spontánní dechové aktivitě s podporou kyslíku – průtok 4l/min. Plné vědomí, pacient spolupracoval, při vědomí, klidný, plně lucidní, orientovaný, pasivní, ale spolupracuje, bledý, dýchání čisté, DKK bez otoků, PMK - diuréza spontánně vydatná.

Farmakoterapie

Meronem (Antibiotikum), Metronidazol (Antibiotikum), Gentamicin (Antibiotikum), Mycomax (Antibiotikum), Controloc (Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy), Degan (prokinetikum, antiemetikum), Fraxiparine (Antikoagulans, nízkomolekulární heparin, Haloperidol (Antipsychotikum), Ambrobene (Expectorans,

mukolytikum), Fludrocortison (Hormon, kortikoid s výrazně převažujícím mineralokortikoidním účinkem), Thiamin (Vitamín), Nutriflex Peri (Parenterální výživa), G-1-P (Aditivum k parenterální výživě, fosfát + MgSO₄ 20% (Ionty pro parenterální aplikaci, myorelaxans), KCl 7.5 % (Homeopatikum).

- **Osmnáctý až dvacátý pátý den hospitalizace 6. 2. – 13. 2. 2014**

Na doporučení chirurga zahájena výživa do NJS. Dne 7. 2. překládán na chirurgickou JIP. Zde postupná stabilizace stavu, pacient na parenterální a enterální výživě, cítí se dobře, potíže neudává, při vědomí, klidný, plně lucidní, orientovaný, spolupracuje, subfebrilní 37,1 °C, eupnoe 14/min. kardiopulmonálně kompenzován, AS 90/min, TK 140/85, dýchání bilaterálně čisté, NGS neodvádí, NJS si zrušil. Proto výživa parenterální, povoleny tekutiny, postupné zatěžování GIT kašovitou stravou.

Farmakoterapie

Chloramphenicol (Antibiotikum), Mycomax (Antibiotikum), Controloc (Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy), Fraxiparine (Fraxiparine), Fludrocortison (Hormon, kortikoid s výrazně převažujícím mineralokortikoidním účinkem), NaCl 10% (Hypertonický roztok chloridu sodného), KCl (Homeopatikum), Nutriflex peri (Parenterální výživa).

- **Dvacátý šestý den hospitalizace 14. 2. 2014**

Pacient plně spolupracoval, postavil se z lůžka, byl neklidný, chtěl odejít. Vyžadoval negativní reverz a odchod pryč z nemocnice. I přes veškerou snahu lékařů a sester, kteří vysvětlili pacientovi nutnost delší hospitalizace a závažnost jeho zdravotního stavu, pacient odchází. Byl poučen o klidovém režimu, nutnosti dodržovat dietu a brát léky. Byl dán recept na Diazepam (Antiepileptikum, anxiolytikum).

3.8 Posouzení stavu ze dne 22. 1. 2014 dle modelu M. Gordonové - „Model fungujícího zdraví“

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně

„Kouřím a piju, často to přezenu, občas si dám i pervitin.“

Objektivně

Pacient kouří a alkohol požívá opakovaně. O svůj zdravotní stav se nezajímá. Klidový režim na lůžku nedodržuje. V lůžku je částečně soběstačný. Bolesti udává celého těla. Na ulici hygiena nedostatečná, prakticky žádná. V nemocnici kompletní očista těla- celková hygiena na lůžku. Ostříhání vlasů, použity odvšivovací prostředky. Očista genitálu.

2. Výživa a metabolismus

Subjektivně

„Jím, co mám, občas ani celý den nejím. Někdy jím, co najdu po lidech v popelnici a na zemi. Někdy něco vyžebrám, ale za to si raději koupím alkohol. Nejraději červené krabicové víno. Vodu piju i z potoka, jak se mi to podaří. Hodně spoléhám na solidaritu lidí.“

Objektivně

Mimo nemocnici dietu nedodržuje, alkohol i přes opakované poučení nevysazuje. BMI 18 - podváha. V nemocnici výživa enterální. Dieta číslo 2. Pro hypoosmolalitu a hyponatrémii v nemocnici nakázán příjem tekutin do 1,5 l/ denně parenterálně. Sliznice jsou vlhké a kůže suchá. Pacient má dietu Nic per os. Nepotřebuje pomoc při krmení.

3. Vylučování

Subjektivně

„Občas se pomůčím.“

Objektivně

Obvykle chodí na stolicí ráno, jinak bez obtíží. Poslední stolice před 3 dny. Nyní zaveden permanentní močový katétr. Hodinová diuréza okolo 100ml/h. Stolice hnědá, bez příměsí.

4. Aktivita, cvičení

Subjektivně

„Nic mě nezajímá, práci nemám a nechci, nic už neumím, nic už mě nebaví, jen alkohol. Necvičím, na co bych cvičil.“

Objektivně

Nezaměstnaný. Duševně otupělý, částečně rezignovaný. Polymorbidní pacient, žijící na ulici. Třes rukou i po medikamentózní léčbě. Nyní klidový režim.

5. Spánek

Subjektivně

„Když si dám alkohol, spím dobře, pokud si nedám, začnu se třepat. Chodím si pravidelně pro diazepam, ten pomáhá. Spím, kde můžu, poslední dobou jsem unavený.“

Objektivně

Klidový režim nedodržuje, neustále odchází z lůžka. Bez problému usne i v cizím prostředí, ale lépe se usíná po alkoholu. Závislost na benzodiazepinech. Klidový režim nedodržuje, neustále odchází z lůžka. Návštěvy v nemocnici nechodí nebo nejsou puštěny ochrankou.

6. Vnímání, poznání

Subjektivně

„Vím, že jsem v nemocnici. Dnes je 22. 1.2014. Bolí mě celé tělo. Vím, že jsem nemocný a mám mnoho onemocnění, ale nechci s tím nic dělat. Chci umřít. Nejlépe opilý a ve spánku. Mám vystudovanou vysokou školu, ale nikdy jsem nechtěl pracovat.“

Objektivně

Pacient je orientován časem, místem i osobou, při vědomí. Plně chápe již důvod hospitalizace.

7. Vnímání sama sebe

Subjektivně

„Jsem celkem klidný člověk, ale umím se naštvat.“

Objektivně

Je klidný, když si vzpomene na cigaretu, je rozrušený. Stále je přítomný všudypřítomný třes rukou. Když si vzpomene na kamarády z ulice, je také rozrušený. Má u sebe mobilní telefon, ale nabíječku nemá. Z hospitalizace strach nemá, je zde hospitalizovaný opakovaně.

8. Plnění rolí

Subjektivně

„Už nic nechci měnit. V mém věku to stejně už ani nejde. Jsem takový, jaký jsem. Svoji situaci nechci řešit s nikým, nikde. Chci si žít svůj vlastní život

Objektivně

Svou životní roli má již dlouhou dobu danou a nechce ji měnit. Bydlí na ulici. Rodinu nemá a nechce. Úzkostí trpí jen občas. Je závislý na benzodiazepinecha

alkoholu. Rád se nechá hospitalizovat. Má neuspokojující pocit ze začlenění do společnosti, ale již rezignoval. Rodina mu zemřela při závažné autonehodě. Vědomosti o svém sociálním a zdravotním stavu napříč svému sociálnímu postavení velké. Nechce se začlenit do společnosti. Sociální role:

- Primární- 34 letý muž (polymorbidní)
- Sekundární- bezdětný, rodinu nemá
- Terciální- jako pacient chápe svoji roli, nesnaží se přizpůsobit.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

Subjektivně

„Občas si nějakou ženu najdu, ale jen na příležitostný sex. Nechci se k žádné vázat.“

Objektivně

V srpnu 2013 kolem kořene penisu shluk červů velikosti asi tenisového míčku dle anamnézy, ošetřeno urologem. Nyní penis bez výtoku, čistý. Děti nemá.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání

Subjektivně

„Ničím se moc nezatěžuju, nepracuju, stres nemám z ničeho. Když má nějakou zátěž, hlavně problémy s policií, opiju se a problémy přestanou.“

Objektivně

Nemá žádnou větší odpovědnost. Svoji odpovědnost za zdraví si plně neuvědomuje. Nepracuje. Na stres v nemocnici reaguje dobře. Úzkost cítí jen občas, vztekle se cítí, jen když si vzpomene na cigaretu. Myšlení je logické.

11. Víra, přesvědčení

Subjektivně

„Má smysl věřit v Boha? Má to smysl? Kam se ještě v životě podívám, chci umřít, tak k čemu mně víra v Boha je? V Boha se modlím, jen když potřebuju od někoho peníze na cigaretu, ať mně dá. Jinak se neumím modlit. Maminka i tatínek byli silně věřící lidé, byli moc hodní. Zemřeli při autonehodě. Tak proč bych měl v Boha věřit. Ale i přes toto do kostela občas zajdu. Zavzpomínat jako úctu lidem, kteří mně dají peníze a lidem, kteří mě nechají být nepokoji. Taky zdravotníkům, které už musím jistě štvát.“

Objektivně

Pacient je ateista, ale víra mu pomáhá smířit se s tragédií, která se mu udála. Vychován v křesťanské rodině. Kvalita života pro něj není důležitá. Duchovní nouzi netrpí, nechce trpět.

12. Bezpečnost, ochrana

Subjektivně

„Nikde a ničeho se nebojím, nic nemám, nic nemůžu ztratit.“

Objektivně

Pacient bydlí na ulici, nebojí se, že o něco přijde. Bojí se jen zimy. V rámci hospitalizace se nebojí. Pro opakované hospitalizace se nebojí. V nemocnici aktivní zahřívání pro hypotermii. Platí zvýšené riziko infekce jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál.

13. Komfort

Subjektivně

„Žádný komfort nepotřebuji, po žádném netoužím. Kdo nic nemá, nic nepotřebuje. Kam si lehnu, tam si lehnu, nebojím se, že o něco přijdu.“

Objektivně

Prostředí a komfort na ulici nelze objektivně popsat. Lze jen zažít. V nemocnici pacient umyt, má čisté pyžamo, aktivně zahříván, prostředí je klidné, čisté. Je na pokoji sám.

3.9 Stanovení ošetrovatelských diagnóz a plán péče

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny podle NANDA taxonomie I a rozděleny na diagnózy **aktuální** a **potenciální**. Aktuální diagnózy popisují naléhavé změny ve zdravotním stavu pacienta. V potenciálních diagnózách jsou uvedeny změny v pacientově stavu, které mohou nastat.

3.9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Bolest z důvodu základního onemocnění, projevující se zaujímáním úlevové polohy a gestikulací.
2. Deficit sebepéče v oblasti vprazdňování, hygieny, příjmu potravy z důvodu klidového režimu projevující se nesoběstačností
3. Dehydratace z důvodu nevyváženého objemu tělesných tekutin projevující se snížením kožního turgoru
4. Hypotenze z důvodu dehydratace projevující se malátností pacienta
5. Podvýživa z důvodu nepokousáním potravy projevující se úbytkem svalové hmoty.
6. Hypotermie z důvodu základního onemocnění projevující se třesavkou

3.9.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce z důvodu i.v. vstupů a PMK.
2. Riziko vzniku dekubitů z důvodu dočasné imobilizace.
3. Riziko zácpy z důvodu dočasné imobilizace

3.9.3 Podrobný rozpis ošetrovatelských diagnóz

Na následujících stranách jsou uvedeny podrobnosti k jednotlivým výše stanoveným ošetrovatelským diagnózám.

1. Bolest z důvodu základního onemocnění, projevující se zaujímáním úlevové polohy a gestikulací.

Ošetrovatelský cíl:

- pacient chápe příčinu bolesti
- pacient udává zmírnění nebo vymizení bolesti

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient je schopen hodnotit škálu bolesti (1. den)
- pacient se naučí metody ke zmírnění bolesti (1. Den)

Plán ošetrovatelských intervencí: 11:40

- posuď bolest (lokalizace, charakter, nástup, trvání, častost), pozoruj neverbální projevy pacienta (mimika)
- všímej si pacienta a jeho potíží
- sleduj fyziologické funkce, které se při bolesti můžou měnit
- informuj o úlevové poloze či prevenci bolesti

Realizace: 11:42

Bylo zřejmé, že pacient pociťuje bolest, proto jsem se aktivně zajímal, kde se bolest nachází, jakého je charakteru, kdy asi dlouho trvá. Poté jsem mu navrhl, ať zaujme takovou polohu, která mu je příjemná a u které se sníží pocit bolesti. Informoval jsem lékaře o možnosti podání analgetik. Po analgézii a úlevové polohy pacient usnul.

Hodnocení: 12:50

Pacientovi jsem snížil bolest díky analgézii, ovšem bolest zcela nevyzímela, proto se ošetrovatelský cíl z části vyplnil.

2. Deficit sebedpěče v oblasti vyprazdňování, hygieny, příjmu potravy z důvodu klidového režimu projevující se nesoběstačností.

Ošetrovatelský cíl:

- Zajištěny individuální potřeby pacienta

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- Pacient se aktivně podílí na hygieně svého těla, na krmení a vyprazdňování (3. den)

Plán ošetrovatelských intervencí: 6:30

- Zajisti alespoň 2x denně hygienickou péči
- Zajisti hygienickou péči o dutinu ústní
- Zajisti podávání stravy, krmení, příjem tekutin
- Sleduj vyprazdňování stolice, moče

Realizace: 6:32

Pacient se snažil pomáhat s hygienou až třetí den hospitalizace, dříve to nebylo možné. Pacient byl krmen ošetrovatelským personálem a snědl pokaždé celou porci. Péče o dutinu ústní byla prováděna za pomoci jednorázových čistících kartáčků. Byl zaveden permanentní močový katétr na odvádění moče a k sledování bilance tekutin. Na stolicí nebyl 3 dny.

Hodnocení: 7:00

Třetí den hospitalizace se pacient sám umyl, najedl a vyprázdnil. Ošetrovatelský cíl byl splněn.

3. Dehydratace z důvodu nevyváženého objemu tělesných tekutin projevující se snížením kožního turgoru.

Ošetrovatelský cíl:

- pacient má normální kožní turgor
- pacientova bilance tekutin je vyrovnaná

Priorita: Střední

Výsledná kritéria:

- podle laboratorních odběrů pacient netrpí dehydratací (2. den)
- sliznice a kůže jsou fyziologické (3. Den)

Ošetrovatelské intervence: po celý den

- monitoruj fyziologické funkce
- zhodnot' vyprazdňování moče
- zhodnot' laboratorní výsledky

Realizace: po celý den

Aktivně jsem podával pacientovi tekutiny a sledoval jsem laboratorní výsledky. Fyziologické hodnoty se monitorovaly co hodinu. Další infuzní terapie nemusela být nasazena.

Hodnocení: 3.den

Pacient má normální kožní turgor a jeho bilance tekutin je vyrovnaná. Ošetrovatelský cíl byl splněn.

4. Hypotenze z důvodu dehydratace projevující se malátností pacienta

Ošetrovatelský cíl:

- pacient má normotenzi

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient nemá mdloby (1. den)

Plán ošetrovatelských intervencí: po celý den

- monitoruj TK co hodinu
- aktivně podávej tekutiny
- předcházej pádu pacienta a jeho další poranění

Realizace: po celý den

Podával jsem aktivně tekutiny pacientovi. Dbal jsem na to, aby si pacient neublížil, monitoroval jsem krevní tlak co hodinu.

Hodnocení: po celý den

Po šesti hodinách měl pacient opět normotenzi.

5. Podvýživa z důvodu nepokousáním potravy projevující se úbytkem svalové hmoty.

Ošetrovatelský cíl:

- pacient přijímá potravu bez potíží
- pacient má zajištěnou dostatečnou hydrataci a výživu organismu

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient je schopen přijímat potravu a tekutiny (3. den)
- pacient má zajištěný nejvhodnější způsob krmení (3. den)
- pacient má normální kožní turgor a přiměřenou vlhkost sliznic (3. den)
- pacient neubývá na hmotnosti, hmotnost je odpovídající věku, konstituci (3. den)

Plán ošetrovatelských intervencí: 17:30

- zhodnot' dutinu ústní – stav sliznic, chrupu, jazyka
- zajisti pro nemocného vhodnou polohu při jídle s hlavou v mírném předklonu
- pacientovi připomínej, aby pomalu a důkladně žvýkal a soustředil se na polykání
- po každém krmení vyčisti dutinu ústní

Realizace: 17:30

Při každém jídle pacient seděl a byl při vědomí. Pro stav jeho chrupu měl pacient kašovitou stravu, aby se mu lépe polykalo. Vše probíhalo bez aspirace potravy.

Hodnocení:

Pacient přijímá potravu bez potíží a má zajištěnou dostatečnou hydrataci a výživu organismu. Cíl byl splněn.

6. Hypotermie z důvodu základního onemocnění projevující se třesavkou

Ošetrovatelský cíl:

- pacient udržuje tělesnou teplotu v normálním rozmezí

Priorita: vysoká

Výsledná kritéria:

- pacient chápe individuální rizikové faktory (1. den)
- pacient zná vhodné zákroky k udržení normální tělesné teploty (1. den)
- pacient umí sledovat a udržovat přiměřenou tělesnou teplotu (1. den)

Plán ošetrovatelských intervencí: 11:45

- udržuj přiměřené zevní prostředí
- monitoruj tělesnou teplotu pacienta
- aktivně pacienta zahřívej

Realizace: 11:40

Při příjmu měl pacient na sobě 2 peřiny, termofolii a byl vnitřně zahříván infuzními roztoky, poté se mu teplota zvýšila na normotermii. Jeho zdravotní stav nebyl poznamenán. Nedošlo k omrzlinám.

Hodnocení:

Nyní pacient udrží tělesnou teplotu v normálním rozmezí. Ošetrovatelský cíl byl splněn.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce z důvodu i.v. vstupů a PMK.

Ošetrovatelský cíl:

- pacient nebude ohrožen infekční komplikací

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient má laboratorní výsledky ve fyziologické normě (3. den)
- pacient má invazivní vstupy klidné, nebolestivé, bez začervenání (3. den)

Plán ošetrovatelských intervencí: každý den, 8:30

- pravidelně kontroluj stav pokožky v okolí místo vpichu (min. 1x denně)
- dodržuj aseptický postup dle standardů ošetrovatelské péče
- sleduj známky infekce
- sleduj místo vpichu
- sleduj průchodnost a funkčnost PMK
- informuj pacienta o možných rizicích vzniku infekce
- proved' záznam do dokumentace

Realizace: každý den, 8:30

Každý den ráno jsem převázal místo vpichu a kontroloval místní známky infekce jako je zarudnutí místa vpichu. Dodržoval jsem aseptický postup dle standardů. Taky jsem prováděl dezinfekci močového katetru a sledoval jeho funkčnost. Pacient byl informován o možných rizicích.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo ke vzniku infekce. Cíl byl splněn.

2. Riziko vzniku dekubitů z důvodu dočasné imobilizace.

Ošetrovatelský cíl:

- U pacienta bude minimalizováno riziko vzniku dekubitů

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- U pacienta bude porušena integrita kůže (3. den)

Plán ošetrovatelských intervencí: každý den

- Kontroluj stav pokožky v oblasti predilekčních míst
- Pravidelně polohuj pacienta dle protokolu
- Používej antidekubitní matrace

Realizace: každý den

Pacienta jsme polohovali co 2 hodiny a v noci co 3 hodiny. Vždy jsem promazal a zkontroloval predilekční místa. Kontroloval jsem i funkčnost antidekubitní matrace.

Hodnocení:

U pacienta nevznikl dekubit. Cíl byl splněn.

3. Riziko zácpy z důvodu dočasné imobilizace

Ošetrovatelský cíl:

- u pacienta nedojde k zácpě

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacient se vyprazdňuje pravidelně (3. den)

Plán ošetrovatelských intervencí: 7:00

- dle potřeby podávej běžná změkčovadla stolice, mírná stimulancia nebo prostředky zvětšující objem stolice
- dbej na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci
- zajisti dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění zvláčňujícími krémy

Realizace: 7:00

Pacientovi jsem podával aktivně tekutiny. Zajistil jsem mu soukromí na pokoji. Laxantiva nebyla potřebná.

Hodnocení:

Pacient se třetí den vyprázdnil.

3.10 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Pacient zprvu zcela nespolupracoval, byl apatický, ale postupem času a po účinné léčbě byl stále více spolupracující. Těšil se, až vyjde ven a bude propuštěn. Stav se zlepšoval. Pacient byl edukován a slíbil, že bude dodržovat léčebný a klidový režim. Třetího dne byl předán na standardní oddělení.

3.11 Doporučení pro praxi

- vyvarovat se pití alkoholu a zneužívání jiných návykových látek
- důsledně dbát na hygienu
- hlídat životosprávu
- pokusit se po psychické stránce vyrovnat s nastalou situací a v případě potřeby se nestydět vyhledat odbornou pomoc psychologa, psychiatrické léčebny či sociálních služeb
- vyzdvihnout v některých případech užitečnost psychiatrické léčby
- najít si pravidelný životní režim

- zkusit si najít práci
- naučit se, jak nebýt závislý na ostatních.

3.11.1 Doporučení pro rodinu pacienta

- Pokud rodinu má, najít společné východisko ze situace
- Doporučit nemocnému léčbu a aktivně jej podporovat v boji proti alkoholismu a svému sociálnímu statutu.

3.11.2 Doporučení pro zdravotnický personál

- informovat se o specifikách péče o pacienta s
- utřídit odpovídající plán ošetrovatelské péče
- dbát na správnou edukaci pacienta
- poskytnout pro pacienta psychickou, sociální či hmotnou podporu a případně zprostředkovat kontakt s odborníky v příslušných oborech (psycholog, psychiatrická léčebna)
- vyzdvihnout v některých případech užitečnost psychiatrické léčby.

3.12 Diskuze

Péče o pacienta v nemocnici s označením *causa socialis* zahrnuje především kvalitní spolupráci lékařského a nelékařského personálu, mezioborovou spolupráci mezi interními obory, traumatologickými a chirurgickými obory i obory následné péče. Dalším důležitým faktorem profesionální péče je nutná schopnost zdravotnických pracovníků pracovat s pacienty, které vidí často pro opakované hospitalizace. Z nezdání je pacient ráno propuštěn z nemocnice a večer je znovu přijat pro tu samou nebo jinou diagnózu. Schopnost profesionálně se starat se o pacienty, kteří jsou často velmi znečištěni a špinaví, a můžou na zdravotníka přenést různé infekční choroby je též ve zdravotnictví a akutní péči důležitým faktorem. Zamyšlení je nutno zvážit i nad finanční náročností opakovaných hospitalizací.

4 Závěr

Cílem práce bylo nastínit a provést individuální plán ošetrovatelské péče, posoudit aktuální stav a ukázat průběh hospitalizace jednoho pacienta, který byl hospitalizován opakovaně.

Je nutné si uvědomit přítomnost osob nižšího sociálního postavení a tuto otázku řešit. Vybudovat nemocnice pro bezdomovce a lidi, kteří potřebují bezplatnou pomoc. Lepší a důležitější je prevence, než řešení přidružených a závažných nemocí. Toto je potřeba si uvědomit a učinit patřičná opatření.

Pomoci kazuistiky jsme se snažili co možná nejlépe ilustrovat, jak probíhá hospitalizace od přijetí do nemocnice, přes všemožné komplikace až po ukončení hospitalizace. Je záhodno si všimnout, že sedmý den po propuštění z oddělení ARO, pacient podepsal negativní reverz na JIP a byl propuštěn na ulici. I přes další nutnost léčby a i přes značnou edukaci odešel.

Závěr pak patří typickému ošetrovatelskému zhodnocení dle M. Gordonové s přidáním subjektivních pocitů a názorů pacienta. Úplným závěrem bylo sepsáno stanovení ošetrovatelských diagnóz pro ještě lepší ilustraci a uvědomění si skrytého problému sociálního případu.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

1. DINGOVÁ, Michaela — ŽIAKOVÁ, Katarína. Špecifiká starostlivosti o rómsku populáciu. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Vyd. 1. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2005. 2005, s. 272-285. ISBN: 80-88866-32-4.
2. DRAGOMIRECKÁ, Eva — HRNČÍŘOVÁ, Dana. Bezdomovectví a duševní zdraví. In: *Česká psychiatrie a svět*. 1. vyd. Praha : Galén, c2004. 2004, s. 31-34. ISBN: 80-7262-273-0.
3. FINKELSTEIN, Marni. *With no direction home: homeless youth on the road and in the streets*. Belmont : Thomson-Wadsworth, c2005. ISBN: 0-534-62649-1.
4. FITZPATRICK, Suzanne — KEMP, Peter — KLINKER, Susanne. *Bezdomovství: přehled výsledků výzkumů z Velké Británie*. 1st Czech ed. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN: 80-86625-15-X.
5. JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3679-2.
6. KUBA, František. Nástin diskriminace menšiny v kultuře ČR, sociální vyloučení. In: *I. česko-slovenská konference doktorandů oborů pomáhajících profesí*. Ostrava : Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2008. 2008, nestr. ISBN: 978-80-7368-594-2.
7. MAREK, Jakub — STRNAD, Aleš — HOTOVCOVÁ, Lucie. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0090-1.
8. MAREK, Jakub. Proces reintegrace mladých bezdomovců do společnosti. In: *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2013. 2013, s. 205-321. ISBN: 978-80-246-2209-5.
9. PAVELKOVÁ, Jaroslava. *Problematika lidí v nouzi*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN: 978-80-7290-338-2.

10. PRŮDKOVÁ, Táňa — NOVOTNÝ, Přemysl. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. ISBN: 978-80-7387-100-0.
11. ŠOLTÝSOVÁ, Marcela — HRDLIČKA, Michal. Schizofrenie s velmi časným začátkem u šestiletého chlapce: klinický obraz a léčba. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2010, roč. 106, č. 6, s. 377-380. ISSN: 1212-0383.
12. VÁGNEROVÁ, Marie — CSÉMY, Ladislav — MAREK, Jakub. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2013. ISBN: 978-80-246-2209-5.

Články

13. BAJER, Pavel. Případ Půlnoční bouře z pohledu organizací sociálních služeb. *Sociální práce*, 2006, č. 3, s. 7. ISSN: 1213-6204.
14. BARTÁK, Miroslav — HNILICOVÁ, Helena. Zdravotní stav bezdomovců v ČR a jeho determinanty. Výsledky kvalitativního výzkumu. *Zdravotnictví v České republice*, 2006, Roč. 9, č. 1, s. 38-40. ISSN: 1213-6050.
15. BARTÁK, Miroslav. Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty. *Zdravotnictví v České republice*, 2004, č. říjen, s. 76-81. ISSN: 1213-6050.
16. CSÉMY, Ladislav — SOVINOVÁ, Hana — RÁŽOVÁ, Jarmila — PROVAZNÍKOVÁ, Dana. Trendy v kuřáctví dětí a dospívajících v České republice v období 1994 až 2006 a vybrané souvislosti kouření mezi adolescenty. *Hygiena*, 2008, roč. 53, č. 2, s. 48-52. ISSN: 1802-6281.
17. DOBEŠOVÁ, Barbara. Mateřství soukromé i veřejné - případ instituce SOS dětské vesničky. *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 1, s. 118-126. ISSN: 1213-6204.
18. EXNER, André den. The European court of justice and the Keller case: A bridge too far?. *Zdravotnické právo v praxi*, 2005, Roč. 3, č. 3, s. 53-56. ISSN: 1214-2883.
19. FREMROVÁ, Vladimíra. Kazuistika - Hojení rozsáhlého dekubitu u pacienta s paraparézou dolních končetin. *Multidisciplinární péče*, 2006, roč. 1, č. 4, s. 18-22. ISSN: 1802-0658.
20. GABRIEL, Josef. Bude mít Praha komunitní plán pro 22 městských částí?: Kam dospěje komunitní plánování v Praze?. *Zdravotnické noviny*, 2004, roč. 53, č. 39. ISSN: 1805-2355.

21. GAVLASOVÁ, Lenka — BADUROVÁ, Květoslava. I takové defekty lze léčit vlhkou terapií. *Florence*, 2012, roč. 8, č. 5, s. 17-21. ISSN: 1801-464X.
22. GEBHART, Jaroslav. Předpoklady vzniku nových sociálních zákonů, zejména o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří po vzniku ČSR. *Revizní a posudkové lékařství*, 2013, roč. 16, č. 2, s. 68-76. ISSN: 1214-3170.
23. HAIČMAN, Oldřich — BAJER, Pavel. Činnost Charity je zárukou důvěryhodné filantropie a veřejné prospěšnosti: [rozhovor]. *Sociální práce*, 2008, roč. 8, č. 4, s. 18-20. ISSN: 1213-6204.
24. HANZLÍČKOVÁ, Dana. Tentamen suicidi - kazuistika. *Multidisciplinární péče*, 2006, roč. 1, č. 4, s. 3-5. ISSN: 1802-0658.
25. HLOUŠEK, Jan. Dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních. 3. část., Právní ukotvení dobrovolných programů a analýza rizik při jejich realizaci. *Zdravotnické fórum*, 2012, roč. 2012, č. 5, s. 28-32. ISSN: 1804-9664.
26. HOLCNEROVÁ, Petra. Závislostní chování na internetu - případová studie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2011, roč. 107, č. 5, s. 301-306. ISSN: 1212-0383.
27. HRADECKÝ, Ilja. [Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I]. *Sociální práce*, 2005, č. 4, s. 165-166. ISSN: 1213-6204.
28. HRADECKÝ, Ilja. Co je v Národní zprávě o bezdomovství za rok 2005?. *Sociální práce*, 2006, č. 4, s. 64-76. ISSN: 1213-6204.
29. JÍRA, Václav — VOREL, František — VELEMÍNSKÝ, Miloš. Vraždy novorozenců v České republice a psychosociální stav jejich matek. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2005, roč. 1, č. 1, s. 30-44. ISSN: 1801-0261.
30. KOPŘIVOVÁ, Jana — KORBEL, Josef. Návrat ztracené důstojnosti: [dům Josefa Korbela - centrum sociálních služeb Armády spásy]. *Sociální práce*, 2006, č. 4, s. 19-21. ISSN: 1213-6204.
31. LAKOMÝ, Radek — POPRACH, Alexandr — VYZULA, Rostislav. Pseudoprogrese při léčbě ipilimumabem u pacienta s diseminovaným maligním melanomem. *Farmakoterapie*, 2012, roč. 8, č. 2, s. 153-155. ISSN: 1801-1209.
32. LANGSTEIN, Karol. Deti v sociálnej a krízovej intervencii. *Sociální práce*, 2012, roč. 12, č. 3, s. 40-42. ISSN: 1213-6204.
33. LINDOVSKÁ, Eliška. Práce se sítěmi služeb u lidí bez domova. *Sociální práce*, 2012, roč. 12, č. 1, s. 102-111. ISSN: 1213-6204.

34. MARTYNKOVÁ, Anna — SIKOROVÁ, Lucie. Život dítěte s cystickou fibrózou očima dětské sestry a rodičů. *Pediatric pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 2, s. 131-133. ISSN: 1213-0494.
35. MATÝŠKOVÁ, Miloslava — INGR, Martin. Procesy certifikace ve zdravotnictví prostřednictvím Bureau Veritas Certification. In: *ICEQ*. Pardubice : STAPRO, [200-]-. 2007, s. 72-73.
36. MENZLOVÁ, Milena. Diagnostické možnosti prstové pletyzmografie. *Dermatologie pro praxi*, 2008, roč. 2, č. 4, s. 190-194. ISSN: 1802-2960.
37. MITLÖHNER, Miroslav. Hranice přípustného rizika a odpovědnosti ve zdravotnictví a v pomáhajících profesích. *Zdravotnictví a právo*, 2009, roč. 13, č. 11, s. 12-21. ISSN: 1211-6432.
38. PEKÁRKOVÁ, Andrea. Bezdomovec pacientem - pacient člověkem. *Vita nostra revue*, 2010, roč. 19, č. 2, s. 52-55. ISSN: 1212-5083.
39. PEYCHL, Ivan. Shaken baby syndrome. *Časopis lékařů českých*, 2005, Roč. 144, č. 3, s. 185-187. ISSN: 0008-7335.
40. PLACHÝ, Antonín. Individuální plánování s bezdomovci. *Sociální práce*, 2008, č. 1, s. 58-60. ISSN: 1213-6204.
41. POMPACH, Martin — CARDA, Martin — VANÁČ, Jan — PEŘINA, Milan. Zlomenina patní kosti - život ohrožující zranění. *Úrazová chirurgie*, 2006, Roč. 14, č. 1, s. 7-11. ISSN: 1211-7080.
42. VÁGNEROVÁ, Marie — CSÉMY, Ladislav — MAREK, Jakub. Osobnost mladých bezdomovců. *Psychiatrie*, 2012, roč. 16, č. 1, s. 8-13. ISSN: 1211-7579.
43. VAVŘINKOVÁ, Blanka. Prenatální péče o sociálně problémové ženy: Prenatální péče. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2004, Roč. 13, č. 4, s. 936-937. ISSN: 1211-1058.
44. VEREŠ, Martin. Nejčastější příčiny bezdomovectva u seniorov. *Kontakt*, 2008, roč. 10, č. 2, s. 326-333. ISSN: 1212-4117.
45. ZVONARŮVÁ, Marcela — BAJER, Pavel. Každý případ je nutno posuzovat individuálně: [rozhovor]. *Sociální práce*, 2005, č. 2, s. 2-6. ISSN: 1213-6204.
46. ŽIŽLAVSKÝ, Roman. Problematika osob bez přístřeší. *Zdravotnické noviny*, 2012, roč. 61, č. 1, s. 22. ISSN: 1805-2355.

Elektronické zdroje

47. Causus socialis. [online]. 2012. [cit. 2014-04-01]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/casus-socialis>

48. PŘIBYLOVÁ, Kristýna. Řízení péče o chronicky nemocné v ČR na případu celiakie [[elektronický zdroj]]. *Zdravotnictví v České republice*, 2012, roč. 15, č. 3-4, s. 2-7. ISSN: 1213-6050.

Zahraniční literatura

49. MORICOVÁ, Štefánia., BARTOŠOVIČ, Ivan., HEGYI, Ladislav. *Znevýhodněné skupiny vo verejnom zdravotníctve*, 2013. Bratislava: Veda. ISBN: 978-80-224-1278-0.

50. FLASKERUD, Jacquelyn., STREHLOW, Aaron A culture of homelessness. *Issues in Mental Health Nursing*. USA, Inc., 2008, č.10, s. 1151-1154. ISSN: 0161-2840.

Přílohy

Příloha A - žádost o umožnění sběru informací v souvislosti s bakalářskou prací

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S BAKALÁŘSKOU PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Jan Plátek

Datum narození: 28.2.1990

tel.: 603 948 350

Adresa (pro zaslání vyjádření): Nový Hrozenkov 885, 75604

Škola / Fakulta: Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Duškova 7, Praha 5, 150 00

Obor studia: Zdravotnický záchranář

Stupeň kvalifikace: bakalář

Téma závěrečné práce: Causa socialis v neodkladné péči z pohledu zdravotnického záchranáře

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Koronární JIP

Žádám o umožnění sběru informací ohledně zdravotního stavu pacienta na koronární-JIP Bařovi nemocnice Zlín. Informace budou použity pouze za účelem zhotovení bakalářské práce. Zavazuji se, že osobní údaje pacienta, nebudou nijak zneužity.

14. 2014

Datum



Podpis

Vyplňuje nemocnice:

Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance:

ano

ne

14. 2014

Datum

Podpis a razítko

Příloha B – rešerše

Rešeršní historie:

1. poruchy sociálního chování	415 záznamů
2. sociální lékařství	726 záznamů
3. sociální péče	2116 záznamů
4. sociální práce	1007 záznamů
5. sociální problémy	738 záznamů
6. sociální přizpůsobení	419 záznamů
7. sociologie	533 záznamů
8. sociologie lékařská	121 záznamů
9. případ	3753 záznamů
10. causa	1531 záznamů
11. 9 OR 10	5282 záznamů
12. 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8	5574 záznamů
13. 11 AND 12	4 záznamů
14. lidé bez domova	169 záznamů
15. 12 AND 14	44 záznamů
16. 7 AND 14	1 záznamů
17. causa and socialis	0 záznamů
18. sociální and případ	46 záznamů

1.

Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020. Praha : MPSV, c2013. ISBN: 978-80-7421-072-3.

2.

Komentář - Poruchy intelektu. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 2013, roč. 23, č. 6, s. 61-62. ISSN: 1212-6152.

3.

GEBHART, Jaroslav. Předpoklady vzniku nových sociálních zákonů, zejména o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří po vzniku ČSR. *Revizní a posudkové lékařství*, 2013, roč. 16, č. 2, s. 68-76. ISSN: 1214-3170.

4.

MAREK, Jakub. Proces reintegrace mladých bezdomovců do společnosti. In: *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2013. 2013, s. 205-321. ISBN: 978-80-246-2209-5.

5.

VÁGNEROVÁ, Marie — CSÉMY, Ladislav — MAREK, Jakub. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2013. ISBN: 978-80-246-2209-5.

6.

VÁGNEROVÁ, Marie. Životní příběhy mladých bezdomovců. In: *Bezdomovectví jako*

alternativní existence mladých lidí. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2013. 2013, s. 9-188. ISBN: 978-80-246-2209-5.

7.

PŘIBYLOVÁ, Kristýna. Řízení péče o chronicky nemocné v ČR na případu celiakie [[elektronický zdroj]]. *Zdravotnictví v České republice*, 2012, roč. 15, č. 3-4, s. 2-7. ISSN: 1213-6050.

8.

LANGSTEIN, Karol. Deti v sociálnej a krízovej intervencii. *Sociální práce*, 2012, roč. 12, č. 3, s. 40-42. ISSN: 1213-6204.

9.

LINDOVSKÁ, Eliška. Práce se sítěmi služeb u lidí bez domova. *Sociální práce*, 2012, roč. 12, č. 1, s. 102-111. ISSN: 1213-6204.

10.

PAVELKOVÁ, Jaroslava. People in need: Characterization of phenomenon. *Anthropologia integra*, 2012, roč. 3, č. 1, s. 31-37.

11.

HLOUŠEK, Jan. Dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních. 3. část,. Právní ukotvení dobrovolných programů a analýza rizik při jejich realizaci. *Zdravotnické fórum*, 2012, roč. 2012, č. 5, s. 28-32. ISSN: 1804-9664.

12.

LAKOMÝ, Radek — POPRACH, Alexandr — VYZULA, Rostislav. Pseudoprogrese při léčbě ipilimumabem u pacienta s diseminovaným maligním melanomem. *Farmakoterapie*, 2012, roč. 8, č. 2, s. 153-155. ISSN: 1801-1209.

13.

GAVLASOVÁ, Lenka — BADUROVÁ, Květoslava. I takové defekty lze léčit vlhkou terapií. *Florence*, 2012, roč. 8, č. 5, s. 17-21. ISSN: 1801-464X.

14.

ŽIŽLAVSKÝ, Roman. Problematika osob bez přístřeší. *Zdravotnické noviny*, 2012, roč. 61, č. 1, s. 22. ISSN: 1805-2355.

15.

MARTYNKOVÁ, Anna — SIKOROVÁ, Lucie. Život dítěte s cystickou fibrózou očima dětské sestry a rodičů. *Pediatric pro praxi*, 2012, roč. 13, č. 2, s. 131-133. ISSN: 1213-0494.

16.

VÁGNEROVÁ, Marie — CSÉMY, Ladislav — MAREK, Jakub. Osobnost mladých bezdomovců. *Psychiatrie*, 2012, roč. 16, č. 1, s. 8-13. ISSN: 1211-7579.

17.

MAREK, Jakub — STRNAD, Aleš — HOTOVCOVÁ, Lucie. *Bezdomovectví: v*

kontextu ambulantních sociálních služeb. Vyd. 1. Praha : Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0090-1.

18.

HOLCNEROVÁ, Petra. Závislostní chování na internetu - případová studie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2011, roč. 107, č. 5, s. 301-306. ISSN: 1212-0383.

19.

PEKÁRKOVÁ, Andrea. Bezdomovec pacientem - pacient člověkem. *Vita nostra revue*, 2010, roč. 19, č. 2, s. 52-55. ISSN: 1212-5083.

20.

SEKANINOVÁ, Anna — VAJGLOVÁ, Pavlína. Prevence pádů - vyšší kvalita a bezpečí pro pacienta. In: *Řízená kvalita ve zdravotní a sociální sféře*. Ostrava : Dům techniky Ostrava, 2004-. 2010, B23-B29. .

21.

ŠOLTÝSOVÁ, Marcela — HRDLIČKA, Michal. Schizofrenie s velmi časným začátkem u šestiletého chlapce: klinický obraz a léčba. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2010, roč. 106, č. 6, s. 377-380. ISSN: 1212-0383.

22.

DOBEŠOVÁ, Barbara. Mateřství soukromé i veřejné - případ instituce SOS dětské vesničky. *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 1, s. 118-126. ISSN: 1213-6204.

23.

MITLÖHNER, Miroslav. Hranice přípustného rizika a odpovědnosti ve zdravotnictví a v pomáhajících profesích. *Zdravotnictví a právo*, 2009, roč. 13, č. 11, s. 12-21. ISSN: 1211-6432.

24.

KUBA, František. Nástin diskriminace menšiny v kultuře ČR, sociální vyloučení. In: *I. česko-slovenská konference doktorandů oborů pomáhajících profesí*. Ostrava : Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2008. 2008, nestr. ISBN: 978-80-7368-594-2.

25.

PRŮDKOVÁ, Táňa — NOVOTNÝ, Přemysl. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. ISBN: 978-80-7387-100-0.

26.

HAIČMAN, Oldřich — BAJER, Pavel. Činnost Charity je zárukou důvěryhodné filantropie a veřejné prospěšnosti: [rozhovor]. *Sociální práce*, 2008, roč. 8, č. 4, s. 18-20. ISSN: 1213-6204.

27.

VEREŠ, Martin. Nejčastější příčiny bezdomovectva u seniorov. *Kontakt*, 2008, roč. 10, č. 2, s. 326-333. ISSN: 1212-4117.

28.

SVOBODA, Zdeněk — ŠTURMOVÁ, Michaela. Zdeněk Svoboda: "Zdrojem podpory a motivace jsou především výborní kolegové a přátelé": [rozhovor]. *Sociální péče*, 2008, č. 5, s. 30-32. ISSN: 1213-2330.

29.

MENZLOVÁ, Milena. Diagnostické možnosti prstové pletyzmografie. *Dermatologie pro praxi*, 2008, roč. 2, č. 4, s. 190-194. ISSN: 1802-2960.

30.

PLACHÝ, Antonín. Individuální plánování s bezdomovci. *Sociální práce*, 2008, č. 1, s. 58-60. ISSN: 1213-6204.

31.

CSÉMY, Ladislav — SOVINOVÁ, Hana — RÁŽOVÁ, Jarmila — PROVAZNÍKOVÁ, Dana. Trendy v kuřáctví dětí a dospívajících v České republice v období 1994 až 2006 a vybrané souvislosti kouření mezi adolescenty. *Hygiena*, 2008, roč. 53, č. 2, s. 48-52. ISSN: 1802-6281.

32.

PAVELKOVÁ, Jaroslava. *Problematika lidí v nouzi*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN: 978-80-7290-338-2.

33.

MATÝŠKOVÁ, Miloslava — INGR, Martin. Procesy certifikace ve zdravotnictví prostřednictvím Bureau Veritas Certification. In: *ICEQ*. Pardubice : STAPRO, [200-]-. 2007, s. 72-73.

34.

INGR, Martin. Komplexní řízení bezpečnosti informací v zdravotnických zařízeních. In: *ICEQ*. Pardubice : STAPRO, [200-]-. 2007, s. 68.

35.

PEPRLA, Jaroslav — SVOBODA, Oldřich. Přidaná hodnota rizikově orientované certifikace. In: *Řízená kvalita ve zdravotní a sociální sféře*. Ostrava : Dům techniky Ostrava, 2004-. 2006, C14-C16. .

36.

HRADECKÝ, Ilja. Co je v Národní zprávě o bezdomovství za rok 2005?. *Sociální práce*, 2006, č. 4, s. 64-76. ISSN: 1213-6204.

37.

KOPŘIVOVÁ, Jana — KORBEL, Josef. Návrat ztracené důstojnosti: [dům Josefa Korbela - centrum sociálních služeb Armády spásy]. *Sociální práce*, 2006, č. 4, s. 19-21. ISSN: 1213-6204.

38.

BAJER, Pavel. Příklad Půlnoční bouře z pohledu organizací sociálních služeb. *Sociální práce*, 2006, č. 3, s. 7. ISSN: 1213-6204.

39.

BARTÁK, Miroslav — HNILICOVÁ, Helena. Zdravotní stav bezdomovců v ČR a jeho determinanty. Výsledky kvalitativního výzkumu. *Zdravotnictví v České republice*, 2006, Roč. 9, č. 1, s. 38-40. ISSN: 1213-6050.

40.

POMPACH, Martin — CARDA, Martin — VANÁČ, Jan — PEŘINA, Milan. Zlomenina patní kosti - život ohrožující zranění. *Úrazová chirurgie*, 2006, Roč. 14, č. 1, s. 7-11. ISSN: 1211-7080.

41.

FREMROVÁ, Vladimíra. Kazuistika - Hojení rozsáhlého dekubitu u pacienta s paraparérou dolních končetin. *Multidisciplinární péče*, 2006, roč. 1, č. 4, s. 18-22. ISSN: 1802-0658.

42.

HANZLÍČKOVÁ, Dana. Tentamen suicidi - kazuistika. *Multidisciplinární péče*, 2006, roč. 1, č. 4, s. 3-5. ISSN: 1802-0658.

43.

DINGOVÁ, Michaela — ŽIAKOVÁ, Katarína. Špecifiká starostlivosti o rómsku populáciu. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Vyd. 1. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2005. 2005, s. 272-285. ISBN: 80-88866-32-4.

44.

FINKELSTEIN, Marni. *With no direction home: homeless youth on the road and in the streets*. Belmont : Thomson-Wadsworth, c2005. ISBN: 0-534-62649-1.

45.

JÍRA, Václav — VOREL, František — VELEMÍNSKÝ, Miloš. Vraždy novorozenců v České republice a psychosociální stav jejich matek. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2005, roč. 1, č. 1, s. 30-44. ISSN: 1801-0261.

46.

ZVONAŘOVÁ, Marcela — BAJER, Pavel. Každý případ je nutno posuzovat individuálně: [rozhovor]. *Sociální práce*, 2005, č. 2, s. 2-6. ISSN: 1213-6204.

47.

HRADECKÝ, Ilja. [Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I]. *Sociální práce*, 2005, č. 4, s. 165-166. ISSN: 1213-6204.

48.

EXNER, André den. The European court of justice and the Keller case: A bridge too far?. *Zdravotnické právo v praxi*, 2005, Roč. 3, č. 3, s. 53-56. ISSN: 1214-2883.

49.

PEYCHL, Ivan. Shaken baby syndrome. *Časopis lékařů českých*, 2005, Roč. 144, č. 3, s. 185-187. ISSN: 0008-7335.

50.
DRAGOMIRECKÁ, Eva — HRNČÍŘOVÁ, Dana. Bezdomovectví a duševní zdraví. In: *Česká psychiatrie a svět*. 1. vyd. Praha : Galén, c2004. 2004, s. 31-34. ISBN: 80-7262-273-0.
51.
MOJŽÍŠ, Petr. Příklad ženy, která nechtěla nic měnit. *Homeopatie*, 2004, č. 44, s. 24-27.
52.
VAVŘINKOVÁ, Blanka. Prenatální péče o sociálně problémové ženy: Prenatální péče. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2004, Roč. 13, č. 4, s. 936-937. ISSN: 1211-1058.
53.
BARTÁK, Miroslav. Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty. *Zdravotnictví v České republice*, 2004, č. říjen, s. 76-81. ISSN: 1213-6050.
54.
GABRIEL, Josef. Bude mít Praha komunitní plán pro 22 městských částí?: Kam dospěje komunitní plánování v Praze?. *Zdravotnické noviny*, 2004, roč. 53, č. 39. ISSN: 1805-2355.
55.
Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I.: (bezdomovství v zrcadle veřejné politiky). Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004.
56.
FITZPATRICK, Suzanne — KEMP, Peter — KLINKER, Susanne. *Bezdomovství: přehled výsledků výzkumů z Velké Británie*. 1st Czech ed. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN: 80-86625-15-X.
57.
e-informační bulletin SKOK [elektronický zdroj]: pro organizace působící v sociální a zdravotně sociální oblasti. Praha : SKOK, 2001- .

Příloha C Anglická rešerše

1. The worlds of homeless white and African American youth in San Francisco, California: a cultural epidemiological comparison.

Hickler B, Auerswald CL.

Soc Sci Med. 2009 Mar;68(5):824-31. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.12.030. Epub 2009 Jan 21.

PMID: 19157665 [PubMed - indexed for MEDLINE]

2. A culture of homelessness?

Flaskerud JH, Strehlow AJ.

Issues Ment Health Nurs. 2008 Oct;29(10):1151-4. doi:
10.1080/01612840802319688. No abstract available.

PMID: 18853352 [PubMed - indexed for MEDLINE]

3. Maryland medicine. Introduction.

Bahr RD.

Md Med. 2008 Autumn;9(4):7-8. No abstract available.

PMID: 19186589 [PubMed - indexed for MEDLINE]

4. Paradigm lost? Reconsidering health psychology.

Flick U.

J Health Psychol. 2006 May;11(3):351-4; author reply 401-8.

PMID: 16774885 [PubMed - indexed for MEDLINE]

5. Poverty causes illness!

Wolff H.

Soz Praventivmed. 2004;49(1):1-2. No abstract available.

PMID: 15040117 [PubMed - indexed for MEDLINE]

6. Medicalizing homelessness: the production of self-blame and self-governing within homeless shelters.

Lyon-Callo V.

Med Anthropol Q. 2000 Sep;14(3):328-45.

PMID: 11036582 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7. Witnessing and the medical gaze: how medical students learn to see at a free clinic for the homeless.

Davenport BA.

Med Anthropol Q. 2000 Sep;14(3):310-27.

PMID: 11036581 [PubMed - indexed for MEDLINE]