

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2008

Bc. Alena Pětivlasová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Přínos práce dětské sestry v komunitním ošetřovatelství
v podmínkách České republiky a v zahraničí**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Andrea Festová

Autor:

Bc. Alena Pětivlasová

2008

Contribution of children nurse's work to community nursing both within the Czech Republic and abroad

My dissertation is aimed at the following questions: System of children care, organization of health-care policy in the Czech Republic, competencies and abilities to children care, document Health for Everybody in 21st Century, community nursing, nurse interventions in particular age categories, and my own research proceedings.

The research section of the work contains both quantitative and qualitative research procedures. The data were collected of a questionnaire and semi-structured interview. The examined set of a qualitative research consisted of 9 respondents – 5 nurses and 4 medical practitioners for children and youth. The quantitative data were collected with an interview method. The questionnaires were designed for the unprofessional public – parents of children who are up to 18. The examined set of the questionnaire research consisted of 73 respondents (100%). The research proceeded from mid June 2008 to the end of July 2008 and its results have been processed into category tables and graphs in the program of Microsoft Office Excel 2007.

I especially try to find the opinion of children nurses and children medical practitioners on introduction of a community children nurse in the Czech Republic and specify the functions that a community children nurse can perform in the Czech Republic when working with children community. I also try to find locations at which the community children nurse could work, and obstacles hampering to establish this new working position within the Czech Republic. Last but not least, I am interested in the public interest in the nurse's affect to health protection and care for children.

So far, there has not been a community nurse position established as an independent community professional in health protection and care for children within the Czech Republic. However, in other countries, community nurses work in the state interest and they form a part of the public health-care system. They are rewarded for their work, which is highly appreciated, from the public budget. Development of the community health-care is a WHO priority, and it has already established its firm position in the Czech health-care conception.

As the main advantage of introduction of a community nurse I consider the fact, that both children and parents would have a better chance to use a wider variety of health-care services at school, in their household or at the doctor's consulting room. Community nurse's activities could help to inform families and to improve the health-care edification level. They could also assist the families that need highly intensive health and social care. Because of independent work of community nurses, nurse's profession would become more attractive and nurse's social position would improve.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Přínos práce dětské sestry v komunitním ošetřovatelství v podmínkách České republiky a v zahraničí“ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezměněné podobě, fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejích internetových stránkách. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích

.....
Bc. Alena Pětivlasová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Andree Festové za její vedení, vstřícný přístup a cenné rady související s touto diplomovou prací. Dále děkuji za podporu své rodině a lékařkám, sestřám i rodičům za čas a ochotu při rozhovorech a vyplňování dotazníků.

OBSAH

ÚVOD.....	4
1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY	6
1.1 SYSTÉM PÉČE O DÍTĚ A ORGANIZACE SYSTÉMU POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE v ČR.....	6
1.1.1 <i>Neonatologie a organizace neonatologické péče</i>	<i>6</i>
1.1.2 <i>Pediatric a organizace pediatrické péče</i>	<i>9</i>
1.2 KOMPETENCE A ZPŮSOBILOST V PÉČI O DÍTĚ.....	13
1.2.1 <i>Způsobilost k povolání dětské sestry.....</i>	<i>13</i>
1.2.2 <i>Kompetence dětských sester.....</i>	<i>17</i>
1.2.3 <i>Ošetrovatelská péče o novorozence a kojence v porodní asistenci</i>	<i>21</i>
1.2.4 <i>Komunitní sestra</i>	<i>23</i>
1.3 ZDRAVÍ PRO VŠECHNY V 21. STOLETÍ.....	23
1.4 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	27
1.4.1 <i>Komunita.....</i>	<i>27</i>
1.4.2 <i>Komunitní péče</i>	<i>27</i>
1.4.3 <i>Komunitní sestry</i>	<i>28</i>
1.4.4 <i>Zdraví v komunitě</i>	<i>29</i>
1.4.5 <i>Komunitní ošetrovatelská péče</i>	<i>29</i>
1.4.6 <i>Dělení komunitní ošetrovatelské péče.....</i>	<i>30</i>
1.4.7 <i>Příklady komunitní praxe zaměřené na dítě a na dětskou populaci.....</i>	<i>33</i>
1.4.8 <i>Historie komunitního ošetrovatelství ČR.....</i>	<i>33</i>
1.4.9 <i>Domácí péče v ČR.....</i>	<i>34</i>
1.4.10 <i>Primární zdravotní péče</i>	<i>37</i>
1.4.11 <i>Výchova ke zdraví</i>	<i>38</i>
1.4.12 <i>Podpora zdraví (health promotion)</i>	<i>39</i>
1.5 NÁPLŇ PRÁCE KOMUNITNÍCH SESTER PRACUJÍCÍCH NA RŮZNÝCH MÍSTECH S DĚTSKOU KOMUNITOU.....	39
1.5.1 <i>Sestra pro veřejné zdravotnictví (public health nurse).....</i>	<i>39</i>

1.5.2	Školní sestra (ŠS)	42
1.5.3	Dětská sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost.....	47
1.5.4	Rodinná sestra	49
1.6	ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU A INTERVENCE SESTRY.....	50
1.6.1	Prenatální období	50
1.6.2	Neonatální období.....	51
1.6.3	Kojenecké období.....	55
1.6.4	Batolecí období.....	58
1.6.5	Předškolní období.....	61
1.6.6	Školní období	66
1.6.7	Období dospívání.....	69
2.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	75
2.1	CÍL PRÁCE.....	75
2.2	HYPOTÉZY	75
2.3	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	75
3.	METODICKÉ POSTUPY	76
3.1	POUŽITÉ METODY A TECHNIKY	76
3.2	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	77
4.	VÝSLEDKY	79
4.1.1	Interpretace výsledků získaných polostrukturovaným rozhovorem se zdravotnickými odborníky.....	79
4.1.2	Interpretace výsledků získaných z dotazníků od laické veřejnosti.....	124
5.	DISKUSE.....	163
6.	ZÁVĚR	173
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	176
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	181
9.	PŘÍLOHY	182

Úvod

Péče o dítě je jedním z nejdůležitějších celospolečenských úkolů ovlivňujících zdraví celé populace. Na komplexní péči o dítě se podílí celá řada společenských struktur, jako jsou rodina, společenské skupiny, zdravotnictví, školství a sociální péče.

Podle dokumentu Zdraví pro všechny v 21. století se zdravotnické služby musí stát součástí každodenního života, tzn. školního prostředí, domácího prostředí, rekreačních zařízení apod. Jen tak může být rozvíjen maximální potenciál duševního a fyzického zdraví dětí. Doporučení, jejichž smyslem je ochrana, posílení a rozvoj zdraví, mají největší účinek tehdy, pokud jsou stálá, důsledná, opakovaná a pokud působí na rodiny a společenství na všech úrovních. Zdravotní péče a zdravotní služby by měly být orientovány na rodinu, protože v prostředí orientovaném na rodinu je ošetřující poradcem, obhájcem, vychovatelem a spolupracovníkem. A právě v této pozici se mohou dobře uplatnit komunitní sestry.

V České republice zatím komunitní sestra v oblasti péče o děti a mládež jako samostatný a nezávislý komunitní odborník nefunguje. V jiných zemích ale komunitní sestry pracují ve státním zájmu jako součást veřejného zdravotnictví a jsou za svou práci, která je společností velmi ceněna, odměňovány z veřejných prostředků. Rozvoj komunitního ošetřovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace a v České koncepci ošetřovatelství má již také své stálé místo.

K volbě tohoto tématu mě vedly praktické zkušenosti, které jsem nasbírala na studijní stáži ve Velké Británii, kde byly samostatně pracující sestry uznávanými odbornicemi. Po další pracovní stáži ve Finsku se moje představy o fungování komunitních sester ještě více ujasnily. Měla jsem možnost pracovat se sestrami, které vedly výchovu ke zdraví v mateřských školách, se školní sestrou na základní škole a se sestrou veřejného zdravotnictví na pediatrické klinice. Díky tomu jsem poznala, že komunitní sestry mohou samostatně pracovat s jednotlivci, rodinou i skupinou osob a že je jejich práce opravdovým přínosem. Proto se ptám, proč by nemohly dětské sestry pracovat samostatně s dětskou komunitou a reagovat na její potřeby i v České republice?

Hlavní přínos vzniku komunitní sestry bych viděla v tom, že by děti a rodiče měli možnost využívat širšího spektra zdravotnické pomoci, ať už ve škole, v domácnosti nebo v ordinaci. Činnost komunitních sester by mohla napomoci zvýšit informovanost rodin a celospolečensky zlepšit úroveň zdravotnické osvěty. Také by mohla pomoci rodinám, které potřebují zvýšenou zdravotně-sociální péči. Díky samostatné práci komunitní sestry by se zvýšil zájem o profesi sestry a zlepšilo by se i její společenské postavení.

1. Současný stav dané problematiky

1.1 Systém péče o dítě a organizace systému poskytování zdravotní péče v ČR

Na území ČR poskytují zdravotní péči státní zdravotnická zařízení, zřizovaná Ministerstvem zdravotnictví ČR a dalšími centrálními orgány, a nestátní zdravotnická zařízení, zřizovaná krajem, obcí, církví, právnickou či fyzickou osobou. Téměř všechna zařízení mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou. Pacientům pojištěným u příslušné zdravotní pojišťovny tedy poskytují zdravotní péči bez přímé úhrady (10).

1.1.1 Neonatologie a organizace neonatologické péče

Neonatologie je obor, který se zabývá péčí o zdravého a nemocného novorozence s přesahem do kojeneckého období při péči o protrahované patologické stavy. Protože je novorozenecké období definováno jako prvních 28 dní života dítěte a plynule navazuje na prenatální období, je důležitá úzká spolupráce neonatologa a porodníka. Tato spolupráce tvoří základ perinatologie. Perinatologická péče se zakládá na systému diferencované třístupňové regionální péči, kde I. stupeň tvoří péče základní, II. stupeň péče intermediární a III. stupeň péče intenzivní. Cílem tohoto systému péče je snižování mateřské, fetální a neonatální morbidity a mortality a prevence dlouhodobých či nezvratných poškození dětí. Základní, popřípadě intermediární péče, je poskytována na odděleních nebo úsecích, které jsou součástí okresních a malých nemocnic. Komplexní péče o novorozence v daném regionu je poskytována na samostatných novorozeneckých odděleních, která jsou zpravidla zřízena v rámci velkých, většinou fakultních nemocnic. Tato pracoviště, tzv. Perinatologická centra, působí jako regionální novorozenecká centra a skládají se z úseků pro fyziologické novorozence, úseků intermediární péče, jednotek intenzivní a resuscitační péče pro novorozence a ambulantní složky. V současnosti je v ČR celkem 12 těchto center. Síť perinatologických center byla oficiálně ustanovena Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 1995 za účelem poskytování specializované porodnické a neonatologické péče na nejvyšší úrovni při koncentraci kvalifikovaných odborníků a moderní technologie (5, 18, 39).

Díky poskytování specializované porodnické a neonatologické péče na nejvyšší úrovni zaznamenala ČR v péči o novorozence během posledních 15let výrazné úspěchy při snižování novorozenecké úmrtnosti, která poklesla pod 2,5/1000 živě narozených dětí. Tímto ukazatelem jsme se zařadili mezi přední země na světě. Dalším pozitivním ukazatelem je zvyšování počtů přežívajících nedonošených dětí, a to i v nejnižších váhových kategoriích pod 1500g, resp. pod 1000 g.

Ústavní péče

Neonatologická péče má část ambulantní a část ústavní. Ústavní péče vychází ze systému diferencované třístupňové péče, kdy jednotlivé úseky péče o novorozence zajišťují adekvátní péči o dítě vzhledem k jeho stavu. Proto se na těchto úsecích liší přístrojové vybavení, personální obsazení, prováděné výkony i náročnost ošetrovatelské péče (5, 39).

1. Základní úsek péče o novorozence

Tento úsek zajišťuje péči fyziologickým novorozencům a novorozencům s nevýznamnými odchylkami v průběhu poporodní adaptace, které nevyžadují intermediární péči. Kvalifikovaný personál zde poskytuje péči o novorozence 1. stupně, neboli provádí poporodní ošetření a vyšetření novorozence včetně neodkladné resuscitace a stabilizace nečekaných poruch poporodní adaptace. Průběžně provádí depistáž projevů maladaptace novorozenců, realizuje prolaktační program a transport předčasných porodů. Všem novorozencům je prvních 24 hodin věnována zvýšená pozornost. Lze-li předpokládat ohrožení plodu nebo novorozence, je při porodu přítomen pediatr proškolený v resuscitaci novorozence. Po ošetření na porodním sále a příznivé adaptaci je novorozenec překládán na novorozenecký úsek, kde se mu opět ponechává čas na adaptaci. Po určitém adaptačním období mohou být novorozenci ošetřováni systémem rooming-in, který tvoří nedílnou součást novorozeneckého úseku a oddělení šestinedělí. Tento systém matka-dítě pomáhá uspokojovat fyziologické potřeby novorozence i matky, posiluje jejich citovou vazbu a podporuje rozvoj

přirozené výživy kojením. Novorozencům ošetřovaným tímto systémem věnuje dětský lékař, dětská sestra společně s ženskou sestrou zvýšenou pozornost přímo na pokoji a současně matku systematicky instruuje a vychovává ke správným postojům a návykům péče o novorozence a kojence. O novorozenci je veden chorobopis, jehož nezbytnou součástí je Záznam o novorozenci. Fyziologický novorozenec se propouští do domácího prostředí nejdříve 4. den života po BCG vakcinaci a po provedení povinných screeningových vyšetření. Rodiči je doporučena návštěva praktickým lékařem pro děti a dorost do 72 hodin od propuštění. Praktickému lékaři, zajišťujícímu následnou primární péči, je poskytnuta příslušná lékařská zpráva (5).

2. Úsek intermediární péče

V rámci centralizace rizikových a patologických novorozenců je nutné při předpokládaném rizikovém porodu nebo po porodu rizikového či patologického novorozence včas zabezpečit překlad matky či následně novorozence na příslušné specializované pracoviště II. nebo III. stupně. Transport by měl být zajištěn nejlépe in utero, v horším případě pak transport patologického novorozence. Úseky péče o novorozence II. stupně se zřizují při perinatologických centrech a při dětských odděleních zpravidla tam, kde jsou soustřeďována vybraná riziková těhotenství a předčasné porody v období 33. - 37. týdne gestace. Tato pracoviště zajišťují jednak péči základní, tzn. I. stupně - fyziologickým novorozencům, a jednak péči intermediární, tzn. II. stupně - novorozencům ohroženým/patologickým. Na oddělení je samozřejmě přijata i matka hospitalizovaného dítěte, aby mohla dítě krmit, eventuálně kojit, a ošetřovat, jakmile to stav dítěte dovolí. Součástí pracoviště intermediální péče je ambulance pro dlouhodobé sledování rizikových dětí, kterou vede neonatolog (5).

3. Úsek intenzivní a resuscitační péče (JIRPN)

Na jednotku intenzivní a resuscitační péče se přijímají novorozenci s nejzávažnějšími stavy poruch poporodní adaptace, novorozenci s komplikacemi poporodní adaptace a novorozenci, kteří jsou bezprostředně ohroženi na životě. JIRPN, která zajišťuje péči o novorozence III. stupně, je součástí tzv. neonatologického centra.

Neonatologická centra zajišťují péči o novorozence v plném rozsahu, tzn., sdružují všechny úseky péče. Musí být vybaveny personálně, materiálně a přístrojově tak, aby byly schopny v plné míře zajistit nepřetržitou péči o kriticky nemocné novorozence. Tato centra soustřeďují nejzávažnější neonatální patologii v rámci regionu a jsou funkční součástí perinatologických center (5).

4. Transportní služba pro novorozence

Nedílnou součástí regionálního systému diferencované péče o novorozence je převozní služba pro novorozence. Tato služba je využívána po celých 24 hodin pro okamžitý transport nečekaně, akutně vzniklých patologických stavů novorozence, vyžadujících intermediární nebo intenzivně-resuscitační péči. Dále pak k převozu silně nezralých novorozenců pod 1500g, u kterých nebyl z různých důvodů realizován transfer in utero. V průběhu celých 24 hodin zajišťuje službu neonatolog nebo pediatr s neonatologickou specializací, dětská sestra s neonatologickou specializací a řidič (5).

Ambulantní péče

1. Ambulantní centra komplexní péče

Pro děti s poruchou vývoje byla zřízena ambulantní centra komplexní péče, která poskytují péči zdravotní, psychologickou, sociální a speciální pedagogické poradenství. Péče je poskytována a koordinována neonatologickými centry ve spolupráci s příslušnými odborníky jako jsou: dětský neurolog, oftalmolog, chirurg, rehabilitační pracovník, otorhinolaryngolog, orthoped, genetik apod. Tato komplexní péče je určena pro perinatálně ohrožené a poškozené děti, protože právě tyto děti mívají specifické problémy, které přetrvávají po různě dlouhou dobu od narození a vyžadují ústavní nebo ambulantní péči i v dalším období života (5).

1.1.2 Pediatrie a organizace pediatrické péče

Vývojem jedince a péčí o jeho zdraví v době od jeho narození do 19 let života se zabývá obor dětské lékařství (pediatrie). Náplní pediatrie je péče o dítě ve zdraví i nemoci, tj. péče preventivní, diagnostická, terapeutická a rehabilitační. Název pochází

z termínu pais, neboli dítě, a z termínu iatreiá, neboli léčení. Pediatriká péče má část ambulantní a část lůžkovou. Ambulantní péče může probíhat v ordinacích praktického lékaře pro děti a dorost, stomatologa, ve specializovaných pediatrických ordinacích (např. kardiologická, nefrologická, endokrinologická, gastroenterologická poradna apod.) a při pohotovostní lékařské službě. Lůžková péče probíhá formou hospitalizace nemocných dětí, kdy jejich stav neumožňuje ambulantní péči (39, 41).

Ambulantní péče

1. Ambulance praktického lékaře pro děti a dorost

Základní článek v primární péči o dítě představuje praktický lékař pro děti a dorost (PLDD) a dětská sestra. Tito odborníci pečují o děti od narození do devatenácti let věku dítěte. Většina praktických lékařů pro děti a dorost v současné době pracuje v soukromých ordinacích. Matka by si měla pro dítě najít dětského lékaře ještě před porodem a po narození dítěte ho u něj zaregistrovat. Když lékař primární péče pacienta zaregistruje, stává se jeho registrujícím lékařem. Vystaví mu registrační list, a tak se zavazuje k soustavné péči o tohoto pacienta. Volba lékaře je zcela svobodná a je dobré, když si rodina vybere lékaře, kterému důvěřuje. Praktický lékař a jeho zdravotní sestra poskytují dítěti péči preventivní, léčebnou a dispenzární. Preventivní péče zahrnuje preventivní prohlídky prováděné v poradnách, očkování, screening a některá profylaktická opatření. Léčebná péče představuje určení správné diagnózy a nasazení adekvátní léčby. Pediatriká léčebná péče v průběhu celých 24 hodin je zajišťována kombinací ordinačních hodin a lékařské služby první pomoci (LSPP). Dispenzární péče je pravidelné sledování dětí s chronickým onemocněním, recidivujícím onemocněním, znevýhodněním, ale i dětí ohrožených prostředím a vybraných skupin zdravých dětí (např. sportovců). Dispenzarizace se provádí zásadně u registrujícího PLDD, který se o děti stará ve spolupráci se specialisty. Vyhláška MZ č. 60/1997 SB. stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře (13, 36, 41).

System preventivních prohlídek je dán Vyhláškou MZ č. 56 /1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. V prvním roce života je dítě

prohlédnuto celkem devětkrát. Častější frekvence prohlídek v tomto věku je dána tím, že čím je dítě mladší, tím více možných odchylek od zdravého vývoje hrozí. První vyšetření by mělo proběhnout formou návštěvy dětského lékaře, popřípadě i dětské sestry, v rodině do 48 hodin po propuštění z porodnice. Tato návštěva probíhá v domácnosti po dohodě s rodiči. Další preventivní prohlídky následují ve 14 dnech, v 6 týdnech, ve 3, 4, 6, 8, 10 měsících a v 1. roce věku dítěte. Ve druhém roce života je dítě prohlédnuto jedenkrát, a to v 18 měsících. Dále se dítě zve na preventivní prohlídku ve 3 letech a potom vždy každé dva roky až do 19 let života. Dle zdravotního stavu dítěte a jeho vývoje se preventivní prohlídka může uskutečnit individuálně mimo tyto termíny. Preventivní prohlídky jsou prováděny v poradnách dle věku dítěte za doprovodu jednoho z rodičů. Aby nedocházelo ke kontaktu dětí zdravých s akutně nemocnými, probíhají poradny v určených ordinačních hodinách odděleně od ordinací pro děti akutně nemocné. Během prohlídky lékař hodnotí somatický vývoj dítěte, antropometrické údaje a psychomotorický vývoj. Lékař musí dbát na včasné vyšetření smyslových orgánů a sledování vývoje řeči. Získané poznatky porovnává s normami pro daný věk, díky kterým může zjistit disproporce mezi očekávaným stavem a skutečností. Součástí prohlídky jsou výživová doporučení a rady vyplývající ze stavu dítěte, jeho věku a pohlaví. Preventivní prohlídky jsou plně hrazeny pojišťovnou (13, 36, 39).

Očkování v dětském věku je nezbytnou součástí preventivní péče o dítě. Chrání ho před infekčními nemocemi a probíhá na základě očkovacího kalendáře. Pravidelné očkování je v České republice povinné podle Zákona o ochraně veřejného zdraví c.258/2000 Sb. § 46 odst. (10).

Významnou metodou primární prevence je aktivní vyhledávání, neboli screening v tzv. zdravé populaci, který probíhá prenatalně a postnatálně. Tímto způsobem jsou vyhledávány děti ohrožené po stránce zdravotní, psychické i sociální. V rámci profylaxe je dětem podáván vitamin K, jako prevence krvácivé nemoci novorozenců a malých kojenců, vitamin D, jako prevence rachitidy, a fluor, jako prevence zubního kazu (36, 39).

2. Specializovaná ambulantní zdravotní péče

Jestliže zdravotní stav dítěte vyžaduje specializovanou péči, kterou mu nemůže poskytnout jeho registrující lékař, doporučí mu praktický lékař odpovídající specializované zdravotnické zařízení a vydá mu doporučení k odborné péči nebo žádost o konziliární vyšetření. Odborný ošetřující lékař poté informuje registrujícího lékaře dítěte o svých zjištěních, případně doporučí další postupy léčby. Specializovaná ambulantní péče je prováděna pediatrem s příslušnou kvalifikací v samostatných specializovaných pediatrických ambulancích nebo ve specializovaných ambulancích lůžkových zařízení (10, 13).

3. Pohotovostní služba

Pohotovostní služba poskytuje zdravotní péči o děti v případě náhlého onemocnění nebo méně závažného úrazu v době mimo ordinaci registrujícího lékaře nebo v době jeho nepřítomnosti. V menších oblastech je pohotovostní péče zajištěna obvykle ve spolupráci lékařů, kteří se navzájem zastupují. Ve větších lokalitách jsou organizovány pohotovostní služby ve zvláštních ordinacích nebo v pohotovostní službě nemocnic. V legislativě jsou pohotovostní služby zakotveny ve Směrnici MZ ČR č. 7/ 1981 Věstníku MZ, částka 6-7/1981 o pohotovostních zdravotnických službách (10).

Lůžková péče

Lůžková péče probíhá formou hospitalizace dětských pacientů, kdy jejich stav neumožňuje péči ambulantní. Lůžková pediatrická péče je tvořena sítí dětských oddělení nebo klinik, které jsou součástí různých typů nemocnic (okresní, krajské a fakultní nemocnice). Dětská oddělení okresních nemocnic jsou zpravidla tvořena třemi základními stanicemi, a to oddělením kojenců a batolat, oddělením větších dětí a novorozeneckým úsekem. Dětská oddělení krajských nemocnic poskytují vedle péče v rozsahu okresních nemocnic i další konziliární a specializované služby. Jsou tvořena oddělením kojenců a batolat, oddělením větších dětí nebo odděleními dle diagnóz. Jejich součástí mohou být jednotky intenzivní a resuscitační péče. Některá oddělení mají dokonce statut klinik. Dětské kliniky fakultních nemocnic poskytují péči v rozsahu

jako okresní a krajské nemocnice. Navíc jsou zde poskytovány služby vyplývající ze statutu klinik. Tzn., že jsou zde zřízena nadregionální, případně celorepubliková centra (kardiochirurgie, transplantace, onkologie, specializovaná chirurgie, apod.). Dětské kliniky jsou tedy vnitřně členěny na úseky se zaměřením v jednotlivých specializacích a jsou zde provozovány ambulantní specializované služby - např. neurologie, kardiologie, gastroenterologie, alergologie a imunologie, TRN, revmatologie, neurologie, hematologie, lékařská genetika atd. Lůžková péče je vedle nemocniční péče poskytována odbornými léčebnými ústavy, lázeňskými léčebnami, sanatorii, ozdravovkami, kojeneckými ústavy, dětskými domovy a dětskými centry (13).

1.2 Kompetence a způsobilost v péči o dítě

1.2.1 Způsobilost k povolání dětské sestry

Vstupem ČR do Evropské unie (EU) došlo ke změnám legislativy upravujícím způsobilost zdravotnických nelékařských povolání (ZZNP). Díky požadavkům EU na vzdělávání a kompetence k výkonu nelékařských profesí se změnilo i začlenění povolání dětské sestry. Při projednávání legislativy o ZZNP zákonodárci České republiky vycházeli z oborových směrnic EU pro uznávání kvalifikace všeobecné sestry a porodní asistentky, proto zákon č. 96/2004 Sb., neuvádí dětskou sestru jako samostatné odborné ošetrovatelské povolání (47).

Podle stávající legislativy příprava kvalifikované dětské sestry od akademického roku 2004/2005 zahrnuje několik důležitých mezníků. Za 1. získání maturitní zkoušky na střední škole (SŠ). Za 2. studium studijního programu všeobecné sestry na vyšší zdravotnické škole (VZŠ) nebo bakalářské studium na škole vysoké (VŠ). Za 3. výkon odborné praxe po úspěšném ukončení studia a za 4. studium modulového programu specializačního vzdělávání. Třetí a čtvrtý krok může být vynechán pouze na základě rozhodnutí MZ ČR, které uzná jako specializační vzdělání studium navazujícího magisterského programu ošetrovatelství v pediatrickém modulu. Celková minimální délka kvalifikační přípravy dětské sestry se tedy pohybuje v rozmezí 5 až 7 let. Získání způsobilosti k povolání dětské sestry detailněji popisuje následující text o odborné a specializované způsobilosti v ošetrovatelské péči (44, 47).

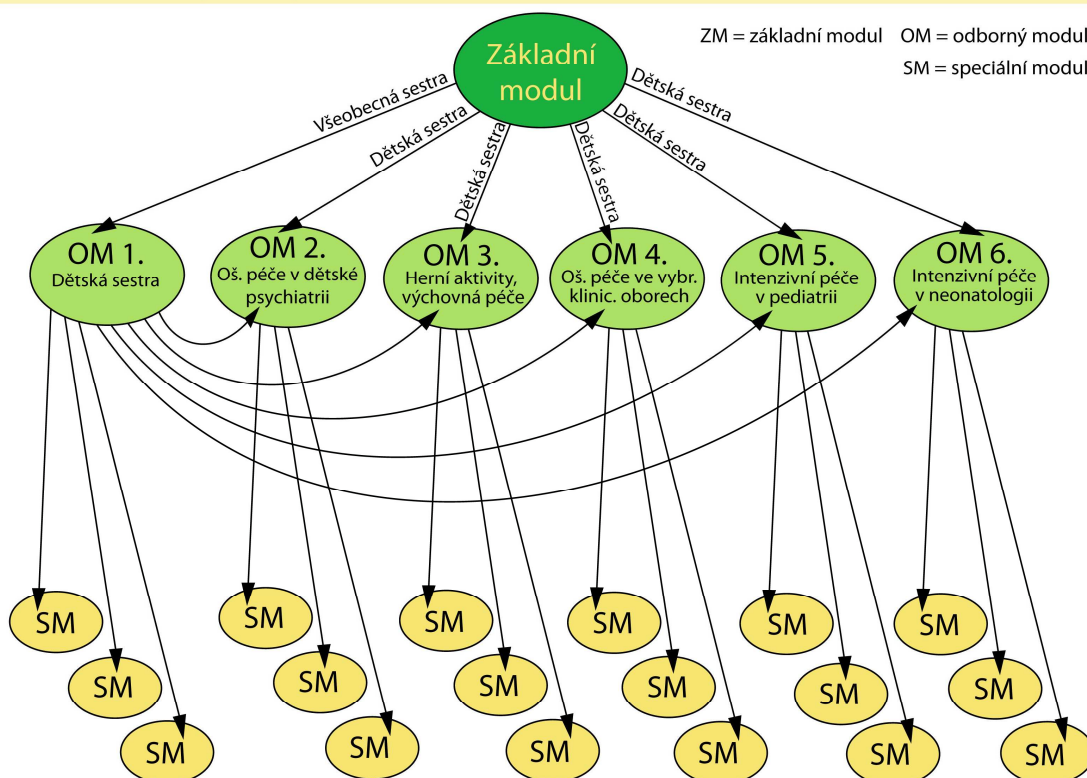
Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry uchazeč/ka získá absolvováním bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Zdravotnický obor musí být akreditovaný a musí trvat minimálně tři roky. Po získání odborné způsobilosti si uchazeč/ka o odbornost dětské sestry musí podat žádost o zařazení do specializačního vzdělávacího programu. Podmínkou pro zařazení do programu je kromě odborné způsobilosti i výkon povolání všeobecné sestry na úseku péče o dítě po dobu nejméně dvanácti měsíců. Obecně platí, že specializační vzdělávání, jako jedna z forem celoživotního vzdělání, se uskutečňuje v akreditovaném zařízení, probíhá při výkonu příslušného povolání a celková délka studia pro získání specializované způsobilosti je minimálně 36 měsíců. Po zařazení do specializačního oboru musí budoucí dětská sestra pracovat dvanáct měsíců v oboru vybrané specializace, musí se zúčastnit stanoveného počtu hodin teoretické a praktické výuky a prokázat požadované vědomosti i dovednosti. V průběhu vzdělávacího programu účastník/ce absolvuje několik modulů. Modulem se rozumí část vzdělávacího programu s předem určeným počtem kreditů. Rozlišují se celkem 3 druhy modulů. 1. základní modul, který je povinný a společný pro všechny specializace. 2. moduly odborné, které jsou povinné, ale jsou rozděleny podle oborů. 3. Speciální moduly, které navazují na moduly oborové a profilují účastníky. (23, 25, 44).

Vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v ošetrovatelské péči v pediatrii obsahuje šest odborných modulů: 1. Role dětské sestry, 2. Role dětské sestry se zaměřením na ošetrovatelskou péči v dětské a dorostové psychiatrii, 3. Role dětské sestry se zaměřením na herní aktivity a výchovnou péči, 4. Role dětské sestry se zaměřením na ošetrovatelskou péči ve vybraných klinických oborech, 5. Role dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii, 6. Role dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii. Cílem těchto modulů je připravit dětskou sestru tak, aby byla schopna samostatně provádět všechny činnosti související s poskytováním specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče v rámci pediatrie a neonatologie. Každý odborný modul má speciální moduly zaměřené na specifickou ošetrovatelskou péči. Odborný modul Role dětské sestry má následující speciální

moduly: 1. Zvláštnosti ošetrovatelské péče o fyziologického novorozence s potřebou zvýšeného poporodního sledování a péče, 2. Specifická ošetrovatelská péče o dítě a adolescenta v rámci praktického lékařství pro děti a dorost, 3. Zdravotní výchova dětí a adolescentů k péči o jejich zdraví se zaměřením na správné formování postojů dětí a adolescentů k péči o vlastní zdraví. Odborný modul Role dětské sestry se zaměřením na ošetrovatelskou péči v dětské a dorostové psychiatrii má následující speciální moduly: 1. Zvláštnosti ošetrovatelské a výchovné péče o děti a adolescenty s příznaky poruch chování, 2. Zvláštnosti poskytování ošetrovatelské a výchovné péče dětem a adolescentům s poruchami příjmu potravy v rámci pedopsychiatrie, 3. Zvláštnosti poskytování ošetrovatelské a výchovné péče dětem a adolescentům s mentálním postižením. Odborný modul Role dětské sestry se zaměřením na herní aktivity a výchovnou péči má následující speciální moduly: 1. Poradenství rodičům v péči výchově dětí do 3 let věku, 2. Výchovná péče o děti do 3 let věku s postižením, 3. Výchovná péče o hospitalizované dítě. Odborný modul Role dětské sestry se zaměřením na ošetrovatelskou péči ve vybraných klinických oborech má následující speciální moduly: 1. Specifická ošetrovatelská péče o děti s alergií a imunodeficitem, 2. Specifická ošetrovatelská péče o děti s diabetem mellitem, 3. Specifická ošetrovatelská péče o děti s infekčním onemocněním, 4. Specifická ošetrovatelská péče o děti s autoimunitním onemocněním. Odborný modul Role dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii má následující speciální moduly: 1. Intenzivní péče o dítě s onkologickým onemocněním, 2. Specifická ošetrovatelská péče v anesteziologii u dětí a adolescentu, 3. Intenzivní péče o traumatizované dítě. Odborný modul Role dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii má následující speciální moduly: 1. Specifická ošetrovatelská péče o rány a stomie u dětí, 2. Specifická ošetrovatelská péče při transportu novorozence a kojence, 3. Specifická ošetrovatelská péče při tišení a léčbě bolesti u dětí všech věkových kategorií (23, 25, 44, 47).

Studium je ukončeno atestační zkouškou. Zdravotnickým pracovníkům, kteří úspěšně vykonali atestaci, je udělen diplom o specializaci v příslušném oboru.

Ošetrovatelská péče v pediatrii



(FENDRYCHOVÁ, J. *Vzdělávání dětských sester*, zdroj 8)

Získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry se řídí zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Zákon č. 96/2004 Sb. vstoupil v ČR v platnost v roce 2004. Získání specializované způsobilosti se řídí 23 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Náplň činností nebo také kompetence dětské sestry k výkonu specializovaného povolání jsou uvedeny ve vyhlášce MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (42, 44, 25).

1.2.2 Kompetence dětských sester

Podle vyhlášky MZ ČR č. 424/2004 Sb. všechny dětské sestry vykonávají činnosti spojené jednak s jejich odbornou způsobilostí všeobecné sestry, např. dbají na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vedou zdravotnickou dokumentaci, vyhodnocují potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, zajišťují činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů, provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých, podávají léčivé přípravky, provádí ošetření operačních ran, atd., ale také poskytují, organizují a řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče ve svém zaměření. Díky své specializované způsobilosti jsou také kompetentní vykonávat následující aktivity: edukovat dětské pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetrovatelských postupech; připravovat pro ně informační materiály; sledovat a vyhodnocovat stav dětských pacientů a řešit případné komplikace i náhlé příhody; koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace; hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče; uskutečňovat ošetrovatelský výzkum, připravovat standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti; vést specializační vzdělávání v oboru své specializace. Výše zmíněné činnosti je dětská sestra oprávněná vykonávat bez odborného dohledu a indikace. Na základě indikace lékaře provádí dětská sestra tyto aktivity: připravuje dětské pacienty na specializované diagnostické a léčebné postupy; doprovází a asistuje během výkonů; sleduje a ošetřuje je po výkonu; edukuje dětské pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech (42).

Následující kompetence dětské sestry specialistky jsou rozděleny podle zaměření její specializace. Jednotlivé kompetence a činnosti, které mohou dětské sestry vykonávat bez odborného dohledu a s odborným dohledem, se proto liší v závislosti na věku a zdravotním stavu dítěte.

1. Dětská sestra pečuje o všechny věkové kategorie zdravých i nemocných dětí kromě dětí, u kterých hrozí nebo dochází k selhání základních životních funkcí anebo dětí, které mají patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků. Bez odborného dohledu a bez indikace je v péči o dítě

kompetentní zastávat tyto činnosti: vytvářet pro dítě stimulující výchovné a léčebné prostředí a připravovat pro něj výchovná zaměstnání; provádět psychickou přípravu dítěte na diagnostické a léčebné výkony; s ohledem na vývojové zvláštnosti dětské psychiky poskytovat dítěti ošetrovatelskou péči v průběhu i po skončení diagnostického nebo léčebného výkonu; připravovat stravu novorozencům, kojencům a batolatům; sledovat psychomotorický vývoj dětí a vést o něm písemný záznam; činit opatření k zamezení vzniku psychických deprivací a retardací psychomotorického vývoje dítěte a vhodným výchovným přístupem předcházet negativním vlivům v dalším vývoji dítěte; rozvíjet komunikační schopnosti dítěte; vyhledávat rizikové faktory ohrožující zdravý vývoj dítěte; provádět první ošetření novorozence, včetně případného zahájení okamžité resuscitace; zajišťovat screeningová vyšetření; učit matky správnému ošetřování novorozence; poskytovat ošetrovatelskou péči v rámci primární péče, zejména vykonávat návštěvní službu a při té příležitosti hodnotit prostředí z hlediska zajištění zdravého vývoje dítěte; poskytovat rady a pomoc v oblasti péče o dítě, tj. ve výživě, kojení, hygieně, v ošetřování dětí; zajistit dodržování plánu povinného očkování a preventivních prohlídek; edukovat rodiče ve výchově a péči o děti v jednotlivých vývojových obdobích a pomáhat jim řešit zdravotní i sociální problémy v rámci školního poradenství; spolupracovat s ostatními institucemi v oblasti péče o dítě a rodinu, zejména sociálními a vzdělávacími zařízeními a správními úřady. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře dětská sestra aplikuje intravenózní injekce a infuze novorozencům a dětem do 3 let, provádí katetrizaci močového měchýře dívek do 10 let, zavádí nazogastrické a jejunální sondy dětem při vědomí a provádí výplach žaludku u dětí při vědomí.

2. Dětská sestra se zaměřením na ošetrovatelskou péči v dětské a dorostové psychiatrii pečuje o děti s duševní poruchou nebo mentálním handicapem a je kompetentní bez odborného dohledu a bez indikace lékaře utvářet vhodné sociální léčebné prostředí. Dále rozvíjet schopnosti dětí tak, aby bylo dosaženo optimálního stavu v aktivitách každodenního života. Provádět poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a resocializace dětí. Koordinovat spolupráci mezi lůžkovým zařízením a terénními službami. A spolupodílet se na vytváření podmínek

pro návrat dítěte do vlastního sociálního prostředí. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo psychologa se účastní terapeutických aktivit dětí, adolescentů i jejich rodičů, poskytuje poradenství a pomoc v rámci krizové intervence a pod přímým vedením lékaře nebo psychologa se podílí na provádění psychoterapie.

3. Dětská sestra se zaměřením na herní aktivity a výchovnou péči se orientuje na posilování zdravého psychického, somatického i sociálního vývoje dětí. Činnosti, které vykonává bez odborného dohledu a bez indikace, jsou: metodické vedení a organizace výchovné péče o děti do 3 let; vypracování programů výchovné péče a výchovných zaměstnání; zajištění odborného poradenství pro děti se zdravotním znevýhodněním; doporučování úpravy prostředí, vhodných hraček a výchovných pomůcek.

4. Dětská sestra se zaměřením na ošetrovatelskou péči ve vybraných klinických oborech pečuje o děti a adolescenty v oboru svého zaměření, například poskytuje ošetrovatelskou péči pacientům s onkologickým onemocněním, pacientům s diabetem mellitem, pacientům s kardiovaskulárním onemocněním, pacientům s infekčním onemocněním, pacientům s alergickým a imunodeficitním onemocněním, pacientům s dermatovenerologickým onemocněním, pacientům s neurologickým onemocněním, pacientům se stomiemi, atd. S ohledem na obor svého zaměření vykonává specializované a vysoce specializované činnosti. U pacientů s diabetem mellitem provádí poradenskou činnost, pořádá semináře a edukační soustředění. Učí je vyšetřovat si a hodnotit glykémii (self-monitoring), upravovat výživové dávky. Vypracovává individuální pohybový režim diabetika. Ve spolupráci s nutričním terapeutem radí v otázkách výživy. Vyhledává známky počátečních komplikací nemoci. Provádí kontrolní vyšetření z hlediska kompenzace diabetu. Podílí se na léčbě edukovaných diabetiků a učí pacienty upravovat léčbu podle výsledků sebekontroly. U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním provádí funkční a zátěžové vyšetření kardiovaskulárního systému a orientačně hodnotí základní patologické nálezy. U pacientů s infekčním onemocněním zajišťuje protiepidemická opatření a provádí poradenskou činnost v centrech péče o nemocné s vybranými infekčními nemocemi, například HIV pozitivních. U pacientů s alergickým a imunodeficitním onemocněním

monitoruje vlastní sociální prostředí z hlediska detekce možných patogenů a sleduje průběh hyposenzibilizace, který také vyhodnocuje. U pacientů s dermatovenerologickým onemocněním určuje vhodné postupy ošetření chronických ran, včetně doporučení obvazových materiálů. Dále provádí poradenskou činnost v prevenci komplikací varikózního komplexu, lymfodrenáže, kožní diagnostické testy, fototerapii, depistáž pacientů se sexuálně přenosnými chorobami, včetně vyhledávání jejich kontaktů. U pacientů s neurologickým onemocněním provádí specializovaná neurologická vyšetření, zejména elektromyografické a elektroencefalografické vyšetření, včetně vyšetření evokovaných potenciálů. Zaměřuje-li se dětská sestra na ošetrovatelskou péči o pacienty se stomiemi, pak provádí pro pacienty s břišními stomiemi poradenskou činnost, seznamuje je se sortimentem stomických pomůcek a doporučuje vhodné pomůcky. Dále provádí instruktáž o manipulaci s pomůckami. Nacvičuje s pacienty, případně s osobami jimi určenými, výplach stomie. Přípravuje pacienty a jimi určené osoby k soběstačnosti ve vlastním sociálním prostředí a doporučuje změny domácích podmínek. Vyhledává a označuje optimální místo pro budoucí břišní stomii.

5. Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii poskytuje ošetrovatelskou péči dětem a adolescentům, u kterých hrozí nebo dochází k selhání základních životních funkcí, s výjimkou nedonošených dětí. Její kompetence se liší podle toho, jestli se jedná o dětskou sestru pro intenzivní péči, dětskou sestru pro intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči, dětskou sestru pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii, dětskou sestru pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci, dětskou sestru pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci nebo dětskou sestru pro intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve. Například dětská sestra pro intenzivní péči je kompetentní sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta a hodnotit jeho závažnost. Provádět kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení. Pečovat o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích. Sledovat funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťovat její stálou připravenost. Provádět

defibrilaci srdce elektrickým výbojem. Zavádět nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí. Provádět výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami. Pod odborným dohledem lékaře může provádět zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami. U pacientů s tracheální intubací nebo s tracheostomií provádět endobronchiální laváže. Aplikovat transfuzní přípravky a krevní deriváty. A pod přímým vedením lékaře provádět extubaci tracheální rourky a k jednorázovému odběru krve nebo invazivní monitoraci krevního tlaku punkcí arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis.

6. Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii pečuje o novorozence a kojence, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí, včetně nedonošených dětí. Přitom vykonává činnosti jako dětská sestra pro intenzivní péči, které byly uvedeny v předchozím odstavci. Dále také zajišťuje první ošetření rizikovému novorozenci na porodním sále a jeho transport na následná pracoviště. Zabezpečuje termoneutrální prostředí a vytváří podmínky pro bezproblémovou poporodní adaptaci a zdárný růst a vývoj dítěte.

1.2.3 Ošetrovatelská péče o novorozence a kojence v porodní asistenci

Od akademického roku 2004/2005 se získává odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek. Po získání odborné způsobilosti je porodní asistentka/asistent oprávněná poskytovat zdravotní péči v porodní asistenci tzn. poskytovat péči a rady během těhotenství, porodu i šestinedělí a vést fyziologický porod. Ve spolupráci s lékařem se pak podílet na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Součástí zdravotní péče v porodní asistenci je také ošetrovatelská péče o ženu na gynekologickém úseku. Kromě péče o ženy je porodní asistentka/asistent po získání odborné způsobilosti oprávněna poskytovat péči i novorozencům. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře pečuje o fyziologické novorozence prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace. Matku v péči o novorozence edukuje, poskytuje jí poučení

o životosprávě při kojení, podporuje kojení a předchází jeho komplikacím. U novorozence rozpoznává příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu. Chce-li porodní asistentka/ asistent pečovat o novorozence a kojence, u kterých hrozí nebo dochází k selhání základních životních funkcí, anebo o nedonošené děti, musí získat specializovanou způsobilost. Tu získá absolvováním specializačního vzdělávacího programu v oboru Ošetrovatelská péče v intenzivní péči o novorozence a kojence. Po úspěšném zakončení specializačního programu je porodní asistentka/asistent oprávněna vykonávat stejné činnosti jako dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii. Kromě toho vykonává v oblasti své specializace i činnosti uvedené v 1. odstavci podkapitoly Kompetence dětské sestry. Dalším specializačním oborem, který je určen porodním asistentkám/asistentům a týká se mimo jiné i péče o novorozence, je obor Komunitní péče v porodní asistenci. Porodní asistentka/asistent pro komunitní péči je kompetentní k tomu, aby při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o ženy, novorozence, jejich rodiny a o skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí vykonávala činnosti uvedené v 1. odstavci podkapitoly Kompetence dětské sestry. Tzn. edukaci, přípravu informačních materiálů, sledování a vyhodnocování zdravotního stavu, koordinaci práce ošetrovatelského týmu, hodnocení kvality poskytované péče, atd. Kromě toho bez odborného dohledu a bez indikace komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci žen, novorozenců a jejich rodin z hlediska koordinace poskytované zdravotně-sociální péče a spolupracuje s odpovědnými orgány. Hodnotí zdravotní rizika skupiny osob z hlediska reprodukčního zdraví žen a novorozenců a na základě epidemiologických dat, statistických dat a výsledků výzkumů se podílí na sestavování priorit jejich řešení. Přípravuje a realizuje projekty podpory zdraví žen. Provádí poradenskou činnost v oblasti reprodukčního zdraví, plánovaného rodičovství, sexuálně přenosných chorob, epidemiologické ochrany a sexuálního zneužívání. Na základě indikace lékaře se v oblasti ochrany veřejného zdraví z hlediska reprodukčního zdraví a zdraví žen i novorozenců podílí na vytváření bezpečného a vhodného prostředí, na eliminaci existujících rizik, zajištění cílených preventivních programů včetně screeningu a provádění ultrazvukové vyšetření plodu (42, 44).

1.2.4 Komunitní sestra

Komunitní sestra je všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí. Při poskytování primární péče, integrované péče a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí vykonává činnosti spojené s její odbornou a specializovanou způsobilostí. Přitom zejména bez odborného dohledu a bez indikace komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče. Komplexně analyzuje všechna vhodná zařízení zdravotní a sociální péče a koordinuje poskytovanou integrovanou péči. Z hlediska ošetrovatelské péče analyzuje i zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých a realizuje poradenství pro skupinu občanů. Bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví, se podílí na hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo prostředí skupiny občanů a na sestavování priorit při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů. Dále také připravuje a organizuje preventivní prohlídky, vyšetření a očkování (42).

1.3 Zdraví pro všechny v 21. století

V roce 2002 byla vládou ČR schválena dlouhodobá strategie zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví 21 – Zdraví pro všechny v 21. století. V tomto dokumentu, který je českou verzí Health 21, jsou formulovány hlavní cíle národní strategie rozvoje zdraví společně s ukazateli hodnocení těchto cílů a metodikou, jak jednotlivých cílů dosáhnout (46).

Jedním z cílů národního programu, který se týká zdraví dětí a mládeže, je Zdravý start do života. Konkrétně bychom měli v ČR do roku 2020 vytvořit podmínky, aby všechny narozené děti a děti předškolního věku měly lepší zdraví, umožňující jim zdravý start do života. K dosažení tohoto cíle bylo stanoveno několik úkolů, za jejichž splnění zodpovídá příslušný resort: 1. Lepší přístup k prenatální péči. 2. Snížení míry kojenecké úmrtnosti. 3. Snížení podílu vrozených vad na úmrtnosti živě narozených dětí. 4. Snížení úmrtnosti a zdravotního postižení způsobeného nehodami a násilím páchaném na dětech mladších 5 let o 50%. Za realizaci aktivit pro naplnění stanovených

úkolů zodpovídá resort Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví. Dalším z cílů národního programu je Zdraví mladých. Konkrétně bychom do roku 2020 měli vytvořit podmínky, aby mladí lidé byli zdravější a schopnější plnit svoji roli ve společnosti. K dosažení tohoto cíle byly stanoveny následující úkoly: Pro resort Ministerstva průmyslu a obchodu byl určen úkol – zaměřit pozornost na reklamy vztahující se k životnímu stylu mládeže a regulovat ty, které propagují rizikový životní styl. Pro resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva zdravotnictví byly určeny úkoly následující: 1. Děti a dospívající mládež by měly být způsobilejší ke zdravému životu a měly by získat schopnost dělat zdravější rozhodnutí. 2. Snížit počet úmrtí a invalidity mladých lidí v důsledku násilí a nehod alespoň o 50 %. 3. Podstatně snížit podíl mladých lidí, kteří se podílejí na zdraví škodlivých formách chování, ke kterým patří konzumace drog, tabáku a alkoholu. 4. Snížit o třetinu počet těhotenství u dospívajících dívek. Mezi 21 cílů, které se dotýkají zdraví dětí a mládeže patří i cíl číslo 8 – Snížení výskytu neinfekčních nemocí, který by měl vést k tomu, že do roku 2020 se sníží nemocnost, četnost zdravotních následků a předčasná úmrtnost v důsledku hlavních chronických nemocí na nejnižší možnou úroveň. Konkrétním úkolem v této široké oblasti je dosáhnout, aby alespoň 80 % dětí ve věku 6 let bylo bez zubního kazu a ve věku 12 let měly děti v průměru maximálně 1,5 KPE zubů (zkažený, chybějící nebo zablombovaný). Další úkoly se dotýkají chronických nemocí, a to: nádorových onemocnění, diabetu mellitu a jeho komplikací, kardiovaskulárních chorob a jejich rizikových faktorů. (2, 3, 4, 46).

Důležitou součástí práce WHO je podpora preventivních komunitních programů a výzkumných projektů, které přispívají k plnění dílčích cílů programu WHO Zdraví pro všechny v 21. století. Mezinárodní komunitní projekty a programy mají dva hlavní úkoly. Za prvé vytvářet podmínky pro zdravé fungování komunity, např. pro výuku ve škole, pro pracovní proces v podniku. A za druhé učit jednotlivce a společnost zdravému způsobu života a dovednostem zdraví podporujícího chování. Mezi mezinárodní komunitní projekty, do kterých je aktivně zapojena i ČR, patří: projekt Zdravé město, projekt Škola podporující zdraví, projekt Zdravé pracoviště, projekt Nemocnice podporující zdraví, projekt Bezpečná komunita (20, 43).

Projekt Škola podporující zdraví (ŠPZ) se v ČR realizuje pro dva typy škol: pro školy mateřské a školy základní. Smyslem národní sítě ŠPZ je dosáhnout, aby každé dítě v ČR mělo možnost být vzděláváno ve škole, která svou činností podporuje zdraví. Filozofie projektu spočívá v holistickém pojetí zdraví a jeho podpoře u všech členů školní komunity. Program respektuje přirozené potřeby jednotlivce, podporuje komunikaci i spolupráci a přispívá k osvojování zdravého způsobu života, k pěstování větší zodpovědnosti za vlastní zdraví a schopnosti zvládnout základní rizikové faktory ohrožující zdraví a předcházet tak onemocněním. Národní program je v ČR v souladu se vzdělávací politikou MŠMT a je garantován Státním zdravotním ústavem (SZÚ). Program Zdravá mateřská škola (ZMŠ) je zaměřený na zdraví jednotlivce v interakci s prostředím. Cílem programu ZMŠ je vytvořit podmínky pro tělesnou, psychickou a sociální pohodu dítěte po dobu jeho pobytu v mateřské škole a vychovávat děti ke zdravému životnímu stylu. ZMŠ se řídí 16 základními zásadami ve třech okruzích týkajících se podmínek pro pohodu a zdraví dětí i zaměstnanců, výchovy ke zdravému životnímu stylu a spolupráce se sociálními a odbornými partnery. Ve škole podporující zdraví by učitelé, rodiče i děti měli vystupovat jako partneři, kteří společně navrhnou, realizují a hodnotí programy zaměřené na posilování základních hodnot, rozvoj zdravého životního stylu, prevenci úrazů a získávání základních životních dovedností. Projekt Nemocnice podporující zdraví je realizován v rámci sítě nemocnic podporujících zdraví. Cílem projektu je změnit kulturu nemocniční péče, zavést a hodnotit aktivity pro podporu zdraví a zdravotní péči a začlenit standardy podpory zdraví do existujících systémů řízení kvality péče v nemocnici. Úkolem Projektu Bezpečná komunita je vypracovat preventivní program úrazovosti, který bude zaměřený na všechny věkové kategorie a specifické prostředí, tj. pracoviště, domov, doprava, sport a zábava. Zvláštní pozornost je přitom věnována rizikovým skupinám obyvatel - dětem a starším občanům a specifickým prostředím, např. cyklistům v dopravním provozu, bezpečnosti dětských hřišť (1, 28, 29, 35, 43, 45).

Národní programy a projekty na podporu zdraví jsou v ČR zaměřené na prevenci úrazů, bezpečnost, prevenci obezity, prevenci zubního kazu, zlepšení životního stylu, prevenci závislostí, prevenci infekčních chorob, prevenci neinfekčních chorob, zdravou

výživu, podporu kojení, boj proti sexuálnímu komerčnímu zneužívání, atd. Jejich úkolem je hledat způsoby spolupráce s komunitou jako zástupcem obyvatel, s místními autoritami, nevládními organizacemi a podporovat zdraví obyvatel ČR. Díky realizaci těchto programů jsou plněny národní plány a střednědobé i dlouhodobé strategie obnovy a podpory zdraví. Stanovené cíle jsou dobře měřitelné a kontrolovatelné. Mezi programy, které se zaměřují na bezpečnost a prevenci úrazů, patří např. program Bezpečná cesta do školy, který představuje moderní formu dopravní výchovy. Jeho hlavním cílem je naučit děti chovat se v dopravním prostředí bezpečně a tím výrazně snížit počet dopravních nehod s účastí dětí. Dalším programem je Bezpečná škola, která vznikla jako součást projektu Světové zdravotnické organizace (WHO) - Bezpečná komunita. Bezpečná škola usiluje o prevenci fyzického a psychického násilí a prevenci úrazů. Program Na kolo jen s přilbou má za cíl propagovat na komunální úrovni nošení cyklistických přileb u cyklistů do 15 let. Mladí cyklisté jsou v ulicích města odměňováni za nošení přileb. Tato kampaň je doprovázena osvětovou informací určenou dětem i jejich rodičům a zároveň konkrétní motivací ke koupi přilby časově ohraničenou slevou. Program Pásovec týkající se dětských zádržných systémů je zaměřen na zvýšení používání dětských zádržných systémů v automobilech, tzv. autosedaček. Do vybraných měst je zdarma poskytnuto několik tisíc dětských hraček (pásovců) a osvětové materiály (letáky, plakáty), které jsou následně distribuovány dětem ve věkové skupině 3-12 let. Programy boje proti závislostem jsou zaměřeny na prevence kuřáctví, alkoholismu a užívání drog. Mezi programy orientované na podporu aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů patří např. program proti šikanování a násilí ve školách a školských zařízeních, projekt Komerční sexuální zneužívání dětí, projekt Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost, projekty na sanaci rodin s dětmi ohroženými dysfunkcí, program zaměřený na prevenci HIV (AIDS). V oblasti výživy se v ČR realizuje program na ochranu, prosazování a podporu kojení v záštitě hnutí baby-friendly. Mezi programy změny/ozdravení životního stylu patří programy prevence a léčby obezity. V této oblasti se aktivně zapojuje NSZM ČR ve spolupráci se společností STOB (stop obezitě), kdy svým členským městům, obcím a regionům nabízí odbornou spolupráci v oblasti

prevence obezity. Projekt Sport pro všechny je realizován prostřednictvím veřejně prospěšných programů, které vytvářejí podmínky pro volnočasové aktivity mládeže. Program Zdravé zuby je komplexní výukový program péče o zubní zdraví. Tento program je určen dětem na prvním stupni v rámci prevence zubního kazu. Dle finančních možností se MZ v budoucnu zaměří i na podporu projektů podporujících mentální zdraví dětí, komunikativní schopnosti, rozvoj osobnosti apod. (11, 19, 26, 27, 29).

1.4 Komunitní ošetřovatelství

1.4.1 Komunita

I když jsou definice komunit různé, mají společné prvky: lidé (členové komunity nebo obyvatelé), místo (geografické nebo časové určení) a funkce (cíle a aktivity komunity). WHO komunitu definuje jako sociální skupinu determinovanou geografickými hranicemi nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a vzájemně se ovlivňují. Toto je realizováno uvnitř dílčích sociálních struktur a projevuje se normami, hodnotami a sociálními institucemi, které vytváří (15).

1.4.2 Komunitní péče

Komunitní péče zahrnuje poskytování zdravotních, sociálních a dalších služeb nemocným a zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity, které jim umožní dosáhnout co největší úrovně nezávislosti a využít svůj maximální potenciál zdraví. Je založená na principu propojování veřejných zdrojů, zdrojů jednotlivce a na participaci všech zúčastněných (klienta, rodiny, komunity, profesionálů, poskytovatelů, zřizovatelů, obce). Mezi obecné principy komunitní péče patří:

1. Snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb, neboli dostatečná informovanost o těchto službách, a snadný fyzický přístup.
2. Rychlé předávání klienta odpovídajícím službám, neboli zabezpečený referenční systém, který pro klienta zajistí optimální péči.
3. Návaznost péče pro zajištění kontinuity a propojení zdravotní a sociální, ústavní a komunitní péče.
4. Čtyřadvacetihodinová dostupnost základní pomoci včetně krizové intervence pro všechny druhy náhlých příhod.
5. Multidisciplinární spolupráce

a koordinace činností poskytovatelů služeb. 6. Možnost výběru služeb, které vyžadují plnou informovanost klienta o plánovaných aktivitách a jeho aktivní zapojení při tvorbě plánu a realizaci. 7. Individuální přístup v respektování jedinečnosti každého klienta a jeho biologických, psychologických, sociálních, kulturních a spirituálních potřeb ve zdraví i nemoci. 8. Účelnost nákladů a diskrétnost při předávání informací (15).

1.4.3 Komunitní sestry

Komunitní sestry pracují na různých místech, od domácnosti přes školy, agentury, ambulantní kliniky až po závody. Obecně jsou nazývány komunitními sestrami, i když v jiných zemích mohou podle svého zaměření nést i jiné názvy, například sestra pro veřejné zdravotnictví (public health nurse), sestra pro návštěvní službu (health visitors), školní sestra (school nurse), sestra pro zdravotní výchovu, sestra pro domácí péči. V zahraničí všechny tyto sestry pracují ve státním zájmu jako součást veřejného zdravotnictví a jsou za svou práci, která je společností velmi ceněna, odměňovány z veřejných prostředků (33).

Díky širokému rozpětí pracovního prostředí jsou kladeny vysoké nároky na jejich vzdělávání. Na samostatnou práci s komunitou je musí připravit již vzdělávací instituce, které zabezpečují přípravu na povolání. Důležité je poukázat na úlohu společnosti, která by měla pomoci nastítnit úlohy a funkce komunitních sester, a vzdělávacích institucí, které by měly umožnit vytvoření učebních osnov bakalářského, magisterského nebo doktorandského studia v komunitním ošetřovatelství. Ke zjištění potřeb komunity, ale i komunitních sester, se využívá výzkum. Jde např. o výzkum zaměřený na péči o klienta v domácím prostředí nebo výzkum edukačních potřeb sester domácí péče, atd. Podle potřeb komunity se může rozšířit i rozsah specifického profesionálního zaměření sestry v dané komunitě. Komunitní sestra se například v závislosti na dané komunitě může zaměřit na různé oblasti, které se stávají potenciálním problémem. Ukázkou je sestra pro postižené HIV/AIDS, sestra pro plánování rodiny, sestra pro problémy dětského vývoje apod. (11, 32).

Díky budoucím trendům se v komunitním ošetřovatelství budou měnit a rozšiřovat role sester pracujících v komunitním prostředí a profesionální sestry budou

zapojeny do rozvoje finančně výhodných, vysoce kvalitních, pokrokových a bezpečných služeb a péče poskytovaným občanům (11, 15).

1.4.4 Zdraví v komunitě

Je třeba si uvědomit, že zdraví v komunitě ovlivňuje řada faktorů, které můžeme podle původu rozdělit na osobnostní, behaviorální a enviromentální. Z hlediska působení na člověka se tyto faktory kvalitativně dělí na faktory ochranné, oslabující a etiopatogenetické. Osobnostní faktory vycházejí z biologické, psychologické, sociální a duchovní stránky jedince. Behaviorální faktory neboli to, jakým způsobem se člověk chová ke svému zdraví, určují především tři složky: vědomosti, postoje a praxe. Faktory enviromentální, které působí na jedince zvenčí, je možné rozdělit na přírodní, které vznikají mimo lidskou společnost a mají charakter fyzikální, chemický a biologický a sociální, vznikající v rámci lidské společnosti a mají ekonomické, etické a kulturní aspekty. Všechny tyto faktory se vzájemně různým způsobem ovlivňují a na člověka působí jako celek (11).

WHO vyhlásila v oblasti zdraví následující priority: podpora zdraví, prevence onemocnění, vytváření podpůrného prostředí, posilování komunitních aktivit pro zdraví, budování politiky zdravé veřejnosti, realizace včasného záchytu a screeningu onemocnění, realizace vhodných programů péče a podpory zdraví (15).

1.4.5 Komunitní ošetrovatelská péče

V posledních letech převládá tendence řešit co nejvíce možných zdravotních problému v komunitě a zkracovat pobyt v lůžkových zařízeních na nezbytně nutnou dobu. Důvody pro přesouvání služeb do komunitního prostředí jsou: 1. Náklady na nemocniční péči neustále rostou a ani ekonomicky silné země nemají na zdravotnictví tolik prostředků, kolik by potřebovaly. 2. Komunitní péče o nemocné, ale i o zdravé, v podobě podpory zdraví a prevence nemocí je méně nákladná a má výhodu v tom, že pacient nemusí být vytržen ze svého domácího prostředí. 3. Komunitní péče koresponduje s prioritami vyhlášenými WHO. 4. Komunitní péče vyhledává potřeby klientů a poskytuje jim péči přiměřené kvality. 5. Dostupná technika v terénní péči. 6. Lepší informovanost příjemců zdravotní péče, kteří se stávají

aktivními klienty. Díky těmto faktům nabývá na významu komunitní ošetrovatelská péče, včetně dalších sociálních služeb, které jsou klientům poskytovány v přirozeném prostředí, kde žijí (11, 15, 32).

Podle České koncepce ošetrovatelství má komunitní ošetrovatelství tyto charakteristické rysy: 1. Ošetrovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel. 2. Komunitní péče je zaměřená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Dále se zaměřuje na péči o nemocného a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetrovatelské péče. Komunitní péče zahrnuje i péči o chronicky a nevyлéčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany, včetně zajišťování různých forem domácí péče. 3. Zdravotnický pracovník, který poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci komunitní péče, úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženými apod. 4. Rozvoj komunitního ošetrovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace (22).

1.4.6 Dělení komunitní ošetrovatelské péče

Autoři Stanhope a Lancaster uvádějí, že komunitní ošetrovatelská péče se dělí podle zaměření a vykonávaných činností na dva modely ošetrovatelství: 1. na komunitně založené ošetrovatelství (*community – based nursing, CBN*) a 2. na komunitně orientované ošetrovatelství (*community – oriented nursing CON*). Přičemž komunitně orientované ošetrovatelství se dále dělí na ošetrovatelství ve veřejném zdravotnictví (*public health nursing, PHN*) a ošetrovatelství komunitního zdraví (*community health nursing, CHN*). Mezi PHN a CHN jsou patrné rozdíly, i když obě formy CON vznikly smíšením samostatné disciplíny ošetrovatelství a disciplíny veřejného zdravotnictví. Toto dělení je běžně používáno v USA (32).

Komunitně založené ošetrovatelství (*community – based nursing, CBN*) je primárně zaměřené na poskytování léčebné péče jednotlivcům a rodinám v celé délce jejich života. CBN je poskytována sestrami mimo zdravotnické instituce, tzn. v komunitních agenturách, v domovech, v zaměstnání a ve škole. Jejím cílem je pomoci

lidem v komunitě zvládnout zdravotní problémy, které s sebou přinášejí akutní a chronická onemocnění. CBN klade převážně důraz na sekundární a terciální prevenci a v praxi je zaměřená především na celou rodinu. Zaměření na rodinu znamená, že sestry usilují o zlepšení kompetencí rodiny, které jim umožní poskytovat lepší samostatnou péči klientovi. Sestry kladou velkou pozornost na jedinečnost každého člena rodiny. Hodnotí klientovi potřeby i služby, které jsou přístupné, a vytvářejí individuální plán s intervencemi, které budou respektovat jeho potřeby a kulturní jedinečnost. Podporují klientovu samostatnost a pomáhají mu naučit se samostatně provádět tolik činností, kolik je jen možné. Sestry, které pracují v komunitně založené praxi, mohou být všeobecné nebo specializované na pediatrii, na péči o těhotné a děti, na péči o dospělé nebo na psychiatrickou péči.

Na rozdíl od komunitně založeného ošetřovatelství, je komunitně orientované ošetřovatelství (*community – oriented nursing, CON*) primárně zaměřené zejména na poskytování zdravotní péče jednotlivcům, rodině a typicky skupině osob v komunitě. CON je realizováno v komunitních agenturách, v domovech, v zaměstnání, ve škole, na dětských hřištích nebo v organizacích. Cílem této zdravotní péče je uchovat, chránit, podporovat a udržovat zdraví a kvalitu života osob, žijících v komunitě. CON klade důraz na primární a sekundární prevenci, ale má prvky i terciální prevence, např. rehabilitaci. Komunitně orientované sestry zdůrazňují podporu zdraví, udržování zdraví, prevenci nemocí, ale i samostatnost klientů. Bez ohledu na to, jestli je klientem jedinec, rodina nebo skupina osob, cílem je podpora zdraví prostřednictvím zdravotní edukace o běžných zdravotních problémech, vhodné výživě, prospěšných formách cvičení, faktorech prostředí, jako jsou potraviny, voda, vzduch, a budovy, atd. Mezi služby CON patří například zdravotní péče o těhotné ženy, děti a poskytování základních screeningových programů - screening vízu, sluchu, vší a skoliózy.

Ošetřovatelství ve veřejném zdravotnictví (PHN) se více než na jednotlivce, rodinu či skupinu osob zaměřuje na zdravotní péči o celé komunity a populace. Cílem PHN je prevence nemocí, uchování, podpora a ochrana zdraví celé komunity a populace. Tohoto cíle lze dosáhnout utvářením takových podmínek, ve kterých lidé mohou být zdraví. Ošetřovatelství ve veřejném zdravotnictví představuje systematický proces,

který zahrnuje: 1. Ve spolupráci s jinými disciplínami hodnocení zdraví a potřeb zdravotní péče populace vedoucí k nalezení subpopulací, rodin a jednotlivců se zvýšeným rizikem onemocnění, znevýhodnění a předčasného úmrtí. Jako populace se vymezuje soubor osob, které sdílejí jednu či více osobní nebo okolní charakteristiky. Příslušníci komunity, kteří populaci vytvářejí, mohou být definováni buď okolnostmi geografickými (okres, skupina okresů, stát) nebo jejich zájmy (děti vstupující do zvláštní školy). Příkladem vysoce rizikové subpopulace mezi obyvateli okresu jsou mladiství, nevdané těhotné dospívající dívky, nebo jedinci vystavení účinkům drog. 2. Tvorbu plánu s intervencemi, který obsahuje přístupné zdroje a aktivity přispívající ke zdraví, uzdravení a prevenci nemocí, handicapu a předčasné smrti. 3. Efektivní a spravedlivou realizaci plánu. 4. Zhodnocení výsledků, kterých bylo ve zdravotním statu populace dosaženo prostřednictvím provedených aktivit. 5. Zpracování výsledků k ovlivnění poskytované přímé péče, užívání zdravotnických zdrojů, rozvoje místní, regionální, státní a národní politiky, výzkumu v oblasti podpory zdraví a prevence onemocnění. Způsob, jakým sestra poskytuje péči lidem s vysokým krevním tlakem, demonstruje, jak se liší praxe zaměřená na populaci od praxe zaměřené na klinickou přímou péči, kterou sestry poskytují nejčastěji. V praxi zaměřené na klinickou přímou péči sestra na základě klinických příznaků zjistí, že má klient vysoký krevní tlak. Společně s klientem zváží řešení této situace a navrhne pro klienta to nejlepší řešení. Poté zrealizuje navržené intervence, například změnu diety. Naproti tomu sestra veřejného zdraví (public health nurse) pracující v populačně zaměřené praxi si bude klást následující otázky: Jaká je prevalence hypertenze mezi různými věkovými skupinami, rasami a skupinami pohlaví? Která subpopulace má nejvyšší poměr neléčené hypertenze? Jaký program by mohl snížit problémy neléčené hypertenze a snížit riziko následné kardiovaskulární morbidity a mortality?

Stejně jako PHN vzniklo ošetřovatelství komunitního zdraví (CHN) sloučením oboru ošetřovatelství a veřejného zdravotnictví. CHN má ale podporovat a ochraňovat zdraví celé populace tím, že bude poskytovat individuální služby jednotlivcům, rodinám a skupinám. Na rozdíl od PHN je tedy ošetřovatelská praxe zaměřena na zdraví jednotlivců, rodin a skupin, které ovlivňují zdraví celé populace. Pro ošetřovatelství

zaměřené na zdraví v komunitě jsou dané tři možnosti uplatnění, a to: státní zdravotní ústavy, ambulance primární zdravotní péče a agentury domácí péče. Počet těchto organizací se postupně zvyšuje. Sestry komunitního zdraví (community health nurse) poskytují cílenou zdravotní péči, vycházející z porozumění potřeb široké veřejnosti. Sestra kontinuálně hodnotí komunitu, aby zjistila, jestli se dějí změny, které budou mít vliv na zdraví lidí, kteří v místě žijí. Historicky je termín komunitní sestra zdraví (community health nurse) používán pro všechny sestry, které pracovaly v komunitě, bez ohledu na to, jestli měly přípravu v ošetrovatelství ve veřejném zdravotnictví nebo ne (11, 32).

1.4.7 Příklady komunitní praxe zaměřené na dítě a na dětskou populaci

Z pohledu komunitně orientovaného ošetrovatelství zaměřeného na jednotlivce by sestry u jednotlivých dětí mohly provádět vývojové screeningové testy k hodnocení úrovně kognitivního a psychomotorického vývoje dítěte ve srovnání se stanovenými standardy pro danou věkovou kategorii. Z pohledu komunitně orientovaného ošetrovatelství zaměřeného na populaci by mohly sledovat celou skupinu dětí, které jsou poskytovány zdravotní služby, stejně tak jako parametry prostředí. Bylo by tak patrné, jestli jsou naplánované a zrealizované služby efektivní ve vztahu ke zdraví celé dětské populace. Naopak z pohledu komunitně založeného ošetrovatelství by sestry mohly poskytovat léčebnou péči o děti ve škole a v domácnosti (32).

1.4.8 Historie komunitního ošetrovatelství ČR

Historickými mezníky v organizované veřejné sociálně-zdravotní komunitní péči v ČR bylo otevření Státní ošetrovatelské školy v roce 1916, vznik samostatného Československa a založení Českého červeného kříže. V Československé republice byly v roce 1921 zřízeny první zdravotní stanice, které vedly diplomované nebo dobrovolné vyškolené sestry. Tato samostatná terénní zařízení měla vzdělávat zejména chudé a nevzdělané obyvatelstvo ve výchově ke zdraví, v hygieně, výživě, zdravotvědě, boji proti předsudkům a péči o nemohoucí a zanedbané občany. V rámci zdravotních stanic nebo samostatných poraden pořádaly sestry edukační kurzy pro veřejnost, například

o opatrování nemocných v domácnosti, o první pomoci, o hygieně a výživě Těchto kurzů se zúčastnila spousta dětí a mládeže. Nejznámější byly poradny Našim dětem. Během nastupující hospodářské krize vzrostla potřeba komunitní péče a v roce 1929 vznikla Ošetřovatelská a zdravotní služba v rodinách. Mezi hlavní činnosti této služby patřila školní a venkovská hygiena, organizované ošetřování v rodinách a ochrana členů rodiny, edukace matek o výživě a výchově dětí, zprostředkování léčení a odborného vyšetření, umístění invalidních, starých a zanedbaných občanů v zaopatřovacích ústavech, ale i sjednávání úklidu, vyprání prádla, atd. Při domácí péči sestry spolupracovaly nejen s lékařem, ale s řadou dalších sociálně-zdravotních organizací, které mohly v konkrétní situaci rodinám pomoci. V rámci Ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách byly provozovány další poradny, například Poradna ochrany matek a kojenců, Poradna pro těhotné ženy, Školní a zubní poradna, Poradna pro mladé lidi. Poradny a zdravotní stanice s Ošetřovatelskou službou v rodinách spravoval Československý červený kříž. V roce 1942 byla činnost Československého červeného kříže a jeho významná činnost v oblasti komunitní péče utlumena a po skončení války se komunitní péče již neobnovila. Díky sjednocenému zdravotnictví byla v padesátých letech samostatná práce sester v terénu nahrazena umístěním sester do ordinace praktického lékaře. V rámci komunitní péče začala fungovat pouze domácí péče, která je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní i sociální péče (34).

1.4.9 Domácí péče v ČR

Domácí péče je propojenou formou zdravotní a sociální péče, včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v jeho vlastním sociálním prostředí – domově. Záleží na tom, co klient nazývá jako domov. Domov může být dům, garsoniéra, přívěs, pečovatelský dům, domov důchodců, ústav sociální péče, atd. To znamená, že ne vždy je domácí péče poskytována ve vlastním domově klienta a že je možné domácí péči poskytovat i v domácím prostředí jeho blízkých nebo v zařízení, které vlastní domácí prostředí klienta trvale nahrazuje. Jako vlastní sociální prostředí klienta ale není zařízení, které mu zajišťuje přechodný pobyt (24, 32).

Domácí péče je poskytována agenturami domácí péče, které jsou zřizovány státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními ambulantního i lůžkového typu, privátními sestrami i lékaři, charitativními i humanitárními organizacemi a mnoha dalšími subjekty. Většina agentur domácí péče je sdružena v Asociaci domácí péče České republiky. Domácí zdravotní péče je definována v Zákonu o veřejném zdravotním pojištění v platném znění a způsob a výše úhrady domácí zdravotní péče je řešen v Seznamu diagnostických a terapeutických výkonů. Domácí péče v České republice patří v rámci Evropské unie ke špičce a v celosvětovém měřítku je jednou ze zakládajících organizací WHHO (World Home Care and Hospice Care Organization, Světová organizace domácí a hospicové péče) (9, 24).

V systému domácí péče má zdravotní péče několik forem. Péče ošetrovatelská, která je poskytována v rozsahu odborné činnosti v oboru všeobecná sestra, dětská sestra, ženská sestra (porodní asistentka) a sestra se specializací v oboru. Péče rehabilitační, poskytována v rozsahu odborné činnosti fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Péče, terapie a konsiliární činnost lékařská, poskytována dle aktuálního zdravotního a duševního stavu klienta ošetřujícími lékaři různých medicínských oborů - praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, ambulantní specialisté. A nakonec péče poskytována dalšími pracovníky ve zdravotnictví, jako jsou kliničtí psychologové, logopedové a další (24).

Domácí zdravotní péče je indikována v případech, kdy z důvodu změněného zdravotního či sociálního stavu je klient plně či částečně odkázán na odbornou pomoc druhé osoby a změněný stav již nelze zvládnout laickou péčí. Domácí péče je určena stejně tak dětem, jako lidem v produktivním věku a seniorům. Zásadní je rozhodnutí ošetřujícího lékaře, který posuzuje celkový zdravotní stav pacienta. Dostupnost domácí péče je obvykle zajištěna 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce.

Mezi formy domácí péče patří: 1. Domácí hospitalizace v rámci pooperační a pouřazové péče. Tato forma domácí péče je vhodná pro děti, u kterých dochází v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi klientů v domácí péči k zjevně rychlejší rekonvalescenci. Příkladem je jednodenní, nebo též ambulantní chirurgie, a následná pooperační péče. Domácí péče, která na jednodenní chirurgii plyně navazuje, přináší

klientům rychlejší uzdravení, šetří nepochybně náklady na zdravotní péči, ale klienty také rychleji aktivuje a umožňuje jim rychlejší návrat do zaměstnání. Dalším příkladem využití domácí hospitalizace jsou pouhazové stavy klientů, u nichž je zachováno vědomí a nehrozí závažné komplikace. Domácí hospitalizace se samozřejmě musí vyrovnat adekvátní péči v nemocnici. 2. Dlouhodobá domácí péče. Jedná se o tzv. integrovanou formu domácí péče, nazývanou komplexní domácí péče, která obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Tato forma péče je klientům poskytována v rozsahu měsíců i několika let. Příkladem je dlouhodobá a pravidelná péče o klienty s plicním onemocněním, kteří jsou částečně závislí na dýchacích přístrojích, přívodu kyslíku z kyslíkových bomb a oxygenátorů. Dále se jedná o péči o klienty s gastroenterologickým onemocněním, kteří mají stomii nebo intravenosní či jinou formu výživy. U klientů s metabolickým onemocněním může být v rámci domácí péče prováděn nácvik aplikace insulínu. Například u dětí s diabetes mellitus typ I. je prováděn po dobu 14 dnů. Dále je domácí péče indikována u klientů s neurologickým onemocněním, degenerativním onemocněním centrální nervové soustavy, s psychickým onemocněním a s onkologickým onemocněním. U onkologických klientů jsou aplikovány léky proti bolesti, zajištěno prostředí, které minimalizuje vliv infekce na chemoterapií zeslabený imunologický systém klientů. 3. Preventivní domácí péče. Ta je určena všem skupinám klientů, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. 4. Domácí hospicová péče, která zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Tato forma domácí péče je obvykle poskytována klientům, u nichž ošetřující lékař předpokládá, že ke smrti dojde do šesti měsíců. Pracovníci domácí péče zajišťují odbornou péči, včetně managementu bolesti a emocionální podpory s cílem zmírnit fyzické i psychické utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání.

V domácí péči má klient svého stálého manažera péče - sestru, rehabilitačního pracovníka či jiného člena týmu. Tento pracovník je ve stálém kontaktu s klientem a dle indikace ošetřujícího lékaře odpovídá za harmonogram, organizační zajištění, kvalitu a dostupnost poskytované domácí péče. V domácí péči jsou klient i jeho blízcí řádnými členy týmu se společným cílem, kterým je zlepšení kvality života klienta i jeho blízkých.

Právní normy ukládají odborným zástupcům agentur domácí péče minimálně 5 let praxe v oboru, z toho 2 roky u lůžka.

Z výzkumů vyplývá, že psychická pohoda člověka, která je v domácí péči bezprostředně ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí, přítomností bytostí blízkých, má přímý vliv na stav imunitního (obraného) systému člověka a hraje nezastupitelnou úlohu v procesu uzdravování a zmírnění negativního vlivu doprovodných psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění. Také bylo vědeckými studiemi prokázáno, že většina lidí si přeje, aby se o ně pečovalo v domácím prostředí, a že efektivní komunitní a domácí péče zlepšuje kvalitu života nemocných a lidí s postižením i jejich rodinných pečovateli. Doma je poskytováno 70-90 % péče, a tak se neformální péče poskytovaná přáteli a příbuznými stala stěžejním pilířem péče o postižené nebo chronicky nemocné občany. Mezi pozitiva domácí péče patří i aplikování celostního přístupu a eliminace nozokomiálních nákaz (15, 24, 32).

1.4.10 Primární zdravotní péče

Podle Deklarace z Alma-Aty, přijaté na mezinárodní konferenci O primární zdravotní péči v roce 1978, je primární zdravotní péče definována jako péče poskytovaná v rámci zdravotní péče při prvním kontaktu s klientem, jejímž úkolem je pomoci při řešení problémů, se kterými klienti přichází. Na nejobecnější úrovni zahrnuje primární zdravotní péče všechny služby, které ovlivňují zdraví, např. příjem, bydlení, životní prostředí, vzdělání, atd. V užším slova smyslu se jedná o služby týkající se podpory zdraví, prevence úrazů, prevence nemocí a jejich včasného odhalování, léčby a rehabilitace. „Tento typ péče předpokládá širokou účast jedinců i široké veřejnosti a dnes již není chápán jako synonymum praktické lékařské činnosti“ (str. 17, Hanzlíková). Podle Alma-atské deklarace je primární zdravotní péče: poskytována jako základní zdravotní péče; je všeobecně dostupná osobám v obci a ve městě, kde se mohou co nejlépe uspokojit jejich zdravotní potřeby; zabezpečuje účast jedinců a skupin, tj. právo spoluúčasti na péči o zdraví a převzetí osobní zodpovědnosti za vlastní zdraví. Primární zdravotní péče tvoří nedílnou součást systému zdravotnictví každé země (11, 14, 15).

Aby bylo dosaženo univerzálního přístupu a lepšího zdraví pro lidi na celém světě, zdůrazňuje ICN (Mezinárodní rada sester) vedoucí úlohu ošetřovatelství a podporuje větší zapojení sester do primární zdravotní péče, která má být univerzálně přístupná jednotlivcům a rodinám v komunitě skrze jejich plnou participaci a za cenu, kterou si komunita a stát mohou dovolit. Zapojení sester do primární zdravotní péče je zakotveno v Etickém kodexu sester vydaném ICN (Mezinárodní radou sester). V Etickém kodexu sester, který byl poprvé schválen v r. 1953 a je pravidelně novelizován, je uvedeno, že sestry mají čtyři základní povinnosti: ochraňovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. V terénu sestry uplatňují čtyři základní principy primární zdravotní péče, kterými jsou: 1) Spravedlivá a všeobecně dostupná zdravotní péče. Neboli ke zdravotnickým službám musí mít přístup všichni lidé (bohatí i chudí, městští i venkovští obyvatelé) a zdravotnické služby musí být poskytovány všem lidem bez ohledu na jejich schopnost platit. 2) Účast komunity na definování a realizaci zdravotnických služeb. 3) Spolupráce mezi sektory za účelem podpory zdraví komunity. 4) Vhodná technologie. (11, 14)

V ČR je primární zdravotní péče poskytována praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost, gynekology, stomatology a zdravotníky nelékařských profesí. Součástí primární zdravotní péče je základní ambulantní preventivní a léčebná péče, odborná ambulantní a ústavní péče, návštěvní služby první pomoci, návštěvní služby zdravotnické záchranné první pomoci a závodní preventivní péče.

1.4.11 Výchova ke zdraví

Cílem zdravotní výchovy je vzdělávat lidi tak, aby byli lépe schopni se správně rozhodovat v záležitostech, které ovlivňují jejich zdraví a pocit pohody. Zdravotní výchova je součástí profesionální role sestry. Díky úzkému a velmi častému kontaktu sestry s veřejností má sestra velkou možnost působit na zdraví jednotlivců, rodin a skupin osob. K tomu, aby sestra mohla provádět zdravotní výchovu, potřebuje jisté dovednosti, jako je komunikativnost, schopnost naslouchat, hodnotit

potřeby lidí atd. Na základě zhodnocení potřeb jednotlivce, rodiny či skupiny osob sestra plánuje, realizuje a hodnotí aktivity zdravotní výchovy (37).

K dosažení maximálního zdravotního potenciálu je třeba provádět edukaci v rámci preventivní zdravotní výchovy, v průběhu onemocnění a rehabilitace klienta. Edukace klienta může probíhat prostřednictvím formálního a neformálního učení. Neformální edukace je zaměřena na individuální potřeby klienta. Formální edukace je organizovaná forma pro jednotlivce či skupinu osob, přičemž obsah a strategie edukace jsou dopředu připraveny v edukačních plánech sestry (9).

Výchova ke zdraví (edukace) je nezbytnou součástí komunitního ošetřovatelství. Komunitní sestra má možnost ovlivnit zdravotní návyky klientů. Musí ale získat dostatečnou praxi v edukaci a být schopná své dovednosti aplikovat v komunitním prostředí. Komunitní sestra musí být připravená i na jednání s jedinci různého chování, náboženského vyznání a jiné úrovně dodržování zdraví prospěšných zásad.

1.4.12 Podpora zdraví (health promotion)

Posilování, upevňování, podporování, ochraňování a rozvoj zdraví za aktivní účasti občanů, skupin osob, organizací i společnosti jako celku, lze vyjádřit pod pojmem podpora zdraví (health promotion). Podpora zdraví vychází z 5 základních principů: 1. je zaměřena na celou populaci, 2. věnuje se opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemoci, 3. využívá spolupráce, 4. usiluje o aktivní účast a konkrétní podíl veřejnosti, 5. důležitou roli v dalším rozvoji a uplatnění podpory zdraví hrají zdravotničtí pracovníci. Komunitní sestry mají v rámci podpory zdraví pomáhat klientům správně si zvolit životní styl, přispívat k tvorbě a ochraně životního prostředí, spoluprací posilovat sociální vazby a šířit informace vztahující se ke zdraví (9).

1.5 Náplň práce komunitních sester pracujících na různých místech s dětskou komunitou

1.5.1 Sestra pro veřejné zdravotnictví (public health nurse)

Sestry veřejného zdraví (PHN) jsou odpovědné za více než jednu subpopulaci a často se zabývají zdravím celé komunity a populace. Cílem jejich péče je poskytovat

osobní zdravotní služby, které podporují a ochraňují zdraví komunity, ve které klient žije. Sestra při své práci využívá teorii ošetřovatelství a veřejného zdravotnictví. Klienta vnímá a chápe jako holistickou bytost. PHN poskytují péči na klinikách nebo přímo v komunitě. Místo, kde PHN poskytují péči, je ovlivněno hodnocením komunity a obvykle je odpovědí na situaci v komunitě. PHN v komunitě hodnotí i efektivitu služeb ovlivňující zdraví populace a reagují na potřeby populace, na které není schopen reagovat soukromý sektor. Díky spolupráci s komunitou se podílejí na rozvíjení programů, které uspokojí potřeby populace a zajišťují, aby pro rizikovou populaci v komunitě byly přístupné služby přímé péče. Riziková populace totiž často nerozumí lékařskému, sociálnímu, vzdělávacímu, právnímu systému, odbornému profesionálnímu jazyku nebo očekávaným výsledkům poskytovaných služeb. Proto rizikovní klienti potřebují případovou manažerku, zdravotní edukátorku a obhájce – ochránce, který jim umožní využít podporu z těchto služeb a bude je učit, jak se v budoucnu vyhnout celkovým a nákladným problémům. Příkladem péče o rizikovou populaci jsou: prenatální služby nepojištěným ženám, imunizační programy pro určitou populaci bez finanční úhrady nebo se sníženou cenou, atd. (32).

Role sester veřejného zdraví se během let mění v závislosti na: změnách ve zdravotní péči, prioritách zdravotní péče, potřebách populace a vzdělávací přípravě sester. Hlavní rolí sestry pro veřejné zdravotnictví je případová manažerka (case manager), která klientům pomáhá nalézt potřebné služby za přijatelnou cenu. Příkladem je poskytování návštěvní služby v domácnosti, která PHN umožní důvěrně poznat prostředí, ve kterém klient žije. PHN může jít do domácnosti navštívit matku s novorozencem a při hodnocení zjistit, že matka potřebuje pomoc najít práci, pomoc najít pediatra, pomoc s péčí o dítě, atd. PHN proto matce pomůže nalézt řešení jejich stávajících problémů. Společně s matkou vytvoří plán a bude se podílet na jeho realizaci. Přitom, je-li potřeba, kontaktuje i jiné organizace poskytující služby matkám a sleduje, zda jsou problémy řešeny. Z výše uvedeného vyplývá, že se setra pro veřejné zdravotnictví podílí i na organizaci péče a že důležitou součástí případového managementu je vhodná a komplexní komunikace mezi klientem a PHN.

Další rolí PHN je role obhájce-ochránce (advocate) klienta. Aby mohla PHN svého klienta obhajovat-ochraňovat, musí nejprve zjistit, jaké služby nebo péči klient potřebuje. Proto sbírá, monitoruje a analyzuje veškeré údaje o klientovi a společně s klientem vytvoří plán péče a služeb, který mu pomůže zrealizovat. Je důležité zdůraznit, že jako klient může být jednotlivec, rodina nebo skupina osob v komunitě. Díky zapojení klienta do rozhodování a výběru služeb, se klient stává aktivním a více nezávislým.

Třetí role PHN (referral resources) vyžaduje orientaci a přehled sestry ve službách poskytovaných klientům v určité lokalitě. Sestra se stává zdrojem aktuálních informací o zdravotních a sociálních službách dostupných v dané komunitě. Díky spolupráci s ostatními poskytovateli služeb klientům služby doporučuje a zprostředkuje. A naopak ostatní odborníci mohou PHN kontaktovat a klienta k ní odeslat. Příkladem je systém po propuštění matky a novorozence z porodnice, kdy je PHN kontaktována, aby provedla návštěvní službu novorozence v domácnosti.

Čtvrtou rolí sestry pro veřejné zdravotnictví je role poradce-znalce (asesor). Někteří klienti nemusí porozumět tomu, co jim lékař nebo jiný odborník sdělil nebo napsal ve zprávě. To neznamená, že jsou negramotní nebo mentálně zaostalí. Mohou být pouze vyvedení z míry vlivem okolních událostí a později si uvědomit, že vlastně nerozuměli tomu, co bylo řečeno. Proto by PHN měla mít přehled o zdravotních, sociálních a právních službách, které klient využívá a sdělené informace s ním prodiskutovat. Jedině tak může klientovi pomoci ujasnit si, čemu ve skutečnosti rozuměl a zodpovědět otázky, na které se nezeptal. PHN by v roli poradce-znalce měla být kulturně citlivá a měla by si uvědomovat i specifické oblasti problémů klientů, jako je například finanční omezení.

Neméně důležitou rolí je role edukátorky. Edukátorka identifikuje potřeby komunity a vytváří i realizuje vzdělávací aktivity s cílem pozitivně ovlivnit, popřípadě změnit chování v komunitě. Zdravotní osvěta se může týkat bezpečnosti na dětských hřištích, hygieny rukou, bezpečnosti chodců, bezpečného sexu, kouření, atd. Důležitý je vztah mezi sestrou a klientem, který by měl být partnerský a založený na důvěře. Trpělivost sestry a opakování jsou v edukačních činnostech nepostradatelné. Protože

PHN monitoruje zdravotní stav komunity, o kterou pečuje, může se velmi dobře zapojit do výzkumu a naplnit tak roli výzkumnice. V neposlední řadě také koordinuje péči mezi provozovateli a poskytuje základní ošetrovatelskou péči.

1.5.2 Školní sestra (ŠS)

Role a funkce ŠS

Školní sestra poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči školní komunitě, kterou tvoří děti různé věkové kategorie a personál školy. Péče je školní sestrou poskytována jednak v samotné budově školy, ale i na místech, kde děti tráví svůj čas. Takovým místem může být například denní centrum, předškolní zařízení, dětský domov, sportovní stadion nebo jakékoliv město, kam jedou děti na výlet. Aby mohla ŠS poskytovat komplexní péči, kterou studenti potřebují, měla by být v každé škole 1 ŠS na 750 dětí. Podle poznatků z terénu nemá mnoho škol ŠS ve školní budově každý den a ŠS mají často na starosti více škol. (7, 32)

Každé ŠS přísluší určité role a funkce, které by měla ve školní komunitě zastávat. První tradiční role pečovatelky obnáší poskytování neodkladné ošetrovatelské péče nemocným a zraněným dětem nebo pracovníkům školy. S tím souvisí i veškerá rozhodnutí ŠS o následující zdravotní péči. ŠS se může s ohledem na potřeby dětí rozhodnout kontaktovat jiné poskytovatele zdravotní péče, například lékaře, psychologického konzultanta nebo jejich rodiče či učitele. Většina ŠS pracujících ve státních nebo soukromých školách poskytuje neodkladnou ošetrovatelskou péči jen během vyučování. ŠS, které pracují ve školách s internátem, poskytují péči 24 hodin 7 dní v týdnu.

Druhou rolí ŠS je role zdravotní edukátorky. Školní sestry mají ideální pozici pro vytváření edukačních programů zaměřených na zdraví dětí na základě zhodnocení potřeb školní komunity. V rámci edukačního procesu ŠS individuálně nebo skupinově vzdělává děti a jejich rodiče v různých oblastech podpory zdraví, které většinou zahrnují následující aktivity: vedení ke zdravým stravovacím návykům, poučení o vyvážené výživě, úsilí o zachování nekuřáckého prostředí a prostředí prostého drog; výchova k prevenci pohlavně přenosných nemocí, vedení studentů i učitelů k prevenci

zranění, poučení o vyváženém odpočinku a spánku, doporučení přiměřené aktivity, poučení o zvýšené hygienické péči v době dospívání, výuka první pomoci atd. Některé ŠS ve světě vyučují předmět Zdravotní výchova, která je zahrnuta do vzdělávacích osnov dle zákonných norem daného státu. Obecně by ŠS měla podporovat vhodné komplexní edukační programy, které děti povedou k větší odpovědnosti za své zdraví. ŠS se může například uplatnit při vytváření programu zaměřeného na prevenci nehod ve škole a jejím okolí, kdy hodnotí automobilový provoz v okolí školy a bezpečnost chodců, rozbitá hřiště, rozbité třídní vybavení, atd. Dále může podporovat programy zaměřené na kardiovaskulární zdraví. V souvislosti s tímto programem může poukazovat na rizikové faktory a učit školní mládež měnit životní styl a zvyky. V rámci sexuální výchovy může školákům citlivě vysvětlit fyziologickou podstatu změn vzhledu těla, včetně sexuálních proměn a zodpovědět jejich otázky, atd.

Třetí rolí ŠS je případová manažerka (case manager). Od ŠS se očekává, že bude pomáhat koordinovat zdravotní péči o děti s celkovými zdravotními problémy, mezi které se řadí děti handicapované a děti chronicky nemocné. ŠS pro tyto děti plánuje termíny kontroly nebo vyšetření pediatrem, logopedem, apod., který buď do školy dochází, nebo ho dítě navštíví v ordinaci. Rovněž pomáhá plnit potřeby handicapovaných dětí, které jsou žáky dané školy.

Čtvrtou rolí ŠS je role konzultanta. ŠS může učitelům, rodičům a pracovníkům školy poskytovat profesionální informace o školním prostředí a jeho vlivu na zdraví dětí a navrhnout určitá opatření na jeho zlepšení. Může navázat spolupráci s místními komunitními organizacemi a požádat je o pomoc při vytváření zdravějšího školního prostředí.

Za páté ŠS přísluší role poradce, advokáta. ŠS má pověst důvěryhodné osoby, ke které děti mohou jít, když mají nějaký problém nebo když si potřebují o něčem promluvit. Také je osobou, které děti svěřují důvěrné soukromé informace o jejich zdraví. Příkladem naplnění této role může být poskytnutí intervencí adolescentovi, u kterého se začínají objevovat deprese. ŠS může adolescentům pomoci rozeznat depresi, povzbuzovat je k otevřené komunikaci, poskytnout telefonní čísla na linky důvěry,

nalézt vhodné mechanismy řešení problémů nebo doporučit konzultaci s některým odborníkem.

Šestou roli výzkumnice ŠS zastává v oblasti ošetrovatelského výzkumu. ŠS má poskytovat ošetrovatelkou péči založenou na důkazech, a proto je také oprávněná provádět výzkumné studie, které podpoří školní ošetrovatelskou praxi.

Poslední role ŠS je realizována zapojením ŠS do komunitních programů, jako jsou veletrhy zdraví, školní festivaly, atd. a zapojení se do následujících aktivit: výuka školního personálu o imunizačních programech, zdravotní edukace veřejnosti, měření tlaku a screeningové programy, koordinování edukačních programů ve škole ve spolupráci s místními zdravotními charitami, atd. Konkrétním příkladem může být působení ŠS v komunitním centru pro pomoc teenagerům, kteří chodí za školu nebo mají zdravotní problémy v Anglii. ŠS v tomto centru realizuje výukový program, který se týká zneužívání prášků a těhotenství mladistvých.

Zdravotní péče ve školách

Součástí zdravotní péče poskytované ve školách je primární, sekundární a terciální prevence. Do oblastí primární prevence patří aktivity, které mají pomoci předcházet zdravotním problémům u dětí. Mezi takové aktivity se řadí edukační činnost zaměřená na podporu zdraví a očkování. Podle ošetrovatelského procesu postupuje ŠS tímto způsobem: Nejprve zhodnotí úroveň znalostí dětí a rodičů v otázkách zdraví a jejich postoj k vlastnímu zdraví. Poté stanoví potenciální zdravotní rizika a vytvoří plán, ve kterém budou konkrétní aktivity, které pomohou podpořit a upevnit zdraví dítěte. Tyto aktivity následně ŠS zrealizuje a zhodnotí jejich účinek, popřípadě upraví plán. Oblastí, na které se ŠS v primární prevenci zaměřuje, jsou: prevence dětských úrazů, prevence zneužívání prášků, snížení rizika rozvoje chronického onemocnění, sledování stavu imunizace u dětí. Důležitá je i spolupráce s jinými organizacemi, které nabízejí již připravené edukační programy. ŠS může v rámci primární prevence dětí ve třídě vyučovat mytí rukou, čištění zubů, atd. Učitelům zase může předávat nejnovější informace o zdravém životním stylu dětí a naučit je, jak mají poznat, že je dítě nemocné nebo že potřebuje poradce.

Sekundární prevence ve škole zahrnuje péči o nemocné nebo zraněné děti i zaměstnance školy a screening zdravotních problémů u dětí, včetně monitorace jejich růstu a vývoje. Děti mohou ŠS vyhledat kvůli různým důvodům, například pro bolesti hlavy, bolesti břicha, průjem, úzkost z odloučení rodičů, pocit smutku, modřiny, řezné a tržná rány a jiná zranění.

K tomu, aby ŠS mohla poskytovat neodkladnou péči, musí mít ve škole dostatečné vybavení. Nepostradatelná je O₂ láhev a maska různých velikostí, samorozpínací vak, krční límec, sterilní obvazy, rukavice, dezinfekce, Adrenalin, atd. ŠS by měla mít certifikát v první pomoci, který jí bude opravňovat první pomoc ve škole poskytovat a vyučovat. Pro případ, že ŠS není ve škole přítomna, by měli být v první pomoci proškoleni dva různí pracovníci školy, kteří zastanou její funkci až do příjezdu záchranné služby. Tito pracovníci budou schopni poskytnout neodkladnou péči a budou odpovědní i za rozhodnutí s ní spojená. Společně s těmito pracovníky by měli být ŠS proškoleni i učitelé tělocviku a trenéři. Na určitém místě ve škole by měl být k dispozici vypracovaný plán neodkladné pomoci pro děti s alergií na jídlo, pro děti s přecitlivělostí na hmyzí bodnutí, které může vyvolat anafylaktický šok, a děti s chronickým onemocněním jako je astma bronchiale, diabetes mellitus, hemofilie.

Jako součást sekundární prevence může být ŠS odpovědná i za podávání medikace během školního dne, tzn. předepisovat určité léky, podávat vitaminy a aplikovat léky, u kterých rodiče o aplikaci požádali. Z tohoto důvodu by měla mít u sebe brevíř.

Hodnocení a screening dětí, které ŠS provádí, je zaměřeno na různé oblasti. AAP pro ŠS vytvořila průvodce, který doporučuje, aby byl školním dětem prováděn screening vízu, sluchu, hmotnosti a výšky, úst, skoliózy a tuberkulózy. ŠS by měla o výsledcích screeningu vést u všech dětí záznam a měla by být v této oblasti seznámena s právními předpisy daného státu. V rámci screeningu může ŠS sledovat děti a adolescenty pro hypertenzi a učit je technikám, které krevní tlak snižují. Dále musí u dětí sledovat výskyt vši, hlásit podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte a zprostředkovávat vyšetření dítěte u jiného zprostředkovatele péče. Závěr vyšetření musí být sdělen školní sestře, která je povinná písemně informovat rodiče.

Terciální prevence ve škole je poskytována všem dětem, které jsou chronicky nemocné nebo mají speciální potřeby, zdravotní doporučení a souvislou zdravotní péči. ŠS je odpovědná za to, že: bude informována o lécích, které dítě užívá během školního dne; bude seznámena s veškerou lékařskou i nelékařskou léčbou, kterou dítě potřebuje během školního dne a bude vědět, jestli má dítě sluchové nebo oční problémy. Do školy mohou chodit děti s chronickým onemocněním, děti znevýhodněné, například autistické, zrakově handicapované, sluchově handicapované, tělesně handicapované, nebo děti s terminálním onemocněním. ŠS proto musí pro tyto děti zajistit komplexní péči.

V rámci terciální prevence dětem s astmatem ŠS pomáhá užívat jejich inhalátory a jinou léčebnou medikaci. Učitelům a rodičům objasňuje faktory, které mohou u dítěte alergickou reakci vyvolat a učí je, jak jím předcházet. Astma totiž může být vyvoláno spouštěčem, se kterým se dítě setkává právě ve škole. Možným spouštěčem je prach z křídly z tabule, plísňe a srst ze zvířat, která ve třídě žijí. Také je důležitá kvalita vzduchu a jeho znečištění ve škole. Edukací a úpravou prostředí, které toto chronické onemocnění velmi ovlivňuje, může ŠS pomoci snížit absenci dítěte ve škole. Ve světě má v dnešní době již mnoho škol vytvořeno programy na pomoc dětem s astmatem.

U dětí s diabetem mellitem musí ŠS vytvořit plán péče, který zahrnuje monitoraci krevního cukru, podávání inzulínu nebo další medicíny a zásady výživy.

U dětí s autismem poskytne učitelům a rodičům o autismu informace a pomůže školní komunitě zvládnout komunikační potíže, které jsou pro autistické děti typické. Například připomene používání obrázkových karet, znakového jazyka nebo jiný typ komunikace používaný dětmi.

Má-li dítě sluchové nebo oční problémy, musí se ŠS zeptat učitele, na kterém místě dítě ve třídě sedí, a zajistit, aby lépe vidělo na tabuli a slyšelo učitele a ostatní děti. Je-li dítě na vozíčku nebo používá-li k chůzi hole, ŠS upozorní pověřenou osobu na případné bariéry a potřeby dítěte.

Jako součást terciální prevence podporuje ŠS i zdraví dětí s terminálním onemocněním, které chodí do školy. Tyto děti do školy chodit mohou, protože zákon o vzdělávání poukazuje na to, že všechny děti, včetně handicapovaných mají na vzdělání právo. Může se tedy stát, že dítě s požadavkem DNR (do not resuscitation) ve škole také

zemře. DNR je podepsáno rodiči dítěte a lékařem podle zákona daného státu. Když dítě zemře ve škole, ŠS je odpovědná za pomoc dětem, které jsou svědky úmrtí. Aby pomohla dětem a učitelům vyrovnat se se smrtí, poskytuje dětem a učitelům konzultace, popřípadě si připraví edukaci o smrti a umírání. Do školy mohou chodit i děti s následujícími speciálními potřebami: s močovým katétrem, periferním nebo centrálním intravenózním katétrem, gastrostomií nebo jinou kanylou na krmení, tracheostomií, vyžadující převaz nebo i.v. medikaci (32).

Americká akademie pediatriů (AAP, American Academy of Pediatrics) a Národní asociace školních sester (NASN, National Association of School nurses) připomíná, že ŠS mají být registrované, mají mít minimálně bakalářský stupeň vzdělání a speciální osvědčení (certifikát) pro ošetrovatelskou péči poskytovanou školní komunitě. Podle poznatků z terénu ŠS svou kariéru nezačínají hned ve školách. Všechny mají předcházející zkušenosti s prací v nemocnici nebo komunitě a většina ŠS strávila mnoho let prací s dětmi, a proto si je vědoma jejich speciálních zdravotních potřeb.

Budoucí trendy v ošetrovatelství ve škole

Rozsah ošetrovatelské péče poskytované ve školách neustále vzrůstá. Díky novým trendům ve zdravotní péči, které školní sestra jednak sleduje, ale i odpovídá za udržování kvality poskytované péče v praxi s ohledem na nové trendy, bude pozitivně ovlivňováno zdraví školní komunity. Předpokládá se, že v budoucnosti budou školní sestry používat pro práci s rodiči a dětmi více internet (32, 43).

1.5.3 Dětská sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Dětská sestra společně s dětským lékařem provází dítě od narození až po dospělost a její práce má značný význam v edukaci rodičů i dětí samotných ve zdraví i nemoci, v zajišťování chodu ordinace a v navazování důvěry u dítěte. V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) je možné práci dětské sestry rozdělit na část kurativní, preventivní a péči o ordinaci. V každé části má dětská sestra určité povinnosti a kompetence. Do preventivní oblasti patří činnosti vykonávané v rámci

pravidelných preventivních prohlídek, očkování, návštěvní služby a dispenzárních prohlídek (38, 40).

Dětská sestra zve rodiče s dětmi do poradny na pravidelné preventivní prohlídky, jejichž obsah a časové rozmezí stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 56/1997. Při pravidelných preventivních prohlídkách u dítěte posuzuje hmotnost, výšku, obvod hlavy i hrudníku, velkou fontanelu, barvu a stav pokožky a celkový vzhled dítěte. V kompetenci sestry je i běžné vyšetření zraku a sluchu, screeningové vyšetření moče a změření krevního tlaku. Podle věku dítěte a dle zvyklostí dané ordinace s rodiči a dětmi probere různé oblasti ovlivňující zdraví dítěte, například přípravu a složení stravy dítěte, zavádění ovocných a zeleninových příkrmů, hygienické návyky, růst a vývoj dítěte, atd. Dětská sestra vede evidenci všech pacientů a u jednotlivých pacientů zachovává kompletní a aktuální dokumentaci (31, 38, 40).

Po dohodě s lékařem samostatně zajišťuje zvací systém na pravidelné ze zákona povinné očkování dětí dle očkovacího kalendáře. Na žádost rodičů provede další doporučené, ale nepovinné očkování. O tom, zda dítě bude či nebude očkováno, ale rozhoduje lékař. V souvislosti s očkováním poučí sestra nebo lékař matku o tom, co se dítěti očkuje, jaké mohou být nežádoucí reakce, a před samotným výkonem dítě připraví. Nejvhodnější je, když si dítě sedne rodiči na klín a ten je pomůže přidržet. Dětská sestra samostatně aplikuje i. m (intramuskulární) a s.c. (subkutánní) injekce. Vše zaznamená do dokumentace dítěte a do očkovacího průkazu. Samozřejmě je nezbytné, aby dětská sestra ovládala očkovací techniku, znala druhy očkovacích látek i časové odstupy mezi vakcínami, kontraindikace a nežádoucí reakce (38, 40).

Návštěvní službu dětská sestra provádí na žádost lékaře. Do návštěvní služby patří i návštěva novorozence. Jedná se o první preventivní prohlídku novorozence v rodinném prostředí, prováděnou nejčastěji do 48 hodin po propuštění z nemocnice. V domácím prostředí dětská sestra hodnotí sociální úroveň rodiny, celkový stav domácnosti, celkový stav dítěte a adaptaci novorozence na prostředí. Pro posouzení novorozence sestra dítě zvaží, posoudí případný úbytek hmotnosti, zhodnotí celkový stav, barvu a charakter kůže, zkontroluje hojení pupečníku, vyšetří oči, nos, ústa, pupečník, genitál, končetiny, psychomotorický vývoj včetně novorozeneckých reflexů

(hledací a sací, úchopový a Moorův reflex). Psychomotorický vývoj hodnotí podle vývojových schémat a polohových testů dle profesora Vojty a docenta Vlacha (polohu na zádech, na břišku, při posazování a sedu, při vertikalizaci). Dále zjistí, zda je dítě kojeno a matce připomene zásady, techniku i výhody kojení a pravidelné a zdravé stravování kojící ženy, včetně dodržování pitného režimu. Matku poučí o tom, jak správně pečovat o kůži novorozence, o celkové hygienické péči a ukáže jí, jak dítě držet a manipulovat s ním. Nakonec dětská sestra provede registraci dítěte, matce předá ordinační hodiny registrujícího lékaře, sdělí jí, kde a kdy je dostupná dětská pohotovost a pozve ji s dítětem do poradny. Vše zaznamená do dokumentace (31, 38, 40).

Na dispensární prohlídce zve děti s chronickým onemocněním, tělesným nebo mentálním postižením (38).

V rámci léčebné péče dětská sestra připraví po příchodu rodiče s dítětem do ordinace potřebnou dokumentaci. Počká, až lékař dítě prohlédne a na jeho žádost odebere vzorky na laboratorní vyšetření, popřípadě při odběru lékař asistuje. Podle pokynu lékaře změří dítěti teplotu, pulz, tlak krve a dle vybavení ordinace může vyšetřit glykemii, CRP, atd. Dle ordinace lékaře podá dítěti léčiva (38, 40).

Dětská sestra pečuje o ordinaci tím, že dbá o dostatek a správné uložení běžného zdravotního materiálu potřebného k provozu ordinace a pro první pomoc, zodpovídá za dostatečný počet příslušných očkovacích látek a jejich správné skladování, kontroluje dobu expirace, provádí úklid a dezinfekci použitých pomůcek, ploch a hraček. Mezi povinnosti dětské sestry patří také celoživotní vzdělávání (31, 38, 40).

1.5.4 Rodinná sestra

Rodinná sestra je komunitní sestra, která zajišťuje specifickou ošetrovatelskou péči u všech členů rodiny s ohledem na věkové zvláštnosti jednotlivých členů, strukturu a vývojové stádium rodiny. Tato sestra má ovlivňovat zdraví rodin po dlouhé období. Rodinná sestra si všímá stupně funkčnosti rodiny, objasňuje si vztahy v rodině, zjišťuje silné a slabé stránky a hodnotí zdravotní stav jednotlivých členů rodiny. Zajímá se o životní styl, návyky, komunikaci, kulturu a názory rodiny na zdraví. Celkové zhodnocení rodiny sestře napomáhá identifikovat oblasti, které vyžadují ošetrovatelský

zásah. Informace o rodině a jejích jednotlivých členech jsou pro rodinnou sestru nezbytné při stanovení ošetrovatelských diagnóz a tvorbě plánu ošetrovatelské péče. Plánování ošetrovatelského zásahu se má zaměřit na pomoc rodině a má podpořit její dobré fungování. Rodina by měla být sestrou informována, motivována a podporována v přijetí zdravého životního stylu. Sestra by měla vyhledávat rizikové rodiny (9, 34, 45).

1.6 Rozdělení dětského věku a intervence sestry

1.6.1 Prenatální období

Lidská bytost prochází třemi stádii prenatálního vývoje: zygota, embryo a plod. Těhotenství a porod jsou přirozenými fyziologickými procesy a naděje na úspěšný průběh těhotenství je tím větší, čím je vyšší informovanost, kvalita zdraví a výživy matky, lepší společensko-ekonomický životní standard a čím účinnější zdravotnické a sociální služby jsou matce nabídnuty. Služby poskytované před porodem a během jeho průběhu mohou výrazně přispět k tomu, aby se matka i novorozenec dokázali s tímto závažným životním okamžikem dobře vyrovnat. Důležité je si uvědomit, že zdravý porod je základem zdravého života a zdravý start do života úzce souvisí s životním stylem a způsobilostí obou rodičů k rodičovské funkci. Je tedy žádoucí zavést dobrý program plánovaného rodičovství (včetně genetického poradenství), zvýšit podíl chtěných těhotenství a zajistit jejich zdravý průběh. Také je třeba zajistit základní služby pro těhotné ženy, zahrnující pravidelné lékařské kontroly a pomoc budoucím rodičům při odvykání kouření, konzultace týkající se správné výživy a psychologických a tělesných aspektů těhotenství, porodu a péče o dítě (7, 21).

Intervence sestry

Edukace těhotné ženy a jejího partnera v rámci prenatální péče je nejdůležitější rolí porodní asistentky. Role edukátorky může být naplněna, má-li žena zájem a chce-li získat informace, které jí a její rodině pomohou při efektivní adaptaci na změny během těhotenství a blížícímu se porodu dítěte. K tomu, aby porodní asistentka poskytovala vhodnou edukaci, musí provést komplexní zhodnocení těhotné ženy a její rodiny, které zahrnuje biologickou, sociální, psychologickou, behaviorální, kulturní a spirituální

oblast. Komplexní zhodnocení porodní asistentce umožní určit rizika ze strany matky a dítěte, zjistit informovanost ženy o těhotenství a porodu a respektovat kulturní a rodinné potřeby. Během této 1. fáze ošetrovatelského procesu může porodní asistentka vycházet například z Funkčního modelu zdraví podle Gordonové. Po komplexním zhodnocení rozvíjí porodní asistentka individuální edukační plán. Samotnou edukační činnost pak provádí během prenatálních kurzů nebo na prenatálních ambulantních návštěvách. Ženy, které mají zájem účastnit se předporodního kurzu, mají také určité potřeby a očekávání. Je proto důležité, aby porodní asistentka byla schopná zkoordinovat učební obsah a proces s očekáváním účastnic. Zpřístupnit informace a uspokojit tak poznávací potřeby účastnic může například volbou vhodných témat, výběrem vyučovacích metod, doporučením vhodné literatury, web stránek, zapůjčením videokazet apod. Tímto způsobem pomáhá párům porozumět změnám v těhotenství, porodu a přípravě na dítě a zároveň dostane pod kontrolu pocity, které mají. Porodní asistentka, která vede předporodní kurz, by měla na začátku tohoto kurzu poskytnout seznam plánovaných témat. V některých oblastech mohou být ženy dobře informované a porodní asistentka může jejich znalosti využít jako podklad pro další individuální vyučování. Důležitá témata, která by měla být vyučována v interakci s těhotnou ženou během prenatální péče, jsou následující: Screening a preventivní prohlídky v prenatální péči. Zdůvodnění a interpretace fyzikálních nálezů a laboratorních výsledků během těhotenství. Nebezpečné příznaky, které by měla těhotná žena hlásit lékaři. Péče o prsy. Kojení versus krmení z lahve. Cvičení a odpočinek během těhotenství. Růst a vývoj plodu. Fyzikální a psychologické změny během těhotenství a úlevové techniky. Účinek kouření, pití alkoholu a drog na dítě. Výživa během těhotenství. Práce a využití volného času. Osobní hygiena. Sexuální život během těhotenství. Příprava na porod. Pověry a babské povídačky. Příznaky nastávajícího porodu. Vybavení domácnosti v souvislosti s příchodem dítěte. Manželská a sourozenecká odpovědnost. Všechny tyto oblasti souvisejí s ošetrovatelskými intervencemi (7).

1.6.2 Neonatální období

Po narození prochází novorozenec obdobím, ve kterém se psychologicky i fyziologicky přizpůsobuje životu mimo dělohu. Nejkritičtější je první hodina

po narození, kdy se odehrává přechod od života v děloze k životu mimo dělohu. Mezi hlavní úkoly, které by novorozenec měl zvládnout během prvního měsíce života, patří: osvojení si efektivního způsobu krmení a režimu střídání spánku a bdění (21).

Po porodu je důležité, aby se vytvořila pozitivní citová vazba mezi matkou a jejím dítětem. Měly by být vybudovány takové podmínky, které by vytvoření úzkého a pozitivního vztahu umožňovaly. Osvědčeným systémem je systém rooming-in tzn. matka i dítě jsou společně na jednom pokoji a jejich společný pobyt napomáhá k uspokojování jejich potřeb. V případě, že dítě potřebuje péči vyššího stupně a není možné tento systém využít, je matce nabídnut pobyt na lůžkovém oddělení. Ten matce umožní každodenní kontakt s dítětem. K tomu, aby se plně rozvinula přirozená výživa kojením, přispívá jednak systém roaming-in, ale i kritéria stanovená iniciativou „Baby-friendly-hospital“ (BFHI). Tato iniciativa byla vyhlášena Světovou zdravotnickou organizací a Dětským fondem spojených národů UNICEF v roce 1991 na jednání Mezinárodní asociace pediatriů v Ankaře. Iniciativa má tyto cíle: 1. Umožnit matkám, aby mohly informovaně rozhodnout o způsobu výživy svého dítěte. 2. Podporovat včasné zahájení kojení. 3. Propagovat kojení jako jediný způsob výživy v prvních šesti měsících života. 4. Usilovat o zrušení bezplatné distribuce a prodeje levné kojenecké stravy v porodnicích. 5. V dalších fázích podle možností a potřeb věnovat pozornost i dalším problémům péče o zdraví matky a dítěte. Nemocnice s uděleným statutem Baby-friendly-hospital se zavazují k plnění výše zmíněných cílů (7, 21).

Náležitá pozornost se musí věnovat i životnímu stylu a zdravotnímu stavu obou rodičů. Členové rodiny by se měli vzdát kouření, pokud tak již neučinili, a matka by kvůli kojení neměla užívat návykové látky a konzumovat alkohol. Poporodní deprese mohou postihnout nejen matku, ale i otce, a mohou se dokonce stát příčinou násilí páchaného v rodině (21, 43).

Intervence sestry

Před porodem dítěte je nutné zkontrolovat anamnézu, která sestru upozorní na možná rizika vyplývající pro dítě. Například HBSAG pozitivita matky v infekční anamnéze signalizuje riziko přenosu na dítě, a proto se po porodu novorozenci podá protilátka a neočkuje se na Tbc (tuberkulózu). Jiný postup je při detekci syndromu

infikovaného amniau plodu a infekce novorozence, kdy sestra provádí tzv. „zelené náběry“. U těchto náběrů sestra zajistí vzorek pupečnickové krve na prokázání IL (interleukin) 6/Statim, popřípadě na provedení hemotestu na přání lékaře, a biologický materiál (žaludeční obsah, výtěr z ucha, výtěr z axily) k mikrobiologickému vyšetření. Před porodem je důležité zjistit, jaké bude mít dítě příjmení, aby nedošlo k pochybení. V ČR platí, že když bude mít dítě příjmení po otci a matka je svobodná, musí mít matka potvrzení z matřiky. Dále je nutné zkontrolovat, zda jsou připraveny pomůcky potřebné pro první ošetření novorozence, pro resuscitaci novorozence, zda fungují přístroje, jestli jsou zavřená okna a zapnuté vyhřevné lůžko. Následující body představují postup při prvním ošetření fyziologického novorozence. 1. Dětská sestra převezme novorozence od porodníka do sterilní vyhřáté roušky a odnese ho na vyhřevné lůžko vybavené k prvnímu ošetření novorozence. 2. Zabrání ztrátám tepla, tzn. novorozence ošetří ve vyhřevném lůžku, nebo pod tepelným zářičem, a osuší ho nahřátou plenou. 3. Je-li potřeba, krátce a šetrně odsaje nosohltan a dutinu ústní pro uvolnění dýchacích cest. 4. Zhodnotí novorozence dle Apgarové 5. Zváží hmotnost a změří délku novorozence. 6. Zkontroluje pupečník, zda nekrvácí, a podváže ho speciální umělohmotnou svorkou asi 8 cm od pupíku a sterilně ho kryje. 7. Pečlivě očistí mázek olejem. 8. Rektálním teploměrem zkusí průchodnost konečníku a zkontroluje anomálie. 9. Změří obvod hlavičky a hrudníku dítěte krejčovským metrem. 10. Zajistí identifikaci novorozence, tzn. identifikační páskou na ruku - jméno a příjmení, pořadové číslo (za rok od ledna), čas narození, pohlaví, rodné příjmení matky + na hrudník napíše pořadové číslo. 11. Zabalí dítě do plenek a do peřinky. 12. Provede proplach očí resp. vykapání očních spojivek Ophtalmo-septonexem k prevenci gonokokové infekce 13. Učeše vlásy. Po 1. ošetření je novorozenec uložen na 2 hodiny do vyhřátého inkubátoru pod kontrolou celkového stavu, krvácení z pupku atd. Ještě na porodním sále je přiložen k matčině prsu k prvnímu přisátí. První přisátí stimuluje produkci oxytocinu, lépe se rozvíjí laktace a také se rychleji zavínuje děloha. Před tím, než je novorozenec přeložen na stanici fyziologických novorozenců, je celkově vyšetřen lékařem, který pátrá po anomáliích, provádí hodnocení dle Apgarové, ordinuje Kanavit, většinou 3-4 gtt p. o. a rozhoduje o překladu dítěte. Pokud je dítě v pořádku, je převezeno na novorozenecký

úsek. Veškeré výkony, které byly u dítěte provedeny, je nutné zapsat do zdravotnické dokumentace (7, 21).

Edukaci o tom, jak bude vypadat péče o dítě po odchodu z nemocnice, realizuje kompetentní dětská sestra nebo porodní asistentka. Edukační činnost dětská sestra/porodní asistentka zaměřuje na následující okruhy: 1. Základní péče o dítě, včetně koupání, péče o pupečník, krmení a vylučování. 2. Bezpečnostní opatření. 3. Imunizace. 4. Podpůrné skupiny. 5. Pravidelné prohlídky v rámci řádné novorozenecké péče. 6. Telefonní číslo do nemocnice na novorozenecké oddělení. 7. Příznaky obtíží u dítěte a koho je možné kontaktovat. Po zhodnocení přistupuje dětská sestra/porodní asistentka k ošetřovatelským zákrokům, jejichž cílem je pomoci matce, rodičům a dalším osobám při péči o dítě během propouštění a po propuštění z nemocnice.

Některé aspekty péče o dítě by měly být s rodiči probírány již na předporodním kurzu. Dětská sestra/porodní asistentka proto zjišťuje, zda matka tento kurz navštěvovala a poskytuje rodičům důležité informace v péči o dítě a kontroluje, jak informacím matka rozumí. Je důležité, aby se rodiče naučili vnímat i pozitivní reakce dítěte, a nejenom ty negativní jako je pláč, obtížné krmení a spánek. Také se musí naučit vyzorovat, jakým způsobem dává dítě najevo své potřeby. Dětská sestra/porodní asistentka proto ukazuje rodičům, jak s dítětem bezpečně manipulovat, aby se ho mohli co nejdříve dotýkat. Pomáhá rodičům vyhodnotit a interpretovat potřeby novorozence a tím zabrání rozvoji negativních pocitů bezmoci a neschopnosti u matky dítěte. Snaží se pomoci rodičům a naučit je, jak jednat s dítětem, které má obtíže, např. dítě má koliku.

Navíc může dětská sestra/porodní asistentka vykonat návštěvní službu v domácnosti a zde výrazně pomoci rodičům při vytváření zdravého, psychosociálně stimulačního a aktivního prostředí pro novorozence. Při návštěvní službě v domácnosti si dětská sestra/porodní asistentka například všímá toho, jak rodiče vybavili domácnost věcmi a pomůckami důležitými pro dítě. Dětská sestra/porodní asistentka může také rodičům doporučit opatření, která mohou pomoci předcházet domácím úrazům. Například je velmi důležité upozornit rodiče na to, aby dítě spalo ve vlastní postýlce s postranními příčkami, matrace byla pevná a dítě nespalo s polštářem a hračkami

kolem sebe, aby mu tyto věci nebránily v dýchání. V rámci prevence náhlého úmrtí kojence (SIDS) dětská sestra připomene rodičům, že během spánku má dítě ležet na zádech nebo na boku, nikoli na břiše. Aby se předešlo přenosu infekce, je nutné dbát na dostatečnou hygienu prostředí a mytí rukou. V případě, že některý člen rodiny je nemocný a bude s dítětem v kontaktu, je vhodné používat dezinfekci na ruce (19, 21).

1.6.3 Kojenecké období

Kojenecké období je období do konce prvního roku života dítěte. Název je spojen s kojením, jež představuje nejdůležitější část výživy. V kojeneckém období dochází k intenzivnímu somatickému růstu, neuropsychickému a motorickému vývoji. V jednom roce by mělo dítě stát chvilku bez opory, obcházet ohrádku, okolo nábytku, může-li se přidržet, chodit za ruku a udělat několik samostatných kroků. Užívá 2 až 4 smysluplná slova a dokáže pochopit jednoduchou hru. V jednom roce dosahuje jeho výška cca 74 cm, obvod hlavy cca 46 cm a jeho porodní hmotnost se ztrojnásobila (19, 21, 36).

Zdravý tělesný a duševní vývoj během prvního roku života má klíčový dopad na zdraví během celého života. K významným determinantám vývoje jedince patří kvalita sociálního a přírodního prostředí. Děti, které se narodí do znevýhodněných rodinných a sociálních podmínek, jsou více ohroženy zpomaleným růstem a vývojem. Doma nebo poblíž domova tráví kojenci a malé děti mnoho času a s místem domova jsou spojená i zdravotní rizika, která mohou být příčinou poruchy zdraví: infekční nemoci, infekce z vody, potravin a zvířat, nemoci způsobené špatnými hygienickými podmínkami, chemickou kontaminací vody, vzduchu a půdy, domácí úrazy a dopravní nehody. Nezastupitelný význam má proto bezpečný, stabilní a přátelský domov. Prostředí, v němž děti žijí, by mělo být zdravotně nezávadné, aby jim umožnilo plně rozvinout jejich tělesný, psychický a emoční potenciál. Důležitou roli hrají i rodiče a další blízcí příbuzní, kteří svým dětem předávají základní zdravotní a sociální hodnoty. Pro rozvoj zdravé osobnosti je v neposlední řadě životně důležitý i pocit důvěry, který se v tomto období vyvíjí (43).

Intervence sestry:

Dítě je v tomto období plně odkázáno na péči rodičů, a proto je důležité, aby se aktivně podíleli na vytváření zdravých návyků. Velmi důležitou roli hraje kromě hygienické a výchovné péče i správná výživa. Výživové požadavky se během tohoto období mění a pro správný vývoj dítěte jsou obzvláště důležité. Dětská sestra by měla zjistit, zda matka své dítě kojí nebo krmí umělou výživou, a prodiskutovat s ní následující hlavní zásady krmení: Výhody mateřského mléka. Kojení bez omezování délky a frekvence. Správná technika uchopení prsu. Správná technika sání. Správná technika odstříkávání. Polohy při kojení. Kontraindikace kojení. Problémy s kojením ze strany matky a dítěte. Alternativní způsoby kojení a dokrmování. Zavádění příkrmů. Vitaminové a minerální preparáty. Zásady přípravy domácí stravy. Množství pomočených plen kojeneho dítěte. Stolice kojeneho dítěte. Dále by měla matku poučit o vhodném jídelníčku pro kojící ženy, zodpovědět jí případné otázky a poskytnout jí v případě potřeby číslo na horkou linku kojení. Na základě individuálního ošetřovatelského zhodnocení dětská sestra zjistí, má-li matka v oblasti výživy dostatek informací a motivuje jí při vytváření vhodných stravovacích návyků a režimu. Matka by v souvislosti s výživou měla svému dítěti zajistit pocit bezpečí a jistoty. V kojeneckém věku děti často trpí kolikou, která většinou po třetím měsíci věku mizí. Jedná se o křečovitě bolesti břicha u jinak zdravého prospívajícího dítěte, kdy dítě krčí nohy k bříšku a dráždivě pláče. Rodiče by o běžných projevech koliky měli být poučeni a měli by vědět, jak mohou dítěti pomoci zmírnit jeho obtíže. Dětská sestra může rodičům pomoci například tím, že jim předvede držení dítěte, které je pro dítě uklidňující, a doporučí jim masáž bříška, houpání či jízdu autem. Také jim připomene, že ke zmírnění bolesti pomáhá pravidelné odříhnutí a vzpřímená poloha dítěte po nakrmení. Neustálý pláč dítěte je pro členy rodiny únavný až frustrující, proto je třeba rodičům zdůraznit, že je nezbytné, aby si měli možnost odpočinout a dělali si pravidelné přestávky. Tím se předejde vytvoření bludného kruhu, který může vést až k týrání dítěte. S dítětem se rozhodně nesmí trást, představuje to nebezpečí pro hlavu a krk (7, 18, 21, 36).

Dalším poměrně častým problémem je tzv. plenková dermatitida, která vzniká v perineální oblasti následkem dlouhodobého působení moči, stolice, mýdel, detergentů, mastí a tření. Jedná se o místní zarudnutí a podráždění pokožky. Jejím vzniku lze předcházet častou výměnou plenek a udržováním suché pokožky dítěte. Rodiče by proto měli být seznámeni s následujícími zásadami: často měnit mokré nebo znečištěné plenky; po znečištění pokožky ji omýt čistou vodou, a pokud je to nutné, použít i nedráždivé mýdlo; navlhčené jednorázové kapesníčky mohou plenkovou dermatitidu ještě zhoršit; vlhkost v kožních záhybech brání hojení; vyschnutí a hojení napomáhá vystavení pokožky slunečnímu svitu a volnému vzduchu.

V oblasti hygienické péče by měla matka samozřejmě dodržovat stejná pravidla a opatření jako u novorozence. Dodržování úzkostlivé čistoty se týká osob, prostředí, v němž dítě žije, potravy i všech ošetrovacích výkonů. Zásady osobní hygieny matky i dítěte by měly být s matkou probrány již v porodnici. Doba koupání dítěte záleží na individuálních zvyklostech rodiny a dítěte. Po koupání bývá dítě unavené a lépe spí, z těchto důvodů dětská sestra může doporučit rodičům koupání večerní. Samozřejmě by matka neměla zapomínat na mytí rukou po každé manipulaci s hygienickými vložkami, před každým kojením a před každým ošetřením prsou. Důležitá je i včasná péče o chrup dítěte. Pravidelná péče o chrup dítěte by měla začít po prořezání prvních mléčných zoubků. Správná péče o chrup začíná správnou výživou, která dodá tělu dítěte v době vývoje zubů uvnitř čelistí dostatek živin. Matka by se měla naučit, že péče o zoubky patří ke každodenní péči o její dítě. Dětská sestra může rodičům v péči o zuby doporučit: Používat navlhčenou gázu a zuby otírat nebo návlek na prst, který má na straně malý kartáček tzv. prstáček. Používání zubní pasty není nutné. Neukládat dítě ke spánku s lahví mléka nebo šťávou. Mezi další velmi důležité aspekty péče o dítě patří bezpečnostní opatření, která se odvíjejí od fyziologického růstu a vývoji dítěte.

Dětská sestra, která respektuje individuální odlišnosti dětí a ví, kdy děti začínají lézt, chodit, zkoumat okolí, strkat si do úst nalezené předměty atd., ve vhodnou dobu začlení do svých pokynů poučení o bezpečnostních opatřeních. Rodiče by měli být poučeni o bezpečné jízdě v autě, bezpečném domovu a jeho okolí. Konkrétně by se rodičům mělo v rámci bezpečnosti jejich dítěte doporučit: Při cestování

v automobilu umístit dítě do dětské sedačky. Nenechávat dítě na otevřené vyvýšené ploše bez dozoru, a to ani v sedačce, např. na přebalovacím stole. Vždy zdvihnout a pevně zajistit postranice postýlky. Klást dítě do ohrádky, jakmile se již bezpečně otáčí. Ke hře dítěti nedávat hračky s oddělitelnými částmi, s ostrými hranami nebo skládající se z malých částí. Pozor je třeba dávat i na to, aby se k dítěti nedostaly hračky od staršího sourozence, které nejsou určeny pro kojenecký věk. Odstranit nebezpečné rostliny, zajistit elektrické zástrčky, volně visící dráty. Nenechávat dítě při koupání bez dozoru. Pořídit si bezpečnostní zámky na trouby, pračky, sušičky, myčky nádobí a ledničky. Používat nádobí, které nelze rozbít. Kojenci, který již leze, bránit v přístupu ke schodištím a k těžkému a nestabilnímu nábytku, po kterém by se mohl snažit vyšplhat. Skříňky a otevřené prostranství v dosahu a dohledu lezoucího kojence by neměly obsahovat jedovaté látky. Bohužel jsou některá bezpečnostní opatření rodiči stále podceňována a děti se tak dostávají do situací, které ohrožují jejich zdraví nebo dokonce i jejich život.

Kojenec pro svůj fyzický, emocionální a mentální vývoj potřebuje vhodnou zrakovou, sluchovou i senzomotorickou stimulaci. Každý den je kojeneček ovlivňován činnostmi svých rodičů, herními aktivitami a hračkami, které má k dispozici. Velmi důležité je proto vést rodiče k tomu, aby vybírali hračky, které jsou bezpečné a zároveň vhodné pro zdravé nebo nemocné dítě. K dobrému zdraví přispívá i pobyt na čerstvém vzduchu. I když kojeneček pobyt venku ještě většinou prospívá, výlet do obchodu nebo procházka s dítětem v kočárku poskytuje stimulaci a změnu prostředí jak pro dítě, tak pro rodiče. Kojeneček, který stále jen leží v postýlce nebo jen v ohrádce a nemá příležitost k poznání nových věcí, může být později stydlivý až zakřiknutý.

1.6.4 Batolecí období

Batolecí období navazuje na období kojenecké a trvá do 3. roku věku dítěte. Během tohoto období dochází k postupnému poklesu intenzity růstu a ke změnám v tělesných proporcích. Batole přibírá 2 až 3 kg za rok a zvětšuje se asi o 7,5 cm za rok. Batolecí věk přináší pro rodiče a dítě nové úkoly, které je nutné si osvojit pro další vývojové období: stávat se nezávislejší, nacvičovat vyměšování, naučit se samostatně

jíst a obléct, naučit se mluvit a zvědavě zkoumat rozšiřující se okolí. Hlavním úkolem rodičů v těchto oblastech je zajistit batoleti bezpečné prostředí, a přitom mu ponechat prostor pro rozvoj sociální a fyzické nezávislosti (19, 21).

Intervence sestry:

Dětská sestra poskytuje rodičům potřebné a velmi užitečné rady. V oblasti výživy rodičům připomíná, že výživná potravinu může být podávána v jakémkoliv jídle a že nabízená strava má být pestrá jak barvou, druhem, tak i konzistencí. Upozorní je na jídla, která by dětem podávat neměli, např. cukroví, sušenky, syčené nápoje, atd. A také na to, že by se měli vyvarovat ochutnávání pokrmů z jídelního náčiní, které použije dítě. Mezi další pokyny, jejichž dodržování rodičům usnadní v dětech vypěstovat zdravé stravovací návyky, patří: podávat malé porce v pravidelných intervalech; nenutit děti do jídla; jídlo rozmělnovat na malé kousky; dodržovat jídelní rituály, které děti vyžadují (zvláště talíř, skleničku a slintáček); dodržovat pitný režim. Dítě se učí najíst samo lžičkou a pít z hrníčku, což vyžaduje jednak trpělivost, ale i toleranci rodičů k možnému zašpinění dítěte, stolu a okolí. Rodiče by se měli naučit respektovat potřebu samostatnosti dítěte. Před jídlem by měl být klid, aby se dítě mohlo soustředit na jeho konzumaci. V rámci bezpečnosti dětská sestra upozorní rodiče na nevhodnost používání ubrusů s přečnívajícími rohy, doporučí jim pořídit si nerozbitný talířek i hrneček a vysokou židličku. Správná výživa ovlivňuje vývoj chrupu i prevenci zubního kazu. Dětská sestra doporučí rodičům návštěvu zubního lékaře, jestliže tak ještě neučinili, poučí je o důležitosti pravidelného čištění zubů a upozorní je na následující zásady ústní hygieny: Vyčleněný individuální zubní kartáček. Výměna zubního kartáčku každé tři měsíce. Výměna zubního kartáčku po každém virovém onemocnění. Neomývat štětinky zubního kartáčku horkou vodou. Neuchovávat kartáček v uzavřeném pouzdře. Používat jemný kartáček a zubní pasty pro děti. Zubní pasta se používá v množství rovnajícím se velikosti hrášku. Dále rodičům doporučí omezit usínání s lahví mléka nebo šťávy, eventuálně ji nahradit vodou, pokud ji dítě vyžaduje (7, 19, 21, 36).

S nácvikem samostatného močení by měli rodiče začít, když dítě vydrží být suché více než dvě hodiny. Je důležité, aby rodiče respektovali, že nemá smysl s tímto nácvikem začínat před 18. měsícem, kdy ještě nedochází k volní kontrole svěračů. Jakmile rodiče najdou dítě ráno se suchou plenou, měli by ho vysadit na nočníček, a když se vymočí, pochválit ho. Mnohé děti mívají příležitostné nehody do čtyř let věku. Vyprazdňování je sice už vědomé, dítě ho ale ještě nemusí ovládat.

Od útlého batolecího věku se dítě učí hygienu rukou před jídlem, po jídle i po vyprázdnění. Díky rozvoji jemné motoriky je manuálně zručnější a rodičům proto můžeme doporučit vhodné oblečení, aby pro dítě bylo snadné samostatné oblékání i svlékání. Oblečení by mělo být dostatečně volné, aby umožňovalo svobodný pohyb, skákání a jiné čilé pohybové aktivity.

Batole se zaměstnává hrou. Učí se manipulovat s předměty, rozumět svému okolí, být společenské a dozvídat se co nejvíce o okolním světě. Drahé hračky přitom vůbec nejsou nutné, batolatům stačí pokličky nebo kastrůlky z kuchyně, uspokojí je hra s vodou za dozoru rodičů, tanec na hudbu, pastelky a papír nebo kreslení prsty. Dále mají rády hračky, které mohou tlačit nebo je za sebou táhnout. Zaměstnávají se především paralelní hrou, neboli hrají si vedle druhého dítěte, nikoliv s ním. Během 3. roku věku se ale dítě postupně zapojuje do činností s ostatními dětmi a učí se dovednosti hraní rolí. Batole velice intenzivně napodobuje a zkoumá všechno, co je v jeho dosahu. Velmi rychle se díky své pohyblivosti a zvědavosti může dostat z prostředí bezpečného do prostředí nebezpečného, např. vodní nádrž, schodiště, apod. Je tedy nutné dbát na jeho zvýšenou bezpečnost, zajistit mu trvalý dohled a z jeho okolí odstranit nebo zajistit nebezpečné věci, např. jedy, léky, chemikálie a elektrická zařízení. Během každé poradny by měla dětská sestra nebo lékař probírat rizika zranění a metody prevence. Jsou probírány požáry, pády, dušení, otravy, tonutí, elektrický šok, automobilové nehody, atd. Bezpečnostní opatření v domácím prostředí jsou podobná jako v kojeneckém věku. Bohužel zraněním úplně zabránit nelze a právě nehody jsou nejčastější příčinou úmrtí v dětském věku.

1.6.5 Předškolní období

Předškolní období je období od konce 3. roku do konce 5. nebo 6. roku. Na začátku je dítě zralé pro vstup do mateřské školy, na konci by mělo začít se školní docházkou. Během tohoto období dochází ke zpomalení růstu a zdokonalení motorických, sociálních a kognitivních schopností. Předškolák přibírá zhruba 2,3 kg za rok a vyrostne asi o 6 cm za rok (19, 21, 36).

Potřeba přívodu energie pro předškolní dítě se dále zvyšuje. Ke svému růstu, správnému vývoji a obranyschopnosti organismu potřebuje dostatečný přívod ovoce, zeleniny, mléka, mléčných výrobků, celozrnných výrobků (pečivo, těstoviny, rýže, mouka), luštěnin a masa. To mu zajistí nejen dostatečný příjem energie, ale i kvalitních bílkovin, vápníku, železa, minerálů a vitamínů. S věkem ubývá specifických doporučení a výživa dítěte se stále více přizpůsobuje výživovým zvyklostem rodiny. Tyto zvyklosti dítě postupně přijímá do svého podvědomí a vytváří si základ vlastních stravovacích návyků pro období dospělosti. Bohužel stravovací návyky v rodině nejsou vždy optimální. Zvýšená konzumace tuků, cukrů a zakoupených polotovarů, společně s nedostatečnou fyzickou aktivitou, přispívá v dětském věku k nárůstu výskytu obezity a DM II. typu. Hlavním zájmem dětí předškolního věku je hra. Hra podporuje komunikativnost a rozvoj sociálních dovedností. Předškolní děti si potřebují hrát v kolektivu, protože to napomáhá jejich sociálnímu rozvoji. Důležitá je i výchova dítěte. Jejím účelem je naučit dítě sebedisciplině a sebeovládání. Rodiče stanovují dětskému chování meze. Stanovení limitů vzbuzuje pocit jistoty, chrání děti před nebezpečím a zbavuje je rozhodování, pro které ještě nedozrály. Pozitivní povzbuzení při správném chování je efektivnější než trest za chování špatné. V současnosti se klade důraz na rozvoj trvalého a vřelého vztahu mezi dětmi a rodiči. Takový vztah zabraňuje vzniku problémů (7, 19, 21).

U předškolních dětí se často objevuje žárlivost jako reakce na skutečnou, předpokládanou nebo hrozící ztrátu náklonnosti pečujícího rodiče. Čím těsnější vztah k rodičům děti mají, tím větší je jejich obava, že je ztratí. Děti žárlí na nového sourozence nebo na projevy pozornosti matky vůči otci. Žárlivost vůči novému sourozenci je nejsilnější ve věku do pěti let. Může se projevovat různým způsobem.

Rodiče mohou žárlivost zmírňovat včasným zásahem proti jejím projevům, např. dítě připraví na příchod sourozence. V dětech by neměl vzniknout pocit, že budou přehlíženy, ale měly by mít dojem, že jsou pomocníky v péči o nového sourozence. V předškolním období si některé děti také rády cucají prsty. Cucání je uspokojuje a uklidňuje a nemá škodlivý vliv na zuby, pokud od něj upustí před prořezáním druhého chrupu. Většina dětí si přestává cucat palec ještě před tím, než začne chodit do školy. Ve školním věku se k cucání uchylují ve stresu nebo při únavě. V předškolním období mohou také děti začít masturbovat. Mezi třetím a čtvrtým rokem věku se děti začínají ptát na smrt a umírání (7, 19, 21).

Významné úkoly pro předškolní dítě jsou: připravit se na školní docházku, rozvinout kooperativní způsob hry, zlepšit komunikativní dovednosti, paměť a rozsah pozornosti. Důležité je včas odhalit zpoždění nebo problémy jazykového vyjadřování, protože odborná péče před pátým rokem věku zabrání pozdějším problémům ve škole. Velký krok k samostatnosti představuje pro dítě vstup do mateřské školy. Zde mohou děti ještě před vstupem do školy získat potřebné sociální zkušenosti přispívající k jejich růstu a vývoji (19, 21).

Intervence sestry:

Díky působení rodiny a rozvoji kognitivních funkcí začínají děti mezi čtvrtým až pátým rokem života vnímat své zdraví a učit se dovednostem, které zdraví podporují. Zjišťují a chápou, že v péči o své zdraví hrají určitou roli. Ke svému zdraví přispívají například tím, že si vyčistí zuby, přiměřeně se obléknou, zapnou si bezpečnostní pás, vezmou si podaná léčiva, atd. Přesto nejsou v péči o své zdraví zcela zodpovědní a někdy na tyto aktivity mohou zapomínat. Také již vnímají vnější části těla. Jejich představa o tom, co je uvnitř těla a jaké jsou funkce orgánů, je zatím nepřesná a nejasná. Nejčastěji umí vyjmenovat jednu nebo dvě součásti vnitřního prostředí těla, např. krev, kosti, a hodně se ptají na funkce těla. Jsou rozrušeni z drobných zranění. A mohou se velmi zajímat o části těla opačného pohlaví. Také se mnohem více zajímají o nástroje a postupy během zdravotního vyšetření. Mohou si hrát se stetoskopem, otoskopem a jinými diagnostickými nástroji. Dětská sestra proto vysvětlí úkon a postup v příslušné

terminologii vzhledem k věku dítěte a během vyšetření s ním spolupracuje. Během aplikace injekcí mohou předškoláci ukázat sebekontrolu. Definitivně ale potřebují podporu a povzbuzení od rodičů. Od dětí předškolního věku už dětská sestra získává i anamnestické údaje, týkající se např. nejoblíbenějších činností, přátel, čištění zubů, dietních opatření, atd. (7).

Budou- li rodiče ve svých dětech pěstovat správné návyky a podporovat žádoucí chování v péči o zdraví, příznivě se to odrazí na sebeúctě, pocitu jistoty a bezpečí dítěte. Správné návyky by se měly podporovat v oblasti výživy, hydratace, vyprazdňování, oblékání, pohybové aktivity, spánku a odpočinku, výchovy. Dětská sestra může být pro rodiče ve výše zmíněných oblastech dobrým poradcem (7, 19).

Z hlediska správné výživy by měla dětská sestra rodičům vysvětlit, že je předškolní dítě schopno samo si řídit příjem potravy a rodiče by proto měli respektovat jeho potřebu samostatnosti a nenutit ho do jídla. Dítěti by měli podávat jídlo výživné a vybírat vhodné potraviny, tzn. vyhnout se konzumaci sladkostí, omezit spotřebu uzenin a tučných mas. Aby měl předškolák dostatek energie, měl by dostávat výživné svačiny. Mnoho dětí předškolního věku jí nejméně jedno jídlo mimo domov. V mateřských školách se mohou od učitele a ostatních dětí naučit pozitivní, ale i negativní stravovací návyky. Protože stoupá počet alergií na jídlo, je důležité informovat učitele v mateřské škole, jakým potravinám se dítě musí vyhýbat. Dítě by mělo vypít 2 až 2,5 l tekutin denně v závislosti na teplotě i aktivitě a mělo by pít podle libosti nejen v průběhu celého dne, ale také v průběhu jídla. Nemělo by se také zapomínat na vytváření harmonického prostředí a před jídlem na zklidnění aktivit dítěte (7, 19, 21).

V oblasti vyprazdňování může dětská sestra rodiče uklidnit, že do čtyř let mívají mnohé děti příležitostné nehody. Mladší předškoláky rodiče učí utírat si zadeček po stolici zepředu dozadu. Starší předškolní děti jsou ve vyprazdňování samostatné, ale mohou si zapomenout umýt ruce nebo spláchnout toaletu po vyprázdnění.

Aby se mohlo předškolní dítě samostatně oblékat a svlékat, může dětská sestra rodičům poradit následující doporučení: Oblečení vybírat dostatečně volné, aby dítěti nebránilo pohybu, ale též aby si dítě při aktivní hře nešlapalo na lemy. Mělo by být

snadno prateľné a jednoduché na obľekání. Na dveře pøipevniť háčky, na které dítě dosáhne. Nechat dítě v maximální míře samostatně se oblékat a svlékat.

Dítěti by mělo být také umožněno mít dostatek prostoru pro spontánní pohybovou aktivitu, která je pro správný vývoj dítěte nenahraditelná. Rodiče by měli rozvoj motorických dovedností podporovat a nikoliv díti neustále napomínat, aby si daly pozor. Nepřiměřeně přísný dohled úzkostlivých rodičů je škodlivý. Dětská sestra by měla poukázat na to, že nedostatek fyzické aktivity vede ke zdravotním problémům. Bohužel mnoho předškoláků stráví každý den dlouhou dobu u televize, a tím přichází o příležitost pro spontánní pohybovou aktivitu a aktivní učení. S ohledem na dobu vysílání jsou samozřejmě pro předškoláky některé pořady přístupné a vhodné. Během hry by se rodiče neměli vměšovat mezi díti, které si hrají ve skupině. Pro růst a rozvoj dítěte má totiž zásadní význam zvládnutí frustrace a rozvoj sociálních dovedností, které dítě právě tímto způsobem také získává. Rodiče by také díti neměli zahltit hotovými hračkami. Lákavější než hotové hračky jsou různé materiály a předměty, které podněcují fantazii. Dětská sestra může rodičům doporučit hračky vhodné pro předškolní věk, jako jsou velké stavebnice, hry s čísly a písmenky, kreslicí tužky, dětské nářadí, dětské domácí náčiní, hudební nástroje pro díti, knížky s pohyblivými obrázky, velké puzzle nebo plastelína. Aktivní hry zahrnují snadné lezení, klouzání, běhání.

V oblasti odpočinku a spánku je vytvoření správných návyků při ukládání ke spánku ve vhodný čas a jejich ustálení pro předškolní dítě velmi důležité. Předškoláci většinou potřebují osm až dvanáct hodin spánku. Samozřejmě záleží na individuálních potřebách dítěte. Rodiče by měli být vedeni k tomu, aby před spaním dítě orientovali na zklidňující činnosti. Měli by také dodržovat specifické rituály, které jsou pro předškoláky velmi důležité. Příkladem je vyprávění pohádek. Důležité je i sdělení, že potom se bude spát. V případě, že se dítě snaží po rituálech upoutat pozornost, je dobré rodičům doporučit, aby si dítě nebrali do postele. Během předškolních let je běžné noční probouzení. V případě, že se dítě probudí, by mělo být uklidněno a povzbuzeno, aby zůstalo ve své posteli. Ke snížení nočních můr může dětská sestra rodičům poradit, aby omezili sledování strašidelných pořadů a příběhů a s dítmi diskutovali o tom, co je reálné a co vymyšlené. Předškoláci by měli dodržovat

kromě nočního spánku i odpolední odpočinek. Dítě je dobré uložit k odpočinku po obědě, aby nabralo sílu a energii na odpolední aktivity. Pro rodiče je to výhodné, protože mají čas sami pro sebe. Odpolední spánek ale není pro mnohé starší předškoláky nutný. Ti, kteří odpolední spánek potřebují, spí obvykle 30-45 minut.

Zajištění bezpečí je úlohou rodičů i pedagogů, kteří se péče o dítě účastní. Rodiče by měli stále dbát na bezpečné vybavení bytu, dodržovat prevenci otrav a úrazů (bezpečné uskladnění léků, mycích prostředků, atd.). Dítě by mělo mít dozor a při sportovních aktivitách nosit ochranné prostředky. Dále by měli dítě naučit určité zásady bezpečnosti. Např. to, že plotýnka pálí, přecházení přes přechod, neodcházet s cizím člověkem, atd., protože nehody představují pro děti velké nebezpečí. Úsudek dětí je totiž nezralým, zatímco pohybové dovednosti se zvyšují. Rodiče se dále zajímají, jak stanovit meze, jak se vypořádat se žárlivostí a jak reagovat na cucání palce a masturbaci.

Dětská sestra by měla nabádat rodiče, aby ve výchově dítěte jednali shodně, protože protichůdné pokyny mohou být pro dítě matoucí. Proto je dobré poradit rodičům, aby se domluvili na formě trestů a odměn. Dále je vhodné řídit se následujícími zásadami: Napomínání či trestání je efektivní tehdy, dojde-li k němu bezprostředně po přestupku. Předškolní dítě je prospěšné napomenout hned, jak se objeví náznaky nevhodného chování. Výprasky většinou nic nezmohou. Dítě si spojuje strach z rodičů s bolestí, nikoliv s přestupkem. Tělesné tresty také podněcují vzpurnost a agresi dítěte. Rodiče mohou využívat výchovnou techniku time-out. Je to forma trestu, kdy jde dítě na „hanbu“ a sedí na židli směrem k rohu místnosti. Doba trestu je obvykle počítána jako jedna minuta na jeden rok věku dítěte. Před a po skončení trestu je dobré stručně dítěti vysvětlit, za co je trestáno. Dítě má během time outu čas přemýšlet nad tím, co udělalo. Tato výchovná metoda pomáhá dítěti rozvíjet smysl pro sebeovládání. Dětská sestra by měla rodičům také zdůraznit, že nejdůležitější je vytvořit zdravé sociální klima, prostředí lásky, důvěry, úcty a přátelství v rodině i v mateřské škole. Měli by také dítě chránit před stresovými situacemi. Otázkám, které dítě klade, naslouchat a promyšleně a pravdivě na ně odpovídat. Posilováním a povzbuzováním dítěte vytvářet duševní pohodu (7, 18, 21).

1.6.6 Školní období

Mladší školní věk je období od 6-7 let, kdy dítě vstupuje do školy, do 11-12 let, kdy se objevují první známky pohlavního dospívání. Rovnoměrný růst v mladším školním věku končí růstovou akcelerací mezi 10-11. rokem u dívek a 12. a 13. rokem u chlapců. Psychomotorický vývoj je pro školní dítě velmi důležitý. Zdokonaluje se hrubá i jemná motorika. Nápadné je i zlepšení koordinace všech pohybů těla. Smyslové vnímání a řeč se u školního dítěte dále rozvíjí. Dítě je pozornější, pečlivější, vytrvalejší, méně závislé na svých okamžitých přáních a potřebách. Rozvoj krátkodobé i dlouhodobé paměti podporuje rychlý vývoj řeči. Roste slovní zásoba, délka i složitost vět. Díky psychomotorickému a kognitivnímu rozvoji je dítě připraveno na záměrné a plánovité učení. Pro dobrý duševní vývoj jedince je velmi důležitý pozitivní vztah k sobě samému-sebeúcta, sebedůvěra a schopnost komunikace (7, 21).

Vstup dítěte do školy je důležité období, které mění každodenní život dítěte. Přeměna předškoláka ve školáka je řazena mezi kritická vývojová období. V průběhu školní docházky se u zdravého dítěte nadále rozvíjí rozumové schopnosti, pokračuje vývoj v oblasti emoční, sociální, somatické a funkční. Podmínkou rozvoje je přiměřená zátěž. Některé děti nemusejí být ještě na školní docházku připraveny, i když na to mají odpovídající věk. Pokud není dítě dostatečně zralé, stává se pro něho škola nepřiměřenou zátěží, která u něho dříve nebo později vede k poruchám v oblasti somatického a psychického zdraví. Také vede k problémům v oblasti citové a v sociálním chování. Školní připravenost dítěte odkryjí testy školní zralosti, které jsou prováděny u každého dítěte před vstupem do školy. Šestileté děti potřebují čas i pomoc, aby se přizpůsobily školní docházce. Rodiče by jim proto měli být nápomocni a měli by si také všimnout známek únavy a stresu. Většina dětí potřebuje od učitele, vrstevníků, rodičů nebo starších sourozenců pomoci se čtením. Děti, které jsou při vyučování nepozorné, jsou podrobeny vyšetření zraku a sluchu. Dále se zjišťuje přítomnost poruch řeči, poruch učení nebo poruchy pozornosti (7, 43).

Intervence sestry:

Děti v tomto období mají odlišné vnímání zdraví nežli dospělí. Mohou věřit, že onemocnění způsobují bakterie, přestupky nebo špatné chování, které je nemocí

potrestáno. Je pro ně obtížné pochopit, jakým způsobem bakterie v organismu nemoc vyvolají. Vnímají příznaky onemocnění a ví, jak jim předcházet a zůstat zdraví. Při práci s touto věkovou kategorií je nutné zvážit kulturu i vývoj myšlení. Jestliže bylo dítě vedeno ke zdravým návykům v domácím prostředí a předškolním zařízení, pak jeho chování bude směřovat k aktivitám, které mají na zdraví pozitivní vliv (21).

Účinná výchova v oblasti zdravé výživy je cenným nástrojem při navozování zdravých celoživotních stravovacích návyků. Stravovací návyky dítěte v tomto věku by měly být v zásadě zdravé, pokud se dítěti předkládá dostatečně rozmanitá strava. Dítě by mělo dostávat tři hlavní jídla denně, mezi kterými se mu podá jedna nebo dvě svačiny. Děti si často svoji odpolední svačinu připravují po škole samy, je proto vhodné dohlédnout na její obsah. Výživové návyky dětí obvykle odráží návyky rodiny, například rodiče, kteří vynechávají snídani, budou mít problém přesvědčit dítě, aby snídalo. Nezdravé stravovací návyky vedou k vyššímu počtu obézních osob mezi mladými lidmi, vyššímu výskytu zubního kazu, alergiím a v pozdějším věku ke vzniku tzv. civilizačních chorob. V rámci prevence obezity během školního věku by měla dětská sestra povzbudit rodiče k následujícím aktivitám: Zhodnotit stravovací návyky rodiny. Přehodnotit konzumaci polotovarů a jídla z fast foodu. Podávat vyváženou stravu podle jídelní pyramidy, tzn. dostatek proteinů, mléčných produktů, vlákniny, ovoce a zeleniny, nízký obsah tuků a cholesterolu, méně sladkostí a soli. Zvážit způsoby odměňování dítěte, aby nedostávalo za odměnu jídlo. Začlenit diskusi o zdravém jídle. Podpořit konzumaci obědů ve školních jídelnách. Nedávat dítěti peníze na svačiny, ale svačiny připravovat doma. Zabránit jedení během sledování televize. Připravovat menší porce. Podpořit dítě, aby si připravovalo jídlo dle vlastního výběru, ale přitom respektovalo jídelní pyramidu. Povzbudit dítě k různým pohybovým nebo sportovním aktivitám (7, 19, 21).

Přiměřená tělesná aktivita a rekreace mohou zlepšit a posílit tělesnou, duševní i sociální pohodu. Dítě ve školním věku často více preferuje interakci s vrstevníky než s rodinou. Organizované sporty jako je fotbal, basketbal, atd. učí dítě týmové spolupráci, soutěživosti a ostatním sociálním dovednostem. Mnoho dětí školního věku rádo sbírá různé předměty, např. známky, čte, poslouchá rozhlas, sleduje televizi a hraje

počítačové hry. V devíti letech dítě projevuje zájem o hudbu a ochotně dochází i na hodiny hry na hudební nástroj. Dětská sestra by měla s rodiči prodiskutovat herní aktivity a zájmy dítěte.

Významným problémem ve školním věku je bezpečnost školáka. Rodiče by měli být informováni a vedeni k následujícím bezpečnostním opatřením: Měli by dítě naučit, jak se jmenuje celým jménem, jaká je adresa, telefonní číslo domů a celá jména rodičů. Naučit ho pravidla chování na silnici a cestu do školy nazpaměť. Do té doby, než dítě začne do školy docházet samostatně, mají chodit do školy s dítětem a učit ho, jak bezpečně přecházet ulici, poznávat s ním cestu do školy a pravidla týkající se cizích lidí. Dále je vhodné naučit dítě, co dělat a kam jít v případě neštěstí, např. obrátit se na sousedy nebo příbuzné. Samozřejmostí je bezpečnost při jízdě automobilem a používání ochranných pomůcek při sportovních aktivitách, např. helmu, suspensor, chrániče končetin, atd. Jsou-li rodiče držitelé zbraně, musí ji uchovávat pod zámek nebo mimo domov. V případě, že je dítě po návratu ze školy často samo doma a nikdo na něj nedohlíží, je ve větší míře vystaveno riziku nehod a pocitům osamocení a izolace.

Dále by měli být rodiče motivováni a vedeni k tomu aby: Dítěti ráno dopřáli dost času na přípravu do školy a s dítětem se ráno vesele rozloučili. Na konci dne dítě vyslechli a zajímali se o jeho život ve škole. Seznámili se s učitelem a zajímali se o školu, kterou dítě navštěvuje. Informovali učitele o náhlých nebo neobvyklých stresových situacích v životě dítěte. Domácí úkoly nechali s minimální asistencí zhotovovat dítě. Chválili úspěchy, kterých dítě dosáhlo, a vyvarovali se srovnávání s ostatními dětmi. Dávali dítěti pozitivní zpětnou vazbu. Stanovili si realistické cíle i úkoly. Kvalitně s ním trávili čas. Povzbuzovali dítě, aby hovořilo o svých problémech ve škole, o svých pocitech a starostech. Důvěřovali mu. Naučili dítě sebeovládání, přijímání důsledků svých rozhodnutí, vypořádání se s předsudky vůči ostatním. Citlivě s dítětem diskutovali o změnách vzhledu těla a zodpověděli otázky sexuality, užívání drog, alkoholu, atd. Témata týkající se rizikového chování by měla být se školáky probrána ve škole nebo v jiných institucích, které se této problematice věnují. Většinou jsou pořádány semináře nebo přednášky zaměřené jednak na prevenci užívání drog,

alkoholu, hraní automatů, kouření, šikanu, ale i na prevenci početí a pohlavně přenosných chorob.

Mezi nejčastější zdravotní problémy dětí ve školním věku patří onemocnění dutiny ústní, především zubní kaz. Některé děti mohou potřebovat zlepšit vzhled zubů nebo srovnat problémy s postavením čelistí a dítě pak potřebuje nosit rovnátka. Nošení rovnátek může u dítěte díky odlišnému vzhledu změnit představy o vlastním těle a vyvolat problémy se sebepojetím. Z tohoto důvodu by se měly děti učit jednak o tělesných změnách, kterými budou procházet, ale i o pomůckách, které některé děti potřebují ke zdravému vývoji. Reakce vrstevníků pak nebude vyvolávat u dítěte pocity méněcennosti (7, 43).

1.6.7 Období dospívání

Dospívání je důležitá etapa lidského života, která začíná objevením sekundárních pohlavních znaků a končí ukončením růstu a dosažení emocionální zralosti. Chlapci a dívky dospívají v různém věku, dívky dříve, chlapci o něco později. Nejčastěji se dospívání dělí na období pubescence a období adolescence (19, 21).

Pro dobrý duševní vývoj jedince je důležitý pozitivní vztah k sobě samému, fungující harmonická rodina, vstřícní a chápající přátelé a další dospělí, se kterými mladý člověk komunikuje, a tím rozvíjí své příznivé sociální návyky. Pro získání dovedností umožňujících překonávat životní překážky je důležitá sebedůvěra a dobrá schopnost vyrovnávat se s problémy a dalšími konflikty. Dobrý stav příští generace a jejich zdraví závisí na mladých lidech, ze kterých mají vyrůst odpovědní dospělí, dostatečně zralí na to, aby našli správný životní styl, správného partnera a přiváděli na svět zdravé děti (35, 41).

Dle IPPF mají mladí lidé následující potřeby: „Potřeba vyrovnat se s fyzickými a emocionálními změnami, které se odehrávají v dospívání. Potřeba navázat a udržet uspokojivé vztahy s ostatními – s rodinou, přáteli a společností jako celkem. Potřeba chápat a kladně reagovat na měnící se situaci, např. rozpad tradičních struktur a měnící se role muže a ženy. Potřeba vytvořit si hodnoty a dovednosti potřebné pro úspěšné

manželství, výchovu dětí a přináležitost k rodině, společenství a společnosti.“ (s. 129, Lemon)

WHO stanovila dorost jako samostatnou rizikovou populační skupinu se samostatným programem. Mladé lidi totiž ohrožuje celá řada sociálních, emocionálních a zdravotních rizik typických pro toto životní období. Hlavní příčinou úmrtí dospívající mládeže jsou v současnosti zranění spáchaná jak úmyslně (na sobě nebo v důsledku cizího zavinění), tak neúmyslně. U chlapců je počet těchto případů vyšší než u dívek. Roste působení televize, filmů a počítačových her, což může vést k růstu násilí mezi mladými lidmi a omezení jejich tělesné aktivity. V regionu se objevuje stále více případů týrání a sexuálního zneužívání. Touha vyrovnat se svým vrstevníkům, problémové rodinné prostředí, nedostatek zájmových činností a experimentátorství mohou vést k negativnímu rizikovému chování. Rizikové chování v dospívání se týká těchto oblastí: Zneužívání návykových látek – nikotin, alkohol, drogy. Negativní jevy v reprodukční oblasti - předčasný sex, časté střídání partnerů, pohlavní nemoci, nechtěná časná těhotenství, vznik prekanceróz a zhoubných nádorů děložního hrdla. Negativní jevy v psychosociální oblasti – poruchy chování, agresivita, kriminalita, úrazy deprese, suicidální jednání, poruchy školního prospívání až odchod ze školy, případná nezaměstnanost. Důležitou roli proto přináší primární prevence, týkající se dosud nezasazené populace a systematická, včasná a cílená výchova ke zdraví, na které se podílí společnost, stát, škola, rodina i vrstevníci. Právě rodiče a společnost, kteří jsou příkladem všem dětem i dospívajícím, se velkou měrou podílí na vytváření společensky uznávaných norem. Pro dospívající jedince je žádoucí připravit a zavést programy prevence a navazující opatření zacílené na drogovou závislost, sebevraždy, konzumaci alkoholu a nehodovost. Tyto programy by se měly vytvářet společně se sektorem práce a sociálních věcí, školstvím a dalšími relevantními resorty (35, 41).

Intervence sestry:

Adolescent vnímá vlastní zdraví, nemoci i zdravotní služby jiným způsobem než dospělí. V souvislosti s nemocí či úrazem má pocit nedotknutelnosti a neohroženosti,

a proto ne vždy uváží zdravotní rizika svého chování, což může vést k rizikovému chování a experimentování. Klíčovou úlohu v přijetí rizikového chování hrají vrstevníci, jejichž vliv na adolescenta je největší. Adolescent si svým rizikovým chováním, když je kladně přijímáno mezi vrstevníky, posiluje svou sebedůvěru i sociální vazby s nimi. Ve všech intervenčních i preventivních programech je proto důležité napomáhat celkovému zdravému životnímu stylu, názoru mládeže jako takovému a posilovat sebedůvěru adolescentů (7, 19, 21, 37).

Je důležité vysvětlit dospívajícímu i jeho rodičům, že ke zdravému životnímu stylu v dospívání patří nejen správná výživa, dostatek pohybu, správný režim dne a spánku, pohybové a zájmové aktivity, bez neúměrné zátěže sportovní nebo jiné, ale i nezneužívání návykových látek jako u dospělého. Nestačí podat pouze informace, je třeba hledat motivace pro zdravý životní styl, např. perspektivy. Před tím než dětská sestra provede jakoukoliv ošetřovatelskou intervenci, včetně edukační činnosti, je nutné, aby otevřela s adolescentem komunikaci a vyvolala v něm pocit pohody. K tomu přispívá neverbální komunikace sestry a její smysl pro humor. Dětská sestra by se ale na druhou stranu neměla chovat jako adolescent, protože takové chování bude adolescentem považováno za přetvářku. Pro úspěšnou komunikaci s mladými lidmi je dále nezbytné respektovat jejich soukromí a zachovávat diskrétnost (19, 21).

Intenzivní růst v tomto období klade zvýšené nároky na potřebu živin, které běžná strava nemusí krýt. Dospívajícím nejčastěji chybí vitaminy, mikronutriční složky a někdy i bílkoviny. V oblasti mikronutričních složek schází Fe, Mg, Zn, Jod a Ca. Ohroženi jsou především jedinci, kteří rychle rostou, tzn. jejich růstový přírůstek je 10 a více cm/rok, a velmi štíhlé dívky. Je proto vhodné upozornit na důležitost těchto látek v organismu a poskytnout dostatek informací nebo informačních materiálů s vysvětlením, v jakých potravinách se tyto složky vyskytují a v jakém množství by měly být přijímány. Dětská sestra může také poradit studentům, které potraviny jsou vhodné pro období zkoušek, tzn., jaké zlepšují paměť, jaké vedou naopak k ospalosti a ke zklidnění. Zdravotní výchova by se rovněž měla zaměřit na alternativní diety, přehnanou snahu o štíhlost a radikální diety při obezitě. V případech, kdy je některá

dieta dospívajícím držena, je nutné spolupracovat s dietologem. Důležité je i dodržování pitného režimu a výběr vhodných tekutin. Káva ani sladké sycené nápoje vhodné nejsou.

Dospívajícím je třeba podat informace o osobní hygieně, protože tělesné změny vyžadují častější koupání a používání deodorantů. Dětská sestra může dívkám pomoci ujasnit si menstruační hygienu, kosmetické potřeby a jejich používání. Adolescenty je třeba také varovat kvůli riziku krví přenosných chorob před půjčováním holicího strojku. Mezi mladými lidmi je v dnešní době velmi populární body- piercing a tetování, které jim slouží k vyjádření vlastní identity. Bylo by proto vhodné vytvořit edukační programy, které umožní adolescentům udělat informované rozhodnutí, vzhledem ke zdravotním rizikům a potenciálním komplikacím, které s sebou přináší. Tyto zákroky by měly být prováděny odborníky za použití sterilních nástrojů (7, 19, 21).

Cvičení a sportovní aktivity jsou dospívajícím velmi prospěšné a přispívají k jejich dobrému zdravotnímu stavu. Dospívající by měl být k těmto aktivitám povzbuzován a učen tomu, že pravidelné cvičení může zlepšit jeho výkon, výdrž, fyzický vzhled, náladu i zdraví jako takové. Mnohým adolescentům nesportovcům může dětská sestra poradit, aby alespoň omezili sedavý způsob života. Během slunečních dnů se mladí lidé rádi opalují. Dětská sestra by proto měla poskytnout základní poučení o nebezpečnosti slunečního záření a potřebě ochrany kůže ochranným faktorem minimální hodnoty 15. Nezbytná je také ochrana očí (19, 21).

Náročný úkol představuje sexuální výchova dospívajících. Dětská sestra, lékař nebo učitel, který se podílí na této výchově, se musí zbavit osobních postojů a zaujatosti, chápat sociální, kulturní a morální hodnoty a v širokých souvislostech rozumět fyzickému a psychologickému vývoji. Zdrojem sexuální výchovy jsou také televize, filmy, časopisy, počítačové chat roomy nebo internetové webservery. Informace, které poskytují, nejsou ale vždy přesné nebo přínosné. Již v 5. třídě lze vyučovat fyziologii reprodukčních orgánů a snižovat související problematiku dospívání, menstruační cyklus a osobní hygienu dospívajících. V 8. třídě se vyučující může zaměřit na techniky zvládnání situací na schůzkách a témata související se sexualitou, těhotenstvím a porodem. Nezbytné je podat informace o prevenci početí, očkování proti HPV, pohlavně přenosných chorobách, bezpečném sexu a tlaku vrstevníků. Na střední škole

se dále s výchovou pokračuje a mládež je informována o tom, jak se chovat v případě otěhotnění, o prenatální a postnatální péči a efektivních rodičovských technikách. Se studenty lze diskutovat o intimních vztazích a rozvinout aktivity, při nichž budou uvažovat o tom, co znamená milovat, kompromis, jak řešit problémy atd. Dále by se měly zdůrazňovat důvody, proč odmítat náhodný sex a připravit program pro plánované rodičovství.

V pubertě je také nejvhodnější podat poučení o samovyšetřovacích metodách v rámci prevence nádorových onemocnění. Dětská sestra proto poskytuje poučení mladým ženám o samovyšetření prsu a mladým mužům o samovyšetření varlat. Jsou-li k dispozici informační materiály nebo modely, lze je využít pro lepší názornost.

V oblastech rizikového chování mládeže se ukázalo se, že aktivity organizované vrstevníky mladých lidí mohou na mládež účinně zapůsobit a motivovat ji, aby odolávala škodlivým vzorům jednání a přijímala zdravější životní styl. Proto součástí programů určených starším dětem a dospívající mládeži mohou být výchovné kurzy a besedy připravované vrstevníky pro sebe navzájem. Tématem mohou být problémy spojené s konzumací alkoholu, drog a tabákových výrobků, sexuální zdraví, zvládnání stresu a výchova ke společenskému životu a rodičovství. To znamená zapojit školy do rozvoje zdraví i zdravotní péče v místní komunitě. Školy mohou například vést mládež k tomu, aby se podílela na akcích proti kouření nebo pomáhala starším občanům, kteří žijí osamocně. Tím dospívající získají lepší představu o skutečných problémech, kterým lidé ve svém životě čelí. Dětská sestra může pomocí primární prevence například motivovat mládež, aby nezačínala kouřit. Na druhé straně pomáhá těm, kteří již kouřit přestali.

Obecně také platí, že mladí lidé s dokončeným středoškolským nebo odborným technickým vzděláním mají mnohem větší naději na lepší zdraví, na získání práce i dobrý příjem. Vzdělání posiluje schopnost přijímat taková rozhodnutí, která vedou ke zdraví. Se vzděláváním souvisí i výběr povolání. Rodiče by si měli všímat, jaké mají děti zájmy, a podněcovat je, aby využívaly svého talentu, i když konečné rozhodnutí je na adolescentovi. Při volbě povolání může být nápomocen psycholog, který provádí testy dovedností a schopností a může při své práci seznámit dospívající mládež

se širokou škálou různých povolání. Nezbytné je při volbě povolání posoudit zdravotní způsobilost. Tento náročný úkol spadá do rukou lékaře, který rozhoduje nejen o tom, zda se mladistvý může vyučit nebo vystudovat ten určitý obor, ale i o tom, zda bude zvolené povolání schopen vykonávat i po letech (19, 21, 43).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

- 1) Zjistit náplň práce komunitní dětské sestry v zahraničí.
- 2) Zjistit názory dětských lékařů na stanovení komunitní dětské sestry.
- 3) Zjistit názory dětských sester na stanovení komunitní dětské sestry.
- 4) Vypracovat návrh náplně práce komunitní dětské sestry v ČR.
- 5) Zjistit zájem veřejnosti o působení sestry v oblasti ochrany a péče o zdraví dětí.

2.2 Hypotézy

- 1) Rodiče vyžadují preventivní programy, které by vedla komunitní dětská sestra.
- 2) Rodiče vyžadují preventivní programy, které by probíhaly mimo ordinaci lékaře.
- 3) Rodiče považují čas strávený s dětskou sestrou diskusí v rámci preventivní péče za nedostačující.
- 4) Rodiče považují čas strávený s dětským lékařem diskusí v rámci preventivní péče za dostačující.
- 5) Rodiče mají zájem o zavedení funkce školní sestry.

2.3 Výzkumné otázky

- 1) Jaké je povědomí zdravotnických odborníků v péči o dítě o komunitních sestrách pracujících samostatně s dětskou komunitou?
- 2) Jaké názory mají dětské sestry na vznik komunitní dětské sestry v ČR?
- 3) Jaké názory mají dětské lékaři na vznik komunitní dětské sestry v ČR?
- 4) S jakými institucemi, které se podílí na péči o zdraví dětí a výchově dětí, je třeba spolupracovat?
- 5) Jaké by mohla mít úlohy komunitní dětská sestra v ČR?
- 6) Na jakých místech by mohla komunitní dětská sestra pracovat?
- 7) Mají dětské sestry zájem pracovat samostatně?
- 8) Jaké jsou překážky v ustanovení komunitní dětské sestry v ČR?
- 9) Mají dětské sestry zájem o rozšíření kompetencí?

3. Metodické postupy

3.1 Použité metody a techniky

Ve výzkumné části této práce bylo využíváno kvantitativní i kvalitativní formy šetření. Technikou sběru dat byl dotazník a polostrukturovaný rozhovor.

Polostrukturovaný rozhovor probíhal na území České republiky u vybraných respondentů, dětských sester a dětských lékařů, podle předem připraveného scénáře. Zdravotnickí odborníci v péči o dítě byli osloveni telefonicky nebo emailem v Jihočeském kraji, Středočeském kraji a na Vysočině. Preferováni byli praktičtí lékaři pro děti a dorost a sestry pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Celkem bylo rozesláno 27 emailů do ordinací praktických lékařů pro děti a dorost. Z takto kontaktovaných odborníků odpověděly pouze 3 osoby, 2 praktické lékařky se omluvily z důvodu dovolené a 1 praktická lékařka společně se sestrou s rozhovorem souhlasily. Telefonicky bylo kontaktováno celkem 21 ordinací a rozhovor byl domluven se 4 ordinacemi. Celkem mělo být kontaktováno 5 dětských sester a 5 dětských lékařů.

Rozhovor byl zcela anonymní a obsahoval 22 otázek (viz příloha 2 a příloha 3). Otázky byly zaměřeny na komunitní sestry pracující v zahraničí, samostatnou práci dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, na spolupráci mezi zdravotnickými a školskými institucemi, na výchovu ke zdraví ve školách, na možné úlohy komunitní dětské sestry v ČR, na překážky ustanovení komunitní dětské sestry v ČR. Pro vytvoření konkrétní představy o náplni práce komunitních sester v zahraničí byl respondentům před otázkou 3 a 10 přečten krátký úryvek o sestře veřejného zdravotnictví (public health nurse), pracující na pediatrické klinice, a školní sestře (school nurse), pracující se školní komunitou (viz příloha 4)

Snažila jsem se zjistit především názory dětských sester a dětských lékařů na vznik komunitní dětské sestry v ČR a stanovit úlohy, které by mohla komunitní dětská sestra zastávat v České republice při práci s dětskou komunitou. Také jsem se snažila zjistit místa, kde by komunitní dětská sestra mohla pracovat a jaké jsou překážky pro ustanovení této nové funkce v ČR.

Rozhovory s jednotlivými zdravotnickými odborníky v péči o dítě byly s jejich souhlasem nahrány a poté písemně zaznamenány. Tyto záznamy tvoří výzkumný

podklad pro sestavení kategorizačních tabulek, ve kterých jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky šetření. Empirická část probíhala v období července 2008.

Pro sběr kvantitativních dat jsem využila metodu dotazování, technikou dotazníků. Dotazníky jsem sestavila na základě prostudované literatury a na základě svých vědomostí. Dotazníky byly určeny pro laickou veřejnost - rodiče dětí do 18 let. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval celkem 52 otázek (viz příloha 1). Respondenti volili z předem navrhovaných možností, ale u některých otázek měli i možnost odpovědět „jiné“. Pokud respondenti zvolili možnost jiné, žádala jsem je o doplnění této odpovědi. V případě 2 otázek byla požadována tvorba vlastní odpovědi. Pro vytvoření konkrétní představy o náplni práce komunitních sester v zahraničí byl respondentům před otázkou č. 16, 38 a 49 přečten krátký úryvek o návštěvní službě v zahraničí, sestře veřejného zdravotnictví (public health nurse), pracující na pediatrické klinice a školní sestře (school nurse), pracující se školní komunitou.

Pro oslovení širšího počtu laické veřejnosti jsem vytvořila webovou stránku, na kterou jsem umístila odkaz na stažení elektronické verze dotazníku. Tato stránka je dostupná z <www.zdravi-deti.ic.cz>. V rámci dotazníkového šetření byli oslovovali rodiče dětí do 18 let jednak osobně, ale i prostřednictvím elektronické komunikace. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků v tištěné podobě v Jihočeském a Plzeňském kraji a 15 písemných odkazů na webovou stránku v Jihočeském kraji. Odkaz na webovou stránku jsem také umístila na <www.baby-cafe.cz>. Dotazníkové šetření probíhalo od půlky června do konce července. Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2007.

3.2 Charakteristika sledovaného souboru

Zkoumaný soubor kvalitativního šetření tvořilo 9 respondentů. 5 sester, z nichž 4 pracují v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, 1 na příjmové ambulanci dětského oddělení okresní nemocnice a 4 praktické lékařky pro děti a dorost. Rozhovory s respondenty byly realizovány ve městech Pelhřimov, Soběslav, Tábor a Praha.

Zkoumaný soubor dotazníkového šetření tvořilo 73 respondentů (100%), kteří reprezentují laickou veřejnost. Z celkového počtu 60 rozdaných tištěných dotazníků

se jich vrátilo 40. Elektronicky mi bylo na emailovou adresu zasláno 33 vyplněných dotazníků.

4. Výsledky

4.1.1 Interpretace výsledků získaných polostrukturovaným rozhovorem se zdravotnickými odborníky

Respondentka 1(R1)

Praktická lékařka pro děti a dorost, Pelhřimov

Pojem komunitní sestra slyší R1 úplně poprvé a o její činnosti v zahraničí nikdy neslyšela. Představuje si pod ním sestru, která chodí do rodin.

Po přečtení náplně práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) na pediatrické klinice dedukuje, že pediatriů musí být v zahraničí daleko méně než u nás a pediater je specializovaným lékařem.

Jako přednost sestry veřejného zdravotnictví shledává její znalost komunity – jejich zdravotních problémů, větší kontakt s rodinou v jejím domácím prostředí a lepší možnost povšimnutí si sociálních problémů, které některé rizikové rodiny mají. Domnívá se, že sestra veřejného zdraví může velmi dobře sloužit jako mezičlánek zdravotnictví a sociálních služeb. Může například dříve signalizovat, že není v rodině něco v pořádku, že se o dítě nepečuje apod., a proto na to dříve upozorní a zkontaktuje sociální službu. R1 podotýká, že v dnešní době soukromých zdravotnických zařízení, přicházejí rodiče s dětmi k lékaři a dětská sestra a dětský lékař mnohdy problematiku rodin tolik neznají. Dětský lékař již nemá takovou možnost podívat se do rodinného prostředí a zjistit skutečnou situaci rodiny a jejího zázemí. V rodině se provádí maximálně první návštěva novorozence, která je hrazená pojišťovnou, a to jen tehdy, když tuto návštěvu rodiče akceptují. Další návštěvy již nejsou pojišťovnou propláceny. Kdyby ale R1 věděla, že se jedná o rodinu, která potřebuje i další návštěvy, dětskou sestru by tam poslala i za cenu, že jí tyto návštěvy nikdo neuhradí. Problém ale vidí i v tom, že mnohdy rodina ani o návštěvu v domácnosti nestojí. Při preventivních prohlídkách může lékař bohužel hodnotit pouze to, co vidí v ordinaci. Díky dlouholetým zkušenostem, které R1 má, zná některé rodiny lépe (protože dříve se do rodin chodilo více) a některé rodiny nezná.

Nevýhody a nedostatky péče poskytované sestrou veřejného zdravotnictví ji nenapadají. Proti činnostem, které sestra veřejného zdraví vykonává, nic nenamítá.

Poukazuje na to, že jedná-li se o erudovanou, vzdělanou sestru, pak samozřejmě může dělat standardizované testy hrubé i jemné motoriky a psychického vývoje samostatně. V ČR je ale zvykem, že tyto činnosti vykonává v rámci preventivních prohlídek lékař.

Na otázku, jestli by mohla obvodní dětská sestra pracovat samostatně i v ČR odpovídá: „Nevím, jestli by dětská sestra s dnešním systémem vzdělávání mohla samostatně vykonávat funkci obvodní dětské sestry. Musela by mít více praxe, aby mohla získat dostatečné zkušenosti“.

R1 si všímá velkého rozdílu mezi sestrami, které jdou na bakalářské a magisterské studium bez odborné přípravy na zdravotnických školách, a sestrami, které mají vystudovanou střední zdravotnickou školu. Domnívá se, že sestry bez střední zdravotnické školy nejsou natolik zkušené, aby mohly samostatně pracovat. Nemají tolik praxe u lůžka, jako tomu bylo v dřívějším systému vzdělávání, a díky tomu nemají praxi zažitou. Naopak sestry se střední zdravotní školou mají u lůžka více zkušeností a samostatně pracovat by podle ní zvládly.

R1 zná pojem školní sestra z doby, kdy byla vykonávána v ČR školní služba. Jedna sestra vždy řídila preventivní prohlídky ve školách, do kterých chodila. Tato služba již ale nefunguje.

Na otázku, jaký je Váš názor na vznik komunitní školní sestry v ČR, odpověděla: „Ano mohlo by to fungovat.“

Školní sestra by podle ní mohla zajišťovat neodkladnou pomoc u zraněných a nemocných dětí. Tím by pomohla rodičům i učitelům, protože když se ve škole něco přihodí, naruší to výuku, musí se kontaktovat rodiče. Ti ne vždy mohou hned přijít a mnohdy je nelze ani ihned kontaktovat. Školní sestra by se tak o dítě postarala až do příjezdu rodičů. Dále by mohla zajišťovat zdravotnický dozor na různých akcích, které škola má. Školní sestra by mohla koordinovat práci ve škole a vystupovat jako poradce, kdy by radila, co a jak udělat, aby se nestávaly úrazy. Také díky častému kontaktu se školní komunitou by mohla rodiče upozornit například na to, že je jejich dítě nevladatelné a že by s ním měli dojít ke specialistovi. Podle R1 by mohla také sledovat, zda se děti vyvíjejí tak, jak mají, a jestli nemají nějaký handicap. V neposlední řadě by mohla zajišťovat i výchovu ke zdraví a učitelům a rodičům by mohla pomoci

pochopit a ujasnit informace týkající se péče o zdraví. Podle R1 mají učitelé v dnešní době informací v oblastech výchovy ke zdraví a chronických onemocnění u dětí dostatek, protože jsou snadno dostupné na internetu. Na druhou stranu ale ne každý má informace stejné a každý je může i jinak pochopit. Na internetu jsou také některé informace vytržené z kontextu nebo příliš odborné. Pohled zdravotníka je konkrétnější a lépe vysvětlující. Kdyby ke školní sestře měli rodiče a škola důvěru, mohli by si své informace například doplnit, ujasnit, atd. R1 podotýká, že očkování by zajišťovat školní sestra neměla, i když se dříve do škol očkovat chodilo. Jsou známy komplikace, a proto se v dnešní době očkuje pouze ve zdravotnickém zařízení za přítomnosti rodičů. Pro další zajištění dítěte je to nejlepší a nejbezpečnější.

Zdravotnické zařízení respondentky spolupracuje: s dětským oddělením, kam jsou děti odesílány k hospitalizaci; se sociálními pracovníky při selhávání péče o dítě; s psychologem, s psychiatrem a logopedem, neboli s odborníky, kam jsou děti s dalšími problémy odesílány. Se školskými zařízeními zdravotnické zařízení respondentky již nespolupracuje. R1 dříve chodila do mateřských a základních škol a vyučovala zdravotní a pohlavní výchovu formou přednášek s prostorem na dotazy. R1 podotýká, že dříve měla každá škola svého pediatra, který zajišťoval školení i přednášky pro rodiče i pro děti. Dnes mají děti ve školách zdravotní výchovu, kterou je učí vyškolený pedagog.

Na otázku, zda si R1 myslí, že jsou k tomu učitelé kompetentní, odpovídá: „Nevím, jestli jsou k tomu kompetentní, ale dnes již učitelé nekontaktují pediatry, aby jim do školy přišel dětský lékař nebo dětská sestra udělat přednášku.“ R1 si myslí, že děti v dnešní době docela zdravotní povědomí mají. A když něco potřebují nebo mají problém, tak přicházejí do ordinace. Z tohoto důvodu spolupracovat školská a zdravotnická zařízení nemusí.

Podle R1 se rodiče o službách informují u praktických lékařů pro děti a dorost nebo ve školách a jsou informováni dostatečně. R1 má o službách, které může rodičům nabídnout, ve svém okolí přehled.

Na otázku, jaké úlohy by mohla komunitní dětská sestra zastávat v ČR, R1 odpovídá: „Je to těžké říci, protože systém je úplně jinak postaven než v zahraničí.“

Mohla by ale samostatně pracovat s rodiči a dětmi v domácnosti jako mezistupeň mezi registrujícím lékařem. Ale nedovedu si představit sestru, která pečuje, sleduje a očkuje dítě, tzn., že má stejné kompetence jako lékař. Co by potom dělal lékař? Jestli by se „neprali“ o jednoho klienta. „ Také bych viděla, že by měla ordinaci ve škole. To bych si dovedla představit, protože dnes jsou školy velké, integrované, jsou tam děti s handicapem a v takových školách by práce byla. “

Jako překážky R1 udává: otázku zaměstnavatele takové sestry, otázku jasně vymezených kompetencí a otázku financí. Neví, kdo by dal požadavek, aby vzdělaná sestra s praxí měla své pracovní místo, a obává se, že by to dopadlo stejně jako s herní specialistkou. Tu když chce někdo zaměstnat a ví, že by ji na oddělení využili, nemá pro ni pracovní zařazení. Nejsou pro ni totiž vypracované profesní tabulky, a proto ji zaměstnat nelze. V tom vidí R1 stejný problém i se školní sestrou. Jak školní sestru zařadit do školy, aby měla pracovní místo, a kdo by ji financoval – město?

Na další otázku R1 odpovídá: „Dnes budou dětské sestry tak vzdělané, tak proč by neměly mít zájem pracovat samostatně. Ale musely by přijmout i plnou odpovědnost a celoživotní vzdělávání.“

R1 neví, jaké kompetence by měly být rozšířeny. Poukazuje na to, že neví, jaké je vzdělávání – co se sestry konkrétně naučí a že záleží na pracovní pozici, na které by měla dětská sestra samostatně pracovat.

Na závěr podotýká: „V budoucnu možná doba uzraje a bude připravena i na samostatnou obvodní sestru. Možná bude na okrese málo pediatrů, jeden nebo dva, dětská oddělení nebudou všude a nemocnice budou specializované. V dnešní době si nedovedu samostatnou obvodní sestru představit.“

Respondentka 2 (R2)

Praktická dětská lékařka pro děti a dorost, Soběslav

Pojem komunitní sestra R2 ještě neslyšela, ale představuje si pod ním všeobecnou sestru pro veřejnost a sestru u praktického lékaře.

Po přečtení úryvku o sestře veřejného zdravotnictví R2 podotýká, že tento systém samostatné práce sestry funguje přesně i u ní v ordinaci, a proto se bude blíže zmiňovat o tom, jak to v její ordinaci funguje. Se sestrou je na samostatné práci domluvená. V ordinaci, kde R2 pracuje, je zvykem, že návštěvní službu vykonává sestra, která spolupracuje i s porodní asistentkou. Sestra samostatně vykonávat návštěvní službu může, ale nemá nasmlouvané kódy a pojišťovně se to proto nevykazuje jako návštěva. Návštěvu v rodině její sestra indikuje podle individuální potřeby rodiny. Do 6 týdnů po narození dítěte si také zve rodiče na tzv. konzultace, u kterých R2 ani není potřeba. Sestra posoudí celkový stav dítěte, poučí matku, které také poradí v různých záležitostech. Jako příklad uvádí situaci, kdy sestra zjistí, že dítě špatně přibývá na váze. S matkou proto probere jídelníček, noční spánek a navrhne určitá opatření, kterými se matka začne řídit. Když dítě začne přibírat, je vše v pořádku. Když ne, může se jednat o onemocnění, a potom spolupracují společně R2, sestra a rodina.

Důležité je rodičům vše opakovat, doporučovat výrobky, aby matka věděla, co má v jaké situaci dělat a podat.

Jako výhody samostatné práce sestry R2 vidí: Samostatnou edukaci rodiny a díky tomu i větší znalosti rodiny v péči o dítě. Čas, který R2 získá na další záležitosti, ať po stránce odbornosti, nebo další spolupráce s různými organizacemi. Spokojenost rodiny s časem, po který se jim mohou obě věnovat. Zvyšování prestiže sesterské profese. Samozřejmě je důležité, aby se sestra vzdělávala, byla komunikativní a práce s rodinou ji těšila. R2 říká: „Mám výhodu v tom, že sestra, se kterou v ordinaci pracuji, před tím pracovala na očním, neurologii, kožním, a díky tomu zná mnoho dalších odborných věcí. Před tím než pacient vejde ke mně do ordinace, dokáže u něho posoudit mnoho věcí. Dalo by se říci, že mi dělá takové předvyšetření, kdy zjištěné výsledky rovnou zapíše do počítače a já je hned vidím. Nebo rovnou edukuje, například dětem s atopií, alergií a jejich rodičům vysvětluje stravování, oblékání, atd. Dá jim publikace,

v klidu si s nimi sedne a povídá si s nimi třeba 1,5 hodiny tak, aby pochopili, jak taková péče o dítě se zdravotním problémem ij., asi vypadá.“ Sestra, která v ordinaci pracuje, předepíše i léky. Jedná-li se o děti, které užívají stálé léky, je s R2 domluvena, že to dělat může, a v případě, že má nějakou pochybnost, obrátí se na ni.

Nevýhody v samostatné práci nespátřuje.

To, jestli dětské sestry samostatně pracují i u kolegů neví. Podotýká, že v současné době je to více o zájmu sestry a zájmu lékaře. Pokud lékař nemá zájem o to, aby se jeho sestra vzdělávala, aby jakkoliv komunikovala s lidmi, protože platí jen to, co řekne lékař, sestra samostatně pracovat nebude. Na druhou stranu je ale řada lékařů, kteří berou sestru jako pomocnici, která s lékařem vede ordinaci a některé pravomoci jí rádi přenechají, například různé edukační věci, očkování, zvaní pacientů, atd.

Aby mohly sestry samostatně pracovat v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost jako partneři lékařů, potřebovaly by změnu legislativy.

Po přečtení úryvku o školní sestře R2 podotýká, že to není nic nového a dříve v ČR tato služba již fungovala. R2 by osobně v mateřských a základních školách komunitní dětskou sestru vítala. Myslí si, že by její prvotní náplní měl být u každého dítěte, které do školy přichází, především ranní screening. Dětem by se komunitní dětská setra měla podívat do krku a na jazyk. Svůj postoj vysvětluje tím, že spoustu nemocných dětí odvedou rodiče do škol, a tím vystavují i ostatní děti nákaze. Jako příklad uvádí dítě, které mělo večer teplotu 39 °C, a ráno šlo do školy. Poukazuje na to, že dříve tento screening probíhal v jeslích, kdy se sestra podívala každému dítěti do krku. Když mělo krk zarudlý, tak upozornila rodiče, že dítě do jesliček nevezme. Tento screening je užitečný proti velkým náhlým epidemiím, například planým neštovicím, angínám. Podle R2 by sledování růstu a vývoje bralo práci praktickým lékařům, kteří by ztráceli komunikaci se svým pacientem. R2 by ale vítala práci komunitní dětské sestry v oblasti zdravotní péče, sezení a povídání s dětmi o zdraví, zajišťování akutní první pomoci. R2 říká: „Děti předškolního věku jsou schopné se naučit velmi mnoho věcí. Například 4leté dítě je schopné pochopit zásady atopika a tyto zásady dodržovat. Proto by bylo jistě dobré vytvářet pro děti programy, mít

s dětmi každý den chvilku a opakovat s nimi určité zásady zdraví – to budou potřebovat celý život. Forma desatera by byla u zdraví právě dobrá. Například když dítě uvidí otevřenou ránu, vybaví si 1, 2, 3, 4, 5... a je jedno, jestli to bude zveršované nebo dané do písničky.“

Všechno, na čem si R2 myslí, že práce komunitní dětské sestry stojí a padá, jsou peníze. Když se najde někdo, kdo to zaplatí, tak to podle ní může fungovat. Například v soukromých školách. Ve státních zařízeních se ale omezují prostředky, snižují se stavy učitelů a finance zde na komunitní sestru nejsou.

Ordinace, kterou R2 provozuje, spolupracuje s Baby klubem v Soběslavi, s oběma mateřskými školami v Soběslavi, se základní školou, s porodní asistentkou a různými firmami. Do Baby klubu chodí sestra přednášet o zdravotních tématech nebo tam R2 pošle zástupce firem, kteří matkám něco ukáží. Například vaření a ochutnávky všech druhů kaší, zdravotní boty pro děti, atd. R2 by ještě do spolupráce s Baby klubem chtěla zapojit Vodní záchrannou hlídku, která je vynikající v otázce školení první pomoci, ale zatím ještě nemá čas. Problémem jsou i finanční prostředky. Matky v Baby klubu platí jen malý členský poplatek, aby si každá mohla členství dovolit. Se službou poskytovanou Vodní záchrannou hlídkou nebo i jinou službou by byl poplatek vyšší. Spolupráci s mateřskými školami R2 popisuje takto: „Školky chodí do ordinace pravidelně, tak 1krát za půl roku. Přijdou se podívat všechny třídy na to, jak to vypadá u pana doktora. Sestra si je vždy vezme v čekárně. Napřed jim ukáže kartičku, vysvětlí jim, proč ji musí nosit, co na ní je, jak poznáme, která kartička komu patří, proč musí chodit děti s rodiči, proč nesmí chodit samy, a potom je vezme do své ordinace. Tam je zvážíme a změříme. Dětem, které mají zájem, také změříme tlak, vyšetříme oči. Když se najde dobrovolník, který se nechá píchnout do prstu, ukážeme jim přístroj na měření hemoglobinu. U mě v ordinaci jim ukáží fonendoskop a děti si zkusí na dobrovolníkovi poslechnout, jak to vypadá, když člověk dýchá, když mu tluče srdíčko. Nechám je také vždycky zakřičet, aby věděly, jak to bolí v uších, když jsou hlučné. Pak vytáhnu otoskop a dobrovolníkovi koukají do ucha. Na obrázcích na stěnách jim ukáží, jak vypadá angína, jak to vypadá na průduškách, když budou kouřit, jak to vypadá ve zdravých průduškách a průduškách astmatika. Na přístroji si pak děti mohou zkusit

sílu dechu a naměřit výdechovou rychlost. Děláme to hlavně proto, aby se děti nebály. Většinou do ordinace chodí předškoláci, 1. a 2. třídy.“ R2 také chodí občas přednášet pro 7. a 8. třídy základních škol, když mají děti předmět Zdravověda. Škola ji kontaktuje a požádá ji o „extra“ přednášku. Sestra zase chodí do mateřské školy, když o to škola požádá.

V čekárně na stěně mají tabuli, kde vystavují výtvary dětí. Například tam byly vystaveny obrázky toho, jak si děti představují bacily. Podle R2 je spolupráce se školou úžasná.

R2 si myslí, že by zdravotnická zařízení měla spolupracovat se školskými zařízeními. Neví ale, jestli její kolegové spolupracují, nebo ne.

R2 si myslí, že úroveň znalostí učitelů je dobrá. Problém však vidí v tom, že mají přeplněné osnovy a že výchova ke zdraví není systematická od 1. do 9. třídy. R2 říká: „Děti se zdravovědu naučí zejména v rodině a ve škole. A jestliže chybí například základní hygienické návyky v rodině, pak je problém pro školu to tyto děti naučit. Na druhou stranu, když to v rodině funguje dobře a ve škole ne, pak se dítě rychle přizpůsobí kolektivním návykům. Je spousta drobných věcí, které by měly děti vědět. Měly by je vědět hlavně rodiče, kteří je nevědí. Chybí jim praktické základy dezinfekce ran, co dělat, když má dítě teplotu, pravidla dehydratace apod. Je mnoho rodičů, kteří jsou vzdělaní, ale přesto v rodině tyto zdravotní základy nefungují.“ Jako příklad R2 uvádí: „Když chce někdo řídit auto, musí k tomu udělat řidičský průkaz, za který musí zaplatit a musí prokázat, že je schopen auto řídit a vlastnit. Ale pořídit si dítě může každý a nepotřebuje k tomu nic. A já bych tohle trošku změnila. Bylo by dobré, kdyby rozdělování sociálních dávek bylo určitým způsobem vázané na vzdělání. Aby si rodiče museli jít někam sednout, kde jim někdo poví, jak mají jednat s dětmi, co by děti měly umět apod. Tímto způsobem by se úroveň vědomostí, učení a zdravovědy dostaly na podstatně vyšší stupeň a za stejné peníze. Navíc by se dalo zaměstnat mnoho lidí, kteří by to realizovali. Netvrdím, že u všech, ale 60% romské komunity je hygienickými pravidly nedotčeno. A přesto, že své děti milují, nemají ponětí, jak si s dětmi hrát, aby to pro ně bylo přínosné. Je spousta dětí, které ve třech letech nezná barvy a tvary, a pak je to ve školce se zpožděním doučují.“ Podle R2 by se mělo jednat o skupinová setkání,

kde by se rodičům dávala razítka za účast. Pokud by rodiče donesli průkaz, že mají za sebou preventivní prohlídku a školení, tak by na další čtvrt roku brali rodičovské přídavky. Právě tato setkání by mohla podle R2 vést komunitní dětská sestra. Podmínkou by ale byla její předchozí praxe v terénu. Taková sestra musí mít nejen vzdělání, ale musí znát také sociální situaci komunity. Velice často se totiž stává, že pacienti dostanou v nemocnici informaci, které chybí návaznost na terén. Pracovníci v nemocnici většinou nevědí, jak to chodí v terénu a na obvodě. Komunitní dětská sestra, která by zajišťovala edukaci, nemůže být odloučena od praktického lékaře, aby neříkala něco jiného než lékař. Měla by částečně pracovat s lékařem a domluvit se s ním na vhodných postupech.

Podle R2 by bylo třeba nějakým způsobem upravit, legalizovat pravomoc sestry. Jako příklad udává pravomoc sestry v očkování. R2 se domnívá, že sestra je zcela schopná posoudit, zda je či není dítě schopné očkování podstoupit. Proto by měla mít pravomoc rozhodnout, zda dítě očkovat či neočkovat.

Respondentka 3(R3)

Sestra pracující v ordinaci PLDD, Soběslav

Pojem komunitní sestra R3 ještě neslyšela a o její činnosti v zahraničí neví.

Po přečtení úryvku o sestře veřejného zdravotnictví (public health nurse) R3 říká: „Já jsem samostatně pracující sestra a u nás v této ordinaci to takhle funguje. Mám svoji ordinaci a myslím si, že se to dá přirovnat k praxi v zahraničí“. S lékařkou je R3 na samostatné práci domluvená. V ordinaci, kde pracuje, je zvykem, že návštěvní službu vykonává samostatně, má pro ni služební kolo a služební vůz. V rámci návštěv spolupracuje s porodní asistentkou, se kterou si vyměňuje informace. Například porodní asistentka zjistí, že matka špatně koupe, nesprávně kojí, má popraskané bradavky, a dá respondentce vědět o těchto problémech. Rovnou se s ní domluví, že není třeba, aby klientka chodila ten samý týden do ordinace na konzultace, protože jinak je vše v pořádku a stačí, když přijde až na další termín. Matky samozřejmě mohou s R3 nebo lékařkou kdykoliv konzultovat po telefonu a vědí, že za nimi R3 kdykoliv může přijít domů. Do 6 týdnů po narození dítěte si R3 zve rodiče na tzv. konzultace, u kterých lékařka není potřeba. R3 posoudí celkový stav dítěte, poučí matku a poradí jí v různých záležitostech. R3 nedělá skupinová setkání v ordinaci, ale pracuje s jednotlivci, popřípadě s rodinou. Na konzultacích dítě zváží, změří, zhodnotí celkový stav, barvu kůže a sliznice, může nabrat hemoglobin, CRP, atd. Když se jí něco nezdá, pošle dítě do ordinace k lékařce.

Tím, že lékař dovolí sestře komunikaci s lidmi, sestra „nevyhoří“. Ale naopak se i od rodičů dozví spoustu zajímavých věcí a ještě je mezitím povzbudí. Je dobré dát sestře prostor, aby také ukázala něco svého. R3 takovou možnost měla. R3 je všeobecnou sestrou se specializací oftalmotrabolog, s brněnským doškolením dermatovenerologie, se školením na neurologickou sestru. R3 je v Asociaci sester v dermatovenerologické sekci a díky tomu samostatně každý pátek sněží v ordinaci bradavice. Pediatrická sestra tedy není. Když ale na přání lékařky nastoupila, společně s lékařkou absolvovala mnoho školení v pediatrické péči a neustále se vzdělává. R3 dodává: „Mám hodně certifikátů ze školení. Dnes již na pediatrických školeních přednáším.“ V roce 2001 získala R3 ocenění roku sestra ambulantní péče.

Jako výhody samostatné práce sestry R3 vidí: Samostatnou edukaci rodiny a díky tomu i větší znalosti rodiny v péči o dítě. Čas, který lékařka získá na další záležitosti, ať po stránce odbornosti nebo další spolupráce s různými organizacemi. Spokojenost rodiny s časem, po který se jim mohou obě věnovat. Zvyšování prestiže sesterské profese.

Sestry by podle R3 potřebovaly změnu v legislativě, aby mohly pracovat samostatně v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Například by měly mít pravomoc posoudit, zda dítě může nebo nemůže být očkováno. Zatím sestra kompetence k posouzení kontraindikací očkování nemá a musí počkat na vyjádření lékaře. O tuto pravomoc by R3 stála. Dále by byla potřeba lepší motivace lékařů a sester k samostatné práci. R3 říká: „Podle mého názoru by lékař za erudovanou, školenou a vzdělanou dětskou sestru měl dostávat od pojišťovny větší kapitální platbu a díky tomu ji i dobře zaplatit. Mělo by to být ve smlouvě s pojišťovnou, že pokud se jedná o kvalitní pracoviště s takto samostatně pracující sestrou, dostane lékař za kapitaci více. A potom výkony, které sestra dělá, budou nadále v rámci kapitace. Lékař i sestra ale bude mít krédo dobrého pracoviště a za bonus bude lékař moci takovou sestru zaplatit. Lékaři pak přestanou stát o to, aby zaměstnávali například svoji manželku za 4000 Kč, která je spíše ekonomicky zaměřená a o pediatriickou odbornost se příliš nezajímá.“ R3 dodává, že z vlastní zkušenosti ví, že od té doby, co nastoupila (cca od roku 2000), má lékařka 1krát tolik pacientů. Pacienti do ordinace dojíždějí i z míst, kde jsou dostupní i jiní lékaři. Lidé si své zkušenosti s lékaři a sestrami předávají mezi sebou a zvolí si kvalitnější pracoviště.

Rozdíl praktických sester je znát, když má ordinace, v níž R3 pracuje, zástup. R3 říká: „To mě těší. Já se celých 8 let snažím o edukaci svých rodičů a dětí. Jsem velmi potěšena tehdy, když přijde naše matka a řekne, že má dítě 3 dny teplotu, dostalo průjem, ale ten průjem je 2 krát denně - řídká voda, nesmrdí to, dali jsme Smectu a jdeme pro jistotu kvůli břichu. Naše matky přesně vědí, co mají hodnotit a sledovat. A to i romské matky. Ale aby se tohle naučily, musely jsme je neustále vzdělávat, rozdávat letáky, psát jim pokyny atd. A když s lékařkou vidíme ten rozdíl, když přijde matka, kterou v těchto věcech školíme, a matka od jiného registrujícího lékaře, kde

je to pole neorané, tak tyto matky nevědí, co mají sledovat, co dítěti podat, jaká zvolit opatření, kdy vyhledat lékaře, atd. “

Školní sestra by podle R3 byla přínosem, ale domnívá se, že na to nebude mít stát finance. Mohla by být jak v základních, tak i mateřských školách. Její náplní by měl být ranní screening u každého dítě, které do školy přichází. Dětem by se setra měla podívat do krku a na jazyk. Svůj postoj vysvětluje tím, že spoustu nemocných dětí rodiče do škol odvedou. Vystavují tím nákaze i ostatní děti. Jako příklad uvádí vyjádření matky: „Včera zvracel, měl teplotu. Ráno už měl ale jenom 37 °C. Jedou na výlet, tak mu to přeci nepokazím, vždyť on se tak těšil. “ Matka si potom vypne telefon a není na příjmu. Díky tomu, že mají sestry vzdělání i v oblasti sociální, psychologické apod., by sestra mohla ve škole zastávat i funkci psychologa a provádět různé preventivní programy, například protidrogovou prevenci.

Ordinace, ve které R3 pracuje, je zároveň školícím pracovištěm pro vyšší odborné zdravotnické školy. Ordinace také spolupracuje s Baby klubem v Soběslavi, s oběma mateřskými školami v Soběslavi, se základní školou, s porodní asistentkou a různými firmami. Do Baby klubu chodí R3 přednášet skupině matek. Například jim přednáší o očkování, výživě a jiných zdravotních tématech. Jedná se o krátké přednášky.

R3 si myslí, že by zdravotnická zařízení měla spolupracovat se školskými zařízeními.

R3 se domnívá, že samostatně pracující dětská sestra může dělat všechno. Například i opatrování a hlídání dětí. K tomu R3 dodává: „Když za hlídání dětí od rána do večera bude mít dětská sestra více peněz než u praktického lékaře, tak proč by u něj pracovala za 6000 Kč nesamostatně?“ Stejně jako R2 se R3 domnívá, že by bylo dobré, kdyby rozdělování sociálních dávek bylo určitým způsobem vázané na vzdělání rodičů. Rodiče by si měli jít někam sednout, kde jim odborník poví, jak mají jednat s dětmi, co by děti měly umět apod. Tímto způsobem by se úroveň vědomostí, učení a zdravotně dostala na podstatně vyšší stupeň a za stejné peníze. Po předložení potvrzení absolvovaných školení a preventivní prohlídky by rodiče získali rodičovské přídatky na další čtvrt roku. Tato setkání by mohla podle R3 vést komunitní dětská

sestra. Podmínkou by bylo jednak její vzdělání, ale i praxe v terénu a znalost sociální situace komunity.

Kromě vzdělání záleží podle R3 také hodně na osobnosti člověka, na jeho přístupu k práci a k lidem. Ne každá sestra by proto mohla vykonávat samostatnou práci dobře.

Respondentka 4 (R4)

Praktická lékařka pro děti a dorost, Tábor

Pojem komunitní sestra R4 nic neříká. O činnosti komunitních sester v zahraničí neslyšela.

Po přečtení úryvku o sestře veřejného zdravotnictví (public health nurse) R4 podotýká, že samostatná práce sestry záleží hodně na tom, jak je sestra zkušená.

Jako výhodu práce sestry veřejného zdravotnictví vidí možnost neomezených návštěv matky s novorozencem a kojencem v domácnosti. Myslí si, že i rodiče v ČR by ocenili, kdyby k nim mohla zajít dětská sestra nebo dětský lékař častěji než jedenkrát. R4 vzpomíná na dobu, kdy chodila do rodin třeba 2 až 3krát a děti se do ordinací ani nemusely zvat. Tento systém neomezených návštěv byl výhodný, protože si lékař nebo sestra mohla rodinu lépe odhadnout a věděla, co jim nejde a v čem mají problém. Dnes díky omezení návštěvní služby rodiče častěji volají do ordinace a chtějí konzultace po telefonu. Nevýhodou takové konzultace je časová náročnost a delší čekání pacientů. Dalším problémem spojeným s konzultací po telefonu je to, že se těžko odhaduje, z čeho problém vznikl. Podle R4 jsou častější dotazy a problémy rodičů v péči o dítě také dány změnou tradičních struktur rodin. Dříve matkám více pomáhali prarodiče a rodiny měly více dětí. Matky se tak učily o děti pečovat přirozenou cestou od útlých let. Dnes tomu již tak není, a proto by se návštěvní služby omezovat neměly. Naopak by měly být vykonávány podle potřeb rodičů. R4 dodává: „Jsou ale i lidé, kteří nechtějí, abych k nim přijela do domácnosti, a rovnou přicházejí do ordinace. Takových je ale málo.“ Problém vidí R4 i v tom, že do některých rodin jezdí porodní asistentka, která s ordinací nespolupracuje a rodičům říká jiné věci než pediatr.

Jako nevýhodu péče poskytované sestrou veřejného zdravotnictví vidí malý kontakt zdravého dítěte s lékařem. R4 se domnívá, že je velmi důležité, aby lékař znal dítě, když je zdravé. Protože lékař, který dítě zná, dokáže i lépe posoudit, zda je dítě hodně nebo málo nemocné. Je to dáno tím, že se liší jak děti, tak i příznaky nemocí. Jako příklad R4 udává práci na pohotovosti. Děti, které nezná, obtížněji diagnostikuje, protože neví, jak se normálně projevují a co je pro ně běžné.

Aby mohla sestra pracovat samostatně, musela by mít pronajatou i svou místnost. R4 si ale nemyslí, že by dětská sestra měla pracovat samostatně bez lékaře. Ze své osobní zkušenosti ví, že rodiče potřebují v některých situacích přesvědčit lékařem (například alternativní rodiče, kteří odmítají očkování). Také poukazuje na to, že je někdy problém, aby se rodiče na preventivní prohlídky vůbec dostavili.

Po přečtení úryvku o školní sestře R4 vzpomíná na to, že školní služba dříve fungovala a ona ji zajišťovala. Myslí si, že by školní sestra v dnešní době moc nefungovala - hlavně kvůli špatné spolupráci s dětmi a rodinou. Podle R4 se zajímají a komunikují pouze lidé, u kterých je vše v pořádku. Ti, co potřebují péči, většinou s nikým nekomunikují. Proto se domnívá, že by zavedení školní sestry v každé škole nefungovalo.

Na druhou stranu si ale dokáže představit, že by fungovala komunitní sestra pro výchovu ke zdraví, která by dělala různé vzdělávací programy v mateřských školách. To by podle ní bylo určitě přínosné. Tato komunitní sestra by například mohla vést výchovné programy o výživě, životním stylu, atd.

Ordinace spolupracuje se sociální službou, s Focusem i jinými organizacemi, které R4 kontaktují. Pro Fokus R4 vytipuje děti, které by mohly využívat jeho služeb a organizaci jim doporučí. Ostatní organizace, které ordinaci vyhledají, R4 nechají různé letáky pro rodiče a pro děti. R4 neví, jestli by měla spolupracovat školská a zdravotnická zařízení, ale domnívá se, že o spolupráci se zdravotnickými zařízeními nemají školská zařízení již zájem.

R4 se domnívá, že informovanost mladých rodičů o nabízených službách je díky internetu dobrá. Starší generace informována není.

Na otázku, jaké úlohy by mohla komunitní dětská sestra vykonávat v ČR, R4 odpovídá: „Asi by nebyla špatná i ve škole, ale nesedělo by mi tam to očkování.“ Školní sestra by podle R4 mohla pracovat jen ve velkých školách. Tam by u dětí mohla sledovat růst a vývoj, provádět screening skoliózy, měřit krevní tlak, sledovat obézní děti, edukovat rodiče i děti a poskytovat neodkladnou péči. Její náplň práce zdůvodňuje R4 tím, že děti jejich registrující lékař nevidí celé dva roky, během kterých se u dětí mohou projevit různé problémy. Například velmi častý je výskyt skoliózy

u dospívajících dětí, čehož si rodiče často ani nevšimnou. Dalším příkladem je naměření vysokého krevního tlaku u starších dětí, kdy je pro lékaře těžké odlišit, jestli se jedná o fyziologickou reakci ze strachu nebo o patologii. Některé starší děti, když jsou zdravé, na preventivní prohlídky ani nechodí. Školní sestra by děti viděla častěji a to by byla výhoda. Podle R4 by dítě chodilo jak ke svému praktickému lékaři, tak i ke školní sestře. Prostřednictvím elektronické dokumentace by tito odborníci mohli spolupracovat a vyměňovat si informace. R4 podotýká, že v Rakousku mají velké školy běžně psychologa i lékaře s vyhrazenými hodinami a funguje to tam. U nás to jen není zavedené a lidé na to nejsou zvyklí. Dále by komunitní dětská sestra mohla vykonávat výše zmíněnou návštěvní službu v domácnosti a tím pomáhat rodinám. R4 se také domnívá, že by mohla pořádat skupinová setkání pro matky malých dětí. O tato setkání by podle ní matky stály. Představovala by si je formou konzultací na téma - například co dělat, když je teplota, problematika psychogenní zácpy, problematika pomočování, výživa, atd. Rodiče totiž často nevědí, co mají dělat, když je nějaký problém. Forma skupinových setkání by byla přínosem i ve výměně zkušeností mezi jednotlivými rodiči. Komunitní sestra by také mohla zajišťovat konzultace po telefonu. Mnoho lidí jenom telefonuje a spoustu věcí zvládnou rodiče sami, aniž by museli jít ihned k lékaři.

Překážkami v zavedení komunitní dětské sestry jsou podle R4: potřeba jasně vymezených kompetencí, pojišťovny, finance a zájem rodičů, kteří nadále preferují konzultace s dětským lékařem.

R4 neví, jestli by měly sestry zájem o samostatnou práci. Předpokládá, že mladší sestry by takovou práci vykonávat chtěly, protože se tolik nebojí zodpovědnosti a nemají ještě takové negativní zkušenosti s rodinami. Starší sestry by o tuto práci podle R4 zájem neměly.

Kompetence sester by R4 rozšířila o více návštěv v rodinách.

Respondentka 5 (R5)

Sestra pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, Tábor

R5 se ještě s pojmem komunitní sestra nesetkala. O činnosti komunitních sester v zahraničí nic neví.

Po přečtení úryvku o sestře veřejného zdravotnictví (public health nurse) R5 podotýká, že v ČR takový systém nefunguje a neví, jestli někdy fungovat bude. Poukazuje na to, že to, co dělá sestra veřejného zdravotnictví na pediatrické klinice sama, dělá společně sestra a lékař v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Na druhou stranu díky současnému vzdělávání sester, kdy je potřeba sester vysokoškolsky vzdělaných s větším objemem znalostí, než tomu bylo dříve, je samostatná práce sester možná. R5 si ale nedokáže představit, kde by samostatná praktická dětská sestra měla pracovat. Předpokládá, že by musela mít svou místnost. R5 samostatně provádí jednu návštěvní službu novorozence, zve děti s rodiči do poradny a s lékařkou provádí preventivní prohlídky dohromady. Děti váží, měří, vyšetřuje oči, měří tlak a potom je pošle lékařce, aby provedla odbornou práci. Edukaci rodičů a dětí provádí ve spolupráci s lékařkou, kdy záleží na tématu a na rodičích. Ve spolupráci s lékařkou také zodpovídá dotazy rodičů po telefonu.

Nedostatky práce sestry veřejného zdravotnictví R5 žádné nespecifikovala.

Jako výhodu ale vidí možnost neomezených návštěv matky s novorozencem a kojencem v domácnosti. Myslí si, že i rodiče v ČR by ocenili, kdyby k nim mohla zajít dětská sestra nebo dětský lékař častěji než jedenkrát. Vzpomíná na dobu, kdy se do rodin chodilo více. Sestra do domácnosti chodila do 3 měsíců věku dítěte. Výhodné to podle R5 bylo v tom, že rodiče nemuseli do ordinace chodit mezi nemocné děti. V dnešní době již návštěvy nehradí pojišťovna, a proto R5 vykonává pouze jednu návštěvu. Na druhou stranu chodí do rodin porodní asistentka, která se tam zajímá především o děti a rodičům říká jiné věci než pediatr. To je potom pro rodiče velmi matoucí.

Po přečtení úryvku o školní sestře R5 vzpomíná na to, že školní služba dříve fungovala. Myslí si, že by školní sestra v dnešní době moc nefungovala, hlavně kvůli špatné spolupráci s dětmi a rodinami. Rodiče podle R5 nejsou ochotni se školou

a učitelkou spolupracovat. Na druhou stranu si ale dokáže představit, že by fungovala komunitní sestra pro výchovu ke zdraví, která by pro děti dělala různé vzdělávací programy v mateřských školách. To by podle ní bylo určitě přínosné. Tato komunitní sestra by například mohla vést výchovné programy o výživě, životním stylu, atd.

Ordinace, ve které R5 pracuje, spolupracuje se sociální službou, s Focusem a jinými organizacemi, které ordinaci kontaktují.

R5 se domnívá, že informovanost mladých rodičů o nabízených službách je díky internetu dobrá. Starší generace informována není.

Na otázku, jaké úlohy by mohla komunitní dětská sestra vykonávat v ČR R5 odpovídá, že by komunitní sestra mohla být v mateřských školách, protože do mateřských škol chodí v současnosti nemocné děti. Matky dětí nechtějí zůstat doma a do mateřských škol vodí nemocné děti (například s teplotou, zvracením, apod.). Učitelky potom shánějí rodiče, kteří jsou na mobilech nedostupní. Dále by komunitní dětská sestra mohla vykonávat výše zmíněnou návštěvní službu v domácnosti. Sestra by v rodině probrala s rodiči různá témata a oni by nemuseli chodit k lékaři. Dříve se chodilo na návštěvní službu po týdnu a bylo to podle R5 pro rodiče dobré. Po týdnu se vždy nějaké problémy objevily a sestra mohla rodičům hned doma poradit. Dnes kvůli nedostatku času R5 rodičům dává spíše letáky k prostudování.

Překážkami v zavedení komunitní dětské sestry jsou podle R5: pojišťovny, finance a zájem rodičů, kteří nadále preferují konzultace s dětským lékařem.

R5 neví, jestli by sestry měly zájem o samostatnou práci. Ona by to dělat nechtěla.

Kompetence sester by nechala stejné.

Respondentka 6 (R6)

Dětská sestra v příjmové ambulanci dětského oddělení, Tábor

Pod pojmem komunitní sestra si R6 představí péči sestry o určitou lidskou rasu nebo skupinu osob určitého náboženského vyznání. O její činnosti v zahraničí ještě neslyšela.

Po přečtení úryvku o sestře veřejného zdravotnictví (public health nurse) R6 podotýká, že se vlastně jedná o sestru na obvodě, jen tato komunitní sestra navíc sleduje motorický a psychický vývoj dítěte, samostatně očkuje a vykonává více návštěvních služeb. Jako přednost její práce vidí spolupráci rodiny a sestry, která má k sestře důvěru. Do jejich vztahu nevstupují další odborníci, kteří by matku edukovali ve stejných věcech jako ji edukuje sestra pro veřejné zdravotnictví. To je problém, který R6 pozoruje na příjmové ambulanci. Rodičům řekne ambulanti příjmová sestra něco jiného než sestra na oddělení a tím dochází ke ztrátě důvěry rodičů.

Nedostatky péče poskytované sestrou veřejného si R6 představí teprve po zavedení této sestry do podmínek ČR. R6 si myslí, že by se rodiče báli svěřit dítě do péče sestry. Podle ní je to dáno úrovní zdravotnictví, která je vyšší ve světě než v ČR. České sestry nejsou podle R6 ještě na samostatnou práci připraveny. Potřebovaly by praxi – alespoň 5 let a samozřejmě vzdělání. Dnes je sice vzdělání vysokoškolské a specializační, ale problém R6 vidí v tom, že polovina sester pracujících na odděleních nejsou dětské sestry.

Po dostatečné praxi a se specializací dětské sestry by sestry byly kompetentní samostatně posoudit správný vývoj dítěte a byly by schopné samostatně pracovat.

Po přečtení úryvku o školní sestře R6 dodává: „Tohle by mě bavilo. Já si myslím, že by bylo dobré, aby školní sestra vznikla i v ČR. Mnoho dětí přiveze záchranná služba přímo ze školy, a i když jejich stav není tak vážný, aby se musely hospitalizovat, tak se hospitalizovat musí. Kolikrát se ve škole nemohou sehnat rodiče a personál školy má strach, aby situaci nepodcenil, a proto zavolá záchrannou službu. Myslím si, že by zavedení školní sestry bylo 100% přínosem.“ Podle R6 by školní sestra měla ve škole na starosti neodkladnou péči. Proto by měla být schopná posoudit celkový stav dítěte a podle závažnosti kontaktovat buď rodiče, nebo záchrannou službu, a tím pomoci

odlišit akutní stavy, které je nutné hospitalizovat. Kromě neodkladné péče by měla školní sestra v dané škole vést preventivní programy a výchovu ke zdraví. Například by u obézních dětí mohla sestavovat jídelníček, konzultovat problematiku obezity, sledovat podávané pokrmy ve stravovně. Dále by mohla děti očkovat. Sledování růstu a vývoje a screening onemocnění by přenechala pediatrům. Školní sestry by bylo dobré do škol zavést i proto, že by s dětmi i rodiči byly více v kontaktu a pracovaly s nimi mnoho let.

Jako dětská sestra na ambulanci dětského oddělení R6 s žádnou institucí zaměřenou na péči o dítě nespolupracuje.

R6 si myslí, že výchova ke zdraví tak, jak probíhá ve školách, je nedostatečná. Určitě by školy měly spolupracovat s odborníkem v péči o dítě. Jako příklad R6 uvádí, že děti, které chodí do zdravé mateřské školy, si častěji čistí zuby. O tom, co je zdravé, kde jsou vitaminy apod., si ale nepovídají. Pokud se nejedná o drahou soukromou školu, kterou si rodiče platí, tak si R6 myslí, že výchova ke zdraví upadá. R6 se domnívá, že by komunitní dětská sestra mohla spolupracovat s učitelkami mateřských škol a pro děti vést různé programy. Samozřejmě změna v přístupu ke zdraví musí nastat i v rodině, protože v dnešní době děti podle R6 nic „zdravého“ nechtějí a řídí se v tom podle rodičů. Proto by také mohla komunitní dětská sestra v mateřských školách vést alespoň 2krát do měsíce skupinová odpolední sezení - jak pro děti, tak i pro rodiče. S dětmi by například probírala zdravé potraviny a udělala s nimi nějaký recept. Rodiče by pak pro děti přišli a ochutnali by dietní pomazánku, apod. Programy by se ale samozřejmě musely zaměřit na organismus celkově, nejenom na jednu problematiku. Navíc by se mohli rodiče na sestru obrátit s různými dotazy. Nemuseli by tak hledat čas jít k lékaři. Po práci, když si jdou vyzvednout dítě, by za sestrou přišli.

R6 si myslí, že rodiče o službách pro děti moc neví a že se o ně ani moc nezajímají. Přijdou k lékaři a ví, na co se ho zeptají. Když jim lékař o službách nic neřekne, nebo když nemají s dítětem problém, tak nemají proč se o služby zajímat.

Mezi úlohy komunitní dětské sestry by R6 dala - vedení preventivních programů, očkování, vedení ošetřovatelské dokumentace, konzultace s rodiči a dětmi. Komunitní

dětskou sestru by umístila do každé základní a mateřské školy, protože než sestra obejde všechny třídy, tak to zabere čas.

Mezi překážky vzniku komunitní dětské sestry podle R6 patří: Nepřístupnost sester novým věcem. Nezáměr sester pracovat samostatně. Český zdravotnický systém, který se nemění. Služby, které byly dříve a dnes jsou zrušeny, hned tak znovu nevzniknou. A v neposlední řadě je zde i finanční otázka. Je třeba, aby stát komunitní dětskou sestru zaplatil. Problém je podle R6 i v lidech. V ČR stále platí, že to, co řekne lékař, je svaté. To, co řekne sestra, nemá takovou váhu, i když lidem sdělí stejnou informaci.

R6 neví, jaké kompetence by měly být rozšířeny. Záleželo by na pozici, na které by komunitní dětská sestra pracovala, a na úlohách, které by plnila.

Mladé sestry po škole by zájem o samostatnou práci měly, ale v kolektivu starších sester se během 2-3 let ideály sestry zkazí. R6 dodává: „Myslím, že na to, co je v zahraničí teď, budeme mít až tak za 20-25 let. Vidím to bledě!“

Respondentka 7 (R7)

Praktická sestra pro děti a dorost, Praha

Pod pojmem komunitní sestra si R7 představí sestru, která chodí do rodin pomáhat matkám po příchodu z porodnice nebo do rodin, které mají problémové či postižené dítě.

O činnosti komunitní sestry v zahraničí nikdy neslyšela ani nečetla.

Jako přínos vidí větší časový prostor pro setkání rodičů s komunitní sestrou. Poukazuje na to, že lékařka v dané ordinaci nemá při preventivní prohlídce dostatek času, a kdyby po ordinační době měla R7 2-3 hodiny pro rodiče, tak by to uvítali. A ještě po příchodu z práce by měli čas na preventivní věci. R7 neví, jestli je v práci sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) pro rodiče a děti nějaký nedostatek. Podotýká, že u nás takový systém samostatných sester není zvykem. Preventivní prohlídky jsou v rukou lékaře, ale některé činnosti dělá i sestra. R7 uvádí, že ona může samostatně vážit, měřit, očkovat, edukovat rodiče například o výživě a vykonávat návštěvní službu novorozenců. Všimá si i toho, že některé matky se obracejí více na ni, nežli na lékařku. Jedná se především o konzultace nelékařských oblastí. R7 se domnívá, že si rodiče pomalu zvykají na to, že jednají pouze se sestrou.

R7 si dokáže představit, že by praktická dětská sestra pracovala v České republice samostatně. Spolupráce s lékařem by podle ní měla být zachována. Praktická dětská sestra by mohla více pracovat s rodinou v domácnosti, kde by pomáhala matce s novorozencem a kojencem, dále by mohla zajišťovat edukační činnost rodičů a dětí. Potřebovala by k tomu ale svoji ordinaci, vzdělání a smlouvu s pojišťovnou, kterou jí bohužel v tomto systému zatím nikdo nedá.

Školní sestra by podle R7 fungovat v České republice mohla. „Určitě by toho vysledovala u dětí daleko více než lékař, který vidí dítě jednou za 2 roky na preventivní prohlídce. Kdyby si děti zvala na prohlídky jednou za půl roku, bylo by to přínosné. Kolikrát se stane, že přijde dítě v jedenácti letech na preventivní prohlídku a vše je v pořádku. Když ale přijde o dva roky déle, je třeba ho odeslat k ortopedovi, protože má špatnou páteř a držení těla. Také neustále vzrůstá počet obézních dětí.“ Školní sestra by podle R7 měla u dětí sledovat růst a vývoj, provádět screeningové vyšetření páteře,

poskytovat neodkladnou pomoc, provádět očkování. Samozřejmě, že by měla být v kontaktu s lékařem, který registruje dítě, a v případě, že nalezne nějaké nesrovnalosti, měla by upozornit rodiče a registrujícího lékaře dítěte. Potom by již bylo na rodičích, zda lékaře navštíví nebo ne. Aby mohla školní sestra provádět očkování, měla by mít papírově potvrzeno, že absolvovala školení, může očkovat a je kompetentní v případě vzniku nežádoucí reakce podat první pomoc. Podle R7 by také školní sestra měla zajišťovat doprovod dětí na různých školních akcích a na třídních schůzkách vést odborné přednášky pro rodiče. R7 se domnívá, že by o edukační činnost sestry rodiče zájem měli. Také je přesvědčena o tom, že by školní sestry měly práce dostatek.

Podle R7 by měly školní sestry pracovat na základních školách. K tomu by měla mít každá sestra na starosti 2-3 mateřské školy, ve kterých by mohla děti vážit, měřit a edukovat.

Ordinace, ve které R7 pracuje, spolupracuje s místní školou, ve které ordinace sídlí. Když se ve škole (na chodbě, v tělocvičně, na hřišti) stane nějaký úraz či incident, děti přicházejí na ošetření do ordinace, anebo lékařka k nim. Podle R7 je během školního roku incidentů mnoho. Jinou činnost pro školu R7 a lékařka nedělá.

R7 si myslí, že by školská zařízení měla spolupracovat v oblasti výchovy ke zdraví s odborníky v péči o zdraví dětí. Minimálně by měli odborníci připravovat brožurky a letáky, které by se dostaly do rukou jak dětí, tak i rodičů. Podotýká, že v dnešní době už spolupráce asi není. Domnívá se, že by dětská sestra mohla ve škole vzdělávat dospívající dívky v otázkách rodičovství, antikoncepce a pohlavního života. Podle ní dospívající dívky moc poučené a připravené v těchto oblastech nejsou, proto by si sestra mohla vzít skupinu ze třídy a probrat to s nimi.

Informovanost o službách pro rodiče a děti podle R7 dobrá není. Lidé nevědí, kam se mají obrátit. Až když je problém, přijdou do ordinace a zde jim jsou služby doporučeny. Ve škole jim možná někdo něco dá, ale R7 neví, kdo a co.

Komunitní sestra by podle R7 mohla vykonávat následující úlohy: činnosti spojené s funkcí školní sestry, návštěvy v domácnosti a přednášky pro dospívající.

Jako překážky v ustanovení komunitní dětské sestry vidí smlouvy s pojišťovny a potřebné finance – vstupní kapitál.

R7 se domnívá, že v dnešní době jsou sestry kompetentní k tomu, aby pracovaly samostatně, mají vzdělání, jsou registrované. Proč by tedy v nelékařských oblastech pracovat samostatně jako komunitní sestry nemohly. Kompetence by měly být rozšířeny například v předepisování určitých léků. Jako příklad R7 udává, že když dítě dlouhodobě užívá stejné léky, není důvod, proč by je nemohla předepsat sestra. R7 dodává: „Já mám v této oblasti volnou ruku, paní doktorka mi dává předepsané recepty.“ Dále by měly být kompetence sestry rozšířeny v oprávnění rozhodnout o očkování dítěte. R7 dodává: „Já samostatně očkuji, ale ne v každé ordinaci to tak je.“

R7 neví, jestli by měly sestry zájem samostatně pracovat. Dodává: „Já ale ano, vyhovovalo by mi to a s rodiči by mě to bavilo.“

Respondentka 8 (R8)

Praktická lékařka pro děti a dorost, Praha

Pod pojmem komunitní sestra si R8 představí takovou zvýšenou péči o sociálně slabší rodiny, kde má tato sestra rozšířenou péči. Je to podle ní systém péče, který býval dříve. Tyto rodiny od sestry potřebovaly více pomoci a sestra proto vykonávala návštěvy v rodině, které jsou v dnešní době již zrušeny. Pokud měl lékař pocit, že dítě neprospívá, matka není schopna po stránce psychické, sociální, či z jiných důvodů o dítě dostatečně pečovat, potom sestra do takové rodiny docházela častěji. V normálním případě do rodiny sestra chodila v půl roce a ve třech letech dítěte před preventivní prohlídkou, aby zhodnotila prostředí, ve kterém dítě žije. To bylo výhodné, protože v ordinaci se lékař soustředil buď na stránku nemoci, nebo na prevenci. Ne vždy je ale při preventivních prohlídkách schopen odhadnout nějaké sociální nebo výživové problémy, které v rodině jsou. A pokud stoupá počet dětí v ordinaci, pak na preventivní stránku zase není tolik času. Dříve také chodila sestra navštěvovat propuštěné nedonošené děti a pomáhala matce právě v edukaci a v péči o nedonošené dítě. Totéž se dělo u vícečetných těhotenství. Kromě sestry pro návštěvní službu si pod pojmem komunitní sestra R8 představí i sestru z ordinace, která zná problémy rodiny a zajišťuje pro ni činnosti navíc – edukaci, odhad sociálního prostředí, kde se dá a nedá pomoci, atd. O činnosti komunitní sestry v zahraničí R8 neví.

Po přečtení úryvku o sestře veřejného zdravotnictví R8 poukazuje na to, že její rozsah činností je velký, a proto vyžaduje, aby sestra měla alespoň bakalářské vzdělání. Dále hodně záleží i na osobnosti sestry.

Jako přednost pro děti vidí dostatek času. Lékaři ušetří svou činností komunitní sestra spoustu času, který může věnovat kurativě nebo odborné stránce. Ale zároveň se nedomnívá, že by prevence měla být pro lékaře zcela odbourána. Jako problém samostatné komunitní sestry, která by eventuelně začala fungovat v ČR, vidí finanční ohodnocení této sestry. Když by to byla „samostatná sestra“, která nebude v ordinaci s lékařem, tak by podle R8 mohla fungovat na klinických pracovištích ve velkých městech.

Nejenom, že se změnila doba, ale dříve měl pediatr k dispozici 2 sestry, které si pacienty rozdělily, a to pro ně bylo časově únosné. R8 si proto neumí představit, že by takový rozsah činností, které vykonává sestra veřejného zdravotnictví, vykonávala jedna sestra s jedním pediatrem. Děti defektních, nedonošených nebo sociálně potřebných je sice méně než těch zaregistrovaných, ale jedna sestra patřící k jednomu pediatrovi, to je podle R8 vyloučené. Buď by tedy musely být dvě sestry na ordinaci, nebo by to muselo být tak, jako v zahraničí – úplně vyčleněná jiná sestra, která by zajišťovala edukaci, návštěvní službu a spolupracovala by třeba se třemi lékaři.

R8 se domnívá, že by sestra samostatnou práci zvládla, pokud bude mít studium v patřičném rozsahu. Dále by sestry k samostatné práci na pozici komunitní sestry potřebovaly životní zkušenosti. Podmínkou je praxe u lůžka v časovém rozmezí alespoň jednoho roku. U lůžka se totiž sestra naučí zvládat různé technické věci, které sestra, která u lůžka nikdy nebyla, nezná a neumí. V domácím prostředí je těchto zkušeností potřeba a díky nim sestra může vykonávat převazy, ošetřovat kanyly, stomie, katetry, atd. V domácím prostředí pak může matku naučit zvládat ošetřování takového dítěte a správné manipulování s dítětem.

Pro přípravu samostatných komunitních sester by podle R8 byla třeba změna zdravotnického systému ve školství. Výuka by měla být trošku cílenější na terén.

Po přečtení úryvku o školní sestře R8 říká: „Tato péče tak, jak jste ji citovala, byla v ČR až do roku 90. Byl vyčleněný školní lékař, který nebyl ve všech městech, ale měl vyčleněné hodiny a společně se školní sestrou ordinoval ve škole, do které docházel. Na rozdíl od dnešního systému, kdy si rodiče vybírají pediatra, měl lékař daný obvod. Školní lékař a školní sestra činnosti, které čtete, v plném rozsahu dělali.“

V dnešní době by podle R8 samozřejmě školní sestra mohla být a velmi by to pomohlo. Díky dnešní volbě pediatra lékař nedostane ani zprávu z porodnice a může se stát, že dítě nemá vůbec žádného ošetřujícího lékaře. Rodiče povinně dochází na preventivní prohlídky vždy v lichém roce dítěte a mezi tím ho pediatr nevidí. Pediatr proto vůbec nemusí vědět o šikaně, týrání, podvýživě, obezitě, apod. A dalším důvodem, proč by to pomohlo, je, že ne všichni rodiče respektují pozvánky na preventivní prohlídky. Takže pokud sestra pracuje přímo ve škole, má o dítěti daleko větší přehled

a více tím pediatrovi pomůže. Pomůže i v tom, že preventivní vyšetření opravdu proběhnou a navíc kromě pediatrické péče děti upozorní i na péči stomatologickou a gynekologickou. Školní sestra se může také zúčastňovat sexuální výchovy, která na škole probíhá, přípravy na mateřství, apod. To vše může být podle R8 náplní práce školní sestry. Vlastně může kromě očkování dělat vše, co dělá školní sestra v zahraničí, a navíc ještě spolupracovat s praktickým lékařem. V případě potřeby by ho upozornila na svá zjištění.

Díky náročné práci, kterou praktický lékař vykonává, nemá čas dopodrobna hovořit s pedagogem nebo vychovatelem. Kontakt mají lékaři pouze přenesený – něco se dozví od rodičů, něco od sociální pracovnice. Ale přímý kontakt s pedagogem a vychovatelem, který je velmi důležitý, by mohla mít školní sestra. V tom by byla velká výhoda i pro lékaře.

V každém případě by školy spolupracovat se zdravotnickým zařízením měly. Počet hyperaktivních, týraných a šikanovaných dětí přibývá a psychické i fyzické poruchy těchto dětí začínají být velmi závažné.

To, zda je pedagog dostatečně kompetentní k výchově ke zdraví, záleží na jeho osobnosti, na jeho ochotě tyto informace získávat, ale i předávat. V dnešním světě internetu lze informace velmi snadno načerpat, a proto záleží hlavně na tom, jak dalece bude pedagog ochoten se o informace zajímat. Samozřejmě i na internetu jsou věci, které nejsou úplně správné, protože není cenzura. K tomu má R8 výhrady.

Ordinace R8 spolupracuje se školou, školním psychologem, pedagogicko-psychologickou poradnou a logopedií. Spolupráce je ale navázána, až když vznikne nějaký problém. R8 od odborníků přijímá zprávy o dětech, u kterých k problému došlo. R8 by vítala spolupráci se sociální péčí, která by podle R8 s lékaři měla po informační stránce spolupracovat lépe. Lékař by se tak dozvěděl, že je například opatrovníkem dítěte.

Komunitní sestry, které by pečovaly o dětskou komunitu, by podle R8 neměly být paušalizované. Zdůvodňuje to tím, že jsou města, kde je v rodinách problémů více, kde jsou obyvatelé nepřizpůsobiví a pro lékaře je práce s takovou komunitou velmi časově náročná. V takových městech by práce komunitní sestry byla velmi důležitá.

Naopak jsou ale města, kde je problémů méně. Kromě návštěvní služby, edukace a práce na základní škole by R8 vítala komunitní dětskou sestru i v mateřské škole. Komunitní dětská sestra by mohla pomoci odhalit poruchy učení, poruchy řeči a hyperaktivitu, která se projevuje již v předškolním věku. Dále může sestra odhadnout i rodinné prostředí a asistovat dětem, které jsou mírně handicapované, a tím jim usnadnit přechod na základní školu.

Jako překážku R8 vidí finanční a společenské postavení zdravotní sestry. Podle ní mladé sestry nevidí finanční ani společenské ohodnocení. Další překážkou jsou dnešní rodiny, které jsou podle R8 více uzavřené a odmítají vstup do domácnosti. Chápou ho jako zásah do soukromí. Těchto rodin stále více přibývá.

Podle R8 by měly být kompetence sestry rozšířeny o možnosti přístupu do rodiny a do školy. Například by se vyčleněná komunitní sestra mohla zúčastnit části vyučování nebo přípravy preventivních programů v mateřské škole.

Vznik komunitní sestry vyžaduje i úpravu oblasti vzdělávání. R8 se domnívá, že by měly o samostatnou práci komunitní dětské sestry dětské sestry zájem.

Respondentka 9 (R9)

Praktická sestra pro děti a dorost, Praha

R9 si pod pojmem komunitní sestra představí sestru, která zajišťuje určitou zvýšenou péči. Má větší kontakt s rodinou, vykonává návštěvní službu v domácnosti a edukuje matky, které se k ní přicházejí o něčem poradit. R9 ví o tom, že komunitní sestra funguje v Anglii, ale více o její činnosti neví.

Jako výhodu práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) vidí čas, který sestra ušetří lékaři tím, že vyřídí věci, které by jinak musel vyřizovat on. To znamená, že samostatná práce sestry je přínosná i pro lékaře. Nevýhodu si představí až po začlenění této sestry do podmínek ČR. R9 totiž ze své zkušenosti říká: „Dnešní matky – i když jim řeknete to samé, co paní doktorka, to chtějí mít ještě potvrzené od paní doktorky. Takže až přijde nová generace, která bude na samostatnou práci sestry zvyklá, tak ano. Ale dnešní generace na to zatím připravená není. Neříkám, že všechny matky. Některým ale více pomůže a zklidní je, když jim informace sdělí lékař.“

R9 si myslí, že by sestry byly schopné pracovat samostatně. Jejich vzdělání je samozřejmě důležité, protože rozsah činností, které zajišťuje sestra veřejného zdravotnictví je velký. I když by měly praxi, musely by si některé věci doplnit, například formou doškolení. Vysvětluje to tím, že když lékař bude chtít suplovat určité věci, její odbornost je důležitá.

Po přečtení úryvku o školní sestře R9 podotýká, že dobu školní služby sama zažila. Každá škola měla svou pediatrickou a stomatologickou ordinaci. R9 říká: „Velice jsme se školními lékaři a školními sestrami spolupracovali a byla zde zajištěna výborná návaznost péče. Školní lékař zjištěné informace o dítěti předal obvodnímu lékaři a ten se dozvěděl o zjištěném problému. Díky tomu měl obvodní lékař informace o dítěti nejen z ordinace. Získal přehled, co dělá dítě ve škole a co mu tam dělá problém. Tím pádem si mohl obvodní lékař s matkou o tom promluvit a dítěti ve spolupráci s matkou cíleně pomáhat i ve škole.“ Kdyby školní sestra vznikla dnes, musela by znát registrujícího lékaře dítěte a v případě potřeby ho kontaktovat. Činnosti, které vykonává školní sestra v zahraničí, by mohla vykonávat i sestra u nás. Výhrady by R9 měla k očkování. O tom si myslí, že patří do zdravotnického prostředí, a rozhodovat o něm

by měl lékař. V každém případě pomůže jakákoliv spolupráce jak lékaři, tak i sestře. Záleží ale na tom, kolik má škola dětí, aby na jednu školu byla jedna stálá sestra, na kterou se budou moci děti obrátit a budou k ní mít důvěru. Důležité je, aby školní sestra dělala to, co dělat chce, aby byla komunikativní a dětem pomáhala. Nejdůležitější jsou podle R9 základní školy – 1. třídy, ale počátkem je již mateřská škola.

Když je nějaký problém, tak naše ordinace spolupracuje s logopedem, školním psychologem a s pedagogicko-psychologickou poradnou. R9 si myslí, že by spolupráce s komunitní sestrou byla dobrá. Paní doktorka by například mohla této sestře zavolat a říci jí, že má rodinu, do které je potřeba, aby docházela. Sestře by tak byla přiřazena rodina, do které by docházela. Komunitní sestra by rodinu podpořila i psychicky a také ji edukovala. Určitě, pokud by se do budoucna zase něco takového vrátilo zpátky a ještě ve vylepšené podobě, by to velmi posílilo práci pediatra. Školská zařízení by podle R9 měla spolupracovat se zdravotnickými zařízeními.

R9 si nepředstavuje, že by 1 sestra obsáhla komplexní péči o dětskou komunitu. Jedna komunitní sestra by se ale mohla zabývat školou a jiná komunitní sestra by spolupracovala s pediatrem v ambulanci. Rozsah práce v dětské komunitě je velký a propojovat školu s prací v ambulanci by bylo na jednu sestru příliš. Dobu, kdy fungovaly školní sestry a 2 sestry s obvodním lékařem, R9 zažila. Proto se domnívá, že by komunitní setra měla dělat to, co dělaly sestry dříve, a nevidí důvod, proč by se to eventuálně nemohlo vrátit zpátky ve zlepšené podobě.

Hlavní překážku v ustanovení komunitní dětské sestry R9 vidí ve financích. Další překážkou je bohužel i legislativa. Tato sestra by se zřejmě mohla zajímat i o věci, které by byly některým rodinám nepříjemné.

Předpokladem samostatné práce sestry je její vzdělání, chování, osobnost a schopnost vyvozovat správné závěry. R9 si myslí, že dětská sestra má kompetence k práci v dětské komunitě. R9 neví, jestli by dětské sestry měly zájem o samostatnou práci komunitní dětské sestry.

4.1.1.1 Kategorizace dat v tabulkách a grafech

Seznam kategorizačních skupin

- 1) Představa o komunitní sestře (tabulka 1)
- 2) Výhody samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (tabulka 2)
- 3) Nevýhody samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (tabulka 3)
- 4) Předpoklady samostatné práce komunitní dětské sestry (tabulka 4)
- 5) Místa, na kterých by komunitní dětská sestra mohla pracovat s dětskou komunitou (tabulka 5)
- 6) Spolupráce školských a zdravotnických zařízení (tabulka 6)
- 7) Názory odborníků v péči o dítě na vznik komunitní školní sestry v ČR (tabulka 7)
- 8) Činnosti, které by měla komunitní školní sestra vykonávat (tabulka 8)
- 9) Činnosti, které by neměla komunitní školní sestra vykonávat (tabulka 9)
- 10) Nevýhody současných zdravotnických služeb poskytovaných v ordinaci PLDD (tabulka 10)
- 11) Úlohy komunitní dětské sestry v ČR (tabulka 11)
- 12) Překážky vzniku komunitní dětské sestry v ČR (tabulka 12)

Tabulka 1 - Představa o komunitní sestře

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
představu nemá				1	1					2
všeobecná sestra pro veřejnost		1	1							2
sestra v ordinaci praktického lékaře		1	1					1		3
sestra pečující o lidskou rasu nebo skupinu osob náboženského vyznání						1				1
sestra, která poskytuje zvýšenou péči rodinám a vykonává návštěvní službu v domácnosti	1						1	1	1	4
Celkový výskyt	1	2	2	1	1	1	1	2	1	12

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Co si představujete pod pojmem komunitní sestra?“ Nejčastější kategorie odpovědi, *sestra, která poskytuje zvýšenou péči rodinám a vykonává návštěvní službu v domácnosti*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *sestra v ordinaci praktického lékaře*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi *všeobecná sestra pro veřejnost* a *představu nemá*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědi *sestra pečující o lidskou rasu nebo skupinu osob náboženského vyznání*, byla uvedena 1krát. Respondentky 1, 4, 5, 6, 7, 9 odpověděly v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondentky 2, 3, 8 odpověděly v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 12.

Tabulka 2 - Výhody samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
znalost komunity	1									1
znalost problematiky rodin	1	1	1	1						4
větší kontakt s rodinou v jejím domácím prostředí	1		1							2
samostatná edukace rodiny		1	1							2
ušetřený čas lékaře		1	1					1	1	4
spokojenost rodiny s časem, po který se jim sestra věnuje		1	1				1			3
zvyšování prestiže sesterské profese		1	1							2
sestra „nevyhoří“			1							1
prostor pro sestru ukázat něco svého			1							1
neomezená návštěvní služba v domácnosti				1	1					2
navázání důvěryhodného vztahu						1				1
Celkový výskyt	3	5	8	2	1	1	1	1	1	23

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Jaké jsou přednosti samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse)?“ Nejčastější kategorie odpovědí, *znalost problematiky rodin* a *ušetřený čas lékaře*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 4krát. Kategorie odpovědi *spokojenost rodiny s časem, po který se jim sestra věnuje*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *větší kontakt s rodinou v jejím domácím prostředí*, *samostatná edukace rodiny*, *zvyšování prestiže sesterské profese* a *neomezená návštěvní služba v domácnosti*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědi *sestra „nevyhoří“*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *znalost komunity*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *prostor pro sestru ukázat něco svého*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *navázání důvěryhodného vztahu*, byla uvedena 1krát. Respondentka 3 odpověděla v kategoriích celkem 8krát. Respondentka 2 odpověděla v kategoriích celkem 5krát. Respondentka 1 odpověděla v kategoriích celkem 3krát. Respondentky 5, 6, 7, 8 a 9 odpověděly v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 23.

Tabulka 3 - Nevýhody samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
žádné	1	1	1		1	1		1	1	7
málo častý kontakt zdravého dítěte s pediatrem				1						1
neví							1			1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Jaké jsou nedostatky samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse)?“ Nejčastější kategorie odpovědi, *žádné*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědí *málo častý kontakt zdravého dítěte s pediatrem* a *neví*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Všechny respondenty odpověděly (jsou řazeny) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 9.

Tabulka 4 - Předpoklady samostatné práce komunitní dětské sestry

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
vzdělání sestry	1	1				1	1	1	1	6
praxe po škole		1		1		1		1	1	5
celoživotní vzdělávání	1	1							1	3
zájem sester		1							1	2
zájem lékařů		1								1
motivace lékařů			1							1
motivace sester			1							1
osobnost sestry			1					1	1	3
komunikativnost sestry		1							1	2
chování sestry									1	1
přístup k práci			1							1
změna legislativy		1	1							2
znalost sociální situace komunity		1								1
spolupráce		1		1						2
legalizace pravomocí sestry		1								1
smlouva s pojišťovnou							1			1
vlastní ordinace					1		1			2
plná odpovědnost sestry	1									1
větší finanční ohodnocení sestry			1							1
úprava vzdělávání								1		1
žádná paušalizace								1		1
Celkový výskyt	3	10	6	2	1	2	3	5	7	39

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě názory respondentek na předpoklady samostatné práce komunitní dětské sestry. Nejčastější kategorie odpovědi, *vzdělání sestry*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *praxe po škole* byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědi *celoživotní vzdělávání* a *osobnost sestry*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 3krát. Kategorie odpovědi *zájem sester*, *komunikativnost sestry*, *spolupráce*, *změna legislativy* a *vlastní ordinace*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědi *zájem lékařů*, *motivace lékařů*, *motivace sester*, *chování sestry*, *přístup k práci*, *znalost sociální situace komunity*, *legalizace pravomocí sestry*, *smlouva s pojišťovnou*, *plná odpovědnost sestry*, *větší finanční ohodnocení sestry*, *úprava vzdělávání* a *žádná paušalizace*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát.

Respondentka 2 odpověděla v kategoriích celkem 10krát. Respondentka 9 odpověděla v kategoriích celkem 7krát. Respondentka 3 odpověděla v kategoriích celkem 6krát. Respondentka 8 odpověděla v kategoriích celkem 5krát. Respondentky 1 a 7 odpověděly v jednotlivých kategoriích celkem 3krát. Respondentky 4 a 6 odpověděly v jednotlivých kategoriích celkem 2krát. Respondentka 5 odpověděla v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 39.

Tabulka 5 - Místa, na kterých by komunitní dětská sestra mohla pracovat s dětskou komunitou

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
v mateřských školách		1	1	1	1	1	1	1	1	8
na základních školách	1	1	1	1		1	1	1	1	8
v domácnosti	1				1		1	1	1	5
v terénu		1	1							2
ve vlastní ordinaci							1			1
na klinických pracovištích								1		1
Celkový výskyt	2	3	3	2	2	2	4	4	3	24

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Na jakých místech by mohla komunitní dětská sestra v ČR pracovat?“ Nejčastější kategorie odpovědí, v *mateřských školách* a *na základních školách*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to celkem 8krát. Kategorie odpovědi v *domácnosti*, byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědi v *terénu*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *ve vlastní ordinaci* a *na klinických pracovištích*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Respondentky 7 a 8 odpověděly v kategoriích celkem 4krát. Respondentky 2, 3 a 9 odpověděly v kategoriích celkem 3krát. Respondentky 1, 5 a 6 odpověděly v kategoriích celkem 2krát. Respondentka 4 odpověděla v jediné kategorii, tzn. 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 24.

Tabulka 6 - Spolupráce školských a zdravotnických zařízení

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
zařízení spolupracovat nemusí	1									1
zařízení by měla spolupracovat		1	1			1	1	1	1	6
nevím, jestli by zařízení měla spolupracovat				1	1					2
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Neměla by podle vás školská zařízení spolupracovat s odborníkem v péči o dítě?“ Nejčastější kategorie odpovědi, *zařízení by měla spolupracovat*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi *nevím, jestli by zařízení měla spolupracovat*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *zařízení spolupracovat nemusí*, byla uvedena 1krát. Všechny respondentky odpověděly v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 9.

Tabulka 7 - Názory odborníků v péči o dítě na vznik komunitní školní sestry v ČR

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
ano, fungovat to může	1						1		1	3
zavedení školní sestry by bylo přínosné		1	1			1		1		4
zavedení školní sestry ano, ale ne v každé škole				1						1
zavedení školní sestry by nefungovalo					1					1
Celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Jaký je váš názor na vznik komunitní školní sestry v ČR?“ Nejčastější kategorie odpovědi, *zavedení školní sestry by bylo přínosné*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *ano, fungovat to může*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *zavedení školní sestry ano, ale ne v každé škole*, byla uvedena 1krát. Kategorie odpovědi *zavedení školní sestry by nefungovalo*, byla uvedena 1krát. Všechny respondentky odpověděly v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 9.

Tabulka 8 - Činnosti, které by měla komunitní školní sestra vykonávat

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
zajišťovat neodkladnou péči	1	1		1		1	1	1	1	7
zajišťovat zdravotnický dozor	1						1			2
vystupovat jako psychologický poradce	1		1					1	1	4
koordinovat práci ve škole	1									1
zajišťovat návaznost péče	1									1
vést výchovu ke zdraví	1	1				1				3
poskytovat konzultace rodičům	1							1	1	3
poskytovat konzultace učitelům	1							1	1	3
provádět ranní screening		1	1							2
vytvářet a realizovat preventivní programy pro děti		1	1			1	1	1	1	6
sledovat růst a vývoj dětí				1			1	1	1	4
provádět screeningová vyšetření				1		1	1	1	1	5
provádět očkování						1	1			2
připravit a vést přednášky pro rodiče							1			1
edukovat jednotlivce				1		1		1	1	4
spolupracovat s registrujícím lékařem							1	1		2
spolupracovat s rodiči							1			1
sledovat školní prostředí (ŠP)								1	1	2
navrhovat opatření na zlepšení (ŠP)								1	1	2
zajišťovat odbornou péči u nemocných a znevýhodněných dětí								1	1	2
Celkový výskyt	8	4	3	4	0	6	9	12	11	57

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Jaké činnosti by měla komunitní školní sestra vykonávat?“ Nejčastější kategorie odpovědi, *zajišťovat neodkladnou péči*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědi *vytvářet a realizovat preventivní programy pro děti*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědi *provádět screeningová vyšetření*, byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědi *vystupovat jako psychologický poradce*, *sledovat růst a vývoj dětí* a *edukovat jednotlivce*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 4krát. Kategorie odpovědi *vést výchovu ke zdraví*, *poskytovat konzultace rodičům* a *poskytovat konzultace učitelům*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 3krát. Kategorie odpovědi *zajišťovat zdravotnický dozor*,

provádět ranní screening, provádět očkování, spolupracovat s registrujícím lékařem, sledovat školní prostředí (ŠP), navrhnout opatření na zlepšení (ŠP) a zajišťovat odbornou péči u nemocných a znevýhodněných dětí, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědí *koordinovat práci ve škole, zajišťovat návaznost péče, připravovat a vést přednášky pro rodiče a spolupracovat s rodiči,* byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Respondentka 8 odpověděla v kategoriích celkem 12krát. Respondentka 9 odpověděla v kategoriích celkem 11krát. Respondentka 7 odpověděla v kategoriích celkem 9krát. Respondentka 1 odpověděla v kategoriích celkem 8krát. Respondentka 6 odpověděla v kategoriích celkem 6krát. Respondentky 2 a 4 odpověděly v jednotlivých kategoriích celkem 4krát. Respondentka 3 odpověděla v kategoriích celkem 3krát. Respondentka 5 v jednotlivých kategoriích neodpovídala, protože se nedomnívá, že by zavedení komunitní školní sestry fungovalo. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 57.

Tabulka 9 - Činnosti, které by neměla komunitní školní sestra vykonávat

R=respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
sledování růstu a vývoje		1				1				2
provádět očkování	1		1	1				1	1	5
provádět screeningové vyšetření						1				1
může vykonávat cokoliv							1			1
Celkový výskyt	1	1	1	1	0	2	1	1	1	9

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Jaké činnosti by komunitní školní sestra vykonávat neměla?“ Nejčastější kategorie odpovědi, *provádět očkování*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *sledování růstu a vývoje*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi *provádět screeningová vyšetření* a *může vykonávat cokoliv*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Respondentky 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 a 9 odpověděly (jsou řazeny) v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondentka 5 v jednotlivých kategoriích neodpovídala. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 9.

Tabulka 10 - Nevýhody současných zdravotnických služeb poskytovaných v ordinaci PLDD

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
pojišťovny hradí jen 1. návštěvní službu	1	1	1	1	1					5
návštěvní služby nejsou vykonávány podle potřeb rodičů	1			1	1					3
rodiče neví, jak pečovat a co sledovat u nemocného dítěte		1	1	1						3
chybí možnost hodnotit rodinné prostředí	1			1				1		3
rodiče častěji volají do ordinace				1						1
časová náročnost konzultací po telefonu				1						1
delší čekání pacientů				1						1
porodní asistentky sdělují rodičům odlišné informace než PLDD				1	1					2
rodiče nerespektují pozvánky na preventivní prohlídky				1				1		2
některé děti PLDD nevidí celé dva roky				1				1		2
rodiče vyhledávají lékaře zbytečně					1					1
nedostatečná diskuse odborníků s rodiči a dětmi o prevenci							1			1
problém nemocných dětí, které přicházejí do škol		1	1		1					3
není propojený terén s nemocniční péčí		1								1
na preventivní stránku není tolik času					1	1		1		3
lékař nedostává zprávu z porodnice								1		1
dítě nemá žádného registrujícího lékaře								1		1
rodiče preferují lékaře									1	1
chybí spolupráce s učiteli a vychovateli						1		1	1	3
nezájem lékaře o samostatnost sestry									1	1
u rodičů není dobrá informovanost o službách pro rodiče a děti							1			1
Celkový výskyt	3	4	3	10	6	2	2	7	3	40

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě spontánní sdělení zkušeností respondentek s nedostatky zdravotní péče poskytované v ordinaci PLDD. Nejčastější kategorie odpovědi, *pojišťovny hradí jen 1. návštěvní službu*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi *návštěvní služby nejsou vykonávány podle potřeb rodičů*, *rodiče*

neví, jak pečovat a co sledovat u nemocného dítěte, chybí možnost hodnotit rodinné prostředí, problém nemocných dětí, které přicházejí do škol, na preventivní stránku není tolik času a chybí spolupráce s učiteli a vychovateli, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 3krát. Kategorie odpovědí porodní asistentky sdělují rodičům odlišné informace než PLDD, rodiče nerespektují pozvánky na preventivní prohlídky a některé děti PLDD nevidí celé dva roky, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědí rodiče častěji volají do ordinace, časová náročnost konzultací po telefonu, delší čekání pacientů, rodiče vyhledávají lékaře zbytečně, nedostatečná diskuse odborníků s rodiči a dětmi o prevenci, není propojený terén s nemocniční péčí, lékař nedostává zprávu z porodnice, dítě nemá žádného registrujícího lékaře, rodiče preferují lékaře, nezájem lékaře o samostatnost sestry a u rodičů není dobrá informovanost o službách pro rodiče a děti, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Respondentka 4 odpověděla v kategoriích celkem 10krát. Respondentka 8 odpověděla v kategoriích celkem 7krát. Respondentka 5 odpověděla v kategoriích celkem 6krát. Respondentka 2 odpověděla v kategoriích celkem 4krát. Respondentky 1, 3 a 9 odpověděly v jednotlivých kategoriích celkem 3krát. Respondentky 6 a 7 odpověděly v jednotlivých kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 40.

Tabulka 11 - Úlohy komunitní dětské sestry v ČR

R=respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
vykonávat návštěvní služby v domácnosti / pomáhat v rodině	1			1	1		1	1	1	6
pořádat skupinová setkání pro rodiče		1	1	1		1				4
činnosti spojené s funkcí školní sestry	1	1	1	1		1	1	1	1	8
vést vzdělávací programy pro děti / preventivní programy				1	1	1	1			4
edukace rodin		1	1		1		1	1	1	6
psychická podpora rodin				1					1	2
zajišťovat konzultace po telefonu				1						1
spolupracovat s učitelkami mateřských škol						1				1
spolupracovat s PLDD		1	1						1	3
odhadnout rodinné prostředí								1		1
asistovat handicapovaným dětem						1		1		2
vést ošetrovatelskou dokumentaci						1				1
osobní konzultace s rodiči						1				1
Celkový výskyt	2	4	4	6	3	7	4	5	5	40

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Jaké úlohy by mohla zastávat komunitní dětská sestra v ČR?“ Nejčastější kategorie odpovědi, *činnosti spojené s funkcí školní sestry*, byla uvedena celkem 8krát. Kategorie odpovědi *vykonávat návštěvní služby v domácnosti / pomáhat v rodině a edukace rodin*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 6krát. Kategorie odpovědi *pořádat skupinová setkání pro rodiče a vést vzdělávací programy pro děti / preventivní programy*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědi *zajišťovat konzultace po telefonu, spolupracovat s učitelkami mateřských škol, odhadnout rodinné prostředí, vést ošetrovatelskou dokumentaci a osobní konzultace s rodiči*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Respondentka 6 odpověděla v kategoriích celkem 7krát. Respondentka 4 odpověděla v kategoriích 6krát. Respondentky 8 a 9 odpověděly v kategoriích celkem 5krát. Respondentky 2, 3 a 7 odpověděly v kategoriích celkem 4krát. Respondentka 5 odpověděla v kategoriích 3krát. Respondentka 1 odpověděla v kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědi respondentek je 40.

Tabulka 12 - Překážky vzniku komunitní dětské sestry v ČR

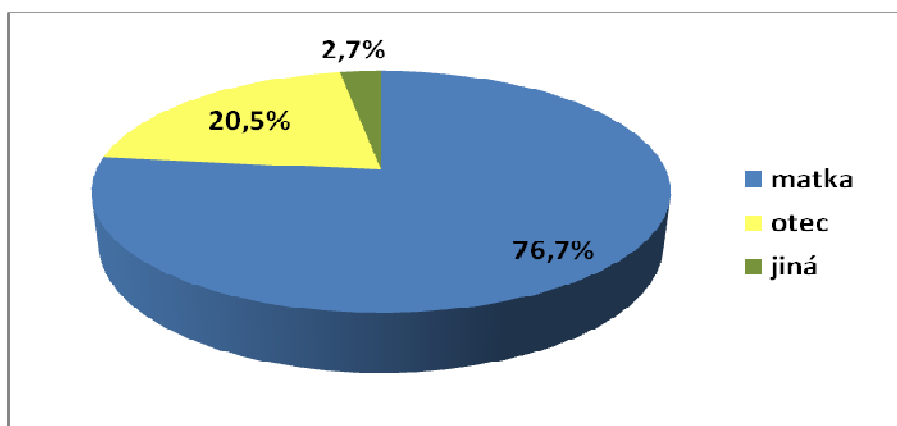
R=respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	Součet
jasně vymezené kompetence	1			1						2
finanční otázka	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9
smlouvy s pojišťovnamí				1	1		1			3
společenské postavení sestry								1		1
dnešní uzavřené rodiny, které odmítají vstup do domácnosti								1		1
otázka zaměstnavatele	1									1
otázka legislativy									1	1
zájem rodičů o komunitní sestry				1	1	1				3
zájem sester						1				1
český systém zdravotnictví						1				1
Celkový výskyt	3	1	1	4	3	4	2	3	2	23

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: „Jaké vidíte překážky pro ustanovení funkce komunitní dětské sestry v ČR?“ Nejčastější kategorie odpovědi, *finanční otázka*, byla uvedena celkem 9krát. Kategorie odpovědi *smlouvy s pojišťovnamí* a *zájem rodičů o komunitní sestry*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 3krát. Kategorie odpovědi *jasně vymezené kompetence*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *společenské postavení sestry*, *dnešní uzavřené rodiny, které odmítají vstup do domácnosti*, *otázka zaměstnavatele*, *otázka legislativy*, *zájem sester* a *český systém zdravotnictví*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Respondentky 4 a 6 odpověděly v kategoriích celkem 4krát. Respondentky 1, 5 a 8 odpověděly v kategoriích celkem 3krát. Respondentky 7 a 9 odpověděly v kategoriích celkem 2krát. Respondentky 2 a 3 odpověděly v kategoriích celkem 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 23.

4.1.2 Interpretace výsledků získaných z dotazníků od laické veřejnosti

Graf 1 – Vztah respondentů k dítěti

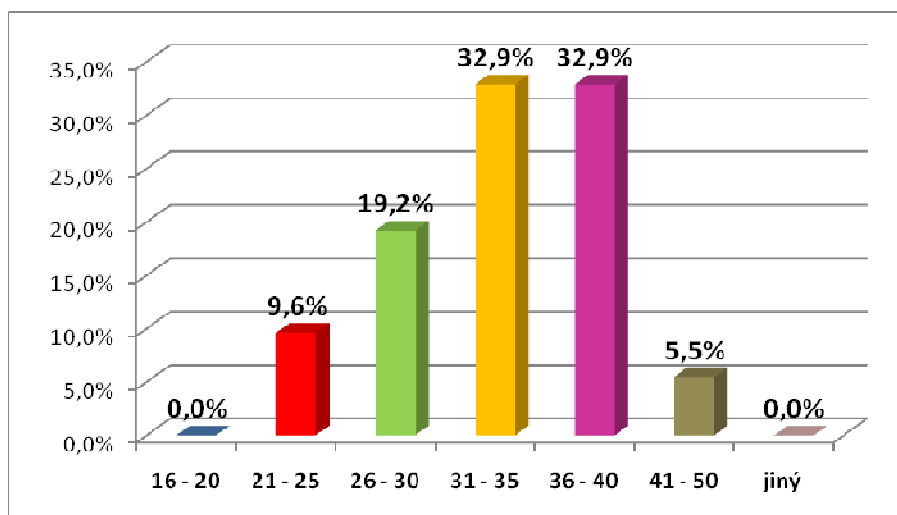
(Otázka 1)



Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 73 zástupců laické veřejnosti, z toho 76,7% tvořily *matky*, 20,5% tvořili *otcové* a 2,7 % tvořily *jiné osoby*.

Graf 2 – Věk respondentů

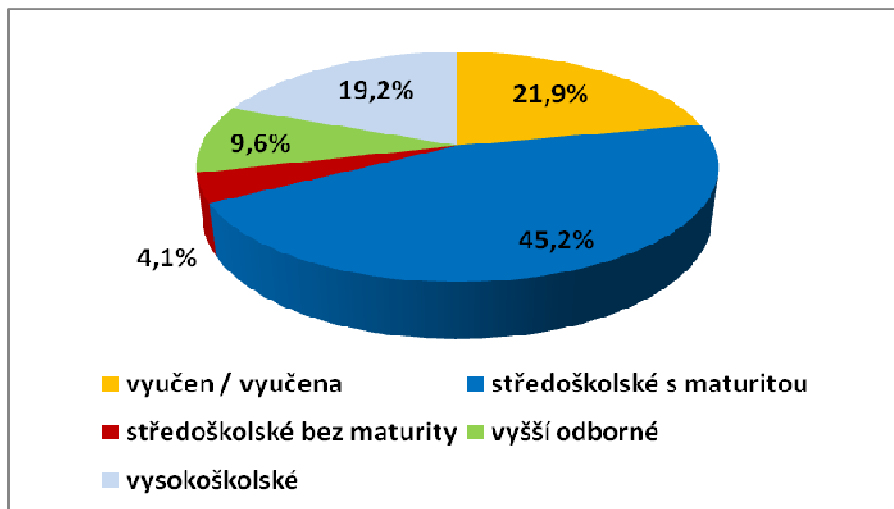
(Otázka 2)



Nejčastějšími věkovými kategoriemi, které byly zastoupeny ve stejném počtu respondentů, a to celkem 32,9%, byly kategorie *31-35 let* a *36-40 let*. 19,2% respondentů tvořila věková kategorie *26-30 let*. Kategorie *21-25 let* tvořila 9,6% a kategorie *41-50 let* tvořila 5,5% respondentů. Kategorie *16-20 let* a *jiný věk* nebyly mezi zástupci laické veřejnosti zastoupeny.

Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

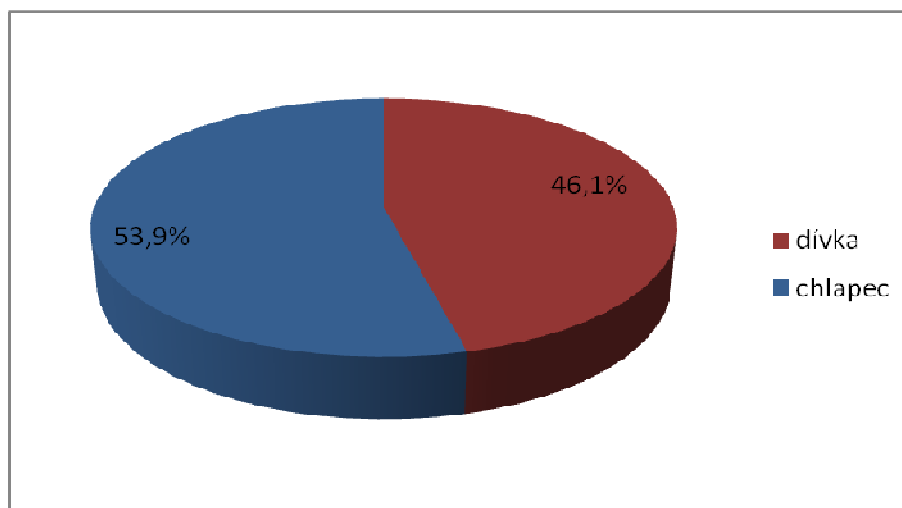
(Otázka 3)



Nejvíce byli zastoupeni respondenti se *středoškolským vzděláním s maturitou*, a to celkem 45,2%. Poměrně vyrovnané zastoupení bylo mezi respondenty vyučenými a vysokoškolsky vzdělanými. 21,9% zástupců laické veřejnosti bylo *vyučených* a 19,2% laické veřejnosti bylo *vysokoškolsky vzdělaných*. *Vyšší odborné vzdělání* uvedlo 9,6% respondentů. *Středoškolského vzdělání bez maturity* dosáhlo pouze 4,1% respondentů.

Graf 4 – Pohlaví dětí

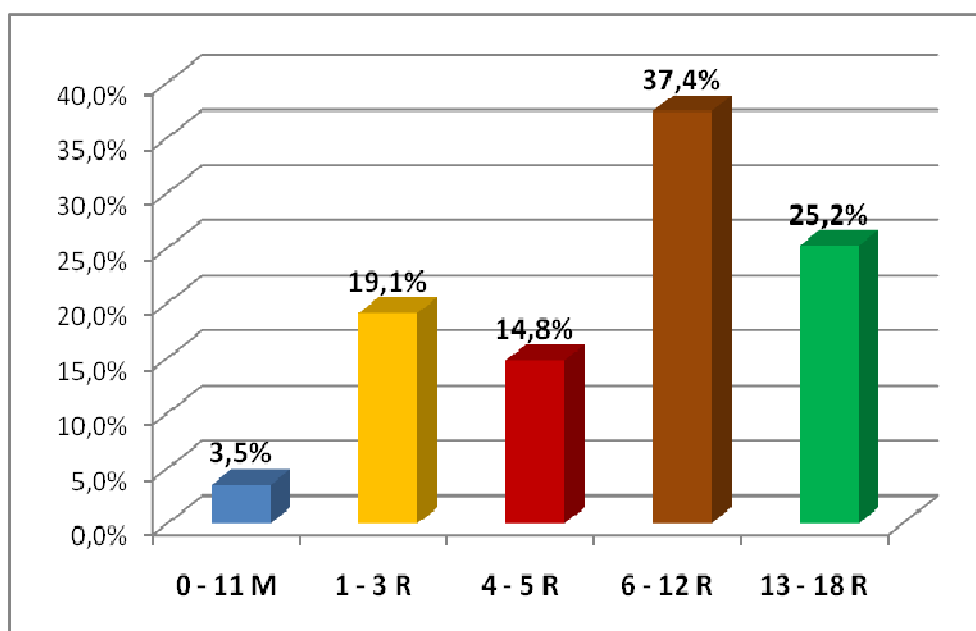
(Otázka 4)



Respondenti, kteří se účastnili dotazníkového šetření, měli celkem 115 dětí, z toho 53,9% tvořili *chlapeci* a 46,1% tvořily *dívky*.

Graf 5 – Stáří dětí

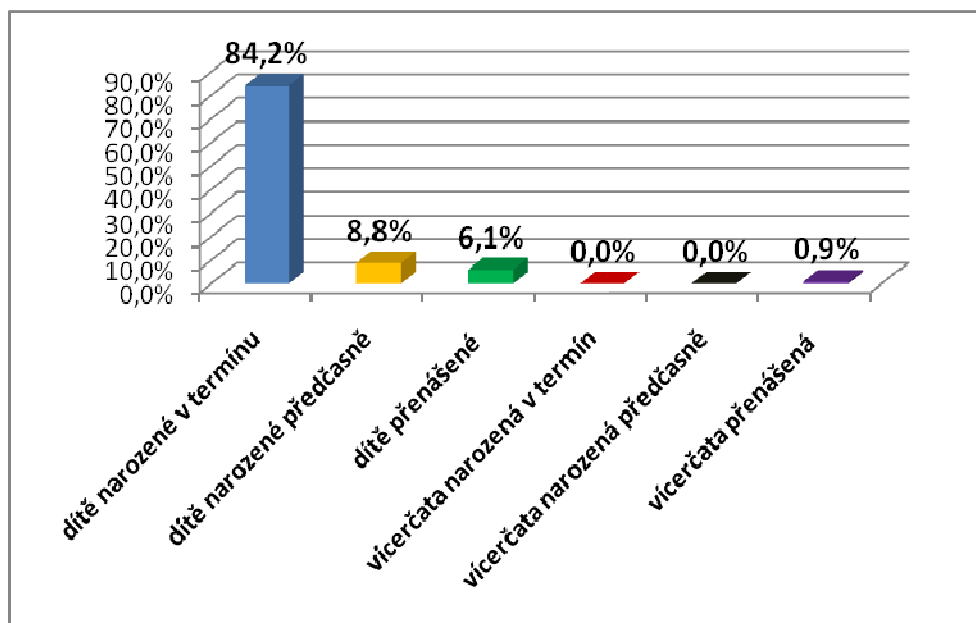
(Otázka 5)



Graf 5 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: „Jak staré jsou Vaše děti?“ Nejčastější kategorií odpovědi byla věková kategorie *6-12 let*, zastoupená v 37,4%. Druhou nejčastější kategorií odpovědi byla věková kategorie *13-18 let*, zastoupená v 25,2%. 19,1% dětí respondentů tvořila věková kategorie *1-3 roky*. Kategorie *4-5 let* tvořila 14,8% a kategorie *0-11 měsíců* tvořila 3,5% z celkového počtu 115 dětí.

Graf 6 – Termíny narození dětí

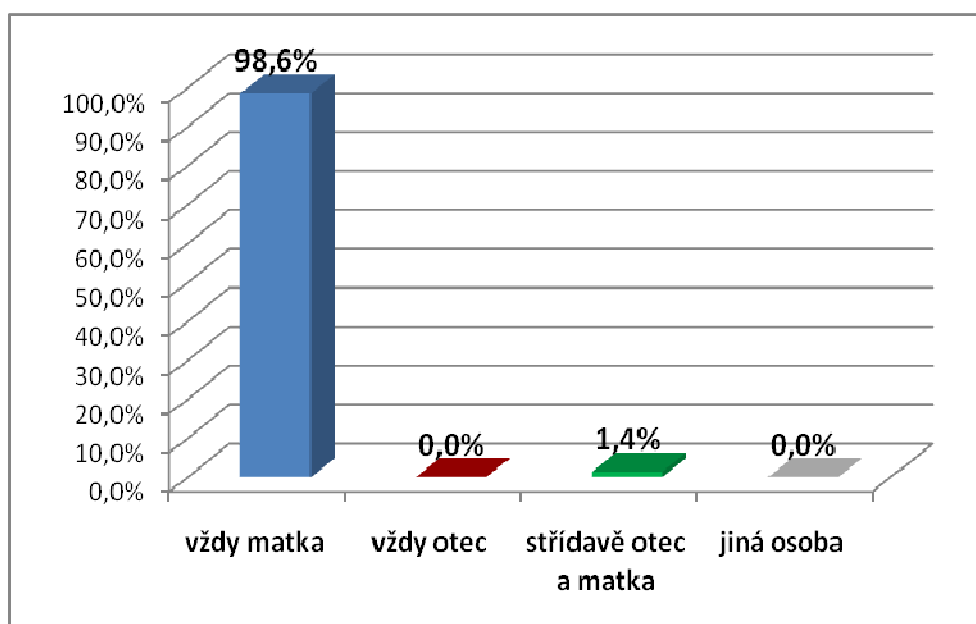
(Otázka 6)



Na grafu k otázce 6 je patrné, že z množiny 115 dětí, bylo 84,2% dětí *narozených v termínu*, 8,8% dětí *narozených předčasně* a 6,1% dětí *přenášených*. 0,9% z celkové množiny dětí tvořila *přenášená dvojčata*. *Vícerčata narozená v termínu* a *vícerčata předčasně narozená* nebyla v odpovědích zastoupena.

Graf 7 – Osoba pečující o dítě během mateřské a rodičovské dovolené

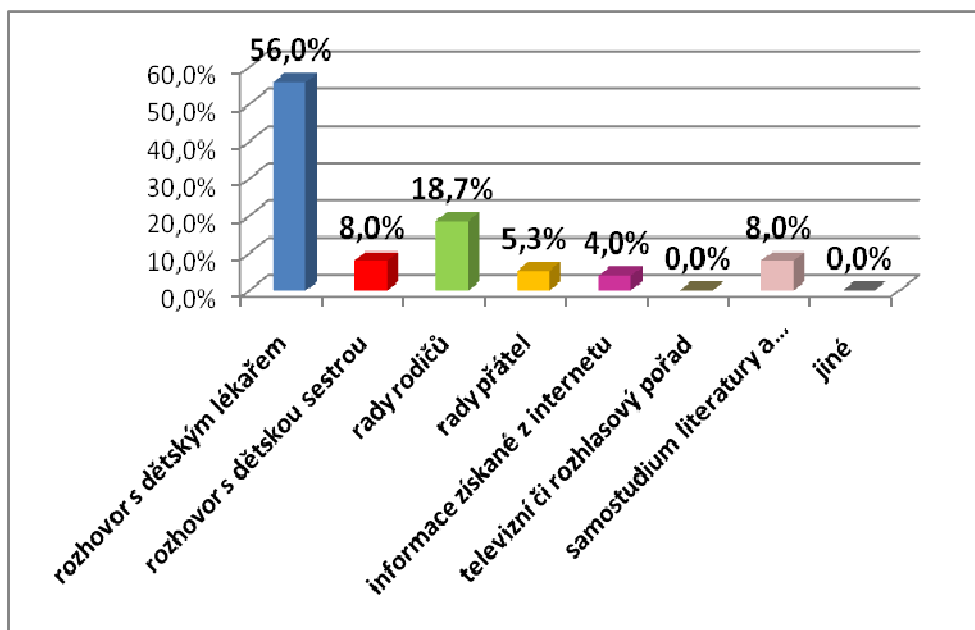
(Otázka 7)



Graf 7 prezentuje osoby pečující o dítě během mateřské a rodičovské dovolené. V 98,6% o dítě pečovala *matka*, v 1,4% *střídavě otec a matka*. Zbylé dvě kategorie nebyly v odpovědích zastoupeny.

Graf 8 – Preference respondentů při získávání informací v péči o dítě

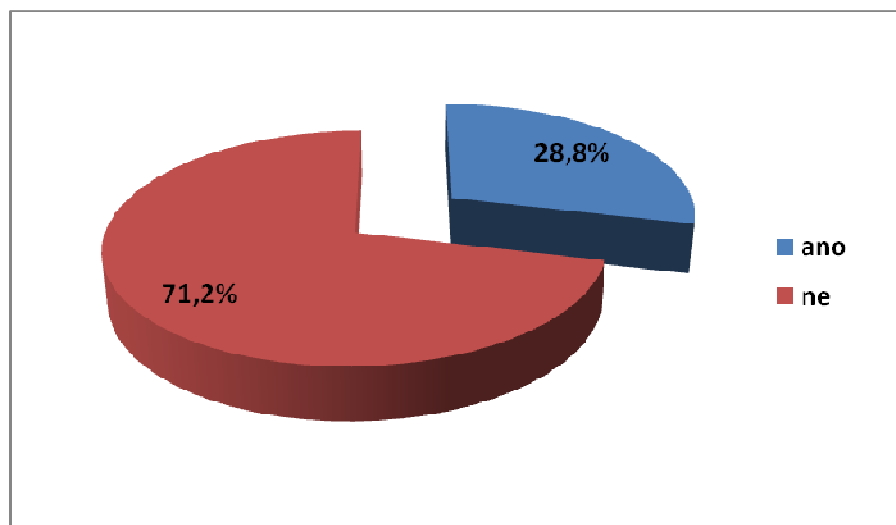
(Otázka 8)



Graf 8 ukazuje na to, že respondenti jednoznačně preferují *rozhovor s dětským lékařem*, a to v 55,0%. 19,0% respondentů preferuje *rady rodičů*. *Rozhovor s dětskou sestrou* a *samostudium literatury* preferuje stejný počet respondentů, a to 8,0%. 6% respondentů preferuje *rady přátel*, 4% preferují *internet*. Odpovědi *TV pořad* a *jiné* nikdo nevyužil.

Graf 9 - Pociťování nedostatku informací při narození 1. dítěte

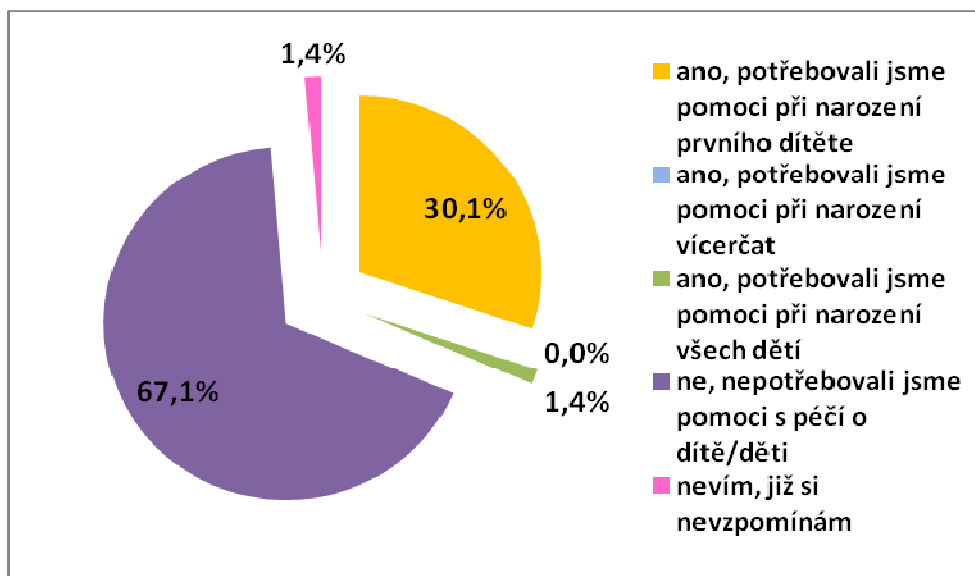
(Otázka 9)



Otázka 9 se respondentů ptala, zda pociťovali nedostatek informací při narození prvního dítěte. 71,2% respondentů uvedlo *ano* a 28,8% uvedlo *ne*.

Graf 10 - Potřeba pomoci s péčí o dítě/děti po propuštění z porodnice

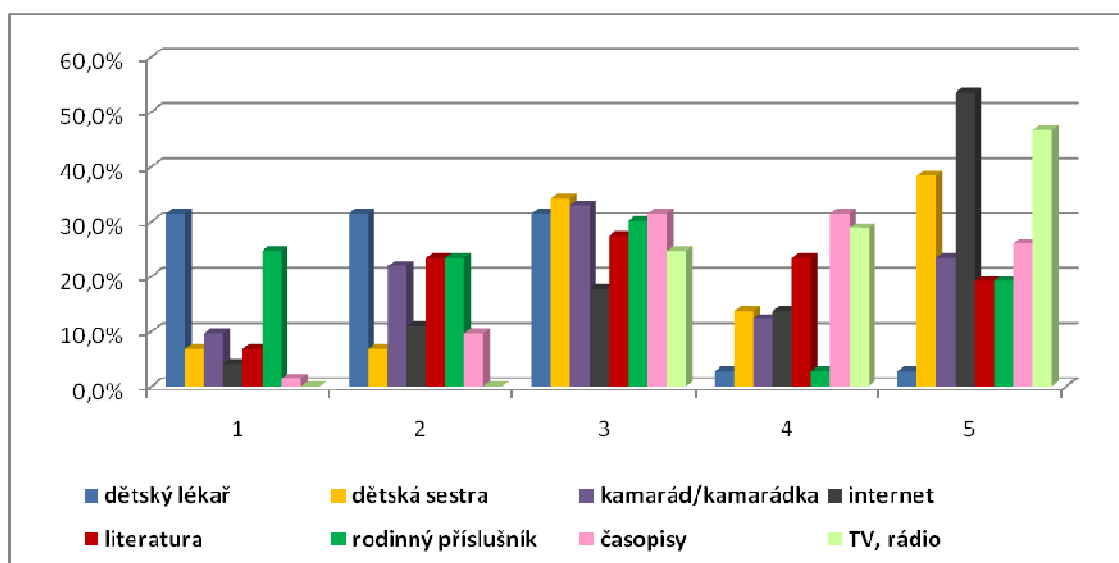
(Otázka 10)



Otázka 10 se respondentů ptala, zda potřebovali pomoci s péčí o dítě po propuštění z porodnice. 67,1% respondentů uvádí, že *pomoc nepotřebovali*. 30,1% respondentů uvádí, že *pomoc potřebovali při narození 1. dítěte*. 1,4 % respondentů *pomoc potřebovalo při narození všech dětí*. 1,4% respondentů si na tuto dobu *již nevzpomnělo*. Žádný z respondentů nevyužil možnosti *pomoci při narození vícečtat*.

Graf 11 - Zjišťování informací v péči o dítě

(Otázka 11)



V otázce 11 měli respondenti na pětistupňové škále vyjádřit, jak často se při zjišťování informací v péči o dítě obracejí na uvedené zdroje. Číslo 1 znamenalo nejčastěji, číslo 2 často, číslo 3 někdy, číslo 4 téměř ne a číslo 5 vůbec.

31,5% respondentů přidělilo *dětskému lékaři* číslo 1,2, a 3 ve stejném počtu. 2,7% respondentů mu přidělilo číslo 4 a 5 ve stejném počtu.

6,8% respondentů přidělilo *dětské sestře* číslo 1 i 2 ve stejném počtu. 34,2% respondentů u ní uvedlo číslo 3. 13,7% uvedlo číslo 4 a 38,4% uvedlo číslo 5.

U zdroje *kamarád/kamarádka* uvedlo 9,6% respondentů číslo 1, 21,9% číslo 2, 32,9% číslo 3, 12,3% číslo 4 a 23,3% číslo 5.

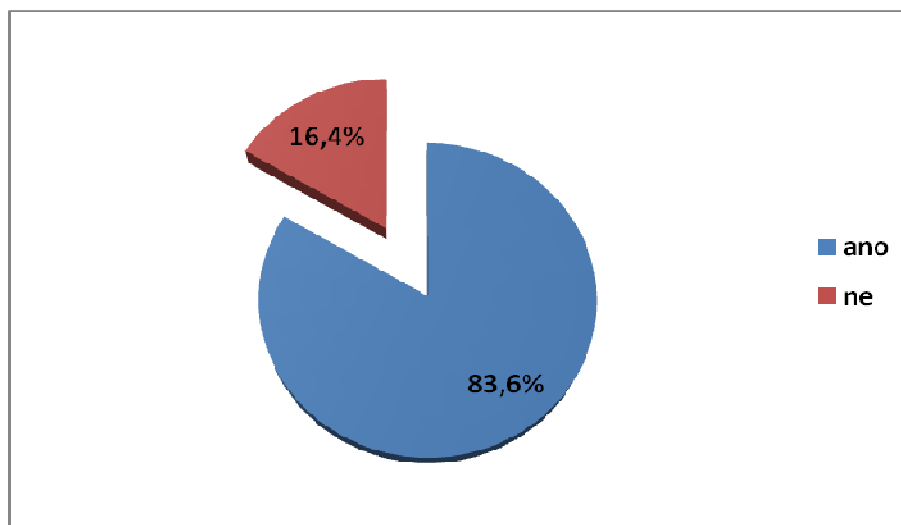
U zdroje *rodinný příslušník* uvedlo 24,7% respondentů číslo 1, 23,3% číslo 2, 30,1% číslo 3, 2,7% číslo 4 a 19,2% číslo 5. U zdroje *internet* uvedlo 4,1% respondentů číslo 1, 11,0% číslo 2, 17,8% číslo 3, 13,7% číslo 4 a 53,4% číslo 5.

U *literatury* uvedlo 6,8% respondentů číslo 1, 23,3% číslo 2, 27,4% číslo 3, 23,3% číslo 4, a 19,2% číslo 5. U zdroje *časopisy* uvedlo 1,4% respondentů číslo 1, 9,6% číslo 2, 31,5% číslo 3 a 4, a to ve stejném počtu, a 26,0% číslo 5.

U zdroje *TV, rádio* uvedlo 24,7% respondentů číslo 3, 28,8% číslo 4 a 46,6% číslo 5. Číslo 1 a 2 u tohoto zdroje neuvedl nikdo.

Graf 12 - Nabídka využití 1. návštěvní služby novorozence v domácnosti

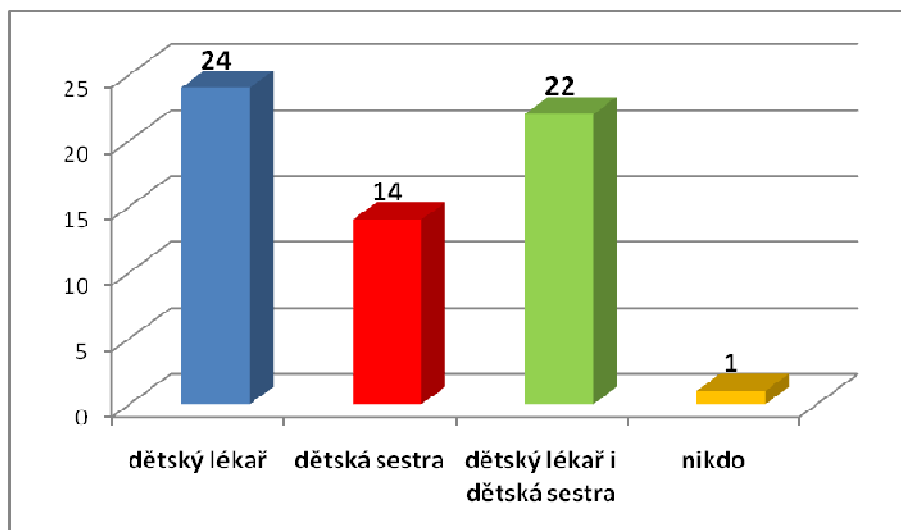
(Otázka 12)



Graf 12 znázorňuje, zda byla respondentům registrujícím lékařem dítěte nabídnuta 1. návštěvní služba novorozence v domácnosti. Celkem 83,6% respondentů odpovědělo *ano*. 16,4% respondentů uvedlo, že jim návštěvní služba nabídnuta nebyla, tedy *ne*.

Graf 13 – Odborník, který návštěvní službu uskutečnil

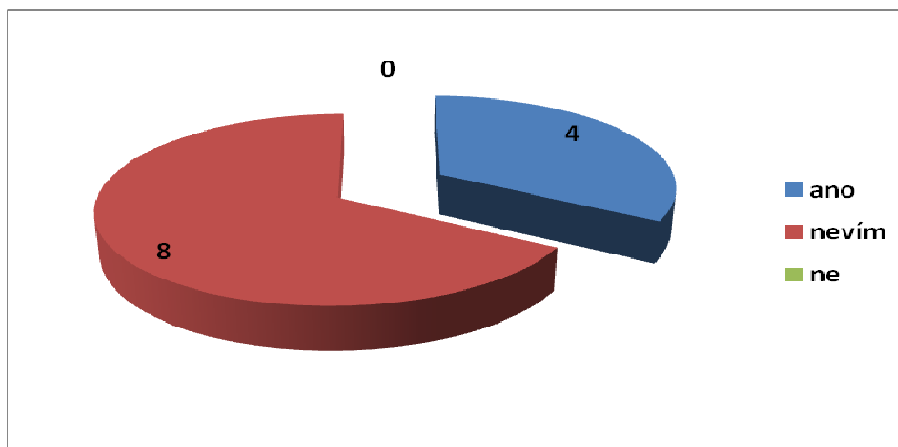
(Otázka 13)



61 respondentů, kteří na předchozí otázku 12 odpověděli kladně, uvedlo, že *dětský lékař* vykonal návštěvní službu ve 24 případech, *dětský lékař i dětská sestra* ve 22 případech, *dětská sestra* ve 14 případech a *nikdo* v 1 případě.

Graf 14 - Zájem o 1. návštěvní službu novorozence v domácnosti u respondentů, kterým nebyla služba nabídnuta

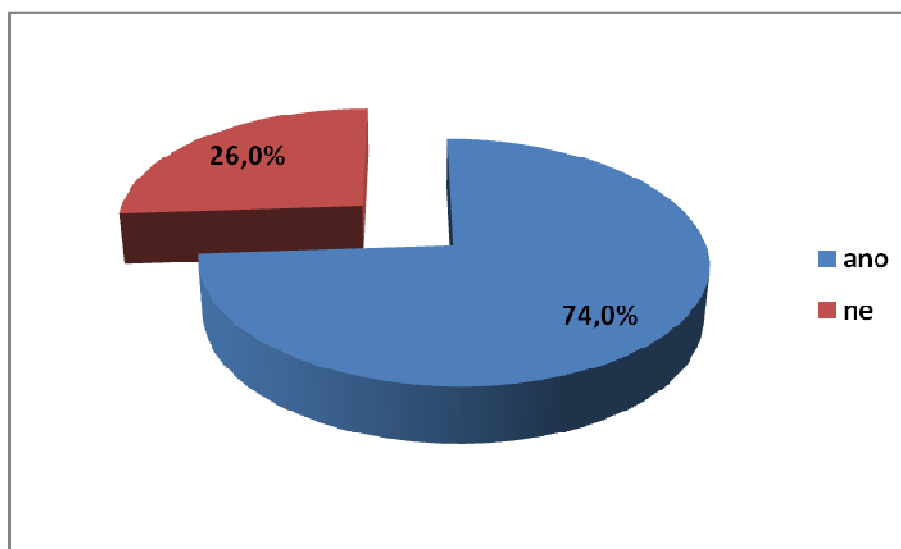
(Otázka 14)



Respondenti, kteří uvedli v otázce 12, že jim nebyla nabídnuta návštěvní služba novorozence, odpovídali na otázku, zda by o návštěvní službu měli zájem, kdyby jim nabídnuta byla. Z 12 respondentů odpověděli 4 *ano* a 8 *ne*. Nikdo z dotazovaných nevyužil možnosti *nevím*.

Graf 15 - Povědomí respondentů o návštěvní službě probíhající v zahraničí

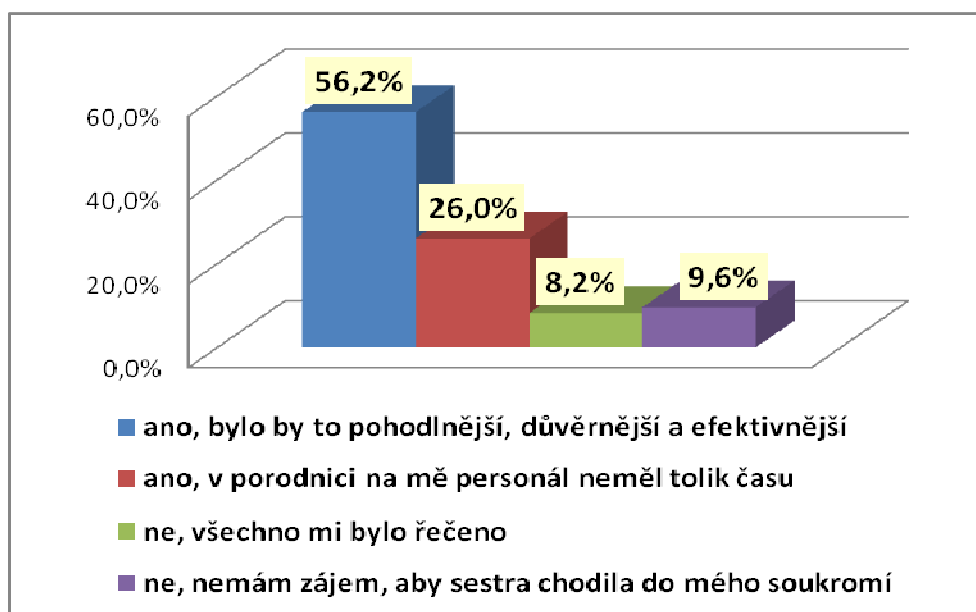
(Otázka 15)



Graf 15 znázorňuje, že 74% respondentů *ví*, že návštěvní službu novorozence v zahraničí vykonává porodní asistentka a dětská setra. 26 % respondentů o tom *neví*.

Graf 16 – Zájem respondentů o využití návštěvní služby realizované dětskou sestrou

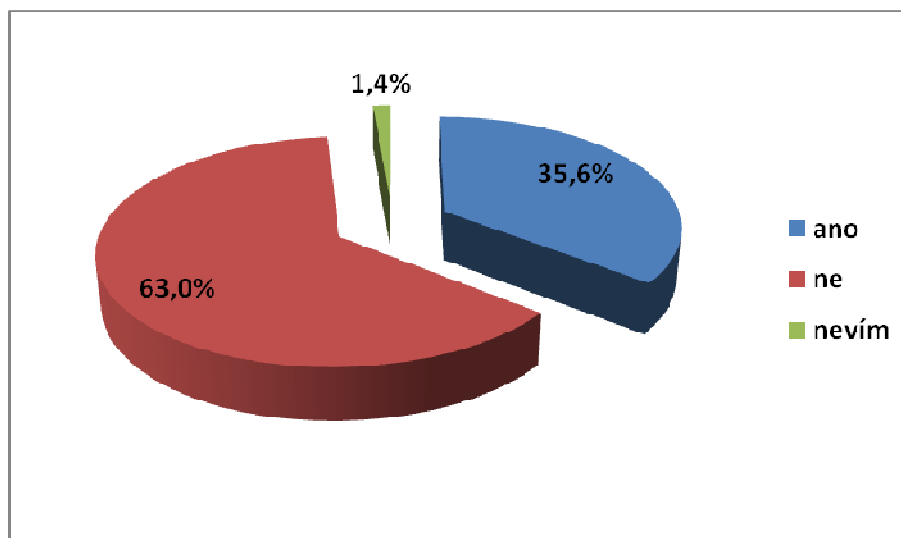
(Otázka 16)



Cílem otázky 15 bylo zjistit, zda mají respondenti zájem využít návštěvní služby novorozence realizované dětskou sestrou a porodní asistentkou, ale i zjistit, jaké by je k tomu vedly důvody. 56,2% respondentů uvedlo *ano, bylo by to pro ně pohodlnější, důvěrnější a efektivnější*. 26,0% respondentů uvedlo *ano, v porodnici na ně personál neměl tolik času*. 9,6% respondentů uvedlo *ne, nemám zájem, aby mi sestra chodila do mého soukromí* a 8,2% respondentů uvedlo *ne, všechno mi bylo řečeno v porodnici, na předporodním kurzu a u praktického lékaře pro děti a dorost*.

Graf 17 – Návštěvnost předporodního kurzu

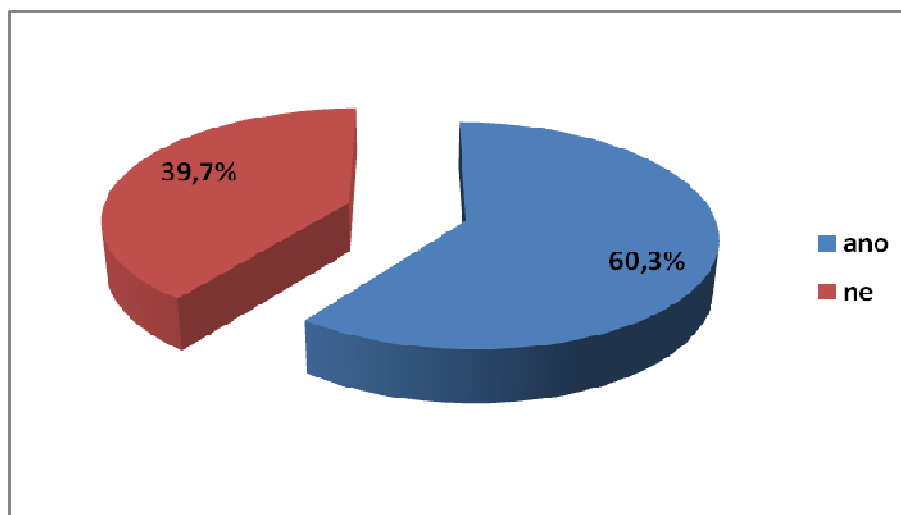
(Otázka 17)



Otázka 17 se respondentů ptala, zda budoucí matka navštěvovala předporodní kurz. 63% respondentů odpovědělo *ano*, 35,6% respondentů odpovědělo *ne* a 1,4% respondentů odpovědělo *nevím*.

Graf 18 – Povědomí o existenci laktačních poradkyň

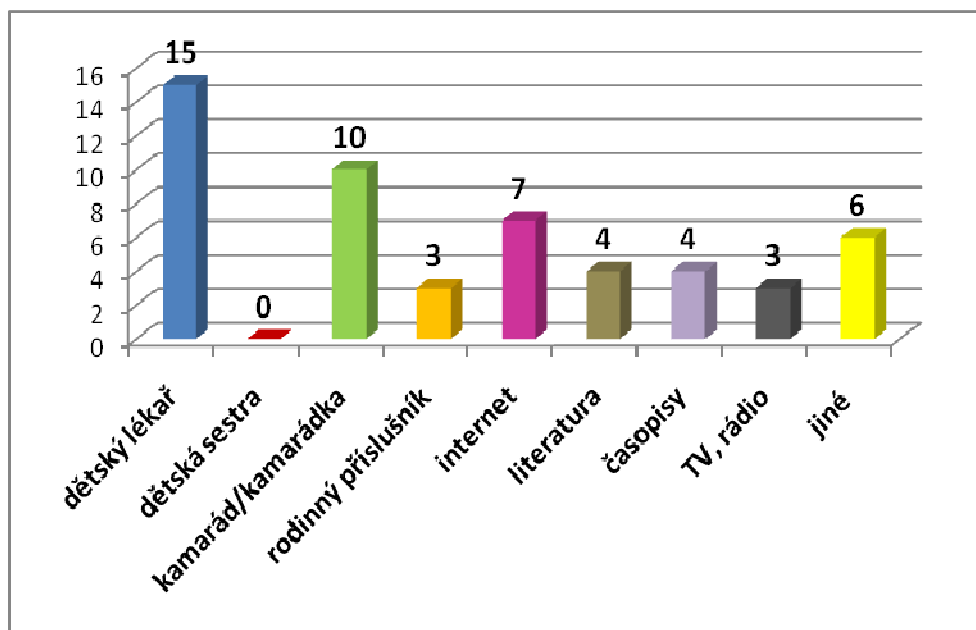
(Otázka 18)



Otázka 18 se respondentů ptala, zda vědí o existenci laktačních poradkyň. 60,3 % respondentů uvedlo, že o její existenci *ví* a 39,7% respondentů uvedlo, že o její existenci *neví*.

Graf 19 – Informační zdroje o existenci laktačních poradkyň

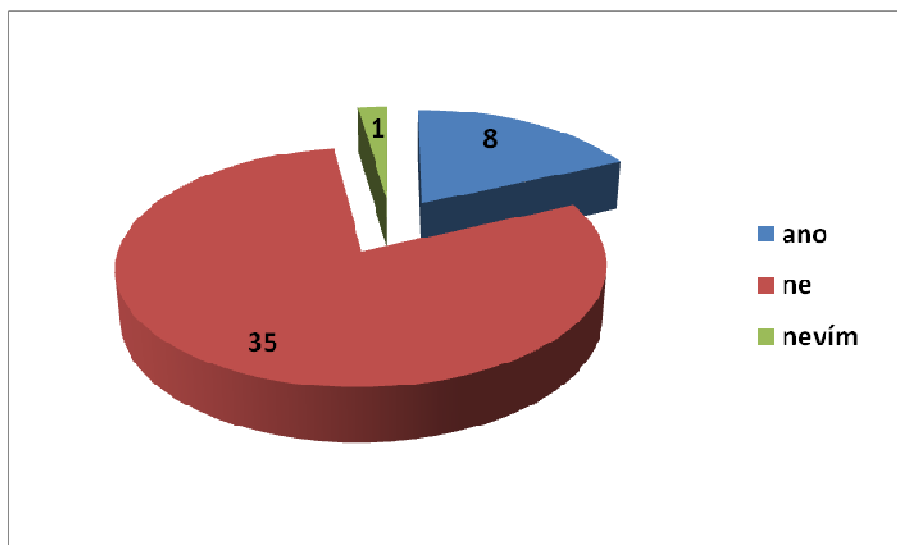
(Otázka 19)



Na otázku 18 navazovala podotázka, která se zajímala o to, jakým způsobem se respondenti dozvěděli o existenci laktační poradkyně. Na tuto otázku, vzhledem k pozitivní odpovědi na předchozí otázku, odpovídalo 44 respondentů. 3 z respondentů zakřížkovali 3 informační zdroje najednou a 2 z respondentů zakřížkovali 2 informační zdroje. Z tohoto důvodu je celkový počet odpovědí 52. 15 respondentů se o existenci laktační poradkyně dozvědělo *od dětského lékaře*, 10 *od kamarádů* a 7 *z internetu*. Kategorie odpovědí *literatura* a *časopisy* byly uvedeny ve stejném počtu, a to 4krát. Kategorie odpovědí *rodinný příslušník* a *TV, rádio*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 3krát. *Dětská sestra* o existenci laktační poradkyně respondenty neinformovala ani v jednom případě. 6 respondentů využilo možnost *jiné*, 4 respondenti se o existenci laktační poradkyně dozvěděli od porodní asistentky, 1 v porodnici a 1 na pracovišti.

Graf 20 – Využití služby laktační poradkyně

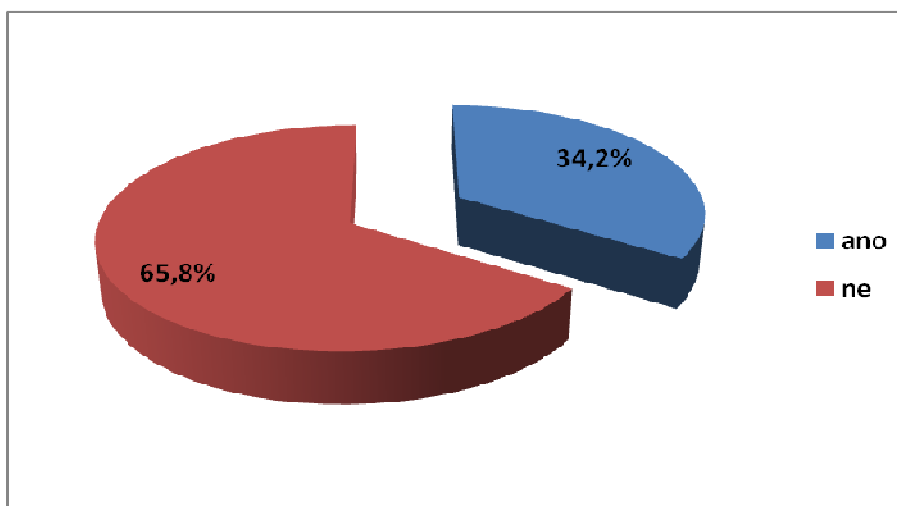
(Otázka 20)



Graf 20 poukazuje na využívání služby laktační asistentky. Celkem odpovědělo 44 respondentů, kteří kladně odpovídali i na otázku 18. 35 respondentů uvedlo, že se na laktační poradkyni *nikdy neobrátili*, 8 respondentů se na laktační poradkyni *někdy obrátilo* a 1 respondent uvedl odpověď *nevím*.

Graf 21 – Povědomí o existenci horké linky kojení

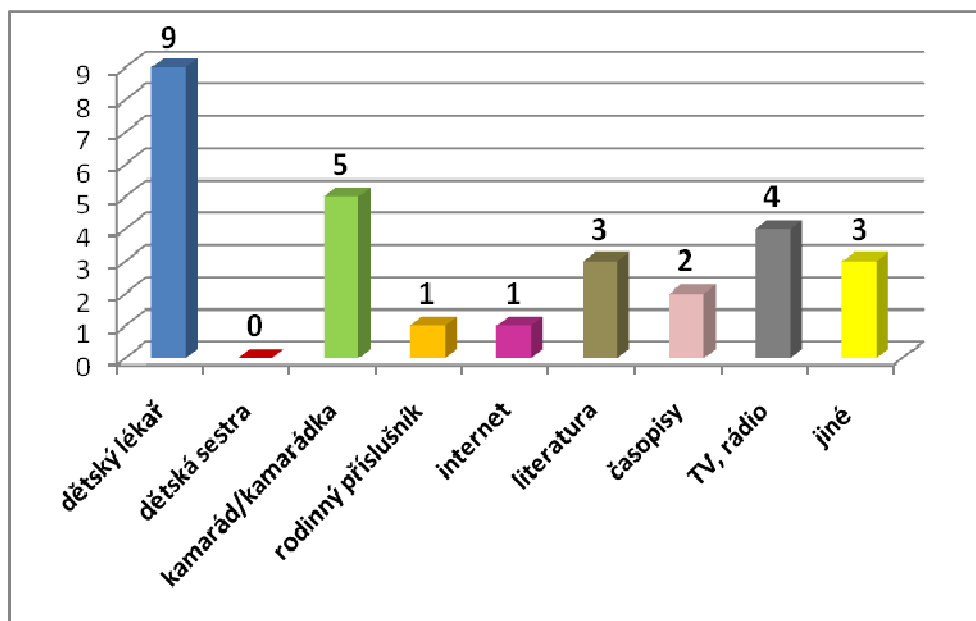
(Otázka 21)



Otázka 21 se respondentů ptala, zda vědí o existenci horké linky kojení. 65,8 % respondentů uvedlo, že o její existenci *neví*, a 34,2% respondentů o její existenci *ví*.

Graf 22 – Informační zdroje o existenci horké linky kojení

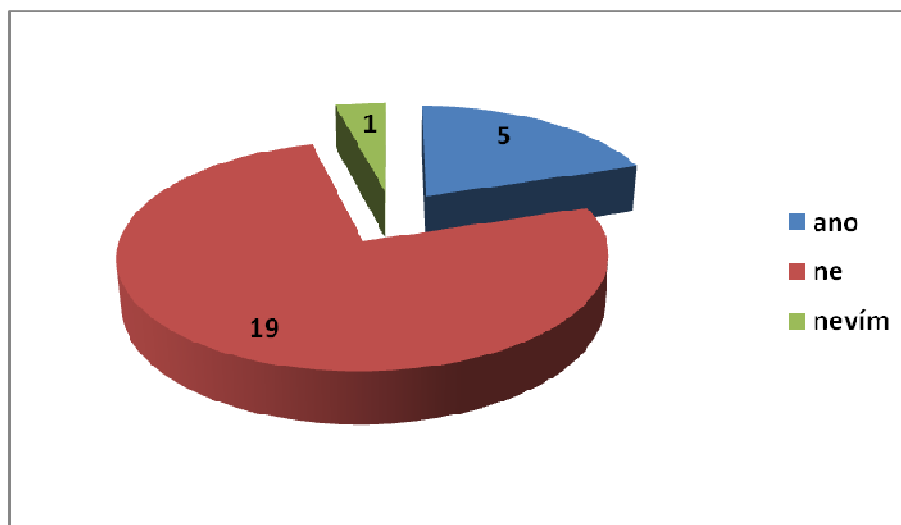
(Otázka 22)



Na otázku 21 navazovala podotázka, která se zajímala o to, jakým způsobem se respondenti dozvěděli o horké lince kojení. Na tuto otázku, vzhledem k pozitivní odpovědi na předchozí otázku, odpovědělo 25 respondentů. 1 z respondentů zakřížkoval 3 informační zdroje najednou a 1 respondent zakřížkoval 2 informační zdroje. Z tohoto důvodu je celkový počet odpovědí 28. 9 respondentů se o existenci horké linky kojení dozvědělo *od dětského lékaře*, 5 *od kamarádů*, 4 *z TV a rádia*, 3 *z literatury*, 2 *z časopisů*, 1 *z internetu* a 1 *od rodinného příslušníka*. *Dětská sestra* je o existenci horké linky kojení neinformovala ani v jednom případě. 3 respondenti využili možnost *jiné*, konkrétně se o existenci horké linky kojení dozvěděli od porodní asistentky.

Graf 23 – Využití služby horké linky kojení

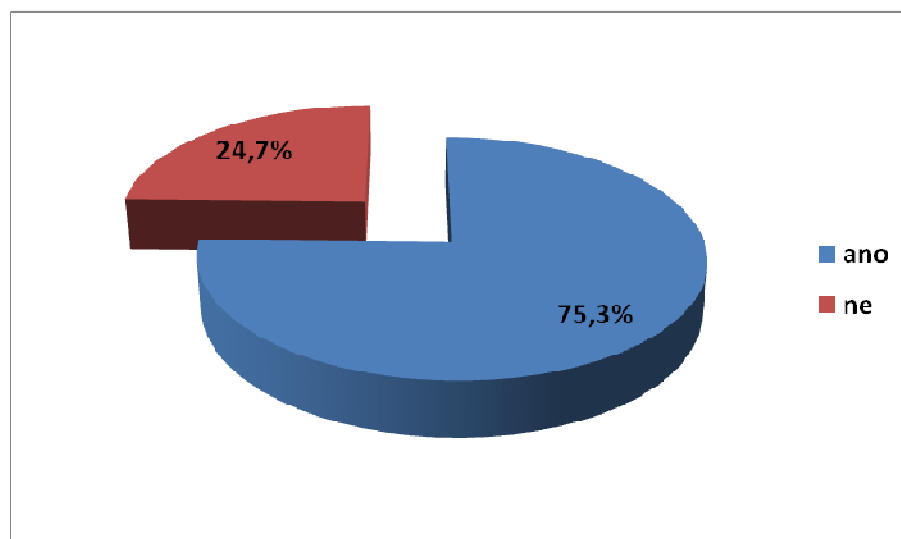
(Otázka 23)



Na tuto otázku odpovědělo celkem 25 respondentů, kteří kladně odpověděli i na otázku 21. 19 respondentů uvedlo, že se na horkou linku kojení *nikdy neobrátili*, 5 respondentů se na horkou linku kojení *někdy obrátilo* a 1 respondent uvedl *nevím*.

Graf 24 – Zájem rodičů o skupinová setkání vedená dětskou sestrou

(Otázka 24)



Otázka 24 se respondentů ptala, zda by bylo dobré rodičům nabídnout skupinová setkání, ve kterých by dětská sestra s rodiči probírala primární zdravotní prevenci. 75,3% respondentů si myslí, že by to *dobré bylo*. Pouze 24,7% respondentů uvádí *ne*.

Tabulka 13 – Oblasti, které si rodiče přejí s dětskou sestrou probírat na skupinových setkáních

(Otázka 25)

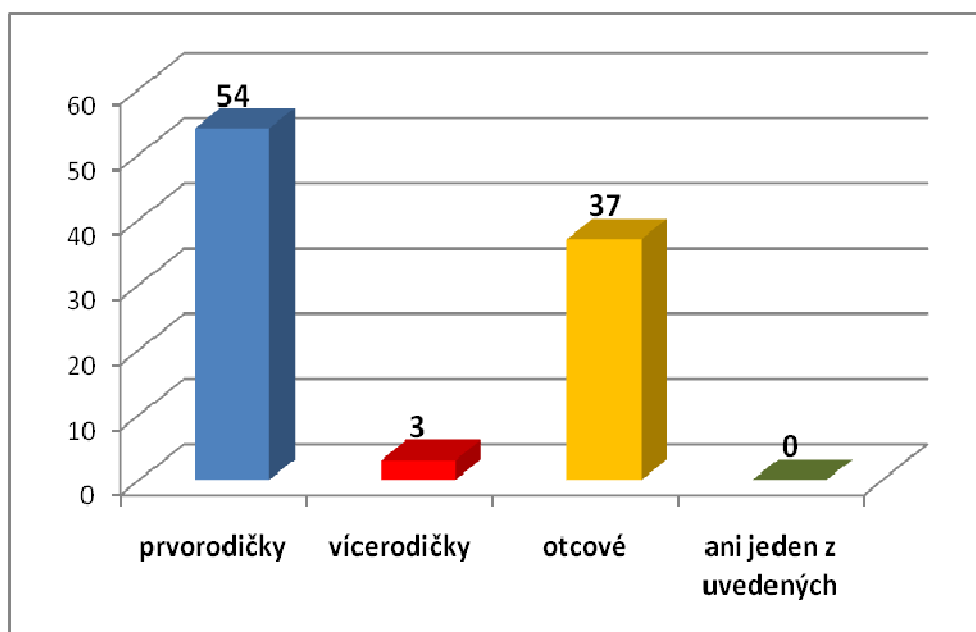
Preventivní oblasti	Počet zájemců
přirozená výživa kojením	35
umělá výživa	19
zásady zavádění příkrmu	33
bezpečnostní opatření při jízdě v autě	10
bezpečnostní opatření doma a v okolí	22
vhodná stimulace dítěte	26
výběr vhodných hraček	15
péče o chrup	18
hygienická péče	15
problematika opruzenin	15
problematika dětské koliky	24
ochrana před slunečním zářením	9
pobyt na čerstvém vzduchu	7
manipulace s dítětem	18
péče o vícerčata	18
příznaky obtíží u dítěte	32
jiné	0
Celkem	316

Otázka 25 byla určena respondentům, kteří na předchozí otázku 24 odpověděli kladně. Úkolem respondentů bylo označit, jaké oblasti primární zdravotní prevence by měla dětská sestra na skupinových setkáních probírat. Celkem odpovídalo 55 respondentů. Respondenti si mohli vybrat z 16 témat, popřípadě uvést téma odlišné a využít tím možnost jiné. Nejčastější uváděné téma *přirozená výživa kojením*, bylo uvedeno celkem 35krát. Téma *zásady zavádění příkrmu*, bylo uvedeno 33krát. Téma *příznaky obtíží u dítěte*, bylo uvedeno 32krát. Téma *vhodná stimulace dítěte*, bylo uvedeno 26krát. Téma *problematika dětské koliky*, bylo uvedeno 24krát. Téma *bezpečnostní opatření doma a v okolí*, bylo uvedeno 22krát. Téma *umělá výživa*, bylo uvedeno 19krát. Témata *péče o chrup*, *manipulace s dítětem* a *péče o vícerčata*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 18krát. Témata *výběr vhodných hraček*, *hygienická péče* a *problematika opruzenin*, byla

uvedena ve stejném počtu, a to 15krát. Téma *bezpečnostní opatření při jízdě v autě*, bylo uvedeno 10krát. Téma *ochrana před slunečním zářením*, bylo uvedeno 9krát. Téma *pobyt na čerstvém vzduchu*, bylo uvedeno 7krát. Nikdo z respondentů nevyužil možnosti jiné. Celkem respondenti uvedli 316 odpovědí.

Graf 25 – Očekávaný přínos ze skupinových setkání

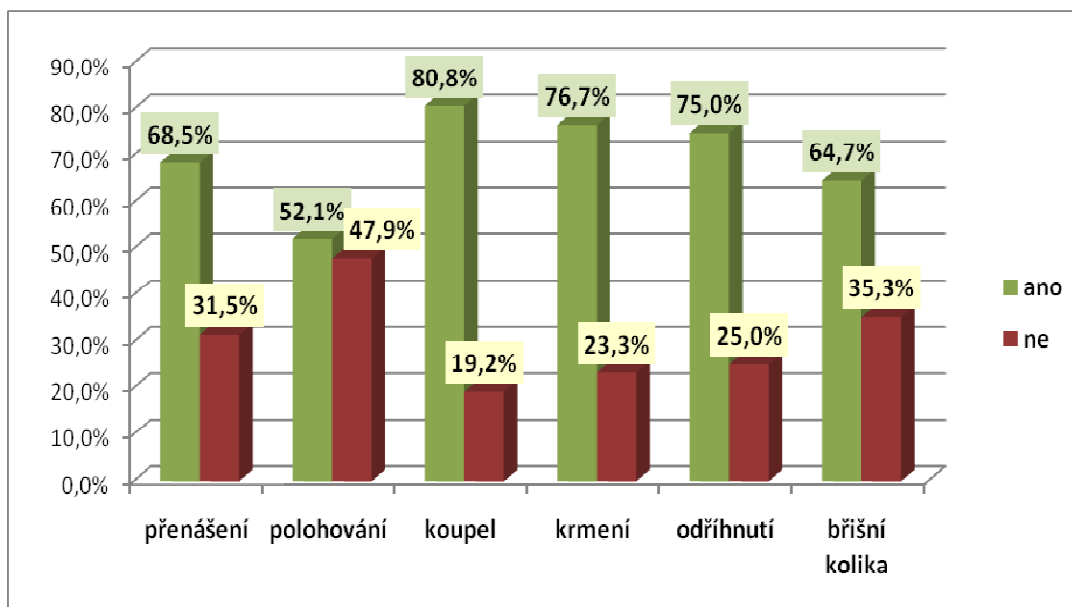
(Otázka 26)



Otázka 26 byla určena respondentům, kteří na otázku 24 odpověděli kladně a na otázku 25 vybrali téma/ta skupinového setkání. Úkolem respondentů bylo odpovědět na otázku, pro koho by byla skupinová setkání přínosem. Celkem odpovídalo 55 respondentů. 54 respondentů se domnívá, že by skupinová setkání byla *přínosná pro prvorodičky*, 37 respondentů vidí *přínos pro otce* a 3 respondenti udávají *přínos pro vícerodičky*. 34 respondentů označilo 2 odpovědi najednou, 2 respondenti označili 3 odpovědi najednou a 19 respondentů označilo pouze 1 odpověď ze 4 možných.

Graf 26 – Ukázka bezpečné manipulace s dítětem

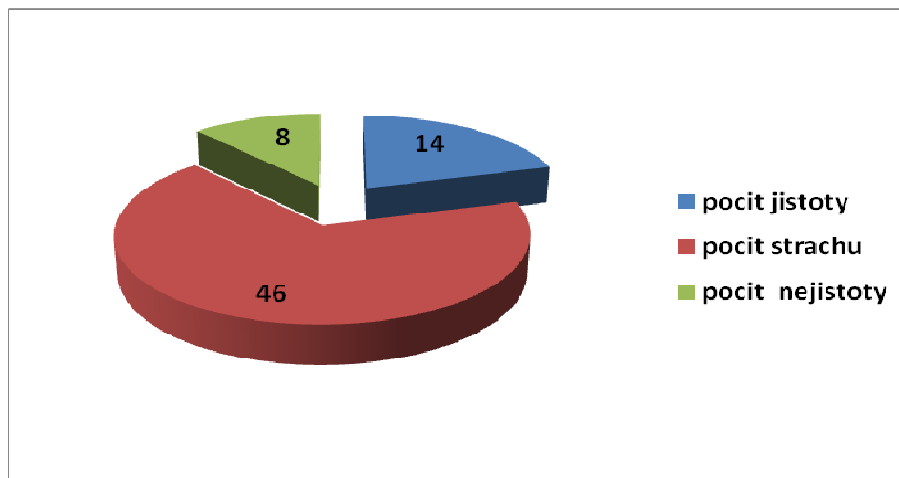
(Otázka 27)



Otázka 27 se respondentů ptala, zda jim dětská sestra ukázala, jak s dítětem bezpečně manipulovat při přenášení, polohování, koupeli, krmení, odříhnutí a břišní kolice. V 68,5% případů respondenti uvádí, že jim dětská sestra ukázala *přenášení dítěte*. 52,1% respondentů udává, že jim ukázala *polohování*. 80,8% respondentů uvádí, že jim ukázala *koupel*. 76,7% respondentů udává, že jim ukázala *krmení*. 75,0% uvádí, že jim ukázala *polohu při odříhnutí*. 64,7% uvádí, že jim ukázala *polohu při břišní kolice* dítěte.

Graf 27 – Subjektivní pocity respondentů po ukázce manipulace s dítětem

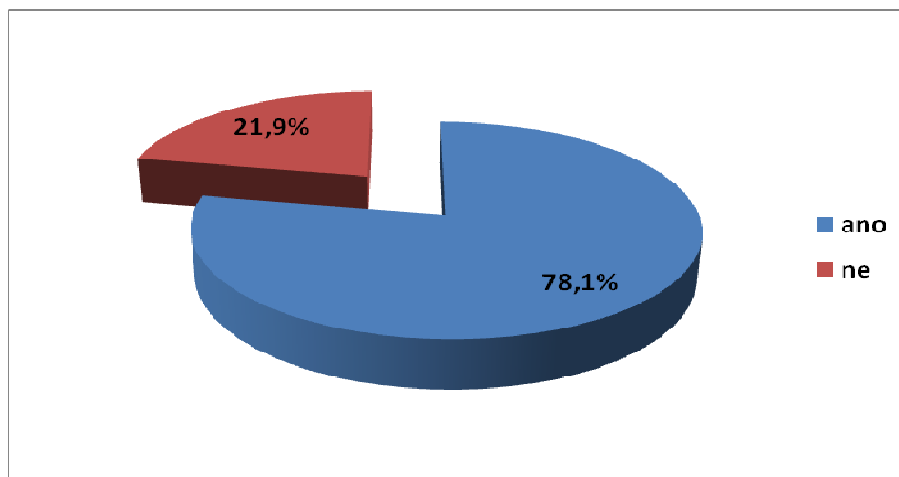
(Otázka 28)



Otázka 28 navazuje na předchozí otázku. Cílem této otázky bylo zjistit, jak se respondenti po ukázce bezpečné manipulace s dítětem cítili. Variantu *pocit strachu* zvolilo 46 respondentů, variantu *pocit jistoty* zvolilo 14 respondentů a variantu *pocit nejistoty* uvedlo 8 respondentů. Na tuto otázku vzhledem k negativní odpovědi na předchozí otázku neodpovědělo 5 respondentů.

Graf 28 – Povědomí respondentů o tom, že se dá špatnou manipulací s dítětem dítěti do jisté míry uškodit

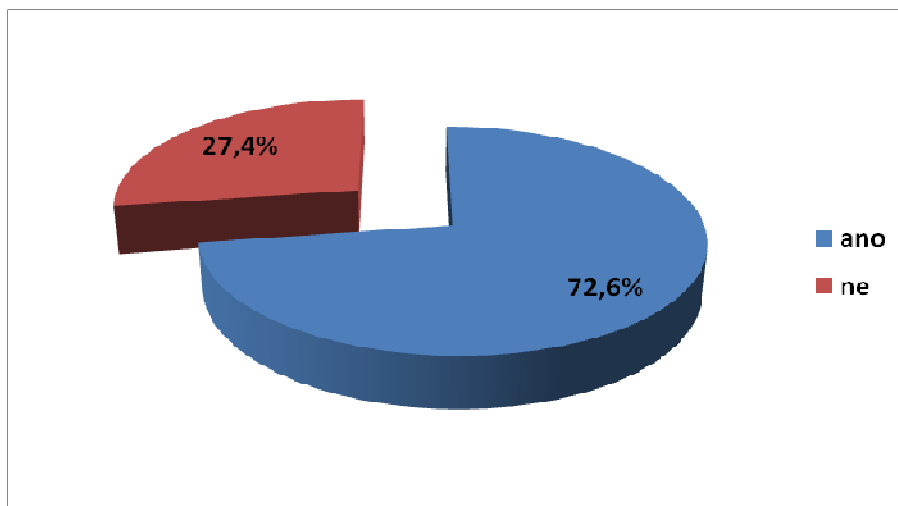
(Otázka 29)



Otázka 29 se respondentů ptala, zda vědí o tom, že se může špatnou manipulací s dítětem dítěti do jisté míry uškodit. 78,1% respondentů uvedlo *ano* a 21,9% uvedlo *ne*.

Graf 29 – Povědomí rodičů o tom, že se dá správnou manipulací s dítětem dítěti ve vývoji výrazně pomoci

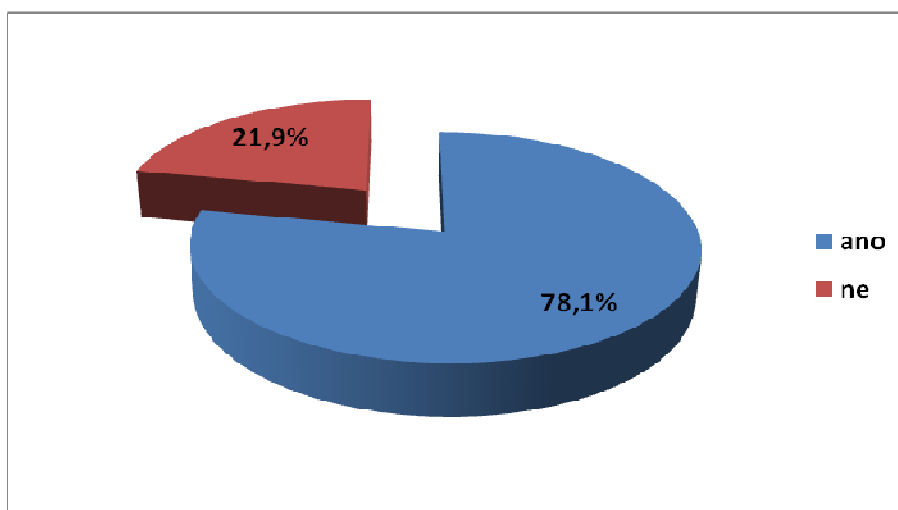
(Otázka 30)



Otázka 30 se respondentů ptala, zda vědí o tom, že se dá správnou manipulací s dítětem dítěti ve vývoji výrazně pomoci. 72,6% respondentů uvedlo *ne* a 27,4% uvedlo *ano*.

Graf 30 – Povědomí respondentů o existenci kurzů výuky manipulace s novorozencem a kojencem

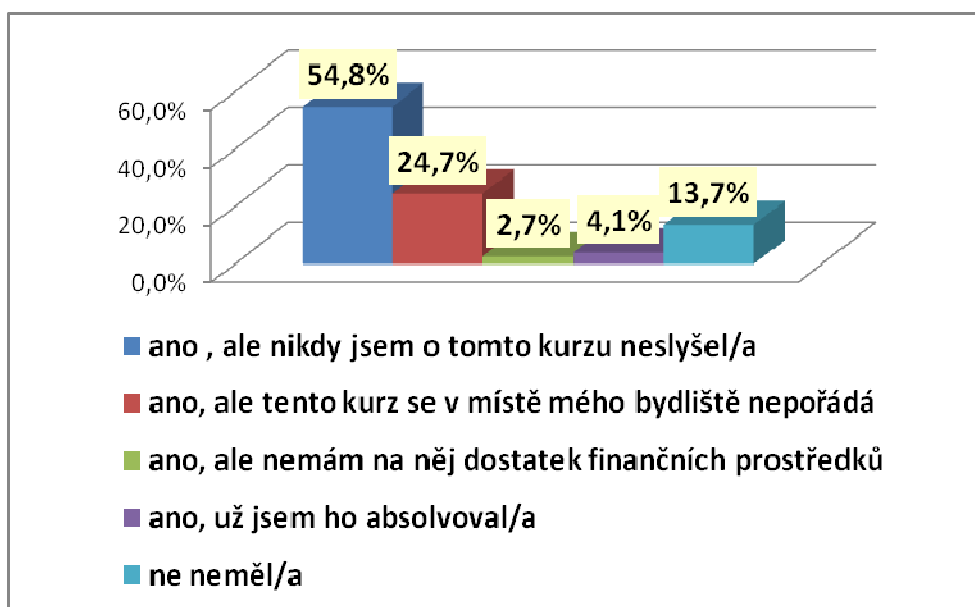
(Otázka 31)



Otázka 31 se respondentů ptala, zda vědí o tom, že existují kurzy výuky manipulace s novorozencem a kojencem. 78,1% respondentů uvedlo *ne* a 21,9% uvedlo *ano*.

Graf 31 - Zájem rodičů o kurz správné manipulace s dítětem vedený dětskou sestrou

(Otázka 32)



V otázce 32 měli respondenti na pětistupňové škále vyjádřit, zda mají zájem o kurz správné manipulace s dítětem vedený dětskou sestrou. Největší počet respondentů, a to 54,8%, zvolilo variantu *ano měl/a, ale nikdy jsem o tomto kurzu neslyšel/a*. Variantu *ano měl/a, ale tento kurz se v místě mého bydliště nepořádá*, zvolilo 24,7%. Variantu *ano měl/a, ale nemám na něj dostatek finančních prostředků*, zvolilo 2,7%. Variantu *ano měl/a, už jsem ho absolvoval/a*, uvedlo 4,1% a variantu *ne neměl/a* udalo 13,7%.

Tabulka 14 – Oblasti preventivní péče, o kterých s respondenty diskutuje nebo diskutoval praktický lékař pro děti a dorost

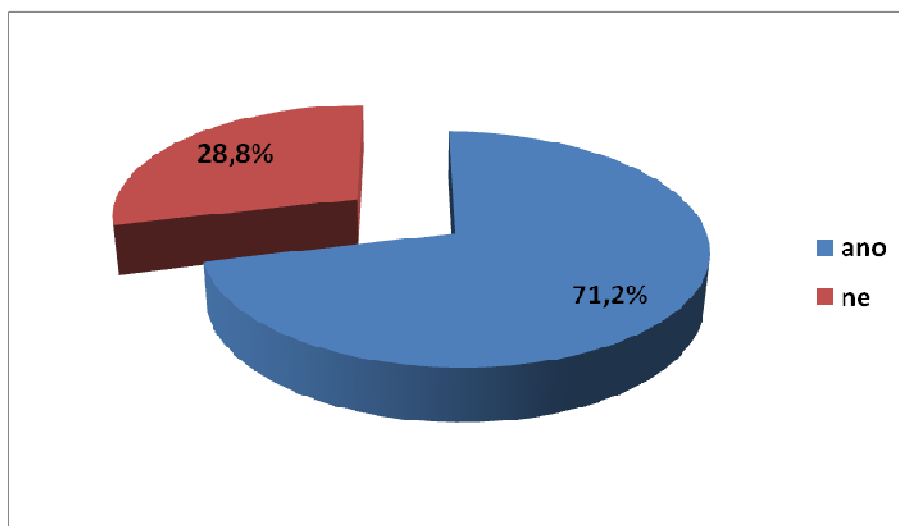
(Otázka 33)

Preventivní oblasti	Počet zájemců
zdravá výživa matky	28
přirozená výživa kojením	47
umělá výživa	33
zásady zavádění příkrmů	46
zdravá výživa dítěte	42
hygienická péče	37
problematika opruzenin, jak jim předcházet	30
péče o chrup	16
růst a vývoj dítěte	45
očkování	57
vhodná stimulaci dítěte	14
výběr vhodných hraček	4
bezpečnostní opatření při jízdě v autě	4
bezpečnostní opatření doma a v okolí	8
odpočinek, spánek	20
vhodné aktivity, sport	11
ochrana před slunečním zářením	25
prevence závislostí u dětí	7
výchova	10
jiné	0
Celkem	484

Otázka 33 se věnovala preventivním oblastem, o kterých diskutuje nebo diskutoval dětský lékař s respondenty. Respondentům byla nabídnuta možnost označit více odpovědí a mohli si vybrat z 20 témat, popřípadě uvést téma odlišné a využít tím možnost jiné. Nejčastější uváděné téma, *očkování*, bylo uvedeno celkem 57krát. Téma *přirozená výživa kojením*, bylo uvedeno celkem 47krát. Téma *zásady zavádění příkrmu*, bylo uvedeno 46krát. Téma *růst a vývoj dítěte*, bylo uvedeno 45krát. Téma *zdravá výživa dítěte*, bylo uvedeno 42krát. Téma *hygienická péče*, bylo uvedeno 37krát. Téma *umělá výživa*, bylo uvedeno 33krát. Téma *problematika opruzenin, jak jim předcházet*, bylo uvedeno 30krát. Téma *zdravá výživa matky*, bylo uvedeno 28krát. Téma *ochrana*

před slunečním zářením, bylo uvedeno 25krát. Téma *odpočinek, spánek*, bylo uvedeno 20krát. Téma *péče o chrup*, bylo uvedeno 16krát. Téma *vhodná stimulaci dítěte*, bylo uvedeno 14krát. Téma *vhodné aktivity, sport*, bylo uvedeno 11krát. Téma *výchova*, bylo uvedeno 10krát. Téma *bezpečnostní opatření doma a v okolí*, bylo uvedeno 8krát. Téma *prevence závislostí u dětí*, bylo uvedeno 7krát. Témata *výběr vhodných hraček a bezpečnostní opatření při jízdě v autě*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 4krát. Nikdo z respondentů nevyužil možnosti jiné. Celkem respondenti uvedli 484 odpovědí.

Graf 32 – Čas, který s respondenty tráví praktický lékař pro děti a dorost
(Otázka 34)



Otázka 34 se respondentů ptala, zda považují čas, který s nimi tráví dětský lékař, za dostačující. 71,2% respondentů uvedlo *ano* a 28,8% respondentů uvedlo *ne*.

Tabulka 15 – Oblasti preventivní péče, o kterých s respondenty diskutuje nebo diskutovala sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

(Otázka 35)

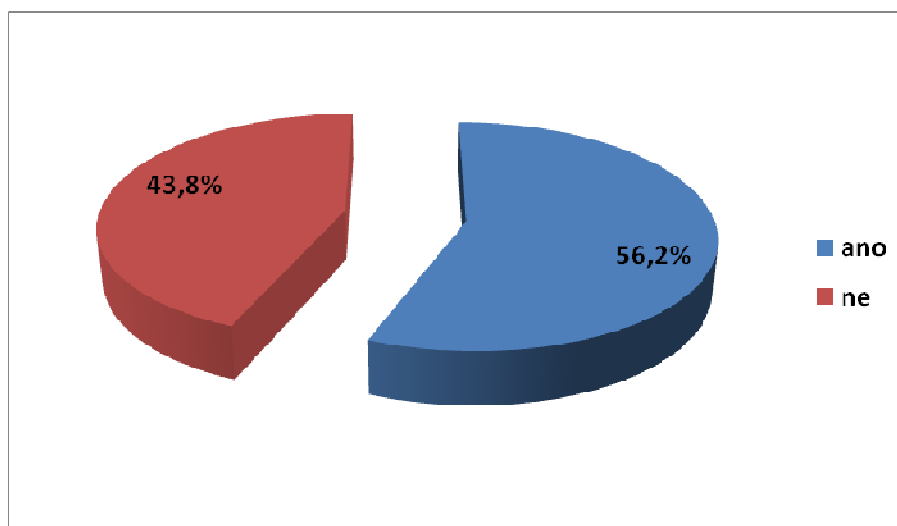
Preventivní oblasti	Počet zájemců
zdravá výživa matky	9
přirozená výživa kojením	19
umělá výživa	16
zásady zavádění příkrmů	20
zdravá výživa dítěte	18
hygienická péče	18
problematika opruzenin, jak jim předcházet	16
péče o chrup	10
růst a vývoj dítěte	26
očkování	42
vhodná stimulace dítěte	6
výběr vhodných hraček	4
bezpečnostní opatření při jízdě v autě	4
bezpečnostní opatření v doma a jeho okolí	7
odpočinek, spánek	7
vhodné aktivity, sport	9
ochrana před slunečním zářením	8
prevence závislostí u dětí	5
výchova	5
jiné	0
Celkem	249

Otázka 35 se věnovala preventivním oblastem, o kterých diskutuje nebo diskutovala s respondenty dětská sestra. Respondentům byla nabídnuta možnost označit více odpovědí a mohli si vybrat z 20 témat, popřípadě uvést téma odlišné a využít tím možnost jiné. Nejčastější uváděné téma, *očkování*, bylo uvedeno celkem 42krát. Téma *růst a vývoj dítěte*, bylo uvedeno 26krát. Téma *zásady zavádění příkrmu*, bylo uvedeno 20krát. Téma *přirozená výživa kojením*, bylo uvedeno celkem 19krát. Témata *zdravá výživa dítěte* a *hygienická péče*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 18krát. Témata *umělá výživa* a *problematika opruzenin, jak jim předcházet*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 16krát. Téma *péče o chrup*, bylo uvedeno 10krát. Téma *vhodné aktivity*,

sport, bylo uvedeno 9krát. Téma *ochrana před slunečním zářením*, bylo uvedeno 8krát. Témata *bezpečnostní opatření doma a v okolí* a *odpočinek, spánek*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 7krát. Téma *vhodná stimulace dítěte*, bylo uvedeno 6krát. Témata *prevence závislostí u dětí* a *výchova*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 5krát. Témata *výběr vhodných hraček* a *bezpečnostní opatření při jízdě v autě*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 4krát. Nikdo z respondentů nevyužil možnosti jiné. 14 respondentů nezakřížkovalo ani jednu z uvedených oblastí, protože s nimi dětská sestra nediskutuje vůbec. Respondenti uvedli celkem 249 odpovědí.

Graf 33 – Čas, který s respondenty tráví dětská sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

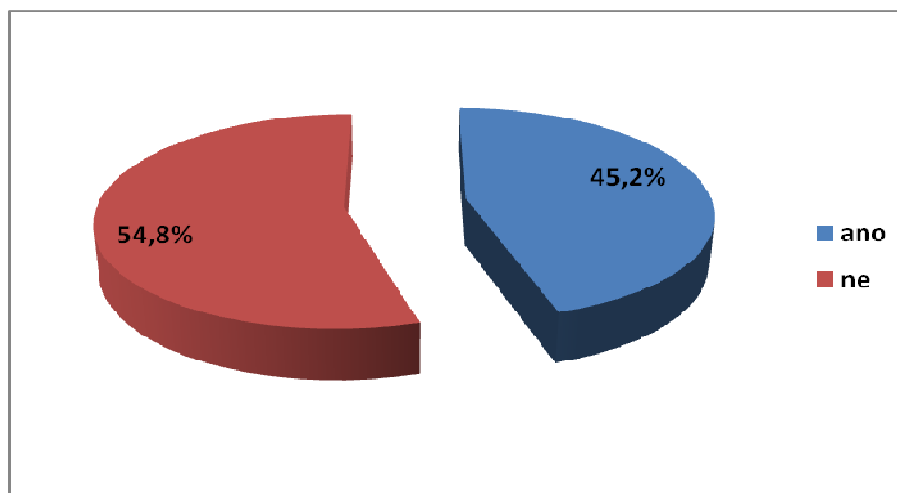
(Otázka 36)



Otázka 36 se respondentů ptala, zda považují čas, který s nimi stráví dětská sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost, za dostačující. 56,2% respondentů uvedlo *ano* a 43,8% respondentů uvedlo *ne*.

Graf 34 – Povědomí laické veřejnosti o vysokoškolské kvalifikační přípravě sester

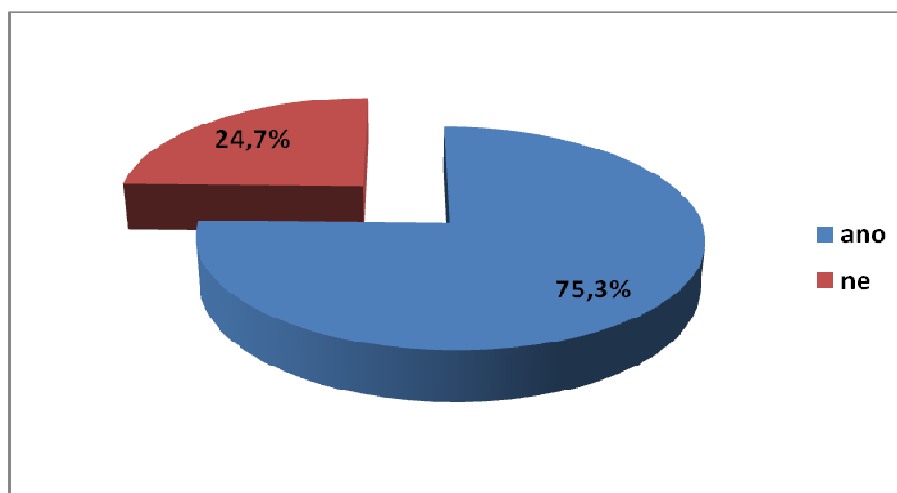
(Otázka 37)



Otázka 37 se respondentů ptala, zda vědí o tom, že v dnešní době probíhá kvalifikační příprava sester pouze na vysokoškolské úrovni. 45,2% respondentů uvedlo *ano* a 54,8% uvedlo *ne*.

Graf 35 – Samostatná práce praktické dětské sestry

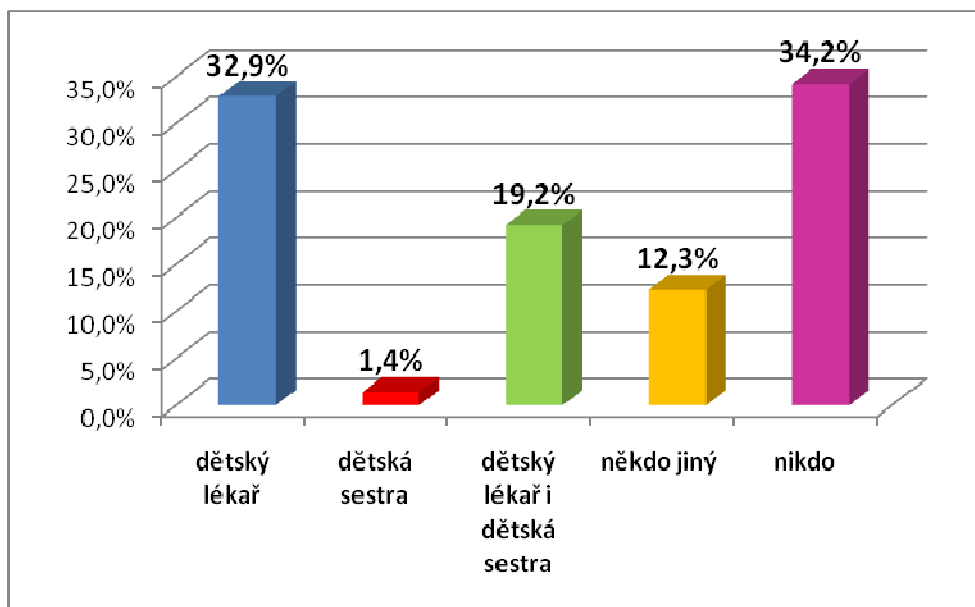
(Otázka 38)



Cílem otázky 38 bylo zjistit, zda je reálné, aby vysokoškolsky vzdělaná sestra samostatně, tzn. bez dohledu lékaře, vykonávala funkci dětské obvodní sestry, stejně jako je tomu v zahraničí. 75,3% respondentů uvedlo *ano* a 24,7% respondentů uvedlo *ne*.

Graf 36 – Zdroj informací o službách zaměřených na děti

(Otázka 39)



Graf 39 znázorňuje, kdo informoval respondenty o službách zaměřených na děti, které mohou využívat v místě jejich bydliště. Největší počet respondentů, a to 34,2%, uvedlo variantu *nikdo*. 32,9% respondentů uvedlo *dětského lékaře*. 19,2% uvedlo *dětského lékaře i dětskou sestru*. 12,3% respondentů, kteří uvedli odpověď *jiné*, doplnilo, že se v 6 případech jednalo o kamaráda/kamarádku, ve 2 případech o rodinného příslušníka a v 1 případě o internet. 1,4% respondentů uvedlo *dětskou sestru*.

Tabulka 16 – Služby zaměřené na děti, o kterých respondenti vědí

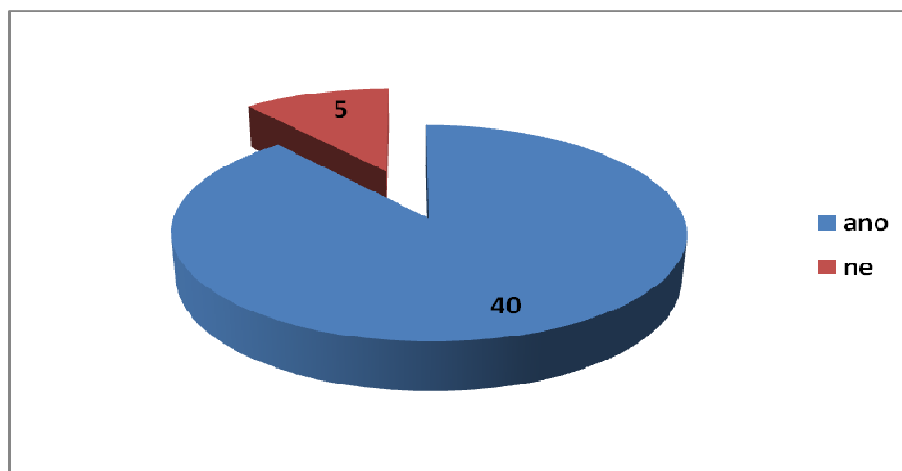
(Otázka 40)

Služby	Počet
předporodní kurz	2
laktační poradkyně	2
mateřská centra	3
jesle	2
mateřská škola	4
základní škola	2
speciální školy	3
stacionáře	2
masáže kojenců	1
kurz plavání	17
kurz první pomoci dítěti	1
cvičení rodičů s dětmi	5
zájmový kroužek	8
hlídání dětí	3
logopedie	2
rehabilitace	2
solná jeskyně	1
Mořský koník	2
Kaňka	2
dům dětí a mládeže	1
Celkem	65

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otevřenou otázku 40. Nejčastější kategorie odpovědi, *kurz plavání*, byla uvedena 17krát. Kategorie odpovědi *zájmový kroužek*, byla uvedena 8krát. Kategorie odpovědi *cvičení rodičů s dětmi*, byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědi *mateřská škola*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědí *mateřská centra*, *speciální školy* a *hlídání dětí*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 3krát. Kategorie odpovědí *předporodní kurz*, *laktační poradkyně*, *jesle*, *základní škola*, *stacionáře*, *logopedie*, *rehabilitace*, *Mořský koník* a *Kaňka*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědí *masáže kojenců*, *kurz první pomoci dítěti*, *solná jeskyně* a *dům dětí a mládeže*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Celkem na tuto otázku odpovědělo 33 respondentů. Uvedli celkově 65 odpovědí.

Graf 37 – Zájem respondentů o informovanost o službách zaměřených na děti

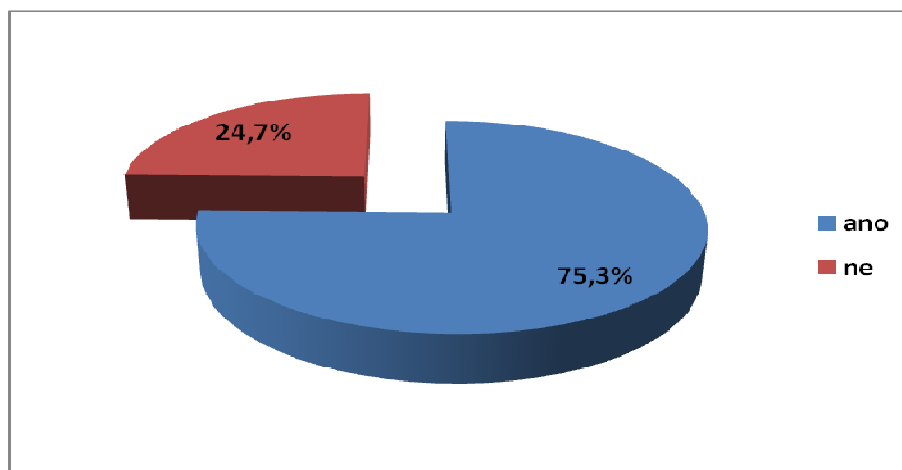
(Otázka 41)



Otázka 41 se respondentů ptala, zda by měli zájem být informováni o službách zaměřených na děti v případě, že je nikdo neinformoval. Na tuto otázku mělo odpovídat pouze 25 respondentů, kteří na otázku č. 39 zvolili odpověď *nikdo*. Celkem ale odpovědělo 45 respondentů, z nichž 40 zvolilo odpověď *ano* a 5 odpověď *ne*. Tato otázka odhalila, že 20 respondentů, kteří v otázce č. 39 uvedli, že o službách informováni byli, uvedlo, že by měli o informace o službách zájem.

Graf 38 – Zájem o nové informace v oblasti zdravé životosprávy dětí

(Otázka 42)



Otázka 42 se respondentů ptala, zda se zajímají o nové informace v oblasti zdravé životosprávy dětí. 75,3% respondentů uvedlo *ano* a 24,7% uvedlo *ne*.

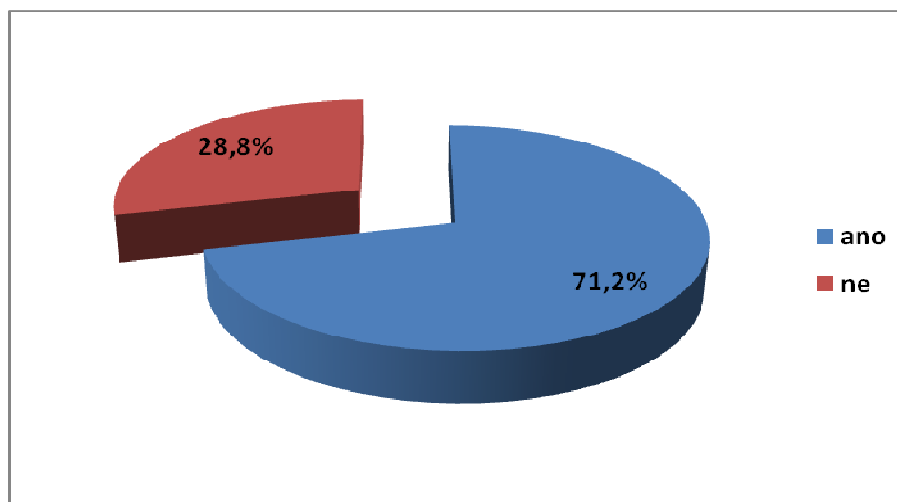
Tabulka 17 – Informace, které respondentům scházejí v oblasti preventivní péče
(Otázka 43)

Scházející informace	Počet respondentů
drogová závislost	1
zdravá výživa	2
očkování	2
první pomoc při úrazech	2
prevence závislosti na počítačových hrách	2
vývoj a výchova dítěte s poruchami chování	1
sociální poradny	1
rehabilitace	1
prevence úrazů	2
duševní rozvoj dítěte	1
poruchy chování a v učení	1
vitaminy, minerály	1
Celkem	17

Tato tabulka prezentuje odpovědi respondentů na otázku, jaké informace respondentům scházejí v oblasti preventivní péče o dítě. Nejčastější kategorie odpovědí, *zdravá výživa*, *očkování*, *první pomoc při úrazech*, *prevence závislosti na počítačových hrách* a *prevence úrazů*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 2krát. Kategorie odpovědí *drogová závislost*, *vývoj a výchova dítěte s poruchami chování*, *sociální poradny*, *rehabilitace*, *duševní rozvoj dítěte*, *poruchy chování a v učení* a *vitaminy, minerály*, byly uvedeny ve stejném počtu, a to 1krát. Na tuto otázku odpovědělo 14 respondentů. Celkový výskyt odpovědí respondentů je 17.

Graf 39 – Zájem o doplnění informací v oblasti zdravé životosprávy dětí

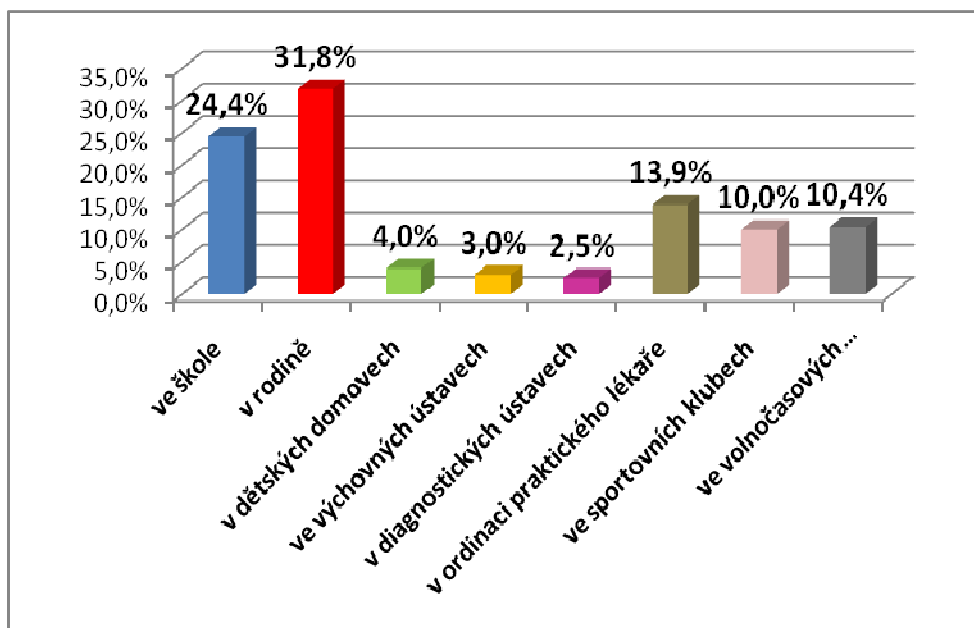
(Otázka 44)



Otázka 44 se respondentů ptala, zda si chtějí doplnit své informace v oblasti zdravé životosprávy dětí. 71,2% respondentů uvedlo *ano* a 28,8% uvedlo *ne*.

Graf 40 – Zdroje dětského povědomí o zdravém životním stylu

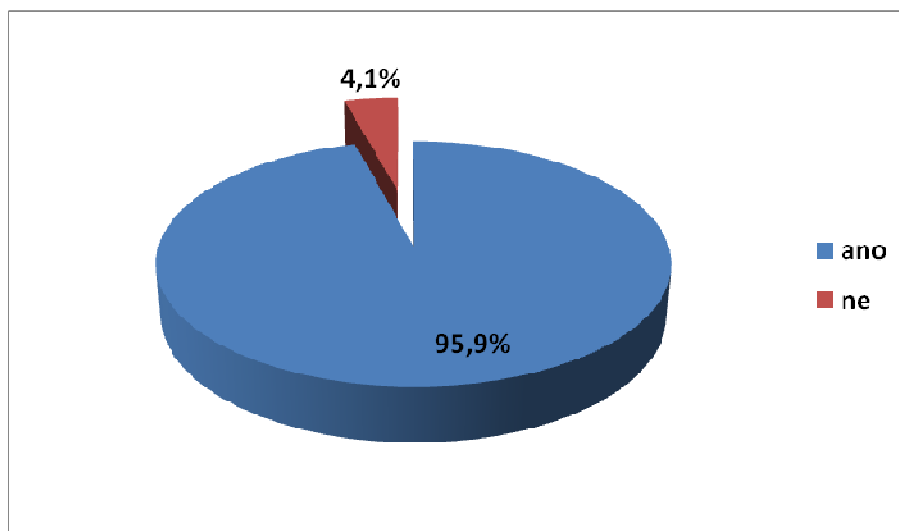
(Otázka 45)



Otázka 45 se respondentů ptala, kde by měly děti získat povědomí o zdravém životním stylu. Největší počet respondentů, a to 31,8%, se domnívá, že *v rodině*. 24,4% uvedlo *ve škole*. 13,9% uvedlo *v ordinaci praktického lékaře*. 10,4% uvedlo *ve volnočasových organizacích*. 10,0% uvedlo *ve sportovních klubech*. 4,0% uvedlo *v dětských domovech*. 3,0% uvedlo *ve výchovných ústavech*. 2,5% uvedlo *v diagnostických ústavech*.

Graf 41 – Programy výchovy ke zdraví v mateřských školách

(Otázka 46)



Otázka 46 se respondentů ptala, zda by bylo dobré do všech mateřských škol zavést programy výchovy ke zdraví. 95,9% respondentů uvedlo *ano*. Pouze 4,1% uvedlo *ne*.

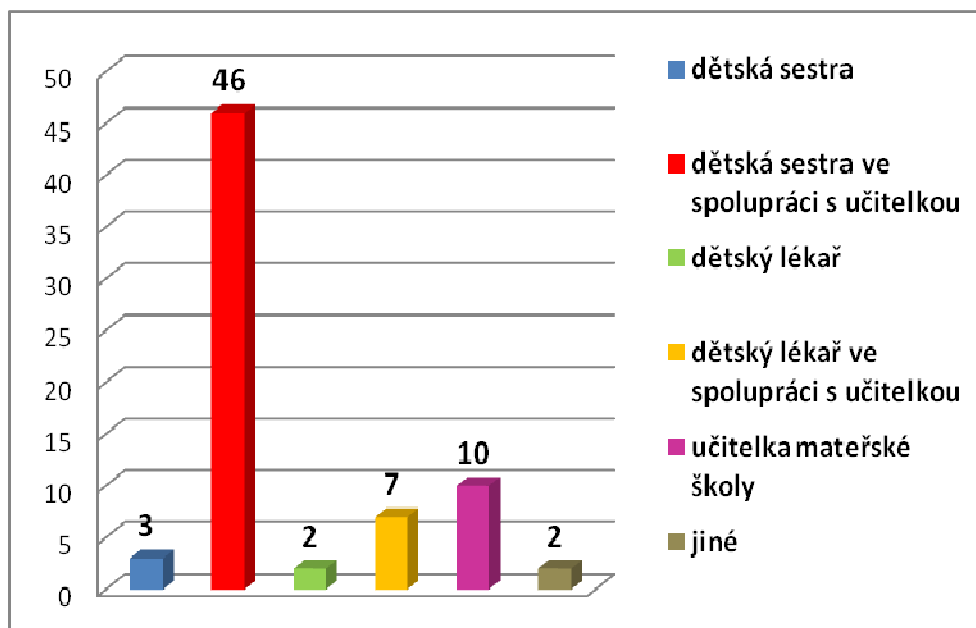
Tabulka 18 – Témata výchovy ke zdraví v mateřských školách

(Otázka 47)

Témata výchovy ke zdraví	Celkem respondentů
péče o chrup	48
pravidla bezpečnosti na silnici	50
první pomoc při drobných poraněních	38
zdravá výživa	54
ochrana před slunečním zářením	24
otužování	24
pobyt na čerstvém vzduchu	28
pravidla pro setkání s cizím člověkem	57
dítě je samo doma	38
živelné pohromy	15
sport a ochranné pomůcky	28
jak předcházet úrazům	50
jiné	2
Celkem	456

Otázka 47 byla určena respondentům, kteří na předchozí otázku 46 odpověděli kladně. Úkolem respondentů bylo označit, o jaká témata výchovy ke zdraví by se mělo konkrétně jednat. Celkem odpovídalo 70 respondentů. Respondenti si mohli vybrat z 12 témat, popřípadě uvést téma odlišné a využít tím možnost jiné. Nejčastější uváděné téma, *pravidla pro setkání s cizím člověkem*, bylo uvedeno celkem 57krát. Téma *zdravá výživa*, bylo uvedeno 54krát. Témata *pravidla bezpečnosti na silnici* a *jak předcházet úrazům*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 50krát. Téma *péče o chrup*, bylo uvedeno 48krát. Témata *první pomoc při drobných poraněních* a *dítě je samo doma*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 38krát. Témata *pobyt na čerstvém vzduchu* a *sport a ochranné pomůcky*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 28krát. Témata *ochrana před slunečním zářením* a *otužování*, byla uvedena ve stejném počtu, a to 24krát. Téma *živelné pohromy*, bylo uvedeno 15krát. 2 respondenti, kteří uvedli odpověď jiné, doplnili témata *napadení zvířetem* a *přivolání pomoci*. Na tuto otázku vzhledem k negativní odpovědi na předchozí otázku neodpověděli 3 respondenti. Celkem respondenti uvedli 456 odpovědí.

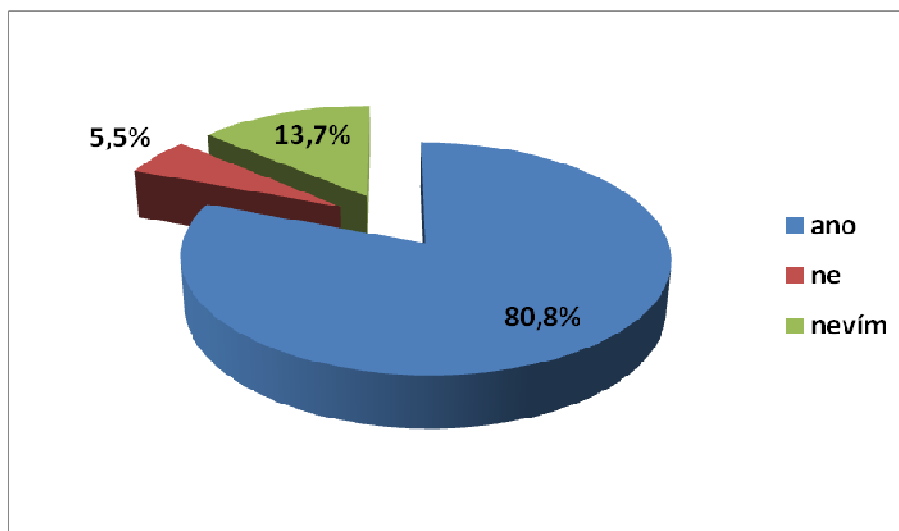
Graf 42 – Návrh pracovníků, kteří by měli programy výchovy ke zdraví vést
(Otázka 48)



Otázka 48 byla určena respondentům, kteří v předchozí otázce 47 vybrali téma/ta výchovy ke zdraví. Úkolem respondentů bylo označit, kdo by měl programy výchovy ke zdraví v mateřské škole vést. Celkem odpovídalo 70 respondentů. 46 respondentů uvedlo *dětskou sestru ve spolupráci s učitelkou*. 10 respondentů uvedlo *učitelku mateřské školy*. 7 respondentů uvedlo *dětského lékaře ve spolupráci s učitelkou*. 3 respondenti uvedli *dětskou sestru*. 2 respondenti uvedli *dětského lékaře*. 2 respondenti, kteří uvedli odpověď *jiné*, doplnili variantu specialisté na danou problematiku (policista, psycholog).

Graf 43 – Zavedení funkce školní sestry

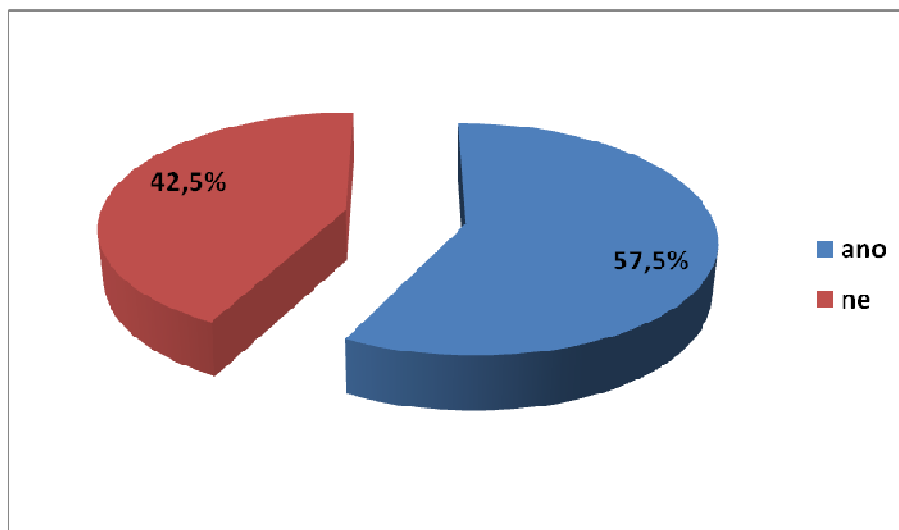
(Otázka 49)



Otázka 49 se respondentů ptala, zda by bylo přínosné v ČR zavést funkci školní sestry. 80,8% respondentů odpovědělo *ano*, 13,7% odpovědělo *nevím* a 5,5% odpovědělo *ne*.

Graf 44 – Povědomí o existenci domácí péče

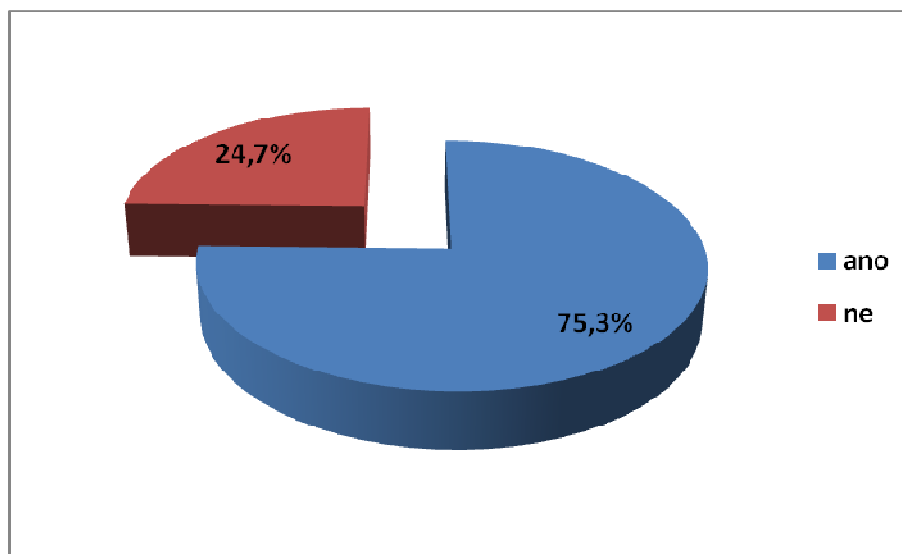
(Otázka 50)



Otázka 50 se respondentů ptala, zda vědí o existenci domácí péče. 57,5% respondentů uvedlo *ano* a 42,5% uvedlo *ne*.

Graf 45 – Zájem respondentů o domácí péči

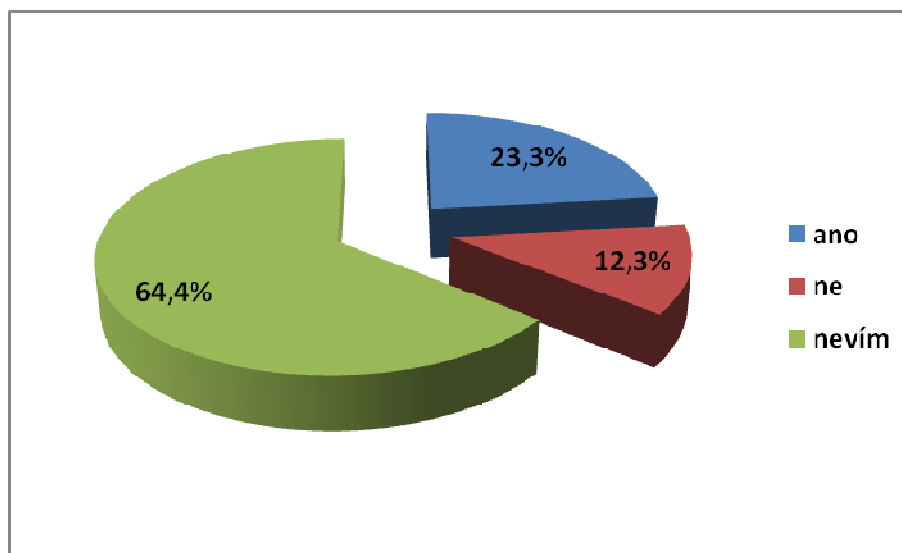
(Otázka 51)



Otázka 51 se respondentů ptala, zda by využili domácí péči, kdyby jim byla nabídnuta. 75,3% respondentů uvedlo *ano* a 24,7% uvedlo *ne*.

Graf 46 – Agentura domácí péče v místě bydliště respondentů

(Otázka 52)



Otázka 52 se respondentů ptala, zda je v jejich místě bydliště agentura domácí péče. 64,4% respondentů uvedlo odpověď *nevím*. 23,3% respondentů uvedlo *ano* a 12,3% respondentů uvedlo *ne*.

5. Diskuse

Vzhledem k tomu, že se v dnešní době klade stále větší důraz na zdraví celé populace, domnívám se, že je potřebné se v širší míře zabývat i rozsahem služeb, které může současné zdravotnictví občanům ČR nabídnout. Díky absolvování zahraničních stáží jsem měla možnost poznat a porovnat různý systém zdravotní péče o dětskou populaci a odlišný rozsah práce sester v zahraničí. Domnívám se, že by v ČR o využívání služeb poskytovaných komunitní dětskou sestrou byl zájem nejen laické, ale i odborné veřejnosti. Moje provedené šetření tento zájem potvrzuje.

V rozhovorech s respondentkami se ukázalo, že většina respondentek (6 z 9) slyšela pojem komunitní sestra úplně poprvé, ale určitou představu o komunitní sestře tyto zdravotničtí odborníci mají (viz tabulka 1). O činnosti komunitních sester v zahraničí nikdo z respondentek neslyšel, pouze 1 respondentka věděla o její existenci v zahraničí. Tímto zjištěním jsem odpověděla na výzkumnou otázku 1: *„Jaké je povědomí zdravotnických odborníků v péči o dítě o komunitních sestrách pracujících samostatně s dětskou komunitou?“*

Komunitní sestry pracují na různých místech, od domácnosti přes školy, agentury, ambulantní kliniky až po závody. Podle svého zaměření jsou v zahraničí nazývány odlišně, například sestra pro veřejné zdravotnictví (public health nurse), sestra pro návštěvní službu (health visitors), školní sestra (school nurse), sestra pro zdravotní výchovu, sestra pro domácí péči. Úlohy a role komunitní sestry vycházejí z rozmanitých činností, které sestra vykonává na podkladě ošetrovatelského procesu. V komunitě sestry pracují samostatně (32, 33).

Zajímalo mě, na jakých místech by komunitní dětská sestra mohla samostatně pracovat s dětskou komunitou v ČR (viz tabulka 5). Většina zdravotnických odborníků se shodla na tom, že by mohla pracovat v mateřských školách (8 z 9) a na základních školách (8 z 9). Část odborníků by ji nechala samostatně pracovat i v domácnosti (5 z 9), v terénu (2 z 9), ve vlastní ordinaci (1 z 9) a na klinických pracovištích (1 z 9). Z dotazníkového šetření vyplynulo, že rodiče mají zájem o práci komunitní sestry zejména na základních školách, mateřských školách, v ordinaci a domácnosti. Těmito výsledky jsem odpověděla na výzkumnou otázku 6: *„Na jakých místech by mohla*

komunitní dětská sestra pracovat?“ Samozřejmě by zavedení komunitní dětské sestry a její samostatná práce s dětskou komunitou vyžadovala vzdělání sestry, praxi po škole, celoživotní vzdělávání, vhodnou osobnost sestry, atd. Předpoklady samostatné práce komunitní dětské sestry jsou uvedeny v tabulce 4.

Dále jsem chtěla zjistit, jaké úlohy by mohla komunitní dětská sestra zastávat v ČR (viz tabulka 11). Většina zdravotnických odborníků uvedla, že by mohla vykonávat činnosti spojené s funkcí školní sestry (8 z 9), neomezené návštěvní služby v domácnosti (6 z 9) a edukovat rodiny (6 z 9). Mezi další činnosti, které by mohla komunitní dětská sestra vykonávat, patřilo: pořádat skupinová setkání pro rodiče, vést vzdělávací programy pro děti, zajišťovat konzultace po telefonu a osobní konzultace s rodiči, spolupracovat s učitelkami mateřských škol, odhadovat rodinné prostředí a vést ošetrovatelskou dokumentaci. I dotazovaní rodiče by uvítali daleko širší rozsah činnosti dětské sestry než je tomu v současné době. Tento zájem podle mne vyplývá z možných nedostatků současných zdravotnických služeb poskytovaných v ordinaci PLDD (viz tabulka 10) a z nedostatečné spolupráce mezi školskými a zdravotnickými institucemi. Výše zmíněnými výsledky jsem získala odpověď na výzkumnou otázku 5: *„Jaké by mohla mít úlohy komunitní dětská sestra v ČR?“*

Flynn poukazuje na to, že komunitní sestry pracují v komunitě efektivně. Poskytují totiž kvalitní služby, které mohou regulovat ceny. Zaměřují se na prevenci onemocnění a podporu zdraví. Organizují služby tam, kde lidé žijí, pracují, hrají si a vzdělávají se. Spolupracují s jinými organizacemi, pracují s kulturně rozdílnou populací i s rizikovou populací v celé délce života komunity. Pečují o zdraví komunity a snaží se udržovat zdravé životní prostředí (32).

Abych zjistila, jestli mají rodiče zájem o preventivní programy, které by vedla dětská sestra, nabídla jsme respondentům několik oblastí, ve kterých by mohla dětská sestra samostatně pracovat. Konkrétně se jednalo o skupinová setkání rodičů, kurz správné manipulace s dítětem a návštěvní služby novorozence a kojence. Na základě níže zmíněných výsledků jsem potvrdila hypotézu 1: *„Rodiče vyžadují preventivní programy, které by vedla komunitní dětská sestra.“*

Při bližším zaměření na skupinová setkání rodičů vedená dětskou sestrou jsem ani nečekala, že by zájem o tato setkání byl tak velký. Zjistila jsem, že 75,3% respondentů si myslí, že by bylo dobré rodičům skupinová setkání nabídnout (viz graf 41). Na skupinových setkáních by dětská sestra s rodiči probírala primární zdravotní prevenci, respondenti by nejčastěji uvítali tato témata (viz tabulka 13): přirozená výživa kojením, zásady zavádění příkrmu, příznaky obtíží u dítěte a vhodná stimulace dítěte. Skupinová setkání by byla podle respondentů přínosná zvláště u prvorodiček, ale i u otců (viz graf 42).

Díky otázce zaměřené na informovanost rodičů při narození prvního dítěte jsem správně odhadla, že rodiče pocítují nedostatek informací při narození prvního dítěte (viz graf 9), a proto mohu předpokládat, že by o skupinová setkání byl opravdu zájem. 71,2% respondentů totiž uvedlo, že pocíťovalo nedostatek informací.

Též o kurz správné manipulace s dítětem byl velký zájem (viz graf 31). Celkem 82,2% respondentů, kteří tento kurz ještě neabsolvovali, by o kurz správné manipulace zájem měli. Zajímavé by bylo ještě zjistit, kolik finančních prostředků by byli respondenti ochotni za tento kurz zaplatit a kde by se měl kurz pořádat, aby byla zajištěna jeho dostupnost široké veřejnosti. Jistě by pomohl odstranit pocit strachu, který rodiče mají při manipulaci s dítětem (viz graf 27).

Důvody, které by rodiče vedly k využití návštěvní služby novorozence poskytované dětskou sestrou, jsou různé. Největší počet respondentů (56,2%) vnímá tuto službu jako pohodlnější, důvěrnější a efektivnější (viz graf 16). Myslím si, že by bylo dobré od rodičů zjistit, zda by měli zájem o opakovanou návštěvní službu v domácnosti realizovanou dětskou sestrou. Problém ale vidím i v tom, že v dnešním systému českého zdravotnictví je třicetikorunový poplatek hrazen pouze za návštěvu novorozence praktickým lékařem pro děti a dorost a ne za návštěvu novorozence dětskou sestrou z ordinace PLDD.

V další otázce mě zajímalo, zda by zdravotnická zařízení měla spolupracovat se školními zařízeními (viz tabulka 6). Většina respondentek (6 z 9) uvedla, že by zařízení spolupracovat měla, některá s nimi i aktivně spolupracují. Toto zjištění mě přivedlo

k odpovědi na výzkumnou otázku 4: „*S jakými institucemi, které se podílí na péči o zdraví dětí a výchově dětí, je třeba spolupracovat?*“

Jedním z prostředí, kde by práce komunitní dětské sestry byla podle respondentů přínosná, je prostředí mateřské školy. Celkem 95,9% respondentů se domnívá, že by bylo dobré zavést preventivní programy výchovy ke zdraví do všech mateřských škol (viz graf 41). Největší počet respondentů (46 ze 70) uvedl, že by programy výchovy ke zdraví měla vést právě dětská sestra ve spolupráci s učitelkou mateřské školy (viz graf 42). Nejčastější témata, o která by byl zájem, jsou: pravidla pro setkání s cizím člověkem, zdravá výživa, pravidla bezpečnosti na silnici, jak předcházet úrazům, péče o chrup, první pomoc při drobných poraněních a dítě je samo doma (viz tabulka 13). Domnívám se proto, že kdyby měly dětské sestry o tuto práci zájem, byly vypracované edukační plány, byla navázaná spolupráce s mateřskými školami, jistě by dětské sestry mohly napomoci zvýšit zdravotní povědomí předškolních dětí. Na základě těchto výsledků jsem potvrdila hypotézu 2: „*Rodiče vyžadují preventivní programy, které by probíhaly mimo ordinaci lékaře.*“

Dotazníkové šetření se věnovalo i možnosti zavedení školní sestry na základních školách. Překvapivě 80,8% respondentů uvedlo, že by zavedení školní sestry v ČR přínosné bylo (viz graf 43). Na základě těchto výsledků jsem potvrdila hypotézu 5: „*Rodiče mají zájem o zavedení funkce školní sestry.*“

Zajímavé zjištění přinesly i názory zdravotnických odborníků. Část respondentek (4 z 9) uvedla, že by zavedení školní sestry v ČR bylo přínosné a její vznik by uvítala. Část (3 z 9) uvedla, že by zavedení školní sestry v ČR fungovat mohlo a část (1 z 9) uvedla, že by zavedení školní sestry schvalovala, ale ne v každé škole. Pouze jedna sestra uvedla, že by zavedení školní sestry v ČR nefungovalo (viz tabulka 7).

Abych zjistila, jaké činnosti by mohla školní sestra samostatně vykonávat, byla zdravotnickým odborníkům položena otevřená otázka, ve které měli stanovit činnosti komunitní školní sestry. Odpovědi byly velmi rozsáhlé a pestré (viz tabulka 8). Nejčastěji se vyskytovaly odpovědi: zajišťovat neodkladnou péči, vytvářet a realizovat preventivní programy pro děti, provádět screeningová vyšetření, edukovat jednotlivce,

vystupovat jako psychologický poradce a sledovat růst a vývoj dětí. Na otázku, zda jsou činnosti, které by školní sestra vykonávat neměla, odpověděla většina respondentek (5 z 9) - provádět očkování (viz tabulka 9). Těmito výsledky jsem si opět odpověděla na výzkumnou otázku 2: „*Jaké názory mají dětské sestry na vznik komunitní dětské sestry v ČR?*“ a na výzkumnou otázku 3: „*Jaké názory mají dětské sestry na vznik komunitní dětské sestry v ČR?*“

Pro srovnání svých výsledků uvádím výsledky šetření Reissmannové, která se v roce 2006 zabývala výchovou ke zdraví na základních školách z pohledu pediatra. Reissmannová provedla výzkumné šetření mezi brněnskými pediatry v době konání pravidelného pediatrického setkání. Celkem bylo osloveno 67 pediatrů, z nichž 25 pediatrů vyplnilo dotazník. Většina respondentů (15 z 25) by souhlasila se zavedením funkce zdravotníka na ZŠ – vysoce proškoleného odborníka. Podle dotazovaných by náplň tohoto zdravotnického pracovníka měla být především preventivní (30).

V minulosti měla každá základní škola svého školního lékaře, který prováděl pravidelné preventivní prohlídky, očkování, měření a vážení žáků, apod. Tato tradice byla zrušena a dnes má každé dítě svého registrujícího praktického lékaře. Dle mínění pediatrů probíhá v dnešním systému preventivní péče o děti lépe, zatímco v ruku školního lékaře byla většinou pouze rutinní záležitosti. V evropských zemích je ovšem zcela běžné, že na škole působí vysoce proškolený zdravotník, většinou sestra, který poskytuje preventivní a akutní zdravotní péči o žáky v samotné budově školy, ale i na místech, kde děti tráví svůj volný čas (30).

Vyhodnocením odpovědí zdravotnických odborníků jsem zjistila, že problémem dnešního systému preventivní péče o děti jsou: nemocné děti, které přicházejí do škol, chybějící spolupráce praktických dětských lékařů s učiteli a vychovateli, nerespektování pozvánek na preventivní prohlídky rodiči a neznalost pediatra zdravotního stavu registrovaných dětí v dvouletém období mezi periodickými prohlídkami (viz tabulka 10). Některé respondentky vzpomínaly na dobu školní služby, kdy byla spolupráce školských a zdravotnických zařízení samozřejmostí. Systém školní služby byl podle respondentek pro lékaře výhodný například v tom, že byla zajištěna návaznost péče a byly rychleji odhaleny a řešeny problémy školního dítěte.

Zajímavým zdrojem informací o výkonu profese školní sestry je National Association of School Nurses (NASN), profesní organizace pro školní sestry, která vytváří obecné směrnice k výkonu profese školní sestry. V roce 2001 zrevidovala standardy pro poskytování ošetrovatelské péče školní komunitě. Do stávajícího standardu mimo jiné patří: poskytovat odpovídající moderní ošetrovatelkou péči; spolupracovat s ostatními poskytovateli zdravotní péče; podporovat školní zdravotní politiku a učit děti, rodiny a komunitu podporovat zdraví. Standardy také požadují, aby ošetrovatelská péče byla poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu, a ukazují na role a funkce školní sestry. Standardy jsou podobné směrnícím navrhnutým Americkou akademií pediatriů (AAP, American Academy of Pediatrics), které vytvořili na základně zhodnocení potřeb školní komunity. AAP uvádí, že by školní sestry měly zajistit, aby děti dostaly zdravotní péči, kterou potřebují, včetně neodkladné péče ve škole. Dále by školní sestry měly mít na starosti imunizaci dětí ve škole a měly by provádět zákonem požadovaný screening. V neposlední řadě by měly dohlédnout na odstranění bariér a zajistit, aby se ve třídách mohly učit i děti se zdravotními problémy. AAP také navrhl, aby školní sestry stály v čele zdravotnického týmu ve škole, který tvoří lékaři (preferovaní jsou pediatři), školní konzultanti, školní psychologové a někteří členi školního personálu. Cílem týmové práce je poskytnout školákům komplexní péči. Důležité je i vzdělání školní sestry. AAP a NASN připomíná, že školní sestry mají být registrované, mají mít minimálně bakalářský stupeň vzdělání a speciální osvědčení (certifikát) pro ošetrovatelskou péči poskytovanou školní komunitě. Podle poznatků z terénu školní sestry svou kariéru nezačínají hned ve školách. Všechny mají předcházející zkušenosti s prací v nemocnici nebo komunitě a většina školní sestry strávila mnoho let prací s dětmi, a proto si je vědoma jejich speciálních zdravotních potřeb (32).

Je mnoho činností, které by mohla dětská sestra vykonávat samostatně, a tím ušetřit práci dětským lékařům. Proto mě zajímalo, jak by rodiče reagovali na to, kdyby v ČR fungovala vysokoškolsky vzdělaná sestra, která by samostatně, tzn. bez dohledu lékaře, vykonávala funkci dětské obvodní sestry, stejně jako je tomu v zahraničí. Většina laické veřejnosti (75,3%) překvapivě uvedla, že to reálně je (viz graf 35).

Z rozhovorů se zdravotnickými odborníky vyplynuly jednak výhody (viz tabulka 2), ale i nevýhody (viz tabulka 3) samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse). Nejčastější výhody, které respondentky uvedly, byly: znalost problematiky rodin, ušetřený čas lékaře a spokojenost rodiny s časem, po který se jim sestra věnuje. Většina respondentek (7 z 9) překvapivě uvedla, že nevýhody samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví žádné nejsou. Na otázku, jestli by mohla praktická dětská sestra samostatně pracovat i v ČR, odpovídali odborníci rozdílně. U dvou respondentek ale dokonce systém samostatné práce sestry funguje. Jedná se o jednu ordinaci, kde je lékařka na samostatné práci se sestrou domluvená. Práce sestry je podle obou respondentek srovnatelná s prací sestry veřejného zdravotnictví v zahraničí. Podle těchto respondentek se samostatná práce sestry projevuje na větší spokojenosti rodičů, na jejich kvalitní edukaci a ušetřeném času lékaře. Samostatná práce sestry je podle nich v dnešní době závislá především na zájmu lékaře i sestry. K tomu, aby sestry pracovaly samostatně i v jiných ordinacích, by byla potřeba vhodná motivace sester a lékařů a změna legislativy, která by dala sestře dostatečnou pravomoc. 3 respondentky se domnívají, že by sestry byly schopné samostatně pracovat. 2 respondentky neví, jestli by dětská sestra mohla samostatně pracovat a 2 respondentky požadují zachování spolupráce s lékařem. Těmito výsledky jsem si odpověděla na výzkumnou otázku 2: „*Jaké názory mají dětské sestry na vznik komunitní dětské sestry v ČR?*“ a na výzkumnou otázku 3: „*Jaké názory mají dětské sestry na vznik komunitní dětské sestry v ČR?*“ Z výše uvedeného jsem vyvodila, že samostatná práce dětské sestry v ordinaci praktického lékaře by byla přínosná a výhodná, ale v systému zdravotnictví ČR je nezbytné, aby praktická dětská sestra pracovala v ordinaci s lékařem.

Úloha pediatrů v prevenci a udržení zdraví se v posledních letech změnila. Dříve praktický pediatr strávil 50 % dne péčí o zdravé děti, v dnešní době to je 20 %. Informace v oblasti bezpečnosti, výživy, zdravého životního stylu, růstu a vývoje, tělesné a behaviorální patologie a preventivní poradenství má lékař zvládnout poskytnout během jedné návštěvy, která trvá několik minut. Otázkou tedy je, co lze

za tu dobu probrat a jaké priority si lékař při prevenci stanoví. Další otázkou je, zda má pediatr dost času na edukaci matky a dítěte v rámci preventivních programů (12).

Zajímalo mě, o jakých oblastech v rámci preventivní péče s rodiči diskutuje praktický lékař pro děti a dorost a dětská sestra v ordinaci praktického lékaře (viz tabulka 14 a tabulka 15). Také jsem chtěla zjistit, jestli čas, který zdravotničtí odborníci edukaci věnují, považují respondenti za dostačující.

Celkem 71, 2% laické veřejnosti považuje čas strávený s praktickým lékařem pro děti a dorost za dostačující (viz graf 32). Praktický lékař pro děti a dorost nejčastěji s respondenty diskutuje o očkování, přirozené výživě kojením, zásadách zavádění příkrmu, růstu a vývoji dítěte, zdravé výživě dítěte a hygienické péči. Je zde patrné, že se jedná o témata, ve kterých se může velmi dobře uplatnit edukační činnost sestry. Díky těmto zjištěním jsem potvrdila hypotézu 4: *„Rodiče považují čas strávený s dětským lékařem diskusí v rámci preventivní péče za dostačující.“*

Celkem 43,8% respondentů považuje čas strávený s dětskou sestrou za nedostačující (viz graf 33). Dětská sestra v ordinaci PLDD s respondenty nejčastěji diskutuje o očkování, růstu a vývoji dítěte, zásadách zavádění příkrmu a přirozené výživě kojením. Celkem překvapující bylo zjištění, že 14 respondentů nezakřížkovalo ani jednu z uvedených preventivních oblastí, protože s nimi dětská sestra nediskutuje vůbec. Přitom je dětská sestra k edukaci plně kompetentní. Díky těmto zjištěním jsem nepotvrdila hypotézu 3: *„Rodiče považují čas strávený s dětskou sestrou diskusí v rámci preventivní péče za nedostačující.“*

Překážky v ustanovení komunitní dětské sestry jsou znázorněny v tabulce 12. Všechny respondentky uvedly v rozhovoru jako překážku finanční otázku týkající se buď financování služeb poskytovaných komunitní dětskou sestrou, nebo jejího ohodnocení. Mezi další překážky, které respondentky jmenovaly, byly: smlouvy s pojišťovnami, zájem rodičů o komunitní dětské sestry, otázku jasně vymezených kompetencí, dnešní uzavřené rodiny, které odmítají vstup do domácnosti, společenské postavení sestry, otázka legislativy, zájem sester a český systém zdravotnictví. Pomocí těchto zjištění jsem odpověděla na výzkumnou otázku 8: *„Jaké jsou překážky v ustanovení komunitní dětské sestry v ČR?“*

Další otázka měla zjistit zájem dětských sester o samostatnou práci. Odpovědi na tuto otázku byly různé. Část respondentek se domnívá, že o samostatnou práci budou mít zájem mladé sestry a dětské sestry se vzděláváním v dnešním systému. Některé z respondentek by samostatná práce i bavila a samy by o ni stály. Samostatná práce dětských sester samozřejmě musí vycházet z určitých předpokladů (viz tabulka 4). Důležité je především vzdělání sestry, praxe po škole, celoživotní vzdělávání a osobnost sestry. Těmito zjištěními jsem mohla odpovědět na výzkumnou otázku 7: „*Mají dětské sestry zájem pracovat samostatně?*“

Samostatná práce dětské sestry vychází i z jejich kompetencí. Proto jsem se respondentek ptala, jestli mají dětské sestry zájem o rozšíření kompetencí a jaké kompetence by měly být rozšířeny. Z odpovědí v rozhovorech vyplynulo, že je potřeba určité kompetence sester legalizovat a rozšířit. Kompetence, které by měly být rozšířeny, jsou: více návštěv sestry v rodinách, možnosti přístupu do rodiny a do školy, předepisování určitých léků a oprávnění rozhodnout o očkování dítěte. Samozřejmě by záleželo i na pracovní pozici komunitní dětské sestry, která by kompetence měla mít jasně vymezeny. Díky těmto zjištěním jsem odpověděla na výzkumnou otázku 9: „*Mají dětské sestry zájem o rozšíření kompetencí?*“

V souvislosti s výzkumnými otázkami jsem navrhla tyto hypotézy:

- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě neznají pojem komunitní sestra.
- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě nevědí o samostatné práci komunitních dětských sester v zahraničí.
- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě souhlasí s prací komunitní dětské sestry v mateřských školách.
- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě souhlasí s fungováním komunitní dětské sestry v domácnosti při práci s rodiči a dětmi.
- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě vidí přínos ve spolupráci zdravotnických a školských institucí.
- Dětské sestry mají zájem o zavedení funkce komunitní školní sestry v ČR.
- Dětské sestry mají zájem o zavedení funkce komunitní školní sestry v ČR.

- Překážkou v zavedení funkce komunitní dětské sestry jsou podle zdravotnických odborníků v péči o dítě finance.

6. Závěr

Podle autorů Stanhope a Lancaster v komunitě sestry pracují samostatně, a proto se musí správně a včas rozhodovat a řešit vzniklé problémy. Úlohy a role komunitní sestry vycházejí z rozmanitých činností, které sestra vykonává na podkladě ošetrovatelského procesu. Mezi nejčastější plánované a realizované činnosti patří: organizace péče, koordinace péče mezi provozovateli, monitorování zdravotního stavu komunity, edukace, poradenství, obhajoba, případový management, vykonávání základních ošetrovatelských technik, spolupráce s dalšími členy týmu, institucemi i rodinnými příslušníky a zapojení se do výzkumu. Úspěšnost realizace závisí na různých faktorech, jako jsou: připravenost a ochota komunity řešit problémy, poznatky a zručnost sester, schopnosti sester vykonávat komunitně orientované činnosti atd. Například sestry, které při výkonu svého povolání pracovaly pod vedením organizace, se v komunitním ošetrovatelství mohou i navzdory zkušenostem ocitnout v situacích, kdy zůstanou bezradné, nejisté a nerozhodné (11, 15, 32).

Cílem této diplomové práce bylo:

- 1) Zjistit náplň práce komunitní dětské sestry v zahraničí.
- 2) Zjistit názory dětských lékařů na stanovení komunitní dětské sestry v ČR.
- 3) Zjistit názory dětských sester na stanovení komunitní dětské sestry v ČR.
- 4) Vypracovat návrh náplně práce komunitní dětské sestry v ČR.
- 5) Zjistit zájem veřejnosti o působení sestry v oblasti ochrany a péče o zdraví dětí.

Všechny cíle se mi podařilo splnit. K dosažení cílů bylo stanoveno těchto 5 hypotéz:

- 1) Rodiče vyžadují preventivní programy, které by vedla komunitní dětská sestra.
- 2) Rodiče vyžadují preventivní programy, které by probíhaly mimo ordinaci lékaře.
- 3) Rodiče považují čas strávený s dětskou sestrou diskusí v rámci preventivní péče za nedostačující.
- 4) Rodiče považují čas strávený s dětským lékařem diskusí v rámci preventivní péče za dostačující.
- 5) Rodiče mají zájem o zavedení funkce školní sestry.

Vzhledem k odpovědím respondentů mohu prohlásit, že byla potvrzena hypotéza 1, hypotéza 2, hypotéza 4 a hypotéza 5. Hypotéza 3 byla na základě odpovědí laické veřejnosti nepotvrzena.

K dosažení cílů byly zároveň stanoveny výzkumné otázky (viz str. 75, kapitola 2.3), které se mi podařilo v mém šetření všechny zodpovědět. Na základě výsledků kvalitativního šetření jsem stanovila 8 hypotéz.

- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě neznají pojem komunitní sestra.
- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě nevědí o samostatné práci komunitních dětských sester v zahraničí.
- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě souhlasí s prací komunitní dětské sestry v mateřských školách.
- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě souhlasí s fungováním komunitní dětské sestry v domácnosti při práci s rodiči a dětmi.
- Dětská lékařka má zájem o zavedení funkce komunitní školní sestry v ČR.
- Dětské sestry mají zájem o zavedení funkce komunitní školní sestry v ČR.
- Zdravotničtí odborníci v péči o dítě vidí přínos ve spolupráci zdravotnických a školských institucí.
- Překážkou v zavedení funkce komunitní dětské sestry jsou podle odborníků v péči o dítě finance.

I přesto, že se jednalo o kvalitativní šetření, nelze výsledky dávat do spojitosti se všemi dětskými lékaři a dětskými sestrami pracujícími na území ČR. Je ale důležité, aby se do povědomí odborníků v péči o dítě dostalo i komunitní ošetřovatelství a samostatně pracující komunitní sestry.

Můj výzkum potvrdil zájem zdravotnických odborníků i laické veřejnosti o samostatné působení komunitní dětské sestry v ČR. Tato pracovnice by se mohla podle potřeby společnosti dobře uplatnit ve školských institucích i v terénu. Ve vzniku samostatné práce komunitní dětské sestry ale vidím ještě dlouhou cestu. Je velmi důležité začít hodnotit jednotlivé komunity, protože díky tomu mohou být zhodnoceny sociální podmínky, ekonomické podmínky, podmínky prostředí a chování, které jsou příčinou vzniku onemocnění v dané komunitě. Pak mohou být navrženy specifické

činnosti, které by komunitní dětská sestra měla vykonávat. Také je důležité stanovit, kdo by měl být zaměstnavatelem, a tedy i plátcem takové sestry. V neposlední řadě je třeba poukázat na dnešní vzdělávací systém dětských sester. Jejich specializační příprava probíhá vysokoškolsky nebo specializačním studiem na akreditovaných pracovištích. Sestry pro komunitní péči by ve svém vzdělávání ale měly být více připravovány pro práci v terénu, pro práci s rodinami a v rodinách.

Tato práce může být použita jako výzkumný podklad pro další práce zaměřené na komunitní ošetřovatelství. Také může sloužit jako studijní podklad pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) BERGEROVÁ, M. *Zdravá města ČR a program prevence úrazů*. Moderní obec [online]. 2002, č. 6 [cit. 06. 03. 2008]. Dostupný z <http://www.nszm.cz/cb21/archiv/media/media02/mo_urazy02.pdf>.
- 2) *Cíl 3: Zdraví start do života* [online]. [cit. 13. 04. 2008]. Dostupný z <http://www.mzcr.cz/data/c2831/lib/3_ZDRAVY_START_DO_ZIVOTA.rtf>.
- 3) *Cíl 4: Zdraví mladých* [online]. [cit. 13. 04. 2008]. Dostupný z <http://www.mzcr.cz/data/c2831/lib/4_ZDRAVI_MLADYCH.rtf>.
- 4) *Cíl 8: Snížení výskytu neinfekčních nemocí* [online]. [cit. 13. 04. 2008]. Dostupný z <http://www.mzcr.cz/data/c2831/lib/8_SNIZENI_VYSKYTU_NEINFKCNICH_NEMOCI.rtf>.
- 5) DORT, J., ZOBAN, P., STRAŽÁK, Z., et al. *Koncepce oboru neonatologie* [online]. 15. 1. 2001 Dostupný z <<http://www.mzcr.cz/data/c441/lib/13a.rtf>>.
- 6) DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.
- 7) EDELMAN, L. C., MANDLE, L. C. *Health Promotion: Throughout the Life Span*. 6. edition. USA: Mosby, c2006. 701 p. ISBN 10: 0-323-03128-5 ISBN 13: 978-0-323-03128-8.
- 8) FENDRYCHOVÁ, J. *Vzdělávání dětských sester* [online]. [cit. 06. 05. 2008]. Dostupný z <<http://w.fnbrno.cz/Data/files/II.DK/Vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD%20sester.ppt>>.
- 9) FESTOVÁ, A. *Vize komunitního ošetřovatelství v ČR*. České Budějovice, 2006. 195 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře ošetřovatelství. Vedoucí diplomové práce Valérie Tóthová.
- 10) HANUŠOVÁ, P., HNILICOVÁ, H., SCHEIBERG, F., et al. *Průvodce zdravotní péče o děti v ČR: Informační příručka pro cizince, kteří společně se svými dětmi dlouhodobě pobývají v ČR*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2005. 44s. ISBN 80-86625-41-9.
- 11) HANZLÍKOVÁ, A., et al. *Komunitní ošetřovatelství*. Přeložila J. Uhrová, J. Novotná. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1

- 12) HARLAN, R., GEPHART, R. Mění se úloha pediatrie v 21. Století. *Pediatricie po promoci*. Praha: 2005; roč. 2, č. 2, s. 14-24. [cit. 10. 08. 05. 2008]. Dostupný z <http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xbcr/zcsk/PPP_2-2005_02_C2.pdf>.
- 13) HRSTKOVÁ, H., et al. *Koncepce oboru pediatrie* [online]. Dostupný z <<http://www.mzcr.cz/data/c441/lib/13.rtf>>.
- 14) ICN, *Poskytování kvalitní péče, služba komunitám: Sestry v čele primární zdravotní péče* [online]. 5. 2008 Dostupný z <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/211-oslava-dne-sester.html?menu=624>>.
- 15) JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 16) JUNGWIRTHOVÁ, Z. *Dětský lékař: největší kniha o zdraví dítěte*. 1 vyd. Praha: Práh, 2007. 631 s. ISBN 978-80-7252-187-6.
- 17) KLÍMA, J., et al. *Pediatricie*. 1. vyd. Praha: Eurolex, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
- 18) KOLEKTIV AUTORŮ. „*Když není všechno tak, jak si přáli...*“ 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 12s.
- 19) KOLEKTIV AUTORŮ. *Manuál prevence v lékařské praxi: VI prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 144 s. ISBN 80-7071-108-6.
- 20) *Komunitní projekty podpory zdraví WHO* [online]. [cit. 06. 03. 2008]. Dostupný z <<http://www.nszm.cz/cb21/asp/ibrana.asp?id=3869>>.
- 21) LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
- 22) Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Koncepce ošetrovatelství*. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2004 Metodické opatření č. 9. Vydáno září 2004 [online]. Dostupný z <<http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=1254>>.
- 23) Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: 2006, č. 2. [online]. Dostupný z <http://www.nconzo.cz/download/sbirky/2007/VESTNIK_MZ_08_07.pdf>.

- 24) MISCONIOVÁ, B. *Domácí péče: otázky a odpovědi*. Praha: NCDP, 24 s. [cit. 21. 06. 2008]. Dostupný z <<http://www.domaci-pece.info/nejcastejsi-otazky-a-odpovedi>>.
- 25) Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.
- 26) *Program "Pásovec – Dětské zádržné systémy"* [online]. [cit. 06. 03. 2008]. Dostupný z <<http://www.nszm.cz/cb21/asp/ibrana.asp?id=11946>>.
- 27) *Program na kolo jen s přilbou* [online]. [cit. 06. 03. 2008]. Dostupný z <<http://www.nszm.cz/cb21/asp/ibrana.asp?id=11948>>.
- 28) *Projekt nemocnice podporující zdraví* [online]. [cit. 06. 03. 2008]. Dostupný z <<http://www.nszm.cz/cb21/asp/ibrana.asp?id=12636>>.
- 29) *Projekt škola podporující zdraví (ŠPZ)* [online]. [cit. 06. 03. 2008]. Dostupný z <<http://www.nszm.cz/cb21/asp/ibrana.asp?id=3823>>.
- 30) REISSMANNOVÁ, J. *Výchova ke zdraví na ZŠ z pohledu pediatra* [online]. [cit. 05. 08. 2008]. Dostupný z <<http://svp.muni.cz/ukazat.php?docId=572>>.
- 31) SEIFERTOVÁ, J. *Popis práce sestry PLDD vzniklý v diskuzi na setkání školitelů PLDD v září 2000*. *Pediatr. pro Prax.* Olomouc: 2002, č. 1, s. 29. [cit. 15. 5. 2008]. Dostupný z <<http://www.pediatriepropraxi.cz/savepdfs/ped/2002/01/08.pdf>>.
- 32) STANHOPE, M., LANCASTER, J. *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. 2nd edition. USA: Mosby, c2006. 781 p. ISBN 13 978-0-323-03209-4, ISBN 10 0-323-03209-5.
- 33) STAŇKOVÁ, M. *Jakou sestru chceme v komunitní péči?* *Sestra*. Praha: 2000, č. 4, s. 1-2.
- 34) STAŇKOVÁ, M. *Obrázky z historie českého ošetřovatelství*. *Sestra*. Praha: 2000, č. 3, s. 5-6.

- 35) Státní zdravotní ústav. *Škola podporující zdraví: proces podpory zdraví ve školách* [online]. [cit. 10. 03. 2008]. Dostupný z <<http://www.szu.cz/tema/skola-podporujici-zdravi>>.
- 36) STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 360 s. ISBN 978-80-246-1067-2.
- 37) SZO. Regionální úřadovna pro Evropu. *Lemon 4: Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 160 s. ISBN 80-7013-248-5.
- 38) VEJROSTOVÁ, E. *Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost*. *Pediatr. pro Prax.* Olomouc: 2006; č. 2, s. 99. [cit. 15. 05. 2008]. Dostupný z <<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2006/02/06.pdf>>.
- 39) VELEMÍNSKÝ, M., et al. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2005. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
- 40) VINCENTOVÁ, D. *Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči*. *Pediatr. pro Prax.* Olomouc: 2007; č. 2, s. 116–118. [cit. 15. 05. 2008]. Dostupný z <http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xbcr/zc/7PED2007_02_10.pdf>.
- 41) VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie I*. 3 vyd. Praha: Informatorium, 2003. 112 s. ISBN- 7333-021-0.
- 42) Vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- 43) WHO, *ZDRAVÍ 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. [online]. 2000 Dostupný z <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>.
- 44) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

- 45) *Zdravá města, obce, regiony České republiky: Mezinárodní program* [online]. 30. 05. 2007 [cit. 05. 03. 2008]. Dostupný z <www.nszm.cz/cb21/archiv/material/nszm_letak_WHO_2007.pdf>.
- 46) *Zdraví 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3.
- 47) ZOUHAROVÁ, A. *Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry*. *Pediatr. pro Prax.* Olomouc: 2005; č. 1, s. 29-30. [cit. 15. 06. 2008]. Dostupný z <<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/08.pdf>>.

8. Klíčová slova

Pediatric

Neonatology

Education of pediatric nurses

Nurses' competence

Community nursing

Community nurse

Child health support

Nursing interventions

9. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 – Dotazník pro laickou veřejnost

Příloha 2 – Scénář polostrukturovaného rozhovoru s dětskými lékaři

Příloha 3 - Scénář polostrukturovaného rozhovoru s dětskými sestrami

Příloha 4 – Dodatky k polostrukturovaným rozhovorům se zdravotnickými odborníky

Příloha 1 - Dotazník pro laickou veřejnost

DOTAZNÍK

Dobrý den (Vážení rodiče),

jsem studentkou Jihočeské univerzity - Zdravotně sociální fakulty, navazujícího magisterského oboru Ošetrovatelství. Ve své závěrečné diplomové práci se zabývám přínosem práce dětské sestry, pracující s dětmi na různých místech v komunitě. Takovým místem může být například domácí prostředí, ordinace praktického lékaře, předškolní zařízení, dětský domov, škola, sportovní hřiště, agentura domácí péče, atd. Šetřením bych chtěla zjistit zájem veřejnosti o působení dětské sestry v oblasti podpory, ochrany a péče o zdraví dětí a vypracovat návrh náplně práce komunitní dětské sestry v ČR.

Prosím o pravdivé vyplnění dotazníku, který je anonymní a jehož výsledná data budou vyhodnocena a publikována pouze pro účely diplomové práce.

Zaškrtněte vždy pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. U elektronické verze dotazníku pro zaškrtnutí Vámi vybrané odpovědi klikněte dvakrát levým tlačítkem myši na příslušné okénko , zvolte zaškrtnuto a potvrďte OK. Doporučuji před vyplněním dotazník uložit.

Předem Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Alena Pětivlasová

1) Ve vztahu k dítěti jste:

- Matka
- Otec
- Jiná osoba

2) Váš věk:

- 16-20 let
- 36-40 let

21-25 let

41-50 let

26-30 let

Jiný (doplňte)

31-35 let

3) Nejvyšší dosažené vzdělání:

Vyučen / vyučena

Středoškolské s maturitou

Středoškolské bez maturity

Vyšší odborné

Vysokoškolské

4) Kolik máte dětí? (Zakřížkujte pohlaví dětí a počet dětí uveďte číslicí.)

Pohlaví dětí

Počet dětí

Dívka

Chlapec

5) Jak staré jsou vaše děti? (Stáří uveďte číslicí a za ní uveďte, jedná-li se o roky nebo měsíce. Je-li Vaše dítě mladší 1 roku, uveďte měsíce=M**, je-li starší než jeden rok, uveďte počet roků=**R**)**

1.

2.

3.

4.

5.

6) Termín narození dítěte/dětí? (Označte prosím A, B, C, D, E, F, G, kdy A=Dítě narozené v termínu, B=Dítě narozené předčasně (před ukončeným 37 týdnem těhotenství), C=Dítě přenášené (těhotenství trvající déle než 42 týdnů), D=Vícečata narozená v termínu, E=Vícečata narozená předčasně (před ukončeným 37 týdnem těhotenství), F=Vícečata přenášená (těhotenství trvající déle než 42 týdnů), G=nevím)

1.

2.

3.

4.

5.

7) S dítětem na mateřské dovolené byl/a:

- Vždy matka dítěte/děti
- Vždy otec dítěte/děti
- Střídavě otec a matka dítěte/děti
- Jiná osoba

8) Při získávání informací týkajících se péče o Vaše dítě/děti preferujete:

- Rozhovor s odborníkem v péči o dítě - dětský lékař
- Rozhovor s odborníkem v péči o dítě - dětská sestra
- Rady rodičů
- Rady přátel
- Informace získané z internetu
- Televizní či rozhlasový pořad
- Samostudium literatury a čtení časopisů
- Jiné (doplňte)

9) Pociťoval/a jste nedostatek informací při narození 1. dítěte?

- Ano
- Ne

10) Potřebovali jste po propuštění z porodnice pomoci s péčí o dítě/děti? (Můžete zakřížkovat i více odpovědí.)

- Ano, potrebovali jsme pomoci při narození prvního dítěte
- Ano, potrebovali jsme pomoci při narození vícercat
- Ano, potrebovali jsme pomoci při narození všech dětí
- Ne, nepotrebovali jsme pomoci s péčí o dítě/děti
- Nevím, již si nevzpomínám

11) Jak často jste se při zjišťování informací v péči o dítě obracel/a na uvedené zdroje? (U všech možností označte křížkem číslo na škále 1-5, když 1=nejčastěji, 2=často, 3=někdy 4=téměř ne a 5=vůbec.)

Dětský lékař	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dětská sestra	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamarád/kamarádka	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodinný příslušník	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Literatura	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Časopisy	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veřejné sdělovací prostředky (TV, rádio)	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jiné (specifikujte)	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Byla Vám po narození Vašeho dítěte lékařem nabídnuta návštěvní služba novorozence?

Ano

Ne

13) Pokud ANO, kdo ji uskutečnil?

Dětský lékař

Dětská sestra

Dětský lékař i dětská sestra

Nikdo, nabídky jsem nevyužil/a

14) Pokud NE, využil/a byste ji, kdyby Vám byla nabídnuta?

Ano

Nevím, musela bych vědět, co si pod ní mám představit

Ne

15) Věděl/a jste o tom, že ve světě je běžné navštívit matku s dítětem po propuštění z porodnice v jejich domácím prostředí?

Ano

Ne

Poznámka

V zahraničí provádí návštěvní službu porodní asistentka a dětská setra po předchozí telefonické domluvě. Vzdělaná a zkušená sestra dítě sama vyšetří a rodiče informuje o základní péči o dítě, včetně koupání, péče o pupečník, krmení a vylučování. Upozorní je na bezpečnostní opatření v domácím prostředí, očkování dítěte a pravidelné prohlídky v rámci řádné novorozenecké péče. Probere s nimi příznaky obtíží u dítěte, a koho je možné kontaktovat. V případě zájmu s rodiči prodiskutuje i jiná témata, věnuje jim informační letáky i materiály a poskytne informace o podpůrných službách. Výhodou je dostatek času sestry vyhrazeného na setkání, individuální přístup, nepřevážení dítěte do prostředí ordinace praktického lékaře, možná okamžitá pomoc a telefonická konzultace.

16) Využil/a byste této návštěvní služby novorozence poskytované dětskou sestrou?

Ano využil/a, bylo by to pohodlnější, důvěrnější a efektivnější.

Ano využil/a, v porodnici na mě personál neměl tolik času, aby zodpověděl všechny mé otázky a poskytl mi rady, které jsem potřebovala.

Ne, všechno mi bylo řečeno v porodnici, na předporodním kurzu a u praktického lékaře pro děti a dorost.

Ne, návštěva dětského lékaře v jeho ordinaci mi vyhovuje, nemám zájem, aby sestra chodila do mého soukromí.

17) Navštěvovala jste (Vaše žena) předporodní kurz?

Ano

Nevím

Ne

18) Víte o existenci laktačních poradkyň?

Ano

Ne

Jestli jste odpověděl/la ne, pokračujte prosím otázkou č. 21.

19) Od koho jste se dozvěděl/a o existenci laktačních poradkyň?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dětský lékař | <input type="checkbox"/> Literatura |
| <input type="checkbox"/> Dětská sestra | <input type="checkbox"/> Časopisy |
| <input type="checkbox"/> Kamarád/kamarádka | <input type="checkbox"/> Veřejné sdělovací prostředky
(TV, rádio) |
| <input type="checkbox"/> Rodinný příslušník | <input type="checkbox"/> Jiné (specifikujte) |
| <input type="checkbox"/> Internet | |

20) Obrátila jste se někdy (Vaše žena) na laktační poradkyni?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Nevím |
| <input type="checkbox"/> Ne | |

21) Víte o existenci horké linky kojení?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
|------------------------------|-----------------------------|

Jestli jste odpověděl/la ne, pokračujte prosím otázkou č. 24.

22) Od koho jste se dozvěděl/a o existenci horké linky kojení?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dětský lékař | <input type="checkbox"/> Literatura |
| <input type="checkbox"/> Dětská sestra | <input type="checkbox"/> Časopisy |
| <input type="checkbox"/> Kamarád/kamarádka | <input type="checkbox"/> Veřejné sdělovací prostředky
(TV, rádio) |
| <input type="checkbox"/> Rodinný příslušník | <input type="checkbox"/> Jiné (specifikujte) |
| <input type="checkbox"/> Internet | |

23) Obrátila jste se (Vaše žena) někdy na horkou linku kojení?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Nevím |
| <input type="checkbox"/> Ne | |

24) Myslíte si, že by bylo dobré rodičům nabídnout skupinová setkání, ve kterých by dětská sestra s rodiči probírala primární zdravotní prevenci?

Ano

Ne

Jestli jste odpověděl/la ne, pokračujte prosím otázkou č. 27.

25) Pokud ano, o jaké oblasti primární prevence by se podle Vás mělo konkrétně jednat? (Zakřížkujte je.)

Přirozená výživa kojením

Umělá výživa

Zásady zavádění příkrmů

Bezpečnostní opatření při jízdě v autě

Bezpečnostní opatření v domácím prostředí a jeho okolí

Vhodná stimulace dítěte

Výběr vhodných hraček

Péče o chrup

Hygienická péče

Problematika opruzenin, jak jim předcházet

Problematika dětské koliky, jak dítěti pomoci

Ochrana před slunečním zářením

Pobyt na čerstvém vzduchu

Manipulace s dítětem

Jak zvládnout péči o dvojčata nebo trojčata

Příznaky obtíží u dítěte

26) Pro koho by podle Vás bylo skupinové setkání přínosem? (Můžete zakřížkovat i více odpovědí.)

Prvorodičky

Otcové

Vícerodičky

Ani jeden z uvedených

27) Ukázala Vám dětská sestra, jak s dítětem bezpečně manipulovat při:

- | | | |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Přenášení dítěte | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Polohování dítěte | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Koupeli dítěte | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Krmení dítěte | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Odříhnutí dítěte | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| Břišní kolice dítěte | <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |

28) Jestli jste odpověděl/a alespoň jednou ANO, jak jste se po ukázce manipulace s dítětem cítil/a?

- Při manipulaci s dítětem jsem se cítil/a jistý/á
- Při manipulaci s dítětem jsem se cítil/a jistější, ale pořád jsem měl/a strach, abych dítěti neublížil/a
- Při manipulaci s dítětem jsem byl/a nejistý/á

29) Víte o tom, že podle manipulace s dítětem se dá dítěti do jisté míry uškodit?

- Ano Ne

30) Víte o tom, že podle manipulace s dítětem se dá dítěti ve vývoji výrazně pomoci?

- Ano Ne

31) Víte o tom, že existují kurzy výuky manipulace s novorozencem a kojencem?

- Ano Ne

32) Měl/a byste zájem o kurz, který by vedla dětská sestra a kde byste se naučil/a správnou manipulaci s dítětem s ohledem na zdravý růst a psychomotorický vývoj dítěte?

- Ano měl/a, ale nikdy jsem o tomto kurzu neslyšel/a
- Ano měl/a, ale tento kurz se v místě mého bydliště nepořádá

- Ano měl/a, ale nemám na něj dostatek finančních prostředků
- Ano měl/a, už jsem ho absolvoval/a
- Ne neměl/a

33) O jakých oblastech v rámci preventivní péče s Vámi diskutuje nebo diskutoval praktický lékař pro děti a dorost? (Zakřížkujte je.)

- Zdravá výživa matky
- Přirozená výživa kojením
- Umělá výživa
- Zásady zavádění příkrmů
- Zdravá výživa dítěte
- Hygienická péče
- Problematika opruzenin, jak jim předcházet
- Péče o chrup
- Růst a vývoj dítěte
- Očkování
- Vhodná stimulaci dítěte
- Výběr vhodných hraček
- Bezpečnostní opatření při jízdě v autě
- Bezpečnostní opatření v domácím prostředí a jeho okolí
- Odpočinek, spánek
- Vhodné aktivity, sport
- Ochrana před slunečním zářením
- Prevence závislostí u dětí
- Výchova
- Jiné (specifikujte):

34) Považujete čas, který s Vámi lékař stráví pro Vás za dostačující?

- Ano Ne

35) O jakých oblastech v rámci preventivní péče s Vámi diskutuje dětská sestra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost? (Zakřížkujte je.)

- | | |
|--|--------------------------|
| Zdravá výživa matky | <input type="checkbox"/> |
| Přirozená výživa kojením | <input type="checkbox"/> |
| Umělá výživa | <input type="checkbox"/> |
| Zásady zavádění příkrmů | <input type="checkbox"/> |
| Zdravá výživa dítěte | <input type="checkbox"/> |
| Hygienická péče | <input type="checkbox"/> |
| Problematika opruzenin, jak jim předcházet | <input type="checkbox"/> |
| Péče o chrup | <input type="checkbox"/> |
| Růst a vývoj dítěte | <input type="checkbox"/> |
| Očkování | <input type="checkbox"/> |
| Vhodná stimulaci dítěte | <input type="checkbox"/> |
| Výběr vhodných hraček | <input type="checkbox"/> |
| Bezpečnostní opatření při jízdě v autě | <input type="checkbox"/> |
| Bezpečnostní opatření v domácím prostředí | <input type="checkbox"/> |
| Odpočinek, spánek | <input type="checkbox"/> |
| Vhodné aktivity, sport | <input type="checkbox"/> |
| Ochrana před slunečním zářením | <input type="checkbox"/> |
| Prevence závislostí u dětí | <input type="checkbox"/> |
| Výchova | <input type="checkbox"/> |
| Jiné (specifikujte): | |

36) Považujete čas, který s Vámi dětská sestra stráví pro Vás za dostačující?

- Ano Ne

37) Víte o tom, že v dnešní době probíhá kvalifikační příprava sester pouze na vysokoškolské úrovni?

- Ano Ne

Poznámka

V zahraničí je běžnou praxí, že dětská sestra: sleduje a zaznamenává růst a vývoj dítěte dle standardizovaných testů, poskytuje rodičům a dětem informace a rady v oblastech zdravé výživy, odpočinku, spánku, vhodných aktivit, bezpečnostních opatřeních, prevence závislostí, provádí očkování dětí, vyhledává rizikové skupiny dětí pomocí jednoduchých krevních testů, provádí vyšetření sluchu a zraku, měří krevní tlak. Každodenně poskytuje telefonní konzultace. Dětská sestra samozřejmě spolupracuje s dalšími poskytovateli zdravotní péče, objednává dítě na pravidelné preventivní prohlídky k pediatrovi a v případě potřeby dítě odesílá ke specialistovi.

38) Je podle Vás reálné, aby vysokoškolsky vzdělaná dětská sestra samostatně tzn. bez dohledu lékaře, vykonávala funkci dětské obvodní sestry, stejně jako je tomu v zahraničí?

Ano

Ne

39) O službách zaměřených na děti, které můžete využívat v místě Vašeho bydliště Vás informoval/la:

Dětský lékař

Dětská sestra

Dětský lékař i dětská sestra

Někdo jiný (specifikujte)

Nikdo

40) O jakých službách zaměřených na děti víte? (Vypište je.)

41) Jestli Vás nikdo neinformoval, měl/a byste zájem se o těchto službách dozvědět?

Ano

Ne

42) Zajímáte se o nové informace v oblasti zdravé životosprávy dětí?

Ano

Ne

43) Jaké informace Vám scházejí v oblasti preventivní péče o dítě? (Vypište je.)

44) Máte zájem si svoje informace v péči o dítě/děti doplnit?

Ano

Ne

45) Kde by podle Vás měly děti získat povědomí o zdravém životním stylu?

Ve škole

V rodině

V dětských domovech

Ve výchovných ústavech

V diagnostických ústavech

V ordinaci praktického lékaře

Ve sportovních klubech

Ve volnočasových organizacích pro děti

Poznámka

Mezi čtvrtým až pátým rokem začíná dítě vnímat své zdraví a učit se dovednostem, které zdraví podporují. Ke svému zdraví přispívá například tím, že si vyčistí zuby, přiměřeně se oblékne, zapne si bezpečnostní pás, vezme si podaná léčiva, atd.

46) Myslíte si, že by bylo dobré do všech mateřských škol zavést programy výchovy ke zdraví?

Ano

Ne

Jestli jste odpověděl/la ne, pokračujte prosím přečtením následující poznámky.

47) Pokud ANO, o jaké programy by se podle Vás mělo konkrétně jednat?

- Péče o chrup
- Pravidla bezpečnosti na silnici
- První pomoc při drobných poraněních
- Zdravá výživa
- Ochrana před slunečním zářením
- Otužování
- Pobyt na čerstvém vzduchu
- Pravidla pro setkání s cizím člověkem
- Dítě je samo doma
- Živelné pohromy
- Sport a ochranné pomůcky
- Jak předcházet úrazům
- Jiné (specifikujte)

48) Kdo by podle Vás měl tyto programy výchovy ke zdraví vést?

- Dětská sestra
- Dětská sestra ve spolupráci s učitelkou mateřské školy
- Dětský lékař
- Dětský lékař ve spolupráci s učitelkou mateřské školy
- Učitelka mateřské školy
- Někdo jiný (specifikujte)

Poznámka

V zahraničí je běžnou praxí, že o školní děti a personál školy pečuje školní sestra. Školní sestra poskytuje komplexní ošetrovatelkou péči jednak v samotné budově školy, ale i na místech, kde děti tráví svůj volný čas, například předškolní zařízení, dětský domov, sportovní stadion, město,

kam děti jedou na výlet. Úkolem školní sestry je poskytovat neodkladnou ošetrovatelskou péči nemocným a zraněným dětem; provádět očkování; sledovat růst a vývoj dětí; provádět vyšetření zraku, sluchu, skoliózy, krevního tlaku a krve za účelem vyhledávání chorob; vytvářet vzdělávací programy a individuálně nebo skupinově vzdělávat děti a jejich rodiče v oblastech podpory zdraví; učitelům a rodičům poskytovat konzultace; koordinovat péči o děti handicapované a chronicky nemocné; sledovat školní prostředí a jeho vliv na zdraví dětí, popřípadě navrhnout opatření na jeho zlepšení; pomoci dětem, které potřebují s něčím poradit nebo se někomu svěřit. Kromě toho zajišťuje odbornou péči u dětí s chronickým onemocněním jako je: „průduškové astma“, „cukrovka“, dětí zrakově, sluchově nebo tělesně znevýhodněných nebo dětí v konečném stádiu života, které školu navštěvují.

49) Bylo by podle Vás přínosné zavést v České republice funkci školní sestry?

Ano

Nevím

Ne

Poznámka

Domácí péče je forma zdravotní péče a sociální pomoci poskytovaná v domácím prostředí. Je určena stejně tak dětem, jako lidem v produktivním věku a seniorům. Domácí zdravotní péče je dětem poskytována agenturami domácí péče na základě rozhodnutí praktického lékaře pro děti a dorost a je hrazena ze zdravotního pojištění. Je určena dětem plně nebo částečně závislým na pomoci druhé osoby, dětem chronicky nebo akutně nemocným, které potřebují doléčit a dětem, které pokračují v dlouhodobé péči. Kvalitní a efektivní péči poskytuje tým odborníků složených ze sester, lékařů, psychologů, rehabilitačních pracovníků, logopedů dalších ve spolupráci s dítětem a rodinnými pečovateli. Domácí péče zlepšuje kvalitu života dětí nemocných a zdravotně znevýhodněných i jejich rodinných pečovateli a snižuje délku i frekvenci hospitalizací.

50) Věděl/a jste o existenci domácí péče?

Ano

Ne

51) Využil/a byste tuto formu péče, kdyby Vám byla nabídnuta?

Ano

Ne

52) Je v místě Všeho bydliště agentura domácí péče?

Ano

Nevím

Ne

Zkontrolujte, zda jste odpověděl/a na všechny otázky a elektronicky vyplněný dotazník prosím zašlete jako přílohu na tuto adresu:

alena.petivlasova@seznam.cz

Velice Vám děkuji za ochotu i za čas strávený vyplňováním dotazníku.

Příloha 2 - Scénář polostrukturovaného rozhovoru s dětskými lékaři

Rozhovor bude probíhat anonymně. Se všemi získanými údaji bude důvěrně zacházeno a výsledná data budou vyhodnocena a publikována pouze pro účely mé diplomové práce na téma „Přínos práce dětské sestry v komunitním ošetrovatelství v podmínkách České republiky a v zahraničí“.

1. Co si představujete pod pojmem komunitní sestra?

2. Slyšel/a jste o její činnosti např. v zahraničí?

Teď bych přečetla část o public health nurse a zeptala se:

3. Jaké jsou přednosti samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) pro rodiče?

4. Jaké jsou přednosti samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) pro děti?

5. Jaké jsou nedostatky samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) pro rodiče?

6. Jaké jsou nedostatky samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) pro děti?

7. Dokážete si představit, že by obvodní dětská sestra pracovala samostatně i v ČR?

8. Co by podle Vás praktické dětské sestry potřebovaly, aby mohly samostatně, tzn. bez dohledu praktického dětského lékaře pracovat s dětskou komunitou?

9. Znáte pojem školní sestra?

Teď bych přečetla část o školní sestře a zeptala se:

10. Jaký je Váš názor na vznik komunitní školní sestry v ČR?

11. Myslíte si, že její vznik by byl přínosem?

12. Jaké činnosti by měla komunitní školní sestra vykonávat?

13. Na jakých místech by měla komunitní školní sestra pracovat?

14. S jakou institucí Vaše zdravotnické zařízení spolupracuje? (s některou školskou, zdravotnickou nebo sociální institucí, která se podílí na péči o zdraví dětí a výchově dětí?)

15. Co si myslíte o výchově ke zdraví probíhající ve školních zařízeních?

16. Neměla by podle Vás školská zařízení spolupracovat s odborníkem v péči o dítě?

17. Co si myslíte o informovanosti veřejnosti o službách pro rodiče a děti poskytovaných neziskovými organizacemi, soukromým sektorem, atd.
18. Jaké úlohy by mohla zastávat komunitní dětská sestra v ČR?
19. Na jakých místech by mohla komunitní dětská sestra v ČR pracovat?
20. Jaké vidíte překážky pro ustanovení funkce komunitní dětské sestry v ČR?
21. Měly by podle Vás dětské sestry zájem pracovat samostatně jako komunitní dětské sestry?
22. Jaké kompetence by měly být rozšířeny?

Příloha 3 - Scénář polostrukturovaného rozhovoru s dětskými sestrami

Rozhovor bude probíhat anonymně. Se všemi získanými údaji bude důvěrně zacházeno a výsledná data budou vyhodnocena a publikována pouze pro účely mé diplomové práce na téma „Přínos práce dětské sestry v komunitním ošetrovatelství v podmínkách České republiky a v zahraničí“.

1. Co si představujete pod pojmem komunitní sestra?

2. Slyšel/a jste o její činnosti např. v zahraničí?

Teď bych přečetla část o public health nurse a zeptala se:

3. Jaké jsou přednosti samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) pro rodiče?

4. Jaké jsou přednosti samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) pro děti?

5. Jaké jsou nedostatky samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) pro rodiče?

6. Jaké jsou nedostatky samostatné práce sestry veřejného zdravotnictví (public health nurse) pro děti?

7. Dokážete si představit, že by obvodní dětská sestra pracovala samostatně i v ČR?

8. Co by podle Vás praktické dětské sestry potřebovaly, aby mohly samostatně, tzn. bez dohledu praktického dětského lékaře pracovat s dětskou komunitou?

9. Znáte pojem školní sestra?

Teď bych přečetla část o školní sestře a zeptala se:

10. Jaký je Váš názor na vznik komunitní školní sestry v ČR?

11. Myslíte si, že její vznik by byl přínosem?

12. Jaké činnosti by měla komunitní školní sestra vykonávat?

13. Na jakých místech by měla komunitní školní sestra pracovat?

14. S jakou institucí Vaše zdravotnické zařízení spolupracuje? (s některou školskou, zdravotnickou nebo sociální institucí, která se podílí na péči o zdraví dětí a výchově dětí?)

15. Co si myslíte o výchově ke zdraví probíhající ve školních zařízeních?

16. Neměla by podle Vás školská zařízení spolupracovat s odborníkem v péči o dítě?
17. Co si myslíte o informovanosti veřejnosti o službách pro rodiče a děti poskytovaných neziskovými organizacemi, soukromým sektorem, atd.
18. Jaké úlohy by mohla zastávat komunitní dětská sestra v ČR?
19. Na jakých místech by mohla komunitní dětská sestra v ČR pracovat?
20. Jaké vidíte překážky pro ustanovení funkce komunitní dětské sestry v ČR?
21. Měly by podle Vás dětské sestry zájem pracovat samostatně jako komunitní dětské sestry?
22. O jaké kompetence by měly zájem dětské sestry?

Příloha 4 – Dodatek o komunitních sestrách k polostrukturovaným rozhovorům se zdravotnickými odborníky

Public health nurse na pediatrické klinice

V zahraničí je běžnou praxí, že komunitní sestra (public health nurse) pracuje samostatně na pediatrické klinice a vykonává následující aktivity: zve děti s rodiči do poradny na pravidelné preventivní prohlídky, kde u dítěte sleduje jeho hmotnost, výšku, obvod hlavy i hrudníku a naměřené hodnoty zaznamenává do percentilových růstových grafů. Dále hodnotí velkou fontanelu, barvu a stav pokožky, celkový vzhled dítěte, držení těla a spontánní hybnost. Pomocí standardizovaných vývojových a polohových testů posuzuje i hrubou a jemnou motoriku a psychický vývoj dítěte. Provádí očkování dětí, screeningová vyšetření krve, krevního tlaku, moči, sluchu a zraku. Vede zdravotnickou dokumentaci. Každodenně poskytuje telefonní konzultace v předem stanovený čas. Na preventivních prohlídkách poskytuje rodičům a dětem informace a rady v oblastech zdravé výživy, odpočinku, spánku, vhodných aktivit, bezpečnostních opatřeních, prevence závislostí, atd. Vykonává návštěvní službu novorozence v domácnosti a jednou za měsíc pořádá skupinová setkání pro prvorodičky. Dětská sestra samozřejmě objednává dítě na pravidelné preventivní prohlídky k pediatrovi, spolupracuje s dalšími poskytovateli zdravotní a sociální péče, a v případě potřeby dítě odesílá ke specialistovi.

Školní sestra

V zahraničí je běžnou praxí, že o školní děti a personál školy pečuje školní sestra., která poskytuje komplexní ošetřovatelskou péči jednak v samotné budově školy, ale i na místech, kde děti tráví svůj volný čas, například předškolní zařízení, dětský domov, sportovní stadion, město, kam děti jedou na výlet. Úkolem školní sestry je poskytovat neodkladnou ošetřovatelskou péči nemocným a zraněným dětem; provádět očkování; sledovat růst a vývoj dětí; provádět screeningové vyšetření zraku, sluchu, skoliózy, krevního tlaku; vytvářet vzdělávací programy a individuálně nebo skupinově vzdělávat děti a jejich rodiče v oblastech podpory zdraví; učitelům a rodičům poskytovat

konzultace; koordinovat péči o děti handicapované a chronicky nemocné; sledovat školní prostředí a jeho vliv na zdraví dětí, popřípadě navrhnout opatření na jeho zlepšení; pomoci dětem, které potřebují s něčím poradit nebo se někomu svěřit. Kromě toho zajišťuje odbornou péči u dětí s chronickým onemocněním, dětí zrakově, sluchově nebo tělesně znevýhodněných nebo dětí v konečném stádiu života, které školu navštěvují.