

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Možnost aplikace modelu Leiningerové v ošetrovatelské péči
o bezdomovce**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Polanová

Autor:

Ludmila Vlková

15. 8. 2011

Abstract

The possibility to apply the Leininger's model within the nursing care for homeless people

The thesis deals with the lifestyle of homeless people and subsequently also with the issue of nursing care for these people; such a care is a specific one due to their lifestyle. Next, the thesis works with the model by Madeleine Leininger, as well as with the model of Joyce Newman Giger and Ruth Davidhizar, which belongs to transcultural nursing sphere and is understood as the way how to overcome differences between the nursing subculture and homeless people subculture within the nursing process. Within the scope of the thesis, we have decided to research the possibility to apply the Leininger's model within the nursing care for homeless people, from the nurses' point of view, using the quantitative method, and the questionnaire technique. For the research purposes were set 5 goals: 1st Goal – to find out what is the attitude of nurses to homeless people. 2nd Goal – to inquire information from nurses related to the facts how is going the nursing care for homeless people. 3rd Goal – to research, whether nurses from the selected hospitals may use the Leininger's model when nursing the homeless people. 4th Goal – to make sure ourselves whether nurses are aware of the differences resulting from the lifestyle of homeless people. 5th Goal – to search where, according to the opinion of nurses, are the homeless people going when leaving hospital to be “home-nursed”. The goals were met.

Hypothesis 1 – that nurses appraise negatively the lifestyle of homeless people – was proved. Hypothesis 2 – that nursing care for homeless people is performed in the same way as in case of other clients – was not proved. Hypothesis 3 – that nurses of higher than secondary education do know the Leininger's model – was proved. Hypothesis 4 – that nurses consider the application of Leininger's model within the nursing care for homeless people useful – was proved. Hypothesis 5 – that nurses take into consideration differences in lifestyle of homeless people – was proved. Hypothesis 6 – that nurses do not know where the homeless people go when leaving hospitals to be “home-nursed” – was not proved. Analysing the gathered information there also resulted another Hypothesis 7 – that nurses prefer application of the model by Joyce

Newman Giger and Ruth Davidhizar prior to using the model by Madeleine Leininger within the nursing care for the homeless people; such a hypothesis was proved. However, I recommend a check of the hypothesis in the course of more goal-directed research.

The output of the thesis related to the practice is the possibility to apply the found out findings in the nursing care for homeless people to minimize possible conflicts, as well as their application for the purposes of more respectable and purposeful work with the homeless people, which could be without any frustration feelings related to the given nursing care.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Možnost aplikace modelu Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1988 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

14. Červenec 2011.

Podpis studenta

Ludmila Vlková

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení. Zároveň děkuji své rodině za podporu, zvláště matce Ing. Ludmile Vlkové a babičce MUDr. Vítězslavě Vlkové za poznámky k formální úpravě práce. V neposlední řadě děkuji za pomoc zúčastněným sestřám z FN Plzeň, z Nemocnice České Budějovice, a.s., z Městské nemocnice Privamed, a.s. v Plzni, ze Zdravotního střediska Věznice Plzeň a sestře z Psychiatrické léčebny Bohnice.

Obsah	
	Úvod 2
1	Současný stav 3
1.1	Bezdomovectví 3
1.1.1	<i>Etiologie bezdomovectví</i> 4
1.1.2	<i>Psychický stav a chování bezdomovců</i> 6
1.1.3	<i>Pomoc bezdomovcům</i> 7
1.1.4	<i>Úroveň zdravotního stavu bezdomovců</i> 8
1.1.5	<i>Zdravotní péče o bezdomovce</i> 10
1.2	Specifika ošetrovatelské péče o bezdomovce 12
1.2.1	<i>Způsob saturace potřeb bezdomovců jimi samými</i> 13
1.2.2	<i>Bezdomovci v roli pacientů</i> 14
1.2.3	<i>Ošetřování pacienta bezdomovce z pohledu sestry</i> 15
1.2.4	<i>Komunikace mezi sestrou a bezdomovcem</i> 17
1.3	Teorie transkulturní péče Madeleine Leiningerové 18
1.3.1	<i>Dr. Madeleine Leiningerová</i> 20
1.3.2	<i>Model vycházejícího slunce Madeleine Leiningerové</i> 21
1.3.3	<i>Způsoby aplikace modelu Madeleine Leiningerové</i> 23
1.3.4	<i>Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové</i> 25
2	Cíle práce a hypotézy 27
3	Metodika 28
3.1	Metodika práce 28
3.2	Charakteristika výzkumného souboru 29
4	Výsledky 30
5	Diskuze 70
6	Závěr 84
7	Seznam použitých zdrojů 86
8	Klíčová slova 89
9	Přílohy 90

Úvod

Bezdomovectví je jev široce rozšířený i u nás v České republice. Příčiny, proč lidé nemají vlastní domov, jsou rozmanité, od ukončení pobytu v dětském domově po dosažení plnoletosti, ztrátu rodiny či zaměstnání až po závislosti. Bezdomovci často žijí osaměle v omezených podmínkách pro aktivity obyčejného života. Jejich útočištěm jsou veřejná prostranství a budovy, opuštěná stavení, noclehárny a tak podobně. Životní styl lidí bez domova nahrává zdravotním problémům. Mnohdy bezdomovci bývají vícečetně nemocní, přičemž zdravotní poškození bývá komplikováno jejich životní situací. Někdy se lidé bez domova pro onemocnění dostávají do nemocničních zařízení, kde je jim také poskytována ošetrovatelská péče.

Přístup sester k pacientovi bezdomovci by mohl být ovlivněn předsudky pro odlišnosti stylu jeho života. Průběh péče o bezdomovce může být někdy komplikován vystupováním bezdomovce a nepochopením osoby bezdomovce ze strany ošetrovatelského personálu. Konečnou komplikací je i propuštění bezdomovce z péče. V situaci, kdy sestra ošetřuje bezdomovce, lze mluvit o střetu dvou subkultur, a to zdravotnické subkultury a subkultury lidí bez domova. Obě tyto subkultury mají svůj specifický jazyk, hodnoty a postoje, které se od sebe navzájem liší, a tak může vzniknout konflikt mezi členy těchto dvou subkultur.

Východiskem by mohlo být transkulturní ošetrovatelství, které založila dr. Madeleine Leiningerová. Její teorie transkulturní péče obdržela pojmenování dle schematického zobrazení jako Model vycházejícího slunce. Ošetřování klientů dle modelu dr. Madeleine Leiningerové zohledňuje jejich kulturní zvyklosti, normy a chování. Sestrám umožňuje pochopit osobnost klienta patřícího k jiné kultuře či subkultuře než jsou ony a plánovat péči kulturně vhodnou pro tohoto klienta. Cílem této práce je zjistit, zda je možné užít Modelu vycházejícího slunce Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce.

1 Současný stav

Vliv globalizace umožňuje setkávání kulturně odlišných lidí ve společnosti. Tito kulturně odlišní lidé se občas dostanou do situace, kdy potřebují ošetrovatelskou péči. Požadavkem na sestru je poskytnout péči v souladu s transkulturním ošetrovatelstvím, jehož zakladatelkou a hlavní představitelkou je profesorka a doktorka Madeleine Leiningerová. Jedni z kulturně odlišných lidí jsou i bezdomovci, kteří spadají do tzv. kultury chudoby (4, 24).

Lidé postižení bezdomovectvím jsou neschopni převzít odpovědnost za svůj život, provází je bezradnost a bezmoc, charakterizovanou pocitem nekontrolovatelnosti momentální situace a pozbytím dovedností tuto situaci změnit. Ocítají se v podmínkách absence obydlí i domova (5, 7, 29, 31).

1.1 Bezdomovectví

Bezdomovectví se v České republice plně projevilo po změně politického režimu. V období před rokem 1989 by byl každý nezaměstnaný a potulující se občan obviněn z přečinu příživnictví a souzen nebo by byl léčen v psychiatrické léčebně. Zrušení kriminálního činu příživnictví společně s privatizací státních podniků s následným zmizením podnikových ubytoven bezdomovectví podpořilo a zviditelnilo (22, 25).

Bezdomovectví je široký jev, který nelze ostře vymezit. Životní styl lidí bez domova vyžaduje holistický pohled. Bezdomovci často žijí bez práce, rodiny, pout k ostatním členům společnosti, stojí odříznutí na jejím okraji. Bezdomovec může mít trvalé bydliště, jenže nesmí či odmítá v něm bydlet, ale jsou i bezdomovci úředně bez bydliště. Buď o bydlení přišli, nebo nikdy nebydleli. Jejich útočištěm jsou velká města, která je lákají bezejmenností. Jsou pro ně výhodná rovněž pro vysokou frekvenci lidí, a to za účelem žebrání. Menší část lidí bez domova je také na vesnicích a mimo obce, ukrytá před zraky ostatních lidí. Lidé bez domova se nepodílejí na obvyklém žití s dodržením očekávané sociální úrovně (20, 21, 22, 28).

Společnost má k bezdomovcům dvojí postoj, a to soucit a odpor. Více existuje záporných mínění s následným odmítavým názorem. Předsudky společnosti vůči

bezdomovcům se projevují záporným hodnocením lidí bez domova pro jejich jiný styl života, návyky, vystupování, aniž by hodnotící měl vlastní znalosti o problému, zaujímá neměnný a citově ovlivněný náhled. Viní bezdomovce z vyhýbání se práci, způsobení si své situace, ohrožení bezpečí ostatních osob a dobrovolného přijetí života bez domova. Reálně jde pouze o mizivé procento dobrovolných bezdomovců. Bezdomovectví může potkat kohokoliv jako jednoduchý zvrát v životě. Chybný je i náhled společnosti na bezdomovce jako na skupinu stejných jedinců. Každý bezdomovec má jedinečnou osobnost a životní příběh (9, 21, 22, 25, 28).

Záporné vnímání bezdomovců společností pramení z nepochopení faktorů vedoucích k maximálnímu společenskému vyloučení. Rozlišují se 2 druhy společenského vyloučení, a to symbolické a subjektivní. *Symbolickým sociálním vyloučením* se rozumí záporné smýšlení příslušníků většinové společnosti o jistých skupinách lidí odlišujících se, např. bezdomovců nebo etnických menšin. *Subjektivní sociální vyloučení* se popisuje jako pocit jedince či skupiny, kteří vnímají vyloučení společností, např. osoby propuštěné z vazby. Sociální vyloučení, jako je bezdomovectví, je podobou maximální chudoby (7, 20, 22).

1.1.1 Etiologie bezdomovectví

„Bezdomovectví je složitý společenský problém, na jehož vzniku a vývoji se podílí mnoho faktorů“ (s. 9, 8). Lidé bez domova k bezdomovectví dospěli buďto volbou, anebo ho způsobil společenský propad a odevzdanost, které nemohli zvrátit. Sami se připravili nebo díky nešťastným okolnostem byli připraveni o obyčejné úlohy a postavení ve společnosti. Bezdomovci se většinou stávají lidé s nefungující selhávající individualitou, s neuspokojivými schopnostmi a se zápornými zvyky (4, 28).

Důvody bezdomovectví lze rozlišovat na *objektivní a subjektivní*. *Objektivně* zapříčiňují bezdomovectví přeměny ve společnosti, respektive především na trhu práce v souvislosti s trendem vysoké nezaměstnanosti aj. hospodářské faktory, změny v uspořádání rodin, stav systému záchranné sociální sítě, bytová nabídka, nezabezpečení podpory bydlení pro osoby vycházející z ústavního zařízení, zdravotně postižené a sociálně slabé lidi (5, 20, 22).

Subjektivní důvody bezdomovectví jsou nezaměstnanost, ať již bezdomovec o zaměstnání přišel či nikdy nepracoval, a v jejím důsledku malý počet společenských kontaktů, nepříznivý ekonomický stav (jako jsou zchudnutí a dluhy), nešťastné bytové okolnosti (např. vystěhování z bytu), závislost na drogách, nízké vzdělání, narušené společenské vztahy, které mohou vyplynout z např. rozvodů, ztráty partnera, ovdovění, nefunkční rodiny nebo žádného rodinného zázemí, přičemž rodina hraje důležitou roli v prevenci společenského propadu. Dalšími důvody jsou zneužívání, kriminalita, tělesné či duševní zdravotní postižení a s nimi související snížené dovednosti, které mohou být vrozené (např. mentální retardace) nebo získané (např. invalidní důchodce), zkušenost s vězením, psychiatrickou léčebnou a dětským domovem z důvodu osvojení neuspokojivých dovedností pro samostatný život a absence místa, kam se vrátit. Bezdomovectvím jsou ohroženi samostatně žijící osoby, především sám žijící rodič a cizinci, kteří se nepřizpůsobí společnosti. Je zjištěno, že bezdomovci se stávají více muži než ženy. Nejvíce těchto osob je mužů ve věku pohybujícím se mezi 40 a 60 lety. Věk lidí bez domova se však posouvá k mladším generacím (5, 20, 22, 26, 28, 29).

Již v období dětství ale i v období dospívání se mohou objevovat rizika pro společenské vyloučení. Jsou to nezdravý vývoj jedince, nepříznivý stav po zdravotní stránce, zanedbávání školy, zkušenosti s policií, výchova nedospělými rodiči či obecně nevyhovující rodinné poměry a nezájem o zaměstnání. Dospívající mohou propadnout nebezpečnému a zdraví poškozujícímu chování, jako braní drog. Spustit bezdomovectví může odchod od rodičů (5, 20).

Existuje též tak zvaný „mezigenerační přenos chudoby“ (s. 16, 20). Život v chudobě a jeho rysy nekončí v existenci jedince, díky nevyhovující výchově, špatným vzorům a připodobnění se k jisté skupině. Nedostatečné finanční zajištění rodiny má za následek strádání dítěte. To si díky obtížím v dětství může osvojit nežádoucí vzorce chování. Potomci z nepracujících rodin též často nevyhledávají zaměstnání. Avšak nejčastěji bezdomovectví vzniká smísením různých výše zmíněných problémů, kdy dojde k všeobecnému společenskému selhání (20, 28, 29).

1.1.2 Psychický stav a chování bezdomovců

Duševní schopnosti bezdomovců bývají sníženy. Neprosadí svá práva často i proto, že je neznají. Většinou se nezvládají dostatečně adaptovat a vzít si ze zkušenosti poučení. Držívají se nefunkčních stylů reagování. Používají neúměrné způsoby chování neplnící účel během zátěžové situace. Snižují jen její záporné důsledky. Pro účelné jednání potřebují vedení jiné osoby, např. pro vyřízení občanského průkazu, zažádání o sociální dávky aj. (28).

Problémové je u nich také sebeovládání. Jejich jednání řídí pocity libosti a nelibosti. Nejsou vytrvalí ani odolní. Často nedovedou vyhovět obvyklým požadavkům. Jejich život je v mnohých případech zredukovaný na neměnné přežívání bez řádu ve spojení s odevzdaností, alkoholem či drogami a kuřáctvím. Díky emočnímu strádání, psychiatrické chorobě a závislosti bývají bezdomovci citově sebestřední, bezohlední, nezodpovědní a vyhaslí. Odevzdanost, lhostejnost, víra v neodvratný osud jsou příznaky postoje naučené bezmocnosti typického pro bezdomovce. Někteří jsou nepřátelští a sklíčení, protože se cítí zatíženi problémy. Takové lidi bez domova nelze lehce motivovat, protože trpí pocitem méněcennosti, apatií, chronickým depresivním syndromem, neurózami a různými psychopatickými rysy osobnosti. Dlouhotrvající bezdomovství nakonec samo vyústí u jedince v duševní poruchu (14, 22, 28, 29).

Změna v duševnu bezdomovců je evidentní. Může být důvodem ale i výsledkem bezdomovectví jako stylu života. Tak zvaná „uliční kultura“ má svá pravidla, kterým se musí člověk bez domova přizpůsobit, aby splnil očekávání v „subkultuře bezdomovců“, (tzn., aby obstál). Snahou bezdomovců je přežití, jež vyžaduje adaptaci na vlivy prostředí, kterému jsou vystaveni. Pro bezdomovce vyřazeného ze společnosti bývají její zásady, hodnoty a pravidla nepodstatné. Následným odmítáním se dále společensky propadají. Určitá část bezdomovců není sociálně dezorientována, protože před bezdomovstvím žili zařazení do společnosti, jejíž pravidla a standardy znají, dovedou a chtějí dodržovat (22, 26, 28).

Lidé bez domova si jsou dobře vědomi nepřijetí ostatními lidmi, ale odmítají to akceptovat. Krajní možnosti v projevování bezdomovců vůči společnosti bývají dvojí, a to projev podřízenosti v kontextu žebrání, visení na společnosti a skryté nebo i skutečné

útočné jednání. Předpokládá se vyšší kriminalita v subkultuře bezdomovců pro jejich patologicky postiženou osobnost, poškozené sociální vazby, závislosti a v některých případech i pro zkušenost s vězením. Bezdomovec, jenž je separován na okraji společnosti, často pozbývá morálky a reaguje nepatřičně. Naopak díky kontroverzi, kterou ve společnosti vyvolávají, se sami stávají oběťmi trestných činů. Ani atmosféra mezi lidmi bez domova nebývá klidná a plná porozumění. Komunikace mezi nimi probíhá tak, že každý hovoří o svém problému v monologu bez reflektování sdělení druhého bezdomovce. V případě dialogu dochází k hádce. Existuje i hierarchie bezdomovců, kdy výše postavení opovrhují níže postavenými bezdomovci (20, 22, 25, 28).

1.1.3 Pomoc bezdomovcům

Pomoc bezdomovcům by měla vycházet ze saturace základních potřeb, pokusu o opětovné začlenění do společnosti, aktualizování jejich vědomostí a dovedností a vývoj jejich osobnosti. Spočívá v komplexnosti. Společnost však nenahlíží na problematiku bezdomovectví celkově, nýbrž řeší jen izolované problémy, jež mohou mít vazbu na bezdomovectví, např. včlenění romské populace do většinové skupiny obyvatel, prevence drog a kriminálních činů. Problémem v hledání sociální pomoci bezdomovci mnohdy spočívá v jejich neorientovanosti v této problematice. Netuší či pociťují beznaděj na šanci obdržení podpory (5, 20, 25, 26, 28).

Základní sociální pomoc, jíž se rozumí poskytnutí šance přespání, hygienického zařízení, teplého jídla a čistého oblečení, naleznou lidé bez domova v azylových domech a ubytovnách pro bezdomovce, např. v Armádě spásy, v Naději, u Sester Matky Terezy aj. Avšak jsou i tací jedinci, pro které je taková pomoc nepřístupná pro neschopnost dostavit se v stanovený čas a nekonzumovat alkohol, anebo jedinci, kteří o tuto pomoc nejeví zájem, především nízkého věku. Pak mohou přijímat ještě pomoc od tzv. streetworkerů. Jako další pomoc pro bezdomovce se nabízí podpora při shánění zaměstnání (prodej časopisu Nový prostor) a bydlení (Domy na půl cesty) pro přizpůsobení se obvyklému způsobu života po propuštění z vězení nebo časově náročné ústavní léčby (22, 28).

Zákon číslo 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, stanovuje bezdomovce v tomto ohledu jako potřebné. Bezdomovci dosahují na tzv. Příspěvek na živobytí, který se vyplácí tak, aby potřebná osoba měla životní minimum. Bezdomovců se ještě týká tzv. Mimořádná okamžitá pomoc, která se vyplácí osobám ohroženým sociálním vyloučením. Při žádosti bezdomovce o státní pomoc se objeví hned několik problémů. Bezdomovec musí vědět o nároku na peněžité dávky od státu. Další otázkou je ochota zaměstnance úřadu práce, který takovéto žádosti vyřizuje. Problémem pro některé bezdomovce jsou formuláře, potvrzení a přihlášení se na úřadu práce jako uchazeče o zaměstnání. Překážkou bývá i adresa trvalého bydliště, která v současnosti často není pravdivá, ztráta občanského průkazu, k jehož vystavení je třeba rodný list, který však může být také ztracený a který zhotovuje matrika v místě bydliště, kde už se ale bezdomovec nemusí dávno zdržovat (6, 22).

Mezi bezdomovci najdeme jak ty, kteří se pokoušejí o změnu svého stavu, a kteří vyhledávají pomoc, ale také ty bezdomovce, jež nemají zájem o změnu své situace či pomoc. Ztratili motivaci pro lepší život často vinou zklamání a následným vzdáním se okolnostem. Jejich životní situace přináší možnou ztrátu zdraví i života (4, 22, 26, 29).

1.1.4 Úroveň zdravotního stavu bezdomovců

Bezdomovectví se sebou přináší nezdravé rizikové chování, přičemž nepříznivé životní podmínky minimalizují možnost zdravého života, mít zdraví i potřebnou zdravotní péči, což se projeví nižším věkem dožití bezdomovce, vysokým rizikem konfrontace s násilím a velkou pravděpodobností nemocnosti než u lidí lépe sociálně začleněných. Mezi sociálně a ekonomicky znevýhodněnými bezdomovci a ostatními sociálně odlišně postavenými lidmi je patrná nerovnost ve zdraví pro rozdílnou šanci podpory zdraví ovlivňovanou stylem života, materiálním a společenským zabezpečením. (10, 22, 26).

Zdraví bezdomovců poškozují následující činitelé: nevyhovující prostředí vhodné pro přenos infekcí, narušené soukromí, odpočinek nepravidelně se střídající s aktivitou, špatný stav výživy, nedostatečná možnost k provedení osobní hygieny, přímé

působení povětrnostních vlivů na bezdomovce v nevhodném oblečení, situace bez sociální opory, bez vlastních zdrojů a bez osobní bezpečnosti, neuspokojivá zdravotní péče a někdy i odmítání léčebného procesu. Ztráta společenských kontaktů působí velmi stresově. Dle holistického bio – psycho – sociálního pohledu na osobu je zřejmé, že takové duševní strádání ovlivňuje stav tělesného zdraví, které může být tak narušeno. Lidi bez domova trápí onemocnění způsobená slabou imunitou. Protože imunita se váže k centrální nervové soustavě, je její výkonnost v boji proti infekčnímu agens a tumorům i v rychlosti hojení ran odpovídající duševnímu stavu jedince (14, 22, 27, 29).

Mnozí bezdomovci nedbají o svoje zdraví. Důsledkem bývá rozvoj případného onemocnění do ohrožení života nebo chronicity. Jedná se především o cukrovku, vysoký krevní tlak, závislosti, dentální poškození, nedostatečnost periferně uloženého cévního řečiště, poranění a infekce jako TBC a AIDS. Bezdomovci dále trpí na onemocnění dýchacího ústrojí, jako záněty horních a dolních cest dýchacích, chřipka a jiná virová onemocnění, chronická obstrukční plicní nemoc; onemocnění kůže a podkožního vaziva, především impetiga, flegmóny, kožní mikrobiální infekce, plísňe, bércové vředy, zavšivení a svrab; onemocnění oběhové soustavy, vředové onemocnění žaludku a dvanáctníku, podvýživu, průjmy, jaterní a ledvinné choroby. Bezdomovectví představuje větší pravděpodobnost předčasné smrti z důvodů dlouholetého pití alkoholu, užívání drog, smrti podchlazením v opilosti, úrazu, komplexního vyčerpání organismu (14, 22, 26, 28, 29).

Lidé bez domova trpí frekventovaněji na psychiatrické poruchy, nežli bydlící osoby. Postrádání společenských opor společně s chyběním bezpečného útočiště ovlivňuje duševní zdraví. Větší část bezdomovců s psychickým onemocněním však trpěla na tuto poruchu dříve, než se stali bezdomovci. Z oblasti psychiatrických poruch se u bezdomovců vyskytují depresivní stavy, poruchy spánku, reakce na stres a poruchy přizpůsobení, schizofrenie, poruchy osobnosti, úzkostné poruchy a nejvýznamněji závislosti aj. Zvýšená je možnost sebevraždy, jako úniku ze stavu zaviněného selhání. (22, 26, 28).

Zdraví je nejvyšší hodnota i u bezdomovců. Bojí se ztráty zdraví v nepříznivé situaci, jakou bezdomovectví představuje, protože by jim připravila nejisté vyhlídky.

Vnímají zdraví jako schopnost postarat se o základní životní potřeby. Případné selhání zdraví představuje ohrožení života bezdomovce (26).

1.1.5 Zdravotní péče o bezdomovce

Zdravotní péče o bezdomovce se odvíjí od právních předpisů, hospodaření státu, vědomostí zdravotníků a jejich nasazení v této péči. Poskytuje se v nemoci, která se může stát příčinnou ale i důsledkem bezdomovectví. Zdravotní komplikace jdou ruku v ruce s bezdomovectvím. Lidé bez domova žijí přítomností a o budoucnosti moc nepřemýšlí, proto mají rozdílný přístup ke svému zdraví než ostatní pacienti. Přecházejí nemoci. Někteří bezdomovci zdravotní péči vyhledají v případě nutnosti, ale velká část lidí bez domova o ni nežádá, anebo se jí primárně vyhýbají z různých důvodů. (16, 22, 26, 29).

Dle zákonů České republiky má každý občan právo na ochranu zdraví zaručené Listinou základních práv a svobod. Též garantuje právo na bezplatnou zdravotní péči a pomůcky při účasti na veřejném zdravotním pojištění v platném znění zákona. Jakmile jde o akutní ohrožení zdraví jedince, je povinností každého zdravotníka poskytnout péči bez požadavku na úhradu. (22, 26, 29).

Lidé bez domova se potýkají z různých důvodů s neuspokojivým přístupem ke zdravotnické péči a jejich situace z hlediska zdraví se zhoršuje. Svým stylem života se vylučují z běžně dostupné zdravotní péče pro bydlící populaci. Bezdomovci patří mezi skupinu pacientů, která je v praxi nazývaná „casus socialis“, tzn. sociální případ. Pro četnost onemocnění zhoršovaných sociálně neutěšenou situací je nelze zařadit do členěného zdravotního systému podle onemocnění a léčebných postupů. Závislosti, nespolupráce, nechtění a porušování léčebného procesu, nedodržování omezení, např. abstinence, porušené dorozumívání s opilým, lhostejným či agresivním člověkem bez domova, případně atakování poskytovatele péče i fakt, že se bezdomovec po ošetření vrátí zpět na ulici, probouzí u zdravotníků pocity marnosti nad poskytnutou péčí bez úvahy nad pacientovým utrpením, úzkostí a důstojností. Bezdomovci mohou svým zanedbaným zdravotním stavem ohrozit zdraví ostatních osob, a proto je nutné poskytnout jim péči (12, 14, 16, 26, 29).

Přístup bezdomovců k zdravotnickému ošetření je komplikován úředními a finančními problémy v podobě nesnadného určení totožnosti při absenci dokladů a komplikovaného hrazení péče při nepojištění či častého neplacení zdravotního pojištění bezdomovcem, který je však stále pojištěncem, a tak mu náleží práva pojištěnců. Nabývající dluh způsobuje úřední obtíže při platbě za péči o tyto dlužníky poskytovatelům péče. Proto jsou lékaři i zdravotnická zařízení opatrní při výběru pacientů. Nezřídka se neposkytne bezdomovci péče, s tvrzením, že dotyčný nemá pojištění, což je pro převážnou část lidí bez domova legislativně neskutečné. Přesto toto tvrzení stačí, aby již nežádal o zdravotní péči (22, 26, 29).

Předejít rezignaci na hledání zdravotnické pomoci bezdomovci by se mohlo otevřením zdravotního zařízení pečující o lidi bez domova. Například v Praze najdeme ordinaci praktického lékaře pro bezdomovce a stomatologickou ambulanci pro tyto nemocné, jimž se nedostane normálně přístupná zdravotní péče. Otázkou je také ochota a příležitost osob bez domova dojít si pro pomoc do ordinace pro bezdomovce, kde se řeší jejich nejčastější onemocnění. Pomocí pro bezdomovce nevyhledávající zdravotní péči je zdravotní služba v terénu. V Praze probíhá terénní program Naděje, jehož se účastní dobrovolní zdravotníci ve spolupráci se sociálními pracovníky (26, 29).

Rychlá záchranná pomoc ošetření bezdomovce v závažném stavu neodmítne, avšak není východiskem. Bývá volána i k případům bezdomovců se zdravotními problémy, které u bydlící populace léčí praktický lékař nebo specialista. Přičemž je obtížné předat takového nemocného do nemocnice. V případě příjmu do nemocnice ošetřovatelský personál bezdomovce vykoupe, dá mu najíst a připraví mu čistou postel. Lidé bez domova představují náročnější pacienty na péči pro nižší úroveň hygieny. Péče o ně často vyžaduje větší úklidový zásah. Bezdomovec jako pacient většinou adekvátně neidentifikuje, co ho bolí. Proto lékaři často indikují rozsáhlá a drahá vyšetření, aby předešli případné žalobě za zanedbání péče. Problematické je jejich případné propuštění (3, 26).

Lékař před propuštěním bezdomovce požádá o konzultaci se zdravotně sociálním pracovníkem, který má za úkol naléznout odpovídající zařízení. Složitá situace okolo placení zdravotního pojištění znesnadňuje hospitalizaci v léčebnách, které se také

obávají, že nebude kam bezdomovce propustit. Nemocný nemůže ze zdravotních důvodů pobývat v azylovém domě, kde se o bezdomovce starají sociální pracovníci, kteří řeší pouze sociální problematiku nikoliv zdraví svých klientů. V azylových domech mimo absence personálu není také vhodné materiální a prostorové vybavení. Navíc pro závislé bezdomovce mohou být azylové domy s neústupnými pravidly nepřístupné (26).

Problém připomíná uzavřený koloběh podané péče v akutní ztrátě zdraví spojené s přijetím do nemocnice. Po propuštění k doléčení do „domácí péče“ se bezdomovec octne opět na ulici v podmínkách, v kterých vážně hygiena a léčba nepřichází v úvahu. Následně se nedoléčené onemocnění zhorší a vyžádá si akutní ošetření a přijetí do nemocnice. Zřízení zdravotního ústavu pro péči o bezdomovce by značně zjednodušilo situaci. Příkladem by mohlo být zařízení ve Velké Británii v Londýně. „Wytham Hall“ představuje středisko úzdravy bezdomovců. Zde však platí pravidlo abstinence. Pro neabstinenty funguje „Centra The Passage“, kde slouží zdravotníci a kde se mohou bezdomovci dočasně ubytovat (26, 29).

1.2 Specifika ošetrovatelské péče o bezdomovce

Hodně sester nemá pochopení k odlišnému stylu života bezdomovců, který nahrává zdravotním komplikacím, a proto nedokážou identifikovat potřeby těchto klientů. Proto jsou nezbytné znalosti sester o situaci, v jaké se bezdomovec nachází. Ten často má řadu somatických, psychických, sociálních a emocionálních problémů (14, 27).

Sestry v rámci ošetrovatelského procesu analyzují, připravují a realizují naplnění potřeb svých klientů. Potřeba představuje určitý nedostatek a jeho náprava je chtěná. Každý člověk naznačuje a naplňuje své potřeby vlastním stylem. Z hlediska legislativního a s ohledem na fakt, zda příslušného jedince či jiné lidi nepoškozují nebo nepřekračují jejich sociálně – kulturní hodnoty, lze saturaci potřeb dělit na žádoucí a nežádoucí. Prostředí subkultury bezdomovců ovlivňuje potřeby člověka bez domova a jejich naplnění (27).

1.2.1 Způsob saturace potřeb bezdomovců jimi samými

Bezdomovci mají potřeby jako jiní lidé. Často jsou neuspokojené a člověk bez domova se některých vzdá díky záporným zkušenostem. Osobnost bezdomovce se komplexně znehodnocuje. Lidé bez domova nemohou dodržovat správnou životosprávu. Většinou základní potřeby naplňují náhradně dle dočasné možnosti (14, 26, 28).

Vyprazdňování často uskutečňují na veřejně přístupných místech. Příležitosti k saturaci potřeb spánku, tepla a bezpečí hledají v ubytovnách, v azylových domech, ve vybydlených staveních v havarijním stavu, v tramvajových a vlakových vagónech, pod mostem, ve squatech, v nouzově postavených stanech v chladném období. Přežívají v prozatímních přístřešcích, na ulicích, v parcích, stanech, pod mosty, na zastávkách a nádražích, ve vracích aut, blízko nákupních center aj. Někteří se neštítí ulehnout mezi odpadky, neupravují se, chodí špinaví, zapáchající a neplní očistu. Ani nemají podmínky pro její vykonávání a na ulici se často péče o sebe stává nepodstatná. Poškozené a špinavé šaty plní prvotně účel ochrany těla, ale hrají také roli při žebrání, protože přivádějí ostatní osoby k soucitu. Živobytí získávají z pomoci společnosti a z jejich charitativních projektů, krádeže, procházení kontejnerů, odvozu sběrných surovin, příležitostných prací a někteří i z pracovního poměru (14, 22, 26, 28).

Bezdomovci se stravují různě během dne a jí potravu, kterou si dokážou obstarat. Trpí podvýživou. Funkce jejich zažívacího traktu, který je dále poškozován alkoholem a kouřením, je omezená. Sužují je chronická zubní poškození související se špatným stavem výživy a malou možností provedení osobní hygieny (14, 28, 29).

Potřeba kontaktu s ostatními osobami, jistoty a bezpečí není saturována. Bezdomovectví charakterizuje přísné společenské odloučení. Kontakty lidí bez domova s jinými lidmi jsou minimální, omezené, krátkodobé a povrchní. Nahodilá přátelství s jinými bezdomovci nejsou hluboká. Vznikají sdílením stejného údělu a společenského postavení. Proto nevynikají tyto vztahy důvěrou ani jistotou. Vyvinou se z odhadu, zda je dotyčný neodmítne, proto nejsou osobně vybrané (např. na nádraží vytváří vlastní skupiny). Nezřídka dělá společnost lidem bez domova zvíře, např. pes. Bezdomovcům logicky chybí soukromí, které by jim poskytl domov. Všechno své vlastnictví přenáší

stále u sebe. Bezdomovec se neuspokojení potřeby bezpečí, jistoty a vztahu brání líčením minulosti lepší, než skutečně byla. Nenaplnění těchto potřeb způsobí u bezdomovců otupělost nebo přecitlivělost a nakonec vyhasnutí potřeby spolu s náhradním uspokojováním nižší (22, 28).

Nízké sebevědomí i sebeúctu lidí bez domova zapříčiní jejich společenské selhání spojená se ztrátou naděje na zlepšení situace. Lidé bez domova sami sebe a svůj život hodnotí poměrně nízko a záporně. Za svůj stav však obviňují jiné osoby či události. Brání si tak zbytek sebeúcty. Někteří z bezdomovců lžou o své situaci, aby v první řadě nabyli sebevědomí a aby pak získali výhody plynoucí ze lživých údajů (22, 28).

Zabývají se jen určitými cíly, které lze plnit v krátkém časovém horizontu. Odevzdávají se své situaci bez nároku na očekávání a dále o nic neusilují. Staví se do podřízené role, která jim pomáhá získat prostředky k obživě, např. při žebvání. Někdy se stane, že mají potřebu zviditelnit, co umí. Akt se děje často neobvykle a nezdědka budí pohoršení. Slouží k potvrzení sebe sama (28).

Nemají potřebu získávat nové poznatky, ty jsou pro ně dokonce nesmyslné, nechtěné, obtěžující a problémem navíc. Někteří se však zabírají celosvětovými či filozofickými otázkami, obtížnými i pro povolání profesionály, pravděpodobně za účelem odvrácení pozornosti od vlastního problému (22, 28).

Seberealizace je u bezdomovců tlačena do ústraní nebo vůbec neexistuje. O budoucím životě nepřemýšlejí. Budoucí život bez možnosti zlepšení vypadá neutěšivě. Většina bezdomovců v Boha nevěří, ale duchovní podpora poskytnutá ve správný okamžik má pro ně kladný význam (22, 28).

1.2.2 Bezdomovci v roli pacientů

Bezdomovci při potřebě zdravotního ošetření očekávají od zdravotníků maximální pozornost a péči. Díky myšlence, že jsou pro zdravotníky druhořadí nemocní, jednají často neúměrně dráždivě při jakékoliv odlišné reakci zdravotníků nejen opravdové, ale i očekávané. Mohou překvapit hlasitostí a zvýšenými emocionálními projevy (16).

Anamnéza sestavená dle informací podaných od bezdomovce, jako pacienta, může obsahovat nepravdivé údaje. Proto je vhodné při tvoření anamnézy využít i jiné zdroje, když jsou k dispozici. Chybí náhled do jejich souborné zdravotní dokumentace, která často prakticky neexistuje (16, 29).

Někteří bezdomovci mají problém s docházením na kontroly a dodržením času i léčebného režimu. Na místě je řádná dokumentace pozvánek, kontrol, dat a hodin. Je správné bezdomovce opakovaně edukovat o nadcházejícím výkonu, jelikož slovní zásoba i vědomosti se můžou u takového pacienta různit od ostatních lidí. Závislým jedincům je obtížné podat péči. Problematické je také hrazení léků, jejichž ceny nejsou pro bezdomovce únosné (16, 26).

Bezdomovci jako pacienti bývají spolupacientům a někdy i zdravotníkům nepříjemní, neboť někteří jsou vztahově nároční nebo i konfliktní. Mohou porušovat nemocniční řád kouřením či pitím alkoholu, krást v nemocničním zařízení nebo nahánět strach sestřím, např. opilý bezdomovec (12).

Sestra by však měla pamatovat na to, že i lidé bez domova mají zájem o to, aby byli zdraví. V případě vhodné pomoci bezdomovci v rámci ošetřování se dostaví kýžený výsledek poskytnuté zdravotní péče. Povinností sestry je uznání práva bezdomovce na stejnou ošetrovatelskou péči, jaká je poskytována ostatním osobám (14).

1.2.3 Ošetřování pacienta bezdomovce z pohledu sestry

Některé sestry se štítí lidí bez domova pro jejich zanedbaný zevnějšek, nízký stupeň osobní hygienické péče, zápach i pro urážlivé poznámky a agresivní chování. Přistupují k pacientovi bezdomovci blahosklonně nebo s předsudky. Dokonce se najdou sestry, které ho ponižují. To vše vyplývá z obav z neznámého. Je nutné si uvědomit vlastní hodnoty a postoje a poté odlišné subkultury bezdomovců s uznáním odlišností mezi jednotlivými styly života, a tak předejít kulturnímu šoku. Sestry jsou součástí subkultury ošetrovatelství. Kupříkladu pokládají za samozřejmost čistotnost. V interakci s bezdomovcem tak mohou zažít kulturní šok na nezvyklou situaci, kdy ztrácí efektivnost zažité chování, což vyústí v stres. Sestry mohou prožít jednotlivé fáze kulturního šoku, a to excitaci, frustraci, hledání přiměřeného chování a nalezení

přiměřeného chování. Zažít kulturní šok mohou i bezdomovci v interakci se sestrami. Při ošetřování bezdomovce tedy nejde užívat rutinního počínání. Sestra musí přihlídnout k životní situaci člověka bez domova, tzn. bez lůžka, financí a hygienického zařízení (14).

V péči o nemocné a zvláště o bezdomovce má sestra z hlediska etiky náplň činnosti obsahující hájení klienta, povinnost, zodpovědnost vyplývající ze zákona a etického kodexu a v neposlední řadě i samotné ošetřování. Sestra nemá nikdy vůči bezdomovci zaujímat postoj převahy nad ním, přestože prakticky ji nad ním má. Lidé bez domova se neubrání zlovůli profesionála v péči o něj. Profesionální přístup k pacientovi bezdomovci se projeví v zachování zdvořilosti při interakci s ním, v individuálním přístupu, protože univerzální postup vůči bezdomovcům není, ani pro jedinečnost každého z nich nemůže existovat. Celostní pohled v péči směřuje ke kvalitě, účinnosti a naplňování osobních potřeb konkrétního jedince s respektem, zájmem, přístupností k sdělení názorů (9, 22).

Sestra používá ve své činnosti ošetřovatelského procesu. Zhodnocení zdravotního stavu klienta a určení příslušné ošetřovatelské diagnózy s následným vytvořením plánu péče probíhá opakovaně. Při příjmu bezdomovce je vhodné, aby sestra odebrala tzv. výživovou anamnézu. Ošetřovatelské diagnózy zapisuje do dokumentace pacienta a do případné překladové či propouštěcí zprávy (13, 15).

Každý klient v ošetřovatelském procesu vyžaduje od sestry přístup jako by byl nositel infekce. Zdrojem nákazy by v tomto případě mohl být nemocný bezdomovec. Cesta přenosu nákazy může probíhat přes kontaminované ruce, požitím infekčního agens nebo jeho vdechnutím či při poranění o ostrý infikovaný předmět. Nákaza postihne vnímavého jedince. Sestrám se doporučuje dodržovat zásady osobní hygieny, nosit čisté osobní ochranné prostředky a oděv, obličejovou roušku a rukavice na práci s biologickým materiálem, použitým prádlem, při hygieně pacienta, při porušení kožní integrity a možném kontaktu se sliznicí pacienta. Hlavní prevencí přenosu nákazy je pro sestru hygiena rukou a následné utírání jednorázovým materiálem a dezinfekce. Preventivně z hlediska přenosu infekce působí neporušování ostatních

epidemiologických postupů, očkování zdravotníků proti hepatitidě B, dezinfekce a sterilizace pomůcek (13).

Ideální by byla ošetrovatelská péče v jejich prostředí, tzn. na ulici. Sestrám by umožnila kontakt s bezdomovci, získat u nich důvěru, pomáhat při změně v jejich péči, ošetřit drobná zranění, poučit je o léčbě, pomoci jim získat zpět totožnost, nabídnout jim adresu pracovny sester pro jejich poštovní záležitosti. Konečným cílem této služby by bylo nasměrovat bezdomovce k stacionárním zdravotním službám (14).

1.2.4 Komunikace mezi sestrou a bezdomovcem

Požadavkem na sestru je umění účinné komunikace s ostatními osobami, včetně bezdomovců. Komunikace je prostředek pro vytvoření zdravého vztahu mezi sestrou a pacientem bezdomovcem. Je nutné si uvědomit, že sestra komunikuje verbálně i nonverbálně (30).

V rámci naslouchání bezdomovcům sestra zachycuje obsah sdělení, formu sdělení i jejich nonverbální komunikaci. Přičemž v hromadné interpretaci těchto složek sestra odkrývá opravdový obsah komunikace bezdomovce, např. lhaní, stud, nízkou sebeúctu a hodnocení. Občas sociokulturní činitele, vědomosti, zkušenosti i momentální duševní rozpoložení sestry odvádějí její pozornost v naslouchání na své (vlastní) preference. Naslouchat by měla sestra i sobě kvůli rozpoznání pocitů a názorů při kontaktu a komunikaci s bezdomovcem, aby případně zabránila zápornému promítnutí navenek při interakci s bezdomovcem a do péče o něho (28, 30).

Další důležitou schopností sestry je vcítění se do problémů bezdomovce a poznání postoje a důvodu konkrétního jednání bezdomovce. Ovšem nejedná se o prožívání rovných pocitů jako bezdomovec (30).

V ošetrovatelské péči hraje významnou úlohu také porozumění vyplývající z projevu bezdomovce. Sestra jím dává najevo uznání či přijetí postoje bezdomovce „přikývnutím, přitakáním, zopakováním několika posledních slov, shrnutím obsahu sdělení, zdůrazněním určitých pasáží nebo výroku aj.“ (s 28, 30), avšak vždy ohleduplně, šetrně a v kontextu se zřejmou situací. Porozumění není souhlasným stanoviskem ale vyslechnutím a šancí přijmout postoj (30).

Pilířem ošetrovatelství je zájem o pacienta. Představuje pomoc v duševní rovině. Zájem se nesmí zvrhnout v naléhání při překročení jistého limitu v jeho frekvenci. Při projevu podpory bezdomovci sestra vystihuje příznivá hlediska v jeho životě a klady momentálního stavu, pakliže existují. Podpora je podstatná v „krizových životních situacích“ (s. 28, 30). Mlčení bezdomovce často souvisí s nedůvěrou, nespoluprací či tajením jistých faktů. V případě pomoci při zvládnutí psychologických problémů doprovází sestra bezdomovce k nalezení jeho orientace v konkrétním momentu života s tím, že poté zvládne sám poznat řešení a udělat rozhodnutí (30).

„Správně vedeným rozhovorem, vědomostmi a využíváním komunikačních dovedností má sestra možnost získat informace, pozitivně ovlivnit pacienta, edukovat jej, motivovat a přesvědčit ke vhodné spolupráci“ (s 28, 30).

1.3 Teorie transkulturní péče Madeleine Leiningerové

Za vznik teorie transkulturního ošetrovatelství lze považovat moment v polovině 50. let 20. století, kdy Madeleine Leiningerová pracovala jako sestra a zaujalo ji, jak kultura působí na jedince zdravé i nemocné a na ošetrovatelskou péči. První studie dr. Madeleine Leiningerové o transkulturním ošetrovatelství vznikla začátkem 60. let 20. století v rámci antropologického výzkumu na Nové Guinei. Roku 1960 určila dr. Madeleine Leiningerová transkulturní ošetrovatelství částí oboru ošetrovatelství zabývající se o celostní kulturní péči, o zdraví a nemoci pacientů, a uznávající kulturní hodnoty, víru a praktiky. Poté po třicet let teorii vyvíjela a podpořila ji vydáním knih *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend (Ošetrovatelství a antropologie: mísení dvou světů)* a *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice (Transkulturní ošetrovatelství: koncepce, teorie, výzkum a praxe)*, v nichž mimo jiné ukázala na souvislost a odlišnost mezi antropologií a ošetrovatelstvím (11, 17, 19, 23).

Kulturní antropologie představuje vědu, která studuje vznik a proměny, způsob složení a činnosti rozličných kultur v příslušném čase a místě.

Pojem *kultura* vystihuje souhrn učením získaných a předávaných hodnot, norem, víry, stylu života mající vliv na myšlení a chování příslušníka dané kultury.

Dominantní kultura předčí jiné kultury v určité části země kulturně, ekonomicky a politicky, přičemž nemusí mít nejvyšší četnost členů oproti ostatním kulturám či subkulturám.

Název *subkultura* vyjadřuje součást určité dominantní kultury, ale tato součást se liší ve stylu života, normách, hodnotách a chování příznačného pro příslušnou subkulturu (např. náboženské vyznání, etnicita) (1, 4, 19).

Teorie transkulturní péče pokládá následující fakta za základní problematiku: ošetřování provází lidskou bytost po celý život, podporuje vývoj a existenci lidského organismu, ošetřovatelská péče je základním požadavkem léčby, k uzdravení nedojde bez ošetřování, péče se různí v odlišném pojetí kultur. Podstatou transkulturního ošetřovatelství jsou přehled o společných a odlišných zvycích kultur i subkultur a jejich aplikace v ošetřovatelské péči (4, 11).

Transkulturní ošetřovatelství je péče o podporu a udržení zdraví jedince a péče poskytovaná v nemoci pacientovi formou vhodnou pro příslušnou kulturu či subkulturu. *Ošetřovatelský cíl* dle teorie dr. Madeleine Leiningerové tvoří spolupráce, pochopení péče a zdravotnické problematiky jednotlivých kultur i subkultur.

Forma péče se řídí hodnotami, názory a životním stylem, které poté vytvoří základ pro péči příznačnou určené kultuře nebo subkultuře při uchování zdraví, terapii nemocí, překonávání neuspokojivých momentů a při umírání.

Pacient představuje celostní bytost, na kterou působí sestavení společnosti, kulturně různé názory a hodnoty.

Rolí sestry je dozvědět se tradiční, lidovou či laickou formu péče kultury nebo subkultury, k nimž klient patří, a pozitivní metody ošetřování tradiční formou vážící se ke kultuře či subkultuře klienta sloučit s profesionálním pečovatelským.

Zdroj obtíží v teorii dr. Madeleine Leiningerové vychází z různorodosti kultur.

Ohniskem zásahu je fakt odlišnosti dominantní kultury a subkultury či jiné kultury.

Způsob zásahu tvoří podpora zdraví, nápomoc v přizpůsobení, návrh změn či doprovázení ke smrti, kdy sestra funguje jako vykonavatel tradiční a profesionální péče.

Důsledky péče formou kulturně vhodnou pro klienta jsou zdraví, jeho spokojenost nebo pokojná smrt (1, 4, 19).

Předměty zkoumání dle dr. Madeleine Leiningerové jsou následující: *osoba, prostředí, zdraví, ošetřovatelství* (1, 11, 17).

Osoba je celostní existence, na niž působí určité sociální klima. Dovede pečovat a zajímat se o své potřeby, blaho a život. Pomáhají ji v tom metody související s kulturou a prostředím. Osoby z rozličných kultur a subkultur pociťují zdraví, jeho ztrátu a s ní spojenou terapii, potřebu pomoci druhé osoby či samostatnost různorodě (4, 11, 19).

Prostředí v souvislosti s transkulturním ošetřovatelstvím poukazuje na propojené uspořádání společnosti vytvořené z kulturní, politické, ekonomické, sociální, vzdělávací, technické a náboženské složky (4, 11, 19).

Zdraví je stav pohody, za kterého jedinci nestojí nic v cestě v jeho denních aktivitách podmíněných kulturou či subkulturou. Zdraví každá kultura i subkultura chápe po svém, proto mu nelze vytvořit jednotnou definici (4, 11, 19).

Ošetřovatelství v metaparadigmatu dle dr. Madeleine Leiningerové existuje jako transkulturní profese a věda. Nabízí péči jedincům různorodých kultur a subkultur. Tvoří ho práce sester na péči stejné s kulturou nebo subkulturou pacienta, aby snížila stresové zatížení pacienta a případné spory mezi poskytovateli a příjemcem péče (11, 19).

1.3.1 Dr. Madeleine Leiningerová

Autorka ošetřovatelských publikací, pedagožka a administrativní pracovník v ošetřovatelských studiích založila podobor ošetřovatelství tzv. transkulturní ošetřovatelství. Profesorka ošetřovatelství a antropologie Madeleine Leiningerová se narodila v Suttonu ve státě Nebraska v USA. Základní ošetřovatelské vzdělání dostudovala na St. Anthony's Nursing School v Denveru roku 1948 a bakalářské vzdělání se zaměřením na biologii, filozofii a humanismus na Benedictine College v Atchinsonu roku 1950. Magisterský titul se specializací na psychiatrické ošetřovatelství obhájila roku 1953 na Catholic University of America ve Washingtonu D. C. Roku 1965 zakončila doktorandské studium na Univerzity of Washington v Seattlu se zaměřením na kulturní a sociální antropologii a stala se tak 1. sestrou vystudovanou v tomto oboru (2, 4, 11, 17, 19).

Madeleine Leiningerová sloužila jako sestra a staniční sestra na chirurgickém oddělení a časem vykonávala funkci ředitelky ošetrovatelských služeb v rámci psychiatrického oddělení v St. Josephs Hospital v Omaze. Při zaměstnání sestry na psychiatrickém oddělení potkávala děti různých národností a zjistila, jaký má kultura vliv na péči o tyto děti. Madeleine Leininger přemýšlela o péči uznávající kulturní návyky pacientů zejména proto, že se zrychlovalo stěhování lidí na jiná místa a že skladba obyvatel v USA je značně kulturně rozdílná. Zajímala se o psychické procesy pacienta patřícího k jiné kultuře (2, 4, 11, 17, 19).

O transkulturní ošetrovatelství přednášela od roku 1966 na univerzitě v Coloradu. Od roku 1969 působila jako děkanka a profesorka ošetrovatelství na School of Nursing ve Washingtonu a stala se docentkou antropologie na University of Washington. Zde roku 1973 založila Katedru transkulturního ošetrovatelství. Po čase získala post ředitelky centra pro výzkum transkulturního ošetrovatelství a redaktorky Časopisu transkulturního ošetrovatelství, „The Journal of Transcultural Nursing“. Jako děkanka a profesorka působila od roku 1974 na College Nursing a jako profesorka antropologie na University Utah v Salt Lake City. Profesorkou ošetrovatelství a antropologie se stala roku 1981 na Wayne State University v Detroitu, kde též řídila postgraduální studia transkulturní péče (2, 11, 19).

Madeleine Leiningerová, průkopnice v teorii transkulturní péče, byla oceněna titulem LhD, tzn. Doctor of Humane Letters, za přínosnou práci v oboru humanitních věd. Svým dílem zdůraznila vliv kultury na zdraví jedince a jeho přístup k léčbě a ošetrování. Transkulturní ošetrovatelství vysvětluje roku 1979 jako odborné odvětví ošetrovatelství zaměřující se na studium kultur v rámci ošetrovatelské péče o pacienta v jakémkoliv zdravotním stavu. Pro tyto účely vytvořila dr. Madeleine Leiningerová Model vycházejícího slunce (2, 11, 19).

1.3.2 Model vycházejícího slunce Madeleine Leiningerové

Pojmenování „Model vycházejícího slunce“ obdržela teorie transkulturního ošetrovatelství na základě znázornění funkčních závislostí základních myšlenek dle dr. Madeleine Leiningerové. Jeho znázornění se vztahuje k symbolu slunce, které

zrovna vychází, představuje tak obraz ošetrovatelské péče v souvislosti s kulturou či subkulturou klienta (příloha 2). Zobrazuje součásti teorie, jimiž jsou *kulturní a sociální složení, systémy péče a typy péče* (4, 17, 19).

Kulturní a sociální složení představuje technologické, náboženské, filozofické, politické, právní, ekonomické, vzdělávací, rodinné činitele, hodnoty kultury a styl života. V znázornění modelu slunce se jedná o jeho „paprsky“ (příloha 2). Jednotliví činitelé spolu souvisí a společně působí na osobu (4, 17).

Systémy péče se dělí na profesionální a tradiční.

Profesionální systém péče upřednostňuje většina občanů a má převahu v profesních zařízeních. Představuje pohled dominantní kultury na péči. Profesionální systém vnímá nemocného člověka jako pacienta, využívá vědecké znalosti, cizí pojmy, cesty ke stanovení diagnózy a léčbu vlastní tomuto systému. Snaží se o vrácení somatického a psychického zdraví. Péče profesionálního systému se podává ve zdravotnickém zařízení běžně za pomoci moderní techniky a je finančně náročnější než tradiční systém péče (1, 4, 11, 17, 19).

Tradiční systém, lze ho také pojmenovat jako laický či lidový, existuje v rámci kultury na podkladě vštípených a předaných pohledů na svět, vědomostí a dovedností členů kultury, kterými je prováděn v rodině a komunitě, v domově a z jeho zdrojů. Každá kultura i subkultura má péči o sebe a ošetrovatelskou péči příznačnou pro danou kulturu. Tradiční systém péče zajímá člověk jako holistický celek, staví na stylu života, víře, hodnotách a názorech dané kultury a subkultury. Tradiční systém vyznává předcházení chorobám a smrti, plnění rolí, praktik a dodržení zapovězeného jsoucí součástí kultury a subkultury. V tradičním systému je komunikace srozumitelná. Je nezbytné uvědomit si odlišnosti mezi představami sester a pacientů o péči. Kladné stránky tradičního systému péče lze integrovat do profesionálního systému péče, a tak užít obou dvou systémů v péči o klienta patřícího k jiné kultuře nebo subkultuře. Konečně význam péče v podobě kulturního pojetí dovoluje chápat ošetrovatelskou péči v rozšířených souvislostech (1, 4, 11, 17, 19).

Transkulturní teorie se praktikuje v jistých *typech péče* vybíraných dle situace, potřeb a stavu pacienta. Volit lze mezi třemi možnostmi, a to mezi *péčí s úkolem*

podpořit či nabýt zdraví, péčí poskytující přizpůsobení a péčí doprovázející ke změně (1, 4, 11, 17, 19).

Péče s úkolem podpořit či nabýt zdraví a zároveň respektující kulturu pacienta se stará o zdravé i nemocné. Sestra vykonává takové činnosti, aby klientovi péče vydrželo zdraví, nebo aby se nemocný klient vyléčil či se vyrovnal s postižením, nebo aby v neposlední řadě klidně umíral, přičemž sestra je v této péči v roli příslušující.

Péče poskytující přizpůsobení a současně chápající kulturu pacienta má za cíl přizpůsobení klienta nové péči, jiné životní roli a nepříjemné životní situaci. Sestra řeší problémy spojené s hospitalizací omezující pacienta patřícího k jiné kultuře či subkultuře v rámci podmínek přijímacího zařízení. Sestra má roli prostředníka tradiční a profesionální péče.

Péče doprovázející ke změně se poskytuje v případě nutnosti změny klientovi péče o své zdraví. Přizpůsobení musí odpovídat léčebné úpravě, kulturním návykům a náboženským pravidlům i peněžní situaci klienta (1, 4, 17, 19).

Sestrám je Model vycházejícího slunce radou jak chápat a posoudit pacienty, kteří mají jiné nebo odlišující se potřeby dané jinou kulturou nebo subkulturou, jíž jsou na rozdíl od ošetřujících členy. S modelem Madeleine Leiningerové se sestry seznamují v předmětu Multikulturní ošetřovatelství v rámci studijního bakalářského programu, do kterého byla výuka tohoto předmětu vložena jako reakce na zvyšující se rozmanitost složení lidí vyskytujících se na území České republiky, tedy i růst kulturně rozdílných klientů péče a potřeby vhodného přístupu a znalostí sester (4, 19, 23).

1.3.3 Způsoby aplikace modelu Madeleine Leiningerové

Dr. Madeleine Leiningerová navrhla pro obdržení dat o členu jiné kultury či subkultury dva typy vyhodnocení pro přímé použití ve zdravotnickém zařízení nebo v komunitním ošetřovatelství (příloha 3). Opírají se o Model vycházejícího sluce. Představují určité ošetřovatelské vyhodnocení v rámci všeobecnější ošetřovatelské anamnézy (1, 4, 17).

Pro podrobnější sběr informací o pacientovi slouží Typ A, také nazývaný „dlouhým odhadem“ (s. 37, 1) či „rozšířeným posouzením“ (s. 125, 4). Pro sběr

informací Typu A je vhodné znát obecně kulturu pacienta. Používá se v případech, kdy se očekává, že péče bude podávána delší čas. Při získávání údajů, které pocházejí z komplexního souboru určených oblastí, o členovi jiné kultury či subkultury si sestry všímají, jak dalece je tento jedinec jiný než členové převažující kultury a jak samotné oblasti působí na styl péče o tohoto klienta. (1, 2, 4).

Nebo lze použít Typ B, pojmenovávaný také jako „krátký odhad“ (s. 37, 1) či „krátké posouzení“ (s. 126, 4), sloužící pro rychlejší poskytnutí kulturně shodné péče. Uskutečňuje se v pěti za sebou jdoucích krocích souvisejících s kulturním či subkulturním nahlížením na péči (příloha 3). Sběr informací Typu B umožňuje soustředit pozornost na typické odlišnosti pacienta hlásícího se k dané kultuře nebo subkultuře. Sběr informací Typu B pomůže rychle určit potřeby pacienta a způsob jejich naplnění s využitím nejpodstatnějších ošetrovatelských zásahů dovolující kulturně shodnou péči. Sestře tento typ umožní rychlou orientaci v problému na úkor celostního pojetí shromáždění dat, které poskytuje Typ A. Typ B se hodí využít na pohotovostních ošetrovacích jednotkách za účelem brzkého shromáždění zestručněných dat nebo z výukových důvodů pro studenty (1, 2, 4).

Takto získané informace o pacientovi odlišné kultury je potřeba rozebrat a následně identifikovat jeho potřeby. Z nich vyplynou ošetrovatelské diagnózy vystihující problém odlišné kultury či subkultury a příslušné ošetrovatelské zásahy s hodnocením celého ošetrovatelského procesu respektujícího kulturu pacienta (2).

Sestra, která aplikuje transkulturní ošetrovatelství do své péče o členy jiné kultury nebo subkultury, než je ona sama, podporuje a udržuje zdravé jednání lidí z rozličných kultur formou příhodnou pro danou kulturu. Holistická a kulturu respektující péče pomáhá pacientům z jiné kultury či subkultury být zdraví nebo zvládat neutěšené situace, problémy a umírání (1, 19).

Modelem Madeleine Leiningerové se inspirovaly Joyce Newman Gigerová a Ruth Davidhizarová a pokračovaly v myšlenkách teorie transkulturní péče, kterou rozvedly o zjištění potřeb pacientů z jiné kultury či subkultury a ošetrovatelské zásahy (18, 24).

1.3.4 Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové

Model umožňuje realizaci počátečního kroku ošetrovatelského procesu a péči adresnou určitému pacientovi pocházejícího z odlišné kultury či subkultury. Vznikl v roce 1988 za účelem výuky studentů pregraduálního ošetrovatelského studijního programu. Ulehčuje holistické určení úrovně uspokojení potřeb pacienta s ohledem na jeho příslušnou kulturu či subkulturu a realizaci péče (18, 24).

Na základě myšlenky kulturní jedinečnosti každého pacienta lze jeho potřeby klasifikovat dle komunikace, interpersonálního prostoru, sociálního začlenění, vnímání času, ovládání prostředí, biologických odlišností (příloha 4).

Komunikace bývá nejčastější překážkou v péči o pacienta odlišné kultury či subkultury. Je součástí lidských vztahů a chování jedinců. Jazyk je kulturní hodnota. Pomocí komunikace slovní i mimoslovní si lidé osvojují kulturu či subkulturu.

Interpersonální prostor souvisí se vzdáleností mezi lidmi při vzájemném působení. Hall popsal intimní, osobní, sociální a veřejná pásma mezilidského prostoru. Každá kultura či subkultura stanovuje osobní odstup na různé vzdálenosti, přičemž každý jedinec pociťuje rozdílně potřebu vlastního prostoru a vzdálenosti jednotlivých pásem mezilidského prostoru.

Sociální začlenění popisuje, jak členové jisté kultury či subkultury chápou rodinu. *Vnímání času* zkoumá zaměření členů kultury či subkultury na minulost, přítomnost nebo budoucnost. Zaměření na budoucnost je nutné k předcházení onemocnění a zdravotních komplikací, protože pohnutka tohoto vědomého jednání je kladný výsledek v budoucnosti.

Ovládání prostředí znamená míru zdatnosti jedince plánovat, řídit, ovlivňovat, a ovládat přírodní prostředí, což se projeví ve zdraví, vztahu ke zdraví a zdravotním službám. *Biologické odlišnosti* sledují odlišnost lidí v biologických a genetických znacích, např. predispozice jisté rasy k určitému onemocnění (18, 24).

Předměty zkoumání modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové jsou následující.

Transkulturní péče je kulturně odpovídající konání věnované pacientovi z jiné kultury či subkultury.

Kulturně odpovídající péče, tedy vyvíjející se, navazující, neustálý jev, praktikovaný jedincem, zdravotním zařízením, systémem tak, aby se realizovalo na podkladě znalostí kulturních hodnot, postojů a chování příslušníka dané kultury či subkultury. Její rozvoj je nezbytný pro podání péče přizpůsobené kultuře či subkultuře pacienta.

Kulturní jedinečnost každé osoby je výsledkem zkušeností, kulturních hodnot a standardů z minulosti.

Kulturně citlivé prostředí vyžaduje po sestře vědomosti o kultuře pacienta, aby mohla plánovat a poskytovat kulturně příhodnou péči v různých zdravotnických zařízeních na různých úrovních péče (primární, sekundární, terciární).

Zdraví a zdravotní stav poukazuje na chování ke zdraví a vliv kulturně specifických chorob. Zdraví každého člověka ovlivňují kulturní hodnoty, víra a postoje (24).

Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové doporučuje sestřám příznačné ošetrovatelské zásahy pro transkulturní péči. Týkají se zájmu o klienta z hlediska asimilace či vyznání původní kultury, kulturních odlišností klienta, jeho komunikace, vnímání osobního prostoru, přesvědčení, zájmů, časového změření, soukromí, tradiční péče a stravy (24).

2 Cíle práce a hypotézy

- Cíl 1 - Zjistit, jaký mají sestry přístup k bezdomovcům.
- Cíl 2 - Získat informace od sester o tom, jak probíhá péče o bezdomovce.
- Cíl 3 - Zkoumat, zda sestry ve vybraných nemocničních zařízeních mohou používat model dle Leiningerové při ošetřování bezdomovců.
- Cíl 4 - Přesvědčit se, zda si sestry uvědomují odlišnosti životního stylu bezdomovců.
- Cíl 5 - Pátrat kam, podle názoru sester, odcházejí bezdomovci při propuštění „ do domácího ošetřování“.

- Hypotéza 1 - Sestry hodnotí negativně životní styl bezdomovců.
- Hypotéza 2 - Ošetrovatelská péče o bezdomovce probíhá jako u jiných klientů.
- Hypotéza 3 - Sestry s vyšším vzděláním než středoškolským znají model Leiningerové.
- Hypotéza 4 - Sestry považují aplikaci modelu Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce za přínosnou.
- Hypotéza 5 - Sestry zohledňují odlišnosti životního stylu bezdomovců.
- Hypotéza 6 - Sestry neví, kam bezdomovci odcházejí při propuštění „ do domácího ošetřování“.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Ve výzkumném šetření pro účely této bakalářské práce bylo využito kvantitativní metodologie sběru dat. Byl vytvořen dotazník určený sestřím pracujícím ve vybraných zdravotnických zařízeních. Dotazník je složený z otázek zjišťující přístup sester k pacientovi bezdomovci, průběh péče o pacienty bezdomovce, povědomí sester o životě lidí bez domova a o problematice propuštění bezdomovce z péče, znalosti sester o modelu Madeleine Leiningerové a jednotlivé body modelu Madeleine Leiningerové a modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové sledované u pacienta odlišné kultury či subkultury. Dotazník obsahuje 46 uzavřených a 9 polouzavřených otázek, celkem 55 otázek.

Rozdání dotazníků předcházelo kontaktování hlavní sestry Nemocnice České Budějovice, a.s. a následně staničních sester z interních oddělení, vrchní sestry traumatologických oddělení, staniční sestry očního oddělení, vrchní sestry kožního oddělení a poté oslovení jednotlivých sester z uvedených ale i z jiných oddělení tohoto zdravotnického zařízení. Též byla kontaktována paní ředitelka ošetrovatelské péče Městské nemocnice Plzeň, PRIVAMED, a.s., jejímž prostřednictvím probíhala distribuce dotazníků v tomto zdravotnickém zařízení. Osloveny byly manažerka pro vzdělávání a výuku nelékařských zdravotnických pracovníků a zároveň zástupkyně náměstkyně ošetrovatelské péče Fakultní nemocnice Plzeň, poté vrchní sestra 1. Interní kliniky a příslušné staniční sestry a jednotlivé sestry i z jiných ošetrovacích jednotek ochotných dotazník vyplnit. Kontaktování byli vedoucí pracovník zdravotního střediska Věznice Plzeň a zde pracující sestry.

Distribuce dotazníků probíhala od 30. května 2011 a k jejich konečnému sběru došlo 15. června 2011. Výzkumné šetření bylo anonymní, uváděl se pouze odkaz na typ pracoviště a byl sledován název nemocničního zařízení autorem práce pro charakteristiku výzkumného souboru, viz podkapitola 3.2. Dotazník byl předložen sestřím v 5 zdravotnických zařízeních v počtu 109. Vrácen byl 81 dotazník, procentuálně 74 %. Z toho bylo vyřazeno 27 dotazníků. Celkem k výzkumné části této bakalářské práce bylo využito 54 dotazníků, které ve výsledcích tvoří 100 %.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

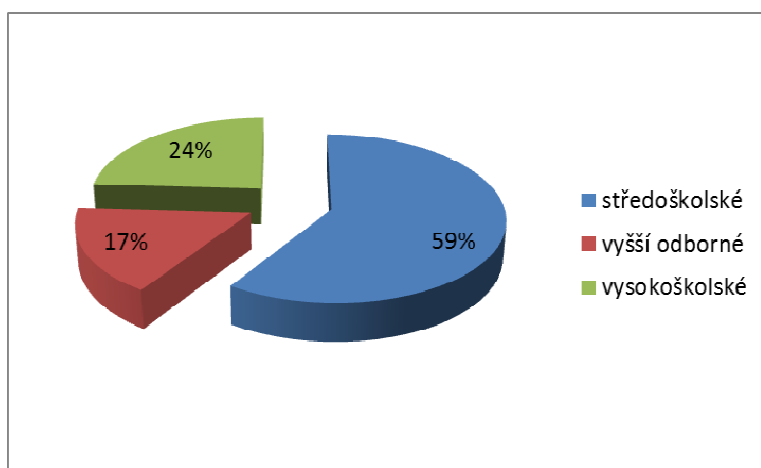
Dotazníky byly rozdány sestřám v Nemocnici České Budějovice, a.s., konkrétně sestřám z interních a traumatologických oddělení, z očního, kožního, gastroenterologického, neurologického a kardiologického oddělení.

Dotazníky byly předloženy sestřám ve Fakultní nemocnici Plzeň, a to sestřám z lůžkové části 1. Interní kliniky, sestře Transplantační ambulance, sestřám z lůžkových částí chirurgických oborů, z jednotek intenzivní péče, z Léčebny dlouhodobě nemocných a na centrálním příjmu.

Dále dotazníky vyplňovaly sestry interních oborů z Městské nemocnice Plzeň, PRIVAMED, a.s. a sestry ze Zdravotního střediska Věznice Plzeň. Jeden dotazník byl vyplněn sestrou pracující v Psychiatrické léčebně Bohnice.

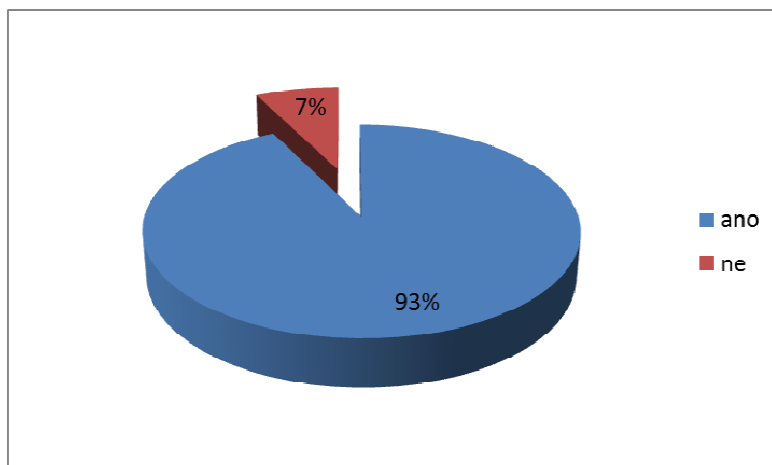
4 Výsledky

Graf 1 Vzdelání sester



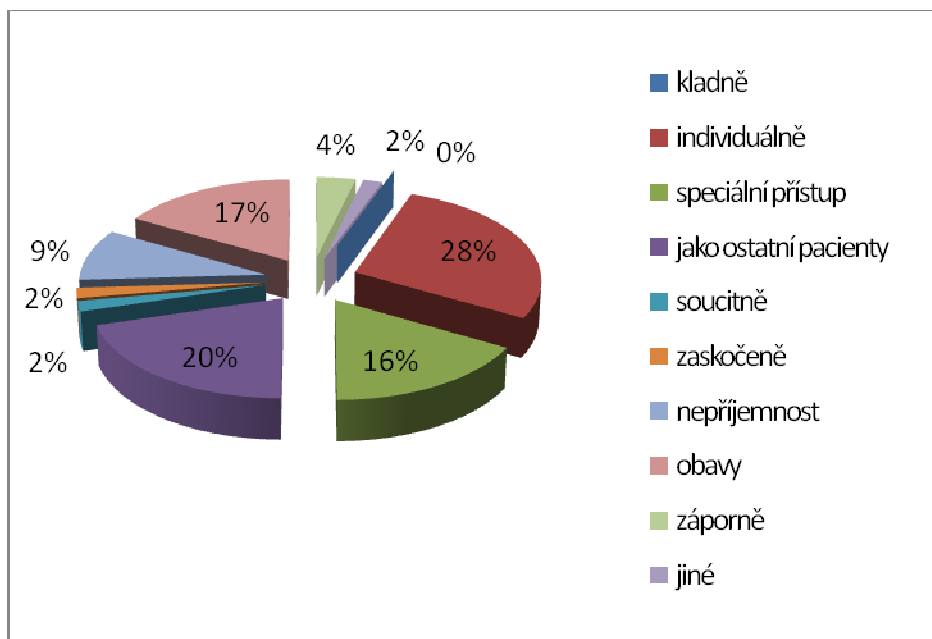
Graf nastiňuje výši ukončeného vzdělání dotázaných respondentů, tzn. 54 (100 %) sester odpovídajících na dotazník. 32 (59 %) respondentů udávalo středoškolské vzdělání. Vyšší odborné vzdělání mělo 9 (17 %) respondentů. Vysokoškolsky vzdělaných bylo 13 (24 %) respondentů.

Graf 2 Zjištění, zda se sestry setkávají na svých odděleních s bezdomovci



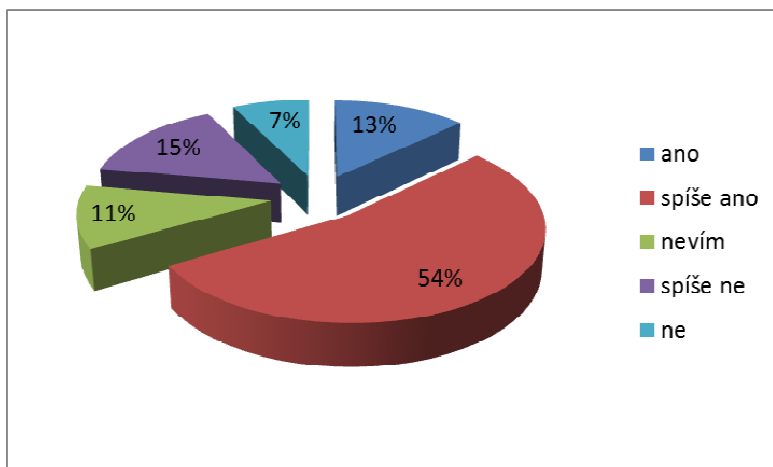
Graf ukazuje setkávání dotazovaných 54 (100 %) sester s bezdomovci v jejich praxi. 50 (93 %) respondentů označilo odpověď potvrzující setkávání s bezdomovci na svých odděleních. Pouze 4 (7 %) respondenti se přiklonili k negativní odpovědi.

Graf 3 Postoj sester vůči bezdomovcům



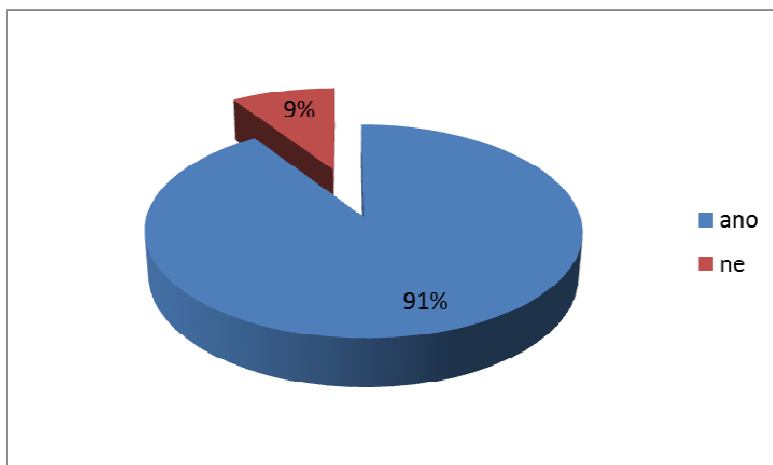
Graf nastiňuje postoj 54 (100 %) dotazovaných sester k pacientovi bezdomovci. Žádný (0 %) respondent by nevnímal pacienta bezdomovce kladně. 15 (28 %) respondentů by pacienta bezdomovce posuzovalo individuálně. Jako pacienta s potřebou speciálního přístupu by pacienta bezdomovce posuzovalo 9 (16 %) respondentů. 11 (20 %) sester by k bezdomovci přistupovalo jako k ostatním pacientům. 1 (2 %) sestra by vnímala pacienta bezdomovce soucitně. Zaskočená pacientem bezdomovcem by se cítila 1 (2 %) sestra. Pacient bezdomovec by byl nepříjemný 5 (9 %) respondentům. 9 (17 %) respondentů by mělo obavy z pacienta bezdomovce. Záporně by vnímaly pacienta bezdomovce 2 (4 %) sestry. 1 (2 %) sestra uvedla vlastní odpověď, citují: “dle jeho vystupování“.

Graf 4 Předpoklad sester o problémovosti pacienta bezdomovce



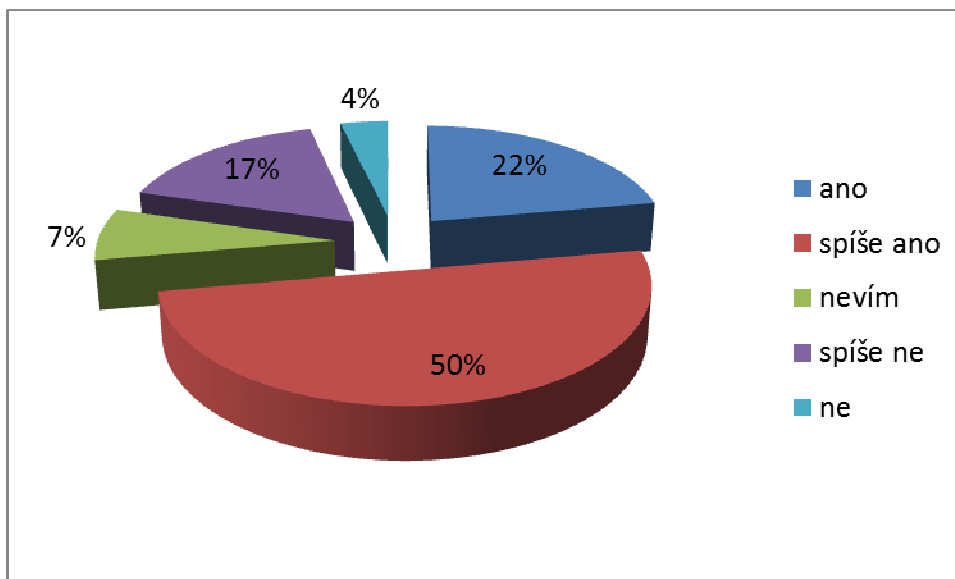
Graf popisuje výsledek 54 (100 %) odpovědi sester na otázku, zda by pro ně byl bezdomovec problémový pacient. 7 (13 %) respondentů uvedlo, že by pro ně bezdomovec byl problémový pacient. 29 (54 %) respondentů bezdomovce označilo jako spíše problémového pacienta. Odpověď nevím označilo 6 (11 %) respondentů. Pro 8 (15 %) respondentů by bezdomovci spíše nepředstavovali problémové pacienty. 4 (7 %) respondenti nepokládají bezdomovce za problémové pacienty.

Graf 5 Označení pacienta bezdomovce „casus socialis“



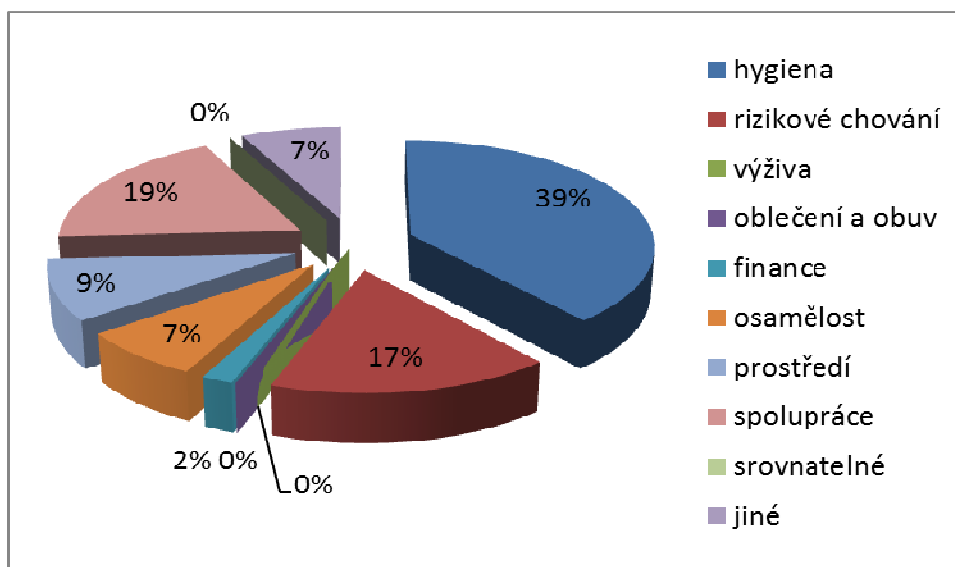
Graf naznačuje, zda by dotazovaných 54 (100 %) sester užilo označení „casus socialis“ pro pacienta bezdomovce. Tohoto označení by užilo 49 (91 %) respondentů. 5 (9 %) respondentů by neužilo pojem „casus socialis“.

Graf 6 Pocity marnosti sester v péči o pacienty bezdomovce



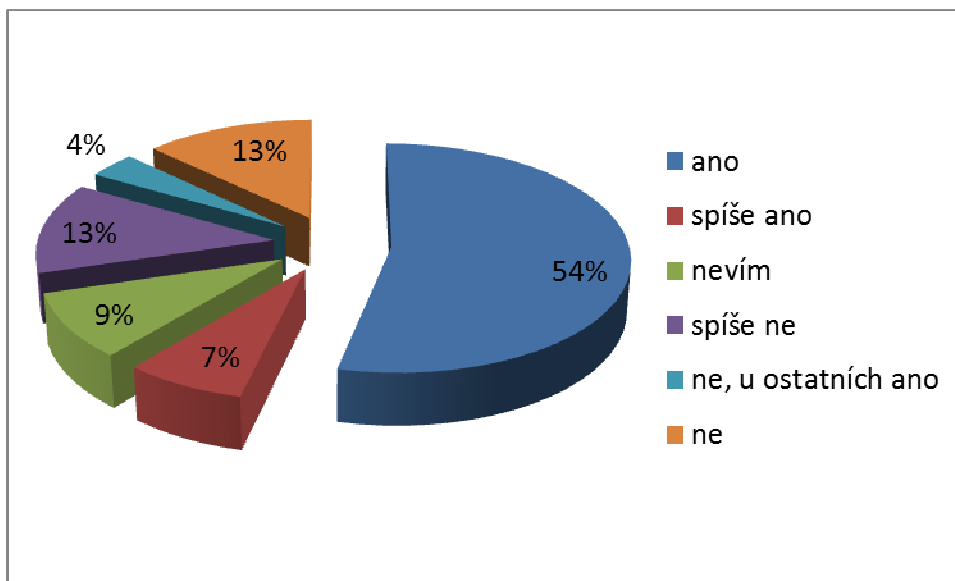
Graf zobrazuje výskyt pocitů marnosti u 54 (100 %) dotazovaných sester v péči o bezdomovce. Pocity marnosti v péči o bezdomovce uvedlo 12 (22 %) respondentů. 27 (50 %) respondentů uvedlo, že by spíše měli pocity marnosti v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 4 (7 %) respondenti se přiklonili k odpovědi „nevím“. 9 (17 %) respondentů by spíše nepocíťovalo marnost nad podanou péčí bezdomovci. Pocity marnosti v ošetrovatelské péči o bezdomovce negovaly 2 (4 %) sestry.

Graf 7 Specifický ošetrovatelský problém u pacientů bezdomovců



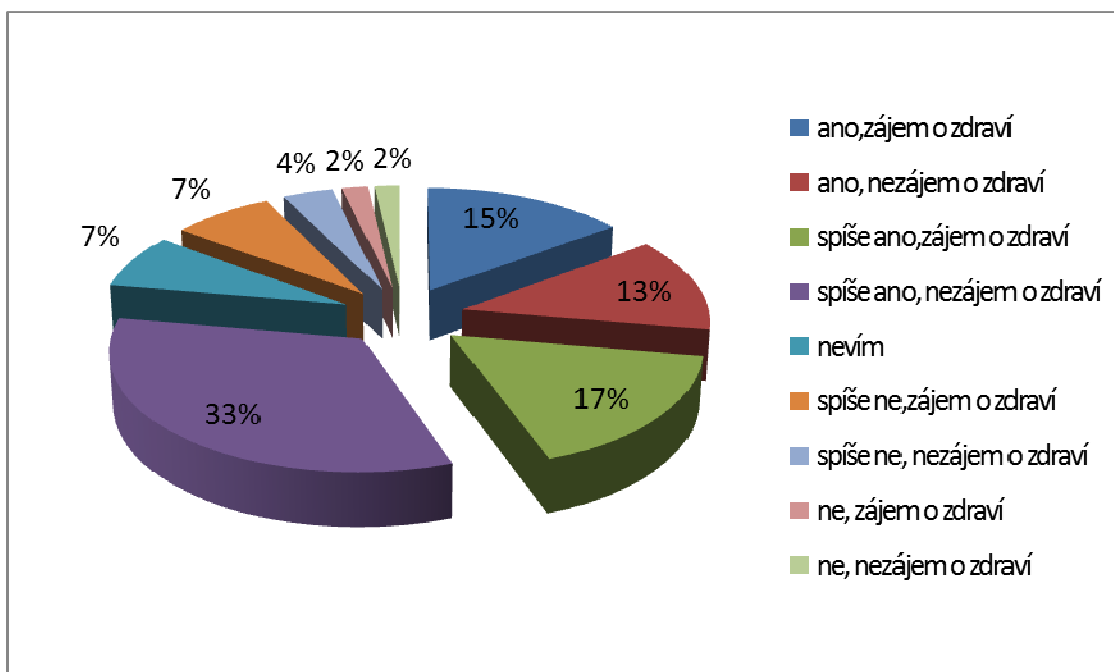
Graf představuje názor 54 (100 %) dotazovaných sester na hlavní specifický ošetrovatelský problém u bezdomovců odlišující se od ošetrovatelských problémů ostatních pacientů. Problém hygieny označilo 21 (39 %) respondent. 9 (17 %) respondentů se přiklonilo k rizikovému chování spočívajícího v abúzu drog, alkoholu aj. jako specifického ošetrovatelského problému u bezdomovců. Odpověď značící výživu jako hlavní ošetrovatelský problém nevybral žádný (0 %) respondent. Podobně odpověď obsahující deficitní oblečení a obuv jako specifický ošetrovatelský problém neoznačila žádná (0 %) sestra. Finanční stránku považuje za specifický ošetrovatelský problém 1 (2 %) sestra. 4 (7 %) respondenti označili za specifický ošetrovatelský problém situaci bez sociální opory a osamění bezdomovce. 5 (9 %) sester vyzdvihlo prostředí, v kterém bezdomovci přebývají, za specifický ošetrovatelský problém. 10 (19 %) respondentů uvedlo za specifický ošetrovatelský problém spolupráci, edukaci a motivaci. Nikdo (0 %) nevedl, že ošetrovatelské problémy u bezdomovců a ostatních pacientů jsou srovnatelné. 4 (7 %) respondenti napsali jinou odpověď než nabízené, a to, že by uvedli více odpovědí, že záleží na konkrétním klientovi a že specifickým problémem u některých bezdomovců je jejich agresivita a arogance, poté co se vyléčí z akutní fáze.

Graf 8 Sběr nutriční anamnézy u pacientů bezdomovců



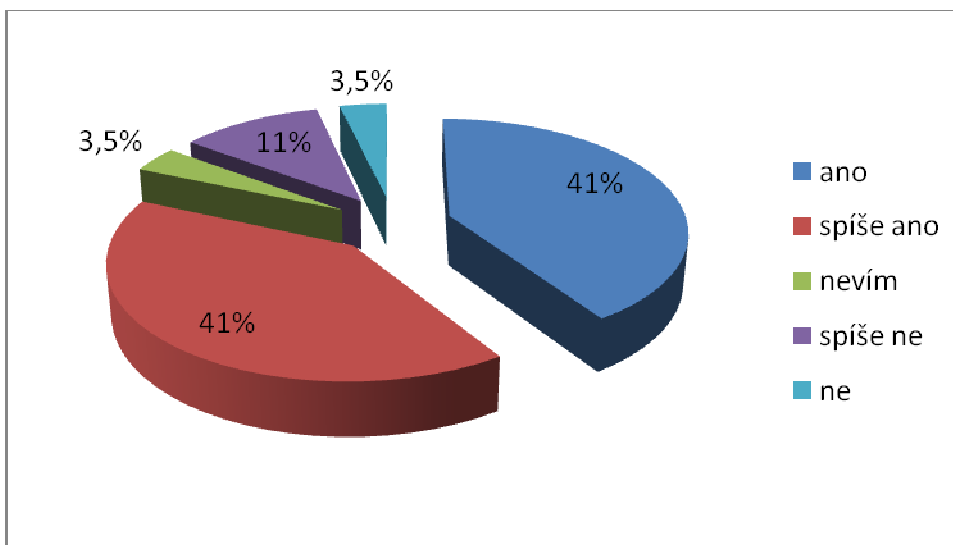
Graf zobrazuje realizaci odběru nutriční anamnézy sestrou od pacienta bezdomovce. Odpovídalo 54 (100 %) sester. 29 (54 %) respondentů uvádí, že nutriční anamnézu odebírají od všech pacientů včetně bezdomovců. 4 (7 %) respondenti by spíše nutriční anamnézu od bezdomovce odebrala, přestože ji od ostatních pacientů standardně neodebírají. K odpovědi „nevím“ se přiklonilo 5 (9 %) respondentů. Spíše ne, obvykle se na nutriční anamnézu neptají všech pacientů, by odpovědělo 7 (13 %) respondentů. 2 (4 %) sestry neodebírají nutriční anamnézu od bezdomovců, i když ji od ostatních pacientů běžně odebírají. Na nutriční anamnézu se neptá žádného pacienta 7 (13 %) dotázaných sester.

Graf 9 Spolupráce pacientů bezdomovců s ošetřujícím personálem



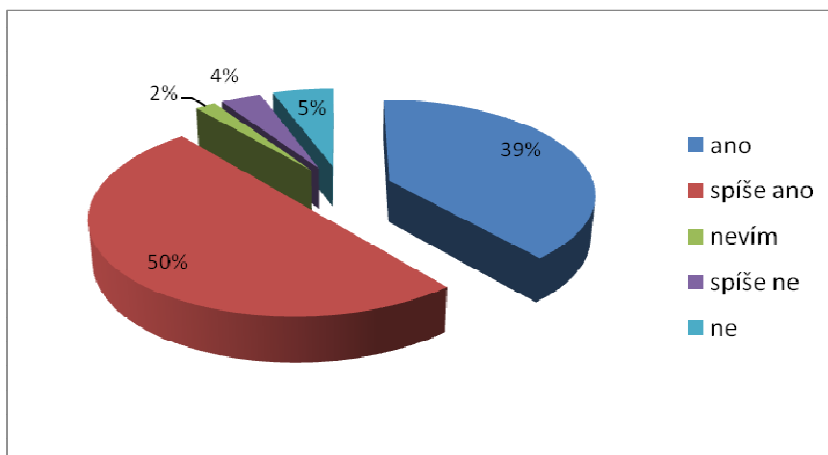
Graf srovnává názory 54 (100 %) dotázaných sester na obtížnost získání spolupráce bezdomovce v ošetrovatelské péči oproti jiným pacientům. 8 (15 %) respondentů zastává názor, že je obtížnější získat bezdomovce pro spolupráci, přestože mají zájem být zdravými. 7 (13 %) respondentů uvádí, že je obtížnější získat bezdomovce pro spolupráci, nemají zájem o své zdraví. Pro 9 (17 %) respondentů je spíše obtížné získat bezdomovce pro spolupráci, přestože většina z nich má zájem být zdravými. 18 (33 %) respondentů udává, že je spíše obtížné získat bezdomovce pro spolupráci a že většina z nich nemá zájem být zdravými. K odpovědi "nevím" se uchýlili 4 (7 %) respondenti. Přesvědčení, že spíše není obtížné získat bezdomovce pro spolupráci a že většina z nich má zájem být zdravými, zastávají 4 (7 %) respondenti. 2 (4 %) respondenti se přiklonili k tvrzení, že spíše není obtížné získat bezdomovce pro spolupráci, přestože většina z nich nemá zájem být zdravými. 1 (2 %) sestra negovala obtížnost získání bezdomovce pro spolupráci s tvrzením, že i oni mají zájem být zdravými. Za obtížné získat bezdomovce pro spolupráci nepovažovala také 1 (2 %) sestra s dodatkem o jejich paradoxním nezájmu být zdravými.

Graf 10 Náročnost péče o pacienta bezdomovce na úklid



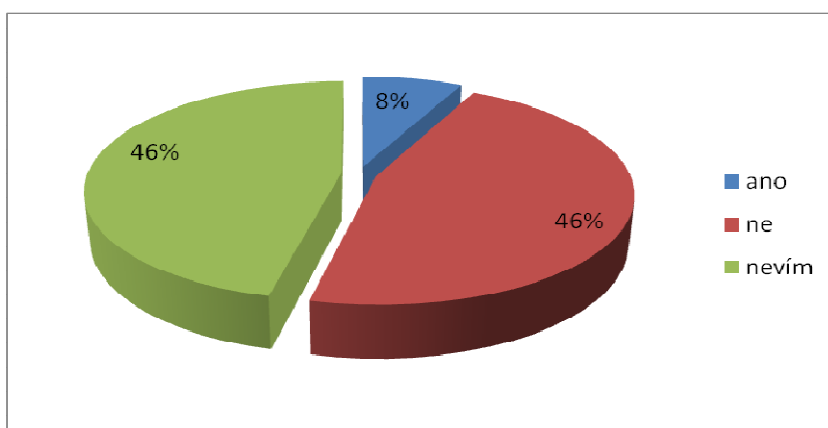
Graf představuje názory 54 (100 %) dotázaných sester z hlediska náročnosti péče o bezdomovce na úklid a dekontaminaci pomůcek a prostředí, kde je péče prováděna, oproti péči o jiné pacienty. 22 (41 %) respondentů označilo péči o bezdomovce za náročnější na úklid. Spíše náročnější na úklid připadla péče o bezdomovce 22 (41 %) respondentům. 2 (3,5 %) respondenti nevěděli, zda je péče o pacienta bezdomovce náročná na úklid. Péči o bezdomovce jako spíše nenáročnou na úklid označilo 6 (11 %) respondentů. Naprosto nenáročná na úklid byla péče o bezdomovce pro 2 (3,5 %) respondenty.

Graf 11 Názor sester na vyloučení bezdomovců ze společnosti



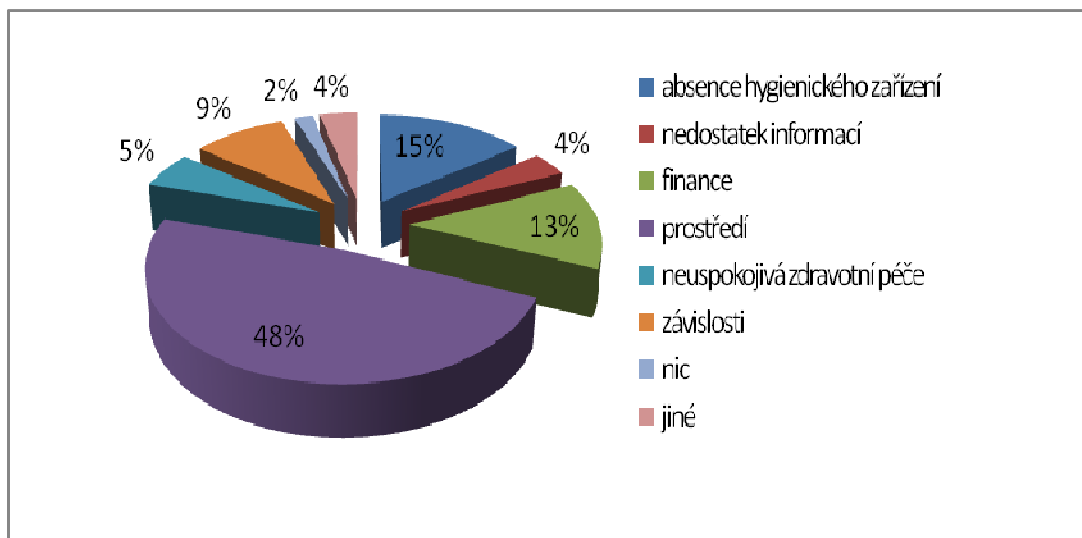
Graf vyobrazuje názor 54 (100 %) dotazovaných sester na vyloučení bezdomovců ze společnosti. 21 (39 %) respondent si myslí, že jsou bezdomovci vytlačeni na okraj společnosti. Názor, že bezdomovci jsou spíše vyloučeni ze společnosti, uvedlo 27 (50 %) respondentů. 1 (2 %) respondent nevěděl, zda jsou bezdomovci vyloučeni ze společnosti. Spíše nevyločení ze společnosti prohlásili o bezdomovcích 2 (4 %) respondenti. Přesvědčení o nevyločení bezdomovců ze společnosti vyjádřili 3 (5 %) respondenti.

Graf 12 Názor sester na uvažování bezdomovců o své budoucnosti



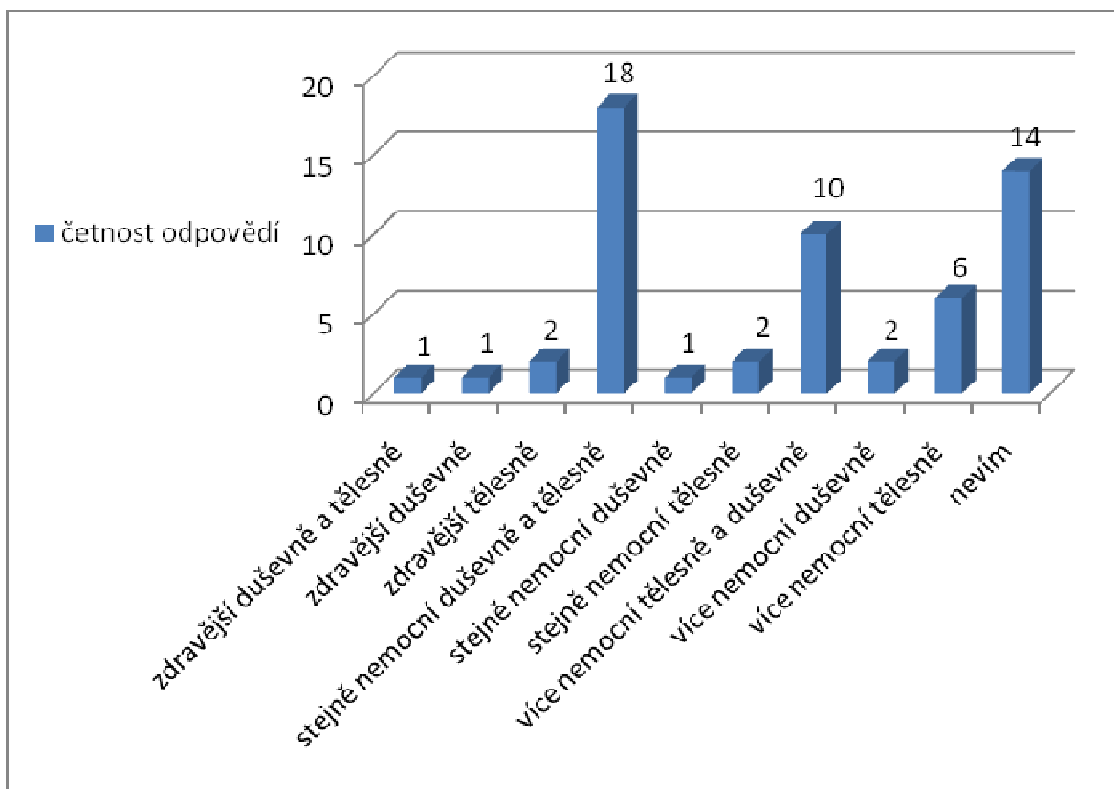
Graf přibližuje, co si dotazovaných 54 (100 %) sester myslí o přemýšlení bezdomovců o své budoucnosti. 4 (8 %) respondenti věří, že bezdomovci se zabývají budoucností. Že bezdomovci nemyslí na budoucnost, odpovědělo 25 (46 %) respondentů. Odpověď „nevím“ uvedlo 25 (46 %) respondentů.

Graf 13 Hlavní překážka bezdomovců v péči o své zdraví dle sester



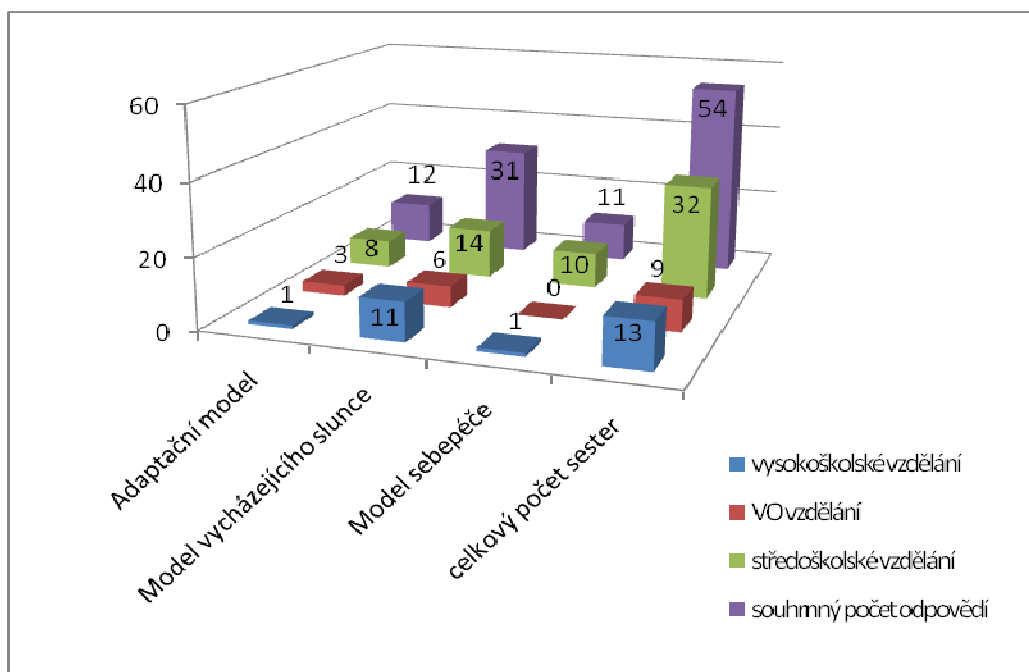
Graf znázorňuje překážky v péči o zdraví vyskytující se u bezdomovců a výběr odpovědi 54 (100 %) dotázaných sester dle jejich mínění o hlavní překážce. Absenci přístupu k vhodnému hygienickému zařízení označilo 8 (15 %) respondentů. K nedostatku informací se přiklonili 2 (4 %) respondenti. K finanční otázce jako překážce bezdomovcům v péči o jejich zdraví se přiklonilo 7 (13 %) respondentů. Prostředí, v kterém bezdomovci žijí, vyzdvihlo jako překážku v péči o zdraví 26 (48 %) respondentů. 3 (5 %) respondenti se přiklonili k neuspokojivé zdravotní péči, jako překážce bezdomovcům v péči o jejich zdraví. K závislostem se kloní 5 (9 %) respondentů. Žádnou překážku bezdomovcům v péči o jejich zdraví nevidí 1 (2 %) sestra. Jinou odpověď uvedli 2 (4 %) respondenti, kteří by vybrali všechny uvedené problémy.

Graf 14 Názor na nemocnost bezdomovců ve vztahu k bydlící populaci



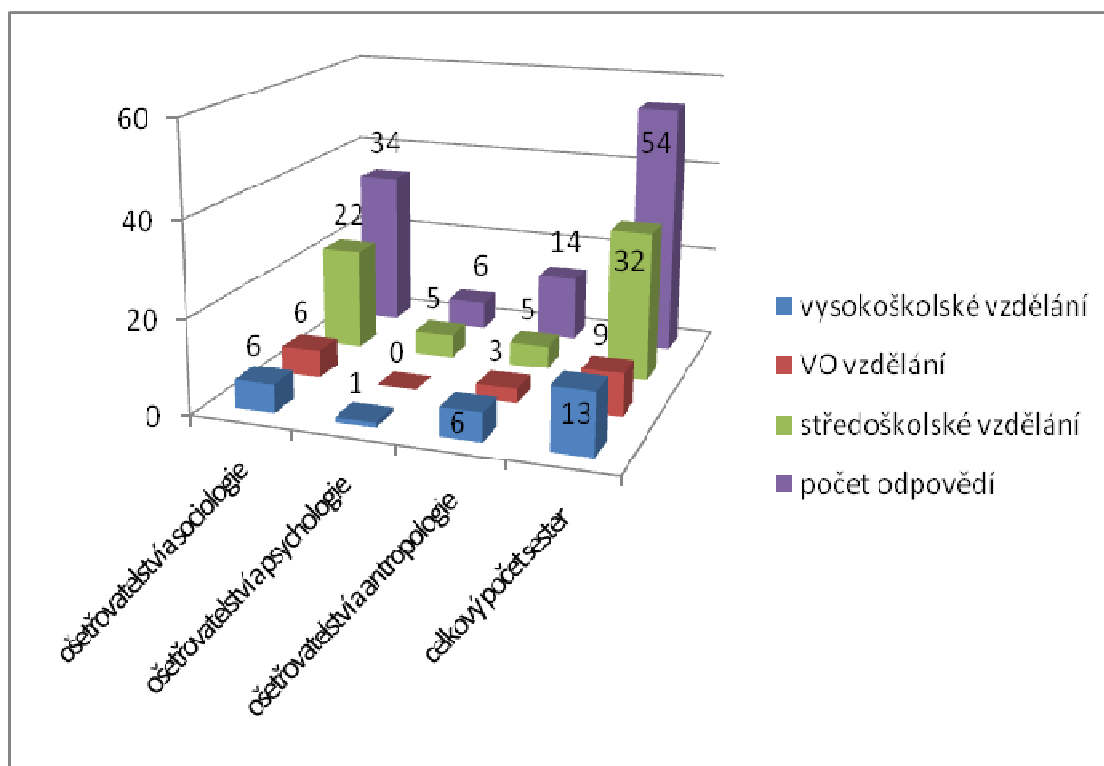
Graf vyhodnocuje odpovědi 54 dotazovaných sester na otázku, zda jsou bezdomovci více nemocní než bydlící populace. V této otázce byl možný výběr více odpovědí. Respondenti využili této možnosti pouze ve 3 případech. Celkový počet odpovědí je tedy 57 (100 %). Tvrzení, že jsou bezdomovci zdravější duševně i tělesně bylo vybráno pouze jedenkrát (2 %). Jedenkrát (2 %) bylo vybráno tvrzení, že jsou bezdomovci zdravější duševně. Odpověď udávající, že jsou bezdomovci zdravější tělesně než bydlící populace, byla sestrami označena dvakrát (3 %). 18 (32 %) odpovědí tvrdilo, že jsou bezdomovci stejně nemocní duševně i tělesně jako bydlící populace. 1 (2 %) odpověď udávala, že bezdomovci jsou stejně nemocní duševně jako bydlící populace. Tvrzení, že jsou bezdomovci stejně nemocní tělesně, bylo vybráno ve 2 (3 %) případech. 10 (18 %) odpovědí popisovalo, že jsou bezdomovci více nemocní duševně i tělesně. Dvakrát (3 %) bylo udáno, že jsou bezdomovci více nemocní duševně než bydlící populace. Jako více nemocné tělesně než bydlící populace označily sestry bezdomovce v 6 (10 %) odpovědích. 14 (25 %) odpovědí bylo znění: „Nedokážu posoudit.“ (příloha 1).

Graf 15 Znalost názvu modelu Madeleine Leiningerové



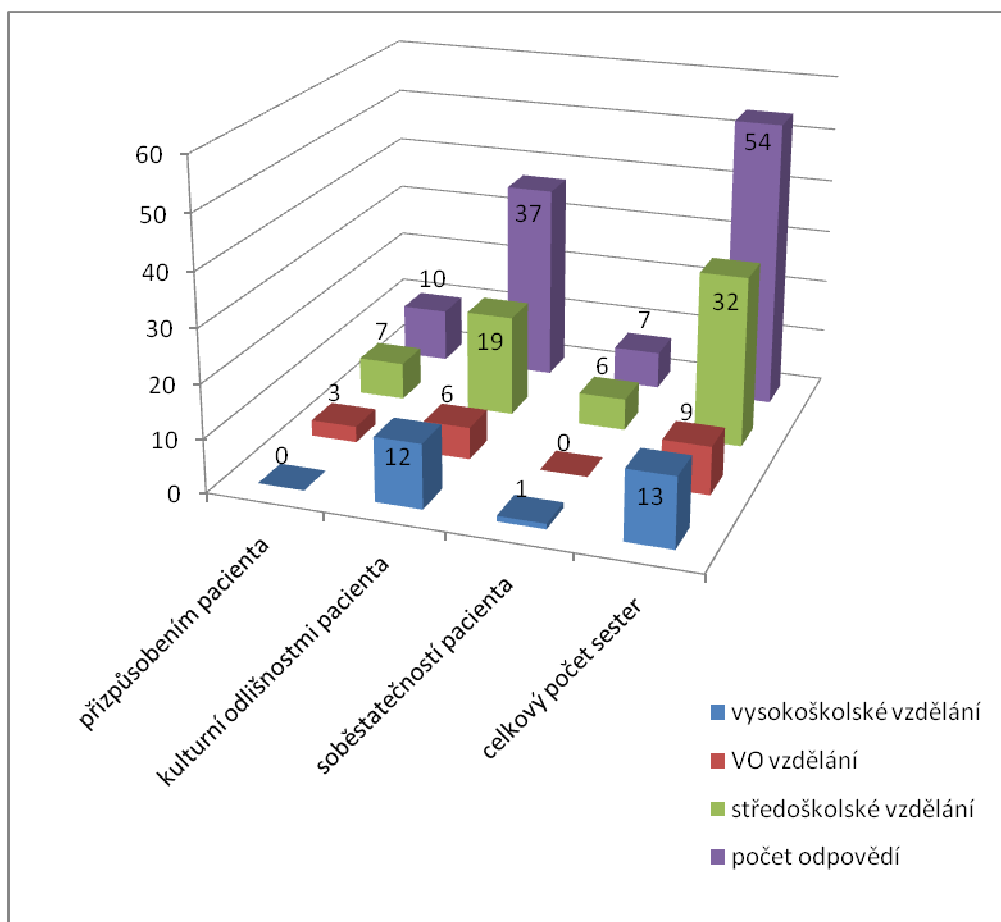
Graf popisuje různorodost odpovědí na otázku, která testovala znalost názvu modelu Madeleine Leiningerové. Odpovídalo celkově 54 (100 %) sester. 12 (22 %) respondentů, tedy 1 (8 %) respondent z 13 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných respondentů, 3 (33 %) respondenti z 9 (100 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním a 8 (25 %) respondentů z 32 (100 %) sester se středoškolským vzděláním, nazvalo model Madeleine Leiningerové jako Adaptační model. Správně označilo model Madeleine Leiningerové jako Model vycházejícího slunce 31 (58 %) respondent, a to 11 (85 %) respondentů z 13 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester, 6 (67 %) sester z 9 (100 %) sester s vyšším odborným vzděláním a 14 (44 %) respondentů z 32 (100 %) respondentů se středoškolským vzděláním. K Modelu sebedpěče jako názvu modelu Madeleine Leiningerové se přiklonilo 11 (20 %) respondentů, z nichž bylo 1 (8 %) respondent z 13 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných sester a 10 (31 %) respondentů z 32 (100 %) sestry se středoškolským vzděláním.

Graf 16 Znalost vědních disciplín jako základu modelu Madeleine Leiningerové



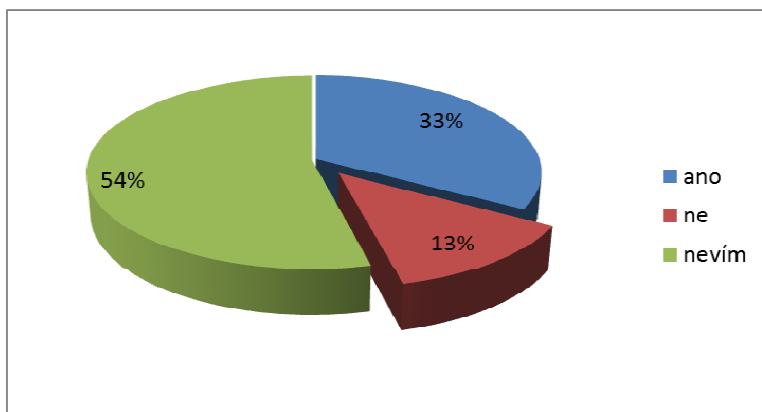
Graf ukazuje odpovědi 54 (100 %) dotazovaných sester na otázku testující znalost modelu Madeleine Leiningerové a ptající se na vědní disciplíny, z kterých vyšla Madeleine Leiningerová při tvorbě svého modelu. 34 (63 %) respondentů, z nichž bylo 6 (46 %) z 13 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných, 6 (67 %) z 9 (100 %) sester s vyšším odborným vzděláním a 22 (69 %) z 32 (100 %) středoškolsky vzdělaných sester, se přiklonilo k ošetrovatelství a sociologii. V 6 (11 %) odpovědích od 1 (8 %) respondenta z 13 (100 %) sester s vysokoškolským vzděláním a 5 (16 %) respondentů z 32 (100 %) středoškolsky vzdělaných sester uvedly ošetrovatelství a psychologii. Správně označilo ošetrovatelství a antropologii 14 (26 %) respondentů, z kterých bylo 6 (46 %) z 13 (100 %) sester s vysokoškolským vzděláním, 3 (33 %) z 9 (100 %) sester s vyšším odborným vzděláním a 5 (16 %) z 32 (100 %) sester se středoškolským vzděláním.

Graf 17 Znalost náplně modelu Madeleine Leiningerové



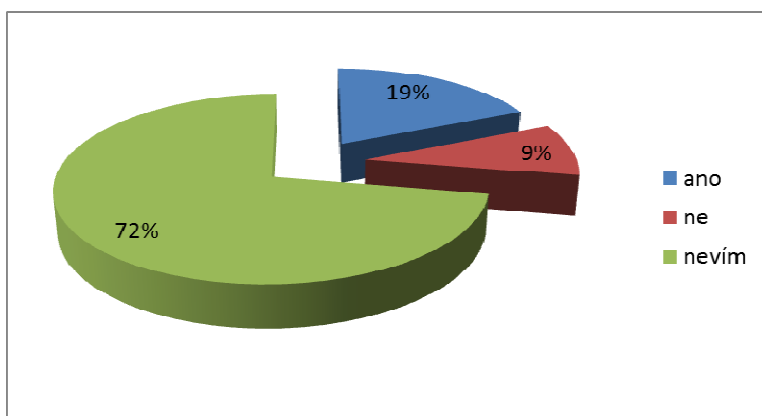
Graf demonstruje znalost 54 (100 %) dotázaných sester o modelu Madeleine Leiningerové, respektive čím se tento model zabývá. Podle 10 (18 %) respondentů, z nichž bylo 7 (22 %) z 32 (100 %) sester se středoškolským vzděláním a 3 (33 %) z 9 (100 %) sester s vyšším odborným vzděláním, se model Madeleine Leiningerové zabývá přizpůsobením pacienta se zdravotními komplikacemi prostředí, společnosti aj. Správně odpovědělo 37 (69 %) respondentů, konkrétně 12 (92 %) z 13 (100 %) sester s vysokoškolským vzděláním, 6 (67 %) z 9 (100 %) sester s vyšším odborným vzděláním a 19 (59 %) z 32 (100 %) sester se středoškolským vzděláním, kteří udávají, že model Madeleine Leiningerové se zabývá kulturou, hodnotami, vírou stylem života a s nimi spojené odlišnosti pacienta. Míru soběstačnosti pacienta v jednotlivých oblastech péče uvedlo 7 (13 %) respondentů, z nichž 6 (19 %) z 32 (100 %) respondentů bylo středoškoláků a 1 (8 %) z 13 (100 %) vysokoškolák.

Graf 18 Užití modelu Madeleine Leiningerové při ošetřování pacienta bezdomovce



Graf naznačuje, zda by dotazovaných 54 (100 %) sester užilo modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 18 (33 %) respondentů odpovědělo kladně. Negativní odpověď uvedlo 7 (13 %) respondentů. 29 (54 %) respondentů nevědělo, zda by užilo modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce

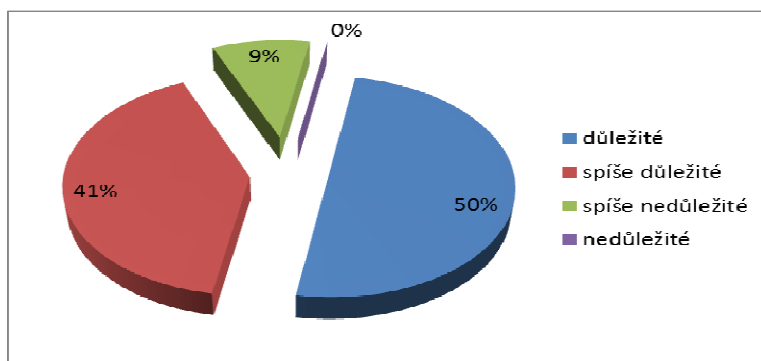
Graf 19 Názor sester na příspěvní modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce



Graf představuje odpovědi 54 (100 %) dotázaných sester na otázku, zda by aplikace modelu Madeleine Leiningerové byla pomocí v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Ke kladné odpovědi se přiklonilo 10 (19 %) respondentů. 5 (9 %) respondentů nepovažují model Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce za pomoc. 39 (72 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli by jim v ošetrovatelské péči o bezdomovce pomohl model Madeleine Leiningerové.

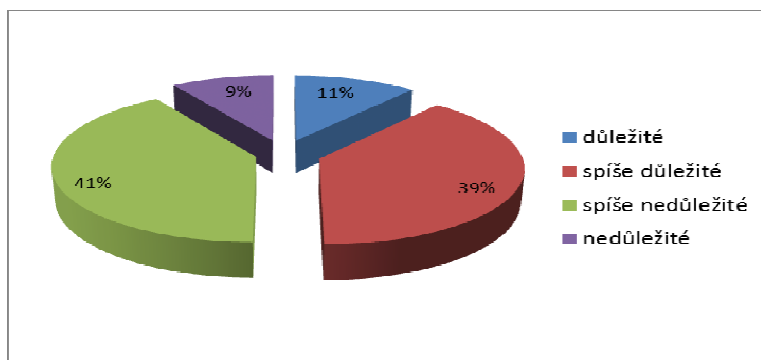
Následující grafy popisují názory sester na jednotlivé body modelu Madeleine Leiningerové při sběru dat o pacientovi bezdomovci, konkrétně grafy 20 – 36 odpovídá Typu A a grafy 37 – 41 Typu B.

Graf 20 Důležitost sledování způsobu komunikace pacienta bezdomovce



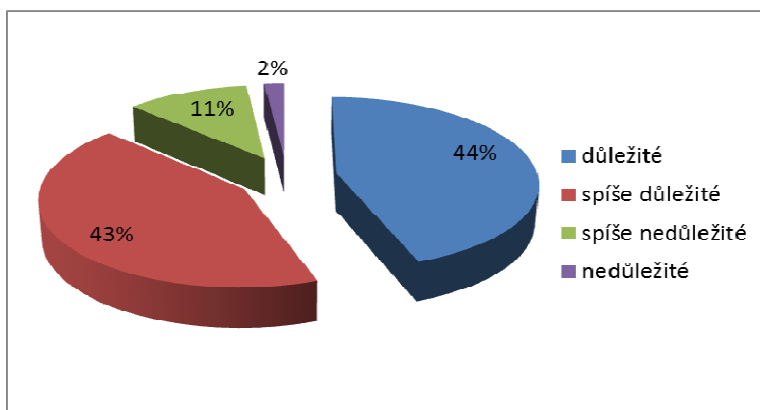
Graf znázorňuje postoj 54 (100 %) sester k sledování jazyka, komunikace a gest pacienta bezdomovce v ošetrovatelské péči o něj. 27 (50 %) respondentů považuje tuto činnost za důležitou. 22 (41 %) respondenti se přiklání k odpovědi „spíše důležité“. Spíše nedůležité se jeví sledování jazyka, komunikace a gest bezdomovce v ošetrovatelské péči o něj 5 (9 %) sestřám. Nikdo (0 %) neoznačil odpověď nedůležité.

Graf 21 Důležitost odívání a tělesného vzhledu pacienta bezdomovce



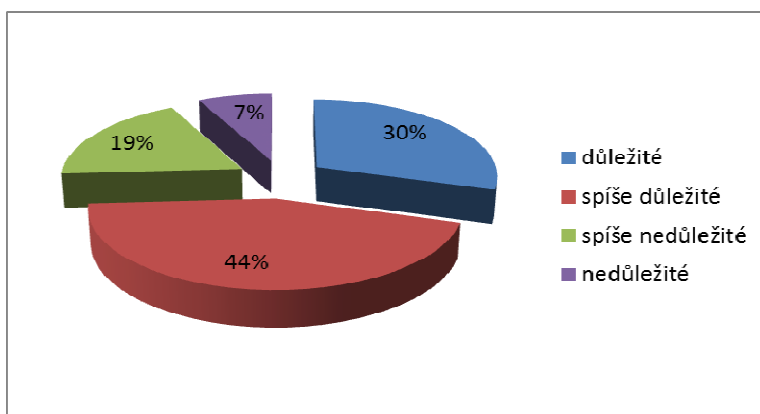
Graf demonstruje, co si 54 (100 %) dotázaných sester myslí o sledování odívání a tělesného vzhledu dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové u pacienta bezdomovce. Za důležité tento bod pokládá 6 (11 %) respondentů. 21 (39 %) respondent ohodnotil tento bod jako spíše důležitý a 22 (41 %) respondenti jako spíše nedůležitý. 5 (9 %) respondentům připadá odívání a tělesný vzhled pacienta bezdomovce v ošetrovatelské péči o něj jako nedůležitý.

Graf 22 Hodnocení souvislosti mezi prostředím, společností a pacientem bezdomovcem



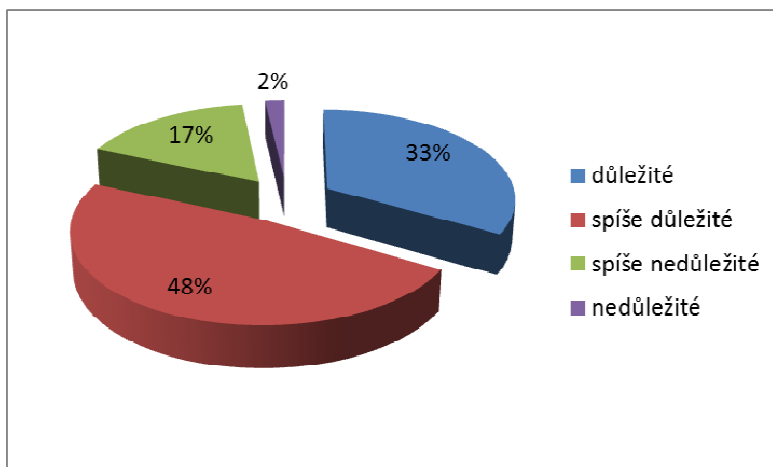
Graf představuje názory 54 (100 %) dotázaných sester na hodnocení souvislosti mezi prostředím, společností a pacientem bezdomovcem, které jsou součástí vyhodnocení Typu A dle modelu Madeleine Leiningerové. Jako důležité toto považuje 24 (44 %) respondenti. Jako spíše důležité pokládá hodnocení výše zmíněných souvislostí 23 (43 %) respondenti. Pro 6 (11 %) respondentů je hodnocení souvislosti mezi prostředím, společností a pacientem bezdomovcem spíše nedůležité a pro 1 (2 %) sestru nedůležité.

Graf 23 Zjištění způsobu života, názor užití techniky při diagnostice a léčbě pacienta bezdomovce



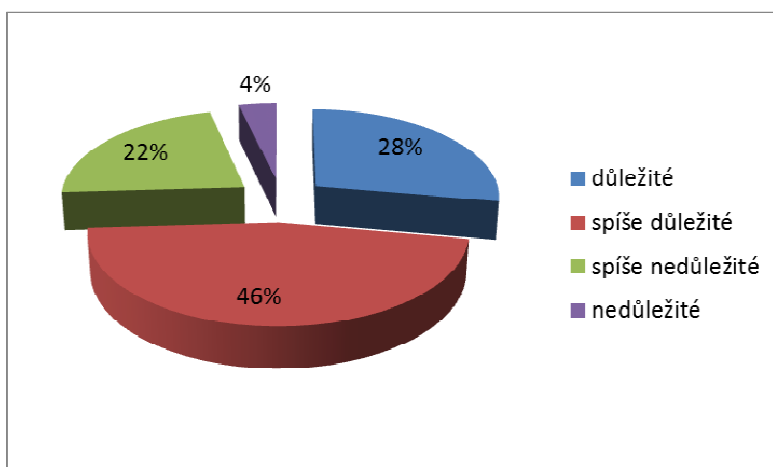
Graf zobrazuje mínění 54 (100 %) sester o potřebnosti zjištění způsobu života, názor bezdomovce na užití techniky při diagnostice a léčbě. Odpověď důležité uvedlo 16 (30 %) sester. K odpovědi spíše důležité se přiklonilo 24 (44 %) sester. 10 (19 %) sester odpovědělo spíše nedůležité. Pro 4 (7 %) sestry je toto zjištění nedůležité.

Graf 24 Poznání způsobu života v rodině pacienta bezdomovce



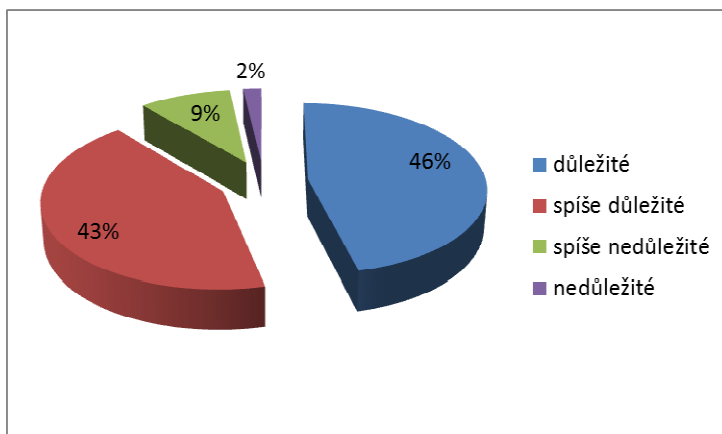
Graf demonstruje názor 54 (100 %) dotázaných sester na důležitost poznání způsobu života v rodině pacienta bezdomovce dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Důležité odpovědělo 18 (33 %) respondentů. Spíše důležité uvedlo 26 (48 %) respondentů. 9 (17 %) respondentů se přiklonilo k odpovědi spíše nedůležité. 1 (2 %) sestra uvedla odpověď nedůležité.

Graf 25 Důležitost zjištění denních aktivit pacienta bezdomovce



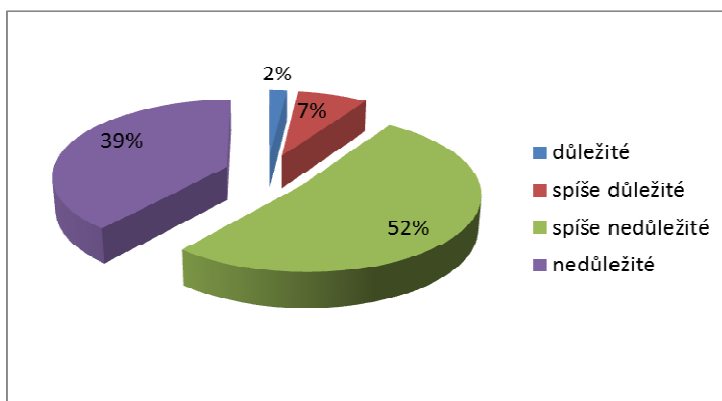
Graf zobrazuje mínění 54 (100 %) dotazovaných sester o důležitosti zjištění denních aktivit pacienta bezdomovce dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o něj. 15 (28 %) sester toto zjištění pokládá za důležité. 25 (46 %) sester označilo odpověď spíše důležité. 12 (22 %) respondentů uvedlo odpověď spíše nedůležité a 2 (4 %) sestry se přiklonily k odpovědi nedůležité.

Graf 26 Důležitost sledování stravovacích návyků bezdomovců



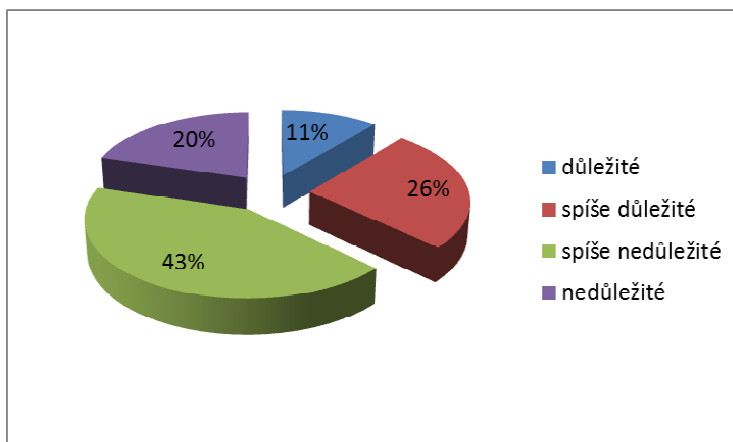
Graf nastiňuje výsledek odpovědi 54 (100 %) sester na otázku dotazující se na důležitost sledování stravovacích návyků bezdomovců dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o ně. Odpověď důležité označilo 25 (46 %) sester. Sledování stravovacích návyků bezdomovců pokládá za spíše důležité 23 (43 %) respondentů. 5 (9 %) sester považuje toto sledování za spíše nedůležité. Odpověď nedůležité označila 1 (2 %) sestra.

Graf 27 Důležitost světového názoru bezdomovců



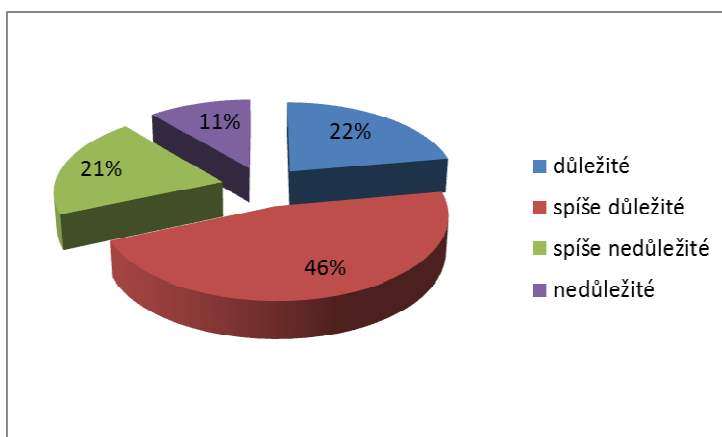
Graf ukazuje názor 54 (100 %) sester na zjišťování světového názoru bezdomovce dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o něj. 1 (2 %) sestra uvedla odpověď důležité. 4 (7 %) sestry odpověděly jako spíše důležité. 28 (52 %) pokládalo zjišťování světového názoru bezdomovce za spíše nedůležité. Odpověď nedůležité uvedlo 21 (39 %) sestra.

Graf 28 Důležitost náboženské a duchovní víry pacienta bezdomovce



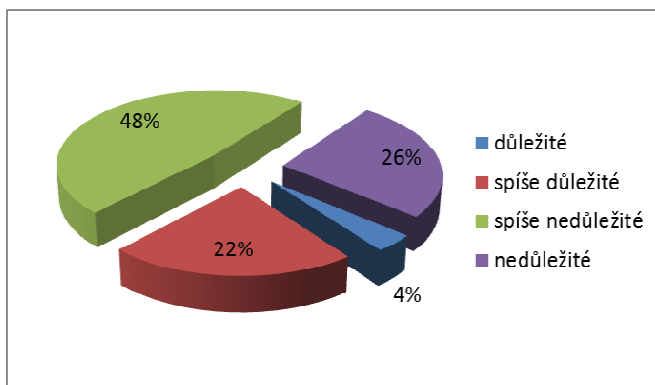
Graf zobrazuje mínění 54 (100 %) dotázaných sester o zjištění náboženské a duchovní víry dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 6 (11 %) sester odpovědělo, že je důležité zjistit náboženskou a duchovní víru pacienta bezdomovce. Pro 14 (26 %) sester je toto zjištění spíše důležité. 23 (43 %) respondentů označilo odpověď spíše nedůležité. Pro 11 (20 %) sester je zjištění náboženské a duchovní víry pacienta bezdomovce nedůležité v ošetrovatelské péči o bezdomovce.

Graf 29 Sledování bezdomovce z hlediska vztahů



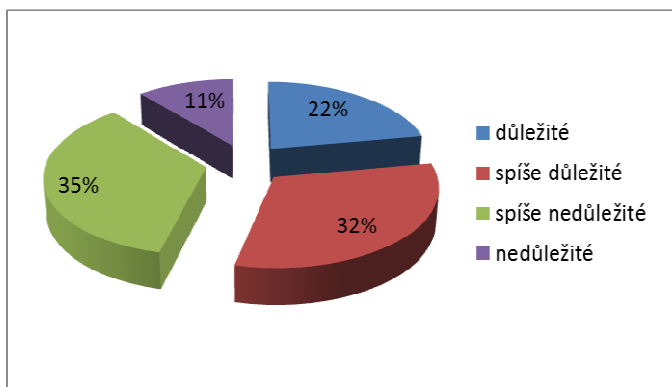
Graf zobrazuje názor 54 (100 %) dotazovaných sester na sledování vztahů ve vlastní kultuře či subkultuře a k ostatním lidem dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové u pacienta bezdomovce. Odpověď důležité označilo 12 (22 %) sester. Jako spíše důležité odpovědělo 25 (46 %) sester. 11 (21 %) sester uvedlo odpověď spíše nedůležité. Pro 6 (11 %) sester bylo zjištění vztahů bezdomovce nedůležité.

Graf 30 Důležitost vzdělání bezdomovce



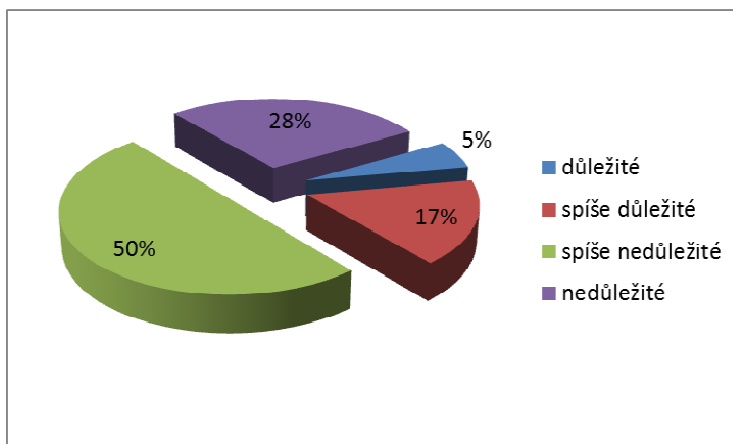
Graf představuje názor 54 (100 %) dotázaných sester na zjištění hodnoty vzdělání pro pacienta dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Odpověď důležité označili 2 (4 %) respondenti. K odpovědi spíše důležité se přiklonilo 12 (22 %) sester. Jako spíše nedůležité označilo zjištění hodnoty vzdělání pro bezdomovce v ošetrovatelské péči o něj 26 (48 %) sester. 14 (26 %) sester označilo odpověď nedůležité.

Graf 31 Důležitost vlivu ekonomických faktorů na zdraví bezdomovců



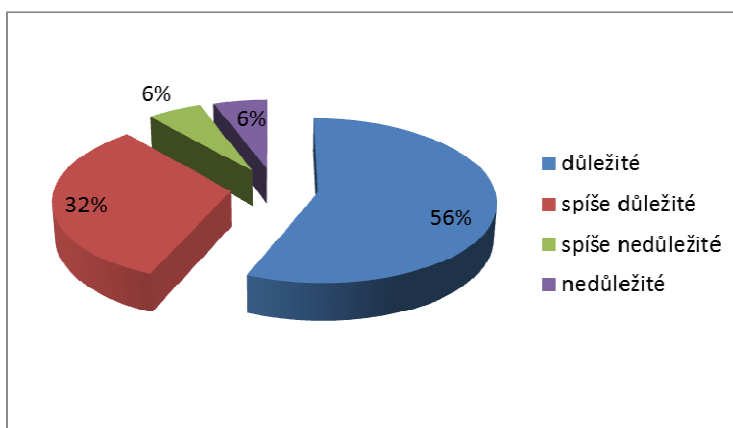
Graf zobrazuje mínění 54 (100 %) dotazovaných sester na sledování vlivu ekonomických faktorů na zdraví dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 12 (22 %) sester považuje sledování vlivu ekonomických faktorů na zdraví bezdomovce za důležité v ošetrovatelské péči o něj. 17 (32 %) sester považovalo toto sledování za spíše důležité. 19 (35 %) sester označilo odpověď spíše nedůležité. Pro 6 (11 %) sester by tato otázka v ošetrovatelské péči o bezdomovce byla nedůležitá.

Graf 32 Posuzování politických a právních vlivů na bezdomovce



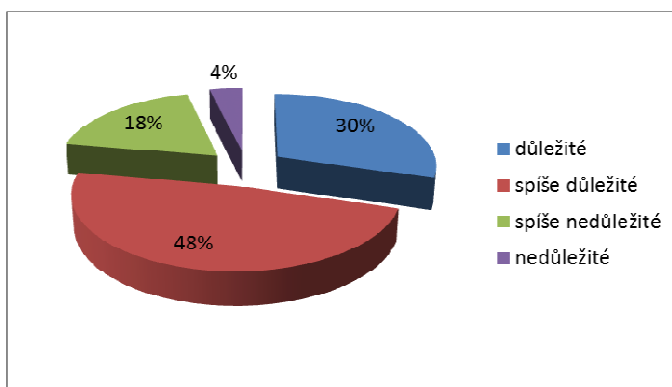
Graf ukazuje, jak 54 (100 %) dotazovaných sester odpovědělo na otázku důležitosti posouzení politických a právních vlivů dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové na bezdomovce v rámci ošetrovatelské péče o ně. 3 (5 %) sestry označily odpověď důležité. 9 (17 %) sester odpovědělo spíše důležité. K odpovědi spíše nedůležité se přiklonilo 27 (50 %) sester. Jako nedůležité považovalo 15 (28 %) sester vyhodnocení politických a právních vlivů na pacienty bezdomovce.

Graf 33 Důležitost laické péče o zdraví



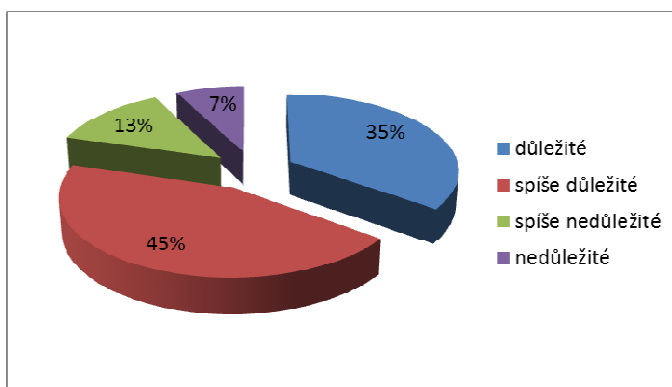
Graf vyhodnocuje odpovědi 54 (100 %) dotázaných sester na vyhodnocení laické péče o zdraví a vlastní osobu pacientem dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 30 (56 %) sester toto vyhodnocení označilo za důležité. Pro 18 (32 %) sester bylo toto vyhodnocení spíše důležité. Jako spíše nedůležité ho označily 3 (6 %) sestry. 3 (6 %) respondenti uvedli odpověď nedůležité.

Graf 34 Názor sester na vnímání profesionální péče pacientem bezdomovcem



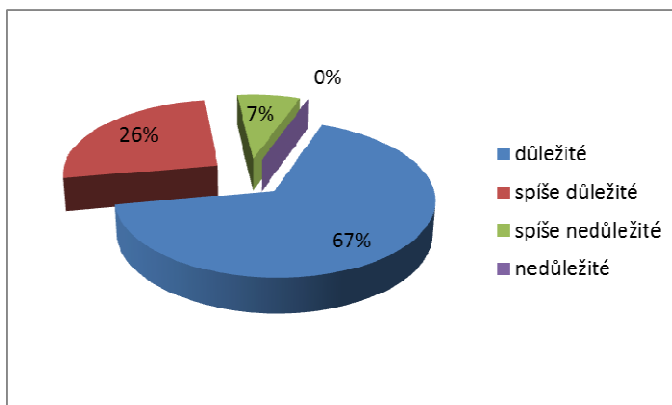
Graf ukazuje názor 54 (100 %) dotázaných sester na vnímání profesionální péče pacientem dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 16 (30 %) sester zvolilo odpověď důležité. Odpověď spíše důležité vybralo 26 (48 %) sester. K odpovědi spíše nedůležité se přiklonilo 10 (18 %) sester. Jako nedůležité označili sledování vnímání profesionální péče pacientem bezdomovcem 2 (4 %) respondenti.

Graf 35 Důležitost souvislosti péče se zdravotním pojištěním, finančním zázemím a odlišnostmi životního stylu pacienta bezdomovce



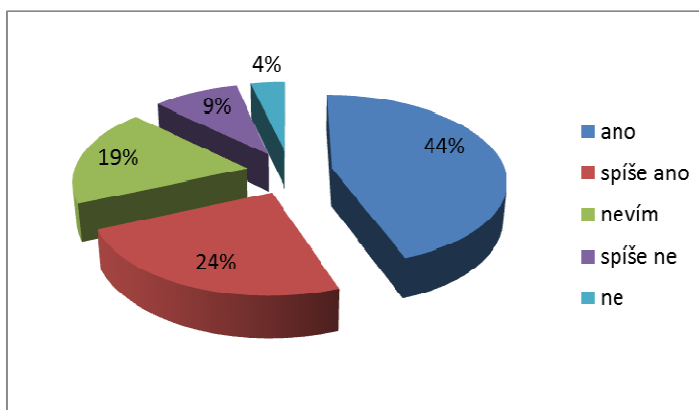
Graf demonstruje odpovědi 54 (100 %) dotazovaných sester na otázku, která se ptá na důležitost sledování souvislosti péče se zdravotním pojištěním, finančním zázemím a odlišnostmi životního stylu pacienta dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 19 (35 %) sester vybralo odpověď důležité. 24 (45 %) sester se přiklonilo k odpovědi spíše důležité. 7 (13 %) sester odpovědělo spíše nedůležité. 4 (7 %) respondenti uvedli odpověď nedůležité.

Graf 36 Důležitost informovanosti pacienta o prevenci nemocí a péči o sebe



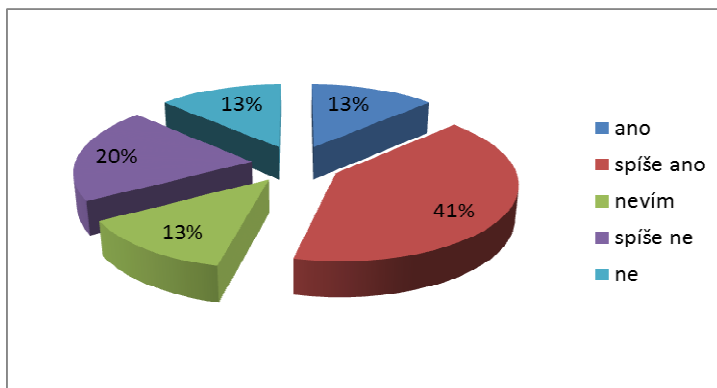
Graf vyobrazuje názor 54 (100 %) dotazovaných sester na zjištění informovanosti pacienta o prevenci nemocí a péči o sebe dle Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 36 (67 %) sester uvedlo odpověď důležité. Jako spíše důležité označilo informovanost pacienta bezdomovce o péči o sobě a prevenci nemocí 14 (26 %) sester. 4 (7 %) sestry se přiklonily k odpovědi spíš nedůležité. Nikdo (0 %) neoznačil odpověď nedůležité.

Graf 37 Pomoc v péči o pacienta bezdomovce v podobě záznamu o důležitých faktech



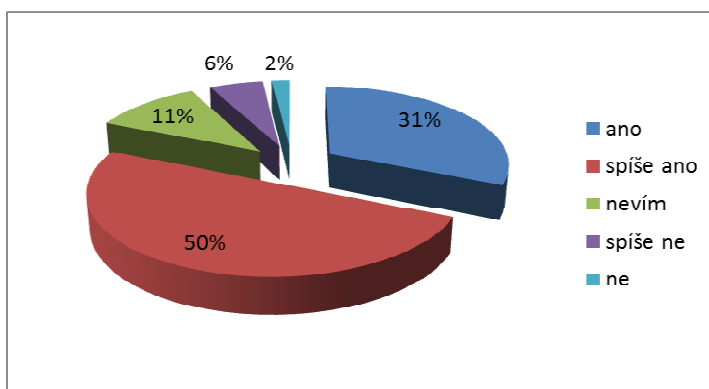
Graf naznačuje odpovědi 54 (100 %) dotázaných sester na otázku, zda by jim pomohl záznam o důležitých faktech zjištěných při setkání s pacientem dle Typu B modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Ano odpovědělo 24 (44 %) sester. 13 (24 %) sester uvedlo spíše ano. 10 (19 %) respondentů nevědělo. Spíše ne označilo 5 (9 %) sester. K odpovědi ne se přihlásili 2 (4 %) respondenti.

Graf 38 Pomoc spočívající v objasnění hodnot, víry, aktivit v souvislosti se zdravím, tradiční péčí a názoru na profesionální systém pacienta



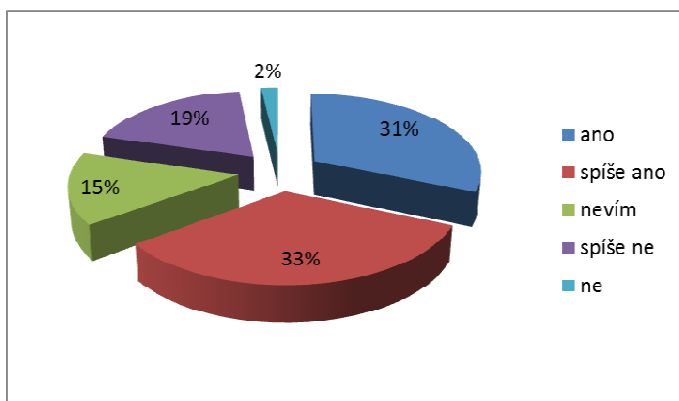
Graf zobrazuje odpovědi 54 (100 %) dotazovaných sester na otázku, zda by jim pomohlo objasnění hodnot, víry, aktivit v souvislosti se zdravím, tradiční péčí a názoru na profesionální systém pacienta dle Typu B modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 7 (13 %) sester odpovědělo ano. 22 (41 %) sester označilo odpověď spíše ano. 7 (13 %) sester nevědělo. Spíše ne uvedlo 11 (20 %) sester. 7 (13 %) sester odpovědělo ne.

Graf 39 Názor na zjištění zkušeností pacienta bezdomovce s pobytem ve zdravotnickém zařízení



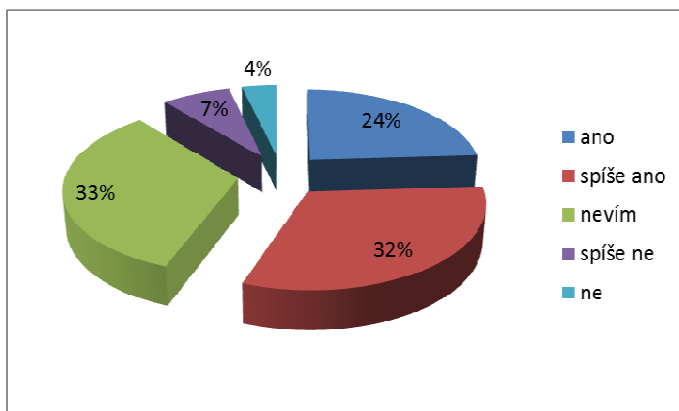
Graf popisuje mínění 54 (100 %) dotázaných sester, jestli by jim pomohlo zjištění názoru a zkušeností pacienta v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení dle Typu B modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Ano odpovědělo 17 (31 %) sester. 27 (50 %) sester označilo spíše ano. 6 (11 %) sester nevědělo. 3 (6 %) odpovědi byly spíše ne. K odpovědi ne se přiklonila 1 (2 %) sestra.

Graf 40 Existence společných a odlišných momentů vyplývajících ze stylu života bezdomovce a požadavků profesionální péče



Graf popisuje odpovědi 54 (100 %) dotazovaných sester na otázku, zda by jim pomohlo vyhodnocení společných a odlišných momentů vyplývajících ze stylu života pacienta a požadavků profesionální péče dle Typu B modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 17 (31 %) sester uvedlo kladnou odpověď. Spíše ano odpovědělo 18 (33 %) sester. 8 (15 %) respondentů nevědělo. Spíš ne byla odpověď 10 (19 %) respondentů. 1 (2 %) sestra odpověděla ne.

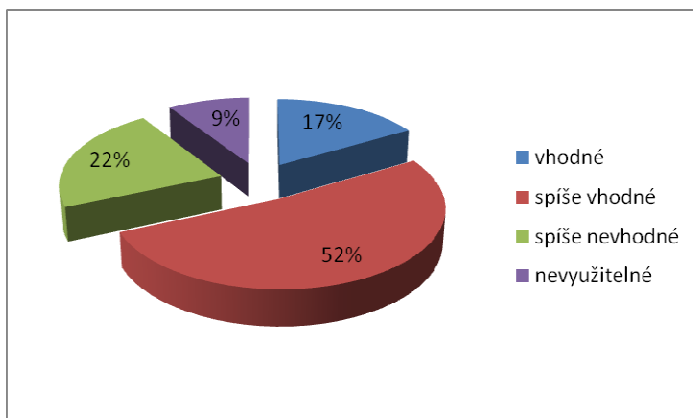
Graf 41 Přípravení plánu péče respektující kulturu pacienta bezdomovce



Graf zobrazuje odpovědi 54 (100 %) dotazovaných sester na otázku, zda by jim pomohlo připravení plánu péče respektující kulturní odlišnost pacienta dle Typu B modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 13 (24 %) sester odpovědělo ano. 17 (32 %) sester uvedlo, že spíše ano. 18 (33 %) sester nevědělo. Spíše ne označily 4 (7 %) sestry. 2 (4 %) sestry se přiklonily k odpovědi ne.

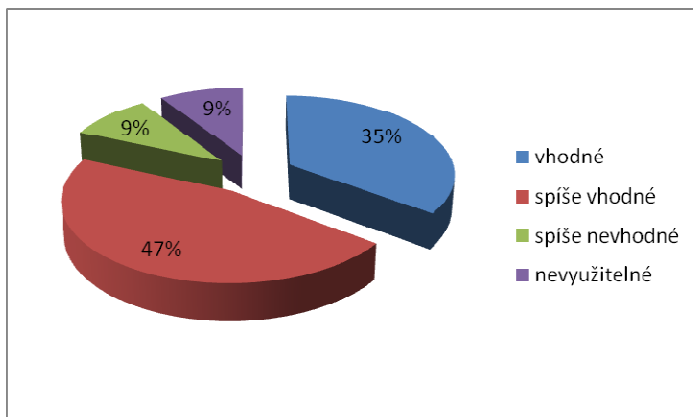
Grafy 42 – 48 popisují názor dotazovaných sester na užití modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové v ošetrovatelské péči o bezdomovce.

Graf 42 Vhodnost sledování kultury či subkultury, ke které pacient patří



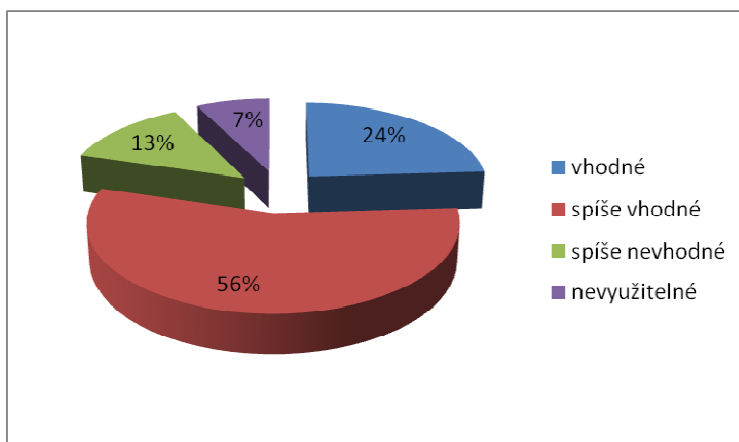
Graf zobrazuje odpovědi 54 (100 %) dotazovaných sester ohledně vhodnosti sledování kultury či subkultury, ke které pacient patří, v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Odpověď vhodné označilo 9 (17 %) sester. 28 (52 %) sester uvedlo odpověď spíše vhodné. Spíše nevhodné byla odpověď 12 (22 %) respondentů. 5 (9 %) sester se přiklonilo k odpovědi nevyužitelné.

Graf 43 Vhodnost sledování kvality mluvy, hlasu, mimoslovní komunikace



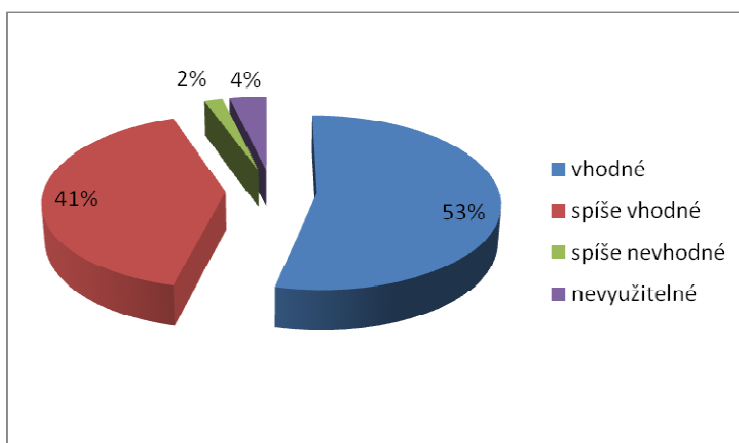
Graf naznačuje hodnocení 54 (100 %) dotázaných sester ohledně vhodnosti sledování kvality mluvy, hlasu, mimoslovní komunikace u pacienta bezdomovce. Odpověď vhodné se vyskytla v 19 (35 %) případech. 25 (47 %) sester odpovědělo spíše vhodné. 5 (9 %) sester vyjádřilo své mínění jako spíše nevhodné. Odpověď nevyužitelné označilo 5 (9 %) sester.

Graf 44 Vhodnost sledování vzdálenosti a osobního prostoru při rozhovoru s pacientem



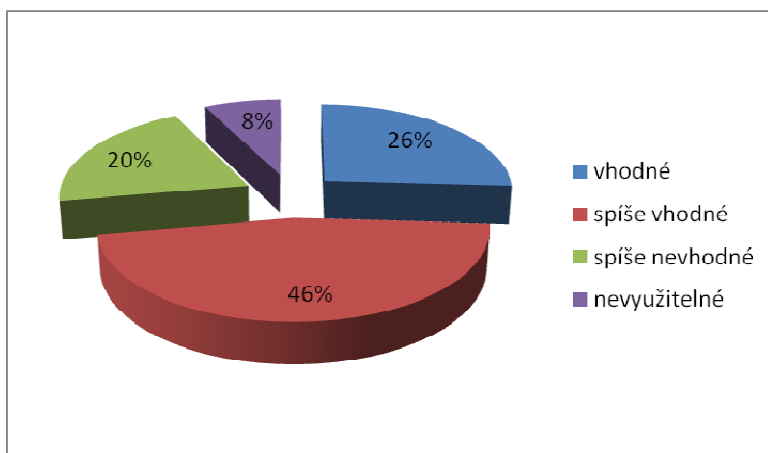
Graf zobrazuje vyjádření 54 (100 %) dotazovaných sester k sledování vnímání prostoru, potřeba vzdálenosti při rozhovoru v upřesněné délce a osobního prostoru pacienta v ošetrovatelské péči o bezdomovce. K odpovědi vhodné se přiklonilo 13 (24 %) sester. 30 (56 %) sester odpovědělo spíše vhodné. 7 (13 %) sester označilo odpověď spíše nevhodné. Odpověď nevyžitélné byla označena 4 (7 %) respondenty.

Graf 45 Vhodnost sledování zdravotního stavu a rodinných poměrů pacienta



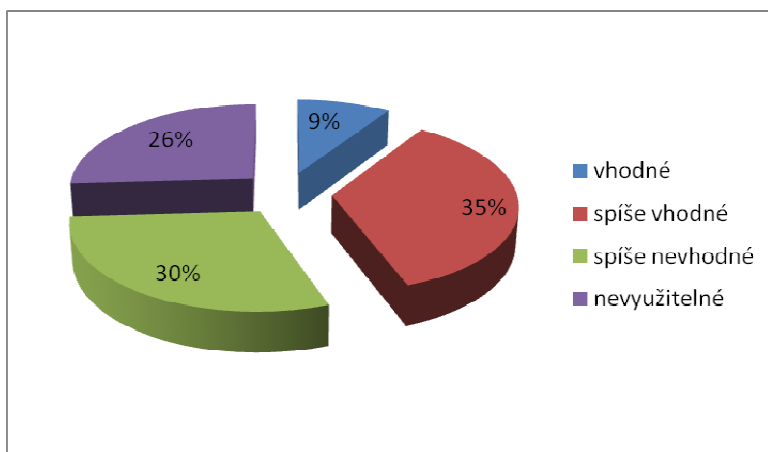
Graf popisuje odpovědi 54 (100 %) dotazovaných sester na otázku vhodnosti sledování zdravotního stavu a rodinných poměrů pacienta v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 29 (53 %) sester se přiklonilo k odpovědi vhodné. 22 (41 %) sester uvedlo odpověď spíše vhodné. 1 (2 %) odpověděla spíše nevhodné. S odpovědí nevyžitélné se ztotožnily 2 (4 %) sestry.

Graf 46 Vhodnost sledování soustředění pacienta na minulost, přítomnost či budoucnost



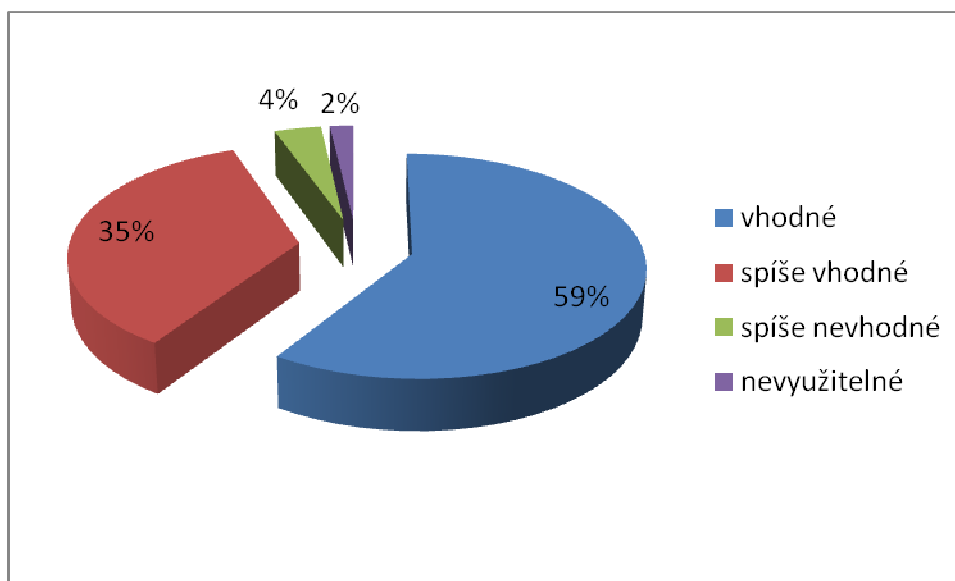
Graf zobrazuje názor 54 (100 %) dotazovaných sester na vhodnost sledování soustředění pacienta na minulost, přítomnost či budoucnost a orientace v čase v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 14 (26 %) sester označilo odpověď vhodné. Spíše vhodné odpovědělo 25 (46 %) sester. 11 (20 %) sester se přiklonilo k odpovědi spíše nevhodné. Odpověď nevyžitélné se vyskytla ve 4 (8 %) případech.

Graf 47 Vhodnost sledování přisuzování důvodu dění kolem pacienta



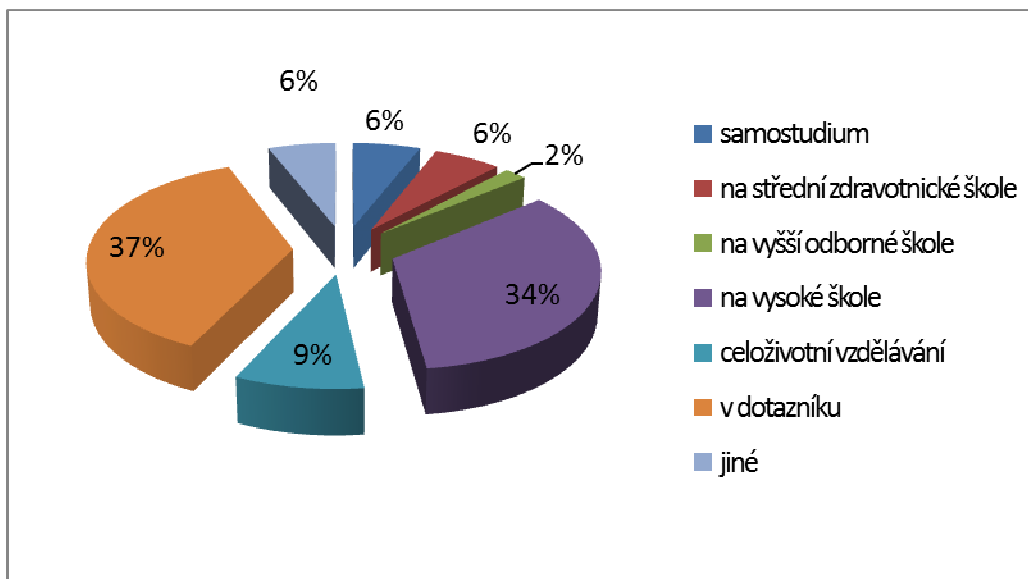
Graf ukazuje názor 54 (100 %) dotázaných sester na vhodnost sledování přisuzování důvodu dění kolem pacienta jím v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 5 (9 %) sester odpovědělo vhodné. 19 (35 %) sester zvolilo odpověď spíše vhodné. K odpovědi spíše nevhodné se přiklonilo 16 (30 %) sester. 14 (26 %) vybralo odpověď nevyžitélné.

Graf 48 Vhodnost sledování fyzikálního vyšetření a odlišností



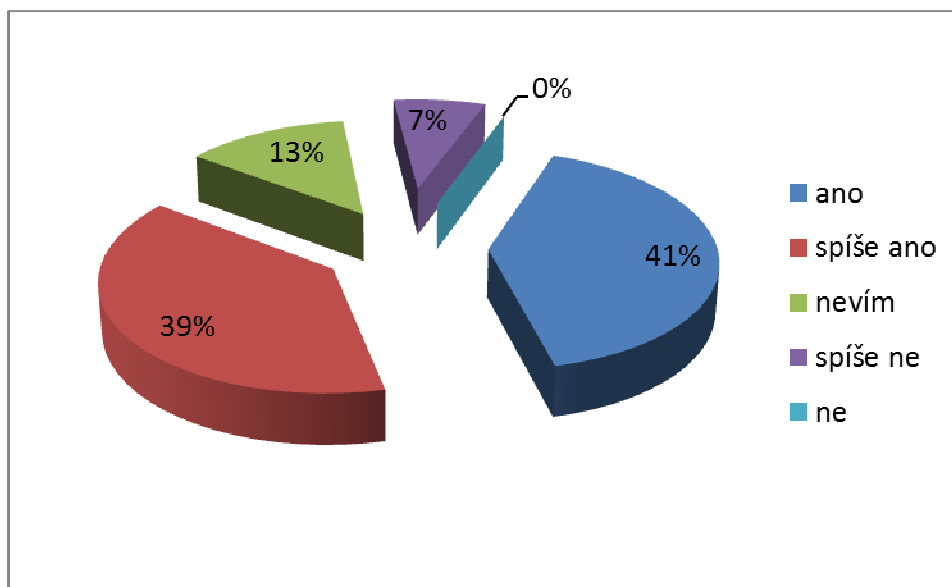
Graf vyobrazuje hodnocení 54 (100 %) dotázaných sester ohledně vhodnosti sledování fyzikálního vyšetření a odlišností pacienta v ošetrovatelské péči o bezdomovce. 32 (59 %) sestry se přiklonily k odpovědi vhodné. Spíše vhodné byla odpověď 19 (35 %) respondentů. 2 (4 %) sestry uvedly odpověď ve znění spíše nevhodné. Odpověď nevyužitelné vybrala 1 (2 %) sestra.

Graf 49 Způsob nabytí znalosti o modelu Madeleine Leiningerové



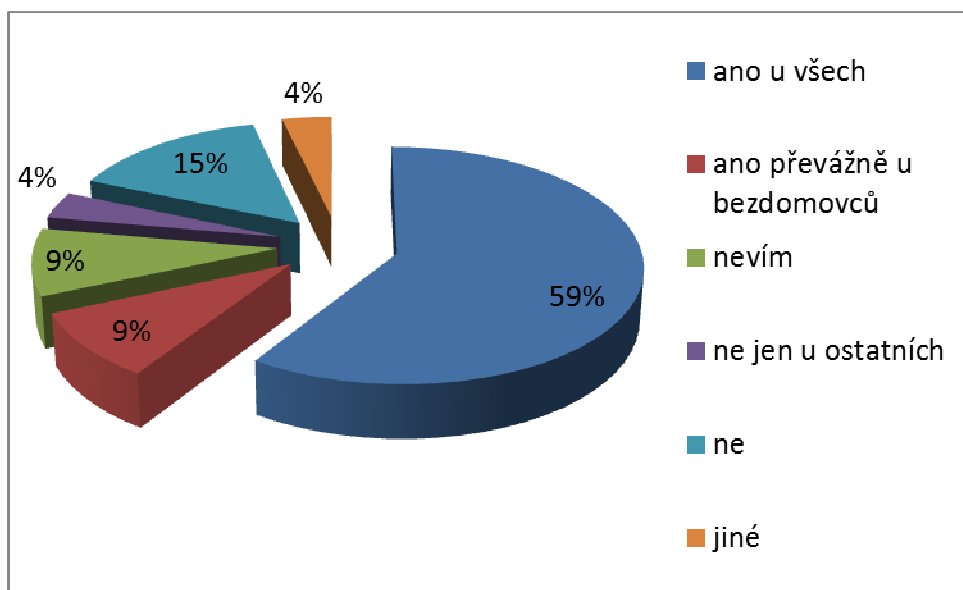
Graf vyhodnocuje, jak se 54 (100 %) dotazovaných sester dozvědělo o existenci modelu Madeleine Leiningerové. Prostřednictvím samostudia se s modelem Madeleine Leiningerové seznámili 3 (6 %) respondenti. Na střední zdravotnické škole se s modelem Madeleine Leiningerové setkaly 3 (6 %) sestry. 1 (2 %) sestra se s modelem Madeleine Leiningerové setkala na vyšší odborné škole. V rámci studia na vysoké škole poznalo model Madeleine Leiningerové 19 (34 %) respondentů. Celoživotní vzdělávání umožnilo setkat se s tématikou modelu Madeleine Leiningerové 5 (9 %) respondentům. 20 (37 %) respondentů se dozvědělo o existenci modelu z předloženého dotazníku. Jiné zvolili 3 (6 %) respondenti, jejichž odpovědi zněly: „ od přítelkyně, na internetu a nikde“.

Graf 50 Názor sester na kulturní odlišnost bezdomovců od lépe sociálně postavených lidí



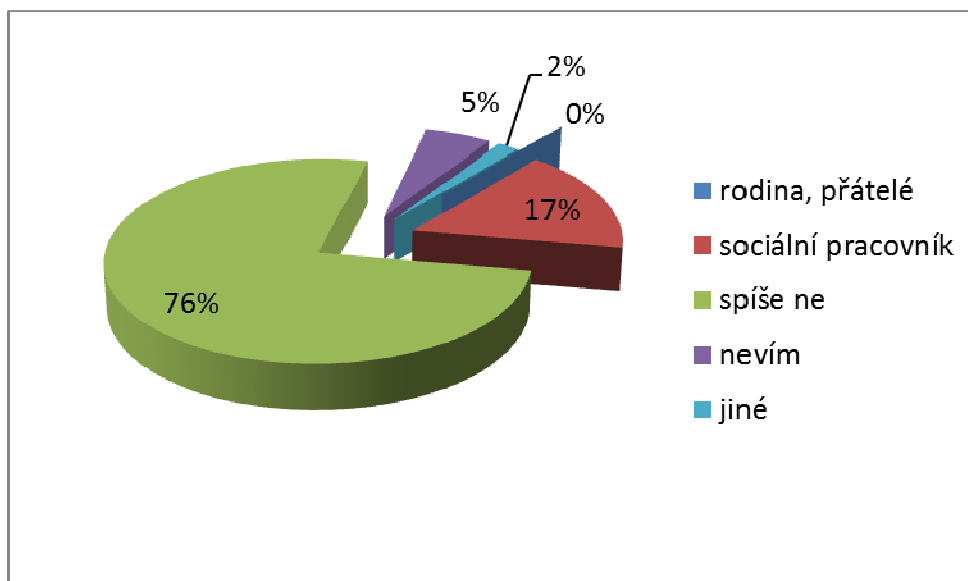
Graf tvoří odpovědi 54 (100 %) dotazovaných sester na otázku kulturní odlišnosti bezdomovců od lépe sociálně postavených lidí. 22 (41 %) respondentů vidí bezdomovce jako kulturně odlišné od lépe postavených lidí ve společnosti. K názoru, že jsou bezdomovci spíše kulturně odlišní, se přiklonilo 21 (39 %) respondent. 7 (13 %) respondentů nevědělo jaký názor zaujmout. 4 (7 %) sestry pokládají bezdomovce za spíše kulturně neodlišné. Nikdo (0 %) neoznačil odpověď absolutně popírající kulturní odlišnost bezdomovců od lépe postavených lidí.

Graf 51 Realizace péče respektující kulturu, víru, názor, hodnoty a životní styl



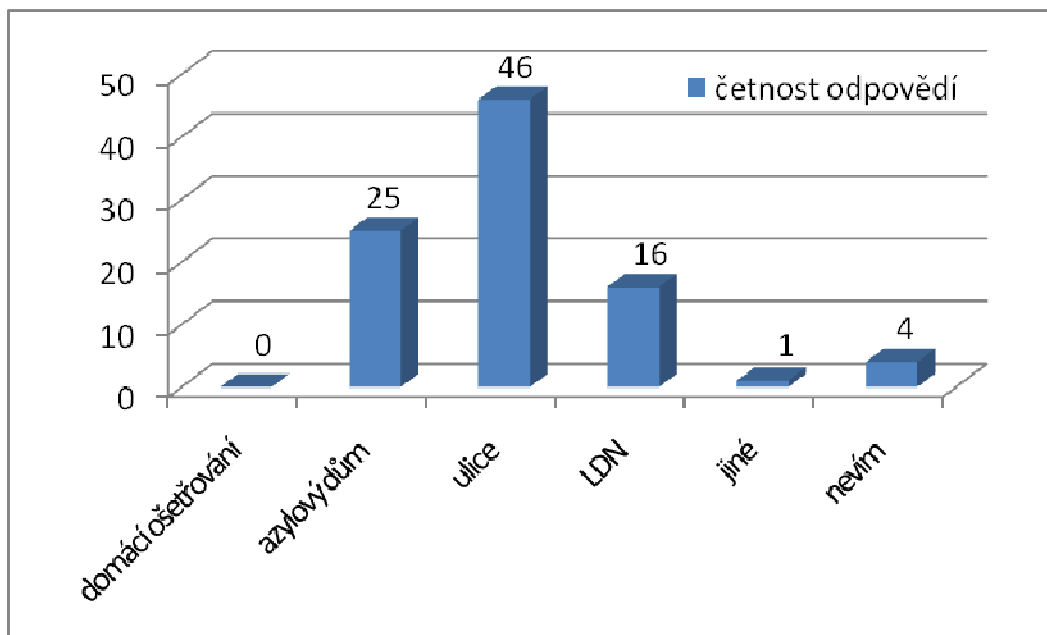
Graf, který je tvořen 54 (100 %) odpověďmi dotazovaných sester, demonstruje, jak probíhá péče o pacienta bezdomovce s ohledem na jeho kulturní zvláštnosti. 32 (59 %) respondenti provádí péči respektující kulturní zvláštnosti všech pacientů. 5 (9 %) respondentů uvedlo, že uskutečňují péči respektující kulturní zvláštnosti pacienta především u bezdomovců. Odpověď „nevím“ vybralo 5 (9 %) respondentů. 2 (4 %) respondenti poskytují péči respektující kulturu všem pacientům kromě pacientů bezdomovců. Péči respektující kulturní specifika neposkytuje 8 (15 %) respondentů. Jinou odpověď uvedly 2 (4 %) sestry a to, že se s bezdomovcem setkaly jednou až dvakrát a péče o něj nebyla poskytována dle modelu Madeleine Leiningerové.

Graf 52 Názor sester, zda se po ukončení hospitalizace má kdo o bezdomovce postarat



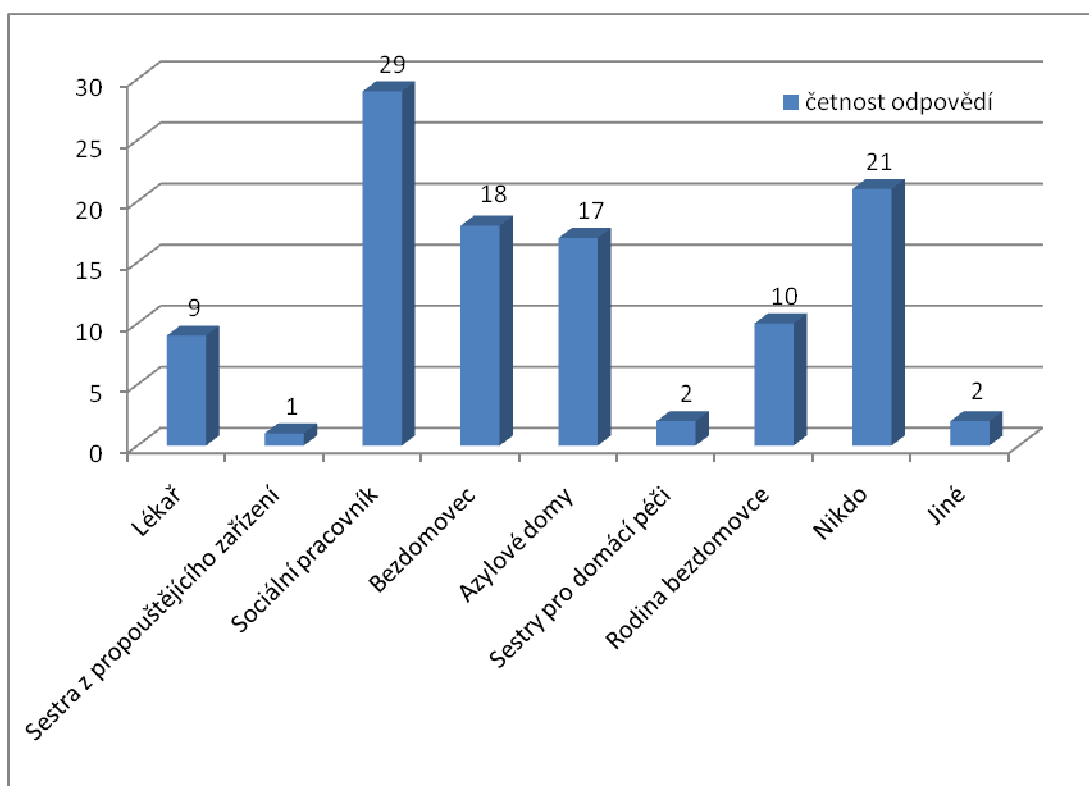
Graf popisuje výpovědi 54 (100 %) dotázaných sester na otázku, zda se má o bezdomovce po propuštění kdo postarat. Nikdo (0 %) nevybral odpověď spíš ano, obvykle někdo z jeho rodiny či přátel. 9 (17 %) respondentů uvedlo, že spíš se o bezdomovce má kdo postarat, nejčastěji sociální pracovník. Odpověď spíš ne vybralo 41 (76 %) respondent. Jaký názor zaujmout nevěděli 3 (5 %) respondenti. 1 (2 %) respondent uvedl jinou odpověď, citují: „Zřejmě jde zpátky na ulici a o nikoho nestojí.“

Graf 53 Představa sester o útočišti bezdomovců po propuštění z nemocnice



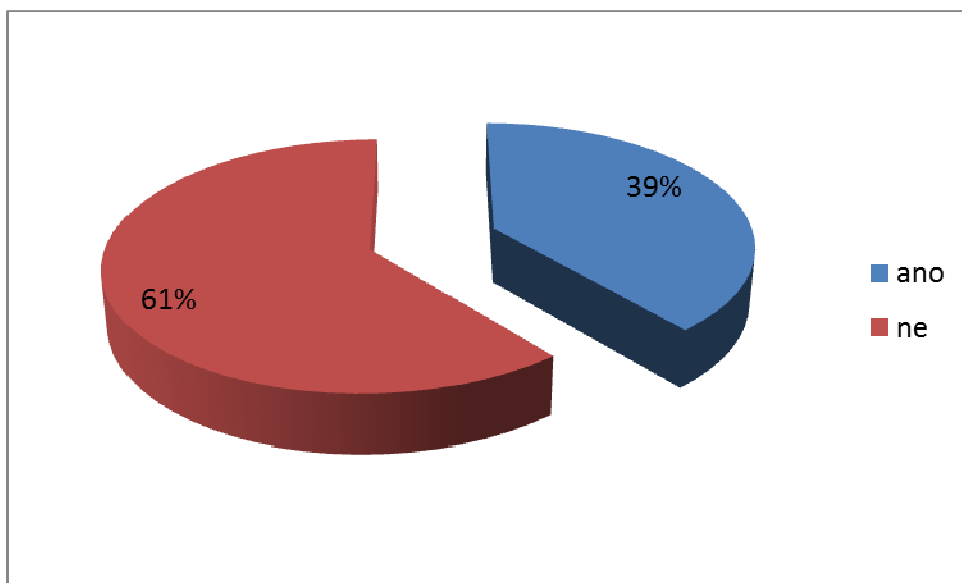
Graf zobrazuje představu 54 dotázaných sester o tom, kam bezdomovci odcházejí po propuštění z nemocnice, získanou z celkového počtu 92 (100 %) odpovědí. Respondenti měli možnost vybírat z více odpovědí, čehož využilo 30 sester. Žádný (0 %) respondent neoznačil odpověď do domácího ošetřování. 25 (27 %) odpovědí označovalo azylový dům jako útočiště bezdomovců po propuštění z nemocnice. Na ulici bylo znění 46 (50 %) odpovědí. 16 (18 %) odpovědí se přiklápělo k Léčebně dlouhodobě nemocných. 1 (1 %) odpověď byla jiná než nabízené, cituji: „většina chce zpět na ulici“. 4 (4 %) odpovědi byly nevím.

Graf 54 Osoba zajišťující podmínky pro doléčení bezdomovce při propuštění z péče



Graf demonstruje náhled 54 dotázaných sester na to, kdo zajišťuje podmínky pro doléčení bezdomovce v „domácím ošetřování“ při jeho propuštění z péče. Sestry měly možnost označit více odpovědí, čehož využili 32 respondenti. Celkový počet odpovědí byl 109 (100 %). Odpověď lékař byla označena v 9 (8 %) případech. 1 (1 %) odpověď byla setra z propouštěcího zařízení. 29 (27 %) odpovědí označilo sociálního pracovníka jako osobu zajišťující podmínky pro doléčení bezdomovce po propuštění z hospitalizace. Bezdomovec, tak znělo 18 (16 %) odpovědí. 17 (15 %) odpověďmi byly označeny azylové domy. 2 (2 %) odpovědi označovaly sestry pro domácí péči. 10 (9 %) odpovědí bylo pro rodinu bezdomovce. Odpověď nikdo byla označena ve 21 (20 %) případě. 2 (2 %) odpovědi byly jiné, cituji: „zřejmě odchází dobrovolně zpět na ulici a domnívám se, že o nic jiného nestojí“ a „ kamarádi“.

Graf 55 Zájem sester o podmínky, v kterých se bezdomovec ocitne při ukončení hospitalizace



Graf zobrazuje, zda se sestry zajímají o podmínky, do kterých je bezdomovec propuštěn. Kladně odpovědělo 21 (39 %) respondent. Negativní odpověď uvedlo 33 (61 %) respondenti z celkového počtu 54 (100 %).

Tabulka 1 Typ A modelu Madeleine Leiningerové

Typ A	důležité	spíše důležité	spíše nedůležité	nedůležité
Jazyk, komunikace, gesta	50%	41%	9%	0%
Odívání, tělesný vzhled	11%	39%	41%	9%
Všeobecná souvislost života s prostředím, adaptace pacienta na společnost a prostředí	44%	43%	11%	2%
Způsob života, názor na techniku užitou při diagnostice a léčbě	30%	44%	19%	7%
Způsob života v rodině	33%	48%	17%	2%
Denní aktivity	28%	46%	22%	4%
Stravovací zvyky, tabu	46%	43%	9%	2%
Světový názor	2%	7%	52%	39%
Náboženská a duchovní víra, hodnoty	11%	26%	43%	20%
Sociální vztahy ve vlastní kultuře či subkultuře, a k ostatním lidem	22%	46%	21%	11%
Hodnota vzdělání	4%	22%	48%	26%
Ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů, vliv na zdraví	22%	32%	35%	11%
Politické a právní vlivy	5%	17%	50%	28%
Laická péče o zdraví, způsob jakým o sebe pacient pečuje	56%	32%	6%	6%
Vnímání důležitosti profesionální péče pacientem	30%	48%	18%	4%
Znaky péče v souvislosti se zdravotním pojištěním, finančním zázemím a odlišnostmi životního stylu pacienta	35%	45%	13%	7%
Způsob informovanosti pacienta o prevenci nemocí a péči o sebe	67%	26%	7%	0%

Tabulka zobrazuje odpovědi sester dle jejich názoru o důležitosti sledování jednotlivých bodů Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Počty odpovědí jsou znázorněny v procentech. Tmavě znázorněná políčka značí absolutně převažující odpovědi sester. Světle barevně jsou zvýrazněné v pořadí 2. převažující odpovědi sester. Z tabulky je zřejmé, že převažující odpovědi se objevily jako důležité u 7 bodů, jako spíše důležité u 4 bodů a jako spíše nedůležité u 6 bodů.

Tabulka 2 Typ B modelu Madeleine Leiningerové

Typ B	ano	spíše ano	nevím	spíše ne	ne
Pořídít záznam o důležitých faktech postřehnutých při setkání s pacientem bezdomovcem	44%	24%	19%	9%	4%
Objasnit hodnoty, víru, aktivity v souvislosti se zdravím, tradiční systém péče, názor na profesionální systém u pacienta bezdomovce	13%	41%	13%	20%	13%
Zjistit pacientovy názory a zkušenosti v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení	31%	50%	11%	6%	2%
Vyhodnotit z předchozích třech kroků společné a odlišné momenty vyplývající ze stylu života bezdomovce a požadavků profesionální péče	31%	33%	15%	19%	2%
Připravit plán péče respektující kulturu pacienta bezdomovce, tzn. kulturu chudoby, dle zjištěných informací z předchozích kroků	24%	32%	33%	7%	4%

Tabulka popisuje odpovědi sester na otázku, zda by jim pomohly jednotlivé kroky Typu B modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Počty odpovědí jsou popsány v procentech. Absolutně převažující odpovědi jsou zvýrazněny tmavější barvou. 2. v pořadí převažující odpovědi jsou znázorněny světlejším barevným odstínem. Převažující odpovědi na pomoc jednotlivých kroků Typu B modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce se vyskytly jako ano v 1 kroku, jako spíše ano ve 3 krocích a jako nevím v 1 kroku.

Tabulka 3 Model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové

	vhodné	spíše vhodné	spíše nevhodné	nevyužitelné
Místo narození, specifikace kultury či subkultury, k níž pacient patří a jeho postoj k ní, rasa	17%	52%	22%	9%
Jazyk, kterým pacient mluví, kvalita mluvy a hlasu, mimoslovní komunikace	35%	47%	9%	9%
Vnímání prostoru, potřeba vzdálenosti při rozhovoru v upřesněné délce a osobního prostoru pacienta	24%	56%	13%	7%
Stav zdravotního stavu, rodinné poměry pacienta	53%	41%	2%	4%
Soustředění života pacienta na minulost či přítomnost nebo budoucnost, orientace v čase	26%	46%	20%	8%
Přisuzování důvodu dění kolem pacienta (osudu, náhodě, vlastní osobě), víra v nadpřirozeno	9%	35%	30%	26%
Fyzikální vyšetření a sledování odlišností	59%	35%	4%	2%

Tabulka demonstruje převažující odpovědi sester na vhodnost využití jednotlivých oblastí modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Počet odpovědí je udáván v procentech. Úplně převažující odpovědi jsou zviditelněny tmavým barevným odstínem a 2. v pořadí převažující odpovědi jsou zvýrazněny světlým barevným odstínem. Převažující odpovědi na vhodnost užití oblastí dle modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové v ošetrovatelské péči o bezdomovce se objevily jako vhodné ve 2 oblastech a jako spíše vhodné ve zbylých oblastech, tzn. 5.

5 Diskuze

Vyústěním této práce bylo zjištění možnosti aplikace Modelu Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce a jistých specifik ošetrovatelské péče o bezdomovce získaného od dotazovaných sester v rámci realizovaného kvantitativního výzkumného šetření. Výsledky jsou uváděny v procentech.

Na otázku jak by sestry vnímaly bezdomovce, jako pacienta, v kontextu s jeho způsobem života odpovědělo 28 % individuálně, 20 % by k bezdomovci přistupovalo jako k ostatním pacientům, a tak by postupovaly dle tvrzení Kozierové (14): „Povinností sestry je uznání práva bezdomovce na stejnou ošetrovatelskou péči, jaká je poskytována ostatním osobám.“ 17 % sester by mělo z pacienta bezdomovce obavy a 16 % by volilo speciální přístup (graf 3). Speciální přístup doporučuje také Kozierová (14), neboť dle jejího tvrzení při ošetrování bezdomovce nelze užívat rutinního počínání, sestra musí přihlídnout k životní situaci člověka bez domova, tzn. bez lůžka, financí a hygienického zařízení. Z uvedeného dle mého názoru vyplývá, že se sestry snaží s problematikou bezdomovectví ve své praxi vyrovnat a podat kvalitní péči. Zmíněné obavy od 17 % procent sester potvrzují výrok Kalvacha (12), že bezdomovci mohou nahánět strach sestřím. 9 % sester na otázku, jak by vnímaly bezdomovce, uvedlo, že by jim byl nepříjemný (graf 3), což by odpovídalo tvrzení Kalvacha (12), že spolupacientům i zdravotníkům bývají nepříjemní. Zmíněné pocity strach a nepříjemnost mohou vyvolávat dle Kozierové (14) obavy z neznámého. Jejím doporučením je uvědomění vlastních hodnot a postojů a poté hodnot a postojů odlišné subkultury bezdomovců s uznáním rozdílů mezi jednotlivými styly života a předejít tak kulturnímu šoku, neb i sestra je člen subkultury, a to subkultury ošetrovatelské, která se od bezdomovecké diametrálně liší. Vnímání bezdomovců sestrami může být podmíněné postojem společnosti, který je dle Polínka (21) soucitný a odporující, a dle Vágnerové (28) převažuje záporné mínění společnosti o bezdomovcích.

K otázce, zda by byl pro sestry bezdomovec problémový pacient pro svůj styl života, se 54 % sester vyjádřilo jako spíše ano (graf 4). Tento výsledek může vyplývat z tvrzení Šupkové (26), že lidé bez domova představují náročnější pacienty na péči pro nižší úroveň hygieny, a výroku Kalvacha (12) o bezdomovcích, jako vztahově

náročných, konfliktních, porušujících nemocniční řád kouřením a konzumací alkoholu a potenciaálně nebezpečných z hlediska krádeže.

Bezdomovce by pojmem „casus socialis“ nazvalo 91 % sester (graf 5), a tak potvrdily výrok Kalvacha (12), že jsou bezdomovci v praxi nazýváni „casus socialis“. Myslím, že je tím naznačeno, že se u bezdomovců primárně jedná o sociální problém nikoliv zdravotní, který je přidružen, a že příčina tkví v uspořádání společnosti. To samotní zdravotníci nezmění.

Pocity marnosti v péči o bezdomovce v souvislosti s jeho životním stylem by pociťovalo 22 % sester a spíše by tyto pocity mělo 50 % sester (graf 6). A potvrzují tvrzení Šupkové (26) a Kalvacha (12), že nespolupráce, nedodržování omezení bezdomovcem a jiných opakovaných problémech (agresivita, opilost, aj.) probouzí u zdravotníků pocity marnosti nad poskytnutou péčí bez úvahy nad pacientovým utrpením, úzkostí a otázkou důstojnosti.

Myslím, že vzhledem k tvrzení Vágnerové (28), Šupkové (26) i Farkašové (4), že život bezdomovců přináší možnou ztrátu zdraví i života, došlo k logickému potvrzení hypotézy 1, ke kterému došlo po analýze sebraných dat. *Hypotéza 1 - Sestry hodnotí negativně životní styl bezdomovců – byla potvrzena.*

Sestry vnímaly bezdomovce, jako pacienta, s přihlédnutím k jeho způsobu života z 28 % individuálně a z 20 % jako každého jiného pacienta, a dostály by tak povinnosti uznání práva bezdomovce na stejnou ošetrovatelskou péči, jaká je poskytována ostatním osobám, dle Kozierové (14). Ta také doporučuje speciální přístup, protože ošetřovat bezdomovce nelze rutinně v jeho životní situaci, tzn. bez lůžka, financí a hygienického zařízení. Též 16 % sester by volilo speciální přístup (graf 3).

Jako specifický ošetrovatelský problém u pacientů bezdomovců odlišný od ošetrovatelských problémů jiných pacientů 39 % sester označilo hygienu, čímž potvrdily tvrzení Šupkové (26), že lidé bez domova představují náročnější pacienty na péči pro nižší úroveň hygieny, 19 % sester spolupráci, edukaci, motivaci, a tak potvrzují výrok Vargové (29), že lidi bez domova nelze lehce motivovat, protože se cítí méněcenní, trpí apatií a různými psychopatickými rysy osobnosti, tezi Šupkové (26), že u bezdomovců je problematické nechtění a porušování léčebného procesu, výrok

Kalvacha (12) a Šupkové (26), že se zdravotníci nezdídko setkávají u bezdomovců s nespoluprací, a myšlenku Mareše (16), že je nutné opakovaně edukovat bezdomovce o nadcházejícím výkonu, jelikož jeho slovní zásoba i vědomosti se mohou různit od ostatních pacientů, 17 % sester volilo rizikové chování (alkohol, drogy,...), a tak potvrzují výrok Polínka (21), že bezdomovectví se většinou váže s alkoholismem u věkově starších bezdomovců, u mladších bezdomovců se spíše jedná o drogy, a také tvrzení Kalvacha (12), že bezdomovci mohou porušovat nemocniční řád kouřením a pitím alkoholu. Žádná (0 %) sestra neodpověděla, že ošetrovatelské problémy bezdomovců jsou srovnatelné s jinými pacienty (graf 7).

Otázku, zda sestry odebírají od bezdomovců nutriční anamnézu, zodpovědělo 54 % kladně s dodatkem jako u ostatních pacientů (graf 8). Dostály by tak teze Kapounové (13): „Při příjmu pacienta by bylo vhodné, aby sestra odebrala tzv. výživovou anamnézu.“ Vhodné by bylo odebrání výživové anamnézy, dle mého mínění, neboť Kozierová (14) i Vargová (29) udávají fakt o špatném stavu výživy bezdomovce.

Dotaz zkoumající, jestli je obtížné získat bezdomovce pro spolupráci oproti jiným pacientům, 33 % sester zodpovědělo: spíše ano, většina z nich nemá zájem být zdravými, čímž potvrzují výrok Kalvacha (12) a Šupkové (26), že se zdravotníci nezdídko setkávají u bezdomovců s nespoluprací, ale odporují myšlence Šupkové (26): „Zdraví je nejvyšší hodnota i u bezdomovců. Vnímají zdraví jako schopnost postarat se o základní životní potřeby. Případné selhání zdraví ohrožuje život bezdomovce.“ Myslím si, že za výsledek názoru sester o nezájmu bezdomovců o své zdraví mohou zkušenosti sester s jejich nespoluprací. Spíše ano, přestože většina z nich má zájem být zdravými v souladu s výše uvedenými autory uvedlo 17 % sester (graf 9).

Sestry odpovídaly na otázku mapující náročnost péče o pacienta bezdomovce na úklid a dekontaminaci pomůcek a prostředí, kde bývá péče poskytována, oproti péči o jiné pacienty. Náročnější by byla pro 41 % sester a spíše náročnější by byla pro 41 % sester. Byla tak potvrzena myšlenka Bartkovského (3), že je péče o bezdomovce náročnější na úklid (graf 10).

Převažující odpověď na otázku, jestli sestry uskutečňují péči respektující kulturu, názor, víru, hodnoty a životní styl pacienta bezdomovce, byla v 59 % ano, u všech pacientů (graf 51).

Z odpovídajících sester bylo 93 %, které se setkávají v praxi s bezdomovci (graf 2). Myslím si, že péče o bezdomovce by měla vycházet ze specifických potřeb konkrétního jedince, a tím si i vysvětluji výsledek po analýze dat, a to, že *hypotéza 2 – Ošetrovatelská péče o bezdomovce probíhá jako u jiných klientů – nebyla potvrzena.*

Na otázky k hypotéze 3 odpovídaly sestry s různým stupněm dokončeného vzdělání, konkrétně 59 % sester se středoškolským vzděláním, 17 % sester s vyšším odborným vzděláním a 24 % vysokoškoláků (graf 1).

Správný název modelu Madeleine Leiningerové, Model vycházejícího slunce, označilo souhrnně 58 % sester, ze všech odpovídajících vysokoškoláků se jednalo o 85 %, ze všech odpovídajících sester s vyšším odborným vzděláním správně odpovědělo 67 %, z všech odpovídajících středoškoláků to bylo 44 % (graf 15).

Na otázku, z kterých vědních disciplín Madeleine Leiningerová vyšla při tvorbě svého modelu, udalo 63 % sester špatnou odpověď, a to ošetrovatelství a sociologii. Správnou odpověď, ošetrovatelství a antropologie, uvedlo jen 26 % sester, konkrétně 46 % vysokoškoláků, 33 % sester s vyšším odborným vzděláním a 16 % středoškoláků. Znalosti vysokoškoláků ohledně modelu Madeleine Leiningerové jsou vyšší než u ostatních sester s jiným vzděláním, ale znalosti vědních disciplín jako základu modelu byly značně nepřesné.

Náplň modelu Madeleine Leiningerové správně identifikovalo 69 % sester jako zájem o kulturu, hodnoty, víru, styl života a s nimi spojené odlišnosti pacienta. K této odpovědi se přiklonilo 92 % ze všech odpovídajících vysokoškoláků, 67 % ze všech odpovídajících sester s vyšším odborným vzděláním a 59 % ze všech odpovídajících středoškoláků (graf 17).

Převažující odpovědi na otázku, kde se sestry dozvěděly o existenci modelu Madeleine Leiningerové, byly v 37 % prostřednictvím předloženého dotazníku, jednalo se o odpovědi od středoškoláků a sester s vyšším odborným vzděláním, a ve 34 % vysoká škola (graf 49). Toto zjištění a převažující správné odpovědi vysokoškoláků

nad ostatními s jiným vzděláním ve výše zmíněných otázkách souhlasí s tvrzením Špirudové (23), že s modelem Madeleine Leiningerové se sestry seznamují v předmětu Multikulturního ošetrovatelství v rámci studijního bakalářského programu. Dle mého názoru odchylka ve znalostech středoškoláků o modelu Madeleine Leiningerové v kladném smyslu může souviset s případným studiem vysoké školy či samostatným vzděláváním. Po analýze sebraných dat se *hypotéza 3 – Sestry s vyšším vzděláním než středoškolským znají model Leiningerové - potvrdila.*

Na užití modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce odpovědělo 54 % sester neví, ale z ostatních odpovědí je převažujících 33% sester, které odpověděly ano, nad 13 % sester přiklánějících se k odpovědi ne (graf 18).

Zda by pomohl model v ošetrovatelské péči o bezdomovce, nevědělo 72 % sester. 19 % kladných odpovědí převážilo 9% negativních odpovědí (graf 19). Přisuzuji vysoké procento odpovědi neví v obou dvou výše zmíněných otázkách dosud neuzítí modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce těmito sestrami. Totiž překvapivě se při zpětné revizi výsledků nejednalo jen o odpovědi od sester, které model Madeleine Leiningerové neznaly.

Jednotlivé body Typu A modelu Madeleine Leiningerové (příloha 3) hodnotily sestry dle jejich názoru na důležitost sledování u pacienta bezdomovce během ošetrovatelského procesu. Usuzuji, že sledování způsobu komunikace pacienta bezdomovce považují sestry za podstatné, neboť v 50 % označily tento bod za důležitý a v 41 % za spíše důležitý (graf 20). Názory na vyhodnocení odívání a tělesného vzhledu bezdomovce se značně rozcházel, neboť převažujících 41 % odpovědělo spíše nedůležité, ale podstatných 39 % se přiklonilo k odpovědi spíše důležité (graf 21). Tyto odpovědi nejsou jednoznačně kladné nebo záporné se sklonem změny názoru k jedné či druhé straně. Dle mého názoru došlo k takovému výsledku z důvodu koncepce dotazníků nebo přílišného zaměření sester na medicínský problém pacienta, kdy je jeho vzhled a oděv druhotný zvláště při dnešní vybavenosti nemocničních zařízení prádlem, či se již předem počítá s jistým vzhledem a stavem oděvu pacienta bezdomovce. Hodnocení souvislosti mezi prostředím, společností a pacientem bezdomovcem klasifikovaly sestry ze 44 % jako důležité a ze 43 % jako spíše důležité (graf 22). Bod

způsob života, názor na techniku užitou při diagnostice a léčbě byl pro 44 % sester spíše důležitý a pro 30 % sester důležitý zjišťovat u pacienta bezdomovce (graf 23). Poznání způsobu života v rodině pacienta bezdomovce bylo spíše důležité pro 48 % sester a důležité pro 33 % sester (graf 24). Dle mého názoru sestry takto volily s představou případné spolupráce rodiny bezdomovce na ošetrovatelské péči i na zajištění podmínek pro doléčení po propuštění z péče, či předpokladu o komplikovanosti rodinných vztahů pacienta bezdomovce, který by potvrzoval myšlenku Vágnerové (28), že bezdomovci často žijí bez rodiny a pout k ostatním členům společnosti, stojí odříznuti na jejím okraji. Obvyklé denní aktivity pacienta bezdomovce by bylo důležité zjistit pro 28 % sester a spíše důležité pro 46 % sester (graf 25). Dle mého názoru tak sestry volily z důvodu prevence, např. pro riziko konzumace alkoholu v nemocničním prostředí dle Kalvacha (12) při mínění Vágnerové (28) o zredukování života bezdomovců ve spojení s alkoholem či drogami, aj., či snad pro pokus o nasměrování bezdomovce k užitečnějším činnostem a efektivnější pomoci nebo pro zjištění potřeby konzultace se sociálním pracovníkem. Vyhodnocení stravovacích zvyků by u bezdomovců považovalo 46 % sester za důležité a 43 % sester za spíše důležité (graf 26). Myslím, že jde o logický výsledek při tvrzení Kozierové (14) a Vargové (29) o špatném stavu výživy bezdomovců. Světový názor bezdomovců považuje za spíše nedůležité 52 % sester a za nedůležité 39 % sester sledovat v ošetrovatelské péči o bezdomovce (graf 27). Dle mého názoru tento výsledek pramení z většího zaměření sester na zdravotní problém jedince v péči, anebo s faktem řečeným Průdkovou (22), že někteří bezdomovci se zaobírají celosvětovými či filozofickými otázkami, obtížnými i pro povolané profesionály, pravděpodobně za účelem odvrácení pozornosti od vlastního problému, což dle mého pohledu takový světový názor bezdomovce může být zkreslený. Pro 43 % sester by bylo poznání náboženské a duchovní víry pacienta bezdomovce spíše nedůležité (graf 28). Myslím, že toto pramení z předpokladu sester a názoru Průdkové (22), že většina bezdomovců v Boha nevěří, anebo z většího zaměření sester na medicínský problém pacienta bezdomovce, ale myšlenkou Průdkové (22) je a dle mého názoru by se na toto mělo myslet, že duchovní podpora poskytnutá ve správný okamžik má pro ně kladný význam. Zkoumat sociální vztahy bezdomovců by bylo spíše

důležité pro 46 % sester a důležité pro 22 % sester (graf 29), což dle mého mínění pramení z úmyslu sester zapojit známé bezdomovce do péče o něj a do péče po propuštění z profesionální péče sester, nebo i z předpokladu problémovosti tohoto aspektu života bezdomovců potvrzené myšlenkami Vargové (29), která mluví o ztrátě společenských kontaktů v bezdomovectví, a Vágnerové (28), dle které bezdomovci často žijí bez pout k ostatním členům společnosti, stojí na jejím okraji, získané kontakty nebývají pevné a jisté, přátelství s jinými bezdomovci nejsou hluboká a nezřídka lidem bez domova dělá společnost zvíře. Zjištění hodnoty vzdělání pro bezdomovce by bylo spíše nedůležité pro 48 % sester a nedůležité pro 26 % sester (graf 30). Odpovídající sestry dle mého názoru podceňují tento bod, neboť si myslím, že by vypovídal o případné problémovosti v edukaci bezdomovce o péči o sebe. K výsledku pravděpodobně došlo tím, že slovní spojení hodnota vzdělání, bylo vyloženo jako potřeba absolvovat školní či kvalifikační vzdělání, dle mého názoru však obsahuje také ochotu získávání nových poznatků, které jsou pro bezdomovce dle Vágnerové (28) nechtěné, obtěžující a dokonce nesmyslné. To je dle mého názoru příčina ztížené spolupráce, edukace a motivace bezdomovce, které ostatně byly v 19 % označeny sestrami jako specifický ošetrovatelský problém (graf 7). Na druhou stranu je dle mne logické, že nové poznatky nejsou pro bezdomovce tolik důležité, když s bídou naplňuje své základní potřeby, ovšem sestry by měly hodnotu vzdělávání bezdomovce brát v potaz. Vliv ekonomických faktorů na zdraví bezdomovců docenilo 35 % sester jako spíše nedůležité, 32 % sester jako spíše důležité a 22 % sester jako důležité (graf 31). Osobně zastávám názor, že tento bod je důležitý, neboť vliv ekonomických faktorů na zdraví bezdomovců je zjevný. Svě tvrzení podpořím myšlenkou Janečkové (10), že mezi sociálně a ekonomicky znevýhodněnými bezdomovci a ostatními sociálně odlišně postavenými lidmi je patrná nerovnost ve zdraví pro rozdílnou šanci podpory zdraví ovlivňovanou stylem života, materiálním a společenským zabezpečením. Zarážející tedy pro mě bylo 35 % sester, pro které by byl vliv ekonomických faktorů na zdraví bezdomovců spíše nedůležitý, což odporuje doporučení Kozierové (14) přihlídnout k životní situaci člověka bez domova. Posuzování politických a právních vlivů na bezdomovce v rámci ošetrovatelské péče by bylo pro 50 % spíše nedůležité a pro 28 %

nedůležité (graf 32), což je dle mého názoru sporné, neboť bezdomovce ovlivňují právní předpisy. Podle Frankové (6) stanovuje zákon číslo 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi bezdomovce jako potřebné a vyplácí se jim tzv. Příspěvek na živobytí, i když by toto spíše spadalo do kompetence sociálního pracovníka, sestra by mohla mít o tomto problému hrubý přehled. Co se ale sester bezprostředně týká, je fakt dle Šupkové (26) a Vargové (29), že dle zákonů České republiky má každý občan právo na ochranu zdraví zaručené Listinou základních práv a svobod, právo na bezplatnou zdravotní péči a pomůcky při účasti na veřejném zdravotním pojištění v platném znění zákona a jakmile jde o akutní ohrožení zdraví jedince, je povinností každého zdravotníka poskytnout péči bez požadavku na úhradu. Zjištění laické péče o zdraví a způsobu, jakým o sebe pacient pečuje, označilo 56 % sester za důležité a 32 % za spíše důležité (graf 33). Tento výsledek bych vyhodnotila jako dobrý základ pro poskytování kulturně přijatelné péče těmito sestrami. Názor sester na sledování vnímání profesionální péče pacientem bezdomovcem byl ve 48 % spíše důležité a v 30 % důležité (graf 34). Pravděpodobně tak sestry volily dle mého názoru pro určení míry spolupráce pacienta bezdomovce a ohniska potíží či konfliktů při podávání péče. Souvislosti péče se zdravotním pojištěním, finančním zázemím a odlišnostmi životního stylu pacienta bezdomovce vyhodnotilo 45 % sester jako spíše důležité a 35 % sester jako důležité (graf 35). Výsledek je dle mého názoru téměř paradoxní k výsledku důležitosti sledování vlivu ekonomických faktorů na zdraví bezdomovce (graf 31). Avšak potvrzuje myšlenku Kozierové (14): „Sestra musí přihlídnout k životní situaci člověka bez domova, tzn. bez lůžka, financí a hygienického zařízení.“ Myšlenka důležitosti sledování souvislosti se zdravotním pojištěním je dle mého názoru správná, neboť dle Šupkové (26) a Vargové (29) se bezdomovci nezdají stávat neplátcí zdravotního pojištění, ale náleží jim práva pojištěnců, což by měla podle mne sestra vědět, aby nedocházelo k zamítnutí poskytnutí péče bezdomovci pro nepojištění, které se děje dle Šupkové (26). Zjistit informovanost pacienta bezdomovce o prevenci nemocí a péči o sobě bylo důležité pro 67 % sester (graf 36). Převažující odpovědi sester dle jejich názoru o důležitosti sledování jednotlivých bodů Typu A modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce se objevily jako důležité u 7 bodů, jako spíše důležité u 4 bodů a jako spíše

nedůležité u 6 bodů (tabulka 1), z čehož lze usuzovat, že odpovídající sestry 11 bodů Typu A modelu Madeleine Leiningerové pokládají v ošetrovatelské péči o bezdomovce za přínosné a zbývající spíše nikoliv.

Sestry uváděly názor, zda by jim 5 kroků Typu B modelu Madeleine Leiningerové pomohlo v ošetrovatelské péči o bezdomovce. Krok pořízení záznamu o důležitých faktech postřehnutých při setkání s pacientem bezdomovcem by pomohl 44 % sester (graf 37). Myslím, že sestry měly na mysli anamnézu, která je dle Marečkové (15) součástí ošetrovatelského procesu, proto jsou dle mého názoru na ni zvyklé a přistoupily by k tomuto kroku. Jako pomoc spočívající v objasnění hodnot, víry, aktivit v souvislosti se zdravím, tradiční péčí a názoru na profesionální systém by spíše přijalo 41 % sester (graf 38). Potvrzovaly by tak myšlenku Kozierové (14), že i sestry jsou součástí subkultury, a to subkultury ošetrovatelské, která je odlišná od bezdomovecké. Zjištění pacientových názorů a zkušeností v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení by spíše považovalo za pomoc 50 % sester (graf 39). Vyhodnocení společných a odlišných momentů vyplývajících ze stylu života bezdomovce a požadavků profesionální péče by spíše pomohlo 33 % sester a naprosto pomohlo 31 % sester (graf 40). V těchto krocích by se jednalo dle Archalousové (2) o informace o pacientovi odlišné subkultury, které je potřeba rozebrat a následně identifikovat jeho potřeby, z nichž vyplynou ošetrovatelské diagnózy vystihující problém odlišné subkultury. K pomoci v podobě připravení plánu péče respektující subkulturu pacienta bezdomovce dle zjištěných informací z předchozích kroků se vyjádřilo 33 % sester nevím, 32 % sester spíše ano a 24 % sester ano (graf 41). Navrhly by tak dle myšlenky Archalousové (2) příslušné ošetrovatelské zásahy s hodnocením celého ošetrovatelského procesu respektujícího subkulturu pacienta. Převažující odpovědi na pomoc jednotlivých kroků Typu B modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce se vyskytly jako ano v 1 kroku, jako spíše ano ve 3 krocích a jako nevím v 1 kroku (tabulka 2). Z toho vyvozují, že pro odpovídající sestry je Typ B modelu Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce přínosný a pravděpodobně by ho dle výsledků volily spíše než Typ A. Převažující odpověď jako nevím, zda by sestře pomohlo připravení plánu péče respektující subkulturu pacienta bezdomovce, přisuzují

tomu, že dosud odpovídající sestry takový plán péče nezhotovovaly, neboť při zpětné revizi výsledků se překvapivě nejednalo jen o odpovědi sester, které model Madeleine Leiningerové neznaly.

I když sestry model Madeleine Leininger neznaly či ho nikdy nepoužily, dle hodnocení jednotlivých oblastí modelu, aniž by si pravděpodobně uvědomovaly, že jsou jeho součástí, je označily většinou jako důležité či spíše důležité. Dle analýzy dat se *hypotéza 4 - Sestry považují aplikaci modelu Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce za přínosnou - potvrdila.*

Názor dotazovaných sester na vyloučení bezdomovců ze společnosti byl z 50 % spíše ano a z 39 % ano (graf 11). Shoduje se tak s myšlenkou Hradeckého (7), Poláčka (20) a Vargové (29), že bezdomovectví je krajní společenské vyloučení. Převažující odpovědi na otázku, jestli bezdomovci uvažují o své budoucnosti, byly ze 46 % nesouhlasné, což odpovídá tvrzení Vágnerové (28), že bezdomovci o budoucím životě nepřemýšlejí, a ze 46 % se zněním nevím, tento výsledek si vysvětlují jako nezájem o tuto otázku a zároveň podcenění, neboť dle Novákové (18) a Špirudové (24) zaměření na budoucnost je nutné k předcházení onemocnění a zdravotních komplikací, protože pohnutka tohoto vědomého jednání je kladný výsledek v budoucnosti (graf 12). Jako největší překážku bezdomovci v péči o své zdraví dotazované sestry v převažujících 48 % označily prostředí, ve kterém bezdomovci žijí (graf 13). Podobně Kozierová (14) uvedla, že bezdomovci žijí v neuspokojivém prostředí vhodném pro přenos infekcí. Sestry na otázku, jestli, dle jejich názoru, jsou bezdomovci více nemocní než bydlící populace, odpovídaly sestry různorodě. Z 32 % odpovídajících sester uvedly bezdomovce srovnatelně nemocné duševně i tělesně jako bydlící populace. 25 % dotázaných sester uvedlo, že tuto otázku nedokážou posoudit, a 18 % dotázaných sester označilo bezdomovce za více nemocné tělesně i duševně oproti bydlící populaci (graf 14). Různí se i názory z literatury. Dle Janečkové (10) bezdomovectví minimalizuje mít zdraví a dle názoru Šupkové (26) jsou bezdomovci více nemocní než bydlící populace. Oproti tomuto názoru Průdková (22) tvrdí, že bezdomovci jsou fyzicky prakticky zdraví s podivem nad tímto stavem při jejich životním stylu. Uvedené autorky se shodly na tvrzení, že bezdomovci častěji trpí na psychické poruchy. Rozdílné názory dle mého

mínění pramení ze zkušenosti autorek s bezdomovci a jejich tělesným zdravím během své praxe. Myslím si, že bezdomovci díky podmínkám, kterým jsou vystaveni, mají sklon k horšímu stavu duševního i tělesného zdraví oproti bydlícím osobám. Názor odpovídajících sester na kulturní odlišnost bezdomovců od lépe sociálně postavených lidí byl z převažujícího počtu odpovědí ve 41 % souhlasný a ve 39 % spíše souhlasný (graf 50). Tento výsledek je srovnatelný s myšlenkou Farkašové (4), že bezdomovci jsou kulturně odlišní a že spadají do tzv. kultury chudoby. Na otázku, zda sestry realizují péči respektující kulturu, názor, víru, hodnoty a životní styl u pacienta bezdomovce, převážná většina sester v 59 % odpověděla kladně a dodala, že ji realizují u všech pacientů (graf 51). Na základě analýzy problému a sebraných dat se *hypotéza 5 - Sestry zohledňují odlišnosti životního stylu bezdomovců. – potvrdila.*

Názor 76 % sester, že se po ukončení hospitalizace bezdomovce nemá kdo o něj postarat (graf 52), potvrzuje i literatura, například v myšlence Vágnerové (28), že bezdomovci často žijí bez rodiny a pout k ostatním členům společnosti, a tezí Šupkové (26), že předání bezdomovce do léčeben z hlediska úředních a finančních problémů je znesnadněn, že ubytování v azylových domech je nevhodné z hlediska zdravotního stavu bezdomovce po propuštění „do domácí péče“, a že se bezdomovec po propuštění k doléčení do „domácí péče“ ocitá na ulici. Šupková (26) udává jako možné řešení zřízení ústavu pro péči o bezdomovce, které například mají ve Velké Británii v Londýně („Wytham Hall“ a „Centra The Passage“). Kozierová (14) doporučuje pokus o zajištění ošetrovatelské péče v životním prostředí bezdomovců, tzn. na ulici, což dle mého názoru je otázka pro komunitní ošetrovatelství, které prozatím v České republice funguje jen v podobě sester pro domácí péči a již samotný název „domácí“ vylučuje péči těchto sester z pomoci bezdomovcům. Nejblíže k doporučení Kozierové (14) jsou dle mého názoru dobrovolní zdravotníci, o kterých se zmiňuje Šupková (26), poskytující zdravotní péči bezdomovcům v terénu.

Představa sester o tom, kam odcházejí bezdomovci po propuštění z péče, byla u 50 % odpovědí na ulici (graf 53). Potvrzují tak myšlenku Šupkové (26), že se bezdomovec po propuštění k doléčení do „domácí péče“ ocitá na ulici. 27 % sester volilo odpověď do azylového domu, což je dle mého názoru problematické, neboť

Šupková (26) udává, že v azylových domech nemají vhodné materiální, prostorové a personální vybavení k doléčení bezdomovce, neboť sociální pracovníci zde pracující řeší pouze sociální problémy svého klienta, nikoliv zdraví. 18 % sester uvedlo, že bezdomovci po propuštění z péče odcházejí do Léčebny pro dlouhodobě nemocné. Avšak umístění bezdomovce v takovémto zařízení je ztížen dle Šupkové (26) z hlediska úředních a finančních problémů. Z toho usuzuji, že se umístění do Léčebny dlouhodobě nemocných bezdomovci dočkají, ale jen ve velmi malém počtu.

Odpovědi na otázku, kdo zajišťuje podmínky při propuštění bezdomovce pro doléčení v „domácím ošetřování“, byly dle mého názoru značně fragmentované, a to si vysvětluji spoluprací multidisciplinárního týmu v péči o nemocné a jeho podílení se na této péči zvláště, když sestry mohly označit v této otázce více osob. Pouze 1 % sester se přiklonilo k odpovědi sestra z propouštěcího zařízení. Ostatní odpovídající sestry se pravděpodobně distancovaly od zajišťování podmínek pro doléčení bezdomovce po propuštění. K tomuto došlo zřejmě použitím slova „doléčení“ užitého v otázce, které mohlo u sester evokovat představu zajištění léčby, což by vskutku bylo mimo kompetence sestry. Avšak i v tomto pojetí by názor sester dle mého úsudku nebyl správný, jelikož dle popisu základních faktů teorie transkulturní péče Farkašové (4) je ošetrovatelská péče základním požadavkem léčby a k uzdravení nedojde bez ošetřování. Podobně převažující odpověď sociální pracovník od 27 % sester byl značně zavádějící výsledek (graf 54). Dle Šupkové (26) sociální pracovníci řeší pouze sociální problémy svého klienta, nikoliv zdraví. Myslím, že by se sociální pracovník na zajištění podmínek k doléčení bezdomovce při jeho propuštění z nemocnice uplatnil v přímé spolupráci s ošetřujícím lékařem, a z výsledků usuzuji, že se tak i děje. V literatuře, respektive v publikaci Šupkové (26), je uvedena spolupráce lékaře a zdravotně sociálního pracovníka před propuštěním bezdomovce z péče, za účelem zajištění podmínek pro doléčení v „domácím ošetřování“.

Na otázku, zda se sestry zajímají o podmínky, do jakých je bezdomovec propuštěn z péče, odpovědělo 61 % sester negativně (graf 55). Přisuzuji tento výsledek pocitu marnosti pramenícího z faktu, že sestra nemůže tyto podmínky změnit. Zastávám však názor, že dle vyhodnocení zmíněných podmínek v souvislosti s vlivem na péči

bezdomovce o své zdraví by bylo vhodné podat bezdomovci informace o jeho možnostech na náhradní zlepšení těchto podmínek. Kupříkladu zjištění absence vyhovujících podmínek pro spánek, které mají u bezdomovce za následek nespavost, kterou již bezdomovec pokládá za obtěžující, by sestru mohlo vést k jeho poučení, kde by ve svém okolí našel pomoc ve formě přespání, např. adresa noclehárny pro bezdomovce atd. Po analýze sebraných dat a porovnání s literaturou se *hypotéza 6 - Sestry neví, kam bezdomovci odcházejí při propuštění „ do domácího ošetřování“ - nepotvrdila.*

Sestry odpovídaly dle svého názoru na vhodnost sledování jednotlivých oblastí modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové, pokračovatelek v rozvíjení transkulturní teorie ošetřovatelství Madeleine Leiningerové, za účelem získání informací o tom, zda by sestry raději nepoužily modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové před modelem Madeleine Leiningerové v ošetřovatelské péči o bezdomovce. Na oblast specifikace kultury a subkultury, k níž pacient patří a jeho postoj k ní, bylo převažujících 52 % odpovědí spíše vhodné (graf 42). Tento výsledek je v souladu s tvrzením Farkašové (4), že bezdomovci jsou kulturně odlišní a že spadají do tzv. kultury chudoby. Oblast sledující jazyk, kvalitu mluvy a hlasu, mimoslovní komunikaci považovalo za spíše vhodnou převažujících 47 % odpovídajících sester (graf 43). V této oblasti se může u pacienta bezdomovce objevit deficit, totiž dle Mareše (16) se slovní zásoba i vědomosti takového pacienta mohou různit od ostatních a doporučuje opakovanou edukaci o nadcházejícím výkonu. Oblast sledování vnímání prostoru, potřeby vzdálenosti při rozhovoru v upřesněné délce a prostoru pacienta ohodnotila převážná část odpovídajících sester v 56 % za spíše vhodné (graf 44). Pro 53 % tvořící převážnou část odpovídajících sester by oblast sledující stav zdravotního stavu a rodinné poměry pacienta byla vhodná (graf 45). Jako spíše vhodné označilo převažujících 46 % respondentů oblast sledování soustředění života pacienta na minulost, přítomnost nebo budoucnost a orientaci v čase (graf 46). Dle Novákové (18) a Špirudové (26) zaměření na budoucnost je nutné k předcházení onemocnění a zdravotních komplikací, protože pohnutka tohoto vědomého jednání je kladný výsledek v budoucnosti. Ale dle tvrzení Vágnerové (28) bezdomovci o budoucím životě

nepřemýšlejší. Soudím, že orientace v čase bude u pacienta bezdomovce narušená, dle tvrzení Mareše (16), že bezdomovci nedodržují kontroly, čas a léčebný režim a že je na místě řádná dokumentace pozvánek, kontrol, dat a hodin. Proto si myslím, že v této oblasti by se jistě daly určit deficity v péči bezdomovce o své zdraví, a volbu sester hodnotím jako správnou. Oblast sledování přisuzování důvodu dění kolem pacienta hodnotila převážná část sester v počtu 35 % jako spíše vhodné (graf 47). Též si myslím, že by to z hlediska možných deficitů u pacienta bezdomovce v této oblasti, bylo vhodné, protože Vágnerová (28) udává, že se bezdomovci odevzdávají osudu a že za svůj stav obviňují jiné osoby či události, aby si ubránili zbytek sebeúcty a aby dle mého mínění se tak zprostilí zodpovědnosti za svůj stav. Oblast fyzikálního vyšetření a sledování odlišností u pacienta bezdomovce určily sestry v 59 % odpovědí jako vhodnou (graf 48). Převažující odpovědi na vhodnost užití oblastí dle modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové v ošetrovatelské péči o bezdomovce se objevily jako vhodné ve 2 oblastech a jako spíše vhodné ve zbylých oblastech, tzn. 5 (tabulka 3). Z analýzy sebraných dat vyplynula *hypotéza 7 - Sestry užití přednostně model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové před modelem Madeleine Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce* -jež se potvrdila, ovšem dle mého názoru pro ověření této hypotézy by bylo vhodné cílenější výzkumné šetření, které nebylo náplní ani cílem této práce.

6 Závěr

Bezdomovství je sociální problém, ale při potřebě zdravotnické péče je tento problém umocněn zhoršením zdravotního stavu bezdomovce a v takové podobě s ním zdravotníci přicházejí do kontaktu. Sestry se ve své praxi setkávají s pacienty bezdomovci. Mnohdy je péče o tyto pacienty v různých oblastech péče náročnější než o jiné klienty. Lze říci, že ošetrovatelská péče o bezdomovce představuje střet dvou naprosto odlišných subkultur. Sestry členky ošetrovatelské subkultury mají málokdy pochopení pro styl života člověka bez domova a zároveň člena bezdomovecké subkultury. Snahou této práce bylo zjistit, zda by logické rozdíly mezi těmito subkulturami přemostilo transkulturní ošetrovatelství, jehož zakladatelkou je dr. Madeleine Leiningerová. Rozhodly jsme se v této práci zkoumat možnost aplikace modelu Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce především z pohledu poskytovatelů péče, tedy sester, pomocí kvantitativní metody, techniky dotazníku.

Pro výzkumné šetření bylo stanoveno 5 cílů: Cíl 1 - Zjistit, jaký mají sestry přístup k bezdomovcům. Cíl 2 - Získat informace od sester o tom, jak probíhá péče o bezdomovce. Cíl 3 - Zkoumat, zda sestry ve vybraných nemocničních zařízeních mohou používat model dle Leiningerové při ošetrování bezdomovců. Cíl 4 - Přesvědčit se, zda si sestry uvědomují odlišnosti životního stylu bezdomovců. Cíl 5- Pátrat kam, podle názoru sester, odcházejí bezdomovci při propuštění „ do domácího ošetrování“. Cíle byly splněny.

Proběhlo ověřování zadaných hypotéz. Hypotéza 1 - Sestry hodnotí negativně životní styl bezdomovců - byla potvrzena. Hypotéza 2 - Ošetrovatelská péče o bezdomovce probíhá jako u jiných klientů - nebyla potvrzena. Hypotéza 3 - Sestry s vyšším vzděláním než středoškolským znají model Leiningerové - byla potvrzena. Hypotéza 4 - Sestry považují aplikaci modelu Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce za přínosnou - byla potvrzena. Hypotéza 5 - Sestry zohledňují odlišnosti životního stylu bezdomovců - byla potvrzena. Hypotéza 6 - Sestry neví, kam bezdomovci odcházejí při propuštění „ do domácího ošetrování“ - nebyla potvrzena. Z analýzy sebraných dat vyplynula Hypotéza 7 - Sestry užijí přednostně model Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové před modelem Madeleine Leiningerové

v ošetrovateľskej péči o bezdomovce - , ktorá sa potvrdila. Avšak vhodné by bolo cílenejší výskumné šetření, jež by tuto hypotézu ověřilo, ale které v této práci nebylo realizováno.

Výstupem práce pro praxi je možnost zjištěné poznatky aplikovat do ošetrovateľskej péče o bezdomovce pro minimalizaci potencionálních konfliktů, pro důstojnější a cílenejší práci s bezdomovci bez pocitů marnosti nad podanou péčí. Pro tento účel doporučuji zahrnout do ošetrovateľskej dokumentace v rámci sběru informací o pacientovi bezdomovci anamnestické kroky doplňující všeobecnější ošetrovateľskou anamnézu o odlišnosti spojené s jeho životním stylem a obsahující prvky modelu Madeleine Leiningerové a modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové vybrané dle výsledků výskumného šetření (příloha 5). Toto doporučení bylo vytvořeno pro zdravotnická zařízení, v kterých bylo výskumné šetření realizováno. Na závěr lze říci, že sestry mohou užívat modelu Madeleine Leininger, ale i modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové v ošetrovateľskej péči o bezdomovce.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
3. BARTKOVSKÝ, M. *Pohled z druhé strany: Jací jsou bezdomovci v očích zdravotníka* [online]. Prosinec 11, 2010. [cit.2011-02-05]. Dostupné z WWW:<<http://www.munimedia.cz/prispevek/pohled-z-druhe-strany-jaci-jsou-bezdomovci-v-ocich-zdravotnika-638/>>
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Vydavatelství Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
5. FITZPATRICK, S., KEMP, P., KLINKER, S. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 83 s. ISBN 80-86625-15-X.
6. FRANKOVÁ, A. *Legislativa s dávkami pro bezdomovce počítá* [online]. Prosinec 5, 2010. [cit.2011-02-05].
Dostupné z WWW:<<http://www.munimedia.cz/prispevek/legislativa-s-davkami-pro-bezdomovce-pocita-577/>>
7. HRADECKÁ, V., HRADECKÝ, I. *Bezdomovství – Extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996. 90 s. ISBN 80-902292-0-4.
8. HRADECKÝ, I. a kol. *Definice a typologie bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: NADĚJE o.s., 2007. 52 s. ISBN 978-80-86451-13-8.
9. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
10. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
11. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2002. 75 s. ISBN 80-7042-339-0.

12. KALVACH, Z. Osobní selhání, nebo příklad sociální exkluze?. In *Medical Tribune*. Praha: 2007, roč. 3, č. 7, s. A9. ISSN 1214-8911.
13. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
14. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1*. 1. vyd. Martin: Vydavatelstvo Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
16. MAREŠ, J., HODAČOVÁ, L., BÝMA, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 212 s. ISBN 80-246-1062-0.
17. NEMČEKOVÁ, M., ŠPIRUDOVÁ, L. Leiningerové teorie kulturně shodné a rozdílné péče založené na různorodosti a univerzálnosti. In: ŽIAKOVA, K., JAROŠOVÁ, D., ČÁP, J. a kol. *Ošetrovatelství – konceptuální modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 171-205. ISBN 80-7368-068-8.
18. NOVÁKOVÁ, I. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. 115 s. ISBN 978-80-7372-404-7.
19. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
20. POLÁČEK, M. Dopad problematiky závislostí v oblasti kriminality a sociálního vyloučení. In: *Sociální vyloučení a ztráta domova v kontextu závislostí*. 1. vyd. Olomouc: Charita Olomouc, 2007, s. 14-19. ISBN 978-80-239-9765-1.
21. POLÍNEK, M. D. Vybrané metody expresivních terapií. In: *Sociální vyloučení a ztráta domova v kontextu závislostí*. 1. vyd. Olomouc: Charita Olomouc, 2007, s. 39-47. ISBN 978-80-239-9765-1.
22. PRŮDKOVÁ, T., NOVOTNÝ, P. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 94 s. ISBN 978-80-7387-100-0.

23. ŠPIRUDOVÁ, L. Transkulturní ošetrovatelství v bakalářském studijním programu oboru ošetrovatelství na LF UP v Olomouci. In: *Ošetrovatelství na prahu 3.tisíciletí, Sborník příspěvků II. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Velká Bystřice: Galén, 2000, s. 122-126. ISBN 80-86257-21-5.
24. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 + 4 s. ISBN 80-247-1213-X.
25. ŠTĚCHOVÁ, M., LUPTÁKOVÁ, M., KOPOLDOVÁ, B. *Bezdomovectví a bezdomovci z pohledu kriminologie*. 1. vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7338-069-4.
26. ŠUPKOVÁ, D. a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 64 s. ISBN 978-80-247-2245-0.
27. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
29. VARGOVÁ, J. Zdravotní stav bezdomovců. In *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 38-39. ISSN 1210-0404.
30. VYBÍHALOVÁ, L. Komunikační dovednosti při práci sestry. In *Sestra*. Praha: 2011, roč. 21, č. 1, s. 28. ISSN 1210-0404.
31. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Vydavatelství Osveta, 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

8 Klíčová slova

Bezdomovectví

Madeleine Leiningerová

Ošetrovatelská péče

Pacient bezdomovec

Sestra

Subkultura

Transkulturní péče

Zdravotní péče

9 Přílohy

Seznam příloh

- Příloha 1 Dotazník*
- Příloha 2 Grafická demonstrace modelu Madeleine Leiningerové*
- Příloha 3 Oblasti sběru informací Typu A a Typu B modelu Leiningerové*
- Příloha 4 Schématické zobrazení modelu Gigerové a Davidhizarové*
- Příloha 5 Doporučení pro praxi*

6. Máte/měl(a) byste v péči o bezdomovce pocity marnosti v souvislosti s jeho životním stylem?

- a) ano b) spíš ano c) nevím d) spíš ne e) ne
-

7. Co považujete za hlavní specifický ošetrovatelský problém u bezdomovců odlišný od ošetrovatelských problémů jiných pacientů?

- a) hygienu
b) rizikové chování (alkohol, drogy,...)
c) výživu
d) deficitní oblečení a obuv
e) finanční stránku
f) osamění, situace bez sociální opory
g) prostředí, v kterém přebývají
h) spolupráci, edukaci, motivaci
i) ošetrovatelské problémy bezdomovců a ostatních pacientů jsou srovnatelné
j) jiné (napište):.....
-

8. Odebíráte/ odebral(a) byste od bezdomovců nutriční anamnézu?

- a) ano, odebíráme ji od všech pacientů
b) spíš ano, standardně ji neodebíráme od všech pacientů
c) nevím
d) spíš ne, standardně ji neodebíráme od všech pacientů
e) ne, ale u ostatních pacientů ji obvykle odebíráme
f) ne, neodebíráme ji od žádného pacienta
-

9. Myslíte si, že je obtížné získat bezdomovce pro spolupráci oproti jiným pacientům?

- a) ano, přestože mají zájem být zdravými
b) ano, nemají zájem být zdravými
c) spíš ano, přestože většina z nich má zájem být zdravými
d) spíš ano, většina z nich nemá zájem být zdravými
e) nevím
f) spíš ne, většina z nich má zájem být zdravými
g) spíš ne, přestože většina z nich nemá zájem být zdravými
h) ne, i oni mají zájem být zdravými
i) ne, přestože nemají zájem být zdravými
-

10. Je/byla by pro Vás péče o bezdomovce jako pacienta náročnější na úklid a dekontaminaci pomůcek a prostředí, kde byla/ by byla péče prováděna, než u ostatních pacientů?

- a) ano b) spíš ano c) nevím d) spíš ne e) ne
-

11. Jsou dle Vašeho názoru bezdomovci vytlačeni na okraj společnosti?

- a) ano b) spíš ano c) nevím d) spíš ne e) ne
-

12. Myslí bezdomovci na budoucnost? a) ano b) ne c) nevím

13. Co nejvíce překáží bezdomovcům v péči o jejich zdraví?

- a) absence přístupu k vhodnému hygienickému zařízení
 - b) nedostatek informací
 - c) finanční otázka
 - d) prostředí, v kterém žijí
 - e) neuspokojivá zdravotní péče, která se bezdomovci dostává z různých důvodů
 - f) závislosti
 - g) nic
 - h) jiné (napíšte):.....
-

14. Myslíte si, že jsou bezdomovci více nemocní než bydlící populace? (Možnost více odpovědí)

- a) Jsou zdravější duševně i tělesně.
 - b) Jsou zdravější duševně.
 - c) Jsou zdravější tělesně.
 - d) Jsou stejně nemocní duševně i tělesně.
 - e) Jsou stejně nemocní duševně.
 - f) Jsou stejně nemocní tělesně.
 - g) Jsou více nemocní duševně i tělesně.
 - h) Jsou více nemocní duševně.
 - i) Jsou více nemocní tělesně.
 - j) Nedokážu posoudit.
-

15. Model Madeleine Leininger se nazývá:

- a) Adaptační model
 - b) Model vycházejícího slunce
 - c) Model sebed péče
-

16. Z kterých vědních disciplín Madeleine Leininger vyšla při tvorbě tohoto modelu?

- a) ošetrovatelství a sociologie
- b) ošetrovatelství a psychologie
- c) ošetrovatelství a antropologie

17. Čím se podle Vás zabývá model Madeleine Leininger?

- a) přizpůsobením pacienta se zdravotními komplikacemi prostředí, společnosti aj.
- b) kulturou, hodnotami, vírou, stylem života a s nimi spojené odlišnosti pacienta
- c) mírou soběstačnosti pacienta v jednotlivých oblastech péče

18. Užil(a) byste model Madeleine Leininger v ošetrovatelské péči o bezdomovce?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19. Pomohl by Vám model Madeleine Leininger v ošetrovatelské péči o bezdomovce?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

U následujících otázek číslo 20. až číslo 36. včetně zakroužkujte, prosím, odpověď dle Vašeho názoru, zda uvedené oblasti považujete za důležité či podstatné sledovat u bezdomovce jako pacienta během celého ošetrovatelského procesu.

20. Jazyk, komunikace, gesta

- a) důležité
- b) spíš důležité
- c) spíš nedůležité
- d) nedůležité

21. Odívání, tělesný vzhled

- a) důležité
- b) spíš důležité
- c) spíš nedůležité
- d) nedůležité

22. Všeobecná souvislost života s prostředím, adaptace pacienta na společnost a prostředí

- a) důležité
- b) spíš důležité
- c) spíš nedůležité
- d) nedůležité

23. Způsob života, názor na techniku užitou při diagnostice a léčbě

- a) důležité
- b) spíš důležité
- c) spíš nedůležité
- d) nedůležité

24. Způsob života v rodině

- a) důležité
- b) spíš důležité
- c) spíš nedůležité
- d) nedůležité

25. Denní aktivity

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

26. Stravovací zvyky, tabu

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

27. Světový názor

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

28. Náboženská a duchovní víra, hodnoty

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

29. Sociální vztahy ve vlastní kultuře či subkultuře, a k ostatním lidem

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

30. Hodnota vzdělání

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

31. Ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů, vliv na zdraví

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

32. Politické a právní vlivy

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

33. Laická péče o zdraví, způsob jakým o sebe pacient pečuje

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

34. Vnímání důležitosti profesionální péče pacientem

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

35. Znaky péče v souvislosti se zdravotním pojištěním, finančním zázemím a odlišnostmi životního stylu pacienta

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

36. Způsob informovanosti pacienta o prevenci nemocí a péči o sebe

- a) důležité b) spíš důležité c) spíš nedůležité d) nedůležité

Dalších pět otázek, tzn. od čísla 37. po číslo 41. včetně, vyplňte, prosím, dle Vašeho pocitu, zda by Vám následujících pěti za sebou jdoucích úkonů pomohlo v ošetrovatelské péči o bezdomovce.

37. Pořídit záznam o důležitých faktech postřehnutých při setkání s pacientem bezdomovcem

- a) ano b) spíš ano c) nevím d) spíš ne e) ne

38. Objasnit hodnoty, víru, aktivity v souvislosti se zdravím, tradiční systém péče, názor na profesionální systém u pacienta bezdomovce

- a) ano b) spíš ano c) nevím d) spíš ne e) ne

39. Zjistit pacientovy názory a zkušenosti v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení

- a) ano b) spíš ano c) nevím d) spíš ne e) ne

40. Vyhodnotit z předchozích třech kroků společné a odlišné momenty vyplývající ze stylu života bezdomovce a požadavků profesionální péče

- a) ano b) spíš ano c) nevím d) spíš ne e) ne

41. Připravit plán péče respektující kulturu pacienta bezdomovce, tzn. kulturu chudoby, dle zjištěných informací z předchozích kroků

- a) ano b) spíš ano c) nevím d) spíš ne e) ne

Ohodnoťte, prosím, následující otázky, tzn. od čísla 42. po číslo 48. včetně, z hlediska vhodnosti sledování v ošetrovatelské péči o bezdomovce.

42. Místo narození, Specifikace kultury či subkultury, k níž pacient patří a jeho postoj k ní, rasa

- a) vhodné b) spíše vhodné c) spíše nevhodné d) neúčinné

43. Jazyk, kterým pacient mluví, kvalita mluvy a hlasu, mimoslovní komunikace

- a) vhodné b) spíše vhodné c) spíše nevhodné d) neúčinné

44. Vnímání prostoru, potřeba vzdálenosti při rozhovoru v upřesněné délce a osobního prostoru pacienta

- a) vhodné b) spíše vhodné c) spíše nevhodné d) neúčinné

45. Stav zdravotního stavu, rodinné poměry pacienta

- a) vhodné b) spíše vhodné c) spíše nevhodné d) neúčinné

46. Soustředění života pacienta na minulost či přítomnost nebo budoucnost, orientace v čase

- a) vhodné b) spíše vhodné c) spíše nevhodné d) neúčinné

47. Přisuzování důvodu dění kolem pacienta (osudu, náhodě, vlastní osobě), víra v nadpřirozeno

- a) vhodné b) spíše vhodné c) spíše nevhodné d) neúčinné

48. Fyzikální vyšetření a sledování odlišností

- a) vhodné b) spíše vhodné c) spíše nevhodné d) neúčinné
-

49. Kde jste se dozvěděl(a) o existenci modelu Madeleine Leininger?

- a) prostřednictvím samostudia
b) na střední zdravotnické škole
c) na vyšší odborné škole
d) na vysoké škole
e) v rámci celoživotního vzdělávání
f) prostřednictvím tohoto dotazníku
g) jinak (napíšte):.....
-

50. Připadají Vám bezdomovci kulturně odlišní od lépe sociálně postavených lidí?

- a) ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) ne
-

51. Uskutečňujete péči respektující kulturu, názor, víru, hodnoty a životní styl pacienta bezdomovce?

- a) ano, u všech pacientů
b) ano, převážně u pacientů bezdomovců
c) nevím
d) ne, ale u jiných pacientů ano
e) ne
f) jiné (napíšte):.....
-

52. Má se o bezdomovce po ukončení hospitalizace kdo postarat?
- a) spíš ano, obvykle někdo z jeho rodiny či přátel
 - b) spíš ano, nejčastěji sociální pracovník
 - c) spíš ne
 - d) nevím
 - e) jiné (napíšte):.....
-

53. Máte představu, kam odcházejí bezdomovci po propuštění z nemocnice? (Možnost více odpovědí)
- a) do domácího ošetřování
 - b) do azylového domu
 - c) na ulici
 - d) do LDN
 - e) jiné (napíšte):.....
 - f) nevím
-

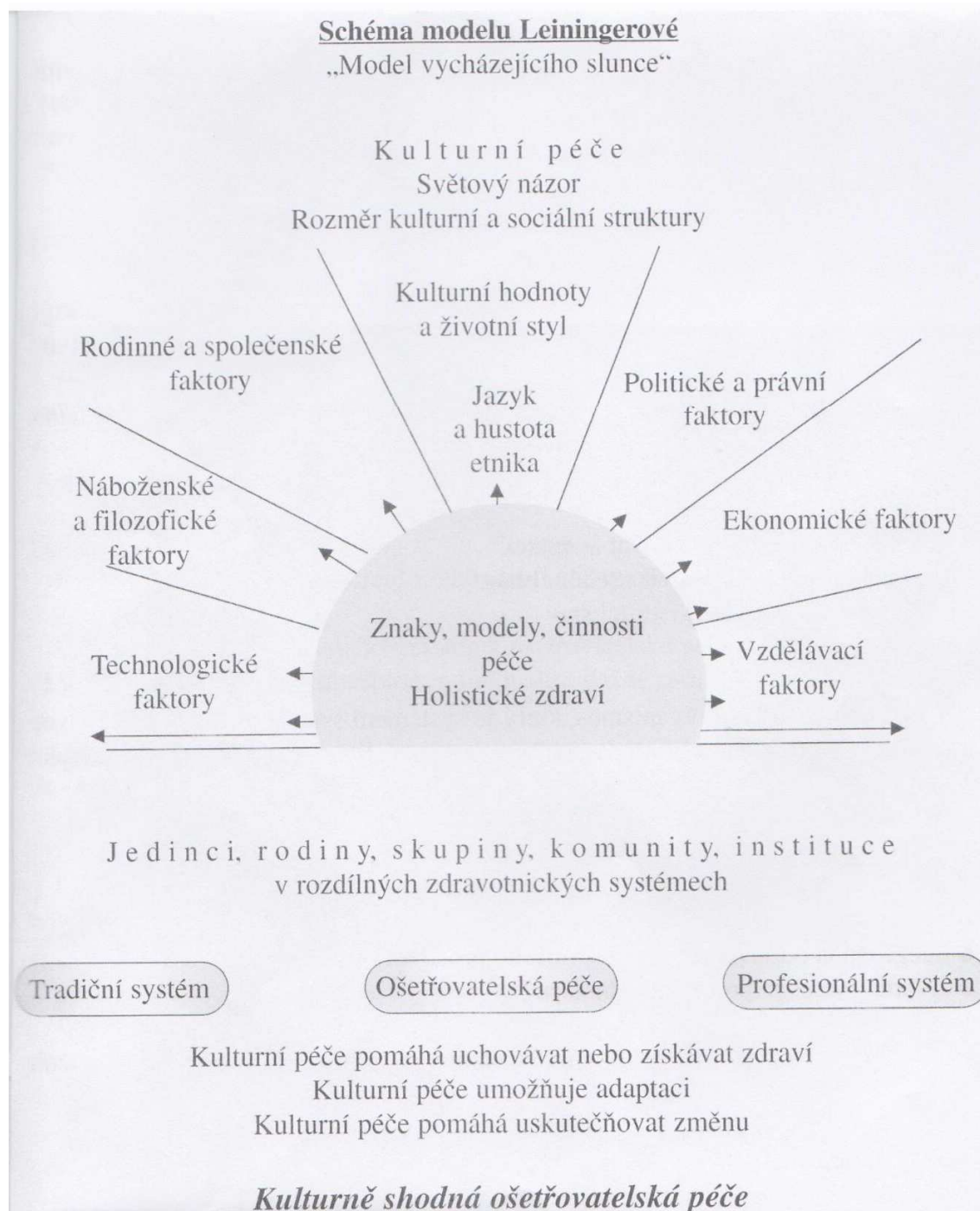
54. Kdo při propuštění bezdomovce z péče zajišťuje podmínky pro jeho doléčení v „domácím ošetřování“? (Možnost více odpovědí)
- a) Lékař
 - b) Sestra zaměstnaná v nemocničním zařízení, z kterého je bezdomovec propouštěn
 - c) Sociální pracovník
 - d) Bezdomovec
 - e) Azylové domy
 - f) Sestry pro domácí péči
 - g) Rodinní příbuzní bezdomovce
 - h) Nikdo
 - i) Jiné (napíšte):.....
-

55. Zajímáte se o to, do jakých podmínek je bezdomovec propuštěn z péče?
- a) ano
 - b) ne
-

Dotazník byl vytvořen autorem práce po konzultaci s vedoucím práce. Do kapitoly Přílohy této bakalářské práce byl vložen po formálních úpravách spočívajících ve formátování, obsahově nebyl změněn, textově je totožný s rozdanými dotazníky sestřím pracujících ve vybraných nemocničních zařízeních.

Příloha 2 Grafická demonstrace modelu Madeleine Leiningerové

Znárodnění modelu vycházejícího slunce popisuje vztahy jednotlivých momentů v transkulturní péči.



Zdroj: ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.; str. 39.

Příloha 3 Oblasti sběru informací Typu A a Typu B modelu Leiningerové

U sběru informací o pacientovi dle modelu Madeleine Leiningerové lze vybrat ze dvou možností vyhodnocení stavu, Typu A a Typu B (viz níže).

Typ A
1. Jazyk, komunikace, gesta
2. Odívání, tělesný vzhled
3. Všeobecná souvislost života s prostředím
4. Způsob života, názor na techniku užitou při diagnostice a léčbě
5. Způsob života v rodině
6. Denní aktivity
7. Stravovací zvyky, tabu
8. Světový názor
9. Náboženská a duchovní víra, hodnoty
10. Sociální vztahy k vlastní kultuře, majoritě
11. Hodnota vzdělání
12. Ekonomické faktory, odhad hrubých nákladů a příjmů, vliv na zdraví
13. Politické a právní vlivy
14. Laická péče o zdraví
15. Důležitost profesionální péče
16. Znaky péče

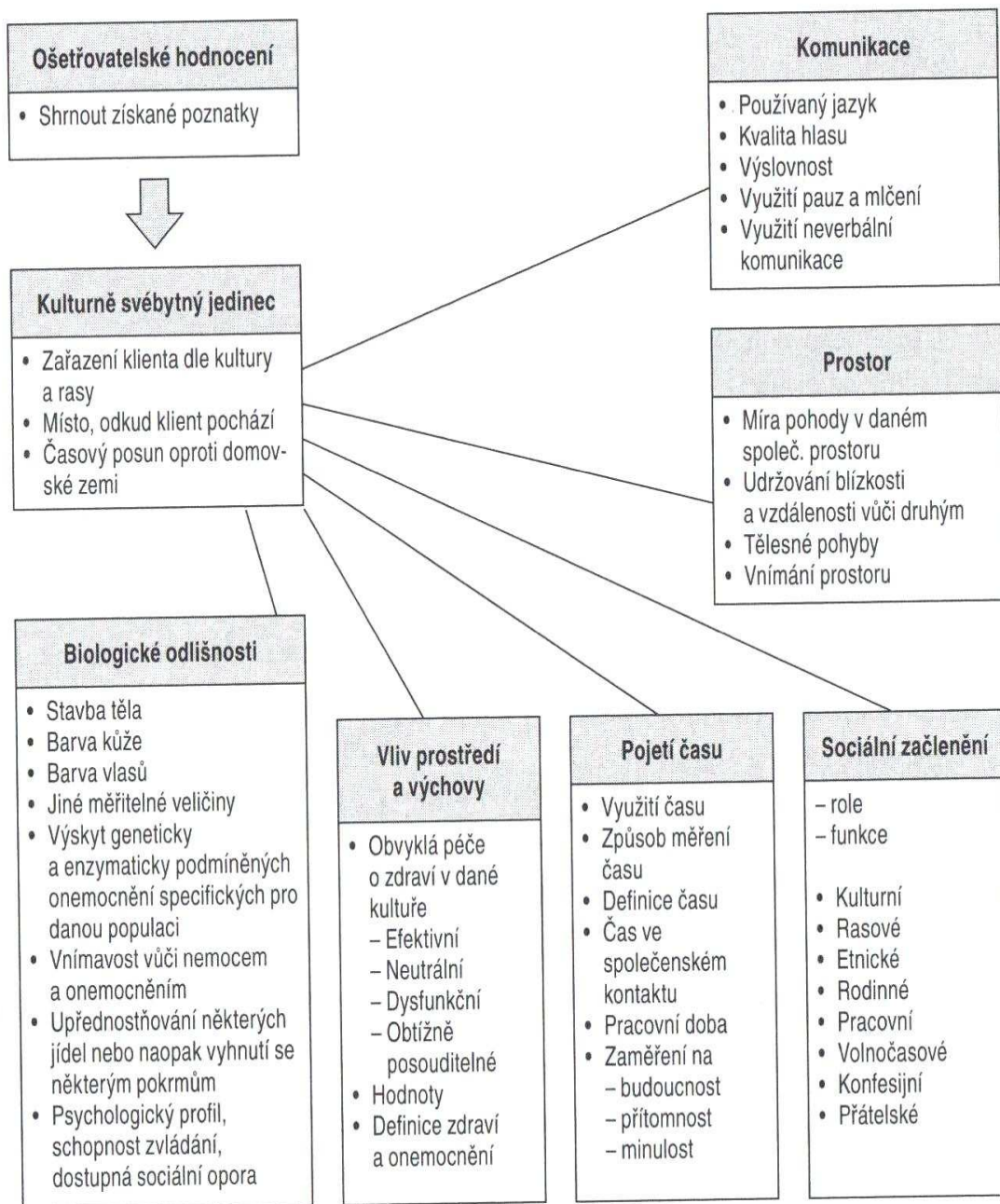
17. Způsob informovanosti o prevenci nemocí
a) Jak udržet zdraví
b) Jak získat zdraví
c) Jak o sebe pečovat
Jiné:

Typ B
1. Záznam o důležitých faktech postřehnutých při setkání s pacientem
2. Kulturní hodnoty, víra, aktivity v souvislosti se zdravím, tradiční systém péče, názor na profesionální systém
3. Pacientovi názory v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení
4. Společné a odlišné momenty v předcházejících bodech
5. Plán péče respektující kulturu pacienta

Zdroj: ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.; str. 61 – 62.

Příloha 4 Schématické zobrazení modelu Gigerové a Davidhizarové

Vyobrazení modelu pro zjištění dat o pacientovi z jiné kultury či subkultury dle Gigerové a Davidhizarové slouží pro posouzení potřeb tohoto pacienta.



Zdroj: ŠPIRUDOVÁ, L. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 + 4 s. ISBN 80-247-1213-X.; str. 55.

Příloha 5 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření prováděného v rámci bakalářské práce na téma Možnost aplikace modelu Leiningerové v ošetrovatelské péči o bezdomovce byly vybrány prvky modelu Madeleine Leiningerové a modelu Joyce Newman Gigerové a Ruth Davidhizarové pro následující doporučení sběru informací o pacientovi bezdomovci doplňující všeobecnější ošetrovatelskou anamnézu o odlišnosti spojené s jeho životním stylem.

1. Vytvořit záznam o důležitých faktech postřehnutých při setkání s pacientem bezdomovcem a uvědomění si subkultury, k níž pacient patří a jeho postoj k ní
2. Popsat způsob komunikace pacienta (jazyk, kvalita mluvy a hlasu, mimoslovní komunikace)
3. Zjistit vnímání prostoru pacientem, jeho potřebu vzdálenosti při rozhovoru v upřesněné délce a osobního prostoru pacienta
4. Poznat způsob života, souvislost života s prostředím, adaptaci pacienta na společnost a prostředí, rodinné poměry pacienta, sociální vztahy ve vlastní subkultuře, a s ostatními lidmi, denní aktivity, stravovací zvyky
5. Získat přehled o způsobu, jakým pacient pečuje o sebe a své zdraví v souvislosti se zdravotním pojištěním, finančním zázemím a odlišnostmi životního stylu pacienta
6. Zjistit pacientovy názory a zkušenosti v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení, jeho vnímání důležitosti profesionální péče a názor na techniku užitou při diagnostice a léčbě
7. Poznat informovanost pacienta o prevenci nemocí a péči o sebe, soustředění života pacienta na minulost či přítomnost nebo budoucnost a orientaci v čase
8. Provést fyzikální vyšetření a sledování odlišností
9. Vyhodnotit společné a odlišné momenty vyplývající ze stylu života bezdomovce a požadavků profesionální péče
10. Připravit plán péče respektující kulturu pacienta bezdomovce, tzn. kulturu chudoby, dle zjištěných informací z předchozích kroků

Zdroj: autor práce, model Madeleine Leiningerové, model Gigerové a Davidhizarové