

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Podíl komunitní sestry na podpoře aktivního stáří

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Valérie Tóthová,

Ph.D.

2009

Autor práce:

Bc. Lenka Šťastnová

Abstract

Community nurse contribution to the support of active old-age

In connection with the growing tendency of the number of seniors in the Czech Republic the necessity to keep the senior generation active and self-sufficient as long as possible arises.

The activities of geriatric nurses have been currently conducted by nurses of general practitioners and nurses of home-care agencies. However, in the primary care, community nurses would be of use, as they are abroad.

We have ascertained what seniors themselves, the younger public but also nurses and students expect from a community nurse in the support of active old age.

In the qualitative part of the research we used the technique of a semi-structured interview while in the quantitative part we used the questionnaire technique. We have managed to find answers to the research questions set out at the beginning of the research: the public expects a community nurse to provide nursing and health care together with assistance in the social field; the public expects a community nurse to focus on education in the field of a healthy lifestyle and therapeutic regimen; seniors expect broader social assistance provided by a community nurse than the younger public; financial security, healthy diet and physical activity constitute a form of preparation of the younger public for their old age; the younger public wants to be informed by a community nurse about preparation for old age.

We have also confirmed the hypotheses raised by us: 1) Nurses prefer a community nurse to undertake the role of a provider of (required) care rather than the role of an educator in the support of active old age. 2) Students of the 3rd grade of study branch "General Nurse" of the Faculty of Health and Social Studies of the University of South Bohemia (ZSF JU) prefer a community nurse to undertake the role of an educator in the support of active old age rather than the role of a provider of (required) care.

The results may serve for further researches, may be the inspiration for educational programmes and courses in the field of community care of seniors or may serve for development of community planning in the support of active old age. They will certainly contribute to a change of the view of a nurse working with a senior community.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci „Podíl komunitní sestry na podpoře aktivního stáří“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené 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 dne

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za cenné a přínosné rady, které mi poskytla při psaní této práce.

Děkuji všem, kteří se podíleli na výzkumné části.

Obsah

Seznam použitých zkratk	4
Úvod	5
1. Současný stav	7
1. 1 Historie komunitní péče	7
1. 2 Strategie podporující komunitní péči	9
1. 3 Obecné principy komunitní péče	11
1. 4 Komunitní péče v zahraničí	12
1. 5 Komunitní péče v ČR	14
1. 5. 1 Vzdělávání v komunitní péči	15
1. 6 Role komunitní sestry	16
1. 7 Senioři jako komunita	17
1. 7. 1 Vymezení stáří	18
1. 7. 2 Aktuální demografická situace v ČR	18
1. 7. 3 Charakteristika změn ve stáří	19
1. 7. 4 Choroby ve stáří a jejich specifika	20
1. 7. 5 Zjištění funkčního stavu ve stáří	24
1. 8 Aktivní stáří	26
1. 8. 1 Příprava na stáří, Národní program přípravy na stárnutí	26
1. 8. 2 Služby podporující aktivní stáří	28
1. 9 Zdravotní a sociální péče o seniory	31
1. 9. 1. Ambulantní zdravotní a sociální služby	32
1. 9. 2 Ústavní zdravotní a sociální péče	34
1. 9. 3 Komunitní služby pro seniory	36
1. 9. 4 Prevence ve stáří	36
1. 10 Komunitní sestra v péči o seniory	37
1. 10. 1 Podíl sestry na prevenci ve stáří	39
1. 10. 2 Posuzování stavu seniora	41
2. Cíle práce a hypotézy	43
2. 1 Cíle práce	43

2. 2	<i>Výzkumné otázky pro kvalitativní část výzkumu</i>	43
2. 3	<i>Hypotézy pro kvantitativní část výzkumu</i>	43
3.	Metodika	44
3. 1	<i>Metodika práce</i>	44
3. 2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	44
4.	Výsledky	46
4.1	<i>Výsledky kvalitativní části výzkumu</i>	46
4. 1. 1	<i>Kategorizace výsledků kazuistik</i>	46
4. 2	<i>Výsledky kvantitativní části výzkumu</i>	67
5.	Diskuse	88
6.	Závěr	97
7.	Literatura	99
8.	Klíčová slova	107
9.	Přílohy	108

Seznam použitých zkratk

ADL – test základních všedních činností

ADP – agentura domácí péče

IADL – test instrumentálních všedních činností

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MMSE – Mini-Mental State Exam (test hodnocení kognitivních funkcí)

NANDA – Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy

NCONZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

ONP – oddělení následné péče

OSN – Organizace spojených národů

SDŽ – střední délka života

U3V – univerzita 3. věku

UCLA – osmislovní test paměti

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZSF JCU – Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita

Úvod

Počet seniorů v populaci ČR má vzrůstající tendenci, oproti tomu podíl produktivní populace klesá. V souvislosti s tím vyvstává nutnost udržet starší generaci aktivní a soběstačnou pokud možno co nejdéle.

V roce 1991 byly zrušeny geriatrické sestry. Jejich úlohu převzaly sestry agentur domácí péče, které jsou zaměřené na klienty vyžadující péči, a sestry praktických lékařů, které vykonávají návštěvní službu u klientů během jejich léčby. Sestry jsou ale časově vytížené prací v ordinacích, proto by činnost mimo ordinaci mohly převzít právě komunitní sestry a rozšířit ji i na oblast edukace a podporu aktivního stáří. A to nejen v rámci právě probíhající léčby, ale i v primární péči.

Podle Nařízení vlády č. 463/2004 Sb. o specializačním vzdělávání je možnost specializace Komunitní ošetrovatelská péče s modulem Komunitní sestra v péči o seniory. V ČR je pro tento obor akreditováno zatím jen pracoviště Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO). Komunitní sestra v péči o seniory zajišťuje specifickou ošetrovatelskou péči v domácím prostředí seniorů s důrazem na zachování soběstačnosti a kvalitu života. Je zde propojena péče zdravotní i sociální.

Pro aktivní život seniorů jsou v naší republice i v jiných zemích různé kluby seniorů, univerzity třetího věku. Aktivní stáří lze podporovat vhodnou edukací, poradenstvím, volnočasovými aktivitami i ošetrovatelskou péčí.

V našem šetření chceme získat názory na podíl komunitní sestry v podpoře aktivního stáří od sester, které mají zkušenosti se seniory v rámci své praxe, dále od studentů, kteří mají informace o komunitní péči a mohou mít také nový pohled na péči o seniory. Důležitý je názor seniorů samotných, jakou by měli představu o sestře pracující s komunitou seniorů, na co by chtěli, aby se tato komunitní sestra zaměřila, v čem jim pomáhala ohledně podpory aktivního stáří. V neposlední řadě nás zajímá i názor mladší veřejnosti, která se teprve chystá na důchodové období a vlastní stáří.

Seniory jsme nazývali veřejnost ve věku 60 – 75 let, ačkoli podle WHO můžeme označení senior použít u lidí starších 75 let. Vycházíme ale z naší legislativy, kde je

definována Komunitní sestra v péči o seniory, a zde není určeno, že by byla zaměřena na věkovou skupinu lidí od 75 let. Z vývojového hlediska mluvíme o stáří již od 60 let věku, i když se tato hranice do budoucna jistě posune dál. A právě v tomto věku také mnoho lidí přechází z aktivního, pracovně produktivního věku do důchodového.

Pro veřejnost ve věku 45 až 59 let jsme v této práci používali označení *mladší veřejnost*, v porovnání se seniory.

1. Současný stav

1. 1 Historie komunitní péče

Již z období 5000 let př. n. l. jsou zmínky o opatřeních k prevenci či zlepšení zdraví. Jakousi formu komunitní péče vykonávaly římské i židovské ženy, které navštěvovaly a staraly se o chudé a nemocné v jejich vlastních příbytcích. První zaznamenanou návštěvní sestrou byla Phoebe z Cenchrey, první návštěvní sestrou dobrovolnicí pak dcera španělského krále, Flaccilla (r. 352 – 385). Ve starověku vznikaly první hospitály (7, 11).

V raném středověku vznikaly církevní instituce, které se staraly o chudé a staré lidi. Později vznikaly chudobince, starobince, klášterní i městské ošetrovatelské domy. Vznik klášterních špitálů pro chudé a nemocné na českém území iniciovala mimo jiné Anežka Přemyslovna (r. 1211 – 1282). Založila Řád křížovníků s červenou hvězdou. Za zakladatelku „komunitní péče“ v Čechách je považována Svatá Zdislava z Lemberga (r. 1220 – 1252). Ta navštěvovala chudé, nemocné v jejich domovech. Velkou péči věnovala i umírajícím. Významné byly církevní řády boromejky, johanitky, milosrdní bratři. V terénu pak pracovaly diakonky (11, 16, 21, 47).

V novověku, v době renesance, poskytovala péči o staré a invalidní lidi města. V Anglii byla lékařská a ošetrovatelská péče o chudé, slepé a chromé garantována *alžbětinským zákonem pro chudé*. Ve Francii krátce fungovala služba Panny Marie, která poskytovala péči bez omezení. Službu zorganizovala Madam de Chantal a Francois de Sáles. Změnu nemocniční ošetrovatelské péče na komunitní přineslo založení řehole milosrdných sester v Paříži, kterou založil kněz Vincent z Pauly v roce 1633. V 18. století, za vlády Josefa II., a v 19. století vznikala farní chudinská zařízení. Každá obec se musela postarat o nezaopatřené, chudé, nemohoucí a staré lidi (7, 11, 16).

V 19. století se s profesionalizací ošetrovatelství objevují i počátky komunitního ošetrovatelství. Na britských ostrovech je založen řád Irských sester charity v Dublinu sestrou Mary Augustine. Tyto sestry vykonávají návštěvy a poskytují pomoc chudým.

Druhým řádem jsou Milosrdné sestry, které poskytují pomoc dívkám bez prostředků a navštěvují nemocné v domácnostech. Pro práci na obvodech se sestry připravovaly v Kaiserwerth institutu, založeném Theodorem Fliednerem v Německu v roce 1836 (7).

V Anglii se snažila uplatnit ochranu zdraví a předcházení nemocem především Florence Nightingelová (12. 5. 1820 – 13. 8. 1910) ve spolupráci s Williamem Rathboneem, anglickým filantropem. Na základě myšlenky, že většina dlouhodobě nemocných chce setrvat ve vlastním domově, nikoli v nemocnici, založili v Liverpoolu asociaci obvodních sester. Nightingelová napsala několik děl a článků s podobnou tematikou – ošetřovatelství v domácnosti. Filozofii domácí zdravotní péče ve své knize načrtl i Rathbone (11).

Rozvoj návštěvního ošetřovatelství podpořila i britská královna Viktorie. V USA v New Yorku se o založení návštěvního ošetřovatelství zasloužily Lilian Waldová a Mary Brewsterová (11).

Za pravděpodobně první přímou komunitní ošetřovatelskou péčí je u nás považována činnost sester Československého červeného kříže v meziválečném období 20. století. Zaměřovala se na děti, chudé nemocné a staré lidi. Systematicky byla prováděna také ošetřovatelská a zdravotní služba v rodinách (OZSR). Péče byla především preventivního charakteru. Sestry zprostředkovávaly léčení, odborná vyšetření. Péče byla propojována i s laickou péčí (16).

Pro práci v terénu u nás připravovala sestry vyšší sociální škola, založená v Praze roku 1918. Po roce 1948 ale začala činnost terénních sester zanikat (58).

Mezi 70. a 90. lety 20. století na území Československa pracují v terénu geriatrické sestry a sestry specializované pro sociální péči. Jejich činnost však v důsledku reorganizace zdravotnictví na počátku 90. let také zaniká (48).

Po roce 1990 se začínají rozvíjet agentury domácí péče. Ministerstvo zdravotnictví ČR povolilo experiment České katolické charity „Domácí ošetřovatelská péče“ a v roce 1991 vzniká první agentura domácí péče. V roce 1993 vzniká Asociace domácí péče v čele s Blankou Misconiovou (16, 38).

1. 2 Strategie podporující komunitní péči

S rozvojem medicínské technologie rostou i náklady na medicínskou péči. Proto si ani ekonomicky vyspělá země nemůže dovolit příliš investovat do této péče, i kdyby využití nákladů bylo dobře míněné. Z tohoto důvodu je vhodné poskytovat kvalitní celkovou péči i nelékařskými profesemi, jako jsou všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti a další (32).

Již od počátku 70. let se Světová zdravotnická organizace (WHO) začala věnovat cílovému programování a systémovému přístupu. Na základě posouzení vývoje zdravotního stavu populace a zjištěných problémů, jako byl rychlý růst výdajů na zdravotní péči, stagnace zdravotní úrovně společnosti, potíže při kontrole a redukci zdravotně rizikových faktorů, dochází k celosvětové snaze o zlepšení péče o zdraví populace, což souvisí se změnami politickými, ekonomickými i společenskými. Významný vliv má i komunitní ošetrovatelství, které vychází z několika deklarací, strategií a programů (7, 32).

Konference o primární zdravotní péči, Alma-Ata (září, 1978), vyjadřovala potřebu ochrany a podpory zdraví celosvětové populace. Primární péče tvoří základní část státního zdravotního systému a je formou prvního kontaktu jednotlivce, rodiny i komunity s tímto systémem. Tato péče zahrnuje ochranu a podporu zdraví, prevenci, léčbu i rehabilitaci, je zaměřená na komunitu. Spolupracuje se sektory, jako je potravinářství, průmysl, vzdělávání, bydlení aj. (7, 32).

Mezinárodní konference o posilování a rozvoji zdraví (health promotion), Ottawa (listopad, 1986), usilovala o splnění záměrů programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Cílem bylo zmenšovat rozdíly v poskytované péči a zdravotním stavu (7).

Výsledkem *konference v Adelaide* (1988) je doporučení nové strategie zdravotní politiky, a to zaměřením se na podporu zdraví žen, potravin a výživu, kouření a alkohol, tvorbu a ochranu bezpečného životního prostředí (7).

Na *Evropské konferenci o ošetrovatelství, Vídeň* (1988), byly navrženy změny ve vzdělávání a praxi sester a porodních asistentek. Větší důraz byl kladen i na primární

zdravotní péči a větší úlohu sester v tvorbě zdravotní politiky. Profese se má soustředit na primární zdravotní péči a posílení komunit (7, 32).

Ljublanská charta, přijatá v roce 1996, analyzovala trendy v reformě evropské zdravotní péče, jako je například respekt principu lidské důstojnosti, spravedlnost, vnímavost k potřebám obyvatel, orientovanost na primární péči (7).

Jakartská deklarace (červenec, 1997) počítá se zapojením soukromého sektoru do rozvoje zdraví. Cílem je mimo jiné zvyšování efektivně vynaložených prostředků do rozvoje zdraví s ohledem na potřeby jednotlivých sociálních skupin (7).

„*Zdraví 21*“, program WHO pro Evropský region Zdraví pro všechny ve 21. století, je dlouhodobým záměrem se dvěma hlavními cíli: ochrana a rozvoj zdraví lidí po celý jejich život a snížení výskytu nemocí a úrazů a omezení strádání, které lidem přináší. Základem evropské zdravotní strategie je 21 cílů. Těmito cíli jsou: Solidarita ve zdraví v Evropském regionu, Spravedlnost ve zdraví, Zdravý start do života, Zdraví mladých, Zdravé stárnutí, Zlepšení duševního zdraví, Prevence infekčních onemocnění, Snížení výskytu infekčních nemocí, Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy, Zdravé a bezpečné životní prostředí, Zdravější životní styl, Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem, Zdravé místní životní podmínky, Zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů, Integrovaný zdravotnický sektor, Řízení v zájmu kvality péče, Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů, Příprava zdravotnických pracovníků, Výzkum a znalosti v zájmu zdraví, Mobilizace partnerů pro zdraví, Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny (7, 36).

V *Mnichovské deklaraci* (červen, 2000) se WHO zaměřuje na podporu vzdělávání v ošetrovatelství a porodní asistenci, mezioborovou spolupráci, podporu výzkumu, rozvoj a poskytování zdravotnických služeb. Deklarace zavazuje k hledání příležitostí k založení a podpoře programů a služeb na rodinu zaměřeného komunitního ošetrovatelství a porodní asistence, dále k podpoře rodinných sester a k posilování role sester a porodních asistentek ve veřejném zdravotnictví, v podpoře zdraví a vývoji komunity. Sestrám a porodním asistentkám je přislíbeno využití jejich odborného potenciálu jako plně kvalifikovaných profesionálů (59).

1. 3 Obecné principy komunitní péče

Ošetřovatelství, jako samostatná vědecká disciplína, je zaměřeno na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb nemocného i zdravého jedince, a to jak ve zdravotnických zařízeních tak i v terénu. Zaměřuje se na podporu zdraví, prevenci nemocí, péči o nemocné. Cílem ošetřovatelství tedy je podpora a upevňování zdraví, navrácení zdraví, zmírnění utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Péče poskytovaná ošetřovatelským týmem vede jednotlivce, rodiny i skupiny k sebeděči a edukuje je v poskytování laické ošetřovatelské péče (55).

Ošetřovatelství má svoji *filozofii* – holismus, *metaparadigma* (předmět zkoumání) – člověk, zdraví, prostředí, ošetřovatelská činnost, *paradigma* (teorie oboru) – koncepční modely, teorie a *metodologii* – ošetřovatelský proces (32).

Komunitní ošetřovatelství poskytuje ošetřovatelskou péči mimo zdravotnická, institucionální zařízení. Poskytuje služby v terénu, v prostředí komunity. Poskytovaná péče je zaměřená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění, výchovu ke zdraví, péči o nemocného, rehabilitaci, edukaci v poskytování laické ošetřovatelské péče, péči o chronicky a nevyлéčitelně nemocné a zdravotně postižené občany. Součástí je i zajišťování různých forem domácí péče. Cílem komunitního ošetřovatelství je co nejdéle setrvání ve vlastním prostředí jedince, rodiny, komunity, a to i v případě chronické nemoci. Na komunitní péči se podílí klienti, jedinec, rodina, komunita, profesionálové, poskytovatelé péče, orgány státní správy a samosprávy, občanská sdružení a jiní (16, 55).

Komunitní péče integruje péči zdravotní i péči sociální. V souvislosti s přesunutím péče z akutních zařízení do komunitních zahrnuje nejen péči primární, ale i sekundární a terciální. Aby byla tato péče efektivní, musí být poskytována ve správný čas, ve správné formě a úrovni. Cílem je dosáhnout u jedinců, komunit co nejvyšší úroveň nezávislosti. Komunitní péče se vyznačuje 24hodinovou dostupností základní pomoci, zdravotní a sociální služby jsou snadno dostupné. Optimální péče je zajištěna rychlým předáváním klienta odpovídajícím službám. Nezbytná je návaznost a propojenost zdravotní, sociální, ústavní i komunitní péče, multidisciplinární

spolupráce. Náklady pro komunitní systém musí být účelné, podporují se přirozené zdroje komunity. Klient/občan je informován o plánovaných aktivitách, může si vybrat z poskytovaných služeb. Služby a péče jsou poskytovány individuálním přístupem podle potřeb každého člověka. Dodržuje se diskrétnost (16, 26).

Oproti tradičnímu ošetřovatelství, které je zaměřené na klienty hospitalizované a klienty vyžadující zdravotní péči, se komunitní ošetřovatelství zaměřuje na širokou veřejnost, zvláště pak na rizikové skupiny. Péče je poskytována v terénu, nikoliv jen institucionálně. Je propojena i s dalšími sektory zdravotní péče. Do ošetřovatelské praxe a edukace je zahrnuta celá komunita (26).

1. 4 Komunitní péče v zahraničí

V členských zemích Evropského regionu Světové zdravotnické organizace dochází koncem 90. let k významným změnám zdravotní péče. Doba pobytu v nemocnici je zkracována a stále více je požadována péče ve vlastním domově pacientů. Je kladen větší důraz na komunitní péči. A protože jsou sestry zatím vzdělávány většinou pro práci v nemocnicích, je potřeba připravit sestry kvalifikované pro poskytování péče v komunitě, primárních střediscích, v pacientově domově, tak aby pracovaly nezávisleji, než je tomu v nemocničních zařízeních. Pro tuto přípravu předložila WHO dokument Komunitní ošetřovatelství pro země v přechodové fázi (60).

V zemích západní Evropy, USA, Kanadě a Austrálii je komunitní ošetřovatelská péče rozlišována na ošetřovatelství zaměřené na zdraví komunity a ošetřovatelství orientované na komunitu. Podstatou *ošetřovatelství zaměřeného na zdraví komunity* (community health nursing), které je zaměřeno především na péči o „zdravou“ populaci, je zachování, ochrana a podpora zdraví. Péče je poskytována v komunitních institucích, domácím prostředí, ale i ve školách apod. Obsahuje primární, sekundární i terciární péči. *Ošetřovatelství orientované na komunitu* (community based nursing) je zaměřeno na péči o „nemocné“ jedince a jejich rodiny. Přímá péče je poskytována v domácnostech nebo v komunitních organizacích. Obsahuje především sekundární a terciární zdravotní péči (18, 46).

Jednu z nejdelších tradic má komunitní péče ve *Velké Británii*. Zde se komunitní péče vyvíjí od roku 1945. Většina zdravotní péče je péče domácí. V primární má hlavní roli praktický lékař. Komunitní péče je zaměřena na péči zdravotní, sociální a na finanční podporu. Všechny tři složky vzájemně spolupracují. Zdravotní péče je zajišťována zdravotními sestrami, jedná se o Komunitní zdravotní službu. Zdravotní péče je poskytována v centrech zdraví a v ordinacích. V centrech pracují praktičtí lékaři, oblastní sestry, porodní asistentky, návštěvní sestry a specialistky v péči o komunitu. Péči nejen o seniory zajišťuje návštěvní sestra, která dbá na prevenci, edukuje a stará se o veškeré zdravotní potřeby populace. Komunitní péče je většinou zajišťována 24 hodin denně. Specialistka v péči o komunitu provádí anamnézu, má na starosti sestavování ošetrovatelského plánu, řídí oblastní sestry. Návštěvní sestra i sestra specialistka mají univerzitní vzdělání (45).

Ošetrovatelskou péčí o seniory se zabývá v Británii charitativní organizace AgeCare v Londýně. Péče je založená na přizpůsobení se potřebám seniorů a jejich komunitám. Důraz je kladen na zachování zodpovědnosti za sama sebe. Organizace se snaží integrovat terénní a komunitní služby v sociální a zdravotní oblasti, stejně tak i profesionální i laickou péči. AgeCare provozuje residenční domy, hospic, spolupracuje s neuro-rehabilitační klinikou, nemocnicí. Residenční domy mají podobu samostatných domků. Péče je zajišťována multikulturálním týmem. Je zde i stacionář zaměřený na rozvoj základních všedních činností a aktivizaci. Péče v AgeCare je poskytována i pacientům s demencí, částečně i úplně imobilním klientům. Je zde možnost i respitní péče (12).

Ve *Finsku* se komunitní péče začala rozvíjet od roku 1972, kdy byl představen Akt primární zdravotní péče. Akt stanovuje obcím a místní samosprávě povinnost zabezpečit svým občanům primární a komunitní péči. Tato péče je poskytována prostřednictvím zdravotnických center, která jsou zřizována podle počtu obyvatel (1 centrum na 1500 až 2000 obyvatel). Péči zajišťují všeobecné i komunitní sestry, porodní asistentky, lékaři a lékaři specialisté. Šíře služeb se řídí dle samosprávních celků a potřeb obyvatel (péče o seniory, závodní péče, ambulantní lékařská péče,

ústavní péče, preventivní péče, péče o matky aj.). Komunitní sestry mají samostatný, 3,5letý vzdělávací program (7).

I v *Austrálii* je velké množství zdravotnických zařízení a služeb pro seniory. Služby poskytují sestry domácí péče a zdravotnická zařízení. Starším lidem jsou nabízeny za výhodných podmínek byty či menší domky, které jsou v blízkosti zdravotnických zařízení. Dále jsou seniorům nabízeny různé programy, vzdělávací kurzy, společenské akce. Zdravotnická zařízení jsou zde rozdělena do tří kategorií, a to hostel, domovy důchodců s nižší péčí a domovy důchodců s komplexní péčí. Všechny jsou ve společném areálu. Péči v hostelech zajišťují pečovatelky, v domovech důchodců pak tým, který tvoří hlavní sestra, staniční sestra, zdravotní sestry, pečovatelky, rehabilitační sestra, pracovnice zajišťující program denních aktivit a další personál podílející se na chodu těchto zařízení. Sestra zajišťuje individuální péči, má zodpovědnost za ošetrovatelskou péči (podávání léků, péče o kolostomie, převazy, cévkování, zajišťování preventivních opatření nozokomiálních nákaz aj.). Sestře jsou podřízeny ošetrovatelky (41).

V *Austrálii* jsou provozována také „Age-friendly Primary Health Care Centres“ („centra přátelská křehkým geriatrickým pacientům“). K hlavním úkolům těchto komunitních center patří přiblížení kvalitních služeb seniorům, poradenství nejen pro seniory, ale i jejich rodinám, pečujícím, koordinace různých služeb, péče a její komplexnost. Centra mohou být součástí nově vznikajících seniorských zařízení (tzv. seniorská centra residenčních a ošetrovatelských služeb). Závisí i na místních podmínkách a komunitním plánování (24, 35).

1. 5 Komunitní péče v ČR

Oproti *Británii*, *Finsku* a jiným zemím převažuje v *České republice* zatím sekundární zdravotní systém. Péče je směřována na nemocniční instituce. Primární zdravotně-sociální péče, která je zahrnuta v komunitní péči, se u nás začala rozvíjet až v posledních letech. Nejen pro seniory sem můžeme zařadit vedle praktických lékařů agentury domácí péče, hospice, které se ale zaměřují spíše na nemocné, dále samostatně

pracující sestry a porodní asistentky (7, 16). S rozvojem komunitní péče souvisí i rozvoj odborného vzdělávání v tomto směru.

1. 5. 1 Vzdělávání v komunitní péči

V posledních letech mohou zdravotničtí pracovníci, kteří získali odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zákona č. 96/2004 Sb., získat specializační vzdělání. Jedná se o celoživotní formu vzdělávání. Absolvent získá specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání. Toto vzdělávání realizují akreditovaná pracoviště, a to modulovým způsobem. Moduly se dělí na základní (teoretické poznatky), odborný (propojení vědomostí a dovedností) a speciální (speciální činnosti, dle zaměření). Studium trvá 36 měsíců, student musí splnit 640 hodin, z čehož alespoň 50 % tvoří praktická výuka. Po úspěšném vykonání atestační zkoušky podle vyhlášky č. 394/2004 Sb., kterou se stanoví podrobnosti o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, je absolventovi udělen diplom o specializaci v příslušném oboru. Ten ho opravňuje k výkonu specializovaných činností (4).

Obory specializačního vzdělávání stanovuje nařízení vlády č. 463/2004 Sb., které také označuje odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Zde je pro obor Všeobecná sestra uveden obor Komunitní ošetrovatelská péče s označením odbornosti Komunitní sestra. Pro porodní asistentky pak Komunitní péče v porodní asistenci s odborností Porodní asistentka pro komunitní péči (4, 40).

Z tohoto nařízení vychází Rámcový vzdělávací program pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, který definuje vzdělávání i pro komunitní sestry a stanovuje speciální moduly. Těmito moduly jsou Specifická ošetrovatelská péče v domácí péči, Specifická ošetrovatelská péče o seniory, Specifická ošetrovatelská péče o rodinu, Specifická ošetrovatelská péče v prevenci pracovních rizik. Tyto moduly si lze zvolit i v rámci výběru speciálních modulů v oboru

Ošetrovatelská péče o pacienty ve vybraných klinických oborech. Modul zaměřený na komunitní péči je i v oboru ošetrovatelská péče o duševní zdraví (Psychiatrická sestra) (4, 53, 54).

Činnost komunitní sestry je stanovena ve vyhlášce č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (4).

Koncem roku 2007 byl zahájen 2letý mezinárodní projekt „E-learning v komunitní péči“. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCONZO) ve spolupráci se Slovenskem, Maďarskem, Polskem a Francií má za cíl vytvořit nový distanční specializační program pro sestry a porodní asistentky v komunitní a primární péči, který by měl podobu e-learningu. Hlavním důvodem je pružnost a dostupnost této formy vzdělávání (30).

NCONZO je také od 1. 10. 2008 akreditováno pro realizaci specializačního vzdělávání v oboru Komunitní ošetrovatelská péče. Z odborných modulů nabízí modul Role sestry v komunitní péči a Specifická činnost komunitní sestry v domácí péči. Speciální moduly jsou pak zaměřené na péči o rodinu, seniory a prevenci pracovních rizik (37).

Na většině vysokých škol je komunitní péče vyučována zatím jen jako samostatný předmět, nikoli obor. Díky vzdělání může sestra působit v mnoha rolích.

1. 6 Role komunitní sestry

Sestry poskytují ošetrovatelskou péči základní i odbornou a pracují jak v terénní, tak i ambulantní či ústavní péči. Působí v rolích *ošetřovatelek, edukátorek, manažerek, výzkumnic, konzultantek, obhájkyň práv pacientů, občanů, komunit* či v rolích *provozovatelek služeb*. Jako poskytovatelka péče sestra holisticky posuzuje jedince v rámci jeho rodiny, komunity, kultury. Poskytuje mu komplexní, kontinuální a osobní péči. V roli autorky rozhodnutí identifikuje potřeby a rozhoduje o potřebných zásazích, intervencích. Jako komunikátorka podporuje zdravý životní styl, objasňuje, obhajuje, motivuje k ochraně a podpoře zdraví. Jako vedoucí komunity identifikuje a uvádí ve spolupráci s jedinci i komunitou jejich požadavky kladené na zdraví. Sestra

manažerka pak využívá dostupných informací, spolupracuje s jedinci, ale i organizacemi v systému zdravotní péče a koordinuje dostupné zdroje (16, 17, 59).

Komunitní sestra poskytuje péči v rámci primární péče, integrované a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny v jejich vlastním sociálním prostředí (56).

Bez odborného dohledu a bez indikace komplexně hodnotí zdravotní a sociální situaci jedince i skupiny/komunity v souvislosti s poskytovanou zdravotně sociální péčí, koordinuje poskytovanou integrovanou péči. Komunitní sestra také hodnotí situaci jedince, komunity z pohledu ošetrovatelské péče, realizuje poradenství, edukuje skupinu občanů a spolupracuje s odpovědnými orgány (56).

Komunitní sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví se podílí na hodnocení zdravotních rizik jedince, skupiny v jejich vlastním sociálním prostředí, a dále se podílí na sestavování priorit při jejich řešení. Sestra připravuje a organizuje preventivní prohlídky, vyšetření a očkování (56).

Na základě potřebných znalostí a dovedností se sestra účastní i komunitního plánování a organizování. Tato činnost se uplatňuje ve státním i soukromém sektoru. Podílí se tak na vzniku chybějících komunitních služeb a center v dané komunitě. Komunitní zdravotnická centra, agentury domácí péče a kliniky ambulantní péče jsou sestrami i řízeny (26, 46).

1. 7 Senioři jako komunita

Komunita je podle Světové zdravotnické organizace sociální skupina determinovaná geografickými rozměry a/nebo založená na společných hodnotách a zájmech. Členové skupiny se navzájem znají a ovlivňují. Vytvářejí vlastní sociální struktury, normy, hodnoty, sociální instituce. Komunita může být determinována nejen geograficky, ale i socioekonomicky, profesionálně, kulturně. Společnými prvky komunity jsou *lidé*, tedy členové/obyvatelé komunity, kteří v ní žijí, *místo*, které je určeno geograficky i časově, a *funkce*, která se projevuje v cílech a aktivitách komunity.

Specifickým rysem je pocit komunitní sounáležitosti. Členové komunity mezi sebou komunikují, používají stejný jazyk, formu (11, 16).

Podle vyššího věku, podobných „vývojových“ změn, ztížené adaptace na změny životního stylu, společných hodnot, jako je zdraví, rodina, podle společenství, jako jsou univerzity třetího věku, kluby pro seniory, domy s pečovatelskou službou, domy pro seniory, penziony, a podle dalších služeb, které využívají, můžeme seniory považovat za komunitu, kdy samozřejmě netvoří jen jednu jedinou komunitu, ale mnoho menších komunit.

Seniory ale nespojuje jen věk a společné zájmy. Kromě charakteristických změn se potýkají i s vyšším výskytem chorob a jejich specifickým průběhem.

1. 7. 1 Vymezení stáří

To, od kdy je jedinec pokládán za starého, se různí. Bereme-li v úvahu kalendářní věk, daný datem narození, mluvíme o *kalendářním, chronologickém stáří*. Podle WHO začíná stáří od 60 let výše. Rozlišujeme rané stáří, vlastní stáří nebo-li senium a dlouhověkost.

Věkové kategorie

60 – 74 let	Rané stáří
75 – 89 let	Vlastní stáří
90 a více let	Dlouhověkost

(8, 57)

Nejnižším věkem pro zařazení do geriatrických programů je věk 65 let. Se zlepšováním zdravotního a funkčního stavu se hranice stáří posunuje směrem nahoru. Můžeme se setkat s „vysoce vitálními staříky“, ale i „starými mladíky“. To je dáno souborem funkčních potenciálů. Mluvíme pak o *stáří funkčním, biologickém*. To se tedy s kalendářním stářím nemusí shodovat (8, 22).

1. 7. 2 Aktuální demografická situace v ČR

Zdravotní stav příslušné populace vystihuje údaj zvaný *střední délka života (SDŽ)*. Ten určuje, podle roku narození, kolika let se pravděpodobně jedinec dožije. V roce 2007 byla v ČR udávána SDŽ mužů 73,7 let a žen 79,9 let. Mezi země s nejdelší

střední délkou života patří skandinávské země a Island, Francie, Švýcarsko či Japonsko (8, 9, 34, 52).

Se SDŽ souvisí i porodnost a mortalita. Vlivem klesající porodnosti a snižováním úmrtnosti i v nejstarších věkových skupinách se změnila struktura populace. Celosvětově narůstá procento staré populace. Dříve byla za starou považována populace se 7 % obyvatel nad 65 let. V roce 2007 měla ČR 14,6 % obyvatel starších 65 let (34).

Se zvyšujícím se věkem se zvětšuje i rozdíl mezi počtem žen a mužů, kdy stoupá procento žen. Příčiny jsou předmětem zkoumání, ale předpokládá se vliv odlišného životního stylu, hormonální vliv (8).

Nárůst populace vyššího věku je spojen se zvýšením požadavků na péči o seniory. Tato péče je v ústředním zájmu každé civilizované společnosti (57).

1. 7. 3 Charakteristika změn ve stáří

Stárnutí, jako involuční proces, se projevuje po všech stránkách, zasahuje všechny orgány, tkáně a je spojeno se snižováním jejich funkcí. Jde o individuální proces. Některé změny jsou pozorovatelné již po 30. roce života. Kolem 60. roku života změn výrazně přibývá (8).

Změny po biologické stránce

Dochází ke ztenčování pokožky, atrofii kůže, ubývání vlasového pigmentu, alopecii. Již kolem 45. roku klesá ostrost smyslového vnímání (presbyopie – pokles akomodace čočky, presbyacusie – stařecká nedoslýchavost, zhoršený čichový a chuťový vjem v pozdním věku). Výška se začíná snižovat vlivem atrofie meziobratlových plotének, dochází k atrofii všech orgánů. Dále dochází k atrofii mozku a následným psychickým změnám ve stáří. Snižuje se srdeční výkonnost, pružnost cév. Následkem je tzv. pružníková hypertenze, zvýšení systolického tlaku. Klesá vitální kapacita plic, dochází ke změnám gastrointestinálního systému. Klesá glomerulární filtrace, sekrece androgenů a estrogenů. K zajištění sexuálních funkcí je sekrece dostatečná. Výrazné

změny jsou v metabolismu vody a elektrolytů. Podíl celkové tělesné tekutiny se snižuje. U starých lidí je časté otupení pocitu žízně (8).

Psychologická stránka

Ve stáří dochází k úbytku i duševních sil, ale není to pravidlem. Slovní zásoba, jazykové znalosti ani intelekt se nemění. Postupně klesají kognitivní funkce, psychomotorické tempo, všímavost a vybavnost nových informací. Menší kreativitu a vynalézavost kompenzuje jedinec do jisté míry dosavadními zkušenostmi. Vlivem uvedených změn se snižuje adaptabilita a starý člověk se daleko hůře přizpůsobuje novým situacím. Je konzervativní, nerad řeší komplikované situace, problémem je i zvyknout si na nové prostředí, což může vést až k deliriu. Lidé ve vyšším věku jsou citově zranitelnější, emočně labilní, vyžadují vyšší ohleduplnost. Mohou se zvýraznit i povahové rysy, především negativní. Někteří teprve v tomto období najdou pravý smysl svého života, získávají nadhled. Starší lidé jsou vytrvalejší, trpělivější, tolerantnější k druhým lidem (8, 27).

Sociální stránka

Vlivem modernizace společnosti došlo k degradaci stáří. Novým pracovním technologiím se starší lidé hůře přizpůsobují. Po odchodu do penze ztrácí člověk dosavadní program, mnohdy i ekonomické zajištění. Také se ztížila tzv. mezigenerační výměnná služba, která spočívá ve formě pomoci mladších starším. Příčinou je přechod od třígenerační rodiny k nukleární, kdy spolu žijí jen rodiče a děti. Starší členové tak žijí osaměle, proto se v posledních letech i u nás rozvíjí agentury domácí péče (8).

1. 7. 4 Choroby ve stáří a jejich specifika

Ve stáří se vyskytují podobné nemoci jako ve středním věku. Jsou ale častější, odlišují se klinickým obrazem, mohou mít jiné komplikace. Častější jsou i různé příznaky a skupiny příznaků, které jsou problémem pro jedince. K jejich odhalení je mnohdy potřeba důkladná anamnéza ve formě rozhovoru se seniorem (8).

Somatické problémy

K somatickým problémům patří nejčastěji poruchy mobility, závratě, pády, inkontinence, dekubity, poruchy spánku, dehydratace. Výskyt u většiny stoupá s věkem.

Imobilita, neschopnost samostatného pohybu v prostředí, postihuje až 1/5 osob starších 65 let. Příčiny jsou fyzikální, psychologické nebo sociální. Důsledkem pak je přibývání na váze, celková slabost a únava, dekubity, frustrace z nedostatku pohybu, smutek, deprese, ale i sociální izolace. Imobilitu lze kompenzovat protetickými pomůckami (berle, chodítka atd.), změnou uspořádání prostředí (52, 57).

Instabilita, zhoršené korigování organismu v prostoru, je jedním z nejčastějších, špatně ovlivnitelných a obavy vyvolávajících projevů u seniorů. Souvisí se závratí, poruchou rovnováhy, senzoričky, neurologickými potížemi, únavou, zmateností. Následkem jsou pády, poruchy chůze (8, 57).

Závrat', vertigo, subjektivní pocit pohybu v prostoru, nejistoty a poruchy pohybové koordinace, je vnímána velmi nepříjemně. Může být doprovázena nauzeou, zvracením, pocením, bolestmi hlavy. Příčinou mohou být léky, některé choroby, porucha vestibulárního aparátu, hypoperfuze mozku, metabolické poruchy. Ve stáří převažují dlouhodobé závratě. Podávají se vasoaktivní léky, léky s tlumivým účinkem na vestibulární ústrojí. Trvalé závratě působí negativně na psychiku.

Pády souvisí s imobilitou a instabilitou. Většina se jich stane při běžných denních činnostech. Patří k častým příčinám smrti u osob starších 65 let, ať už přímo nebo v důsledku imobilizačního syndromu. K pádům přispívají mechanické překážky, ale i vnitřní příčiny (poruchy rovnováhy, závratě, psychiatrické poruchy, poruchy senzorické a léky). Prevence je zaměřena na úpravu prostředí, adekvátní léčbu dosavadních potíží, využití kompenzačních pomůcek (52, 57).

Inkontinence, samovolný únik moči, popřípadě stolice, způsobující hygienické a společenské problémy, může být přechodného nebo trvalého charakteru. K etiologickým faktorům patří porucha centrálního nervového systému, míšní léze po traumatu, nádor v dolních močových cestách, záněty, farmaka, změny motility střev vlivem nevhodné stravy, nadužíváním laxantiv, depresemi, ochabnutí abdominálního

svalstva, nedostatek tekutin, vlastní prostředí WC aj. Léčba spočívá v režimovém opatření, pomůckách pro inkontinenci, farmakoterapii či operačním řešením (52, 57).

Dekubity, proleženiny, jsou především v geriatрии velkým problémem. Největší předpoklady pro jejich vznik mají pacienti upoutaní na lůžko. V prevenci je důležité zlepšit hlavně hydrataci nemocného, pečovat o lůžko, o stav pokožky, polohovat nemocného (8).

Poruchy spánku udává zhruba třetina seniorů. S přibývajícím věkem klesá potřeba spánku, prodlužuje se doba usínání, starší se dříve probouzejí. Spánek je často přerušovaný. Vliv na tyto problémy mohou mít některé léky, vnější vlivy, kožní svědivé problémy, nykturie, záchvaty kašle, syndrom spánkové apnoe, depresivní stavy. V léčbě se využívají hypnotika, režimová opatření, léčba základního onemocnění (8, 57).

K nejčastějším chorobám ve stáří patří poruchy srdečního rytmu, hypertenze, ischemické choroby srdce i dolních končetin, chronická obstrukční plicní nemoc, kolorektální karcinom, infekce ledvin a vývodných močových cest, diabetes mellitus a jeho časné i pozdní komplikace, osteoporóza, artróza, revmatoidní artritida, cévní mozkové příhody (52).

Psychické a psychiatrické problémy

K psychickým problémům patří delirium, demence, deprese, intelektové poruchy.

Delirium, přechodný mozkový syndrom s poruchou vědomí, pozornosti, myšlení, paměti, chování, emocí, rytmu spánku a bdění, je ve vyšším věku spojováno především se změnou prostředí seniora, s hospitalizací. Neléčení tohoto velmi závažného stavu může vést i ke smrti (8, 57).

Demence, pokles intelektu a dalších kognitivních funkcí, vedoucí k nezvládnání běžných denních aktivit, je typickým onemocněním ve vyšším věku. S věkem výskyt stoupá. K posouzení používáme například test MMSE (viz kap. 1. 7. 5 Zjištění funkčního stavu ve stáří). Obvykle (s výjimkou sekundárních symptomatických forem) se jedná o nevratnou, trvale progredující a nevléčitelnou změnu. Léčba je zaměřena na režimová opatření a farmakoterapii (52, 57).

Deprese, pokud se neléčí, může končit až pokusem o sebevraždu či sebevraždou. V ústavech je výskyt depresivních stavů daleko vyšší než v domácím prostředí seniora. K významným rizikovým faktorům ve stáří patří choroby spojené s bolestí, onemocnění mozku, některé léky, ale i závažné události v životě seniora. K hodnocení lze využít škálu deprese (viz kap. 1. 7. 5 Zjištění funkčního stavu ve stáří). Léčba se zaměřuje na režimová opatření a farmakoterapii. U těžkých depresí je nutná hospitalizace, popřípadě elektrokonvulzoterapie (52, 57).

Intelektové poruchy, senilita, mozková dysfunkce, jsou klinickým syndromem, kdy se mozek stává funkčně abnormální. Patří sem demence, delirium (bez ložiskových lézí mozku – krvácení, tumor, absces, infarkt). K vyšetření patří anamnéza mozkové dysfunkce, pozorování nemocného, fyzikální vyšetření, testy kognitivních funkcí (52, 57).

Sociální problémy

S vyšším věkem stoupá ovdovělost, především u žen a s tím souvisí i osamělost seniorů. Výraznou změnou je nástup do penze. Starší lidé se obávají i vyčlenění z mladší společnosti z důvodu svého věku (věková segregace). Ohrožení mohou být také věkovou diskriminací, agismem (23).

Všechny výše uvedené problémy mohou mít za následek sociální izolaci. Senior se svými problémy se cítí na obtíž, straní se společnosti, nezvládá se postarat sám o sebe (8, 52, 57).

Velké geriatrické syndromy

Tento termín byl zaveden v roce 1975. Zahrnuje zmíněnou imobilitu, instabilitu, inkontinenci a intelektové poruchy. Tyto syndromy jsou typické tím, že významně ovlivňují kvalitu života. Postižené osoby se tak stávají závislé na pomoci jiných. Charakteristické pro ně je multikauzalita, chronický průběh, pokles nezávislosti a nemožnost prosté léčby. Navzájem se mohou ovlivňovat, podmiňovat (57).

Specifika chorob ve stáří

Interakcí chorobného stavu s procesem stárnutí vznikají určitá specifika chorob. Zde jsou nutné zkušenosti v diagnostice i v psychologickém přístupu k nemocnému.

Pro stáří je typickým rysem *polymorbidita*, současný výskyt přidružených nebo kauzálně podmíněných nemocí u jednoho jedince. I kombinace zdánlivě banálních stavů může vyvolat závažný chorobný stav (22, 52, 57).

S přibýváním nemocí staršího jedince přibývá i množství užívaných léků. Současné užívání více léků, *polypragmazie*, může zkreslovat příznaky a navozovat mnohdy závažné vedlejší účinky nebo imitovat chorobu. Proto je snahou podávání méně léků s ohledem na možné interakce a inkompatibilitu (22).

Zvláštnosti klinického obrazu chorob jsou dány fyziologickými změnami stárnutí orgánových systémů. Řada chorob tak probíhá odlišně. Příznaky choroby jsou jen minimální – *mikrosymptomatologie*, místo celé škály symptomů se vyskytuje jen jeden či několik málo z nich – *mono-*, *oligosymptomatologie*, příznaky odpovídají postižení jiného orgánu než ve skutečnosti – *vzdálené příznaky*, zvyšuje se sklon k protražovanému průběhu, někdy i riziko úmrtí – *chronicita*, *zvýšená úmrtnost*, přibývají nemoci a s nimi i komplikace, které na sebe navazují nebo se překrývají – *sklon ke komplikacím*, nemoci se projevují nespecifickými příznaky nebo zcela atypicky – *atypický obraz chorob* (22).

Příčinou *nesignalizování zdravotních problémů a potřeb* může být bagatelizace, úmyslné popírání závažnosti ze strany seniora i pečujícího, ale i omezení smyslové, komunikační, mentální, pohybové, sociální, a nebo přehlížení ze strany ošetřující osoby (22).

U mnoha chorob dochází zároveň k ovlivnění sociálních vztahů a naopak při změně sociální situace může být ovlivněno zdraví jedince – *podmíněnost zdraví a sociální situace* (52, 57).

1. 7. 5 Zjištění funkčního stavu ve stáří

Funkční stav seniora musí být posuzován komplexně, z bio-psycho-sociálního hlediska. Důležitá je zdravotně sociální podmíněnost. Pro zjišťování informací volíme

klidné prostředí se vzájemnou důvěrou. Informace získáváme především od samotného seniora, dále od jeho rodiny a z prostředí, ve kterém žije (52).

V anamnéze zjišťujeme případné poruchy paměti, poruchy řeči, zraku, sluchu. Ptáme se na pády, poruchy vyprazdňování aj. Neopomeneme ani lékovou anamnézu, sociální anamnézu (52).

Fyzikální vyšetření se nijak zvlášť neliší od fyzikálního vyšetření u mladších jedinců. Hodnotí se celkový vzhled, slovní komunikace, stav hydratace (starší lidé mají snížený pocit žízně). Senior je vyšetřen „od hlavy až k patě“, sleduje se hybnost a pohyblivost. Pozornost je věnována krevnímu tlaku. Ten se měří na obou horních končetinách, vleže, vsedě i ve stoje s cílem včas odhalit posturální reakce zapříčiněné aterosklerotickými změnami (57).

Funkčním vyšetřením posuzujeme soběstačnost jedince, to, jak je jedinec schopen uspokojit své základní životní potřeby ve svém prostředí a životních podmínkách. Soběstačnost ovlivňují nároky prostředí a funkční zdatnost jedince. Je-li snížená zdatnost kompenzována, může být ještě jedinec soběstačný, jsou-li ale nároky prostředí veliké (bariéry v prostředí), stává se závislým. Nesoběstačnost může vznikat postupně nebo náhle. Pomocí funkčních testů zjišťujeme stupeň soběstačnosti a na jejich základě můžeme navrhnout léčebný plán či kompenzační opatření. Testy jsou systematické, komplexní, poskytují údaje, které lze průběžně porovnávat, a tím i vyhodnocovat vývoj onemocnění. Testy nejsou časově náročné a lze je provádět při ambulantním vyšetření, při přijetí a propuštění do domácího ošetření, při náhlém zhoršení stavu, rehabilitaci. Testy pomáhají při indikaci pro domácí péči, sociální pomoc nebo trvalou ústavní péči (8, 52).

K základním testům pro zjištění fyzického výkonu patří test základních všedních činností (ADL) podle Barthela a test instrumentálních všedních činností (IADL) podle Lawtona a Bodyho. *ADL* posuzuje závislost v činnostech, jako je najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence stolice i moči, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině a po schodech. Rozlišuje vysokou závislost, závislost středního stupně, lehkou závislost a nezávislost. *IADL* posuzuje závislost, částečnou závislost a nezávislost v činnostech, jako je telefonování, transport (cestování), nakupování,

vaření, domácí péče, práce kolem domu, užívání léků, finance. Vhodné je získané informace ověřit od dalšího zdroje (příbuzní, zdravotník) nebo je i získat přímým sledováním. Lehkou závislostí máme na mysli nutnost jen částečné pomoci druhé osoby, například při velkém úklidu, velkém nákupu. Střední závislost již vyžaduje nutnost pravidelného dohledu i při základních činnostech. Těžká závislost musí být řešena trvalou péčí a dohledem (8, 52, 57).

K posouzení duševního stavu se nejčastěji využívají Geriatrická škála deprese, MMSE (Mini-Mental State Exam), test kreslení hodin, UCLA. *Geriatrická škála deprese* podle Yesavage se skládá z 15 otázek zaměřených na spokojenost se svým životem, koníčky, prázdnotu v životě, pocit bezmocnosti, beznadějnosti aj. Vyhodnocuje normální afekt bez deprese, mírnou depresi a manifestní depresi s nutností léčby. *MMSE* hodnotí kognitivní funkce, tedy orientaci, paměť, pozornost, mluvenou a psanou řeč, konstrukční schopnost. Skóre 23 bodů a méně ukazuje na kognitivní poruchu. Také *Test kreslení hodin* napomáhá při diagnostice demence. Hodnotí se zde tvar ciferníku, umístění číslic a hodinových ručiček. Novopaměť a schopnost všípivosti posuzuje *UCLA* osmislovný test paměti (52, 57).

1. 8 Aktivní stáří

Aktivní stárnutí a stáří se týká těch seniorů, kteří zdravě stárnou a pečují o své zdraví, účastní se veřejných rozhodování. Aktivní senior je nezávislý, účastní se života ve společnosti. Součástí je i důstojnost a seberealizace. Pro to, aby byla u seniorů co nejvíce zachována a podporována aktivita, je nezbytné vytvářet vhodná prostředí (úprava pracovního prostředí, pohybové programy pro seniory, celoživotní vzdělávací programy, dostatečné zabezpečení kompenzačními pomůckami aj.) (13).

1. 8. 1 Příprava na stáří, Národní program přípravy na stárnutí

Se zvyšující se střední délkou života se prodlužuje i důchodové období jedince. Aby toto období mělo určitou kvalitu, měl by se každý na své stáří včas začít připravovat. Každý si za své zdraví zodpovídá sám, a jak kvalitní základ si připraví, takové bude mít stáří (8).

Příprava začíná již v mládí. Tato dlouhodobá příprava zahrnuje roli rodiny, výchovu k tolerantnímu vztahu ke stáří, k morálce, odpovědnosti k rodině. Rodina také dává základ v zásadách životosprávy, životního stylu. Roli mají i vzdělávací instituce, média (8, 43).

Kolem 45. roku života začíná střednědobá příprava. Zdravotnická příprava se týká stravovacích návyků, kouření, zvýšené spotřeby alkoholu, zneužívání léků, pohybové aktivity, spánkových návyků, psychické zátěže aj. Sociální oblast zahrnuje uvědomění si podmínek, které jsou dány společností, a možností je ovlivnit. Patří sem penzijní připojištění, zajištění si bytových podmínek, vymezení si koníčků, kterým se může člověk věnovat později v důchodu, udržování přátelských vztahů s okolím (8, 43).

Krátkodobá příprava, před odchodem do důchodu, je vnímána nejintenzivněji. Je to období, kdy si člověk musí uvědomit, jestli je schopen sociálního i ekonomického zajištění. Důležité je udržovat si svou kondici a uspokojivý zdravotní stav. Po odchodu do důchodu, odchodu ze zaměstnání, může využít jako náhradní program různých brigád, sezónních prací, společenských organizací (8, 43).

S vlastním stářím se jedinec může vyrovnávat několika způsoby. Nejoptimálnější strategií je konstruktivnost. Lidé jsou tolerantní, přizpůsobiví, zaujímají optimistický postoj k životu. Jsou smířeni se stárnutím. Dalšími strategiemi je postoj obranný, závislost, nepřátelství či sebenenávist (43).

Závislosti ve stáří můžeme předejít udržováním si aktivity jak fyzické, psychické, tak i mimopracovní, dále udržováním společenských kontaktů, přiměřeným hmotným zabezpečením, výchovnými aktivitami v oblasti přípravy na stáří. Důležitá je i dostupnost fungující komplexní zdravotní a sociální péče, dostupnost sociální pomoci a socioekonomická opatření (přiměřené a vhodné bydlení, racionální výživa apod.) (2).

Přizpůsobovat se vlastnímu stáří pomáhá i duševní hygiena. Předpokladem je určitá perspektiva, kdy se jedinec orientuje na budoucnost, dále pružnost, tak aby člověk dokázal reagovat na změny, prozíravost v organizaci svého života vzhledem ke svým možnostem, porozumění druhým a smysl pro potěšení (20).

Kromě osobní iniciativy je důležitá i podpora společností.

Národní program přípravy na stárnutí

Na problematiku současného stárnutí a stáří reaguje dokument OSN Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, přijatý v roce 2002 v Madridu. Z něj vychází schválený návrh České republiky Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007, který je zaměřen na celou společnost s cílem změnit její postoj k seniorské populaci. Dokument se zabývá problematikou etických principů, přirozeného sociálního prostředí, pracovní aktivitou, hmotným zabezpečením seniorů, zdravým životním stylem a kvalitou života, zdravotní péčí, komplexními sociálními službami, společenskými aktivitami, vzděláváním a otázkou bydlení. Program byl v lednu 2008 prodloužen na dalších pět let, tedy na období let 2008 až 2012 s podnázvem Kvalita života ve stáří (25, 33).

Základními principy jsou celoživotní přístup k vlastnímu zdraví, ke vzdělávání, zaměstnatelnosti, bydlení, hmotnému zabezpečení, partnerství mezi vládou a samosprávou (v oblastech, jako je dostupnost dopravy, volnočasové aktivity aj.), mezigenerační vztahy a soudržnost, zvláštní pozornost věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám, genderový přístup (přístup s ohledem k pohlaví a s tím spojenými potřebami), dialog s občanskou společností a sociálními partnery, odpovědnost jednotlivce a společnosti, snižování sociálních a geografických rozdílů, politika podložená důkazy, důstojnost, informovanost o seniorské populaci a jejich potřebách a mainstreaming (zohlednění demografického stárnutí a potřeb starší populace v činnostech různých firem, organizací atd.) (33).

Strategickými prioritami pro kvalitní stáří jsou aktivní stáří, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovateli, podpora účasti na životě společnosti a ochrana lidských práv (33).

1. 8. 2 Služby podporující aktivní stáří

Aktivní stárnutí je podle WHO široký termín. Jedná se nejen o zdravé stárnutí a péči o zdraví, ale i respektování práva starších lidí na rovnou příležitost, zodpovědnost a účast na veřejných rozhodováních, účast na ostatních komunitních aspektech. Podmínkou je také nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče,

seberealizace. Podle WHO jsou třeba k vytvoření prostředí usnadňujícího život seniorům opatření jako bezbariérová pracovní místa a flexibilní pracovní doba, zajištění lepší bezpečnosti na ulicích (bezpečné chodníky, dostupné toalety aj.), pohybové programy pro seniory, celoživotní vzdělávací programy, dostatečné zabezpečení kompenzačními pomůckami, bezbariérový přístup ve zdravotnických zařízeních (13).

Volnočasové aktivity

S prodlužující se délkou života vyvstává otázka náplně volného času u seniorů. U institucionalizovaných seniorů by se měla na mapování a plánování těchto aktivit podílet sestra. Suchanová a Tirpáková (49) mapovaly volnočasové aktivity právě u těchto seniorů. Zjistily, že jen malá část seniorů, oproti seniorům v domácím prostředí, se věnuje vzdělávacím, pohybovým a kulturním aktivitám. Důležité je tedy vytvářet podpůrné, přirozené prostředí pobízející k široké škále aktivit. Vhodnými aktivitami je vzdělávání se, pohybové aktivity jako pěší turistika, plavání, cyklistika, dále kultura jako návštěva muzeí, kina, divadla, výstav či poznávací výlety (49).

Jak uvádí výzkum Čeledové a kol. (1), aktivní, relativně zdraví a motivovaní senioři žijící ve městech si potřebu rozvíjení mimopracovních aktivit a správného způsobu života uvědomují. V důsledku zaměření na zájmové aktivity pak méně vyhledávají praktického lékaře.

Univerzity třetího věku (U3V) a další vzdělávací možnosti seniorů

K základním lidským právům patří právo na vzdělání, a to bez ohledu na věk. Po vzoru západních zemí vznikají i u nás Univerzity třetího věku (U3V), které jsou organizovány vysokými školami. Jde o formu vzdělávání ve stáří. U3V jsou součástí systému celoživotního vzdělávání. Jedná se o jedno- nebo více-semestrální programy. Témata jsou uzpůsobena přáním účastníků. Bez ohledu na věk či předchozí vzdělání je možno studovat tzv. Akademie třetího věku. Opět jsou zde upřednostněny zájmy posluchačů. Cílem není příprava na další profesi, ale rozvoj osobnosti. Důležité je i to, že mají senioři kam jít, navazují a udržují vztahy. Jihočeská univerzita v roce 2007 nabízela 28 programů U3V. V rámci Zdravotně sociální fakulty to byly obory Péče

o člověka ve zdraví, nemoci a tísní, Kvalita života v pozdějším věku, a dále kurzy počítačové a kulturní informovanosti. Obory U3V nabízí i Teologická, Ekonomická a Filozofická fakulta (1, 62).

K dalším možnostem vzdělávání patří i osvětové a populárně naučné činnosti, kurzy cizích jazyků, přednášky o samosprávních aktivitách seniorů, mezigenerační projekty. Vzdělávání může být zaměřeno i na přípravu na stáří, zdravý životní styl ve stáří. Vzdělávání je pak zaměřeno na rozšiřování poznatků o zdravé výživě, tělesné aktivitě, duševním zdraví (1, 44).

Ve vzdělávání seniorů musíme přihlížet k pomalejšímu tempu osvojování si nových poznatků a tedy volit pomalejší tempo výuky, častěji opakovat, nepodávat velké množství informací najednou, využívat názornosti a písemných podkladů, volit taktní přístup a účastníky aktivizovat (25, 44).

Centra pro seniory

Centra pro seniory nabízejí mnoho programů. Na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity je od roku 2001 v provozu Centrum pro seniory PATUP. Název vychází ze zaměření se na Parkinsonovu chorobu, Alzheimerovu chorobu (poradenství klientům s těmito chorobami a jejich blízkým, informační kampaně), Trénování paměti (seznámení s různými technikami usnadňujícími paměťové procesy), Úspěšné stárnutí (osvěta laické veřejnosti i seniorů s procesem stárnutí, tvořivé aktivity pro seniory) a Pečovatelskou službu (poskytovanou studenty, dobrovolníky). Kurzy v těchto oblastech mají za cíl zlepšit kvalitu života seniorů (42).

Gerontologická centra

Geriatrická centra se zaměřují na primární péči. Hlavním úkolem je snaha přiblížit kvalitní služby seniorům, poradenství seniorům i jejich rodinám, pečujícím, edukace, koordinace různých služeb. Důležitá je komplexnost. Tento model vychází z australské studie (24, 35).

Multifunkční komunitní centra, jako je Dům Portus provozovaný občanským sdružením Život 90, podporují vzdělávání seniorů, jejich seberealizaci, důstojnost (24, 35).

Zdravotní a sociální služby, ale i podporu zdraví a péči o postižené demencí a jejich rodinné příslušníky nabízí Gerontologické centrum v Praze 8, Kobylisích. Centrum provozuje jak služby zaměřené na pacienty trpící demencí a respitní péči, tak i Kontaktní poradenská místa, tzv. kavárničky pro seniory, dále Podporu zdraví seniorů, burzu služeb „senioři seniorům“, Taneční terapii pro seniory. Toto centrum funguje od roku 1992 (13).

Podporou kvality života seniorů, volnočasovými aktivitami, poradenstvím se zabývají různá občanská sdružení jako například Rada seniorů ČR, Bílý kruh bezpečí (pomoc obětem násilí). Mnoho informací lze najít i na internetových stránkách a v časopisech určených právě pro seniory. Například www.elanplus.cz a měsíčník Senior Revue 50 plus, www.elpida.cz a čtrnáctideník Třetí věk, www.gerontologie.cz, www.senio.cz, www.zivot90.cz aj. (5).

1. 9 Zdravotní a sociální péče o seniory

Na sympoziu ve Vídni v roce 1982 byly deklarovány principy péče o seniory. Těmito principy jsou demedicinalizace, deinstitucionalizace, desektorializace a deprofesionalizace (16).

Tyto principy vyjadřují důraz na přirozené prostředí, autonomii a kvalitu života seniorů (demedicinalizace), dále na upřednostňování poskytování péče v domácím prostředí, podporu rozvoje terénních zdravotních a sociálních služeb, snahu o integraci seniorů do společnosti (deinstitucionalizace). Má být podporována multidisciplinární, týmová péče, integrace zdravotních a sociálních služeb a rodinná a profesionální péče (desektorializace). Důležitá je podpora rodinou poskytované péče, podpora dobrovolnictví, seniorské svépomoci (deprofesionalizace) (16).

Zvyšující se podíl starší populace má vliv na geriatrizaci medicíny. Tomu by měla odpovídat i organizace péče o seniory. O těchto službách by měli být senioři

a jejich blízcí informováni zdravotnickými a sociálními pracovníky. Ti by měli klientům poskytnout informace o nejvhodnějších možnostech a spolupodílet se na zlepšení kvality života seniorů. V České republice je tato péče rozdělena na *ambulantní a ústavní, zdravotní a sociální* (8, 16, 19).

Ambulantní zdravotní služby představuje praktický lékař, gynekolog, stomatolog, domácí péče, lékařská služba první pomoci, stacionáře a centra pro specializovanou pomoc. K ambulantním sociálním službám patří domovinky, pečovatelská služba, stravování a domovy s pečovatelskou službou, osobní asistence, centra denních služeb, denní stacionáře, odlehčovací služba. Ústavní péči zajišťují zdravotnická zařízení, jako léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), oddělení následné péče (ONP), ošetrovatelské ústavy, odborná oddělení nemocnic, geriatrická oddělení a gerontopsychiatrická oddělení, komunitní ošetrovatelské ústavy. Ústavní sociální péče je zajišťována domovy pro seniory, domovy – penziony K sociálním komunitním službám patří také chráněná bydlení, azylové domy, sociálně terapeutické dílny, občanská sdružení, komunitní centra aj. (8, 16).

1. 9. 1. Ambulantní zdravotní a sociální služby

Praktický lékař se dostává do kontaktu s nemocným starým člověkem jako první. Proto je také nazýván „geriatrem 1. linie“. Více než 40 % jeho pacientů je starších 65 let. Praktický lékař provádí screening zdravotního postižení, dispenzarizaci rizikových seniorů. Důležitou činností jsou preventivní prohlídky. Kromě ambulantní ordinace provádí i návštěvní službu v domácím prostředí seniora. Rozhoduje a navrhuje, zda následující péče bude ambulantní, ústavní či sociální, v jakém rozsahu a jakým způsobem bude poskytnuta. Je koordinátorem zdravotních a sociálních služeb pro nemocné (8, 16, 52).

V roce 1989 se rozpadla *sít' geriatrických sester*, které byly součástí týmu praktických lékařů. Geriatrická sestra poskytovala odbornou zdravotní péči pod vedením praktických lékařů starým a dlouhodobě nemocným pacientům, a to i v domácím prostředí. V dnešní době tyto sestry pracují u praktického lékaře, v agenturách domácí péče nebo v sociální péči (8, 52).

Domácí ošetrovatelská péče (home care) se u nás začíná rozvíjet od roku 1991, kdy byla založena první agentura domácí péče (ADP) u nás. ADP poskytují komplexní, zdravotní a sociální, služby, které jsou zaměřeny na specializovanou ošetrovatelskou péči, a to akutní, pohospitalizační, dlouhodobou i na péči o nemocné v terminálním stádiu. Cílem této péče je zachování, zlepšení soběstačnosti, zlepšení a udržení kvality života. Péče je podle platných právních norem zajištěna zdravotnickými pracovníky s osvědčením k samostatnému výkonu povolání. Klienty jsou většinou senioři, i když to není pravidlem. Je-li péče indikována praktickým či ošetřujícím lékařem, který určuje její rozsah a trvání a průběžně kontroluje její efekt ve spolupráci s agenturou, je hrazena pojišťovnou. Dále může být péče hrazena prostřednictvím sociálních referátů (sociální péče) a v případě nadstandardních služeb přímou úhradou. Péče je poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Agentury spolupracují s rodinami nemocných, protože maximální doba ošetření a návštěvní doba agenturou je 3 hodiny denně. Jinak je indikována péče ústavní. Výhodou je nižší ekonomická nákladnost a fakt, že nemocný zůstává ve svém prostředí (18, 39, 52).

Geriatrická ambulance poskytuje konziliární služby u hospitalizovaných i ambulantních pacientů. Cílem je diagnostika a léčba specifických syndromů vázaných na věk, psychosociální hodnocení, komplexní přístup k léčbě patologických forem stárnutí, hodnocení funkčního stavu, prevence týrání seniorů, dispenzarizace rizikových seniorů. Ambulance koordinuje návaznost v péči akutní a následné, spolupracuje s občanskými organizacemi, se státní správou a samosprávou (18).

Pečovatelská služba poskytuje sociální služby občanům v domácím prostředí, kteří ztratili soběstačnost v základních denních činnostech, jako je najedení, oblékání, nákupy atd. O získání této služby rozhoduje praktický lékař, z části je hrazena ze sociálního rozpočtu a zčásti přímou úhradou. Služby poskytují profesionální pečovatelé, ale i dobrovolníci. Zřizovatelem je obvykle obec či nestátní nezisková organizace (8, 18, 52).

Stravování zajišťují seniorům, kteří nejsou schopni jídlo si sami připravit, například centrální jídelny nebo různé závodní jídelny. Rozvoz zajišťuje také pečovatelská služba (8).

Domovinky, denní stacionáře, se starají o seniory v době nepřítomnosti jejich rodiny. Zajišťují seniorům stravu, dohled, hygienickou péči i aktivizační programy a především možnost sociálních kontaktů. Klienti si péči hradí částečně podle výšky důchodu (14, 18).

Domy s pečovatelskou službou jsou vhodné pro občany, kteří jsou závislí na sociálních službách, ale stále jsou schopní bydlet samostatně. Pobyť v bezbariérových bytech si nájemníci platí. Podle věku a zdravotního stavu je jim poskytována základní péče a další služby. Pečovatelská služba je zde zajišťována pouze přes den (8, 18).

Stacionáře a centra pro specializovanou péči, denní centra pro seniory poskytují klientům přímou péči jako léčbu, edukaci, nácvik denních aktivit, poradenství aj. Péče je poskytována formou ambulantní i ústavní (16).

Osobní asistence zajišťuje v domácím prostředí možnost nezávislého života formou pomoci při zvládnání běžných úkonů jako péče o sebe, hygiena, péče o domácnost (16).

Centra denních služeb zajišťují, obdobně jako osobní asistence, ambulantní péči u osob se sníženou soběstačností. Poskytují také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkovávají kontakty se společenským prostředím, pomoc při uplatnění práv. Podobné služby nabízejí i *denní stacionáře* (16).

Odlehčovací služby poskytují péči méně soběstačným, chronicky nemocným, zdravotně postiženým klientům s cílem umožnit odpočinek pečujícím osobám. Mají podobu terénní, ambulantní i ústavní péče (16).

1. 9. 2 Ústavní zdravotní a sociální péče

Akutní zdravotní péči poskytují nemocným všech věkových skupin *odborná oddělení nemocnic*. Senioři jsou nejčastěji hospitalizováni na interních, očních a urologických odděleních (8).

Ve velkých nemocnicích se můžeme setkat s *geriatrickými odděleními*. Ty přebírají péči o seniory s náhle zhoršeným stavem a soběstačností, nemocné vyššího věku s nejasnou diagnózou, s poruchou vodního a minerálového hospodářství aj.

Nemocní nejsou indikováni pro akutní léčbu, ale jejich stav vyžaduje pozornost odborníků vyškolených v geriatrii. Podstatou je rehabilitativní přístup, multidisciplinární spolupráce, šetrná a přiměřená diagnostika i terapie, specifický geriatrický režim. Snahou je zlepšit soběstačnost pomocí léčebného a rehabilitačního plánu na základě posuzování funkčního stavu (8, 18).

V *LDN* jsou hospitalizováni pacienti, kteří mají stanovenou diagnózu, ale jejich stav si vyžaduje dlouhodobější léčbu, ošetrovatelskou péči a rehabilitaci. Převažují zde spíše geriatrickí pacienti, ale není to pravidlem (8).

ONP jsou součástí nemocnic. I zde jsou nemocní především vyššího věku, pacienti s více nemocemi a omezenou soběstačností (8).

Ošetrovatelské ústavy se starají o nesoběstačné nemocné, u kterých není možná domácí péče. Z názvu vyplývá, že zde jde především o ošetrovatelskou péči (8).

Gerontopsychiatrická oddělení, která jsou součástí psychiatrických léčeben, přijímají nemocné ve stádiu neklidu, agresivity, jejichž stav se nepodařilo zvládnout běžnou léčbou. Takoví pacienti by si bez léčby mohli ublížit nebo ublížit někomu ze svého okolí. Často jsou to pacienti s demencí (8).

Domovy pro seniory, dříve domovy důchodců, poskytují komplexní služby seniorům, kteří nejsou schopni zajišťovat si životní potřeby ve vlastním prostředí. Poskytují tak podmínky pro důstojné žití seniora. Patří sem ubytování, zajištění stravování, ošetrovatelské péče, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. O klienty pečují zdravotní sestry. Jarošová (18) uvádí domovy pro seniory jako formu přechodného pobytu, než se vyřeší problémová situace seniora a senior bude moci být umístěn do zařízení ústavní sociální péče (15).

Domovy – penziony jsou určeny pro částečně nesoběstačné seniory. Senioři žijí v bezbariérových garsonkách a platí si základní služby (8, 18). Domovy – penziony, domovy pro seniory a domy s pečovatelskou službou patří k rezidenční péči (26).

Komunitní ošetrovatelské ústavy, (*nursing homes*, „*soukromá sanatoria*“), domy se nachází přímo v komunitách. V zahraničí je vede vysokoškolsky vzdělaná sestra. Tato zařízení jsou určena pro klienty, kterým již nestačí domácí péče. Podobají se spíše nemocničnímu zařízení, která jsou ale založena na ošetrovatelském hodnocení (16, 46).

1. 9. 3 Komunitní služby pro seniory

Do služeb komunitní péče o seniory můžeme tedy zařadit praktického lékaře a dříve ještě geriatrické sestry, dále domácí ošetrovatelskou péči, osobní asistenci, domovinky, stacionáře a centra pro specializovanou péči, domy s pečovatelskou službou, služby stravování, centra denních služeb, domovy pro seniory, domovy – penziony, komunitní ošetrovatelské ústavy, odlehčovací služby, chráněné bydlení, azylové domy, sociálně terapeutické dílny, občanská sdružení, komunitní centra (16).

Novinkou v České republice by mohla být komunitní geriatrická centra, vycházející z australské studie, podle WHO „Age-friendly Primary Health Care Centres“ „centra přátelská křehkým geriatrickým pacientům“. Důraz je zde kladen na primární péči a roli nelékařů, na zapojování geriatrických týmů, bezbariérovost. K hlavním úkolům patří přiblížení kvalitních služeb seniorům, poradenství nejen pro seniory, ale i jejich rodinám, pečujícím, koordinace různých služeb, péče a její komplexnost (24, 35).

Tato centra mohou být virtuální, ale i jako součást nově vznikajících seniorských zařízení (tzv. seniorská centra residenčních a ošetrovatelských služeb). Závisí i na místních podmínkách a komunitním plánování.

Multifunkční komunitní centra podporují vzdělávání seniorů, jejich seberealizaci, rekondici, důstojnost, umožňují dobrovolnictví s poskytováním služeb a péče. K takovým centrům patří u nás Dům Portus se sídlem v Praze, které provozuje občanské sdružení Život 90 (24, 35).

1. 9. 4 Prevence ve stáří

V rámci uvedených zdravotních a sociálních služeb jsou realizována preventivní opatření. Cílem této prevence ve stáří je snaha udržet soběstačnost, zabránit selhání rodinné péče, zabránit poklesu kvality života, prevence specifické nemoci či snížení negativních důsledků nemocí a ovlivnění rizikového chování (52).

Kvalitu života můžeme zlepšit nejen na základě svých životních cílů, podle kterých si přizpůsobíme okolnosti vlastního života, ale i změnou vlastních požadavků, což nám umožní lépe přijmout okolní podmínky (51).

Kvalita života ve stáří je determinována pocitem pohody (well-being), spokojeností v různých oblastech života, výkonností a pocitem smysluplného života. Je odrazem aktuálního subjektivního stavu bio-psycho-sociální a spirituální oblasti života jedince. Souvisí se subjektivní kvalitou zdraví. Ta ale ne vždy souvisí s objektivním zdravotním stavem (6).

Proto je primární prevence zaměřena na snižování rizik vzniku chorob. V této oblasti má nezastupitelnou roli právě lékař a sestra. Ti zaměřují intervence na nekuřáctví, fyzickou aktivitu, stravovací návyky, prevenci úrazů, prevenci osteoporózy, infekčních chorob, prevenci ischemické choroby srdeční (51, 52).

V rámci sekundární prevence především praktický lékař indikuje a provádí screeningová vyšetření k včasnému odhalení chorobného procesu. Zaměřuje se na funkční poruchy, sensorické defekty, poruchy ve výživě či onkologické procesy. K vyhledávání vysoce rizikových geriatrických pacientů využívá screeningové dotazníky (MMSE, Geriatrická škála deprese aj. – viz kap. 1. 7. 5 Zjišťování funkčního stavu v stáří) a preventivní zhodnocení zdravotního stavu se zaměřením na geriatrické syndromy. Malá část seniorů praktického lékaře nenavštíví ani jednou do roka. Důvodem může být, že se cítí zdraví, nebo svůj stav podceňují, ale třeba i to, že se nemají jak dostat k lékaři, žijí osaměle. Jejich posouzení vlastního stavu může být také omezeno smyslovým nebo mentálním postižením. Lékař i sestra by měli na takové situace myslet a provádět depistážní a dispenzární péči o rizikové seniory žijící osamoceně i v komunitě, protože včasným odhalením zdravotních či sociálních potíží mohou ovlivnit pacientovu prognózu. V tomto případě se uplatňuje posuzování stavu komunitní sestrou, sestrou domácí péče (16, 23, 26, 52, 57).

K terciální prevenci pak patří i kontroly vývoje dlouhodobých chorobných stavů, doporučení domácí péče, sociální pomoci aj. (52, 57).

1. 10 Komunitní sestra v péči o seniory

Sestra má dominantní úlohu v ošetrovatelství – předchází vzniku nemocí, chrání, udržuje a podporuje zdraví jednotlivce, skupin, komunit. Z pozice profesionálky podněcuje klienty k autonomii, spolurozhodování a ke spoluzodpovědnosti za jejich

vlastní zdraví. Komunitní sestra působí v mnoha oblastech. V péči o seniory má za cíl udržet seniora co nejdéle v jeho původním prostředí, zachovat jeho soběstačnost a co možná nejvyšší kvalitu života. Nedílnou součástí je i péče o umírající a jejich blízké (10).

Do roku 1990 u nás existovala geriatrická sestra. Ta pracovala v ambulancích obvodního lékaře. V rámci preventivní péče a především léčebné ošetrovatelské péče vykonávala i návštěvní službu v rodinách seniorů. Činnost těchto sester zanikla po změnách ve zdravotnictví. Většina těchto sester pracuje v agenturách domácí péče, které poskytují péči ve vlastních domovech seniorů, dále v nemocnicích, v institucích dlouhodobé a specializované péče, v ordinacích praktického lékaře (16).

Komunitní sestra na základě získaného specializačního vzdělání poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči, zná management lidských zdrojů ve zdravotnictví, profesní etiku a základy práva, má poznatky z pedagogiky, ošetrovatelství, krizového managementu, ví, jak předcházet pochybení v ošetrovatelské praxi, zná lidská práva všech věkových skupin (53).

K jejím dovednostem patří efektivní komunikace s klientem a jeho rodinnými příslušníky, zohledňuje věkové a multikulturní odlišnosti. Tvoří plány edukace klienta, rodiny a standardy kvality poskytování péče. Sestra postupuje v souladu s moderními a ověřenými metodami, podílí se na výzkumu. Do péče a programů zapojuje pacienty i jejich rodiny jako partnery (53).

Komunitní sestra poskytuje péči primární, sekundární a terciální u klientů všech věkových skupin a etnik. Umí vyhledávat, zpracovávat a hodnotit rizika zdravotního stavu posuzované komunity (53).

Ovládá postupy ošetrovatelského procesu, zná možnosti v poskytování konzultačních a poradenských služeb, spolupráce se svépomocnými a podpůrnými skupinami, podílí se na realizaci zdravotnického screeningu, imunizační, epidemiologické a protidrogové prevenci (53).

Sestra plánuje komunitní péči s ohledem na ošetrovatelské a zdravotní priority, poskytuje ošetrovatelskou a zdravotní péči u klientů v jejich vlastním prostředí podle tělesných, duševních a duchovních potřeb, věkových kategorií, podílí se na prevenci

chorob v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a klinicky ověřenými postupy, edukuje v podpoře a udržení zdraví klienta, rodiny a aktivně působí ve zdravotně podpůrných projektech (53).

Cílem sestry v péči o seniory je poskytování specifické ošetrovatelské péče v jejich domácím prostředí s důrazem na zachování soběstačnosti a úrovně kvality života (53).

Komunitní sestra v péči o seniory zná zvláštnosti anatomicko-fyziologických změn a symptomatologie nemocí starších jedinců, komplikace související s multimorbiditou, křehkostí seniorů, zhoršenou adaptabilitou. Zná také rizikové faktory ovlivňující jednání seniorů vyplývající ze změny společenského postavení, ze změn ekonomických a sociálních a z duchovního přesvědčení. Sestra umí rozpoznat možnost diskriminace, segregace, ageismu (věkové diskriminace), zná možnosti a způsoby spolupráce s poradenskými, gerontologickými centry, agenturami sociálních a pečovatelských služeb, dobrovolníky apod. (53).

Komunitní sestra vyhodnocuje základní úroveň funkční soběstačnosti a kognitivních schopností seniorů, posuzuje individuální potřeby s ohledem na udržení funkční soběstačnosti, realizuje ošetrovatelský proces. Sestra se také podílí na aktivitách pro zvýšení funkční soběstačnosti, a v rámci svých kompetencí edukuje seniory, případně rodinné příslušníky (53).

Do kompetencí sestry patří koordinace postupů ošetrovatelské péče mezi ambulantními a nemocničními službami i v rámci poradenských, sociálních nebo svépomocných skupin. S cílem zachování, zvýšení soběstačnosti a kvality života organizuje návštěvní a poradenskou službu (53).

Mimo jiné sestra v péči o seniory vede nácvik v denních a instrumentálních činnostech, navrhuje plán preventivního postupu, vytváří edukační plány (53).

1. 10. 1 Podíl sestry na prevenci ve stáří

Aby péče o seniory byla účinná, musí se komunitní sestra podílet na primární, sekundární i terciální prevenci. Tak může být zlepšena kvalita života seniorů. Primární prevence je zaměřena na pohybové aktivity, odpočinek, výživu, péči o sebe, prevenci

úrazů, posilování duševního zdraví aj. V sekundární prevenci se sestra podílí na vyhledávání chorob v raných stádiích, diagnostice a léčbě. Sestra tak může provádět screening hypertenze, nádorových onemocnění, diabetu mellitu, kardiovaskulárních chorob, demencí, závislostí na lécích aj. V terciální prevenci jsou uplatňována opatření k předcházení komplikací a vzniku závislosti na pomoci druhých. Aby komunitní sestra mohla efektivně působit v těchto oblastech péče, musí znát a orientovat se v charakteristických změnách a znacích pro stáří (11).

Celý proces sestra realizuje ve spolupráci se seniorem, komunitou, s dalšími členy ošetrovatelského komunitního týmu, jako například s dietní sestrou, fyzioterapeutem, lékařem geriatrem. Do spolupráce jsou zařazena i zařízení poskytující služby seniorům (geriatrická centra, domovy pro seniory aj.) a organizace, jako například kluby důchodců, dobrovolníci, agentury domácí péče (11).

Zajištění a zlepšení zdraví seniorů v nejlepší možné míře a poskytnutí pohodlí je cílem *gerontického ošetrovatelství*. *Geriatrické ošetrovatelství* se zaměřuje především na nemoci seniora a *gerontologické ošetrovatelství* hodnotí zdraví a funkční stav seniorů, plánuje a realizuje zdravotní péči. Zaměřuje se jak na nemocné, tak i na zdravé jedince (16).

Do primární a sekundární prevence v Jihočeském kraji je zapojena i Katedra ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, která ve spolupráci s firmou Danone zřídila v roce 2006 Centrum prevence civilizačních chorob. Centrum poskytuje bezplatně měření cholesterolu, krevního tlaku, pulsů, glykémie, BMI a tuků, včetně výživového poradenství. Služby poskytují zdravotní sestry působící na Zdravotně sociální fakultě, a to klientům ve věku od 18 let. V období od května roku 2006 do listopadu roku 2007 zde bylo vyšetřeno přes 500 klientů. Zhruba 80 % tvořily ženy. Nejčastěji navštěvují centrum lidé ve věku do 30 let. Zastoupeny jsou ale i ostatní věkové kategorie. Zhruba 1/4 klientely tvoří senioři (50).

Katedra ošetrovatelství spolupracuje i s občanským sdružením Revma liga a s Ligou proti osteoporóze. Revma liga sdružuje nemocné s revmatickými chorobami i zdravé lidi, a zaměřuje se na prevenci, poskytuje psychickou pomoc nemocným, věnuje se rehabilitaci a v neposlední řadě poskytuje sociální pomoc ve spolupráci se

sociálními pracovníky, právníkem. Liga proti osteoporóze v Českých Budějovicích má zázemí na Katedře ošetřovatelství. Zde se asistenti katedry a studenti aktivně podílejí na přednáškách nejen o osteoporóze, její prevenci a léčbě, ale i o zdravém životním stylu, léčbě bolesti, problematice diabetes mellitus, první pomoci aj. Témata vycházejí ze zájmů členů Ligy (28, 61).

1. 10. 2 Posuzování stavu seniora

Komunitní sestra v péči o seniory posuzuje stav seniora ze stránky somatické, psychické i funkční. Posuzuje soběstačnost, míru závislosti. Sleduje faktory ovlivňující kvalitu života, jako je stav kůže, přítomnost a léčba bolesti, schopnost najít se a skladba jídelníčku, potíže při vyprazdňování, pohyblivost, překážky v komunikaci. Při posuzování sociálního stavu mapuje rodinné vztahy a postavení seniora v jeho rodině. Zajímá se také o jeho bytové podmínky, „bezbariérovost“ jeho bytu, finanční zabezpečení, využívání sociálních služeb. Sestra by měla mít dostatek teoretických vědomostí, dostatečnou zručnost v posuzování rodinné anamnézy, která jí může odhalit známky ageismu (věkové diskriminace), násilí na seniorech, jako je emocionální, fyzické či sexuální obtěžování, zanedbávání, vykořisťování, sexuální, materiální či vztahové zneužívání, týrání seniora, či jiné formy nevhodného zacházení ze strany rodiny, blízkých. Měla by také tyto situace umět řešit. Sestra dále posuzuje životní styl jedince, jeho zvyky, stravovací návyky, záliby, způsob odpočinku. Neméně významnou je i duchovní dimenze jedince. Na základě tohoto celostního posouzení sestra odhalí aktuální i potencionální problémy a může navrhnout vhodná individuální opatření a doporučení. K nejčastějším činnostem sestry tak patří edukace, poradenství, organizace a poskytování ošetřovatelské péče, obhajoba zájmů klienta (3, 11, 26).

K posuzování stavu seniora je sestrami využíván *diagnostický systém NANDA* (severoamerická asociace pro sesterské diagnózy), který se skládá ze 13 oblastí, a to Podpora zdraví, Výživa, Vylučování a výměna, Aktivita – odpočinek, Vnímání – poznávání, Vnímání sebe sama, Vztahy, Sexualita, Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu, Životní princip, Bezpečnost – ochrana, Komfort, Růst/vývoj. Pro posuzování komunity je vhodný *OMAHA klasifikační systém*. Zahrnuje 4 domény

a 38 problémových schémant. Enviromentální doména je zaměřená na materiální prostředí a zdroje, Psychosociální doména zahrnuje chování, komunikaci, vztahy a vývoj, Fyziologická doména hodnotí funkčnost procesů, které jsou nezbytné pro život a Doména chování ovlivňující zdraví hodnotí udržování a podporu pohody, uzdravení, rehabilitaci (7, 16, 29, 31).

Posouzení funkčního stavu provádí sestra nejčastěji v agenturách domácí péče. K posouzení fyzického výkonu jsou využívány testy základních všedních činností (*ADL*) dle Barthela a instrumentálních všedních činností (*IADL*) podle Lawtona a Lodyho (16).

K posouzení duševního stavu jsou nejčastěji využívány *Geriatrická škála deprese*, *MMSE* (Mini-Mental State Exam), *test kreslení hodin*, *UCLA* osmislovní test paměti. O jednotlivých metodách jsme se zmínili v kapitole 1. 7. 5 Zjišťování funkčního stavu ve stáří (8, 52, 57).

Posuzování stavu seniora komunitní sestrou v jeho vlastním prostředí může odrážet skutečnost mnohem lépe než posuzování v pro seniora „nepřirozeném“ prostředí. Stejně tak mohou být senioři mnohem více přístupní preventivním opatřením a zásahům. Příslušná kvalifikace, vzdělání a praxe umožňuje komunitní sestře působit v těchto oblastech a podporovat aktivní stáří.

2. Cíle práce a hypotézy

2. 1 Cíle práce

- 1) Zjistit, co senioři očekávají od komunitní sestry pro seniory.
- 2) Zjistit, co mladší veřejnost očekává od komunitní sestry pro seniory.
- 3) Zjistit, co si sestra představuje pod pojmem komunitní sestra v péči o seniory.
- 4) Zjistit, co si studenti 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, ZSF JU představují pod pojmem komunitní sestra v péči o seniory.

2. 2 Výzkumné otázky pro kvalitativní část výzkumu

- 1) Očekávají senioři od komunitní sestry jen ošetrovatelskou péči?
- 2) Očekávají senioři od komunitní sestry pomoc v oblasti edukace o zdravotním stylu?
- 3) Chtějí senioři, aby jim komunitní sestra poskytovala pomoc v oblasti sociální?
- 4) Připravuje se mladší veřejnost na vlastní stáří?
- 5) Udržuje si mladší veřejnost fyzickou, psychickou a sociální aktivitu?
- 6) Očekává mladší veřejnost od komunitní sestry pro seniory jen ošetrovatelskou péči?
- 7) Očekává mladší veřejnost od komunitní sestry pro seniory pomoc v oblasti edukace o zdravotním stylu?
- 8) Chce mladší veřejnost, aby jim komunitní sestra pro seniory poskytovala v budoucnu pomoc v oblasti sociální?

2. 3 Hypotézy pro kvantitativní část výzkumu

- 1) Sestra preferuje u komunitní sestry spíše roli poskytovatelky péče (potřebné péče) než roli edukátorky v podpoře aktivního stáří.
- 2) Studenti 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, ZSF JU preferují u komunitní sestry spíše roli edukátorky v podpoře aktivního stáří než roli poskytovatelky péče (potřebné péče).

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Téma je zpracováno na základě odborné literatury a kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal v měsících únor – duben 2009.

Pro kvalitativní výzkum byla použita metoda rozhovoru. Téměř totožné polostrukturované rozhovory (přílohy 2, 3), určené pro seniory a mladší veřejnost, byly v první části zaměřeny na obecné informace, v druhé pak na konkrétní oblasti. Rozhovor vedle základních údajů obsahoval pro seniory 22 otázek, pro veřejnost 25 otázek. Z rozhovorů byly vytvořeny kazuistiky (přílohy 4, 5) s následným zpracováním do přehledných tabulek.

Kvantitativní výzkum byl proveden formou jednotného dotazníku (příloha 1) pro výzkumné soubory sestry a studenti 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, ZSF JU. Kromě základních údajů se skládal z 11 uzavřených, 7 otevřených a 5 polootevřených otázek. U čtyř otázek mohli respondenti volit více možností, u čtyř dalších pak bylo doporučeno minimální množství odpovědí. Výsledky jsou zpracovány graficky. U grafů a tabulek, kde je uvedena velikost výzkumných souborů (n 1, n 2), vycházíme z počtu odpovědí pro každý soubor, nikoli z počtu respondentů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumnými soubory pro kvalitativní výzkum jsou senioři ve věku 60 – 74 let a mladší veřejnost ve věku 45 – 59 let. Oba soubory byly po 6 respondentech. Respondenti z řad seniorů jsou studenty Univerzity 3. věku (U3V) na Jihočeské univerzitě.

Výzkumnými soubory pro kvantitativní výzkum jsou sestry a studenti 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, ZSF JU. Pro výzkumný soubor sestry bylo rozdáno 60 dotazníků metodou náhodného výběru ve městech České Budějovice a Havlíčkův Brod, a to sestrám praktických lékařů a sestrám interních a chirurgických oddělení tamních nemocnic. Návratnost byla 92 % (55 dotazníků). Po vyřídění bylo použito 50 dotazníků. Pro výzkumný soubor studenti 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, ZSF

JU bylo rozdáno 48 dotazníků studentům denní formy studia a elektronickou formou bylo osloveno 54 studentů kombinované formy studia. Bylo použito všech 50 získaných dotazníků (49% návratnost).

4. Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativní části výzkumu

4.1.1 Kategorizace výsledků kazuistik

Tab. 1 Charakteristika respondentů kvalitativního šetření

Tab. 2 Povědomí o sestře pracující s komunitou seniorů

Tab. 3 Dosavadní představa o sestře pracující s komunitou seniorů

Tab. 4 Úroveň vzdělání komunitní sestry

Tab. 5 Zaměření vzdělání komunitní sestry v péči o seniory

Tab. 6 Vlastnosti a dovednosti sestry pracující s komunitou seniorů

Tab. 7 Forma kontaktu s komunitní sestrou

Tab. 8 Princip poskytování služeb komunitní sestrou

Tab. 9 Postoj k přípravě na důchod, stáří

Tab. 10 Obavy spojené se stářím

Tab. 11 Využití komunitní sestry v přípravě na aktivní stáří

Tab. 12 Představa aktivního stáří

Tab. 13 Využití komunitní sestry v podpoře aktivního stáří

Tab. 14 Ošetrovatelské činnosti a hodnocení zdravotního stavu

Tab. 15 Edukace o zdravém životním stylu, o novinkách v oblasti zdraví

Tab. 16 Edukace o správném léčebném režimu

Tab. 17 Princip plánování fyzické a psychické aktivity

Tab. 18 Plánování fyzické a psychické aktivity komunitní sestrou

Tab. 19 Kurzy pro seniory

Tab. 20 Kurzy pro veřejnost

Tab. 21 Komunitní sestra ve vzdělávání seniorů

Tab. 22 Poradenství v sociální oblasti

Tab. 23 Výhody komunitní sestry

Tab. 24 Nevýhody komunitní sestry

Tab. 1 Charakteristika respondentů kvalitativního šetření

		senioři R1 - R6	ml. veřejnost R7 - R12
pohlaví	žena	3	3
	muž	3	3
věk	45 - 49	/	0
	50 - 54	/	4
	55 - 59	/	2
	60 - 64	1	/
	65 - 69	4	/
	70 - 74	1	/
nejvyšší dosažené vzdělání	OU	0	1
	SOU s mat.	0	1
	SŠ bez mat.	0	1
	SŠ s mat.	3	0
	SŠ + PSS	1	1
	VŠ	2	2
sociální zázemí - žije	sám/a	1	0
	s manželem/ manželkou	4	2
	s rodinou	1	4
	vesnice	1	1
	menší město	1	2
	větší město	4	3
	byt	3	3
	RD	3	3

Tabulka charakterizuje respondenty kvalitativního šetření. Senioři byli zastoupeni 3 ženami (50 %) – R3, R4, R6 a 3 muži (50 %) – R1, R2, R5. Mladší veřejnost také – ženy R7, R11, R12, muži R8, R9, R10. 1 senior byl ve věku 63 let, 4 senioři ve věkové kategorii 65 – 69 let a 1 senior byl ve věku 73 let. Respondenti mladší veřejnosti byli ve věkové kategorii 50 – 54 let (4), 2 respondenti byli ve věkové kategorii 55 – 59 let. Respondenti senioři mají minimálně středoškolské vzdělání s maturitou, přičemž 2 mají vysokoškolské vzdělání, respondenti mladší veřejnosti jsou zastoupeni rovnoměrně. Senioři žijí většinou s manželem či manželkou (4 respondenti), mladší veřejnost s rodinou (4 respondenti).

Více je uvedeno v přílohách 4 a 5.

Tab. 2 Povědomí o sestře pracující s komunitou seniorů

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
1. setkání s KS	1	1		1	1	1	1	1	1			1	5;4
povědomí o KS			1								1		1;1
znalost KS										1			0;1
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6;6

O sestře pracující s komunitou seniorů dosud nevědělo 9 respondentů (5 seniorů, 4 respondenti mladší veřejnosti). Respondenti R3 a R11 mají povědomí o komunitní sestře, ale R11 ne přímo v souvislosti s péčí o seniory. Jeden respondent (R10) zná pojem a význam „komunitní sestry v péči o seniory“.

Celkový počet kategorizovaných odpovědí je 12.

Tab. 3 Dosavadní představa o sestře pracující s komunitou seniorů

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
KS v péči o seniory	1			1	1	1				1			4;1
geriatrická sestra										1		1	0;2
ošetřovatelka			1			1							2;0
pečovatelská služba		1			1			1					2;1
sestra v DPS		1							1			1	1;2
sestra u PL							1						0;1
neumí si představit											1		0;1
celkový výskyt	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	9;8

Nejčastější představa o sestře pracující s komunitou seniorů odpovídala u respondentů seniorů komunitní sestře v péči o seniory (uvedeno 4krát). Dále si senioři představí ošetřovatelku (2krát) a pečovatelskou službu (2krát), 1krát byla uvedena i sestra pracující v domovech pro seniory ap. Tři respondenti uvedli po 2 odpovědích, tři po 1 odpovědi. Celkem tedy 9 odpovědí.

Mladší veřejnost si nejčastěji vybaví geriatrickou sestru nebo sestru v domovech pro seniory (po 2 odpovědích). Dále si vybaví pečovatelku nebo sestru u praktického lékaře (po 1 odpovědi). U 1 respondenta se představa shoduje s komunitní sestrou v péči o seniory a 1 respondent si nedokáže představit nic konkrétního. Dva respondenti uvedli po 2 odpovědích, čtyři pak po 1 odpovědi. Celkem tedy 8 kategorizovaných odpovědí.

Tab. 4 Úroveň vzdělání komunitní sestry

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
VŠ	1	1						1				1	2;2
VZŠ (min.)								1	1	1		1	0;4
SZŠ (min.)					1	1		1					2;1
není rozhodující			1	1	1	1	1					1	4;2
celkový výskyt	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	2	8;9

Respondenti senioři uvedli 4krát, že nepovažují úroveň vzdělání komunitní sestry za rozhodující pro její činnost. Minimálně středoškolské vzdělání uvedli senioři 2krát, vysokoškolské vzdělání pak také 2krát. Celkem senioři uvedli 8 odpovědí.

Mladší veřejnost uvedla 4krát vyšší odborné vzdělání, 2krát vysokoškolské vzdělání a 1krát alespoň středoškolské vzdělání. Úroveň vzdělání není rozhodující pro 2 respondenty. Celkem mladší veřejnost uvedla 9 odpovědí.

Tab. 5 Zaměření vzdělání komunitní sestry v péči o seniory

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
spec. v péči o sen.					1			1	1			1	1;3
sociální oblast			1			1	1					1	2;2
všeob. zdrav. vzděl.		1	1			1	1	1			1		3;3
interní zaměření				1									1;0
praxe v péči o sen.	1			1			1			1	1		2;3
celkový výskyt	1	1	2	2	1	2	3	2	1	1	2	2	9;11

Tabulka ukazuje kategorizaci odpovědí na otázku o zaměření vzdělání komunitní sestry v péči o seniory. Nejčastěji bylo seniory i mladší veřejností zmiňováno všeobecné zdravotní vzdělání (uvedeno vždy 3krát). Senioři dále navrhli vzdělání v sociální oblasti a praxi v péči o seniory (po 2 odpovědích). 1krát bylo zmíněno i specializační vzdělání v péči o seniory a vzdělání v interním směru. R3, R4, R6 uvedli po 2 odpovědích.

Respondenti z veřejnosti by vedle všeobecného zdravotního vzdělání sester uvítali specializaci v péči o seniory a praxi v péči o seniory (uvedeno vždy 3krát). Sociální oblast byla navržena 2krát.

Celkem bylo seniory uvedeno 9 odpovědí, mladší veřejností 11 odpovědí.

Tab. 6 Vlastnosti a dovednosti sestry pracující s komunitou seniorů

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
vztah ke starým lidem	1			1	1	1	1				1	1	4;3
komunikační doved.	1	1	1	1				1	1	1	1	1	4;5
psychologický přístup	1					1		1					2;1
empatie	1					1							2;0
etika a morálka		1		1									2;0
praktické dovednosti		1				1							2;0
celkový výskyt	4	3	1	3	1	4	1	2	1	1	2	2	16;9

Při otázce, jaké vzdělání by měla mít komunitní sestra v péči o seniory, upřednostňovali respondenti spíše její vlastnosti a dovednosti. Tabulka ukazuje kategorie odpovědí. Pro seniory je nejdůležitější, aby sestra měla vztah ke starým lidem (uvedeno 4krát) a uměla s nimi komunikovat (4krát). Podobně uváděli kategorie i respondenti z mladší veřejnosti. Senioři také uvedli vždy po 2 odpovědích vhodný psychologický přístup, empatičnost, etické a morální zásady a praktické dovednosti.

Dva senioři uvedli po 4 odpovědích, dva po 3 a dva po 1 odpovědi. Celkem uvedli 16 kategorizovaných odpovědí. Z mladší veřejnosti uvedli tři respondenti po 2 odpovědích a tři po 1 odpovědi. Celkem uvedli 9 odpovědí.

Tab. 7 Forma kontaktu s komunitní sestrou

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
komunitní zdr. centra	1	1	1			1	1					1	4;2
ord. PL		1								1			1;1
vlastní ordinace		1		1									2;0
zdravotní agentury		1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	5;5
pomoc na telefonu					1					1			1;1
celkový výskyt	1	4	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	13;9

Respondenti by se nejraději setkávali s komunitní sestrou prostřednictvím zdravotních agentur. Senioři tak uvedli 5krát, mladší veřejnost také (83 %). Senioři dále uvedli 4krát komunitní zdravotní centra, 2krát vlastní (soukromé) ordinace sester a 1krát ordinace praktického lékaře. Navržena byla i forma pomoci přes telefon. Jeden respondent uvedl 4 odpovědi, jeden 1 odpověď a zbylí respondenti po 2 odpovědích. Celkem senioři uvedli 13 odpovědí.

Veřejnost uvedla komunitní zdravotní centra 2krát, ordinaci PL 1krát a pomoc na telefonu také 1krát. Ve 2 kategoriích odpověděli tři respondenti, zbylí pak v 1 kategorii. Celkem mladší veřejnost uvedla 9 odpovědí.

Tab. 8 Princip poskytování služeb komunitní sestrou

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
iniciativa ze strany veřejnosti, seniorů	1		1		1	1	1			1			4;2
spolupráce s PL	1		1	1	1			1		1	1	1	4;4
celkový výskyt	2	0	2	1	2	1	1	1	0	2	1	1	8;6

Při otázkách zaměřených na činnost komunitní sestry vplynuly principy poskytování služeb komunitní sestrou. Tabulka uvádí 2 základní kategorie (principy). Podle respondentů seniorů by sestra měla spolupracovat s praktickým lékařem (uvedeno 4krát) a iniciativa by měla být ze strany seniorů, veřejnosti (uvedeno 4krát).

Mladší veřejnost uvedla spolupráci s PL 4krát a vlastní iniciativu 2krát.

Po 2 kategoriích uváděli čtyři respondenti (R1, R3, R5, R10), po 1 pak šest respondentů (R4, R6, R7, R8, R11, R12). Z odpovědí dvou respondentů nevyplývala žádná varianta. Celkem senioři odpověděli 8krát, mladší veřejnost 6krát.

Tab. 9 Postoj k přípravě na důchod, stáří

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
nepřipouštím si stáří	1							1					1;1
příliš se nepřipravuji	1	1	1		1	1	1	1	1		1		5;4
prevence nemocí							1			1			0;2
zdravá strava				1			1			1	1	1	1;4
fyzická aktivita	1		1	1	1					1	1	1	4;3
psychická aktivita						1	1						1;1
kulturní aktivity			1								1		1;1
zájmy			1			1						1	2;1
sociální kontakty	1		1		1	1				1			4;1
úprava bydlení	1			1						1			2;1
spoření, finanční zajištění					1		1	1	1	1	1		1;5
celkový výskyt	5	1	5	3	4	4	5	3	2	6	5	3	22;24

Odpovědi na otázku, jak se respondenti připravovali, či se připravují na stáří, důchod jsme rozkategorizovali do uvedených oblastí. 5 respondentů seniorů uvedlo, že se příliš nepřipravovali na vlastní stáří, stejnou odpověď uvedli 4 respondenti z mladší veřejnosti. Jako formu přípravy senioři uváděli fyzickou aktivitu a udržování sociálních kontaktů a kontaktů s rodinou (po 4 odpovědích). Kategorie hledání si a udržování zájmů a úprava vlastního bydlení byly uvedeny 2krát. Po 1 odpovědi pak uvedli zdravou stravu, psychickou aktivitu, kulturní aktivity a finanční zajištění. Kromě jednoho respondenta uváděli senioři 3 a více odpovědí. Celkem uvedli 22 odpovědí.

Mladší veřejnost nejčastěji volí finanční zajištění (uvedeno 5krát), dále pak zdravou stravu (4krát) a fyzickou aktivitu (3krát). Po 1 odpovědi zmiňovali psychickou aktivitu, kulturní aktivity, zájmy, udržování sociálních kontaktů a úpravu bydlení. Jeden respondent uvedl 2 odpovědi, ostatní uváděli 3 a více kategorií. Celkem mladší veřejnost uvedla 24 odpovědí.

Tab. 10 Obavy spojené se stářím

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
nemoci							1	1		1	1	1	/;5
bezmocnost/ nesoběstačnost							1				1	1	/;3
finanční problémy								1					/;1
menší soc. kontakt									1				/;1
stereotyp	1												1;0
celkový výskyt	1	0	0	0	0	0	2	2	1	1	2	2	1;10

Tabulka ukazuje, čeho se mladší veřejnost obává ve stáří. 5krát respondenti uvedli kategorii nemoci, 3krát bezmocnost a nesoběstačnost a po 1 odpovědi finanční problémy a omezení kontaktu s rodinou, přáteli. Ve 2 kategoriích odpověděli 4 respondenti, 2 respondenti pak volili po 1 odpovědi. Celkem tedy 10 odpovědí.

Tab. 11 Využití komunitní sestry v přípravě na aktivní stáří

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
podpora vlast. přípravy	1						1			1	1		1;3
poradkyně		1		1	1		1			1			3;2
informace o přípravě na stáří	1			1						1			2;1
zdravý životní styl	1	1								1		1	2;2
prevence	1												1;0
možnosti pro seniory	1				1							1	2;1
sociální poradenství						1						1	1;1
nevyužil/a bych			1					1	1				1;2
celkový výskyt	5	2	1	2	2	1	2	1	1	4	1	3	13;12

Respondenti senioři by uvítali komunitní sestru v přípravě na aktivní stáří jako poradkyni (uvedeno 3krát) a podporu vlastní přípravy (1krát). Po 2 odpovědích uvedli kategorie informace o přípravě na stáří, o možnostech pro seniory, zdravý životní styl. 1krát pak možnosti prevence a sociální problematiku. 1 respondent by komunitní sestru v přípravě na stáří nevyužil. Jeden respondent odpověděl v 5 kategoriích. Celkem senioři uvedli 13 kategorizovaných odpovědí.

Respondenti z mladší veřejnosti by sestru nejčastěji využili jako podporu vlastní přípravy (3krát) a poradkyni (2krát). 2 respondenti by ji využili v oblasti zdravé výživy. Po 1 odpovědi pak uvedli informace o přípravě na stáří, o možnostech pro seniory a sociální problematiku. 2 respondenti by ji nevyužili. 1 respondent uvedl 4 odpovědi. Celkem mladší veřejnost uvedla 12 kategorizovaných odpovědí.

Tab. 12 Představa aktivního stáří

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
fyz. kondice, aktivita	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	5;5
péče o sebe, soběstačnost		1		1	1	1		1	1				4;2
aktivita, činnost				1	1								2;0
intimní život											1	1	0;2
práceschopnost									1				0;1
psychická kondice					1		1			1	1	1	1;4
pocit užitečnosti								1					0;1
zájem o dění		1	1							1			2;1
kultura					1	1	1					1	2;2
zájmy						1					1	1	1;2
kontakty s rodinou, přáteli	1		1	1	1	1	1	1	1		1	1	5;5
sociální zázemí		1					1						1;1
prevence nemocí										1			0;1
celkový výskyt	2	4	3	4	5	5	5	4	3	4	5	6	23;27

Pod aktivním stářím si nejčastěji respondenti senioři představují udržování kontaktu s rodinou a přáteli (5krát), fyzickou aktivitu a kondici (5krát), vlastní soběstačnost, sebestačnosti (4krát). Důležitá je jakákoli aktivita, zájem o dění kolem sebe a o kulturu (uvedeno vždy 2krát). Po 1 odpovědi byly uvedeny i kategorie psychická kondice, zájmy a sociální zázemí. Čtyři respondenti uvedli více než 3 odpovědi. Celkem senioři odpověděli 23krát.

Mladší veřejnost řadí za fyzickou kondici (5krát) a kontakty s blízkými (5krát) kategorii psychická kondice (4krát). Dále pak po 2 odpovědích soběstačnost, intimní život, kulturu a zájmy a po 1 odpovědi práceschopnost, pocit užitečnosti, zájem o dění, sociální zázemí či prevenci nemocí. Pět respondentů uvedlo po více než 3 odpovědích. Celkem mladší veřejnost uvedla 27 kategorizovaných odpovědí.

Tab. 13 Využití komunitní sestry v podpoře aktivního stáří

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
využil/a bych	1	1					1			1	1	1	2;4
využil/a bych později			1	1	1	1		1					4;1
nevím									1				0;1
celkový výskyt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6;6

Tabulka ukazuje kategorie odpovědí vyplývajících z otázek zaměřených na využití komunitní sestry při podpoře aktivního stáří. 4 respondenti senioři by komunitní sestru využili až později, kdy už budou méně soběstační. Nyní by ji využili 2 senioři. Mladší veřejnost by ji při pohledu do budoucnosti využila, 1 respondent pak podle míry soběstačnosti a 1 respondent neví, zda by ji využil. Celkem bylo uvedeno 12 odpovědí.

Tab. 14 Ošetrovatelské činnosti a hodnocení zdravotního stavu

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
základní oše péče			1		1								2;0
splupráce s PL			1	1	1			1		1	1	1	3;4
měření fyz. funkcí			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4;6
kontrol. vyš. GM, chol.					1	1		1		1	1	1	2;4
zdravá výživa									1		1		0;2
hodnocení obezity						1			1				1;1
prevence	1												1;0
kontrola léků		1	1	1	1	1					1	1	5;2
převazy ran		1	1	1	1					1	1	1	4;3
doporučení zdravotních pomůcek										1		1	0;2
aktivizace nemocného, RHB			1			1				1			2;1
pomoc v soběstačnosti		1					1				1		1;2
sledování fyz. stavu							1	1	1	1		1	0;5
sledování psych. stavu		1								1		1	1;2
celkový výskyt	1	4	6	4	6	5	3	4	4	8	7	8	26;34

Senioři nejčastěji očekávají od komunitní sestry v oblasti ošetrovatelských činností a hodnocení zdravotního stavu v případě potřeby zajištění předepsaných léků a kontrolu jejich správného užívání (5krát), dále kontrolní měření fyziologických funkcí a převazy ran (4krát). V této oblasti by sestra měla spolupracovat s praktickým lékařem (uvedeno 3krát). Měla by poskytovat základní ošetrovatelskou péči jako hygienu ap., aktivizovat nemocné a provádět kontrolní vyšetření např. glykémie a cholesterolu (po 2 odpovědích). Po 1 odpovědi byly uvedeny kategorie hodnocení obezity, prevence, pomoc v soběstačnosti a sledování psychického stavu. V 1 kategorii odpověděl 1 respondent, ostatní uvedli 4 a více kategorií. Celkem tedy 26 odpovědí.

Respondenti mladší veřejnosti na prvním místě uváděli měření fyziologických funkcí (6krát) a sledování fyzického stavu seniora (5krát). Důležité je pro ně i kontrolní vyšetření glykémie, cholesterolu ap. (4krát), stejně tak i spolupráce sestry s praktickým lékařem. Sestra by měla provádět převazy ran (3krát), zajišťovat a kontrolovat užívání léků, poradit ve zdravé výživě, ohledně zdravotnických pomůcek a pomoci v soběstačnosti (po 2 odpovědích). Měla by také sledovat psychický stav seniora (2krát). Zapomenout by neměla na aktivizaci nemocného a hodnocení obezity (1krát). 5 respondentů odpovědělo ve více než 3 kategoriích. Celkem uvedli 34 odpovědí.

Tab. 15 Edukace o zdravém životním stylu, o novinkách v oblasti zdraví

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
širší zaměření	1	1											2;0
dle stavu seniora	1			1	1			1					3;1
výživa, pitný režim			1		1	1	1		1			1	3;3
pohybová aktivita			1			1	1					1	2;2
prevence civilizačních chorob				1			1		1	1		1	1;4
preventivní programy							1			1		1	0;3
nové možnosti							1		1				0;2
konkrétní režimová opatření						1		1					1;1
novinky ve farmakoterapii, léčbě					1					1			1;1
bylinné preparáty											1		0;1
zdravotní pomůcky				1	1							1	2;1
služby pro seniory			1								1		1;1
zdravotnické poplatky											1		0;1
celkový výskyt	2	1	3	3	4	3	5	2	3	3	3	5	16;21

Tabulka ukazuje kategorie odpovědí, oblastí, ve kterých by chtěli být respondenti edukováni komunitní sestrou, co se týče zdravého životního stylu a novinek v oblasti zdraví. Senioři udávají, že záleží především na stavu konkrétního seniora (3krát). Edukace by pak mohla být zaměřena na výživu a pitný režim (3krát), pohybovou aktivitu a zdravotní pomůcky (po 2 odpovědích). Po 1 odpovědi byly uvedeny kategorie prevence civilizačních chorob, konkrétní režimová opatření, novinky ve farmakoterapii a služby pro seniory. 2 respondenti uvedli, že by edukace měla mít širší zaměření. Čtyři respondenti uvedli po více než 2 odpovědích. Celkem senioři odpověděli 16krát.

Veřejnost by chtěla být nejčastěji edukována o prevenci civilizačních nemocí (4krát), zdravé výživě a preventivních programech (po 3 odpovědích). Edukace by měla také zahrnovat pohybovou aktivitu a informace o nových možnostech v oblasti zdraví (2krát). Po 1 odpovědi pak byly uvedeny kategorie konkrétní režimová opatření, novinky ve farmakoterapii, bylinné preparáty, zdravotní pomůcky, služby pro seniory, poplatky ve zdravotnictví. Pět respondentů odpovědělo více než 2krát. Celkem mladší veřejnost uvedla 21 odpovědí.

Tab. 16 Edukace o správném léčebném režimu

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
doporučení vhodného přístupu	1	1			1	1	1	1				1	4;3
seznámení s projevy onemocnění											1		0;1
dieta	1					1	1			1	1		2;3
správné užívání léků					1	1							2;0
civilizační choroby	1					1			1				2;1
pohybová aktivita						1							1;0
dle stavu seniora			1	1	1		1	1					3;2
celkový výskyt	3	1	1	1	3	5	3	2	1	1	2	1	14;10

Z tabulky je patrné, že respondenti senioři chtějí být edukováni v rámci léčebného režimu nejčastěji o vhodném přístupu k léčbě (uvedeno 4krát) a podle konkrétního stavu seniora (3krát). Po 2 odpovědích pak uváděli kategorie dieta, správné užívání léků, civilizační choroby. 1krát byla zmíněna i pohybová aktivita. Tři respondenti uvedli více než 1 odpověď. Celkem senioři odpověděli 14krát.

Respondenti mladší veřejnosti uváděli nejčastěji doporučení vhodného přístupu a diety (po 3 odpovědích), dále seznámení s projevy nemocí a civilizační nemocí (po 1 odpovědi). Konkrétní stav seniora je důležitý pro 2 respondenty. Tři respondenti uvedli po více než 1 odpovědi. Celkem mladší veřejnost uvedla 10 kategorizovaných odpovědí.

Tab. 17 Princip plánování fyzické a psychické aktivity

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
sám senior								1					0;1
iniciativa seniora										1			0;1
doporučení KS		1	1	1	1	1	1				1	1	5;3
plánování, realizace KS	1		1				1		1	1			2;3
celkový výskyt	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	7;8

Senioři upřednostňují pouze doporučení vhodné aktivity komunitní sestrou (uvedeno 5krát). Plánování a realizaci aktivity volili 2 respondenti. Jeden respondent uvedl 2 odpovědi. Celkem senioři odpověděli 7krát.

Mladší veřejnost volila ve 3 odpovědích pouze doporučení komunitní sestrou a ve 3 odpovědích plánování a realizaci komunitní sestrou. 1krát uvedli, že by iniciativa měla být především na straně seniora, a 1krát, že by se senior této oblasti měl věnovat sám. 2 respondenti uvedli po 2 odpovědích. Celkem mladší veřejnost odpověděla 8krát.

Tab. 18 Plánování fyzické a psychické aktivity komunitní sestrou

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
tělesné cvičení			1		1	1	1			1			3;2
RHB							1						0;1
pohybové kurzy		1					1						1;1
lázně	1		1										2;0
výlety	1								1				1;1
relaxační kurzy	1												1;0
trénování paměti			1	1	1	1	1						4;1
vzdělávací kurzy										1			0;1
kluby pro seniory											1		0;1
celkový výskyt	3	1	3	1	2	2	4	0	1	2	1	0	12;8

Tabulka ukazuje kategorie aktivit, které respondenti očekávají při plánování komunitní sestrou. Senioři nejčastěji uvádějí trénování paměti (4krát), tělesné cvičení (3krát). 2krát uvedli kategorii doporučení lázní, po 1 odpovědi pak pohybové kurzy, výlety, relaxační kurzy. Celkem senioři uvedli 12 odpovědí.

Mladší veřejnost by chtěla, aby se komunitní sestra zaměřila na tělesné cvičení (uvedeno 2krát), rehabilitaci, pohybové kurzy, plánování výletů, trénování paměti, doporučení vzdělávacích kurzů a klubů pro seniory (po 1 odpovědi). Dva respondenti neuvedli žádnou variantu. Celkem uvedla mladší veřejnost 8 odpovědí.

Tab. 19 Kurzy pro seniory

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
zdraví, prevence							1			1		1	0;3
životaspráva				1				1			1		1;2
civilizační choroby									1				0;1
nemoci ve stáří											1		0;1
diety, výživa		1	1	1				1		1		1	3;3
léčebný režim								1					0;1
první pomoc		1											1;0
výchova ke zdraví										1			0;1
pohybové aktivity		1			1	1		1					3;1
sociální poradenství						1						1	1;1
volnočasové aktivity						1				1		1	1;2
PC				1		1	1						2;1
trénování paměti				1									1;0
relaxační kurzy	1												1;0
komunikace					1								1;0
manuální práce				1			1						1;1
celkový výskyt	1	3	1	5	2	4	3	4	1	4	2	4	16;18

Jak ukazuje tabulka, respondenti senioři by uvítali, kdyby pro ně komunitní sestry pořádaly kurzy o výživě a dietách, o pohybových aktivitách (po 3 odpovědích) a kurzy práce s počítači (2krát). Po 1 odpovědi pak navrhovali kurzy o životasprávě, první pomoci, sociálním poradenství, volnočasových aktivitách, kurzy trénování paměti, relaxační kurzy, kurzy komunikace a manuálních prací. Tři respondenti uvedli více než 2 odpovědi. Celkem uvedli senioři 16 odpovědí.

Mladší veřejnost by uvítala kurzy o zdraví a prevenci, o dietách a výživě (po 3 odpovědích), dále kurzy o životasprávě, kurzy volnočasových aktivit (po 2 odpovědích). Po 1 odpovědi byly zmíněny kurzy o civilizačních chorobách, o nemocech ve stáří, o léčebném režimu, výchově ke zdraví, pohybových aktivitách, sociálním poradenství, počítačové kurzy a kurzy manuálních prací. Čtyři respondenti uvedli více než 2 odpovědi. Celkem uvedla mladší veřejnost 18 odpovědí.

Tab. 20 Kurzy pro veřejnost

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
zdravý životní styl			1		1			1		1			2;2
zdravá výživa		1	1					1				1	2;2
civilizační nemoci									1		1		0;2
výchova ke zdraví					1								1;0
léčebný režim								1				1	0;2
první pomoc		1			1								2;0
změny ve stáří				1			1	1		1			1;3
příprava na stáří				1			1	1					1;2
přechod do důchodu								1					0;1
mezigenerační spolupráce	1												1;0
aktivní životní styl				1		1					1		2;1
pracovní možnosti ve stáří										1			0;1
pohybové aktivity		1				1		1					2;1
PC						1	1						1;1
manuální práce							1						0;1
celkový výskyt	1	3	2	3	3	3	4	7	1	3	2	2	15;19

Podle názoru respondentů seniorů by komunitní sestra měla pro veřejnost pořádat kurzy zaměřené na zdravý životní styl, zdravou výživu, první pomoc, aktivní životní styl a pohybové aktivity (uvedeno po 2 odpovědích). Dále by mohla pořádat kurzy zaměřené na výchovu ke zdraví, změny ve stáří, přípravu na stáří, počítačové kurzy a kurzy na principu mezigenerační spolupráce (uvedeno po 1 odpovědi). Čtyři respondenti uvedli po 3 odpovědích. Celkem uvedli senioři 15 odpovědí.

Mladší veřejnost by chtěla, aby pro ně komunitní sestra pořádala především kurzy o změnách ve stáří (uvedeno 3krát), dále pak o zdravém životním stylu, zdravé výživě, civilizačních nemocech, léčebném režimu, přípravě na stáří (po 2 odpovědích). 1krát byly uvedeny kurzy zaměřené na problémy spojené s přechodem do důchodového období, aktivní životní styl, pracovní možnosti ve stáří, pohybové aktivity, manuální práce a počítačové kurzy. Dva respondenti uvedli více než 3 kategorie. Celkem mladší veřejnost uvedla 19 odpovědí.

Tab. 21 Komunitní sestra ve vzdělávání seniorů

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
oblast zdraví	1	1	1	1	1		1	1		1	1	1	5;5
možnosti vzdělávání								1		1			0;2
příprava na stáří				1			1	1					1;2
soc. právní oblast						1							1;0
nevím									1				0;1
celkový výskyt	1	1	1	2	1	1	2	3	1	2	1	1	7;10

Tabulka ukazuje kategorie odpovědí respondentů na otázku, zda by se komunitní sestra měla podílet na vzdělávání seniorů a v jakých oblastech. Odpovědi vychází i z otázek zaměřených na kurzy pro seniory. Podle seniorů by se komunitní sestra měla zaměřit především na oblast zdraví (uvedeno 5krát). 1krát byla zmíněna i příprava na stáří a sociální problematika. Jeden respondent uvedl 2 odpovědi. Celkem senioři uvedli 7 kategorizovaných odpovědí.

Mladší veřejnost volila v 5 odpovědích zaměření na oblast zdraví, dále pak informace o možnostech vzdělávání seniorů a o přípravě na stáří (po 2 odpovědích). 1 respondent neví, na jaké oblasti vzdělávání seniorů by měla být sestra zaměřena. Tři respondenti uvedli více než 1 odpověď. Celkem odpověděli 10krát.

Tab. 22 Poradenství v sociální oblasti

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
a	1	1	1*	1	1	1		1		1	1	1	6;4
b	1	1	1*		1	1	1	1	1				5;3
c		1	1			1	1		1				3;2
d		1	1*	1	1	1	1					1	5;2
e		1	1	1	1	1	1					1	5;2
f	1	1	1	1	1	1	1	1		1		1	6;4
g	1	1	1	1	1*	1	1		1	1	1		6;4
h		1	1	1		1	1						4;1
i	1	1			1*	1	1*		1				4;2
j	1				1	1	1	1					3;2
k	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	6;5
l	1		1	1	1	1		1		1	1	1	5;4
m	1	1	1	1	1*	1	1	1		1	1		6;4
n	1	1	1	1	1*	1	1						6;1
celkový výskyt	10	12	12	10	12	14	11	7	5	6	7	4	70;40

- a | Analýza zdravotně sociální situace jedince
- b | Realizace poradenství
- c | Hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě
- d | Podíl na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami
- e | Podíl na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí
- f | Podíl na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců
- g | Cílené a včasné vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci
- h | Sociální šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s org. veřejné správy
- i | Plánování psychosociální intervence
- j | Sociálně právní poradenství
- k | Pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci
- l | Organizace rekondičních pobytů
- m | Příprava propuštění pacienta a zajištění následné péče
- n | Odborné poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta

Z tabulky je zřejmé, že by se komunitní sestra v péči o seniory měla podle respondentů věnovat i sociální oblasti. Senioři volili vždy minimálně 10 oblastí ze 14. Hvězdičkou (*) jsou označeny ty odpovědi, u kterých respondenti uvedli, že by se jim sestra měla věnovat okrajově. Takto volil R3, R5 a R7. Nejméně by se sestra měla věnovat hodnocení účinnosti poskytované sociální péče a sociálně právnímu poradenství (uvedeno 3krát). Senioři celkem odpověděli 70krát.

Podle veřejnosti by se sestra měla nejméně podílet na sociálním šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy a na odborném poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta. Respondenti odpověděli celkem 40krát.

Tab. 23 Výhody komunitní sestry

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
ano	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	5;6
ne						1							1;0
opora pro veřejnost, seniory							1					1	0;2
pomoc osamělým seniorům	1		1		1			1					3;1
zdroj informací									1				0;1
pomoc s přizpůsobením se moderní době			1							1			1;1
včasné odhalení obtíží		1								1			1;1
společnost seniorům	1	1								1			2;1
zmírnění obav										1			0;1
koordinace všestranné péče											1	1	0;2
ekonomičnost		1											1;0
celkový výskyt	3	4	3	1	2	1	2	2	2	5	2	3	14;16

Tabulka uvádí, že respondenti vidí v činnosti komunitní sestry v péči o seniory výhody. Odpovědělo tak 5 seniorů a všech 6 respondentů mladší veřejnosti. R6 by zatím komunitní sestru nevyužil, proto v ní nevidí pro sebe výhodu. Senioři vidí nejčastěji výhodu v pomoci osamělým seniorům (uvedeno 3krát) a v poskytnutí společnosti těmto seniorům (2krát). Dále byla uvedena pomoc z přizpůsobením se nové době, včasné odhalení potíží a ekonomičnost systému poskytovaných služeb (po 1 odpovědi). Tři respondenti uvedli více než 2 odpovědi. Celkem odpověděli senioři 14krát.

Mladší veřejnost vidí jako výhodu v činnosti komunitní sestry oporu pro veřejnost i seniory a koordinaci všestranné péče (po 2 odpovědích), dále pak pomoc osamělým seniorům, zdroj informací, pomoc v přizpůsobení se nové době, včasné odhalení potíží, společnost seniorům a zmírnění obav (po 1 odpovědi). Dva respondenti uvedli více než 2 odpovědi. Celkem uvedla mladší veřejnost 16 odpovědí.

Tab. 24 Nevýhody komunitní sestry

R = respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	výskyt
zneužití kompetencí KS								1					0;1
příliš velký rozsah činností											1		0;1
nevděk klientů	1												1;0
nekvalitní péče		1		1									2;0
neinformovanost veřejnosti			1										1;0
nedůvěra					1								1;0
celkový výskyt	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	5;2

Jako možné nevýhody v činnosti komunitní sestry vidí respondenti senioři poskytování nekvalitní péče (uvedeno 2krát), nevděk klientů, neinformovanost veřejnosti, a tudíž nedostatečné využití služeb, a nedůvěru ze strany klientů (po 1 odpovědi). R6 nevidí nevýhody. Celkem senioři odpověděli 5krát.

Mladší veřejnost vidí možné nevýhody ve zneužití kompetencí komunitní sestry vůči seniorům a v příliš velkém rozsahu činností. Respondenti odpověděli celkem 2krát.

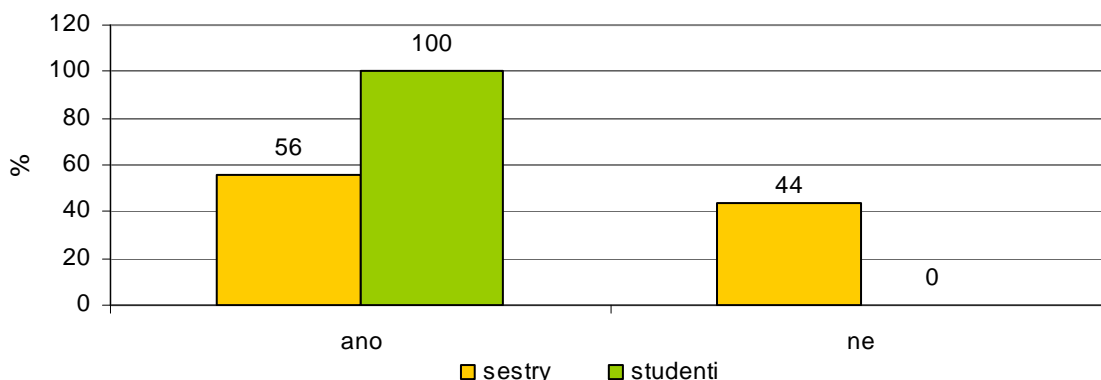
4. 2 Výsledky kvantitativní části výzkumu

Tab. 25 Charakteristika respondentů kvantitativního šetření

		sestry % n 1 = 50	studenti % n 2 = 50
pohlaví	žena	100	96
	muž	0	4
věk	20 - 28	16	78
	29 - 36	26	14
	37 - 44	20	4
	45 - 55	28	4
	56 a více	10	0
nejvyšší dosažené vzdělání	SZŠ	66	86
	VZŠ	18	14
	VŠ - Bc.	14	0
	VŠ - Mgr.	0	0
	PSS	2	0
pracoviště	interní odd.	16	/
	chirurgické odd.	34	/
	ordinace PL	50	/
délka praxe ve zdravotnictví	do 7 let	16	/
	do 14 let	24	16
	do 21 let	20	8
	do 28 let	18	/
	do 35 let	14	4
	36 let a více	8	/

Tabulka charakterizuje respondenty, kteří se účastnili dotazníkového šetření. Z řad sester byli všichni respondenti ženského pohlaví (100 %), mezi studenty byli 2 muži (4 %). Sestry byly nejčastěji ve věku 45 – 55 let (14 sester – 28 %) a ve věku 29 – 36 let (13 sester – 26 %). Většina studentů, a to 39 dotázaných (78 %), byla ve věku 20 – 28 let. Protože se jednalo také o studenty kombinované formy studia, 7 dotázaných (14 %) bylo ve věku 29 – 36 let. U dotazovaných sester převládalo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské vzdělání, a to u 33 sester (66 %). 9 sester (18 %) má vyšší zdravotnické vzdělání a 7 respondentek (14 %) dosáhlo bakalářského vzdělání. Většina studentů (86 %) má prozatím středoškolské vzdělání, ve 14 % pak vyšší zdravotnické vzdělání. Polovina dotázaných sester pracuje u praktického lékaře, polovina na interním či chirurgickém oddělení. U studentů tato oblast nebyla hodnocena. Sestry mají nejčastěji praxi ve zdravotnictví od 14 do 28 let, a to 31 sester (62 %). Studenti pak do 14 let (16 %). Jedná se o studenty kombinované formy studia.

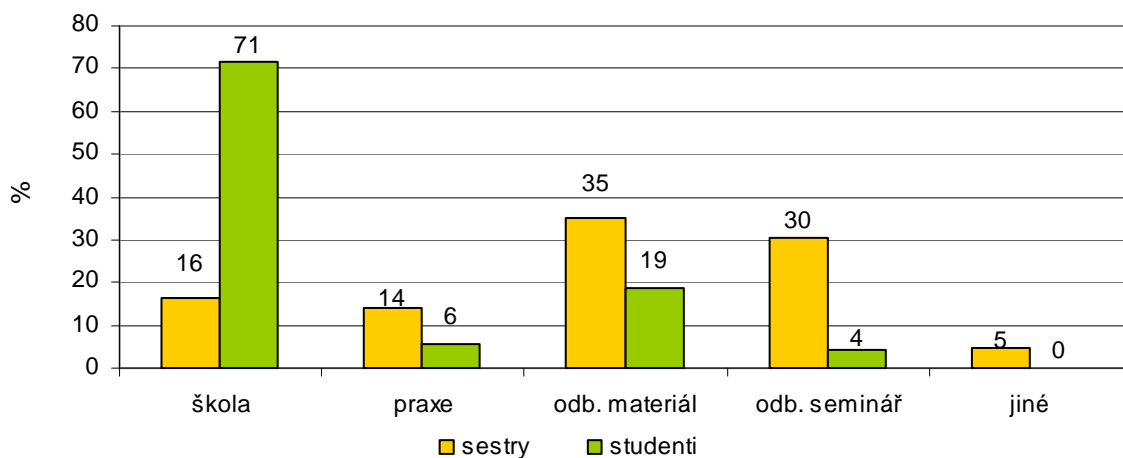
Graf 1 Zkušenost s pojmem „komunitní sestra v péči o seniory“ (KS) (otázka č. 1)



Z grafu je patrné, že se s pojmem „komunitní sestra v péči o seniory“ setkala 28 sester z 50 dotázaných (56 %) a všech 50 dotázaných studentů (100 %). 22 sester (44 %) se s tímto pojmem setkala poprvé až prostřednictvím našeho výzkumu.

Graf 2 Zdroj informací o „komunitní sestře v péči o seniory“ (otázka č. 2)

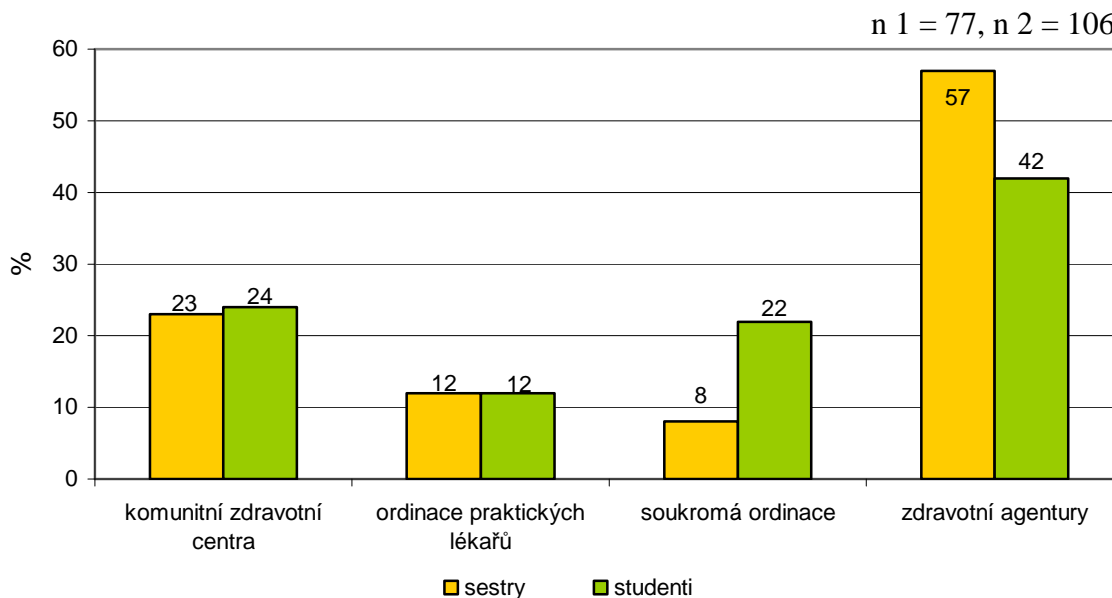
n 1 = 43, n 2 = 70



Z celkového počtu (43) odpovědí 28 sester je patrné, že se sestry nejčastěji s pojmem KS setkaly v odborných materiálech a při odborných seminářích, uvedly tak celkem ve 28 odpovědích (65 %). 7krát (16 %) sestry uvedly jako zdroj informací školu, 6krát (14 %) svoji praxi a 2krát (5 %) byl uveden internet. Všichni studenti uvedli z celkového počtu odpovědí (70) jako zdroj informací o KS školu (71 %), 13krát (19 %) pak odborný materiál, 4krát praxi (6 %) a 3krát odborný seminář (4 %).

Graf 3 Preferované pracoviště pro komunitní sestru

(otázka č. 3)

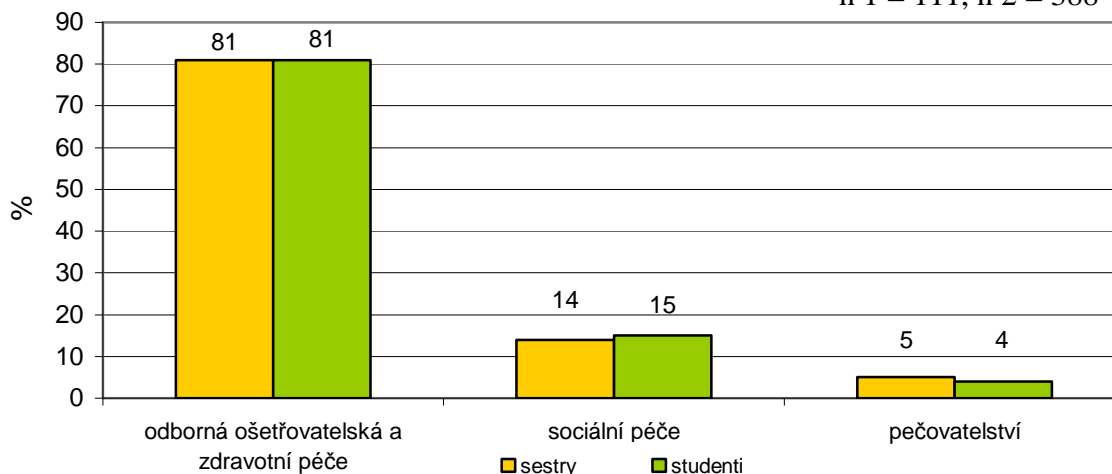


Sestry i studenti nejvíce preferují jako pracoviště komunitní sestry v péči o seniory zdravotní agentury. Sestry tak zvolily 44krát (57 %) a studenti 45krát (42 %). Sestry dále uvádějí: 18krát komunitní zdravotní centra (23 %), 9krát ordinace praktických lékařů (12 %) a 6krát soukromé ordinace (8 %). Studenti pak: 25krát komunitní zdravotní centra (24 %), 23krát soukromé ordinace (22 %) a na posledním místě ordinace praktických lékařů (12 %).

Graf 4 Specializované kompetence komunitní sestry v péči o seniory dle respondentů

(otázka č. 4)

n 1 = 111, n 2 = 388



Této otázce se věnovalo jen 22 sester (44 %) a 49 studentů (98 %). Odpovědi respondentů jsou roztríděny do uvedených kategorií. Graf ukazuje, že je upřednostňována odborná ošetrovatelská a zdravotní péče, což uvedly sestry v 90 odpovědích (81 %) a studenti v 316 odpovědích (81 %). Sociální péči sestry zmínily 15krát (14 %), studenti 58krát (15 %). Pečovatelské služby jako pomoc s hygienou, pomoc při drobných úpravách v domácnosti uvedly obě skupiny okrajově.

V následující tabulce (tab. 26) jsou uvedeny nejčastěji zmíněné kompetence ve všech třech kategoriích. U každé je pak procentuálně vyjádřeno, kolikrát byly navrženy.

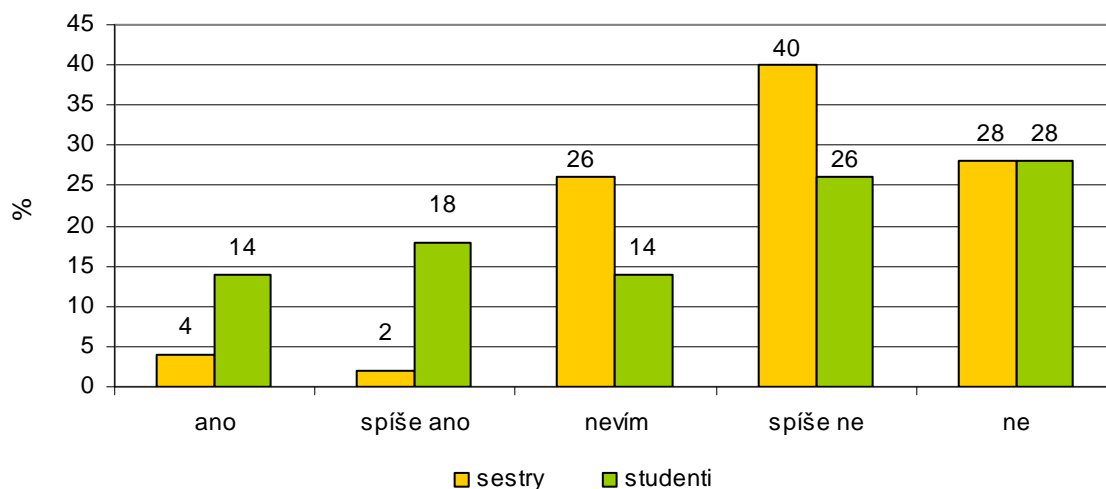
Tab. 26 Kompetence - oblasti působení komunitní sestry v péči o seniory

(otázka č. 4)

sestry	%	studenti	%
sledování a hodnocení zdravotního stavu	14	edukace	15
oše péče	10	zajišťování fyz., psych. aktivity	6
edukace	8	preventivní opatření, očkování	5
preventivní opatření, očkování	7	oše péče	5
kontrola dodržování léčebného režimu	6	specializované výkony	5
poradenství v soc. oblasti	5	poradenství v soc. oblasti	5
osobní hygiena	3	osobní hygiena	2
pomoc při drobných úpravách domácnosti	2	pomoc v sebeběči	1

Graf 5 Zájem o povolání komunitní sestry v péči o seniory

(otázka č. 5)

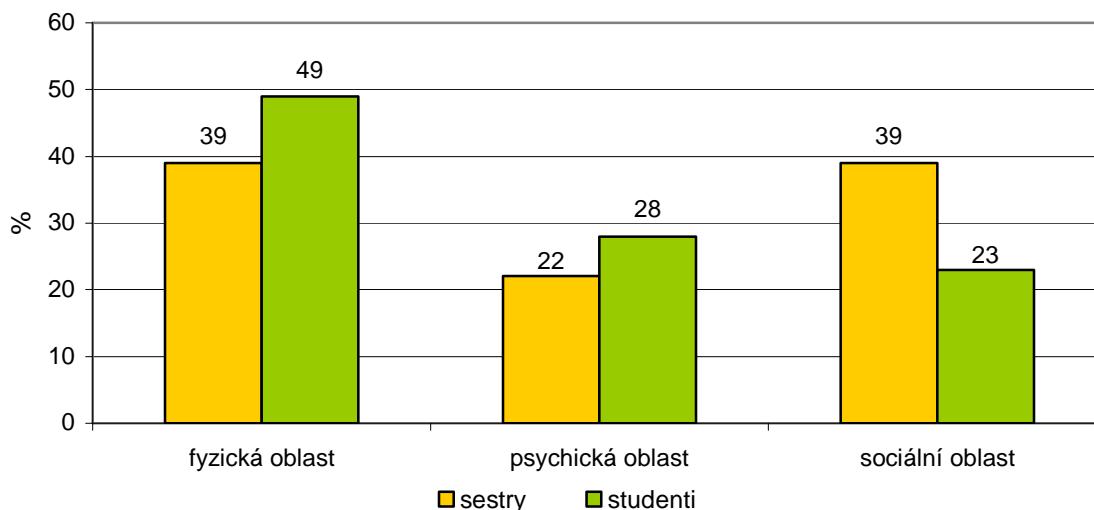


Zájem o vykonávání povolání komunitní sestry v péči o seniory mají pouze 2 sestry (4 %) a 7 studentů (14 %). K této možnosti se pak přiklání 1 sestra (2 %) a 9 studentů (18 %). Naopak 14 sester (28 %) a stejný počet studentů by nechtělo pracovat jako komunitní sestra a podobného mínění je i dalších 20 sester (40 %) a 16 studentů (26 %). Rozhodnuto není ještě 13 sester (26 %) a 7 studentů (14 %).

Graf 6 Představa aktivního stáří

(otázka č. 6)

n 1 = 154, n 2 = 268



Na tuto otázku odpovídalo 40 sester (80 %) a 50 studentů (100 %). Odpovědi respondentů byly roztrženy do 3 oblastí. Pro sestry je nejdůležitější fyzická aktivita společně s aktivitou sociální, uvedly tak po 60 možnostech (39 %) v obou kategoriích. Psychická aktivita s 34 návrhy (22 %) je řazena na druhém místě. Studenti řadí se 132 návrhy (49 %) na první místo fyzickou aktivitu, na druhé místo se 75 návrhy psychickou aktivitu (28 %) a poté se 61 návrhy sociální aktivitu (23 %). V tabulce 27 jsou uvedeny konkrétní příklady.

Tab. 27 Znaký aktivního stáří

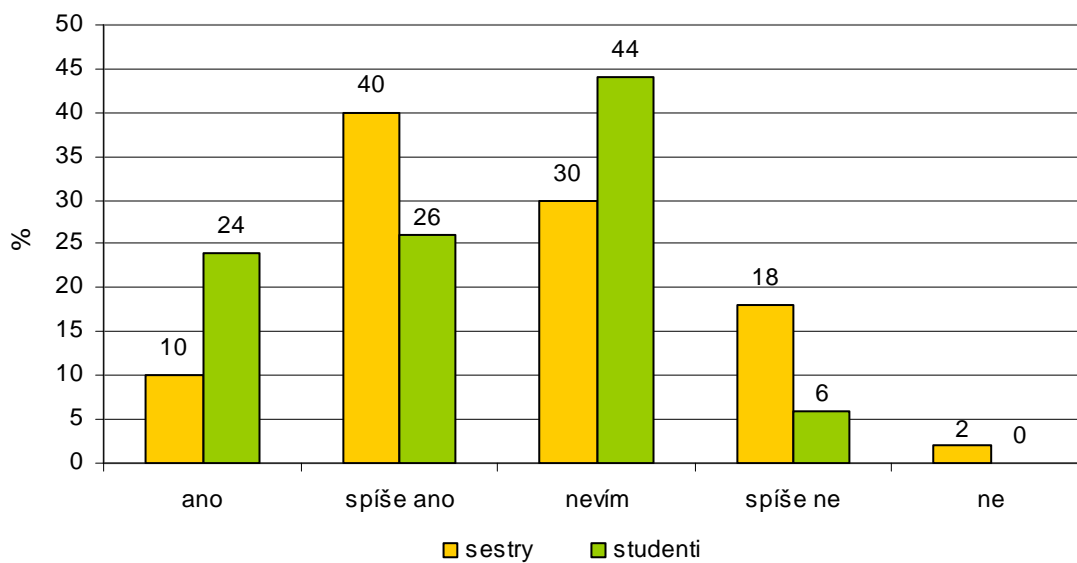
(otázka č. 6)

sestry	%	studenti	%
pohybová aktivita	13	soběstačnost	15
soběstačnost	9	pohybová aktivita	13
vzdělávání se	8	vzdělávání se	12
udržování si zájmů	7	udržování si zájmů	11
návštěva kultury	12	společenské kontakty	9
udržování kontaktů se známými	10	návštěva kultury	7

Tabulka ukazuje nejčastěji zmíněné znaký aktivního stáří respondenty. Znaký jsou uvedeny v pořadí fyzická oblast, psychická oblast, sociální oblast. U každého znaku je procentuálně vyjádřeno, kolikrát byl znak zmíněn.

Graf 7 Zájem o služby komunitní sestry v péči o seniory

(otázka č. 7)



Do budoucna má o služby komunitní sestry v péči o seniory zájem nebo se k tomuto názoru přiklání 25 sester (50 %) a stejné množství studentů. Naopak zájem nemá nebo se k tomuto názoru přiklání 11 sester (22 %) a 3 studenti (6 %). 15 sester (30 %) a 22 studentů (44 %) zatím není rozhodnuto.

**Tab. 28 a Rozsah péče komunitní sestry v péči o seniory v podpoře aktivního stáří
dle sester** (otázka č. 8)

	a %	b %	c %	d %	e %	f %	g %	h %	i %	j %
1	0	2	2	2	2	2	4	18	18	4
2	8	4	4	6	16	8	24	34	28	12
3	16	28	36	24	54	32	30	24	34	26
4	28	26	32	36	18	34	28	16	10	38
5	48	40	26	32	10	24	14	8	10	20

**Tab. 28 b Rozsah péče komunitní sestry v péči o seniory v podpoře aktivního stáří
dle studentů** (otázka č. 8)

	a %	b %	c %	d %	e %	f %	g %	h %	i %	j %
1	0	0	0	0	0	0	2	6	0	2
2	2	0	0	0	6	6	10	30	26	8
3	18	16	18	12	34	20	36	38	36	38
4	14	26	36	32	48	50	38	22	32	32
5	66	58	46	56	12	24	14	4	6	20

Legenda k tabulkám 28 a, 28 b

Oblasti působení komunitní sestry:

- a | ošetrovatelská péče
- b | sledování a hodnocení zdravotního stavu ve spolupráci se seniorem
- c | podávání informací a edukace o zdravém životním stylu
- d | edukace o správném léčebném režimu
- e | edukace o novinkách v daných oblastech
- f | plánování fyzické a psychické aktivity
- g | pořádat kurzy pro seniory
- h | pořádat kurzy pro veřejnost
- i | podílet se na vzdělávání seniorů a veřejnosti (univerzity 3. věku atp.)
- j | podílet se na poradenství v sociální oblasti

Míra působení komunitní sestry v jednotlivých oblastech:

- 1 | žádný rozsah péče
- 2 | mírný rozsah péče
- 3 | běžný (průměrný) rozsah péče
- 4 | rozšířená působnost
- 5 | maximální působnost

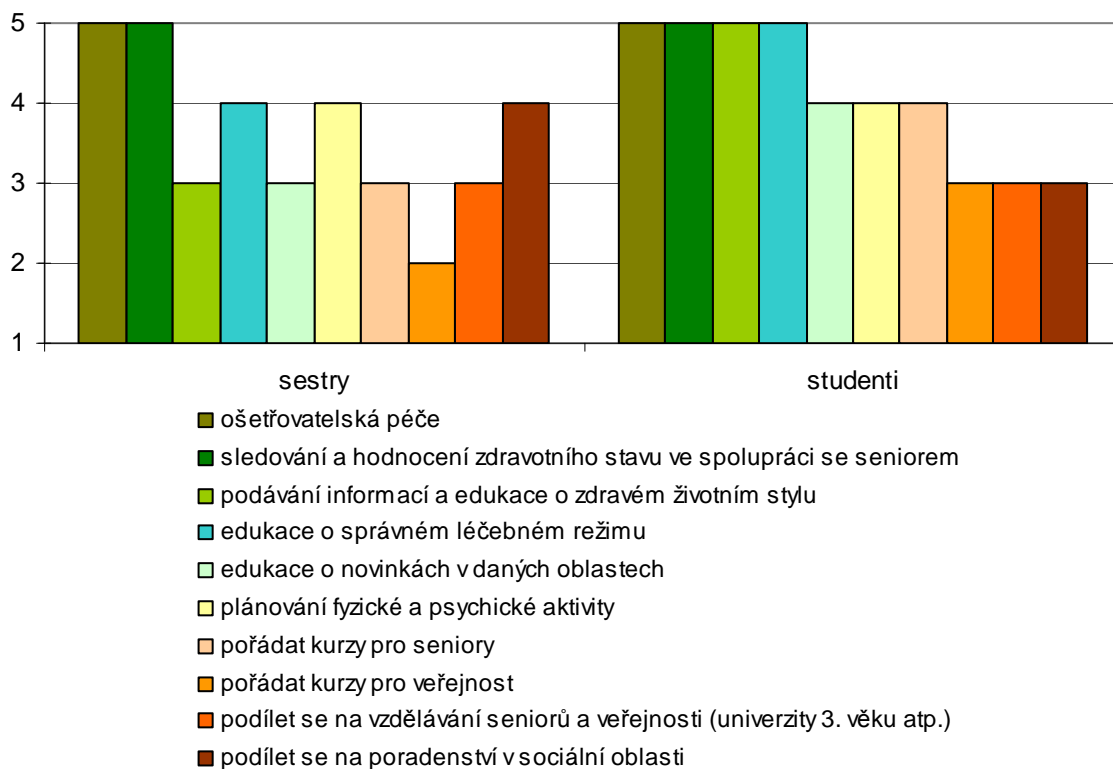
Tabulky vyjadřují procentuálně názory sester a studentů na rozsah činnosti komunitní sestry v konkrétních oblastech při podpoře aktivního stáří.

Podle studentů by se komunitní sestra měla věnovat v různém rozsahu všem zmíněným oblastem. Pouze 2 % studentů si myslí, že by se komunitní sestra neměla věnovat pořádání kurzů pro seniory a podílet se na poradenství v sociální oblasti. 6 % studentů si myslí, že by neměla pořádat kurzy pro veřejnost.

2 % sester si myslí, že by se komunitní sestra neměla věnovat sledování a hodnocení zdravotního stavu ve spolupráci se seniorem. Stejně množství sester uvádí, že by se neměla věnovat podávání informací a edukaci o zdravém životním stylu, dále edukaci o správném léčebném režimu, edukaci o novinkách v daných oblastech a plánování fyzické a psychické aktivity. 4 % sester si myslí, že by se komunitní sestra neměla věnovat ani pořádání kurzů pro seniory a podílet se na poradenství v sociální oblasti. Téměř 1/5 sester (9) je názoru, že by neměla pořádat kurzy pro veřejnost a podílet se na vzdělávání seniorů.

Další z možných pohledů na rozsah činnosti komunitní sestry v podpoře aktivního stáří je uveden v grafu 8. Ten ukazuje návrh, v jakém rozsahu by se komunitní sestra měla věnovat konkrétním oblastem.

Graf 8 Návrh rozsahu péče komunitní sestry v péči o seniory v podpoře aktivního stáří (otázka č. 8)

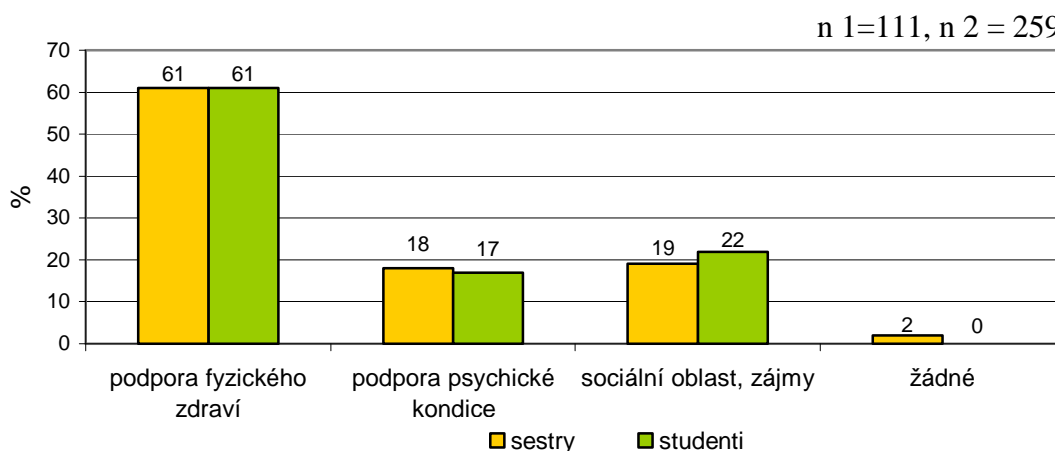


Podle sester by se komunitní sestra měla nejvíce věnovat (rozsah 5) ošetřovatelské péči a hodnocení zdravotního stavu seniora. Odpovědělo tak zhruba 45 % dotázaných. O něco méně (rozsah 4) by se měla věnovat edukaci o správném léčebném režimu, plánování fyzické a psychické aktivity a sociálnímu poradenství. Takto odpovědělo zhruba 34 % sester. V průměrném rozsahu by se tato sestra měla věnovat edukaci o zdravém životním stylu, pořádání kurzů pro seniory a vzdělávání seniorů. Takto odpovědělo asi 34 % sester. Nejvíce se shodly na edukaci o novinkách v daných oblastech, a to 54 % sester. V minimálním rozsahu (rozsah 2) by pak sestra měla pořádat kurzy pro veřejnost.

Studenti se na prvních čtyřech oblastech (rozsah 5) shodli zhruba v 57 %, na druhém pořadí (rozsah 4) ve 45 % a ve 37 % se shodli na činnostech vykonávaných ve středním rozsahu.

Graf 9 Kurzy pro seniory v podpoře aktivního stáří

(otázka č. 9)



Z celkového počtu odpovědí 33 sester (66 %) a 50 (100 %) studentů je patrné, že by kurzy pro seniory měly být zaměřeny především na podporu fyzického zdraví, jak bylo uvedeno v 68 odpovědích (61 %) sester a ve 157 odpovědích (61 %) studentů. Na druhé místo jsou řazeny kurzy, při kterých jsou podporovány zájmy a udržování společenského kontaktu, včetně sociálního poradenství. To uvedly sestry ve 21 odpovědích (19 %) a studenti 57krát (22 %). S 20 návrhy (18 %) řadí sestry na sejnou pozici podporu psychické kondice, jako je například trénování paměti, vzdělávání seniorů. Studenti tyto kurzy řadí se 44 návrhy (17 %) na 3. místo. Dvě z dotázaných sester uvedly, že by komunitní sestra neměla pořádat pro seniory v podpoře aktivního stáří žádné kurzy.

V tabulce 29 jsou nejčastěji zmíněné kurzy. Jsou řazeny v pořadí fyzická aktivita, psychická aktivita, zájmy a sociální oblast. U každého je pak procentuálně vyjádřeno, kolikrát byly navrženy.

Tab. 29 Kurzy pro seniory – aktivní stáří

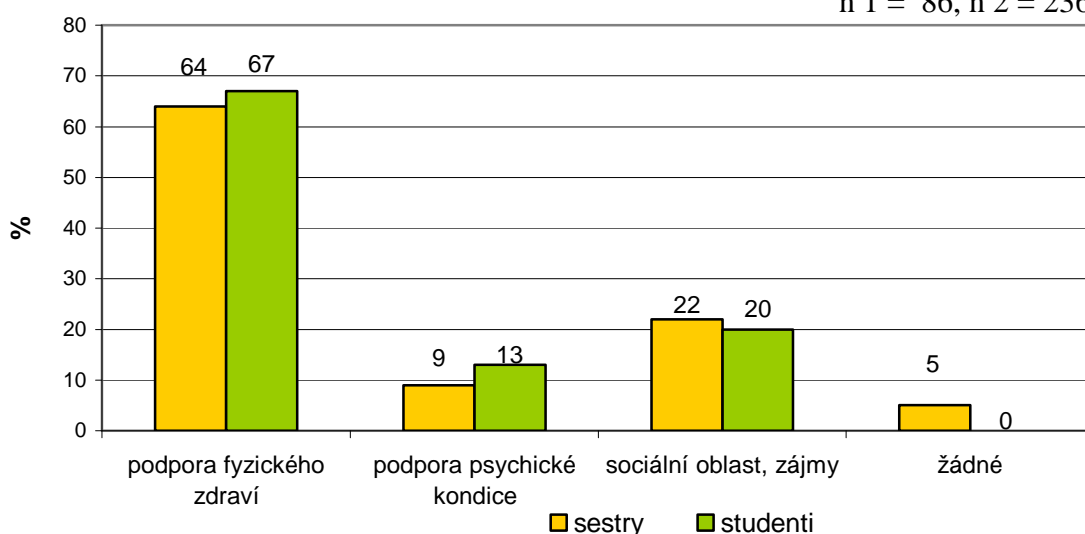
(otázka č. 9)

sestry	%	studenti	%
pohybová aktivita	19	pohybová aktivita, RHB	12
zdravá výživa, diety	17	zdravá výživa	10
léčebné režimy	6	zdravý životní styl	9
vzdělávání, jazyky, PC	11	vzdělávání, jazyky, PC	8
cvičení paměti	3	trénování paměti	4
ruční práce apod.	6	ruční práce apod.	10
turistika	5	soc. poradenství	6

Graf 10 Kurzy pro veřejnost v přípravě na aktivní stáří

(otázka č.10)

n 1 = 86, n 2 = 236



Na tuto otázku odpovědělo 32 sester (64 %) a 48 studentů (98 %). Sestry uvedly 55krát (64 %), že by kurzy pro veřejnost měly být zaměřeny na podporu fyzického zdraví. Studenti uvedli 158 možností (67 %) pro tuto oblast. Podle 19 odpovědí sester (22 %) a 47 odpovědí studentů (20 %) jsou na druhé místo řazeny kurzy podporující zájmy mladší veřejnosti, včetně poradenství v sociální oblasti. Nejméně byly zmiňovány kurzy na podporu psychické kondice, jako je vzdělávání, trénování paměti a podobně. Podle 4 sester (5 %) a 1 studenta (0 %) by neměly komunitní sestry pořádat kurzy pro veřejnost. Zbývajících 18 sester (36 %), které na tuto otázku neodpovídaly, již dříve uvedlo, že by se komunitní sestra této oblasti neměla vůbec věnovat.

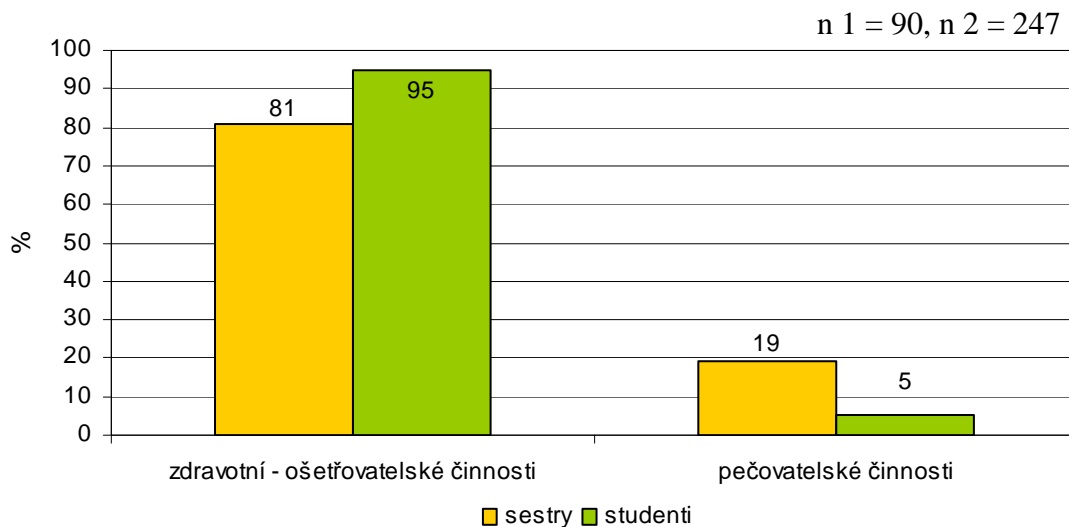
V tabulce 30 jsou uvedeny nejčastěji zmíněné kurzy pro mladší veřejnost. Jsou řazeny v pořadí podpora fyzického zdraví, psychické kondice, zájmy a sociální oblast. U každého je pak procentuálně vyjádřeno, kolikrát byly navrženy.

Tab. 30 Kurzy pro veřejnost – příprava na aktivní stáří

(otázka č. 10)

sestry	%	studenti	%
informace o změnách ve stáří	12	informace o změnách ve stáří	9
zdravá výživa, doplňky stravy	12	zdravý životní styl	9
pohybová aktivita	8	prevence nemocí ve stáří	8
vzdělávání, jazyky, PC	3	přístup k seniorům	6
soc. poradenství	7	vzdělávání	5
zájmy	6	společenské aktivity	4

Graf 11 Ošetrovatelské činnosti poskytované komunitní sestrou (otázka č. 11)



Komunitní sestra by podle sester i studentů měla v péči o seniory a při podpoře aktivního stáří poskytovat především zdravotní – ošetrovatelskou činnost, jako je hodnocení zdravotního stavu, péče o rány, aplikace léků, nácvik sebeobsluhy, měření krevního tlaku, odběry biologického materiálu na vyšetření apod. Sestry v tomto smyslu odpověděly 73krát (81 %) z celkového počtu odpovědí, studenti 235krát (95 %). Komunitní sestra by ale také do jisté míry měla působit jako pečovatelka, podle 17 návrhů (19 %) sester a 12 návrhů studentů (5 %).

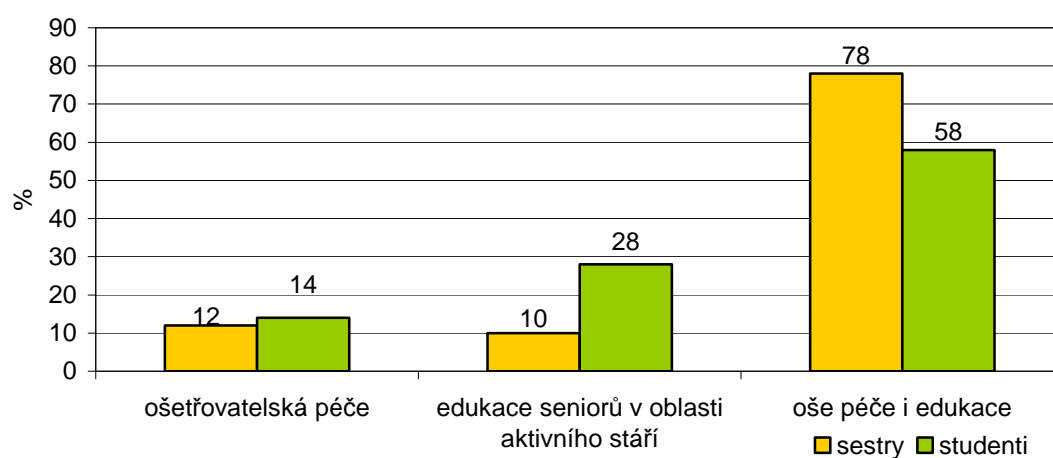
V tabulce 31 jsou uvedeny nejčastěji zmíněné činnosti v pořadí ošetrovatelské činnosti, pečovatelské činnosti. U každého je pak procentuálně vyjádřeno, kolikrát byly navrženy.

Tab. 31 Ošetrovatelské a pečovatelské činnosti (otázka č. 11)

sestry	%	studenti	%
péče o rány	14	edukace - léčebný režim apod.	16
podávání léků, injekce	13	rehabilitace, aktivizace	10
rehabilitace	8	preventivní opatření	7
hygiena	11	hygiena	2
příprava a podávání stravy	6	pomoc při sebepěči	2

Graf 12 Ošetrovatelská péče versus edukace

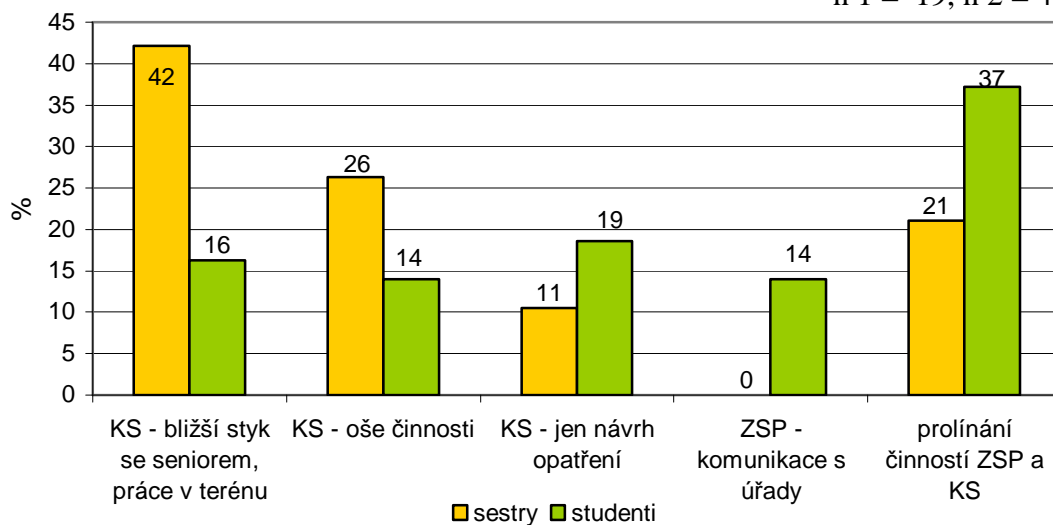
(otázka č. 12)



39 sester (78 %) a 24 studentů (58 %) považuje ošetrovatelskou péči i edukaci seniorů za stejně důležité. Rozdíl mezi zastánkyněmi ošetrovatelské péče či edukace z řad sester je minimální. 14 studentů (28 %) se přiklání k edukaci, 7 (14 %) by jich naopak upřednostnilo ošetrovatelskou péči.

Graf 13 Komunitní sestra versus zdravotně sociální pracovník (otázka č. 13)

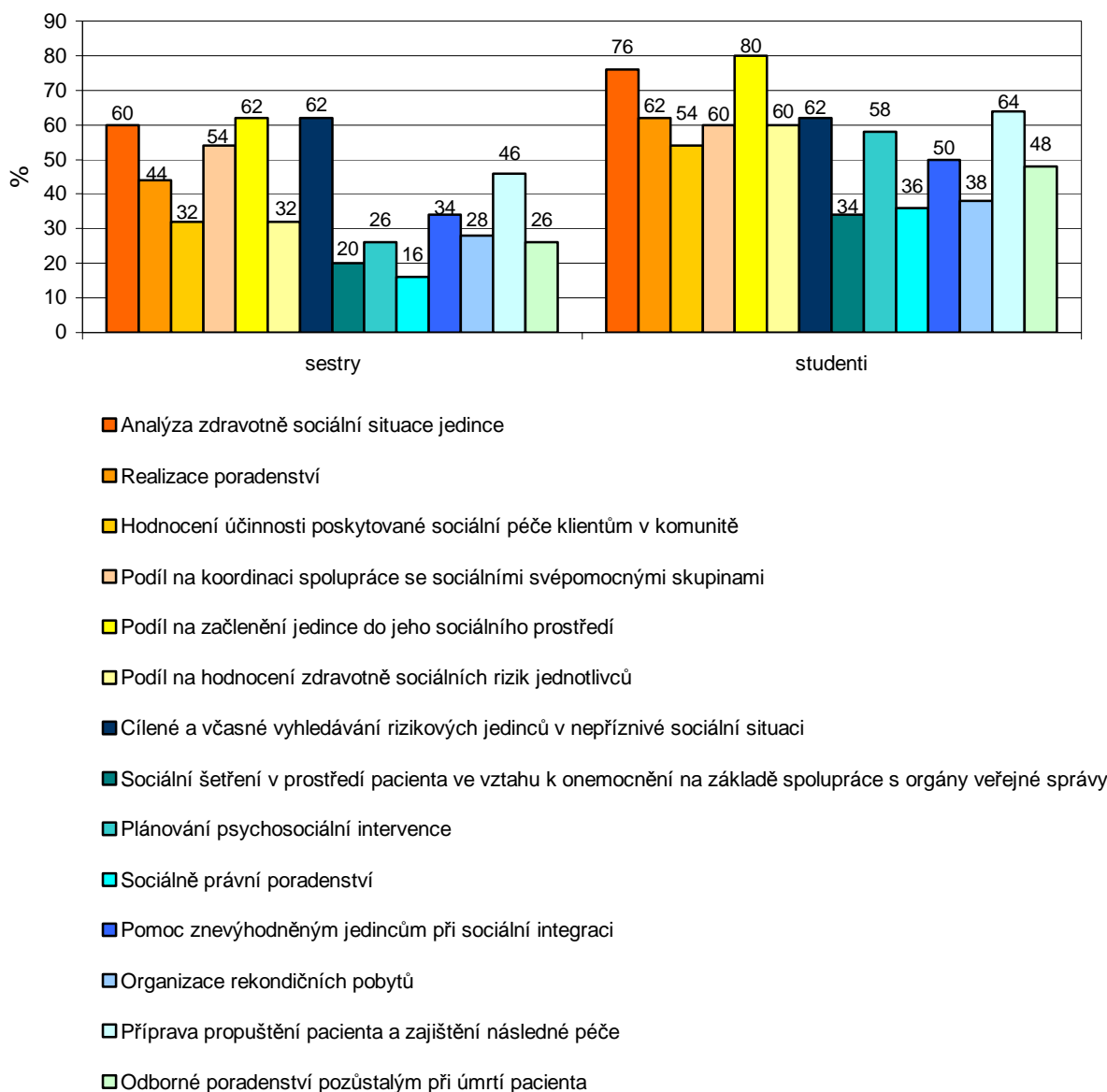
n 1 = 19, n 2 = 43



Sestry z celkového počtu odpovědí 8krát (42 %) uvedly jako rozdíl mezi komunitní sestrou a zdravotně sociálním pracovníkem bližší kontakt sestry se seniorem. Studenti tak uvedli 7krát (16 %). Ošetečnickou činnost zmínily sestry 5krát (26 %), studenti 6krát (14 %). To, že KS dává jen návrhy, které pak realizuje ZSP, uvedly sestry 2krát (11 %), studenti 8krát (19 %). V 16 odpovědích (37 %) sestry a 4 odpovědích (21 %) studenti uvedli, že nelze jednoznačně uvést hranici mezi KS a ZSP. Jejich činnosti se prolínají.

Graf 14 Rozsah sociální činnosti komunitní sestry v péči o seniory

(otázka č. 14)

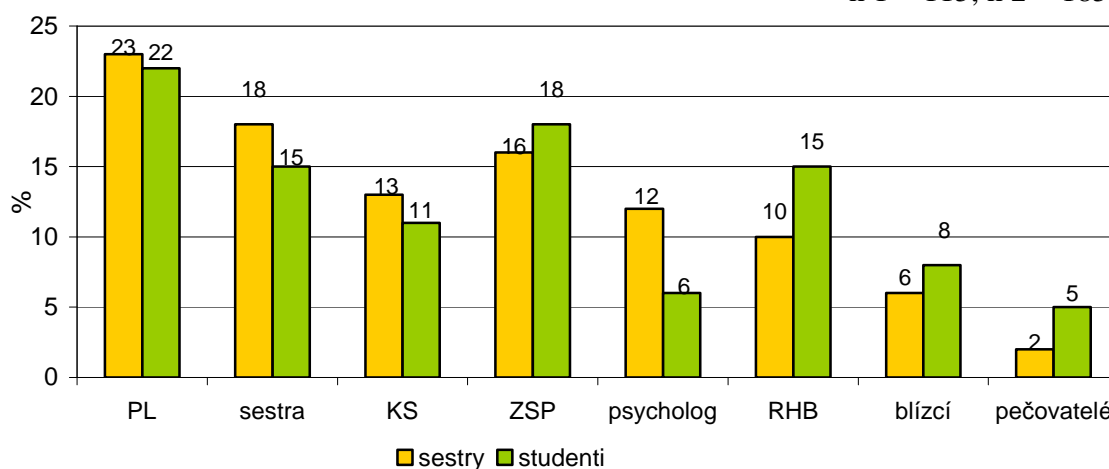


Podle více než poloviny sester by komunitní sestra v péči o seniory měla analyzovat zdravotně sociální situaci jedince, podílet se na koordinaci spolupráce se sociálně svépomocnými skupinami, na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí a měla by vyhledávat rizikové jedince v nepříznivé sociální situaci. Studenti by pak rozšířili její působnost na realizaci poradenství v sociální oblasti, hodnocení účinnosti poskytnuté sociální péče, měla by se také podílet na hodnocení zdravotně sociálních rizik jedince, plánovat psychosociální intervenci a připravovat propuštění pacienta.

Graf 15 Komunitní tým pro přípravu a podporu aktivního stáří

(otázka č. 15)

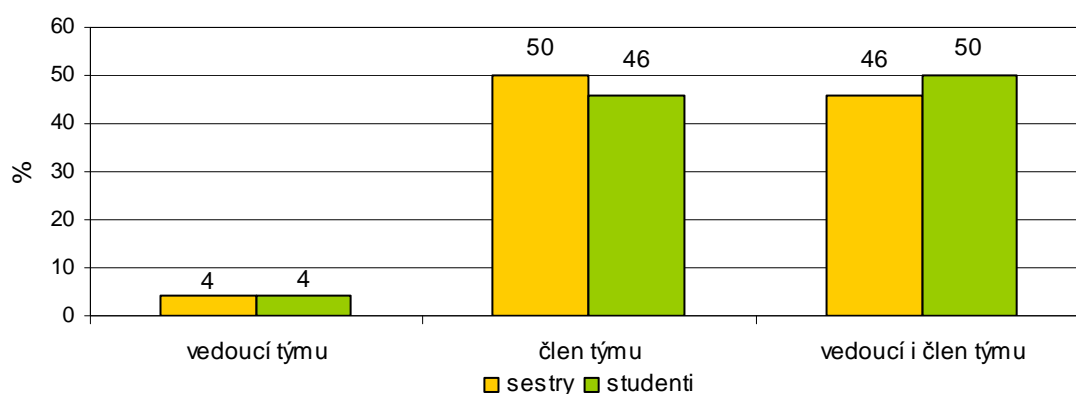
n 1 = 115, n 2 = 185



Podle respondentů by v komunitním týmu měla být sestra či přímo komunitní sestra, jak uvedly sestry ve 36 odpovědích (31 %) a studenti 48krát (26 %). Členem by měl být dále praktický lékař, podle 26 odpovědí sester (23 %) a 40 odpovědí studentů (22 %). Zdravotně sociálního pracovníka uvedly sestry 18krát (16 %) a studenti 34krát (18 %). Dále byli studenty navrženi v tomto pořadí: rehabilitační pracovník, rodina a blízcí, psycholog, pečovatelé. Sestry navrhly psychologa na předposledním místě.

Graf 16 Pozice komunitní sestry v týmu

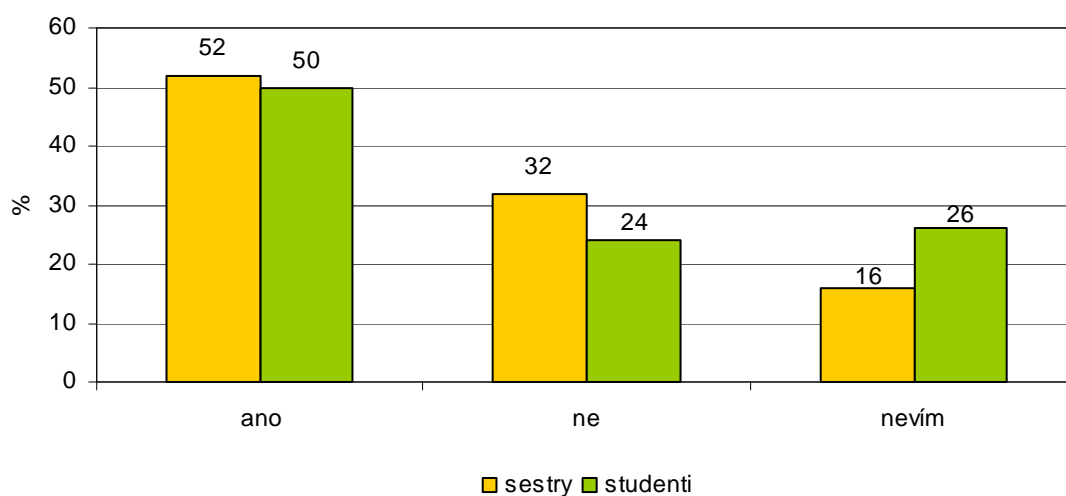
(otázka č. 16)



Respondenti se shodli, že by komunitní sestra neměla být pouze vedoucím komunitního týmu. Sestry (50 %) by ji preferovaly jako člena týmu, studenti (50 %) pak v obou rolích. Rozdíly jsou ale nepatrné.

Graf 17 Komunitní sestra versus všeobecná sestra

(otázka č. 17)



V činnosti komunitní sestry v péči o seniory a všeobecné sestry vidí rozdíl 26 sester (52 %) a 25 studentů (50 %). Naopak rozdíl nevidí 16 sester (32 %) a 12 studentů (24 %). Zhruba stejné množství studentů a 8 sester (16 %) si není jistých.

Tab. 32 Specifika činnosti komunitní sestry v péči o seniory

(otázka č. 17)

n 1 = 25, n 2 = 45

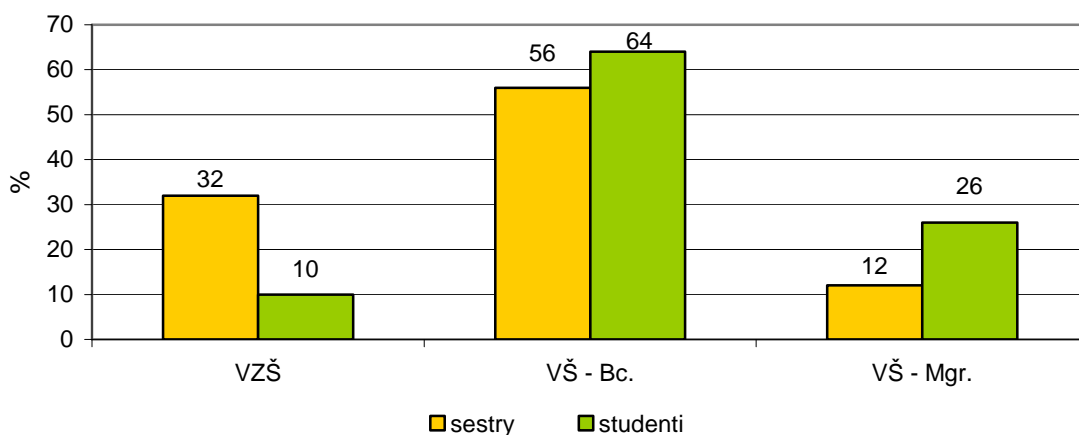
	sestry %	studenti %
práce v terénu	60	38
poradenství v sociální oblasti	24	22
zaměření na seniory	16	40

Z 26 sester jich konkrétní specifika pro KS uvedlo 15 (58 %), z 25 studentů pak 20 (80 %).

Sestry vidí nejvíce rozdíl v terénní činnosti. Uvedly tak 15krát (60 %). Studenti navíc 18krát (40 %) zmínili jako specifikum zaměření na seniory a 10krát (22 %) zaměření na sociální poradenství.

Graf 18 Vzdělání komunitní sestry v péči o seniory

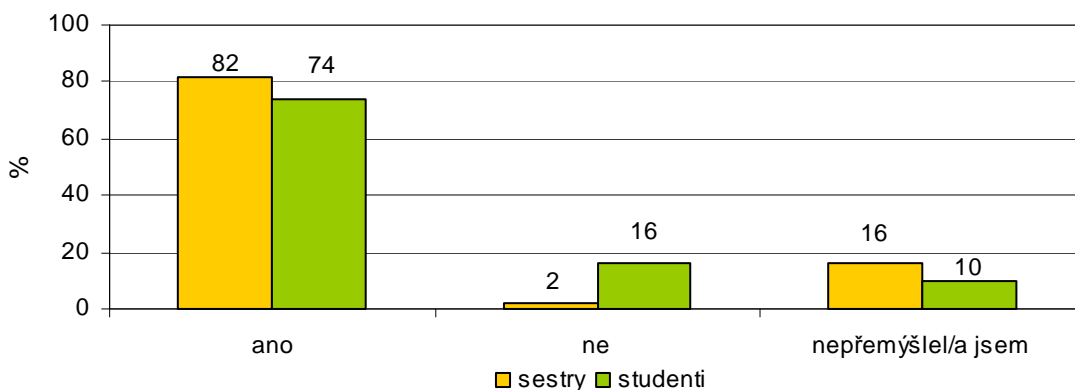
(otázka č. 18)



Názor, že by komunitní sestra v péči o seniory měla mít bakalářské vzdělání, má 28 sester (56 %) a 32 studentů (64 %). 16 sester (32 %) si myslí, že by postačovalo vzdělání vyšší odborné, známé jako diplomovaný specialista. Magisterské vzdělání by komunitní sestra měla mít podle 13 studentů (26 %). Stejného názoru je i 6 sester (12 %).

Graf 19 Názor na bakalářské vzdělání pro výkon komunitní sestry v péči o seniory

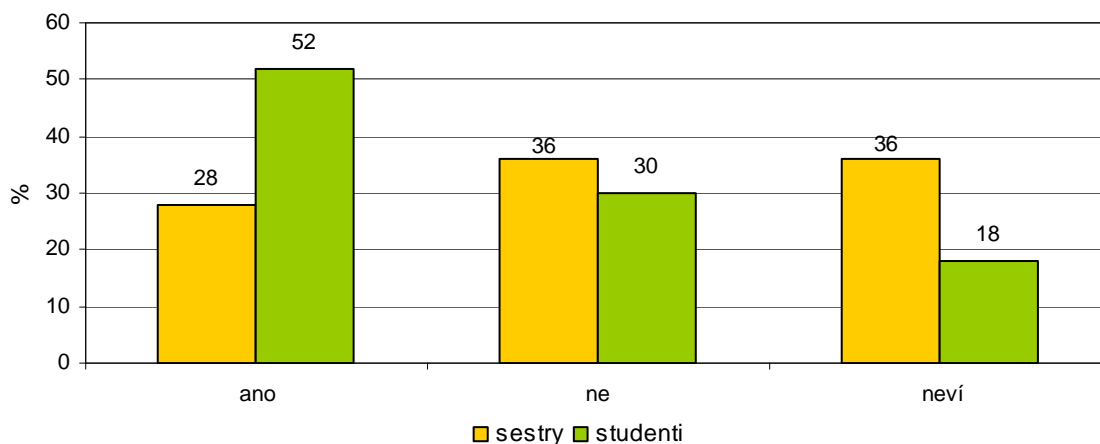
(otázka č. 19)



Bakalářské studium pro výkon povolání komunitní sestry v péči o seniory považuje za dostačující 41 sester (82 %) a 37 studentů (74 %). Za nedostačující ho považuje 1 sestra (2 %) a 8 studentů (16 %). Nijak zvlášť nad tím neuvažovalo 8 sester (16 %) a 5 studentů (10 %).

Graf 20 Informovanost o specializačním vzdělávání

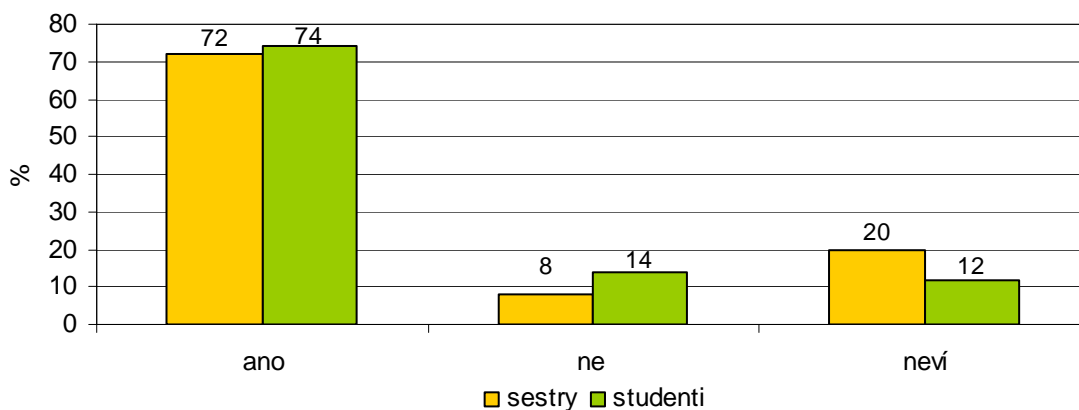
(otázka č. 20)



Že existuje specializační vzdělávání Komunitní ošetrovatelská péče – Komunitní sestra v péči o seniory, ví 14 sester (28 %) a 26 studentů (52 %). 18 sester (36 %) a 15 studentů (30 %) nevědělo, že tato specializace existuje a zatím o tom nepřemýšlelo 18 sester (36 %) a 9 studentů (18 %).

Graf 21 Nutnost specializačního vzdělání

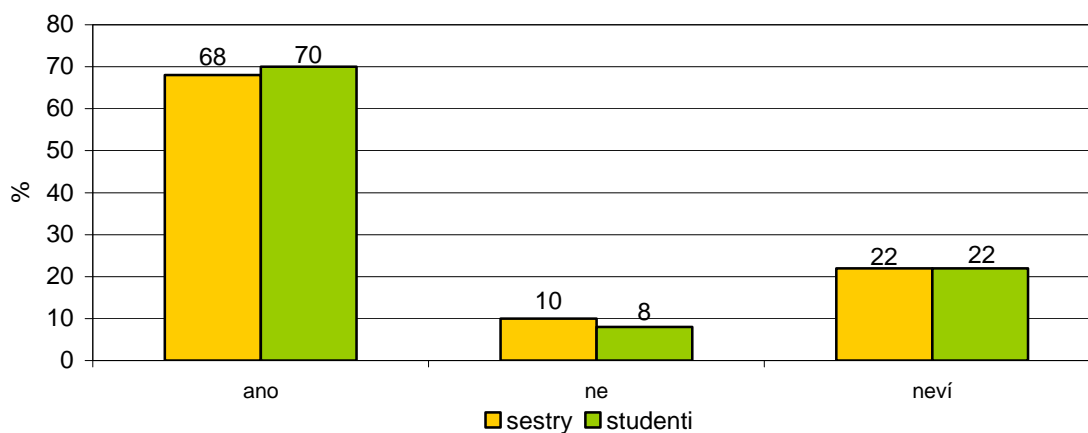
(otázka č. 21)



Pro sestru v péči o komunitu seniorů považuje specializační vzdělání za důležité 36 sester (72 %) a 37 studentů (74 %). 4 sestry (8 %) a 7 studentů (14 %) si nemyslí, že by tato sestra měla mít specializační vzdělání a 10 sester (20 %) a 6 studentů (12 %) neví, zda je to důležité.

Graf 22 Možnost jiného vzdělání pro péči o komunitu seniorů

(otázka č. 22)

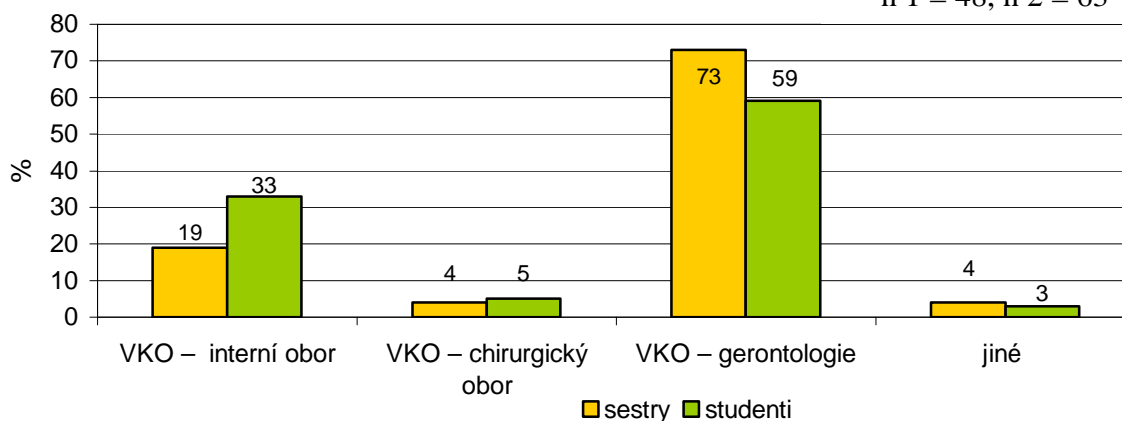


S komunitou seniorů by podle 34 sester (68 %) a 35 studentů (70 %) mohla pracovat i sestra s jiným vzděláním, než je specializace komunitní sestra v péči o seniory. Opačného názoru je 5 sester (10 %) a 4 studenti (8 %). Rozhodnuto není 11 sester (22 %) a stejné množství studentů.

Graf 23 Alternativa vzdělání Komunitní sestra v péči o seniory

(otázka č. 23)

n 1 = 48, n 2 = 63



Z celkového počtu odpovědí vyplývá, že sestry i studenti by jako alternativu vzdělání pro sestru pracující s komunitou seniorů volili vybrané klinické obory se zaměřením na gerontologii. Sestry tak uvedly 35krát (73 %), studenti 37krát (59 %). Interní zaměření sestry uvedly 9krát (19 %), studenti 21krát (33 %). Chirurgický obor byl zmíněn sestrami 2krát (4 %), studenty 3krát (5 %). V komunitě by dle respondentů mohly pracovat i sestry se sociálně právním zaměřením nebo jen kurzem komunitní péče. Vhodná je i praxe.

5. Diskuse

S narůstajícím počtem seniorů je stále aktuálnější otázka, jak tuto generaci udržet aktivní co nejdéle, jak jim pomoci s jejich obtížemi, kterých s věkem přibývá, jak pomoci v udržení kvality jejich života. Pro většinu z nás je prioritou zůstat i ve vysokém věku a s ubývajícím silami ve vlastním prostředí, doma. To nám může umožnit komunitní péče, která poskytuje péči v terénu, ve vlastním prostředí komunit, tedy i seniorů. Oproti zahraničí, kde mají s komunitní péčí o seniory větší zkušenosti, existuje u nás tato péče spíše jen v podobě agentur domácí péče. Ta je navíc zaměřena na klienty, nejen seniory, kteří již zdravotní, ošetrovatelskou péči potřebují. Komunitní péče zahrnuje ale také péči primární, kam řadíme podporu zdraví, prevenci nemocí. V rámci podpory aktivity seniorů je možné využívat různé kluby seniorů, univerzity třetího věku. Aktivní stáří lze také podporovat vhodnou edukací, poradenstvím, volnočasovými aktivitami i ošetrovatelskou péčí. Na tomto všem se může podílet komunitní sestra. V posledních letech se u nás komunitní ošetrovatelská péče dostala i do vzdělávání sester, a protože existuje specializace Komunitní sestra v péči o seniory, zjišťovali jsme, jaký podíl by měla mít komunitní sestra na podpoře aktivního stáří. Zajímaly nás názory seniorů samotných, mladší veřejnosti, která se teprve chystá na své stáří, ale i sester a studentů oboru Všeobecná sestra.

Respondenty seniory jsme hledali mezi studenty univerzity 3. věku. To že studují, je důkaz, že žijí aktivním životem. Jak uvádí Holmerová (13) nebo Čeledová (1), celoživotní vzdělávací programy pomáhají rozvíjet osobnost a podporují seberealizaci. Rozhovory byly provedeny se 3 muži (50 %) a 3 ženami (50%), stejně jako u mladší veřejnosti. 2/3 seniorů (4) byly ve věku 65 – 69 let, stejné množství jich žije s manželem či manželkou a ve větším městě. 2/3 respondentů mladší veřejnosti (4) byly ve věku 50 – 54 let, stejný počet jich žije s rodinou. Ve větším městě žijí 3 respondenti. Jak ze skupiny seniorů tak z mladší veřejnosti byli zastoupeni respondenti žijící na vesnici i na malém městě. Více je uvedeno v tabulce 1 a v přílohách 4 a 5.

Sestry jsme náhodně vybírali mezi těmi, které mají zkušenost v péči o seniory, tedy sestry praktických lékařů a sestry interních či chirurgických oddělení. Všech 50 sester byly ženy (100 %). Nejvíce sester bylo ve věku 29 – 55 let (27 sester – 54 %). 66 % sester (33) má jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské vzdělání a přibližně stejný počet sester (62 %) má praxi ve zdravotnictví od 14 do 28 let.

Mezi 50 studenty byli 2 muži (4 %). Většina studentů, a to 39 dotázaných (78 %), byla ve věku 20 – 28 let. Většina z nich (86 %) má prozatím středoškolské vzdělání.

Protože u nás není komunitní péče jako taková zatím ještě rozšířena, zajímalo nás, co si senioři i mladší veřejnost pod pojmem „komunitní sestra v péči o seniory“ představují. 9 respondentů z 12 tento pojem nikdy před tím neslyšelo. Pouze 1 respondent znal pojem a význam komunitní sestry v péči o seniory. Tento respondent je lékař. Jistě se setkal v rámci své profese s geriatrickými sestrami, které pracovaly v ambulancích praktických lékařů. Terénní činnost (návštěvní služba), kterou geriatrické sestry vykonávaly v rámci preventivní i léčebné ošetrovatelské péče, patří i do činnosti komunitní sestry. Respondentům jsme nastínili na základě vyhlášky č. 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků, kdo je komunitní sestra v péči o seniory. S tímto popisem souhlasila představa 4 seniorů a pouze 1 respondenta mladší veřejnosti (již zmíněný lékař). Veřejnost ve svých odpovědích uváděla geriatrickou sestru, sestru pracující v domovech pro seniory, ale také pečovatelku nebo sestru u praktického lékaře. Senioři také ovlivnili zkušenost s ošetrovatelkou, pečovatelkou či sestrou v domovech pro seniory (tab. 2, 3). Tyto odpovědi byly zcela jistě uvedeny i z toho důvodu, že jsme v rozhovorech s respondenty užívali pro přiblížení tématu spíše označení „sestra pracující s komunitou seniorů“.

Ptali jsme se i sester a studentů. Informace o komunitní sestře v péči o seniory mají všichni studenti (50). Nejčastěji se o ní dozvěděli při studiu (71 %). Sestry jsou informovány pouze v 56 % (28 sester). U nich jako zdroj informací převládají odborné semináře a odborné materiály (65 %) (graf 1, 2).

Při rozhovorech jsme se seniorů i mladší veřejnosti ptali, jaké vzdělání by sestra, která pracuje s komunitou seniorů, měla mít. Z pohledu seniorů není rozhodující úroveň

vzdělání sestry. Měla by mít všeobecné zdravotní vzdělání, vzdělání v sociální oblasti a praxi v péči o seniory. Naopak mladší veřejnost preferuje minimálně vyšší odborné vzdělání. Sestra by dle nich měla mít všeobecné zdravotní vzdělání, specializované vzdělání v péči o seniory a praxi v péči o seniory. I pro veřejnost je důležitá sociální oblast (tab. 4, 5). Mimo vzdělání kladou senioři důraz i na vlastnosti a dovednosti sester. Jak uvádí tab. 6, sestra musí mít vztah ke starým lidem a umět s nimi komunikovat. Stejného názoru je i mladší veřejnost. Ostatně efektivní komunikace s klientem vzhledem k věkovým a multikulturním odlišnostem patří k dovednostem sestry zmíněných v rámcovém vzdělávacím programu (53). Pro seniory je navíc důležité, aby sestra byla empatická, měla etické a morální zásady a byla zručná. Tyto „požadavky“ jsou zcela pochopitelné. Kdo z nás by chtěl, aby se o něj starala sestra, která neutěší vhodným slovem, nepodpoří nás psychicky, nepovzbudí k trpělivosti a naději? Všichni máme jistě zkušenosti, že vlídné slovo a naslouchání pomůže mnohdy více než bezchybně provedený odborný výkon. Navíc efektivní komunikace nám může pomoci odhalit známky skrytých problémů nebo i nevhodného zacházení se seniory.

Chtěli jsme znát názor také odborné strany. Podle 90 % studentů a téměř 70 % sester by komunitní sestra měla mít vysokoškolské vzdělání, přičemž upřednostňují bakalářský program (graf 18, 19). To, že existuje specializační vzdělání Komunitní sestra v péči o seniory, ví přes 50 % studentů a necelá 1/3 sester. 3/4 sester i studentů považuje toto vzdělání za důležité pro činnost komunitní sestry (graf 20, 21). Současně by podle zhruba 70 % dotázaných mohla mít sestra pracující s komunitou seniorů i jiné vzdělání. Nejčastěji volili respondenti vybrané klinické obory se zaměřením na gerontologii, asi v 65 % (graf 22, 23). V jakém jiném oboru bychom se měli lépe seznámit s tématem stáří?

Komunitní péče je poskytována v prostředí komunity, v terénu. Jak uvádějí Simandlová (47) nebo Hlinková (12), ve Velké Británii je komunitní péče poskytována v rodinách či centrech zdraví, kde pracuje tým zdravotníků, nebo přímo v residenčních domech. Zdravotnická centra jsou rozšířena i ve Finsku, jak uvádí Festová (7). Zmiňuje i samostatně pracující sestry, se kterými se můžeme setkat u nás. My jsme se proto ptali seniorů a mladší veřejnosti, kde by se oni chtěli setkávat s komunitní sestrou. Jak

ukazuje tab. 7, z nabídnutých možností volili nejčastěji, snad proto, že je tato forma u nás nejrozšířenější, zdravotní agentury (obdoba agentur domácí péče). Seniorům byla blízká i forma komunitních zdravotních center, která mohou navštěvovat sami, dle svých potřeb. Sami pak zmínili i formu pomoci na telefonu. Nikdo si nepřejeme, aby nám byly „vnucovány“ rady ohledně našeho zdraví, abychom byli řízeni někým druhým. To potvrdili i samotní respondenti, z jejichž odpovědí vyplynulo, že by služby komunitní sestry měly být poskytovány na základě iniciativy samotné veřejnosti, seniorů. Také uvedli, že by komunitní sestra měla spolupracovat s praktickým lékařem (tab. 8). Ostatně činnosti, které komunitní sestra vykonává bez odborného dohledu a bez odborné indikace lékaře, a činnosti, které vykonává na základě indikace lékaře, jsou vymezeny ve vyhlášce č. 424/2004 Sb. Můžeme si také myslet, že ve spolupráci komunitní sestry a lékaře hledají respondenti ujištění, že péče bude poskytnuta kvalifikovaně, že nebude vycházet jen z vůle a rozhodnutí sestry. Zdravotní agentury upřednostňují i sestry a studenti, a to zhruba v 50 %. V necelých 25 % volili i komunitní zdravotní centra a studenti navíc soukromé ordinace sester (graf 3). Nejsme na nové formy poskytování služeb zvyklí nebo nám prostě vyhovuje dosavadní systém?

Stárí je spojeno se změnami biologickými, psychickými i se změnami v sociální oblasti člověka. Některé změny ale můžeme ovlivnit, zpomalit. Proto je vhodné připravovat se na vlastní stárí a to již od mládí, jak uvádí Poláchová (43) nebo Gruberová (8). *Zajímalo nás, jestli se připravuje mladší veřejnost na vlastní stárí a jestli si udržuje fyzickou, psychickou a sociální aktivitu.* Jak ukazuje tab. 10, respondenti mladší veřejnosti se nejvíce obávají na stárí nemocí a bezmocnosti. Přesto ale tvrdí, že se na stárí nijak zvlášť nepřipravují (tab. 9). Můžeme-li tedy mluvit o přípravě, pak je nejběžnější formou přípravy pro veřejnost spojení si, snaha o zdravé stravování a dodržování fyzické aktivity. Senioři také uváděli, že se na vlastní stárí nijak zvlášť nepřipravovali. U nich převažovalo udržování fyzické aktivity a sociálních kontaktů. Pod spojením si můžeme představit důchodové připojištění, které je iniciativou každého z nás. Otázkou ovšem je, co konkrétně respondenti mysleli snahou zdravě se stravovat či dodržováním fyzické aktivity. Málokdo asi uplatňuje striktně zásady zdravé výživy, ale i „nějaké“ omezení tuků, zařazení zeleniny a ovoce do

jídelníčku, dodržování pitného režimu a nepřejídání se je přínosné. A pohybová aktivita? Nemusí jít nutně o pravidelné sportování. Vždyť i jízda na kole, procházky nebo i nahrazení automobilu chůzí je pohybová aktivita. V souvislosti s přípravou na stáří nás také zajímalo, jestli by respondenti využili komunitní sestru (tab. 11). 3 respondenti by ji nevyužili. Ostatní by ji využili jako poradkyni a podporu ve vlastní přípravě. Nejvíce pak v podpoře zdravého životního stylu, podání informací o přípravě na stáří a o možnostech pro seniory.

Protože je práce zaměřena na podíl komunitní sestry na podpoře aktivního stáří, zajímalo nás, co si pod aktivním stáří představují samotní respondenti. Senioři si představují přiměřenou fyzickou aktivitu a kondici, schopnost postarat se o sebe a udržovat kontakty s rodinou, přáteli. Mladší veřejnost vidí aktivní stáří ve fyzické aktivitě a kondici, psychické kondici, udržování kontaktů s rodinou a přáteli. Pod psychickou kondicí si představují bystrou mysl. Mohli bychom přidat zájem o dění kolem sebe, zájem o kulturu a koníčky (tab. 12). Celkově převažuje oblast fyzické aktivity, poté sociální oblast a nakonec psychická aktivita. Ptali jsme se také sester a studentů. Zde byl shodný názor (graf 6). Zmínili ale také možnost vzdělávání se (tab. 27). V podstatě byly respondenty uvedeny stejné znaky, jako ty, o kterých mluví i Holmerová (13) – nezávislost, účast ve společnosti, seberealizace, důstojnost. Každý z nás je bere jako „samozřejmost“. Někdy ale stačí málo, a my se můžeme v některém směru cítit omezeni. Zajímalo nás proto, jestli by respondenti v podpoře aktivního stáří využili služeb komunitní sestry (tab. 13). Mladší veřejnost by komunitní sestru využila. Senioři by sestru využili spíše až později, kdy už nebudou tak soběstační nebo budou potřebovat určitou péči, podporu. Je pravdou, že dokud člověk může, raději využije vlastní síly, než aby byl odkázaný na druhé.

Sester a studentů jsme se ptali, jaké si myslí, že má komunitní sestra v péči o seniory kompetence (graf 4, tab. 26). Chtěli jsme zjistit, jestli upřednostňují některé oblasti nebo zmíní činnosti, které by si představovali v kompetencích sestry pracující s komunitou seniorů. Možná proto, že tato otázka vyžadovala více času na přemýšlení nebo proto, že se zhruba polovina sester s pojmem komunitní sestra v péči o seniory zatím blíže neseznámila, odpovídala na tuto otázku jen necelá polovina sester, a to

převážně sestry od praktických lékařů. V 80 % odpovědí převládaly činnosti odborné ošetrovatelské a zdravotní péče jako například sledování a hodnocení zdravotního stavu, ošetrovatelská péče, edukace, preventivní opatření, kontrola dodržování léčebného režimu, specializované výkony. V 15 % uváděli respondenti také sociální oblast, především poradenství. Komunitní sestra by ale také měla do jisté míry poskytovat pečovatelské služby (osobní hygiena, pomoc v sebeděči).

Předpokládali jsme, že sestry u komunitní sestry preferují roli poskytovatelky péče a studenti roli edukátorky (hypotézy 1, 2). Nechceme tvořit předsudky, ale vycházeli jsme ze skutečnosti, že studenti se během svého studia zabývají výchovou ke zdraví, edukací. Mají „čerstvé“ informace a mohou být nabiti elánem a nápady pro práci nejen se seniory. Sestry mají na druhou stranu delší praktickou zkušenost, ale právě proto mohou upřednostňovat spíše jen poskytování péče. Navzdory tomu musíme uvést, že obě skupiny považují roli poskytovatelky péče a roli edukátorky za stejně důležité. Přesto nemůžeme říci, že by se nám hypotézy úplně nepotvrdily. Jak totiž ukazuje graf 12, ostatní sestry by volily spíše poskytování péče, zatímco studenti edukaci. Podobně můžeme odvodit i z grafu 8. Zde uvedli studenti, že by se komunitní sestra měla věnovat v nejvyšší míře i oblasti edukace o zdravém životním stylu, o správném léčebném režimu. Stejně tak uvedli vyšší míru podílu na edukaci o novinkách v oblasti zdraví a pořádání kurzů pro seniory.

Podpora aktivního stáří může zahrnovat mnoho oblastí. My jsme se seniorů a mladší veřejnosti ptali, zda by očekávali pomoc komunitní sestry v konkrétních oblastech. Poptávka po službách totiž udává nabídku služeb. Sami jsme si položili otázku, *jestli senioři nebo i mladší veřejnost očekávají od komunitní sestry jen ošetrovatelskou péči, zda očekávají pomoc v oblasti edukace o zdravotním stylu a zda chtějí, aby jim komunitní sestra poskytovala pomoc v oblasti sociální.* Jak totiž uvádí nejen Jarošová (17), sestra má včetně role ošetrovatelky i roli edukátorky, konzultantky, obhájkyně práv pacientů, manažerky atd.

V oblasti ošetrovatelské péče očekávají senioři především, že jim sestra bude měřit fyziologické funkce (krevní tlak, puls), bude převazovat rány, u méně soběstačných sledovat, zda správně užívají léky, případně jim i léky na základě ordinace

lékaře zprostředkuje. Mladší veřejnost pak očekává od sestry měření fyziologických funkcí, kontrolní vyšetření například hladiny cukru v krvi, cholesterolu, sledování jejich fyzického stavu, provádění převazů ran. Jak ukazuje tabulka 14, mladší veřejnost očekává od sestry více činností. V oblasti edukace o zdravotním stylu (tab. 15, 16) očekávají senioři od komunitní sestry zaměření se především na výživu a pitný režim, pohybovou aktivitu, doporučení vhodných pomůcek, doporučení vhodného přístupu, diety a dohled nad užíváním léků v rámci léčebného režimu. Sestra by také mohla doporučit, případně pomoci realizovat vhodné pohybové a psychické aktivity (tab. 17). Konkrétně pak mají senioři na mysli tělesné cvičení a trénování paměti, jak ukazuje tab. 18. Pro seniory by sestra mohla pořádat kurzy zaměřené na diety a vhodnou výživu, o pohybových aktivitách, ale také třeba počítačové kurzy. Pro veřejnost by kurzy měly být zaměřeny na zdravý životní styl, zdravou výživu, první pomoc, aktivní životní styl a pohybové aktivity. Veřejnost si také myslí, že by sestra měla edukovat o zdravé výživě, pitném režimu, dietě, o vhodném přístupu k léčebnému režimu. Navíc by měla edukovat o prevenci civilizačních chorob, o preventivních programech. I veřejnost je názoru, že by sestra měla aktivity seniorovi spíše jen doporučovat, eventuálně pomoci naplánovat a realizovat. Zaměřit by se měla hlavně na tělesné cvičení. To, že by iniciativa měla být na straně seniora, si uvědomuje malá část mladší veřejnosti. Podle veřejnosti by sestry mohly pořádat pro seniory kurzy zdraví, prevence, životosprávy, výživy a volnočasových aktivit. Pro veřejnost navíc o změnách ve stáří, přípravě na stáří (tab. 19, 20). Může nás těšit, že není na sestru pohlíženo jako na někoho, kdo jen „podá léky, píchne injekci, převáže ránu“, ale že je vnímána jako profesionálka, která je schopná poradit v různých oblastech zdraví, edukovat, navrhnout změnu a že je to od ní i očekáváno.

Zajímal nás i názor sester a studentů. V ošetrovatelské péči by se zaměřili na edukaci o správném léčebném režimu, péči o rány, rehabilitaci, podávání léků, injekcí a na preventivní opatření (tab. 31). Jak pro seniory, tak pro veřejnost by podle nich měly být kurzy zaměřeny především na podporu fyzického zdraví (graf 9, 10).

Jak je vidět z předchozích výsledků, senioři i veřejnost očekávají od komunitní sestry pomoc také v oblasti sociální. Podle vyhlášky 424/2004 Sb., kterou se stanoví

činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, je v komunitní péči propojena péče zdravotní s péčí sociální. Vybrali jsme činnosti komunitní sestry a činnosti zdravotně sociálního pracovníka (příloha 6). Respondenti tak vybírali z širší nabídky. Je zajímavé, jak ukazuje tab. 22, že senioři mají větší požadavky na komunitní sestru. Zapojení sestry očekávají v 83 % zmíněných činností, zatímco mladší veřejnost v 50 % zmíněných činností. Může to být dáno tím, že mladší lidé si zatím ještě mnoho záležitostí vyřídí sami. Nejsou odkázáni na pomoc druhých, orientují se alespoň okrajově v problematice. V odpovědích respondentů jsou rovnoměrně zastoupeny činnosti, které připadají do kompetencí komunitní sestry (body a – f) i do činnosti zdravotně sociálního pracovníka (body g – n). Můžeme tedy usuzovat, že veřejnost, nejen senioři, by uvítala u komunitní sestry širší rozsah kompetencí. Je pro ně jistě výhodnější, když jim záležitosti pomáhá řešit jedna známá osoba, než když by se měli svěřovat více lidem i přesto, že jsou to odborníci v dané problematice.

Na totéž jsme se zeptali sester a studentů. Vyšší očekávání mají studenti. Ti ve větší míře volili i činnosti spadající do kompetencí zdravotně sociálního pracovníka (graf 14). V souvislosti se sociální oblastí jsme se také sester a studentů ptali, kde vidí hranici v činnosti mezi komunitní sestrou a zdravotně sociálním pracovníkem. Jak ukazuje graf 13, sestry vidí nejčastěji rozdíl v bližším styku komunitní sestry se seniorem, studenti velký rozdíl nevidí. Činnosti se podle nich prolínají. Může to být ovlivněno právě zmíněnými činnostmi, ze kterých respondenti mohli vybírat.

Mezi komunitní sestrou v péči o seniory a všeobecnou sestrou vidí polovina dotázaných studentů i sester rozdíl, a to v terénní činnosti, v zaměření se na seniory a v sociálním poradenství (graf, 17, tab. 32). Nejvýznamnějším rozdílem je jistě terénní činnost a sociální oblast, protože všeobecné sestry známe hlavně z lůžkových zařízení, z ordinací praktického lékaře apod. Blízko ke komunitní péči mohou mít sestry u praktických lékařů, provádí-li návštěvní službu. To ale není pravidlem. S poradenstvím v sociální oblasti se u všeobecné sestry také nesetkáme v takové míře. Spíše nám sestra poradí, na koho se můžeme obrátit, máme-li problém. Zaměření na seniory nevnímáme jako podstatné specifikum komunitní sestry v péči o seniory. Ano,

pracuje se seniory, ale s těmi pracují i sestry v nemocnicích, u praktického lékaře, na gerontologických odděleních aj.

Většina respondentů se až prostřednictvím našeho výzkumu setkala blíže s pojmem, funkcí komunitní sestry. Proto nás zajímalo, zda vidí pro sebe výhody či nevýhody v její činnosti. Jak uvádějí tabulky 23, 24, výhody vidí, až na jednoho respondenta, který by komunitní sestru zatím nevyužil, všichni senioři i mladší veřejnost, a to v možné pomoci a společnosti osamělým seniorům, včasném odhalení obtíží, v koordinaci péče. Možné nevýhody vidí v poskytování nekvalitní péče, nedůvěře ze strany klientů, nedostatečné informovanosti veřejnosti o službách pro seniory a možném zneužití kompetencí komunitní sestrou, respektive využití příležitosti ze strany „podvodníků“. Podobných případů, kdy lidé zneužijí důvěřivosti starých lidí, bohužel přibývá.

Z výsledků je vidět, že by komunitní sestra v péči o seniory byla využívána. Mají ale o toto povolání zájem studenti, kteří čerpají informace zatím spíše teoreticky, nebo zdravotní sestry, které již mají určité zkušenosti v péči nejen o seniory? Více jak polovina studentů a téměř 70 % sester zájem o činnost komunitní sestry nemá. 1/3 studentů by pak toto povolání chtěla vykonávat. Paradoxně by však polovina sester i studentů v budoucnu služeb komunitní sestry v péči o seniory využila. 1/3 sester a necelá 1/2 studentů zatím neví, zda by služeb využily. I tak to může být důvod k podpoře tohoto oboru a systému péče.

6. Závěr

Protože počet seniorů v populaci ČR neustále stoupá, je téma našeho výzkumu zcela určitě aktuální. Téma „Podíl komunitní sestry na podpoře aktivního stáří“ lze pojmout více způsoby. My jsme se zaměřili na zjištění názoru o činnosti komunitní sestry v péči o seniory u těch, kterých se tato problematika týká nebo v budoucnu může týkat.

Našimi cíli bylo zjistit, co od komunitní sestry pro seniory očekávají senioři a mladší veřejnost a co si pod pojmem komunitní sestra v péči o seniory představuje sestra a co student 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, ZSF JU. Cíle byly splněny.

Pro kvalitativní výzkum jsme si stanovili několik výzkumných otázek: 1) Očekávají senioři od komunitní sestry jen ošetrovatelskou péči? 2) Očekávají senioři od komunitní sestry pomoc v oblasti edukace o zdravotním stylu? 3) Chtějí senioři, aby jim komunitní sestra poskytovala pomoc v oblasti sociální? 4) Připravuje se mladší veřejnost na vlastní stáří? 5) Udržuje si mladší veřejnost fyzickou, psychickou a sociální aktivitu? 6) Očekává mladší veřejnost od komunitní sestry pro seniory jen ošetrovatelskou péči? 7) Očekává mladší veřejnost od komunitní sestry pro seniory pomoc v oblasti edukace o zdravotním stylu? 8) Chce mladší veřejnost, aby jim komunitní sestra pro seniory poskytovala v budoucnu pomoc v oblasti sociální?

Na otázky se nám podařilo najít následující odpovědi. Protože se některé názory seniorů a mladší veřejnosti shodovaly, užili jsme u konkrétních odpovědí jednotného pojmenování „veřejnost“.

Veřejnost očekává od komunitní sestry péči ošetrovatelskou, zdravotní i pomoc v oblasti sociální.

Veřejnost očekává od komunitní sestry zaměření se na edukaci v oblasti zdravého životního stylu, léčebného režimu. Sestra by se měla věnovat oblastem jako pitný režim, zdravá strava, vhodná dieta, pohybová aktivita, dohled nad užíváním léků v rámci léčebného režimu. Sestra by také mohla doporučit, případně pomoci realizovat vhodné pohybové a psychické aktivity.

Senioři očekávají od komunitní sestry v oblasti sociální širší pomoc než mladší veřejnost. Sestra by se měla věnovat i činnostem, které připadají do kompetencí zdravotně sociálního pracovníka.

Finanční zajištění, zdravá strava a fyzická aktivita jsou formou přípravy mladší veřejnosti na vlastní stáří.

Mladší veřejnost chce být komunitní sestrou informována o změnách ve stáří, o přípravě na stáří a možnostech pro seniory.

Pro kvantitativní výzkum jsme si na začátku výzkumu stanovili také hypotézy: 1) Sestra preferuje u komunitní sestry spíše roli poskytovatelky péče (potřebné péče) než roli edukátorky v podpoře aktivního stáří. 2) Studenti 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, ZSF JU preferují u komunitní sestry spíše roli edukátorky v podpoře aktivního stáří než roli poskytovatelky péče (potřebné péče). Obě hypotézy se nám potvrdily. I když velká část sester i studentů považovala roli poskytovatelky péče a roli edukátorky za stejně důležité, ostatní sestry volily spíše poskytování péče, zatímco studenti edukaci.

V naší republice není komunitní péče o seniory ještě tak rozvinuta jako v jiných zemích. Některé sestry, natožpak veřejnost nemají ani dostatek informací o službách pro seniory, které by mohli využívat. My jsme zjišťovali, co by veřejnost očekávala od sestry, která pracuje s komunitou seniorů, a také co si pod činností komunitní sestry představují ti, kteří mají k tomuto povolání nejbližší.

Naše výsledky mohou posloužit k podrobnějšímu výzkumu, mohou se také stát inspirací pro vzdělávací programy a kurzy v oboru komunitní péče o seniory či mohou posloužit pro rozvoj komunitního plánování v podpoře aktivního stáří. Přispějí tak snad ke změně představy, že sestra, která pracuje s komunitou seniorů, nemusí být nutně jen sestra, která „podá léky, píchne injekci, převáže ránu“, sestra z domu pro seniory, ošetřovatelka, pečovatelka, ale že to může být někdo, kdo navíc poradí v sociální oblasti, je společníkem seniora, podpoří ho například ve volnočasových aktivitách, v prevenci i k aktivnímu stáří.

7. Literatura

1. ČELEDOVÁ, L. a kol. Mimopracovní aktivity seniorů jako nedílná součást zdravotně sociální prevence. In *Geriatría: odborný časopis slovenských a českých geriatrov*. 2005, roč. 11, č. 2, str. 73 – 76. ISSN 1335–1850.
2. ČELEDOVÁ, L., ZAVÁZALOVÁ, H. Zdravotně sociální prevence u seniorů. In *Zdravotnictví v České republice*. 2005, roč. VIII, č. 2, s. 44 – 45. ISSN 1213–6050.
3. ČIŽMÁRIKOVÁ, I. Násilie na seniorech. In *Sestra a lékař v praxi*. 2008, roč. VII, č. 3 – 4. Tem. zošit 102: Ošetrovatel'stvo v geriatrii. s. 38 - 40. ISSN 1335-9444.
4. DRDULOVÁ, A., OPLATKOVÁ, K. Vše o specializačním vzdělávání. In *Florence*. Praha, 2008, roč. IV, č. 9, str. 328. ISSN 1801-464X.
5. DVOŘÁČKOVÁ, D. Úspěšné stárnutí – užitečné rady na cestě ke stáří. In *Sborník V. mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus: 27. a 28. května 2008, objekt ZSF JU "Vltava" České Budějovice*. 1. vyd. České Budějovice: JU v ČB. ZSF, 2008. s. 115 – 121. ISBN 978-80-7394-100-0.
6. FARSKÝ, I. a kol. Determinanty kvality života v séniu. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve. Sborník*. Martin: JLF UK, 2005. Výzkum, s. 292 – 299. ISBN 80-88866-32-4.
7. FESTOVÁ, A. *Vize komunitního ošetrovatel'ství v ČR*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatel'ství, 2006. 194 s. Vedoucí diplomové práce Valérie Tóthová.

8. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 1999. 97 s. ISBN 80-7040-364-0.
9. Geografický server. *Státy podle střední délky života*. [online]. c2008, [cit. 2008-09-20]. URL <<http://www.zemepis.com/vek.php>>.
10. GULÁŠOVÁ, I. Sestra v komunitním ošetrovatelstve. In *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí na téma: „Multidisciplinární tým“*. 27. 4. 2006, Katedra ošetrovatelství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. Postery. s. 44 – 46. ISBN 80-7013-437-2 .
11. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. čes. Vyd. Martin: Osveta, 2007. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
12. HLINOVSKÁ, J. Studijní pobyt ve Velké Británii. In *Florence*. Praha: 2008, roč. IV, č. 2, str. 81 - 83. ISSN 1801-464X.
13. HOLMEROVÁ, I. A kol. Aktivní stárnutí. In *Česká geriatrická revue*. 2006, roč. 4, č. 3, s. 163 – 168. ISSN 1214-0732.
14. Charita Česká republika. *Domovinky – denní stacionáře*. [online]. c2004, [cit. 2008-09-20].
URL<www.charita.cz/article.asp?nArticleID=301&nDepartmentID=174&nLanguageID=1>.
15. Charita Česká republika. *Domovy pro seniory a občany s postižením*. [online]. c2004, [cit. 2008-09-20].
URL<www.charita.cz/article.asp?nArticleID=313&nDepartmentID=173&nLanguageID=1>.

16. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
17. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
18. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
19. JAROŠOVÁ, D. Možnosti péče o seniory. In *Revue ošetrovatelstva a laboratorných metodík*. 2000, roč. 6, č.4, s. 147. ISSN 1335-5090.
20. JENČIKOVÁ, G. Příprava na starobu. In *Sestra a lékař v praxi*. 2008, roč. VII, č. 3 – 4, Tem. zošit 102: Ošetrovatelstvo v geriatricii, s. 45. ISSN 1335-9444.
21. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1992. 186 s. ISBN 80-7013-123-3.
22. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
23. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, roč. 2., č. 11. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
24. KALVACH, Z. *Geriatrická komunitní centra*. [online]. Aktualizováno 2007-05-11, [cit. 2008-10-01].
URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/4083/Kalvach_geriatrickakomunitnicentra.pdf>.

25. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
26. KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. 1. vyd. Zlín: UTB, 2008. 159 s. ISBN 978-80-7318-726-2.
27. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2., aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
28. MACHOVÁ, A. Spolupráce Katedry ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty s Ligou proti osteoporóze v Českých Budějovicích. In *Kontakt*, 2006, roč. 8, č. 1, str. 187 – 188. ISSN 1212-4117.
29. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
30. MARKOVÁ, M., BÁRTLOVÁ, S. Mezinárodní projekt e-learning v komunitní péči.
In *Florence*. Praha: 2008, roč. IV, č.2, str. 59. ISSN 1801-464X.
31. MARTIN, K. S. *The Omaha System: A key to practice, documentation, and information management*. 2nd ed. St. Louis: Elsevier, c2005. 484 s. ISBN 0-7216-0130-8.
32. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství – Systémový přístup – I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
33. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2008. 60 s. ISBN 978-80-86878-65-2.

34. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Příprava na stárnutí*. [online]. Aktualizováno 2008-08-01, [cit. 2008-10-01]. URL <<http://www.mpsv.cz/cs/2856>>.
35. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Záznam z 2. zasedání Rady*. [online]. Aktualizováno 2007-05-11, [cit. 2008-10-01]. URL <<http://www.mpsv.cz/cs/4083>>.
36. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. *Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století*. [online]. c2006, [cit. 2008-11-02].
URL<<http://www.msmt.cz/vzdelavani/zdravi-21-dlouhodoby-program-zlepsovani-zdravotniho-stavu-obyvatelstva-cr-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti-projednan-vladou-ceske-republiky-dne-30-rijna-2002-usneseni-vlady-c-1046>>.
37. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Nelékařská povolání. Specializační vzdělávání*. Příloha: Seznam akreditovaných zařízení pro realizaci specializačního vzdělávání. [online]. c2008, [cit. 2008-11-10].
URL< <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/218-specializacni-vzdelavani.html>>.
38. MISCONIOVÁ, B. Národní centrum domácí péče. *Přehled vývoje komplexní domácí péče na území ČR v období let 1990 až 1996*. [online]. c2006, [cit. 2008-10-29]. URL<www.domaci-pece.info/prehled-vyvoje-komplexni-domaci-pece-na-uzemi-cr-v-obdobi-let-1990-az-1996-bc-blanka-misconiova>.
39. Národní centrum domácí péče České republiky. *Poskytování domácí zdravotní péče*. [online]. c2006, [cit. 2008-09-20].
URL <www.domaci-pece.info/poskytovani-domaci-zdravotni-pece>.
40. Nařízení vlády č. 463/2004, kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. *Sbírka zákonů Česká republika*. Částka 156. Roč. 2004.

41. NEVRLÁ, I. Péče o seniory v Sydney. In *Florence*. Praha, 2006, roč. II, č. 12, str. 25 - 26. ISSN 1801-464X.
42. PECHOVÁ, J. Koncepce kurzů trénování paměti na ZSF JU. In *Sborník V. mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus: 27. a 28. května 2008, objekt ZSF JU "Vltava" České Budějovice*. 1. vyd. České Budějovice: JU v ČB. ZSF, 2008. s. 111 – 113. ISBN 978-80-7394-100-0.
43. POLÁCHOVÁ, E. Adaptace a příprava na stáří. In *Sestra*. Roč. 17, č. 5. Příl. Témat. sešit, č. 199, s.49. ISSN 1210-0404.
44. ROVNÝ, I. K metodike vzdelávania senioriov v problematike zdravého stárnutia. In *Geriatría: odborný časopis slovenských a českých geriatrov*. 2004, roč. 10 , č. 4, str. 159 – 161. ISSN 1335-1850.
45. SIMANDLOVÁ, V. Šest bakalárek v Británii. In *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 1996, roč. 6, č. 2. str. 32. ISSN1210-0404.
46. STANHOPE, M., LANCASTER, J. *Community & Publick health nursing*. Fifth edition. St. Louis: Mosby. 2000, 988 p. ISBN 032300749X
47. STAŇKOVÁ, M. *Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
48. STAŇKOVÁ, M. Obrázky z historie českého ošetrovatelství. In *Sestra*. 2000, roč. 10, č. 3, str. 5 – 6. ISSN 1210-0404.
49. SUCHANOVÁ, R., TIRPÁKOVÁ, L. Seniori a voľnočasové aktivity. In *Geriatría: odborný časopis slovenských a českých geriatrov*. 2006, roč. 12 , č. 2, str. 62 - 67. ISSN 1335-1850.

50. ŠEDO VÁ, L., KOUDELKOVÁ, V., ADÁMKOVÁ, V. Centrum prevence civilizačních chorob. In *Kontakt*, červen 2008, roč. 10, č. 1, str. 194 – 199. ISSN 1212-4117.
51. ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
52. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 304 s. + 8 s. barevné přílohy. ISBN 80-7169-099-6.
53. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Částka 2. *Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Praha: MZČR, 2006. 108 s.
54. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR. Částka 4. *Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Praha: MZČR, 2007. 108 s.
55. Věstník Ministerstva Zdravotnictví ČR. Částka 9. *Metodické opatření – Koncepce ošetrovatelství*. Praha: MZČR, 2004. 8 s.
56. Vyhláška č. 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Sbírka zákonů Česká republika*. Částka 139. Roč. 2004.
57. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
58. WHO. *Lemon I*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1997, 160 s. ISBN 80-7013-248-5.

59. WHO, Evropská úřadovna Kodaň. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: MZČR, 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
60. WHO, Evropská úřadovna Kodaň. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2)*. Praha: MZČR, 2002. 271 s. ISBN 80-85047-21-7.
61. ZEITHÁMOVÁ, M. Revmaliga v Českých Budějovicích. In *Kontakt*, 2006, roč. 8, č. 1, str. 186 – 187. ISSN 1212-4117.
62. -JV-. Celoživotní vzdělávání na Jihočeské univerzitě. In *Jihočeská univerzita: čtvrtletník Akademické obce v Českých Budějovicích*, červen 2008, roč. 5., č. 2, s. 32 – 33. ISSN 1214-7869.

8. Klíčová slova

Aktivní stáří

Komunita

Komunitní sestra

Senioři

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro sestry a studenty

Příloha 2 Rozhovor pro seniory

Příloha 3 Rozhovor pro mladší veřejnost

Příloha 4 Kazuistiky senioři (č. 1 – č. 6)

Příloha 5 Kazuistiky mladší veřejnost (č. 7 – č. 12)

Příloha 6 Činnosti komunitní sestry v sociální oblasti a zdravotně sociálního pracovníka

Příloha 1 Dotazník pro sestry a studenty

Vážená paní, pane, studenti,

prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí výzkumu diplomové práce na téma „Podíl komunitní sestry na podpoře aktivního stáří“.

Vyplňte, prosím, základní identifikační údaje. U konkrétních otázek jsou pak uvedeny pokyny pro vyplnění.

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas.

Bc. Lenka Šťastnová,
ZSF, JCU, České Budějovice

Komunitní sestra v péči o seniory poskytuje péči v rámci primární, integrované a preventivně zaměřené ošetrovatelské péče o jednotlivce a skupiny ve vlastním sociálním prostředí. Cílem je udržet seniora co nejdéle v jeho původním prostředí, zachovat jeho soběstačnost a co možná nejvyšší kvalitu života. Je zde integrována péče zdravotní i sociální (Vyhláška 424/2004 Sb.).

Vaše pohlaví: žena X muž

Věk: 20 – 28, 29 – 36, 37 – 44, 45 – 55, 53 a více

Nejvyšší dosažené vzdělání: SZŠ – VZŠ – VŠ (Bc., Mgr., jiné:.....)

Jste studentem 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, ZSF JU? ano ne

Pracujete v: nemocnici – interní oddělení
nemocnici – chirurgické oddělení
ordinaci praktického lékaře

Délka praxe ve zdravotnictví: do 7 let, do 14 let, do 21 let, do 28 let, do 35 let,
36 let a více

1) Setkal/a jste se s pojmem „komunitní sestra v péči o seniory“?

ano ne – v tomto dotazníku poprvé

2) Kde jste se setkal/a s pojmem „komunitní sestra v péči o seniory“? možno více
odpovědí

škola

praxe

odborný materiál

odborný seminář

jiné

3) Kde by, podle Vás, měla pracovat komunitní sestra v péči o seniory? možno více
odpovědí

komunitní zdravotní centra (senioři převážně dochází za zdravotním týmem)

ordinace praktických lékařů

vlastní ordinace (soukromá praxe v oblasti komunitní péče o seniory)

zdravotní agentury zaměřené na komunitu – obdoba agentur domácí péče

(komunitní sestry navštěvují seniory)

jiné

4) Víte, jaké specializované kompetence má komunitní sestra v péči o seniory?

Vypište, prosím, 10 kompetencí a ohodnoťte jejich důležitost, dle Vašeho názoru, na škále 1 – 5 (1 – minimálně důležité, 5 – velmi důležité).

-	1 – 2 – 3 – 4 – 5
-	1 – 2 – 3 – 4 – 5
-	1 – 2 – 3 – 4 – 5
-	1 – 2 – 3 – 4 – 5

- 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- 1 – 2 – 3 – 4 – 5
- 1 – 2 – 3 – 4 – 5

5) Chtěl/a by jste pracovat jako komunitní sestra v péči o seniory?

ano – spíše ano – nevím – spíše ne – ne

6) Co si představujete pod pojmem aktivní stáří?

Vypište, prosím, v bodech.

7) Chtěl/a byste v budoucnu využívat služeb komunitní sestry v péči o seniory v podpoře aktivního stáří?

ano – spíše ano – nevím – spíše ne – ne

8) Jaký by, dle Vás, měl být rozsah péče komunitní sestry v péči o seniory v podpoře aktivního stáří?

Ohodnoťte, prosím, všechny oblasti. 1 – dané oblasti by se sestra neměla vůbec věnovat, 5 – dané oblasti by se sestra měla věnovat maximálně. V oblasti „jiné“ můžete vypsát více možností. Všechny pak také ohodnoťte.

- | | |
|---|-------------------|
| ošetřovatelská péče | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| sledování a hodnocení zdravotního stavu ve spolupráci se seniorem | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| podávání informací a edukace o zdravém životním stylu | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

edukace o správném léčebném režimu	1 – 2 – 3 – 4 – 5
edukace o novinkách v daných oblastech	1 – 2 – 3 – 4 – 5
plánování fyzické a psychické aktivity	1 – 2 – 3 – 4 – 5
pořádat kurzy pro seniory	1 – 2 – 3 – 4 – 5
pořádat kurzy pro veřejnost	1 – 2 – 3 – 4 – 5
podílet se na vzdělávání seniorů a veřejnosti (univerzity 3. věku atp.)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
podílet se na poradenství v sociální oblasti	1 – 2 – 3 – 4 – 5
jiné.....	1 – 2 – 3 – 4 – 5

9) Jaké kurzy by měly komunitní sestry pořádat pro seniory v podpoře aktivního stáří?

Vypište, prosím, alespoň 5 možností.

-
-
-
-
-

10) Jaké kurzy by měly komunitní sestry pořádat pro veřejnost v přípravě na aktivní stáří?

Vypište, prosím, alespoň 5 možností.

-
-
-
-
-

11) Jaké ošetřovatelské činnosti by měla komunitní sestra poskytovat seniorovi při podpoře aktivního stáří?

Vypište, prosím, alespoň 5 možností.

-
-
-
-
-

12) Jaká oblast, podle Vás, je ze strany komunitní sestry v péči o seniory přínosnější pro tuto komunitu?

ošetřovatelská péče

edukace seniorů v oblasti aktivního stáří

obě předchozí možnosti považuji za stejně důležité

13) Kde vidíte hranici v oblasti sociální činnosti komunitní sestry v péči o seniory a zdravotně sociálního pracovníka?

Vypište, prosím.

14) Z níže uvedených činností v sociální oblasti vyberte ty, které by jste přiřadil/a komunitní sestře v péči o seniory.

Analýza zdravotně sociální situace jedince

Realizace poradenství

Cílené a včasné vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci

Sociální šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy

Plánování psychosociální intervence

Hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě

Pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci

Organizace rekondičních pobytů

Sociálně právní poradenství

Podíl na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami

Podíl na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí

Podíl na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců

Příprava propuštění pacienta a zajištění následné péče

Odborné poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta

15) Kdo by měl být, dle Vás, v komunitním týmu pro přípravu a podporu aktivního stáří?

Vypište, prosím.

16) Jakou pozici by v tomto týmu měla mít komunitní sestra v péči o seniory?

vedoucí týmu

člen týmu

vedoucí i člen týmu

17) Vidíte nějaké zásadní rozdíly v činnosti komunitní sestry v péči o seniory a všeobecné sestry?

ano – vypište

ne

nevím

18) Jaké vzdělání, dle Vás, by měla mít komunitní sestra v péči o seniory?

VZŠ

VŠ – bakalářské studium

VŠ – magisterské studium

19) Myslíte, že bakalářské vzdělání je dostačující pro vykonávání činnosti komunitní sestry v péči o seniory?

ano

ne

nevím

20) Víte, že existuje specializační vzdělávání Komunitní ošetrovatelská péče – Komunitní sestra v péči o seniory?

ano

ne

nepřemýšlel/a jsem o tom

21) Myslíte si, že by sestra pracující s komunitou seniorů, měla mít specializační vzdělání Komunitní sestra v péči o seniory?

ano

ne

nevím

22) Myslíte si, že by sestra pracující s komunitou seniorů mohla mít i jiné vzdělání než Komunitní sestra v péči o seniory?

ano

ne

nevím

23) Pokud ANO, jaké? možno více odpovědí

vybrané klinické obory – specializace v interním oboru

vybrané klinické obory – specializace v chirurgickém oboru

vybrané klinické obory – gerontologie

jiné:.....

Příloha 2 Rozhovor pro seniory

Základní identifikační údaje:

Pohlaví: Věk: Vzdělání: Žijete sám /a, s rodinou...:

Jak dlouho navštěvujete U3V?

Využíváte i jiných služeb, aktivit pro seniory?

Nyní Vám řeknu, kdo je sestra pracující s komunitou seniorů a v následujícím rozhovoru bych od Vás ráda slyšela Vaše názory.

Sestra pracující s komunitou seniorů poskytuje seniorům v jejich vlastním sociálním prostředí ošetrovatelskou péči zaměřenou na ochranu zdraví, prevenci onemocnění, výchovu ke zdraví, péči o nemocné. Cílem je udržet seniora co nejdéle v jeho původním prostředí, zachovat jeho soběstačnost a co možná nejvyšší kvalitu života. Služby jsou poskytovány v terénu, v prostředí komunity seniorů. Je zde propojena péče zdravotní a sociální (Vyhláška 424/2004 Sb.).

1) Slyšel/a jste tento pojem poprvé? Shodovala se Vaše představa s tímto popisem nebo se v něčem lišila? Jak si představujete její činnost?

2) Jakou úroveň a zaměření vzdělání by, podle Vás, měla mít sestra pracující s komunitou seniorů? Je vzdělání rozhodující?

3) Kde byste se chtěl/a se sestrou pracující s komunitou seniorů setkávat?

komunitní zdravotní centra (senioři převážně dochází za zdravotním týmem)

ordinace praktických lékařů

vlastní ordinace (soukromá praxe v oblasti komunitní péče o seniory)

zdravotní agentury zaměřené na komunitu – obdoba agentur domácí péče

(komunitní sestry navštěvují seniory)

jiné

4) Jaké služby od sestry pracující s komunitou seniorů očekáváte? (obecně)

5) Připravujete se, či jste se připravoval/a nějak na důchodové období, na stáří? Mám na mysli Vaši životosprávu, udržování kontaktů s přáteli, věnování se zálibám, hledání si programu na důchodové období, finanční zajištění, úprava bytových podmínek.

6) Myslíte, že by Vám sestra, která pracuje s komunitou seniorů, mohla pomoci s přípravou na důchod, stáří? V oblasti fyzické, psychické, duchovní, sociální. Máte něco konkrétního na mysli?

7) Jaká je náplň vašeho času? Popište mi, prosím, Váš běžný den.

8) Jsou ještě jiné činnosti, aktivity, kterým se věnujete? Jaké to jsou a jak dlouho a často se jim věnujete?

9) Jak si představujete aktivní stáří po stránce fyzické, psychické, duchovní, sociální, společenské?

10) Myslíte, že by Vám sestra, která pracuje s komunitou seniorů, mohla pomoci v podpoře aktivního stáří?

V rámci podpory aktivního stáří:

11) Jaké ošetrovatelské činnosti by jste očekával/a od sestry v podpoře aktivního stáří?

12) Měla by sestra sledovat a hodnotit Váš zdravotní stav? Na co konkrétně by se měla zaměřit?

13) Měla by podávat sestra informace a edukovat seniory o zdravém životním stylu? Na jaké oblasti by se měla zaměřit?

14) Měla by sestra edukovat seniory o správném léčebném režimu v rámci podpory aktivního stáří? Co si pod tím představujete?

15) Chtěl/a byste být od sestry informován o změnách a novinkách v oblasti zdraví?

16) Měla by sestra plánovat pro seniory fyzickou a psychickou aktivitu? Co by jste si představoval/a?

17) Jaké kurzy by měly sestry pracující s komunitou seniorů pořádat pro seniory v podpoře aktivního stáří?

18) Jaké kurzy by měly sestry pracující s komunitou seniorů pořádat pro veřejnost v přípravě na aktivní stáří?

19) Měly by se na vzdělávání seniorů podílet sestry? V jakých oblastech?

20) Měly by se sestry podílet na poradenství v sociální oblasti seniora? Vybral/a byste z následujících oblastí?

Analýza zdravotně sociální situace jedince

Realizace poradenství

Cílené a včasné vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci

Sociální šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy

Plánování psychosociální intervence

Hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě

Pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci

Organizace rekondičních pobytů

Sociálně právní poradenství

Podíl na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami

Podíl na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí

Podíl na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců

Příprava propuštění pacienta a zajištění následné péče

Odborné poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta

21) Vidíte pro sebe, jako pro seniora, nějaké výhody v činnosti sestry pracující s komunitou seniorů?

22) Vidíte pro sebe, jako pro seniora, nějaké nevýhody v činnosti sestry pracující s komunitou seniorů?

Příloha 3 Rozhovor pro mladší veřejnost

Základní identifikační údaje:

Pohlaví: Věk: Vzdělání: Povolání:

Žijete sám/a, s rodinou...:

Nyní Vám řeknu, kdo je sestra pracující s komunitou seniorů a v následujícím rozhovoru bych od Vás ráda slyšela Vaše názory.

Sestra pracující s komunitou seniorů poskytuje seniorům v jejich vlastním sociálním prostředí ošetrovatelskou péči zaměřenou na ochranu zdraví, prevenci onemocnění, výchovu ke zdraví, péči o nemocné. Cílem je udržet seniora co nejdéle v jeho původním prostředí, zachovat jeho soběstačnost a co možná nejvyšší kvalitu života. Služby jsou poskytované v terénu, v prostředí komunity seniorů. Je zde propojena péče zdravotní a sociální (Vyhláška 424/2004 Sb.).

1) Shodovala se Vaše představa s tímto popisem nebo se v něčem lišila? Slyšel/a jste tento pojem poprvé? Jak si představujete její činnost?

2) Jakou úroveň a zaměření vzdělání by, podle Vás, měla mít sestra pracující s komunitou seniorů? Je vzdělání rozhodující?

3) Kde by jste se chtěl/a se sestrou pracující s komunitou seniorů setkávat?

komunitní zdravotní centra (senioři převážně dochází za zdravotním týmem)

ordinace praktických lékařů

vlastní ordinace (soukromá praxe v oblasti komunitní péče o seniory)

zdravotní agentury zaměřené na komunitu – obdoba agentur domácí péče

(komunitní sestry navštěvují seniory)

jiné

- 4) Jaké služby od sestry pracující s komunitou seniorů očekáváte? (obecně)
- 5) Připravujete se nějak na důchodové období, na stáří? Mám na mysli Vaši životosprávu, udržování kontaktů s přáteli, věnování se zálibám, hledání si programu na důchodové období, finanční zajištění, úprava bytových podmínek.
- 6) Na co se nejvíce připravujete?
- 7) Z čeho máte největší obavy?
- 8) Z čeho nemáte obavy?
- 9) Máte nějaké zájmy, kterým se chcete věnovat v důchodu?
- 10) Myslíte, že máte zajištěné bytové, finanční a sociální podmínky pro důchodové období?
- 11) Myslíte, že by Vám sestra, která pracuje s komunitou seniorů, mohla pomoci s přípravou na důchod, stáří? V oblasti fyzické, psychické, duchovní, sociální. Máte něco konkrétního na mysli?
- 12) Jak si představujete aktivní stáří po stránce fyzické, psychické, duchovní, sociální, společenské?
- 13) Myslíte, že by Vám sestra, která pracuje s komunitou seniorů, mohla pomoci v podpoře aktivního stáří?

V rámci podpory aktivního stáří:

- 14) Jaké ošetrovatelské činnosti by, jste očekával/a od sestry v podpoře aktivního stáří?

15) Měla by sestra sledovat a hodnotit Váš zdravotní stav? Na co konkrétně by se měla zaměřit?

16) Měla by podávat sestra informace a edukovat seniory o zdravém životním stylu? Na jaké oblasti by se měla zaměřit?

17) Měla by sestra edukovat seniory o správném léčebném režimu v rámci podpory aktivního stáří? Co si pod tím představujete?

18) Chtěl/a byste být od sestry informován o změnách a novinkách v oblasti zdraví?

19) Měla by sestra plánovat pro seniory fyzickou a psychickou aktivitu? Co byste si představoval/a?

20) Jaké kurzy by měly sestry pracující s komunitou seniorů pořádat pro seniory v podpoře aktivního stáří?

21) Jaké kurzy by měly sestry pracující s komunitou seniorů pořádat pro veřejnost v přípravě na aktivní stáří?

22) Měly by se na vzdělávání seniorů podílet sestry? V jakých oblastech?

23) Měly by se sestry podílet na poradenství v sociální oblasti seniora? Vybral/a byste z následujících oblastí?

Analýza zdravotně sociální situace jedince

Realizace poradenství

Cílené a včasné vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci

Sociální šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy

Plánování psychosociální intervence

Hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě

Pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci

Organizace rekondičních pobytů

Sociálně právní poradenství

Podíl na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami

Podíl na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí

Podíl na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců

Příprava propuštění pacienta a zajištění následné péče

Odborné poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta

24) Vidíte pro sebe, jako pro seniora, nějaké výhody v činnosti sestry pracující s komunitou seniorů?

25) Vidíte pro sebe, jako pro seniora, nějaké nevýhody v činnosti sestry pracující s komunitou seniorů?

Příloha 4 Kazuistiky seniorů

Kazuistika č. 1 – Respondent 1

Muž, 66 let, vysokoškolské vzdělání – veterinární směr, doplňující pedagogické studium. Důchodce, soukromá veterinární ordinace, na poloviční úvazek pracuje jako pedagog na SOŠ. Žije s rodinou v rodinném domě na větším městě. Univerzitu 3. věku (U3V) navštěvuje 2. rokem.

Respondent se s pojmem „sestra pracující s komunitou seniorů“ setkává poprvé. Jeho představa se ale shoduje se zmíněným popisem.

Tato sestra by dle respondenta měla mít vysokoškolské vzdělání, ale zaměření nedokáže, dle svých slov, posoudit. Především by měla umět komunikovat, být empatická, mít vztah ke starým lidem. Důležitá je osobnost sestry.

Respondent by se nejraději s komunitní sestrou setkával v rámci komunitního zdravotního centra, které může navštěvovat dle své potřeby, tak aby se „necítil pronásledován“.

Komunitní sestra by měla umět poradit v geriatrické oblasti, pomoci řešit problémy seniorům. Měla by umět především komunikovat s klienty, poskytovat jim společnost jako prevenci citové deprivace.

Respondent se na vlastní důchod nijak nepřipravoval. Nechtěl do důchodu, chtěl stále pracovat. Na důchodu se bojí „ubíjejícího stereotypu“.

Od komunitní sestry by respondent v přípravě na stáří očekával, že mu vymezí dle skutečnosti jeho možnosti a on se pak podle sám sebe rozhodne, co je v jeho silách. Sestra by měla působit jako psycholog a připravit člověka, co může ve stáří očekávat. Měla by se zaměřit na prevenci a zdravý životní styl.

Mezi respondentovi běžné aktivity patří vyučování na SOŠ, praxe ve veterinární ordinaci, navštěvování univerzity třetího věku a rodina. Podle svých slov je spokojen a je rád, že stíhá všechny tyto aktivity.

Pod aktivním stářím si představuje především pohyb a odpočinek po nějaké aktivitě. „Aktivní člověk je rád, že si najde čas na odpočinek.“ Respondent má rád určitý klid a kontakt s mladými lidmi.

Komunitní sestra by mohla v podpoře aktivního stáří výrazně pomoci. Její přístup by neměl být direktivní, ale spíše doporučující, měla by navrhnout možnosti seniorům, poskytovat poradenství ohledně zdravého životního stylu a měla by zprostředkovávat kontakt mezi seniory.

V rámci podpory aktivního stáří by komunitní sestra měla poskytovat ošetrovatelské činnosti. Zdravotní stav by také mohla hodnotit, ale jen v rámci prevence. Respondent upřednostňuje v tomto směru důvěrný vztah k lékaři.

Edukaci o zdravém životním stylu vidí respondent jako základ v poskytování služeb komunitní sestrou. Zaměřena by měla být na geriatrii a dle konkrétního stavu seniora by jej měla motivovat a vést.

V rámci edukace o správném léčebném režimu by sestra měla spolupracovat s lékařem. Na základě konzultace by měla informovat seniora o vhodné dietě, režimu dne a podobně. Přístup by neměl být direktivní.

Respondent by ocenil i informace o novinkách v oblasti zdraví, které by měly být širšího zaměření, ale vždy podle stavu seniora.

V rámci plánování fyzické a psychické aktivity by sestry měly vést různé kurzy. Pro seniory by měly také pořádat relaxační kurzy, lázeňské pobyty, zájezdy a jiné kurzy širokého zaměření. V rámci veřejnosti je pak důležitá zejména mezigenerační propojenost.

Ve vzdělávání seniorů by měly být sestry zaměřeny hlavně na oblast zdraví, vzhledem ke svým kompetencím.

Ve své činnosti by se komunitní sestry měly především podílet na poradenství v sociální oblasti, a to na analýze zdravotně sociální situace jedince, realizaci poradenství, hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě, pomoci znevýhodněným jedincům při sociální integraci, sociálně právním poradenství. Měly by se také podílet na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami, na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí, na hodnocení zdravotně

sociálních rizik jednotlivců, na přípravě propuštění pacienta a zajištění následné péče a na odborném poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta. Vše by mělo být v rámci důvěry.

Respondent dle dosud zmíněného považuje činnost komunitní sestry jako ideální. Nevýhodu vidí v možném nevděku ze strany příjemců služeb.

Jako vůbec nejdůležitější ve vztahu ke starým lidem vidí komunikaci s nimi a kontakt s mladšími lidmi, ne „izolování v domovech důchodců“ a podobně.

Kazuistika č. 2 – Respondent 2

Muž, 65 let, vysokoškolské vzdělání – báňský inženýr, se zaměřením na hornictví. Žije s manželkou v rodinném domě v menším městě. Univerzitu 3. věku (U3V) navštěvuje 2. rokem.

Respondent se s pojmem „sestra pracující s komunitou seniorů“ setkává poprvé. Představuje si pečovatelku, která poskytuje seniorovi menší pomoc v domácnosti. Teprve, když je senior více nesoběstačný, je mu komunitní sestrou poskytována odborná zdravotní péče ve specializovaných zařízeních.

Tato sestra by podle respondenta měla mít především zdravotnické vzdělání, aby byla schopna rozpoznat, kdy je potřeba zásah lékaře. Ideálně by měla mít vysokoškolské vzdělání. Dle respondenta jsou také velmi důležité praktické schopnosti, které sestra dříve získávala na střední zdravotnické škole. Vzdělání nemusí být zaměřené přímo na seniory, sestra by měla mít především vztah k lidem, umět komunikovat a řídit se etickými, morálními zásadami.

Dle respondenta by komunitní sestra mohla vykonávat svou činnost v rámci komunitních zdravotních center, ordinací praktických lékařů i v rámci vlastní, soukromé ordinace. Nejvhodnější je, dle něj, ale forma zdravotních agentur, kdy komunitní sestra navštěvuje seniory, zvláště pak ty méně mobilní. Respondent by uvítal lepší, zavedený systém péče o seniory.

Soběstačnějším seniorům by komunitní sestra měla poskytovat spíše pečovatelské služby, jako například donáška obědů, úprava domácího prostředí. Měla by také dohlížet a poskytovat zdravotní péči, například kontrolu správného užívání léků. Málo soběstačným seniorům by měla být poskytnuta péče ve specializovaných zařízeních. Sestra by měla plnit roli společníka, komunikovat se seniory, aby se necítili tak osamělí.

Respondent se na období důchodu nijak zvlášť nepřipravoval. Za pomoci rodiny mají s manželkou upravené, přizpůsobené bydlení. Také se snaží udržovat kontakty s rodinou, přáteli, vnoučaty. Dříve hodně s manželkou sportoval, věnoval se turistice, také pravidelně běhal.

V přípravě na stáří by podle respondenta měla komunitní sestra významnou roli. Měla by doporučovat vhodné aktivity, zdravou výživu, životosprávu.

Mezi aktivity respondenta patří zahradničení, pravidelně se účastní odborných přednášek mimo svůj obor.

Aktivní stáří si pak představuje, že i přes vyšší věk bude v rámci mezí a s pomocí manželky mobilní, soběstačný, a že bude moci být ve vlastním prostředí.

Sestra pracující s komunitou seniorů by v podpoře aktivního stáří měla poskytovat seniorovi drobnou pomoc v domácnosti, ale především by měla plnit roli společníka, aby si měl s kým popovídat, a zprostředkovat kontakt s mladšími lidmi.

V oblasti ošetrovatelské by se sestra měla zaměřit na správné užívání léků u starších lidí, provádět převazy ran, pomáhat v soběstačnosti a poskytovat poradenství v oblasti zdraví.

Sledovat a hodnotit zdravotní stav by dle respondenta měla sestra individuálně, dle potřeb seniora. Významnou roli má pak při včasném odhalení potíží, například u lidí s projevy demence apod.

Edukaci a informování o zdravém životním stylu by se měla věnovat všeobecně.

Díky všeobecným znalostem z praxe může sestra edukovat i o správném léčebném režimu, poradit co je vhodné a co naopak.

Respondent by chtěl být od komunitní sestry informován o novinkách a změnách v oblasti zdraví.

Souhlasí také, že by sestra plánovala fyzickou i psychickou aktivitu pro seniory, ale pouze v rozsahu, že doporučí seniorům vhodné aktivity a ty už vede někdo jiný. Mělo by jít především o pohybovou aktivitu a trénování paměti.

Pro seniory i veřejnost by komunitní sestra měla pořádat kurzy zaměřené na zdravou výživu, první pomoc. V těchto oblastech by respondent viděl podíl sestry i na vzdělávání seniorů.

Dle respondenta by se komunitní sestra v péči o seniory měla podílet i na poradenství v sociální oblasti, a to na analýze zdravotně sociální situace jedince, realizaci poradenství, cíleném a včasném vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci. Dále pak na sociálním šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy, plánování psychosociální intervence, hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě. Měla by se také podílet na pomoci znevýhodněným jedincům při sociální integraci, organizaci rekondičních pobytů, sociálně právním poradenství, na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí. Především by ale měla připravovat propuštění pacienta a zajistit následnou péči a poskytovat odborné poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta.

Respondent vidí v činnosti komunitní sestry v péči o seniory výhody, a to z důvodu, že senior nezůstane úplně osamělý. Zároveň v tomto systému vidí ekonomickou efektivitu, protože péče a služby jsou poskytovány ve vlastním prostředí.

Obával by se možné nekvality péče.

Kazuistika č. 3 – Respondent 3

Žena, 65 let, středoškolské zdravotní vzdělání s nástavbami. Žije s manželem v panelovém domě ve větším městě. Univerzitu 3. věku (U3V) navštěvuje 2. rokem.

Respondentka se s pojmem „komunitní sestra v péči o seniory“ zatím přímo nesešla, ale ví, že se něco podobného zavádí do praxe. Představuje si poskytování základní péče (hygiena, stravování apod.) sestrou v prostředí seniora, u něj doma.

Respondentka si nemyslí, že by vysokoškolské vzdělání bylo rozhodující, sestra by měla umět poskytnout především „základní péči“. Vzdělání by postačovalo všeobecné zdravotní. Sestra by měla mít také znalosti ze sociální oblasti, aby uměla poradit, a měla by umět komunikovat.

Komunitní sestra by mohla pracovat v rámci komunitních zdravotních center, kam může schopný senior zajít dle své potřeby, nebo by měla poskytovat služby v rámci zdravotních agentur zaměřených na komunitu, kdy navštěvuje méně soběstačné seniory.

Sestra pracující s komunitou seniorů by měla poskytovat zdravotní péči jako aplikace inzulínu, převazy, základní rehabilitace apod. Měla by umět poradit v sociální oblasti i v jiných oblastech. Zdravotní péči by měla poskytovat jen do určitých mezí, pak by měla doporučit kompetentnějšího odborníka. Pečovatelské služby jako donáška obědů apod. by měla jen zprostředkovat. Péče by měla být přizpůsobená věku a soběstačnosti – „Někteří starší lidé by pomoc od sestry nechtěli, protože vše zatím zvládají sami.“

Respondentka se nijak zvlášť na vlastní důchod a stáří nepřipravovala. I v důchodu ještě pár let pracovala. Dopředu si ale plánovala studium na U3V, protože se ráda dovídá nové informace, a zároveň chtěla i nadále zůstat v kontaktu s okolím. V oblasti fyzické aktivity se věnovala a stále věnuje cyklistice, procházkám, dále ručním pracím. Neustále udržuje kontakty s přáteli, navštěvuje divadlo, koncerty.

Komunitní sestru by v přípravě na důchod, stáří nevyužila. Spíše až později, až nebude zvládat některé činnosti.

K běžným aktivitám respondentky patří péče o domácnost, péče o manžela. Kromě U3V se věnuje kultuře, zálibám, chatě. Také ráda čte.

Aktivní stáří si představuje jako přiměřenou pohybovou aktivitu, mobilitu. Po psychické stránce pak zájem o okolí, sledování dění. V sociální oblasti především udržování kontaktů s lidmi, neuzavírat se.

Komunitní sestra by mohla pomoci v podpoře aktivního stáří, ale respondentka by tuto pomoc využila až v pozdějším věku, a to především poskytování informací o aktivitách, podporu v udržování kontaktů.

V rámci ošetrovatelských činností by od komunitní sestry očekávala především odborné činnosti, jako převazy ran, aplikace inzulínu, základní rehabilitaci, ale i „základní péči“ jako je hygiena, stravování apod.

V rámci sledování a hodnocení zdravotního stavu by se sestra měla zaměřit na základní oblasti, jako je krevní tlak, tělesná teplota apod., a měla by umět poradit. V případě potřeby by pak zkontaktovala lékaře.

Edukovat by sestra měla o vhodné stravě, pitném režimu, aktivitě.

V rámci léčebného režimu by měla edukovat individuálně ke stavu seniora.

Respondentka by chtěla od komunitní sestry být informována o novinkách v oblasti zdraví, například kdy má nárok na lázně, jaké může využívat aktivity apod.

Sestra by také měla umět poradit, jaké jsou vhodné pohybové aktivity, základní cviky, trénování paměti, čtení, a dle možnosti i tyto aktivity provádět se seniorem.

Pro seniory by měly komunitní sestry pořádat kurzy jako cvičení paměti, ruční práce, životospráva, podpora zdraví, výživa. Pro veřejnost pak kurzy o zdravé výživě.

V těchto oblastech by se měla sestry podílet i na vzdělávání seniorů.

V sociální oblasti by se sestra měla podílet na následujícím: cílené a včasné vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci, plánování psychosociální intervence, hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě, pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci, organizace rekondičních pobytů, podíl na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí, podíl na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců, příprava propuštění pacienta a zajištění následné péče, odborné poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta. V základním rozsahu by se mohla věnovat realizaci poradenství a sociálnímu šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy. Na analýze zdravotně sociální situace jedince by se měla podílet jen zpočátku.

Výhody v činnosti komunitní sestry v péči o seniory vidí respondentka v tom, že se má osamělý senior na koho obrátit, má mu kdo poradit, pomoci se zorientovat.

Nevýhodu nevidí v činnosti komunitní sestry, ale v nedostatečné informovanosti veřejnosti o možnostech pro seniory a nedostatečném využití služeb.

Kazuistika č. 4 – Respondent 4

Žena, 63 let, středoškolské zdravotní vzdělání. Žije sama, v panelovém domě ve větším městě. Univerzitu 3. věku (U3V) navštěvuje 2. rokem.

Respondentka slyší pojem „komunitní sestra v péči o seniory“ poprvé, ale její představa se shoduje s uvedeným popisem.

Podle respondentky není důležitá odbornost ani úroveň vzdělání, ale vztah k lidem, lidskost, komunikativnost a schopnost získat si důvěru seniora, a především praxe. Tato sestra by měla mít zdravotnické vzdělání se zaměřením na vnitřní lékařství, dále zkušenosti, praxi v péči o seniory v nemocnici, dostatečné morální vlastnosti a schopnost komunikovat se starými lidmi.

Respondentka by uvítala jako formu kontaktu s komunitní sestrou zdravotní agentury zaměřené na komunitu, popřípadě soukromé ordinace komunitních sester. Tyto sestry by ale měly spolupracovat s praktickým lékařem.

Komunitní sestry by zprostředkovaly a organizovaly péči, poskytovaly by odbornou péči, jako podávání léků, převazy ran apod., a dohlížely by na ošetřovatelky, které by se věnovaly hygieně, nákupům apod. Komunitní sestra by tak byla spojovacím článkem mezi praktickým lékařem a ošetřovatelkami.

Respondentka se na vlastní důchod a stáří připravovala. Především si spořila, věnovala se pohybovým aktivitám, zdravě se stravovala. Byt si vybírala s ohledem na dostupnost služeb (obchody, lékař apod.).

V tomto ohledu by komunitní sestra mohla pomoci hlavně v podání informací, radou a seznámením, na co se má člověk přichystat.

Respondentka má mnoho aktivit, jako je sport, kultura, návštěva knihovny, U3V, cyklistika, fotografování.

Aktivní stáří je dle ní individuální. Důležitá je určitá aktivita, schopnost potěšit se, nebýt pohodlný, být v kolektivu i mladších lidí, pracovat na sobě, udržovat se fit dle svého věku.

Komunitní sestra by v tomto směru měla seniorovi nenásilně poradit, doporučit mu vhodné aktivity, dle věku a stavu.

V rámci ošetrovatelských činností v podpoře aktivního stáří by sestra měla poskytovat odbornou péči, jako je aplikace injekcí, převazy, kontrola užívání léků, měření krevního tlaku, pulsu a měla by umět poradit.

Měla by v souvislosti s léčbou sledovat a hodnotit užívání léků, krevní tlak, puls apod. a na základě toho i umět poradit a zkontaktovat lékaře.

Vzhledem ke stavu a nemocem seniora by ho měla i edukovat o zdravém životním stylu.

V oblasti správného léčebného režimu by měla seniora edukovat o vlivu životosprávy na jeho zdravotní stav. Neměla by mu brát ale naději.

O novinkách a změnách v oblasti zdraví by respondentka chtěla být informována vzhledem ke svému stavu, nemocem. Například o nových pomůckách, vhodném zařízení, vybavení bytu vzhledem k mobilitě a praktické rady jak zvládat běžné obtíže.

Fyzickou a psychickou aktivitu by sestra měla plánovat s ohledem. Neměla by seniorovi nutit určitý časový harmonogram, ale jen nenásilně navrhnout možnosti a senior se pak rozhodne sám. Důležitá je pak zpětná vazba.

Pro seniory by měly komunitní sestry pořádat kurzy jako trénování paměti, ruční práce, životospráva, výživa, počítače. Pro veřejnost pak kurzy zaměřené na informace o stáří, možnostech ve stáří a příprava na toto období.

V rámci kurzů a poskytované péče by se tak sestra podílela na vzdělávání seniorů.

Komunitní sestra by se mohla podílet na sociálním poradenství v těchto oblastech: analýza zdravotně sociální situace jedince, sociální šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy, plánování psychosociální intervence, hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě, pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci, organizace rekondičních pobytů. Podílet by se také měla na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí a na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců, dále na přípravě propuštění pacienta a zajištění následné péče a odborném poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta. To vše by mělo probíhat i ve spolupráci s rodinou seniora.

Respondentka vidí v činnosti komunitní sestry v péči o seniory výhody. Musí to být ale dobře zorganizováno.

Kazuistika č. 5 – Respondent 5

Muž, 73 let, středoškolské vzdělání s maturitou technického směru. Žije s manželkou v panelovém domě ve větším městě. Univerzitu 3. věku (U3V) navštěvuje 2. rokem.

Respondent slyší pojem „komunitní sestra v péči o seniory“ poprvé, ale po seznámení se s ním udává, že má podobnou představu. Představuje si sestru, která pomáhá méně soběstačným starším lidem s osobní hygienou, drobnými pracemi v domácnosti, v případě potřeby dováží obědy, pomůže vyřídit základní administrativu jako složenky, zaplacení poplatků apod.

Podle respondenta nehraje vzdělání u komunitní sestry roli. Měla by mít minimálně středoškolské zdravotnické vzdělání, být „lidská“, mít osobní přístup k lidem. Vysokoškolské vzdělání není dle něj důležité. „Vysokoškolačka kolikrát nemá vhodný přístup k seniorům, a ošetřovatelka nebo uklízečka naopak ano.“ Vzdělání by mělo být zaměřené už na konkrétní problematiku – specializované na péči o seniory, aby sestra znala specifika.

Respondent by využíval služby komunitní sestry zprostředkované zdravotními agenturami, kdy je senior ve svém prostředí a může tak mnohem víc o sobě sdělit než u lékaře v ordinaci. Upřednostňoval by pravidelné návštěvy sestrou na základě předchozí domluvy. Líbí se mu i forma pomoci „přes telefon“, kdy může podle potřeby zkontaktovat sestru.

Komunitní sestra by měla poskytovat služby spíše již méně soběstačným seniorům, respondent by zatím služby nevyužil, ale představuje si, že by sestra poskytovala služby jako pomoc s osobní hygienou, zajištění stravy, drobné nákupy, drobná pomoc v domácnosti (např. s prádlem), vyřízení základní administrativy (vyřízení složenek apod.). Sestra by také měla zkontaktovat rodinu seniora, být

společníkem seniorovi, informovat ho o dění ve světě, popřípadě s ním chodit na procházky.

Respondent se na své důchodové období nijak zvlášť nepřipravoval. Přechod byl pro něj plynulý, protože se mimo své zaměstnání věnoval i dalším činnostem, a to i z finančních důvodů, aby byl on sám i jeho rodina zajištěna do budoucna. I nadále se věnuje těmto soukromým aktivitám, udržuje kontakty s přáteli, občas si zacvičí.

Komunitní sestra by podle respondenta mohla pomoci v přípravě na důchod, stáří, ale musí mít zkušenosti a znát problematiku stáří. Měla by znát seniorův zdravotní stav, pomoci mu využít efektivně jeho podmínky, zda má vhodného ošetřujícího lékaře. Také by měla umět poradit v praktických věcech, jako je používání nezbytné moderní techniky, využívání městské hromadné dopravy apod.

Respondent má bohatou náplň svého času. Přednáší v oblasti své profese, udržuje kontakty se sportovním oddílem, s přáteli, navštěvuje U3V, jezdí na chalupu, věnuje se zahradě. Chodí na pravidelné srazy s důchodci. Je toho názoru, že pokud to zdravotní stav dovolí, mnoho penzistů i v důchodu pracuje.

Pro aktivní stáří je dle respondenta důležitá jakákoliv aktivita, podle stavu seniora, společnost, udržování se. Jednou za čas by měl senior jet na nějaký zájezd, rekondiční pobyt. Také rád čte, literárně tvoří.

Komunitní sestra by v tomto směru mohla dle respondenta pomoci. Měla by aktivizovat seniora, donést mu například léky, pomoci mu s drobnými činnostmi, které ho jinak zatěžují. Také by mohla pomoci při hledání vhodného bydlení, vhodných služeb.

Ošetrovatelské oblasti by se měla komunitní sestra věnovat na základě své kvalifikace – provádět základní odběry krve, převazy ran, sledování užívání léků. Jinak by měla například pomáhat s osobní hygienou, masážemi zad, podle potřeby seniora. Dále pak pomoci s úklidem, prádlem apod.

Ve sledování a hodnocení zdravotního stavu by se měla zaměřit na krevní tlak, glykémii, puls „a takové podobné činnosti“. Měla by umět zhodnotit, kdy už je třeba péče lékaře. V obou zmíněných oblastech by sestra měla být zaměřena spíše na méně soběstačné nebo méně pohyblivé seniory.

Edukaci o vhodném životním stylu by komunitní sestra měla přizpůsobit zájmu seniorů, neměla by ji vnucovat. Zaměřit by se mohla například na techniky úlevy od bolestí, výživu, vhodné preparáty, pomůcky jako hůl, pomůcky při inkontinenci apod. Poradit by mohla, i co je zbytečné a co naopak.

Důležitá by podle respondenta měla být edukace seniora o správném léčebném režimu, především, když je senior propuštěn z nemocniční léčby domů. Měl by být informován o nutnosti kontrol a následných opatřeních. Edukace by měla být zaměřena na konkrétního seniora, například doporučení brýlí, edukace o správném užívání léků a podobně.

Respondent by také chtěl být informován o novinkách v oblasti zdraví, ale na základě svého přání a svého výběru (např. novinky v léčbě šedého zákalu, rakoviny).

V rámci fyzické aktivity by sestra mohla plánovat nebo doporučit vhodné jednoduché cviky, procházky. V rámci psychické aktivity by se měla zaměřit na komunikaci se seniorem, procvičování paměti pomocí jeho fotografií. Také by měla seniora povzbuzovat.

V podpoře aktivního stáří by komunitní sestry mohly pro seniory pořádat kurzy pohybové aktivity, kurzy komunikace mezi a se seniory.

Pro veřejnost by je neměly přímo pořádat, jen třeba vystoupit v rámci nějaké přednášky. Stejně tak i v rámci vzdělávání seniorů. Pak by to mohly být přednášky na téma zdravotní výchova, první pomoc.

Na poradenství v sociální oblasti by se komunitní sestra měla podílet jen v takovém rozsahu, aby nezasahovala do činnosti jiných odborníků. Měla by jen navrhnout nebo sdělit zkušenosti. Věnovat by se měla analýze zdravotně sociální situace jedince, realizaci poradenství, sociálnímu šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy, plánování psychosociální intervence a hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě. Měla by mít podíl na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami, na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí a na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců. V rámci možností, ale jen minimálně by mohla poskytovat pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci a v oblasti sociálně právního

poradenství. Přípravu propuštění pacienta by měl mít na starosti nemocniční personál, komunitní sestra by pak zajišťovala následnou péči. Odbornému poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta by se sestra měla věnovat jen bezprostředně, v prvních dnech.

Respondent vidí v činnosti komunitní sestry jen výhody, a to především pro lidi, kteří žijí sami. Možnou nevýhodou by mohla být případná nedůvěra seniorů k poctivosti sestry.

Kazuistika č. 6 – Respondent 6

Žena, 69 let, střední zdravotnické vzdělání. Žije s manželem v rodinném domě na vesnici. Univerzitu 3. věku (U3V) navštěvuje 2. rokem.

Respondentka se s pojmem „sestra pracující s komunitou seniorů“ přímo nesešla, ale souhlasí s uvedeným popisem. I když podle ní není stále dobře propojena péče zdravotní, sociální a preventivní. Sestry poskytují spíše ošetrovatelskou péči zaměřenou na nemocné seniory. Z důvodu jejich nedostatku není čas na výchovu ke zdraví apod.

Vzdělání je podle respondentky pro sestru pracující s komunitou seniorů rozhodující. Měla by mít všeobecné zdravotní vzdělání, také vzdělání v oblasti psychologické i sociální. Vzdělání by měla mít minimálně středoškolské, vysokoškolské vzdělání nepovažuje za bezpodmínečně nutné. Sestra by měla být hlavně milá a laskavá, aby se na ni mohl senior kdykoliv a s čímkoliv obrátit.

Respondentka by se s komunitní sestrou chtěla setkávat prostřednictvím zdravotní agentury zaměřené na komunitu nebo prostřednictvím komunitních zdravotních center, kam by mohla docházet podle své potřeby.

Očekává od komunitní sestry služby na odborné úrovni s příjemným vystupováním, laskavým přístupem. Očekává takovou sestru, na kterou se může senior obrátit o radu.

Respondentka se na vlastní důchodové období příliš nepřipravovala. Snaží se i nadále udržovat kontakt s přáteli, věnuje se zálibám, naplňuje ji studium na U3V.

Pomoc v přípravě na důchod, stáří by od komunitní sestry uvítala eventuelně v oblasti sociální. Jinak si respondentka myslí, že přípravu zvládla bez potíží.

Respondentka chodí na procházky s pejskem, po snídani s manželem se věnuje domácím pracem. Po obědě si odpočine například u knížky. Také se věnuje zahrádce, sleduje televizní zprávy, čte, využívá internet. Kromě U3V pravidelně navštěvuje divadlo, hraje karty s přáteli, podniká zájezdy po památkách.

Aktivní stáří si představuje, že se bude moci věnovat výše zmíněným aktivitám, bude fyzicky schopná, bude moci chodit na procházky.

Pokud bude komunitní sestra dostatečně erudovaná, pak si myslí, že by mohla v podpoře aktivního stáří seniorovi pomoci.

Rozsah a druh ošetrovatelské činnosti komunitní sestry v podpoře aktivního stáří by podle respondentky záležel na jejím stavu a onemocnění. Například by měla sledovat správné užívání léků, aplikovat injekce.

Sestra by měla sledovat a hodnotit zdravotní stav, především krevní tlak, hladinu cukru v krvi, cholesterolu.

V edukaci o zdravém životním stylu by se sestra měla zaměřit na správnou životosprávu, aktivitu, pohyb, udržování vhodné váhy.

V oblasti správného léčebného režimu při podpoře aktivního stáří by to mělo být především správné užívání léků, aplikace například inzulinu, dodržování životosprávy, hlídání váhy, pohyb, cvičení.

Respondentka by chtěla být od komunitní sestry také informována o novinkách v oblasti zdraví.

V plánování fyzické a psychické aktivity by se měla sestra věnovat pohybové aktivitě, trénování paměti luštěním, četbou a zapojit seniora do podobných kurzů.

Pro seniory by mohla pořádat kurzy počítačů, kurzy pro motivaci k aktivnímu životu a přednášky dle zájmů seniorů. U veřejnosti by to mohlo být podobné.

V oblasti vzdělávání seniorů by se sestry mohly podílet na sociálně právním poradenství.

Sestra by se měla podílet na sociálním poradenství v těchto všech oblastech: analýza zdravotně sociální situace jedince, realizace poradenství, cílené a včasné

vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci, sociální šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy, plánování psychosociální intervence, hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě, pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci, organizace rekondičních pobytů a sociálně právní poradenství. Měla by se podílet na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami, na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí, na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců, na přípravě propuštění pacienta a zajištění následné péče a měla by se také účastnit odborného poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta.

Respondentka pro sebe zatím výhody v činnosti komunitní sestry nevidí. Její služby by zatím nevyužívala.

Příloha 5 Kazuistiky mladší veřejnost

Kazuistika č.7 – Respondent 7

Žena, 50 let, středoškolského vzdělání bez maturity s ekonomickým zaměřením. Respondentka pracuje jako uklízečka v mateřské škole. Žije s rodinou v panelovém domě na menším městě.

Respondentka se s pojmem „sestra pracující s komunitou seniorů“ zatím ještě nesešla. Uvádí, že zná pouze sestry, které jezdí za pacienty, seniory měřit jim krevní tlak, krevní cukr, kvůli lékům. Sestra zjišťuje, co senior potřebuje, zda potřebuje lékařskou péči, eventuelně jim vozí recepty, nemají-li nikoho, kdo by jim takové věci obstaral.

Sestra, která pracuje s komunitou seniorů, by podle respondentky měla mít především zdravotnické vzdělání, ale také znalosti ze sociální oblasti, aby mohla seniorům poradit, kam se mohou obrátit s problémy, kde co mohou vyřídit. Úroveň vzdělání není dle respondentky důležitá. Měla by mít vztah ke starým lidem. „Hlavně, aby měla dobrý vztah a orientovala se. Měla by mít praxi v péči o seniory.“

Na otázku, kde by se chtěla se sestrou pracující s komunitou seniorů setkávat, uvedla z nabídnutých možností období agentur domácí péče, kdy sestry dle potřeby navštěvují seniora doma. Komunitní zdravotní centra by navštěvovala sama, podle svých potřeb. Vše by mělo být přizpůsobeno tak, aby si senioři mohli sami vybrat.

Respondentka očekává od sestry, která ji navštíví po vzájemné domluvě nebo v rámci návštěvy zdravotního centra, že zhodnotí její stav, zeptá se, jestli něco nepotřebuje, zda nemá nějaké obtíže, změří ji krevní tlak ap., a doporučí jí případná opatření.

Ohledně přípravy na důchodové období respondentka odpovídá, že se zatím moc nepřipravuje, protože má do důchodu ještě daleko. Ale spoří si, snaží se jíst zdravě a předcházet nemocem. Křížovkami a četbou si procvičuje paměť. Také se snaží, aby byla v důchodu zajištěná a ne odkázaná na jiné. Největší obavy pak má z nemocí spojených se stářím a z bezmocnosti. Naopak se nebojí, že by neměla v důchodu co na

práci. Ráda čte, luští křížovky, věnuje se zahradničení. Do budoucna by chtěla s manželem podnikat nějaké výlety, věnovat se zájmům.

Také si myslí, že bytové, finanční a sociální podmínky pro důchodové období má zajištěné.

Komunitní sestra by pak podle respondentky měla být podporou v přípravě na stáří, měla by umět poradit.

Aktivní stáří si respondentka představuje: „Abych byla fit, myslelo mi to, abych byla sociálně zajištěná. Navštěvuji divadlo, věnuji se kultuře, udržuji kontakty s vrstevníky, s rodinou.“

Pomoc v podpoře aktivního stáří by podle respondentky měla být samozřejmě v náplni sestry pracující s komunitou seniorů.

V rámci podpory aktivního stáří by sestra měla provádět ošetrovatelské činnosti, jako měřit krevní tlak, puls „a takové ty činnosti, co dělá“, sledovat zdravotní stav, zhodnotit a provést opatření. V rámci sledování zdravotního stavu by se měla zaměřit na krevní tlak a podobně, na schopnost postarat se sám o sebe v základních věcech.

Mohla by podávat informace a edukovat o zdravém životním stylu, především o vhodné stravě, pohybové aktivitě, čeho se vyvarovat.

Také by měla edukovat seniory o správném léčebném režimu, podle stavu a onemocnění konkrétního člověka. Měla by seniorovi pomáhat zvládat nemoc, doporučit vhodnou stravu, jaký by měl zvolit vhodný přístup.

Respondentka také uvádí, že by chtěla být informována o novinkách vzhledem ke svému případnému onemocnění, ale také celkově o preventivních opatřeních, možnostech.

Sestra by měla také připravovat a plánovat tělesné cvičení, rehabilitaci, procvičování paměti, aby byl člověk aktivní i doma. Měla by doporučit i nějaké pohybové kurzy.

Pro seniory by měly sestry pořádat kurzy o počítačích, manuálních pracích, a také kurzy zaměřené na zdraví.

Pro veřejnost by navíc měly pořádat kurzy o přípravě na stáří, informace o stáří.

Ve vzdělávání seniorů by se měly zaměřit na zdravý životní styl, prevenci nemocí, přípravu na stáří, možnosti aktivního života.

Podle respondentky by se sestry pracující s komunitou seniorů měly podílet i na poradenství v sociální oblasti, a to v oblastech: realizace poradenství, cílené a včasné vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci, sociální šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy, plánování psychosociální intervence, hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě, pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci, organizace rekondičních pobytů, částečně na sociálně právním poradenstvím. Dále by se měly podílet na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami, přípravě propuštění pacienta a zajištění následné péče, odborném poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta.

Respondentka vidí v činnosti komunitní sestry pro seniory jen výhody, a to, že se na ni senior může spolehnout v případě problémů, že se má na koho obrátit.

Kazuistika č. 8 – Respondent 8

Muž, 50 let, odborné vzdělání bez maturity (učiliště) technického směru. Povoláním technik. Žije s rodinou v panelovém domě na menším městě.

Respondent slyší pojem „sestra pracující s komunitou seniorů“ poprvé. Představuje si pečovatelskou službu, kdy sestra dochází za seniorem vyššího věku, který je relativně soběstačný, ale nedokáže si některé věci zařídit sám.

Podle respondenta je vzdělání pro sestru pracující s komunitou seniorů rozhodující. Měla by mít zdravotní vzdělání a měla by umět komunikovat s lidmi, ovládat psychologický přístup. K základnímu zdravotnickému vzdělání (střední zdravotnická škola, vyšší zdravotnická škola nebo bakalářské studium) by měla mít vzdělání zaměřené na práci se seniory, v podobě nějaké specializace. Měla by mít všeobecný přehled, aby mohla poradit i v jiných oblastech.

Z nabídnutých možností kontaktu s „komunitní sestrou“ by volil nejraději obdobu agentur domácí péče - zdravotní agentury zaměřené na komunitu, kdy sestra dochází za seniorem, z důvodu lepší dosažitelnosti pro seniory žijící na vesnicích.

Od sestry pak očekává, že se zaměří na zdravotní stav, jako je měření krevního tlaku a podobně, aby kvůli běžné kontrole nemuseli méně pohybliví senioři pokaždé navštěvovat praktického lékaře, nebo jim obstará léky na recept ap. Měla by spolupracovat s praktickým lékařem a nahradit tak sestru od praktického lékaře v terénu, protože by měla kvalifikaci na práci se seniory.

Na otázku, zda se respondent připravuje na důchod a stáří odpověděl, že zatím ne. „Vůbec si to nepřipouštím.“ Pouze si spoří.

Nejvíce se obává horšího zdravotního stavu, že i příprava nemusí být nic platná, nebo že může mít náhle problémy finanční. Obavy naopak nemá z nedostatku činnosti. I v důchodu bude mít stále nějakou práci. V důchodu se určitě bude věnovat činnostem, kterým se věnuje nyní ve volném čase jako zájmy, práce na chalupě.

Z pohledu přípravy na důchod si myslí, že bytové, finanční a sociální podmínky má zajištěné. Ale to ukáže až čas.

Komunitní sestru by respondent v přípravě na důchod, stáří nevyhledával. Spíše až v důchodu.

Aktivní stáří si představuje, že bude v rámci mezí soběstačný, bude se věnovat, čemu bude chtít. Bude ve styku s rodinou, aby si nepřipadal sám a zbytečný.

Na otázku, zda by mu komunitní sestra mohla nějak pomoci v podpoře aktivního stáří odpovídá, že neví. Neví, co by bylo v možnostech sestry. Spíše si myslí, že sestra pomáhá hlavně těm, kteří už nějaký problém mají, kteří potřebují nějakou službu.

V rámci podpory aktivního stáří by podle něj sestra měla v ošetrovatelské činnosti navázat na praktického lékaře. Měla by měřit krevní tlak, krevní cukr, hodnotit stav, doporučit opatření a podobně.

Měla by podávat informace o zdravém životním stylu, čemu se vyhnout, co je zdravé, vzhledem k potížím, onemocnění.

Podle stavu seniora by mu mohla podávat i informace o novinkách v léčbě, oblasti zdraví.

Fyzickou a psychickou aktivitu by si podle respondenta měli senioři organizovat spíše sami.

Kurzy pro seniory by měly spíše nabídnout více seniorům, dát širší nabídku, aby si každý mohl vybrat. Měly by to být kurzy o zdravém životním stylu, o dodržování léčebného režimu, zdravé výživě, pohybové aktivitě. Pro veřejnost by to mělo být podobné, navíc informace o změnách ve vyšším věku, o problémech spojených s přechodem do důchodu, na co se připravit.

Na vzdělávání seniorů by se měly podílet sestry spíše jen v rámci zmíněných kurzů nebo seniorům podat informace o možnostech vzdělávání.

Podle respondenta by se sestry pracující s komunitou seniorů měly v sociální oblasti podílet zejména na analýze zdravotně sociální situace jedince, realizaci poradenství, hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě. Dále by se měly mít podíl na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami, na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí, na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců a na přípravě propuštění pacienta a zajištění následné péče.

Výhody v činnosti komunitní sestry vidí respondent pro lidi, kteří zůstali sami bez pomoci druhých. Komunitní sestra jim tak může pomoc zprostředkovat.

Nevýhodu vidí v možném zneužití kompetencí, proto „by služby měli poskytovat profesionálové a měla by být zajištěna důsledná kontrola, protože senioři mohou být velmi zranitelní“.

Kazuistika č. 9 – Respondent 9

Muž, 55 let, vzděláním střední odborné učiliště zemědělského zaměření. Povoláním zemědělec. Žije s rodinou v rodinném domě na vesnici.

Respondent se setkává s pojmem „sestra pracující s komunitou seniorů“ poprvé. Představuje si sestru pracující například v domovech důchodců.

Podle něj je vzdělání pro činnost komunitní sestry pro seniory rozhodující. Měla by mít minimálně vyšší zdravotní školu a vzdělání by mělo být zaměřené na péči o staré lidi.

Z nabídnutých možností kontaktu s komunitní sestrou respondent preferuje zdravotní agentury zaměřené na komunitu (obdobu agentur domácí péče).

Od sestry očekává, že se věnuje seniorům, komunikuje s nimi, věnuje se zdravotní oblasti, jako například správné užívání léků.

Nad stářím zatím nepřemýšlí. Nijak zvlášť se nepřipravuje. Pouze si vede důchodové připojištění.

Na stáří se obává menšího kontaktu s rodinou – vnoučaty.

V důchodu by se chtěl věnovat vlastnímu hospodářství, které je pro něj i koníčkem.

Na důchod si myslí, že má zajištěné bytové, finanční i sociální podmínky. Bydlí ve vlastním rodinném domě, má důchodové pojištění. V případě potřeby se o něj může postarat syn, který bydlí nedaleko.

Přípravu na důchod podle svých slov zvládá sám. Cítí se v dobré kondici. Protože se s komunitní sestrou ještě nesešel, nedovede si představit, v čem by mu mohla v přípravě na důchod pomoci.

Aktivní stáří si respondent představuje, že se bude moci věnovat zemědělství, dokud to půjde, že se může s přáteli „scházet na pivo“. Doufá, že bude žít aktivním životem.

Respondent neví, jestli by mu komunitní sestra mohla nějak pomoci v podpoře aktivního stáří.

V rámci podpory aktivního stáří v oblasti ošetrovatelské uvádí, že by mu sestra měla poradit ohledně zdravého stravování, čemu se vyhnout. V rámci hodnocení zdravotního stavu by se měla zaměřit na vysoký krevní tlak, obezitu, fyzický stav. V těchto oblastech by měla i edukovat seniory.

V edukaci o správném léčebném režimu by se sestra podle respondenta měla zaměřit především na vysoký krevní tlak, obezitu a pohybové obtíže.

Také by se chtěl od sestry dozvídat, jaké jsou pokroky v oblasti zdraví, co se změnilo.

Fyzickou a psychickou aktivitu by měla sestra plánovat především u méně aktivních seniorů, například různé výlety.

Kurzy pro seniory by podle respondenta měly sestry pořádat spíše pro ženy. Stejně jako u veřejnosti by měly být zaměřeny na vysoký krevní tlak, obezitu.

Pod vzděláváním pro seniory si respondent nic nepředstavuje.

V oblasti sociálního poradenství pro seniory by se komunitní sestra měla zaměřit na realizaci poradenství, cílené a včasné vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci, pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci, sociálně právní poradenství a podílet by se měla také na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí.

Výhody v činnosti komunitní sestry pro seniory vidí respondent v tom, že mu sestra může poskytnout informace, ke kterým by se hůře dostal, že ho informuje o zdravém životním stylu.

Kazuistika č. 10 – Respondent 10

Muž, 59 let, vysokoškolské vzdělání, lékařský obor. Pracuje jako lékař specialista. Žije s manželkou v rodinném domě ve větším městě.

S pojmem „sestra pracující s komunitou seniorů“ se respondent setkal v praxi. Uvádí i geriatrickou sestru. Činnost sestry si představuje v prostředí seniora, poskytuje zdravotní i sociální péči. Hodnotí zdravotně sociální situaci seniora. Péče by měla být hlavně primární, zaměřená na prevenci, ale poskytuje i péči sekundární a terciální.

Minimálně by měla mít vyšší zdravotnickou školu. Důležitá je i praxe se seniory, například na interních a chirurgických odděleních nebo u praktického lékaře.

Respondent by si představoval, že komunitní sestra bude pracovat u praktického lékaře a v rámci této činnosti chodí do terénu, k pacientům, seniorům, kteří jsou méně soběstační.

Sestra by měla hodnotit stav seniora po stránce zdravotní i sociální. Po stránce zdravotní by měla hodnotit fyziologické funkce, jako tlak, puls, glykémii, cholesterol, funkční stav a dle potřeby by měla zprostředkovat návštěvu lékaře. Měla by ošetřovat chronické rány a provádět podobné ošetrovatelské činnosti. Mohla by fungovat i jako poradce po telefonu. Když by si senior s něčím nevěděl rady, zhodnotila by situaci, poradila mu nebo zprostředkovala návštěvu lékaře.

Respondent se na vlastní důchod připravuje v podobě dodržování fyzické aktivity, hraje tenis, snaží se zdravě stravovat, omezovat kouření apod. Protože bydlí v rodinném domě, myslí si, že má i vyhovující podmínky pro případné pohybové omezení. V rámci možností se snaží i udržovat kontakt s přáteli. Finanční zajištění má v podobě důchodového spoření.

Nejvíce se připravuje na období přechodu z pracovního života do důchodového, kdy už nebude mít pravidelnou pracovní zátěž. Největší obavy má z nemocí, které s věkem přibývají, ze zhoubných onemocnění.

Naopak se respondent neobává finančních potíží, protože si dlouhodobě spoří.

V důchodu by se rád nadále věnoval turistice, sportu, chataření, vnučatům. Neobává se nedostatku programu.

Respondent udává, že má zajištěné bytové, finanční i sociální podmínky na důchodové období.

Komunitní sestra by podle respondenta mohla pomoci v době přechodu z pracovního období do důchodového, zejména jako podpora a psychická pomoc. U praktického lékaře by pacientům od určitého věku mohla poskytovat informace ohledně přípravy na stáří, o vhodném životním stylu, čeho se vyvarovat a podobně.

Podle respondenta si aktivní člověk udržuje fyzickou i psychickou aktivitu, věnuje se nějakému sportu, duševní činnosti, má bystrou mysl. Dodržuje léčebný režim, spolupracuje s lékařem, zajímá se o preventivní prohlídky a preventivní programy.

Komunitní sestra by mohla pomoci v podpoře aktivního stáří. Měla by člověka motivovat k činnosti, pomoci mu překonat překážky bránící v pohybové aktivitě, poskytovat mu informace o možných volnočasových aktivitách a zdravém životním stylu.

V rámci podpory aktivního stáří by sestra podle respondenta měla poskytovat ošetrovatelskou péči, kterou má v kompetenci zdravotní sestra. Měla by umět doporučit vhodné kompenzační pomůcky jako francouzské hole, vhodné brýle a podobně. V rámci návštěvy seniorů by měla hodnotit i zdravotní stav, provádět i převazy chronických ran a podobně. Pomáhat člověku i v nemoci, aby nezůstal pasivní.

Při hodnocení zdravotního stavu by se měla sestra zaměřit na základní hodnoty, jako krevní tlak, puls, glykémie, cholesterol, hodnotit funkční a psychický stav. Měla by umět doporučit vhodná opatření a dle potřeby zprostředkovat návštěvu lékaře. Také by měla doporučovat vhodné preventivní programy, screeniny. Zaměřit by se měla na prevenci civilizačních chorob.

Sestra by podle respondenta měla podávat i informace o správném léčebném režimu, vhodné dietě.

V oblasti zdraví by chtěl být informován zejména o novinkách ve farmakoterapii.

Fyzickou aktivitu by sestra měla plánovat u těch seniorů, kteří si to přejí. Doporučit jim, která je pro ně vhodná. Psychickou aktivitou může být například vzdělávání se.

Jako kurzy pro seniory by měly komunitní sestry pořádat kurzy na téma výchova ke zdraví, zdravá výživa, zdravotní uvědomělost, informace o volnočasových aktivitách.

Pro veřejnost by pak měly být pořádány kurzy o změnách ve stáří, pracovních možnostech v důchodu, životospráva.

Na vzdělávání seniorů by se měly sestry podílet tím, že zprostředkují informace o možnostech vzdělávání a vedou například některé z výše uvedených kurzů.

Podle respondenta by se komunitní sestry měly podílet na poradenství v sociální oblasti v těchto činnostech: analýza zdravotně sociální situace jedince, hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě, pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci, podíl na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí, podíl na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců, příprava propuštění pacienta a zajištění následné péče.

Jako výhodu činnosti komunitní sestry pro seniory vidí respondent, že sestra může pomoci seniorovi v přizpůsobení se moderní době. Při domácích návštěvách je větší šance odhalit zdravotní i sociální potíže. Díky informacím může u mnohých zmírnit obavy ze stáří. Mnohé staré lidí potěší už jen svým zájmem, svou přítomností.

Kazuistika č. 11 – Respondent 11

Žena, 53 let, vysokoškolské vzdělání ekonomického zaměření, Pracuje jako auditorka. Žije s rodinou ve vlastním bytě ve velkém městě.

Respondentka uvádí, že se s pojmem nejspíše již setkala, ale vybaví si někoho, kdo pracuje v komunitě narkomanů. Nedovede si představit náplň činnosti sestry pracující s komunitou seniorů.

Po seznámení s pojmem „komunitní sestra v péči o seniory“ si myslí, že vzdělání není rozhodující. Měla by mít zdravotnické vzdělání a především by tato sestra měla umět pracovat se starými lidmi, umět s nimi komunikovat.

Respondentka by se s komunitní sestrou v péči o seniory chtěla setkávat v rámci zdravotních agentur zaměřených na komunitu seniorů. Velmi blízká je jí podoba agentur domácí péče.

Sestra by měla seniorům poskytovat drobnou pomoc, zajišťovat léky, měřit krevní tlak, krevní cukr, pomáhat s hygienou atp.

Na otázku, zda se připravuje nějakým způsobem na stáří, uvádí, že zatím příliš ne. Pouze si spoří na důchod, v kondici se udržuje procházkami, jízdou na kole, návštěvou památek. Také se snaží zdravě stravovat. Věří, že se o ni děti ve stáří postarají.

Ve stáří se obává nejvíce nemoci, že se o sebe nebude moci postarat sama. Naopak se neobává, že by se o ni děti nepostaraly.

Respondentka se věnuje různým zájmům, ráda navštěvuje památky, kulturu. Oblíbené má i vědomostní soutěže. V důchodu by se těmito zájmy chtěla věnovat i nadále.

Také si myslí, že má zajištěné i bytové, finanční a sociální podmínky. „Moc toho potřebovat nebudu.“

Zatím nepřemýšlela, že by ji někdo (komunitní sestra) měl pomoci s přípravou na důchod. Ve stáří by tuto pomoc ale určitě uvítala.

Aktivní stáří si respondentka představuje: „Aby mi to myslelo, měla jsem peníze na zájmy, oblečení, mohla se bez problémů pohybovat. Budu mít v pořádku vztahy s manželem a budu se moci setkávat s přáteli.“

Sestra pracující s komunitou seniorů by jí mohla v podpoře aktivního stáří pomoci především v oblasti zdraví, a to zajištění léků, poradit při případných bolestech.

V rámci ošetrovatelských činností při podpoře aktivního stáří očekává od sestry pomoc v oblasti pohyblivosti, soběstačnosti, péči o rány, zajištění léků.

Při sledování a hodnocení zdravotního stavu by se sestra měla zaměřit především na měření krevního tlaku, glykémie, cholesterolu, doporučení vhodné stravy. Spolupracovat by měla s lékařem a dle potřeby zprostředkuje návštěvu lékaře.

Sestra by mohla i informovat o vhodných bylinkách, ale neměla by seniora nutit do zbytečně drahých léků (léčivých doplňků).

Podle respondentky by seniora o správném léčebném režimu měl spíše edukovat lékař. Sestra by eventuelně mohla poradit s vhodnou dietou, upozornit na možné příznaky onemocnění.

Od sestry by naopak chtěla být informována o změnách ohledně využívání různých služeb, o zdravotnických poplatcích a podobně.

Při plánování fyzické a psychické aktivity by respondentka upřednostnila doporučení různých klubů a kolektivních akcí.

Sestra by měla pořádat pro seniory kurzy zaměřené na informace o nemocech, životosprávě. Pro veřejnost si myslí, že by byly vhodné kurzy aktivního životního stylu.

Sestra by se měla v rámci vzdělávání seniorů podílet na informovanosti o nemocech spojených se stářím, jejich prevenci, podpoře dlouhověkosti a všeobecné informovanosti ve zdravotnické oblasti.

V oblasti sociální by se sestra dle respondentky měla podílet na poradenství v následujících oblastech: analýza zdravotně sociální situace jedince, sociální šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy, plánování psychosociální intervence, pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci, podíl na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí, podíl na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců. Příprava propuštění pacienta

a zajištění následné péče by mělo probíhat ve spolupráci sestry a neziskových organizací.

Výhodu v činnosti komunitní sestry v péči o seniory vidí respondentka, na základě rozhovoru a nových informací, v propojování péče s ostatními organizacemi a koordinaci poradenství. Obává se ale, jestli není rozsah činnosti pro komunitní sestru příliš velký.

Kazuistika č. 12 – Respondent 12

Žena, 54 let, středoškolské vzdělání s nástavbou pedagogického směru. Pracuje jako učitelka v mateřské škole. Žije s manželem v rodinném domě ve větším městě.

Respondentka se s pojmem „sestra pracující s komunitou seniorů“ nesetkala. Vybaví se jí sestra pracující na odděleních dlouhodobé péče, v domovech důchodců nebo dříve geriatrická sestra. Spíše si představuje institucionální péči.

Na základě vysvětlení termínu si respondentka myslí, že je pro činnost komunitní sestry v péči o seniory důležité vzdělání. Sestra by měla mít vyšší nebo vysokoškolské zdravotnické vzdělání se zaměřením na seniory. Měla by se orientovat i v sociální oblasti. Důležitý je i „lidský přístup“ a schopnost komunikace se seniory.

Respondentka by upřednostňovala služby poskytované zdravotními agenturami zaměřenými na seniory a komunitní zdravotní centra.

Od komunitní sestry by pak očekávala zejména poradenství v oblasti zdraví, informace o možných preventivních programech, službách pro seniory. Součástí by mělo být i sledování například krevního tlaku, cholesterolu, vhodných stravovacích návyků, doporučení pomůcek.

Respondentka se v rámci přípravy na důchodové období a stáří snaží udržovat ve fyzické kondici, jí hodně zeleniny a ovoce. Jejími zálibami je četba, hudba a chataření, jimž by se chtěla věnovat i v důchodu. Také si vede důchodové spoření. Bydlení, dle jejích slov, má zajištěné, protože bydlí s manželem v rodinném domě.

Není nic, na co by se výrazně připravovala. „Nepřipravuji se na nic konkrétního, jen se snažím žít zdravě. Všechno tak nějak vyplyne ze situace.“

Obavy má nejvíce z nemocí ve stáří a případné nemohoucnosti. Nebojí se naopak samoty, protože má 2 děti a vnoučata.

V důchodu by se ráda věnovala zahrádce, turistice s manželem, vnoučatům, chataření.

Respondentka se neobává, že by neměla zajištěné bytové, finanční, sociální podmínky na důchod.

Protože se respondentka s komunitní sestrou ještě nesetkala, neví, zda by jí mohla tato sestra nějak pomoci v přípravě na důchod, stáří. Představovala by si poradenství v rámci komunitních center ohledně například sociálního poradenství, zdravého životního stylu, informace o možnostech pro seniory.

Aktivní stáří je pro respondentku co nejméně omezená pohyblivost, možnost věnovat se zálibám, psychická pohoda, orientovanost, návštěva společnosti, kultury, přátel, přiměřený intimní život s manželem.

Sestra by v tomto směru mohla pomoci s doporučením a zprostředkováním vhodných pomůcek (vycházková hůl, pomůcky k úpravě domácího prostředí a podobně), poskytovat poradenství o zdravé výživě, informace o klubech pro seniory, podporovat seniora ve zdravém životním stylu.

V rámci podpory aktivního stáří v oblasti ošetrovatelské činnosti by sestra mohla zprostředkovat vhodné pomůcky, které by usnadnily pohyblivost seniora, zprostředkovat například pomůcky při inkontinenci, měla by pečovat o rány, provádět kontrolní odběry krve, měření cholesterolu, krevního cukru, poradit nebo zprostředkovat kontakt s lékařem při užívání léků, vozit starým lidem, kteří se nedostanou snadno na kontrolu, léky. Měla by spolupracovat s lékařem.

Při hodnocení zdravotního stavu by se měla zaměřit na krevní tlak, kontrolu krevního cukru, jestli je senior schopný se o sebe postarat, příznaky psychického onemocnění – demence.

Při edukaci o zdravém životním stylu by se sestra měla zaměřit na vhodnou výživu, prevenci nemocí, informace o preventivních prohlídkách, doporučování pohybové aktivity.

Edukovat o správném léčebném režimu by sestra měla obecně. Měla by navazovat na lékaře a sledovat, jestli senior léčbu dodržuje.

Respondentka by chtěla být od sestry informována o novinkách v oblasti zdraví, například o vhodných potravinách, čemu se vyvarovat, nebo zdravotních pomůckách u konkrétního onemocnění.

Fyzickou a psychickou aktivitu by komunitní sestra měla doporučovat, ale plánovat by ji měl už daný odborník. Sestra by jen doporučila vhodný kurz.

Kurzy pro seniory a veřejnost by měly být zaměřeny na zdravou výživu, možnosti volnočasových aktivit, poradenství v sociální oblasti, prevence nemocí.

Na vzdělávání seniorů by se sestry měly podílet tak, že doporučí vhodné kurzy, popřípadě je zprostředkují. Samy by pak mohly vést kurzy zdravé výživy, vhodného léčebného režimu.

V sociální oblasti by se podle respondentky měly sestry podílet na analýze zdravotně sociální situace jedince, hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě. Dále by se mohly podílet na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí a na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců.

Respondentka vidí v činnosti komunitní sestry jednoznačně výhody. Především v blízkém kontaktu se seniory a v široké působnosti sestry.

Příloha 6 Činnosti komunitní sestry v sociální oblasti a zdravotně sociálního pracovníka

Činnost komunitní sestry v sociální oblasti

- Analýza zdravotně sociální situace jedince
- Realizace poradenství
- Hodnocení účinnosti poskytované sociální péče klientům v komunitě
- Podíl na koordinaci spolupráce se sociálními svépomocnými skupinami
- Podíl na začlenění jedince do jeho sociálního prostředí
- Podíl na hodnocení zdravotně sociálních rizik jednotlivců

Činnost zdravotně sociálního pracovníka

- Cílené a včasné vyhledávání rizikových jedinců v nepříznivé sociální situaci
- Sociální šetření v prostředí pacienta ve vztahu k onemocnění na základě spolupráce s orgány veřejné správy
- Plánování psychosociální intervence
- Sociálně právní poradenství
- Pomoc znevýhodněným jedincům při sociální integraci
- Organizace rekondičních pobytů
- Příprava propuštění pacienta a zajištění následné péče
- Odborné poradenství pozůstalým při úmrtí pacienta

Zdroj: 56, Vyhláška č. 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Sbírka zákonů Česká republika*. Částka 139. Roč. 2004.