

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Možnosti využití kompetencí sestry pro komunitní péči v oblasti  
péče o zdraví v ČR**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce:**

**Mgr. Andrea Festová**

**Autor práce:**

**Bc. Šárka Lupíšková**

**2009**

## **Possible utilize of nurse's competencies in community health care in Czech Republic**

The philosophy of community care is deeply rooted in an opinion that states that one of the main missions in a cultivated society is helping the people who, due to their disease, are not able to meet their own demands and their needs vitally necessary for life. Community care means providing an intervention and support at the right level and in the right form for clients, so that they can reach the highest possible level of self-sufficiency and control over their own lives. Recently, there have been many changes in the health care system. The goal of community care is to provide thorough care in clients' home environments and thus enable them to stay with their community as long as possible. The major task is providing physical, psychological, palliative and spiritual services. Families are the vital part of the care and a fundamental root of the whole team cooperation within the system of community care. The community teams consist of health care and social workers, community volunteers, the sick or the disabled. Nurses are important members of multidisciplinary teams. They take an active part in community assessment and they also help ensure a complex care for citizens.

The research survey combined a quantitative and a qualitative survey. Firstly, a set of questionnaires for nurses and non-professional public were worked out. Next, an interview was prepared for nurses. The research sample group was made of 153 non-professional respondents and 121 nurses working in different medical facilities all over the Czech Republic. Nine nurses were interviewed.

In my thesis two goals were set up.

The first goal was to find out where in the community care nurses could implement their competences within the legislative frames.

The second goal was to find out what opinion on community nurses non-professional public have. I worked out four hypotheses on the grounds of my goals. The first hypothesis is worded as: The non-professional public is interested in having nurses working for the community care. The second hypothesis is worded as: Nurses between 36-45 of age are willing to work as community care nurses. The third hypothesis is

worded as: Nurses' interest in working for the community care depends on their finished education. The fourth hypothesis is worded as: Nurses working 21-30 years in the health care system are interested in being active as community nurses in home care agencies.

On the grounds of the qualitative research survey and five research questions it is possible to set up two hypotheses. The first hypothesis is worded as: Nurses do not know who a community nurse is. The second hypothesis is worded as: Nurses are not interested in working as community nurses. Community care has had a long history. The foundations of community care have been laid in Great Britain. In the Czech Republic community care has not been a novelty. However, we can claim that so far, no community care system has been created.

#### PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Možnosti využití kompetencí sestry pro komunitní péči v oblasti péče o zdraví v ČR“ vypracovala samostatně a použila jsem jen prameny, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou poštou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

Datum:.....

.....  
Bc. Šárka Lupíšková

## **PODĚKOVÁNÍ:**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce paní Mgr. Andree Festové za její vedení, vstřícný přístup a cenné rady související s touto diplomovou prací. Dále děkuji lékařům, sestrám a laické veřejnosti za čas a ochotu při rozhovorech a vyplňování dotazníků. Také bych chtěla ráda poděkovat prom. mat. Bohuslavu Slipkovi, CSc. za jeho cenné rady a pomoc při zpracování statistických výsledků.

## OBSAH

|                                                                                          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>                                                             | <b>5</b> |
| 1.1 KOMUNITNÍ PÉČE .....                                                                 | 5        |
| 1.1.1 <i>Principy komunitní péče</i> .....                                               | 6        |
| 1.1.2 <i>Komunitní služby a instituce</i> .....                                          | 6        |
| 1.1.3 <i>Komunitní plánování</i> .....                                                   | 8        |
| 1.2 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ .....                                                      | 9        |
| 1.2.1 <i>Program WHO pro Evropský region „ Zdraví 21“</i> .....                          | 12       |
| 1.2.2 <i>Konference o primární zdravotní péči – Alma Ata</i> .....                       | 14       |
| 1.2.3 <i>Mezinárodní konference o posilování a rozvoje zdraví – Ottawská charta</i> ..   | 14       |
| 1.2.4 <i>Konference v Adelaide</i> .....                                                 | 14       |
| 1.2.5 <i>Evropská konference o ošetřovatelství ve Vídni</i> .....                        | 15       |
| 1.2.6 <i>Mnichovská deklarace</i> .....                                                  | 15       |
| 1.2.7 <i>Jakartská deklarace</i> .....                                                   | 15       |
| 1.2.8 <i>Ljublanská charta</i> .....                                                     | 16       |
| 1.3 SYSTÉM PÉČE O ZDRAVÍ V ČR.....                                                       | 16       |
| 1.3.1 <i>Zdravotní stav obyvatelstva se zaměřením na jednotlivé věkové skupiny</i> ..... | 17       |
| 1.3.2 <i>Poskytování zdravotní péče</i> .....                                            | 21       |
| 1.4 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V OBLASTI DOMÁCÍ PÉČE .....                            | 22       |
| 1.5 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DÍTĚ .....                                           | 27       |
| 1.5.1 <i>Kompetence sester v ošetřovatelské péči o dítě</i> .....                        | 28       |
| 1.6 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŠKOLNÍ MLÁDEŽ .....                                  | 31       |
| 1.6.1 <i>Kompetence sester v péči o školní mládež</i> .....                              | 32       |
| 1.7 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O RODINU .....                                         | 33       |
| 1.7.1 <i>Kompetence sester v péči o rodinu</i> .....                                     | 34       |
| 1.8 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V OBLASTI PREVENCE PRACOVNÍCH RIZIK ....               | 35       |
| 1.8.1 <i>Kompetence sester v oblasti prevence pracovních rizik</i> .....                 | 35       |
| 1.9 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O SENIORY .....                                        | 36       |
| 1.9.1 <i>Kompetence sester v péči o seniory</i> .....                                    | 37       |

|                                                                           |            |
|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.10 KOMUNITNÍ PÉČE O TERMINÁLNĚ NEMOCNÉ .....                            | 39         |
| 1.10.1 <i>Kompetence sester v péči o terminálně nemocné</i> .....         | 40         |
| <b>2. CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>                     | <b>42</b>  |
| 2.1 CÍLE PRÁCE .....                                                      | 42         |
| 2.2 HYPOTÉZY .....                                                        | 42         |
| 2.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....                                                 | 42         |
| <b>3. METODIKA.....</b>                                                   | <b>43</b>  |
| 3.1 POUŽITÉ METODY A TECHNIKY .....                                       | 43         |
| 3.2 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....                             | 44         |
| <b>4. VÝSLEDKY .....</b>                                                  | <b>45</b>  |
| 4.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ZÍSKANÝCH Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ OD LAICKÉ ... | 45         |
| VEŘEJNOSTI.....                                                           | 45         |
| 4.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ZÍSKANÝCH Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ OD SESTER ... | 77         |
| 4.3 DATA PRO ZJIŠTĚNÍ VZÁJEMNÉ NEZÁVISLOSTI DVOU PROMĚNNÝCH               |            |
| V DOTAZNÍKOVÉM ŠETŘENÍ.....                                               | 113        |
| <b>6. ZÁVĚR .....</b>                                                     | <b>163</b> |
| <b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>                                    | <b>165</b> |
| <b>8. KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>                                              | <b>172</b> |
| <b>9. PŘÍLOHY .....</b>                                                   | <b>173</b> |

## Úvod

Filozofie komunitní péče vychází z přesvědčení, že jedním z poslání kultivované společnosti je napomoci lidem, kteří kvůli nemoci nejsou schopni sami plně uspokojovat a naplňovat své běžné životní potřeby. Komunitní péče znamená poskytovat intervence a podporu na správné úrovni a ve správné podobě tak, aby klient dosáhl co největší úrovně nezávislosti, samostatnosti, soběstačnosti a kontroly nad svým životem. V současné době probíhají změny v systému zdravotní péče. Ošetrovatelská péče se prováděla převážně v nemocnicích. Sestry pracovaly pod vedením lékaře, plnily jejich ordinace a ošetrovatelská péče byla zaměřena na léčení chorob. Toto vycházelo hlavně z toho, že nemocní se léčili v nemocnicích, často v nich zůstávali i po odeznění akutního stavu a po operacích se zotavovali delší čas v nemocniční posteli.

V 80. letech minulého století se začalo z finančních důvodů uvažovat o zkrácení pobytu v nemocnici, protože výdaje na zdravotnictví stále rostly a nebylo tolik prostředků, které organizace potřebovala. Rozsah zdravotní péče o nemocné se snížit nedal, ale mohlo se změnit místo, kde by se ošetrovatelská péče měla poskytovat. Těmito místy se staly komunity. Ukázalo se, že poskytování komunitní ošetrovatelské péče je méně nákladné a její výhoda spočívá v tom, že pacient nemusí být vytrhnutý ze svého domácího prostředí.

Poskytování zdravotních služeb se po více než půl století vrací do komunit – blíže k místům, kde lidé žijí, pracují a kde je snadnější dostupnost pro ohrožené skupiny populace.

Komunitní péče je zaměřená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Zaměřuje se na péči o pacienta a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetrovatelské péče. Komunitní péče zahrnuje i péči o chronicky a nevléčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany, včetně zajišťování různých forem domácí péče.

Komunitní zdravotní péče je poskytována multidisciplinárním týmem. Zdravotnický pracovník, který poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci komunitní péče, úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími apod. Sestry a porodní asistentky v něm představují významný potenciál

klíčového přínosu pro zdraví populace a zaujímají nenahraditelnou pozici. Sestry a porodní asistentky jsou považovány za nejdůležitější zdroj pro zajištění reformních strategií v souvislosti s rozvojem primární a komunitní péče.

Sestry a porodní asistentky představují nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu, pracují na nejrozumnějších pozicích a jejich práce přispívá k plnění cílů. Musí být ale vzdělávány a školeny tak, aby byly schopné postavit se různým výzvám, jež na ně klade rozvoj komunit, práci v multidisciplinárních týmech a poskytování zdravotní péče lidem.

Snahou poskytovatelů zdravotní domácí péče je co nejdelší setrvání nemocného v jeho přirozeném prostředí. Klientem agentury domácí péče se může stát nemocný, kterému ošetřující lékař předepíše zdravotní péči v jeho sociálním prostředí.

Cílem práce je zjistit, kde by mohly sestry pro komunitní péči uplatnit své kompetence dle daných legislativních rámců. Dále jsem se pokusila zmapovat, jaký pohled má laická veřejnost na práci komunitní sestry v komunitní péči a zjistit, zda sestry mají zájem o využití kompetencí v komunitní péči.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Komunitní péče*

Komunitní péče je spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, které jsou poskytovány nemocným, ale i zdravým občanům, rodinám a skupinám určité komunity. Tyto služby doplňují primární péči a jsou alternativou specializované a institucionální péče, která je poskytována na regionální úrovni. Cílem komunitní péče je poskytovat péči v domácím prostředí a umožnit co nejdelší možné setrvání v komunitě. Komunitní péče je založena na propojování veřejných zdrojů a zdrojů jednotlivce. Přináší holistický a integrovaný přístup v péči o nemocné, ale i o zdravé. Hlavním úkolem komunitní péče je poskytování fyzických, psychologických, paliativních a duchovních služeb. Rodiny jsou hlavním článkem péče a základním kmenem spolupráce celého týmu komunitní péče. Komunitní tým je tvořen zdravotnickými a sociálními pracovníky, dobrovolníky z komunity, nemocnými nebo postiženými.

Sestry jsou důležitými členy multidisciplinárního týmu. Účastní se hodnocení komunity a pomáhají zajišťovat komplexní péči o obyvatele. „Hlavní úlohou komunitních sester je vystupovat jako zprostředkovatel zdravotní a ošetrovatelské péče pro členy komunity“ (22, s. 26).

Sestra má mnoho významných rolí, které vychází z rozmanitých činností, které vykonává. Je to především edukace jedince i komunity, management, sběr dat a výzkum, poskytování specifických intervencí ošetrovatelské péče. Mezi hlavní trendy, které ovlivňují rozvoj komunitní a domácí péče, patří např. stárnutí populace, měnící se rodinné struktury (stěhování, méně dětí, neúplné rodiny), technika v terénní péči a informovanost klientů zdravotní péče, kdy již nejsou klienti pasivními příjemci zdravotní péče, ale jsou lépe informováni a jsou si vědomi svých práv. Dále je to krize ošetrovatelství, kdy se zvyšuje průměrný věk sester a potýkáme se s nedostatkem sester (22).

### 1.1.1 Principy komunitní péče

„Komunitní péče znamená poskytovat služby a podporu občanům na správné úrovni, ve správné době a ve správné chvíli tak, aby občan dosáhl co největší úrovně nezávislosti“ (22, s. 27). Obce by měly zajistit dostupnost zdravotních a sociálních služeb klientům, ale také o nich občany informovat a zajistit snadný přístup k těmto službám.

Jarošová ve své knize uvádí devět základních principů komunitní péče. K principům komunitní péče patří *čtyřicetihodinová dostupnost* základní pomoci, ale i krizové intervence pro všechny druhy náhlých příhod, *snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb*, a to ve smyslu psychologickém i fyzickém, *rychlé předávání klienta odpovídajícím službám*, *návaznost péče* pro zajištění kontinuity, *multidisciplinární spolupráce* poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, *možnost výběru služeb*, *individuální přístup* ke každému člověku a respektování jeho potřeb v různých fázích nemoci. K dalším principům patří *diskrétnost* při předávání informací a posledním principem je *účelnost nákladů* pro vytvoření a udržení kontinuálního systému, podpora přirozených zdrojů v komunitě (22, 34).

### 1.1.2 Komunitní služby a instituce

V komunitní péči má nejvýznamnější místo rodina a přátelé klienta. Rodina se o svého člena musí chtít postarat. U chronicky nemocných, u osob se zdravotním postižením a u seniorů je domov vnímám jako životní centrum. Mezi zdravotní služby patří:

*Praktičtí lékaři pro dospělé*, kteří poskytují komplexní léčebně – preventivní péči, která zahrnuje podporu zdraví, prevenci onemocnění, léčbu, rehabilitaci a podpůrnou léčbu pacientům s respektem na bio-psycho-sociální složku. Nejdůležitější jsou preventivní prohlídky, které jsou prováděny klientům starších osmnácti let jednou za dva roky.

*Praktičtí lékaři pro děti a dorost* poskytují komplexní léčebně – preventivní péči pro lidi od narození do devatenácti let věku. Nejdůležitější jsou preventivní prohlídky.

*Agentury komplexní domácí péče* poskytují klientům odborné a specializované zdravotní služby. Agentury domácí péče vznikají na základě zákona č. 160/1992 Sb. o nestátních zdravotnických zařízeních. Domácí péči indikuje lékař, péče je poskytována 24 hodin denně speciálními agenturami a je hrazena ze zdravotního pojištění. Klienti si platí pouze nadstandardní výkony.

*Ambulantní gynekologové*, kteří provádí preventivní prohlídky jedenkrát ročně. Obsahem preventivní prohlídky je rodinná, osobní a pracovní anamnéza.

*Stomatologové*, kteří kladou důraz na preventivní prohlídky, a to ve všech subdisciplínách (stomatologická chirurgie, parodontologie, dětská stomatologie atd.). Důležitá je primární prevence, jako je hygiena dutiny ústní, správná strava.

*Komunitní ošetrovatelské ústavy* jsou nevelká zařízení situovaná přímo v komunitě. V zahraničí tyto ústavy vedla vysokoškolsky vzdělaná sestra. Poskytuje se zde základní ošetrovatelská péče klientům, pro které vzhledem ke změnám jejich zdravotního stavu nejsou již dostačující služby domácí péče.

*Stacionáře a centra pro specializovanou péči*, které poskytují zdravotní péči vybraným skupinám klientů v rámci ambulantní či lůžkové péče. V těchto centrech je klientům poskytována přímá péče (léčba, sledování, edukace, nácvik denních činností, management bolesti, poradenství apod.) (22).

V komunitní péči se můžeme setkat i se sociálními službami jako jsou např.

*Pečovatelská služba*. Je to terénní či ambulantní služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností. Tato služba je realizována v domácím prostředí klienta nebo v zařízeních sociálních služeb. Pečovatelská služba obnáší poskytování základních činností, jako je pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, pomoc s chodem domácnosti, umožnění kontaktu s prostředím.

*Osobní asistence* je určena klientům, kteří potřebují pomoc v životních úkonech z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Pomoc spočívá ve zvládnutí běžných úkonů péče o sebe sama, pomoc při hygieně, při zajištění stravy nebo chodu domácnosti. Cílem osobní asistence je umožnit klientovi žít co nejdéle ve svém domácím prostředí a oddálit ústavní zaopatření.

*Centra denních služeb* poskytují ambulantní péči lidem se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé fyzické osoby. Pomoc spočívá ve zvládnutí běžných úkonů péče o sebe sama, pomoc při hygieně, při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatnění práv.

*Denní stacionáře* poskytují ambulantní péči lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění, duševního onemocnění, zdravotně postiženým osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

*Odlehčovací služby* jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí (22).

### *1.1.3 Komunitní plánování*

Komunitní plánování je uzavřený proces zjišťování potřeb členů komunity. Cílem je hledat řešení, která odpovídají místním podmínkám a potřebám. Komunitní plánování spočívá ve spolupráci a zapojení uživatelů služeb, jejich poskytovatelů, ale i jejich zadavatelů. Prvním krokem v komunitním plánování je vyhledávání skupin. Klienti komunitní péče jsou hlavně senioři, ale i lidé v produktivním věku, jejichž stav vede k bezmocnosti. Nejčastěji jsou to lidé po cévní mozkové příhodě, s tělesným nebo duševním postižením, lidé s degenerativním onemocněním, se smyslovými poruchami, lidé po operacích a těžkých úrazech, umírající. Druhou fází je určení věkové struktury, stanovení potřeb klientů. V této fázi dochází k definování, kolik klientů a v jakých věkových skupinách potřebuje pomoc, aby se zabezpečila relativní nezávislost. Ke ztrátě nezávislosti klienta může dojít při zhoršení zdravotního stavu, sociálního prostředí nebo změně kvality bydlení. Třetím krokem komunitního plánování je zhodnocení stávajících služeb a možností v komunitě. Tyto služby můžeme rozdělit na zdravotní, sociální a jiné nestátní subjekty. Posledním, čtvrtým krokem je posouzení situace a stanovení společenské koncepce, kdy multidisciplinární tým plánuje, jaké služby jsou potřebné a jak má být celý systém propojen. Vypracovává plán sociálně

zdravotních služeb a podle něj pak dojednávají dohody se všemi subjekty na financování služeb pro vybudování nového komplexního systému (22).

### ***1.2 Komunitní ošetřovatelství***

Komunitní ošetřovatelství je definováno jako „ošetřovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče, které jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel“ (22, s. 39).

Ošetřovatelství, které je orientované na zdraví komunity, není novou záležitostí. Před několika stoletími lidé stonali více doma než ve zdravotnických institucích. V posledních letech převládá tendence řešit co nejvíce zdravotních problémů doma v blízkosti své rodiny a přátel a zkrátit tak pobyt v lůžkovém zařízení na nezbytně nutnou dobu. Tím komunitní ošetřovatelská péče, sociální péče a další zdravotní péče nabývá na významu. Komunitní ošetřovatelství a podmínky k získávání specializace komunitní sestry jsou definovány v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Komunitní péče se zaměřuje na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví, rehabilitaci, na péči o nemocného i chronicky a nevléčitelně nemocného, o zdravotně postižené občany. Aby mohl být tento cíl naplněn musí komunitní sestra poskytovat svoji péči komunitě jako celku. To znamená, že poskytuje péči lidem uvnitř komunity, rodinám a jednotlivcům. Komunitní ošetřovatelství se zaměřuje na zlepšení zdraví celé komunity vyhledáváním rizikových skupin a poskytování jim specifické péče. Komunitní ošetřovatelství není omezené věkem ani diagnózou. Komunitní ošetřovatelství je zaměřeno na komunitu a na její populaci a realizované změny, které tam s sebou sestra přináší, musí přinášet užitek celé komunitě (4, 9, 22, 48, 67).

Hlavním cílem komunitního ošetřovatelství je zdraví, které pomáhá dosáhnout klientům maximální úrovně fyzického, psychického, sociálního a spirituálního fungování.

Na konci 90. let došlo k zahájení významných reforem zdravotní péče v členských zemích Evropského regionu Světové zdravotnické organizace. Systémy zdravotní péče v těchto zemích prochází přechodovou fází. Pobyt klientů v nemocnici se zkracuje a brzký odchod z nemocnice vede k tomu, že vážně nemocní klienti žádají péči ve svých domovech. V důsledku toho dochází v členských státech ke změně v distribuci finančních prostředků, které jsou určeny na zdravotní péči, a také dochází ke změně související s menším důrazem na akutní péči v nemocnicích a s důrazem na komunitní ošetrovatelskou péči (9).

Sestry mají tradičně k lidem velmi blízko, mají důvěru, pracují samostatně a finančně se každému státu vyplatí. Obecně jsou nazývány komunitními sestrami, ale v jiných zemích se mohou nazývat jinak. Např. sestra pro veřejné zdravotnictví (public health visitors), sestra pro návštěvní službu (health visitors), sestra pro domácí péči, školní sestra, sestra pro zdravotní výchovu, rodinná sestra (family nurse), která je v poslední době hodně preferovaná. Všechny tyto sestry pracují ve státním zájmu samostatně v terénu jako součást veřejného zdravotnictví a jsou za svou práci, která je společensky velmi ceněna, odměňovány z veřejných prostředků. Systém domácí péče pojmu komunitní práce odpovídá jen částečně, protože tato práce je zaměřena jen na nemocné, ale ne na zdravou nebo ohroženou populaci. Komunitní práce sester je velmi užitečná, ale v dnešní době není jednoduché najít pro ni v našem zdravotním systému patřičné místo hrazené ze státních prostředků. Rada pro rozvoj ošetrovatelství se snaží i tento úkol splnit. Ale je k tomu nezbytná podpora státu. Některé bakalářské programy již vychovávají sestru vzdělanou v komunitní péči. Ale potřebujeme tyto sestry poslat na studijní pobyt do zahraničí, kde je komunitní ošetrovatelství dobře rozvinuté, a pak pro ni připravit pracovní uplatnění (49).

Komunitní sestra zastává rozmanitou škálu rolí.

1. Obhájce – role, která se dotýká ochrany práv druhých.
2. Manažer péče – podporuje klienty v procesu rozhodování o příslušných službách a o tom, jak se mohou vhodně využít.
3. Poradce – komunitní sestra pomáhá svým klientům vyrovnat se se stresem a pomáhá klientovi řešit problémové situace.

4. Sestra v klinické praxi – péče sestry v ambulantních zařízeních.
5. Výzkumnice – komunitní sestra se podílí na ošetrovatelském výzkumu.
6. Učitelka – sestra vyučuje principy k zajištění změn chování mezi klienty.
7. Epidemiolog – epidemiologické metody sestry používají ke studiu zdraví a nemoci v populačních skupinách.
8. Vedoucí skupiny – sestra uvádí do souladu individuální a komunitní požadavky, které jsou kladené na zdraví.
9. Návštěvní služba – sestra vstupuje do klientova prostředí a také v tomto prostředí pracuje. Sestry shromažďují informace o prostředí, ve kterém klient žije a zjišťují jak je rodinný systém funkční.
10. Zdravotní projektant – sestra vytváří a sestavuje programy zdraví pro rizikové a ohrožené skupiny.
11. Detektor rizikových případů – komunitní sestra vyhledává rizikové skupiny obyvatel, kteří potřebují pomoc (65, 66).

Dříve bylo komunitní ošetrovatelství ve světě zaměřené na jednotlivce a jeho rodinu, kterým byla poskytována zdravotní péče, ale bez bližšího hodnocení prostředí, ve kterém rodina i jedinec žili. V posledních letech se komunitní ošetrovatelství zaměřuje více na komunitu a na její populaci s tím, že praktické činnosti, které jsou prováděny u jednotlivce a rodiny, musí přinášet užitek celé komunitě (22).

V roce 1974 definovala WHO tři komponenty komunitní ošetrovatelské péče k tomu, aby popsala jedinečnost této disciplíny:

1. Smysl pro zodpovědnost pro poskytnutí potřebné zdravotní péče v komunitě.
2. Prioritou je péče o ohrožené skupiny v komunitě.
3. Jednotlivec, rodina, komunita a skupina musí být partnerem při plánování a hodnocení zdravotní péče (5, 9).

V ČR je jedinou podobou komunitní péče domácí péče, která je zaměřená na nemocné lidi, ale ne na zdravou nebo ohroženou populaci. Takže se v pravém smyslu nejedná o komunitní péči (50).

Podle závěrů evropské konference o ošetrovatelství, kterou pořádala Světová zdravotnická organizace ve Vídni v roce 1988, musí sestry rozvíjet kvalitně nové služby vycházející z koncepce primární péče s participací komunity (22).

Dokumenty WHO uvádějí, že metodiky cílového programování a systémového přístupu se začaly uplatňovat ve všech oblastech práce WHO počátkem 70. let. V druhé polovině sedmdesátých let byl posouzen vývoj stavu zdraví populace v Evropě a ve světě a byly označeny tři dominantní problémy:

1. rychlý růst výdajů na zdravotní péče
2. stagnace zdravotní úrovně populace
3. potíže při kontrole a redukci zdravotně rizikových faktorů

Tyto problémy se staly východiskem celosvětového hnutí za zlepšení péče o zdraví populace, které souvisí s ekonomickými, společenskými a politickými změnami (9, 31).

Podíl na změnu zdravotní evropské strategie má i komunitní ošetrovatelství. Koncepce komunitního ošetrovatelství je kongruentní a vychází z následujících programů a deklarací.

#### *1.2.1 Program WHO pro Evropský region „Zdraví 21“*

Tento strategický program byl přijat v květnu 1998 a WHO jím chce realizovat vizi Zdraví pro všechny, kterou zahájila konference v Alma-Atě. Tato vize určila globální priority a deset cílů pro první dvě desetiletí jedenadvacátého století, které vytvoří podmínky pro všechny lidi na světě k dosažení a udržení nejvyšší možné úrovně zdraví. Program WHO pro Evropský region „ZDRAVÍ 21“ má čtyři základní součásti, které jsou stanoveny pro Evropu. Jednotlivé státy je pak konkretizují a aplikují na své podmínky podle situace a možností. Základní součásti programu „ZDRAVÍ 21“ jsou:

*Jeden stálý záměr* – umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu.

*Dva hlavní cíle pro zlepšení zdraví, které směřují k realizaci stálého záměru:*

- ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život
- snížení incidence hlavních nemocí a úrazů

*Tři etické hodnoty programu:*

- zdraví jako základní lidské právo
- ekvita ve zdraví a solidarita mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí
- spoluúčast a odpovědnost jednotlivců, skupin, institucí a společenství, organizací a resortů za rozvoj zdraví

*Čtyři základní postupy pro realizaci programu s využitím vědeckých, ekonomických, politických a sociálních podmínek:*

- mezirezortní strategie postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a průběžné hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření
- příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu
- integrovaná základní zdravotní péče zaměřená na rodinu a celé společenství podporovaná flexibilním a citlivým nemocničním systémem
- participační zdravotní rozvoj, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí prospět (např. rodin, škol, pracovišť, územních celků). Smyslem je posílení společenského rozhodování, realizace a odpovědnost (22, 54).

Evropský region si stanovil 21 konkrétních cílů pro realizaci záměru zdraví pro všechny. Tyto cíle se pak stanou měřítkem pokroku postupného rozvoje a ochrany zdraví a snižování zdravotních rizik. Tyto cíle tvoří osнову pro přípravu zdravotní strategie v Evropském regionu. I když tyto cíle nejsou závazným seznamem, tvoří základ evropské zdravotní strategie. Jsou konkretizací úkolů, k jejichž naplnění vyzvala Světová deklarace zdraví, a jsou východiskem realizace zdravotní strategie „Zdraví pro všechny v jedenadvacátém století“. Stanovené cíle respektují konkrétní podmínky a potřeby Evropského regionu a adekvátně na ně reagují (22, 54).

### *1.2.2 Konference o primární zdravotní péči – Alma Ata*

Mezinárodní konference o primární zdravotní péči se konala 6. – 12. září 1978. Vyjadřovala potřebu ochrany a podpory zdraví celosvětové populace (9).

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. (31).

Primární zdravotní péče je základní zdravotní péče, která je založená na praktických, vědecky podložených a společensky akceptovaných metodách a technologiích vytvářených všeobecně přístupným jednotlivcům, rodinám v komunitách, kdy se plně podílí v rozsahu, který si komunita může dovolit s ohledem na její úroveň rozvoje v duchu sebedůvěry (9, 19).

### *1.2.3 Mezinárodní konference o posilování a rozvoje zdraví – Ottawská charta*

21. listopadu 1986 se v Ottawě konala první mezinárodní konference o posilování a rozvoji zdraví. Cílem bylo splnit záměry programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Vycházela z výsledků, které přinesla konference o primární zdravotní péči v Alma-Atě, dále z cílů, které byly stanoveny WHO v rámci programu zdraví pro všechny, ale i z diskuze na Světovém zdravotnickém shromáždění, které se týkalo nadresortního pojetí péče o zdraví. Cílem je zmenšovat rozdíly v poskytované péči v běžném zdravotním stavu (9, 19).

### *1.2.4 Konference v Adelaide*

Konference v Adelaide se konala v roce 1988 a jejím výsledkem bylo doporučení nové strategie zdravotní politiky, a to se zaměřením na podporu zdraví žen, potravin a výživu, kouření a alkohol, tvorbu a ochranu bezpečného životního prostředí (9, 19).

#### *1.2.5 Evropská konference o ošetrovatelství ve Vídni*

Evropská konference o ošetrovatelství se konala ve Vídni v roce 1988. Byly zde navrženy změny ve vzdělávání a praxi sester a porodních asistentek. Větší důraz byl kladen na primární zdravotní péči a větší úlohu sester v tvorbě zdravotní politiky.

Výkon profese by se měl soustředit na primární zdravotní péči a posílení komunit. Tento přístup by měl být podporován využíváním odpovídajících technologií, praxe založené na důkazech a v neposlední řadě mezinárodní spolupráci (9, 31).

#### *1.2.6 Mnichovská deklarace*

V Mnichovské deklaraci, která se konala v červnu roku 2000, se WHO zaměřuje na podporu vzdělávání v ošetrovatelství a porodní asistenci, podporu výzkumu, rozvoj a poskytování zdravotnických služeb. Podpisem deklarace se vlády zavazují hledat nové příležitosti, které by vedly k založení a podpoře programů a služeb na rodinu zaměřeného komunitního ošetrovatelství a porodní asistence. Dále posilovat role sester a porodních asistentek ve veřejném zdravotnictví, v podpoře zdraví a vývoji komunity (9, 31, 52).

#### *1.2.7 Jakartská deklarace*

Jakartská konference konaná v červenci v roce 1997 počítala se zapojením do soukromého sektoru pro posilování a rozvoj zdraví. Nutností je posilovat sociální odpovědnost za zdraví a zvyšovat objem prostředků vynaložených na posilování a rozvoj zdraví. Investice by měly odpovídat potřebám jednotlivých sociálních skupin. Na Jakartské konferenci bylo stanoveno několik priorit a to: rostoucí vědomí o měnících se determinantech zdraví, podporovat rozvoj spolupráce a spojení pro zlepšování zdraví, umožňovat společenské studium, shromažďovat praktické zkušenosti, podporovat spolupráci při praktických činnostech a posílit otevřenost a veřejnou odpovědnost při posilování a rozvoji zdraví (9, 19).

### *1.2.8 Ljublanská charta*

Ljublanskou chartu přijaly v roce 2000 všechny členské státy. Ljublanská konference analyzovala trendy v reformě evropské zdravotní péče, jako např. respektovat princip lidské důstojnosti, spravedlnosti a solidarity, vnímavost k potřebám obyvatel, zajištění finančních prostředků, které umožní dostupnost zdravotní péče, soustředit se na trvalé zlepšování kvality péče. Dále identifikovala naléhavé problémy a úskalí jejich řešení (9, 19).

### **1.3 Systém péče o zdraví v ČR**

Rozvoj komunitní péče a komunitního ošetrovatelství souvisí se zaměřením politiky státu, která představuje souhrn politických aktivit ovlivňujících zdraví a kvalitu života jedinců, skupin a komunit. V historickém vývoji se zdravotnictví vytvářelo z potřeb denního života a na základě různých institucí, které poskytovaly zdravotní či charitativní péči. Zdravotnický systém je soustavou zdravotnických institucí a je subsystémem systému péče o zdravé. V současné době prochází systém zdravotnictví v České republice obdobím transformace. Nesnáze se projevují v oblasti zdrojů, činností, výstupů a dopadů zdravotní péče.

V současném zdravotnickém systému existují tři navzájem propojené strany – pacient (příjemce péče), poskytovatel (lékaři, zdravotnická zařízení) a plátce (ten, kdo hradí provedenou zdravotní péči). Do konce devatenáctého století byla obvyklá přímá úhrada zdravotní péče pacientem. Pacient si od lékaře kupoval službu jako jiné zboží na trhu. Nejchudší vrstvy byly léčeny zdarma či uhrazovaly péči v naturáliích. S rozvojem zdravotnických zařízení narůstaly ceny zdravotnických služeb a přímá úhrada pacienta již nestačila. Při vážnějším onemocnění se do finančních potíží dostávali i bohatí lidé a chudí lidé neměli dostatek prostředků na zdravotní péči. Proto do systému vstoupila třetí strana (financující subjekt), která realizuje solidaritu a organizuje směnný vztah mezi lékařem a pacientem.

Zdravotnické systémy můžeme rozdělit do čtyř skupin:

1. *Liberálně – tržní zdravotnictví*, které je založeno na dobrovolném pojištění. Tento model funguje v USA, ve Švýcarsku.
2. *Státní zdravotnictví*, které je financováno především z daní. Tento model je uplatněn ve Velké Británii, Kanadě, Švédsku, Norsku, Finsku, Novém Zélandu.
3. *Smíšené zdravotnické systémy*. Tohoto modelu se využívá v Irsku nebo Chile.
4. *Model národního zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami*. Tento model je uplatňován v zemích západní Evropy a od roku 1992 také v České republice. Principem tohoto modelu je ze zákona povinné zdravotní pojištění pro všechny občany s trvalým pobytem a všechny zaměstnané cizince. Základními účastníky tohoto systému jsou poskytovatelé zdravotní péče, příjemci zdravotní péče a zdravotní pojišťovny jako plátcí zdravotní péče. Stát je plátcem zdravotního pojištění za vybrané skupiny osob bez vlastních příjmů, jako jsou děti, důchodci, vojáci, osoby na mateřské dovolené a pod. Procentuální výše zdravotního pojištění stejně jako rozsah pojistného krytí občanů je stanoven zákonem (18, 20, 22, 41).

#### *1.3.1 Zdravotní stav obyvatelstva se zaměřením na jednotlivé věkové skupiny*

V devadesátých letech každoročně klesal počet narozených dětí. Od roku 2000 počet narozených stále stoupá, s výjimkou roku 2001, kdy došlo k velice mírnému poklesu. Zvyšující se počet narozených souvisí s nástupem žen narozených v populační vlně sedmdesátých let“ do reprodukčního období. V roce 2007 se v České republice narodilo celkem 114 947 dětí, z toho 114 632 živě a 345 mrtvě. Maximální hodnoty poměru byly ve Zlínském kraji a naopak v Karlovarském kraji. Počet narozených dětí převýšil počet zemřelých osob. To znamená, že po dvanácti letech přirozeného úbytku dochází k přírůstku obyvatelstva přirozenou měrou.

Novorozenecké období je definováno od narození do 28. dne života dítěte. Do 7. dne je dítě časný novorozenec. Novorozenec se v této době musí adaptovat na nové prostředí. Pokud není novorozenec zcela v pořádku je toto období velmi rizikové.

V Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky je od roku 1991 veden informační systém „Rodička a novorozenec“, jehož cílem je sledování zdravotního stavu matek během těhotenství a porodu, stav plodu a novorozence a jeho možné komplikace. Novorozenec je ohrožen řadou rizik, jako jsou např. obrny různého typu, úrazy, různé infekce. Asi nejzávažnější je v tomto věku hypoxicko-ischemická encefalopatie, která výrazně ovlivňuje kvalitu dalšího života novorozence. Z patologických stavů je pro novorozenecké období typický výskyt vrozených vývojových vad, tendence ke generalizaci infekce vzhledem k nezralosti imunitního systému. Mortalita je v tomto období proto nejvyšší z celého dětství. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky zůstává v ČR novorozenecká úmrtnost na nízké úrovni, ale v roce 2006 došlo k jejímu mírnému vzrůstu. Nejčastější příčinou novorozenecké úmrtnosti je hypoxie (40%), infekce (30%) a vrozené vady (20%) (45, 54).

Kojenecké období je definováno od 29. dne života dítěte do ukončeného 1 roku. Toto období je charakterizované intenzivním růstem, postupným osamocováním se a rozvojem motorických a psychických funkcí. Důležité je očkování, které dítě chrání před některými chorobami. Po novorozeneckém období je druhým nejvýznamnějším z hlediska úmrtnosti a nemocnosti. Mají na to vliv VVV, pozdní následky perinatální patologie, poruchy metabolismu. Česká republika v kojenecké úmrtnosti patří mezi země s nejnižší kojeneckou úmrtností na světě. Daří se ji neustále snižovat a v roce 2007 byla nejnižší v historii (3,14 ‰). Nejnižší kojenecká úmrtnost byla v Plzeňském kraji, naopak nejvyšší byla v kraji Karlovarském (3, 7, 45, 54).

Batoletí období je období mezi 1. a 3. rokem života dítěte. Dochází ke zdokonalování pohybu a komunikace s okolím. Samostatný pohyb a nedostatek zkušeností jsou příčinou častých úrazů a otrav. Z chorob se nejčastěji v tomto věku vyskytují choroby dýchacích cest. Děti, které navštěvují nějaké kolektivní zařízení, bývají častěji nemocné než děti v domácím prostředí (3, 45).

Předškolní období je období mezi 3. a 6. rokem věku, v jehož závěru je dítě schopno nastoupit do školy, zvládnout učivo první třídy. Dítě je již obratnější, rádo si hraje. Z onemocnění převládají respirační infekce, angíny, choroby ledvin, choroby

srdce, infekční nemoci, proti kterým se neočkuje. Je zde riziko otrav a intoxikací (3, 45).

Školní věk je období po 6. roku, kdy dítě zahajuje školní docházku. Častý je výskyt úrazů, které jsou nejčastější příčinou smrti. Největší podíl na úrazovosti mají školní a sportovní úrazy. Z chorob se nejčastěji v tomto věku vyskytují choroby dýchacích cest, ledvin a močových cest, choroby trávicího systému, revmatismus, oční a ušní onemocnění. Často se v tomto období vyskytují poruchy psaní, čtení, počítání, výslovnosti nebo smíšená porucha školních dovedností (3, 45, 54).

Období dospívání je biologicky ohraničeno počátkem pubertálního vývoje, dosažením plné pohlavní zralosti a ukončením tělesného růstu. U dívek začíná dříve než u chlapců. V období puberty se mohou vyskytnout choroby psychosomatického charakteru a také poruchy endokrinního systému. Velice často se v tomto období objevují poruchy příjmu potravy, které převažují převážně u dívek než u chlapců. Také zde může docházet k poruchám pohlavní identity (transsexualismus), porucha sexuální preference (fetišismus, pedofilie, sadomasochismus) nebo poruchy související se sexuálním vývojem a orientací (porucha sexuálního vyzrávání, porucha sexuálních vztahů) (3, 45, 54).

Dospělost je definována přechodem z dospívání do dospělosti probíhá průběžně a je charakterizován dosažením osobní zralosti. Dospělost můžeme rozdělit na rannou (18 – 30 let), střední (30 – 45 let) a pozdní (45 – 65 let).

*Ranná dospělost* – toto období je relativně klidné a vyrovnané. Růst organismu i celkový vzhled se ustaluje, vrcholí činnost žláz s vnitřní sekrecí. Je to období vrcholné fyzické i psychické aktivity. Člověk získává mnoho zkušeností, je schopen dobré adaptability. Většinou převládá pozitivně citové ladění. V rané dospělosti se realizují životní cíle a naplňují se hodnoty, které si člověk určil v adolescenci. Je to období hledání a nacházení trvalého partnera a zakládání rodiny. Také se realizují pracovní činnosti. V tomto období může docházet k pracovním úrazům, které mohou být příčinou smrti, dopravním nehodám. Dále může docházet k domácím úrazům nebo úrazům ve volném čase. Může se zde objevovat závislost na alkoholu, kouření a jiných návykových látkách.

*Střední dospělost.* Je to období stabilizace ve vývoji tělesném, psychickém i sociálním. Ke konci tohoto období může docházet ke zhoršování některých funkcí. Postupně může docházet k úbytku svalové hmoty, zhoršuje se zrak, sluch a manipulační schopnost.

Zhoršuje se paměť, a to hlavně v oblasti vštěpování a vybavování nových informací. Objevují se problémy v manželství, které mohou končit rozvodem. Je zde velká odpovědnost vzhledem k rodině i povolání.

*Pozdní dospělost.* Je to období bilancování, kdy mnoho lidí hledá odpověď na otázky, zda to, čeho dosáhli, odpovídá očekávání či nikoliv a zda-li dosavadní výsledky mohou být ještě dobudovány a završeny. Snižuje se výkonnost, dochází k atrofii svalstva, osteoporóze, výrazněji se snižuje pružnost kůže. Zhoršuje se zrakové a sluchové vnímání. U žen dochází ke klimakteriu, které je spojeno s podrážděností, plačtivostí, zvýšenou vztahovostí. U mužů může docházet k syndromu zavírajících se dveří, kdy opouští rodinu a hledají si nové partnerky. Dochází ke změnám v sociálních vztazích, kdy děti opouštějí rodinu a může vznikat syndrom prázdného hnízda. Tyto změny mohou vyústit v deprese nebo výčitky svědomí. Navazují se hůře nové kontakty. V pozdní dospělosti se objevují zdravotní potíže spojené s chronickým onemocněním, jako je např. diabetes mellitus, artróza. Může dojít ke ztrátě partnera. Na konci tohoto období odchází lidé do důchodu, a to způsobí náhlou změnu sociálního zařazení. Člověk se z produktivního statusu dostává do relativně závislé role (72).

**Stáří.** V roce 2004 bylo v České republice 1 434 630 obyvatel starších 65 let. Až 90% seniorů je soběstačných s pomocí rodiny nebo svého nejbližšího okolí. Stáří můžeme dělit na počínající stáří (60 – 74 let), vlastní stáří (75 – 89 let) a na dlouhověkost (90 let a více). Stárnutí probíhá u každého člověka odlišně. Je to dáno involučními změnami, ale i životním způsobem, funkčním stavem atd.

Stáří je přirozenou a závěrečnou etapou v rámci ontogenetického vývoje člověka. Také toto stádium má své specifické znaky. Dochází ke změnám v oblasti psychické, somatické, emoční a sociální. Tyto změny mohou způsobovat vyšší zranitelnost organismu, pokles některých schopností a celkového výkonu. Dochází ke změnám postavy, která se snižuje, mění se tvář, vystupuje nos a brada. Dochází ke snížení

zrakového a sluchového vnímání. To může mít za následek pokles výkonu v jednotlivých činnostech nebo sníženou reakci. Při nedoslýchavosti pak dochází k psychickým symptomům, jako je podezíravost nebo izolace. Zhoršené zrakové a sluchové vnímání představuje velké riziko úrazů a ztíženou možnost komunikace s druhými lidmi. Chůze se zvolňuje, gesta se zmenšují a je jich méně. Řeč starých lidí bývá pomalejší, rozvláčná. Veškerá činnost trvá starému člověku déle, toto negativum je ale naopak vyrovnáno systematičností, důsledností a důkladností. Dochází také k psychickým změnám. Staří lidé se hůře adaptují, bývají nejistí až úzkostní v neznámém prostředí nebo při rozhovoru s neznámými lidmi. Zpomalují se reakce a psychomotorické tempo. Často se můžeme setkat se zabíhavým myšlením, které se projevuje neschopností udržet myšlenku nebo ji naopak opustit. Klesá schopnost krátkodobé paměti, kdy si staří lidé hůře něco zapamatovávají nebo vybavují. Dlouhodobá paměť je dlouhodobě funkční. Velice důležitá je pro staré lidi rodina (21, 63).

### *1.3.2 Poskytování zdravotní péče*

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob, a to v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy. Zdravotní péči mohou také poskytovat sociální služby s pobytovými službami, ale jen tehdy, pokud jde o rehabilitační nebo ošetrovatelskou péči a o pojištěnce v nich umístěné. Zdravotnické služby jsou poskytovány všem občanům bezplatně v rozsahu, za podmínek a ve zdravotnických zařízeních stanovených zákonem číslo 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Zdravotnické zařízení, které poskytuje zdravotní péči, musí být personálně a technicky vybaveno a dále musí splňovat hygienické požadavky. Ve zdravotnických službách můžeme rozlišit různé způsoby úhrady za poskytnutí zdravotnické služby. Jedná se především o platbu za výkon, platbu za diagnózu, platbu za ošetrovatelský den, kapitační platbu, účelové paušály či bonifikace (18, 27, 69).

Zdravotní péče je poskytována soustavou zdravotnických zařízení, které můžeme dělit na primární, sekundární a terciální péči.

1. *Primární zdravotní péče* – primární péči můžeme definovat jako soubor aktivit, které souvisí s podporou zdraví, vyšetřováním a léčením, ošetřováním a rehabilitací, které jsou maximálně přiblíženy k bydlišti a pracovišti osob. Je to kontinuální a komplexní péče zdravotně sociálních úkonů respektující bio-psycho-sociální bytost. Primární péče musí být všeobecně dostupná, kvalitní a odborná. Poskytovatelé primární péče v České republice jsou zejména: praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, agentury komplexní domácí péče, ambulantní gynekologové, stomatologové, lékařské služby první pomoci a ostatní zdravotničtí pracovníci v komunitě.

2. *Sekundární zdravotní péče* – je to taková péče, která je poskytována zdravotnickými institucemi (nemocnice, specializované ambulance v nemocnicích) nebo v terénu prostřednictvím ambulantních specialistů (kardiologická ambulance, diabetologická ambulance).

3. *Terciální zdravotní péče* – tato péče je z finančního hlediska nejnákladnější. Je to vysoce specializovaná a komplexní péče. Do terciální zdravotní péče patří: transplantační programy, onkologická péče, kardiochirurgie vrozených vad u dětí.

Mezi zdravotnická zařízení řadíme i lékárenskou péči, státní zdravotní ústav a krajské hygienické stanice. (6, 22–61).

#### **1.4 Komunitní ošetrovatelská péče v oblasti domácí péče**

Domácí péče jako přirozený způsob péče o člověka existuje od nejstarších dob. První zmínky jsou již od počátku 12. století, kdy služby poskytovaly řeholní řády. Na konci 13. století se začalo masivně rozvíjet ošetrovatelství v domácnostech. Řeholnice pak vykonávaly opatrovnictví v domech nemocných. Na jejich práci dohlížel místní farář. V 15. století bylo v Praze provozováno návštěvní opatrovnictví. Prováděly jej Diakonky, které na tuto práci byly speciálně školeny. Denně docházely za nemocnými, opatrovaly je, myly a praly jim prádlo. Po jejich zákazu začaly vznikat v soukromých domech lazarety, kde se o nemocné staraly neškolené starší sestry, které vybírali konšelé. Ve druhé polovině 19. století bylo rozhodnuto, že se o nemocné má starat odborně připravená žena. S podporou Československého červeného kříže byly realizovány první pokusy v oblasti domácí péče. Historickými mezníky v komunitní

péči u nás bylo až otevření státní ošetrovatelské školy v roce 1916 a vznik samostatného Československa a založení Českého červeného kříže. V Československu bylo třeba zlepšit zdravotní stav obyvatelstva. Velkým problémem však bylo, že ošetrovatelské školství teprve vznikalo a diplomovaných sester bylo málo. Československý červený kříž se ujal sociálního ošetrovatelství, jehož předsedkyní se stala Dr. Alice Masaryková. V roce 1918 došlo k otevření jednoroční Vyšší školy sociální, kterou navštěvovali budoucí sociální pracovníci, ale i některé diplomované sestry. Po roce 1948 dochází k vytěšňování řeholnic ze zdravotnictví a hlavní těžiště práce sester se přesouvá do nemocnic a institucí. Vzniká Ústav národního zdraví, který zajišťuje zdravotní služby v rodinách. Se systémem domácí péče jsme se začali seznamovat v České republice až po roce 1989. První informace přivezli ze zahraničí sestry a lékaři, kteří se po revoluci seznámili s domácí péčí na svých prvních výjezdech. V březnu 1990 bylo zdravotníky tzv. Střediska ošetrovatelské péče při České katolické charitě v Brně ošetřeno prvních osmnáct nemocných v domácím prostředí. V závěru roku 1991 bylo v České republice zřízeno celkem 26 agentur, které poskytovaly služby pro 1 459 klientů. V březnu 1993 vzniklo první občanské sdružení – Asociace domácí péče a zároveň se domácí péčí začala zabývat i Česká katolická charita. Asociace domácí péče sdružuje sestry, lékaře, sociální pracovníky, psychology a další personál. V červenci roku 1994 bylo založeno Národní centrum domácí péče ČR, které sídlí v Praze. V jeho čele stojí Bc. Blanka Misconiová (1, 22, 35, 50, 51, 54).

Domácí péče je tedy taková péče, která je poskytovaná člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí. Je to integrovaná forma péče. Domácí péče jako přirozený způsob péče o člověka existuje již od nejstarších dob. Lidé v rodinách společně prožívali své radosti i starosti. V domácnostech se rodilo, léčilo i umíralo za účasti členů rodiny. Domácí péče byla jedinou formou péče vzhledem k úrovni medicínských poznatků. V době raného křesťanství byla péče o nemocné svěřená převážně ženám, které tuto péči vykonávaly přímo v domácnostech nemocných. Tyto ženy byly většinou bylinářky. Ve středověku byl založen řád sester – ošetrovatelek Augustýnek, které poskytovaly péči v domácnosti a řád Vincentek, které svou činnost vykonávají dodnes. William Rathbon v roce 1859 v Anglii přišel s koncepcí domácí péče, a to ve chvíli, kdy mu

umírala jeho manželka. Spolu s Florence Nightingaleovou založili první školu pro sestry návštěvní služby, které poskytovaly ošetrovatelskou péči chudým lidem. V České republice nastává zlom v poskytování zdravotní péče až po roce 1989. V roce 1990 začaly vznikat agentury domácí péče při České katolické charitě. O rok později MZ ČR tuto činnost na dva roky povolilo. V roce 1991 se ve Štrasburku konal kongres domácí péče, který se stal odrazovým můstkem pro rozvoj domácí péče v České Republice. V roce 1993 vznikla Asociace domácí péče v České Republice. Stárnutí populace je faktorem, který ovlivňuje rozvoj domácí péče. V současnosti je nejdůležitějším faktorem ekonomický tlak, v důsledku kterého neustále stoupají náklady na zdravotní péči. Léčba poskytovaná v nemocničních zařízeních nebo v léčebně pro dlouhodobě nemocné je finančně náročná a proto se stále více uvažuje o alternativních formách poskytování péče, které nebudou pro stát tak finančně náročné, ale přitom efektivní. Jednou z těchto forem je právě domácí péče. Takto poskytovaná péče by mohla vést ke snižování nákladů v důsledku hospitalizace. Rozvoj domácí péče také ovlivňuje technologie a přístrojové vybavení, které by byly vhodné při poskytování domácí péče (14).

V České republice je domácí péče poskytovaná v pěti základních formách. Do těchto forem zařazujeme domácí hospitalizaci, dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči a domácí hospicovou péči (22, 36).

Domácí péči poskytují komunitní sestry, které posuzují aktuální potřeby jedince a možnosti jednotlivce v rámci domácího prostředí. Sestra by měla vykonávat edukaci jedinců, kdy by výsledkem byla změna jejich životního stylu směrem k udržení, podpoře nebo navrácení zdraví. Zná postupy k zajištění primární prevence (podpora, upevňování zdraví, prevence chorob a spoluúčast jednotlivců, rodin či komunit na rozvíjení zdraví společnosti), sekundární prevence (navrácení zdraví a zlepšování zdraví u těch lidí, kteří překonali nějaké zdravotní problémy) a v neposlední řadě terciální prevence (předcházení komplikací chronických onemocnění). Akceptuje etické a právní normy ve vztahu k poskytování péče v domácím prostředí a zná postupy speciální ošetrovatelské péče v domácím prostředí v souladu s holistickým přístupem a zásadami multikulturní péče. Analyzuje výsledky realizovaných plánů, předchází a

reaguje na vzniklé komplikace, vede dokumentaci a zabezpečuje ošetrovatelskou péči v koordinaci s ambulantními a ústavními složkami, případně s pečovatelskou službou. Účastní se postupného zvyšování znalostí a odpovědnosti jednotlivce, rodiny i komunity za vlastní zdraví. Dále se spolupodílí na koordinaci spolupráce mezi ambulantními a nemocničními službami včetně poradenských a sociálních nebo svépomocných skupin, podílí se na znovu začlenění jednotlivce do vlastního rodinného a sociálního prostředí včetně využití komplementárních center. Podílí se také na hodnocení zdravotních a sociálních rizik jednotlivce ve vlastním rodinném a sociálním prostředí. Organizuje návštěvní a poradenskou službu se zaměřením na dodržování doporučeného léčebného režimu. Hodnotí progresi onemocnění, možný rozvoj komplikací a realizuje ošetrovatelskou péči, preventivní péči a edukační činnost ve vztahu k jednotlivci, rodině a komunitě (14, 15, 40).

Pracovníci, kteří poskytují domácí péči, jsou multidisciplinárním týmem zaměstnanců, kteří mohou být zdravotnického i nezdravotnického zaměření. Pracovníci poskytují péči, která je dána aktuálním stavem klienta a stavem jeho sociálního prostředí. V týmu jsou nejvíce zastoupeny všeobecné sestry, porodní asistentky a ošetrovatelky. V některých agenturách domácí péče je i pomocný zdravotní personál, pečovatelky nebo dobrovolnice, které vykonávají pomocnou ošetrovatelskou činnost podle pokynů sestry. Terénní sestry vykonávají všechny odborné ošetrovatelské činnosti, stanovují ošetrovatelské diagnózy a ve spolupráci s klientem plánují ošetrovatelské intervence. Mohou zde také působit fyzioterapeuti, kteří vykonávají odbornou rehabilitační péči, sociální pracovníci a psychologové. V týmu jsou zastoupeny sestry s magisterským, minimálně s bakalářským vzděláním. Tato sestra stojí v čele agentury a zodpovídá za její chod po odborné, materiální, finanční a technické stránky. Tento člověk by měl mít dobré řídicí a komunikační schopnosti, protože jedná s praktickými lékaři, se zdravotními pojišťovnami a klienty. Vedoucí sestra také rozděluje sestry k jednotlivým klientům a kontroluje poskytnutou péči.

Sestry domácí péče, které jsou členkami asociace domácí péče při Národním centru domácí péče ČR (NCDP) se neustále vzdělávají a absolvují semináře. Na těchto školeních se seznamují s novinkami v ošetrování, s novými pomůckami i léky, ale i si

vzájemně předávají zkušenosti. Když sestra domácí péče navrhne praktické mu lékaři novinku, o které se na školení dozvěděla, tak se samotný lékař diví, co to je. Po získání informací zjistí, že je lék drahý a zůstane raději u staré, neefektivní léčby. Aby byla poskytovaná péče kvalitní, je nezbytné další vzdělávání pracovníků. Pracovníci agentur se musí neustále kontinuálně vzdělávat, a to na vzdělávacích akcích pořádaných Národním centrem domácí péče České republiky. Účast se každému pracovníkovi zaznamenává do Indexu odbornosti Asociace domácí péče ČR (29, 38, 44, 55, 71).

Poskytování domácí péče je upraveno právními normami. Její definice můžeme najít v zákoně 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. V tomto zákoně můžeme najít pro koho a za jakých podmínek je tato forma péče určena, v jakém rozsahu se tato péče může poskytovat a kdo ji může vykonávat.

Podle zákona musí být každý občan pojištěn. Pojišťovnu, která působí na území České republiky, si může vybrat každý občan libovolně a po té u této pojišťovny uzavřít smlouvu. Výdělečně činní občané odvádí část svého výdělku na zdravotní pojištění. Za nezaopatřené děti, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, studenty, uchazeče o zaměstnání, osoby ve vazbě či ve výkonu trestu, občany v důchodu a osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III a IV, platí zdravotní pojištění stát (70).

Agentura domácí péče musí uzavřít smlouvu s pojišťovnou, u které je jejich klient pojištěn. Ve smlouvě je uvedeno, jaký rozsah výkonů může agentura vykonávat. Zdravotní pojišťovna hradí výkony, které jsou ordinovány praktickým lékařem. Jsou to takové odborné a specializované výkony, které jsou prováděny kvalifikovanými pracovníky. Seznam výkonů je uveden v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (36, 63).

Maximální rozsah frekvence domácí péče hrazené z fondu zdravotního pojištění je stanoven na tři hodiny odborné péče denně. Po schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny ji lze v odůvodněných případech rozšířit až na pět hodin denně.

Zdravotní péče, která je tedy indikována ošetřujícím lékařem, je vždy financována ze zdravotních pojišťoven. Tato služba je označována jako standardní. Ale existuje také nadstandardní služba, kterou si klient může objednat na základě žádosti,

ale hradí si jí sám. Na tyto služby přispívá klient z přiznaného příspěvku na péči. O vhodnosti nadstandardních služeb rozhoduje ošetřující lékař klienta. Klient musí být informován o ceně za poskytovanou službu. Agentura s klientem uzavře písemnou smlouvu, která obsahuje i podrobný rozsah objednaných služeb, cenu těchto služeb a termín splatnosti. Klient či jeho zákonný zástupce a agentura domácí péče svým podpisem stvrzují závaznost smlouvy smlouvu (11, 55).

Kompetence a funkce sester, porodních asistentek a ergoterapeutů v České republice upravuje Vyhláška číslo 424/2004 Sb., kterou se stanovují činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (62).

### ***1.5 Komunitní ošetrovatelská péče o dítě***

Zdravotní péče na území České republiky je poskytovaná státními zdravotnickými zařízeními, které jsou zřizovány Ministerstvem zdravotnictví ČR a dalšími centrálními orgány a nestátními zdravotnickými zařízeními, které zřizuje kraj, obec, církev, právnická nebo fyzická osoba. Všechna zdravotnická zařízení mají uzavřenou smlouvu s pojišťovnou, takže je pacientům poskytovaná péče bez přímé úhrady (12, 42).

System péče o dítě můžeme rozdělit na ambulantní a lůžkovou část.

*Ambulantní centra komplexní péče*, která poskytují zdravotní, psychologickou, sociální a speciální péči pro perinatálně ohrožené a postižené děti s poruchou vývoje. Tato péče je poskytována neontologickými centry ve spolupráci s odborníky, jako jsou dětský neurolog, chirurg, rehabilitační pracovník, ortoped, genetik atd.

*Ambulance praktického lékaře pro děti a dorost*, je základním článkem v primární péči o dítě. Péči zajišťuje praktický lékař pro děti a dorost a dětská sestra. Tato péče je poskytována dětem od narození do devatenácti let věku. Volba lékaře je svobodná. Lékař a sestra poskytují péči preventivní (očkování, screening a preventivní prohlídky), léčebnou (určení správné diagnózy, nasazení správné léčby) a dispenzární (pravidelné sledování dětí s chronickým onemocněním, recidivujícím onemocněním, znevýhodněným dětem a dětem ohrožených prostředím). Preventivní prohlídky jsou dány Vyhláškou MZ číslo 56/1997 Sb., kterou se stanovuje obsah a rozmezí

preventivních prohlídek. Preventivní prohlídky plně hradí pojišťovna. Praktický lékař také provádí očkování dětí podle očkovacího kalendáře. Pravidelné očkování je v České republice povinné.

*Specializovaná ambulantní zdravotní péče.* Pokud registrující lékař nemůže dítěti poskytnout péči, kterou zdravotní stav dítěte vyžaduje, odešle ho do specializovaného zdravotnického zařízení. Tuto specializovanou péči provádí pediatr ve specializovaných ambulancích nebo ve specializovaných ambulancích lůžkového charakteru.

*Pohotovostní služba,* která poskytuje zdravotní péči o dítě v případě závažného stavu dítěte (úraz, náhlé onemocnění) v době nepřítomnosti registrujícího lékaře (12, 42, 53, 58, 59).

Lůžková péče probíhá formou hospitalizace dětí, protože jejich stav již není možný řešit ambulantně. Lůžková péče je tvořena dětskými klinikami nebo dětskými odděleními, které jsou součástí různých typů nemocnic. V okresních nemocnicích se dětské oddělení dělí na tři úseky, a to oddělení kojenců a batolat, oddělení větších dětí a novorozenecký úsek. V krajských nemocnicích je oddělení kojenců a batolat, oddělení větších dětí či oddělení dle diagnózy. Jejich součástí může být intenzivní jednotka nebo resuscitační péče. Lůžková péče může probíhat v nemocničním zařízení, ale mohou ji poskytovat i léčebné ústavy, lázně, sanatoria, ozdravovny, kojenecké ústavy, dětské domovy nebo dětská centra (12, 42, 53, 58, 59).

#### *1.5.1 Kompetence sester v ošetrovatelské péči o dítě*

Vstupem naší země do Evropské unie přistoupila Česká republika také k naplňování jejich požadavků týkajících se vzdělávání a kompetencí k výkonu nelékařských profesí. Došlo k podstatným změnám legislativy upravující způsobilost nelékařských zdravotnických povolání. Změnilo se i začlenění povolání dětské sestry. V souvislosti s přijímáním kritérií Evropské unie k uznávání ošetrovatelských profesí se Česká republika řídila oborovými směrnicemi pro uznávání kvalifikace všeobecné sestry a porodní asistentky, proto zákon č. 96/2004 Sb., neuvádí dětskou sestru jako samostatné ošetrovatelské povolání. Kompetence dětské sestry k výkonu

specializovaného povolání jsou uvedeny ve vyhlášce MZ ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanovují činnosti zdravotnických pracovníků (73, 62).

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

1. Dětská sestra vykonávající péči o zdravé i nemocné děti, včetně novorozenců a adolescentů, s výjimkou péče o děti, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo selhání hrozí nebo mají patologické změny psychického stavu, které vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí. Bez odborného dohledu vytváří stimulační výchovné a léčebné prostředí, připravuje a provádí výchovná zaměstnání. Připravuje stravu novorozencům, kojencům a batolatům a vede matky ke správnému přístupu ve výživě dítěte, edukuje matky v technice kojení a dohlíží, aby kojení bylo prováděno správně. Dále psychicky připravuje dítě na různé diagnostické a léčebné výkony. Také vyhledává rizikové faktory, které ohrožují zdravý vývoj dítěte. Provádí první ošetření novorozenců a učí matky správné péči o novorozence. Sleduje psychomotorický vývoj dětí a vede o něm písemné záznamy. V rámci primární péče poskytuje ošetrovatelskou péči. Edukuje rodiče o výchově a péči o své děti a pomáhá jim řešit zdravotní i sociální problémy v rámci školního poradenství. Dále spolupracuje s ostatními institucemi v oblasti péče o dítě a rodinu. Na základě indikace lékaře, bez odborného dohledu aplikuje intravenózní injekce a infuze novorozencům a dětem do tří let, provádí katetrizaci močového měchýře dívek do deseti let, provádí výplach žaludku u dětí při vědomí a zavádí nazogastrické a jejunální sondy dětem při vědomí.

2. Dětská sestra se zaměřením na ošetrovatelskou péči v dětské psychiatrii pečuje o děti s duševní poruchou nebo mentálním handicapem. Bez odborného dohledu a bez indikace utváří vhodné sociální léčebné prostředí a rozvíjí schopnosti dětí tak, aby bylo dosaženo optimálního stavu v aktivitách každodenního života. Dále sestra vykonává poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a koordinuje spolupráci mezi lůžkovým zařízením a terénními službami, spolupodílí se na vytváření podmínek pro návrat dítěte do vlastního sociálního prostředí.

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se účastní terapeutických aktivit dětí, adolescentů i jejich rodičů a poskytuje poradenství a pomoc v rámci krizové intervence. Sestra pod přímým vedením lékaře se podílí na provádění psychoterapie.

3. Dětská sestra se zaměřením na herní aktivity a výchovnou péči vykonává činnosti zaměřené na posilování zdravého psychického, somatického i sociálního vývoje. Bez odborného dohledu a bez indikace vede a organizuje výchovnou péči o děti do tří let věku a vypracovává programy výchovné péče a výchovná zaměstnání. Pro děti se zdravotním znevýhodněním zajišťuje odborné poradenství, doporučuje jim vhodné hračky a pomáhá s úpravou prostředí.

4. Dětská sestra se zaměřením na ošetrovatelskou péči o adolescenty. Poskytuje ošetrovatelskou péči pacientům s onkologickým onemocněním, s diabetem mellitem, s chronickým plicním onemocněním, s onemocněním zažívacího traktu, s alergickými onemocněními nebo s infekčními nemocemi. U pacientů s diabetem mellitem provádí poradenskou činnost – učí pacienty aplikovat si inzulin, vyšetřovat a hodnotit glykémii a upravovat stravu. Vypracovává individuální pohybový režim diabetika, ve spolupráci s nutričním terapeutem radí diabetikům v otázkách výživy, vyhledává známky počátečních komplikací nemoci a provádí kontrolní vyšetření z hlediska kompenzace diabetu. Sestra také učí pacienty upravovat léčbu podle výsledků sebekontroly. Sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech s klinickým zaměřením na ošetrovatelskou péči, o pacienty s alergickým a imunodeficitním onemocněním monitoruje vlastní sociální prostředí z hlediska detekce možných patogenů a sleduje průběh hyposenzibilizace a vyhodnocuje jej. Sestra pro péči o pacienty s dermatovenerologickým onemocněním určuje vhodné postupy ošetření chronických ran, doporučuje obvazový materiál, provádí poradenskou činnost v prevenci komplikací varikózního komplexu. Dále provádí lymfodrenáže, kožní diagnostické testy, fototerapii, depistáž pacientů se sexuálně přenosnými chorobami.

5. Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii pečuje o děti a o adolescenty, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Její kompetence se liší podle toho, jestli se jedná o sestru v intenzivní péči, sestru pro intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči, sestru pro intenzivní péči

se zaměřením na péči v anesteziologii, sestru pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci nebo sestru pro intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve.

6. Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii pečuje o novorozence a kojence, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Zajišťuje první ošetření rizikového novorozenci na porodním sále a zajišťuje jeho transport na následná pracoviště, dále zajišťuje termoneutrální prostředí a vytváří podmínky pro bezproblémovou poporodní adaptaci a dobrý růst a vývoj dítěte (42, 62).

### ***1.6 Komunitní ošetrovatelská péče o školní mládež***

Výchova a vzdělání je jednou ze základních funkcí společnosti. Škola připravuje mládež na život v současném a budoucím světě. Prostředí školy má vliv na vytvoření optimální pohody pro učení a na tělesný, duševní a sociální vývin. Školní sestra jako manažerka řídí mnohé aktivity. Spolupracuje s rodiči ve vyhledávání příčin problémů dítěte. Diskutuje i o problémech žáka s rodiči. Školní sestra navazuje kontakt s učiteli a administrativními pracovníky. Získává od nich informace, které mohou ovlivnit zdravotní stav žáků. Sestra identifikuje situace, které by se mohly stát v průběhu vyučování a které mohou přímo ovlivnit vznik onemocnění. Školní sestra by měla zajistit integrovaný školní program zdraví ve škole, pomáhat rodinám při hledání řešení, které vedou k uspokojování potřeb, a podporovat zdraví a zodpovědnost za zdraví. Měla by mít vědomosti z oboru ošetrovatelství, pediatrie, výchovy ke zdraví a veřejnému zdraví. Společným cílem ve vzdělání sester je příprava samostatné profese školní sestry, která by měla mít univerzitní vzdělání na úrovni minimálně bakaláře. V ošetrovatelském procesu plní školní sestra funkci koordinátora, manažera, edukátora a konzultanta. Funkce školní sestry nebyla v České republice doposud zřízena. Po první světové válce byla v Praze otevřena vyšší sociální škola, která připravovala diplomované sestry pro samostatnou činnost v terénu. Zakládaly se poradny pro matky a děti, zdravotní stanice. Pozitivní vývoj československého ošetrovatelství byl násilně přerušen druhou světovou válkou. Program školního zdravotnictví by se měl stát

prvořadým cílem vládní strategie primární zdravotní péče. Školní sestra by se stala důležitým členem zdravotního týmu, který by se skládal z ředitele školy, pedagogů, lékaře, zubaře, sociálního pracovníka a psychologa. Sestry by zodpovídaly za koordinaci programu, který by zahrnoval tělesnou výchovu, správnou životosprávu, která by zabránila vzniku obezity, péči o dutinu ústní, preventivní opatření na snížení úrazů, drogových závislostí, zneužívání látek, šíření infekčních nemocí, ale i propagaci pohody dětí. Předpokládá se, že by se tak zvýšil zájem dětí o zdravotní témata, ale i zájem rodičů o zdravotní péči svých dětí (14, 30).

#### *1.6.1 Kompetence sester v péči o školní mládež*

Školní sestra poskytuje komplexní péči o zdravé děti. Posuzuje faktory, které mohou způsobit jejich chorobu a také skutečnosti, které mohou mít dopad na učení a společenské chování, přebírání odpovědnosti za zdravotní výchovu, školní aktivity podporující zdraví, povzbuzování žáků k přebírání vlastní odpovědnosti za své zdraví. Školní sestra pomáhá dětem řešit jejich zdravotní problémy a poskytuje jim rady, jak se mohou o své zdraví starat ve školním věku až do období dospělosti. Zdravotní problémy dítěte ovlivňují školní docházku. Úkolem školní sestry je identifikovat tyto problémy dětí v jednotlivých věkových skupinách, poznat jejich příčiny a možné řešení. Tak může sestra předejít nepřítomnosti dítěte ve vyučování a pozitivně ovlivnit vztah žáka ke škole. Zdravotní problémy mohou být různého charakteru. V mladším školním věku se mohou vyskytovat různé zdravotní problémy jako např. choroby dýchacích cest, choroby trávicího traktu, alergické nemoci, onkologická onemocnění, úrazy. Dále to mohou být sociální problémy či psychické problémy. U adolescentů se mohou vyskytovat psychické problémy, pohlavní choroby a zdravotní problémy. Dnes jsou ve školním věku velice časté i problémy výživy. Týkají se hlavně nadměrné konzumace jídla, které neodpovídají nutričním požadavkům. Tato nevhodná strava může být v dospělém věku příčinou vzniku obezity, cukrovky, hypertenze a jiných chronických degenerativních nemocí. Velkým problémem u starších dětí je abúzus alkoholu a drog. Školní sestra vede rozhovory s adolescenty, které jsou zaměřené na nevhodné chování, jehož výsledkem může být nechtěné těhotenství, pohlavní choroby i infekce HIV.

Školní sestra by měla mapovat stav imunity žáků a očkování podle očkovacího kalendáře.

Dále by měla věnovat pozornost první pomoci a získávat žáky a učitele na společnou přípravu a poskytování první pomoci. Školní sestra vede záznamy o podávaných lécích ve škole u dětí, které je užívají. Každé užití léku pak zaznamená do dokumentace. Školní sestra funguje jako manažerka, která plánuje a řídí mnohé aktivity. Spolupracuje s rodiči žáků a s učiteli ve vyhledávání příčin problémů dítěte. Pokud získá souhlas od rodičů žáka, diskutuje s rodiči o problémech žáka, ale i se samotným žákem. Plánuje obsahy kurzů zdravotní výchovy a výživy a implementuje je do života. Školní sestra je důležitou členkou zdravotního týmu, který tvoří i ředitel školy, učitelé, dětský lékař, stomatolog, psycholog a personál zvláštních škol. Tyto sestry odpovídají za koordinaci aktivit týmu a navazování vztahů s ostatními členy, aby včas odhalily choroby a odeslaly nemocného k odborníkovi (9, 14).

### ***1.7 Komunitní ošetrovatelská péče o rodinu***

Světová zdravotnická organizace v současné době stále více prosazuje vliv rodiny v péči o pacienty. Zdůrazňuje taková opatření, při kterých je pacient léčen a ošetřován doma, v blízkosti své rodiny.

Rodina je považována za základní sociální jednotku společnosti. V komunitním ošetrovatelství můžeme rodinu definovat jako sociální systém, který je založený na dvou či více lidech, které spojuje legální nebo pokrevní vztah. Úloha rodiny v péči o pacienta se velice změnila. V dřívějších dobách se pečovalo o jedince, kteří ztratili schopnost postarat se o sebe. Během historického vývoje se rodina dostala do pozadí. Péče o nemocné byla přenesena do zdravotnických zařízení. Bártllová ve své knize zdůrazňuje nezastupitelnost rodiny v péči o své blízké a také to, že péči o nemocné nemůže nahradit žádné zdravotnické zařízení či instituce. Náš stát málo podporuje rodinnou péči, proto je nutné přijímat rodinu jako rovnocenného partnera (2, 14).

Dobře fungující rodina uspokojuje psychické potřeby dítěte i dospělých, kteří jsou k sobě citově vázáni. Pokud rodina nefunguje dobře a nejsou-li uspokojovány potřeby jednotlivých členů, dochází k rozpadu rodiny nebo jejímu neuspokojivému

přežívání s rizikem psychické deprivace, zanedbávání péče, frustrace a nejrozumnějších zdravotních problémů (2, 9, 14, 43).

Rodinnou harmonii může narušovat mnoho aspektů. Jsou to například velmi mladí rodiče, rodiče ve vyšším věku, ztráta rodičů, rozvody nebo nově vzniklá manželství či postižení člena rodiny. V rodině jsou rizikové interakce dvousměrné. Tou první je situace, kdy je v rodině postižené dítě, které přináší určitou míru zátěže, a to může rodinu narušovat nebo i rozkládat. V druhém případě je příčina dysfunkce rodiny na straně rodičů nebo jiných dospělých členů rodiny (9, 43).

Rodina má významnou roli v otázce zdraví a nemoci jedince. Předpokládá se mnoho onemocnění, které nelze uspokojivě léčit bez rodinného prostředí pacienta (3).

#### *1.7.1 Kompetence sester v péči o rodinu*

Sestra by měla pečovat o rodinu holisticky, zajímat se o zvyklosti a postoje v rodině. Během péče si sestra také všímá funkčnosti rodiny, hodnotí zdravotní stav rodiny a zjišťuje slabé a silné stránky v rodině (9, 26).

Sestra v péči o rodinu by měla znát metody a postupy, které vedou k udržení a podpoře optimálního zdravotního stavu jedince, a znát možné rizikové faktory, které mohou ovlivnit přirozené změny v rodině. V rámci anamnézy sestra posoudí rodinu nejdříve jako celek a následně jednotlivé členy v rodině. Zajímá se o životní styl, návyky a názory na zdraví. Tyto informace jsou důležité pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a vytvoření plánu ošetrovatelské péče. Sestry by měly umět vyhodnocovat úroveň verbální i neverbální komunikace, a to ve vztahu k majoritní i minoritní komunitě. Sestra sleduje způsob komunikace v rodině a zjišťuje, kdo má v rodině hlavní slovo. V rámci zdravotní výchovy rodinu informuje a podporuje přijetí zdravého životního stylu. Pokud se v rodině nachází více dětí nebo seniorů, je nutné, aby sestra pomohla s bezpečností v domácím prostředí, a tak předcházela rizikovým situacím. Sestra dále zodpovídá za tvorbu dispenzární, dokumentační databáze a koordinuje spolupráci mezi ambulantními a nemocničními službami, a to včetně poradenských, sociálních nebo svépomocných skupin (9, 26, 40).

### ***1.8 Komunitní ošetrovatelská péče v oblasti prevence pracovních rizik***

Ošetrovatelství, které je zaměřené na ochranu zdraví v zaměstnání, není v ošetrovatelství novým odvětvím. Sestry v tomto úseku pracují již od časů průmyslového rozvoje, tedy přibližně od roku 1895. Před několika lety bylo takové ošetrovatelství definováno jako „poskytování ošetrovatelských služeb pod lékařským dohledem nemocným nebo poraněným zaměstnancům či jiným osobám, které trpí chorobou nebo se jim stala nehoda v prostorách továrny či na jiném pracovišti“ (14, 232 s.). Ale tato definice přesně nevystihuje ošetrovatelskou práci na tomto úseku. Ošetrovatelství v oblasti prevence pracovních rizik je zaměřeno převážně na ochranu zdraví, prevenci a navrácení zdraví v rámci kontextu bezpečného a zdravého pracovního prostředí. Poskytuje implementaci programů zdraví při práci a enviromentálního zdraví pro zaměstnance, pracující populaci a skupiny společnosti. Je to specializace založená na výzkumu, který zdůrazňuje redukci rizik zdraví, prevenci úrazů a chorob. Hlavní úlohou ošetrovatelství, které se zaměřuje na ochranu zdraví v zaměstnání, je seznámit se se statistikou a populací zaměstnanců, kteří jsou v podniku zaměstnaní, dále s charakteristikou pracovních zdrojů, změnami v legislativě a ekonomice (9, 14, 28).

#### **1.8.1 Kompetence sester v oblasti prevence pracovních rizik**

Úlohou sestry, která pracuje v oblasti prevence pracovních rizik, je detekovat, zpracovávat a dokumentovat rizikové faktory, které negativně ovlivňují úroveň zdravotního stavu pracujících, spolupracovat s managementem při vytváření preventivních programů pro zaměstnance. Komunitní sestra připravuje návrhy a opatření, která směřují k omezení rizika vzniku úrazu nebo nemoci z povolání. Vytváří a uskutečňuje edukační a výchovné programy zaměřené na prevenci a ochranu zdraví při práci, a to včetně nácviku první pomoci. Dále provádí výzkumná šetření v oblasti ochrany zdraví a prevence úrazů zaměstnanců, a to za použití nejmodernějších metod. Dále se komunitní sestra podílí na vzniku a kontinuálním doplňování dispenzární, dokumentační a statistické databáze v rámci vlastního řízení i na národní úrovni, spolupracuje s ambulantními a nemocničními službami včetně poradenských a sociálních nebo svépomocných skupin (40).

Komunitní sestry také kladou důraz na podporu zdraví a zabezpečování vnitřního pocitu zaměstnanců, že jsou zdraví a cítí se dobře, mapují zdraví a zdravotní dohled, prevenci AIDS, řeší otázky zaměstnanosti žen, ergonomiku. Dále řeší otázky, které se týkají reprodukčního zdraví, spojování malých a velkých firem, multikulturních faktorů a v neposlední řadě se zabývá otázkami stárnutí pracovní síly (9, 28).

### ***1.9 Komunitní ošetrovatelská péče o seniory***

Stáří je konečná časová etapa života. Stejně jako jiná stadia ontogenetického vývoje má své znaky. Dochází ke změnám, které mají regresivní charakter a jsou nezvratné. Také dochází ke změnám v somatické, psychické, duchovní oblasti. Stárnutí je významný společenský, ekonomický, biologický a etický problém. Dochází i k sociálním změnám. Hlavní změnou je odchod z pracovního života do starobního důchodu. Tím se mění role seniora. Role pracovní končí a vzniká nová role, a to role prarodiče. Snižuje se jeho autorita a společenská prestiž. Důchodce bývá vnímán jako méněhodnotný až zbytečný. Proto by měl být senior aktivní až do vysokého věku. Měl by se účastnit společenských akcí, aby si udržel sociální, fyzickou i psychickou rovnováhu.

Pro poskytovatele zdravotní a sociální péče to znamená nové úlohy. Problematika péče o seniory je v České republice velice aktuální. Věkový průměr a střední délka života v ČR se stále zvyšuje. Pro stárnoucí populaci je třeba více zdravotních a sociálních služeb. Je zřejmé, že současný stav je z dlouhodobého hlediska nevýhodný pro společnost i pro seniory. Je to velmi drahý systém a navíc neumožňuje zajistit odpovídající kvalitu života. Jedna z možností, jak pomoci starším občanům by bylo přijetí právní úpravy zákona, kde má starý člověk právo na život v komunitě a povinností komunity by bylo postarat se o něho. Komunitní péče o seniory vyžaduje multidisciplinární charakter péče, tedy nejen péči medicínskou, ale i sociální a ošetrovatelskou (13, 14, 17, 23, 24, 64).

Cílem ošetrovatelské péče je udržet starého člověka v jeho původním prostředí co nejdéle to půjde. Snahou je uchování jeho soběstačnosti, zmírňovat utrpení seniora a udržet kvalitu jeho života na maximálně možné úrovni. Komunitní ošetrovatelská

péče je komplexní a je poskytována na základě podrobného posouzení stavu starého člověka. Úkolem sestry je zhodnotit somatický stav klienta (výživa, vyprazdňování, spánek), psychický (vědomí, paměť, nálada) a funkční stav. Funkční stav je schopnost seniora vykonávat aktivity, které jsou spojené s denním životem a používáním pomůcek. Mezi aktivity denního života, které sestra posuzuje, patří příjem potravy, oblékání, motorika, schopnost udržet moč a stolici, sebepéče spojená s vyprazdňováním. Mezi aktivity, které jsou spojené s používáním pomůcek, patří příprava jídla, hospodaření s penězi, nakupování, lehké domácí práce, používání telefonu. Dále by se sestra měla zabývat sociálním stavem klienta. Jaké má postavení v rodině, bytové podmínky, finanční zabezpečení, využívání sociálních služeb a jejich dostupnost a jaké jsou vztahy v rodině, protože rodina může působit jako bariéra proti osamělosti a vztahy s blízkými a příbuznými jsou nejvýznamnějším zdrojem emocionálního uspokojení. Sestra také získává údaje o jeho osobních návycích, stravování, spánku, odpočinku, zálibách, jak zvládá stres. Sestra by také měla získat údaje, které se týkají duchovních potřeb seniora, potřeby sebeúcty, vlastních hodnot, potřeby naděje a přátelství (13, 32).

Tato podrobná anamnéza, kterou sestra získává, jí umožní odhalit možné potencionální a aktuální problémy. Na základě anamnézy může navrhnout a doporučit některá opatření a řešení (14).

#### *1.9.1 Kompetence sester v péči o seniory*

Bez odborného dohledu a bez indikace sestra komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče, všechna vhodná zařízení zdravotní a sociální péče a koordinuje poskytovanou integrovanou péči. Komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých, z hlediska ošetrovatelské péče realizuje poradenství pro skupinu občanů a spolupracuje s odpovědnými orgány. Dále se podílí na hodnocení zdravotních rizik jednotlivce ve vlastním sociálním prostředí nebo skupiny občanů a na sestavování priorit při jejich řešení na základě epidemiologických a statistických dat a výsledků výzkumů, připravuje a organizuje preventivní prohlídky, vyšetření a očkování (62).

Sestra musí mít potřebné vědomosti a dovednosti, které jsou potřebné pro zajišťování specifické ošetrovatelské péče u seniorů v jejich domácím prostředí a to s důrazem na zachování soběstačnosti seniora a úrovně kvality života. Sestra by měla znát zvláštnosti anatomicko – fyziologických změn u starších věkových skupin a znát různorodou symptomatologii nemocí u seniorů. Musí znát možné rizikové faktory, které ovlivňují jednání a vystupování seniorů, které vyplývají ze změny společenského postavení, ekonomického omezení, sociálních možností a duchovního přesvědčení seniora. Zná metody a postupy, které vedou k zachování úrovně funkční soběstačnosti s důrazem na prevenci. Zná varovné příznaky, které by mohly upozornit na možnost diskriminace, segregace, ateizmu. V neposlední řadě by měla znát možnosti a způsoby spolupráce s poradenskými centry, gerontologickými centry, agenturami zajišťujícími sociální a pečovatelské služby, dobrovolníky apod. Měla by umět vyhodnotit základní úroveň funkční soběstačnosti a kognitivních schopností klientů vyšších věkových skupin a posoudit individuální potřeby s ohledem na udržení funkční soběstačnosti a následně získané informace zpracovat do plánu ošetrovatelské péče v komunitě. Dále realizovat ošetrovatelskou péči a vyhodnotit její úroveň, případně navrhnout a přijmout adekvátní změny. Podílet se na aktivitách vedoucích ke zvýšení funkční soběstačnosti zajišťované ostatními členy ošetrovatelského týmu a aktivně pátrat po známkách fyzického, psychického a sociálního zneužívání klientů vyšších věkových skupin. Sestra edukuje seniory nebo jeho rodinné příslušníky v rozsahu svých kompetencí. Komunitní sestra posuzuje, analyzuje a vytváří plány ošetrovatelské péče se zohledněním zvláštností u pacientů/klientů vyšších věkových skupin. Realizuje a vyhodnocuje ošetrovatelskou péči, preventivní péči a edukační klientů vyšších věkových skupin, koordinuje postup ošetrovatelské péče mezi ambulantními a nemocničními službami, organizuje návštěvní a poradenskou službu se zaměřením na zachování, případné zvýšení soběstačnosti; zachování kvality života a také se podílí na hodnocení zdravotních a sociálních rizik jednotlivce ve vlastním rodinném a sociálním prostředí (40).

### ***1.10 Komunitní péče o terminálně nemocné***

Umírání a smrt je velmi lidské. Umírání a smrt je údělem člověka a všechny nás to čeká a nemine. Dlouhá léta se lidé podvědomě snažili vytěšňovat myšlenky na smrt a odsunovat umírající ven z rodinného kruhu. Smrt je jednou ze základních situací lidského života. Nevyléčitelně nemocní umírali v nemocnicích, osamoceni na pokojích, bez možnosti návštěvy. Dalo by se říct, že umírání a smrt se staly lékařskou záležitostí než přirozenou událostí. V podvědomí laické, ale i zdravotnické veřejnosti převládal názor, že mají lidé umírat v nemocnici. Ke dvěma zásadním změnám v ošetrovatelství dochází až po roce 1990. První změna spočívala v tom, že sestry začaly pracovat metodou ošetrovatelského procesu a jeho prostřednictvím realizovaly hlavní cíle ošetrovatelství, jimiž jsou udržení a podpora zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zajištění klidného, důstojného umírání a smrti. Druhou změnou bylo, že se sestry začaly seznamovat s etickým kodexem Práv pacientů a začaly jej uvádět do praxe. Etický kodex pojednává o ohleduplné, odborné zdravotní péči prováděné s porozuměním kvalifikovanými pracovníky a o tom, že nemocný má v závěru života právo na citlivou péči ze strany všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud nejsou v rozporu s platnými zákony (2, 16, 25).

Domácí paliativní péče je určena hlavně umírajícím lidem. Tato péče je poskytována v jejich vlastních domovech, což je místo, kde by si přála zemřít většina z nás. Umírání doma je důstojnější, člověk završuje svůj život ve své posteli, obklopen lidmi, kteří jsou mu velice blízcí. Ale péče o umírající je v domácím prostředí velice náročná. Tato služba je určena všem, kteří projeví přání odejít z nemocnice, protože pobyt na tomto místě již ztrácí smysl a je možno doporučenou léčbu aplikovat i doma. Je důležité, aby se mohli spolehnout na podporu svých blízkých. Ti musí zajistit čtyřicetihodinovou přítomnost u umírajícího. Hlavním cílem pečujících o umírajícího je uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb klienta. Každá rodina, která se rozhodne pečovat o svého umírajícího člena, by neměla zůstat sama. Potřebuje podporu po psychické stránce, ale také se musí naučit, jak o svého blízkého pečovat. Měli by být seznámeni s průběhem umírání, aby věděli, co mohou od budoucích dnů očekávat (33, 47, 57).

#### *1.10.1 Kompetence sester v péči o terminálně nemocné*

Domácí hospicová péče je mezičlánkem mezi péčí poskytovanou v nemocnici a péčí v hospici. Domácí hospicová péče je tedy poskytována klientům před nástupem do hospice. Tím se prodlouží možnost jejich pobytu v domácím prostředí. Výhodou je i fakt, že klient není vytržen se svého obvyklého prostředí, které zná, a že se na péči o něj může podílet i rodina (46).

Výuka a výchova zdravotnických pracovníků je v oblasti paliativní medicíny zcela nedostatečná. Nezbytným předpokladem pro zdravotníky, kteří pečují o umírající je znalost a správné pochopení fází prožívání nemoci, které stanovila Elizabeth Kübler-Rossová (příloha 4). Těmito fázemi prochází nejen nemocný, ale i jeho rodina. Znalost jednotlivých fází je nezbytným předpokladem k zachování lidské důstojnosti v terminálním stádiu nemocného (25, 39).

Ošetrovatelská péče v domácí hospicové péči zahrnuje všechny ošetrovatelské výkony jako např. péči o výživu, hygienu nemocného, vyměšování, měření základních fyziologických funkcí, prevenci a péči o dekubity, péči o stomie, kanyly a drény, podávání léků, infuzí, odběry biologického materiálu, sledování psychického stavu klienta a spolupráci s rodinou. Má-li být ošetrovatelský proces efektivní, je důležité navázání partnerského vztahu s klientem a jeho rodinou. Práce v domácí hospicové péči vyžaduje od sester, ale i od ostatních zdravotnických pracovníků vysokou odbornost, samostatnost, psychickou a fyzickou odolnost, velkou míru empatie a tolerance. Sestra by měla vykonávat kvalitní péči, která je základem pro dobrou funkčnost těchto zařízení. Sestra je s klientem a jeho rodinou v kontaktu po celou dobu jeho pobytu, a také při jeho odchodu ze života. Sestra by také měla reagovat na měnící se potřeby klienta (8, 46).

Sestra po pohovoru s klientem zhodnotí zdravotní stav, psychický stav a stanoví priority. Aby byla anamnéza kompletní, potřebuje získat informace i od příbuzných. Na základně získaným informací stanoví ošetrovatelské diagnózy, zhodnotí priority a sestaví individuální plán ošetrovatelských intervencí. Aby mohla sestavit správný plán, musí mít odpovídající vzdělání a dovednosti, a to nejen v oblasti ošetrovatelské péče, ale i v základech psychologie, sociální práce, rehabilitace a duchovní péče. Musí

dobře zvládat komunikaci, musí znát fáze prožívání, kterými klient prochází. Ve spolupráci s rodinou, s kterou je v neustálém kontaktu, tento plán upravuje podle potřeby klienta (8, 46).

Práce sestry je velice náročná, ale přináší i značnou míru uspokojení. Kontakt s klienty přináší sestře mnoho nových podnětů a motivuje ji v práci a ke zlepšování poskytované péče (8, 46).

Protože sestry vykonávají vysoce náročnou ošetrovatelskou péči, je nezbytně nutné, aby si své odborné znalosti a dovednosti neustále doplňovaly a zvyšovaly. Všichni pracovníci jsou průběžně doškolováni, a to zejména formou seminářů, různých školení a prostřednictvím odborné literatury. Zákon 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních stanovuje požadavky na pregraduální vzdělání všech pracovníků poskytujících domácí péči. (8, 10, 46, 68).

## **2. Cíl práce, hypotézy a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

- 1) Zjistit, kde by mohly sestry pro komunitní péči uplatnit své kompetence dle daných legislativních rámců.
- 2) Zjistit, jaký pohled má laická veřejnost na práci sestry v komunitní péči.

### **2.2 Hypotézy**

- 1) Laická veřejnost má zájem o působení sester v oblasti komunitní péče.
- 2) Sestry ve věku 36-45 mají zájem pracovat jako komunitní sestra.
- 3) Zájem sester o práci komunitní sestry závisí na jejich dosaženém vzdělání.
- 4) Sestry pracující ve zdravotnictví 21-30 let, chtějí, aby komunitní sestra pracovala v agenturách domácí péče.

### **2.3 Výzkumné otázky**

- 1) Znájí sestry pojem komunitní sestra?
- 2) Ví sestry, jaký mají komunitní sestry význam?
- 3) Znájí sestry kompetence komunitních sester?
- 4) Znájí sestry, jakou má komunitní sestra náplň?
- 5) V jaké oblasti by měla komunitní sestra působit?
- 6) Znájí sestry podmínky práce komunitních sester?

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použité metody a techniky***

Ve výzkumné části této práce bylo využíváno kvantitativní i kvalitativní formy šetření. Pro kvantitativní šetření byly vytvořeny dotazníky pro laickou veřejnost a pro sestry. Kvalitativní data byla sbírána pomocí rozhovoru se sestrami.

Pro sběr kvantitativních dat byla využita metoda dotazování, technika dotazníků. Dotazníky byly sestaveny na základě prostudované literatury. Dotazníky byly určeny pro laickou veřejnost a pro sestry pracujících v různém typu zdravotnického zařízení. Dotazníky byly zcela anonymní. Dotazník pro laickou veřejnost obsahoval 37 otázek (viz příloha 1). Dotazník určený pro sestry obsahoval 41 otázek (viz příloha 2). V dotaznících byly použity otevřené, uzavřené a polootevřené otázky.

Ze strany laiků se jednalo o náhodný výběr. Pro získání širšího počtu laické veřejnosti jsem vytvořila on-line dotazníky v programu Google Docs.

Pro oslovení sester pracujících ve vybraných typech zdravotnického zařízení byl také vytvořen on-line dotazník v programu Google Docs. Na základě veřejně dostupných emailových adres jsem oslovila z každého kraje praktického zubního lékaře, praktického ženského lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, praktického lékaře pro dospělé a požádala jsem je, zda by byli ochotni předat tento odkaz své sestře. Dále jsem z dostupných emailových adres poslala odkaz pro sestry, které pracují v agenturách domácí péče, v ústavu sociální péče, v domově důchodců, a v neposlední řadě jsem oslovila i samostatně pracující sestry.

Vrácené a vyplněné dotazníky jsem vyhodnocovala v programu SPSS 13.0 a 17.0 ve spolupráci s prom. mat. Bohuslavem Slipkou, CSc.

Rozhovory probíhaly na území České republiky u vybraných respondentů, sester pracujících v různém typu zdravotnického zařízení, podle předem stanovené osnovy. Rozhovory byly provedeny v období od května do července 2008. Sestry jsem oslovovala emailem nebo jsem se s nimi osobně setkala. Rozeslala jsem celkem dvacet

emailů do ordinací lékařů s prosbou o předání emailu sestrám. Čtyři sestry s rozhovorem souhlasily. Osobně jsem kontaktovala patnáct sester, z nichž šest bylo ochotných se mnou uskutečnit rozhovor.

Rozhovor byl zcela anonymní a obsahoval čtyři okruhy otázek (viz příloha 3). První okruh se týkal identifikačních údajů, jako je věk respondenta, jeho dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a ve kterém zdravotním zařízení pracuje. Druhý okruh se týkal současné situace v práci respondenta. Třetí okruh byl zaměřen na význam komunitní sestry, kompetence komunitní sestry. V posledním, čtvrtém okruhu jsem se respondentek ptala, zda by měly zájem pracovat jako komunitní sestra.

Rozhovory s jednotlivými sestrami byly s jejich souhlasem nahrávány na diktafon a poté písemně zaznamenány. Čtyři respondentky si nepřály, aby byl jejich rozhovor nahráván. Východiskem zde bylo zapisování si poznámek během rozhovoru.

Rozhovory trvaly mezi 30 až 40 minutami. Dotazované sestry byly velice ochotné a vstřícné.

Získané záznamy tvoří výzkumný podklad pro sestavení kategorizačních tabulek, ve kterých jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky výzkumného šetření.

### **3.2 Charakteristika sledovaného souboru**

Zkoumaný soubor dotazníkového šetření tvořilo 121 (100 %) sester pracujících v různých zdravotnických zařízeních v České republice. Rozeslala jsem celkem 553 emailů. Na emailovou adresu mi bylo vráceno 131 dotazníků, z nichž 10 bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění. Zkoumaný soubor dotazníkového šetření u laické veřejnosti v České republice tvořilo 153 (100 %) respondentů. Laické veřejnosti jsem rozeslala 438 emailů. Na emailovou adresu se mi vrátilo 161 dotazníků, z toho bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění 8 dotazníků.

Kvalitativního šetření se zúčastnilo 9 sester pracujících v různých zdravotnických zařízeních v ČR.

## 4. Výsledky

### 4.1 Interpretace výsledků získaných z dotazníkového šetření od laické veřejnosti

**Tabulka 1 Věk respondentů**

|       |             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 19 - 25 let | 77        | 50,3    | 50,3          | 50,3               |
|       | 26 - 35 let | 55        | 35,9    | 35,9          | 86,3               |
|       | 36 - 45 let | 10        | 6,5     | 6,5           | 92,8               |
|       | 46 - 55 let | 5         | 3,3     | 3,3           | 96,1               |
|       | 56 - 65 let | 4         | 2,6     | 2,6           | 98,7               |
|       | 66 - 75 let | 2         | 1,3     | 1,3           | 100,0              |
|       | Total       | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 153 (100 %) respondentů bylo 77 (50,4 %) respondentů ve věku mezi 19 – 25 lety. Věková kategorie 26 – 35 let je zastoupena 55 (35,9 %). Věkovou kategorií 36 – 45 let tvořilo 10 (6,5 %) respondentů. Věkovou kategorií 46 – 55 let tvořilo 5 (3,3 %) respondentů. Mezi 56 – 65 lety byli 4 (2,6 %) respondentů. Věková kategorie 66 – 75 let je zastoupena 2 (1,3 %) respondenty.

**Tabulka 2 Pohlaví respondentů**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | muž   | 74        | 48,4    | 48,4          | 48,4               |
|       | žena  | 79        | 51,6    | 51,6          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) tvořilo 74 (48,4 %) mužů a 79 (51,6 %) žen.

**Tabulka 3 Počet obyvatel místa trvalého bydliště**

|       |                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | do 199 obyvatel          | 16        | 10,5    | 10,5          | 10,5               |
|       | 200 - 499 obyvatel       | 18        | 11,8    | 11,8          | 22,2               |
|       | 500 - 999 obyvatel       | 10        | 6,5     | 6,5           | 28,8               |
|       | 1000 – 1999 obyvatel     | 8         | 5,2     | 5,2           | 34,0               |
|       | 2000 – 4999 obyvatel     | 9         | 5,9     | 5,9           | 39,9               |
|       | 5000 – 9999 obyvatel     | 25        | 16,3    | 16,3          | 56,2               |
|       | 10000 - 19999 obyvatel   | 15        | 9,8     | 9,8           | 66,0               |
|       | 20000 - 49999 obyvatel   | 14        | 9,2     | 9,2           | 75,2               |
|       | 50000 - 99999 obyvatel   | 13        | 8,5     | 8,5           | 83,7               |
|       | 100000 - 499000 obyvatel | 12        | 7,8     | 7,8           | 91,5               |
|       | 500000 a více obyvatel   | 13        | 8,5     | 8,5           | 100,0              |
|       | Total                    | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) pocházelo 16 (10,5 %) respondentů z místa trvalého bydliště, které má do 199 obyvatel. 18 (11,8 %) respondentů má trvalé bydliště s počtem obyvatel 200 – 499. 10 (6,5 %) respondentů má trvalé bydliště s počtem obyvatel 500 – 999. 8 (5,2 %) respondentů má trvalé bydliště s počtem obyvatel 1 000 – 1 999. 9 (5,9 %) respondentů má trvalé bydliště 2 000 – 4 999. 25 (16,3 %) respondentů má trvalé bydliště s počtem obyvatel 5 000 – 9 999. 15 (9,8 %) respondentů má trvalé bydliště s počtem obyvatel 10 000 – 19 999. 14 (9,2 %) respondentů má trvalé bydliště s počtem obyvatel 20 000 – 49 999. 13 (8,5 %) respondentů má trvalé bydliště s počtem obyvatel 50 000 – 99 999. 12 (7,8 %) respondentů pochází z místa trvalého bydliště o počtu 100 000 – 499 000 obyvatel. 13 (8,5 %) respondentů pochází z místa trvalého bydliště o počtu obyvatel 500 000 a více.

**Tabulka 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

|       |                           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | základní škola            | 8         | 5,2     | 5,2           | 5,2                |
|       | vyučen                    | 9         | 5,9     | 5,9           | 11,1               |
|       | středoškolské s maturitou | 83        | 54,2    | 54,2          | 65,4               |
|       | vyšší odborné             | 13        | 8,5     | 8,5           | 73,9               |
|       | vysoká škola              | 40        | 26,1    | 26,1          | 100,0              |
|       | Total                     | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 153 (100 %) respondentů má 8 (5,2 %) respondentů základní školu. Vyučeno je 9 (5,9 %) respondentů. Střední školu s maturitou má dokončeno 83 (54,2 %) respondentů. 13 (8,5 %) respondentů má vyšší odbornou školu a vysokou školu má dokončeno 40 (26,1 %) respondentů.

**Tabulka 5 Kraj, ze kterého respondenti pocházejí**

|       |                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Jihočeský kraj       | 24        | 15,7    | 15,7          | 15,7               |
|       | Jihomoravský kraj    | 5         | 3,3     | 3,3           | 19,0               |
|       | Karlovarský kraj     | 7         | 4,6     | 4,6           | 23,5               |
|       | Královehradecký kraj | 4         | 2,6     | 2,6           | 26,1               |
|       | Liberecký kraj       | 4         | 2,6     | 2,6           | 28,8               |
|       | Moravskoslezský kraj | 3         | 2,0     | 2,0           | 30,7               |
|       | Olomoucký kraj       | 7         | 4,6     | 4,6           | 35,3               |
|       | Pardubický kraj      | 4         | 2,6     | 2,6           | 37,9               |
|       | Plzeňský kraj        | 44        | 28,8    | 28,8          | 66,7               |
|       | Praha                | 14        | 9,2     | 9,2           | 75,8               |
|       | Středočeský kraj     | 14        | 9,2     | 9,2           | 85,0               |
|       | Ústecký kraj         | 7         | 4,6     | 4,6           | 89,5               |
|       | Vysočina             | 12        | 7,8     | 7,8           | 97,4               |
|       | Zlínský kraj         | 4         | 2,6     | 2,6           | 100,0              |
|       | Total                | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) pocházelo 24 (15,7 %) respondentů z Jihočeského kraje, 5 (3,3 %) respondentů z Jihomoravského kraje, 7 (4,6 %) respondentů z Karlovarského kraje, 4 (2,6 %) respondent z Královehradeckého kraje, 4 (2,6 %) respondenti z Libereckého kraje. 3 (2 %) respondenti pocházeli z Moravskoslezského kraje, 7 (4,7 %) respondentů z Olomouckého kraje, 4 (2,6 %) respondentů z Pardubického kraje, 44 (28,8 %) respondentů z Plzeňského kraje, 14 (9,2 %) respondentů pocházelo z Prahy, 14 (9,2 %) respondentů pocházelo ze Středočeského kraje, 7 (4,6 %) respondentů z Ústeckého kraje, 12 (7,8 %) respondentů pocházelo z Vysočiny a 4 (2,6 %) respondenti pocházeli ze Zlínského kraje.

**Tabulka 6 Spokojenost z dostupností zdravotní péče**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 131       | 85,6    | 85,6          | 85,6               |
|       | ne    | 22        | 14,4    | 14,4          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) je spokojeno s dostupností zdravotní péče ve svém okolí 131 (85,6 %) respondentů. Naopak nespokojeno z dostupností zdravotní péče v okolí bydliště je 22 (14,4 %) respondentů.

**Tabulka 7 Důvody nespokojenosti s dostupností zdravotní péče**

|       |                                    | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | vzdálená pohotovost                | 2         | 9,1     | 9,1           | 9,1                |
|       | vzdálená ordinace                  | 4         | 18,2    | 18,2          | 27,3               |
|       | špatný přístup s kočárkem          | 1         | 4,5     | 4,5           | 31,8               |
|       | velké fronty v čekárnách           | 4         | 18,2    | 18,2          | 50,0               |
|       | malý zájem lékařů o pacienta       | 1         | 4,5     | 4,5           | 54,5               |
|       | málo odborných lékařů              | 4         | 18,2    | 18,2          | 72,7               |
|       | nedostupnost lékárny               | 1         | 4,5     | 4,5           | 77,3               |
|       | nekvalitní péče praktických lékařů | 3         | 13,6    | 13,6          | 90,9               |
|       | chybí přístrojová technika         | 1         | 4,5     | 4,5           | 95,5               |
|       | nedostupnost zubní pohotovosti     | 1         | 4,5     | 4,5           | 100,0              |
|       | Total                              | 22        | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 22 (100 %) respondentů nespokojených s dostupností zdravotní péče jsou 2 (9,1 %) respondenti nespokojeni z důvodu vzdálené pohotovosti. 4 (18,2 %) respondenti jsou nespokojeni z důvodu vzdálené ordinace. 1 (4,5 %) respondent uvedl špatný přístup s kočárkem do ordinací a čekáren. 4 (18,2 %) respondenti uvedli jako důvod nespokojenosti velké fronty v čekárnách. 1 (4,5 %) respondent uvedl malý zájem lékařů o pacienta, 4 (18,2 %) respondenti uvedli málo odborných lékařů. 1 (4,5 %) respondent je nespokojen s dostupností lékárny a 3 (13,6 %) respondenti s nekvalitní péčí praktických lékařů. 1 (4,5 %) respondentovi chybí v kraji magnetická rezonance a 1 (4,5 %) respondent je nespokojen kvůli nedostupnosti zubní pohotovosti.

**Tabulka 8 Podmínky, za kterých respondenti nejčastěji přichází do zdravotnického zařízení**

|       |                                  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | preventivní prohlídky            | 64        | 41,8    | 41,8          | 41,8               |
|       | akutní onemocnění                | 61        | 39,9    | 39,9          | 81,7               |
|       | očkování                         | 7         | 4,6     | 4,6           | 86,3               |
|       | žádost o radu týkající se zdraví | 1         | 0,7     | 0,7           | 86,9               |
|       | potvrzení zdravotní způsobilosti | 4         | 2,6     | 2,6           | 89,5               |
|       | chodíte si pro recepty           | 12        | 7,8     | 7,8           | 97,4               |
|       | jiné                             | 4         | 2,6     | 2,6           | 100,0              |
|       | Total                            | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) je pro 64 (41,8 %) respondentů nejčastějším důvodem příchodu do zdravotnického zařízení preventivní prohlídka. 61 (39,9 %) respondentů dochází do zdravotnického zařízení z důvodu akutního onemocnění. 7 (4,6 %) respondentů uvedlo jako důvod očkování. 1 (0,7 %) respondent uvedl, že si do zdravotnického zařízení chodí pro radu ohledně žádosti týkající se jeho zdraví. Nejčastějším důvodem návštěvy zdravotnického zařízení je pro 4 (2,6 %) respondenty potvrzení zdravotní způsobilosti. 12 (7,8 %) respondentů uvedlo, že si nejčastěji chodí pro recepty. 4 (2,6 %) respondenti uvedli v dotazníku možnost „jiné“. 2 respondenti uvedli, že nikdy u lékaře nebyli, a další 2 respondenti se shodli na tom, že nejčastějším důvodem návštěvy zdravotnického zařízení je horečka nad 38 °C.

**Tabulka 9 Pravidelnost preventivních prohlídek**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 92        | 60,1    | 60,1          | 60,1               |
|       | ne    | 61        | 39,9    | 39,9          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 153 (100 %) respondentů uvedlo 92 (60,1 %) respondentů, že na preventivní prohlídky chodí pravidelně. Naopak 61 (39,9 %) respondentů uvedlo, že na preventivní prohlídky pravidelně nechodí.

**Tabulka 10 Informace o samostatně pracujících sestrách**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 41        | 26,8    | 26,8          | 26,8               |
|       | ne    | 106       | 69,3    | 69,3          | 96,1               |
|       | nevím | 6         | 3,9     | 3,9           | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) uvedlo 41 (26,8 %) respondentů, že již o samostatně pracující sestře slyšeli. 106 (69,3 %) respondentů o samostatně pracujících sestrách nikdy neslyšelo. 6 (3,9 %) respondentů uvedlo, že neví, jestli již o těchto sestrách někdy slyšeli.

**Tabulka 11 Zavedení samostatně pracujících sester v ČR**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 74        | 48,4    | 48,4          | 48,4               |
|       | ne    | 10        | 6,5     | 6,5           | 54,9               |
|       | nevím | 69        | 45,1    | 45,1          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se 74 (48,4 %) respondentů domnívá, že by v ČR měla být zavedena péče samostatně pracujících sester. 10 (6,5 %) respondentů si nepřeje, aby v ČR byly zavedeny samostatně pracující sestry, a 69 (45,1 %) respondentů neví, zda by takovou sestru chtěli v ČR.

**Tabulka 12 Podmínky, za kterých by měly samostatně pracující sestry pracovat**

|       |                                       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | mají odpovídající vzdělání            | 48        | 31,4    | 31,4          | 31,4               |
|       | spolupracují s lékaři                 | 38        | 24,8    | 24,8          | 56,2               |
|       | mají předchozí praxi u lůžka          | 42        | 27,5    | 27,5          | 83,7               |
|       | mají vymezený rozsah činností         | 13        | 8,5     | 8,5           | 92,2               |
|       | spolupracovaly by s dalšími odborníky | 12        | 7,8     | 7,8           | 100,0              |
|       | Total                                 | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se jich 48 (31,4 %) domnívá, že by samostatně pracující sestry měly mít odpovídající vzdělání. 38 (24,8 %) respondentů by chtělo, aby tyto sestry spolupracovaly s lékaři. 42 (27,5 %) respondentů si přeje, aby tyto sestry měly předchozí praxi u lůžka, 13 (8,5 %) respondentů uvedlo, že by sestry měly mít vymezený rozsah činností, a 12 (7,8 %) respondentů uvedlo, že by měly spolupracovat s dalšími odborníky.

**Tabulka 13 Zájem laické veřejnosti o práci samostatně pracujících sester pečujících o dětskou komunitu**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 85        | 55,6    | 55,6          | 55,6               |
|       | ne    | 21        | 13,7    | 13,7          | 69,3               |
|       | nevím | 47        | 30,7    | 30,7          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) by jich 85 (55,6 %) mělo zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o dětskou komunitu. Naopak 21 (13,7 %) respondentů nemá zájem, aby tyto sestry pečovaly o dětskou komunitu a 47 (30,7 %) respondentů neví, zda by chtěli, aby tyto sestry pečovaly o komunitu dětí.

**Tabulka 14 Zájem laické veřejnosti o práci samostatně pracujících sester pečujících o komunitu pracujících**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 68        | 44,4    | 44,4          | 44,4               |
|       | ne    | 27        | 17,6    | 17,6          | 62,1               |
|       | nevím | 58        | 37,9    | 37,9          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) si 68 (44,4 %) respondentů přeje, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu pracujících. 27 (17,6 %) respondentů uvedlo, že nemají zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu pracujících, a 58 (37,9 %) respondentů uvedlo možnost „nevím“.

**Tabulka 15 Zájem laické veřejnosti o práci samostatně pracujících sester v oblasti domácí péče**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 111       | 72,5    | 72,5          | 72,5               |
|       | ne    | 15        | 9,8     | 9,8           | 82,4               |
|       | nevím | 27        | 17,6    | 17,6          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) uvedlo 111 (72,5 %) respondentů, že by měli zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o klienty v oblasti domácí péče. 15 (9,8 %) respondentů nemá zájem, aby tyto sestry pečovaly o klienty v oblasti domácí péče, a 21 (17,6 %) respondentů uvedlo možnost „nevím“.

**Tabulka 16 Zájem laické veřejnosti o práci samostatně pracujících sester pečujících o komunitu seniorů**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 130       | 85,0    | 85,0          | 85,0               |
|       | ne    | 6         | 3,9     | 3,9           | 88,9               |
|       | nevím | 17        | 11,1    | 11,1          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 153 (100 %) respondentů by 130 (85 %) respondentů mělo zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu seniorů. 6 (3,9 %) respondentů nemá zájem, aby tyto sestry pečovaly o seniory, a 17 (11,1 %) respondentů neví, zda by chtěli, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu seniorů.

**Tabulka 17 Zájem laické veřejnosti o práci samostatně pracujících sester/porodních asistentek pečujících o komunitu žen**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 95        | 62,1    | 62,1          | 62,1               |
|       | ne    | 16        | 10,5    | 10,5          | 72,5               |
|       | nevím | 42        | 27,5    | 27,5          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 153 (100 %) respondentů by 95 (62,1 %) respondentů mělo zájem, aby samostatně pracující sestry/porodní asistentky pečovaly o komunitu žen. 16 (10,5 %) respondentů nemá zájem, aby tyto sestry pečovaly o ženy, a 42 (27,5 %) respondentů neví, zda by chtěli, aby samostatně pracující sestry/porodní asistentky pečovaly o komunitu žen.

**Tabulka 18 Zájem laické veřejnosti o práci samostatně pracujících sester pečujících o komunitu psychicky nemocných**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 75        | 49,0    | 49,0          | 49,0               |
|       | ne    | 43        | 28,1    | 28,1          | 77,1               |
|       | nevím | 35        | 22,9    | 22,9          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 153 (100 %) respondentů by 75 (49 %) respondentů mělo zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu psychicky nemocných. 43 (28,1 %) respondentů nemá zájem, aby tyto sestry pečovaly o psychicky nemocné, a 35 (22,9 %) respondentů neví, zda by chtěli, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu psychicky nemocných.

**Tabulka 19    Zájem laické veřejnosti o práci samostatně pracujících sester pečujících o komunitu terminálně nemocných**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 102       | 66,7    | 66,7          | 66,7               |
|       | ne    | 17        | 11,1    | 11,1          | 77,8               |
|       | nevím | 34        | 22,2    | 22,2          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) by 102 (66,7 %) respondentů mělo zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu umírajících a terminálně nemocných. 17 (11,1 %) respondentů nemá zájem, aby tyto sestry pečovaly o terminálně nemocné, a 34 (22,2 %) respondentů neví, zda by chtěli, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu umírajících a terminálně nemocných.

**Tabulka 20 Kompetence samostatně pracující sestry v oblasti péče o dětskou komunitu**

|       |                                                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | pečovat o nemocné děti                            | 79        | 51,6    | 51,6          | 51,6               |
|       | pečovat o novorozence                             | 8         | 5,2     | 5,2           | 56,9               |
|       | pečovat o kojence                                 | 3         | 2,0     | 2,0           | 58,8               |
|       | pečovat o batolata                                | 4         | 2,6     | 2,6           | 61,4               |
|       | pečovat o předškolní děti                         | 5         | 3,3     | 3,3           | 64,7               |
|       | pečovat o adolescenty                             | 3         | 2,0     | 2,0           | 66,7               |
|       | vést matky ke správnému přístupu ve výživě dítěte | 5         | 3,3     | 3,3           | 69,9               |
|       | edukovat matky v technice kojení                  | 11        | 7,2     | 7,2           | 77,1               |
|       | sledovat psychomotorický vývoj dítěte             | 12        | 7,8     | 7,8           | 85,0               |
|       | aplikovat injekce                                 | 9         | 5,9     | 5,9           | 90,8               |
|       | provádět hygienu                                  | 4         | 2,6     | 2,6           | 93,5               |
|       | podávat léky                                      | 4         | 2,6     | 2,6           | 96,1               |
|       | provádět očkování                                 | 4         | 2,6     | 2,6           | 98,7               |
|       | provádět odběry biologického materiálu            | 2         | 1,3     | 1,3           | 100,0              |
|       | Total                                             | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se 79 (51,6 %) respondentů domnívá, že samostatně pracující sestra v oblasti péče o dětskou komunitu by měla pečovat o nemocné děti. 8 (5,2 %) respondentů uvedlo, že by tato sestra měla pečovat o novorozence. 3 (2 %) respondenti uvedli péči o kojence, 4 (2,6 %) respondenti uvedli péči o batolata, 5 (3,3 %) respondentů uvedlo péči o předškolní děti, 3 (2 %) respondenti uvedli péči o adolescenty. 5 (3,3 %) respondentů uvedlo, že by tyto sestry

měly vést matky ke správnému přístupu ve výživě dítěte, 11 (7,2 %) respondentů se domnívá, že by sestry měly edukovat matky v technice kojení, 12 (7,8 %) respondentů uvedlo sledování psychomotorického vývoje dítěte. 9 (5,9 %) respondentů si myslí, že by samostatně pracující sestry měly aplikovat injekce, 4 (2,6 %) respondenti uvedli provádění hygieny, 4 (2,6 %) respondenti uvedli podávání léků. 4 (2,6 %) respondenti předpokládají, že by samostatně pracující sestry měly provádět očkování, a 2 (1,3 %) respondenti uvedli odběry biologického materiálu.

**Tabulka 21 Nejčastější zdravotní problémy dětí předškolního věku**

|       |                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | respirační infekce   | 30        | 19,6    | 19,6          | 19,6               |
|       | angíny               | 14        | 9,2     | 9,2           | 28,8               |
|       | alergická onemocnění | 35        | 22,9    | 22,9          | 51,6               |
|       | úrazy                | 41        | 26,8    | 26,8          | 78,4               |
|       | otravy               | 4         | 2,6     | 2,6           | 81,0               |
|       | nadváha              | 21        | 13,7    | 13,7          | 94,8               |
|       | obezita              | 5         | 3,3     | 3,3           | 98,0               |
|       | vadné držení těla    | 3         | 2,0     | 2,0           | 100,0              |
|       | Total                | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se 30 (19,6 %) respondentů domnívá, že nejčastějšími zdravotními problémy dětí předškolního věku jsou respirační infekce. 14 (9,2 %) respondentů uvedlo angíny, 35 (22,9 %) respondentů uvedlo alergická onemocnění, 41 (26,8 %) respondentů uvedlo úrazy, 4 (2,6 %) respondenti si myslí, že nejčastější zdravotní problémy těchto dětí jsou otravy. Podle 21 (13,7 %) respondentů mají děti nadváhu a podle 5 (3,3 %) respondentů jsou obézní. 3 (2 %) respondenti se domnívají, že nejčastější zdravotní problém je vadné držení těla.

**Tabulka 22 Nejčastější zdravotní problémy dětí školního věku**

|       |                    | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | úrazy              | 33        | 21,6    | 21,6          | 21,6               |
|       | angíny             | 36        | 23,5    | 23,5          | 45,1               |
|       | respirační infekce | 29        | 19,0    | 19,0          | 64,1               |
|       | otravy             | 11        | 7,2     | 7,2           | 71,2               |
|       | nadváha            | 18        | 11,8    | 11,8          | 83,0               |
|       | obezita            | 21        | 13,7    | 13,7          | 96,7               |
|       | vadné držení těla  | 5         | 3,3     | 3,3           | 100,0              |
|       | Total              | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkové počtu respondentů 153 (100 %) se 33 (21,6 %) respondentů domnívá, že nejčastějšími zdravotními problémy dětí školního věku jsou úrazy. 36 (23,5 %) respondentů uvedlo angíny, 29 (19 %) uvedlo respirační infekce. 11 (7,2 %) respondentů si myslí, že nejčastější zdravotní problémy těchto dětí jsou otravy. Podle 18 (11,8 %) respondentů mají děti nadváhu a podle 21 (13,7 %) respondentů jsou děti školního věku obézní. 5 (3,3 %) respondentů se domnívá, že nejčastějším zdravotním problémem je vadné držení těla.

**Tabulka 23 Činnosti samostatně pracující sestry v oblasti péče o komunitu pracujících**

|       |                                                        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | pomocí různých mechanismů se snaží omezit vzniku úrazu | 14        | 9,2     | 9,2           | 9,2                |
|       | mapovat zdravotní stav pracujících                     | 14        | 9,2     | 9,2           | 18,3               |
|       | zabývat se otázkami stárnutí pracovní síly             | 4         | 2,6     | 2,6           | 20,9               |
|       | zaměřovat se na prevenci                               | 38        | 24,8    | 24,8          | 45,8               |
|       | vytvářet preventivní programy                          | 31        | 20,3    | 20,3          | 66,0               |
|       | zaměřovat se na ochranu zdraví při práci               | 10        | 6,5     | 6,5           | 72,5               |
|       | nacvičovat se zaměstnanci první pomoc                  | 15        | 9,8     | 9,8           | 82,4               |
|       | sledovat pracovníky při práci                          | 8         | 5,2     | 5,2           | 87,6               |
|       | podávat léky                                           | 8         | 5,2     | 5,2           | 92,8               |
|       | provádět odběry biologického materiálu                 | 11        | 7,2     | 7,2           | 100,0              |
|       | Total                                                  | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se 14 (9,2 %) respondentů domnívá, že by samostatně pracující sestra v oblasti péče o komunitu měla pomocí různých mechanismů omezovat vznik úrazu. 14 (9,2 %) respondentů uvedlo, že by tato sestra měla mapovat zdravotní stav pracujících, 4 (2,6 %) respondenti uvedli, že by se měla zabývat otázkami stárnutí pracovní síly, 38 (24,8 %) respondentů se domnívá, že by se měla zaměřovat na prevenci. Samostatně pracující sestra v oblasti péče o pracující by měla vytvářet preventivní zdravotní programy, a to podle 31 (20,3 %) respondentů. 10 (6,5 %) respondentů uvedlo, že by se tato sestra měla zaměřovat na ochranu zdraví při práci. 15 (9,8 %) respondentů uvedlo nacvičování první pomoci,

8 (5,2 %) respondentů uvedlo sledování pracovníků při práci. 8 (5,2 %) respondentů se domnívá, že by samostatně pracující sestra měla podávat léky, a 11 (7,2 %) respondentů uvedlo odběry biologického materiálu.

**Tabulka 24 Nejčastější zdravotní problémy komunity pracujících**

|       |                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | úrazy                | 93        | 60,8    | 60,8          | 60,8               |
|       | alergie              | 10        | 6,5     | 6,5           | 67,3               |
|       | obezita              | 4         | 2,6     | 2,6           | 69,9               |
|       | vadné držení těla    | 7         | 4,6     | 4,6           | 74,5               |
|       | respirační infekce   | 11        | 7,2     | 7,2           | 81,7               |
|       | stres                | 17        | 11,1    | 11,1          | 92,8               |
|       | alkoholismus         | 3         | 2,0     | 2,0           | 94,8               |
|       | vertebrogenní potíže | 8         | 5,2     | 5,2           | 100,0              |
|       | Total                | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se 93 (60,8 %) respondentů domnívá, že nejčastějšími zdravotními problémy pracujících jsou úrazy. Alergie uvedlo 10 (6,5 %) respondentů, obezitu uvedli 4 (2,6 %) respondenti. 7 (4,6 %) respondentů předpokládá, že nejčastějším zdravotním problémem pracujících je vadné držení těla, 11 (7,2 %) respondentů uvedlo respirační infekce. Stres uvedlo 17 (11,1 %) respondentů, alkoholismus 3 (2 %) respondenti a vertebrogenní potíže 8 (5,2 %) respondentů.

**Tabulka 25 Činnosti samostatně pracující sestry v oblasti domácí péče**

|       |                                                     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | podporovat zdraví                                   | 59        | 38,6    | 38,6          | 38,6               |
|       | navracet zdraví                                     | 12        | 7,8     | 7,8           | 46,4               |
|       | poučovat jedince v oblasti zdravého životního stylu | 5         | 3,3     | 3,3           | 49,7               |
|       | předcházet možných komplikací                       | 16        | 10,5    | 10,5          | 60,1               |
|       | zvyšovat odpovědnost jedince za své zdraví          | 9         | 5,9     | 5,9           | 66,0               |
|       | spolupracovat s různými institucemi                 | 12        | 7,8     | 7,8           | 73,9               |
|       | provádět preventivní opatření                       | 3         | 2,0     | 2,0           | 75,8               |
|       | aplikovat léky                                      | 29        | 19,0    | 19,0          | 94,8               |
|       | provádět hygienu jedince                            | 8         | 5,2     | 5,2           | 100,0              |
|       | Total                                               | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) si 59 (38,6 %) myslí, že činností samostatně pracující sestry v oblasti domácí péče je podporovat zdraví. 12 (7,8 %) respondentů uvedlo navracení zdraví, 5 (3,3 %) respondentů uvedlo poučování jedince v oblasti zdravého životního stylu. Předcházení možných komplikací uvedlo 16 (10,5 %) respondentů. Zvyšovat odpovědnost jedince za své zdraví uvedlo 9 (5,9 %) respondentů, spolupráci s různými institucemi uvedlo 12 (7,8 %) respondentů. 3 (2 %) respondenti se domnívají, že by tato sestra měla provádět preventivní opatření. Aplikování léků uvedlo 29 (19 %) respondentů a 8 (5,2 %) respondentů uvedlo provádění hygieny jedince.

**Tabulka 26 Činnosti samostatně pracující sestry v péči o komunitu seniorů**

|       |                                             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | sledovat zdravotní situaci seniorů          | 15        | 9,8     | 9,8           | 9,8                |
|       | sledovat sociální situaci seniorů           | 25        | 16,3    | 16,3          | 26,1               |
|       | spolupracovat s odpovědnými orgány          | 8         | 5,2     | 5,2           | 31,4               |
|       | sledovat zdravotní rizika                   | 13        | 8,5     | 8,5           | 39,9               |
|       | hodnotit zdravotní rizika                   | 3         | 2,0     | 2,0           | 41,8               |
|       | snažit se o zachování soběstačnosti seniorů | 32        | 20,9    | 20,9          | 62,7               |
|       | spolupracovat s gerontologickými centry     | 17        | 11,1    | 11,1          | 73,9               |
|       | provádět hygienu                            | 25        | 16,3    | 16,3          | 90,2               |
|       | aplikovat injekce                           | 5         | 3,3     | 3,3           | 93,5               |
|       | podávat léky                                | 6         | 3,9     | 3,9           | 97,4               |
|       | provádět odběry biologického materiálu      | 4         | 2,6     | 2,6           | 100,0              |
|       | Total                                       | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) si 15 (9,8 %) respondentů myslí, že sestra, která pečuje o komunitu seniorů, by měla sledovat jejich zdravotní situaci. 25 (16,3 %) respondentů uvedlo sledování sociální situace seniorů a 8 (5,2 %) respondentů spolupracovat s odpovědnými orgány. 13 (8,5 %) respondentů uvedlo, že by měla sledovat zdravotní rizika, a 3 (2 %) respondenti uvedli hodnocení zdravotních rizik. Snažit se o zachování soběstačnosti seniorů uvedlo 32 (20,9 %) respondentů. 17 (11,1%) respondentů uvedlo spolupráci s gerontologickými centry. 25 (16,3 %) respondentů se domnívá, že by samostatně pracující sestra měla vykonávat hygienu, 5 (3,3 %) respondentů uvedlo aplikování injekcí, 6 (3,9 %) respondentů uvedlo podávání léků a 4 (2,6 %) respondentů uvedlo odběr biologického materiálu.

**Tabulka 27 Nejčastější zdravotní problémy komunity seniorů**

|       |                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | sluchové vady        | 24        | 15,7    | 15,7          | 15,7               |
|       | oční vady            | 19        | 12,4    | 12,4          | 28,1               |
|       | poruchy řeči         | 11        | 7,2     | 7,2           | 35,3               |
|       | snížení svalové síly | 30        | 19,6    | 19,6          | 54,9               |
|       | úrazy                | 20        | 13,1    | 13,1          | 68,0               |
|       | inkontinence         | 42        | 27,5    | 27,5          | 95,4               |
|       | otravy               | 7         | 4,6     | 4,6           | 100,0              |
|       | Total                | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se 24 (15,7 %) respondentů domnívá, že nejčastějším zdravotním problémem u seniorů jsou sluchové vady. 19 (12,4 %) respondentů uvedlo oční vady, 11 (7,2 %) respondentů poruchy řeči, 30 (19,6 %) respondentů snížení svalové síly, 20 (13,1 %) respondentů úrazy. 42 (27,5 %) respondentů uvedlo nejčastějším problémem inkontinenci a 7 (4,6 %) respondentů uvedlo kardiovaskulární problémy.

**Tabulka 28 Činnosti samostatně pracující sestry/porodní asistentky v péči o komunitu žen**

|       |                                                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | sledování preventivních gynekologických prohlídek | 73        | 47,7    | 47,7          | 47,7               |
|       | výchova ke kojení                                 | 16        | 10,5    | 10,5          | 58,2               |
|       | pečovat o ženy v klimakteriu                      | 25        | 16,3    | 16,3          | 74,5               |
|       | vychovávat k plánovanému rodičovství              | 32        | 20,9    | 20,9          | 95,4               |
|       | pečovat o ženy během těhotenství                  | 7         | 4,6     | 4,6           | 100,0              |
|       | Total                                             | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se 73 (47,7 %) respondentů domnívá, že činností samostatně pracující sestry/porodní asistentky by mělo být sledování preventivních gynekologických prohlídek. Výchovu ke kojení uvedlo 16 (10,5 %) respondentů, pečování o ženy v klimakteriu 25 (16,3 %) respondentů, výchovu k plánovanému rodičovství uvedlo 32 (20,9 %) respondentů a pečovat o ženy během těhotenství uvedlo 7 (4,6 %) respondentů.

**Tabulka 29 Nejčastější zdravotní problémy komunity žen**

|       |                                               | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | karcinom prsu                                 | 70        | 45,8    | 45,8          | 45,8               |
|       | samovolné potraty                             | 21        | 13,7    | 13,7          | 59,5               |
|       | alkoholismus                                  | 4         | 2,6     | 2,6           | 62,1               |
|       | karcinom děložního čípku                      | 40        | 26,1    | 26,1          | 88,2               |
|       | poruchy příjmu potravy<br>(anorexie, bulimie) | 6         | 3,9     | 3,9           | 92,2               |
|       | varixy                                        | 6         | 3,9     | 3,9           | 96,1               |
|       | infekce močových cest                         | 6         | 3,9     | 3,9           | 100,0              |
|       | Total                                         | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se 70 (45,8 %) respondentů domnívá, že nejčastějším zdravotním problémem žen je karcinom prsu. 21 (13,7 %) respondentů uvedlo samovolné potraty, alkoholismus 4 (2,6 %) respondenti, karcinom děložního čípku uvedlo 40 (26,1 %) respondentů. Poruchy příjmu potravy 6 (3,9 %) respondentů, varixy 6 (3,9 %) respondentů a infekci močových cest uvedlo 6 (3,9 %) respondentů.

**Tabulka 30 Činnosti samostatně pracující sestry v péči o komunitu terminálně nemocných**

|       |                         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | pečovat o výživu        | 35        | 22,9    | 22,9          | 22,9               |
|       | pečovat o rány          | 25        | 16,3    | 16,3          | 39,2               |
|       | aplikovat injekce       | 27        | 17,6    | 17,6          | 56,9               |
|       | provádět hygienu        | 38        | 24,8    | 24,8          | 81,7               |
|       | spolupracovat s rodinou | 2         | 1,3     | 1,3           | 83,0               |
|       | spolupracovat s lékaři  | 9         | 5,9     | 5,9           | 88,9               |
|       | podávat léky            | 2         | 1,3     | 1,3           | 90,2               |
|       | prevence proleženin     | 15        | 9,8     | 9,8           | 100,0              |
|       | Total                   | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) usuzuje 35 (22,9 %) respondentů, že činností samostatně pracující sestry v oblasti péče o terminálně nemocné je péče o výživu. Péči o rány uvedlo 25 (16,3 %) respondentů, aplikaci injekcí 27 (17,6 %) respondentů. Podle 38 (24,8 %) respondentů by měla tato sestra provádět hygienu. 2 (1,3 %) respondenti se domnívají, že by měla spolupracovat s rodinou, 9 (5,9 %) respondentů uvedlo, že by měla spolupracovat s lékaři. Podávání léků uvedli 2 (1,3 %) respondenti a prevenci proleženin uvedlo 15 (9,8 %) respondentů.

**Tabulka 31 Předpokládané vzdělání samostatně pracující sestry**

|       |                            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | střední zdravotnická škola | 19        | 12,4    | 12,4          | 12,4               |
|       | vyšší zdravotnická škola   | 93        | 60,8    | 60,8          | 73,2               |
|       | vysoká škola               | 38        | 24,8    | 24,8          | 98,0               |
|       | jiné                       | 3         | 2,0     | 2,0           | 100,0              |
|       | Total                      | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) se 19 (12,4 %) respondentů domnívá, že by samostatně pracující sestra měla mít středoškolské vzdělání. Vyšší zdravotnickou školu uvedlo 93 (60,8 %) respondentů. Vysokou školu uvedlo 38 (24,8 %) respondentů a 3 (2 %) respondenti uvedli možnost „jiné“, kde uvedli, že by tato sestra měla mít odbornou specializaci.

**Tabulka 32 Důvěra v samostatně pracující sestry**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 104       | 68,0    | 68,0          | 68,0               |
|       | ne    | 7         | 4,6     | 4,6           | 72,5               |
|       | nevím | 42        | 27,5    | 27,5          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) by jich 104 (68 %) samostatně pracujícím sestrám důvěřovalo. Naopak 7 (4,6 %) respondentů by těmto sestrám nedůvěřovalo. 42 (27,5 %) respondentů neví, zda by těmto sestrám důvěřovalo.

**Tabulka 33 Výhody samostatně pracujících sester**

|       |                                                                     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | zlepšení kvality ošetrovatelské péče                                | 61        | 39,9    | 39,9          | 39,9               |
|       | lepší dostupnost ošetrovatelské péče                                | 21        | 13,7    | 13,7          | 53,6               |
|       | možnost poskytovat ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta | 30        | 19,6    | 19,6          | 73,2               |
|       | naváže důvěrnější vztah s klientem                                  | 16        | 10,5    | 10,5          | 83,7               |
|       | snadnější zhodnotí socioekonomické situace klienta                  | 14        | 9,2     | 9,2           | 92,8               |
|       | lepší spolupráce s rodinou klienta                                  | 8         | 5,2     | 5,2           | 98,0               |
|       | lepší možnost posouzení bio-psycho-sociální stavu klienta sestrou   | 3         | 2,0     | 2,0           | 100,0              |
|       | Total                                                               | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) uvedlo 61 (39,9 %) respondentů, že výhodou samostatně pracující sestry je zlepšení kvality ošetrovatelské péče. 21 (13,7 %) respondentů uvedlo lepší dostupnost ošetrovatelské péče. 30 (19,6 %) respondentů uvedlo, že výhodou je možnost poskytovat ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta. Navázání důvěrnějšího vztahu s klientem uvedlo 16 (10,5 %) respondentů. 14 (9,2 %) respondentů uvedlo snadnější zhodnocení socioekonomické situace klienta, 8 (5,2 %) respondentů uvedlo jako výhodu lepší spolupráci s rodinou klienta a lepší možnost posoudit bio-psycho-sociální stav klienta uvedli 3 (2 %) respondenti.

**Tabulka 34 Nevýhody samostatně pracujících sester**

|       |                                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | nedostatek těchto sester                 | 73        | 47,7    | 47,7          | 47,7               |
|       | nedostatečné vzdělání sester             | 19        | 12,4    | 12,4          | 60,1               |
|       | špatné finanční ohodnocení těchto sester | 41        | 26,8    | 26,8          | 86,9               |
|       | nedůvěra odborné veřejnosti              | 10        | 6,5     | 6,5           | 93,5               |
|       | nedůvěra laické veřejnosti               | 6         | 3,9     | 3,9           | 97,4               |
|       | neochota ke změnám                       | 4         | 2,6     | 2,6           | 100,0              |
|       | Total                                    | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) uvedlo 73 (47,7 %) respondentů, že nevýhodou samostatně pracujících sester je nedostatek těchto sester. 19 (12,4 %) respondentů předpokládá, že nevýhodou je nedostatečné vzdělání, 41 (26,8 %) respondentů uvedlo špatné finanční ohodnocení těchto sester, 10 (6,5 %) respondentů nedůvěra odborné veřejnosti, 6 (3,9 %) respondentů uvedlo nedůvěra laické veřejnosti a 4 (2,6 %) respondenti předpokládají, že nevýhodou je neochota ke změnám.

**Tabulka 35 Řízení činnosti samostatně pracující sestry**

|       |                                | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | stát                           | 20        | 13,1    | 13,1          | 13,1               |
|       | kraj                           | 25        | 16,3    | 16,3          | 29,4               |
|       | město                          | 27        | 17,6    | 17,6          | 47,1               |
|       | spadaly by pod ordinace lékařů | 52        | 34,0    | 34,0          | 81,0               |
|       | byly by řízeny privátně        | 27        | 17,6    | 17,6          | 98,7               |
|       | jiné                           | 2         | 1,3     | 1,3           | 100,0              |
|       | Total                          | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) uvedlo 20 (13,1 %) respondentů, že by činnost samostatně pracujících sester měl řídit stát. 25 (16,3 %) respondentů uvedlo kraj, 27 (17,6 %) uvedlo město. 52 (34 %) respondentů se domnívá, že by samostatně pracující sestry měly spadat pod ordinace lékařů. 27 (17,6 %) respondentů si myslí, že by měla být jejich činnost řízena privátně, a 2 (1,3 %) respondenti uvedli, že vůbec neví, kdo by činnost těchto sester měl řídit.

**Tabulka 36 Působení samostatně pracující sestry**

|       |                             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ordinace praktických lékařů | 15        | 9,8     | 9,8           | 9,8                |
|       | agentury domácí péče        | 14        | 9,2     | 9,2           | 19,0               |
|       | denní stacionáře            | 5         | 3,3     | 3,3           | 22,2               |
|       | ve školách                  | 2         | 1,3     | 1,3           | 23,5               |
|       | v nemocnicích               | 11        | 7,2     | 7,2           | 30,7               |
|       | ve vlastních ambulancích    | 20        | 13,1    | 13,1          | 43,8               |
|       | na klinikách                | 9         | 5,9     | 5,9           | 49,7               |
|       | v terénu                    | 66        | 43,1    | 43,1          | 92,8               |
|       | nevím                       | 11        | 7,2     | 7,2           | 100,0              |
|       | Total                       | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) uvedlo 15 (9,7 %) respondentů, že by samostatně pracující sestry měly působit v ordinacích praktických lékařů. Agentury domácí péče uvedlo 14 (9,2 %) respondentů, v denních stacionářích 5 (3,3 %) respondentů, ve školách 2 (1,3 %) respondenti. 11 (7,2 %) respondentů se domnívá, že by tyto sestry měly působit v nemocnicích. 20 (13,1 %) respondentů uvedlo ve vlastních ordinancích, 9 (5,9 %) respondentů na klinikách, 66 (43,1 %) respondentů v terénu a 11 (7,2 %) respondentů neví, kde by tyto sestry měly působit.

**Tabulka 37 Informace o samostatně pracujících sestrách**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 96        | 62,7    | 62,7          | 62,7               |
|       | ne    | 24        | 15,7    | 15,7          | 78,4               |
|       | nevím | 33        | 21,6    | 21,6          | 100,0              |
|       | Total | 153       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 153 (100 %) by 96 (62,7 %) respondentů uvítalo více informací o samostatně pracujících sestrách. 24 (15,7 %) respondentů nepotřebuje více informací o samostatně pracujících sestrách. 33 (21,6 %) respondentů neví, zda by si přáli více informací.

#### 4.2 Interpretace výsledků získaných z dotazníkového šetření od sester

**Tabulka 38 Věk respondentů**

|       |             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 19 - 25 let | 6         | 5,0     | 5,0           | 5,0                |
|       | 26 - 35 let | 14        | 11,6    | 11,6          | 16,5               |
|       | 36 - 45 let | 57        | 47,1    | 47,1          | 63,6               |
|       | 46 - 55 let | 28        | 23,1    | 23,1          | 86,8               |
|       | 56 - 65 let | 14        | 11,6    | 11,6          | 98,3               |
|       | 66 - 75 let | 2         | 1,7     | 1,7           | 100,0              |
|       | Total       | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 121 (100 %) je 6 (5 %) respondentů ve věku mezi 19 – 25 lety. V kategorii 26 – 35 let je 14 (11,6 %) respondentů. V kategorii 36 – 45 let je 57 (47,1 %) respondentů. V kategorii 46 – 55 let je 28 (23,1 %) respondentů. V kategorii 56 – 65 let je 14 (11,6 %) respondentů. Kategorii 66 – 75 let uvedli 2 (1,7 %) respondenti.

**Tabulka 39 Dosažené vzdělání respondentů**

|       |                            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | střední zdravotnická škola | 77        | 63,6    | 63,6          | 63,6               |
|       | vyšší zdravotnická škola   | 5         | 4,1     | 4,1           | 67,8               |
|       | vysoká škola               | 11        | 9,1     | 9,1           | 76,9               |
|       | specializace               | 28        | 23,1    | 23,1          | 100,0              |
|       | Total                      | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 respondentů (100 %) má 77 (63,6 %) respondentů středoškolské vzdělání. Vyšší zdravotnickou školu má 5 (4,1 %) respondentů. Vysokou školu má 11 (9,1 %) respondentů a specializaci má 28 (23,1 %) respondentů.

**Tabulka 40 Délka praxe ve zdravotnictví**

|       |               | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | do 5 let      | 4         | 3,3     | 3,3           | 3,3                |
|       | 6 - 10 let    | 11        | 9,1     | 9,1           | 12,4               |
|       | 11 - 20 let   | 35        | 28,9    | 28,9          | 41,3               |
|       | 21 - 30 let   | 29        | 24,0    | 24,0          | 65,3               |
|       | 31 - 40 let   | 32        | 26,4    | 26,4          | 91,7               |
|       | 41 let a více | 10        | 8,3     | 8,3           | 100,0              |
|       | Total         | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 121 (100 %) jsou 4 (3,3 %) respondenti ve zdravotnictví méně než 5 let. 11 (9,1 %) respondentů působí ve zdravotnictví 6 – 10 let. Kategorii 11 – 20 let uvedlo 35 (28,9 %) respondentů. 29 (24 %) respondentů pracuje ve zdravotnictví 21 – 30 let. 31 – 40 let pracuje ve zdravotnictví 32 (26,4 %) respondentů. kategorii 41 let a více uvedlo 10 (8,3 %) respondentů.

**Tabulka 41 Zdravotnické zařízení, ve kterém respondent pracuje**

|       |                                                  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | v ambulanci praktického lékaře pro dospělé       | 23        | 19,0    | 19,0          | 19,0               |
|       | v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost | 15        | 12,4    | 12,4          | 31,4               |
|       | v ambulanci praktického zubního lékaře           | 22        | 18,2    | 18,2          | 49,6               |
|       | v ambulanci praktického ženského lékaře          | 8         | 6,6     | 6,6           | 56,2               |
|       | v agentuře domácí péče                           | 18        | 14,9    | 14,9          | 71,1               |
|       | v ústavu sociální péče                           | 8         | 6,6     | 6,6           | 77,7               |
|       | v domově důchodců                                | 23        | 19,0    | 19,0          | 96,7               |
|       | samostatně pracující sestra                      | 4         | 3,3     | 3,3           | 100,0              |
|       | Total                                            | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů pracuje 23 (19 %) respondentů v ambulanci praktického lékaře pro dospělé. V ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost pracuje 15 (12,4 %) respondentů. V ambulanci praktického zubního lékaře pracuje 22 (18,2 %) respondentů. 8 (6,6 %) respondentů pracuje v ambulanci praktického ženského lékaře. V agentuře domácí péče působí 18 (14,9 %) respondentů. V ústavu sociální péče pracuje 8 (6,6 %) respondentů. 23 (19 %) respondentů pracuje v domově důchodců a 4 (3,3 %) pracují jako samostatně pracující sestra.

**Tabulka 42 Kraj, ze kterého respondenti pocházejí**

|       |                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Jihočeský kraj       | 9         | 7,4     | 7,4           | 7,4                |
|       | Jihomoravský kraj    | 8         | 6,6     | 6,6           | 14,0               |
|       | Karlovarský kraj     | 7         | 5,8     | 5,8           | 19,8               |
|       | Královehradecký kraj | 13        | 10,7    | 10,7          | 30,6               |
|       | Liberecký kraj       | 4         | 3,3     | 3,3           | 33,9               |
|       | Moravskoslezský kraj | 11        | 9,1     | 9,1           | 43,0               |
|       | Olomoucký kraj       | 17        | 14,0    | 14,0          | 57,0               |
|       | Pardubický kraj      | 9         | 7,4     | 7,4           | 64,5               |
|       | Plzeňský kraj        | 8         | 6,6     | 6,6           | 71,1               |
|       | Praha                | 7         | 5,8     | 5,8           | 76,9               |
|       | Středočeský kraj     | 4         | 3,3     | 3,3           | 80,2               |
|       | Ústecký kraj         | 12        | 9,9     | 9,9           | 90,1               |
|       | Vysočina             | 4         | 3,3     | 3,3           | 93,4               |
|       | Zlínský              | 8         | 6,6     | 6,6           | 100,0              |
|       | Total                | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů je 9 (7,4 %) respondentů z Jihočeského kraje. Z Jihomoravského kraje je 8 (6,6 %) respondentů. Z Karlovarského kraje je 7 (5,8 %) respondentů. Z Královehradeckého kraje je 13 (10,7 %) respondentů. Z Libereckého kraje pochází 4 (3,3 %) respondenti. Z Moravskoslezského kraje pochází 11 (9,1 %) respondentů. 17 (14 %) respondentů pochází z Olomouckého kraje. 9 (7,4 %) respondentů uvedlo Pardubický kraj. Plzeňský kraj uvedlo 8 (6,6 %) respondentů. Z Prahy pochází 7 (5,8 %) respondentů. Ze Středočeského kraje pochází 4 (3,3 %) respondenti. 12 (9,9 %) respondentů uvedlo Ústecký kraj. Z vysočiny jsou 4 (3,3 %) respondenti a 8 (6,6 %) respondentů ze Zlínského kraje.

**Tabulka 43 Držitelé osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 98        | 81,0    | 81,0          | 81,0               |
|       | ne    | 23        | 19,0    | 19,0          | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů je 98 (81 %) registrováno. 23 (19 %) respondentů uvedlo, že registrovaní nejsou.

**Tabulka 44 Kdo je komunitní sestra**

|       |                                                | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | sestra, která pracuje u praktického lékaře     | 15        | 12,4    | 12,4          | 12,4               |
|       | sestra, která pracuje v denních stacionářích   | 13        | 10,7    | 10,7          | 23,1               |
|       | sestra, která pracuje v agenturách domácí péče | 35        | 28,9    | 28,9          | 52,1               |
|       | sestra, která pracuje pouze v nemocnici        | 4         | 3,3     | 3,3           | 55,4               |
|       | sestra, která pečuje o seniory                 | 40        | 33,1    | 33,1          | 88,4               |
|       | sestra, která pečuje o terminálně nemocné      | 5         | 4,1     | 4,1           | 92,6               |
|       | nevím                                          | 9         | 7,4     | 7,4           | 100,0              |
|       | Total                                          | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů si 15 (12,4 %) respondentů myslí, že komunitní sestra je sestra, která pracuje u praktického lékaře. 13 (10,7 %) respondentů se domnívá, že je to sestra, která pracuje v denních stacionářích. 35 (28,9 %) respondentů uvedlo, že je to sestra pracující v agenturách domácí péče. 4 (3,3 %) respondenti uvedli sestru pracující v nemocnici. 40 (33,1 %) respondentů se domnívá, že komunitní sestra pečuje o komunitu seniorů. 5 (4,1 %) respondentů uvedlo sestru pečující o umírající a terminálně nemocné a 9 (7,4 %) respondentů neví, co si má pod pojmem komunitní sestra představit.

**Tabulka 45 Náplň komunitní sestry**

|       |                                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | udržovat zdraví                          | 10        | 8,3     | 8,3           | 8,3                |
|       | podporovat zdraví                        | 10        | 8,3     | 8,3           | 16,5               |
|       | prevence onemocnění                      | 16        | 13,2    | 13,2          | 29,8               |
|       | vychovávat ke zdraví                     | 12        | 9,9     | 9,9           | 39,7               |
|       | zvyšovat zodpovědnost za své zdraví      | 18        | 14,9    | 14,9          | 54,5               |
|       | pečovat o člověka v domácím prostředí    | 38        | 31,4    | 31,4          | 86,0               |
|       | pečovat o staré a dlouhodobě nemocné     | 7         | 5,8     | 5,8           | 91,7               |
|       | vyhledávat rizikové skupiny obyvatelstva | 9         | 7,4     | 7,4           | 99,2               |
|       | jiné                                     | 1         | 0,8     | 0,8           | 100,0              |
|       | Total                                    | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 10 (8,3 %) respondentů domnívá, že náplň komunitní sestry je především udržování zdraví. 10 (8,3 %) respondentů uvedlo podporování zdraví, 16 (13,2 %) respondentů uvedlo prevenci onemocnění. Výchovu ke zdraví uvedlo 12 (9,9 %) respondentů, zvyšování odpovědnosti za své zdraví uvedlo 18 (14,9 %) respondentů. 38 (31,4 %) respondentů se domnívá, že náplň komunitní sestry je pečování o člověka v jeho domácím prostředí. 7 (5,8 %) respondentů uvedlo péči o staré a dlouhodobě nemocné. Vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva uvedlo 9 (7,4 %) respondentů a 1 (0,8 %) respondent si nedovedl představit, co je náplň komunitní sestry.

**Tabulka 46 Zájem o práci komunitní sestry**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 45        | 37,2    | 37,2          | 37,2               |
|       | ne    | 76        | 62,8    | 62,8          | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů by 45 (37,2 %) respondentů mělo zájem pracovat jako komunitní sestra. Naopak 76 (62,8 %) respondentů by nechtělo pracovat jako komunitní sestra.

**Tabulka 47 Důvod zájmu pracovat jako komunitní sestra**

|       |                                               | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | samostatnost                                  | 11        | 24,4    | 24,4          | 24,4               |
|       | více zodpovědnosti                            | 14        | 31,1    | 31,1          | 55,6               |
|       | dávat lásku nemocným lidem                    | 2         | 4,4     | 4,4           | 60,0               |
|       | poskytování péče klientům v domácím prostředí | 6         | 13,3    | 13,3          | 73,3               |
|       | nová zkušenost                                | 2         | 4,4     | 4,4           | 77,8               |
|       | rozmanitost                                   | 1         | 2,2     | 2,2           | 80,0               |
|       | kontakt s lidmi                               | 2         | 4,4     | 4,4           | 84,4               |
|       | kreativní práce                               | 1         | 2,2     | 2,2           | 86,7               |
|       | pomáhat druhým lidem                          | 3         | 6,7     | 6,7           | 93,3               |
|       | udržování soběstačnosti seniorů               | 3         | 6,7     | 6,7           | 100,0              |
|       | Total                                         | 45        | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů 11 (24,4 %) respondentů by mělo zájem pracovat jako komunitní sestra z důvodu samostatnosti. 14 (31,3 %) respondentů uvedlo, že by měli zájem pracovat jako komunitní sestra z důvodu větší zodpovědnosti. Jako důvod dávat lásku lidem uvedli 2 (4,4 %) respondenti. 6 (13,3 %) respondentů uvedlo poskytování péče klientům v jejich domácím prostředí, 2 (4,4 %) respondenti uvedli, že by je lákala nová zkušenost. 1 (2,2 %) respondent uvedl, že by tato práce mohla být rozmanitá. 2 (4,4 %) respondenti mají rádi kontakt s lidmi. 1 (2,2 %) respondent uvedl, že je tato práce kreativní. 3 (6,7 %) respondenti uvedli, že rádi pomáhají druhým lidem a udržují soběstačnost seniorů.

**Tabulka 48 Oblast zájmu práce komunitní sestry**

|       |                           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | péče o děti               | 30        | 66,7    | 66,7          | 66,7               |
|       | péče o seniory            | 9         | 20,0    | 20,0          | 86,7               |
|       | agentura domácí péče      | 2         | 4,4     | 4,4           | 91,1               |
|       | péče o mentálně postižené | 1         | 2,2     | 2,2           | 93,3               |
|       | péče o terminálně nemocné | 2         | 4,4     | 4,4           | 97,8               |
|       | péče o rodinu             | 1         | 2,2     | 2,2           | 100,0              |
|       | Total                     | 45        | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 45 (100 %) respondentů by 30 (66,7 %) rádo pracovalo s komunitou dětí. S komunitou seniorů by rádo pracovalo 9 (20 %) respondentů. 2 (4,4 %) respondenti uvedli, že by chtěli pracovat v agentuře domácí péče, a 2 (4,4 %) respondenti by chtěli pečovat o terminálně nemocné. 1 (2,2 %) respondent by chtěl pracovat s mentálně postiženými a 1 (2,2 %) respondent by rád pečoval o rodinu.

**Tabulka 49 Důvod nezájmu pracovat jako komunitní sestra**

|       |                                    | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | nechci se učit něčemu jinému       | 11        | 14,5    | 14,5          | 14,5               |
|       | více zodpovědnosti                 | 15        | 19,7    | 19,7          | 34,2               |
|       | velká psychická zátěž              | 2         | 2,6     | 2,6           | 36,8               |
|       | špatné finanční ohodnocení         | 7         | 9,2     | 9,2           | 46,1               |
|       | nedostatek času                    | 3         | 3,9     | 3,9           | 50,0               |
|       | nezájem lidí                       | 5         | 6,6     | 6,6           | 56,6               |
|       | jdu do důchodu                     | 2         | 2,6     | 2,6           | 59,2               |
|       | mám ráda práci na akutním oddělení | 1         | 1,3     | 1,3           | 60,5               |
|       | nemám dostatečné vzdělání          | 11        | 14,5    | 14,5          | 75,0               |
|       | raději pracuji v týmu              | 4         | 5,3     | 5,3           | 80,3               |
|       | mám ráda svoji práci               | 15        | 19,7    | 19,7          | 100,0              |
|       | Total                              | 76        | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 76 (100 %) respondentů se nechce učit něčemu novému 11 (14,5 %) respondentů. 15 (19,7 %) respondentů uvedlo, že by tuto činnost nechtěli vykonávat z důvodu velké zodpovědnosti. 2 (2,6 %) respondenti uvedli jako důvod velkou psychickou zátěž, špatné finanční ohodnocení uvedlo 7 (9,2 %) respondentů, nedostatek času uvedli 3 (3,9 %) respondenti. Na nezájem lidí poukázalo 5 (6,6 %) respondentů. 2 (2,6 %) respondenti uvedli, že jdou za krátký čas do důchodu. 1 (1,3 %) respondentka uvedla, že má ráda práci na akutních odděleních. 11 (14,5 %) respondentů uvedlo, že pro tuto práci nemají dostatečné vzdělání. 4 (5,3 %) respondenti raději pracují v týmu a 15 (19,7 %) respondentů uvedlo, že mají rádi svou práci, a proto by ji nechtěli měnit.

**Tabulka 50 Zájem laické veřejnosti o působení komunitní sestry**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 33        | 27,3    | 27,3          | 27,3               |
|       | ne    | 77        | 63,6    | 63,6          | 90,9               |
|       | nevím | 11        | 9,1     | 9,1           | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 33 (27,3 %) respondentů domnívá, že by laická veřejnost měla zájem o to, aby v ČR působila komunitní sestra. 77 (63, 6 %) respondentů si myslí, že by laická veřejnost neměla zájem o působení komunitní sestry, a 11 (9,1 %) respondentů uvedlo možnost „nevím“.

**Tabulka 51 Předpokládané vzdělání komunitní sestry**

|       |                            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | střední zdravotnická škola | 31        | 25,6    | 25,6          | 25,6               |
|       | vyšší zdravotnická škola   | 5         | 4,1     | 4,1           | 29,8               |
|       | vysoká škola               | 48        | 39,7    | 39,7          | 69,4               |
|       | specializace               | 36        | 29,8    | 29,8          | 99,2               |
|       | jiné                       | 1         | 0,8     | 0,8           | 100,0              |
|       | Total                      | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 31 (25, 6 %) respondentů domnívá, že by komunitní sestra měla mít středoškolské vzdělání. Vyšší zdravotnickou školu uvedlo 5 (4,1 %) respondentů. Vysokou školu uvedlo 48 (39, 7 %) respondentů. Specializaci by měla mít komunitní sestra podle 36 (29, 8 %) respondentů. 1(0,8 %) respondent uvedl možnost „jiné“, kde uvedl, že by se komunitní sestra měla vzdělávat celoživotně.

**Tabulka 52 Potřeba péče komunitních sester pečujících o dětskou komunitu**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 90        | 74,4    | 74,4          | 74,4               |
|       | ne    | 9         | 7,4     | 7,4           | 81,8               |
|       | nevím | 22        | 18,2    | 18,2          | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 90 (74,4 %) respondentů domnívá, že by byla potřeba péče komunitní sestry, která by pečovala o dětskou komunitu. 9 (7,4 %) respondentů si myslí, že by nebyla potřeba práce komunitní sestry starající se o dětskou komunitu, a 22 (18,2 %) respondentů uvedlo možnost „nevím“.

**Tabulka 53 Činnosti komunitní sestry pečující o komunitu dětí**

|       |                                        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | pečovat o nemocné děti                 | 19        | 15,7    | 15,7          | 15,7               |
|       | pečovat o novorozence                  | 25        | 20,7    | 20,7          | 36,4               |
|       | pečovat o kojence                      | 25        | 20,7    | 20,7          | 57,0               |
|       | aplikovat injekce                      | 21        | 17,4    | 17,4          | 74,4               |
|       | provádět očkování                      | 16        | 13,2    | 13,2          | 87,6               |
|       | provádět odběry biologického materiálu | 15        | 12,4    | 12,4          | 100,0              |
|       | Total                                  | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 19 (15,7 %) respondentů domnívá, že by komunitní sestra pečující o komunitu respondentů měla pečovat o nemocné děti. Pečování o novorozence uvedlo 25 (20,7 %) respondentů, péči o kojence 25 (20,7 %) respondentů. 21 (17,4 %) respondentů uvedlo, že by měla aplikovat injekce. Provádět očkování uvedlo 16 (13,2 %) respondentů a 15 (12,4 %) respondentů uvedlo, že by měla provádět odběry biologického materiálu.

**Tabulka 54 Nejčastější zdravotní problémy dětí předškolního věku**

|       |                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | respirační infekce   | 5         | 4,1     | 4,1           | 4,1                |
|       | angíny               | 7         | 5,8     | 5,8           | 9,9                |
|       | alergická onemocnění | 43        | 35,5    | 35,5          | 45,5               |
|       | úrazy                | 30        | 24,8    | 24,8          | 70,2               |
|       | otravy               | 21        | 17,4    | 17,4          | 87,6               |
|       | nadváha              | 15        | 12,4    | 12,4          | 100,0              |
|       | Total                | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 121 (100 %) se 5 (4,1 %) respondentů domnívá, že nejčastějším zdravotním problémem dětí předškolního věku jsou respirační infekce. Angíny uvedlo 7 (5,8 %) respondentů, alergická onemocnění 43 (35,5 %) respondentů, 30 (24,8 %) respondentů uvedlo úrazy. 21 (17,4 %) respondentů uvedlo, že nejčastějším problémem jsou otravy a nadváhu uvedlo 15 (12,4 %) respondentů.

**Tabulka 55 Nejčastější zdravotní problémy dětí školního věku**

|       |         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | úrazy   | 22        | 18,2    | 18,2          | 18,2               |
|       | angíny  | 29        | 24,0    | 24,0          | 42,1               |
|       | otravy  | 19        | 15,7    | 15,7          | 57,9               |
|       | nadváhu | 19        | 15,7    | 15,7          | 73,6               |
|       | obezitu | 32        | 26,4    | 26,4          | 100,0              |
|       | Total   | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 22 (18,2 %) respondentů domnívá, že nejčastějším zdravotním problémem u dětí školního věku jsou především úrazy. 29 (24 %) respondentů uvedlo angíny, otravy uvedlo 19 (15,7 %) respondentů. 19 (15,7 %) respondentů uvedlo nadváhu a obezitu 32 (26,4 %) respondentů.

**Tabulka 56 Potřeba péče komunitních sester o komunitu pracujících**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 44        | 36,3    | 36,3          | 36,3               |
|       | ne    | 56        | 46,3    | 46,3          | 82,6               |
|       | nevím | 21        | 17,4    | 17,4          | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 44 (36,3 %) respondentů domnívá, že by byla potřeba práce komunitní sestry, která by pečovala o komunitu pracujících. 56 (46,3 %) respondentů se domnívá, že by tato péče potřebná nebyla, a 21 (17,4 %) neví, zda by byla potřebná péče komunitních sester, které by pečovaly o pracující.

**Tabulka 57 Nejčastější zdravotní problémy komunity pracujících**

|       |                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | úrazy                | 66        | 54,5    | 54,5          | 54,5               |
|       | obezita              | 15        | 12,4    | 12,4          | 66,9               |
|       | vadné držení těla    | 12        | 9,9     | 9,9           | 76,9               |
|       | respirační infekce   | 2         | 1,7     | 1,7           | 78,5               |
|       | stres                | 6         | 5,0     | 5,0           | 83,5               |
|       | vertebrogenní potíže | 20        | 16,5    | 16,5          | 100,0              |
|       | Total                | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 66 (54,5 %) respondentů domnívá, že nejčastějším zdravotním problémem pracujících jsou úrazy. Obezitu zvolilo 15 (12,4 %) respondentů, vadné držení těla 12 (9,9 %) respondentů, respirační infekce 2 (1,7 %) respondentů, stres 6 (5 %) respondentů a vertebrogenní potíže zvolilo 20 (16,5 %) respondentů.

**Tabulka 58 Činnosti komunitní sestry pečující o komunitu pracujících**

|       |                                                        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | pomocí různých mechanismů se snaží omezit vzniku úrazu | 18        | 14,9    | 14,9          | 14,9               |
|       | mapovat zdravotní stav pracujících                     | 16        | 13,2    | 13,2          | 28,1               |
|       | zaměřovat se na prevenci                               | 28        | 23,1    | 23,1          | 51,2               |
|       | vytvářet preventivní programy                          | 20        | 16,5    | 16,5          | 67,8               |
|       | nacvičovat se zaměstnanci první pomoc                  | 31        | 25,6    | 25,6          | 93,4               |
|       | podávat léky                                           | 8         | 6,6     | 6,6           | 100,0              |
|       | Total                                                  | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 18 (14,9 %) respondentů domnívá, že by se komunitní sestra pečující o pracující měla snažit pomocí různých mechanismů omezit vznik úrazu. 16 (13,2 %) respondentů si myslí, že by měla mapovat zdravotní stav pracujících. Zaměřovat se na prevenci zvolilo 28 (23,1 %) respondentů. 20 (16,5 %) respondentů předpokládá, že by měla vytvářet preventivní programy. 31 (25,6 %) respondentů uvedlo, že by měla se zaměstnanci nacvičovat první pomoc, a 8 (6,6 %) respondentů uvedlo, že by komunitní sestra měla pracujícím podávat léky.

**Tabulka 59 Potřeba péče komunitních sester v oblasti domácí péče**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 99        | 81,8    | 81,8          | 81,8               |
|       | ne    | 17        | 14,0    | 14,0          | 95,9               |
|       | nevím | 5         | 4,1     | 4,1           | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu respondentů 121 (100 %) by 99 (81,8 %) respondentů uvítalo komunitní sestru, která by pečovala o klienty v oblasti domácí péče. 17 (14 %) respondentů by nechtělo komunitní sestru a 5 (4,1 %) respondentů neví, zda by takovou sestru chtěli.

**Tabulka 60 Činnosti komunitní sestry pečující o klienty v oblasti domácí péče**

|       |                                                     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | podporovat zdraví                                   | 25        | 20,7    | 20,7          | 20,7               |
|       | navracet zdraví                                     | 12        | 9,9     | 9,9           | 30,6               |
|       | poučovat jedince v oblasti zdravého životního stylu | 25        | 20,7    | 20,7          | 51,2               |
|       | předcházet možným komplikacím                       | 16        | 13,2    | 13,2          | 64,5               |
|       | zvyšovat odpovědnost jedince za své zdraví          | 5         | 4,1     | 4,1           | 68,6               |
|       | aplikovat léky                                      | 30        | 24,8    | 24,8          | 93,4               |
|       | provádět hygienu jedince                            | 8         | 6,6     | 6,6           | 100,0              |
|       | Total                                               | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 25 (20,7 %) respondentů domnívá, že by komunitní sestra, která by pečovala o klienty v oblasti domácí péče, měla podporovat zdraví a poučovat jedince v oblasti zdravého životního stylu. 12 (9,9 %) respondentů by chtělo, aby komunitní sestra navracela zdraví. 16 (13,2 %) respondentů uvedlo předcházení možných komplikací. Zvyšování odpovědnosti za své zdraví uvedlo 5 (4,1 %) respondentů. 30 (24,8 %) respondentů uvedlo, že by měla aplikovat léky, a 8 (6,6 %) respondentů uvedlo provádění hygieny.

**Tabulka 61 Potřeba péče komunitních sester o komunitu seniorů**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 104       | 86,0    | 86,0          | 86,0               |
|       | ne    | 14        | 11,6    | 11,6          | 97,5               |
|       | nevím | 3         | 2,5     | 2,5           | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 104 (86 %) respondentů domnívá, že by byla potřeba práce komunitní sestry, která by pečovala o komunitu seniorů. 14 (11,6 %) respondentů uvedlo, že by taková činnost nebyla potřeba, a 3 (2,5 %) respondenti neví, zda by tato péče byla potřebná.

**Tabulka 62 Činnosti komunitní sestry pečující o komunitu seniorů**

|       |                                             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | sledovat zdravotní situaci seniorů          | 16        | 13,2    | 13,2          | 13,2               |
|       | sledovat sociální situaci seniorů           | 29        | 24,0    | 24,0          | 37,2               |
|       | sledovat zdravotní rizika                   | 23        | 19,0    | 19,0          | 56,2               |
|       | snažit se o zachování soběstačnosti seniorů | 8         | 6,6     | 6,6           | 62,8               |
|       | provádět hygienu                            | 29        | 24,0    | 24,0          | 86,8               |
|       | aplikovat injekce                           | 6         | 5,0     | 5,0           | 91,7               |
|       | podávat léky                                | 10        | 8,3     | 8,3           | 100,0              |
|       | Total                                       | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů si 16 (13,2 %) respondentů myslí, že by komunitní sestra pečující o komunitu seniorů měla sledovat zdravotní situaci seniorů. 29 (24 %) respondentů uvedlo, že by měla sledovat sociální situaci seniora a provádět hygienu. Sledování zdravotních rizik uvedlo 23 (19 %) respondentů. 8 (6,6 %) respondentů by chtělo, aby se komunitní sestra snažila o zachování soběstačnosti seniorů. 6 (5 %) respondentů uvedlo aplikaci injekcí a 10 (8,3 %) respondentů uvedlo podávání léků.

**Tabulka 63 Nejčastější zdravotní problémy seniorů**

|       |                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | sluchové vady        | 5         | 4,1     | 4,1           | 4,1                |
|       | oční vady            | 6         | 5,0     | 5,0           | 9,1                |
|       | poruchy řeči         | 10        | 8,3     | 8,3           | 17,4               |
|       | snížení svalové síly | 30        | 24,8    | 24,8          | 42,1               |
|       | úrazy                | 22        | 18,2    | 18,2          | 60,3               |
|       | inkontinence         | 36        | 29,8    | 29,8          | 90,1               |
|       | otravy               | 8         | 6,6     | 6,6           | 96,7               |
|       | jiné                 | 4         | 3,3     | 3,3           | 100,0              |
|       | Total                | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 5 (4,1 %) respondentů domnívá, že nejčastějším zdravotním problémem u seniorů jsou sluchové vady. Oční vady uvedlo 6 (5 %) respondentů, poruchy řeči 10 (8,3 %) respondentů, snížení svalové síly 30 (24,8 %) respondentů. 22 (18,2 %) respondentů uvedlo, že nejčastějším zdravotním problémem u seniorů jsou úrazy, inkontinence uvedlo 36 (29,8 %) respondentů, otravy 8 (6,6 %) respondentů a 4 (3,3 %) respondenti uvedli, že nejčastějším zdravotním problémem u seniorů jsou kardiovaskulární potíže, onemocnění plic a cévní mozkové příhody.

**Tabulka 64 Potřeba péče komunitních sester/ porodních asistentek  
o komunitu žen**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 70        | 57,9    | 57,9          | 57,9               |
|       | ne    | 34        | 28,1    | 28,1          | 86,0               |
|       | nevím | 17        | 14,0    | 14,0          | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 70 (57,9 %) respondentů domnívá, že by byla potřeba komunitní sestry/porodní asistentky, která by pečovala o komunitu žen. 34 (28,1 %) respondentů uvedlo, že by nebyla potřebná práce těchto sester, a 17 (14 %) respondentů uvedlo možnost „nevím“.

**Tabulka 65 Činnosti komunitní sestry/porodní asistentky pečující o komunitu žen**

|       |                                                             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------------------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | sledovat dodržování preventivních gynekologických prohlídek | 37        | 30,6    | 30,6          | 30,6               |
|       | vychovávat ke kojení                                        | 10        | 8,3     | 8,3           | 38,8               |
|       | podporovat nekuřáctví                                       | 8         | 6,6     | 6,6           | 45,5               |
|       | pečovat o ženy v klimakteriu                                | 5         | 4,1     | 4,1           | 49,6               |
|       | vychovávat k plánovanému rodičovství                        | 23        | 19,0    | 19,0          | 68,6               |
|       | pečovat o ženy během těhotenství                            | 38        | 31,4    | 31,4          | 100,0              |
|       | Total                                                       | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 37 (30,6 %) respondentů domnívá, že komunitní sestra/porodní asistentka pečující o komunitu žen by měly sledovat dodržování preventivních gynekologických prohlídek. Výchovu ke kojení zvolilo 10 (8,3 %) respondentů, podporu nekuřáctví 8 (6,6 %) respondentů, péči o ženu v klimakteriu zvolilo 5 (4,1 %) respondentů. 23 (19 %) respondentů zvolilo výchovu k plánovanému rodičovství a 38 (31,4 %) respondentů péči o ženy během těhotenství.

**Tabulka 66 Nejčastější zdravotní problémy komunity žen**

|       |                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | karcinom prsu            | 27        | 22,3    | 22,3          | 22,3               |
|       | karcinom děložního čípku | 43        | 35,5    | 35,5          | 57,9               |
|       | samovolné potraty        | 23        | 19,0    | 19,0          | 76,9               |
|       | alkoholismus             | 5         | 4,1     | 4,1           | 81,0               |
|       | poruchy příjmu potravy   | 6         | 5,0     | 5,0           | 86,0               |
|       | varixy                   | 7         | 5,8     | 5,8           | 91,7               |
|       | infekce močových cest    | 10        | 8,3     | 8,3           | 100,0              |
|       | Total                    | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů předpokládá 27 (22,3 %) respondentů, že nejčastějším zdravotním problémem u žen je karcinom prsu. 43 (35,5 %) respondentů předpokládá, že nejčastějším zdravotním problémem je karcinom děložního čípku. Samovolné potraty uvedlo 23 (19 %) respondentů, alkoholismus 5 (4,1 %) respondentů, poruchy příjmu potravy 6 (5 %) respondentů, varixy 7 (5,8 %) respondentů a infekce močových cest uvedlo 10 (8,3 %) respondentů.

**Tabulka 67 Potřeba péče komunitních sester o komunitu psychicky nemocných**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 73        | 60,3    | 60,3          | 60,3               |
|       | ne    | 42        | 34,7    | 34,7          | 95,0               |
|       | nevím | 6         | 5,0     | 5,0           | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů uvedlo 73 (60,3 %) respondentů, že by byla potřebná práce komunitních sester, které by pečovaly o komunitu psychicky nemocných. 42 (34,7 %) respondentů uvedlo, že by nebyla tato práce potřebná, a 6 (5 %) respondentů zvolilo možnost „nevím“.

**Tabulka 68 Potřeba péče komunitních sester o terminálně nemocné**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 94        | 77,7    | 77,7          | 77,7               |
|       | ne    | 17        | 14,0    | 14,0          | 91,7               |
|       | nevím | 10        | 8,3     | 8,3           | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 94 (77,7 %) respondentů domnívá, že by byla potřebná práce komunitních sester, které by pečovaly terminálně nemocné. 17 (14 %) respondentů předpokládá, že by tato péče potřebná nebyla, a 10 (8,3 %) respondentů neví, zda by tato péče byla potřebná.

**Tabulka 69 Činnosti komunitní sestry pečující o komunitu terminálně nemocných**

|       |                                        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | pečovat o výživu                       | 18        | 14,9    | 14,9          | 14,9               |
|       | aplikovat injekce                      | 10        | 8,3     | 8,3           | 23,1               |
|       | provádět hygienu                       | 12        | 9,9     | 9,9           | 33,1               |
|       | spolupracovat s rodinou                | 15        | 12,4    | 12,4          | 45,5               |
|       | podávat léky                           | 15        | 12,4    | 12,4          | 57,9               |
|       | prevence proleženin                    | 42        | 34,7    | 34,7          | 92,6               |
|       | provádět odběry biologického materiálu | 9         | 7,4     | 7,4           | 100,0              |
|       | Total                                  | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 18 (14,9 %) respondentů domnívá, že by činností komunitní sestry v péči o umírající a terminálně nemocné měla být péče o výživu. 10 (8,3 %) respondentů uvedlo aplikaci injekcí, 12 (9,9 %) provádění hygieny, 15 (12,4 %) spolupráce s rodinou a podávání léků. 42 (34,7 %) respondentů uvedlo, že by se měla provádět prevence proleženin, a 9 (7,4 %) respondentů uvedlo provádění biologického materiálu.

**Tabulka 70 Výhody práce komunitních sester**

|       |                                                                     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | zlepšení kvality ošetrovatelské péče                                | 26        | 21,5    | 21,5          | 21,5               |
|       | lepší dostupnost ošetrovatelské péče                                | 19        | 15,7    | 15,7          | 37,2               |
|       | může posoudit sociální prostředí klienta                            | 8         | 6,6     | 6,6           | 43,8               |
|       | naváže důvěrnější vztah s klientem                                  | 12        | 9,9     | 9,9           | 53,7               |
|       | snadnější zhodnocení socioekonomické situace klienta                | 5         | 4,1     | 4,1           | 57,9               |
|       | snadnější posouzení bio-psycho-sociálního stavu klienta             | 12        | 9,9     | 9,9           | 67,8               |
|       | má možnost více se věnovat svým klientům                            | 17        | 14,0    | 14,0          | 81,8               |
|       | možnost poskytovat ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta | 22        | 18,2    | 18,2          | 100,0              |
|       | Total                                                               | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 26 (21,5 %) respondentů domnívá, že výhoda práce komunitní sestry spočívá ve zlepšení kvality ošetrovatelské péče. 19 (15,7 %) respondentů uvedlo lepší dostupnost ošetrovatelské péče, 8 (6,6 %) posouzení sociálního prostředí klienta, 12 (9,9 %) navázání důvěrnějšího vztahu s klientem a posouzení bio-psycho-sociálního stavu klienta. 5 (4,1 %) považuje za výhodu lepší zhodnocení socioekonomické situace, 17 (14 %) možnosti se více věnovat svým klientům a 22 (18,2 %) možnost poskytovat ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta.

**Tabulka 71 Nevýhody práce komunitních sester**

|       |                                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | nedostatek těchto sester                 | 18        | 14,9    | 14,9          | 14,9               |
|       | nedostatečné vzdělání sester             | 17        | 14,0    | 14,0          | 28,9               |
|       | špatné finanční ohodnocení těchto sester | 41        | 33,9    | 33,9          | 62,8               |
|       | nejasnosti ve financování                | 18        | 14,9    | 14,9          | 77,7               |
|       | nedůvěra odborné veřejnosti              | 6         | 5,0     | 5,0           | 82,6               |
|       | nedůvěra laické veřejnosti               | 15        | 12,4    | 12,4          | 95,0               |
|       | neochota ke změnám                       | 6         | 5,0     | 5,0           | 100,0              |
|       | Total                                    | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 18 (14,9 %) respondentů domnívá, že nevýhodou v činnosti komunitní sestry je nedostatek těchto sester. 17 (14 %) respondentů uvedlo, že jsou sestry nedostatečně vzdělané, 41 (33,9 %) špatné finanční ohodnocení. 18 (14,9 %) respondentů usuzuje, že nevýhodou jsou nejasnosti ve financování, 6 (5 %) nedůvěra odborné veřejnosti, 15 (12,4 %) nedůvěra laické veřejnosti a 6 (5 %) respondentů vidí nevýhody v neochotě ke změnám.

**Tabulka 72 Řízení činnosti komunitních sester**

|       |                                            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | stát                                       | 17        | 14,0    | 14,0          | 14,0               |
|       | kraj                                       | 17        | 14,0    | 14,0          | 28,1               |
|       | město                                      | 19        | 15,7    | 15,7          | 43,8               |
|       | spadaly by pod ordinace praktických lékařů | 35        | 28,9    | 28,9          | 72,7               |
|       | byly by řízeny privátně                    | 33        | 27,3    | 27,3          | 100,0              |
|       | Total                                      | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 17 (14 %) respondentů domnívá, že by činnost komunitních sester měl řídit stát. Stejný počet respondentů si myslí, že by činnost komunitních sester měl řídit kraj. Město uvedlo 19 (15,7 %) respondentů. 35 (28,9 %) respondentů usuzuje, že by tyto sestry měly spadat pod ordinace praktických lékařů a 33 (27,3 %) respondentů si myslí, že by tyto sestry měly být řízeny privátně.

**Tabulka 73 Působení komunitní sestry**

|       |                             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ordinace praktických lékařů | 25        | 20,7    | 20,7          | 20,7               |
|       | agentury domácí péče        | 50        | 41,3    | 41,3          | 62,0               |
|       | denní stacionáře            | 22        | 18,2    | 18,2          | 80,2               |
|       | ve školách                  | 5         | 4,1     | 4,1           | 84,3               |
|       | v nemocnicích               | 7         | 5,8     | 5,8           | 90,1               |
|       | nevím                       | 12        | 9,9     | 9,9           | 100,0              |
|       | Total                       | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 25 (20,7 %) respondentů domnívá, že by komunitní sestry měly působit v ordinacích praktického lékaře, 50 (41,3 %) respondentů uvádí, že by měly působit v agenturách domácí péče. 22 (18,2 %) respondentů usuzuje, že by měly působit v denních stacionářích, 5 (4,1 %) respondentů se domnívá, že by měly působit ve školách, 7 (5,8 %) respondentů uvedlo nemocnice a 12 (9,9 %) respondentů neví, kde by komunitní sestry měly působit.

**Tabulka 74 Podmínky práce komunitních sester**

|       |                                       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|---------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | mají odpovídající vzdělání            | 40        | 33,1    | 33,1          | 33,1               |
|       | spolupracují s lékaři                 | 18        | 14,9    | 14,9          | 47,9               |
|       | mají předchozí praxi u lůžka          | 36        | 29,8    | 29,8          | 77,7               |
|       | mají vymezený rozsah činností         | 21        | 17,4    | 17,4          | 95,0               |
|       | spolupracovaly by s dalšími odborníky | 6         | 5,0     | 5,0           | 100,0              |
|       | Total                                 | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 40 (33,1 %) respondentů domnívá, že by podmínkou pro práci komunitní sestry mělo být odpovídající vzdělání. Že by komunitní sestry měly spolupracovat s lékaři, si myslí 18 (14,9 %) respondentů. 36 (29,8 %) respondentů uvedlo, že by měly mít předchozí praxi u lůžka, 21 (17,4 %) respondentů uvedlo, že by měly mít vymezený rozsah činností, a 6 (5 %) respondentů uvedlo, že by komunitní sestry měly spolupracovat s dalšími odborníky.

**Tabulka 75 Zavedení činnosti komunitních sester ČR**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 95        | 78,5    | 78,5          | 78,5               |
|       | ne    | 20        | 16,5    | 16,5          | 95,0               |
|       | nevím | 6         | 5,0     | 5,0           | 100,0              |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů si 95 (78,5 %) respondentů přeje, aby v ČR byla zavedena péče komunitních sester. 20 (16,5 %) respondentů uvedlo, že by v ČR komunitní sestru nechtělo, a 6 (5 %) respondentů neví, zda by v ČR chtěli komunitní sestry.

**Tabulka 76 Informace o komunitních sestrách**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | ano   | 93        | 76,9    | 76,9          | 76,9               |
|       | ne    | 27        | 22,3    | 22,3          | 99,2               |
|       | nevím | 1         | 0,8     | 0,8           | 100,0              |
|       | Total | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů si 93 (76,9 %) respondentů přeje více informací o komunitních sestrách. 27 (22,3 %) respondentů by nechtělo více informací o komunitních sestrách a 1 (0,8 %) neví, zda by chtěl více informací o komunitních sestrách.

**Tabulka 77 Poskytování péče komunitní sestry v oblasti domácí péče**

|       |                                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | péče o staré a dlouhodobě nemocné | 58        | 47,9    | 47,9          | 47,9               |
|       | péče o onkologicky nemocné        | 33        | 27,3    | 27,3          | 75,2               |
|       | péče o psychiatricky nemocné      | 24        | 19,8    | 19,8          | 95,0               |
|       | nevím                             | 6         | 5,0     | 5,0           | 100,0              |
|       | Total                             | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 58 (49,9 %) respondentů domnívá, že by komunitní sestra měla pečovat o staré a dlouhodobě nemocné. 33 (27,3 %) respondentů uvedlo, že by se měla starat o onkologicky nemocné, 24 (19,8 %) respondentů uvedlo péči o psychicky nemocné a 6 (5 %) respondentů neví, jakou péči by měla poskytovat komunitní sestra.

**Tabulka 78 Indikace domácí péči**

|       |                                         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------------------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | komunitní sestra                        | 4         | 3,3     | 3,3           | 3,3                |
|       | sociální pracovník                      | 11        | 9,1     | 9,1           | 12,4               |
|       | sestra pracující v agentuře domácí péče | 37        | 30,6    | 30,6          | 43,0               |
|       | praktický lékař                         | 49        | 40,5    | 40,5          | 83,5               |
|       | lékař pracující v nemocnici             | 20        | 16,5    | 16,5          | 100,0              |
|       | Total                                   | 121       | 100,0   | 100,0         |                    |

Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů se 4 (3,3 %) respondenti domnívají, že domácí péči indikuje komunitní sestra. 11 (9,1 %) respondentů uvedlo, že domácí péči indikuje sociální pracovník, 37 (30,6 %) respondentů uvedlo sestry, které pracují v agentuře domácí péče. Praktického lékaře uvedlo 49 (40,5 %) respondentů a 20 (16,5 %) respondentů usuzuje, že domácí péči indikuje lékař, který pracuje v nemocnici.

#### ***4.3 Data pro zjištění vzájemné nezávislosti dvou proměnných v dotazníkovém šetření***

**Tabulka 79 k hypotéze – zájem laické veřejnosti o působení sester v oblasti komunitní péče**

|                                           | ANO    | NE     | NEVÍM  | CELKEM  |
|-------------------------------------------|--------|--------|--------|---------|
| Dětská komunita                           | 55,60% | 13,70% | 30,70% | 100%    |
| Komunita pracujících                      | 44,40% | 17,60% | 37,90% | 100%    |
| domácí péče                               | 72,60% | 9,80%  | 17,60% | 100,00% |
| Komunita seniorů                          | 85,00% | 3,90%  | 11,10% | 100,00% |
| Komunita žen                              | 62,10% | 10,40% | 27,50% | 100,00% |
| Komunita psychicky nemocných              | 49,00% | 28,10% | 22,90% | 100,00% |
| Komunita umírajících/terminálně nemocných | 66,70% | 11,10% | 22,20% | 100,00% |

Pro zjištění zájmu laické veřejnosti o působení komunitní sestry byl proveden procentuální průměr ze všech oblastí komunitní péče, na které jsem se dotazovala. Výsledná hodnota byla 62,2 %, což potvrzuje, že laická veřejnost má zájem o působení komunitní sestry.

**Kontingenční tabulka 1 – zájem pracovat jako komunitní sestra u sester ve věku  
36 – 45 let**

Pro provedení testu nezávislosti těchto proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

H0: Věková kategorie sester 36 – 45 let je nezávislá na zájmu pracovat jako komunitní sestra.

HA: Věková kategorie sester 36 – 45 let je závislá na zájmu pracovat jako komunitní sestra.

**Kategorie věku \* zájem Crosstabulation**

|                |                 |                         | zájem  |        |        |
|----------------|-----------------|-------------------------|--------|--------|--------|
|                |                 |                         | ano    | ne     | Total  |
| kategorie věku | ostatní skupiny | Count                   | 18     | 65     | 83     |
|                |                 | Expected Count          | 30,9   | 52,1   | 83,0   |
|                |                 | % within kategorie věku | 21,7%  | 78,3%  | 100,0% |
|                |                 | % within zájem          | 40,0%  | 85,5%  | 68,6%  |
|                |                 | % of Total              | 14,9%  | 53,7%  | 68,6%  |
|                |                 | Adjusted Residual       | -5,2   | 5,2    |        |
|                | 36-45 let       | Count                   | 27     | 11     | 38     |
|                |                 | Expected Count          | 14,1   | 23,9   | 38,0   |
|                |                 | % within kategorie věku | 71,1%  | 28,9%  | 100,0% |
|                |                 | % within zájem          | 60,0%  | 14,5%  | 31,4%  |
|                |                 | % of Total              | 22,3%  | 9,1%   | 31,4%  |
|                |                 | Adjusted Residual       | 5,2    | -5,2   |        |
|                | Total           | Count                   | 45     | 76     | 121    |
|                |                 | Expected Count          | 45,0   | 76,0   | 121,0  |
|                |                 | % within kategorie věku | 37,2%  | 62,8%  | 100,0% |
|                |                 | % within zájem          | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|                |                 | % of Total              | 37,2%  | 62,8%  | 100,0% |

Tabulka popisuje údaje o věkovém zastoupení sester a jejich zájem pracovat jako komunitní sestra. Z celkového počtu 121 (100 %) respondentů, by 71,1 %

respondentů ve věkové kategorii 36 – 45 let mělo zájem pracovat jako komunitní sestra. Nezáměr projevilo 28,9 % respondentů.

### Chi-Square Tests

|                                    | Value               | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 27,194 <sup>a</sup> | 1  | ,000                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 25,122              | 1  | ,000                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 27,179              | 1  | ,000                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                     |    |                       | ,000                 | ,000                 |
| N of Valid Cases                   | 121                 |    |                       |                      |                      |

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Podle hodnoty signifikace Pearson Chi square testu 0,000 zamítáme na 95% hladině spolehlivosti a 5% významnosti nulovou hypotézu, že věk sester 36 – 45 let je nezávislé na zájmu pracovat jako komunitní sestra. Na základě uvedených hodnot lze tvrdit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé. Hypotéza: Sestry ve věku 36 - 45 mají zájem pracovat jako komunitní sestra. Tato hypotéza byla na základě výsledků potvrzena.

## Kontingenční tabulka 2 – zájem sester o práci komunitní sestry a jejich dosažené vzdělání

Pro provedení testu nezávislosti těchto proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

H0: Nejvyšší dosažené vzdělání je nezávislé na zájmu pracovat jako komunitní sestra.

HA: Nejvyšší dosažené vzdělání je závislé na zájmu pracovat jako komunitní sestra.

### Vzdělání \* zájem Crosstabulation

|          |                            | zájem             |       |        |        |
|----------|----------------------------|-------------------|-------|--------|--------|
|          |                            |                   | ano   | ne     | Total  |
| vzdělání | specializace               | Count             | 13    | 16     | 29     |
|          |                            | % within vzdeleni | 44,8% | 55,2%  | 100,0% |
|          |                            | Adjusted Residual | 1,0   | -1,0   |        |
|          | střední zdravotnická škola | Count             | 26    | 51     | 77     |
|          |                            | % within vzdeleni | 33,8% | 66,2%  | 100,0% |
|          |                            | Adjusted Residual | -1,0  | 1,0    |        |
|          | vyšší zdravotnická škola   | Count             | 0     | 4      | 4      |
|          |                            | % within vzdeleni | ,0%   | 100,0% | 100,0% |
|          |                            | Adjusted Residual | -1,6  | 1,6    |        |
|          | vysoká škola               | Count             | 6     | 5      | 11     |
|          |                            | % within vzdeleni | 54,5% | 45,5%  | 100,0% |
|          |                            | Adjusted Residual | 1,2   | -1,2   |        |
|          | Total                      | Count             | 45    | 76     | 121    |
|          |                            | % within vzdeleni | 37,2% | 62,8%  | 100,0% |

Tabulka uvádí data početního zastoupení respondentů z celkového počtu 121 (100 %) respondentů ohledně dosaženého vzdělání a zájmu práce komunitních sester. Jak tabulka ukazuje, největší zájem o práci komunitních sester mají respondenti se středoškolským vzděláním. Pouze 6 respondentů, kteří mají vysokoškolské vzdělání, mělo zájem o působení komunitních sester v ČR.

### Chi-Square Tests

|                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) |
|--------------------|--------------------|----|-----------------------|
| Pearson Chi-Square | 4,897 <sup>a</sup> | 3  | ,179                  |
| Likelihood Ratio   | 6,182              | 3  | ,103                  |
| N of Valid Cases   | 121                |    |                       |

Podle hodnoty signifikace Pearson Chi square testu 0,179 nezamítáme na 95% hladině spolehlivosti a 5% významnosti nulovou hypotézu, že nejvyšší dosažené vzdělání je nezávislé na zájmu pracovat jako komunitní sestra. Na základě uvedených hodnot lze tvrdit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé. Hypotéza: Zájem sester o práci komunitní sestry závisí na jejich dosaženém vzdělání. Tato hypotéza nebyla na základě výsledků potvrzena.

### Kontingenční tabulka 3 – zájem pracovat v agentuře domácí péče a délka praxe ve zdravotnictví

Pro provedení testu nezávislosti těchto proměnných byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

H0: Délka praxe sester ve zdravotnictví 21 – 30 let je nezávislá na zájmu pracovat v agentuře domácí péče.

HA: Délka praxe sester ve zdravotnictví 21 – 30 let je závislá na zájmu pracovat v agentuře domácí péče.

#### Délka praxe ve zdravotnictví \* agentura Crosstabulation

|                              |           | agentura          |       |       |        |
|------------------------------|-----------|-------------------|-------|-------|--------|
|                              |           |                   | ano   | ne    | Total  |
| Délka praxe ve zdravotnictví | 21-30 let | Count             | 16    | 13    | 29     |
|                              |           | % within věk      | 55,2% | 44,8% | 100,0% |
|                              |           | Adjusted Residual | 1,5   | -1,5  |        |
|                              | ostatní   | Count             | 36    | 55    | 91     |
|                              |           | % within věk      | 39,6% | 60,4% | 100,0% |
|                              |           | Adjusted Residual | -1,5  | 1,5   |        |
|                              | Total     | Count             | 52    | 68    | 120    |
|                              |           | % within věk      | 43,3% | 56,7% | 100,0% |

Tabulka uvádí data početního zastoupení respondentů z celkového počtu 121 (100 %) respondentů ohledně délky praxe ve zdravotnictví a zájmu o působení komunitní sestry v agenturách domácí péče. Pouze 16 respondentů ve věkové kategorii 21 – 30 let uvedlo, že by měli zájem o působení komunitní sestry v agenturách domácí péče. 13 respondentů, ve věkové kategorii 21 – 30 let, tento názor nesdílelo.

### Chi-Square Tests

|                                    | Value              | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square                 | 2,183 <sup>a</sup> | 1  | ,140                  |                      |                      |
| Continuity Correction <sup>b</sup> | 1,593              | 1  | ,207                  |                      |                      |
| Likelihood Ratio                   | 2,168              | 1  | ,141                  |                      |                      |
| Fisher's Exact Test                |                    |    |                       | ,196                 | ,104                 |
| N of Valid Cases                   | 120                |    |                       |                      |                      |

Podle hodnoty signifikace Pearson Chi square testu 0,140 nezamítáme na 95% hladině spolehlivosti a 5% významnosti nulovou hypotézu, že délka praxe sester ve zdravotnictví 21 – 30 let je nezávislá na zájmu pracovat v agentuře domácí péče. Na základě uvedených hodnot lze tvrdit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé. Hypotéza: Sestry pracující ve zdravotnictví 21 - 30 let mají zájem působit jako komunitní sestra v agenturách domácí péče. Hypotéza, nebyla na základě těchto výsledků potvrzena.

#### ***4.4 Interpretace výsledků získaných nestandardizovaným rozhovorem se sestrami***

##### **Respondentka 1 (R1)**

*Sestra pracující v agentuře domácí péče, Horažďovice (Plzeňský kraj), 43 let*

Respondentka R1 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Klatovech. Pracuje jako sestra v agentuře domácí péče, a to 8 let. Než začala pracovat v agentuře domácí péče, pracovala 13 let v nemocnici následné péče jako řadová sestra.

Na otázku, zda je v práci spokojená, odpověděla, že ano, protože ji velice baví práce s lidmi. Ráda si s nimi povídá a pomáhá jim i jejich rodině. Jako důvod nespokojenosti v práci uvedla nízké pracovní ohodnocení a nedostatek času na své klienty. Na jednoho klienta má cca 15 min, které může vykázat pojišťovně, a to je pro ni nedostatečné, protože své klienty nemůže vyslechnout a poradit jim.

Pod pojmem komunitní sestra si představuje sestru, která pracuje v nemocnici, ve stacionářích.

Podle respondenty R1 je komunitní sestra velice důležitá, protože by mohla přispět ke zlepšení spolupráce mezi klientem a lékařem, mezi sestrou a klientem a mezi sestrou a lékařem, ale i mezi ostatními službami jako je například pečovatelská služba nebo sociální pracovník.

Na otázku, jaké má komunitní sestra kompetence, R1 odpověděla, že zajišťuje kontakt s klientem, lékařem a ostatními službami. Dále komunitní sestra provádí prevenci, pečuje o své klienty, edukuje klienty a jejich rodiny a zabraňuje tak dalšímu poškození zdraví klienta.

R1 se domnívá, že komunitní sestra je nejdůležitější v sociální oblasti. Může například dříve signalizovat, že není v rodině něco v pořádku a že se o seniora nepečuje tak jak by mělo. Může odhalit známky psychického nebo fyzického týrání seniora a upozornit na to příslušné instituce.

Na otázku, jaké by měla mít komunitní sestra vzdělání, odpověděla: „Měla by mít středoškolské vzdělání a specializaci v sociální oblasti“.

R1 si myslí, že náplň komunitní sestry spočívá především v podpoře klientova zdraví, edukace klienta ohledně správného životního stylu. Dále by měla komunitní sestra edukovat klienty a jejich rodiny o závažnosti různých onemocnění a vzniku možných komplikací, které by jejich zdraví ještě více zhoršovalo. Pro R1 je nejdůležitější náplní komunitní sestry správná komunikace mezi sestrou, klientem, jeho rodinou a lékařem, popřípadě s jinými organizacemi.

R1 se domnívá, že podmínkou pro vykonávání povolání komunitní sestry je nejdůležitější odpovídající vzdělání a několikaletá praxe v oboru. Další podmínkou je navázání důvěrného a přátelského vztahu mezi klientem a jeho rodinou a spolupráce mezi všemi složkami zdravotnictví (lékař, pečovatelská služba, sociální pracovník).

Ptala jsem se R1, jaké jsou výhody práce komunitní sestry. R1 odpověděla, že komunitní sestra má větší možnost posoudit klienta ve svém domácím prostředí a tím může i lépe posoudit a zajistit potřeby klienta (bio-psycho-sociální a spirituální). Dále může posoudit jeho sociální situaci a rodinné vztahy.

Nevýhody v práci komunitní sestry R1 vidí hlavně v nedostatku těchto sester s potřebným vzděláním a dostatečnou praxí. R1 si nedokáže představit, kdo by činnost komunitních sester financoval. Myslí si, že by platové ohodnocení bylo nedostatečné. Jako další zásadní nevýhodu uvedla malou informovanost a nedůvěřivost veřejnosti.

V poslední otázce jsem se ptala, zda by měla zájem pracovat jako komunitní sestra. R1 odpověděla: „Neuvažuji o změně zaměstnání. Práce, kterou nyní vykonávám, se mi velice líbí. Navíc nemám ani potřebné znalosti pro práci komunitní sestry. Ani nevím, jak je tato práce v zahraničí finančně ohodnocena a jaké je třeba vzdělání k vykonávání tohoto povolání“.

## **Respondentka 2 (R2)**

*Sestra pracující v agentuře domácí péče, Horažďovice (Plzeňský kraj), 48 let*

Respondentka R2 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Klatovech. Pracuje jako sestra v agentuře domácí péče, a to 11 let. Než začala pracovat v agentuře domácí péče, pracovala 8 let v nemocnici následné péče jako sestra u lůžka, 4 roky jako dispečerka v nemocnici následné péče.

Na otázku, zda je v práci spokojená, odpověděla, že spíše ne, protože ji finanční ohodnocení připadá nedostatečné. Dalším důvodem nespokojenosti v práci jsou špatné vztahy na pracovišti.

R2 neví, co si má pod pojmem komunitní sestra představit. O její činnosti v zahraničí ví jen něco málo z odborných časopisů. Představuje si pod tímto pojmem sestru, která chodí do rodin a pečuje o nemocné.

Význam komunitní sestry vidí R2 v tom, že může lépe navázat přátelský vztah s klientem a jeho rodinou. Dále může přispět k lepší spolupráci mezi lékařem, sestrou a klientem.

R2 se domnívá, že kompetencí komunitní sestry v oblasti péče o seniory je podávání léků seniorům, převazování ran, aplikace injekcí, sledování fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, a to vše po domluvě s klientovým praktickým lékařem. Dále by měla komunitní sestra edukovat klienta a jeho rodinu.

Komunitní sestra by podle R2 byla nejvýznamnější v oblasti péče o seniory, protože by poznala jejich socioekonomickou situaci a viděla by, jaké v rodině panují vztahy.

Na otázku, jaké by měla mít komunitní sestra vzdělání, odpověděla R2: „Měla by mít minimálně bakalářské vzdělání a alespoň 5 let praxe u lůžka. Tato sestra by se měla celoživotně vzdělávat a měla by vykonávat různé zkoušky, aby mohla tuto práci dále vykonávat“.

R2 se domnívá, že náplň komunitní sestry spočívá v podpoře klientova zdraví, edukace klienta a jeho rodinných příslušníků ohledně správného životního stylu. Měla by také klienta upozornit na situace, které by mohly jeho zdravotní stav zhoršit a snažit

se těmito situacím zabránit. R2 si myslí, že náplň komunitní sestry je odvozen od toho, v které oblasti sestra pracuje.

R2 uvádí jako podmínky pro vykonávání práce komunitní sestry odpovídající vzdělání, potřebnou praxi u lůžka, spolupráci s praktickým lékařem klienta a s ostatními institucemi. Další podmínkou je znalost svých kompetencí.

Ptala jsem se R2, jaké vidí výhody v práci komunitní sestry. R2 odpověděla, že výhodou její práce je hlavně lepší dostupnost ošetrovatelské péče nemohoucím klientům, možnost provádět ošetrovatelskou péči v jejich domácím a přirozeném prostředí, navázání lepšího vztahu mezi lékařem a klientem, spolupráce s rodinou. Další výhodou spatřuje R2 v tom, že docházením do klientova prostředí pozná jeho socioekonomickou situaci.

Nevýhodou práce komunitní sestry je její nedostatečné finanční ohodnocení, špatná spolupráce s praktickým lékařem klienta, dalšími specializovanými lékaři a pojišťovnami a velké množství administrativní činnosti.

V poslední otázce jsem se R2 ptala, zda by chtěla pracovat jako komunitní sestra. R2 odpověděla: „Ano, tuto práci bych chtěla vykonávat. Chtěla bych pracovat převážně s komunitou seniorů, protože bych s nimi mohla trávit více času, lépe bych je i jejich rodinu poznala a mohla bych si s nimi povídat o jejich různých problémech, poradit jim“.

### **Respondentka 3 (R3)**

*Sestra pracující v agentuře domácí péče, Horažďovice (Plzeňský kraj), 35 let*

Respondentka R3 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Klatovech. V Praze si dodělala specializaci – ARIP. Pracuje jako sestra v agentuře domácí péče, a to 2 roky. Než začala pracovat v agentuře domácí péče, pracovala 13 let jako sestra u lůžka na chirurgickém oddělení.

Ve své nynější práci je velice spokojená, protože ji baví práce v terénu a komunikace se seniory. Ráda si se seniory povídá o jejich problémech, které se pak snaží společně nějakým způsobem řešit.

Nespokojenost v práci připisuje R3 malému finančnímu ohodnocení a velkému množství administrativní práce, která je časově náročná. R3 mi k administrativní činnosti odpověděla: „Ten čas, který trávím administrativní činností, bych mohla mnohem lépe využít komunikací se seniory a zaměřit se na jejich problémy“.

R3 o komunitní sestře četla v odborném časopise, který pravidelně odebírá. Ale přesně neví, jaká je její náplň práce. Domnívá se, že je to sestra pracující v nemocnici, denních stacionářích nebo v agenturách domácí péče.

Význam komunitní sestry spatřuje R3 v zajištění a zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče a hlavně v posouzení socioekonomické situace klienta. Usuzuje, že s klientem naváže důvěrnější vztah a že se jí klient svěří s problémy, které by se snažili společně vyřešit.

R3 se domnívá, že kompetence komunitní sestry se odvíjí od toho, s jakou komunitou pracuje. Pokud komunitní sestra pracuje se seniory, tak by její kompetencí mohla být edukace seniorů, ale i jejich rodinných příslušníků, sledování socioekonomické situace a následné řešení vzniklých problémů. Podle názoru R3 by se měla komunitní sestra zabývat i prevencí a ochranou zdraví klienta.

Na otázku, v jaké oblasti je komunitní sestra nejdůležitější, R3 odpověděla, že nezastupitelnou roli sestra hraje v sociální oblasti, protože senioři tvoří největší část populace a je důležité o ně pečovat v jejich domácím prostředí a umožnit jim důstojné umírání v prostředí, které je jim blízké.

R3 si myslí, že pro práci komunitní sestry je důležité středoškolské vzdělání, několikaletá praxe u lůžka a celoživotní vzdělávání. R3 uvedla, že komunitní sestra, která by pracovala s komunitou seniorů, by měla být sociálně zaměřená.

Náplní komunitní sestry je podle R3 podporování zdraví jedince, zapojovat klienta do péče o sebe sama, zvyšovat jeho uvědomění v prevenci svého zdraví, informovat klienta v oblasti zdravého životního stylu. Komunitní sestra by měla spolupracovat s jeho rodinou, s klientovým praktickým lékařem, ale i ostatními institucemi.

Podmínkou pro práci komunitní sestry je podle R3 odpovídající vzdělání, praxe u lůžka, vzájemná spolupráce mezi sestrou, klientem a jeho rodinou, spolupráce mezi sestrou, klientovým praktickým lékařem a jinými odborníky a institucemi.

Výhody v práci komunitní sestry spatřuje R3 v zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče, snadnější dostupnosti ošetrovatelské péče, v možnosti posoudit sociální prostředí klienta, navázání důvěrnějšího vztahu mezi sestrou a klientem, zhodnocení socioekonomické situace klienta, možnost spolupráce s rodinou a v neposlední řadě poskytovat ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta.

Jako překážky R3 udává: nedostatek sester, které by byly ochotné pracovat jako komunitní sestry, nedostatečné vzdělání a praxe těchto sester a špatné finanční ohodnocení.

Na otázku, zda by chtěla pracovat jako komunitní sestra, R3 odpověděla: „Nechtěla bych tuto práci vykonávat. Se svým zaměstnáním jsem spokojená, protože mám ráda práci v terénu. Abych mohla vykonávat práci komunitní sestry, musela bych mít více potřebným informací o jejich povolání, finančním ohodnocení a o jejich kompetencích“.

#### **Respondentka 4 (R4)**

*Sestra pracující v ambulanci praktického ženského lékaře, Praha, 30 let*

Respondentka R4 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Praze. Pracuje jako sestra u praktického ženského lékaře již 2 roky. Než začala pracovat u praktického ženského lékaře, pracovala 2 roky jako sestra u lůžka na interním oddělení v Praze.

Ve své nynější práci je velice spokojená, protože sestry a lékaři mezi sebou bez problémů spolupracují a navzájem se doplňují. V kolektivu sester panují přátelské vztahy.

R4 přesně nedokáže říci, kdo je komunitní sestra a jaká je její pracovní náplň. Myslí si, že jde o povolání, které je zaměřené na určité věkové skupiny a na sociální oblasti (gerontologie, zdravotně a mentálně postižení jedinci, sociálně slabší jedinci).

Význam komunitní sestry připisuje R4 ve snadnějším navázání přátelského a důvěrnějšího vztahu mezi sestrou a klientem a v poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí klienta.

Na otázku, jaké má komunitní sestra kompetence, odpověděla R4, že by se kompetence sestry měly odvíjet od toho, s jakou komunitou pracuje. Určitě by měla podporovat klientovo zdraví a edukovat klienta i jeho rodinu o správné životosprávě.

Podle názoru R4 je komunitní sestra potřebná tam, kde není a nechce být přijata klasická zdravotní a ošetrovatelská péče. Předpokládá, že nejdůležitější by byla komunitní sestra, která by pečovala o komunitu dětí.

R4 uvedla, že komunitní sestra by měla mít vysokoškolské vzdělání. Tak jako předchozí respondentky uvedla R4, že by komunitní sestra měla mít předchozí zkušenost u lůžka klienta a měla by se celoživotně vzdělávat a prohlubovat si své vědomosti. Dále by měla mít vzdělání v oboru psychologie.

Náplní komunitní sestry je podle R4 podporovat zdraví jedince a edukovat ho o zdravém životním stylu. Pokud by to byla sestra, která by pečovala o komunitu dětí, tak by její náplní bylo například pečování o nemocné děti, o novorozence. Mezi další náplně komunitní sestry pečující o dětskou komunitu zařadila sledování psychomotorického vývoje dítěte, provádění očkování u dětí, aplikování injekcí, odebírání biologického materiálu a provádět hygienu.

Jako podmínku pro vykonávání povolání komunitní sestry R4 uvádí, že by tato sestra měla mít vysokoškolské vzdělání, předchozí zkušenost u lůžka klienta a měla by se celoživotně vzdělávat a prohlubovat si své vědomosti. Měla by také mít vzdělání v oboru psychologie.

Výhody práce komunitní sestry R4 spatřuje v možnosti pracovat v terénu. Považuje tuto práci za rozmanitou.

Mezi nevýhody práce komunitní sestry by R4 zařadila psychicky náročné povolání. Další nevýhodou je i nedostatečně informovaná veřejnost, ale i odborníci. V poslední řadě R4 uvedla, že bude tato práce nedostatečně finančně ohodnocena.

V poslední otázce jsem se R4 ptala, zda by měla zájem pracovat jako komunitní sestra. R4 odpověděla: „Spíše ne, protože přesně nevím, co si pod pojmem komunitní sestra představit, takže ani nevím, co její práce obnáší. Ale nebráním se tomu si to zjistit v odborných časopisech nebo na internetu“.

## **Respondentka 5 (R5)**

*Sestra pracující v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost, Pardubice, 40 let*

Respondentka R5 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Pardubicích. Pracovala 5 let u lůžka na interním oddělení. Nyní pracuje jako sestra v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost již 9 let.

R5 uvádí, že v nynější práci je spokojená, protože pracuje s dětmi. Považuje svou práci za rozmanitou a velice zajímavou.

Zmínku o práci komunitních sester, které jsou v zahraničí, již slyšela na odborném semináři, ale přesně neví, co si pod tímto pojmem má představit. Myslí si, že je to sestra, která dochází do rodin a provádí ošetrovatelskou péči u nemocných klientů. Komunitní sestra se podle R5 stará o různé věkové skupiny populace.

Komunitní sestra má podle R5 význam v tom, že poskytuje potřebnou ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta. Může tak zhodnotit jeho socioekonomickou situaci a poukázat na možné problémy, které by mohly vést k zhoršení zdravotního stavu.

R5 se domnívá, že kompetence komunitní sestry se odvozují od toho, s jakou komunitou sestra pracuje. R5 se zmiňuje, že pokud by se komunitní sestra starala například o komunitu dětí, tak by mohly být její kompetence: péče o nemocné děti v domácím prostředí, sledovat psychomotorický vývoj dítěte, aplikovat injekce, provádět povinné očkování, mohla by odebírat biologický materiál, sledovat fyziologické funkce dítěte, ale i posuzovat skutečnou situaci domácího prostředí, ve kterém dítě žije. Mohla by tak odhalit, že něco není v rodině v pořádku nebo že dochází k psychickému nebo fyzickému týrání dítěte.

Ptala jsem se R5, v jaké oblasti je podle ní komunitní sestra nejdůležitější. Odpověděla, že nejdůležitější by byla v péči o dětskou komunitu, protože u dětí se můžeme setkat s mnoha onemocněními různého charakteru. R5 usuzuje, že pokud by komunitní sestra docházela k dětem do domácího prostředí, nemuselo by být dítě hospitalizováno v nemocničním zařízení, a tím by došlo k rychlejšímu uzdravení dítěte.

Na otázku, jaké by měla mít komunitní sestra vzdělání, R5 odpověděla: „Myslím si, že by měla mít vysokoškolské vzdělání a několikaletou praxi u lůžka, aby

tuto práci mohla bez problémů zvládnout a nedostala se tak do situace, ve které by si nedovedla sama poradit“.

Náplň komunitní sestry by se měla podle R5 odvozovat podle toho, se kterou komunitou sestra pracuje. R5 se domnívá, že by se komunitní sestra měla zabývat podporováním zdraví, edukací v oblasti správné životosprávy a pokud by již k onemocnění došlo, tak se snažit předcházet možným komplikacím.

Podmínkou pro vykonávání práce komunitní sestry je pro R5 hlavně vysokoškolské vzdělání a praxe u lůžka. Dále by chtěla R5 znát rozsah svých kompetencí a jak by byla finančně ohodnocena.

Výhoda komunitní sestry je podle R5 to, že je sestra „Pánem svého času“, nikdo na ní nechvátá, vše si může dělat podle svého vědomí a nikdo ji nekontroluje, zda výkon provedla správně.

Naopak velkou nevýhodu v práci komunitní sestry vidí R5 v tom, že laická veřejnost má nedostatečné informace o působení těchto sester. Dále si neumí představit, kdo by její činnost financoval a jak by byla finančně ohodnocena. Další nevýhodou je pro R5 nedostatečné vzdělání sester, které by měly činnost komunitní sestry vykonávat. Myslí si, že sestry s vysokoškolským vzděláním nebudou mít zájem o takovou práci a sestry se středoškolským vzděláním nebudou mít dostatečné vzdělání, aby tuto práci mohly vykonávat, a také si nebudou chtít dodělávat vysokoškolské vzdělání.

Na otázku, zda by chtěla pracovat jako komunitní sestra, R5 odpověděla: „Zatím jsem neuvažovala o tom, že bych chtěla změnit své zaměstnání, protože se mi v práci velice líbí. Uvažovala bych o změně zaměstnání pouze tehdy, až bych měla dostatek informací o činnostech komunitní sestry, věděla bych jak je to s jejich financováním a jaké bych musela mít vzdělání“.

## **Respondentka 6 (R6)**

*Sestra pracující v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost, Litomyšl, 57 let*

Respondentka R6 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Praze. Pracovala 16 let jako sestra u lůžka na ortopedickém oddělení. Nyní pracuje jako sestra v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost již 15 let.

R6 uvádí, že v nynější práci je spokojená, protože v jejím zaměstnání panují dobré vztahy. V práci je spokojená také z důvodu, že její práce není až tak náročná, ale není ani rutinní.

O komunitní sestře nikdy neslyšela a nedokáže si pod tímto pojmem nic představit. R6 si myslí, že je to sestra, která pečuje o seniory v jejich domácím prostředí, nebo je to sestra, která pracuje v agenturách domácí péče.

Význam komunitní sestry vidí R6 v tom, že může tato sestra navštěvovat nemocné klienty v jejich domácím prostředí, a tím se vyhnout možné hospitalizaci v nemocničním zařízení.

R6 předpokládá, že komunitní sestra má stejné nebo podobné kompetence jako sestra pracující v nemocničním zařízení. Podle R6 by mohla mít komunitní sestra některé kompetence rozšířené, protože pracuje samostatně.

R6 se domnívá, že komunitní sestra by byla nejvíce potřebná a užitečná v péči o seniory, protože ti podle R6 potřebují ošetrovatelskou péči nejvíce. Senioři jsou podle R6 často zanedbáváni svou rodinou nebo žádnou rodinu nemají, a proto je nutné, aby se o ně postaral někdo jiný a ukázal jim, že nejsou méněcenní.

Na otázku, jaké by měla mít komunitní sestra vzdělání, R6 odpověděla, že by měla mít středoškolské vzdělání a samozřejmě alespoň 5 let praxe u lůžka. Ale tato sestra by se měla dále celoživotně vzdělávat ve svém oboru.

Náplní komunitní sestry je podle R6 prevence různých onemocnění, vychovávat seniory ke zdraví, pomáhat seniorům řešit mnohé problémy, zvyšovat odpovědnost za své zdraví, pečovat o terminálně nemocné seniory a umožnit jim tak důstojnou smrt v jejich domácím prostředí.

R6 se domnívá, že sestry, které by chtěly vykonávat činnost komunitní sestry, by musely mít odpovídající vzdělání a předchozí zkušenost u lůžka. Měly by mít také

vymezený rozsah činností. Dále by měly spolupracovat s lékaři a jinými dalšími odborníky. Taková sestra by si také měla získat důvěru nejen svého klienta, ale i celé jeho rodiny.

Výhody práce komunitní sestry vidí R6 v tom, že sestra dochází ke klientům do jejich rodinného prostředí a může tak posoudit prostředí, ve kterém určitý klient žije. Může mu také pomoci se zapojit do společenského života a nestranit se okolí.

Naopak nevýhody vidí v tom, že laická veřejnost i odborníci neví, kdo je komunitní sestra, jaká je její činnost a kompetence, kdo ji financuje. R6 se domnívá, že by bylo třeba, aby se o práci komunitních sester více mluvilo nejen na odborných seminářích pro odborníky, ale i například v televizi nebo rádiu, aby se o jejich činnosti dozvěděla i laická veřejnost.

V poslední otázce jsem se R6 ptala, zda by měla zájem pracovat jako komunitní sestra. R6 odpověděla: „Ne, tuto práci bych vykonávat nechtěla. Mám jen pár let do důchodu, takže bych žádnou změnu již nechtěla. U praktického lékaře pracuji už 15 let a jsem zaběhnutá. Také bych tuto práci nechtěla vykonávat, protože o komunitní sestře nic nevím. Nevím, jaký má rozsah činností, jaké jsou její kompetence a finanční ohodnocení. Jsem spokojená tam, kde jsem“.

## **Respondentka 7 (R7)**

*Sestra pracující v domově důchodců, Karlovy Vary, 29 let*

Respondentka R7 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Karlových Varech. Poté vystudovala soukromou vysokou školu v Plzni, bakalář. Nyní je zaměstnána v domově důchodců v Karlových Varech.

V práci se jí moc nelíbí, protože je to namáhavá a těžká práce. Nebaví ji práce se seniory a pracovní vztahy taky nejsou dobré. Chtěla by jít v brzké době na mateřskou dovolenou a po mateřské by si chtěla najít práci, ve které by pracovala s dětmi.

O komunitní sestře slyšela na vysoké škole v Plzni, ale již si nedokáže vybavit, kdo to přesně je. R7 předpokládá, že je to sestra, která pracuje v agenturách domácí péče. Pamatuje si, že komunitní sestra pracuje s různou skupinou lidí. Také něco málo slyšela o komunitních sestrách, které pracují v zahraničí.

Význam komunitní sestry vidí R7 v tom, že může pracovat s různými skupinami populace. Podle R7 se komunitní sestra může zabývat nemocnými, ale i zdravými dětmi, seniory, ženami, terminálně nemocnými, ale i psychicky nemocnými klienty.

Kompetence komunitní sestry R7 nezná. Jen se domnívá, že se odvozují od skupiny populace, kterou se komunitní sestra zabývá.

Když jsem se R7 ptala, v jaké oblasti je komunitní sestra důležitá, tak R7 odpověděla: „Myslím si, že je důležitá ve všech oblastech, které jsem již zmiňovala na začátku rozhovoru. Ale myslím si, že je komunitní sestra nejvíce potřebná u dětí“. Děti jsou podle R7 nejvíce ohroženou skupinou z celé populace, protože nemají možnost se adekvátně bránit v situacích, které by je mohly ohrožovat (fyzické a psychické týrání, sirotci, rodiče bez domova, matka samoživitelka).

R7 se domnívá, že k tomu, aby mohla komunitní sestra vykonávat svou práci, je potřeba, aby měla vysokoškolské vzdělání, a tak jako předchozí respondentky i R7 se domnívá, že je třeba i několikaletá praxe u lůžka. Předpokládá, že sestra bez potřebné praxe, by nedokázala provádět správnou ošetrovatelskou péči.

Náplní komunitní sestry by mohla být podpora zdraví, péče o zdravé a nemocné děti, péče o novorozence, batolata, předškolní a školní děti, péče o ženy, seniory a terminálně nemocné.

K tomu, aby mohla komunitní sestra vykonávat své povolání je důležitých několik podmínek. Podle R7 je to hlavně vzdělání a potřebná praxe. Dále by se tato sestra musela celoživotně vzdělávat. Měla by umět komunikovat s klientem, jeho rodinnými příslušníky, ale i s klientovým praktickým lékařem. Podle R7 by tato sestra měla být psychicky odolná.

R7 předpokládá, že výhodou v práci komunitní sestry, je to, že může pracovat se skupinou populace, která je jí nejbližší. Může se těmto lidem více věnovat, radit jim a pomáhat v různých životních situacích.

Nevýhody vidí v tom, že komunitní sestra není zavedena v České republice.

Na otázku, zda by měla zájem pracovat jako komunitní sestra, R7 odpověděla: „Ano, tuto práci bych chtěla vykonávat. Líbí se mi představa, že bych pracovala s dětmi a jejich rodiči. Jen je škoda, že komunitní sestra nebyla ještě zavedena v České republice – to bych se pak vůbec nerozmýšlela“.

## **Respondentka 8 (R8)**

*Sestra pracující v Ústavu sociální péče, Liberec, 38 let*

Respondentka R8 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Liberci. Pracovala 3 roky na interním oddělení, 4 roky na psychiatrickém oddělení. Již 5 let pracuje v Ústavu sociální péče jako sestra u lůžka. Při zaměstnání si dodělává vysokou školu.

V práci je spokojená, ale někdy je dost fyzicky i psychicky náročná.

O komunitní sestře slyšela jen něco málo při dálkovém studiu vysoké školy. Ale přesně neví, co to je za sestru a jaká je její náplň práce. Pod komunitní sestrou si představuje sestru, která dochází do domácího prostředí starých a nemocných lidí, nebo sestru, která pracuje v agentuře domácí péče.

Význam komunitní sestry shledává R8 v tom, že tato sestra poskytuje potřebnou ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta. Význam vidí také v tom, že může posoudit ekonomickou a sociální situaci klientů.

R8 si nedokáže představit, jaké může mít komunitní sestra kompetence. Předpokládá, že má takové kompetence, aby mohla bez problémů zvládat svou práci.

Na otázku, v jaké oblasti je komunitní sestra nejdůležitější, R8 odpověděla, že nejvíce by takové sestry bylo potřeba u starých a nemohoucích lidí nebo u dětí a adolescentů, protože ti jsou ohroženou skupinou (drogy, alkohol, nechráněný sex), proto by bylo třeba, aby je někdo edukoval o škodlivosti návykových látek na jejich zdraví.

R8 si myslí, že by pro práci komunitní sestry stačilo středoškolské vzdělání. Říká, že na vysoké škole se stejně učí to, co na střední. Jen by podle R8 musela mít taková sestra alespoň 10 let praxe u lůžka.

Náplň komunitní sestry vidí R8 v edukaci adolescentů o návykových a škodlivých látkách, o správném životním stylu. Seniors by edukovala o možných rizicích v jejich bezprostřední blízkosti a snažila se o jejich eliminaci, zachovávala by soběstačnost seniorů. Dále si představuje, že komunitní sestra by sledovala celkový stav svého klienta, měřila fyziologické funkce, odebírala biologický materiál, aplikovala injekce, podávala léky. Podle R8 bude náplní komunitní sestry i administrativní činnost a komunikace s pojišťovnami.

Podmínky, za kterých by komunitní sestra mohla vykonávat svou práci, jsou podle R8: dostatečné vzdělání, praxe u lůžka, schopnost komunikace mezi lékařem a jinými odborníky, navázání přátelského a důvěrného vztahu s klientem, dostatečné finanční ohodnocení a psychická odolnost.

Výhody práce komunitních sester spatřuje R8 v lepší dostupnosti zdravotní péče, zlepšení kvality ošetrovatelské péče, v možnosti posouzení bio-psycho-sociální stavu klienta, v lepší spolupráci s rodinou klienta, může se více věnovat svým klientům a popřípadě jim poradit.

Nevýhody komunitních sester spatřuje R8 ve špatném finančním ohodnocení, nedostatku sester a neinformovanosti laické i odborné veřejnosti. R8 předpokládá, že v našem zdravotnickém systému by tyto sestry žádný lékař neuznával jako samostatně pracující sestry a sestry, které by dokázaly poskytnout správnou a odbornou ošetrovatelskou péči.

Na otázku, zda by chtěla R8 pracovat jako komunitní sestra, odpověděla: „Tuto práci bych vykonávat nechtěla z toho důvodu, který jsem zmiňovala v předchozí otázce. Mnoho lékařů v České republice totiž považuje sestru jen za služku a ne jako svého rovnocenného partnera. Čeští lékaři by nedokázali přijmout samostatně pracující sestru. K tomu, abych mohla vykonávat tuto práci, bych potřebovala také více informací o jejich činnosti v zahraničí a jak jsou finančně ohodnoceny“.

## **Respondentka 9 (R9)**

*Sestra pracující v Ústavu sociální péče, Turnov, 28 let*

Respondentka R9 vystudovala Střední zdravotnickou školu v Liberci. Vyšší zdravotnickou školu v Brně si dodělala po maturitě. Po ukončení studia nastoupila jako sestra u lůžka do ústavu sociální péče.

V práci spokojená není. Finanční ohodnocení je pro ni nedostatečné a vztahy v pracovním kolektivu nejsou přátelské. Práce se seniory ji neuspokojuje, hledá si nové zaměstnání.

O činnosti komunitních sester v zahraničí již slyšela na vyšší zdravotnické škole. Podle R9 komunitní sestra pracuje s různými věkovými skupinami, dochází k nim do rodin a poskytuje ošetrovatelskou péči.

Význam komunitních sester spatřuje R9 právě v tom, že může poskytovat potřebnou ošetrovatelskou péči v rodině klienta. Může tak s klientem navázat přátelštější a důvěrnější vztah, než kdyby byl hospitalizován v nemocničním zařízení.

R9 předpokládá, že komunitní sestra má kompetence odvozené od toho, s jakou skupinou lidí pracuje. Také si myslí, že se její kompetence nebudou mnoho odlišovat od kompetencí sestry pracující v nemocničním zařízení.

Na otázku, v jaké oblasti je komunitní sestra nejdůležitější, R9 odpověděla, že nejdůležitější význam by mohla mít u komunity seniorů nebo dětí.

R9 si myslí, že pro práci komunitní sestry je potřeba alespoň vysokoškolské vzdělání a specializace v oboru. Dále by měla mít podle R9 předchozí praxi u lůžka. Předpokládá, že pokud by tuto činnost dělala sestra bez předchozí praxe u lůžka, neodkázala by klientovi poskytnout adekvátní ošetrovatelskou péči, protože nebude mít dostatek zkušeností.

Podle R9 by náplní komunitní sestry mohlo být: udržování zdraví jedince, snaha o navrácení zdraví jedinci, edukace v oblasti správné životosprávy, minimalizace rizikových faktorů, zabránění vzniku komplikací, aplikace injekcí, podávání naordinovaných léků, měření fyziologických funkcí, navázat přátelský vztah s klientem, spolupracovat s praktickým lékařem klienta a jinými odborníky a poznat prostředí, ve kterém klient žije.

Podmínkou pro vykonávání práce komunitní sestry je pro R9 dostatečné finanční ohodnocení, ukončené vysokoškolské vzdělání, několikaletá praxe u lůžka, celoživotní vzdělávání a prohlubování si vědomostí. Dále by se komunitní sestra měla umět rychle rozhodovat v kritických situacích, měla by být psychicky odolná a umět si rozpracovat časový harmonogram práce.

R9 se domnívá, že výhodou práce komunitní sestry je to, že dochází do rodin klientů, lépe svého klienta pozná a naváže s ním důvěrnější vztah. Sestra také může poznat jeho socioekonomickou situaci a vztahy v rodině. Také R9 předpokládá, že klient, kterému je poskytována ošetrovatelská péče v jeho přirozeném prostředí, se bude rychleji uzdravovat.

Naopak nevýhody vidí R9 v nedostatku sester s vysokoškolským vzděláním, v malém finančním ohodnocení, neinformovanosti laické veřejnosti o činnosti těchto sester a také nedůvěřivosti lékařů v tyto sestry.

Na závěr našeho rozhovoru jsem se R9 ptala, zda by měla zájem pracovat jako komunitní sestra. R9 odpověděla: „Kdybych měla o těchto sestrách více informací, přesněji bych věděla, jaký je jejich rozsah práce, kompetence a finanční ohodnocení, tak bych tuto práci ráda zkusila. Lákalo by mě dělat třeba komunitní sestru ve školách, protože školní děti mají mnoho zdravotních problémů. Edukovala bych tyto děti o správném životním stylu a nebezpečnosti návykových a jiných škodlivých látek. Bohužel komunitní sestra v České republice nebyla ještě zavedena, takže můžeme jen doufat, že se brzo takové sestry dočkáme i u nás“.

#### *4.3.1 Kategorizace dat v tabulkách*

##### **Seznam kategorizačních skupin**

1. Spokojenost v zaměstnání (tabulka 80)
2. Představa o komunitní sestře (tabulka 81)
3. Význam komunitní sestry (tabulka 82)
4. Kompetence komunitní sestry (tabulka 83)
5. Oblast práce komunitní sestry (tabulka 84)
6. Vzdělání komunitní sestry (tabulka 85)
7. Náplň komunitní sestry (tabulka 86)
8. Podmínky práce komunitní sestry (tabulka 87)
9. Výhody práce komunitní sestry (tabulka 88)
10. Nevýhody práce komunitní sestry (tabulka 89)
11. Zájem pracovat jako komunitní sestra (tabulka 90)

**Tabulka 80 – Spokojenost v zaměstnání**

| <b>R = respondentka</b> | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Spokojenost             | 1         |           | 1         | 1         | 1         | 1         |           | 1         |           | <b>6</b>      |
| Nespokojenost           |           | 1         |           |           |           |           | 1         |           | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Celkový výskyt</b>   | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>9</b>      |

Nejčastější kategorie odpovědi, *ano, jsem spokojena*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie, *nejsem spokojena*, byla uvedena celkem 3krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 12.

**Tabulka 81 – Představa o komunitní sestře**

| <b>R = respondentka</b>                 | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|-----------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Představu nemá                          |           | 1         | 1         | 1         |           | 1         |           |           |           | <b>4</b>      |
| Sestra pracující v agentuře domácí péče |           |           |           |           |           |           | 1         | 1         |           | <b>2</b>      |
| Sestra, která pracuje ve stacionářích   | 1         |           |           |           |           |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Sestra, která pracuje v nemocnici       | 1         |           |           |           |           |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Sestra, která dochází do rodin          |           |           |           |           | 1         |           |           | 1         | 1         | <b>3</b>      |
| <b>Celkový výskyt</b>                   | <b>2</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>1</b>  | <b>11</b>     |

Nejčastější kategorie odpovědi, *nemá představu*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi, *sestra, která dochází do rodiny klienta*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi, *sestra, která pracuje v agentuře domácí péče*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi, *sestra pracující ve stacionářích a v nemocnici*, byla uvedena 1krát. Respondentky 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 odpověděly v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondentky 1 a 8 odpověděly ve 2 kategoriích celkem 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 11.

**Tabulka 82 – Význam komunitní sestry**

| <b>R = respondentka</b>                     | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|---------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Zlepšení spolupráce mezi lékařem a klientem | 1         |           |           |           |           |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Zlepšení spolupráce mezi sestrou a klientem | 1         | 1         |           |           |           |           |           |           |           | <b>2</b>      |
| Snadnější navázání důvěrnějšího vztahu      |           | 1         | 1         | 1         |           |           |           |           | 1         | <b>4</b>      |
| Zlepšení kvality poskytované péče           |           |           | 1         |           |           |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Posouzení socioekonomické situace klienta   |           |           | 1         |           | 1         |           |           | 1         |           | <b>3</b>      |
| Poskytování péče v domácím prostředí        |           |           |           | 1         | 1         | 1         |           | 1         | 1         | <b>5</b>      |
| Práce s různými věkovými skupinami          |           |           |           |           |           |           | 1         |           |           | <b>1</b>      |
| <b>Celkový výskyt</b>                       | <b>2</b>  | <b>2</b>  | <b>3</b>  | <b>2</b>  | <b>2</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>2</b>  | <b>17</b>     |

Nejčastější kategorie odpovědi, *poskytování péče v domácím prostředí*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi, *snadnější navázání důvěrnějšího vztahu*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi, *posouzení socioekonomické situace klienta*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi, *zlepšení spolupráce mezi klientem a sestrou*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi, zlepšení spolupráce mezi klientem a lékařem, zlepšení kvality poskytování péče a práce s různými věkovými skupinami, byla uvedena 1krát. Respondentky 6, 7 a 9 odpověděly v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondentky 1, 2, 4, 5 a 8 odpověděly ve dvou kategoriích, tzn. 2krát. Respondentka 3 odpověděla ve třech kategoriích, tzn. 3krát. Celkový výskyt odpovědí respondentek je 17.

**Tabulka 83– Kompetence komunitní sestry**

| <b>R = respondentka</b>                | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|----------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Zajištění kontaktu s klientem, lékařem | 1         |           |           |           |           |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Prevence onemocnění                    | 1         |           | 1         | 1         |           |           |           |           |           | <b>3</b>      |
| Edukace                                | 1         | 1         | 1         | 1         |           |           |           |           |           | <b>4</b>      |
| Aplikace injekcí                       |           | 1         |           |           | 1         |           |           |           |           | <b>2</b>      |
| Podávání léků                          |           | 1         |           |           |           |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Převazy ran                            |           | 1         |           |           |           |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Sledování fyziologických funkcí        |           | 1         |           |           | 1         |           |           |           |           | <b>2</b>      |
| Odběr biologického materiálu           |           |           |           |           | 1         |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Sledování socioekonomické situace      |           | 1         | 1         |           |           |           |           |           |           | <b>2</b>      |
| Ochrana zdraví                         |           |           | 1         |           |           |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Sledovat psychomotorický vývoj dítěte  |           |           |           |           | 1         |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Provádět očkování                      |           |           |           |           | 1         |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Představu nemá                         |           |           |           |           |           | 1         | 1         | 1         | 1         | <b>4</b>      |
| <b>Celkový výskyt</b>                  | <b>3</b>  | <b>6</b>  | <b>4</b>  | <b>2</b>  | <b>5</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>24</b>     |

Nejčastější kategorie odpovědi, nemá představu a edukace, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi, *prevence onemocnění*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi, *aplikace injekcí*, *sledování fyziologických funkcí* a *sledování socioekonomické situace*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi, *zajištění*

*kontaktu s klientem, lékařem, podávání léků, převazy ran, odběr biologického materiálu, ochrana zdraví, sledování psychomotorického vývoje a provádění očkování,* byla uvedena 1krát. Respondentky 6, 7, 8, 9 odpověděly v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondentka 4 odpověděla ve dvou kategoriích, tzn. 2krát. Respondentka 1 odpověděla ve třech kategoriích, tzn. 3krát. Respondentka 3 odpověděla ve čtyřech kategoriích, tzn. 4krát. Respondentka 5 odpověděla v pěti kategoriích, tzn. 5krát. Respondentka 2 odpověděla v šesti kategoriích, tzn. 6krát. Celkový výskyt odpovědí respondentek je 24.

**Tabulka 84 – Oblast práce komunitní sestry**

| <b>R = respondentka</b>     | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Péče o komunitu seniorů     | 1         | 1         | 1         |           |           | 1         |           | 1         | 1         | <b>6</b>      |
| Péče o komunitu dětí        |           |           |           | 1         | 1         |           | 1         | 1         | 1         | <b>5</b>      |
| Péče o komunitu adolescentů |           |           |           |           |           |           |           | 1         |           | <b>1</b>      |
| <b>Celkový výskyt</b>       | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>3</b>  | <b>2</b>  | <b>12</b>     |

Nejčastější kategorie odpovědi, *péče o komunitu seniorů*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi, *péče o komunitu dětí*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi, *péče o komunitu adolescentů*, byla uvedena 1krát. Respondentky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 odpověděly v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondentka 9 odpověděla ve dvou kategoriích, tzn. 2krát. Respondentka 8 odpověděla ve třech kategoriích, tzn. 3krát. Celkový výskyt odpovědí respondentek je 12.

**Tabulka 85 – Vzdělání komunitní sestry**

| <b>R = respondentka</b>    | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Střední zdravotnická škola | 1         |           | 1         |           |           | 1         |           | 1         |           | <b>4</b>      |
| Vysoká škola               |           | 1         |           | 1         | 1         |           | 1         |           | 1         | <b>5</b>      |
| Specializace               | 1         | 1         |           | 1         |           |           |           |           | 1         | <b>4</b>      |
| <b>Celkový výskyt</b>      | <b>2</b>  | <b>2</b>  | <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>2</b>  | <b>13</b>     |

Nejčastější kategorie odpovědi, *vysokoškolské vzdělání*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi, *střední zdravotnická škola a specializace*, byla uvedena celkem 4krát. Respondentky 3, 5, 6, 7, 8 odpověděly v jediné kategorii, tzn. 1krát. Respondentky 1, 2, 4, 9 odpověděly ve dvou kategoriích, tzn. 2krát. Celkový výskyt odpovědí respondentek je 13.

**Tabulka 86 – Náplň komunitní sestry**

| <b>R = respondentka</b>                     | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|---------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Edukace                                     | 1         | 1         |           | 1         | 1         |           |           | 1         | 1         | 6             |
| Komunikace mezi sestrou, klientem a lékařem | 1         |           | 1         |           |           |           |           |           | 1         | 3             |
| Zapojovat klienta do péče o sama sebe       |           |           | 1         |           |           |           |           |           |           | 1             |
| Prevence onemocnění                         |           |           | 1         |           |           | 1         |           |           |           | 2             |
| Spolupráce s rodinou klienta                |           |           | 1         |           |           |           |           |           |           | 1             |
| Sledování psychomotorického vývoje          |           |           |           | 1         |           |           |           |           |           | 1             |
| Provádět očkování                           |           |           |           | 1         |           |           |           |           |           | 1             |
| Aplikace injekcí                            |           |           |           | 1         |           |           |           | 1         | 1         | 3             |
| Podávání léků                               |           |           |           |           |           |           |           | 1         | 1         | 2             |
| Odběr biologického materiálu                |           |           |           | 1         |           |           |           | 1         |           | 2             |
| Provádět hygienu                            |           |           |           | 1         |           |           |           |           |           | 1             |
| Výchova ke zdraví                           |           |           |           |           |           | 1         |           |           |           | 1             |
| Pomáhat řešit problémy                      |           |           |           |           |           | 1         |           |           |           | 1             |
| Pečovat o terminálně nemocné                |           |           |           |           |           | 1         | 1         |           |           | 2             |
| Umožnit důstojnou smrt                      |           |           |           |           |           | 1         |           |           |           | 1             |
| Péče o nemocné novorozence                  |           |           |           | 1         |           |           | 1         |           |           | 2             |
| Péče o batolata                             |           |           |           |           |           |           | 1         |           |           | 1             |
| Péče o předškolní a školní děti             |           |           |           |           |           |           | 1         |           |           | 1             |

|                                 |          |          |          |          |          |          |          |          |           |           |
|---------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| Péče o ženy                     |          |          |          |          |          |          | 1        |          |           | <b>1</b>  |
| Péče o seniory                  |          |          |          |          |          |          | 1        |          |           | <b>1</b>  |
| Zachovávat soběstačnost         |          |          |          |          |          |          |          | 1        |           | <b>1</b>  |
| Měření fyziologických funkcí    |          |          |          |          |          |          |          |          | 1         | <b>1</b>  |
| Administrativní činnost         |          |          |          |          |          |          |          | 1        |           | <b>1</b>  |
| Udržení zdraví                  |          |          |          |          |          |          |          |          | 1         | <b>1</b>  |
| Navrácení zdraví                |          |          |          |          |          |          |          |          | 1         | <b>1</b>  |
| Podpora zdraví                  | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        |          | 1        |          | 1         | <b>7</b>  |
| Minimalizace rizikových faktorů |          |          |          |          |          |          |          |          | 1         | <b>1</b>  |
| Zabránění vzniku komplikací     |          |          |          |          | 1        |          |          |          | 1         | <b>2</b>  |
| <b>Celkový výskyt</b>           | <b>3</b> | <b>2</b> | <b>5</b> | <b>8</b> | <b>3</b> | <b>5</b> | <b>7</b> | <b>5</b> | <b>10</b> | <b>48</b> |

Nejčastější kategorie odpovědi, *podpora zdraví*, byla uvedena celkem 7krát. Kategorie odpovědi, *edukace*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědi, *komunikace mezi sestrou, klientem a lékařem, aplikace injekcí*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi, *prevence onemocnění, podávání léků, odběr biologického materiálu, pečovat o terminálně nemocné, péče o nemocné novorozence, zabránění vzniku komplikací*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi, *zapojovat klienta do péče o sama sebe, spolupráce s rodinou klienta, provádět hygienu, výchova ke zdraví, pomáhat*

*řešit problémy, umožnit důstojnou smrt, péče o batolata, péče o předškolní a školní děti, péče o ženy, péče o seniory, zachovávat soběstačnost, měření fyziologických funkcí, administrativní činnost, udržení zdraví, navrácení zdraví a minimalizace rizikových faktorů*, byla uvedena 1krát. Respondentka 9 odpověděla v deseti kategoriích, tzn. 10krát. Respondentka 4 odpověděla v osmi kategoriích, tzn. 8krát. Respondentka 7 odpověděla v sedmi kategoriích, tzn. 7krát. Respondentky 3, 6, 8 odpověděly v pěti kategoriích, tzn. 5krát. Respondentky 1 a 5 odpověděly ve třech kategoriích, tzn. 3krát. Respondentka 2 odpověděla ve dvou kategoriích, tzn. 2krát. Celkový výskyt odpovědí respondentek je 48.

**Tabulka 87 – Podmínky práce komunitní sestry**

| <b>R = respondentka</b>                      | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|----------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Odpovídající vzdělání                        | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 9             |
| Několikaletá praxe u lůžka                   | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 1         | 9             |
| Spolupráce mezi všemi složkami zdravotnictví | 1         | 1         | 1         |           |           | 1         | 1         | 1         |           | 6             |
| Znalost svých kompetencí                     |           | 1         |           |           |           | 1         |           |           |           | 2             |
| Celoživotní vzdělávání se                    |           |           |           | 1         |           |           | 1         |           | 1         | 3             |
| Specializace v oboru                         |           |           |           | 1         | 1         |           | 1         |           |           | 3             |
| Psychická odolnost sestry                    |           |           |           |           |           |           |           | 1         | 1         | 2             |
| Finanční ohodnocení                          |           |           |           |           | 1         |           |           | 1         | 1         | 3             |
| Umět se rychle rozhodnout                    |           |           |           |           |           |           |           |           | 1         | 1             |
| <b>Celkový výskyt</b>                        | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>4</b>  | <b>4</b>  | <b>5</b>  | <b>5</b>  | <b>6</b>  | <b>38</b>     |

Nejčastější kategorie odpovědi, *odpovídající vzdělání a několikaletá praxe u lůžka*, byla uvedena celkem 9krát. Kategorie odpovědi, *spolupráce mezi všemi složkami zdravotnictví*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědi, *celoživotní vzdělávání se, specializace v oboru a finanční ohodnocení*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi, *znalost svých kompetencí, psychická odolnost*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi, *umět se rychle rozhodovat*, byla uvedena 1krát. Respondentky 1, 3, odpověděly ve třech kategoriích, tzn. 3krát. Respondentky 2, 4, 5, 6 odpověděly ve čtyřech kategoriích, tzn. 4krát. Respondentky 7 a 8 odpověděly v pěti kategoriích, tzn. 5krát. Respondentka 9 odpověděla v šesti kategoriích, tzn. 6krát. Celkový výskyt odpovědí respondentek je 38.

**Tabulka 88 – Výhody práce komunitní sestry**

| <b>R = respondentka</b>                             | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|-----------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Posouzení socioekonomické situace klienta           | 1         | 1         | 1         |           |           | 1         |           |           | 1         | <b>5</b>      |
| Posouzení rodinných vztahů                          | 1         |           |           |           |           |           |           |           | 1         | <b>2</b>      |
| Poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí |           |           | 1         |           |           | 1         |           |           | 1         | <b>3</b>      |
| Snadnější dostupnost ošetrovatelské péče            |           | 1         |           |           |           |           |           | 1         |           | <b>2</b>      |
| Spolupráce s rodinou klienta                        |           | 1         | 1         |           |           |           |           | 1         |           | <b>3</b>      |
| Navázání důvěrnějšího vztahu                        |           | 1         | 1         |           |           |           |           |           | 1         | <b>3</b>      |
| Zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče    |           |           | 1         |           |           |           |           | 1         |           | <b>2</b>      |
| Možnost pracovat v terénu                           |           |           |           | 1         |           |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Sestra je pánem svého času                          |           |           |           |           | 1         |           |           |           |           | <b>1</b>      |
| Zapojení klienta do společnosti                     |           |           |           |           |           | 1         |           |           |           | <b>1</b>      |
| Více času na klienty                                |           |           |           |           |           |           | 1         | 1         |           | <b>2</b>      |
| Posouzení bio-psycho-sociálního stavu klienta       | 1         |           |           |           |           |           |           | 1         |           | <b>2</b>      |
| Rychlejší uzdravení klienta                         |           |           |           |           |           |           |           |           | 1         | <b>1</b>      |
| <b>Celkový výskyt</b>                               | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>5</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>3</b>  | <b>1</b>  | <b>5</b>  | <b>5</b>  | <b>28</b>     |

Nejčastější kategorie odpovědi, *posouzení socioekonomické situace klienta*, byla uvedena celkem 5krát. Kategorie odpovědi, *poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí*, *spolupráce s rodinou klienta* a *navázání důvěrnějšího vztahu*, byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi, *posouzení rodinných vztahů*, *snadnější dostupnost ošetrovatelské péče*, *zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče*, *více času na klienta* a *posouzení bio-psycho-sociálního a duchovního stavu klienta*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi, *znalost svých kompetencí*, *psychická odolnost*, byla uvedena

2krát. Kategorie odpovědi, *možnost pracovat v terénu, sestra je pánem svého času, zapojení klienta do společnosti a rychlejší uzdravení v domácím prostředí*, byla uvedena 1krát. Respondentky 4, 5 a 7, odpověděly v jedné kategorii, tzn. 1krát. Respondentky 1 a 6 odpověděly ve třech kategoriích, tzn. 3krát. Respondentka 2 odpověděla ve čtyřech kategoriích, tzn. 4krát. Respondentky 3, 8 a 9 odpověděly v pěti kategoriích, tzn. 5krát. Celkový výskyt odpovědí respondentek je 28.

**Tabulka 89 – Nevýhody práce komunitní sestry**

| <b>R = respondentka</b>                       | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|-----------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Nedostatek těchto sester                      | 1         |           | 1         |           |           |           |           |           |           | 2             |
| Nedostatečné vzdělání sester                  | 1         |           | 1         |           | 1         |           |           |           | 1         | 4             |
| Nedostatečná praxe u lůžka                    | 1         |           | 1         |           |           |           |           |           |           | 2             |
| Nejasnosti ve financování                     | 1         |           |           |           | 1         |           |           |           |           | 2             |
| Nedostatečná informovanost laické veřejnosti  | 1         |           |           | 1         | 1         | 1         |           | 1         | 1         | 6             |
| Nedostatečná informovanost odborné veřejnosti | 1         |           |           | 1         |           | 1         |           | 1         |           | 4             |
| Nedůvěra veřejnosti vůči těmto sestrám        |           |           |           |           |           |           |           |           | 1         | 1             |
| Nedostatečné platové ohodnocení               | 1         | 1         | 1         |           | 1         |           |           | 1         | 1         | 6             |
| Špatná spolupráce mezi lékařem, pojišťovnami  |           | 1         |           |           |           |           |           |           |           | 1             |
| Velké množství administrativní činnosti       |           | 1         |           |           |           |           |           |           |           | 1             |
| Psychologicky náročné povolání                |           |           |           | 1         |           |           |           |           |           | 1             |
| Působení komunitních sester jen v zahraničí   |           |           |           |           |           |           | 1         |           |           | 1             |
| <b>Celkový výskyt</b>                         | <b>7</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>2</b>  | <b>1</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>  | <b>31</b>     |

Nejčastější kategorie odpovědi, *nedostatečná informovanost laické veřejnosti a nedostatečné platové ohodnocení*, byla uvedena celkem 6krát. Kategorie odpovědi, *nedostatečné vzdělání sester a nedostatečná informovanost odborné veřejnosti*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi, *nedostatek těchto sester, nedostatečná praxe u lůžka, a nejasnosti ve financování*, byla uvedena celkem 2krát. Kategorie odpovědi, *nedůvěra veřejnosti v tyto sestry, špatná spolupráce mezi lékařem, pojišťovnami, velké množství administrativní činnosti, psychicky náročné povolání a působení komunitních sester pouze v zahraničí*, byla uvedena 1krát. Respondentka 7 odpověděla v jedné

kategorii, tzn. 1krát. Respondentka 6 odpověděla ve dvou kategoriích, tzn. 2krát. Respondentky 2, 4 a 8 odpověděly ve třech kategoriích, tzn. 3krát. Respondentky 3, 5 a 9 odpověděly ve čtyřech kategoriích, tzn. 4krát. Respondentka 1 odpověděla v 7 kategoriích, tzn. 7krát. Celkový výskyt odpovědí respondentek je 31.

**Tabulka 90 – Zájem pracovat jako komunitní sestra**

| <b>R = respondentka</b> | <b>R1</b> | <b>R2</b> | <b>R3</b> | <b>R4</b> | <b>R5</b> | <b>R6</b> | <b>R7</b> | <b>R8</b> | <b>R9</b> | <b>Součet</b> |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| ANO                     |           | 1         |           |           |           |           | 1         |           | 1         | <b>3</b>      |
| NE                      | 1         |           | 1         | 1         | 1         | 1         |           | 1         |           | <b>6</b>      |
| <b>Celkový výskyt</b>   | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>1</b>  | <b>9</b>      |

Nejčastější kategorie odpovědi, *ano, chtěla bych tuto činnost vykonávat*, byla uvedena celkem 3krát. Kategorie odpovědi, *ne, tuto činnost bych vykonávat nechtěla*, byla uvedena 6krát. Celkový výskyt odpovědí respondentek je 9.

## 5. Diskuze

Komunitní ošetrovatelství je definováno jako „ošetřovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče, které jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel“ (22, s. 39). Komunitní péče se zaměřuje na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Dále se zaměřuje na rehabilitaci, na péči o nemocné, o chronicky a nevyлéčitelně nemocného a o zdravotně postižené občany. Aby mohl být tento cíl naplněn, musí komunitní sestra poskytovat svoji péči komunitě jako celku. To znamená, že poskytuje péči lidem uvnitř komunity, rodinám a jednotlivcům. V zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů je definováno komunitní ošetrovatelství a podmínky k získávání specializace komunitní sestry.

V diplomové práci jsou hodnoceny výsledky kombinovaného kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření, které byly získané dotazníkovou metodou pro laickou veřejnost a sestry pracující v různém zdravotnickém zařízení a rozhovorem se sestrami.

Provedené šetření ukázalo, že by laická veřejnost i odborná veřejnost měla zájem, aby byla v České republice zavedena péče komunitních sester. (Tabulka 11 a 75). Z výsledků také vyplynulo, že laická veřejnost by těmto sestrám plně důvěřovala (Tabulka 32).

V rozhovorech s respondentkami se ukázalo, že čtyři respondentky z devíti, vůbec nemají představu, kdo je komunitní sestra. Ale jak výsledky ukazují, sestry, které mají vysokoškolské nebo vyšší vzdělání, pojem komunitní sestra již slyšely a to právě při studiu na vysoké nebo vyšší škole. Tyto respondentky také věděly, že komunitní sestry působí v zahraničí. Tímto zjištěním jsem odpověděla na výzkumnou otázku 1: „*Znají sestry pojem komunitní sestra?*“

Sestry mají tradičně k lidem velmi blízko, mají důvěru, pracují samostatně a finančně se každému státu vyplatí. Obecně jsou nazývány komunitními sestrami, ale

v jiných zemích se mohou nazývat jinak. Např. sestra pro veřejné zdravotnictví (public health visitors), sestra pro návštěvní službu (health visitors), sestra pro domácí péči, školní sestra, sestra pro zdravotní výchovu, rodinná sestra (family nurse). Všechny tyto sestry pracují ve státním zájmu samostatně v terénu jako součást veřejného zdravotnictví a jsou za svou práci, která je společensky velmi ceněna, odměňovány z veřejných prostředků. Systém domácí péče pojmu komunitní práce odpovídá jen částečně, protože tato práce je zaměřena jen na nemocné, ale již se nezaměřuje na zdravou nebo ohroženou populaci. Není pochyb o tom, že práce komunitních sester je velmi užitečná, ale v našem zdravotním systému není jednoduché pro ni najít patřičné místo hrazené ze státních prostředků. Rada pro rozvoj ošetrovatelství se snaží i tento úkol splnit. Ale je k tomu nezbytná podpora státu. Některé bakalářské programy již vychovávají sestru vzdělanou v komunitní péči. Je však potřeba, aby byly tyto sestry posílány na studijní pobyt do zahraničí, kde je komunitní ošetrovatelství již dobře rozvinuté, a pak pro ni připravit pracovní uplatnění (49).

Velice mě zajímalo, v jakých oblastech by komunitní sestra měla působit (Tabulka 84). Šest respondentek se shodlo, že nejvíce je komunitní sestra potřebná pro seniory. Pět respondentek uvedlo, že by komunitní sestra byla užitečná v péči o dětskou komunitu. Těmito výsledky jsem odpověděla na výzkumnou otázku 5: „*V jaké oblasti by měla komunitní sestra působit?*“ Práce komunitní sestry by vyžadovala vzdělání, praxi u lůžka a celoživotní vzdělávání se. Podmínky pro práci komunitní sestry jsou uvedeny v tabulce 87. Překvapující je, že pět z devíti respondentek uvedlo, že pro práci komunitní sestry je velice důležité vysokoškolské vzdělání (Tabulka 85). Podle mého názoru si stále více lidí začíná uvědomovat, jak je pro sestru důležité vzdělání. Myslím si, že je to velice dobře, protože vysokoškolsky vzdělaná sestra může uplatnit své vědomosti, dovednosti a postoje, které získala studiem také v praxi. Podle mého názoru vysokoškolsky vzdělané sestry více vědí, jak je důležitý rozvoj komunitní péče.

Dále jsem chtěla zjistit, jaký význam má komunitní sestra v ČR (Tabulka 82). Většina dotazovaných sester vidí význam komunitní sestry především v tom, že dokáže lépe navázat důvěrnější vztah s klientem, ale i jeho rodinou. Dalším významným

faktorem je to, že může poskytovat ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta. Jarošová ve své knize uvádí, že v České republice je domácí péče poskytovaná v pěti základních formách. Do těchto forem zařazujeme domácí hospitalizaci, dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči a domácí hospicovou péči (22).

Také jsem chtěla od respondentek získat názor na to, jaké by měla mít komunitní sestra kompetence (Tabulka 83). Překvapilo mě, že čtyři respondentky vůbec neměly představu o kompetencích komunitní sestry. Čtyři respondentky v rozhovoru uvedly, že by se komunitní sestra měla zabývat hlavně edukací svých klientů, ale i jejich rodinných příslušníků. Edukace by se podle nich měla týkat správné životosprávy a životního stylu. Upozorňovat klienty na rizika spojená se špatnou životosprávou. Hanzlíková uvádí, že dnes jsou hlavně ve školním věku velice časté problémy s výživou. Tento problém se týká převážně nadměrné konzumace jídla, které neodpovídají nutričním požadavkům. Tato nevhodná strava pak může být v dospělém věku příčinou vzniku obezity, cukrovky, hypertenze a jiných chronických degenerativních nemocí (14).

V rozhovorech jsem se také ptala na náplň komunitní sestry (Tabulka 86). Většina dotazovaných respondentek (7 z 9) se shodly, že by náplní komunitní sestry měla být především podpora zdraví jedince a jeho edukace. Podpora zdraví je vlastně souhrn aktivit a opatření, které směřují k předcházení nemocem, ale i ke zlepšení zdravotního stavu jednotlivce i celé komunity. Myslím si, že základním rysem podpory zdraví je přímá účast jednotlivce na uchování nebo zlepšení vlastního zdraví a to převzetím spoluzodpovědnosti za vlastní zdraví. V praxi to znamená například boj s kouřením, zvyšování pohybové aktivity, prevence a kontrola obezity, zdravá výživa, prevence kardiovaskulárních a metabolických onemocnění, očkování a pravidelné preventivní prohlídky. Jak však ukázalo šetření od laické veřejnosti (Tabulka 9), ze 153 dotazovaných respondentů, chodí na pravidelné preventivní prohlídky pouze 92 respondentů.

V souvislosti s preventivními prohlídkami jsem se respondentů ptala, zda jsou spokojeni s dostupností zdravotní péče (Tabulka 6). 22 respondentů uvedlo, že spokojeni nejsou a to z následujících důvodů: vzdálená pohotovost, vzdálená ordinace, špatný přístup s kočárkem, nedostupnost zubní pohotovosti, nekvalitní péče praktických

lékařů, nedostupnost lékárny, málo odborných lékařů, malý zájem lékařů o pacienta a velké fronty v čekárnách.

Dále jsem chtěla znát podmínky, za kterých by měly samostatně pracující sestry pracovat (Tabulka 12). Nejčastější odpovědi respondentů bylo odpovídající vzdělání (48) a předchozí praxe u lůžka (42). Pro 13 respondentů je velice důležité, aby měly vymezený rozsah činností. Rozsah činností je uveden v nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanovují obory specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (40).

Laické veřejnosti jsem se ptala, zda by chtěli, aby byla v České republice zavedena péče komunitní sestry v oblasti komunitní péče. Předpokládala jsem, že laická veřejnost bude mít zájem o působení těchto sester v České republice. Moji domněnku potvrdily výsledky (Tabulka 15). Většina dotazovaných respondentů (111) by měla zájem, aby samostatně pracující sestry působily v oblasti domácí péče. Na základě těchto výsledků jsem potvrdila hypotézu 1: „Laická veřejnost má zájem o působení sester v oblasti komunitní péče.“ Potvrzení této hypotézy dokazuje tabulka 79 (s.113).

Chtěla jsem názory laické veřejnosti i odborníků na to, s jakými zdravotními problémy se nejvíce setkávají děti předškolního a školního věku. Laici předpokládají, že děti předškolního věku trpí nejčastěji alergickými onemocněními a respiračními infekcemi (Tabulka 21). Děti školního věku, trpí podle laiků angínami a dochází u nich k častým úrazům (Tabulka 22). Stejnou otázku jsem položila i zdravotnickým odborníkům. Odborníci uvedli, že děti předškolního věku (Tabulka 54) trpí nejčastěji alergickými onemocněními (43 respondentů) a dochází u nich k častým úrazům (30 respondentů). Děti školního věku, trpí podle odborníků angínami a obezitou (Tabulka 55). Počet léčených pacientů s alergickým onemocněním stoupl oproti roku 2000 o 277 případů. Počet respiračních infekcí je nejvyšší u dětí do 14 - ti let. V roce 2007 jejich počet dosahoval skoro 120 000 dětí s dýchacími potížemi (56). Tento fakt uvádí také Buchanec (3) ve Vademékum pediatra a Sedlářová (45) v Základní ošetrovatelské péči v pediatrii. Souhlasím s autory Buchancem, Sedlářovou a Tvrdou,

kteří ve svých knihách uvádí, že největší podíl na úrazovosti školních dětí mají úrazy školní a sportovní (3, 45, 54).

Nejčastějším zdravotním problémem u pracujících jsou podle laické veřejnosti, (Tabulka 24) úrazy. Také odborníci se shodli, že nejčastějším problémem u pracujících jsou úrazy a také vertebrogenní potíže (Tabulka 57). Zdravotnická ročenka České republiky pro rok 2007 uvádí, že se počet pracovních úrazů, oproti roku 2000, mírně snížil. Ze statistiky vyplývá, že největší počet úrazů je v Libereckém a Plzeňském kraji. Dále se ukazuje, že pracovní úrazy postihují více muže než ženy (56).

Činnosti samostatně pracující sestry v oblasti péče o komunitu pracujících jsou následující: pomocí různých mechanismů se snaží omezit vzniku úrazu, mapovat zdravotní stav pracujících, zabývat se otázkami stárnutí pracovní síly, zaměřovat se na prevenci, vytvářet preventivní programy, zaměřovat se na ochranu zdraví při práci, nacvičovat se zaměstnanci první pomoc, sledovat pracovníky při práci, podávat léky a provádět odběry biologického materiálu (Tabulka 23). Úlohou sestry, která pracuje v oblasti prevence pracovních rizik, je detekovat, zpracovávat a dokumentovat rizikové faktory, které negativně ovlivňují úroveň zdravotního stavu pracujících a spolupracovat s managementem při vytváření preventivních programů pro zaměstnance. Komunitní sestra připravuje návrhy a opatření, která směřují k omezení rizika vzniku úrazu nebo nemoci z povolání. Vytváří a uskutečňuje edukační a výchovné programy, které jsou zaměřené na prevenci a ochranu zdraví při práci. Také s pracovníky nacvičuje první pomoc. Sestra také provádí výzkumná šetření v oblasti ochrany zdraví a prevence úrazů zaměstnanců, a to za použití nejmodernějších metod (40).

Stárnutí obyvatelstva bylo v roce 2007 charakterizováno poklesem zastoupení dětské složky na současných 14,2 % a rostoucím podílem osob ve věku 65 let a více. Zvyšuje se index stárí, podle něhož nyní na 100 dětí připadá 102,4 seniorů (v roce 2006 to bylo pouze 100,2 seniorů). U seniorů se můžeme setkat s nejrůznějšími zdravotními problémy (Tabulka 27). Laici uvedli, že nejčastějším zdravotním problémem u seniorů je inkontinence (42 respondentů) a snížení svalové síly (30 respondentů). Stejnou otázku jsem položila i odborníkům (Tabulka 63). Ti uvedli, že se u seniorů můžeme setkat s inkontinencí (36 respondentů) a snížení svalové síly

(30 respondentů). Ale i nadále jsou nejčastější příčinou úmrtí kardiovaskulární choroby, které uvedlo 7 respondentů a další příčinou úmrtí jsou novotvary (56).

Dále jsem chtěla znát, jaké zdravotní potíže by mohla mít komunita žen. Opět jsem tuto otázku položila jak laické tak i odborné veřejnosti. Laická veřejnost (Tabulka 29) uvádí, že se ženy potýkají nejčastěji s karcinomem prsu (70 respondentů) a s karcinomem děložního čípku (40 respondentů). Odborníci (Tabulka 66), také uvedli, že se ženy potýkají s karcinomem prsu (27 respondentů) a karcinomem děložního čípku (43 respondentů).

Chtěla jsem, aby laická veřejnost uvedla, jaké vidí výhody samostatně pracujících sester (Tabulka 33). Většina dotazovaných respondentů (61) se domnívá, že by s tím zlepšila kvalita ošetrovatelské péče. Jako výhodu uvádí i možnost poskytování ošetrovatelské péče klientovi v jeho domácím prostředí. Naopak nevýhody (Tabulka 34) vidí respondenti hlavně v nedostatku těchto sester a jejich špatném finančním ohodnocení.

Jedním z prostředí, kde by měla samostatně pracující sestra působit, je práce v terénu (Tabulka 36). Respondenti se domnívají, že by měla působit ve vlastní ordinaci nebo v agenturách domácí péče. Naopak odborníci se domnívají, že by komunitní sestra měla působit v agenturách domácí péče nebo v ordinacích praktických lékařů. (Tabulka 73).

Činnost samostatně pracujících sester by měl podle respondentů řídit především lékař, pod jehož ordinaci by sestry spadaly (Tabulka 35). 27 respondentů usuzuje, že by samostatně pracující sestra měla pracovat v rámci státního sektoru. Stejný počet respondentů uvedl, že by jejich činnost měla být řízena privátně. Stejnou otázku jsem položila i odborníkům (Tabulka 72). Šetření ukázalo, že se názor laické i odborné veřejnosti téměř shoduje. Odborníci by chtěli, aby komunitní sestry spadaly pod ordinaci praktických lékařů (35 respondentů) anebo, aby byly řízeny privátně (33 respondentů).

V úvodu dotazníku pro sestry jsem se ptala na věk dotazovaných respondentů. Při vyhodnocování tabulky 38 bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinu sester tvoří věková kategorie 36 - 45 let (57 respondentů). Věková kategorie 46 – 55 let byla

zastoupena 28 respondenty. Pouze 6 respondentů bylo ve věkové kategorii 19 – 25 let. Pro tuto tabulku bylo také použito porovnání statistických vztahů/testů (Kontingenční tabulka 1). Zajímalo mě, zda sestry ve věku 36 – 45 let a zájem pracovat jako komunitní sestra jsou na sobě statisticky závislé. Statisticky vyšlo, že jsou tyto proměnné na sobě statisticky závislé (toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,000). Z tohoto výsledku vyplývá, že se hypotéza potvrdila.

V další otázce mě zajímalo, jaké mají dotazovaní respondenti vzdělání (Tabulka 39). Výzkumné šetření ukázalo, že respondenti mají nejčastěji středoškolské vzdělání (77 respondentů). To není až tak překvapivé, jelikož v České republice ve zdravotnictví největší podíl tvoří středoškolsky vzdělané sestry. Specializaci má 28 sester. Další výsledky ukazují, že se do zdravotnictví začíná angažovat stále více sester s vysokoškolským vzděláním (11 respondentů). Pro tuto tabulku bylo také použito porovnání statistických vztahů/testů (Kontingenční tabulka 2). Velmi mě zajímalo, zda je dosažené vzdělání a zájem pracovat jako komunitní sestra na sobě statisticky závislé. Statisticky vyšlo, že tyto dvě proměnné na sobě statisticky závislé nejsou (toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,179). Z tohoto výsledku vyplývá, že se stanovená hypotéza nepotvrdila.

Dotazníkové šetření se věnovalo i předpokládanému vzdělání komunitní sestry. Laické i odborné veřejnosti jsem položila stejnou otázku. Překvapivě 93 laiků uvedlo, že by měla mít alespoň vyšší zdravotnickou školu a 38 respondentů se domnívá, že by měla mít vysokou školu (Tabulka 31). Zajímavé zjištění přinesly i názory zdravotnických odborníků (Tabulka 51). Mnoho odborníků (48) se domnívá, že by komunitní sestra měla mít vysokoškolské vzdělání a specializaci (36). Respondent uvedl, že by se taková sestra měla vzdělávat celoživotně.

Další stanovená hypotéza zněla: „Sestry pracující ve zdravotnictví 21-30 let, mají zájem, aby komunitní sestra působila v agenturách domácí péče.“ Odpověď na tuto hypotézu najdeme v tabulce 40 a 73, které nám dávají informace o délce praxe respondentů ve zdravotnictví a o působení komunitní sestry. Nejčastější zastoupení respondentů je v kategorii 11 – 20 let (35 respondentů). Druhou nejpočetnější kategorií je 31 – 40 let (32 respondentů). Překvapivé je, že pouze 4 sestry pracují ve zdravotnictví

méně než 5 let. Dá se předpokládat, že je to z toho důvodu, že sestry, které ukončí středoškolské vzdělání, se chtějí jít dále vzdělávat a prohlubovat si vědomosti na vyšší zdravotnickou školu nebo na vysokou školu. Pro tuto tabulku bylo také použito porovnání statistických vztahů/testů (Kontingenční tabulka 3). Zajímalo nás, zda délka praxe ve zdravotnictví 21 – 30 let a zájem pracovat jako komunitní sestra v agenturách domácí péče jsou na sobě statisticky závislé. Statisticky vyšlo, že tyto dvě proměnné na sobě statisticky závislé nejsou (toto tvrzení podporuje i Fischerův přesný Exact test, který má hodnotu 0,140). Z tohoto výsledku vyplývá, že se stanovená hypotéza nepotvrdila.

Zájem pracovat jako komunitní sestra můžeme vidět v tabulce 46. Tuto činnost by respondenti vykonávat nechtěli (76), pouze 45 respondentů ano. V souvislosti se zájmem pracovat jako komunitní sestra, jsem chtěla zároveň znát důvody jejich zájmu (Tabulka 47) a oblast, kde by chtěli respondenti působit a (Tabulka 48). Pro 14 respondentů je tato práce zajímavá z toho důvodu, že mají více zodpovědnosti a 11 respondentů uvedlo, že je to více samostatná práce. Respondentům se také líbí představa, že by poskytovali ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta (6 respondentů). Nejčastější oblastí, kde by chtěli respondenti působit, je péče o děti (30 respondentů) a péče o seniory (9 respondentů).

Důvody nezájmu pracovat jako komunitní sestra jsou znázorněny v tabulce 49. Některé odpovědi jsou překvapující. 11 respondentů uvedlo, že se nechtějí učit něčemu jinému. Stejný počet respondentů uvedl, že pro výkon této práce nemá dostatečné vzdělání. 15 respondentů by nechtělo mít více zodpovědnosti.

Velice překvapivé výsledky přináší tabulka 43, ve které mě zajímalo, kolik respondentů pracujících ve zdravotnickém zařízení jsou držiteli osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. 23 respondentů pracujících ve zdravotnickém zařízení nebylo vůbec registrovaných, i přesto, že je v této době pro výkon profese bez odborného dohledu nutností a povinností být registrován.

Chtěla jsem vědět, zda odborná veřejnost ví, kdo je komunitní sestra. Mnoho respondentů (40) se domnívá, že je to sestra, která pečuje o seniory. 35 respondentů uvedla, že je to sestra, která pracuje v agenturách domácí péče. 9 respondentů nevědělo,

co si má pod tímto pojmem představit. Zajímavé je, že ani jeden respondent neuvedl, že by to mohla být sestra, která pracuje ve škole. V mnoha zemích již školní sestra existuje. Školní sestra jako manažerka řídí mnohé aktivity. Spolupracuje s rodiči ve vyhledávání příčin problémů dítěte. Diskutuje i o problémech žáka s rodiči. Navazuje kontakt s učiteli a administrativními pracovníky. Získává od nich informace, které mohou ovlivnit zdravotní stav žáků. Sestra také identifikuje situace, které by se mohly stát v průběhu vyučování a které mohou přímo ovlivnit vznik onemocnění. Školní sestra by měla zajistit integrovaný školní program zdraví ve škole, pomáhat rodinám při hledání řešení, které vedou k uspokojování potřeb, a podporovat zdraví a zodpovědnost za zdraví. Měla by mít vědomosti z oboru ošetrovatelství, pediatrie, výchovy ke zdraví a veřejnému zdraví. V ošetrovatelském procesu plní školní sestra funkci koordinátora, manažera, edukátora a konzultanta Společným cílem ve vzdělání sester je příprava samostatné profese školní sestry, která by měla mít univerzitní vzdělání na úrovni minimálně bakaláře. Funkce školní sestry nebyla v České republice doposud zřízena (14).

Tak jako u laické veřejnosti jsem chtěla znát výhody práce komunitní sestry i u odborníků (Tabulka 70). I odborníci považují její výhody v tom, že se zlepší kvalita ošetrovatelské péče (26 respondentů) a možnosti poskytovat potřebnou péči v domácím prostředí klienta (22 respondentů).

V tabulce 71 jsou uvedeny nevýhody práce komunitních sester. Špatné finanční ohodnocení uvedlo 41 respondentů. Na nedostatečné vzdělání poukazuje 17 respondentů a 18 respondentů na jejich nedostatky.

Ptala jsem se odborné veřejnosti, zda si přejí, aby v České republice byla zavedena péče komunitních sester (Tabulka 75). Většina respondentů (95) uvedla, že by tato činnost komunitní sestry byla v České republice potřebná, ale za předpokladu, že by tyto sestry měly odpovídající vzdělání a předchozí praxi u lůžka. Dále by měly spolupracovat s lékaři a ostatními odborníky. Také by se měly celoživotně vzdělávat a prohlubovat si tak své dosavadní vědomosti a dovednosti a měly by mít vymezený rozsah činností (Tabulka 74).

Předpokládala jsem, že zdravotničtí pracovníci budou vědět, kdo indikuje domácí péči. Ale výzkumné šetření ukázalo pravý opak. Z výsledků vyplynulo, že pouze 49 respondentů (ze 121) ví, kdo domácí péči indikuje. Nárok na poskytování domácí péče má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí klienta rozhodne o poskytování domácí péče. Na základě rozhodnutí ošetřujících lékařů je poskytována domácí péče každoročně statisícům klientů všech věkových, indikačních i diagnostických skupin. Obvykle se jedná o ty klienty, kteří by bez existence domácí péče byli hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Poskytování domácí péče je upraveno právními normami. Její definice můžeme najít v zákoně 48/1997 Sb., O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. V tomto zákoně můžeme najít pro koho a za jakých podmínek je tato forma péče určena, v jakém rozsahu se tato péče může poskytovat a kdo ji může vykonávat (36, 70).

Jak již bylo řečeno, komunitní ošetřovatelství je organizováno zpravidla mimo nemocnici. Zajišťuje potřebnou péči o rodinu, jednotlivce nebo skupinu obyvatel zaměřenou jednak na ochranu zdraví, prevenci onemocnění, výchovu ke zdraví a na péči o nemocného a rehabilitaci včetně edukace rodinných příslušníků pro poskytování laické ošetřovatelské péče. Hlavní úlohou komunitní sestry je vystupovat jako zprostředkovatel zdravotní a ošetřovatelské péče pro členy komunity. Další činnosti, které sestra vykonává, vychází z mnoha rozmanitých činností. Tyto sesterské činnosti jsou u nás stále společensky i rezortně nedoceny. Proto si myslím, že by byla potřeba, aby zákonem byla legalizovaná činnost práce komunitních sester, které by pečovaly o různé komunity klientů.

## 6. Závěr

V době převratných reforem zdravotnictví, kdy neustále narůstají zdravotní problémy, jsou sestry stále častěji považovány za základní zdroj všech reforem zdravotnictví. Sestry představují nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu, pracují na nejrůznějších pozicích a jejich práce přispívá k plnění cílů, které si stanovily členské státy pro zdraví celé populace v 21. století. Sestry se musí ale neustále vzdělávat a školit, aby byly schopné čelit nejrůznějším výzvám, které na ně klade nový důraz na osvětu a prevenci chorob, rozvoj komunit, práci v multidisciplinárních týmech, rovnost v přístupu k péči a snahu přenést poskytování zdravotní péče blíže lidem.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, kde by mohly sestry pro komunitní péči uplatnit své kompetence dle daných legislativních rámců. Druhým cílem bylo zjistit, jaký pohled má laická veřejnost na práci sestry v komunitní péči. K těmto cílům byly stanoveny hypotézy. Hypotéza první: Laická veřejnost má zájem o působení sester v oblasti komunitní péče; tato hypotéza byla na základě odpovědí respondentů potvrzena (tabulka k hypotéze 1). Hypotéza druhá: Sestry ve věku 36 – 45 let mají zájem pracovat jako komunitní sestra; tato hypotéza byla na základě odpovědí respondentů také potvrzena (kontingenční tabulka 1). Hypotéza třetí: Zájem sester o práci komunitní sestry závisí na jejich dosaženém vzdělání; tato hypotéza nebyla na základě odpovědí respondentů potvrzena (kontingenční tabulka 2). Hypotéza čtvrtá: Sestry pracující ve zdravotnictví 21-30 let mají zájem o působení komunitní sestry v agenturách domácí péče; tato hypotéza také nebyla na základě odpovědí respondentů potvrzena (kontingenční tabulka 3).

V oblasti kvalitativní části výzkumného šetření byly položeny otázky: Znájí sestry pojem komunitní sestra? Ví sestry, jaký mají komunitní sestry význam? Znájí sestry kompetence komunitních sester? Znájí sestry, jakou má komunitní sestra náplň? Znájí sestry podmínky práce komunitních sester?

Na základě kvalitativního šetření byly otázky zodpovězeny a ze získaných informací formou rozhovorů je možné vyslovit dvě hypotézy. Hypotéza první zní: Sestry neznají pojem komunitní sestra. Sestry jako nejčastější odpověď uvedly, že

nemají představu, kdo je komunitní sestra. Druhá hypotéza zní: Sestry nemají zájem pracovat jako komunitní sestra. Z devíti dotazovaných sester jich šest uvedlo, že by práci komunitní sestry vykonávat nechtěly.

Tato diplomová práce a především její výzkumná část by měla přispět ke zvýšení uvědomění sester o komunitním ošetřovatelství v České republice. V rámci zjištěných výsledků by bylo vhodné pojem komunitní ošetřovatelství šířit nejen mezi zdravotníky pracujícími v České republice, ale i ve veřejné populaci. Také tato práce může sloužit jako podklad pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. Autor neuveden. *Postřehy sestry domácí péče*. Sestra. 2000. č. 5. 5 s. ISSN. 1210-0404
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha:Grada, 2005. 188 s. ISBN. 80-247-1197-4
3. BUCHANEC, J. a kol. *Vademékum pediatra*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 1115 s. ISBN. 80-8063-018-6
4. BULLOUGH, B., BULLOUGH, V. *Nursing in the community*. St. Louis: Mosby, 1990, 693p. ISBN. 0-8016-6065-3
5. CLEMEN-STONE, S. EIGSTI, D.G. MCGUIRE, S.L. *Comprehensive family and community health nursing*. St. Louis: Mosby, 1991, 6899 p. ISBN. 0-8016-6068-8
6. ČELEDOVÁ, L. *Primární péče – postavení a úloha v systému zdravotní péče ČR*. [cit. 2009-03-12]. Dostupné z:  
<http://www.google.cz/search?hl=cs&q=syst%C3%A9m+zdravotn%C3%AD+p%C3%A9%C4%8De+o+dosp%C4%9Bl%C3%A9&btnG=Hledat&lr=>
7. DUNOVSKÝ, J. *Sociální pediatrie*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999, s. 284. ISBN. 80- 7169-254-9.
8. DYTRYCHOVÁ, D. *Sestra v paliativní péči*. Sestra. 2002. č. 1. 26.s. ISSN. 1210-0404
9. FESTOVÁ, A. *Vize komunitního ošetřovatelství v České Republice*. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 195 s. Vedoucí práce: Tóthová Valerie
10. FIBICHOVÁ, N. *Domácí péče v České republice*. Sestra. 1999. roč. č. 3, 11 s. ISSN. 1210-0404
11. FOGLAROVÁ, P. *Vztah agentury domácí péče a praktického lékaře*. Sestra. 2005. č. 11. ISSN. 1210-0404
12. HANUŠOVÁ, P., HNILICOVÁ, H., SCHEIBERG, F. a kol. *Průvodce zdravotní péčí o děti v ČR: Informační příručka pro cizince, kteří společně se svými dětmi*

- dlouhodobě pobývají v ČR.* 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy:IZPE, 2005. 44 s. ISBN. 80-86625-41-9
13. HANZLÍKOVÁ, A.a kol. *Komunitné ošetrovatel'stvo.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 279 s. ISBN. 80-8063-155-7
  14. HANZLÍKOVÁ, A.a kol. *Komunitní ošetrovatel'ství.* 1. české vyd. Martin: Osveta, 2007. 297 s. ISBN. 978-80-8063-251-7
  15. HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická.* 1. vyd. Praha: SLON, 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1
  16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika.* 3. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN. 80-7262-132-7
  17. HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie.* Přel. I. Štěpánková. 2. vyd. Portál, 2000. 165 s. ISBN. 80-7178-415-X
  18. HEJZLAROVÁ, M. *Názory občanů k problematice zdravotnictví v České republice.*Diplomová práce. Jihočeská univerzita: Zdravotně sociální fakulta, 2008. 109 s. Vedoucí práce: Kučerová, B.
  19. HOLČÍK J. *ZDRAVÍ 21 – osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace.* Praha, 2000. 191 s. ISBN. 92-890-1349-4. [cit.2009-03-30]. Dostupné z: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>
  20. HOLČÍKOVÁ, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví - východiska, základní pojmy a perspektivy.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN. 80-7013-417-8
  21. HOLMEROVÁ,I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 145 s. ISBN. 978-80-245-0179-8.
  22. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatel'ství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN. 978-80-247-2150-7
  23. JIRÁSKOVÁ, V. *Občan v demokratické společnosti.* 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 1999. 311 s. ISBN. 80-85850-78-8

24. KAČARAS, D. *Komunitní péče o seniory*. [cit. 2009-02-15 ]. Dostupné z: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/%C5%A0%C3%A1rka/Plocha/komunitni-pece%20o%20seniory.htm>
25. KOMÍNKOVÁ, H. *Právo na důstojné umírání*. Sestra. 2002. č. 1. 21 s. ISSN. 1210-0404
26. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta, 2003. 155 s. ISBN. 80-217-0528-0
27. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 3 přepracované vydání. Praha: ASP, a.s., 2005. 504 s. ISBN. 80-7357-050-5
28. KRIŠKOVÁ, A., WILLARD, P., CUPL, K. *Ošetrovatel'stvo v zdraví při práci*. Martin: Osveta, 2003. 155 s. ISBN. 80-8063-109-3
29. LEVOVÁ, J. *Využití služeb agentury domácí péče u klientů se sníženou soběstačností*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 73 s. Vedoucí práce: Chloubová Ivana
30. LUPÍŠKOVÁ, Š. *Vliv nesprávné životosprávy na výskyt obezity u dětí školního věku*. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita: Zdravotně sociální fakulta, 2007. 82 s. Vedoucí práce: Machová Alena
31. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatel'ství – systémový přístup – I. díl*. Praha: Karolinum, 2002, 187 s. ISBN. 80-246-0429-9
32. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a její vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2003. 161 s. ISNB. 80-86429-19-9
33. MISCONIOVÁ, B. *Management komplexní domácí péče*. 1. vyd. Praha: Asociace domácí péče, 1996. 80 s. ISBN. 80-1535-4235-8
34. MISCONIOVÁ, B. *Domácí péče a její principy*. [cit. 2008-12-14 ]. Dostupné z: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/%C5%A0%C3%A1rka/Plocha/diplomov%C3%A1%20pr%C3%A1ce/Misconiov%C3%A1.htm>
35. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péče*. 1. vyd. ADP ČR, 1998. 270 s.

36. MISCONIOVÁ, B. *Systém domácí péče – informace pro klienty*. [cit. 2009-02-15 ]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->
37. MISCONIOVÁ, B. *Základní principy kvality komplexní domácí péče*. Sestra. 1998. roč. . č. 3, 27 s. ISSN. 1210-0404
38. MISCONIOVÁ, B. *Nejčastější otázky a odpovědi spojené s domácí péčí*. [cit. 2009-03-02]. Dostupné z: <http://www.anamneza.cz/moduly/stranka.php3?id=202>
39. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN. 80-247-1024-2
40. Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanovují obory specializačního vzdělávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí
41. NĚMEC, J. *České zdravotnictví v uplynulých devíti letech*. [cit. 2009-03-12 ]. Dostupné z: <http://www.google.cz/search?hl=cs&lr=&q=Model+n%C3%A1rodn%C3%ADho+zdravotn%C3%ADho+poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD&start=40&sa=N>
42. PĚTIVLASOVÁ, A. *Přínos práce dětské sestry v komunitním ošetřovatelství v podmínkách České republiky a v zahraničí*. . Diplomová práce. Jihočeská univerzita: Zdravotně sociální fakulta, 2008.182 s. Vedoucí práce: Festová Andrea
43. PROVAZNÍK, K., KOMÁREK, L. *Manuál prevence v lékařské praxi*. Praha:Fortuna, 2004. 731 s. ISBN. 80-7168-942-4
44. PŘIKRYLOVÁ, L., MALINOVÁ, M. *Výuka sester domácí péče*. Sestra. 1999. č. 3. 18 s. ISSN. 1210-0404
45. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetřovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN. 978-80-247-1613-8
46. SCHUBERTO VÁ, M. *Sestra v hospici a v domácí hospicové péči*. Sestra. 2002. č. 1. 21.s. ISSN. 1210-0404

47. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. Koncepce paliativní péče v ČR – pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi. [cit. 2009-03-12] Dostupné z:  
<http://www.cestadomu.cz/res/data/004/000505.pdf>
48. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1: koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v brně, 2003. 50 s. ISBN. 57-856-98
49. STAŇKOVÁ, M. *Jakou chceme sestru v komunitní péči?* Sestra. 2000. č. 4. 1-2 s. ISSN. 1210-0404
50. STAŇKOVÁ, M. *Obrázky z historie českého ošetrovatelství*. Sestra. 2000. roč. č. 3, 5 s. ISSN. 1210-0404
51. STAŇKOVÁ, M. Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče. Sestra. 2003. roč. 13, č. 16. 16. s.
52. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. 95 s. ISBN. 80-85047-20-9
53. STROŽNICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. *Základy dětského lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 360 s. ISBN. 978-80-246-1067-2
54. TVRDÁ, J. *Domácí zdravotní péče v roce 2006*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ÚZIS, 2006. 5 s. Soubor v pdf.
55. URBANOVÁ, V. *Domácí péče ze zdravotně sociálního hlediska*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita: Zdravotně sociální fakulta, 2007. 112 s. Vedoucí práce: Trešlová Marie
56. ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky, 2007*. [cit. 2009-03-19] Dostupné z: <http://www.google.cz/search?hl=cs&q=zdravotnick%C3%A1+ro%C4%8Denka+%C4%8Dr+2007&btnG=Hledat&lr=>
57. VARGOVSKÁ, K. Domácí hospicové péče. Sestra. 33.s ISSN. 1210-0404
58. VELEMÍSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2005, s. 136. ISBN 80-7040- 813-8.
59. VOLF, V., VOLFOVÁ, H. *Pediatrie I*. 3. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 112 s. ISBN. 7333-021-0

60. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: MANUS, 2004. 100 s. ISBN. 80-86571-07-6
61. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. 125 s. ISBN. 978-80-7254-997-9
62. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
63. Vyhláška 439/2008 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
64. VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 396 s. ISBN. 978-80-247-1315-1
65. WHO. *LEMON I. díl – Učební text pro sestry a porodní asistentky. Learning Material On nursing*. Přel. Heřmanová, J. a Staňková, M. 1. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 178 s. ISBN. 80-7013-234-5
66. WHO. *LEMON IV. díl – Učební text pro sestry a porodní asistentky. Learning Material On nursing*. Přel. Heřmanová, J. a Staňková, M. 1. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 160 s. ISBN. 80-7013-248-5
67. Zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
68. Zákon č. 160/1992 sb. o nestátních zdravotnických zařízeních.
69. Zákon č. 20/1966Sb., *o péči o zdraví lidu*. V platném znění. [cit. 2009-03-12 ].  
Dostupné z:  
<http://www.google.cz/search?hl=cs&q=z%C3%A1kon+%C4%8D.+20%2F1966&btnG=Vyhledat+Googlem&lr=&aq=f&oq=>
70. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
71. ZAPLETAL, M. *Status sestry pracující v agentuře domácí péče*. Diplomová práce. Jihočeská univerzita: Zdravotně sociální fakulta, 2006. 94 s. Vedoucí práce: Tóthová Valerie

72. Zdravotnický informační server. *Dospělost*. [cit. 2009-03-19] Dostupné z:  
<http://zis.naskok.cz/dospelost>
73. ZOUHAROVÁ, A. *Způsobilost k výkonu povolání dětské sestry*. Pediatrie pro praxi. Brno: 2005. č. 1. s. 29 – 30. [cit. 2009-03-15] Dostupné z:  
<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2005/01/08.pdf>

## **8. Klíčová slova**

1. Sestra
2. Klient
3. Kompetence
4. Komunitní ošetřovatelství
5. Zdraví

## **9. Přílohy**

|           |                                |
|-----------|--------------------------------|
| Příloha 1 | Dotazník pro laickou veřejnost |
| Příloha 2 | Dotazník pro sestry            |
| Příloha 3 | Struktura rozhovoru            |
| Příloha 4 | Fáze prožívání nemoci podle    |

## **DOTAZNÍK PRO VEŘEJNOST**

Dobrý den,  
jmenuji se Šárka Lupíšková a chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Možnosti využití kompetencí sestry pro komunitní péči v oblasti péče o zdraví v ČR“. Odpovědi zaškrtněte nebo doplňte dle nabídnutých možností.  
Děkuji Vám za spolupráci.

### **1. Kolik je Vám let?**

- a) 19 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 – 65 let
- f) 66 - 75 let
- g) 76 let a více

### **2. Jste**

- a) muž
- b) žena

### **3. Počet obyvatel Vašeho místa trvalého bydliště je?**

- a) do 199 obyvatel
- b) 200 – 499 obyvatel
- c) 500 – 999 obyvatel
- d) 1000 – 1999 obyvatel
- e) 2000 – 4999 obyvatel
- f) 5000 – 9999 obyvatel
- g) 10 000 – 19 999 obyvatel
- h) 20 000 – 49 999 obyvatel
- i) 50 000 – 99 999 obyvatel
- j) 100 000 – 499 000 obyvatel
- k) 500 000 a více

**4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) základní škola
- b) vyučen
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysoká škola

**5. Z jakého jste kraje?**

- a) Jihočeský kraj
- b) Jihomoravský kraj
- c) Karlovarský kraj
- d) Královehradecký kraj
- e) Liberecký kraj
- f) Moravskoslezský kraj
- g) Olomoucký kraj
- h) Pardubický kraj
- i) Plzeňský kraj
- j) Praha
- k) Středočeský kraj
- l) Ústecký kraj
- m) Vysočina
- n) Zlínský kraj

**6. Jste spokojeni s dostupností zdravotní péče ve Vašem okolí?**

- a) ano
- b) ne

**7. pokud NEJSTE spokojeni s dostupností zdravotní péče ve Vašem okolí, tak proč?**

*Prosím dopište*

.....

.....

**8. Za jakých podmínek nejčastěji přicházíte do zdravotnického zařízení?**

- a) preventivní prohlídky
- b) akutní onemocnění
- c) očkování
- d) žádost o radu týkající se zdraví
- e) potvrzení zdravotní způsobilosti

- f) chodíte si pro recepty
- g) jiné (prosím doplňte).....

**9. Chodíte pravidelně na preventivné prohlídky?**

- a) ano
- b) ne

**10. Slyšel/a jste někdy o samostatně pracujících sestrách?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**11. Myslíte si, že by měla být v ČR zavedena péče sester, které by pracovaly samostatně?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**12. Za jakých podmínek by tyto sestry měly pracovat samostatně?**

- a) mají odpovídající vzdělání
- b) spolupracují s lékaři
- c) mají předchozí praxi u lůžka
- d) mají vymezený rozsah činností
- e) spolupracovaly by s dalšími odborníky
- f) jiné (prosím doplňte).....

**13. Měl/a byste zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o dětskou komunitu?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**14. Měl/a byste zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu pracujících?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**15. Měl/a byste zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o klienty v oblasti domácí péče?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**16. Měl/a byste zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu seniorů?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**17. Měl/a byste zájem, aby samostatně pracující sestry/porodní asistentky pečovaly o komunitu žen?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**18. Měl/a byste zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu psychicky nemocných?**

- d) ano
- e) ne
- f) nevím

**19. Měl/a byste zájem, aby samostatně pracující sestry pečovaly o komunitu terminálně nemocných?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**20. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra pečující o dětskou komunitu?**

- a) pečovat o zdravé děti
- b) pečovat o nemocné děti
- c) pečovat o novorozence
- d) pečovat o kojence
- e) pečovat o batolata
- f) pečovat o předškolní děti
- g) pečovat o adolescenty

- h) vést matky ke správnému přístupu ve výživě dítěte
- i) edukovat matky v technice kojení
- j) sledovat psychomotorický vývoj dětí
- k) sledovat rodinu se špatnou socioekonomickou situací
- l) aplikovat injekce
- m) provádět hygienu
- n) podávat léky
- o) provádět očkování
- p) provádět odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- q) jiné (prosím doplňte).....

**21. Jaké mají podle Vás nejčastější zdravotní problémy děti předškolního věku?**

- a) respirační infekce
- b) angíny
- c) choroby ledvin
- d) choroby srdce
- e) alergická onemocnění
- f) úrazy
- g) otravy
- h) nadváhu
- i) alkoholismus
- j) obezitu
- k) vadné držení těla
- l) jiné (prosím doplňte).....

**22. Jaké mají podle Vás nejčastější zdravotní problémy děti školního věku?**

- a) úrazy
- b) angíny
- c) respirační infekce
- d) choroby ledvin
- e) choroby srdce
- f) otravy
- g) nadváhu
- h) obezitu
- i) vadné držení těla
- j) oční onemocnění
- k) sluchové potíže
- l) alkoholismus
- m) choroby močového systému
- n) choroby trávicího systému
- o) jiné (prosím doplňte).....

**23. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra pečující o komunitu pracujících?**

- a) pomocí různých mechanismů se snaží omezit vzniku úrazu
- b) mapovat zdravotní stav pracujících
- c) zabývat se otázkami stárnutí pracovní síly
- d) zaměřovat se na prevenci
- e) vytvářet preventivní programy
- f) zaměřovat se na ochranu zdraví při práci
- g) nacvičovat se zaměstnanci první pomoc
- h) sledovat pracovníky při práci
- i) podávat léky
- j) provádět odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- k) jiné (prosím doplňte).....

**24. Jaké má podle Vás nejčastější zdravotní problémy komunita pracujících?**

- a) úrazy
- b) alergie
- c) obezitu
- d) vadné držení těla
- e) oční onemocnění
- f) sluchové potíže
- g) choroby močového systému
- h) choroby trávicího systému
- i) respirační infekce
- j) choroby ledvin
- k) choroby srdce
- l) stres
- m) alkoholismus
- n) vertebrogenní potíže
- o) jiné (prosím doplňte).....

**25. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra v oblasti domácí péče?**

- a) podporovat zdraví
- b) navracet zdraví
- c) poučovat jedince v oblasti zdravého životního stylu
- d) předcházet možným komplikacím
- e) zvyšovat odpovědnost jedince za své zdraví
- f) spolupracovat s různými institucemi
- g) provádět preventivní opatření
- h) aplikovat léky
- i) provádět hygienu jedince
- j) jiné (prosím doplňte).....

**26. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra pečující o komunitu seniorů?**

- a) sledovat zdravotní situaci seniorů
- b) sledovat sociální situaci seniorů
- c) spolupracovat s odpovědnými orgány
- d) sledovat zdravotní rizika
- e) hodnotit zdravotní rizika
- f) snažit se o zachování soběstačnosti seniorů
- g) spolupracovat s gerontologickými centry
- h) provádět hygienu
- i) aplikovat injekce
- j) podávat léky
- k) provádět odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- l) jiné (prosím doplňte).....

**27 Jaké má podle Vás nejčastější zdravotní problémy komunita seniorů?**

- a) sluchové vady
- b) oční vady
- c) poruchu řeči
- d) snížení svalové síly
- e) úrazy
- f) inkontinence
- g) otravy
- h) jiné (prosím doplňte).....

**28. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra/porodní asistentka pečující o komunitu žen?**

- a) sledovat dodržování preventivních gynekologických prohlídek
- b) vychovávat ke kojení
- c) podporovat nekuřáctví
- d) pečovat o ženy v klimakteriu
- e) vychovávat k plánovanému rodičovství
- f) pečovat o ženy během těhotenství
- g) jiné (prosím doplňte).....

**29. Jaké má podle Vás nejčastější zdravotní problémy komunita žen?**

- a) karcinom(zhoubný nádor) prsu
- b) samovolné potraty
- c) alkoholismus

- d) karcinom (zhoubný nádor) děložního čípku
- e) poruchy příjmu potravy (bulimie, mentální anorexie)
- f) varixy (křečové žíly)
- g) infekce močových cest
- h) jiné (prosím doplňte).....

**30. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra pečující o komunitu terminálně nemocných?**

- a) pečovat o výživu
- b) pečovat o rány
- c) aplikovat injekce
- d) provádět hygienu
- e) spolupracovat s rodinou
- f) spolupracovat s lékaři
- g) podávat léky
- h) prevence proleženin
- i) provádět odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- j) jiné (prosím doplňte).....

**31. Jaké by podle Vás měly mít takto samostatně pracující sestry vzdělání?**

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší odborná zdravotnická škola
- c) vysoká škola
- d) jiné (prosím doplňte).....

**32. Důvěřoval/a byste takto samostatně pracujícím sestráům?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**33. V čem spatřujete výhody samostatně pracujících sester?**

- a) zlepšení kvality ošetrovatelské péče
- b) lepší dostupnost ošetrovatelské péče
- c) možnost poskytovat ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta
- d) naváže důvěrnější vztah s klientem
- e) lépe zhodnotí socioekonomickou situaci klienta
- f) lepší spolupráce s rodinou klienta
- g) lepší možnost posoudit zdravotní, psychický a sociální stav klienta sestrou
- h) Jiné (prosím doplňte).....

**34. V čem spatřuje nevýhody samostatně pracujících sester?**

- a) nedostatek těchto sester
- b) nedostatečné vzdělání sester
- c) špatné finanční ohodnocení těchto sester
- d) nejasnosti ve financování
- e) nedůvěra odborné veřejnosti
- f) nedůvěra laické veřejnosti
- g) neochota ke změnám
- h) Jiné (prosím doplňte).....

**35. Kdo by podle Vás měl tuto činnost sester řídit?**

- a) stát
- b) kraj
- c) město
- d) spadaly by pod ordinace praktických lékařů
- e) byly by řízeny privátně
- f) jiné (prosím doplňte).....

**36. Kde by podle Vás měly samostatně pracující sestry působit**

- a) ordinace praktických lékařů
- b) agentury domácí péče
- c) denní stacionáře
- d) ve školách
- e) v nemocnicích
- f) ve vlastních ambulancích
- g) na klinikách
- h) v závodní péči
- i) v terénu
- j) nevím
- k) jiné (prosím doplňte).....

**37. Uvítal/a byste více informací o těchto samostatně pracujících sestrách?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

## **DOTAZNÍK PRO SESTRY**

Dobrý den,  
jmenuji se Šárka Lupíšková a chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Možnosti využití kompetencí sestry pro komunitní péči v oblasti péče o zdraví v ČR“. Odpovědi zaškrtněte nebo doplňte dle nabídnutých možností.  
Děkuji Vám za spolupráci.

### **1. Kolik je Vám let?**

- 13. 19 – 25 let
- 14. 26 – 35 let
- 15. 36 – 45 let
- 16. 46 – 55 let
- 17. 56 – 65 let
- 18. 66 - 75 let
- 19. 76 let a více

### **2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) SZŠ
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) vysoká škola
- d) specializace
- e) jiné (prosím doplňte).....

### **3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- a) 5 – 10 let
- b) 11 – 20 let
- c) 21 – 30 let
- d) 31 – 40 let
- e) 41 let a více

### **4. V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?**

- a) v ambulanci praktického lékaře
- b) v ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost
- c) v ambulanci praktického zubního lékaře
- d) v ambulanci praktického ženského lékaře
- e) v agentuře domácí péče

- f) v ústavu sociální péče
- g) v domově důchodců
- h) samostatně pracující sestra

**5. Z jakého jste kraje?**

- a) Jihočeský kraj
- b) Jihomoravský kraj
- b) Karlovarský kraj
- c) Královehradecký kraj
- d) Liberecký kraj
- e) Moravskoslezský kraj
- f) Olomoucký kraj
- g) Pardubický kraj
- h) Plzeňský kraj
- i) Praha
- j) Středočeský kraj
- k) Ústecký kraj
- l) Vysočina
- m) Zlínský kraj

**o) Jste registrovaná sestra?**

- a) ano
- b) ne

**6. Komunitní sestra je podle Vás?**

- a) sestra, která pracuje u praktického lékaře
- b) sestra, která pracuje v denních stacionářích
- c) sestra, která pracuje v agenturách domácí péče
- d) sestra, která pracuje pouze v nemocnici
- e) sestra pracující ve školách
- f) sestra, která pečuje o děti ve školách
- g) sestra, která pečuje o ženy
- h) sestra, která pečuje o rodinu
- i) sestra, která pečuje o pracující lid
- j) sestra, která pečuje o seniory
- k) sestra, která pečuje o terminálně nemocné jedince
- l) nevím
- m) jiné (prosím doplňte).....

**8. Jakou by podle Vás měla mít náplň komunitní sestra?**

- a) udržovat zdraví
- b) podporovat zdraví
- c) prevence onemocnění
- d) vychovávat ke zdraví
- e) zvyšovat odpovědnost za své zdraví
- f) pečovat o člověka v domácím prostředí
- g) pečovat o umírající nemocné
- h) pečovat o děti
- i) pečovat o děti ve školách
- j) pečovat o různé etnické skupiny
- k) pečovat o staré a dlouhodobě nemocné
- l) vyhledávat rizikové skupiny obyvatelstva
- m) nevím
- n) jiné (prosím doplňte).....

**9. Měla byste zájem pracovat jako komunitní sestra?**

- a) ano
- b) ne

**10. Pokud byste MĚLA zájem pracovat jako komunitní sestra, tak proč?**

.....

.....

.....

**11. Pokud byste MĚLA zájem pracovat jako komunitní sestra, tak v jaké oblasti?**

.....

.....

**12. Pokud byste NEMĚLA zájem pracovat jako komunitní sestra, tak proč?**

.....

.....

.....

**13. Myslíte si, že má laická veřejnost zájem o působení komunitní sestry?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**14. Jaké by podle Vás měla mít komunitní sestra vzdělání?**

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší zdravotnická škola
- c) vysoká škola
- d) specializace
- e) jiné (prosím doplňte).....

**15. Myslíte si, že by byla potřeba práce komunitních sester, které by pečovaly o dětskou komunitu?**

- d) ano
- e) ne
- f) nevím

**16. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra pečující o dětskou komunitu?**

- a) pečovat o zdravé děti
- d) pečovat o nemocné děti
- e) pečovat o novorozence
- f) pečovat o kojence
- g) pečovat o batolata
- h) pečovat o předškolní děti
- i) pečovat o adolescenty
- j) vést matky ke správnému přístupu ve výživě dítěte
- k) edukovat matky v technice kojení
- l) sledovat psychomotorický vývoj dětí
- m) sledovat rodinu se špatnou socioekonomickou situací
- n) aplikovat injekce
- o) provádět hygienu
- p) podávat léky
- q) provádět očkování
- r) provádět odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- s) jiné (prosím doplňte).....

**17. Jaké mají podle Vás nejčastější zdravotní problémy děti předškolního věku?**

- a) respirační infekce
- b) angíny
- c) choroby ledvin
- d) choroby srdce
- e) alergická onemocnění
- f) úrazy
- g) otravy
- h) nadváhu
- i) alkoholismus
- j) obezitu
- k) vadné držení těla
- l) jiné (prosím doplňte).....

**18. Jaké mají podle Vás nejčastější zdravotní problémy děti školního věku?**

- a) úrazy
- b) angíny
- c) respirační infekce
- d) choroby ledvin
- e) choroby srdce
- f) otravy
- g) nadváhu
- h) obezitu
- i) vadné držení těla
- j) oční onemocnění
- k) sluchové potíže
- l) alkoholismus
- m) choroby močového systému
- n) choroby trávicího systému
- o) jiné (prosím doplňte).....

**19. Myslíte si, že by byla potřeba práce komunitních sester, které by pečovaly o komunitu pracujících?**

- d) ano
- e) ne
- f) nevím

**20. Jaké má podle Vás nejčastější zdravotní problémy komunita pracujících?**

- a) úrazy
- b) alergie
- c) obezitu
- d) vadné držení těla
- e) oční onemocnění
- f) sluchové potíže
- g) choroby močového systému
- h) choroby trávicího systému
- i) respirační infekce
- j) choroby ledvin
- k) choroby srdce
- l) stres
- m) alkoholismus
- n) vertebrogenní potíže
- o) jiné (prosím doplňte).....

**21. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra pečující o komunitu pracujících?**

- a) pomocí různých mechanismů se snaží omezit vzniku úrazu
- b) mapovat zdravotní stav pracujících
- c) zabývat se otázkami stárnutí pracovní síly
- d) zaměřovat se na prevenci
- e) vytvářet preventivní programy
- f) zaměřovat se na ochranu zdraví při práci
- g) nacvičovat se zaměstnanci první pomoc
- h) sledovat pracovníky při práci
- i) podávat léky
- j) provádět odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- k) jiné (prosím doplňte).....

**22. Myslíte si, že by byla potřeba práce komunitních sester, které by pečovaly o klienty v oblasti domácí péče?**

- a) ano
- d) ne
- e) nevím

**23. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra v oblasti domácí péče?**

- a) podporovat zdraví
- b) navracet zdraví
- c) poučovat jedince v oblasti zdravého životního stylu
- d) předcházet možným komplikacím
- e) zvyšovat odpovědnost jedince za své zdraví
- f) spolupracovat s různými institucemi
- g) provádět preventivní opatření
- h) aplikovat léky
- i) provádět hygienu jedince
- j) jiné (prosím doplňte).....

**24. Myslíte si, že by byla potřeba práce komunitních sester, které by pečovaly o komunitu seniorů?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**25. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra pečující o komunitu seniorů?**

- a) sledovat zdravotní situaci seniorů
- b) sledovat sociální situaci seniorů
- c) spolupracovat s odpovědnými orgány
- d) sledovat zdravotní rizika
- e) hodnotit zdravotní rizika
- f) snažit se o zachování soběstačnosti seniorů
- g) spolupracovat s gerontologickými centry
- h) provádět hygienu
- i) aplikovat injekce
- j) podávat léky
- k) provádět odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- l) jiné (prosím doplňte).....

**26. Jaké má podle Vás nejčastější zdravotní problémy komunita seniorů?**

- a) sluchové vady
- b) oční vady
- c) poruchu řeči
- d) snížení svalové síly
- e) úrazy

- f) inkontinence
- g) otravy
- h) jiné (prosím doplňte).....

**27. Myslíte si, že by byla potřeba práce komunitních sester/porodních asistentek, které by pečovaly o komunitu žen?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**28. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra/porodní asistentka pečující o komunitu žen?**

- a) sledovat dodržování preventivních gynekologických prohlídek
- b) vychovávat ke kojení
- c) podporovat nekuřáctví
- d) pečovat o ženy v klimakteriu
- e) vychovávat k plánovanému rodičovství
- f) pečovat o ženy během těhotenství
- g) jiné (prosím doplňte).....

**29. Jaké má podle Vás nejčastější zdravotní problémy komunita žen?**

- a) karcinom prsu
- b) samovolné potraty
- c) alkoholismus
- d) karcinom děložního čípku
- e) bulimie
- f) mentální anorexie
- g) varixy (křečové žíly)
- h) infekce močových cest
- i) jiné (prosím doplňte).....

**30. Myslíte si, že by byla potřeba práce komunitních sester, které by pečovaly o komunitu psychicky nemocných?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**31. Myslíte si, že by byla potřeba práce komunitních sester, které by pečovaly o terminálně nemocné?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**32. Jaké činnosti by podle Vás měla vykonávat sestra pečující o terminálně nemocné?**

- a) pečovat o výživu
- b) pečovat o rány
- c) aplikovat injekce
- d) provádět hygienu
- e) spolupracovat s rodinou
- f) spolupracovat s lékaři
- g) podávat léky
- h) prevence proleženin
- i) provádět odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- j) jiné (prosím doplňte).....

**33. V čem spatřujete výhody komunitních sester?**

- a) zlepšení kvality ošetrovatelské péče
- b) lepší dostupnost ošetrovatelské péče
- c) může posoudit sociální prostředí klienta
- d) naváže důvěrnější vztah s klientem
- e) lépe zhodnotí socioekonomickou situaci klienta
- f) lépe spolupracuje s rodinou klienta
- g) lépe posoudí zdravotní, psychický a sociální stav klienta sestrou
- h) má možnost více se věnovat svým klientům
- i) možnost poskytovat ošetrovatelskou péči v domácím prostředí klienta
- j) jiné (prosím doplňte).....

**34. V čem spatřuje nevýhody komunitních sester?**

- a) nedostatek těchto sester
- b) nedostatečné vzdělání sester
- c) špatné finanční ohodnocení těchto sester
- d) nejasnosti ve financování
- e) nedůvěra odborné veřejnosti
- f) nedůvěra laické veřejnosti
- g) neochota ke změnám
- h) jiné (prosím doplňte).....

**35. Kdo by podle Vás měl tuto činnost sester řídit?**

- a) stát
- b) kraj
- c) město
- d) spadaly by pod ordinace praktických lékařů
- e) byly by řízeny privátně
- f) jiné (prosím doplňte).....

**36. Kde by podle Vás měly komunitní sestry působit?**

- a) ordinace praktických lékařů
- b) agentury domácí péče
- c) denní stacionáře
- d) ve školách
- e) v nemocnicích
- f) nevím
- g) jiné (prosím doplňte).....

**37. Za jakých podmínek by měly komunitní sestry pracovat?**

- a) mají odpovídající vzdělání
- b) spolupracují s lékaři
- c) mají předchozí praxi u lůžka
- d) mají vymezený rozsah činností
- e) spolupracovaly by s dalšími odborníky
- f) jiné (prosím doplňte).....

**38. Myslíte si, že by měla být v ČR zavedena péče komunitních sester?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**39. Uvítala byste více informací o těchto sestrách?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**40. Jakou péči poskytuje sestra domácí péče?**

- a) péči o staré a dlouhodobě nemocné
- b) péči o onkologicky nemocné
- c) péči o matky
- d) péče o ženy
- e) péče o děti
- f) péče o psychiatricky nemocné
- g) péči o rizikové skupiny dětí
- h) péči o různé etnické skupiny
- i) péče o děti ve škole
- j) péči o občany bez přístřeší
- k) péče o zaměstnance
- l) nevím
- m) jiné ((prosím doplňte).....

**41. Kdo indikuje domácí péči?**

- a) komunitní sestra
- b) sociální pracovník
- c) sestra pracující u praktického lékaře
- d) sestra pracující v agentuře domácí péče
- e) praktický lékař
- f) sestra pracující v nemocnici
- g) lékař pracující v nemocnici
- h) jiné (prosím doplňte).....

### **Struktura rozhovoru se sestrami**

1. Identifikační údaje
  - věk
  - dosažené vzdělání
  - kde pracuje (oblast)
  - délka praxe ve zdravotnictví
2. Současná situace v práci
  - spokojenost v práci
    - proč
  - nespokojenost v práci
    - proč
3. Komunitní sestra
  - kdo je komunitní sestra
  - význam komunitní sestry
  - kompetence komunitní sestry
  - v jaké oblasti je komunitní sestra důležitá
  - vzdělání komunitní sestry
  - náplň komunitní sestry
  - podmínky práce komunitní sestry
  - výhody práce komunitní sestry
  - nevýhody práce komunitní sestry
4. Záměr pracovat jako komunitní sestra
  - proč ANO
  - proč NE

Příloha 4

| <b>FÁZE</b>            | <b>PROJEVY PACIENTA</b>                                                                             | <b>CO S TÍM MŮŽE<br/>SESTRA UDĚLAT</b>                           |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Negace, šok, popírání  | „ Ne, to je určitě omyl.“<br>„ Zaměnili výsledky.“                                                  | Navázat kontakt.<br>Získat důvěru                                |
| Agrese, hněv, vzpoura  | „ Proč zrovna já.“<br>Pacient má zlost na<br>zdravotníky, na zdravé lidi.                           | Dovolit odreagování,<br>nepohoršovat se.                         |
| Smlouvání, vyjednávání | Pacient hledá zázračné<br>léky, diety, pověry. Je<br>ochoten zaplatit cokoliv.<br>Činí velké sliby. | Maximální trpělivost.                                            |
| Deprese, smutek        | Pacient má strach ze ztráty<br>a strach o zajištění rodiny.                                         | Trpělivě naslouchat,<br>pomoci urovnat<br>vztahy, hledat řešení. |
| Smíření, souhlas       | U pacienta dojde<br>k vyrovnání, pokoře.<br>Skončil boj. Je čas loučení.                            | Mlčenlivá lidská<br>přítomnost, držet za ruku                    |

Převzato z: Komínková, H.